

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ПЯТЫЙ.

СЕНТЯБРЬ 1891. № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

ХVII.

О КОНСЕРВАТИВНОМЪ КЕСАРСКОМЪ СЪЧЕНИИ ¹⁾.

Проф. Н. В. Ястребова.

Мм. Гг. Я останавливаю Ваше вниманіе на операціи, извѣстной подъ именемъ консервативнаго кесарскаго съченія. Въ основѣ настоящаго сообщенія лежатъ три случая, оперированные мною въ текущемъ учебномъ году. Каждый изъ этихъ случаевъ имѣетъ свой казуистическій интересъ, а также проливаетъ извѣстный свѣтъ на ту или другую сторону вопроса о данной операціи.

Вопросъ о кесарскомъ съченіи принадлежитъ къ вопросамъ дня современной гинекологіи. Операція, которая въ недавнемъ прошломъ считалась по справедливости чрезвычайно рискованной, въ настоящее время, благодаря успѣхамъ внутрибрюшной хирургіи, вообще, стала давать настолько положительные результаты въ смыслѣ благопріятнаго исхода для матери, что явилась уже цѣлая литература о производствѣ этой операціи

¹⁾ Сообщено въ Русскомъ Медицинскомъ Обществѣ при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ 8-го мая 1891 года.

при относительномъ показаніи, т. е. исключительно для спасенія ребенка.

Существенные моменты кесарскаго сѣченія—чревосѣченіе, какъ таковое, и вскрытіе матки съ послѣдовательномъ наложеніемъ шва—не представляютъ опасности при соблюденіи правилъ антисептики или асептики и при современномъ развитіи оперативной техники. Не смотря на это валовой $\%$ смертности матерей при кесарскомъ сѣченіи значительно превышаетъ таковой при чревосѣченіяхъ съ другими цѣлями, напр. для удаленія кистъ яичника. Отсюда слѣдуетъ заключить, что должны существовать и существуютъ дѣйствительно особыя условія, которыя сообщаютъ кесарскому сѣченію свойственную исключительно ему опасность. Эти условія выясняютъ въ извѣстной мѣрѣ и наши случаи.

Первый случай. 24-го августа 1890 г., въ 8 час. утра изъ мѣстечка Могильницы доставлена въ клинику еврейка Ц. Б., 22-хъ лѣтъ, на 3 сутки 1-хъ срочныхъ родовъ, 46 часовъ послѣ отхода водъ. Ц. Б. въ дѣтствѣ перенесла рахитъ и тифъ. Первые крови получила на 15-мъ году; жила до появленія ихъ въ Варшавской губерніи, питалась плохо, работала нетяжело, потомъ крови стала имѣть черезъ 4 недѣли по 3 дня. Количество крови всегда обильное. Вышла замужъ на 21-мъ году; мужу 40 лѣтъ. Послѣднія крови были въ концѣ ноября 1889 г. Беременность текла безъ осложнений. Роды начались 21-го августа 1890 г. вечеромъ, воды отошли 22-го въ 10 часовъ утра. Во время родовъ, дома многократно изслѣдована безъ соблюденія антисептическихъ мѣръ бабкой и наконецъ мѣстнымъ врачомъ, который и направилъ ее въ клинику. Б. блондинка, 137 смт. росту, умѣреннаго тѣлосложенія, t° тѣла 38,5; пульсъ 126.

Окружность живота на уровнѣ пупка 96.

Размѣры таза: Cr. il. 24,5; Sp. il. 24,5; Conj. ext. 15,5; Conj. diagonal. 7,5; Conj. vera меньше 6.

Spin. il. ant. sup. dex. до Spin. il. post. sup. sin. 20.

Spin. il. ant. sup. sin. до Spin. il. post. sup. dex. 20.

Spin. il. post. sup. dex. до Spin. il. post. sup. sin. 10,75.

Шейка матки изглажена, зѣвъ открытъ на 3 поперечныхъ пальца, пузыря нѣтъ.

Положеніе плода 2-е черепное, передній видъ. Головка надъ входомъ. Сердцебиеніе плода слышно на уровнѣ пупка, немного вправо отъ бѣлой линіи.

Принимая во вниманіе абсолютное суженіе таза (С. v. меньше 6 смт.) и жизнь ребенка, предложено было кесарское сѣченіе, на которое послѣдовало согласіе роженицы и ея мужа.

Передъ операціей Б. дано 2 мыльных ванны и 2 клизмы, передняя брюшная стѣнка, наружныя части и рукавъ дезинфицированы при поступленіи и затѣмъ вторично передъ операціей растворомъ сулемы 1:1000 и 2°/о растворомъ карболовой кислоты. Операціонная комната приготовлена обычнымъ образомъ: окна, стѣны, потолокъ и полъ обмыты растворомъ сулемы 1:1000 и 2°/о растворомъ карболовой кислоты, которымъ промытъ и воздухъ. Двери закрыты полотномъ, смоченнымъ въ 2°/о растворѣ Acid. carbolicі.

Губки, перевязочный матеріалъ и инструменты отчасти стерилизованы, отчасти дезинфицированы обычнымъ образомъ.

Разрѣзъ брюшной стѣнки по бѣлой линіи книзу, не доходя на 3 поперечныхъ пальца до симфиза и кверху на 4 поперечныхъ пальца выше пупка, который оставленъ вправо отъ разрѣза.

Матка выведена наружу, края брюшной раны вверху сближены и закрыты марлевымъ компрессомъ, а внизу плотно прижаты къ нижнему отрѣзку матки. На матку наложенъ жгутъ, но не затянутъ. Матка вскрыта по передней поверхности въ области верхняго отрѣза, такъ что книзу разрѣзъ не переходитъ кольцо сокращенія. Вскрытъ плодный пузырь. Околоплодной жидкости нѣтъ.

Живой ребенокъ, прилегавшій къ разрѣзу лѣвымъ бокомъ, извлеченъ по общимъ правиламъ за тазовой конецъ.

Дѣтское мѣсто, прикрѣпившееся на задней стѣнкѣ, отдѣлено легко, оболочки же отдѣлялись только мѣстами, а больше рвались и расползались, такъ что пришлось соскоблить ихъ. Удаленныя дѣтскія и материнскія оболочки представлялись въ видѣ сѣрой вонючей массы.

Внутренняя поверхность матки послѣ удаленія оболочекъ и плаценты промыта растворомъ сулемы 1:3000 и 2°/о растворомъ карболовой кислоты. Матка снаружи покрыта марлевымъ компрессомъ, жгутъ затянутъ и приступлено къ закрытію маточной раны шелковыми швами. Брюшина предварительно отсепарована по краю. Швы были наложены въ 2 этажа: въ первомъ было 12 мышечно-децидуальныхъ, а во 2-мъ 9 брюшино-мышечныхъ глубокихъ и 8 брюшино-мышечныхъ поверхностныхъ. Снять жгутъ, матка обмыта и опущена въ брюшную полость.

Послѣ снятія жгута органъ сократился хорошо, но вскорѣ наступило ослабленіе и явилось кровотеченіе. Сдѣлана внутриматочная инъекція горячаго (40° R) раствора сулемы (1:3000) и затѣмъ 2°/о растворомъ карболовой кислоты. Матка сократилась хорошо, кровотеченіе остановилось. Сдѣланъ контрольный туалетъ брюшины. Брюшная рана закрыта шелковыми глубокими и поверхностными швами, засыпана іодоформомъ и покрыта обычной повязкой изъ марли и ваты, которая укрѣплена полосками липкаго пластыря. Операція продолжалась 1 часъ.

Извлечена живая дѣвочка, 3,160 грм. вѣсу; 51 см. длины; прямая окружность головки 35 см., прямой размѣръ головки 12 см. Кости головы расположены слѣдующимъ образомъ: затылочная и лобныя задвинуты подъ темянные, лѣвая темянная подошла подъ правую.

Послѣдъ вѣсомъ въ 600 грм., размѣры дѣтскаго мѣста 17 и 18 см. Пуповина 52 см.; прикрѣпленіе ея эксцентричное.

Къ 10 час. вечера, въ первый день послѣ операціи температура поднялась до 39° (съ 38,5), а пульсъ былъ 120, дыханіе 44. Къ вечеру же явилась икота и сильныя боли въ животѣ. На 2-ые сутки температура не была выше 38,1, пульсъ 114, а дыханіе 36. Явленія общаго перитонита были рѣзко выражены.

На 3-й день послѣ операціи въ 11^{3/4} час. утра больная скончалась отъ общаго септического перитонита, что и подтверждено вскрытіемъ. Ребенокъ здоровъ и взятъ былъ отцомъ.

Казуистическій интересъ даннаго случая заключается въ томъ, что спустя 51 часъ послѣ отхода водъ при бурной дѣятельности матки и при рѣзко выраженномъ заболѣваніи внутренней поверхности ея, ребенокъ былъ живъ.

Второй случай. 12-го октября 1890 г. въ 1 часъ пополудни тремя врачами доставлена въ клинику варшавская уроженка М. М., 21-го года отъ роду, на 3-и сутки первыхъ родовъ.

М. первая дочь у матери, съ рожденія жила въ Варшавѣ, питалась хорошо, тяжелымъ трудомъ не занималась. Первые крови получила на 15 году и затѣмъ она стала имѣть ихъ черезъ 4 недѣли по 4—5 дней.

Замужъ вышла на 21-мъ году. Мужъ 25-ти лѣтъ. Послѣднія крови были 23-го января 1890 года. Въ первой половинѣ беременности страдала отекомъ ногъ. Роды начались 9-го октября вечеромъ.

М. блондинка, 150 см. росту; слабаго тѣлосложенія, t° тѣла 37,4, пульсъ 88; дыханіе 30.

Окружность живота на уровнѣ пупка 88 см. Размѣры таза. Ср. 26; Sp. 25, С. ext. 18,5.

Зѣвъ открытъ на 2^{1/2} поперечныхъ пальца. Матка сокращается сильно. Плодный пузырь цѣлъ. Положеніе плода 2-е черепное, передній видъ. Сердцебіеніе ясно слышно справа отъ срединной линіи, сейчасъ подъ пупкомъ.

Полость малаго таза занята опухолью, которая располагалась въ правой половинѣ ея, смѣщая рукавъ совершенно влѣво. Опухоль кругловата, плотна при ощупываніи черезъ рукавъ даетъ впечатлѣніе кости, или камня; кверху она доходитъ до безымянной линіи, влѣво до середины мыса, а книзу до нисходящей вѣтви лонной и восходящей вѣтви сѣдалищной кости. Опухоль представляется совершенно неподвижной и какъ бы выходящей изъ правой стѣнки таза, которую она закрываетъ и дѣлаетъ недоступной для изслѣдованія. Клѣтчатка, окружающая рукавъ, сочна; въ ней прощупываются узлы различной величины и плотности, подвижные по поверхности опухоли. Узлы эти, располагаясь по поверхности опухоли, особенно книзу, дѣлаютъ ее какъ бы бугристой. Впечатлѣніе при ощупываніи этихъ узловъ такое же, какъ при прощупываніи черезъ заднюю стѣнку рукава сильно развитыхъ гемороидальныхъ узловъ.

Между опухолью и лѣвой стѣнкой таза въ просвѣтѣ рукава проходить только 2 поперечныхъ пальца. Такое суженіе въ значительной степени завыситъ и отъ утолщенія влагалищныхъ стѣнокъ и набухлости клѣтчатки.

Тщательное изслѣдованіе было произведено вторично подѣ глубокимъ наркозомъ. При пункции опухоли иглой Праваца подтверждено предположеніе о костной или каменной натурѣ ея центра, причемъ въ шприцъ не удалось втянуть ни капли какой-либо жидкости и даже крови.

Мочеиспускательный каналъ удлинень, изогнутъ и смѣщенъ влѣво. Мочевой пузырь на нормальномъ мѣстѣ. При изслѣдованіи металлическимъ катетеромъ ничего ненормального въ полости и стѣнкахъ пузыря не замѣчалось. Моча совершенно нормальна.

(Какихъ либо указаній на разстройство мочеиспусканія, ненормальность мочи или страданіе мочевого пузыря вообще при самомъ тщательномъ разсирѣ больной не обнаружено).

Принимая во вниманіе наличность суженія таза (обще суженный тазъ), полость котораго занята неподвижной опухолью съ плотнымъ ядромъ, рѣшено родоразрѣшить помощью кесарскаго сѣченія, на которое больная и мужъ ея изъявили полное согласіе.

Въ 4 часа дня произведено было мною кесарское сѣченіе. Приготовленія къ операциі тѣ же, что и въ первомъ случаѣ. Брюшная полость вскрыта разрѣзомъ по бѣлой линіи, недоходящимъ до симфиза на 3 поперечныхъ пальца и поднимающимся на 4 поперечныхъ пальца выше пупка. По вскрытіи изъ брюшной полости вылилось около 1 унціи серозной жидкости. Матка выведена, подведена жгутъ. Края брюшной раны вверху сближены и закрыты марлей. Матка вскрыта по передней поверхности, выше кольца сокращенія, до оболочекъ, послѣднія прорваны, при семъ выдѣлилось много мутной околоплодной жидкости. Плодъ извлечень за тазовой конецъ по общимъ правиламъ. Дѣтское мѣсто, сидѣвшее на задней стѣнкѣ, удалено легко съ оболочками. Внутренняя поверхность матки промыта, жгутъ затянутъ. Швы на маточную рану наложены въ 2 этажа: 8 мышечно-децидуальныхъ, 10 брюшино-мышечныхъ глубокихъ и 5 брюшино-мышечныхъ поверхностныхъ. При наложеніи швовъ на брюшную рану, чтобы убѣдиться, что нижній шовъ не захватываетъ стѣнки мочевого пузыря, въ полость послѣдняго былъ введенъ металлическій катетеръ, и мочевой пузырь былъ тщательно объизслѣдованъ мною изъ брюшной полости, причемъ ничего ненормального со стороны стѣнокъ и содержимаго не оказалось.

При изслѣдованіи опухоли со стороны брюшной полости кромѣ того, что она занимаетъ правую половину таза, и верхняя граница ея не поднимается выше безъимянной линіи, ничего сказать нельзя, такъ какъ остальное изслѣдованіе я считалъ излишнимъ въ интересахъ больной.

Операциа продолжалась 1 часъ.

Ребенокъ—живая дѣвочка 2950 грм. вѣсу; 50 см. длины; прямая окружность головки 34. Послѣдъ вѣсомъ 550 грм., размѣры его 15—19 см. Длина пуповины 52 см.

Послѣ операціи температура въ первые сутки поднялась до 38,5; а на 2-е достигла 39,2; затѣмъ повышеніе температуры наблюдалось на 5-е сутки до 38,6; на 9-е до 38 и на 19-е до 38,8. Въ остальное время t° была совершенно нормальна. Повышеніе температуры въ 1-е и 2-е сутки зависѣло отъ чрезвычайнаго переполненія кишечника, который передъ операціей не могъ быть достаточно очищенъ за недостаткомъ времени (дано только 2 клизмы).

На 3-й день послѣ операціи приѣмъ *ol. ricini* и масляная клизма вызвали нѣсколько послабленій, изъ которыхъ одно было очень обильно: твердыхъ каловыхъ массъ выдѣлилось болѣе 3-хъ литровъ! Повышеніе температуры на 5-е сутки было вызвано быстро развившимся ограниченнымъ капилярнымъ бронхитомъ, который скоро прекратился. Повышеніе t° на 9-й и 19-й день находилось въ связи съ кишечными расстройствами. Пульсъ все время былъ отъ 70 до 100 ударовъ въ минуту, только при повышеніи t° на 1-е и 2-е сутки онъ поднимался по временамъ до 120 ударовъ. Дыханіе колебалось отъ 20 до 30 въ минуту.

Молоко появилось на 6-е сутки, и съ этого времени груди функционировали правильно.

На 8-е сутки снято 13 швовъ съ брюшной раны, а на 11-е сутки и остальные 5 швовъ.

Рана зажила первымъ натяженіемъ.

Моча выпускалась катетеромъ 3 дня, а затѣмъ больная мочилась сама. Моча во все время пребыванія больной въ клиникѣ, была совершенно нормальна, а равно не замѣчалось какихъ либо неправильностей мочеиспусканія.

На 23 сутки послѣ операціи, 4-го ноября, М. выписалась изъ клиники совершенно здоровою съ ребенкомъ, котораго сама кормила.

При изслѣдованіи въ день выписки половые органы найдены удовлетворительно обратно развившимся. Матка лежала на оси входа таза, была невелика; влагалищная часть ея плотна, хорошо сформирована, стояла высоко во входѣ таза. Рукавъ удлинень, изогнутъ, выпуклость его обращена влѣво, стѣнки довольно тонки. Клѣтчатка таза представлялась менѣе сочной. При данномъ состояніи органовъ и клѣтчатки таза опухоль казалась меньше. Въ просвѣтѣ рукава, между опухолью и лѣвой стѣнкой таза можно было теперь провести не 2, а 3 поперечныхъ пальца. Плотное ядро опухоли не измѣнило своего положенія, но оно представлялось имѣющимъ нѣкоторую (ничтожную) подвижность относительно стѣнки таза.

Принимая во вниманіе эту теперь появившуюся, ничтожную подвижность опухоли и отношеніе послѣдней къ тазовымъ органамъ, можно было разсматривать ее какъ окаменѣвшую фиброму тазовой клѣтчатки или какъ конгломератъ венныхъ камней паравагинальнаго сплетенія. При данныхъ положенія и отношенія опухоли къ окружающимъ частямъ, при наличности

нормальной мочи и при отсутствіи какихъ либо припадковъ со стороны мочевого пузыря и наконецъ при отрицательныхъ данныхъ изслѣдованія полости его металлическимъ катетеромъ разсматривать ее какъ мочевой камень было трудно въ то время.

Больная выписана съ совѣтомъ явиться въ клинику черезъ мѣсяць для изслѣдованія опухоли и, если возможно, и удаленія ея.

Больная не послѣдовала этому совѣту и 8-го апрѣля, т. е. почти черезъ 6 мѣсяцевъ, поступила въ хирургическую клинику проф. *Косинскаго*.

Изъ исторіи болѣзни хирургической клиники видно, что М. 5 мѣсяцевъ слишкомъ послѣ кесарскаго сѣченія пользовалась хорошимъ здоровьемъ, кормила сама своего ребенка и занималась обычными домашними работами. Только недѣли за 3 до поступленія въ хирургическую клинику, т. е. послѣ 15-го марта, она почувствовала сильныя боли въ области мочевого пузыря; боли эти были особенно рѣзки при мочеиспусканіи. Одновременно съ этими болями М. стала замѣчать ежедневныя повышенія температуры и сильную жажду.

При поступленіи больной въ клинику, вечеромъ температура была 38,2, а утромъ 9-го 37,4.

При изслѣдованіи *per vaginam*, сейчасъ у входа во влагалище, прощупывалась твердая опухоль, величиной «въ головку новорожденного», чрезвычайно болѣзненная при дотрогиваніи, которая была ничто иное, какъ камень, выполнявшій весь мочевой пузырь. Стѣнки таза, какъ передавалъ мнѣ профессоръ *Косинскій*, въ это время были совершенно доступны для изслѣдованія повсюду.

14-го апрѣля профессоромъ *Косинскимъ* было произведено камнесѣченіе *per vaginam*. Операция была трудна: пришлось сначала снять болѣе мягкую кору камня, толщиною въ палець, и затѣмъ расколоть его, послѣ чего удаленіе камня по частямъ сдѣлалось возможнымъ. Мочевой пузырь, по удаленіи камня, промытъ, и на рану наложены шелковые швы.

Тщательно сложенные осколки образуютъ камень въ длину 8,5 *cm.*, въ ширину 8 *cm.* и въ толщину 6 *cm.*, состоитъ онъ изъ слоистаго темнокоричневаго ядра, вѣсомъ въ 350 *grm.*, и сѣрой, слоистой, сравнительно мягкой коры, вѣсомъ около 130 *grm.* Такимъ образомъ весь камень вѣсилъ 480 *grm.*

Ядро камня, по изслѣдованію профессора *Ментина*, состоитъ изъ мочевой кислоты, а кору образовалъ фосфорно-кислый кальцій и ураты въ небольшомъ количествѣ.

Послѣ операции, въ тотъ же день, вечеромъ больная жаловалась на сильныя боли въ животѣ при температурѣ 37° и слабомъ пульсѣ. Ночь почти

не спала и на другой день послѣ камнестѣченія, т. е. 15-го апрѣля въ 4 часа пополудни скончалась отъ общаго перитонита.

Вскрытіе произведено однимъ изъ ординаторовъ хирургической клиники, причемъ констатированъ общій перитонитъ, какъ причина смерти.

Половые органы, вырѣзанные вмѣстѣ съ мочевымъ пузыремъ и прямой кишкой на другой день осмотрѣны мною вмѣстѣ съ профессоромъ *Косинскимъ*, который любезно предложилъ мнѣ этотъ препаратъ для подробнаго изслѣдованія.

Изслѣдованіе было произведено моимъ ассистентомъ д-ромъ *Федоровымъ* совмѣстно съ прозекторомъ при кафедрѣ патологической анатоміи докторомъ *Пржевожскимъ*.

При этомъ изслѣдованіи препарата оказалось, что мочевой пузырь увеличенъ, брюшинный покровъ на передней его поверхности совершенно гладкій, а на задней сращенъ ложными перепонками отчасти съ сальникомъ, отчасти съ передней поверхностью матки. Ложныя перепонки образуютъ тяжъ длиною около 3 см. Ниже тяжа, по дну пузырно-маточнаго углубленія можно свободно провести палецъ. Влѣво отъ верхушки пузыря на задней поверхности на брюшинѣ находится отверстіе около 3 мм. въ діаметрѣ. Въ окружности этого отверстія брюшина инъецирована и отдѣлена отъ подлежащаго слоя.

Отверстіе это ведетъ черезъ толщю стѣнки пузыря въ полость послѣдняго. Мочевой пузырь вскрытъ по передней поверхности. Стѣнки его утолщены, отечны; слизистая оболочка изъязвлена. Позади и въ области *trigoni Leutaudii* пузыря находится продолговатое углубленіе до $2\frac{1}{2}$ см. въ діаметрѣ; края этого углубленія ворсистые, неровные, представляютъ мѣстами лоскутки слизистой оболочки (такъ сказать *sacunc. mirtif.* той перепонки, которая когда то отгораживала это углубленіе отъ полости пузыря), мѣстами изъязвлены, такъ что мышцы представляются обнаженными. Боковыя стѣнки углубленія и дно его покрыты гладкою, блестящею перепонкою, которая при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась слизистою оболочкою пузыря съ плоскими эпителиальными клѣтками. Въ углубленіяхъ этой оболочки находятся частицы камня. Дно углубленія и задняя его стѣнка очень тонки и непосредственно прилегаютъ къ правому вагинальному своду въ передней его части. Вдоль этой стѣнки, уклоняясь вправо, проходитъ линейный хирургическій разрѣзъ со швами. На нѣкоторомъ разстояніи отъ описаннаго углубленія, вправо, находятся на слизистой оболочкѣ 2 небольшихъ ямки—зачаточныя дивертикулы пузыря.

Матка имѣетъ въ длину 7 см. Брюшинный покровъ сзади безъ измѣненій, а спереди отъ дна до шейки по срединной линіи, въ окружности бывшей раны матки, имѣются вышеупомянутыя ложныя перепонки, соединяющія матку съ мочевымъ пузыремъ и сальникомъ. Ложныя перепонки совершенно закрываютъ наложенные на матку послѣ кесарскаго сѣченія шелковые швы.

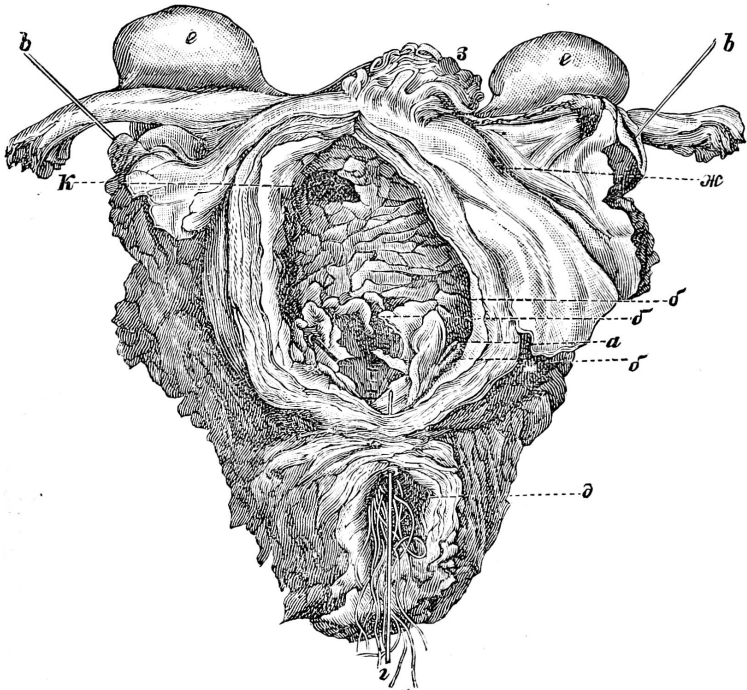
Полость матки вскрыта разрѣзомъ по задней стѣнкѣ органа. Слизистая оболочка матки нормальна; на передней стѣнкѣ, по срединной линіи на про-

тяженія 1,6 см. находятся расположенными въ рядъ петли шелковыхъ швовъ, числомъ 7; основаніе каждой петли окружено воронкообразнымъ углубленіемъ въ слизистой оболочкѣ, которая въ промежуткахъ между петлями представляетъ нормальную непрерывность ткани.

Толщина передней стѣнки матки на мѣстѣ швовъ не отличается отъ таковой же въ ближайшей окружности, а равно одинакова и консистенція ткани.

Яичники не представляютъ какихъ либо ненормальностей.

Трубы и связки безъ измѣненій.



а—углубленіе, въ которомъ помѣщался раньше камень; *б*—остатки перепонки, отдѣлявшей полость мочевого пузыря отъ полости углубленія, гдѣ былъ камень; *в*—зонды введенные въ мочеточники; *г*—зондъ, введенный въ уретру; *д*—вагиналище; *е*—яичники; *ж*—отверстіе на брюшинѣ, ведущее въ мочевой пузырь; *з*—ложные перепонки, соединяющія переднюю поверхность матки съ мочевымъ пузыремъ; *к*—язва слизистой оболочки.

Данный случай имѣетъ большой казуистическій интересъ. Въ литературѣ извѣстно только 29 случаевъ осложненія беременности и родовъ камнями мочевого пузыря. Ущемленные

камни мочевого пузыря смѣшивались иногда при изслѣдованіи во время родовъ съ экзостозами тазовыхъ костей, и въ одномъ случаѣ было уже рѣшено кончить роды кесарскимъ сѣченіемъ, которое, однако, не было произведено, такъ какъ роды кончились силами природы, а потомъ вышелъ и камень (см. Шредеръ Акушерство рус. перев. 1890 г. II ч. стр. 137). Неущемленный камень долженъ быть отодвинуть въ большой тазъ, чтобы головка безпрепятственно могла опуститься въ полость малаго таза.

Въ нашемъ случаѣ о выведеніи камня въ большой тазъ не могло быть и рѣчи, такъ какъ онъ не помѣщался въ мочевомъ пузырьѣ, а находился въ выступѣ стѣнки послѣдняго, вдвинутомъ въ паравагинальную клѣтчатку между рукавомъ и правой стѣнкой таза. Занять такое положеніе камень могъ двоякимъ образомъ: онъ могъ во время беременности подъ давленіемъ подлежащей части выпятить стѣнку мочевого пузыря и смѣститься въ указанномъ направленіи или камень могъ образоваться въ выступѣ стѣнки мочевого пузыря, сообщавшемся съ полостью послѣдняго небольшимъ отверстіемъ, и, по мѣрѣ своего увеличенія, вдвинуться между рукавомъ и стѣнкой таза.

Въ пользу послѣдняго предположенія говорятъ остатки перепонки, отдѣлявшей выступъ стѣнки отъ полости мочевого пузыря, какъ бы ея миртовидные сосочки, которыя мы имѣемъ на препаратѣ (см. рис.) въ формѣ бахромокъ изъ слизистой оболочки по краю углубленія сзади въ области *trigoni Leutaudii*.

Въ пользу того же предположенія можно привести еще слѣдующія соображенія: если бы камень раньше былъ въ полости мочевого пузыря и только во время беременности, вслѣдствіе давленія головки плода, смѣстился между рукавомъ и стѣнкой таза, выпятивъ при этомъ стѣнку пузыря въ этомъ направленіи, то во-первыхъ, черезъ 23 дня послѣ родовъ онъ опять возвратился бы въ полость мочевого пузыря, а во-вторыхъ, камень таковой величины, помѣщаясь въ пузырьѣ и во время беременности, не могъ не вызвать какихъ либо припадковъ въ формѣ разстройствъ мочеиспусканія, измѣненія состава мочи и проч. и наконецъ въ-третьихъ, камень, достигнувъ значительной ве-

личины, ведетъ къ опущенію передней стѣнки рукава и развитію cystocele, полость которой обычно и выполняетъ, а не виѣдряется между рукавомъ и стѣнкой таза, какъ это было въ нашемъ случаѣ.

Располагаясь въ указанномъ мѣстѣ камень, вслѣдствіе давленія на кровеносные сосуды, вызвалъ значительныя измѣненія въ окружающихъ частяхъ, а именно отекъ клѣтчатки таза и стѣнокъ рукава, а также расширенія венъ таза. Камень, плотно охваченный измѣненными тканями и фиксированный напиральной головкой при изслѣдованіи во время родовъ давалъ впечатлѣніе неподвижной, солидной опухоли, выходящей изъ правой стѣнки таза. Измѣненія въ окружающихъ частяхъ были настолько значительны, что, удаливъ камень *sub partu*, на извлеченіе плода, не уменьшеннаго въ объемѣ, послѣ этого нельзя было рассчитывать, и потому для спасенія ребенка тоже понадобилось бы кесарское сѣченіе.

Но въ данномъ случаѣ, если бы даже при поступленіи больной въ клинику имѣлись какія либо данныя для точнаго діагноза страданія, удаленіе камня въ то время на 3-и сутки родовъ, при наличности имѣвшихся условій со стороны таза и тазовыхъ органовъ было невозможно, такъ что кесарское сѣченіе было бы показано здѣсь для спасенія и матери.

Что касается вопроса о времени, когда камень въ этомъ случаѣ изъ полости выступа стѣнки пузыря перешелъ въ полость послѣдняго, то, вѣроятно, это случилось недѣли за 3 до поступленія въ хирургическую клинику, когда начались и вышеозначенныя припадки со стороны мочевого пузыря.

Третій случай 25 декабря 1890 г. въ 8 часовъ утра доставлена въ клинику Ю. Г., варшавская уроженка, 19 лѣтъ отъ роду, черезъ 10¹/₂ часовъ отъ начала первыхъ родовъ. Передъ поступленіемъ въ клинику Г. была изслѣдована акушерками въ 2-хъ городскихъ родильныхъ пріютахъ.

Ю. Г. не первая дочь у матери, начала ходить на 4-мъ году, въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу и рахитъ; первая крови получила на 17-мъ году, до этого времени питалась хорошо, тяжелымъ трудомъ не занималась; потомъ крови имѣла черезъ 4 недѣли по 3 дня, всегда съ болями передъ ихъ появленіемъ. На 19-мъ году стала жить половой жизнью. Послѣднія крови были въ мартѣ 1890 года. Беременность текла безъ осложненій, исключая послѣд-

нихъ 6 недѣль, когда страдала сильными болями въ правомъ боку (плевритъ). Родовыя боли начались 24-го декабря въ 9 часовъ вечера.

Ю. Г. брюнетка, 132-хъ см. росту, крѣпкаго тѣлосложенія. Окружность живота на уровнѣ пупка 90 см. Бедра изогнуты кпереди, лѣвое сильно приведено, такъ что съ голенью образуетъ уголъ, открытый кнаружи.

Размѣры таза: D. Spin. il. 26; D. cr. 24. Conj. ext 17; Conj. diagonal. 8; толщина симфизы 3 см. С. vera меньше 6. Сокращенія матки очень сильны. Нижний отрѣзокъ матки вытянутъ; зѣвъ открытъ на 2 поперечныхъ пальца; пузырь цѣль. Головка плода надъ входомъ таза, спинка влѣво; плодъ живъ.

Принимая во вниманіе абсолютное суженіе таза, рѣшено произвести кесарское сѣченіе, на которое Ю. Г. изъявила полнѣйшее согласіе.

Приготовленія къ операціи тѣ же, что и въ первыхъ 2-хъ случаяхъ. Операція произведена мною въ 1 часть дня, т. е. черезъ 16 часовъ отъ начала родовыхъ болей, при полномъ открытіи зѣва, но при цѣлости еще плоднаго пузыря. Для наркоза употреблялся хлороформъ, очищенный по способу проф. *Ментина*. Разрѣзъ по бѣлой линіи. Книзу отъ пупка пришлось вскрыть брюшную стѣнку не ниже 10 см. надъ верхнимъ краемъ симфизы, такъ какъ на этой высотѣ брюшина уже заворачивала на мочевой пузырь. Разрѣзъ пришлось значительно удлинить кверху отъ пупка и потому при выведеніи матки выпали тонкія кишки, вправленіе которыхъ не удалось. Кишки прикрыты компрессами и оставлены снаружи. Жгутъ не подкладывался, а нижній отрѣзокъ матки сжимался потомъ руками помощника. Нижний отрѣзокъ матки оказался чрезвычайно вытянутымъ, такъ что передняя стѣнка матки выше кольца сокращенія была чрезвычайно коротка, вслѣдствіе чего пришлось вскрыть матку разрѣзомъ, который начинался на задней поверхности и черезъ дно переходилъ на переднюю. Начало разрѣза соотвѣтствовало мѣсту прикрѣпленія плаценты. Оболочки разорваны, при чемъ выдѣлилось немного окоплодной жидкости.

Живая дѣвочка извлечена, по общимъ правиламъ, за тазовой конецъ. Послѣдъ удаленъ легко. Внутренняя поверхность матки промыта и, послѣ вправленія кишекъ, приступлено къ наложенію маточныхъ швовъ. Кровотеченіе изъ маточной раны во все это время было ничтожное, такъ какъ отрѣзокъ руками сжимался не хуже, чѣмъ жгутомъ. Швы на матку были наложены тоже, какъ и въ первыхъ 2-хъ случаяхъ, въ 2 этажа: 13 мышечно-децидуальныхъ, 15 брюшино-мышечныхъ глубокихъ и 2 брюшино-мышечныхъ поверхностныхъ.

Какъ только былъ проведенъ первый брюшино-мышечный шовъ, пульсъ у больной исчезъ совершенно и не появлялся во все время наложенія брюшино-мышечныхъ швовъ и зашиванія брюшной раны. Раньше пульсъ часто слабѣлъ, даже исчезалъ на короткое время нѣсколько разъ, именно: во время и немного послѣ вскрытія брюшины, при вправленіи кишекъ, при разрѣзѣ брюшины матки, теперь же онъ не являлся даже и послѣ вырыскиванія подъ кожу 7 шприцовъ эфира. Выѣстъ съ исчезновеніемъ пульса почти прекратилось и дыханіе, которое стало являться только по временамъ, а въ проме-

жуткахъ пришлось до конца операціи производить его искусственно въ теченіе 30-ти минутъ.

На брюшную рану было наложено 12 шелковыхъ швовъ. Какъ только была зашита брюшная рана и положена повязка, явился пульсъ и дыханіе. Хлороформу больная получила немного.

Операція продолжалась 1 часъ.

Сейчасъ послѣ операціи температура 35,2, пульсъ 100 и дыханіе 24 въ минуту.

Извлечена живая дѣвочка 2570 грм. вѣсу, 47 см. длины. Прямая окружность головки 33; прямой размѣръ 11.

Послѣдъ вѣсомъ 470 грм, размѣры дѣтскаго мѣста 18—21 см. Длина пуговины 40 см. Послѣ операціи Г. провела въ клиникѣ 54 сутки и на 55-ую выписалась здоровой. Изъ 55 дней, проведенныхъ Г. въ клиникѣ, первые 27, начиная съ 2-го, температура была повышена, затѣмъ еще на 32 день, послѣ чего она уже оставалась нормальной.

Наибольшее поднятіе температуры наблюдалось на 4-й день, до 39,2, затѣмъ на 5-й до 39, и 6-й день, до 39,1 въ остальные дни температуры не достигала 39°.

Повышеніе температуры зависило отъ ограниченнаго перитонита, а главнымъ образомъ отъ обострѣнія правосторонняго плеврита, которымъ Г. страдала въ послѣднія 6 недѣль беременности.

Пульсъ до 32-го дня послѣ операціи колебался отъ 100 до 140 ударовъ въ минуту, при чемъ обычно былъ выше 120, а къ вечеру 4-го дня онъ достигалъ даже 156. Съ 32-го до 42 дня онъ колебался отъ 112 до 100; съ 42-го до 50-го былъ отъ 100 до 88, наконецъ съ 50 до 55-го держался между 88—80 ударами въ минуту. Колебанія пульса стояли въ связи съ особенной чувствительностью нервной системы сердца къ болевымъ ощущеніямъ. 156 ударовъ наблюдалось къ вечеру 4-го дня послѣ операціи, когда были довольно значительны перитонитическія боли. При обычной смѣнѣ повязки, при отдѣленіи полосокъ липкаго пластыря, отъ небольшой боли пульсъ обычно поднимался съ 100—120 на 140 и даже болѣе.

Дыханіе колебалось отъ 24 до 40; въ лихорадочные дни большею частью было около 36 въ минуту.

Моча 4 дня выпускалась катетеромъ, а съ 5-го дня больная мочилась сама.

Швы сняты въ числѣ 7 на 8-й день, и послѣдніе 5 на 12-й день послѣ операціи.

Въ лихорадочные дни больная была неспокойна: очень плохо спала и была сильно возбуждена. Выписалась здоровой на 55 день.

