

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ІЮНЬ 1892, № 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

ХІІ.

*Изъ Надеждинскаго Родовспомогательнаго заведенія
въ С.-Петербургѣ.*

КЪ ЭТИОЛОГИИ РАЗРЫВОВЪ МАТКИ.

Д-ра В. Бекмана.

Къ самымъ опаснымъ случайностямъ при родахъ, съ которыми акушеръ можетъ имѣть дѣло, принадлежать разрывы матки. Не смотря на успѣшное развитіе ученія о разрывахъ матки въ послѣдніе 15 лѣтъ, мы, къ несчастью, еще не въ состояніи въ каждомъ случаѣ предвидѣть разрывъ. Только въ случаяхъ, соотвѣствующихъ теоріи *Bandl'*я, мы въ самомъ дѣлѣ можемъ предсказать при извѣстныхъ условіяхъ разрывъ, хотя и здѣсь индивидуальныя мотивы играютъ важную роль.

До появленія знаменитой монографіи *Bandl'*я (*Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. Wien 1875*)—если оставить въ сторонѣ объясненія разрывовъ движеніями плода въ прошломъ столѣтіи—акушеры знали два рода причинъ разрыва: во первыхъ пространственныя несоотвѣтствія между подлежащею частью плода и тазомъ, чаще всего узкій тазъ, поперечное положеніе и *Hydrocephalus*,

во вторыхъ предрасположеніе маточной ткани къ разрыву. *Bandl* самымъ тщательнымъ образомъ обработалъ и защищалъ первую категорию причинъ разрыва. По его механической теоріи разрывы происходятъ въ большинствѣ случаевъ растяженіемъ и истонченіемъ нижняго сегмента матки, въ которомъ большая или меньшая часть ребенка рождается. Разрывы всегда начинаются въ шейкѣ или въ нижнемъ сегментѣ матки, хотя и могутъ распространяться на тѣло матки. Отдѣльные разрывы тѣла или дна матки по *Bandl* ю крайне рѣдки. Эта теорія была единогласно одобрена наукою и завоевала себѣ въ пей важное мѣсто тѣмъ болѣе, что, представляя извѣстную картину симптомовъ,³ по которымъ во многихъ случаяхъ можно предупредить разрывъ, она подтверждалась анатомическими препаратами.

Bandl въ своей монографіи другихъ причинъ разрыва не признаетъ. Онъ описалъ 32 случая разрыва, которые всѣ были достаточно объяснимы растяженіемъ нижняго сегмента матки.

Подвергая критическому разбору старинную казупстику, *Bandl* старался совершенно вытѣснить всѣми до тѣхъ поръ признанное мнѣніе, допускавшее разрывъ матки вслѣдствіе предрасположенія маточной ткани къ разрыву. Тѣмъ не менѣе еще и до появленія работы *Bandl*'я и послѣ того мы находимъ массу описаній разрывовъ, не могущихъ быть объясненными механическою теоріею. Это привело новѣйшихъ авторовъ къ выводу, что помимо чрезмернаго растяженія шейки, должно еще допустить возможность предрасположенія маточной ткани къ разрывамъ, такъ какъ въ данныхъ случаяхъ, при нынѣ существующихъ способахъ изслѣдованія, иной причины подыскать нельзя. Къ такимъ случаямъ принадлежатъ—всѣ самостоятельные разрывы дна и тѣла матки, съ сохраненіемъ цѣлости шейки; всѣ тѣ роды, при которыхъ не существовало никакихъ препятствій и которые все же привели къ разрыву и, наконецъ, всѣ случаи разрыва при незначительныхъ родовыхъ боляхъ. Подобные случаи описаны многими авторами, а изъ новѣйшихъ авторовъ можно указать на *Kaltenbach*'a, *P. Müller*'a, *Hofmeier*'a и другихъ (сообщеніе *Kaltenbach*'a въ *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Freiburg 1883. Archiv. f. Gynaec. Bd. 22*). Въ своемъ сочиненіи, вышедшемъ въ прошломъ году, *Schultz*

(Orvosi Hetilap 1891 № 15—17 и 19, цитиров. по Centralblatt f. Gyn. 1892 № 1) приходитъ къ тому заключенію, что пространственныя и временныя несоотвѣтствія слѣжать лишь предрасполагающими моментами для разрывовъ матки, а настоящую причину должно искать въ тканевыхъ измѣненіяхъ маточной шейки, а именно: въ рубцахъ и уменьшенной эластичности, происшедшихъ вслѣдствіе предъидущихъ родовъ.

Schultz, слѣдовательно, совершенно расходится съ ученіемъ *Bandl'*я.

Предрасположеніе маточной ткани къ разрывамъ признавалось еще до *Bandl'*я *Schroeder'*омъ, *Klob'*омъ, *Kiwisch'*емъ, *Murphy*, *Scanzoni*, *Simpson* и многими другими извѣстными акушерами. Причемъ какъ на причину подобнаго предрасположенія во многихъ случаяхъ указывали на жировое перерожденіе мышечныхъ элементовъ и на гиперплазію соединительной ткани.

При продольныхъ разрывахъ тѣла матки *Klob* не разъ находилъ подъ серознымъ покровомъ матки цѣлый слой жирно-перерожденной мышечной ткани, толщиною въ 2—5 мм. Явленіе это онъ объяснилъ ранѣе предшествовавшимъ периметритомъ. По его мнѣнію, этотъ периферическій слой, представляющій во время беременности неподатливое мѣсто, лишенное сократительности, образуется изъ разростанія соединительной ткани, происходящаго при периметритѣ и распространяющагося на подсерозную и периферическую соединительную ткань матки. *Scharlau* и *Senfft* у также удалось констатировать болѣе обширное жировое перерожденіе маточной мускулатуры. (*Винкель*, Патологія и Терапія родильнаго періода. Переводъ *Горвица* С.-Пб. 1882).

Биддеръ (Медицинскій Отчетъ С.-Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія за 1877—80, стр. 134 и 141) описалъ случай разрыва матки, гдѣ при вскрытіи оказалось, что вся шейка особенно въ своей верхней части состояла почти исключительно изъ неподатливой рубцовой ткани. Одновременно и брюшина *excavationis vesico et recto-uterinae* соотвѣтственно шейкѣ матки была утолщена, склерозирована. *Биддеръ* указываетъ на тотъ фактъ, что рубцы наружнаго зѣва матки, неизбѣжно встрѣчающіеся у многоорождающихъ, часто простираются за предѣлы зѣва,

распространяясь на всю шейку. Только высшія степени такихъ измѣненій отмѣчаются, между тѣмъ какъ и менѣе обширныя склерозы могутъ оказывать крайне неблагоприятное вліяніе на эластичность и растяжимость шейки.

Въ послѣднее время разрывы матки чаще подвергались микроскопическому изслѣдованію.

Hofmeier описываетъ случай разрыва матки (*Centralblatt f. Gynaec.* 1881), наступившій спустя 3¹/₂ часа послѣ начала родовыхъ схватокъ при седьмой беременности. Разрывъ распространялся отъ наружнаго маточнаго зѣва до дна матки. *Exitus letalis* не смотря на лапаротомію. Тазъ былъ нормаленъ; развитіе плода соответствовало девятимѣсячной беременности; микроскопическое изслѣдованіе ничего не выяснило.

Подобный же загадочный случай описывается *Keller*’омъ (*Centralbl. f. Gynaec.* 1889, № 47). Разрывъ наступилъ во время врѣзыванія головки. Микроскопическое изслѣдованіе опять безъ результата.

Въ прошломъ году опубликована прекрасная работа *Алексенко* (*Журналъ акуш. и женск. болѣзней* 1890, № 6) изъ клиники *Славянскаго*. Описанъ и изслѣдованъ очень интересный случай разрыва матки.

Роженица 29 лѣтъ отъ роду, беременна во 2 разъ, первый разъ родила десять лѣтъ тому назадъ безъ медицинской помощи. Второе черепное положеніе, задній видъ. Ходъ родовъ до врѣзыванія правильный. Врѣзываніе протекало медленно, на высотѣ одной изъ схватокъ роженица почувствовала сильныя боли въ правой сторонѣ живота. Схватки сразу прекратились. Обморокъ, нитевидный пульсъ, одышка. Извлеченіе головки щипцами. Послѣдъ извлеченъ рукою, причемъ былъ констатированъ разрывъ матки въ правой сторонѣ, проникающій въ рыхлую тазовую кѣтчатку, пропитанную жидкою кровью и наполненную кровяными сгустками. Смерть въ коллапсѣ. Вскрытіе обнаружило продольный разрывъ, который шелъ, начиная отъ наружнаго зѣва, вверхъ на 15 сант. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ матки опредѣленъ былъ хроническій интерстиціальныи метритъ. При этомъ была найдена гиперплазія сильно развитой соединительной ткани въ слояхъ, расположенныхъ ближе къ слизистой оболочкѣ. Волокнистая, богатая веретенообразными кѣтками соединительная ткань пролегалла довольно широкими слоями не только между цѣлыми кучками мышечныхъ кѣтокъ, но въ нѣкоторыхъ мѣстахъ и между отдѣльными элементами, которые въ то время представляли безпорядокъ въ своемъ расположеніи.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію мною наблюденнаго случая разрыва матки, мнѣ хочется привести еще

одинъ случай, который также представился наблюденію въ нашемъ Родовспомогательномъ Заведеніи. Онъ описанъ *Биддеромъ* и во многихъ отношеніяхъ схожъ съ случаемъ, мною разбираемымъ (Медиц. Отчетъ Спб. Родовспомогательнаго Заведенія за 1873—76 г., стр. 58).