Дѣвочка здорова и, согласно желанію матери, на 18-й день послѣ рожденія отпущена въ воспитательный домъ при больницѣ Младенца Іисуса.

Въ данномъ случаѣ обратить на себя вниманія чрезмѣрное вытяженіе нижняго отрѣзка матки, происшедшее до отхода околоплодныхъ водъ всего черезъ 16 часовъ отъ начала родовыхъ

болей; далѣе колебаніе и исчезновеніе пульса и разстройство дыханія во время операціи и въ послѣопераціонномъ періодѣ.

Всѣ эти ненормальности въ дѣятельности матки, разстройство дыханія и пульса объясняются особенной раздражительностью нервной системы, при которой обычные при чревосѣченіяхъ раздраженія брюшины, даже кожи, рефлекторно вызвали разстройство въ дѣятельности сердца и другихъ органовъ въ такой высокой степени.

Вліяніе отдѣльныхъ моментовъ лапаротоміи вообще и гистеротоміи въ частности на дѣятельность сердца и другихъ органовъ далеко не изучено.

Въ 1884 году, работая въ Берлинскомъ Физиологическомъ Институтѣ надъ иннервацией родоваго канала, я, между прочимъ, экспериментально изучилъ вліяніе различныхъ моментовъ лапаротоміи на кровяное давленіе (Du Bois-Reymond's Archiv für Physiolog, 1884 г. Н. 6 Seit 573 и слѣд.).

На основаніи этихъ опытовъ я могу сказать, что ни одинъ моментъ лапаротоміи, начиная съ кожного разрѣза и кончая наложеніемъ швовъ на брюшную рану, не остается безъ болѣе или менѣе рѣзкаго вліянія на кровяное давленіе.

Конечно, раздраженія, свойственныя отдѣльнымъ моментамъ лапаротоміи вообще, отзываются не на одномъ кровяномъ давленіи, а вліяютъ и на дѣятельность сердца, органовъ дыханія и пр.

Вотъ въ этомъ то смыслѣ вліяніе этихъ моментовъ и не изучено, а что оно заслуживаютъ самаго точнаго, полнаго изученія, то это доказываетъ наглядно нашъ случай.

Въ заключеніе мы остановимся на общемъ значеніе данныхъ случаевъ.

Всѣ больныя поступили въ клинику во время родовъ, причемъ 2 поступили на 3-и сутки. Операціи произведены при одинаковой обстановкѣ, ничѣмъ не отличавшейся отъ той, при которой производятся въ завѣдываемой мною клиникѣ чревосѣченія вообще. Но сами больныя въ этихъ случаяхъ не могли быть приготовлены къ операціи такъ, какъ готовятся, напр., для оваріотоміи. Въ первомъ случаѣ больная явилась уже ин-

фецированной, и отъ этой инфекціи погибла послѣ операціи. Кромѣ того, что эти больныя не могли быть приготовлены строго въ смыслѣ асептики или антисептики, у нихъ даже не представлялось возможнымъ въ требуемой степени очистить кишечникъ, какъ это особенно наглядно доказываетъ 2-й случай.

Вотъ эта то невозможность, за недостаткомъ времени, приготовить больную къ чревосѣченію такъ, какъ это требуется согласно выработаннымъ правиламъ, служить главною причиною большей смертности при кесарскомъ сѣченіи, чѣмъ при другихъ лапаротоміяхъ.

Тамъ, гдѣ больныя могутъ быть поставлены передъ кесарскимъ сѣченіемъ въ такія же условія, какъ ставятся больныя, идущія на оваріотомію, тамъ и результаты стоятъ близко другъ къ другу. Чтобы имѣть возможность производить кесарское сѣченіе при тѣхъ же условіяхъ, при какихъ мы производимъ въ настоящее время оваріотоміи, необходима иная организація акушерской помощи вообще, необходимо большее развитіе самаго общества.

При настоящихъ условіяхъ въ акушерской клиникѣ удалось спасти изъ 6 жизней только 5, а въ первомъ случаѣ мать погибла отъ вышеупомянутыхъ причинъ, лежащихъ внѣ акушерской клиники.

XVIII.

ПО ПОВОДУ НАКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ ВЪ МАТОЧНОЙ ТРУБѢ.

НѢСКОЛЬКО ОПЫТОВЪ НА ЖИВОТНЫХЪ.

М. А. Воскресенскаго.

Заболѣванія фаллопиевыхъ трубъ занимаютъ видное мѣсто въ современной гинекологіи, и среди этихъ заболѣваній клинически обращено серьезное вниманіе на скопленіе жидкости въ полости трубы. Профессоръ *К. Ф. Славянский* въ своихъ лекціяхъ, читанныхъ въ ноябрѣ 1890 г. въ завѣдуемой имъ клиникѣ Императорской Военно-Медицинской Академіи, подробно разобралъ вопросъ о ретенціонныхъ кистахъ фаллопиевыхъ трубъ и подъ этимъ названіемъ сгруппировалъ заболѣванія извѣстныя какъ hydrosalpinx, pyosalpinx, haematosalpinx, cystes tubo-ovariales.

При этомъ онъ сказалъ, что болѣе значительное скопленіе жидкости въ трубѣ можетъ встрѣчаться только при уничтоженіи просвѣта ея на пути нормальнаго физиологическаго стока ея выдѣленій; далѣе онъ прибавляетъ, что заращеніе брюшиннаго отверстія имѣетъ главное преимущество въ этомъ отношеніи передъ заращеніемъ маточнаго конца трубы. Клиническими причинами производящими obliteratio orificii tubae abdominalis являются сальпингиты и воспаления брюшины данной области. Большое значеніе для такого заращенія профессоръ *К. Ф. Славянский* придаетъ гонорройной и септической инфекціи. Извѣстны также случаи врожденнаго заращенія, при которыхъ происходитъ скопленіе нормальнаго выдѣленія слизистой оболочки трубы. Не вдаваясь въ разсмотрѣніе чисто гистологическихъ причинъ и путей нормальнаго выдѣленія трубы, которые, къ слову сказать, еще до сихъ поръ составляютъ спорные вопросы о существованіи железъ въ слизистой оболочкѣ

трубы, можно было-бы думать, что закрытіе просвѣта трубы, помимо всякой инфекціи, есть главный факторъ для образованія hydrosalpinx'a. Разъ существуетъ выдѣленіе слизистой оболочки трубы, то при закрытіи просвѣта жидкость должна останавливаться тотчасъ за этимъ мѣстомъ и растягивать данную часть трубы при открытомъ даже ея наружномъ—брюшинномъ концѣ. А между тѣмъ къ клиническимъ фактамъ, условія образованія которыхъ мы въ большинствѣ случаевъ выводимъ изъ побочныхъ данныхъ или изъ готовыхъ уже вполне препаратовъ, намъ недостаетъ хотя-бы точнаго знанія направленія трубной жидкости. Экспериментальный путь есть самый удобный для выясненія и подтвержденія клиническихъ наблюденій, которыя такимъ образомъ въ глазахъ клиницистовъ приобретутъ необычайную важность. Въ этомъ направленіи существуетъ еще мало работъ, такъ что условія для образованія накопленія жидкости въ полости трубы не опредѣлены надлежащимъ образомъ, хотя ретенціонныя кисты имѣютъ большой интересъ въ патологіи трубъ. Профессоръ *Kehrer* ¹⁾, работая въ 1879 году надъ вліяніемъ кастраціи на ростъ половыхъ органовъ, произвелъ пять опытовъ съ атрезіей трубъ у кроликовъ. Онъ разсматривалъ кроликовъ спустя годъ послѣ операціи, и пришелъ къ тому заключенію, что при объясненіи происхожденія pyo-и hydrosalpinx'a нельзя полагать главную сущность въ стенозѣ или атрезіи трубы, а для этого необходимъ еще эксудативный сальпингитъ. Элементы воспаления и составляютъ содержимое, какъ онъ называетъ, трубнаго мѣшка, а труба фаллопіева есть простой ходъ, выстланный мерцательнымъ эпителиемъ, скудная-же слизь на эпителиѣ при простой атрезіи трубы или всасывается тутъ-же, или удаляется черезъ брюшинное отверстіе въ брюшную полость. Всѣ эти опыты были произведены на кроликахъ возрастомъ 2-хъ—3-хъ мѣсяцевъ. *L. Landau*, напечатавшій статью въ Archiv für Gynaekologie 1891 г. подъ заглавіемъ «Ueber Tubensäcke», упоминаетъ,

¹⁾ Versuche über castration und Erzeugung von Hydrosalpinx.

что и онъ производилъ подобные опыты на кроликахъ съ такими-же результатами, какъ и у *Kehrer*'а. Сколько было опытовъ и какъ они производились, *Landau* не говорить. Въ клиническомъ отношеніи онъ принимаетъ начальную трубную остроту, какъ одну изъ важныхъ причинъ для образованія hydro и pyosalpinx'a, а затѣмъ указываетъ на всевозможнаго рода endosalpingitis, salpingitis и perisalpingitis. Въ его статьѣ на страницѣ 21-й встрѣчаемъ между прочимъ фразу, что, удаленіе трубнаго секрета только черезъ брюшинное отверстіе и необразующееся накопленіе жидкости при закрытіи маточнаго отверстія трубы противорѣчитъ какъ экспериментальнымъ, такъ и клиническимъ фактамъ.

Въ виду такихъ заявленій профессоръ *К. Ф. Славянский* предложилъ мнѣ заняться подъ его руководствомъ экспериментальнымъ изслѣдованіемъ механизма скопленія жидкости въ полости трубы, такъ что, благодаря его любезному предложенію и непосредственному участію, я и имѣлъ возможность лѣтомъ 1891 года сдѣлать нѣсколько опытовъ на животныхъ: кроликахъ, морскихъ свинкахъ и поросятахъ. Всѣхъ опытовъ было произведено 15, изъ нихъ на кроликахъ 11 (2 повторныхъ), на морскихъ свинкахъ 2 и поросятахъ 2. Всѣ кролики и морскія свинки были взрослые не менѣе 1 года, а поросята трехнедѣльные. Условія, поставленныя задачей для этой работы, были слѣдующія: наложеніе шелковой лигатуры у брюшнаго конца и перевязка трубы въ двухъ мѣстахъ. Для выясненія передачи накопленія жидкости на трубу съ матки производима была также перевязка рога съ цѣлью образованія hydrometr'ы. Кромѣ такихъ, такъ сказать, чистыхъ опытовъ съ атрезіей продѣланы были эксперименты, вызывающіе непосредственно воспаленіе въ трубѣ при помощи впрыскиванія въ нее разводки *staphylococcus citreus*. Наконецъ для рѣшенія вопроса о переходѣ воспаленія съ матки на трубу впрыскивалось въ рогъ *oleum crotonis* и въ нѣкоторыхъ случаяхъ также *staphylococcus citreus*.

Животное для производства операціи привязывалось въ

спинномъ положеніи къ столику *Чермака*, и матка съ трубами обнажалась посредствомъ разрѣза живота по срединной линіи. Лигатура на трубу накладывалась острой иглой, проводимой подъ трубой между сосудами. При выпаденіяхъ кишекъ, онѣ вкладывались обратно и удерживались ватнымъ тампономъ на ниткѣ, остававшемся въ полости живота обыкновенно до конца операціи. На брюшную рану накладывался одно или двухъ-этажный непрерывной шовъ. Вся операція занимала 10—15 минутъ при соблюденіи асептическихъ предосторожностей *staphylococcus citreus* былъ полученъ въ видѣ культуры на агаръ-агаръ отъ д-ра *А. Ф. Брандта*, который занимался въ то время бактеріологическими работами въ лабораторіи Военно-Медицинской Академіи и любезно предложилъ мнѣ этотъ видъ *staphylococcus*, какъ наиболѣе удобный для производства мѣстнаго воспаленія. Изъ данной мнѣ культуры я дѣлалъ прививки платиновой проволокой также на агаръ-агаръ, приготовленный съ мясощептономъ по способу д-ра *Н. Тишуткина* ¹⁾, и получилъ нѣсколько характерныхъ разводовъ *staphylococcus citreus*. Для впрыскиванія брался его водный растворъ, т. е. смытыя прокипяченной водой колоніи лимоннаго стафилококка на агаръ-агаръ въ пробиркѣ. Пробныя опыты воднаго раствора давали вполнѣ удовлетворительные результаты, при введеніи подъ кожу уха кролика получалось всегда ограниченное воспаленіе съ образованіемъ гноя. *Oleum crotonis* употреблялся въ смѣси съ глицериномъ въ количествѣ 1 на 3. Операція внесенія въ трубу *staphylococcus citreus* производилась такъ, что черезъ незначительный разрѣзъ въ рогъ затупленный конецъ иглы шприца проводился въ начальную часть трубы, куда и впускалось не болѣе капли жидкости. Ранка въ рогъ для того, чтобы жидкость не попала назадъ въ нижній конецъ рога и маточную шейку, перевязывалась двойной лигатурой ниже мѣста впрыскиванія. Кромѣ трехъ, всѣ остальные животныя довольно скоро поправлялись и затѣмъ убивались въ различные

¹⁾ Врачъ 1890 г. № 8.

сроки, самое позднее 6 недѣль. Изъ полученныхъ препаратовъ трубъ дѣлались микроскопическіе срѣзы микротомомъ *Шанце*, для чего куски трубы уплотнялись въ абсолютномъ спиртѣ и заливались целлюлоидиномъ. Двойная окраска производилась гематоксилиномъ и эозиномъ. Опытовъ съ наложеніемъ лигатуръ было сдѣлано 9 (1 повторный), съ впрыскиваніемъ olei crotonis 2 и впрыскиваніемъ staphylococcus citreus 4 (1 повторный).

Итакъ мы получили 2 группы опытовъ—одна съ перевязываніемъ трубы шелковой ниткой безъ экспериментальнаго производства воспаленія, а другая съ производствомъ воспаленія посредствомъ гноеродной жидкости; эта послѣдняя группа въ такомъ видѣ, сколько мнѣ извѣстно, нами сдѣлана впервые.

Описаніе опытовъ каждой группы изложено сообразно порядку времени вскрытія животнаго послѣ операціи.

Считаю нужнымъ упомянуть что содержаніе животныхъ было весьма гигиенично, въ большой проволоочной клѣткѣ на свѣжемъ воздухѣ, вдали отъ жилья.

Группа 1-я.

Опытъ 7-й, 11 іюня 1891 г., поросенокъ. Правый рогъ перевязанъ въ одномъ мѣстѣ, лѣвая труба при перевязкѣ разорвалась. Околѣлъ 12 іюня 1891 г. отъ кровотеченія изъ разорванной трубы. Рога и трубы найдены слабо развитыми.

Опытъ 15-й, 10 іюля 1891 г., морская свинка. Наложена лигатура на лѣвую трубу у ячника. При операціи случилось полное выпаденіе всѣхъ кишекъ наружу, которыя остались невправленными до самаго конца операціи. Это конечно послужило главнымъ поводомъ къ тому, что животное 12 іюля 1891 г. околѣло. Лѣвая труба безъ измѣненій, а въ рогѣ кровяныя сгустки и 3 плодныхъ мѣшка.

Опытъ 13-й, 30 іюня 1891 г., кроликъ (повторный). Черезъ разрѣзъ по линіи musculi quadrat. lumborum наложена лигатура на лѣвую трубу у брюшиннаго конца. Вскрытіе 7 іюля 1891 г. Труба и ячникъ окружены массой сращеній, трудно отдѣлимыхъ и приклеившихся къ брюшной стѣнкѣ. Ретенціонныхъ кистъ не найдено.

Опытъ 2-й, 7 іюня 1891 г., кроликъ. Одна лигатура на правый рогъ у мѣста расхожденія, лѣвая труба перевязана въ двухъ мѣстахъ—маточномъ и брюшинномъ. Вскрытіе 22 іюня 1891 г. Правый рогъ растянутъ до 6 мм. въ діаметръ и наполненъ свѣтлой жидкостью (hydrometra) до маточнаго конца трубы, которая между тѣмъ представляется совершенно

неизмѣненной. Лѣвая труба имѣетъ много легко отдѣлимыхъ сращеній съ окружающими частями, и образуетъ клубокъ петель въ $1\frac{1}{2}$ ctm. длины и 7 mm. ширины, наполненный свѣтлой жидкостью (hydrosalpinx).

Опытъ 6-й, 11 іюня 1891 г., кроликъ. Лигатура на правой трубѣ у маточнаго конца, а на лѣвой у брюшиннаго конца съ перевязкой mesovariі лѣваго яичника. При вскрытіи 26 іюня 1891 г. правая труба безъ измѣненій, а лѣвая представляетъ клубокъ вмѣстѣ съ яичникомъ, на которомъ (яичникѣ) образовалась киста въ 6 mm. въ діаметрѣ; сама труба въ этомъ мѣстѣ не измѣнена, а при микроскопическомъ изслѣдованіи складки слизистой оболочки ея (ворсинки) удлиннены и болѣе густо расположены.

Опытъ 5-й, 11 іюня 1891 г., кроликъ. На правую трубу наложены лигатуры въ 2-хъ мѣстахъ, и перевязанъ mesovarium праваго яичника, слѣва лигатура на рогъ и на mesovarium лѣваго яичника. Вскрытіе 7 іюля 1891 г. Правая труба между лигатурами растянута до 3-хъ mm. въ діаметрѣ и наполнена свѣтлой жидкостью (hydrosalpinx). Лѣвая труба скомкана съ остатками яичника.

Опытъ 3-й, 8 іюня 1891 г., поросенокъ. Наложены лигатуры на рога. При вскрытіи 4 іюля 1891 г. не найдено измѣненій ни въ трубахъ, ни въ рогахъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи они оказались слабо развитыми, и маточныя железы въ зачаточномъ состояніи.

Опытъ 4-й, 8 іюня 1891 г., кроликъ. Правая труба перевязана у маточнаго конца, а на лѣвой трубѣ наложены лигатуры въ 2-хъ мѣстахъ, кромѣ того еще сдѣлана перевязка mesovariі лѣваго яичника. Вскрытіе 19 іюля 1891 г. Правая труба безъ измѣненій, а лѣвая труба между двухъ лигатуръ представляетъ клубокъ петель, наполненный водянистой жидкостью (hydrosalpinx). Длина клубка 3 ctm., ширина 2 ctm., діаметръ каждой петли 1 ctm. Лѣвый яичникъ безъ зрѣлыхъ фолликулъ въ видѣ остатка въ $\frac{1}{2}$ ctm. длины, а правый имѣетъ $2\frac{1}{4}$ ctm. длины и большое количество зрѣлыхъ фолликулъ.

Опытъ 1-й, 7 іюня 1891 г., кроликъ. Лигатура на правый рогъ у мѣста расхожденія и лигатура на правую у маточнаго конца. Лѣвая труба перевязана у брюшиннаго конца, лигатура на mesovarium лѣваго яичника. Вскрытіе 19 іюля 1891 г. Правая труба безъ измѣненій, лѣвая труба у лигатуры образуетъ расширенный клубокъ въ 1 ctm. величины, наполненный свѣтлой жидкостью (hydrosalpinx). Лѣвый яичникъ въ видѣ незначительнаго остатка, а правый въ 2 ctm. длины и съ большимъ количествомъ зрѣлыхъ фолликулъ.

Группа 2-я.

Опытъ 9-й, 15 іюня 1891 г., кроликъ. Въ правый рогъ по срединѣ его протяженія впрыснуто ol. crotonis, и на правую трубу наложена лигатура у яичника; въ лѣвомъ рогѣ оказалось 2 мѣшка беременности, лѣвая труба перевязана по срединѣ. Околѣлъ 18 іюня 1891 г. Правый рогъ найденъ вздутымъ и наполненнымъ гноемъ. Труба безъ измѣненій.

Опытъ 12-й, 26 іюня 1891 г., кроликъ (повторный). Въ начальную маточную часть лѣвой трубы впрыснуть *staphylococcus citreus* и наложена лигатура на эту трубу у яичника. Вскрытіе 29 іюня 1891 г. Лѣвая труба на пространствѣ 3-хъ см. между лигатуръ образуетъ петли, наполненныя густымъ гноемъ (*pyosalpinx*), ширина петли 3 mm. Ворсинки инфильтрированы и эпителий ихъ частью въ распадѣ.

Опытъ 14-й, 9 іюля 1891 г., морская свинка. Въ правый рогъ впрыснуть *staphylococcus citreus*. При вскрытіи 20 іюля 1891 г. найдено растяженіе праваго рога до начала трубы гнойной жидкостью (*pyometra*), въ длину 5 см., а въ ширину $1\frac{1}{2}$ см. Трубы не измѣнены.

Опытъ 8-й, 15 іюня 1891 г., кроликъ. Въ правый рогъ впрыснуто *oleum crotonis*. Вскрытіе 29 іюня 1891 г. Правый рогъ наполненъ гнойной жидкостью (*pyometra*), діаметръ его $2\frac{1}{2}$ см. Труба не измѣнена.

Опытъ 11-й, 21 іюня 1891 г., кроликъ. Въ маточную часть правой трубы впрыснуть *staphylococcus citreus* и наложена лигатура на эту же трубу у яичника. Вскрытіе 6 іюля 1891 г. Вся правая труба до лигатуры растянута въ $\frac{1}{2}$ см. въ діаметръ и наполнена водянистой жидкостью (*hydrosalpinx*).

Опытъ 10-й, 21 іюня 1891 г., кроликъ. Черезъ длинный кусокъ рога впрыснуть *staphylococcus citreus* въ начало правой трубы. Вскрытіе 7 іюля 1891 г. Найдено растяженіе водянистой жидкостью рога (*hydro-metra*), а труба безъ измѣненій.

Всѣ эти опыты изложены здѣсь кратко въ видѣ выдержекъ изъ протоколовъ, такъ какъ описаніе состоянія сосѣднихъ органовъ не представляетъ особенной важности; а, говоря вообще, осложненія со стороны брюшины въ большинствѣ случаевъ были самыя ничтожныя.

Обсуждая данныя опытовъ 1-й группы, я считаю наиболѣе важными опыты 2, 6, 5, 4 и 1. Они показали намъ, что при перевязкѣ рога происходитъ образованіе *hydrometr*ы, которое однако не повело къ накопленію жидкости въ трубѣ. Перевязка маточнаго конца трубы не послужила въ нашихъ случаяхъ къ образованію *hydrosalpinx*'а, хотя періодъ наблюденія для этого былъ довольно значителенъ, какъ напримѣръ въ опытахъ 6 и 4-мъ труба безъ измѣненій отъ 2-хъ до 6-ти недѣль, что по-видимому не согласно съ мнѣніемъ *L. Landau*.

Перевязываніе брюшнаго конца трубы повело къ образованію яснаго *hydrosalpinx*'а у лигатуры въ опытѣ № 1. Наибольшій эффектъ скопленія жидкости получился при двойной

перевязкѣ трубы въ опытахъ 2, 5 и 4. Шестинедѣльный промежутокъ времени въ соотвѣтственныхъ случаяхъ позволяетъ думать, что это не были явленія случайнаго венознаго застоя. Объ эксудативномъ сальпингитѣ, въ смыслѣ профессора *Kehrer'a*, тутъ едва-ли можетъ быть рѣчь, такъ какъ для этого не доставало такихъ объективныхъ данныхъ, какъ воспаленія брюшины, инфильтраціи слизистой оболочки трубы, а опыты 5 и 4 прошли совершенно гладко. Результаты другихъ опытовъ этой группы, 7, 15, 13 и 3, не представляли ничего интереснаго, за исключеніемъ того, что операція надъ очень молодымъ животнымъ (опытъ 3) не привела ни къ чему даже послѣ 4-хъ недѣль; такой опытъ подтверждаетъ ту мысль, что слабо развитой—очень молодой рогъ при перевязкѣ его не даетъ скопленія выдѣленій, какъ органъ еще не функционировавшій.

Опыты 2-й группы выяснили сравнительную безвредность для общаго состоянія организма такихъ гноеродныхъ веществъ, какъ *staphylococcus citreus* и *oleum crotonis*. Въ двухъ опытахъ примѣненія кротонаго масла получилось гнойное эксудативное воспаленіе рога—*ruometra*, которое на трубы не распространилось въ теченіи 14 дней (опытъ 8). Такое же мѣстное дѣйствіе получалось въ рогѣ (опытъ 14) отъ впрыскиванія лимоннаго стафилококка, и въ опытѣ 12-мъ, гдѣ стафилококкъ былъ внесенъ въ трубу, найденъ былъ *ruosalpinx*.

Въ опытахъ 11 и 10, когда прошло 15 дней послѣ операціи, оказалась уже не гнойная, а водянистая жидкость, которая, надо полагать, была ничто иное, какъ наступившее видоизмѣненіе скопившагося гнойнаго эксудата. Опытъ 10-й интересенъ еще тѣмъ, что, не смотря на внесенный стафилококкъ въ трубу, оказалась только *hydrometra* выше перевязанной части рога: жидкость, вѣроятно, была вытолкнута вся изъ трубы въ рогъ наступившими сейчасъ-же антиперистальтическими движеніями трубы, тѣмъ болѣе, что шприцъ проводился въ трубу не въ концѣ рога, а оставлялся еще длинный кусокъ рога для образованія *hydrometry*. Опыты 9, 14 и 8 показали, что гнойное эксудативное воспаленіе рога—*ruometra* не вызвала никакихъ

измѣненій въ трубѣ, иначе сказать воспаленіе рога какъ будто встрѣтило себѣ преграду у маточнаго конца трубы въ теченіе вышеописаннаго времени. Слѣдовательно переходъ воспалительной жидкости и бактерійнаго характера изъ матки въ трубу совершается не такъ легко, какъ это можно было-бы ожидать.

Резюмируя все, можно придти къ тѣмъ результатамъ, что въ маточной трубѣ взрослого кролика есть содержимое, та скудная слизь, какъ назвалъ ее *Kehrer*, которая отдѣляется очевидно самой слизистой оболочкой трубы, и при двойной перевязкѣ трубы въ теченіи 4-хъ—6-ти недѣль можетъ скопиться до образованія значительнаго hydrosalpinx'a. Токъ жидкости маточной трубы въ нашихъ случаяхъ легче направлялся въ брюшную полость, такъ какъ при закрываніи брюшнаго отверстія получилось по истеченіи 6 недѣль образованіе hydrosalpinx'a у этого закрытаго лигатурой брюшиннаго конца. Закриваніе же маточнаго конца трубы не имѣло такого эффекта. Дѣйствіе olei crotonis на рогъ воспалительное. Впрыскиваніе staphylococcus citreus въ рогъ и въ трубу при наложеніи соотвѣтственныхъ лигатуръ производило pyometr'y, pyosalpinx, а также и hydrosalpinx, какъ дальнѣйшее теченіе гнойнаго эксудата.

Данными вышеописанныхъ опытовъ, повидимому, подтверждается мнѣніе, высказанное профессоромъ *К. Ф. Славянскимъ*, что заращеніе одного только ostium uterinum tubae не ведетъ за собою никакихъ скопленій, а заращеніемъ брюшнаго отверстія тотчасъ-же обусловливается застой выдѣленій въ наружномъ концѣ трубы (*К. Ф. Славянскій*. Воспаленія и ретенціонныя кисты фаллопиевыхъ трубъ, страница 24). Съ другой же стороны опыты съ pyometr'ой не даютъ мнѣ права сказать, что воспалительный процессъ распространяется на слизистую оболочку трубы чаще и легче всего со слизистой оболочки полости матки, какъ выразился профессоръ *К. Ф. Славянскій* на стр. 14.

Мои выводы не вполне согласны съ выводами профессора *Kehrer* а, опыты котораго были поставлены совершенно иначе; я думаю, что дѣлать операцію на молодыхъ животныхъ и вскры-

вать ихъ потомъ только черезъ годъ не можетъ быть достаточно убѣдительно, не имѣя сравнительныхъ опытовъ о томъ, совершается-ли какой нибудь процессъ въ слаборазвитомъ органѣ послѣ перевязки его въ болѣе короткіе періоды времени—мѣсяцъ, два. Мои экспериментальныя данныя не подходятъ также и къ мнѣнію *L. Landau*, упомянутому уже въ началѣ этой статьи при краткомъ разборѣ относящихся сюда его наблюденій.

Малое число опытовъ не могло конечно достаточно выяснитъ вопросъ о механизмѣ накопленія жидкости въ полости трубы, и я намѣренъ продолжить экспериментальнымъ путемъ на гораздо большемъ количествѣ животныхъ разработку этой весьма интересной части патологіи маточныхъ трубъ.

Усадьба Межутоки
Новгородской губерніи.
Іюль. 1891.

XIX.

КЪ ВОПРОСУ О ПОЛОВОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНЩИНЫ ГОРОДА ТАМБОВА.

Н. М. Какушкина.

Половая дѣятельность составляетъ одну изъ главныхъ цѣлей жизни на землѣ всякаго существа. У человѣка эта цѣль жизни особенно важна, потому что, благодаря умственному развитію его душевныхъ силъ, половая дѣятельность его не инстинктивна, какъ у всякаго животнаго, а болѣе сознательна и слѣдовательно составляетъ у него болѣе насущную потребность въ жизни. Какъ у всякаго существа, половая дѣятельность у человѣка дѣлится между двумя полами, между мужчиной и женщиной, но на долю мужчины приходится только небольшая часть этой дѣятельности, почти все бремя послѣдней несетъ на себѣ женщина. Отъ этого функціи полового аппарата женщины очень сложны: онѣ не ограничиваются узкою сферою одного полового

аппарата, а касаются всего женского организма, имѣя на другія сферы его дѣятельности громадное вліяніе.

Наблюдая половую дѣятельность каждой отдѣльной женской особи, мы замѣчаемъ, что она по характеру своему и по размѣрамъ своимъ подвержена широкимъ колебаніямъ, которыя зависятъ отъ многихъ условій: и отъ устройства и состоянія здоровья собственно полового аппарата, и отъ устройства и состоянія здоровья всѣхъ прочихъ частей женского организма. А такъ какъ физическое развитіе женскаго тѣла и состояніе его здоровья находятся въ зависимости отъ разнообразнѣйшихъ вліяній наслѣдственности, воспитанія, пищи, образа и условій жизни, окружающей обстановки, климата и прочее, то повятно, насколько половая дѣятельность одной женщины отличается отъ таковой же другой, живущей въ другой мѣстности, въ другой обстановкѣ, среди другихъ условій воспитанія, занятій и тому подобное. Особенно рельефно можно доказать это, наблюдая половую дѣятельность цѣлой группы женщинъ, живущихъ при одинаковыхъ условіяхъ, причемъ конечно вліяніе индивидуальности ступевывается. Такими наблюденіями давно уже доказано, что половая дѣятельность женщинъ различна не только у различныхъ расъ, въ разныхъ странахъ и государствахъ, но и въ разныхъ городахъ, обществахъ и сословіяхъ.

Изъ всего сказаннаго видно, что изученіе половой дѣятельности женщины той или другой мѣстности не только интересно въ чисто научномъ отношеніи, но и полезно для практическихъ цѣлей. Въ самомъ дѣлѣ, выводя среднія цифры для таковой дѣятельности въ какомъ нибудь, напримѣръ, городѣ, мы изъ сравненія этихъ цифръ съ нормальными, выведенными для всей, напр., страны, можемъ уяснить себѣ, насколько опредѣляемая половая дѣятельность отклоняется отъ нормы. По ней мы можемъ судить, кромѣ того, и о здоровьѣ всего населенія даннаго района и наконецъ о санитарномъ значеніи мѣстныхъ условій жизни. Съ другой стороны, опредѣленіемъ такой средней величины для всего населенія мы создаемъ мѣрило для выясненія нормальности половой дѣятельности каждой отдѣльной особи.

опредѣляемъ извѣстные постоянныя границы или рамки, дающія намъ возможность въ каждомъ данномъ случаѣ опредѣлить, насколько половая дѣятельность каждой, обращающейся къ намъ за врачебной помощью женщины выходитъ изъ предѣловъ этихъ постоянныхъ рамокъ. Однимъ словомъ, знакомство съ половую дѣятельностью женщины того или другого района мѣстности полезно и для широкихъ санитарныхъ цѣлей и для болѣе узкихъ цѣлей гинекологической практики.

Руководствуясь означенными цѣлями, а также слѣдуя примѣру многихъ русскихъ врачей, какъ-то: *Славянского, Смидовича, Ястребова, Отта, Жбанкова, Андреева, Иванова, Потаповой, Нешеля, Крумбмиллера, Заварина, Олихова* и другихъ, я рѣшилъ опредѣлить половую дѣятельность женщины города Тамбова, думая для этого, кромѣ матеріала своей практики, воспользоваться матеріаломъ Тамбовской губернской земской больницы. Къ сожалѣнію, недостатокъ матеріала, проходящаго черезъ мои руки, не далъ мнѣ возможности опросить достаточное количество женщинъ даже въ теченіе цѣлаго года; за весь 1890 г. мною опрошено только 240 женщинъ. Такая цифра весьма мала для того, чтобы дѣлать какіе либо выводы, но, не имѣя возможности пока теперь продолжать начатое, я считаю не лишнимъ опубликовать и то, что уже у меня имѣется.

Матеріаломъ для моихъ записей служили стаціонарныя больныя женскихъ, хирургическаго и гинекологическаго, отдѣленій тамбовской больницы, больныя моей частной практики и родильницы родильнаго отдѣленія больницы. Разспросы записывались на особыхъ бланкахъ и касались возраста, занятій, времени выхода замужъ, родовой функціи, менструаціи, состоянія здоровья. Опросу подвергались только женщины замужнія, и изъ незамужнихъ только рожавшія, вообще такія, которыя были въ періодъ или существующей, или увядшей половой дѣятельности.

Самый младшій возрастъ изъ опрошенныхъ мною женщинъ былъ 17-лѣтній, самый старшій—70-лѣтній. По возрасту и по сословіямъ опрошенныя дѣлятся у меня такъ:

ВОЗРАСТЪ.	Крест'янки.	Мѣщанки.	Солдатки.	Жены и дѣти врачей, учи- телей и пр.	Чиновницы.	Купчихи.	Дворянки.	Духовныя.	Неизвѣстно.	ИТОГО.
17—20 . . .	11	9	1	1	1	—	—	—	4	27
21—30 . . .	59	35	11	8	5	1	2	1	7	129
31—40 . . .	17	22	5	2	—	2	1	1	4	54
41—50 . . .	4	5	1	—	1	2	2	2	2	19
51—60 . . .	2	2	1	—	1	—	—	—	—	6
61—70 . . .	1	3	—	—	1	—	—	—	—	5
Всего . .	94	76	19	11	9	5	5	4	17	240

По возрасту и занятіямъ распределе́ніе опрошенныхъ слѣдующее:

Возрастъ.	Домашнее хозяйство.	Прислуга (общая).	Горничныя.	Кухарки.	Портнихи, рукодѣльн.	Прачки.	Няньки.	Акушерки, учительницы и пр.	Неопредѣлен. занятія.	Торговки.	Неизвѣстно.	ИТОГО.
17—20 . .	9	2	11	—	3	—	2	—	—	—	—	27
21—30 . .	59	19	13	14	9	5	2	1	1	1	5	129
31—40 . .	22	6	6	8	—	2	2	2	1	1	4	54
41—50 . .	8	3	1	5	—	1	1	—	—	—	—	19
51—60 . .	3	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	6
61—70 . .	2	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	5
Всего . .	103	32	31	28	12	8	8	4	3	2	9	240

Изъ этихъ таблицъ видно, что въ наши списки попадали женщины преимущественно въ возрастѣ 21—30 л., а также въ возрастѣ 31—40 лѣтъ, т. е. въ періодъ расцвѣта половой дѣятельности. Затѣмъ идутъ женщины съ неустановившеюся еще половой дѣятельностью, т. е. въ возрастѣ 17—20 лѣтъ, и наконецъ женщины въ возрастѣ близкомъ къ климактерическому, къ которому относится наименьшее число опрошенныхъ нами женщинъ. По сословію, главнѣйшій контингентъ женщинъ у насъ составляли низшія сословія: крестьянки и мѣщанки. Что

касается занятій, то на долю занимающихся домашнимъ хозяйствомъ и прислуги приходится большая часть. Такой подборъ женщинъ, попавшихъ въ наши списки, будетъ весьма понятенъ и естественъ, если принять во вниманіе матеріалъ, проходившій черезъ наши руки: это были женщины преимущественно больныя женскими болѣзнями, т. е. такія, половая дѣятельность которыхъ находится, такъ сказать, въ самомъ разгарѣ ея, и притомъ женщины, лѣчившіяся въ тамбовской больницѣ, куда и до сей поры стремятся по преимуществу женщины бѣдныхъ классовъ.

У большинства опрошенныхъ нами женщинъ отмѣчено нами время перваго появленія кровей, такъ сказать начало половой дѣятельности. Изъ этихъ отмѣтокъ оказалось, что самый ранній срокъ появленія мѣсячныхъ у насъ 11 лѣтъ отъ роду, самый поздній—21 годъ. Болѣе точное распредѣленіе женщинъ по времени перваго появленія кровей видно изъ слѣдующихъ двухъ таблицъ.

Возрастъ. Сословіе.	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Неизвѣст- ный.	Средній возрастъ наступл. кровоѣ.
Крестьянки .	—	2	8	25	18	21	12	3	4	—	1	—	15,3
Мѣщанки . .	—	3	10	22	16	9	7	5	2	—	—	2	14,9
Солдатки . .	—	—	2	2	5	3	2	4	—	1	—	—	15,9
Жены и дѣти врачей, учи- телей и пр. .	—	1	2	4	1	1	1	—	—	—	—	1	14,2
Чинovníцы .	1	1	2	3	1	—	1	—	—	—	—	—	13,6
Купчихи . .	—	—	1	1	1	—	—	—	—	2	—	—	16,4
Дворянки . .	—	—	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	14,6
Духовныя . .	—	—	—	1	2	1	—	—	—	—	—	—	15,0
Неизвѣстно .	—	—	2	2	—	4	3	4	1	1	—	—	
Итого . .	1	7	28	61	46	40	26	16	7	4	1	3	240

Возрастъ. Занятія.	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Неизвѣст- ный.	Средній возрастъ наступл. кровей.
Дом. хозяйство.	1	5	13	28	23	15	7	6	2	2	—	1	14,9
Прислуга (об- щая) . . .	—	2	3	8	4	6	4	5	—	—	—	—	14,8
Горничныя . .	—	—	3	8	4	7	6	3	—	—	—	—	15,4
Кухарки . . .	—	—	3	5	5	5	2	2	4	1	1	—	16,1
Портн., рукод.	—	—	—	3	1	4	3	—	—	1	—	—	16,0
Прачки	—	—	1	3	2	1	—	—	—	—	—	1	14,4
Няньки	—	—	1	1	4	—	2	—	—	—	—	—	15,1
Акушерки, учи- тельн. и пр.	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	14,3
Неопредѣл. за- нятія	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	14,6
Торговки . . .	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	13,5
Неизвѣстно	—	—	1	3	2	—	2	—	1	—	—	—	—
Итого	1	7	28	61	46	40	26	16	7	4	1	3	240

Если перемножить число женщинъ на соотвѣтствующій воз-
растъ и сумму полученныхъ произведеній раздѣлить на все
число женщинъ, время появленіе кровей у которыхъ извѣстно
(237), то мы получимъ 15,22 лѣтъ—средній возрастъ перваго
появленія мѣсячныхъ у женщинъ города Тамбова. Такая цифра
весьма вѣроятна, если принять во вниманіе средній возрастъ
появленія первыхъ кровей въ различныхъ мѣстахъ нашего оте-
чества, полученный другими наблюдателями, и то вліяніе на
время появленія первыхъ кровей, какое имѣетъ климатъ, или,
лучше сказать, широта, удаленность даннаго мѣста отъ экватора.

При болѣе внимательномъ обзорѣ предыдущихъ таблицъ,
мы видимъ, что наичаще первыя мѣсячныя въ Тамбовѣ при-
ходятъ на 14-мъ году, затѣмъ на 15-мъ и на 16-мъ. Число слу-
чаевъ появленія первыхъ кровей въ остальные возрасты посте-
пенно уменьшается съ уменьшеніемъ и увеличеніемъ возраста.
60,3% женщинъ въ Тамбовѣ начинаетъ менструировать до
15 лѣтъ, а 39,7%—послѣ 15 лѣтъ.

И при нашемъ небольшомъ матеріалѣ довольно опредѣленно
выказывается вліяніе сословія на время появленія первыхъ мѣ-

сячныхъ. Такъ, у крестьянокъ первая менструація въ среднемъ появляется на 15,3 году, наичаще бываетъ на 14 году, хотя почти также часто бываетъ и на 16 году; у мѣщанокъ она появляется впервые на 14,9 году, наичаще бываетъ въ слѣдующіе, высшіе возрасты, въ особенности на 16 году. Точно также гораздо раньше, чѣмъ у крестьянокъ, появляется первая менструація у женъ чиновниковъ, дворянъ, женъ и дѣтей врачей, учителей и прочее. Здѣсь, особенно у женъ и дѣтей врачей и у чиновницъ, замѣтно въ этомъ отношеніи нѣкоторое преобладаніе 13-лѣтняго возраста.

Что касается отношеній между занятіями женщинъ и временемъ перваго появленія кровей, то здѣсь вліяніе не такъ рельефно выражено, хотя и здѣсь замѣтно преобладаніе болѣе старшихъ возрастовъ у лицъ тяжелаго труда, и болѣе младшихъ возрастовъ у лицъ, занимающихся, напримѣръ, домашнимъ хозяйствомъ. Недостатокъ нашего матеріала и здѣсь мѣшаетъ болѣе точнымъ выводамъ.

Въ общемъ надо сказать, что зависимость времени перваго появленія кровей отъ различныхъ общихъ вліяній, какъ-то: климата и условій жизни, подтверждается и нашими немногочисленными наблюденіями. Что касается типа кровей, ихъ характера, то здѣсь вліяніе столь общихъ условій не должно быть велико, оно въ значительной степени уменьшается вліяніемъ индивидуальности, въ особенности состояніемъ здоровья полового аппарата женщины. Изъ общихъ условій болѣе замѣтное вліяніе въ этомъ отношеніи, на мой взглядъ, должны оказывать: образъ жизни женщины, ея занятія. Предлагаемая (слѣдующая) таблица можетъ дать въ этомъ отношеніи нѣкоторыя данныя. Въ 33 случаяхъ нашихъ продолжительность кровей не отмѣчена. Въ 8 случаяхъ крови были неправильны, т. е. продолжались не одинаковое число дней, хотя иной разъ и черезъ равныя промежутки (3,8°/6).

Продолжит. кровој. Дни. Занятія.	2	3	4	5	6	7	8	Непра- вильныя кровој.	Неиз- вѣстно.	Средняя про- должитель- ность.
Домашнее хоз. . .	1	10	19	16	13	27	—	5	11	5,3 дня
Прислуга(общая)	—	3	4	6	5	5	2	1	6	5,4 »
Горничныя . . .	1	5	8	4	3	5	2	—	3	4,9 »
Кухарки . . .	—	6	5	1	3	9	1	—	3	5,3 »
Портн., рукод. . .	—	—	3	2	2	3	—	1	1	5,5 »
Прачки . . .	—	—	1	2	2	1	—	—	2	5,5 »
Няньки . . .	—	2	—	3	—	2	—	—	2	5,0 »
Акушерки, учи- тельницы и пр.	—	—	1	—	1	—	—	1	1	5,0 »
Неопредѣленныя занятія . . .	—	—	—	—	—	1	—	—	2	7,0 »
Торговки . . .	—	—	1	1	—	—	—	—	—	4,5 »
Неизвѣстныя	—	—	2	—	2	2	1	—	2	6,0 »
Итого . .	2	26	44	35	31	55	6	8	33	5,7 дн.
										240

Какъ видно изъ таблицы, продолжительность кровей у нас колеблется въ предѣлахъ 2—8 дней, въ среднемъ она равна 5,7 днямъ. Наичаще она равна 7 днямъ, а именно въ 27,6% всѣхъ правильныхъ случаевъ (199); затѣмъ по частотѣ идутъ 4-дневныя крови (22,1% всѣхъ случаевъ), потомъ пятидневныя (17,6%); шестидневныя, трехдневныя и такъ далѣе. Рѣже всего крови продолжаются 2 дня (1,0%).

Что касается промежутковъ между менструаціями, то въ точности опредѣлить ихъ не представляется возможнымъ, потому что сами женщины почти никогда точно этихъ промежутковъ не обозначаютъ. Обычныя фразы: черезъ 3 недѣли на 4-ю черезъ 4 недѣли на 5-ю, далеко еще не говорятъ объ истинной сути дѣла. На основаніи такихъ отвѣтовъ мы можемъ сказать, что въ нашихъ случаяхъ интерменструальныя періоды были

3 недѣли.	въ 184 случаяхъ,
4 недѣли.	» 23 »
неправильныя	» 10 »
и остались неизвѣстными	» 23 »

Въ связи съ вопросомъ о времени наступленія у женщины половой зрѣлости стоитъ вопросъ о времени выхода замужъ въ первый разъ. Само собою разумѣется, самый ранній возрастъ, когда женщина у насъ выходитъ замужъ, есть 16-лѣтній. потому что законъ запрещаетъ замужество въ болѣе раннемъ возрастѣ. Существованіе такого закона весьма естественно, ибо вполне соответствуетъ природнымъ требованіямъ. Самымъ позднимъ возрастомъ, когда мы отмѣтили у себя время перваго выхода замужъ, былъ 30-лѣтній. Сословіе, конечно, играетъ большую роль въ вопросѣ о времени перваго выхода замужъ, но въ нашихъ немногочисленныхъ случаяхъ, касающихся только горожанокъ съ значительнымъ преобладаніемъ одного сословія, влияние этого послѣдняго не можетъ ясно выказаться, что и видно изъ прилагаемой ниже таблицы. Изъ нея кромѣ того можно получить свѣдѣнія, какой $\%$ незамужнихъ находится въ томъ или въ другомъ сословіи.

Возрасть. Сословіе.																															Неизвѣстный. Средній возрастъ.	Незамужн.	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Число.	%																
Крестьянки . . .	16	25	10	8	13	3	4	1	—	1	1	—	—	—	1	—	18,4	11	11,7%														
Мѣщанки	15	8	14	14	7	2	3	1	1	2	—	1	—	2	—	1	18,9	5	6,6%														
Солдатки	5	6	3	—	—	2	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	18,7	—	—														
Жены и дѣти вра- чей, учителя и пр.	2	1	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	2	18,1%														
Чиновницы . . .	1	3	—	3	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	18,8	—	—														
Купчихи	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	1	20%														
Дворянки	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	21,5	1	20%														
Духовныя	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16,6	1	25%														
Неизвѣстныя . .	1	2	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	7	—														
Итого	43	49	33	27	25	8	9	2	3	3	2	1	1	2	3	1	18,6	28	11,7%														

Слѣдовательно, самымъ частымъ временемъ выхода замужъ былъ 17-лѣтній возрастъ, затѣмъ идетъ 16-лѣтній, 18-лѣтній, 19-лѣтній и такъ далѣе. Средній возрастъ для нашихъ случаевъ есть 18,6. Въ общемъ, женщины высшихъ сословій выходятъ замужъ позже, хотя развиваются въ половомъ отношеніи раньше, такъ что, если взять среднюю цифру изъ среднихъ цифръ для перваго выхода замужъ дворянокъ, купчихъ, чиновницъ, мѣ-

щанокъ и женъ, дѣтей врачей, учителей и прочее, то получимъ 19,0—возрастъ немного превышающій таковой же крестьянокъ.

Въ 25 случаяхъ у насъ отмѣченъ возрастъ мужа соотвѣтственно возрасту выходящей замужъ женщины. Только въ одномъ изъ этихъ случаевъ возрастъ мужа равнялся возрасту жены, въ одномъ случаѣ былъ меньше возраста жены (на 2 года). Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ возрастъ мужа былъ больше возраста жены, а именно:

Разница въ лѣтахъ.	1/2 г.	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	5 л.	6 л.	7 л.	8 л.	9 л.	11 л.	12 л.	13 л.	14 л.	Всего.
Число случаевъ	1	1	7	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	23

Такимъ образомъ мужъ старше своей жены чаще всего на 2 года, въ среднемъ-же на 4,9 лѣтъ.

Опредѣленіе времени наступленія первыхъ кровей и времени перваго выхода замужъ, которое мы сдѣлали выше, только до нѣкоторой степени можетъ дать понятіе о типѣ женщинъ города Тамбова и во всякомъ случаѣ весьма немного отвѣчаетъ на нашъ вопросъ—о размѣрѣ и характерѣ половой дѣятельности этой женщины. Отвѣтъ на этотъ вопросъ можетъ быть данъ не столько на основаніи разсмотрѣнія многихъ или всѣхъ функций половой сферы женщины въ совокупности, сколько на основаніи опредѣленія размѣровъ собственно родовой функции женщины, въ частности на основаніи опредѣленія плодовитости ея. Принимая во вниманіе, что размѣры родовой функции могутъ быть опредѣлены только по достиженіи женщиной половой зрѣлости, мы въ нижеслѣдующихъ расчетахъ изъ опрошенныхъ нами женщинъ взяли только тѣхъ, которыя были не моложе 25 лѣтъ, полагая, что къ этому возрасту уже достаточно женскій организмъ въ половомъ отношеніи представляется развитымъ. Что касается самого способа опредѣленія размѣровъ родовой функции, то прежде опредѣленія собственно плодовитости женщины необходимо выяснить ея способность оплодотворяться, беременѣть, чтобы изъ сопоставленія числа беременностей съ

числомъ дѣторожденіи вывести заключеніе о томъ, насколько и въ какой средѣ процвѣтають у насъ не срочные роды, главнымъ образомъ выкидыши. Соотвѣтственно занятіямъ женщинъ беременности распредѣляются такъ:

Число бере- менно- стей.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	22	Небере- мѣнія.	% не бере- мѣв- шихъ.	Среднее чи- сло бере- менностей.
Занятія.																				
Дом. хозяй- ство . . .	6	11	6	2	10	11	3	3	2	3	2	3		1		1	1	4	5,7 ⁰ / ₀	5,7
Прислуга(об- щая) . .	2	5	2	7	3	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	15,8 ⁰ / ₀	3,8
Горничныя .	5	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	23,0 ⁰ / ₀	2
Кухарки . .	3	6	4	2	1	1	—	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	3	12,5 ⁰ / ₀	4,1
Портн., ру- код. . . .	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25 ⁰ / ₀	2,6
Прачки . .	—	1	2	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0 ⁰ / ₀	5,2
Няньки . .	—	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0 ⁰ / ₀	1,6
Акушерки, конторщи- цы и пр.	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25 ⁰ / ₀	2
Неопредѣл. занятія	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	0 ⁰ / ₀	8
Торговки	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	50 ⁰ / ₀	1
Неизвѣстн.	—	—	2	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
ИТОГО .	20	29	21	12	16	17	3	8	5	4	3	3	1	1	1	1	1	17	10,4 ⁰ / ₀	4,7

Такимъ образомъ наибчаще женщины у насъ беременѣють два раза, затѣмъ три раза, одинъ разъ и т. далѣе; въ среднемъ на одну женщину приходится 4,7 беременности. Занятія домашнимъ хозяйствомъ, прачешнымъ ремесломъ, повидимому, благопріятствуютъ забеременѣваніямъ. Съ другой стороны, торговли, няньки, учительницы, акушерки, горничныя, портнихи и рукодѣльницы беременѣють рѣдко. Вообще, въ средѣ прислуги беременность весьма нечастое явленіе. Что касается совершенно небеременѣвшихъ, то процентное отношеніе ихъ къ общему числу женщинъ не моложе 25 лѣтъ равно 10,4. Наибчаще такія женщины встрѣчаются среди торговокъ, учительницъ, акушеровъ, портнихъ, рукодѣльницъ, горничныхъ. Совсѣмъ ихъ нѣтъ среди нянекъ и прачекъ. Повидимому, подвижная дѣятельность, наприм. горничныхъ, торговокъ, учительницъ, или усидчивый трудъ, напр. рукодѣльницъ, не благопріятствуютъ забеременѣваніямъ

женщинъ, которыя, можетъ быть, при этомъ и избѣгаютъ забеременѣванія, въ силу условій и требованій сваего профессиональнаго труда.

Число беременностей во всякомъ случаѣ не соотвѣтствуетъ числу дѣторожденій, ибо не всякая беременность оканчивается срочными родами. Предлагаемая ниже таблица показываетъ, сколько срочныхъ родовъ приходится на долю каждой женщины и какія отношенія здѣсь существуютъ между занятіями и дѣторожденіями.

Число ро- довъ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	Среднее число.	Нерожа- вша.	% nero- жавшихъ.
Занятія.																	
Дом. хозяй- ство . .	7	12	8	2	6	9	5	3	2	2	2	2	1	—	5,1	5	7,5 ⁰ / ₀
Прислуга(об- щая) . .	2	5	3	9	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3,3	4	14,8 ⁰ / ₀
Горничныя .	5	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1,8	4	30,7 ⁰ / ₀
Кухарки	4	6	4	2	1	1	—	1	—	1	2	—	—	—	3,9	3	12 ⁰ / ₀
Портн., ру- код. . .	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,3	1	25 ⁰ / ₀
Прачки . .	—	1	2	—	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	4,8	—	0 ⁰ / ₀
Няньки . .	1	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3,2	—	0 ⁰ / ₀
Учит., аку- шерки	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,5	1	33,3 ⁰ / ₀
Неопредѣлен. занятія .	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	7,6	—	0 ⁰ / ₀
Торговки .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	50 ⁰ / ₀
Неизвѣстныя	—	—	2	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4,5	—	—
Итого .	22	31	21	17	9	14	6	5	5	3	4	2	1	1	4,2	19	30,7 ⁰ / ₀

Изъ таблицы видно, что наичаще у насъ женщины рожаютъ 2 раза, затѣмъ одинъ разъ, три раза, четыре раза и т. далѣе. Въ среднемъ на каждую женщину приходится 4,2 дѣторожденій. Наиболѣе дѣторожденій приходится, если не принимать въ разсчетъ лицъ неопредѣленныхъ занятій, которыхъ весьма мало, на долю занимающихся домашнимъ хозяйствомъ, прачекъ. Наименьшее число дѣторожденій приходится на долю горничныхъ, портнихъ, рукодѣльницъ, учительницъ, акушеровъ и проч. Во-

обще, плодовитость женщины города Тамбова весьма незначительна. Она гораздо ниже той, которая принята, по *Янсону*, для православнаго населенія Россіи (9,7) и ниже другихъ, выведенныхъ другими авторами для различныхъ мѣстностей Россіи. Нужно замѣтить однако, что придавать рѣшающее значеніе получаемой нами цифрѣ не слѣдуетъ, во-первыхъ потому, что у насъ было весьма ничтожное число женщинъ, съ совершенно законченною половою дѣятельностью, наоборотъ большая часть опрошенныхъ нами была въ періодѣ только расцвѣта половой дѣятельности; во-вторыхъ, количество нашего матеріала незначительно для окончательныхъ выводовъ. Но если плодовитость нашихъ женщинъ оказалось малою, за то процентъ бездѣтныхъ находится среди тѣхъ же профессій, гдѣ наименьшее число беременностей и родовъ, т. е. въ средѣ горничныхъ, руководѣльницъ, акушерокъ и прочихъ.

Насколько распространены выкидыши среди женщинъ города Тамбова, видно изъ слѣдующей таблицы.

Число выкидышей.	1	2	3	4	5	8	Среднее число выкидышей.	% выкидышавшихъ женщинъ.
Занятія.								
Дом. хозяйство . .	11	4	4	2	2	1	2,3	38,3%
Прислуга (общая) .	4	1	—	—	—	—	1,2	21,7%
Горничныя . . .	3	—	—	—	—	—	1	30%
Кухарки	2	1	—	—	—	—	1,3	13,6%
Портн., руководѣльн.	1	—	—	—	—	—	1	33,3
Прачки	—	—	1	—	—	—	3	14,2
Няньки	2	—	—	—	—	—	1	40%
Учительн., акуш. .	2	—	—	—	—	—	1	100%
Неопред. занятія .	1	—	—	—	—	—	1	33,3%
Торговки	—	—	—	—	—	—	—	0%
Неизвѣстныя . . .	1	1	—	—	—	—	1,5	33,3%
Итого . .	27	7	5	2	2	1	1,8	30,7%

Какъ видно изъ таблицы, наибольшее число выкидышей имѣютъ прачки, а также лица, занимающіяся домашнимъ хозяйствомъ. Въ среднемъ каждая изъ выкидышающихъ женщинъ

имѣть по 1,8 выкидышей. Что касается числа выкидывающихъ женщинъ, то это число довольно солидное и составляетъ 30,7% всѣхъ беременѣвшихъ и рожавшихъ женщинъ не може 25 лѣтъ отъ роду. Наибольшее число выкидывающихъ женщинъ наблюдается среди учительницъ, акушеровъ, нянекъ, портнихъ, руководѣльницъ, горничныхъ, изъ чего слѣдуетъ заключить, что небольшая плодовитость этихъ профессій зависитъ отъ частыхъ выкидышей у нихъ. Велико число выкидывающихъ также и среди лицъ, занимающихся домашнимъ хозяйствомъ, но это зависитъ, вѣроятно отъ того, что въ средѣ лицъ, занимающихся домашнимъ хозяйствомъ, очень много беременѣющихъ болѣе, чѣмъ по 2 раза, а число выкидывающихъ среди многобеременныхъ относится къ числу таковыхъ же среди одно- и-двубеременныхъ, какъ 36 : 7.

Мы получили очень мало точныхъ данныхъ относительно той обстановки, среди которой протекали роды у опрошенныхъ нами женщинъ, хотя вопросъ этотъ очень интересенъ и отвѣтъ на него можетъ намъ дать понятіе о размѣрахъ акушерской помощи въ городѣ Тамбовѣ. Приблизительно я могу только указать на беспомощность женщины гор. Тамбова въ акушерскомъ отношеніи.

Почти 85% родовъ у насъ протекаетъ безъ раціональной акушерской помощи. Это зависитъ, само собою разумѣется, не отъ недостатка въ городѣ этой помощи, а отъ невѣжества самого населенія.

Осложненія въ теченіе родовъ были немногочисленны: всего 12 случаевъ, т. е. на каждые 59 родовъ приходились одни неправильные роды, потребовавшіе помощи врача: въ 6 случаяхъ были наложены щипцы, въ 4 произведено искусственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста, въ 1 случаѣ произведенъ поворотъ (по поводу предлежанія послѣда) и въ 1 случаѣ сдѣлано искусственное кровавое расширеніе половой щели.

Если было трудно при нашихъ опросахъ получить опредѣленные свѣдѣнія о той обстановкѣ, въ которой протекали роды, то тѣмъ болѣе трудно добыть данные о характерѣ послѣродо-

вого періода въ подобныхъ случаяхъ. Простыя наши женщины, даже горожанки и даже среднихъ сословій, до сихъ поръ еще считаютъ послѣродовое заболѣваніе дѣломъ неизбѣжнымъ, поэтому, весьма вѣроятно, многія подобныя заболѣванія, особенно легкія и прошедшія безъ послѣдствій, не попали въ наши списки. Нами отмѣчены не гладко протекшіе послѣродовые періоды въ 45 случаяхъ срочныхъ родовъ. Достойно замѣчанія, что изъ этихъ 45 случаевъ только въ трехъ были проведены предшествовавшіе роды акушеркою; такимъ образомъ изъ всѣхъ неправильныхъ послѣродовыхъ періодовъ въ 93,3% имъ предшествовала нераціональная акушерская помощь.

Довольно подробныя свѣдѣнія нами получены относительно кормленія въ послѣродовомъ періодѣ.

Нижеприводимая таблица даетъ объ этомъ нѣкоторыя понятія.

	Кормили.		Не кормили.	Неизвѣстно.	% кормящихъ.
	Всѣхъ.	Не всѣхъ.			
Домашнее хозяйство	65	7	11	3	94,7%
Прислуга (общая)	21	4	13	—	65,7%
Горничныя	6	1	8	1	43,7%
Кухарки	21	4	—	—	100%
Портн., рукодѣльн. . . .	5	—	5	—	50%
Прачки	7	1	—	—	100%
Няньки	6	—	2	—	75%
Учительницы, акушерки . .	3	—	—	—	100%
Неопредѣленные занятія .	2	—	1	—	66,6%
Торговки	1	—	—	—	100%
Неизвѣстныя	5	1	1	—	85,7%
Итого	142	18	41	4	78,0%

Такимъ образомъ процентъ кормящихъ у насъ женщинъ довольно великъ, среди лицъ, занимающихся домашнимъ хозяйствомъ, среди торговокъ, учительницъ, акушеровъ, однимъ словомъ, повидимому, преимущественно тамъ, гдѣ или нѣкоторое умственное развитіе, или домоѣдство, заставляютъ или не мѣшаютъ исполнять вполне естественное, необходимое и полезное

дѣло кормленія ребенка. Напротивъ, горничныя, портнихи, рукодѣльницы, отчасти вообще прислуга, кормятъ своихъ дѣтей не такъ часто. Здѣсь, очевидно, характеръ профессіи не таковъ, чтобы давать возможность не только кормить, но и (какъ мы видѣли выше) родить ихъ.

Въ заключеніе я долженъ коснуться пола дѣтей, производимыхъ на свѣтъ женщиной города Тамбова. Полъ дѣтей отмѣченъ нами въ 202 случаяхъ, причемъ дѣвочекъ рождено у насъ 350 челов., мальчиковъ 373 челов., т. е. число роженій мальчиковъ относится къ числу роженій дѣвочекъ, какъ 7,46 : 7.

Изъ таблицы видно, какъ распредѣляются по полу дѣти въ отдѣльныхъ случаяхъ.

Мальчики . .	Одни.				57 случаевъ.
	Преобладаютъ.				36 случаевъ.
Дѣвочки . . .	Одни.				41 случай.
	Преобладаютъ.				39 случаевъ.
Поровну . .	по 1	по 2	по 3	по 4	33 случая.
	22 сл.	7 сл.	3 сл.	1 сл.	

Такимъ образомъ наичаще наблюдаются случаи дѣтороженія одними мальчиками, затѣмъ идутъ по частотѣ дѣтороженія однѣми дѣвочками, потомъ съ преобладаніемъ дѣвочекъ, съ преобладаніемъ мальчиковъ, и наконецъ съ равнымъ числомъ дѣтей обоего пола, причемъ наичаще въ послѣднемъ случаѣ рождаются одинъ мальчикъ и одна дѣвочка.

Не имѣя права дѣлать какихъ либо выводовъ на основаніи вышеприведенныхъ немногочисленныхъ данныхъ, я позволяю себѣ однако обратить вниманіе на эти данныя, какъ дающія возможность разъяснить нѣкоторыя условія половой дѣятельности женщины города Тамбова. Мы видѣли, что и начало половой дѣятельности и функція полового аппарата, поскольку это касается менструаціи, не имѣютъ никакихъ въ себѣ указаній на неправильность полового развитія женщины и на ея

дегенерацію въ этомъ отношеніи. Однако неправильности родовой функціи женщины гор. Тамбова, выражающіяся ея ничтожною плодовитостію, заставляютъ предполагать существованіе какихъ-то общихъ условій, отъ которыхъ зависятъ эти неправильности. Эти условія, какъ-то: сифилисъ, гоноррея, тяжелый трудъ, существуютъ вездѣ и, вѣроятно, и у насъ въ Тамбовѣ. Полученныя нами данныя ничего не говорятъ объ этихъ условіяхъ, а указываютъ только на большой процентъ выкидышей въ средѣ опрошенныхъ нами женщинъ. Эти выкидыши особенно часты среди женщинъ менѣе всего плодовитыхъ и менѣе другихъ имѣющихъ возможность кормить и воспитывать своихъ дѣтей. Каковы бы ни были причины этихъ выкидышей, устраненіе ихъ чисто гинекологическими мѣрами врядъ-ли приведетъ къ цѣли: здѣсь необходима борьба съ социальными условіями. Несмотря на полное здоровье своей половой сферы, женщина, поставленная въ неблагопріятныя условія жизни, или женщина не замужняя, всегда будетъ избѣгать беременности и срочныхъ родовъ, потому что рожденного ей ребенка не только ей нечѣмъ кормить, но и некуда дѣвать: практикующаяся теперь отправка въ столицу и дорога, и непріятна для материнскаго чувства, оставленіе же ребенка здѣсь въ Тамбовѣ сопряжено съ отдачей его на воспитаніе, которое стоитъ еще дороже. Вопросъ о призрѣніи новорожденныхъ неимущихъ и незаконнорожденныхъ дѣтей здѣсь въ Тамбовѣ поднимался не разъ, и я пользуюсь вышеприведенными данными, чтобы снова обратить на него вниманіе.

Другой вопросъ, который позволительно затронуть на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, это вопросъ объ акушерской помощи населенію гор. Тамбова. Правда, изъ нашихъ данныхъ не видно размѣровъ этой помощи, но уже изъ одного того, что въ 93% неправильныхъ послѣродовыхъ періодовъ не было раціональной акушерской помощи, слѣдуетъ заключить, что бѣдное населеніе еще не отрѣшилось отъ привязанности къ своимъ доморощеннымъ повитухамъ. Да въ этомъ сплошь и рядомъ можетъ убѣдиться всякій врачъ, занимающійся въ Там-

бовъ акушерскою практикою. Очевидно, помощь простыхъ повитухъ болѣе дешева, чѣмъ образованныхъ повивальныхъ бабокъ, а существующее въ городѣ бесплатное родильное отдѣленіе не способно по многимъ причинамъ дать пріютъ многимъ бѣднымъ роженицамъ. Самымъ естественнымъ, поэтому, является желаніе расширить раціональную акушерскую помощь въ городѣ путемъ главнымъ образомъ ея удешевленія. Въ другомъ мѣстѣ я коснусь этого вопроса болѣе подробно. Здѣсь же замѣчу, что городское управленіе должно придти земству на помощь въ этомъ дѣлѣ учрежденіемъ маленькихъ родильныхъ пріютовъ. Съ устройствомъ 4-го класса при Тамбовской фельдшерской школѣ можно будетъ, мнѣ кажется, примѣнить систему подачи акушерской помощи населенію путемъ поликлиническихъ занятій ученицъ школы на подобіе такихъ же занятій студентовъ Кіевского университета.

КАЗУИСТИКА.

VIII.

Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. Н. В. Ястребова въ Варшавѣ.

СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНАГО КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ ПРИ АБСОЛЮТНОМЪ СЪУЖЕНІИ ТАЗА.

И. И. Федорова.

Приводимый нами случай кесарскаго сѣченія, помимо казуистическаго интереса, заслуживаетъ вниманія въ 2-хъ отношеніяхъ: 1) въ отношеніи деформаціи таза, какъ результатъ двусторонняго коксита съ послѣдовательнымъ анкилозомъ тазобедренныхъ и колѣнныхъ суставовъ (полный анкилозъ правой конечности и неполный лѣвой), и 2) въ отношеніи вопроса о значеніи антисептики въ примѣненіи ея при кесарскомъ сеченіи, производимомъ какъ *ultimum refugium* въ запущенныхъ случаяхъ родовъ.

Р. Н — нѣ, жена мѣховщика, еврейка, 20 лѣтъ отъ роду, I-рага доставлена въ клинику 17 января 1890 года, въ 11 ч. веч., на 3 сутки родовъ.

Н — нѣ весьма малокровна, подкожной жировой ткани небольшое количество, железы увеличены; позвоночникъ въ поясничной части нѣсколько искривленъ влѣво, больная не можетъ принять вертикальнаго положенія и ходить на корточкахъ, прихрамывая на правую ногу.

Правая конечность представляется согнутою въ колѣнѣхъ подъ прямымъ угломъ, пригнута къ животу и повернута внутрь, при чемъ подвижность въ тазобедренномъ и колѣнномъ сочлененіяхъ отсутствуютъ совершенно. Что же касается лѣвой ноги, то послѣдняя хотя также находится въ полусогнутомъ состояніи, но болѣе подвижна, что даетъ возможность достигнуть весьма незначительнаго раздвиганія бедеръ. Правая нога короче лѣвой. Наклоненіе таза при горизонтальномъ на спинѣ положеніи больной выражено весьма рѣзко. Данное состояніе конечностей развилось на 8-мъ году жизни больной послѣ того, какъ она упала съ высоты и пролежала въ постели неподвижно 2 года, вслѣдствіе воспаленія обоихъ тазобедренныхъ суставовъ, съ образованіемъ нарыва и каріеса костей. И дѣйствительно на кожѣ, въ области того и другого тазобедреннаго сочлененія, находятся рубцовое перерожденіе ткани съ пигментациею и воронкообразно-лучистыми углубленіями въ ней, какъ послѣдствіе упомянутаго хроническаго процесса.

Первые регулы Н—нъ получила на 15 году, вторыя появились черезъ 4 недѣли, послѣ чего и установились правильно въ типѣ по 3 дня черезъ 4 недѣли; въ замужествѣ она съ 19 года. Настоящая беременность прошла безъ осложнений. При акушерскомъ изслѣдованіи найдена окружность живота = 63, 65 и 68 см.; размѣръ отъ лобка до пупка = 17; до меч. отр. = 36; высота дна матки надъ лобкомъ = 38; надъ пупкомъ = 18 см. Размѣры таза: Cr. il. = 20; Sp. il. = 23; Conj. ext. = 15,5; diag. = 7; C. V. = 5; заднія верхнія кости сильно выстоять, крестецъ вдвинуть между подвздошными костями.

Положеніе плода въ маткѣ продольное, спинка его обращена влѣво и впередъ, предлежитъ головка, подвижно расположенная надъ лѣвою лонною костью.

Внутреннее изслѣдованіе per vaginam въ обыкновенномъ положеніи больной на спинѣ весьма затруднительно, вслѣдствіе сильнаго наклоненія таза и невозможности развести бедра. Входъ во влагалище узкій, дуга лонная сжата, прямой размѣръ выхода весьма укороченъ. Шейка матки изглажена, зѣвъ наружный пропускаетъ 4 пальца, плоднаго пузыря нѣтъ, головка плода едва достигается пальцемъ. Мысъ весьма легко опредѣляется, крестцовая кость сильно выдается въ полость таза, въ области 3—4 позвонка она сильно искривлена и подъ прямымъ угломъ соединена съ кончикомъ, который при этомъ крючкообразно загнутъ кпереди. Форма тазоваго входа ассиме-

трическая, правая сторона его сильно уплощена. Такимъ образомъ, на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ было діагносцировано осложненіе родовъ абсолютнымъ суженіемъ косо-суженнаго рахитико-коксалгического таза.

Что касается теченія родовъ до поступленія роженицы въ клинику, то легкія родовыя боли у нея появились 14-го января или 3 дня т. н., а воды отошли 17-го, въ 9 ч. вечера, при зѣвѣ открытомъ на 3 пальца. Въ теченіе родовъ больная находилась на попеченіи акушерки и нѣсколькихъ врачей, попеременно приглашавшихся для оказанія помощи, которые и посовѣтовали роднымъ ея отправить роженицу въ клинику для операціи кесарскаго сѣченія.

Общее состояніе по прибытіи ея въ клинику было слѣдующее—12 ч. ночи, 17 янв.: t-га 37,5; P=100—102; R=22; дѣятельность матки нѣсколько ослаблена, боли продолжительностію отъ 30" черезъ 3'—8'. Состояніе же плода довольно удовлетворительное; сердцебіеніе до 120 ударовъ въ 1'.

Принимая во вниманіе степень суженія таза и другія осложненія со стороны нижнихъ конечностей, а также согласіе роженицы и ея родственниковъ на производство кесарскаго сѣченія, мы рѣшили немедленно приступить къ этой операціи; причемъ были далеки отъ мысли считать условія, при которыхъ приступали къ абдоминальной секціи, вполне удовлетворяющими основнымъ требованіямъ, обезпечивающимъ успѣхъ ея для матери. Больная не только не была подготовлена для подобной операціи въ смыслѣ асептики ея родовыхъ путей, но скорѣе находилась въ обстановкѣ и условіяхъ, способствовавшихъ ея зараженію. Мы даже были склонны допускать наличность данной инфекціи, выразившейся въ увеличенномъ пульсѣ и нѣсколько приподнятой t-рѣ, по крайней мѣрѣ, для ночныхъ часовъ. А потому, если и рѣшались на операцію кесарскаго сѣченія, то лишь въ виду абсолютнаго показанія со стороны таза и желанія родственниковъ имѣть живаго ребенка, при этомъ до нѣкоторой степени не упускалась изъ виду и возможность, при помощи строго примѣненной антисептики, устранить или предупредить опасность развитія инфекціи со стороны родовыхъ путей, еслибы послѣдняя являлась незначительно выраженной. Съ послѣднею цѣлію больная дважды была вымыта въ мыльной теплой ваннѣ, половыя наружныя части и влагалище нѣсколько разъ промыты растворомъ сулемы 1:3000, лобокъ

обрить и кишечникъ—нижній отдѣлъ его—насколько возможно былъ очищенъ повторными клизмами.

Что касается инструментовъ и операціонной комнаты, то послѣднія были приготовлены обычнымъ способомъ, практикующимся въ клиникѣ проф. *Н. В. Астрובה* и описаннымъ уже не разъ.

Въ 2^{1/2} ч. утра 18 янв. произведена была нами и операція. Но прежде чѣмъ приступить къ описанію послѣдней, мы остановимся на данныхъ объективнаго изслѣдованія захлороформированной, у которой анкилотическое состояніе нижнихъ конечностей до наркоза составляло значительное препятствіе не только для производства операціи *per vias naturales*, но и для простого изслѣдованія. Подъ наркозомъ подвижность конечностей если и улучшилось, то въ незначительной степени, и при томъ лишь въ отношеніи лѣвой ноги, которая при нѣкоторомъ усиліи могла быть болѣе вытянута, разогнута въ колѣнномъ составѣ, правая же по прежнему оставалась согнутою и приведенною къ животу.

Такимъ образомъ и подъ хлороформнымъ наркозомъ, помимо суженія таза, операція родоразрѣшенія черезъ нормальныя пути представила бы крайнее затрудненіе въ виду стойкаго анкилоза суставовъ,—обстоятельство увеличивающее, такъ сказать, безусловность показанія къ кесарскому сѣченію.

Вскрытіе покрововъ живота, предварительно вымытыхъ мыломъ со щеткою и дезинфицированныхъ сулемою (1 : 3000), было произведено нами по средней линіи на протяженіи отъ пупка до лобка длиною около 12 см.; послѣ проникновенія въ полость брюшины, длина раны была увеличена на 10 см. Обнаженная такимъ образомъ матка была выведена наружу, уложена на теплый компрессъ, который въ то же время закрывалъ брюшную полость и защищалъ внутренности отъ выпаденія. Ниже предлежащей части плода, на маточную шейку наложенъ былъ эластическій жгутъ и полость матки вскрыта по средней линіи; дѣтское мѣсто прикрѣплялось на передней поверхности органа. Послѣ отдѣленія съ одной стороны плаценты, прорваны оболочка и ребенокъ былъ извлеченъ за ягодицы живымъ. Дѣтское мѣсто и оболочка легко отдѣлены, околоплодной жидкости не было совершенно. Слизистая оболочка (*decidua*) матки на всемъ протяженіи тѣла ея представлялась нормальною, тѣмъ не менѣе была очищена и напудрена *jodoform*'омъ, а на случай атоніи органа въ полости его

былъ оставленъ марлевый тампонъ. Въ дальнѣйшемъ было приступлено къ наложенію швовъ на матку. Моментъ этотъ былъ, впрочемъ, на нѣкоторое время прерванъ непріятнымъ инцидентомъ, происшедшимъ какъ съ оперированною, такъ и съ нѣкоторыми изъ врачей помощниковъ. Дѣло въ томъ, что въ присутствіи свѣтильнаго газа, которымъ освѣщалась операціонная комната, пары хлороформа приняли извѣстный удушливо-раздражающія свойства, вызвавшія у врача, хлороформовавшаго больную, назойливый кашель и состояніе близкое къ обмороку, а у помощницы-акушерки обморокъ, что же касается самой оперируемой, то послѣдняя также начала сильно кашлять и кромѣ того, у нея появилась рвота. Все это произвело временное замѣшательство, пока не были раскрыты окна и дверь для освѣженія воздуха, а персоналъ помощниковъ не оправился совершенно, чтобы продолжать операцію.