Разрывъ матки произошелъ у роженицы, имѣющей 36 лѣтъ отъ роду, 7 разъ беременной. Прежнія беременности, роды и послѣдовыя періоды протекали нормально. Тазъ достаточно широкъ (32, 29¹/₂, 27, 20¹/₂). По истеченіи 14 часовъ послѣ начала родовъ родился здоровый мальчикъ въ первомъ затылочномъ положеніи, вѣсомъ 3480 grm. Вскрѣвъ послѣ того безъ видимой причины появилось маточное кровотеченіе и при хорошо сократившейся маткѣ наступилъ коллапсъ съ исчезновеніемъ пульса; лицо осунулось, зѣвота, тошнота, рвота, затрудненное дыханіе. Послѣдъ выжать по *Credé*, при чемъ вышель ступокъ крови величиною съ дѣтскую головку; затѣмъ при постоянномъ наблюденіи за маткою давали всевозможныя возбуждающія. Спустя нѣсколько часовъ всѣ явленія утихли, пульсъ поднялся, дыханіе свободнѣе, обмороки исчезаютъ.

Первый день послѣродоваго періода проходитъ благополучно при умѣренныхъ послѣродовыхъ схваткахъ; на второй день начинается чувствительность живота и вздутіе въ правой подвздошной области, указывающее на начало общаго перитонита. Внутреннее изслѣдованіе показало, что съ правой стороны матки, при смѣщеніи ея влѣво и вверхъ, прощупывалась разлитая опухоль, сначала мягкая, впослѣдствіи болѣе твердая. Съ 6-го дня температура постепенно падала, пульсъ учащался и на 10 день родильница умерла.

Принимая во вниманіе совершенно правильные роды, нормальный тазъ, хорошую сократительность матки и отсутствіе поврежденій шейки трудно было распознавать разрывъ матки. Всѣ сомнѣнія исчезли только при наблюденіи послѣродоваго періода. При вскрытіи нашли разрывъ длиною въ 6 сан., соответствующій почти вполнѣ правому краю матки. Вся правая подвздошная впадина выравнена, ея брюшинный покровъ въ видѣ подушки приподнятъ отъ подлежащаго мышечнаго слоя и выполненъ грязно-кровоянистой вонючей жидкостью, которая проникла вверхъ, позади *coecum et colon ascendens*, до нижняго края правой почки, внутрь до корня брыжейки и кнаружи до *crista ilei* и до наружнаго края *colon ascendens*, внизъ до малаго таза.

Этіологія этого случая осталась невыясненной, какъ въ началѣ и этіологія моего случая, который и привожу:

Е. Е., 32 лѣтняя незамужняя кухарка, поступила 27 ноября 1891 г. въ 12 ч. 25 м. ночи въ Родовспомогательное Заведеніе. Рожала 6 разъ благо-

получно. Последніе роды 3 года тому назадъ. Крови получила на 16 г., опѣ были всегда правильны черезъ 3 недѣли по 3 дня. Время послѣднихъ регулъ и перваго движенія плода—не помнитъ. Родовыя боли начались 26 ноября въ 2 часа дня.

Тѣлосложеніе среднее, анемична. Температура 37,9, пульсъ 70. Окружность живота 101 цент. Размѣры таза нормальны: Dist. tr. 32, crist. 27, spin. 25, conj. ext 21. Спинка плода вправо, мелкія части слѣва, сердцебіеніе справа ниже пупка. Зѣвъ открытъ на 2¹/₂ пальца, предлежитъ головка большимъ сегментомъ во входѣ таза. Пузырь цѣль, переднихъ водъ мало. Малый родничекъ вправо и кзади, стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ діаметрѣ.

Боли были довольно сильны. Въ часъ ночи воды прошли и матка была вполне открыта. Головка вступила въ полость таза, стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ. Около четырехъ часовъ сердцебіеніе плода исчезло, родовыя боли прекратились. Общее состояніе роженицы значительно измѣнилось, пульсъ былъ слабый и частый (за 100). Головка стояла стрѣловиднымъ швомъ въ поперечномъ размѣрѣ въ нижней части полости таза, большой родничекъ нѣсколько ниже малаго. Сердечные тоны матери были слабы, но чисты, дыханіе ускорено. Наложены щипцы, нѣсколькими несильными тракціями легко извлечена головка. Дѣтское мѣсто удалено по *Credé*. Во время операціи больная получила незначительное количество хлороформа. Мертворожденный мальчикъ 3800 grm. вѣсомъ; длина 49 цент., окружность головки 35 ц., діаметръ прямой 11, больш. косою 13, мал. косою 10, больш. поперечный 9 цент. Размѣръ плечиковъ 11, ягодницъ 8 цент.

Состояніе матери послѣ родовъ не улучшалось, пульсъ въ art. radial. не прощупывался. Было впрыснуто нѣсколько шприцовъ мускусу и эфиру. Время отъ времени появлялось кровотеченіе: матка, не контролируемая рукою, имѣла склонность къ расслабленію, послѣднее каждый разъ сопровождалось кровотеченіемъ. Было сдѣлано нѣсколько вливаній раствора поваренной соли. Примѣненные пособія все таки оказались безъ успѣха. Не смотря на то, что ходъ родовъ не далъ повода предположить разрывъ матки, теперь сдѣлано было изслѣдованіе per vaginam; послѣднее ничего не выяснило. Къ этому времени больная оправилась, матка вслѣдствіе двойнаго придавленія одной рукою снаружи, другой со свода влагалища хорошо сократилась. Въ шейку вложенъ тампонъ іодоформенной марли.

Дальнѣйшій ходъ болѣзни слѣдующій. Больная на первый день послѣ родовъ находилась въ сносомъ состояніи; она была безъ болей, пульсъ былъ малый, но не ускоренный, температура была субнормальна. Наружнаго кровотечения не было. Когда на второй день тампонъ изъ матки былъ удаленъ, началось не сильное, но продолжительное кровотеченіе изъ половыхъ частей. Теперь изслѣдованіемъ полости матки обнаруженъ былъ разрывъ задней стѣнки матки, почему снова матка была затампонирована. Кровотеченіе остановилось. На третій день явились сильныя боли въ животѣ, отрыжки, икота. На пятый день больная умерла съ явленіями перитонита.

Вскрытіе 2 декабря 1891 г. черезъ 25 часовъ р. m. (д-ръ Чошинъ).

Средняго роста, хорошаго питанія, правильно развитая женщина. Животъ немного вздутъ, напряженъ. Кожа очень блѣдна, съ грязновато-желтоватымъ оттѣнкомъ. Не особенно сильное трупное окоченѣнiе на конечностяхъ.—Расположеніе брюшныхъ внутренностей правильное. Въ полости брюшины чрезвычайно большое количество темныхъ рыхлыхъ свертковъ крови и такой же жидкой крови; количество крови въ нижней половинѣ мѣшка брюшины гораздо болѣе чѣмъ въ верхней. У нижняго края поперечной ободочной кишки на кровяныхъ сверткахъ лежатъ нѣсколько мелкихъ ключевъ *verrucae caseosae*; лежатъ они свободно на поверхности сальника, не будучи замкнуты въ кровяныхъ сверткахъ. Брюшныя внутренности склеены другъ съ другомъ и съ переднею брюшною стѣнкою свернувшейся кровью. Листки брюшины довольно значительно имбобированы кровью; они довольно мутны, утолщены во многихъ мѣстахъ; кромѣ имбобирціи кровью замѣтно на нихъ и налитіе кровью, затѣмъ всюду подъ слоями кровяныхъ свертковъ и между послѣднимъ замѣтенъ слой рыхлаго фибринознаго выпота, вообще тонкій и мало окрашенный кровью.

Матка достаточно сокращена, но стоитъ высоко; верхняя треть ея тѣла еще находится надъ входомъ таза; она наклонена немного вправо и правымъ краемъ впередъ; широкія связки съ трубами и яичниками лежатъ въ подвздошныхъ ямахъ. *Excavatio recto-uterina* сплошь занята кровяными свертками и жидкою кровью.—Въ задней стѣнкѣ матки большой зияющій разрывъ съ широко разошедшимися краями.