На маточную рану мы наложили швы изъ шелку въ три этажа: подслизисто-мышечный, мышечный и серозно-мышечный; всего 34 шва; послѣ этого сняли жгутъ и выжидали нѣкоторое время, пока матка не пришла къ нормальному своему послѣродовому состоянію, т. е. пока она не сократилась, ради чего пришлось, удаливъ тампонъ, прибѣгнуть къ возбуждающимъ средствамъ, какъ массажъ, ирригація горячимъ растворомъ сулемы 1 : 3000 и введеніе подъ кожу эрготина около 2 гран.

Брюшная рана была закрыта 10 глубокими и 8 поверхностными швами; повязка наложена обыкновенная.

Операція окончена въ 3^{1/2} ч. утра при температурѣ оперированной въ 36,5°; P—112 и R=25.

Теченіе послѣопераціоннаго періода выразились такъ:

Въ 8^{1/2} ч. утра $t=37,2$; P=96; больная жалуется на боли внизу живота; мочи, выдѣленной при помощи катетера, 240 с.с., 1016 уд. в., кисл. реакціи.

Въ 2 ч. дня $t=37,6$, P=112; R=32; отдѣленія изъ влагалища кровянистыя въ умѣренномъ количествѣ; жалобы на боль въ крестцѣ и животѣ усилились, безпокойство.

Въ 6 ч. вечера $t=37,9$; P=104, R=32; мочу отдала подѣ себя, отдѣленія изъ влагалища съ легкимъ непріятнымъ запахомъ, почему больной сдѣлана ирригація растворомъ сулемы 1 : 3000 во влагалище.

19 янв. въ 6 ч. утра $t=37,3$; P=96; R=32; ночь прошла больная безпокойно, вздутія кишечника незамѣтно, рвоты и икоты не было, жалобы на боли въ животѣ и крестцѣ.

Въ 2 ч. дня, $t=38,7$, $P=120$; $R=40$; безпокойство больной усилилось; вздутія кишечника нѣтъ, мочу отдаетъ подъ себя; была однажды рвота.

Въ 4 ч. дня, $t=39$; $P=140$, начало агоніи.

20 января въ 6 ч. больная умерла.

Ребенокъ—дѣвочка, 3,100 грм. вѣсомъ, правильно развитой, послѣ смерти матери былъ возвращенъ отцу.

Результаты вскрытія 21 января. Трупъ средняго роста, кожа блѣдная, подкожной жировой ткани небольшое количество, на кожѣ живота по l. alba линейный хирургическій разрѣзъ въ 22 см. длиною, совершенно чистый, швы лежатъ хорошо, клейка раны полная безъ мѣстной реакціи. Рубцовое перерожденіе кожи въ области обѣихъ тазобедренныхъ суставовъ, правая нога анкилозирована въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, лѣвая полуподвижна. Внутренніе органы: сердце и легкія безъ измѣненій; печень нѣсколько увеличена и въ состояніи паренхиматознаго помутнѣнія, почки и селезенка нормальны; кишки умеренно вздуты, брюшной покровъ ихъ слабо инъецированъ, въ тазовой полости около унціи мутновато-красной жидкости. Матка хорошо сокращена, свободна отъ сращеній съ сосѣдними органами; на передней ея поверхности находится линейная хирургическая рана со швами, послѣднія удерживаютъ края раны плотно, никакой патологической реакціи въ окружности и на протяженіи раны нѣтъ, клейка совершенно полная. Послѣ вскрытія полости матки, слизистая оболочка тѣла чиста, въ области внутренняго зѣва поверхностный надрывъ ткани, проникающій въ мышечный слой, слизистая оболочка шейки мѣстами покрыта дифтеритическимъ налетомъ, болѣе толстый слой его находится при наружномъ зѣвѣ. Широкія связки нѣсколько отечны въ нижнихъ своихъ частяхъ. Яичники и трубы нормальны.

Микроскопически при поперечномъ разрѣзѣ матки черезъ всю толщу ея въ области прижизненной раны представляется полная клейка послѣдней, такъ что съ трудомъ опредѣляется мѣсто соединенія краевъ ткани.

Что касается размѣровъ таза, то: С. v. anat. = 5,5; С. v. acusch. = 5,0; diam. tr. = 13,7; diam. obl.^f sin. = 11; diam. obl. d. = 14; Sp. il. = 23,5; Cr. il. = 20; C. exitus p. = 5,7; dist. tuber. = 8,0. Копчикъ почти подъ прямымъ угломъ изогнутъ и крючкообразно загнутъ кпереди.

Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ, взятыхъ на

мѣстѣ разрѣза матки, показало, что въ области мышечнаго слоя и deciduae было настолько плотное соприкосновеніе частей, что опредѣлить линію разрѣза было довольно трудно, лишь въ нѣкоторыхъ пунктахъ находилось скопленіе эмигрирующихъ тѣлецъ; что же касается брюшиннаго покрова, то здѣсь въ области соприкосновенія пластинокъ послѣдняго другъ съ другомъ можно было видѣть болѣе или менѣе толстый слой продуктовъ реактивнаго воспаленія въ формѣ мелкоклѣтчатой инфильтраціи рядомъ съ элементами крови.

Въ общемъ картина разрѣза давала впечатлѣніе стойкаго уже сращенія, при чемъ разъединенія краевъ не получалось даже при обработкѣ тонкихъ срѣзковъ препарата.

На основаніи даннаго случая можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Даже строго проведенная антисептика родового канала не можетъ служить ручательствомъ за благопріятный исходъ кесарскаго сѣченія, коль скоро послѣднее производится въ силу необходимости на больныхъ, не подготовленныхъ къ тому ранѣе, и, что особенно важно, на больныхъ, родовыя мягкія части которыхъ подверглись уже вслѣдствіе извѣстныхъ травматическихъ инсультовъ отъ продолжительности родового акта довольно стойкимъ измѣненіямъ въ смыслѣ пониженной сопротивляемости или ослабленія жизненной энергіи тканевыхъ элементовъ.

Положеніе *Zweifel*'я, что исходы кесарскаго сѣченія до тѣхъ поръ будутъ неудовлетворительны (при существующей организаціи акушерской помощи, конечно), пока наука не получитъ въ свое распоряженіе средства дезинфицировать основательно и ткани, нарушенныя и траумою, это положеніе подтверждается и нашимъ случаемъ и должно быть положено въ основаніе ученія о кесарскомъ сѣченіи при запущенныхъ родахъ.

2) Дифтеритическій налетъ въ области цервикальнаго канала и по преимуществу въ области наружнаго зѣва при относительно ничтожныхъ явленіяхъ локализациі септического процесса въ другихъ тазовыхъ органахъ и въ брюшинѣ указываетъ на акушерское изслѣдованіе во время родовъ, какъ на первоисточникъ зараженія. Если же подобные случаи при родоразрѣшеніи путемъ *embryotomiae* часто протекаютъ въ послѣродовомъ періодѣ съ благополучнымъ исходомъ, то нужно допустить здѣсь возможность болѣе тщательнаго дезинфициро-

ванія тканей *per vias naturales* часто подѣ контролемъ зрѣнія и т. п. Быть можетъ болѣе активное вмѣшательство въ смыслѣ изслѣдованія зеркалами принесло бы благопріятные результаты и для тѣхъ оперированныхъ, которыя подвергаются абдоминальной секціи въ подозрительномъ состояніи. Въ нашемъ случаѣ, въ виду осложненій *coxitis*, произвести основательное съ зеркалами дезинфицированіе родовыхъ путей не представлялось никакой возможности.

3) Наложеніе провизорнаго жгута на матку передъ вскрытіемъ ея полости, повидимому, дѣйствительно способствуетъ атоніи органа; у насъ расслабленіе органа потребовало энергическихъ приѣмовъ для возбужденія его сократительности.

4) Наложеніе шва на матку послѣ кесарскаго сѣченія хотя бы матеріалъ для послѣдняго 'былъ, какъ въ нашемъ случаѣ, изъ сулемованнаго шелку, вполне можетъ обезпечивать успѣхъ полного сращенія краевъ раны даже *per reunionem intermediam*.

ПРОТОКОЛЫ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ шестой).

ПРОТОКОЛЬ № 12.

Засѣданіе 11-го апрѣля 1891 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 39 членовъ: Бацевичъ, Биддеръ, Вастень, Верцинскій, Виридарскій, Воробьевъ, ВOFFъ, Гермоніусъ, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Добровольскій, Довнаровичъ, Желтухинъ, Заболотскій, Круковичъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Лопатинскій, Мазуркевичъ, Массенъ, Оттъ, Піотровичъ, Поповъ, Радецкій, Ростковскій, Савченко, Салмановъ, Смольскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Урвичъ, Фишеръ А., Фраткинъ, Чернышевъ, Штоль, Штольцъ. Ямпольскій и 20 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 11.

2) *О. В. Прокофьева* сдѣлала сообщеніе „*къ казуистикѣ перекручиванія ножки при кистахъ яичника*“. Изъ наблюдавшихся докладчицей случаевъ перекручиванія ножки она сообщаетъ о двухъ. Въ первомъ дѣло шло о 35-лѣтней больной, родившей во второй разъ годъ тому назадъ. Послѣ послѣдней беременности больная стала чувствовать по временамъ чрезвычайно сильныя боли внизу живота. Онѣ являлись приступами,

сопровождаясь даже потерей сознания, холоднымъ потомъ и т. д., и повторялись разъ 5—6 въ годъ. При изслѣдованіи, замѣчена справа отъ матки опухоль, величиною съ гусиное яйцо; она рѣзко увеличивалась во время болевыхъ приступовъ. Лѣвый яичникъ—съ голубиное яйцо. Диагнозъ—перекрученная ножка кисты праваго яичника, которая и дѣйствительно оказалась при чревосѣченіи повернутой на $1\frac{1}{2}$ оборота. Удалены кисты (дермоидныя) обоихъ яичниковъ; выздоровленіе на 17-й день. Въ другомъ случаѣ перекручиваніе было распознано у 22-лѣтней больной, почувствовавшей послѣ физическаго напряженія сильную боль внизу живота слѣва. Оказалось, что больная, менструировавшая съ 16-лѣтняго возраста правильно, за послѣдніе 7—8 мѣсяцевъ стала замѣчать уменьшеніе регулъ, какъ въ количествѣ, такъ и въ продолжительности. Слева отъ матки прощупывается опухоль въ два кулака, на длинной ножкѣ. Чревосѣченіе, произведенное докладчицей, показало присутствіе однополостной кисты, ножка которой перекручена въ $2\frac{1}{2}$ раза. Киста удалена. Правый яичникъ, содержавшій нѣсколько мелкихъ кистъ, оставленъ, послѣ того какъ послѣднія были проколоты. Больная выздоровѣла черезъ три недѣли.—Препараты обоихъ случаевъ демонстрированы Обществу.

А. Я. Крассовскій спросилъ, было-ли достаточно оснований въ первомъ изъ доложенныхъ случаевъ приписывать сказанные болевые приступы именно перекручиванію ножки; не было-ли здѣсь какого нибудь другого страданія, ничего общаго съ кистой яичника не имѣвшаго, напримѣръ, въ печени или въ почкахъ, и отнесеннаго къ заболѣванію яичника лишь вслѣдствіе одновременности.

Д. О. Оттъ видитъ особый интересъ перваго случая, сообщеннаго *О. В. Прокофьевой*, въ томъ, что характеръ болей, вызванныхъ перекрутившейся ножкой кисты, не былъ таковымъ, какъ это обыкновенно бываетъ при этомъ состояніи. Наблюдавшіеся болевые приступы вполнѣ симулировали печеночныя или почечныя колики. Съ этой стороны доложенный случай несомнѣнно представляетъ извѣстную цѣну по отношенію къ симптоматології перекручиванія ножки овариальныхъ кистъ.

На сомнѣніе, высказанное *А. Я. Крассовскимъ*, о томъ, что указанный симптомъ можетъ быть не находился въ зависимости отъ наблюдавшагося перекручиванія, можно привести слѣдующія данныя, которыя, вполнѣ исключая подобное сомнѣніе, съ очевидностью говорятъ въ пользу зависимости бо-

левыхъ приступовъ именно отъ перекручиванія ножки кисты и съ происшедшими отъ этого измѣненіями въ паренхимѣ ячника. Во-первыхъ, самое тщательное наблюденіе за больной до операціи, а также въ теченіе послѣдующихъ послѣ операціи мѣсяцевъ, не дало никакихъ симптомовъ, говорящихъ за присутствіе почечныхъ или желчныхъ камней. Конкрементовъ не найдено ни въ испражненіяхъ, ни въ мочѣ, микрохимическій составъ которой не давалъ никакихъ указаній на этотъ счетъ. Во-вторыхъ, отчетливая локализациа боли въ пораженномъ ячникѣ, быстрое увеличеніе его объема, а также и тѣ глубокія измѣненія, которыя найдены въ пораженномъ ячникѣ (apoplexia ovarii) во время операціи и, наконецъ, полное исчезновеніе болѣзненныхъ симптомовъ со времени произведенной овариэктоміи позволяютъ безошибочно признать истинную причину болѣи въ перекручиваніи ножки.

3) *В. В. Строгоновъ* сообщилъ о случаѣ атрезіи дѣвственной плевы. Больной около 16 лѣтъ. Первые боли въ животѣ, совпавшія съ началомъ развитія грудныхъ желѣзъ, появились два года назадъ и повторялись приблизительно черезъ мѣсяць, принявъ впослѣдствіи болѣе постоянный характеръ; съ годъ замѣчается увеличеніе живота. Наружные половые органы развиты мало; дѣвственная плева безъ отверстія, нѣсколько выпячена. Опухоль поднимается на $1\frac{1}{2}$ пальца выше пупка, выполняя почти весь малый тазъ и сдавливая прямую кишку; ясная флюктуациа. Диагнозъ—haematocolpos et haematometra ex atresia hymenis. Вопросъ о существованіи haematosaplinx'a оставленъ открытымъ до предварительной операціи, которая, въ случаѣ нормальности трубъ, должна была быть и окончательной. Именно, предполагалось сдѣлать небольшое отверстие въ плевѣ и, по истеченіи первыхъ порцій жидкости, изслѣдовать состояніе трубъ и приступить къ чревосѣченію, въ случаѣ ихъ разрыва; если-же haematosalpinx окажется цѣлымъ, то подождать самопроизвольнаго опорожненія трубы въ полость матки. Мѣстно—вырѣзать большой кусокъ изъ дѣвственной плевы и, сшивъ слизистую оболочку влагалища съ таковою-же наружной поверхности плевы, затампонировать влагалище іодоформной марлей. Тампонаціа должна была, предохраняя отъ поступленія воздуха, способствовать въ силу волосности истеченію содержимаго опухоли. По этому плану операціа и произведена; трубы въ опухоли участія не принимали. На 15-й день боль-

ная выздоровѣла. Выдѣлившаяся жидкость изслѣдована химически, микроскопически и бактеріологически.

А. Я. Крассовскій сказалъ, что онъ обыкновенно въ этихъ случаяхъ просто прокалывалъ зарощенную плеву троакаромъ или дѣлаетъ крестообразный разрѣзъ, не страшась особенно haematosalpinx'овъ, до которыхъ дѣло доходитъ рѣдко, такъ какъ больныя уже рано обращаются за помощью. Изъ двухъ видовъ атрезій—перепончатыхъ и мясистыхъ, послѣднія обыкновенно бываютъ приобретенныя, на примѣръ, послѣ дифтерита, а первыя—врожденные (къ такимъ, вѣроятно, относится и случай докладчика); эти бываютъ иногда очень непрочны. Такъ, онъ помнитъ одинъ случай, гдѣ плева разорвалась уже при самомъ осторожномъ раздвиганіи губъ для изслѣдованія. Высоколежащія атрезіи трудно диагностируются.

И. И. Смольскій замѣтилъ, что тампонацію послѣ операціи, по крайней мѣрѣ, для тѣхъ случаевъ, гдѣ уже существуетъ haematosalpinx, онъ не считаетъ рациональной, такъ какъ присутствіе тампона, постоянно раздражая стѣнки полового канала, вызываетъ сокращенія не только влагалища и матки, но и трубъ, что можетъ благопріятствовать ихъ разрыву со всѣми опасными его послѣдствіями. Касательно-же предохраненія отъ сепсиса надо помнить, что прежде послѣ подобныхъ операцій ничего не дѣлали, и загниваніе стекающаго кровянистаго скопленія не наступало. Во всякомъ случаѣ, рациональныя дезинфицирующія спринцеванія вполне могутъ съ этою цѣлью замѣнить тампонацію, не имѣя за собой риска вызвать иногда нежелательныя сокращенія трубъ.

В. В. Строгоновъ согласился съ замѣчаніемъ *А. Я. Крассовскаго*, что констатированіе глубоко находящихся атрезій у новорожденныхъ дѣвочекъ слѣдуетъ признать непримѣнимымъ; напротивъ того осмотръ наружныхъ половыхъ частей для констатированія поверхностно-лежащихъ атрезій вполне примѣнимъ и цѣлесообразенъ. Эпителіальныя спайки могутъ переходить, по *Breisky*, въ болѣе плотныя соединительно-тканныя и то, что въ раннемъ дѣтствѣ легко разъединимо, можетъ потребовать серьезной операціи въ періодъ зрѣлости. Къ подобнымъ случаямъ, вѣроятно, относится и упомянутый *А. Я. Крассовскимъ*, гдѣ отъ незначительной силы спаявшіяся части разъединились при одномъ осмотрѣ. Кромѣ того операція атрезій въ незапущенныхъ случаяхъ даетъ благопріятный исходъ, между тѣмъ какъ общая смертность при этихъ операціяхъ громадна, какъ показываетъ статистика. Докладчикъ не соглашается съ мнѣніемъ *И. И. Смольскаго*, что спринцеванія лучше защищаютъ отъ сепсиса, чѣмъ тампонъ, при вышеизложенныхъ условіяхъ. Дезинфицирующія спринцеванія отвергнуты, какъ вредныя, при нормальномъ теченіи послѣродового періода, съ которымъ описанный случай имѣетъ много сходнаго. Кромѣ того, абсолютно дезинфицирующее дѣйствіе ихъ происходитъ только при такихъ манипуляціяхъ, которыя здѣсь не могутъ быть примѣнимы. А обычныя спринцеванія, какъ доказано многочисленными авторами, съ чѣмъ согласны и бактеріологическія наблюденія докладчика въ клиникѣ проф. *Отта*, не убиваютъ всѣхъ микроорганизмовъ. Удовлетвори-

тельное дѣйствіе тампона доказывается какъ теченіемъ даннаго случая, такъ и сотнями тѣхъ операций надъ половыми органами, при которыхъ *Д. О. Оттъ* примѣняетъ тампонацію и которыя протекають безлихорадочно и вполне благопріятно.

4) *Д. О. Оттъ*, говоря «о нѣкоторыхъ видоизмѣненіяхъ оперативной техники при hysteromyotomii», указалъ на слѣдующія внесенныя имъ особенности. Послѣ предварительной дезинфекціи канала шейки и выскабливанія его слизистой оболочки докладчикъ прижигаетъ его на всемъ протяженіи *Raquelin*'омъ, чѣмъ устраняется возможность первичнаго зараженія. Послѣ удаленія опухоли на шейку накладываются въ поперечномъ къ ней направленіи 2—4 шва, не захватывающія полости канала; такимъ образомъ, оставляя сообщеніе между влагалищемъ и полостью брюшины, онъ болѣе застрахованъ отъ могущаго быть кровотеченія. Отъ вторичнаго зараженія предохраняетъ вводимый въ каналъ шейки на 4—5 дней іодоформный фитиль, который къ тому-же служитъ и для стока жидкости. Въ трехъ случаяхъ, гдѣ докладчикъ оперировалъ по этому способу, наступило полное выздоровленіе.

Препараты демонстрированы Обществу.

Н. М. Стельмаховичъ сказалъ: Такъ какъ по словамъ докладчика, іодоформный фитиль остается въ цервикальномъ каналѣ около 5 дней послѣ операции, и лишь послѣ извлеченія его происходитъ слипчивое воспаленіе слизистой оболочки цервикальнаго канала (при благопріятномъ теченіи?), то мнѣ кажется, что предложенная оперативная техника, отдаляя время разобщенія брюшной полости отъ влагалища, уступаетъ въ этомъ отношеніи прежнимъ методамъ, при которыхъ разобщеніе производится во время самой операции. Что же касается до того, что предлагаемый методъ далъ докладчику уже 3 случая съ благопріятнымъ послѣоперационнымъ теченіемъ, то и прежніе методы операционной техники давали докладчику хорошіе исходы, даже болѣе чѣмъ въ трехъ случаяхъ сряду.

К. Г. Штолъ замѣтилъ: Прослушавъ со вниманіемъ докладъ, я не нахожу въ немъ, что касается усовершенствованій, ничего такого, что бы не было предложено или только исполнено другими. Начну съ того, что мысль дезинфицировать каналъ шейки каленымъ желѣзомъ, какъ заявилъ и самъ докладчикъ, не принадлежитъ ему: онъ только измѣнилъ ее. Далѣе обшиваніе культи брюшиною и опущеніе ея открытою въ брюшную полость практиковалось раньше, на что, однако, докладчикъ не указываетъ; *Hector Treub* въ Лейденѣ приводитъ 10—15 случаевъ гистероміотомій съ прекраснымъ исходомъ, въ которыхъ культи не была обшиваема брюшиною, при-

чемъ время, потребовавшееся для операціи, не превышало $\frac{3}{4}$ часа, не смотря на подчасъ трудные случаи. Статья *Treub's* реферирована въ *Centralblatt f. Gynaekologie* за 1888 или 1889 годъ (вѣрнѣе въ послѣднемъ). Основываясь на имѣющихся у меня подъ рукою 4-хъ случаяхъ, изъ которыхъ три принадлежать *А. Я. Крассовскому* и одинъ мнѣ, позволяю себѣ здѣсь указать на способъ производства имъ гистероміомотоміи за 2 года моего ассистентства. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ вечеромъ наканунѣ операціи, послѣ дезинфекціи влагалища, каналъ шейки и полость матки промывались растворомъ двуіодистой ртути 1:2000, послѣ чего каналъ шейки затампониrowывался іодоформированною марлею, что въ двухъ случаяхъ удалось исполнѣ, въ одномъ на половину и въ одномъ можно было выполнить марлею только влагалищную часть. Утромъ передъ операціею повторялась та же процедура. Затѣмъ во время операціи, послѣ удаленія опухоли и образованія воронки, слизистая оболочка канала шейки выскабливалась или срѣзалась вплоть до жгута и затѣмъ, послѣ извлеченія черезъ рукавъ марли, вложенной до операціи, черезъ *весь* каналъ шейки проводилась, зондомъ или пинцетомъ ¹⁾, таковая же марля, какъ съ цѣлью дальнѣйшаго дезинфицированія канала, такъ и съ цѣлью дренированія остающейся въ культѣ небольшой полости. Вновь вложенная въ шейку и въ рукавъ марля извлекалась на 2—4 день. Слѣдовательно, *А. Я. Крассовскій* производилъ то же, что рекомендуетъ докладчикъ, употреблявшій вмѣсто марли іодоформированной, таковой же фитиль, не помню кѣмъ предложенный раньше. Далѣе *А. Я. Крассовскій*, перевязавъ въ 2—3 пучка широкую связку, послѣднюю лигатуру проводилъ не параллельно краю будущей культы, какъ предлагаетъ докладчикъ, а захватывая, съ гемостатическою цѣлью, въ шовъ большую часть мускулатуры шейки, не проводя однако лигатуру черезъ каналъ ея. Опять-таки *А. Я. Крассовскимъ* продѣлывалось раньше то, что рекомендуетъ докладчикъ. Культя, обшитая брюшиною, опускалась въ брюшную полость. Вотъ все, что я полагаю нужнымъ заявить по поводу предлагаемыхъ усовершенствованій.

Д. О. Оттъ, отвѣчая на вопросъ *Н. М. Стельмаховича*, какимъ образомъ происходитъ закрытіе канала маточной шейки, и о той роли, которая приходится на долю іодоформнаго фитиля въ этомъ отношеніи, пояснилъ, что фитиль прямого вліянія на зарощеніе не имѣетъ и можетъ способствовать зарощенію развѣ только тѣмъ, что обезпечиваетъ свободный оттокъ выдѣленій. Соединеніе же съ брюшиною быстро устраняется путемъ пластического эксудата въ области культы.

Въ отвѣтъ на сказанное *К. Г. Штолемъ*, *Д. О. Оттъ* замѣтилъ, что случаи *Н. Treub's*, на которые указываетъ *К. Г. Штоль*, ему хорошо извѣстны и по описанной Technikѣ, они ни въ какомъ случаѣ не представляются идентичными съ предлагаемымъ имъ, *Отттомъ*, методомъ. Если *К. Г.*

¹⁾ Въ одномъ случаѣ марля проведена была такимъ образомъ, что къ концу марли, торчавшему изъ культы, была привязана новая полоска марли; однимъ изъ присутствовавшихъ черезъ рукавъ была извлечена изъ шейки марля, вложенная до операціи, а съ нею втянута была въ шейку новая полоска марли. (Это добавленіе внесено послѣ засѣданія).

Штоль случаи *Treib'a* приводитъ лишь для того, чтобы указать, что вскрытая матка не зашивалась, то еще за долго до *Treib'a* подобные приемы были извѣстны въ практикѣ. Извѣстно, что первые случаи кесарскаго сѣченія производились безъ наложенія швовъ на матку. Какіе при этомъ получались результаты, также всѣмъ очень хорошо извѣстно. Нельзя о методѣ говорить, взявъ лишь отдѣльную его часть и оставляя безъ вниманія главнѣйшее:— послѣдовательность въ отдѣльныхъ моментахъ и способахъ ихъ выполнения. Тоже распространяется и на способъ наложенія кровоостанавливающихъ лигатуръ en masse: Сколько мнѣ извѣстно, сознательно до сихъ поръ никто еще не накладывалъ лигатуръ такимъ образомъ, какъ мною предложено, оставляя цервикальный каналъ свободнымъ для удобнѣйшаго оттока содержимаго. Захватываніе въ шовъ большей или меньшей части паренхимы шейки практиковалось тоже значительно раньше, чѣмъ это указываетъ *К. Г. Штоль*; для примѣра сошлюсь хотя бы на случай, который описанъ и который около 7—8 лѣтъ тому назадъ мнѣ пришлось оперировать совмѣстно съ нашимъ Предсѣдателемъ *А. Я. Крассовскимъ*. Наконецъ, способъ дезинфекціи цервикальнаго канала, который описываетъ *К. Г. Штоль*, не представляетъ ничего общаго съ тѣмъ, что мною было изложено. Мой методъ въ этомъ отношеніи есть лишь расширеніе принциповъ, примѣненныхъ *Kocher'омъ*. Изъ описанія, даваемого *К. Г. Штолемъ*, совершенно отказываюсь понять, какимъ образомъ онъ считаетъ возможнымъ дезинфицировать родовой каналъ іодоформной марлей, вводимой наканунѣ операціоннаго дня; тѣмъ болѣе, что іодоформъ не только не пригоденъ для уничтоженія микроорганизмовъ, но можетъ даже служить въ нѣкоторыхъ случаяхъ средой для ихъ размноженія, какъ это несомнѣнно доказано экспериментальнымъ путемъ. Во всякомъ случаѣ приемы, сообщаемые *К. Г. Штолемъ*, не выдерживающіе, какъ это отчасти видно на основаніи вышеизложеннаго, научной критики, совершенно не тождественны съ мною предлагаемымъ методомъ, отдѣльные части котораго зиждутся на строго-научно обставленномъ экспериментѣ на животныхъ и клиническихъ наблюденіяхъ надъ больными. Устраняя или уменьшая главнѣйшія опасности при hysteromyometomi'i кровотеченіе, первичное и вторичное зараженіе, предлагаемая мною усовершенствованія оперативной техники уже дали вполнѣ успѣшные исходы въ тѣхъ случаяхъ, которые мною сегодня представлены Обществу. Дальнѣйшая оцѣнка метода, конечно, принадлежитъ будущему.

К. Г. Штоль заявилъ, что всѣмъ хорошо извѣстно, что іодоформъ не дезинфицируетъ, и если имъ употреблено такое выраженіе, то въ смыслѣ сохраненія чистоты уже дезинфицированнаго канала.

Въ заключеніе *Д. О. Оттомъ* демонстрированъ новый препаратъ внѣматочной беременности, оперированной 1½ недѣли тому назадъ.

Предсѣдатель *А. Крассовскій*.
За Секретаря *А. Гермоніусъ*.

ПРОТОКОЛЪ № XV.

Административное засѣданіе 11-го апрѣля 1891 г.

Предсѣдательствовалъ А. Я. Крассовскій.

Присутствовали 30 членовъ.

1) Утвержденъ протоколъ № 10.

2) Читаны и утверждены протоколы №№ XII, XIII и XIV.

3) Доложено отношеніе г. Инспектора С.-Петербургскаго Столичнаго Врачебнаго Управленія отъ 10-го апрѣля 1891 года за № 1175, въ которомъ доводится до свѣдѣнія членовъ Общества, что съ мая мѣсяца всѣ повивальныя бабки столицы снабжены, съ цѣлями статистики и контроля, особыми листами для записи всѣхъ случаевъ ихъ практики; гг. члены Общества приглашаются содѣйствовать такому контролю.

Постановлено: принять къ свѣдѣнію.

Предсѣдатель А. Крассовскій.
За Секретаря А. Гермоніусъ.

РЕФЕРАТЫ.

137. Mesnard. Dystocie par accidents syphilitiques du col. (Arch. d. Toc. № 1. 1891). Неправильные роды вследствие сифилитического изменения шейки матки.

Авторъ описываетъ встрѣтившееся ему при родахъ изменение губъ зѣва сифилитическаго происхожденія. По всей окружности зѣва, въ толщѣ губъ, прощупывались очень плотные узелки въ видѣ четокъ, захватывавшіе длинникъ шейки на $\frac{1}{2}$ сантим. Вслѣдствіе этихъ изменений зѣвъ не поддавался въ теченіе 31-го часа (первород.). Въ виду угрожающихъ явленій со стороны плода, при зѣвѣ на палецъ, сдѣланы 10 насѣчекъ и наложены щипцы. Въ послѣродовомъ состояніи у больной довольно серьезное пуэрперальное заболѣваніе; лѣченіе главнымъ образомъ внутриматочными спринцованіями.

Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Сифилитическія измененія шейки могутъ обусловить неправильность родовъ.

2) Нѣтъ пуэрперальной септицеміи, которая не могла бы быть побѣждена быстрой, энергичной и частой антисептикой матки (?! *Ред.*).

Б. Фраткинъ.

138. M. Chaleix. Curage digital de l'uterus dans un cas d'hémorragie grave consecutive a un avortement de trois mois (Arch. d. Toc. № 1. 1891). Выскабливаніе пальцемъ матки въ одномъ случаѣ сильнаго кровотеченія, слѣдовавшаго за 3-хъ-мѣсячнымъ выкидышемъ.

Авторъ высказывается за дигитальное выскабливаніе матки при сильныхъ кровотеченіяхъ послѣ выкидыша. Преимущества заключаются въ томъ, что пальцемъ гораздо легче опредѣляются и удаляются остатки, поддерживающіе кровотеченіе; при этомъ способѣ не требуется особаго положенія, что очень важно при сильномъ кровотеченіи и остромъ малокровіи. Кромѣ того, палецъ дѣйствуетъ еще раздражающимъ образомъ, вызывая сокращенія матки. Инструментальное выскабливаніе, напротивъ, не замѣнимо при вторичныхъ кровотеченияхъ или при инфекціи.

Б. Фраткинъ.

139. Fraisse. Du tamponnement intra-uterin dans certains accidents de puerperalite. (Arch. d. Tocol. № 3. 1891). Внутриматочная тампонація при нѣкоторыхъ послѣродовыхъ припадкахъ.

Авторъ примѣнялъ внутриматочную тампонацію въ довольно большомъ числѣ случаевъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ очень тяжелыхъ, главнымъ же образомъ при кровотеченияхъ. Во всѣхъ получилъ хорошіе результаты. Въ нѣкоторыхъ тампонація слѣдовала за выскабливаніемъ—удаленіемъ изъ матки септическихъ продуктовъ.

Приводить 7 случаевъ. Въ 3-хъ изъ нихъ при пуэрперальномъ заболѣваніи выскабливаніе съ послѣдовательной тампонаціей. Въ остальныхъ 4-хъ тампонація при кровотеченіи, два раза послѣ аборта, одинъ разъ при Mola Hydatid. величиной въ дѣтскую голову (съ тампономъ вышелъ и заносъ) и одинъ разъ при кровотеченіи вслѣдствіе приращенія плаценты, которая не могла быть вся отдѣлена. Передъ тампонаціей онъ дѣлаетъ горячія маточныя сулемовыя спринцованія.

Б. Фраткинъ.

140. Schühl. Putrefaction intra-uterine pendant la vie du fœtus. (Arch. d. Tocol. № 3. 1891). Гніеніе въ полости матки при жизни плода.

Авторъ приводитъ два случая, въ которыхъ при жизни плода изъ матки были вонючія выдѣленія, даже Physometra при высокой t° . Въ первомъ при срочныхъ родахъ жизнь плода констатирована была во все время теченія родовъ, хотя извлеченъ онъ былъ мертвымъ, но безъ признаковъ разложенія. Во 2-мъ случаѣ выкидышъ 4-хъ мѣсяцевъ. Плодъ безъ видимыхъ измѣненій. Гнилостное разложеніе, по мнѣнію автора, обязано было кровянымъ сгусткамъ, сидѣвшимъ на внутренней поверхности матки, между плацентой и маткой, близко отъ мѣста разрыва оболочекъ, при чемъ послѣ разрыва послѣднихъ и уменьшенія матки, оболочки, отдѣлившись отъ стѣнокъ послѣдней, дали возможность соприкосновенія воздуха со сгустками, что и способствовало ихъ разложенію. На основаніи своихъ двухъ случаевъ и двухъ другихъ авторовъ S. дѣлаетъ слѣдующіе выводы.

1) Гніеніе внутри матки при жизни плода обязано гнилостному измѣненію кровяныхъ сгустковъ, содержащихся въ маткѣ.

2) Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ матери выздоровѣли.

3) Для плода исходъ всегда неблагоприятный.

Б. Фраткинъ.

141. Th. Whitton. Case of puerperal insanity. (Austral. Med. Gazette, May 15, 1891). Случай пуэрперальнаго помѣшательства.

X. Y. Z. 43 лѣтъ, замужняя, 13-рага; съ мужемъ не живетъ 18 мѣсяцевъ; 20-го ноября 1888 г. трудные роды (тазовое положеніе) исполнѣ доношеннымъ младенцемъ, безъ медицинской помощи, отъ которой родильница настойчиво отказывается. Первые четыре дня чувствуетъ себя хорошо. Затѣмъ вмѣстѣ съ бессонницею начинаютъ являться странности въ поведеніи: отказывается отъ пищи, или, пожелавъ ее, опять выплевываетъ; на вопросы отвѣчаетъ невпопадъ; открывъ книгу, цѣлый часъ смотритъ на одну страницу

или одинъ рисунокъ и т. п. Полное отсутствіе интереса къ своимъ дѣтямъ и къ хозяйству. На 12 день послѣ родовъ меланхолія смѣняется манією такого буйнаго характера, что полиціи пришлось запереть ее.

За все это время лѣчение заключалось въ слабительныхъ (ol. ricini) и эль противъ бессонницы. На 19 день больная была перевезена въ пріютъ для душевно-больныхъ, гдѣ и скончалась на 25 день послѣ родовъ. За послѣднее время маниакальные приступы съ ясно выраженными приливами къ головѣ повторялись ежедневно; задержаніе мочи и испражнений, отказъ отъ пищи, постоянный бредъ о томъ, что она погибшая женщина. Гніющая во рту (на зубахъ) пища и лохи (больная не допускала подмывать себя) распространяли отвратительный запахъ.

Констатируя, что пuerperальное помѣшательство является несравненно чаще при незаконномъ родоразрѣшеніи, чѣмъ при законныхъ дѣтяхъ, авторъ думаетъ, что оно излечимо, даже въ самой острой формѣ, если лѣчение въ спеціальному заведеніи начато не позже недѣли послѣ перваго приступа. Чѣмъ моложе (до 30 лѣтъ) пациентка, тѣмъ болѣе шансовъ на выздоровленіе.

Ф. Кюнъ.

142. R. A. Kitto. Ovariectomy as a prophylaxis and cure for insanity.
(Journ. of the Amer. Med. Assoc. April 11, 1891). Овариотомія какъ профилактика и лѣчение умопомѣшательства.