Матка вообще хорошо сокращена; на серозѣ ея мутность и имбобирціи кровью и слой фибринознаго выпота; стѣнки тѣла матки толсты; мышечная ткань ихъ довольно плотна и очень блѣдна, отличается особеннымъ блѣдо-желтоватымъ цвѣтомъ и сальнымъ блескомъ поверхности разрыва.

Разрывъ находится на задней стѣнкѣ шейки и тѣла матки; нижній конецъ его находится на срединной линіи задней стѣнки шейки почти у самаго края задней губы; верхній конецъ разрыва находится на задней стѣнкѣ тѣла матки въ разстояніи 3-хъ сантиметровъ ниже отъ мѣста отхожденія лѣвой яичниковой связки. Разрывъ начиная снизу вверхъ идетъ сначала по срединной линіи задней стѣнки шейки, потомъ около половины ея длины онъ начинаетъ уклоняться влѣво и начиная съ внутренняго зѣва идетъ уже по лѣвой сторонѣ задней стѣнки тѣла матки параллельно лѣвому боку ея и въ разстояніи приблизительно 2 сантиметровъ отъ него. Надъ внутреннимъ зѣвомъ въ нижнемъ сегментѣ матки, представляющемъ наиболѣе тонкое мѣсто, въ толщинѣ стѣнки матки замѣтенъ еще небольшой поперечный разрывъ, перекрещивающій большой продольный, но длина этого разрыва незначительная; на каждомъ изъ краевъ продольнаго разрыва онъ не превышаетъ длины въ 1 сантим.

Длина большого продольнаго разрыва равна 15 сантиметрамъ, изъ которыхъ 8 приходится на шейку и 7 на тѣло матки; края разрыва далеко отстоятъ другъ отъ друга и вообще довольно ровные; стѣнка тѣла матки на краяхъ разрыва очень толста и тотчасъ надъ внутреннимъ зѣвомъ представляетъ (со стороны внутренней поверхности) довольно большое выпя-

чваніе яйцевидной формы, похожее на первый взглядъ на то, какъ будто въ стѣнкѣ здѣсь находится межуточная фиброма, но на самомъ дѣлѣ зависящее отъ большой межуточной гематомы въ среднемъ слоѣ мышечной ткани; подобная же межуточная гематома замѣтна и въ мышечномъ веществѣ стѣнки шейки матки но здѣсь она меньшихъ размѣровъ и болѣе разлитая. — Внутренняя поверхность тѣла матки представляетъ обычные послѣродовыя измѣненія; плацентарное мѣсто на передней стѣнкѣ, сосуды его хорошо закупорены. Шейка широка и длинна; на слизистой оболочкѣ канала ея имбобіція кровью и свѣжія ссадины; кромѣ того слѣды небольшого хроническаго катарра и довольно порядочное количество мелкихъ рубцовъ. Губы матки очень коротки съ сильно зазубренными краями.

Большое кровоизліяніе въ параметральной клѣтчаткѣ лѣвой стороны и между пластинками лѣвой широкой связки.

Трубы и широкія связки особенныхъ уклоненій не представляютъ. — Лѣвый яичникъ налитъ кровью, поверхность его довольно плотна, морщиниста; онъ заключаетъ желтое тѣло. Правый яичникъ немного увеличенъ; поверхность его плотна и довольно гладкая; заключаетъ довольно большую серозную кисту въ миндальный орѣхъ величиною; собственно яичниковая ткань налита кровью, сочна и мутновата. Въ верхней части рукава матки измѣненій нѣтъ, мочевоі пузырь также безъ измѣненій.

Почки блѣдны, довольно дряблы, корковый слой нѣсколько утолщенъ. Селезенка немного увеличена, дряблая и блѣдная. Печень нормальныхъ размѣровъ, блѣдная, дрябловата; очертанія долекъ ясны. — Въ кишечникѣ измѣненій нѣтъ. Въ легкихъ блѣдность ткани и острый отекъ. Сердце дрябловато и особенныхъ измѣненій не представляетъ. Въ плеврахъ небольшія скопища темной мутноватой сыворотки.

Полость черепа не вскрыта.

Этіологія этого случая представляетъ значительный интересъ. Механизмъ родовъ былъ вполнѣ правильный; тазъ нормальной величины. Задній видъ черепного предлежанія уже началъ поворачиваніемъ малаго родничка кпереди переходить въ передній видъ. Разрывъ наступилъ сравнительно рано и совершенно неожиданно во время періода изгнанія плода. Всѣ эти данныя указываютъ на то, что причину разрыва должно искать въ свойствѣ самой матки.

Хотя всѣ шесть предшествовавшихъ родовъ протекли нормально, но тѣмъ не менѣе послѣ нихъ при неблагоприятныхъ обстоятельствахъ общественнаго положенія пациентки могли остаться стойкія измѣненія въ маткѣ. Всѣмъ извѣстно, какъ трудно положеніе незаконно беременной женщины бѣднаго класса; какъ мало онѣ себя берегутъ во время беременности, родовъ и послѣродового періода.

За малыми исключеніями онѣ приходятъ въ Родовспомогательное заведеніе не ранѣе начала родовъ, при чемъ большая часть изъ нихъ является въ родильный покой прямо съ работы. При нормальномъ ходѣ послѣродового періода родильница выписывается на 6 день послѣ родовъ и въ большинствѣ случаевъ тотчасъ-же принимается за свою работу. Все вышесказанное легко можетъ вліять на отклоненія отъ нормальнаго хода послѣродовой инволюціи матки, послѣдствіемъ чего чаще всего бываетъ хроническій метритъ, что со временъ *Scanzoni* подтверждено большинствомъ авторовъ.

Сперва я обратилъ вниманіе на то обстоятельство, не существуютъ ли какіе нибудь дегенеративные процессы въ мускулатурѣ матки, дѣлающіе маточную ткань рыхлою и легко разрываемою. Мнѣ казалось, что на возможность такихъ процессовъ указывалъ бѣло-желтоватый цвѣтъ и сальный блескъ мускулатуры, упомянутые въ протоколѣ вскрытія. Къ сожалѣнію, я не имѣлъ въ своемъ распоряженіи свѣжаго препарата, изслѣдованіе котораго имѣло бы большую цѣнность для опредѣленія жирового перерожденія. Мнѣ пришлось работать надъ препаратомъ фиксированнымъ и уплотненнымъ въ абсолютномъ алкоголѣ. Я изслѣдовалъ куски матки, взятые изъ дна и изъ нижняго ея сегмента вблизи разрыва.

Обработывая препараты метилъ - віолетомъ, іодомъ или іодомъ и сѣрной кислотой, я не нашелъ амилоиднаго перерожденія.

При изслѣдованіи свѣжихъ срѣзовъ въ глицеринѣ я нашелъ зернистое помутнѣніе протоплазмы мышечныхъ волоконъ. Помутнѣніе это просвѣтлялось при воздѣйствіи на него разведенной уксусной кислоты, чѣмъ доказывалась бѣлковая натура зеренъ и бѣлковое перерожденіе мышечной ткани. Подобное-же помутнѣніе протоплазмы и неясно обозначенныя клѣточные ядра наблюдались и на окрашенныхъ препаратахъ.

Мнѣ совершенно не удалось отыскать жировыя капли въ клѣткахъ даже при помощи окрашиванія препарата осміевою кислотой. Но такъ какъ препаратъ былъ обработанъ крѣпкимъ алкоголемъ, который, какъ извѣстно, растворяетъ жиры, то это обстоятельство, можетъ быть, имѣетъ менѣе значенія.

Тутъ кстати нахожу не лишнимъ упомянуть о фактѣ, объясненіе котораго оставлю пока не рѣшеннымъ. Я нашелъ во многихъ мѣстахъ сръзовъ пустоты различной величины и различныхъ формъ. На периферіи этихъ пустотъ находились прозрачныя клѣтки, а ближе къ центру аморфная зернистая масса. Немного чаще такія пустоты встрѣчались въ препаратахъ, обработанныхъ эфиромъ, хлороформомъ или уксусной кислотой. Пустоты эти произвели на меня впечатлѣніе, что онѣ не произошли искусственнымъ путемъ, скорѣе же можно принять, что онѣ образовались вслѣдствіе того, что ткань растворилась подъ вліяніемъ реактивовъ (алкоголь, эфиръ etc.), каковое обстоятельство указываетъ на особенное измѣненное свойство ткани этихъ мѣстъ.

Констатировавъ паренхиматозное, бѣлковое перерожденіе мышечныхъ волоконъ матки, я долженъ замѣтить, что врядъ ли это перерожденіе перешло нормальныя границы. Моя пациентка умерла на 5 день послѣродового періода, т. е. тогда, когда фізіологическая инволюція матки уже началась. Къ сожалѣнію, наши познанія касательно анатоміи послѣродовой инволюціи матки очень ограничены. *Heschl* (цитир. по *Schröder*, *Lehrbuch der Geburtshilfe* XI Aufl. bearbeitet von *Olshausen* und *Veit* 1891 pag 263) предполагаетъ гибель всѣхъ мышечныхъ волоконъ посредствомъ жирового перерожденія. По *Kölliker*'у большинство волоконъ не погибаетъ, а подвергается обратному развитію при помощи частичной атрофіи и только ограниченное число волоконъ всасывается окончательно.

Sänger, *Luschka* и *Robin* говорятъ, что мышечныя волокна уменьшаются въ размѣрахъ вслѣдствіе частичнаго жирового перерожденія и всасыванія, но не погибаютъ.

Важнѣе, чѣмъ результатъ изслѣдованія перерожденія матки, представляется другое явленіе, касающееся структуры ея.

Стѣнка матки уже при вскрытіи оказалась очень плотною. На сръзѣ уплотненнаго куска макроскопически, а еще лучше съ помощью лупы замѣтенъ нѣжно-дольчатый рисунокъ. Сѣро-розовая поверхность сръза представляется раздѣленною при посредствѣ довольно широкихъ бѣлосоватыхъ цуговъ ткани на цѣлую систему отдѣльныхъ участковъ. На другихъ же мѣстахъ можно замѣтить цѣ-

лый рядъ наслоеній бѣлесоватыхъ и розовато-сѣрыхъ слоевъ. По всему препарату видно, какъ отъ широкихъ свѣтлыхъ тканевыхъ пучковъ отдѣляются болѣе тонкіе такого же бѣлесоватаго цвѣта отростки, идущіе въ сѣро-розовую мышечную основу. Въ то время какъ срѣзы изъ дна матки показали вышесказанное подраздѣленіе на двѣ совершенно различно окрашенные ткани—соединительную и мышечную, макроскопическое изслѣдованіе ткани шейки указало на болѣе тѣсное смѣшеніе этихъ двухъ видовъ ткани, причемъ повсюду преобладала болѣе сѣро-бѣловатая окраска. Тѣмъ не менѣе при болѣе точномъ разсматриваніи и здѣсь можно было доказать наслоеніе resp. долчатый рисунокъ, хотя здѣсь бѣлесоватая соединительная ткань преобладала въ значительной степени. Кромѣ того ткань шейки и нижняго сегмента матки вблизи разрыва была пропитана красящимъ веществомъ крови или же разрушена кровоизліяніями.

Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило вполне результаты, полученные при помощи макроскопическаго изслѣдованія: микроскопъ показалъ сильно выраженный и распространенный интерстиціальныи метритъ.

Микроскопически изслѣдовались срѣзы какъ неокрашенные, заключенные въ глицеринъ, такъ и окрашенные. Окраска производилась при помощи квасцоваго гематоксилина или пикро-лигитонъ-кармина. Особенно хорошіе препараты получались послѣднимъ способомъ окраски. Вся ткань представлялась пронизанною волокнистою, богатою ядрами соединительною тканью, раздѣляющею мускулатуру на мелкіе пучки. Отъ широкихъ соединительно-тканыхъ цуговъ отходятъ болѣе тонкія полосы въ мышечные пучки, раздѣляя эти послѣдніе на еще болѣе мелкіе участки. Эти тонкія соединительно-тканые полосы проникая въ самые мелкіе мышечные пучки часто раздѣляютъ отдѣльныя клѣтки или-же группы, состоящія изъ 2—3 клѣтокъ. Подобное сильное развитіе соединительной ткани встрѣчается какъ въ днѣ матки и въ ея нижнемъ сегментѣ, такъ и въ шейкѣ; въ послѣдней оно выражено въ болѣе сильной степени. Нельзя сказать, чтобы въ процессъ участвовали преобладающимъ образомъ мышечные слои, прилегающіе къ слизистой оболочкѣ или къ брюшинѣ. Въ данномъ случаѣ можно принять скорѣе,

что имѣемъ дѣло съ разлитымъ процессомъ, достигшимъ на различныхъ мѣстахъ различной степени развитія. Мѣстами попадались обильныя скопленія соединительной ткани, расположенныя ближе къ брюшинному покрову, но чаще встрѣчались подобныя соединительно-тканныя скопища въ центрѣ маточной стѣнки или же въблизи слизистой оболочки. При изслѣдованіи цѣлаго ряда послѣдовательныхъ срѣзовъ я не могъ констатировать равномернаго развитія процесса. За рядами послѣдовательныхъ срѣзовъ съ сильнымъ развитіемъ соединительной ткани слѣдовали ряды съ менѣе выраженнымъ процессомъ. За то всюду выступало скопленіе соединительной ткани вокругъ кровеносныхъ сосудовъ, количество которыхъ было увеличено. Въ мѣстахъ наиболѣе пораженныхъ, какъ то въ нижнемъ сегментѣ матки и во многихъ мѣстахъ дна матки, гдѣ, какъ выше было указано, соединительно-тканныя полосы пронизывали даже отдѣльные мышечные элементы, болѣзненный процессъ былъ настолько сильно развитъ, что количество соединительной ткани равнялось количеству мышечныхъ элементовъ.

Обработывая неокрашенные срѣзы концентрированной уксусной кислотой (подъ покровнымъ стекломъ), я получилъ самую ясную картину развитія соединительно тканыхъ элементовъ. При кратковременномъ дѣйствіи кислоты растворялись лишь клѣточные элементы, при чемъ ясно обрисовывалась цѣлая сѣть соединительно-тканыхъ волоконъ, которыя подъ дальнѣйшимъ дѣйствіемъ кислоты также растворялись, оставляя нерастворенными однѣ лишь эластическія волокна. Число этихъ эластическихъ волоконъ было противъ нормы увеличено.

Что касается продолжительности процесса, то въ данномъ случаѣ, по моему мнѣнію, мы имѣемъ дѣло съ хроническимъ интерстиціальнымъ метритомъ еще незаконченнымъ. Хотя въ болѣе толстыхъ соединительно-тканыхъ полосахъ волокна были довольно толсты и число клѣтокъ ограничено, что указываетъ на давность процесса, за то болѣе тонкія соединительно-тканныя полосы содержатъ массу веретенообразныхъ и круглыхъ клѣточекъ, волоконца же тутъ очень тонкія, изъ чего можно заключить, что процессъ еще прогрессируетъ. Кромѣ того находимъ

во многихъ мѣстахъ скопленія круглыхъ клѣточекъ—мелко-клѣтчатая инфильтрація.

Все вышесказанное достаточно выясняетъ этиологію даннаго случая. Я уже раньше указалъ на то, что интерстиціальнѣй метритъ во многихъ случаяхъ признанъ авторами за основную причину разрыва; но въ большинствѣ случаевъ они не подтвердили этого своего мнѣнія анатомическими изслѣдованіями. И въ новѣйшее время, за исключеніемъ работы *Алексенко*, въ этомъ направленіи находимъ мало анатомическихъ изслѣдованій. Вслѣдствіе этого данный случай заслуживаетъ нѣкотораго вниманія. Вышеуказанное чрезмѣрное развитіе соединительной ткани должно было повлечь за собою уменьшеніе эластичности маточной ткани. Соединительная ткань легко рвется подъ вліяніемъ часто повторяющихся и продолжительныхъ растяженій. Въ подобныхъ случаяхъ разрывъ наступаетъ помимо механическихъ несоотвѣтствій признаваемыхъ *Bandl*’емъ. Чаше всего разрывъ начинается съ шейки, такъ какъ тутъ во первыхъ ткань матки менѣе толста, во вторыхъ соединительная ткань преобладаетъ. Но и самостоятельные разрывы тѣла или дна матки объясняются присутствіемъ интерстиціального метрита: надо только, чтобъ процессъ былъ сильнѣе выраженъ въ одномъ какомъ нибудь мѣстѣ, чтобы образовать тамъ *locus minoris resistentiae*, который не можетъ противостоятъ маточнымъ сокращеніямъ. Аналогичны съ подобными разрывами—разрывы, происходящіе отъ присутствія рубцовъ, образовавшихся вслѣдствіе предшествовавшаго кесарскаго сѣченія или же вслѣдствіе травматическихъ поврежденій. Часто встрѣчаемъ описанія разрывовъ матки даже еще въ періодѣ беременности, вызванныхъ присутствіемъ рубцовъ (*Kilian*, *Winckel*, *Kaltenbach* и многіе другіе ¹⁾).

¹⁾ Интересенъ случай описанный *Kaltenbach*’омъ (*Archiv für Gynäc.* Band 22). Разрывъ наступилъ послѣ непродолжительныхъ и слабыхъ родовыхъ схватокъ. Случай этотъ вначалѣ казался необъяснимымъ, но послѣдствіи дознано, что у больной раньше былъ оперированъ пузырно-маточный свищъ. Рубецъ, оставшійся послѣ этой операціи, послужилъ исходнымъ пунктомъ разрыва.

XIII.

Из гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

КЪ ВОПРОСУ О ТАМПОНАЦІИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

(Предварительное сообщеніе).

Д-ра М. Ф. Семенскаго.