Докторъ *Kitto* сообщаетъ случай овариотоміи (съ удаленіемъ и обѣихъ трубъ), произведенной имъ у 25-ти лѣтней дѣвушки по поводу умопомѣшательства. 13-ти лѣтъ она перенесла скарлатину, послѣ которой у нея развилось помѣшательство, или, какъ называетъ авторъ, ложное умопомѣшательство (pseudo-insanity). Лѣченіе въ теченіе десятка лѣтъ въ спеціальныхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ имѣло только весьма скоропреходящій успѣхъ. Симптомы болѣзни съ каждымъ годомъ усиливались. Высшіе авторитеты признали ее неизлѣчимою. Авторъ въ сентябрѣ 1890 г. діагносцировалъ у нея истерическое умопомѣшательство, источникомъ котораго призналъ заболѣваніе яичниковъ. Предложенная имъ овариотомія была произведена имъ въ январѣ с. г. Въ удаленныхъ имъ яичникахъ оказалось хроническое воспаленіе, въ обѣихъ трубахъ—pyosalpinx. При разрывѣ обильныхъ сращеній была повреждена кишечная петля съ выходомъ изъ нея кала и газовъ, что, впрочемъ, не имѣло вліянія на ходъ исцѣленія. Черезъ 4 недѣли пациентка выписана изъ госпиталя умственно и физически здоровою.

Авторъ полагаетъ, что, подобно этой пациенткѣ, и сотни другихъ несчастныхъ женщинъ томятся въ пріютахъ для душевно-больныхъ, въ то время какъ операція могла бы излѣчить ихъ.

Подобные случаи авторъ считаетъ не настоящимъ умопомѣшательствомъ въ обыкновенномъ смыслѣ этого слова, но рефлекторнымъ раздраженіемъ мозга.

Ф. Кюнъ.

143. Terillon. Grossese tubaire de sept mois. Mort du foetus cinq mois avant l'opération.—Laparotomie. Ablation de la trompe avec le foetus contenu.—Guerison (Arch. d. Toccol. № 3. 1891). Трубная беременность 7 мѣсяцевъ. Смерть плода за 5 мѣсяцевъ до операции. Лапаротомія. Удаленіе трубы вмѣстѣ съ содержавшимся въ ней плодомъ. Выздоровленіе.

Авторъ описываетъ характерный случай внѣматочной—трубной беременности, оперированный имъ. Большое сращеніе съ кишками, вѣроятно, colon descendens—приблизительно 35 сантим. При этомъ ему удалось отдѣлить верхнюю оболочку, покрывавшую яйцо, и такимъ образомъ отдѣлить приращенныя кишки, наложивъ 8 лигатуръ. Плодъ извлеченный вѣсомъ 2600 грам., длиной 49 сент.

Б. Фраткинъ.

144. Paul Poirier, Lymphatiques des organes genitaux de la femme. (L. Progrès médical. Novembre 23 et 30, Decembre 7, 21 et 28, 1889). Лимфатическіе сосуды половыхъ органовъ женщины¹⁾.

Лимфатическая система матки много занимала умы анатомовъ и гинекологовъ въ теченіи послѣднихъ двадцати лѣтъ; лимфатическіе сосуды яичника и трубы менѣе изучены. Авторъ, приступая къ изслѣдованію общей лимфатической системы половыхъ органовъ женщины, инъецировалъ и послѣдовательно препаровалъ лимфатическіе сосуды болѣе чѣмъ на 300 субъектахъ различнаго возраста.

Тѣмъ не менѣе, не смотря на такой громадный матеріалъ, авторъ не считаетъ свою работу исполнѣ законченной; если ему и удалось бросить лучъ свѣта на нѣкоторыя стороны разбираемаго вопроса, существуютъ такія, на которыхъ вниманіе его останавливалось не такъ долго, почему онѣ и требуютъ контрольных изслѣдованій. Въ виду этого, авторъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и останавливается подробнѣе на томъ методѣ, которымъ онъ пользовался. Для инъекцій употреблялась исключительно ртуть; такая инъекція хотя и заслуживаетъ не мало упрековъ, но она имѣетъ, съ другой стороны, по меньшей мѣрѣ, столько же преимуществъ. Авторъ испыталъ нѣсколько другихъ методовъ инъецированія, но ему они казались менѣе удовлетворительными, хотя онъ и приписываетъ отрицательное свое сужденіе недостаточной сноровкѣ.

I. Лимфатическіе сосуды влагалища.

Лимфатическіе сосуды влагалища весьма многочисленны; они зарождаются въ двухъ разныхъ слояхъ, составляющихъ стѣнку этой трубки и, такимъ образомъ, располагаются въ двухъ слояхъ или сплетеніяхъ. Авторъ инъецировалъ эти сосуды на субъектахъ всевозможнаго возраста и находить, что хотя инъекція, дѣйствительно, болѣе всего удается на молодыхъ субъектахъ, тѣмъ не менѣе она не только не невозможна, но даже и не особенно затрудни-

¹⁾ Означенная работа хотя и появилась уже въ концѣ 1889 года, тѣмъ не менѣе, въ виду исключительности ея научнаго и практическаго интереса, я счелъ возможнымъ представить ее читателю и въ настоящее время. *Реф.*

тельна на субъектах зрѣлыхъ и старческихъ. Чтобы инъецировать сосуды полностью, въ особенности, чтобы прослѣдить ихъ главные вѣтви вплоть до узловъ, въ которые они вливаются, техника инъецированія, по совѣтамъ автора, слѣдующая:

Необходимо, чтобы органъ оставался *in situ* и, насколько возможно, сохранилъ бы свои нормальныя отношенія. Съ этой цѣлью, отпрепаровавъ всѣ мягкія части, образующія переднюю стѣнку *regionum hypogastricae et pubis*, удаляютъ всю переднюю часть тазового пояса, пропиливъ въ четыре момента, горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей и восходящія вѣтви сѣдалищныхъ костей. Захвативъ, затѣмъ, пинцетомъ мочевого пузыря, осторожными приѣмами освобождаютъ его, вмѣстѣ съ уретрой, отъ передней стѣнки влагалища; послѣдняя, вмѣстѣ съ передней стѣнкой матки, представляется тогда глазу совершенно неприкосновенной. Ножницами съ закругленными концами разрѣзается передняя стѣнка влагалища по срединной линіи и по направленію передне-задней оси, отъ *bulbus vaginae* и до мѣста его прикрѣпленія къ шейкѣ матки. Совѣтуется провести по краямъ разрѣза раскаленный скальпель или же накопечникъ термокаутера, чтобы избѣгнуть выступленія ртути изъ многочисленныхъ просвѣтовъ разсѣченныхъ лимфатическихъ сосудовъ. Раньше еще, чѣмъ приступить къ инъекціи, необходимо очистить слизистую оболочку влагалища нѣскольکو грубымъ холстомъ, или просто ногтемъ, отъ многочисленныхъ наслоеній эпителия, покрывающихъ ее; безъ такой предосторожности, отверстіе инъекціонной трубки можетъ легко закупориться послѣ перваго же укола; въ такомъ случаѣ приходится возобновлять уколъ нѣсколько дальше, или же съ боку перваго укола. Необходимое давленіе для удачной инъекціи различно для разнаго возраста субъектовъ; весьма незначительное для дѣтей (8 и 10 смт. ртутн. столба), оно должно быть значительно увеличено у взрослой. Уколъ долженъ быть произведенъ очень поверхностно, если объектомъ инъекціи служить сѣтъ слизистой оболочки; болѣе глубоко онъ долженъ быть при инъекціи мышечнаго слоя. Иногда, въ особенности у дѣтей, достаточно одного укола для полной инъекціи влагалища, въ большинствѣ же случаевъ необходимо сдѣлать два или три укола въ разныхъ мѣстахъ, чтобы получить полную инъекцію: въ такомъ случаѣ легкимъ прижиганіемъ раскаленнаго скальпеля достигается закупорка отверстій первыхъ уколовъ.

Въ случаѣ, когда одинъ или нѣсколько уколовъ не даютъ надлежащаго эффекта, надо повторять попытку до тѣхъ поръ, пока не замѣтно будетъ появленіе ртути въ лимфатической сѣти, извѣстно, быстро наливающей послѣднюю; разъ это достигнуто, давленіе должно быть уменьшено. Глазъ наблюдателя, внимательно слѣдя за ходомъ дѣла, не замедлитъ увидать одну или двѣ ртутныя нити, пробѣгающія по боковымъ стѣнкамъ влагалища къ выводящимъ протокамъ, достигая, такимъ образомъ, своихъ лимфатическихъ узловъ (железъ).

Если во время инъекціи обнаруживается истеченіе ртути изъ двухъ-трехъ сосудовъ, случайно раненныхъ при отпрепарованіи мочевого пузыря, то это истеченіе опять таки весьма легко останавливается легкой каутеризаціей.

Лимфатическая стѣта слизистой оболочки влагалища весьма богата и ея петли на столько малы, что на первый взглядъ ртуть образуетъ какъ бы сплошную поверхность, вложенную въ эпителиальный слой слизистой оболочки. Петли же стѣты, заложенной въ мышечный слой стѣнки влагалища, гораздо крупнѣе и образуются болѣе объемистыми лимфатическими сосудами; упомянутыя двѣ стѣты сообщаются между собою. Лимфатическіе стволы, получающіе свое начало изъ стѣты, расположенной въ мышечномъ слоѣ, появляются на наружной поверхности влагалища и по срединной линіи задней его стѣнки; они, путемъ анастомозовъ, образуютъ одинъ или два крупныхъ ствола, расположенныхъ по срединѣ органа; представляя мѣстами ампуллообразныя расширения, эти стволы, слѣдуя анатомическому направленію органа, помѣщаются въ клѣтчаткѣ, раздѣляющей влагалище отъ прямой кишки.

Сосуды, образующіеся изъ стѣтъ, заложенныхъ въ стѣнки влагалища, должны быть раздѣлены на три отдѣла: на верхній, нижній и средній.

Нижній отдѣлъ представляютъ сосуды, происходящіе изъ части влагалища, непосредственно граничащей съ vulva; этотъ отдѣлъ, сравнительно съ остальными, наименѣе развитъ, занимая только межуточную часть влагалища, между его началомъ собственно и наружной половой щелью, однимъ словомъ область гименального кольца или мѣсто, гдѣ оно находилось. Въ общей совокупности, лимфатическіе сосуды влагалища суть тазовые органы, вливающіяся въ железы, расположенныя въ полости таза. Съ другой стороны, у дѣтей мѣсто дѣленія влагалища и vulvae весьма ясно выражено: если уколъ произвести внутри гименального кольца, наливаются ртутью сосуды, ведущія къ тазовымъ железамъ; такой же уколъ, произведенный въ наружную поверхность дѣвственной плевы, наливаетъ сосуды, ведущіе къ паховымъ желѣзамъ. У взрослой женщины подобное дѣленіе гораздо менѣе рѣзко; на границѣ влагалища съ областью наружной половой щели удачный уколъ наливаетъ то тазовые, то паховые сосуды, что служитъ доказательствомъ существованія множественныхъ анастомозовъ между сосудами влагалища и собственно областью наружной половой щели. Съ только что изложеннымъ ограниченіемъ можно принять, что лимфатическіе сосуды самаго нижняго отдѣла влагалища двумя или тремя стволами вливаются въ вулварную группу паховыхъ железъ, причемъ, однако, никогда нельзя упускать изъ вида, какъ это насъ учитъ и исторія развитія, что лимфатическая система влагалища, вообще говоря, относится къ лимфатическимъ сосудамъ таза.

Верхній отдѣлъ лимфатическихъ сосудовъ, получающій свое начало изъ стѣнокъ влагалища, представляетъ два или три сосуда, которые, отдѣляясь отъ стѣнки органа въ верхней его трети и на мѣстѣ прикрѣпленія его къ шейкѣ матки, идутъ вверху и кнаружи, для соединенія съ крупными лимфатическими стволами, происходящими изъ стѣнокъ матки въ области ея шейки, вливаясь, такимъ образомъ, вмѣстѣ съ послѣдними, въ железы подвздошнаго сплетенія. Вдоль этихъ сосудовъ, или вѣрнѣй по протяженію ихъ, авторъ никогда не встрѣчалъ железъ.

Между двумя отдѣлами помѣщается средній, который никогда еще не

обращалъ на себя вниманія анатомовъ. Этотъ средній отдѣлъ беретъ свое начало отъ лимфатическихъ сѣтей, расположенныхъ во всей средней части влагалища. Онъ также образуется двумя или тремя сосудами, идущими сперва по боковымъ поверхностямъ влагалища, затѣмъ, по краямъ влагалищно-кишечной перегородки (*cloison recti-vaginale*), вливаясь въ самый нижній узелъ подвздошнаго сплетенія; слѣдуя за ходомъ влагалищной артеріи, они сопровождаютъ ее въ большей части ея протяженія. Авторъ особенно подчеркиваетъ, что нижній узелъ подвздошнаго сплетенія, принимающій лимфатическіе сосуды средней части влагалища, расположенъ у самаго начала влагалищной артеріи, на уровнѣ середины большой сѣдалищной вырѣзки, гранича кнаружи съ большимъ сѣдалищнымъ нервомъ, а кнутри находясь въ связи съ клѣтчаткой, подкрѣпляющей стѣнку прямой кишки; иногда этотъ узелъ бываетъ парный. Два раза изъ 30 случаевъ авторъ встрѣчалъ на уровнѣ влагалищно-кишечной перегородки меньшій узелокъ, расположенный около начальныхъ точекъ лимфатическихъ сосудовъ, берущихъ свое начало изъ стѣнокъ средней трети влагалища, но во всякомъ случаѣ вышеизложенныя отношенія представляютъ норму. Въ итогѣ, лимфатическія сѣти средней части влагалища даютъ начало съ каждой стороны двумъ стволамъ, которые, слѣдуя за ходомъ влагалищной артеріи, вливаются въ одинъ или два узла, расположенныхъ сбоку прямой кишки, въ углахъ артеріальной вилки, образуемой изъ влагалищной, пупочной и внутренней срамной артерій. Знакомство съ такимъ расположеніемъ весьма важно, ибо облегчаетъ нахожденіе мѣста аденита, осложняющаго воспаленія влагалища, при изслѣдованіи *per rectum*; подобное расположеніе дѣлаетъ понятными частоту и причину вскрытія извѣстныхъ гнойныхъ скопленій въ полость прямой кишки.

II. Лимфатическіе сосуды матки.

Лимфатическіе сосуды матки происходятъ изъ слизистой оболочки и изъ мышечнаго слоя. Къ этимъ двумъ отдѣламъ большинство авторовъ причисляетъ еще лимфатическіе сосуды подсерознаго слоя матки, описывая подъ этимъ названіемъ поверхностные сосуды; т. е. крупные стволы, происходящіе изъ глубины органа; они идутъ въ субсерозной клѣтчаткѣ, собираясь въ еще болѣе крупные стволы, окончивающіеся въ железахъ. Выносящіе протоки не образуютъ начальной лимфатической сѣти, почему и незачѣмъ поддерживать такое дѣленіе. Существуетъ, съ другой стороны, важная группа лимфатическихъ сосудовъ, происходящихъ въ суб-эндотеліальномъ слоѣ брюшины, покрывающей органъ. Описание этихъ лимфатическихъ сѣтей, заложенныхъ въ маточный серозный покровъ, представляетъ одну изъ самыхъ интересныхъ главъ въ исторіи лимфатическихъ сосудовъ матки. Авторъ хорошо ихъ прослѣдилъ, почему и имѣетъ возможность дать полное описаніе ихъ, раздѣляя лимфатическую систему матки на 1) лимфатическіе сосуды слизистой оболочки, 2) лимфатическіе сосуды мышечнаго слоя и наконецъ 3) на поверхностные лимфатическіе сосуды или сосуды серознаго покрова матки. Прежде чѣмъ перейти къ описанію cadaго изъ упомянутыхъ отдѣ-

ловъ, авторъ подчеркиваетъ ту особенность, что: *лимфатическіе сосуды матки, какъ поверхностные, такъ и глубокіе, сообщаются (анастомозами) между собою, во всѣхъ слояхъ органа* ¹⁾).

а) *Лимфатическіе сосуды слизистой оболочки.* Въ извѣстномъ числѣ случаевъ автору удалось инъецировать лимфатическіе сосуды слизистой оболочки матки во всей цѣлости; между тѣмъ нельзя было фиксировать рисункомъ лимфатической сѣти этой слизистой оболочки ни разу, потому что было невозможно сохранить хоть одинъ изъ удавшихся препаратовъ. Въ самомъ дѣлѣ, лимфатическіе сосуды слизистой оболочки столь же непрочны, какъ и сама слизистая оболочка; какъ только давленіе ртуті достаточно велико, чтобы заполнить всю сѣть сосудовъ, послѣдніе разрываются въ нѣсколькихъ мѣстахъ и опоражниваются отъ ртуті. Особенность эта не касается только лимфатическихъ сосудовъ шейки матки; здѣсь слизистая оболочка болѣе плотна, имѣетъ болѣе стойкіе сосуды, почему въ распоряженіи автора и находятся два сухихъ препарата, гдѣ инъекція вполнѣ удалась.

а) *Лимфатическіе сосуды слизистой оболочки маточной шейки.* При описаніи лимфатической сѣти собственно слизистой оболочки матки, авторъ считаетъ наилучшимъ повторить слова проф. *Sappey*, которому принадлежитъ честь первой удавшейся инъекціи лимфатической сѣти слизистой оболочки матки и который въ своей «Анатоміи лимфатическихъ сосудовъ» по этому поводу высказывается слѣдующимъ образомъ: «чтобы увидать лимфатическую сѣть на стѣнкахъ полости маточной шейки, разсѣкаютъ ее переднюю стѣнку и широко раздвинувъ губы разсѣченной поверхности, направляютъ иглу инъекціонной трубки въ средину задней стѣнки шейки. Разъ этотъ пріемъ удался, то лимфатическая сѣть является тотчасъ же по всей длинѣ слизистой оболочки шейки, продолжаясь книзу въ такую же сѣть, вложенную въ слизистую оболочку влагалищной части матки (*museau de tanche*). Эта сѣть необыкновенно богата.

б) *Лимфатическіе сосуды слизистой оболочки тѣла матки.* Методъ остается тотъ же, если желательно инъецировать лимфатическую сѣть слизистой оболочки тѣла матки; непосредственный уколъ этой оболочки не даетъ результата, или вѣрнѣе, даетъ весьма неточные результаты: едва нальются три или четыре петли, то уже появляются въ нѣсколькихъ мѣстахъ разрывы сосудовъ, заложенныхъ въ эту чрезмѣрно-непрочную слизистую оболочку. Укалывая же слизистую оболочку шейки, можно видѣть (авторъ наблюдалъ это 5 или 6 разъ), какъ ртуть наливаетъ всѣ стѣнки полости матки, обнаруживая лимфатическую сѣть всего органа. Эта сѣть, сообщаясь съ лимфатическою сѣтью слизистой оболочки шейки, гораздо менѣе богата; капилляры, образующіе ее, гораздо объемистѣе и даютъ болѣе крупныя петли. Кто путемъ опыта пріобрѣлъ достаточную сноровку, можетъ бросить бѣглый взглядъ на лимфатическую сѣть слизистой оболочки матки. Этотъ фактъ опровергаетъ увѣренія *Fridolin'a* и *Leopold'a*, по мнѣнію которыхъ *лим-*

¹⁾ Курсивъ автора.

фатическая система слизистой оболочки матки не образуется цилиндрическими сосудами, но исключительно лимфатическими пространствами (щелями) ¹⁾.

б) *Лимфатическіе сосуды мышечнаго слоя.* Сѣть, которую образуютъ лимфатическіе сосуды въ толщѣ мышечнаго слоя матки, на столько богато развита, что уколъ, произведенный наугадъ въ какомъ либо мѣстѣ этого слоя, конечно, *при надлежащемъ давленіи ²⁾*, тотчасъ же даетъ себя знать, вызывая появленіе на поверхности органа одного или двухъ сосудовъ, наполняющихся ртутью до ихъ окончанія. Погрузивъ предварительно матку на одинъ часъ въ воду $t^{\circ} 40^{\circ}$, чтобы придать ей стѣнкамъ нормальную гибкость, на такой маткѣ весьма рѣдко только не удастся палить первымъ же уколомъ всю сѣть или часть лимфатическихъ сосудовъ мышечнаго слоя. Однако существуютъ выборныя мѣста, уколъ которыхъ даетъ наиболѣе счастливые результаты: эти мѣста суть рога и шейка матки. Погрузивъ глубоко въ толщу шейки иглу инъекціонной трубки, при давленіи отъ 20 до 30 см. ртутнаго столба, почти тотчасъ же замѣчаются по всей окружности шейки многочисленные лимфатическіе сосуды, которые, беря свое начало по всей периферіи шейной части матки, идутъ, анастомозируя между собою, окруженные клѣтчаткой, отдѣляющей матку отъ мочевого пузыря спереди и отъ заворота брюшины сзади; далѣе они соединяются въ 2 или 3 крупныхъ ствола, отдѣляющіеся отъ органа на боковыхъ поверхностяхъ шейки матки, которые, ложась вокругъ *arteriae uterinae*, сопровождаютъ послѣднюю въ дальнѣйшемъ ея ходѣ. Глубокій уколъ въ одинъ изъ роговъ матки наливаетъ непосредственно большіе стволы, появляющіеся въ субсерозной ткани, конверсируя по направленію къ маточному концу фаллопиевой трубы; числомъ въ 2 или 3 ствола, они отдѣляются тутъ отъ органа, входя въ толщу верхняго края широкой связки, помѣщаясь подъ яичникомъ и надъ фаллопиевой трубой.

Лимфатическая система мышечнаго слоя развита гораздо болѣе, чѣмъ судистая; въ какомъ мѣстѣ ни производился бы уколъ, почти всегда наливаются лимфатическіе сосуды. Иногда, въ одномъ случаѣ изъ десяти примѣрно, игла попадаетъ въ кровеносный сосудъ, большей частью венозный и ртуть появляется въ периферическихъ венахъ; смѣшеніе ртути съ кровью и толщина сосудовъ обнаруживаютъ тотчасъ же ошибку.

в) *Лимфатическіе сосуды серознаго покрова матки.* Если произвести совсѣмъ поверхностный уколъ брюшины, покрывающей матку, проведя конецъ иглы наклонно, чтобы не попасть далѣе субъ-эндотеліальнаго слоя, избѣгая клѣтчатки, соединяющей матку съ ея серознымъ покровомъ, то весьма легко наливаются красивыя лимфатическія сѣти съ очень тонкими петлями. Эти сѣти субэндотеліальнаго слоя настолько поверхностны, что просвѣчиваютъ черезъ гладкую поверхность брюшины, будучи покрыты исключительно только эндотеліемъ послѣдней. При болѣе продолжительномъ

¹⁾ и ²⁾ Курсивы автора.

давленіи, скоро можно увидать двѣ сѣти, расположенныя другъ надъ другомъ: субсерозную сѣть, состоящую изъ большихъ стволонъ, идущихъ изъ самаго органа, и поверхностную, образуемую весьма тонкими капиллярами. Анастомозы между разбираемыми двумя сѣтями многочисленны; они образуются маленькими стволиками, идущими отъ поверхностной сѣти къ субсерознымъ лимфатическимъ сосудамъ. Поверхностная сѣть, которую авторъ называетъ сѣтью собственно серознаго покрова матки, замѣчается на всей поверхности матки, покрытой брюшиною: спереди, сзади и на днѣ; кнаружи она продолжается въ брюшинѣ, покрывающей трубы на всемъ ихъ протяженіи; по бокамъ она прерывается, не доходя на нѣсколько миллиметровъ до краевъ матки. *Morgagni, Cruikshank, Mascagni* не знали этой сѣти; современные авторы описываютъ подъ этимъ названіемъ большіе сосуды, идущіе изъ глубины органа (*Lucas Championniere, Fridolin, Leopold*); описываетъ ее, хотя и не вполне точно, только одинъ *Мержеевскій*.

Лимфатическіе сосуды, берущіе свое начало изъ сѣтей слизистой оболочки и мышечнаго слоя матки, появляются въ видѣ болѣе или менѣе толстыхъ стволонъ на всей периферіи органа, проходя въ клѣтчаткѣ, окружающей матку. Они даютъ частыя анастомозы и образуютъ вокругъ органа многочисленные петли; но ихъ расположеніе, ходъ и окончаніе различны, смотря по тѣмъ точкамъ, откуда они берутъ свое начало. Съ общей точки зрѣнія можно раздѣлить ихъ на сосуды, начинающіеся въ области шейки, и сосуды, берущіе свое начало изъ тѣла матки; они образуютъ двѣ легко отграничиваемыя группы, соединенныя между собою широкою сѣтью анастомозовъ.

1) *Лимфатическіе сосуды шейки матки.* Лимфатическіе сосуды, зародившіеся въ слизистой оболочкѣ и мышечномъ слое маточной шейки, появляются на всей наружной поверхности ея, гдѣ ихъ вѣтви образуютъ настоящіе лимфатическіе круги, въ поперечномъ направленіи; они идутъ въ околوماتочной клѣтчаткѣ, гдѣ они анастомозируютъ между собою, образуя все болѣе и болѣе толстые стволы, получающіе на своемъ протяженіи часто лимфатическія вѣтви, идущія изъ глубины шейки матки; наконецъ, они конверсируютъ въ области боковыхъ поверхностей шейки и соединяются, образуя съ каждой стороны отъ 2—3 толстыхъ лимфатическихъ стволонъ, которые окружаютъ маточные сосуды (*art. et venas uterinas*) и, направляясь съ ними въ поперечномъ направленіи кнаружи, помѣщаются вмѣстѣ съ *arteria uterina* позади мочеочника; стволы эти снабжены клапанами, вогнутыя поверхности которыхъ обращены кнаружи. Слѣдуя вдоль нижняго края широкой связки, они занимаютъ промежутокъ между двумя листками брюшины, которые отдѣляются на этомъ уровнѣ для образованія упомянутой связки. Наконецъ, эти лимфатическіе сосуды направляются совместно съ кровеносными сосудами матки, поперекъ и кнаружи, достигая бокового края тазового кольца, затѣмъ немного кверху и кзади, чтобы влиться въ лимфатическія железы, расположенныя въ углу расщепленія *arteriae iliacae communes*. У мѣста начала разбираемыхъ лимфатическихъ сосудовъ, по бокамъ шейки матки, находятся у ребенка всегда, у взрослой часто конгломераты

расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ, долженствующіе быть приняты въ расчетъ при инъекціи этихъ сосудовъ. Если произвести уколъ въ шейкѣ матки взрослой, то ртуть должна вступать въ лимфатическую систему плотной ткани при сильномъ давленіи (отъ 30—40 смт. ртутн. столба); разъ уколъ былъ удаченъ, то появленіе ртути въ сосудахъ поверхности шейки совершается въ теченіе 1—2 минутъ; эти сосуды разбухаютъ и инъекція пріостанавливается. Видя это, неопытный операторъ считаетъ необходимымъ увеличить давленіе, что влечетъ за собою разрывъ сосудовъ. Надо, напротивъ, дать ртути время наполнить конгломератъ упомянутыхъ расширенныхъ сосудовъ, уменьшая давленіе и вооружаясь терпѣніемъ, потому что разрывъ сосудовъ, при тонкости ихъ стѣнокъ, происходитъ чрезвычайно легко.

2) *Лимфатическіе сосуды тѣла матки.* Лимфатическіе сосуды, происходящіе изъ тѣла и дна матки, появляются на поверхности органа въ клѣтчаткѣ, которая его соединяетъ съ брюшиной. Большіе стволы, выпячивающіе серозный покровъ, легко замѣтны; по мѣрѣ того, какъ инъекція идетъ впередъ, можно констатировать, что упомянутые лимфатическіе сосуды соединяются какъ на передней, такъ и на задней поверхности матки въ стволы все большаго и большаго объема, чтобы наконецъ образовать два большихъ лимфатическихъ сосуда съ каждой стороны матки. Эти послѣдніе помѣщаются въ толщѣ верхняго края широкой связки, сопровождая art. uteroovaricas, въ глубинѣ жолоба, образующагося изъ яичниковой и трубной брюшинной складокъ, находясь ближе къ яичнику, чѣмъ къ трубѣ. Направленіе этихъ сосудовъ горизонтальное; они идутъ подъ hylus ovarii и соприкасаются здѣсь съ многочисленными сосудами, выходящими изъ hylus'a. Анастомозы между этими сосудами являются только значительно выше. Поясничныя железы, воспринимающія лимфатическіе сосуды тѣла матки, помѣщаются на уровнѣ нижняго края почки, впереди venaе савае и аорты. Нѣсколько лимфатическихъ сосудовъ матки вливаются, помимо того, въ железы, расположенныя въ паховой области; они начинаются отъ мѣста прикрѣпленія круглой связки къ маткѣ и сопровождаютъ эту связку до ея пахового конца.

III. Лимфатическіе сосуды фаллопиевой трубы.

Инъекція сосудовъ трубы представляетъ довольно трудную операцію; авторъ совѣтуетъ, раньше чѣмъ приступить къ наливанію сосудовъ, инъецировать трубу саломъ въ виду ея легкой разрываемости. При этой операціи авторъ замѣтилъ слѣдующую особенность: какъ только просвѣтъ трубы наполненъ и если хоть немного продолжить даже весьма осторожную инъекцію, то стѣнка трубы скоро поддается и происходитъ разрывъ ея, притомъ постоянно на одномъ и томъ же мѣстѣ, а именно на уровнѣ ампулы, вблизи брюшиннаго отверстія; разрывается точно также всегда одна и та же стѣнка, тамъ, гдѣ серозный листокъ, окружающій трубу, сливается въ одну складку; сало проникаетъ въ эту складку, раздвигая вновь ея листки. Судя по этимъ даннымъ, нужно бы думать, что фаллопиева труба представляетъ весьма мало

расширяемый просвѣтъ; между тѣмъ при сальпингитахъ полость ея расширяется, какъ извѣстно, весьма значительно; это противорѣчіе объясняется несомнѣнно тѣмъ обстоятельствомъ, что автору приходилось имѣть дѣло съ препаратами, мацерированными извѣстное время въ растворѣ хлорной извести. Другая особенность, которую выяснила инъекція трубы саломъ, состоитъ въ весьма малой величинѣ абдоминальнаго отверстія; послѣднее имѣетъ всего 2 милл. въ діаметрѣ, между тѣмъ какъ діаметръ самага раструба даетъ по меньшей мѣрѣ 8—10 mill. Эта особенность объясняетъ частоту закупорки отверстія при сальпингитахъ.

Лимфатическіе сосуды, происходящіе со стѣнокъ фаллопіевой трубы, вливаются въ количествѣ отъ двухъ до трехъ небольшихъ сосудовъ въ толстые стволы, собирающіе лимфу изъ верхней части матки и доносящіе ее до поясничныхъ железъ. Сосуды эти сопровождаютъ вѣтви *art. et venar. utero-ovaric.*, находясь въ складкѣ брюшины; они снабжены клапанами. Безъ сомнѣнія лимфатическіе сосуды фаллопіевой трубы происходятъ сходно съ такими же сосудами матки, изъ трехъ слоевъ, изъ которыхъ составлена стѣнка трубы; авторъ пытался инъецировать отдѣльные слои, причемъ получалъ лимфатическую сѣть брюшины, переходящую въ субъэндотеліальную сѣть серознаго покрова матки; инъекція же мышечнаго слоя въ отдѣльности ему не удавалась.

IV. Лимфатическіе сосуды яичника.

Количество лимфатическихъ сосудовъ яичника, принимая во вниманіе величину органа, поразительно; съ нимъ не можетъ сравниться даже лимфатическая система мужскаго яичка. Небольшіе сосуды, происходящіе изъ перифолликулярныхъ лимфатическихъ сѣтей, направляются къ *hylus ovarii*. Одинъ уколъ этого *hylus'a* инъецируетъ весьма легко богатое сплетеніе, покрывающее совершенно подлежащій *plexus venosus*. Мало-по-малу сплетеніе уменшается въ объемѣ, оканчиваясь 4, 5 или 6 лимфатическими стволами, принимающими направленіе кверху; эти стволы, сопровождая маточно-оваріальные кровеносные сосуды, идутъ вмѣстѣ съ ними подъ брюшиной, впереди безъимянныхъ сосудовъ. Выше они лежатъ впереди мочеточниковъ и, наконецъ, вливаются въ 2 или 3 железы, лежащія впереди аорты слѣва; справа же они вливаются въ группу железъ, расположенныхъ ниже, спереди *venae cavae inferioris*.

Г. Рунге.

145. Paul Poirier. Du role des lymphatiques dans les inflammations de l'uterin, des annexes et du peritoine pelvien. (Le Progrès médical. № 3 et 4 1890). Значеніе лимфатическихъ сосудовъ при воспаленіи матки, маточныхъ придатковъ и брюшины таза.

Нѣтъ ничего обыкновеннѣе болѣе или менѣе широкихъ сращеній, соединяющихъ матку со стѣнками малаго таза или же съ сосѣдними органами. Авторъ изслѣдовалъ половые органы женщины болѣе чѣмъ на 300 субъектахъ, принадлежавшихъ, правда, въ большинствѣ случаевъ, болѣе зрѣлому

возрасту, и онъ пришелъ къ заключенію, что здоровая матка, въ смыслѣ отсутствія большаго или меньшаго количества сращеній, являющихся послѣдствіемъ бывшихъ воспаленій, есть рѣдкость, почти исключеніе. Заднія сращения, идущія отъ фаллопиевыхъ трубъ или задней стѣнки матки къ яичникамъ, стѣнкѣ таза или прямой кишки, встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ сращения въ передней области таза. Вспомнивъ, что суб-эндотелиальный слой брюшины матки представляетъ весьма богатую лимфатическую сѣть, сообщающуюся съ глубокими лимфатическими сосудами органа, мы уже не можемъ удивляться частотѣ сращеній, въ виду того, что очень немногія женщины остаются свободными отъ одного изъ видовъ внутренно-маточнаго воспаленія, во время своей половой жизни. Внутри-маточное воспаленіе не можетъ разрѣшиться безъ того, чтобы не вызвать большаго или меньшаго участія со стороны серознаго покрова матки. Единственно слизистая оболочка шейки матки можетъ воспалиться, не вызывая сочувственныхъ явленій въ брюшинѣ, покрывающей органъ. Остается узнать, можетъ ли воспалительный процессъ оставаться въ границахъ области шейки матки? Воспаленіе шейки матки можно признать, если подъ этимъ именемъ понимать преобладаніе шейки въ болѣзненномъ процессѣ; обособленное же воспаленіе въ этой области встрѣчаетъ полный скептицизмъ со стороны автора этого изслѣдованія. Въ большинствѣ случаевъ, когда воспаленіе матки остается въ извѣстныхъ границахъ, сочувственные явленія въ брюшинѣ не имѣютъ бурнаго характера; часто даже эти явленія должны протекать совершенно незамѣченными, выражаясь только приливомъ крови и послѣдовательной пролифераціей элементовъ. Конечно, не всѣ женщины съ сращениями, т. е. громадное большинство ихъ, представляли картину, клинически обываемую воспаленіемъ тазовой брюшины (pelvi-peritonitis), но у всѣхъ у нихъ существовало скрытое воспаленіе, которое, происходя изъ матки, вовлекло въ процессъ лимфатическіе сосуды серознаго покрова ея, вызвавъ пролиферацію ихъ элементовъ. Сращения, въ большинствѣ случаевъ, не представляютъ кровеносныхъ сосудовъ, видимыхъ простымъ глазомъ, даже подъ микроскопомъ встрѣчается только незначительное число ихъ; бываютъ даже случаи, гдѣ ихъ совершенно не находишь. *Наоборотъ, эти сращения почти цѣликомъ состоятъ изъ краевой лимфатической сѣти, служащей продолженіемъ сѣтей серознаго покрова матки* ¹⁾. Существованіе такого факта отрицать нельзя, ибо онъ весьма легко демонстрируется; если произвести уколъ одной изъ матокъ, имѣющихъ сращения, такимъ образомъ, какъ это указано авторомъ въ свое время для инъекціи лимфатическихъ сосудовъ маточной брюшины, то очень скоро наливается небольшой участокъ серозной сѣти; вслѣдъ за тѣмъ ртуть проникаетъ въ лимфатическія сѣти сращения, достигая посредствомъ ихъ, каковаго нибудь поблизости находящагося крупнаго ствола, идущаго по стѣнкѣ прямой кишки или стѣнкѣ малаго таза. Неосновательно было бы предположеніе, что въ такихъ случаяхъ ртуть проникаетъ въ самую ткань перемычки; тутъ

¹⁾ Курсивъ автора.

несомнѣнно происходитъ инъекція сосудовъ, а не инфильтрація ткани. На основаніи этого факта, авторъ высказываетъ убѣжденіе, что лимфатическимъ сосудамъ нужно отвести гораздо болѣе видную роль въ исторіи происхожденія извѣстной группы воспалительныхъ процессовъ полости малаго таза, чѣмъ это дѣлается обыкновенно. Воспаленіе тазовой брюшины имѣетъ нѣсколько степеней, смотря по агенту, который его вызвалъ. Между пелвиоперитонитомъ и всѣмъ извѣстными сращеніями разница, безъ сомнѣнія, только въ томъ, что особенности микроба, вызвавшего эти измѣненія, были различны. Переносясь въ ткань серознаго покрова, путемъ суб-эндотеліальныхъ лимфатическихъ сосудовъ, упомянутый возбудитель вызываетъ то острые, то подъ-острые явленія, смотря по своему характеру и свойственной его жизнедѣятельности энергіи. До сихъ поръ большинство авторовъ объясняетъ переходъ воспаленія на брюшину прогрессивнымъ распространеніемъ процесса съ слизистой оболочки матки на слизистую оболочку фаллопиевой трубы. Еслибы это было такъ, то мы видѣли бы преобладаніе воспалительныхъ явленій вокругъ абдоминальнаго отверстія трубы; въ дѣйствительности же эти явленія сосредоточиваются вокругъ самой матки. Во всѣхъ заболѣваніяхъ послѣдней съ свойственными имъ осложненіями, воспаленіе лимфатическихъ сосудовъ играетъ наиболѣе видную роль, иногда, при менѣе интенсивномъ теченіи, вызывая инфильтрацію клѣтчатки (*peri-et parametritis*), иногда же, въ болѣе острыхъ случаяхъ, ведя къ образованію околomаточныхъ нарывовъ (*abscessus peri-uterinus, phlegmone ligamenti lati*), то гнѣздящихся въ клѣтчаткѣ, то исходя отъ железъ (*adenitis et adenophlegmone*); наконецъ, въ другомъ рядѣ случаевъ, инфекціонное начало проникаетъ въ лимфатическую сѣтъ суб-эндотеліальнаго слоя серознаго покрова, поражая брюшину (*pelvi-peritonitis*). Каковы бы ни были пораженія, вызванныя зараженіемъ лимфатическихъ путей матки, энергическое антисептическое лѣченіе полости ея, изъ которой исходятъ все новые возбудители, поддерживающіе болѣзненный процессъ, можетъ повести къ разрѣшенію. Здѣсь мы имѣемъ то же самое, что намъ часто приходится наблюдать при воспаленіи лимфатическихъ сосудовъ нижнихъ конечностей, гдѣ простая антисептическая очистка раны весьма часто ведетъ къ полной *restitutio ad integrum*.