Профессоръ *Mikulicz*, въ 1886 г., предложилъ свой способъ тампонаціи брюшной полости. Между свойствами такого тампона главную роль играетъ, несомнѣнно, его дренирующее дѣйствіе, и потому тампонація должна разсматриваться какъ усовершенствованный методъ дренажа. На этомъ основаніи я прослѣжу вкратцѣ вопросъ о развитіи дренажа и затѣмъ перейду къ тампонаціи.

Давно уже сознавалась необходимость имѣть въ своемъ распоряженіи средство, могущее удалить изъ брюшной полости все то, что попало туда во время операціи или скопилось тамъ послѣ нея. До этого сознанія довелъ хирурговъ опытъ и именно тѣ печально оканчивавшіеся случаи, когда, послѣ операціи, находили при вскрытіи большее или меньшее количество въ полости брюшины, въ остальномъ-же—очень мало измѣненій, а то и вовсе ничего. Естественнo, что на эту жидкость возлагали всю отвѣтственность за дурной исходъ операціи и всѣми силами старались вывести ее наружу. Съ этою цѣлью совершали самый тщательный туалетъ брюшины, пока рана была открыта, съ этою цѣлью вставляли въ полость живота дренажныя трубки для отвода вновь образующейся жидкости по закрытіи брюшной раны. Такъ-какъ въ этомъ дѣлѣ практика опередила теорію, то и дѣйствія хирурговъ не во всѣхъ случаяхъ были вполне сознательны.

Хирурги того времени не могли имѣть яснаго представленія о томъ, при какихъ условіяхъ жидкость, скопляющаяся въ полости брюшины, пріобрѣтаетъ ядовитыя свойства и почему въ однихъ случаяхъ она остается въ брюшинѣ безъ всякаго вреда для организма въ другихъ-же весьма быстро приводитъ его къ гибели. Опыты *Wegner'a*, опубликованные въ 1871 году и показавшіе, что брюшина обладаетъ замѣчательною способностью всасывать жидкости въ большомъ количествѣ, освѣтили это дѣло лишь косвенно, но породили новыя сомнѣнія и навели на новыя изслѣдованія. Въ виду изложеннаго становится яснымъ, почему показанія для употребленія дренажа брюшной полости не были точно установлены и почему его употребляли безъ достаточной дифференцировки. Такъ дѣло стояло до тѣхъ поръ, пока бактериологія не получила своего настоящаго развитія.

Дренажъ ввидѣ трубокъ, вводимыхъ однимъ концомъ въ брюшную полость и другимъ выводимыхъ наружу, былъ впервые предложенъ *Peaslee* въ 1855 г. Такъ какъ появленіе его было обусловлено практической необходимостью, то пріемъ этотъ нашелъ многихъ послѣдователей. Въ числѣ другихъ его употребляли *Spencer Wells* и *Koeberlé*, которые установили для него нѣкоторыя показанія; далѣе *Marion Sims*, предложившій выводить наружный конецъ трубки черезъ задній сводъ во влагалище, *Olshausen* и др. По мѣрѣ накопленія опыта убѣдились, что далеко не всѣ надежды, возлагавшіяся на дренажъ оправдываются на дѣлѣ. Именно убѣдились, что трубка дренируетъ далеко не всю брюшную полость, а лишь самый ограниченный участокъ, лежащій въ непосредственномъ сосѣдствѣ. Къ тому-же послѣ экспериментальныхъ изслѣдованій *Д. О. Отта* ¹⁾ выяснилось, что дренажа не слѣдуетъ оставлять *in loco* на долгое время, такъ какъ трубка, спустя небольшое количество часовъ послѣ операціи, покрывается пластическимъ вынотомъ, организующимся обыкновеннымъ порядкомъ и обособляющимъ ее отъ остальной полости брюшины.

Какъ шагъ впередъ въ вопросѣ объ удаленіи жидкости изъ полости брюшины, является т. н. капиллярный дре-

¹⁾ Медицинскій Вѣстникъ 1878 г.

нажъ, состоящій въ томъ, что какое-либо тѣло, обладающее капиллярными свойствами, напр. марли, вату, корпійный фитиль и т. п., заключаютъ въ трубку, и все это приспособленіе помѣщаютъ въ брюшную полость на тѣхъ-же основаніяхъ, какъ и простую дренажную трубку. Капиллярный дренажъ имѣетъ то преимущество, что онъ обладаетъ собственной присасывающей силой, чего, конечно, лишена простая трубка. Тѣмъ не менѣе не трудно понять, что, кромѣ этого, капиллярный дренажъ не представляетъ никакихъ другихъ выгодъ.

Очевидно, что приведенные способы дреннрованія не могутъ удовлетворять современнаго хирурга. Въ настоящее время, когда намъ извѣстна всасывающая сила брюшины, когда мы по достоинству оцѣнили значеніе патогенныхъ микроорганизмовъ, мы установили для дреннрованія болѣе или менѣе точныя показанія и требуемъ отъ дренажа другихъ свойствъ. По нашимъ теперешнимъ понятіямъ дреннировать слѣдуетъ тогда, когда въ полости живота операцией создана поверхность, лишенная здоровой брюшины и, кромѣ того, когда есть основанія полагать, что нами не устранена возможность инфекціи. Подобныя условія наблюдаются, напр., при гнойномъ инкпстированномъ сальпингитѣ. Какъ часто бываетъ въ такихъ случаяхъ, наполненная гноемъ труба западаетъ въ *spatium recto-uterinum* и брюшинный покровъ ея сростается съ брюшиной Дугласова пространства. Мы вылуцаемъ трубу и получаемъ полость, покрытую клочками разорванныхъ нами сращеній, Стѣнки такой полости, если и будутъ всасывать, то, очевидно, не въ одинаковой со здоровой брюшиной степени, такъ какъ всасывающій аппаратъ здѣсь поврежденъ или уничтоженъ. Вслѣдствіе этого здѣсь имѣются условія для застаиванія жидкостей, такъ-какъ это пространство занимаетъ самое отлогое мѣсто въ брюшной полости, куда стекаютъ жидкости съ остальной брюшины и которое, сверхъ того, само отдѣляетъ жидкость, какъ и всякая другая рана. Такъ-какъ въ нашемъ примѣрѣ дѣлошло о *pyosalpinx*, то ложе опухоли представляется воспаленнымъ, содержащимъ патогенные микроорганизмы. Мы знаемъ, что здоровыя ткани обладаютъ свойствомъ оказывать сопротивленіе губительному дѣйствію вторгнувшихся въ нихъ микроорганизмовъ; онѣ вступаютъ съ ними въ борьбу,

которая и рѣшается, на чьей сторонѣ останется побѣда. Въ ложѣ вылущенной опухоли, среди застаивающейся жидкости, никакой борьбы съ паразитами быть не можетъ, такъ-какъ здѣсь нѣтъ здоровыхъ тканей. Напротивъ того, сама жидкость представляетъ прекрасный питательный матеріалъ, среди котораго безпрепятственно развиваются микроорганизмы при самыхъ выгодныхъ условіяхъ. Отсюда они могутъ заражать всю брюшину и весь организмъ. Понятно поэтому, сколько опасности представляютъ подобныя полости. На основаніи этихъ соображеній Mikulicz и называлъ такія пространства «мертвыми пространствами». Въ этихъ случаяхъ стремленіе удалять жидкости изъ мертваго пространства вполнѣ показано, и для такихъ-то именно случаевъ Mikulicz и предложилъ свою тампонацію. Техника ея состоитъ въ слѣдующемъ:

Мертвое пространство выстилается въ одинъ слой кускомъ іодоформной марли, края которой выводятся наружу въ нижній уголь брюшной раны. Къ той части марли, которая лежитъ на днѣ мертваго пространства, прикрѣпляется нитка, служащая для болѣе удобнаго удаленія марли впослѣдствіи, такимъ образомъ получается мѣшокъ, полость котораго выполняется полосами іодоформной марли, концы которыхъ также выводятся наружу. Такой тампанъ обладаетъ слѣдующими свойствами: 1) Онъ служитъ кровоостанавливающимъ средствомъ. Еслибы даже былъ поводъ предполагать, что, послѣ закрытія брюшной раны, кровотеченіе изъ мертваго пространства возобновилось, то мы имѣемъ въ тампонѣ средство для передачи силы давленія руками на кровоточащее мѣсто. Слѣдуетъ только нащупать черезъ брюшныя стѣнки тампонъ и прижать по направленію къ мертвому пространству. 2) Онъ дренируетъ мертвое пространство въ силу присущихъ ему капиллярныхъ свойствъ. 3) Онъ дѣлаетъ раненую поверхность безвредной и предохраняетъ брюшину отъ зараженія и 4) Онъ лиминируетъ мертвое пространство отъ остальной полости брюшины, покрываясь очень скоро слоемъ выпота, организующагося обыкновеннымъ порядкомъ.