Нѣсколько словъ по поводу флегмонознаго воспаленія широкой связки.

Пренія по этому вопросу не выяснили его окончательно. Самостоятельное флегмонозное воспаленіе широкой связки не имѣетъ болѣе много сторонниковъ. Въ случаяхъ, описанныхъ подъ этимъ названіемъ, дѣло идетъ, дѣйствительно, о послѣдовательномъ заболѣваніи, въ связи съ пораженіемъ лимфатической системы матки. Воспаленные лимфатическіе сосуды могутъ вызвать воспаленіе на любомъ мѣстѣ ихъ протяженія, не исключая и железъ, въ которыя они вливаются. Когда существуетъ загрязненная рана на одномъ изъ пальцевъ ноги, разбухаютъ не только паховыя железы, но и сосуды, вливающіеся въ нихъ; наблюдаются краснота, отеки, даже абсцессы по всей

длинь этихъ сосудовъ. Какая же причина могла бы препятствовать возникновенію аналогичныхъ явленій при какомъ либо раненіи матки? Обиліе лимфатическихъ сосудовъ, толщина ихъ стволовъ, крайняя рыхлость клѣтчатки, которая ихъ окружаетъ, даютъ достаточно условий для образованія лимфатическихъ абсцессовъ и флегмонознаго воспаленія лимфатическихъ железъ.

Авторъ никогда не встрѣчалъ плотной фиброзной ткани, которая, по *M. Guerin*, составляетъ апоневротическій остовъ широкой связки, и не можетъ согласиться съ упомянутымъ изслѣдователемъ, по мнѣнію котораго, широкая связка замкнута со всѣхъ сторонъ извѣстными всѣмъ анатомамъ апоневрозами. Два листка широкой связки, которые, между прочимъ, не имѣютъ одинаковой высоты (задній листокъ шире и много выше передняго), отдѣляются другъ отъ друга почти на всю свою высоту, другими словами, раздвоеніе широкой связки удастся весьма легко. Дѣйствительно, какъ по нижнему, такъ и по наружному краю связки, двѣ составляющія ее пластинки отдѣляются клѣтчаткой, окружающей кровеносные и лимфатическіе сосуды матки; то же самое замѣчается и на внутреннемъ краѣ связки, обращенномъ къ боковой поверхности матки, гдѣ конгломератъ расширенныхъ лимфатическихъ стволовъ занимаетъ треугольное призматическое пространство, вѣдряясь между листками связки. Разрыленная съ трехъ сторонъ дубликатура послѣдней легко раздвигается пальцами, безъ помощи какихъ либо инструментовъ. Только на уровнѣ верхняго края, гдѣ связка состоитъ изъ трехъ пластинокъ, раздѣленіе ихъ не вполне удастся: передняя пластинка отдѣляется еще сравнительно легко, вплоть до круглой связки; раздвоеніе же листковъ, покрывающихъ фаллопиеву трубу, гораздо болѣе затруднительно. Если прибавить, что шпрокопетлистая клѣтчатка, окружающая кровеносные и лимфатическіе сосуды, расположенные на трехъ краяхъ связки, продолжается, мало-по-малу утончаясь, въ видѣ рыхлой ткани, между двумя листками *ligamenti lati*, то очень мало остается отъ апоневротическаго остова, который могъ бы воспрепятствовать появленію гноя между отдѣльными пластинками его. Въ дѣйствительности нерѣдко встрѣчается раздвоеніе листковъ образовавшимся между ними гнойнымъ фокусомъ. Однако, на основаніи своихъ случаевъ авторъ убѣдился, что скопленіе гноя занимало преимущественно одинъ изъ краевъ связки, раздвигая и вѣдряясь между листками ея только послѣдовательно. Обыкновенно такое скопленіе занимаетъ нижній край, вдоль кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, или за наружный край, располагаясь то около сосудовъ, то вокругъ железъ, помѣщающихся на уровнѣ подвздошной артеріи съ ея вѣтвями. Способъ происхожденія такихъ скопленій слѣдующій: вокругъ какого-нибудь кровеноснаго или лимфатическаго сосуда (притомъ послѣдняго чаще, чѣмъ перваго), дѣлается воспаленіе клѣтчатки, съ переходомъ въ нагноеніе; абсцессъ распространяется подъ брюшину таза, или же между пластинками широкой связки. Въ другихъ случаяхъ флегмонозный процессъ железъ, расположенныхъ въ верхней части наружнаго края связки даетъ распространеніе гноя между листками ея на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи. Ни въ какомъ случаѣ широкая связка не пред-

ставляетъ первичнаго фокуса воспалительнаго процесса. Само строеніе ея, съ точки зрѣнія обще-патологической, не допускаетъ возможности появленія первичныхъ фокусовъ въ центральной части ея; здѣсь два брюшинныхъ листка, утолщенныхъ тонкимъ слоемъ мышечныхъ волоконъ, отдѣлены другъ отъ друга только весьма тонкимъ слоемъ клѣтчатки, отличающейся отсутствіемъ болѣе или менѣе значительныхъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ. Разъ первичное заболѣваніе широкой связки невозможно, должно пасть и названіе флегмоны ея, какъ не имѣющее самостоятельнаго значенія.

Патологія сальпингитовъ и инойныхъ воспаленій яичника.

Въ отношеніи исторіи происхожденія сальпингитовъ существуютъ двѣ теоріи: по одной, общепринятой, воспаленіе распространяется непосредственно съ какой-нибудь части слизистой оболочки матки на слизистую оболочку фаллопиевыхъ трубъ, по другой (*Lucas-Championniere*), воспаленіе является посредственно, вызывая косвеннымъ путемъ вторичныя измѣненія въ трубахъ и яичникахъ, распространяясь послѣдовательно по лимфатическимъ путямъ. Истинный ходъ лимфатическихъ сосудовъ матки, описаніе котораго дано въ своемъ мѣстѣ, противорѣчитъ второму воззрѣнію, почему авторъ и присоединяется къ мнѣнію большинства.

Если происхожденіе сальпингита нельзя поставить въ связь съ близкимъ соприкосновеніемъ стѣнокъ трубы съ воспаленными лимфатическими сосудами матки, въ виду того, что эти сосуды находятся постоянно на разстояніи 2—3 сент. отъ этого органа, то для воспаленій яичника условія совершенно измѣняются. Большіе лимфатическіе сосуды, идущіе со дна матки, соприкасаются съ громадными стволами, берущими свое начало изъ перифоликулярныхъ стѣй яичниковъ. Большинство авторовъ признаетъ даже на этомъ мѣстѣ (т. е. на нижнемъ краѣ яичниковъ) широкіе анастомозы между упомянутыми сосудами. Изслѣдованія автора даютъ анастомозамъ мѣсто значительно вышележащее, а именно уже въ поясничной области. Въ виду близкаго соприкосновенія лимфатическихъ сосудовъ обѣихъ группъ и тонкости ихъ стѣнокъ, переходъ воспаленія возможенъ и безъ анастомозовъ. Такой взглядъ допускаетъ, конечно, вѣскія возраженія.

Г. Рунге.

146. **Gene. Endometrite chronique, vomissements rebelles. Guérison.** (Arch. d. Toc. № 1. 1891). Хроническій эндометритъ. Упорная рвота. Выздоровленіе.

Случай, приводимый авторомъ, касается больной, у которой въ продолженіе 3-хъ мѣсяцевъ ежедневно, по утрамъ натошакъ, появлялась рвота, предшествуемая сильною болью въ epigast., иррадіровавшей въ спину, плечи. Послѣ рвоты боли не исчезали. Внутреннее лѣченіе не принесло пользы. При изслѣдованіи найдено: хроническій эндометритъ съ выворотомъ слизистой оболочки цервикальнаго канала. Въ придаткахъ ничего особеннаго. Прижиганіе полости цервикальнаго канала и губъ зѣва раquelin'омъ полости цер-

викального канала (десять точек. прижиганій). Рвота прекратилась; боли уменьшились. Черезъ 14 дней прижиганіе канала шейки и зѣва растворомъ ляписа 1 : 4, повторяемое каждые 8 дней. Черезъ мѣсяцъ полное выздоровленіе.

Б. Фраткинъ.

147. A. Törngren. Nouvelle maniere de pratiquer l'hysteropexie vaginale (Arch. d. Tocol. № 1. 1891). Новый способъ влагалищнаго прикрѣпленія матки.

Разбирая способъ *Schucking'a*, онъ находитъ его неудобнымъ потому, что онъ сопровождается болевыми припадками и страданіемъ мочевого пузыря въ продолженіе долгаго времени, и потому (еще до видоизмѣненія *Zweifel'a*) онъ производитъ его слѣдующимъ образомъ:

Больная подъ наркозомъ. Опорожняется пузырь; дезинфицируется влагалище и полость матки; если имѣется эндометритъ, то производится выскабливаніе матки. Мюзеемъ захватывается шейка и матка сильно низводится книзу. Затѣмъ, нѣсколько изогнутой иглой съ ручкой, вооруженной шелковиной, прокалывается передній сводъ, и, держась тѣсно у шейки, проводится между пузыремъ и шейкой до верхней части тѣла матки (приходится пройти пространство приблизительно въ 5 сантим.). Для удостовѣренія, что пузырь не поврежденъ, его опорожняютъ теперь же, при чемъ выпущенныя капли мочи не должны быть окрашены кровью. Затѣмъ въ полость матки вводится плотный, канализированный изогнутый зондъ, которымъ матка приводится въ *anteflexio*. Послѣ того, оставляя иглу на мѣстѣ, ее поворачиваютъ такимъ образомъ, чтобы остріе (бывшее обращеннымъ впередъ) было обращено къ маткѣ—кзади и, фиксируя введеннымъ зондомъ матку, прокалываетъ ее переднюю стѣнку. Когда игла царапнетъ зондъ, значить она прошла сквозь переднюю стѣнку матки, то остріе ея нѣсколькими движеніями заставляютъ войти въ каналъ зонда. Такъ какъ игла съ ручкой и зондъ одинаковой длины, то легко опредѣлить разстояніе между концомъ иглы и концомъ зонда, и, если осторожно сблизить ихъ ручки, то безъ труда можно провести остріе иглы до конца канала зонда, гдѣ оно остается все время спрятаннымъ. Чтобы держать остріе иглы въ каналѣ зонда постоянно спрятаннымъ, обѣ ручки соединяются (послѣ прокола передней стѣнки матки) неподвижно посредствомъ надѣваемой на нихъ трубки, фиксирующей ихъ въ этомъ положеніи. Фиксированныя такимъ образомъ ручки приподнимаются до соприкосновенія съ симфизомъ по одной сторонѣ уретры и въ это же время пальцемъ проталкиваютъ иглу, пока ея конецъ не покажется изъ зѣва. Тогда изъ ушка иглы извлекается одинъ конецъ шелковины и оба инструмента извлекаются. Концы нитки завязываются въ переднемъ сводѣ. Наконецъ, вводится пессарій и тампонъ изъ іодоформной марли. Нитку авторъ совѣтуетъ удалять не ранее 6-й или 8-й недѣли.

Во всѣхъ 12-ти случаяхъ, имъ оперированныхъ по этому способу, онъ ни разу не повредилъ пузыря.

Изъ 12-ти случаевъ одинъ неудачный. Авторъ сознается, что, многихъ изъ оперированныхъ имъ онъ вторично не видѣлъ. Со времени 1-й операціи

прошло всего 7¹/₂ мѣсяцевъ, и потому остается еще увѣриться, насколько прочны результаты.

Для избѣжанія пораненія кишекъ Т. даетъ накануне слабительное и пемпого висмута. Возвышенное положеніе таза и низкое низведеніе матки—условія, по мнѣнію автора, предохраняющія отъ пораненія кишекъ. Но болѣшую увѣренность въ этомъ предоставляетъ методъ *Zweifel*'я, т. е. отдѣленіе передняго свода—пузыря отъ шейки матки.

Б. Фраткинъ.

148. Ch. Barrows. The immediate repair of lacerations of the cervix uteri. (New-York Med. Journ. May 9, 1891). Немедленное зашиваніе разрывовъ шейки матки.

Разрывы шейки матки при родахъ случаются, по наблюденіямъ автора, чаще разрывовъ промежности и опасность ихъ для женщины гораздо больше и разнообразіе, чѣмъ опасность отъ промежностныхъ разрывовъ. Между тѣмъ и само поврежденіе это какъ-то пренебрегается, да и операція наложенія шва весьма мало или поздно примѣняется акушерами или гинекологами. Разрывы же эти сплошь и рядомъ могутъ обусловить опасное для жизни кровотеченіе; или, препятствуя полной инволюціи матки, они служатъ причиною, быть можетъ, цѣлой трети всѣхъ заболѣваній матки; воспаленіе, начавшись съ разрыва, по подлежащимъ тканямъ можетъ распространиться на матку съ ея придатками, на брюшину и прочіе тазовые органы. Зіяющія поверхности разрыва представляютъ обширное поле для свободного проникновенія въ кровь септического начала.

Въ виду всего вышесказаннаго авторъ поставилъ себѣ за правило тотчасъ послѣ выхода послѣда немедленно зашивать разрывы, если они занимаютъ ¹/₃ или ¹/₂ протяженія шейки, или если, проникая чрезъ влагалищный сводъ, они распространяются на тѣло матки, мочевого пузыря или полость брюшины. Незначительные разрывы или надрывы шейки у os externum, трудно распознаваемые, когда матка хорошо сократилась, по мнѣнію автора, составляютъ обычное явленіе при первыхъ родахъ. И такъ какъ эти разрывы не имѣютъ патологическаго значенія, они и не требуютъ оперативнаго вмѣшательства.

Операція наложенія шва такъ легка и проста, что можетъ быть выполнена даже «при скромныхъ хирургическихъ познаніяхъ» (moderate surgical attainments). Анестезія нужна далеко не во всѣхъ случаяхъ. Родильницы отлично переносятъ эту маленькую операцію, которая, между тѣмъ, достигаетъ слѣдующихъ благотворныхъ результатовъ:

1) Обезпечивая полное сокращеніе матки, она предупреждаетъ кровотеченія изъ разрыва и въ особенности изъ полости матки.

2) Предохраняетъ отъ послѣродовыхъ pelveocellulitis, endometritis, metritis, salpingitis, oophoritis и peritonitis.

3) Возстановляетъ нормальное состояніе шейки и не допускаетъ развитіе условій, зависящихъ отъ образованія рубцовой ткани на мѣстѣ разрыва.

4) Способствует инволюции и предупреждает возможность субинволюции.

5) Закрывает обычный путь проникновения инфекции.

Приведенные авторомъ въ его статьѣ 6 случаевъ изъ собственной практики отлично иллюстрируютъ всю цѣлесообразность и безопасность этой небольшой и благотворной операции въ раннемъ періодѣ, т. е. возможно скоро послѣ выхода послѣда.

Ф. Кюнъ.

149. R. Worrall. Case of hysterectomy for myoma (Austral Med. Gazette, May 15, 1891). **Случай удаленія матки по поводу миомы.**

Сообщаемый авторомъ случай по комплексу симптомовъ и оперативной техники ничѣмъ не отличается отъ цѣлаго ряда подобныхъ же случаевъ. Онъ сообщается болѣе для статистики. Пациентка, дѣвица 47 лѣтъ, обратилась къ автору съ жалобами на кровотеченія, боли внизу живота, увеличеніе живота и общую слабость. Изслѣдованіе показало существованіе опухоли, симулирующей беременную на 6-мъ мѣсяцѣ матки. Опухоль доходила до пупка; зондъ проникалъ на 7^{1/2} дюймовъ; опухоль, занимая входъ въ тазъ, выполняла весь каналъ шейки матки. Выскабливаніе дало скоропреходящій успѣхъ.

2-го марта—лапаротомія и удаленіе матки со всѣми придатками ея. Ножка вылита въ брюшную рану. Послѣоперационное теченіе нормальное. Пациентка выписана на 24-й день послѣ операции.

Вѣсъ удаленной миомы, по истеченіи изъ нея всей крови, равенъ 8 фунтамъ.

Ф. Кюнъ.

КРИТИКА И БИБЛЮГРАФІЯ.

ИВАНЪ ФЕДОРОВЪ. МАТЕРІАЛЫ КЪ ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ РОДОВЪ ПРИ УЗКОМЪ ТАЗЪ.

Дисс. 1891 г., Варшава. 370 стр.

Д-ра мед. А. С. Соловьева.

Вопросъ о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ представляется однимъ изъ наименѣ разработанныхъ вопросовъ практическаго акушерства, и всякая новая работа въ этомъ направленіи представляетъ большой интересъ, и заслуживаетъ вниманія акушеровъ. Тѣмъ бѣльшаго вниманія заслуживаетъ поименованная въ заглавіи работа д-ра *Федорова*, какъ по массѣ цѣннаго матеріала, даваемого въ этой работѣ, такъ и потому, что авторъ работы является однимъ изъ горячихъ поклонниковъ и пропагандистовъ самаго широкаго примѣненія щипцовъ при узкомъ тазѣ. Работая въ одной изъ богатѣйшихъ по патологическому акушерскому матеріалу клиникъ, — клиникѣ Варшавскаго университета, авторъ находился въ исключительно благопріятныхъ условіяхъ для изученія избраннаго имъ для диссертациі вопроса, и имѣлъ возможность лично провѣрить различные способы родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ въ такихъ размѣрахъ, въ какихъ это не вездѣ удастся. Результаты своихъ наблюденій авторъ и представилъ въ своей диссертациі.

Работа д-ра *Федорова* раздѣляется на двѣ части: историческій очеркъ и спеціальную часть. Въ историческомъ очеркѣ авторъ представилъ постепенное развитіе ученія о терапіи ро-

довъ при узкомъ тазѣ, начиная отъ глубокой древности и кончая современнымъ состояніемъ этого вопроса. Весь ходъ развитія ученія о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ онъ дѣлитъ на 6 періодовъ, при чемъ въ основу такого дѣленія полагаются имъ измѣненія въ терапіи родовъ при узкомъ тазѣ,—обуславливаются ли они изобрѣтеніемъ новыхъ способовъ родоразрѣшенія, или расширеніемъ нашихъ знаній относительно родового акта, вообще, и узкаго таза, въ частности.

1-й періодъ обнимаетъ собой времена древности и начала среднихъ вѣковъ и характеризуется отсутствіемъ научныхъ свѣдѣній въ акушерствѣ и плододубивающимъ направлениемъ оперативной техники.

2-й періодъ характеризуется ознакомленіемъ акушеровъ съ анатоміей таза и введеніемъ поворота на ножки при узкомъ тазѣ. Въ этомъ періодѣ жизнь ребенка начинается наравнѣ съ жизнью матери.

Введеніе акушерскихъ щипцовъ и распространеніе ихъ среди врачей составляетъ 3-й періодъ ученія о терапіи родовъ при узкихъ тазахъ. Здѣсь авторъ излагаетъ взгляды на терапію при узкихъ тазахъ *Levet'a, Smellie, Roederer a, G. W. Stein a, Johnson a* и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ.

Со времени введенія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ начался новый, по автору, 4-й періодъ въ направленіи оперативнаго акушерства,—періодъ широкой научной разработки акушерскихъ вопросовъ, и, въ частности, установки болѣе точныхъ научныхъ показаній къ различнымъ способамъ родоразрѣшенія при узкихъ тазахъ. *Baudeloque, Marie La-chapelle, Oslander, Boer, Stein jun.,*—являются блестящими представителями этого періода заграничей. У насъ въ Россіи акушерская наука только зарождалась. (*Эрасмусъ, Крейзелъ, Амбодикъ*).

Пятый періодъ, подѣленію автора, характеризуется стремленіемъ акушеровъ къ детализаціи вопроса о терапіи и разработкѣ оперативной техники. Въ этотъ періодъ преимущественно разрабатываются показанія и противопоказанія для поворота и щипцовъ, и авторъ приводитъ въ краткихъ чертахъ взгляды наиболѣе выдающихся заграничныхъ акушеровъ по вопросу о преимуществахъ того и другого способа родоразрѣшенія.

Съ 40-хъ годовъ настоящаго столѣтія акушерство и въ Россіи становится на одинъ уровень съ состояніемъ этой науки

заграницей, и создается самостоятельная русская школа, основателями которой являются: *Кораблевъ, Матвѣевъ, Крассовскій, Лазаревичъ, Флоринскій*. Впервые затронутый проф. *Лазаревичемъ* (1866 г.) вопросъ относительно преобразования установившихся въ наукѣ взглядовъ на теорію дѣйствія и значеніе акушерскихъ щипцовъ авторъ разсматриваетъ, какъ первое проявленіе національной самостоятельности въ постановкѣ и развитіи акушерскихъ вопросовъ.

Пограничною чертою между 5-мъ и современнымъ 6-мъ фазисомъ развитія ученія о терапіи при узкомъ тазѣ, по автору, является введеніе въ акушерство Листеровскихъ принциповъ. Блестящіе результаты антисептики выдвинули вопросъ о кесарскомъ сѣченіи при относительныхъ показаніяхъ, и создали нѣкоторое увлеченіе этой операціей. Въ то же время, и другіе способы родоразрѣшенія, со введеніемъ въ акушерство антисептики, дали результаты совсѣмъ иные, нежели въ до антисептическое время. Далѣе, сознаваемая уже давно неудовлетворительность перекрещивающихся щипцовъ съ тазовою кривизною вызвала рядъ модификацій этого инструмента со стороны *Tarnier a, Breuss a* и проф. *Лазаревича*, и эти модификаціи, значительно расширивъ показанія и условія для наложенія щипцовъ, дали возможность примѣнять ихъ съ блестящимъ успѣхомъ въ такихъ случаяхъ, гдѣ прежде щипцы были прямо противопоказаны. Разбирая сравнительныя достоинства всѣхъ этихъ модифицированныхъ щипцовъ, авторъ приходитъ къ выводу, что наиболѣе раціонально устроены прямые параллельные щипцы *Лазаревича*, и, указывая нѣкоторыя неудобства этихъ послѣднихъ, описываетъ, прилагая чертежъ, собственное видоизмѣненіе этихъ щипцовъ, касающееся, главнымъ образомъ, замка и рукоятокъ.

Въ специальной части своей работы авторъ представляетъ результаты различныхъ способовъ родоразрѣшенія при узкихъ тазахъ, пользуясь для этого матеріаломъ акушерской клиники Варшавскаго университета, за періодъ времени съ 15 марта 1884 по 15 марта 1889 г. За этотъ промежутокъ времени въ клиникѣ разрѣшилось 847 роженицъ съ узкими тазами, причемъ въ рубрику заносились всѣ тазы съ прямыми размѣрами не болѣе 10 см. Изъ нихъ было: частично-суженныхъ 463 (54,5%), обще-суженныхъ 377 (44,5%), сколіозо-ратихическихъ 5 (0,5%), косо-суженный коксалгическій 1 и остистый 1 (0,1%).

Роды при узкихъ тазахъ авторъ дѣлитъ на 2 большихъ группы: I. Способы типическаго родоразрѣшенія, гдѣ акушеръ «имѣетъ своей задачей выведение на свѣтъ путемъ родового акта *per vias naturales* новаго индивидуума, вполне законченнаго въ своемъ развитіи, безъ вреда для матери, какъ производительницы рода и въ дальнѣйшемъ». Сюда авторъ относитъ: самопроизвольные роды при узкихъ тазахъ, роды со щипцами, роды при тазовомъ положеніи плода и поворотъ на тазовый конецъ. II. Способы атипическаго родоразрѣшенія — кесарское сѣченіе, искусственные и самопроизвольные преждевременные роды и родоразрѣшеніе съ уменьшеніемъ объема плода.

I. Способы типическаго родоразрѣшенія.

1) Самопроизвольные роды при головномъ предлежаніи плода изъ 847 роженицъ съ узкимъ тазомъ наблюдались у 489. По формѣ и величинѣ суженія тазы были слѣдующіе: Частично-суженныхъ тазовъ 288. Изъ нихъ С. v. отъ 10 до 9,25 cm. въ 214 случаяхъ; 9—8,25 cm. въ 63 сл.; 8—7,5 cm. = 11 случаевъ. Общесуженныхъ тазовъ 201. Изъ нихъ С. v. 10—9,25 cm. = 99, 9—8,25 cm. = 80, 8 cm. = 22.

Живыхъ дѣтей родилось 466, въ асфиксіи оживленныхъ 8, не оживленныхъ 1, мертвыхъ 14, умерло вскорѣ послѣ родовъ 7. Такимъ образомъ, потеря дѣтей = 3%, общая же потеря $(1+14+7)=4,5\%$. Въ частности, при частично-суженныхъ тазахъ общая потеря дѣтей = 3,4%, при общесуженныхъ = 5,9%. Изъ 489 родильницъ съ нормальнымъ (t не выше 38°) послѣродовымъ періодомъ было 325 (68,5%), съ однократнымъ повышеніемъ t 46° (9,4%), повторно-лихорадившихъ безъ локализациі процесса 7 (1,4%),—вслѣдствіе нагрубанія грудей, трещинъ сосковъ и желуд.-кишечн. расстройства 56 (11,4%), заболѣвшихъ сепсисомъ 42 (8,6%), изъ нихъ умерло 2 (0,4), больныхъ несептическими послѣродовыми формами (*eclampsia et mania puerper*) 4 (0,8%),—вслѣдствіе отравленія сулемой 4 (0,8%), имѣвшихъ общія формы заболѣванія—5 (1%).

2) *Щипцы*—авторъ считаетъ вполне законнымъ оперативнымъ методомъ лѣченія при узкомъ тазѣ, подѣ условіемъ, чтобы этотъ инструментъ былъ построенъ соотвѣтственно предназначенной цѣли—замѣнить собой дѣятельность ослабѣвшаго, или недостаточно сильнаго органа—матки.

Въ Варшавской клиникѣ на 847 случаевъ родовъ съ узкимъ тазомъ щипцы примѣнены 113 разъ—13,3% изъ нихъ, въ 23 случаяхъ роды все-таки пришлось окончить перфорацией. Изъ 90 случаевъ успѣшнаго наложенія щипцовъ было: частично-суженныхъ тазовъ—47, изъ нихъ С. v. 10—9,25 cm.=21, 9—8,25 cm.—19, 8—7,5=7. Общесуженныхъ тазовъ 41, изъ нихъ С. v. 10—9,25 cm.=6, 9—8,25 cm.=21 и 8,7,5 cm.=14. Сколіозо-рахитическій тазъ съ поперечникомъ выхода въ 8 cm. 1, остистый тазъ съ С. v. 9,75 cm. тоже одинъ.

Изъ 90 случаевъ удачнаго наложенія щипцовъ были примѣнены: *щипцы Tarnier* а 5 разъ на головку, наибольшимъ диаметромъ стоящую во входѣ. С. v.=8,5 cm., 8 cm. и 7,25 cm. Живыхъ дѣтей—40%, мертвыхъ 60%. У двухъ дѣтей, родившихся въ глубокой асфиксіи и неоживленныхъ—*fractura oss. front. sin.*

Щипцы Breuss'a наложены 2 раза: одинъ разъ щипцы полостные, плодъ гниlostный, и одинъ разъ головка во входѣ малымъ сегментомъ; С. v.=8 cm., большой поперечникъ головки—9 cm. Ребенокъ въ глубокой асфиксіи.

Щипцы Пражской школы съ замкомъ Буша наложены у 36 роженицъ, изъ нихъ у 16 на высокостоящую головку (5 разъ во входѣ малымъ сегментомъ и 1 разъ большимъ, при суженіи отъ 10 до 7,5 cm. Смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ—20%, при полостныхъ—23,4%. Поврежденій головки—8,8%.

Прямые параллельные щипцы наложены 49 разъ: на головку подвижную надъ входомъ—11 разъ, малымъ сегментомъ во входѣ—13 разъ, большимъ—12, полостныхъ щипцовъ—13. На 36 случаевъ высокихъ щипцовъ С. v. отъ 10 до 9,5 cm. встрѣтилась 9 разъ, С. v. 9—8,25 cm.—17 разъ, 8—7,5 cm.—10 разъ. При высокихъ щипцахъ родилось живыхъ дѣтей 33,3%, въ асфиксіи—оживленныхъ 52,8%, неоживленныхъ 8,3%, умершихъ во время родовъ 5,5%. Изъ поврежденій головки у 2 дѣтей наблюдалось *impressio os. frontis* (дѣти живы), и у 1—*paresis n. facialis*. При полостныхъ щипцахъ родилось живыхъ и оживленныхъ въ асфиксіи дѣтей 92,3%, мертвыхъ—7,7%. Сопоставляя % живыхъ дѣтей при высокихъ щипцахъ различныхъ типовъ, а равно и % дѣтей, погибшихъ отъ вреднаго дѣйствія инструмента, авторъ заклю-

часть, что наиболее безвредными являются щипцы прямые параллельные, благодаря возможности накладывать их во всехъ размѣрахъ таза. Сопоставляя далѣе, ‰ неудачныхъ высокихъ щипцовъ различнаго типа въ клиникахъ Варшавской, Вѣнской, Дрезденской, Charite, Paris и Bonn, авторъ даетъ слѣдующіе выводы. Косые обыкновенные щипцы даютъ неудачныхъ экстракцій 41,4‰, и обуславливаютъ гибель дѣтей въ 38,3‰. Щипцы съ осевыми тракціями оказываются неудачными въ 16,4‰, а потеря дѣтей при нихъ—29,9; наконецъ, при щипцахъ прямыхъ параллельныхъ въ Варшавской клиникѣ неудачъ при извлеченіи было 14,2‰, а потеря дѣтей—8,8‰.

Заболѣваемость и смертность женщинъ, разрѣшившихся съ помощью щипцовъ, выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

Поступило съ явленіями зараженія 9 роженицъ, съ повышеніемъ t° и заболѣваніями общаго характера—24, сравнительно здоровыхъ—57. Послѣродовой періодъ протекъ нормально у 45 родильницъ, съ однократнымъ повышеніемъ t° у 8, съ повторнымъ повышеніемъ t° у 4, заболѣло общими формами 2, послѣродовыми несептическими формами 7, умерло изъ нихъ 2 (отъ еclampsi'i), больныхъ септическими формами было 23 (25,5‰), изъ нихъ 19 роженицъ изслѣдованы внѣ клиники, умерло отъ сепсиса одна, изъ группы изслѣдованныхъ до поступления въ клинику.

3) *Ягодичное предлежаніе плода* на 733 случая срочныхъ родовъ при узкомъ тазѣ встрѣтилось 37 разъ (5‰). Изъ этого числа трое родовъ окончены перфорацией слѣдующей головки. Дѣтей родилось живыхъ 25 (73,6‰), въ асфиксіи не оживленныхъ и мертвыхъ 9 (26,4‰), изъ нихъ умерло вслѣдствіе экстракціи 4 (13,7‰). Въ частности, при частично-сѣуженныхъ тазахъ смертность при экстракціи—16,6‰, при общесѣуженныхъ—9‰. Изъ матерей одна умерла отъ атоническаго кровотеченія, сепсисомъ болѣло 7 (24,1‰), пять изъ нихъ изслѣдованы до поступления въ клинику, 2 (7‰) имѣли febricula, 1—phlegme scuris, 1—mercuria lismum leve, 2 имѣли повторныя повышенія t° вслѣдствіе нагрубанія грудей и разстройства кишечника и 16 (55,1‰) провели послѣродовой періодъ безлихорадочно.

4) *Поворотъ плода на ножки* съ слѣдующимъ извлеченіемъ его встрѣтился 46 разъ. Общая смертность для дѣтей 37,1‰. Послѣродовой періодъ прошелъ нормально у 24 родиль-

ницъ (63,3%), сепсисомъ болѣло 8 родильницъ (17,7%), изъ нихъ 7 изслѣдованы до поступленія въ клинику, умерла 1 изъ этихъ же семи (2,2%). Febriculam имѣли 11 (24,4%), лихорадили вслѣдствіе нагрубанія грудныхъ железъ 2 (4,4%).

Сравнивая результаты оперативной помощи при узкихъ тазахъ путемъ поворота на ножки и наложенія прямыхъ параллельныхъ щипцовъ, авторъ приходитъ къ выводу, что общая смертность дѣтей при высокихъ щипцахъ въ 3 раза меньше, чѣмъ при поворотѣ съ послѣдующей экстракціей, при чемъ въ случаяхъ общесъуженнаго таза—дѣтей при щипцахъ умерло въ 3,6 раза меньше, чѣмъ при поворотѣ, при тазахъ же частично-сѣуженныхъ—въ 2,1 раза меньше.

II. Способы атипического родоразрѣшенія.

1) *Преждевременные самопроизвольные роды* наблюдались у 114 роженицъ. Причиною наступленія ихъ чаще всего были хроническія заболѣванія матки, затѣмъ заболѣванія общаго характера, eclampsia и чрезмѣрное растягиваніе матки (многоплодная беременность, hydramnion). На 114 родовъ дѣтей было 125, изъ нихъ жизнеспособныхъ 96; изъ этихъ послѣднихъ умерло при родахъ и послѣ родовъ 16 (16,6%). Послѣродовой періодъ протекъ безлихорадочно въ 75,4%, заболѣло сепсисомъ 14 роженицъ (12,2%), изъ нихъ умерла 1 (0,8%) (8 изъ заболѣвшихъ сепсисомъ прибыли въ клинику уже зараженными), несептическими формами болѣли 2, — одна изъ нихъ умерла. Общими формами болѣли 4 (3,2%), изъ нихъ умерло 3 (2,4%), вслѣдствіе нагрубанія и трещинъ сосковъ и разстройствъ кишечника заболѣло тоже 4.

2) *Перфораций* головки на 847 случаевъ узкаго таза сдѣлано 67 разъ (7,8%). Изъ 67 роженицъ умерло въ 1-е сутки 7 (10,6%), остальные 60 женщинъ провели послѣродовой періодъ такъ: безлихорадочный послѣродовой періодъ у 20 роженицъ (31,6%), однократное повышеніе t° у 10 (16,6%), повторное повышеніе t° у 4 (6,6%), септическихъ заболѣваній 21 (35%), изъ нихъ уже поступили въ клинику съ признаками инфекціи 12 роженицъ, умерло отъ сепсиса 2 (2,8%).

3) *Эмбриотомія и лапаротомія* сдѣлана у 11 женщинъ, а именно: embryotomia у 8 роженицъ, laparotomia съ послѣдовательною надвлагалищною ампутаціей матки у 1 рож., лапаро-

tomia p. mortem у 1 и embryotomia съ послѣдующей laparotomia у 1 рож. Тазы частично-суженные у 6 роженицъ, причемъ у 4-хъ роженицъ С. v. отъ 10 до 9,25 ctm., у 1-й—9—8,25 ctm. и у 1-й роженицы—8 ctm. Съ общесуженнымъ тазомъ было 5 роженицъ. С. v. отъ 9—8,5 ctm. у 3-хъ, у остальныхъ же 2-хъ С. v. 6,5—5 ctm. Всѣ роженицы поступили въ клинику въ тяжеломъ состояніи, остались въ живыхъ 5, послѣ какихъ операцій, изъ диссертациі не видно.

Не смотря на краткость и неполноту въ изложеніи содержанія работы д-ра *Федорова*, объемъ нашей статьи вышелъ изъ рамокъ библиографической замѣтки. Поэтому мы не будемъ вступать въ критическій разборъ этой работы, ограничившись замѣчаніемъ, что, не смотря на нѣкоторые недомолвки, недосмотры, вполне объясняющіеся обширностью задачи и массой матеріала, а равно и нѣкоторый произволъ въ группировкѣ какъ литературныхъ данныхъ (6 періодовъ въ развитіи терапіи родовъ при узкомъ тазѣ), такъ и клиническаго матеріала (почему, напримѣръ, самопроизвольные преждевременные роды отнесены авторомъ къ способамъ атипическаго родоразрѣшенія?), не смотря, повторяемъ, на эти и подобные имъ пункты, относительно которыхъ можно съ авторомъ не соглашаться, работа д-ра *Федорова*, какъ уже сказано въ началѣ, представляетъ весьма цѣнный вкладъ въ науку практическаго акушерства, и, безъ сомнѣнія, съ большимъ интересомъ прочтется всякимъ акушеромъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

КЪ ВОПРОСАМЪ СОВРЕМЕННОЙ ГИНЕКОЛОГІИ.

(Путевыя и личныя наблюденія)

Д-ра медицины В. Кушидонова (Казань).

Клиника *Terrillon'a* помѣщается въ одномъ изъ огромныхъ зданій госпиталя *Salpetrière*, расположенныхъ параллельно другъ другу и обнесенныхъ въ видѣ четырехъ угольника одной высокой стѣной. Въ промежуткахъ между ними (во дворахъ) разведены парки и находятся болѣе мелкія постройки, напр.: церковь, аудиторія, электротерапевтическій кабинетъ, пріемныя для больныхъ и т. п. зданія. Въ параллельныхъ большихъ корпусахъ устроены широкіе проходы, посредствомъ которыхъ дворы сообщаются между собою. Зданія старинной постройки и, вѣроятно, вслѣдствіе рѣдкой ремонтровки, представляются снаружи закоптѣлыми и мрачными. Вообще всѣ старыя госпитали Парижа по своей мрачности и изолированности похожи скорѣе на тюрьмы, чѣмъ на больницы. Впрочемъ, внутри палаты для больныхъ содержатся очень чисто.

Въ первомъ зданіи отъ главныхъ воротъ, въ 3-мъ этажѣ, находится отдѣльная для лапаротоміи оперативная, состоящая изъ 3-хъ комнатъ. Первая для врачебнаго персонала, гдѣ собираются передъ операціей, переодѣваются и обмываютъ руки. Вторая комната—собственно оперативная. Въ ней находятся операціонный столъ, три столика для инструментовъ, губокъ и лигатуръ, шкафъ для стерилизаціи инструментовъ сухимъ горячимъ воздухомъ—аппаратъ, подобный *Koch'*овскому, для стерилизаціи паромъ, но только крышка сверху герметически привинчивается, какъ въ Папиновомъ котлѣ, и вслѣдствіе такого устройства, при давленіи трехъ атмосферъ, t^0 пара можетъ быть доведена до 120° C.

Въ первомъ аппаратѣ въ теченіи двухъ часовъ (до 180°) стерилизуются инструменты, марлевые компрессы, салфетки, полотенца; во второмъ также

въ теченіи 2-хъ часовъ, — губки и лигатуры (шелкъ и *crin de Florence*). Первые въ широкогорлыхъ стеклянкахъ, вторыя въ пробиркахъ со стерилизованной водой, заткнутыхъ ватной пробкой.

Во время операціи инструменты и шелкъ непосредственно изъ аппаратовъ переносятся въ ванночки съ 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты. Кетгутъ, приготовленный въ аптекахъ, изъ стеклянокъ также переносится въ карболовый растворъ, а *crin de Florence* во время операціи прямо вынимается пинцетомъ изъ пробирокъ, въ которыхъ стерилизуется въ аппаратѣ.

Рядомъ съ собственно оперативной есть еще третья комната, которая предназначена для хлороформированія больныхъ передъ операціей.

Небольшимъ корридорчикомъ комнаты эти отдѣляются отъ двухъ палатъ, предназначенныхъ для оперированныхъ. Въ этихъ палатахъ они остаются до первой возможности переноса ихъ въ общія палаты.

Общія палаты, числомъ двѣ, для больныхъ проф. *Terillon*'а находятся уже въ большомъ параллельномъ зданіи, расположенномъ на третьемъ дворѣ. Число больныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи при мнѣ было до 35. Рядомъ съ общими палатами есть еще оперативная для малыхъ операцій, но, впрочемъ, тамъ же производится и полная экстирпація матки *per vaginam*.

При обходѣ больныхъ, вслѣдъ за профессоромъ на колесикахъ подкатывается умывальникъ и, послѣ осмотра больной, руки тщательно моются, послѣ же изслѣдованія съ нагноеніемъ или съ злокачественнымъ новообразованіемъ руки, кромѣ того, обмываются еще въ растворѣ сулемы.

Подвижной умывальникъ — вещь очень удобная и, по моему мнѣнію, заслуживающая подражанія.

Изъ большихъ операцій, на которыхъ я присутствовалъ въ клиникѣ пр. *Terrillon*'а, были слѣдующія: 1) пять *laparo-salpingo-oophorectom'ii*; 2) четыре *ovariotom'ii*; одна изъ нихъ *ovariotomia consecutiva*; 3) одна *extirpatio uteri totalis par vaginam* и 4) двѣ *laparotomiae explorativae*.

Передъ большой операціей, со вскрытіемъ брюшной полости, профессоръ и его помощники сначала моютъ руки щетками водой съ мыломъ и особенно тщательно очищаютъ подъ ногтями, затѣмъ споласкиваютъ въ растворѣ *kali hypermanganici* (5:1000) до полной черноты, послѣ того въ растворѣ *acidi bisulphurosi* (10:100) до полного обезцвѣчиванія *kali hypermanganici* и наконецъ опускаютъ руки въ тазикъ съ сулемованнымъ алкоголемъ (2:1000).

Животъ оперируемой профессоръ обмываетъ самъ сначала водой съ мыломъ, затѣмъ эфиромъ для удаленія жировыхъ частицъ съ поверхности кожи, послѣ сулемованнымъ алкоголемъ и наконецъ стерилизованной водой.

Помощникъ покрываетъ поверхность живота стерилизованными сулемованными салфетками, оставляя треугольное свободное поле для разрѣза; т. е., дѣлается то же самое, что и въ другихъ клиникахъ, описанныхъ мною.

Операторъ, тщательно сполоснувъ руки въ упомянутомъ алкоголѣ и затѣмъ — въ стерилизованной водѣ, дѣлаетъ разрѣзъ живота. Оперируетъ всегда стоя. Больная помѣщается на высокомъ горизонтальномъ столѣ; крестецъ на краю стола, а ноги, обложенныя ватой и забинтованныя марлей, находятся

въ вытянутомъ положеніи въ проволочныхъ жолобахъ. Между раздвинутыми ногами помѣщается столикъ съ инструментами, которые профессоръ всегда беретъ самъ.

Первая операція—*laparo—salpingo-oophorectomia*, видѣнная мною въ клиникѣ *Terrillon'a* 5 (17) февраля, была сдѣлана по случаю діагносцированного сальпингита и цистознаго перерожденія праваго яичника.

Черезъ брюшную рану, длиною въ 3—4 поперечныхъ пальца, вынутая правая труба и яичникъ дѣйствительно оказались измѣненными, увеличенными въ объемѣ. Въ яичникѣ найдена *cysta apoplectica*, которая во время вытаскиванія наружу разорвалась и изъ нея вышли кровяные сгустки. Черезъ широкую связку подъ яичникомъ проведена была тупой иглой двойная шелковая лигатура и, какъ обыкновенно, связка перевязана съ двухъ сторонъ: у маточнаго конца трубы и за фимбріальнымъ концомъ. Затѣмъ яичникъ и правая труба отожджены Пакеленовскимъ ножичкомъ.

Лѣвый яичникъ тоже оказался кистовидно-перерожденнымъ и былъ также удаленъ.

Брюшная рана была зашита тремя глубокими, черезъ всю толщу брюшной стѣнки, и тремя поверхностными, черезъ кожу, швами изъ *crin de Florence*.

Эти лигатуры помощникъ вынимаетъ прямо изъ открытой пробирки пинцетомъ и вкладываетъ въ ушко *Reverden'*овской или *Lamblin'*овской иглы, которыми *Terrillon* обыкновенно сшиваетъ брюшную рану. Какъ для глубокихъ швовъ, такъ и для поверхностныхъ, оба края раны заразы прокалываются этой иглой и захваченныя лигатуры сразу проводятся черезъ оба края раны.

Стальные вызолоченныя, длинныя *Reverden'*овская и *Lamblin'*овская иглы, прикрѣпленныя къ металлической ручкѣ и копьевидно заостренныя, имѣютъ недалеко отъ конца небольшія выемочки для лигатуры.

*Reverden'*овская игла ниже выемки, по направленію къ ручкѣ, представляетъ тонкую полую трубочку, въ которой двигается тонкій стержень. Посредствомъ кнопки, неподвижно укрѣпленной на стержнѣ, онъ вдвигается впередъ и запираетъ открытую сторону выемки, образуя отверстіе для лигатуры.

Игла *Lamblin'*а вся сплошная; у края выемки, по направленію къ ручкѣ, имѣетъ маленькій язычекъ, который можетъ отклоняться назадъ и впередъ. Такъ, когда иглой прокалываютъ ткань, язычекъ отклоняется къ ручкѣ и выемка открыта; по вложеніи же въ послѣднюю лигатуры и при обратномъ выведеніи иглы назадъ изъ проколотовъ, напримѣръ, брюшной стѣнки, язычекъ отклоняется впередъ, къ концу иглы, и такимъ образомъ запираетъ выемку, выводя съ собою и лигатуру.

Сшиваніе подобными иглами очень удобно по быстротѣ. Залотятся иглы для предохраненія отъ ржавчины.

По сшиваніи, животъ обмывается стерилизованной водой, шовъ смазывается сулемованнымъ вазелиномъ и затѣмъ покрывается іодоформными компрессами. Сверху накладывается большой кусокъ ваты и бинтуется марлей.

Изъ этого описанія видно, насколько остороженъ *Terrillon* и насколько строго соблюдаются имъ правила асептики и антисептики. Во время операціи губки берутся непременно самимъ профессоромъ прямо изъ упомянутыхъ широкогорлыхъ стеклянокъ, въ которыхъ онѣ стерилизуются (паромъ).

7 (19) февраля въ той же клиникѣ была сдѣлана *ovariotomia consecutiva*, вслѣдствіе образованія новой кисты. Разъ уже здѣсь была операція, около 2 лѣтъ назадъ.

По вскрытіи живота, вытекло незначительное количество водяночной жидкости и вслѣдъ за нею полѣзли кишки. Послѣднія тотчасъ же вправлены и фиксированы большими губками.

Киста была проколота троакаромъ. Жидкость излилась коллоидно-гнойная съ примѣсью крови. По выпущеніи жидкости отверстіе прокола сомкнуто *Nelaton*'овскимъ пинцетомъ, наложеннымъ на стѣнку кисты вокругъ отверстія. Несмотря на удаленіе большого количества содержимаго кисты, ее нельзя было вытащить изъ брюшной раны, и потому первоначальный разрѣзъ живота продолженъ до пупка и черезъ самый пупокъ.

Мочевой пузырь оказался наполненнымъ, его тотчасъ же опорожнили.

Попытка вытащить мѣшокъ кисты опять не удалась, тогда разрѣзъ продолженъ до *scrobiculum*. Въ рану введены обѣ руки, киста обхвачена сзади; но вытащить кистевой мѣшокъ не удалось, потому что сращенія оказались очень крѣпки и разрушеніе ихъ вызывало довольно значительное кровотеченіе. Сальникъ былъ также приращенъ къ кистѣ, его перевязали и отдѣлили. Въ виду невозможности удалить кистевой мѣшокъ, его въ мѣстѣ прокола сшили и оставили. Послѣ того Пеановскіе пинцеты сняты съ кровоточащихъ сосудовъ. Нѣкоторые изъ послѣднихъ, по снятіи пинцетовъ, снова кровоточили; тогда ихъ перевязали лигатурами. За кистевой мѣшокъ, оставленный въ полости живота, вложенъ изъ іодоформеннаго газа дренажъ, который фиксированъ швомъ въ верхнемъ углу брюшной раны. Послѣдняя сшита глубокими швами изъ *crin de Florence* посредствомъ *Reverden*'овской иглы. Послѣдующее наложеніе повязки на животъ дѣлано такъ же, какъ описано выше.

9 (21) февраля, во время визитаціи, обѣ больныя, опирированныя при мнѣ, найдены въ удовлетворительномъ состояніи. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное; ни у той, ни у другой больной t° выше $37,6^{\circ}$ не поднималась. Въ этотъ день была сдѣлана *salpingo-oophorectomia*. Производство операціи такое же, какъ описано выше. Нужно отмѣтить только пропущенное мною выше наблюденіе, что при разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ, до вскрытія брюшины, *Terrillon* всегда тщательно останавливаетъ Пеановскими пинцетами всякое даже незначительное кровотеченіе изъ краевъ раны. Благодаря этому, операціи производятся очень чисто и, по вскрытіи брюшины, въ полость ея не попадаетъ ни капли крови.

Брюшина для разрѣза всегда приподнимается двумя пинцетами въ видѣ поперечной складки. Этотъ пріемъ, разумѣется, предохраняетъ кишки отъ пораненія. Съ тою же цѣлью, по разрѣзѣ складки, отверстіе расширяется вверхъ и внизъ ножницами по пальцу, введенному въ брюшинную рану. Въ

данномъ случаѣ обследованіе пальцемъ брюшной полости указало на западеніе праваго яичника и отчасти трубы въ Дугласово пространство и на присутствіе тамъ многочисленныхъ мелкихъ сращеній, которыя были разрушены. Появившіяся при этомъ небольшія кровоизліянія удалены губками на корнцангахъ. Послѣ того измѣненная правая труба (*salpingitis parenchymatosa*) и цистозно-перерожденный яичникъ выведены въ брюшную рану, перевязаны съ двухъ сторонъ, за фимбріальнымъ концомъ трубы и у маточнаго конца послѣдней, и также удалены подъ лигатурами Пакеленовскимъ ножевиднымъ термокаутеромъ. Лѣвый яичникъ хотя и былъ приращенъ, но нормальной величины и не представлялъ никакихъ измѣненій, поэтому оставленъ на мѣстѣ.

14 (26) февраля произведена подобная же операція (*salpingo-oophorectomia*). Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что трубы оказались туберкулезно-перерожденными. Онѣ очень гиперемированы, съ утолщенными стѣнками, и мѣстами имѣютъ мелкіе туберкулезные узелки. Подобные же узелки и въ яичникахъ, которые кромѣ того были приращены къ Дугласову пространству. Обѣ трубы перевязаны двумя лигатурами съ каждой стороны и удалены были по обыкновенію Пакеленовскимъ ножичкомъ.

У *Terrillon'a*, по его словамъ, въ практикѣ было 6 случаевъ *salpingitis tuberculosa*. Послѣ операціи всегда наступало значительное улучшеніе общаго состоянія больныхъ. Кромѣ того было два случая *peritonitis tuberculosa*. Во время операціи разрушены были всѣ сращенія и сдѣланъ тщательный туалетъ брюшины губками. Послѣ того брюшная рана зашита. Въ обоихъ случаяхъ перитонитъ былъ безъ эксудата—это отличительный признакъ туберкулезнаго перитонита, — и въ обоихъ случаяхъ наступило значительное улучшеніе послѣ операціи. Больныя живы до сихъ поръ, хотя у одной изъ нихъ операція сдѣлана уже года два тому назадъ. Во всѣхъ случаяхъ присутствіе туберкулезныхъ палочекъ доказано было микроскопическимъ путемъ.

На слѣдующій день, 15 (27) февраля, произведена была операція *extirpatio uteri totalis per vaginam* по способу *Péan'a*; т. е., при предполагаемомъ гнойномъ сальпингитѣ и кистѣ (появившихся, какъ гласитъ анамнезъ, послѣ бленорройнаго эндометрита) и съ наложеніемъ на сосуды, вмѣсто лигатуръ, Пеановскихъ жомовъ-пинцетовъ.

Оперированная находилась въ лѣвомъ боковомъ положеніи, какъ это практикуется обыкновенно при этой операціи и у самого *Péan'a*. Хотя раньше мною уже описано производство этой операціи, но, въ виду исключительности случая, я опишу ее еще разъ.

Выпустивъ мочу катетеромъ, ввели два влагалищныхъ подъемника спереди и сзади во влагалищѣ. Матка была захвачена за шейку *Hegar'*овскими щипцами и, насколько возможно, ниспущена. Затѣмъ сдѣланъ круговой разрѣзъ на влагалищной части и кровоточація мѣста краевъ влагалищной раны захвачены длинными Пеановскими пинцетами.

По отсепарованіи влагалищнаго свода отъ матки, посредствомъ пальца и съ помощью ножницъ, на *arterias uterinas* съ обѣихъ сторонъ наложены пинцеты и сосуды перерѣзаны ближе къ поверхности матки. Для расширенія

оперативнаго поля введенъ еще сверху на боковую часть влагалища подъемникъ, и затѣмъ влагалище отсепаровано спереди матки до вскрытія брюшины. Матка захвачена четырехзубцемъ за переднюю поверхность и дно ея выведено въ образовавшееся брюшное отверстіе въ переднемъ сводѣ. На лѣвую трубу сверху внизъ наложенъ жомъ-пинцетъ и за нимъ ближе къ маткѣ труба разрѣзана.

Послѣ того пальцемъ и ножницами отдѣленъ былъ влагалищный сводъ и сзади.

Отдѣленіе прикрѣпленій задняго свода было довольно затруднительно, такъ какъ на уровнѣ внутренняго устья матки, сзади вправо, отходила довольно объемистая опухоль, которая при изслѣдованіи передъ операціей принята была за кисту. По отдѣленіи задняго свода, вытянута была и правая труба. По наложеніи на нее жома пинцета, она также отрѣзана отъ матки.

При этомъ оказалось, что правую трубу пришлось отрѣзать отъ опухоли, прилежащей къ маткѣ нѣсколько сзади и вправо, и такимъ образомъ констатировать, что предполагаемая киста составляла второй рогъ матки.

По удаленіи послѣдняго, кровоточащіе сосудики влагалищной раны захвачены Пеановскими кровоостанавливающими пинцетами.

Нужно замѣтить, что во время описанной операціи кровотеченіе было порядочное и для его остановки пришлось потратить не мало времени. Если бы въ данномъ случаѣ были наложены жомы-пинцеты и на боковыя прикрѣпленія широкихъ связокъ, навѣрное кровотеченіе было бы ничтожное, какъ мы это видѣли при такой же операціи, производимой *Segond*'омъ.

Кровоостанавливающіе Пеановскіе пинцеты на мелкихъ артеріальныхъ вѣточкахъ оставались въ теченіи получаса, затѣмъ большинство ихъ было снято и оставлены только жомы-пинцеты на большихъ маточныхъ артеріяхъ и трубахъ и нѣсколько пинцетовъ на тѣхъ сосудахъ, съ которыхъ ихъ пробовали снять, но это вызывало вновь кровотеченіе. По остановкѣ кровотеченія, влагалище промыто растворомъ сулемы (1:1000) и сквозная рана очищена губками на корнцангахъ. Затѣмъ полость влагалища между пинцетами, въ мѣстѣ сквозной раны, затампонирована маленькими компрессами, а далѣе книзу однимъ большимъ компрессомъ изъ іодоформной марли. Такимъ компрессомъ обложены снаружи ручки пинцетовъ, оставленныхъ во влагалищѣ, и кромѣ того покрыты толстыми слоями ваты, а сверху ея наложенъ марлевый бинтъ. Въ полости пузыря оставленъ, разумеется, катетеръ а *demeure*. Операція продолжалась около двухъ часовъ. По словамъ профессора, жомы-пинцеты обыкновенно снимаются черезъ 36 часовъ.

Изъ описанія операціи мы видимъ, что раззятія матки по частямъ, какъ это дѣлаютъ *Péan* и *Segond* при *hysterectomie vaginale*, не было и это отступленіе, дѣйствительно затруднявшее производство операціи, сдѣлано, вѣроятно, въ виду ошибки діагноза. Уже при отдѣленіи задняго свода было ясно, по непосредственному соединенію опухоли съ маткой, что это не киста.

Вынутая матка при осмотрѣ оказалась двурогая и никакого болѣзненнаго измѣненія не наблюдается. Предполагаемый сальпингитъ и киста есть

ничто иное, какъ правый рогъ матки и на днѣ этого рога, въ мѣстѣ отхожденія Фаллопиевой трубы, находится небольшой конгломератъ подсерозныхъ маленькихъ кистъ, сидящихъ здѣсь въ видѣ небольшого бугристаго придатка. Вскрытые оба рога имѣютъ совершенно нормальную слизистую оболочку. Большой около 30 лѣтъ. Оба яичника и трубы, какъ неизмѣненные, не удалены.

На другой день 16 (28) февраля была назначена *ovariotomy*, по случаю очень большой многополостной кисты въ лѣвомъ яичникѣ.

Дѣйствительно, во время операціи киста оказалась серозной многополостной и изъ нея выведено было, посредствомъ троакара, до 10 литровъ легко пѣнящейся жидкости. Для полного опорожненія пришлось прокалывать кисту до трехъ разъ. Ножка кисты, довольно узкая, была перевязана на двѣ части и, по отдѣленіи кисты, культи смочена губкой, пропитанной 5% растворомъ карболовой кислоты. Операція продолжалась всего полчаса.

Въ тотъ же день сдѣлана еще операція *laparo-salpingo-oophorectomia sinistra*. Кистовидно-перерожденный лѣвый яичникъ былъ со сращеніями по периферіи, а правый атрофированъ и весь окруженъ сращеніями съ Дугласовымъ пространствомъ. Его не трогали.

По осмотру удаленныхъ органовъ оказалась атрофія лѣвой трубы и цистозное перерожденіе со склерозомъ лѣваго яичника. По разрѣзѣ, въ сторонѣ его найдено нѣсколько кистъ, изъ которыхъ одна наполнена кровяными сгустками. Съ одной стороны яичника замѣчается маленькое затвердѣніе—*cystofibroma*.

Случай съ двурогой маткой показываетъ, насколько широко стала примѣняться операція *laparo-salpingo-oophorectomia*. Въ виду ничтожной сравнительно, смертности послѣ подобной операціи, нѣкоторые хирурги, видимо, увлекаются и находятъ показаніе къ операціи тамъ, гдѣ свободно можно было обойтись и безъ нея.

Этотъ случай можетъ служить предостереженіемъ намъ, чтобъ прибѣгать къ *laparotomy* и только въ виду ясныхъ, несомнѣнныхъ болѣзненныхъ признаковъ. Я не забуду, насколько непріятно было, не только оператору, а даже и намъ присутствующимъ, когда операція показала полную ея безцѣльность.

19-го февраля (3-го марта) предполагалась *laparomyotomy*, по случаю діагностированныхъ фиброміомъ матки. По вскрытіи живота, матка оказалась окруженной бугристой опухолью, которая обуславливала совершенную ея неподвижность. Ткань опухоли довольно ломкая. Подобные же узлы найдены и въ придаткахъ матки. Въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ опухоль со своими сращеніями образуетъ слѣпой мѣшокъ, который не позволяетъ проникнуть рукѣ за опухоль къ шейкѣ матки. Слева опухоль составляетъ съ тазовой стѣнкой какъ бы одно цѣлое и въ этомъ мѣстѣ удалить ее нѣтъ возможности. По указаннымъ признакамъ опухоль, повидимому саркома. Случай признанъ неоперативнымъ, поэтому брюшная рана зашита. Слѣдовательно въ данномъ случаѣ была произведена только *laparotomia explorativa*.

Подобная же операція была еще 1-го (13-го) марта. Найдена тухома mesenterii. Весь малый тазъ занятъ былъ этой опухолью, и въ ней была заткана матка вмѣстѣ съ придатками. Верхній край опухоли выше пупка и вся опухоль состояла изъ 8-ми большихъ бугровъ. Часть новообразованія была удалена, но попытки отдѣлить отъ миксомы широкія связки вызвали сильное кровотеченіе, которое съ трудомъ было остановлено перевязкой en masse захваченныхъ кровотокающихъ мѣстъ опухоли. По этому дальнѣйшее производство операціи было остановлено, и брюшная рана, послѣ тщательнаго туалета брюшины, была закрыта.

6-го (18-го) марта сдѣлана laparo-salpingo-oophorectomia по случаю сальпингита съ лѣвой стороны и цистознаго перерожденія лѣваго яичника. По вскрытіи живота, дѣйствительно, труба съ лѣвой стороны была расширена съ утолщеніемъ стѣнокъ и имѣла червеобразную форму. Яичникъ бугристый, съ многими небольшими кистами. Какъ труба, такъ и яичникъ, по всей периферіи покрыты сращеніями, которыя пришлось отдирать руками. У наружнаго края яичника сращенія довольно толстыя, крѣпкія и съ расширенными сосудами; поэтому, передъ разрѣзомъ ножницами, онѣ были захвачены жомомъ-пинцетомъ и затѣмъ уже между ними сдѣланъ разрѣзъ. Послѣ того на лѣвую широкую связку наложена двойная лигатура. Съ одной стороны захваченъ маточный конецъ трубы, ligamentum ovarii и часть lig. latі, а съ другой—вторая половина широкой связки и art. spermatica. Яичникъ и труба удалены. Яичникъ—величиною съ мандаринъ. По удаленіи измѣненныхъ органовъ перевязаны и перемычки, захваченныя жомомъ-пинцетомъ, и послѣдніе сняты. У праваго яичника также сращенія, причемъ найдено приращеніе кишки. Сращенія были разрушены рукой, и измѣненный яичникъ и труба удалены, послѣ наложенія жомовъ-пинцетовъ съ обѣихъ сторонъ измѣненныхъ придатковъ. Предварительное наложеніе жомовъ-пинцетовъ, вмѣсто двойной лигатуры, на правую широкую связку было сдѣлано по необходимости, такъ какъ, по случаю бывшихъ приращеній, яичникъ съ трудомъ вытягивался изъ полости таза въ брюшную рану. Лигатуры на связку были наложены за жомомъ уже по удаленіи больныхъ органовъ. Въ виду бывшихъ обширныхъ сращеній и порядочной паренхиматозной кровотоковости, въ полость таза введенъ изъ іодоформнаго газа дренажъ, фиксированный въ нижнемъ углу брюшной раны.

Прежде чѣмъ вложить дренажъ, полость малаго таза тщательно очищена губками. Для дренажированія тазовой полости посредствомъ марли *Terrillon* обыкновенно беретъ узкій, сложенный въ четверо длинный компрессъ изъ іодоформнаго газа, перевязываетъ его по срединѣ длины шелковой лигатурой и, сгибая въ этомъ мѣстѣ, вкладываетъ его въ полость таза съ помощью длиннаго корнцанга. Концы газа и лигатуры остаются фиксированными въ нижнемъ углу брюшной раны.

Вынутые органы—оба яичника оказались кистовидно перерожденными, изъ нихъ лѣвый измѣненъ значительно больше праваго, труба же правая значительно толще лѣвой. Фимбриальные концы обѣихъ трубъ атрезированы и

плотную сращены съ поверхностью измѣненныхъ яичниковъ. Въ удаленныхъ органахъ съ правой стороны оказывается нарушеніе цѣлости яичника. Часть его нарочно оставлена операторомъ около приросшей петли кишки, чтобы не разорвать послѣднюю. Трубы, по разрѣзѣ, найдены паренхиматозно-воспаленными и съ гипертрофированными стѣнками.

Послѣ операціи былъ обходъ больныхъ и у той больной, у которой 1-го (13-го) марта была неокончена операція, найдена уже агонія. Оказывается, что въ день же операціи температура поднималась выше 39 град., явился бредъ, продолжающійся въ теченіе пяти дней. Въ день обхода температура ровнялась 38,6, пульсъ очень частъ, слабъ, едва ощутимъ. Физическихъ явленій перитонита во всѣ эти дни не было. Къ вечеру того же дня больная умерла.

9-го (21-го) марта проф. *Terrillon* произвелъ *ovariotomiam sinistram*. Диагнозъ: множественная киста лѣваго яичника.

По вскрытіи живота, найдено сплошное приращеніе задней и верхней и правой боковой периферіи опухоли. Части нѣкоторыхъ толстыхъ перемычекъ захвачены двумя жемами-пинцетами и между ними перерѣзаны. Киста дѣйствительно оказалось множественной. Изъ прокола кисты выдѣлилось желатинозное содержимое, часть котораго попала въ полость брюшины. Опухоль удалена, послѣ перевязки ножки ея двойной лигатурой. Величина кисты была съ голову взрослого человѣка. Въ полости живота оказалось еще присутствіе водяночной жидкости. Передъ сшиваніемъ брюшной раны промываніе брюшины не было сдѣлано, а только тщательное очищеніе ея полости посредствомъ губокъ. *Terrillon* не придаетъ особеннаго значенія присутствію въ полости брюшины незначительнаго остатка содержимаго кисты, если только оно не гнойнаго характера. Въ удаленной опухоли, въ нижней ея периферіи, найдены болѣе твердые узлы, которые по разрѣзѣ оказались эпителиомой.

Подобная же операція, т. е. *ovariotomia sinistra*, была наблюдаема мною въ клиникѣ проф. *Terrillon* еще 2-го (14-го) мая, уже по возвращеніи моемъ изъ Лондона.

Киста также была множественная съ жидкимъ содержимымъ шоколаднаго цвѣта. Величина кисты тоже съ голову взрослого человѣка. Такой величины опухоль достигла въ теченіе 11-ти мѣсяцевъ. Больная 55-ти лѣтъ отъ роду, родила одного только ребенка 32 года тому назадъ, нѣсколько лѣтъ страдала аменореей.

По вскрытіи живота, найдено приращеніе сальника къ задней верхней периферіи кисты, а справа киста была сращена съ слѣпой кишкой. Сальникъ отдѣленъ отъ кисты руками и разможженные части его, послѣ перевязки сверху лигатурой *en masse*, удалены ниже лигатуры ножницами, а культи прижжена термокаутеромъ. Слѣпая кишка отдѣлена посредствомъ ножницъ съ частью стѣнки кисты и поверхность этого остатка также прижжена.

Широкая ножка кисты перевязана на четыре части. Операція была сдѣлана быстро и чисто, не смотря на сращенія.

Во время разрушенія сращеній кровотеченія не было и при проколѣ кисты содержимаго ни капли не попало въ полость брюшины.

Проф. *Terrillon* былъ настолько любезенъ, что самъ мнѣ сдѣлалъ выборку статистическихъ данныхъ за прошлый годъ, и вотъ эти данныя я здѣсь привожу, заканчивая, такимъ образомъ, описаніе его клиники.

Въ прошломъ 1890 г. въ клиникѣ проф. *Terrillon*'а было сдѣлано 118 большихъ операций. Изъ нихъ *laparo-salpingo-oophorectom*'ий 53, послѣ операций было 5 смертныхъ случаевъ. 2 случая смерти произошли отъ прободенія кишекъ послѣ операций, 1 случай отъ перитонита, наступившаго вслѣдствіе разрушеній бывшихъ обширныхъ сращеній, 1 случай—внутреннее кровотеченіе съ послѣдующимъ общимъ перетонитомъ и 1 случай перитонита, происшедшій, по всей вѣроятности, отъ того, что передъ операцией профессору пришлось сдѣлать вскрытіе нарыва. Не смотря на тщательное вымываніе рукъ, все-таки произошелъ гнойный перетонитъ.

Всѣ эти заболѣванія развились въ теченіе одного до трехъ дней послѣ операции.

Ovariотom'ий было 34 случая и ни одной смерти. Оперированныя всѣ выздоровѣли.

Laparotom'ий *explorativa*—12 и ни одного смертнаго случая собственно послѣ операции.

Hysterectom'ий *totalis per laparotomiam*—19. Смертный случай одинъ вслѣдствіе перитонита.

И такъ на 118 большихъ гинекологическихъ операций было всего шесть смертныхъ случаевъ, т. е. процентъ смертности=5°/о.

Въ настоящемъ году итоги еще не подведены, но *Terrillon* думаетъ, что, судя по результатамъ операций, бывшихъ въ настоящемъ году, процентъ смертности едва ли превыситъ прошлогоднюю цифру.

Кромѣ упомянутыхъ операций съ января по май 91 г. было еще 9 случаевъ *hysterectomia vaginalis totalis* по способу *Péan*'а при *salpingitis suppurativa*. Во всѣхъ случаяхъ—полное излѣченіе.

Асептику и антисептику, упоминаемую мною при описаніи операции, *Terrillon* принимаетъ теперь уже четыре года.

Если разсмотрѣть процентъ смертности по рубрикамъ, то оказывается, что самая наименьшая смертность была при *ovariotomiae* и *laparotomiae explorativae* (0), и наибольшая—при *laparo-salpingo-oophorectomiae*, а именно—9,7°/о. Затѣмъ слѣдуетъ *hysterectomia totalis per laparotomiam*—5,3°/о, то есть, какъ разъ при тѣхъ операцияхъ, которыя за послѣднее время чаще примѣняются и противъ употребленія которыхъ слышатся уже протесты со стороны многихъ хирурговъ. Такъ, напримѣръ, я могу указать на мнѣніе *Spencer Wells*'а (изъ Лондона), который высказалъ его на хирургическомъ конгрессѣ, бывшемъ въ этомъ году въ Парижѣ отъ 30-го марта по 4-е апрѣля, по новому стилю. Посѣщая почти всѣ засѣданія, я вынесъ убѣжденіе, что и самые приверженцы указанной операции *laparo-salpingo-oophorectomiae* или вообще удаленія придатковъ матки согласны съ мнѣніемъ *Spencer*

Wells'a ¹⁾). Последній высказалъ слѣдующее: опубликованная статистика удаленія придатковъ матки даетъ большій процентъ выздоровленія, но это только вскорѣ послѣ операціи. Дальнѣйшіе же результаты заставляютъ его примкнуть къ числу противниковъ этой операціи. Въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ новообразованія, изслѣдованіе фактовъ еще болѣе укрѣпляетъ его въ этомъ мнѣніи, которое раздѣляется и самимъ *Bathey*'емъ, родоначальникомъ кастраціи или oophorectom'и. *Spencer Wells* такъ же, какъ и *Bathey*, думаетъ что *часто существуютъ показанія къ oophorectom'и при новообразованіяхъ придатковъ или матки и очень рѣдко при другихъ страданіяхъ этихъ органовъ.*

Spencer Wells не отрицаетъ, что показаніе можетъ быть и при dysmenorrhoea или «neuralgie ovarienne», но только въ томъ случаѣ, когда всѣ испробованныя другія средства не привели ни къ какому результату. По его мнѣнію, *многіе простые и гнойные салпингиты могутъ быть вылъчены безъ операціи.*

Lawson Tait, первый поборникъ этой операціи въ Англіи, на конгрессѣ высказалъ также, что доказывать пользу удаленія придатковъ матки нѣтъ необходимости, такъ какъ смертность отъ этой операціи у многихъ хирурговъ доходитъ до 3⁰/о; но что касается отдаленныхъ результатовъ, то на это отвѣчать болѣе трудно. Относительно окончательныхъ результатовъ удаленія придатковъ по случаю различныхъ салпингитовъ, онъ долженъ сказать, что они получаются иногда очень медленно. Нерѣдко и послѣ операцій болѣзненные явленія остаются. Въ четырехъ случаяхъ ему приходилось прибѣгать ко второй laparotom'и и находить развитіе кистъ въ оставшихся послѣ ампутаціи частяхъ Фаллопиевыхъ трубъ. Излѣченіе, впрочемъ, наступило полное, по удаленіи этихъ кистъ; поэтому, *для полученія непосредственной результата надо, по возможности, вполне удалять трубы.* Затѣмъ онъ наблюдалъ послѣ операціи исчезновеніе болей, но менструація оставалась.

Въ другой категоріи случаевъ гдѣ операція предпринималась при болѣзняхъ матки, напр., при міомахъ, *Lawson Tait* сообщилъ слѣдующія интересные данныя.

На 271 случай міомъ смерть послѣдовала непосредственно послѣ операціи въ 6 случ. На оставшіеся 265 случ. 8 получилось съ результатами неудовлетворительными, такъ что больныя должны были подвергнуться впоследствии hysterectom'и. Въ остальныхъ же 257 случаяхъ получилось полное излѣченіе: опухоль исчезала или значительно уменьшалась въ объемѣ. Возрастъ больной несомнѣнно имѣлъ вліяніе на эти результаты. До 40 лѣтъ опухоль въ 70⁰/о исчезала вполне; въ возрастѣ между 40 и 50 годами, она уменьшалась значительно, но не вполне; послѣ 45 лѣтъ уменьшеніе достигало до $\frac{1}{6}$ или $\frac{1}{3}$ прежняго объема опухоли. Обыкновенно предполагаютъ, что съ окончательной остановкой регулъ излѣчиваются фибромы или, по крайней

¹⁾ Краткій отчетъ объ этомъ конгрессѣ помѣщается въ *Revue de Chirurgie*. № 5.

мѣръ, исчезаютъ симптомы,—но это не вѣрно. Нервные страданія приходилось наблюдать и у оперированныхъ по случаю фибромъ больныхъ, но ему онѣ всегда казались менѣе сильными, чѣмъ въ нормальной менопаузѣ или въ наступившей климактеріи.

Что касается утвержденія, высказаннаго *Thomas'*омъ *Keith'*омъ, что изъ 100 оперированныхъ 10 подвергаются сумашествію, это не было подтверждено ни однимъ изъ другихъ наблюдателей. Напротивъ, *Lawson Tait* въ трехъ случаяхъ видѣлъ излѣченіе бывшаго сумашествія, послѣ кастраціи, предпринятой по случаю фибромъ.

Jacobs (Брюссель), сообщая о 58 операціяхъ (съ конца 88 по конецъ 90), по случаю страданія придатковъ безъ новообразованій, изъ которыхъ получилось 50 излѣченій и 2 случая смерти, приходитъ къ такому заключенію, что дальнѣйшія результаты кастраціи, при страданіяхъ придатковъ, всего болѣе благопріятны при значительныхъ утолщеніяхъ трубъ и хуже при интерстиціальнымъ сальпингитахъ. На 11 оперированныхъ больныхъ съ *salpingitis catarrhalis* у трехъ боли остались. У двухъ другихъ маточныя кровотеченія продолжались. Въ одномъ случаѣ онъ видѣлъ возвращеніе болѣзненныхъ припадковъ по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Операція была сдѣлана съ одной стороны при катаральномъ сальпингитѣ. Наконецъ, ему приходилось иногда констатировать болѣзненное искривленіе назадъ, послѣ удаленія придатковъ. Эти наблюденія очень важны для насъ, потому что даютъ указаніе, въ какихъ случаяхъ мы смѣло можемъ приступать къ операціи и въ какихъ должны быть осторожны.

Le Dentu (Парижъ) сдѣлалъ 34 операціи удаленія придатковъ при *salpingitis exsudativa*, *pyosalpinx*, *salpingitis interstitialis* и при вѣматочной беременности. Одинъ только случай кончился смертью послѣ операціи. Что касается дальнѣйшихъ результатовъ, то извѣстное число больныхъ продолжаетъ страдать, однѣ временно, другія постоянно. Невропаты съ трудомъ поправляются. Въ другихъ случаяхъ бывшія сращенія, обширныя, старыя и фиброзныя, послѣ операціи снова восстанавливаются и составляютъ причину страданій. Равнымъ образомъ значительную роль играютъ и метриты.