Преимущества этого способа очевидны. Тампонаціей сразу-же достигается двойная цѣль: мы имѣемъ въ ней кровоостанавливающее средство и, вмѣстѣ съ тѣмъ, при-

способленіе для выведенія наружу отдѣлений раны. Пространство, на поверхность котораго дѣйствуетъ такой тампонъ, можетъ быть увеличиваемо или уменьшаемо по волѣ оператора и сообразно съ требованіями каждаго отдѣльнаго случая. При благопріятныхъ условіяхъ капиллярный токъ жидкости можетъ находиться въ движеніи все время, пока тампонъ остается на мѣстѣ.

Не отрицая важнаго успѣха, внесеннаго въ интересующій насъ вопросъ предложеніемъ *Mikulicz'a*, нельзя не замѣтить въ его способѣ нѣкоторыхъ недостатковъ и притомъ весьма крупныхъ. Недостатки эти слѣдующіе: 1) Путь, по которому проходитъ тампонъ изъ Дугласова пространства къ передней брюшной стѣнкѣ, весьма длиненъ, и вслѣдствіе этого марли приходится въ соприкосновеніе съ такими частями брюшныхъ внутренностей, которыя вполнѣ здоровы и нисколько не нуждаются въ дренажѣ. 2) Жидкость, высасываемая тампономъ изъ мертваго пространства, часто обладающая инфекціонными свойствами, соприкасается со здоровой брюшиной. 3) Въ составъ образующейся кругомъ тампона капсулы входятъ, преимущественно, кишки, которыя склеиваются между собою и съ другими частями, съ которыми приходятъ въ соприкосновеніе, образуя своего рода клубокъ. Обстоятельство это не можетъ оставаться индифферентнымъ для организма, затрудняя перистальтику кишекъ, причиняя впослѣдствіи болѣзненные ощущенія вслѣдствіе растягиванія ложныхъ перепонокъ и, вообще, обуславливая послѣдствія, которыя не могутъ быть опредѣлены напередъ. Въ худшемъ случаѣ можетъ быть вызвана непроходимость кишекъ. 4) Конецъ тампона, выведенный въ брюшную рану, исключаетъ возможность наступленія перваго натяженія, что даетъ шансы для образованія грыжи бѣлой линіи живота впослѣдствіи и 5) Выведенный наружу конецъ тампона, хотя и накрытъ повязкой, подвергается высушивающему дѣйствию атмосферы, что, отчасти, лишаетъ его капиллярныхъ свойствъ.

Ввиду сказаннаго вполнѣ естественнымъ является стремленіе, воспользовавшись всѣми выгодными свойствами тампона *Mikulicz'a*, устранить, по возможности, всѣ его побочныя вредныя свойства. Съ этой цѣлью *Д. О. Оттг* предлагаетъ слѣдующій способъ: По вылушеніи, положимъ, опухолю задній сводъ влагалища протыкается

въ Дугласово пространство и въ образованное отверстіе вводится со стороны брюшной полости полоса стерилизованной или іодоформной марли достаточной длины для того, чтобы ею можно было затампонировать все мертвое пространство. Полоса укладывается правильными слоями справа налево ввидѣ зигзаговъ и брюшная рана зашивается на всемъ пространствѣ. Влагалище тампонируется іодоформной марли. Жидкость, собирающаяся въ Дугласовомъ пространствѣ, выводится во влагалище и пропитываетъ влагалищный тампонъ, который можно перемѣнять по мѣрѣ надобности. Способъ этотъ, соединяя въ себѣ всѣ выгодныя свойства тампона *Mikulicz'a*, не имѣетъ его недостатковъ: 1) Брюшная рана заживаетъ *per primam*. 2) Кишки приходятъ въ соприкосновеніе съ тампономъ лишь на очень ограниченномъ пространствѣ; сращенія, по вынутіи тампона, получаютъ обыкновенно только между маткой и *rectum*. 3) Полоса марли, лежащая во влагалищѣ, не высыхаетъ и потому дѣйствуетъ все время, какъ капиллярный дренажъ.

Недостатки приѣма *Mikulicz'a* были экспериментально провѣрены на животныхъ, по предложенію и подъ руководствомъ профессора *Otta*; вновь-же предлагаемый способъ тампонаціи мертваго пространства брюшной полости далъ вполне удовлетворительные результаты не только при экспериментахъ на животныхъ, но также, и это гораздо важнѣе, въ семи случаяхъ на больныхъ, оперированныхъ въ Клиническомъ Институтѣ.

XIV.

НЪ ВОПРОСУ ОБЪ УПОТРЕБЛЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАГО РАСТВОРА ПОВАРЕННОЙ СОЛИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ ОТЪ ПОСЛѢРОДОВЫХЪ КРОВОТЕЧЕНІЙ.

Д-ра П. Т. Нейштубе.

(Сообщено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго общества въ Спб. 7 мая 1892 года).

Одинъ изъ важнѣйшихъ вопросовъ для всякаго практикующаго врача—это что ему дѣлать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ организму угрожаетъ смертельное кровотеченіе? Важность этого вопроса видна, съ одной стороны, изъ того обстоятельства, что онъ занялъ умы такихъ изслѣдователей, какъ *R. Lewins, King, Lower, Graily Hewitt* и др. въ Англіи, — *Conheim, Kronecker, I. Sander, Bischoff, Küstner, Ponfick, Panum, Falck, Sahli, Leichtenstern* и др. въ Германіи, — *Jolyet, Laffont* и др. во Франціи, — *Тархановъ, Чудновскій, Буяльскій, Чиревъ, Сутугинъ, Никольскій, Коломинъ, Оттъ* и мн. др. у насъ въ Россіи.

Съ другой стороны, важность вопроса видна изъ того печальнаго факта, что въ Англіи, напр., по заявленію *Graily Hewitt*'а приходится *каждый день* по одному смертельному случаю отъ кровотеченія у роженицъ; такой-же крикъ отчаянія раздается изъ устъ *Dührsen*'а, который на основаніи точныхъ статистическихъ вычисленій констатируетъ тотъ фактъ, что въ одной только Пруссіи *ежедневно* умираетъ, по крайней мѣрѣ, одна женщина отъ кровотеченія послѣ родовъ. Предложивъ свой методъ остановки у женщинъ кровотеченія (тампонады матки), онъ

заявляетъ: «Keine Frau dürfte mehr an Verblutung zu Grunde gehen». У насъ въ Россіи, въ виду того, что нѣтъ совершенно статистическихъ свѣдѣній по интересующему насъ вопросу, мы, конечно, лишены возможности сказать, каковъ $\frac{0}{100}$ смертности, но нужно думать, что онъ не малъ.

Несмотря на то, что вопросъ о лѣченіи острой анеміи занималъ ученыхъ почти около 200 лѣтъ, тѣмъ не менѣе вопросъ этотъ получилъ строго научную оцѣнку лишь въ концѣ 60-хъ годовъ, когда *Conheim* первый въ Германіи занялся на строго научныхъ началахъ изученіемъ вопроса о вливаніи раствора NaCl, дѣлая эти вливанія лягушкамъ in v. abdominale. Почти одновременно съ *Conheim* омъ и у насъ проф. *Тархановъ* производилъ опыты вливанія въ сосудистую систему лягушекъ раствора NaCl; причемъ онъ констатировалъ слѣдующій весьма важный фактъ: если у лягушки выпустить кровь до полной потери ея функций (онъ изучалъ вліяніе острой анеміи на головной и спинной мозгъ у лягушекъ), то вливаніемъ 1% раств. NaCl снова можно возстановить эти функціи. Спустя нѣсколько лѣтъ (1879) *Kronecker* и *Sander* въ Германіи, а *Jolyet* и *Laffont* во Франціи, предпринявшіе провѣрку опытовъ *Conheim*'а, пришли къ совершенно аналогичнымъ съ его результатами, а именно: животныя, доведенныя обезкровливаніемъ близко къ смерти, были возвращаемы къ жизни интравенознымъ вливаніемъ 0,6% NaCl. *Schwartz* затѣмъ, повторивши эти опыты съ удовлетворительнымъ результатомъ, объяснялъ оживляющее или, точнѣе, воскрешающее дѣйствіе NaCl слѣдующимъ образомъ: при посредствѣ такого вливанія возстановляется нарушенное механическое соотношеніе (связь, соразмѣрность) между объемомъ и содержаніемъ (Weite und Inhalt) сосудистой системы, каковое нарушеніе, если оно наступило, можетъ вызвать смерть.

Ничего удивительнаго нѣтъ въ томъ, что благодаря вышеупомянутымъ работамъ *Schwartz*'а, *Küstner*'а, *Kocher*'а и мн. др. полученные хорошіе результаты создали вливанію раствора NaCl въ организмъ такое быстрое распространеніе среди практиковъ врачей, что течение нѣсколькихъ лѣтъ явилась огромная казуистика по сему вопросу.

Вотъ въ этой казуистикѣ я и задался цѣлью разобраться и для того, чтобы мои послѣдующіе выводы были болѣе доказательны, я воспользуюсь тѣми нѣсколькими случаями, которые мнѣ пришлось наблюдать.

Но, прежде, чѣмъ перейти къ казуистикѣ, я долженъ еще остановиться на исторической части даннаго вопроса.

Такъ какъ прежніе авторы считали, что явленія острой анеміи обуславливаются единственно только уменьшеніемъ массы крови и незначительнымъ содержаніемъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ циркулирующей крови, то на основаніи этихъ воззрѣній старались предотвратить угрожающіе симптомы введеніемъ достаточнаго количества крови, взятой у другого субъекта. Такой способъ лѣченія практиковался слишкомъ 200 лѣтъ и притомъ главнымъ образомъ въ случаяхъ острой анеміи, — хотя историческіе факты указываютъ на то, что показанія къ употребленію крови отъ другого индивидуума были гораздо шире и не ограничивались одною только острой анеміей; — такъ напр.: у такихъ старыхъ авторовъ, какъ *Plinius*, *Celsius*, *Aretaeus*, *Minucius Felix* мы встрѣчаемся съ слѣдующимъ характернымъ мнѣніемъ — пить кровь полезно, какъ средство лѣчить эпилепсію. *Paracelsus* говоритъ о лѣченіи лепры кровью: «dosis sanguinis humani, semel in mense in secunda die post oppositionem». И не только питье, но и трансфузія крови и то отъ сосуда къ сосуду (какъ нѣмцы говорятъ: die Ueberführung des Blutes vom Gefäss zu Gefäss) — принадлежитъ сѣдой старинѣ, такъ напр.: *Cardanus* еще въ 1556 г. говоритъ: «Sunt qui cum alio juveni bonorum morum duplici fistula, alii unica, commutare sanguinem posse sperent».

Что крови издревле приписывали чрезвычайно важное значеніе, видно изъ того факта, что въ книгѣ Моисеева законодательства (Levit, 17. 11) встрѣчается такая мысль: «душа находится въ крови, сама душа это кровь»; аналогичныя выраженія встрѣчаются у *Aristoteles'a*, *Empedocles'a*: «αἷμα εἶναι τὴν ψυχὴν»; много позже знаменитымъ *Harvey'емъ* въ 1680 г. сказано: «anima est in sanguine; anima ipsa est sanguis, sanguis est animus» (что у французовъ l'esprit, а у нѣмцевъ der Geist).

Такое увлеченіе кровью продолжалось довольно долго, но затѣмъ наступила реакція, которая снова смѣнилась

въ 60-хъ годахъ уже нынѣшняго столѣтія, гдѣ переливаніе крови стали примѣнять въ разныхъ случаяхъ какексіа, въ случаяхъ интоксикацій, равно какъ въ острыхъ и хроническихъ болѣзняхъ. Переливаніе дѣлалось или въ артерію, или въ вену. Но въ виду возникшей массы затрудненій при такомъ способѣ введенія крови въ организмъ животнаго (несмотря на цѣлый рядъ разныхъ ухищреній для улучшенія способа введенія) и въ виду того, что получалась масса несчастныхъ случаевъ при такомъ способѣ введенія крови, *Ponfick*'у, занявшемуся разрѣшеніемъ этого вопроса, пришла мысль избрать косвенный путь введенія въ организмъ крови, именно брюшную полость (*Bauchhöhle*). Конечно, явилась цѣлая масса адептовъ у *Ponfick*'а, но нѣкоторые экспериментаторы не въ состояніи были оправдать прославленные успѣхи метода *Ponfick*'а, а *Mosler* потерялъ даже одну больную вслѣдствіе образовавшагося при этомъ методѣ вливанія перетонита. Конечно такая кровь, подлежащая трансфузіи, мѣнялась въ своемъ составѣ, и, такъ какъ для сохраненія ея постоянства мы должны были бы соединить сосуды одного человѣка съ сосудами другого, не прибѣгая къ употребленію чуждаго для переливаемой крови вмѣстелища (канюльки, каучуковой трубки и т. д.)—чего разумѣется безусловно нельзя—естественно возникъ вопросъ: какую же кровь слѣдуетъ переливать, цѣльную или дефибринированную?

Является такимъ образомъ новая школа послѣдователей, именно *дефибринированной* крови. Опытами *Prevost* и *Dumas*, *Diffenbach*'а, *Worm-Müller*'а, *Bischoff*'а, *Ranum*'а, *Ponfick*'а, *Landois*, *Сутугина*, *Филомафитскаго* и мн. др., доказано, что впрыскиваніе дефибринированной крови въ сосуды тѣла способно совершенно оправить животное, потерявшее кровь. Нѣкоторые (*Landois*) признавали даже, что такая дефибринированная кровь не представляетъ рѣзкихъ при трансфузии отличій отъ цѣльной крови. Но и это увлеченіе недолго продолжалось, ибо тѣ же изслѣдователи (*Ranum*, *Landois*, *Ponfick*) черезъ нѣкоторое время замѣтили выдающееся при впрыскиваніи животному инородной крови явленіе, а именно, что введенная кровь не остается въ сосудистой системѣ, а быстро выбрасывается вонъ; что такое выведеніе совершается че-

резъ почки, которыя при этомъ были находимы даже пораженными ¹⁾).

Это обстоятельство заставило многихъ экспериментаторовъ призадуматься, и, какъ въ такихъ случаяхъ обыкновенно бываетъ, одновременно съ этимъ явилась цѣлая масса предложеній для замѣщенія крови другими жидкостями. Меня завело бы слишкомъ далеко, если бы я сталъ здѣсь приводить эту безконечную массу разныхъ жидкостей, которыя предлагались для замѣщенія крови. Укажу здѣсь только на предложеніе изъ Америки замѣнить переливаніе крови интравенознымъ *вливаніемъ молока*; конечно, этотъ способъ оказался очень неудобнымъ, даже опаснымъ, такъ какъ были случаи образованія эмболии. Точно также въ Англіи (Edinburg) былъ докт. *I. Halliday Croom* сообщенъ одинъ случай, гдѣ послѣ сильнаго кровотеченія при пузырномъ заносѣ (см. Edinb. med. journ. окт, 1887) была сдѣлана имъ трансфузія изъ 240 грм. раствора *Natri phosph.*, и мп. др.

Но изъ всѣхъ предложенныхъ растворовъ только *физиологическій растворъ* (0,6% — 0,7%) *NaCl* приобрѣлъ со всею справедливостью полное право гражданства; въ этомъ растворѣ наука приобрѣла могучее средство для борьбы со многими опасными для жизни человѣка болѣзненными состояніями, напр. при тяжелыхъ случаяхъ острой анеміи, при холерѣ, при тифѣ, при *soma diabeticum*, при отравленіяхъ хлороформомъ, угольной кислотой и т. д. Достаточно вспомнить диссертацию *Schönenberg'a* изъ Кельна, сдѣланную подъ руководствомъ проф. Вюрцбургскаго университета *Schönborn'a*; въ этой работѣ собраны случаи вливанія *NaCl* при милиарномъ туберкулезѣ, при *sarcinomat'ѣ recti, pylorus*, яичника, при амилоидномъ перерожденіи почекъ, при сепсисѣ, при шокѣ во время оваріотоміи, экстирпаціи *uteri*, при тяжеломъ случаѣ ампутаціи, инкарцерированной грыжѣ и т. д. и т. д. Чтобы показать, насколько растворъ *NaCl* является именно тѣмъ могучимъ искомымъ средствомъ, которое физиологія на основаніи своихъ точныхъ законовъ должна была предложить

1) Первое вливаніе въ человѣчск. организмъ инородной крови относить ко 2-й половинѣ 17 вѣка, а именно въ Англіи (*London*) *Clark* (1657), *Lower* (1666), а во Франціи впервые проф. *Jean Denis* (15 Іюня 1667) въ присутствіи ассистента *Emmerer'a* сдѣлалъ человѣку переливаніе овечьей крови.

человѣчеству, я воспользуюсь слѣдующими чрезвычайно важными по моему выводами *Д. О. Отта*, который въ своей диссертациі спеціально занялся вопросомъ о вліяніи раствора NaCl на обезкровленный организмъ и сравненіемъ его съ другими средствами. На стр. 61 онъ говоритъ: «Степень водяничности крови, убыль въ числѣ кровяныхъ тѣлецъ и время, нужное для возстановленія происшедшихъ потерь, совершенно одинаковы и не зависятъ отъ того, *замѣщается ли* выпущенная кровь *кровяной сывороткой* или $0,6\%$ NaCl », а на 96 стр. онъ говоритъ: «*кровь оказывается* гораздо *менѣе цѣлесообразнымъ* средствомъ, чѣмъ $0,6\%$ NaCl . *При соляномъ раствѣ* возстановленіе органическихъ и морфологическихъ частей крови совершается обыкновенно вдвое скорѣе, или даже еще ранѣе, чѣмъ при трансфузіи крови».