Кромѣ того, *Le Dentu* наблюдалъ три случая. Въ одномъ изъ нихъ женщина, оперированная въ 1888-мъ году, въ 1890-мъ году вновь обратилась къ нему за помощью, по случаю сильныхъ болей въ животѣ. Найдена была кистовидная опухоль у лѣваго угла матки. *Le Dentu* произвелъ продолжительное расширеніе матки и въ концѣ 10 дня черезъ влагалище выдѣлилась черноватая жидкость. Съ того же момента опухоль и боли исчезли. Въ сентябрѣ 89-го года онъ оперировалъ другую больную. Послѣ операціи боли не прекращались. Онъ также прибѣгнулъ къ продолжительнымъ расширеніямъ матки и въ концѣ нѣсколькихъ дней черезъ рукавъ произошло обильное выдѣленіе и боли съ тѣхъ поръ исчезли. Наконецъ, третья больная была оперирована въ 1890 г., въ настоящемъ году она снова обратилась къ нему, вслѣдствіе болей, и онъ нашелъ съ каждой стороны легко прощупывающіяся маленькія трубныя кисты. Предполагается ей снова сдѣлать *laparotom'iu*

или предварительное расширеніе матки. Такъ какъ послѣднее лѣченіе даетъ результатъ положительный, то, по мнѣнію *Le Dentu*, всегда слѣдуетъ прибѣгать прежде всего къ этому методу лѣченія.

Я уже упоминалъ, что у насъ въ Петербургѣ въ клиникѣ проф. *Славянского* съ прошлаго года производятся опыты продолжительнаго расширенія матки, вѣсто операціи, при сальпингитахъ, и во многихъ случаяхъ результаты получаются благопріятные.

Во всякомъ случаѣ, если даже у большинства хирурговъ операція удаленія придатковъ даетъ ничтожный процентъ смертности, все-таки мы должны имѣть въ виду часто не полные результаты послѣ операціи и почти всегда полное безплодіе. Между тѣмъ больныя, желая избавиться отъ страданій, причиняемыхъ болѣзнями придатковъ, въ то же время часто желаютъ оставаться способными къ продолженію рода. Поэтому, прежде чѣмъ прибѣгать къ операціи при сальпингитахъ, необходимо испробовать другіе методы лѣченія, какъ напр. массажъ, электричество и въ особенности продолжительное расширеніе матки.

Клиника проф. Lucas Championniere'a помѣщается въ баракахъ, построенныхъ въ 3-мъ дворѣ госпиталя Saint Louis, который по виду совершенно подобенъ описанному госпиталю Salpêtrière, но только въ меньшемъ размѣрѣ.

Хирургическая клиника профессора интересна въ томъ отношеніи, что помѣщается въ тѣхъ баракахъ, которые раньше специально были предназначены, въ теченіе семи лѣтъ, для больныхъ съ разными болѣзнями и преимущественно съ оспой.

Кромѣ 60-ти кроватей для оспенныхъ, 8 были прибавлены для рожистыхъ и скарлатинозныхъ больныхъ.

Lucas Championniere получилъ для своей клиники этотъ баракъ, состоящій изъ трехъ залъ, соединенныхъ между собою посредствомъ центральной галереи, тщательно дезинфицировалъ его и, практикуя въ немъ съ 1887 года до сихъ поръ, ни разу не наблюдалъ у своихъ больныхъ ни оспы, ни рожи, ни скарлатины. Напротивъ, послѣоперационные результаты въ этомъ баракѣ получаются самые блестящіе не смотря на то, что въ нихъ производилось много самыхъ тяжелыхъ и большихъ операцій.

Средство для дезинфекціи бараконъ, употребленное *Lucas Championniere'омъ*, было очень простое и дешевое. Стѣны, потолки и полы тщательно были обмыты 5% растворомъ хлористаго цинка. Для уничтоженія влажности, окна послѣ этого всю ночь были открыты. На слѣдующій день произведена еще дезинфекція палатъ сѣрнистой кислотой. Было сожжено сѣрнистаго цвѣту 30 граммъ на каждый кубическій метръ. Въ теченіе трехъ сутокъ двери и окна были тщательно закрыты для того, чтобы на сколько возможно дольше подвергнуть комнаты дѣйствію сѣрнистой кислоты. Нужно замѣтить, что передъ дезинфекціей бараконъ остатки тканей, кусочки ваты, подозрительные деревянные обломки, словомъ все, что находилось внутри и около бараконъ, было собрано и сожжено въ печахъ. Помѣщенія прислуги

также были очищены влажнымъ путемъ, чтобы можно было, такъ сказать, захватить микробовъ на мѣстѣ. Послѣ того все зданіе провѣтривалось и палаты были вновь обмоблированы.

Такимъ образомъ, зданіе, очень дурное въ гигиеническомъ отношеніи, было очищено, продезинфицировано сравнительно дешевымъ путемъ и радикально, на что указываетъ послѣдующее отсутствіе заразы. Оспенные больные были выведены въ іюнѣ 87 года, а съ сентября того же года помѣстили хирургическихъ больныхъ.

Lucas Championniere завѣдуетъ, вообще, хирургическимъ отдѣленіемъ, но у него понедѣльникъ специально назначенъ для женскихъ операцій и по преимуществу для большихъ гинекологическихъ.

Оперативная комната одна для всевозможныхъ операцій¹⁾. Только передъ чревооткрытіемъ обмываютъ полъ и стѣны. Очищеніе воздуха ирригаціей признается излишнимъ, такъ какъ присутствующіе зрители все равно могутъ внести въ воздухъ вредные зародыши. Въ его брошюркѣ: «*Les conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations*», составляющей *extrait de la «Revue d'hygiène»* (Avril 1890), указано, что съ 1887 г. до 1890 въ этой оперативной сдѣлано 321 операція у мужчинъ, всѣ съ выздоровленіемъ, и 142 операціи у женщинъ съ двумя случаями смерти, которая наступила не вслѣдствіе операціи, а по самой болѣзни. Такимъ образомъ на 463 *большихъ операцій средняя цифра смертности равна только 0,43%*.

Кромѣ того, произведено 128 чревооткрытій у женщинъ, изъ нихъ умерло 8 оперированныхъ, но смерть у всѣхъ произошла большею частью отъ шока, послѣ очень трудныхъ операцій, причемъ самая болѣзнь угрожала быстрою смертію. 71 операція, при условіи менѣе тяжелыхъ осложнений, не дали ни одного смертнаго исхода.

По словамъ *Lucas Championniere'a*, теперь 4-й годъ, какъ онъ оперируетъ въ указанныхъ баракахъ и не знаетъ, что такое нагноеніе послѣ операцій.

Единственный случай нагноенія онъ наблюдалъ только у одного ребенка послѣ резекціи колѣна. И все это зависитъ, по его мнѣнію, единственно отъ соблюденія строгой мѣстной асептики и антисептики около оперируемаго.

Между посѣщаемыми мною хирургами Парижа я только у *Lucas Championniere'a* встрѣтилъ почти полное примѣненіе Листеровскаго метода. Такъ, только *Lucas Championniere* дѣлаетъ операціи подъ *srgau*, но, вмѣсто карболовой кислоты, чтобы избѣжать интоксикаціи, употребляетъ растворъ *ol. eucalypti* (10:100). По его объясненію, онъ тѣмъ самымъ предохраняетъ рану, особенно въ глубинѣ, отъ попаданія зародышей изъ воздуха, а также защищаетъ оперативное поле отъ возможнаго вреднаго вліянія со стороны многочисленныхъ зритѣлей. Потомъ далѣе, какъ увидимъ ниже при описаніи операцій, всякое раненіе, произведенное имъ, онъ обязательно прижигаетъ крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты (5:100) и, при накладываніи повязокъ,

¹⁾ Операціи съ гнилостными отдѣленіями, впрочемъ, производятся въ комнатѣ, предназначенной для хлороформированія.

употребляеть, вмѣсто карболовой, какъ это предложено *Lister'*омъ, йодоформную марлю, покрываетъ ее обязательно протективомъ, для защиты раны отъ чрезмѣрнаго раздраженія выше лежащей торфяной карболизованной или йодоловой повязкой.

Во всѣхъ описанныхъ мною клиникахъ для большихъ операций, особенно для чревосѣченій, имѣются отдѣльныя оперативныя и отдѣльный специально для этого столъ, который или весь металлическій или крышка его покрыта толстой каучуковой пластиной или даже толстымъ стекломъ. Во время операціи столъ покрывается только чистой простыней. Тщательно вымытый передъ операціей, онъ уже никогда не передвигается изъ оперативной комнаты. Въ клиникѣ же *Lucas Championniere'*а оперативный столъ простой деревянный, выкрашенный масляной краской и устроенный по модели стола придуманнаго *Farabeuf'*омъ для перевозки труповъ. Заднія ножки стола съ колесиками, а на переднихъ онъ устанавливается твердо на мѣстѣ. Между двумя передними есть еще третья ножка съ колесикомъ, вращающимся во всѣ стороны. Посредствомъ простаго механизма (примѣненіемъ наклонной плоскости) ножка эта опускается такъ, что обѣ переднія приподнимаются отъ полу и тогда столъ становится легко передвижнымъ. Чтобы предохранить оперируемыхъ отъ охлажденія, на него кладется клеенчатый волосяной матрацъ и необходимыя подушки. Передъ операціей все это покрывается чистымъ стерилизованнымъ бѣльемъ.

Больного или больную предварительно обмываютъ въ ваннѣ, одѣваютъ въ чистое стерилизованное бѣлье и кладутъ на этотъ столъ въ госпитальной палатѣ. Одинъ служитель совершенно свободно перевозитъ ее сначала въ комнату для хлороформированія, а оттуда въ оперативную. Чтобы держать больного субъекта въ теплѣ, его покрываютъ въ палатѣ же чистымъ байковымъ одѣяломъ съ подлежащей стерилизованной простыней.

Столъ и матрацъ, какъ вещи не особенно дорогія, въ случаѣ нужды, легко могутъ быть замѣняемы новыми. Очистка стола въ высшей степени легка.

При чревосѣченіяхъ въ оперативную залу допускается неограниченное число врачей и студентовъ.

Не смотря на это, изъ представленныхъ *Lucas Championniere'*омъ статистическихъ цифръ за два года ¹⁾ мы видимъ, что смертность послѣ большихъ операций не велика и осложненія отсутствуютъ.

Такъ, послѣ чревосѣченій у женщинъ процентъ смертности равенъ всего 6,6% (на 128 операций 8 смертныхъ случаевъ).

Съ ноября 87 по май 89 г.:

Послѣ ovariotom'и при кистахъ яичника на	28	опер.	2	случ.	смерти
» удаленія злокачественныхъ опухолей на	7	»	1	»	»
» » придатковъ ради фибромъ на	15	»	2	»	»
» опер. фибромъ. Удаленіе ихъ или матки на	7	»	3	»	»

¹⁾ Statistique des operations faites dans l'espace de deux annees à l'hôpital Saint Louis. Communic. à la Société de chir. 31 juill 1889. (Extrait du Journal de Med. et de Chirur. pratiques).

Остальные 71 случай чревосечений, окончившіеся всѣмъ выздоровленіемъ, были предприняты:

Для уничтоженія сращеній	7 опер.
» діагноза	3 »
При внутреннемъ ущемленіи	1 »
» ovario-salpingite	51
» kyste hydatique	2 »
» ventrofixation	4 »
» nephrorraphie	3 »

Послѣ другихъ же большихъ операцій у мужчинъ и у женщинъ процентъ смертности равенъ 0 (послѣ 237 большихъ операцій ни одного случая смерти).

Оперативная *Lucas Championniere*'а состоитъ изъ двухъ комнатъ: собственно оперативная—большая зала и маленькая комната, гдѣ помѣщается умывальникъ и цилиндръ для горячей воды. Стѣны комнатъ выкрашены масляной краской, полъ паркетный, изъ сосновыхъ пластинокъ, который, не смотря на частое мытье, долго не портится и обходится несравненно дешевле, чѣмъ мозаичный или асфальтовый.

Обѣ комнаты отапливаются одной изразцовой печкой, которая дольше держитъ въ себѣ тепло и равномернѣе нагреваетъ комнаты, чѣмъ, напр., железная печка.

Въ оперативной залѣ, кромѣ того, у одной стѣны помѣщается большой шкафъ съ полками для стерилизаціи бѣлья и инструментовъ. Шкафъ этотъ нагревается газовыми рожками. Инструменты передъ операціей непосредственно изъ него переносятся въ ванночку съ 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты. Ванночка эта помѣщается на металлическомъ легко подвижномъ столикѣ, который ставится около оператора. Между ножекъ столика находится полочка, на которой помѣщается глубокая ванночка съ крѣпкимъ (5%) растворомъ карболки. Инструменты бывшіе въ употребленіи во время операціи, погружаются сначала въ этотъ крѣпкій растворъ, а оттуда переносятся въ верхнюю ванночку съ болѣе слабымъ растворомъ. Около оператора помѣщается еще небольшой столикъ, покрытый клеенкой, на которомъ стоятъ два тазика со стерилизованной водой для губокъ.

У ножнаго конца оперативнаго стола помѣщается еще третій столикъ также покрытый клеенкой, для пульверизатора. Другія же необходимыя принадлежности при операціяхъ помѣщаются на двухъ большихъ столахъ, находящихся у стѣнъ оперативной, покрытыхъ также клеенкой, которую *Lucas Championniere* считаетъ вполне замѣняющей мраморныя или стеклянныя крышки столовъ богатыхъ клиникъ. Дѣйствительно, благодаря клеенкѣ, столы легко могутъ быть вымыты и всегда содержаться въ чистотѣ.

Я потому такъ подробно остановился на описаніи клиники *Lucas Championniere*'а и особенно его оперативной комнаты, чтобы показать, какъ, при сравнительно самыхъ скромныхъ затратахъ, каждому хирургу можно обставить себя самыми благоприятными условіями для оперированія.

Въ первый же день моего посѣщенія этой клиники, въ понедѣльникъ 4-го (16-го) февраля, я видѣлъ операцію *ovariotomy et salpingotomy*.

Животъ оперируемой былъ обмытъ 2¹/₂% растворомъ карболовой кислоты, а затѣмъ обсушенъ сулемованнымъ марлевымъ компрессомъ. Передъ разрѣзомъ, за минуту или за двѣ, пущенъ въ ходъ пульверизаторъ, распыленная струя котораго нижнимъ краемъ какъ разъ касалась покрововъ живота. По разрѣзѣ покрововъ до брюшины, тщательно остановлено кровотеченіе краевъ раны Пеановскими пинцетами и затѣмъ брюшина, захваченная въ складку, разрѣзана. Въ полость брюшины *Lucas Championniere* всегда вводитъ губки съ Пеановскими пинцетами, которые, для отличія ихъ отъ другихъ пинцетовъ, имѣютъ золоченыя ручки.

Въ лѣвомъ яичникѣ оказалась киста порядочной величины, поэтому она была опорожнена посредствомъ троакара и послѣ отверстіе зажато Пеановскимъ пинцетомъ.

Такъ какъ эта киста имѣла обширныя сращенія, то онѣ были разрушены рукой, а затѣмъ кистевой мѣшокъ вытасненъ въ рану наружу. Лѣвая труба также была измѣнена; поэтому, наложивъ двѣ двойныя лигатуры на ножку кисты и на трубу, придатки съ лѣвой стороны были удалены. Полость таза очищена отъ крови губками и культи прижжена термокаутеромъ. Кровь изъ полости и съ культи очищена губками, омоченными и выжатыми въ 5% растворомъ карболовой кислоты.

Для сшиванія брюшной раны, сначала проведены изъ *crin de Florence* глубокіе швы, идущіе черезъ кожу, мускулы и брюшину, затѣмъ швы изъ кетгута на одну брюшину. Послѣдніе швы тотчасъ же затягиваются. Послѣ того накладываются изъ *crin de Florence* поверхностные швы на края каждой раны и, передъ стягиваніемъ ихъ, брюшная рана вытирается губками съ 5% растворомъ карболовой кислоты до побѣленія поверхности.

Поверхностные швы тотчасъ же затягиваются и наконецъ стягиваются и прежде наложенные глубокіе швы изъ *crin de Florence*.

Сшитая поверхность обмывается и на нее кладется тонкій слой іодоформной марли, сверхъ ея *protective*, затѣмъ нѣсколько слоевъ подушекъ изъ торфа съ іодоломъ и животъ забинтовывается.

Въ тотъ же день сдѣлана *gastrotomy* по случаю проглоченной получелюсти искусственныхъ зубовъ. Разрѣзъ на краю лѣваго подреберья былъ сдѣланъ довольно большой. Со вскрытіемъ брюшины больная начала задыхаться, тогда немедленно введена въ одну поздраву трубка отъ мѣшка съ кислородомъ. Черезъ три минуты дыханіе стало нормальнымъ, и операція продолжалась дальше. Во время большихъ операций всегда въ оперативной находится подушка съ кислородомъ; къ электричеству *Lucas Championniere* не прибѣгаетъ, а обыкновенно производитъ искусственное дыханіе вмѣстѣ съ вдыханіемъ кислорода.

Передняя стѣнка желудка, фиксированная въ двухъ мѣстахъ двумя лигатурами, была разрѣзана по длинѣ брюшной раны ножницами и края разрѣза захвачены Пеановскими пинцетами. Вокругъ раны наложены горячіе

марлевые компрессы. Исслѣдованіе полости желудка пальцами и корнцангомъ привело къ отрицательному результату. Въ желудкѣ ничего не найдено.

Разрѣзъ желудка тщательно шить узловатымъ швомъ, посредствомъ тонкаго шелка, и спитая поверхность, передъ опусканіемъ въ полость живота, вытерта 5% карболовымъ растворомъ. Дальнѣйшее шиваніе брюшины и брюшной раны сдѣлано такъ же, какъ описано при первой операціи.

10-го (23-го) февраля въ той же клиникѣ была laparotomia по случаю salpingo-oophoritis и atresia uteri. Atresia въ данномъ случаѣ произошла вслѣдствіе энергичнаго прижиганія полости матки креозотомъ.

Lucas Championniere признаетъ подобныя прижиганія излишними и вредными и особенно въ данномъ случаѣ, гдѣ существуетъ еще страданіе трубъ и яичниковъ, совершенно бесполезными.

По вскрытіи живота найдена довольно большая киста въ правомъ яичникѣ и расширенная, увеличенная въ объемѣ правая труба. Широкая связка перевязана на три части. Сначала проведена черезъ связку двойная лигатура, послѣдняя перерѣзана и одной половиной ея перевязана связка за фимбриальнымъ концомъ трубы. Свободный конецъ другой половины лигатуры съ концомъ новой лигатуры проведены въ новомъ мѣстѣ, ближе къ маткѣ черезъ широкую связку. Связанными концами второй половины двойной лигатуры была перевязана средняя часть ligamenti lati, а концомъ новой лигатуры перевязана внутренняя часть связки и труба у маточнаго ея конца.

Такъ какъ труба расширена и измѣнена, то, чтобы предохранить полость брюшины отъ изліянія въ нея содержимаго трубы, послѣдняя передъ удаленіемъ зажата пинцетомъ около лигатуры на маточномъ концѣ. Такимъ образомъ отрѣзъ трубы былъ сдѣланъ между лигатурой и пинцетомъ. По удаленіи трубы и яичника съ кистой, культи была прижжена термокаутеромъ. Съ лѣвой стороны труба и яичникъ тоже, хотя и въ меньшей степени, оказались измѣненными и съ сращеніями на периферіи. По разрушеніи послѣднихъ рукой, пораженныя части совершенно такъ же удалены, какъ и съ правой стороны. Передъ шиваніемъ брюшной раны полость таза очищена отъ крови губками, смоченными и выжатыми въ 5% растворѣ карболовой кислоты. Осмотръ вынутыхъ органовъ показалъ: цистозное перерожденіе немного увеличенныхъ яичниковъ, а трубы, особенно правая, переполнены старой кровью, которая скопilasъ въ нихъ вслѣдствіе атрезіи, наступившей послѣ воспаленія трубъ. И такъ въ данномъ случаѣ имѣемъ haematosalpinx cum atresia tubarum et degeneratio cystosa ovariorum. Вторая операція также salpingo oophorectomia duplex, вслѣдствіе діагностированнаго salpingitis et fibroma ovarii sinistri. По удаленіи органовъ первоначально съ лѣвой стороны, въ яичникѣ найденъ старый тромбъ и въ мѣстѣ его нахожденія приросшіи сальникъ и сращенія съ Дугласовымъ пространствомъ. Стѣнки фаллопиевыхъ трубъ очень толсты, а самая полость сужена. Съ правой стороны въ яичникѣ небольшая киста полость трубы расширена, стѣнки же ея тонки. Вообще правая труба въ объемѣ значительно больше лѣвой. Производство операціи тождественно съ предыдущими.

18-го февраля (2-го марта) было двѣ операциі: одна *laparotomia propter cystam hydat. hepatis*, а другая *laparo-salpingo-oophorectomia duplex*. Первая операциа, хотя и не гинекологическая, но такъ какъ она была сдѣлана у женщины и можетъ встрѣтиться гинекологу, то вкратцѣ я ее опишу, какъ видѣлъ.

Разрѣзъ живота, величиною въ 4 поперечныхъ пальца, былъ сдѣланъ параллельно краю праваго подреберья. Выпятившаяся въ рану стѣнка кисты вскрыта небольшимъ разрѣзомъ, и край разрѣза захваченъ пинцетомъ. Изъ полости мѣшка выпущено порядочное количество жидкости, причемъ края наружной раны тщательно придавливались кругомъ къ стѣнкѣ кисты, чтобы жидкость изъ нея не могла попасть въ полость брюшины. По уменьшеніи напряженія стѣнки мѣшка послѣдній былъ приподнятъ въ наружную рану пинцетами и разрѣзъ продолженъ въ обѣ стороны. Край разрѣзаннаго мѣшка тотчасъ же сшиты кругомъ съ краями наружной раны. Послѣ того жидкость вся по возможности была выдавлена. Показавшаяся оболочка гидатидной кисты захвачена пинцетомъ *Nelaton'a* и вытащена большими лоскутами. Затѣмъ въ полость мѣшка инъецированъ растворъ сулемы (1 : 1000), въ количествѣ 3-хъ большихъ шприцовъ. Жидкость эта снова выведена и наконецъ впрыснуто до 4-хъ шприцовъ нормальнаго соляного раствора (6 : 1000). По выпущеніи послѣдняго, въ полость мѣшка введенъ толстый дренажъ (резин. трубка). Рана обтерта губкой съ 5% растворомъ карболовой кислоты и затѣмъ покрыта іодоформной марлей. Дальнѣйшее наложеніе повязки уже описано выше.

Salpingo-oophorectomiam duplicem, судя по незначительности паталогическихъ измѣненій, можно было бы и не дѣлать, но *Lucas Championniere* рѣшился на эту операцию въ виду бесполезности всѣхъ другихъ испытанныхъ средствъ въ данномъ случаѣ. Въ удаленныхъ трубахъ наблюдается только гиперемія, яичники противъ нормы увеличены немного, но оба съ многочисленными мелкими кистами. У праваго яичника, во время выведенія его, одна наибольшая киста разорвалась. Производство операциі было подобно вышеописанному.

25-го февраля (9-го марта) была *ovariotomia*. Киста объемистая и, нѣсколько дней назадъ, уже 2 раза пунктирована съ цѣлью діагноза и для выпуска жидкости. Прозрачность послѣдней указываетъ на присутствіе простой кисты, но прощупываніе довольно твердыхъ бугровъ на ней, болѣзненность при пальпаціи и замѣтная кахексія привели къ предположенію, что въ данномъ случаѣ опухоль злокачественная (*cysto-carcinoma*).

По вскрытіи брюшины вытекло небольшое количество асцитической жидкости. Въ верхней периферіи опухоли найдена приросшая петля кишки и сальника, которые были отсепарованы рукой. Киста пунктирована троакаромъ и содержимое ея на этотъ разъ темнаго кровянистаго цвѣта. Жидкости вытекло около литра. Отверстіе кисты зажато Нелятоновскими пинцетами и послѣ того произведена рукой отсепаровка кисты по всей ея периферіи. Опухоль выведена въ рану и на ножку ея другъ надъ другомъ наложены два жома-

пинцета, между которыми ножка и перерѣзана. При попыткѣ удалить опухоль изъ полости живота оказалось, что киста, отдѣленная справа, была сросшаяся довольно тѣсно еще съ кистой лѣвой стороны. Отсепарованная и отрѣзанная въ мѣстѣ плотнаго соединенія правая киста была удалена. Ножка лѣвой кисты также перерѣзана между двумя жомами и, по удаленіи опухоли, подъ жомами-пинцетами съ обѣихъ сторонъ наложены по двѣ двойныя лигатуры.

Полость таза, какъ это обыкновенно дѣлается передъ сшиваніемъ брюшинной раны, довольно тщательно вытерта губкой съ крѣпкимъ растворомъ карболовой кислоты.

По словамъ *Lucas Championniere'a*, онъ ни разу не наблюдалъ признаковъ отравленія кислотой, не смотря на довольно обширныя обтиранія ею раненыхъ поверхностей.

Операция продолжалась болѣе часу. Бугристость вынутыхъ опухолей обуславливалась вторичными меньшими кистами. Никакой злокачественности не оказалось.

Справа киста найдена въ трубѣ, въ яичникѣ и въ широкой связкѣ, а слѣва въ трубѣ и яичникѣ.

Въ тотъ же день произведена была *fixatio renis mobilis (Nephrorraphia)*. Прежде всего наружными приемами почка приведена была на мѣсто и фиксирована рукой помощника. Затѣмъ сдѣланъ разрѣзъ покрововъ живота нѣсколько кзади отъ лѣвой маммиллярной линіи.

Разрѣзомъ нечаянно была вскрыта брюшина, рана которой тотчасъ же была сшита кетгутонъ.

Разрѣзъ въ глубинѣ направленъ дальше кзади. Подойдя къ почкѣ, черезъ заднюю ея периферію проведены поперекъ, по направленію сверху внизъ, три лигатуры. Концы этихъ лигатуръ иглой *Lambdin'a* проведены черезъ края мускульной раны и завязаны. Послѣ того еще положенъ одинъ этажъ швовъ на мускулы и апоневрозъ и, наконецъ, уже сшита кожная рана.

Затѣмъ видѣлъ еще три операциі *salpingo-oophorectomiae* уже въ маѣ 20-го (1-го іюня) и въ началѣ іюня 3-го (15-го). Производство операций было подобно вышеописаннымъ.

6-го (18-го) іюня, во время моего прощальнаго визита, благодаря любезному позволенію профессора, я выписалъ изъ дневной книги дополнителныя свѣдѣнія относительно большихъ гинекологическихъ операций, бывшихъ въ настоящемъ году.

Считая съ начала академическаго года, было 44 операциі, а съ начала настоящаго года по 6-е (18-е) іюня—33.

По 1-е января новаго стиля въ послѣдніе мѣсяцы прошлаго года произведено было:

ovariotom'іи	3	} Послѣ операциі у всѣхъ выздоровленіе.
oophorectom'іи	1	
salpingo-oophorect.	5	
hysterectom'іи	9	

Въ настоящемъ году—

12-го января. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю дермоидной кисты ovarii sinistri et fibrom. ovar. dext. Операция— $\frac{3}{4}$ часа. Больная выписалась здоровой 8 февраля (т. е. на 27 день или чрезъ 4 нед.).

Въ тотъ же день. *Salpingo-oophorect unilat.*, по случаю cysta sanguin. ovar. et atroph. tubarum. Операция 50 мин. Больная выписалась здоровой 8 февраля (чрезъ 4 нед.).

15-го января. *Salpingo-oophorectom. duplex*, по случаю oophoritis duplex et cysta sanguin. sinist. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоровой 9 марта (чрезъ 7 недѣль).

26-го янв. *Ovariectomy*, по случаю cysta ovar. cum tumore fibr. Часть послѣдней осталась неудаленной. Опер. 1 часъ 25 м. Больная выписалась здоровой 2 марта (чрезъ 5 нед. и 1 день).

2-го февр. *Salpingo-oophorect. unilater.*, salpingit et oophor. sinistra cum adhaesion. Опер. 30 м. Больная выписалась здоров. 6 марта (чрезъ 4 нед. 4 д.).

9-го февр. *Salpingo-oophorect. duplex*,—salping.-oophoritis. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здор. 20 марта (чрезъ 5 нед. 4 д.).

— *Salpingo-oophorectom. duplex*, по случаю haemotosalpinx et oophoritis. Опер. 3 часа. Больная выпис. здоров. 22 марта (5 н. 6 д.).

16-го февр. *Ovariectomy*, по случ. cysta ovarii sinistra cum adhaesion. Опер. 35 м. Больная выпис. здоров. 13 марта (3 н. 4 д.).

23-го февр. *Salpingo-oophorectom. dupl.*, по случаю haemotosalpinx dupl. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 27 марта (4 нед. 5 д.).

— *Salpingo-oophorect. duplex*, по случаю приращенія яичниковъ и трубъ въ глубинѣ таза. Опер. 50 м. Больная выпис. здоров. 10 апрѣля (6 нед. 3 д.).

2-го марта. *Oophorectomia duplex*, по случаю двухсторонняго воспал. яичниковъ. Опер. 50 м. Больная выпис. здоров. 3 апрѣля (4 н. 4 д.).

9-го марта, *Ovariectomy duplex*, по случаю cystae ovariorum et ligam. lati. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 10 мая (2 м. 1 д.).

12-го марта. *Punctio cystae*, по случаю cysta multiplex ovarii sinist. Опер. 50 м. Больная выпис. здоров. 13 апрѣля (4 н. 4 д.).

16-го марта. *Ovariectomy sinistra*,—cysta multiplex ovarii sinist. Опер. 30 м. Больная выпис. здоров. 11 апр. (3 н. 5 д.).

13-го апр. *Salpingo-oophorect. duplex*,—cystae ovarii dextri; слѣва яичникъ закрученъ, атрофированъ и съ фибромой. Опер. 45 м. Больная умерла 15 апр. (Вслѣдствіе asystol. cordial.).

— *Salpingo-oophorectomia*, по случаю cysta ovarii. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 14 мая (4 н. 3 д.).

20-го апр. *Salpingo-oophorectomia*,—по той же причинѣ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ. Опер. 25 м. Больная выпис. здоров. 16 мая (3 н. 5 д.).

— *Salpingo-oophorectomia duplex*, по случаю oophoritis duplex. Опер. 1 ч. 5 м. Больная выпис. здоров. 21 мая (4 н. 3 д.).

27-го апр. *Salpingo-oophorectomia unilat.*, по случаю salpingo-oophoritis sinist. Опер. 1 ч. 15 м. Больная выпис. здоров. 23 мая (3 н. 5 д.).

— *Ovariectomy sinist.*, по случаю cysta ovarii. Опер. $\frac{1}{4}$ часа. Больная выпис. здоров. 18 мая (через 3 нед.).

28-го апр. *Salpingo-oophorectomia duplex*, по случаю oophoritis duplex. Слѣва oophoritis suppurat. Опер. 50 м. Больная еще наход. въ клиникѣ.

4-го мая. *Salpingo-oophorect. unilat.*, по случаю salping. suppur. et oophoritis. sinistra. Опер. 55 м. Больная выпис. здоров. (3 н. 5 д.).

— *Ovariectomy dext.*, — cysta ovarii cum adhaesione. Опер. 1 часъ. Больная выпис. здоров. 3 іюня (4 н. 2 д.).

11-го мая. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю oophor. duplex cum adhaes. Опер. 45 м. Больная еще въ клиникѣ.

— *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю salpingo-oophoritis. Оп. 25 м. Больная выпис. здоров. 5 іюня (3 н. 4 д.).

21-го мая. *Ovariectomy sinist.*, по случаю cysta ovarii cum asciti. Опер. 40 м. Больная выпис. здоров. 12 іюня (3 н. 1 д.).

25-го мая. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю oophoritis duplex cum adhaesione. съ лѣв. стор. Опер. 45 м. Больная еще въ клиникѣ.

1-го іюня. *Salpingo-oophorect. dupl.*, по случаю oophor. Опер. 30 мин. Больная еще въ клиникѣ.

— *Salpingo-oophorectomia dupl.*, по случаю fibromы corpor. uteri; яичники кистовидно перерожденные. Опер. 50 м. Больная еще въ клиникѣ.

8-го іюня. *Salpingo-oophorectomia duplex*, по случаю oophoritis cum adhaesione. Сальн. также прирощенъ. Опер. 50 м. Больная еще въ клиникѣ.

— *Ovariectomy duplex*, по случаю cystae ovarior. Опер. 30 м. Больная еще въ клиникѣ.

15-го іюня. *Salpingo-oophorectomia unil.*, по случаю tumor ovarii cum asciti. Опер. 55 м. Больная въ клиникѣ.

— *Salpingo-oophorect. duplex*, по случаю oophoritis dupl. et fibromioma передней стѣн. матки. Опер. 45 м. Больная еще въ клиникѣ.

И такъ въ настоящемъ году по 6 (18) іюня было произведено:

Salp. oophorect.	23—1 смер.
ovariotomy.	9
oophorectomy.	1

Я нарочно дѣлаю здѣсь выписку изъ дневной книги съ краткими подробностями, помѣченными такъ, чтобъ наглядно показать, кромѣ голыхъ цифръ операцій, и выздоровленія. При этомъ правильнаго соотношенія между продолжительностью операціи и временемъ выздоровленія не замѣчается. По отношенію къ операціи, продолжительность выздоровленія оказывается дольше послѣ salpingo-oophorect. (отъ $3\frac{1}{2}$ нед. до 2 м. среднимъ числомъ, около 5 недѣль) и замѣтно меньше послѣ ovariectomy (отъ 3 н. до 5 нед., причѣмъ средняя продолжительность=4 недѣлямъ).

Вообще, послѣ лапаротоміи выздоровленіе наступаетъ всего чаще въ теченіе 4 недѣль. Смертность послѣ чревосѣченій за настоящій годъ въ клиникѣ *Lucas Championniere*'а была ничтожна,—на 44 операціи 1 случай смерти, т. е. $\approx 2,28\%$.

Въ заключеніе приношу мою искреннюю глубокую благодарность глубокоуважаемымъ профессорамъ *Terrillon*'у и *Lucas-Championniere*'у за ихъ любезное отношеніе ко мнѣ.

Вообще я долженъ сказать, что французскіе профессора-медики чрезвычайно любезны къ иностраннымъ врачамъ и съ большою готовностью дѣлятся своей опытностью и знаніемъ.

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

Съ Высочайшаго соизволенія Государыни Императрицы, Августѣйшей Покровительницы Россійскаго Общества Краснаго Креста, въ кассахъ всѣхъ учрежденій Общества Краснаго Креста въ Имперіи открывается приѣмъ пожертвованій на помощь населенію въ губерніяхъ, пострадавшихъ отъ неурожая. Всѣ пожертвованія будутъ направляться Главнымъ Управленіемъ Общества и всѣми учрежденіями въ губерніяхъ, на кои распространился неурожай,—въ учрежденія Общества тѣхъ губерній, которыя нуждаются въ помощи, а этими послѣдними будутъ организованы, съ вѣдома и съ участіемъ мѣстной администраціи и духовенства, попечительства Краснаго Креста для оказанія помощи нуждающемуся населенію наиболѣе соотвѣтственными способами, по выработанному на мѣстахъ плану, при непремѣнно личномъ участіи въ этомъ распредѣленіи членовъ попечительства. Впредь до поступленія пожертвованій Главное управленіе отчислило изъ своего запаснаго капитала 165,000 р. и предложило мѣстнымъ учрежденіямъ Общества сдѣлать такія же отчисленія въ мѣрѣ ихъ средствъ.



ЖУРНАЛЪ

РУССКАГО ОБЩЕСТВА

ОХРАНЕНІЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ

Выходитъ ежемѣсячно—въ размѣрѣ отъ 4 до 5 печатныхъ листовъ въ мѣсяцъ. Научные доклады, сообщенія и протоколы засѣданій всѣхъ секцій Общества: 1) Біологической секціи, 2)—статистической, эпидеміологіи и медицинской географіи, 3)—общественной и частной гігіены, 4)—гігіены школьнаго дѣтскаго возрастовъ, 5)—бальнеологіи и климатологіи.

Содержаніе №№ 8—9 (августъ, сентябрь) «ЖУРНАЛА»: **Д-ръ Кольцовъ:** «О зараженіи бугорчаткою при еврейскомъ обрядѣ обрѣзанія». **Проф. Пастернацкій:** «По поводу статьи д-ръ Кольцова». **Отчетъ комисіи** по вопросу объ упорядоченіи еврейскаго способа обрѣзанія». **Проф. Хволосонъ:** «Объ обрядѣ высосыванія при обрѣзаніи у евреевъ». **Д-ръ Яновичъ-Гаинскій:** «Объ орѣзаніи у магометанъ и антисептика при этомъ обрядѣ». **Д-ръ Пурицъ:** «Къ вопросу о мѣрахъ къ упорядоченіи еврейскаго обрядъ обрѣзанія». **Г. Хлопинъ:** «Результатъ изслѣдованія 7 образцовъ карболовыхъ мылъ». **Д-ръ Никольскій:** «Мед.-санит. отдѣлъ научно-промышл. выставки въ Казани». **Д-ръ Смоленскій:** «Обзоръ новѣйшихъ работъ по дезинфекціи». **Статистическія данныя** о потребности русскаго народа въ хлѣбѣ и мѣры борьбы съ неурожаемъ. **Журналъ засѣданія** I секціи Общества (по вопросу объ обрѣзаніи). Рефераты. Храника.

Редакторъ пр.-доцентъ **А. Линскій.**

Подписка принимается въ редакціи «Журнала»—С.-Петербургъ, Лиговка, д. № 26.

Подписная цѣна въ годъ **3 р.**; съ перес. **3 р. 50 к.**

НВ. Желающіе получить „Журналъ“ могутъ извѣщать о томъ редакцію простымъ письмомъ, съ точнымъ обозначеніемъ своего адреса, и „Журналъ“ будетъ имъ высланъ наложеннымъ платежемъ.—Денги до рубля могутъ высылаться почтовыми марками. Объявленія принимаются за плату: страница 8 руб., ¹/₂ страницы 5 руб.