Я лично также экспериментально убѣдился въ томъ, что лучшимъ возстановляющимъ жизнь у почти обезкровленного животнаго средствомъ является растворъ NaCl . Работая свою диссертацию (Объ околоплодной жидкости. Вліяніе гидреміи и сухояденія на измѣненіе химическаго состава околоплодной жидкости. Дис. Спб. 1891 г.), я долженъ былъ вызывать у однихъ животныхъ гидремію, что и дѣлалъ я путемъ выпусканія опредѣленнаго количества крови и замѣщенія ея таковымъ же количествомъ фізіол. раствора NaCl . И вотъ въ 2-хъ случаяхъ (изъ 12) я у *беременныхъ* кроличихъ выпустилъ почти всю кровь, такъ что животныя были доведены до состоянія полной безжизненности, отсутствія пульса, потери рефлексовъ, и быстро производимое вливаніе раствора $0,6\%$ NaCl возвращало ихъ къ жизни. Такіе опыты извѣстны въ литературѣ, такъ проф. *Тархановъ* въ 1880 г. вливаніемъ въ кровеносную систему 1% раств. NaCl возвратилъ къ жизни собаку, у которой было выпущено столько крови, сколько могло вытечь изъ *ar. carotis*. Затѣмъ опыты *Schwartz'a* со своимъ слабощелочнымъ растворомъ NaCl , и нѣкотор. др.

Недавно вышла диссертациа докт. *Е. Малчевскаго*, который продѣлалъ два интересныхъ опыта: «у одной собаки выпущено $85,63\%$ всего количества ея крови; при этомъ дыханіе рѣдкое, глубокое и неправильное; пульсъ не ощущался. И вотъ, когда жизнь казалась угасавшею, влито было сперва 400 ксм. NaCl ; на бедренной артеріи другой конечности появился очень частый пульсъ; за-

тѣмъ прибавлено еще 350 ксм. (всего 750 ксм.) и черезъ нѣкоторое время собака начала визжать, дыханіе сдѣлалось болѣе правильнымъ и пульсъ усилился; собака затѣмъ совершенно выздоровѣла.

Другой собакѣ выпущено также 85% всей массы крови, но вливанія раствора NaCl не сдѣлано. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа собака околѣла».

Естественно является послѣ всего вышесказаннаго вопросъ, *почему, въ силу какихъ физиологическихъ данныхъ растворъ NaCl является такимъ могучимъ средствомъ?* Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ, нужно сперва рѣшить другой вопросъ, а именно: *въ силу какихъ физиологическихъ данныхъ наступаетъ смерть, когда организмъ теряетъ кровь и гдѣ таковой потери границы, за которыми должна наступить смерть?*

О. Leichtenstern въ своей прекрасной монографіи, о которой рѣчь будетъ ниже, отмѣчаетъ два вида смерти отъ потери организмомъ крови:

1) Когда количество кровяныхъ тѣлецъ, кислородъ несущихъ, уменьшается на столько, что жизнь должна прекратиться, онъ называетъ для краткости смертью отъ *функциональной* потери крови (funktionellen Verblutungsstod). Авторъ отрицаетъ, чтобы въ такихъ случаяхъ могла бы принести пользу инъекція раствора NaCl, ибо «только трансфузія крови (кровян. тѣльца) можетъ предотвратить смерть».

2) Смерть при потерѣ организмомъ крови можетъ наступить при существованіи въ организмѣ относительно достаточнаго количества красныхъ кровяныхъ шариковъ, если только оставшееся въ сосудистой системѣ количество жидкости окажется недостаточнымъ для наполненія сосудовъ и для восстановленія необходимаго минимальнаго тонуса, чтобы продолжать циркуляцію крови; иными словами: когда измѣнятся механическія и органическія условія (эластичность стѣнокъ сосудовъ и сила, напряженіе мышечной системы въ этихъ сосудахъ), каковыя условія могутъ вызвать измѣненіе объема сосудовъ на периферіи. Этотъ видъ смерти авторъ для краткости называетъ *механической*. Въ этихъ случаяхъ онъ безусловно допускаетъ, что такая индифферентная жидкость, какъ растворъ NaCl, восполняя сосудистую систему и возста-

повляя нужный тонусъ «опустѣваго насоса — сердца (*Goltz*)», можетъ оказать необходимую помощь, улучшая *механическія* условія кровообращенія. На основаніи своихъ наблюденій онъ между прочимъ заявляетъ, что, напр., для собаки смертельна *функциональная* потеря крови, для человѣка *механическая* потеря.

Но изъ всего того, что высказано, по моему мнѣнію, слѣдуетъ, что такое дѣленіе искусственно. Въ самомъ дѣлѣ, изслѣдованія такихъ почтенныхъ экспериментаторовъ, какъ *Goltz*, *Worm-Müller*, *V. Lesser*, *Conheim*, *Schwartz*, *Kronecker*, *Sander*, *Ommg* и др., прямо показали, что причина смерти въ случаяхъ большихъ потерь крови зависитъ отъ установившагося несоотвѣтствія между объемомъ сосудовъ и содержаніемъ въ нихъ жидкости, результатомъ чего является недостаточное наполненіе сердца, которое теряетъ способность работать, такъ какъ венозные сосуды больше его не наполняютъ; далѣе ими установлено, что потеря гемоглобина въ крови и обусловленное симъ послѣднимъ обѣдненіе крови кислородомъ тутъ не причеиъ. Такимъ образомъ стало яснымъ, что *надобно думать не о подвозѣ тѣлу крови, а о возстановленіи обнаружившагося механическаго несоотвѣтствія*. Если сверхъ сего мы скажемъ, что границы смертельной потери крови, указанные *Conheim*'омъ (3,5 — 4% вѣса тѣла животнаго), *Hayem*'омъ (4,34—5,55%), *Schramm*'омъ (4,6%—5,4%), были затѣмъ расширены нѣкоторыми видоизмѣненіями экспериментовъ, такъ напр. тотъ же *Conheim* дѣлалъ такой опытъ (который послужилъ послѣдующимъ изслѣдователямъ для другихъ цѣлей, о которыхъ рѣчь будетъ ниже), а именно онъ выпускалъ у лягушки кровь изъ периферическаго конца вены, а въ центральный вливалъ растворъ NaCl до тѣхъ поръ, пока не вытекала безцвѣтная жидкость, т. е. дѣлалъ прополаскиваніе, и лягушка оставалась жить нѣсколько дней, — конечно здѣсь рѣчь не могла идти о возможномъ сохраненіи гемоглобина, а исключительно о сохраненіи соотвѣтствія между объемомъ сосудовъ и ихъ содержаніемъ (*Weite und Inhalt*),—если, я говорю, мы все это сопоставимъ, то станетъ яснымъ, что при большихъ потеряхъ крови имѣетъ мѣсто, выражаемая по *Leichstentern*'у, только второй его видъ смерти—«*механическая*».

И слѣдовательно для достиженія цѣли возстановленія образованнаго *механическаго* несоотвѣтствія можетъ быть годна только такая индифферентная жидкость, какъ 0,6% раств. NaCl: она не измѣняетъ состава крови, она при вливаніи дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на сердце, возбуждая его дѣятельность, улучшаетъ пульсъ, понижаетъ t° и вообще, какъ многіе почтенные изслѣдователи убѣдились, что увидимъ ниже, является *животворнымъ, жизнеспасительнымъ* средствомъ (lebensrettende).

Этимъ данными объясняется тотъ фактъ, что фізіол. растворъ NaCl ¹⁾ сдѣлался общеупотребительнымъ и получилъ въ современной медицинѣ заслуженное вполне право гражданства.

Но избравши жидкость для введенія въ организмъ, потерявшій массу крови, еще далеко незаконченнымъ оказался сей вопросъ. Еще предстояло рѣшить не менѣе важный вопросъ, *какимъ путемъ лучше всего вводить этотъ растворъ въ организмъ?* И вотъ въ этомъ-то отношеніи явилось такое разногласіе среди ученыхъ, что возникла новая литература, пожалуй, неменьшая, чѣмъ по поводу выбора самой жидкости, литература, растущая съ каждымъ днемъ. Вотъ къ этой литературѣ, главной задачѣ моего настоящаго сообщенія, я теперь перейду и на основаніи своихъ нѣсколькихъ случаевъ постараюсь показать *важность и преимущество только опредѣленнаго* метода введенія фізіол. раствора NaCl въ организмъ.

Чтобы рельефнѣе получилось представленіе о самихъ работахъ, я раздѣлю ихъ на слѣдующіе 3 отдѣла:

1) Интравенозное вливаніе фізіол. раствора NaCl.

Первыми изобрѣтателями и пропагандистами этого способа введенія NaCl въ человѣческій организмъ, значить на почвѣ чисто практической, по всей справедливости должны считаться англійскіе и американскіе врачи. Имена *Lewins'a, Latt'a* будутъ всегда памятны человечеству.

¹⁾ Многими авторами видоизмѣненный; напр: *Schwarz* прибавляетъ немного NaHO или Na₂CO₃; *Landerer* 800 кем. NaCl.+200 ч. крови; *Jenning* прибавляетъ къ NaCl спиртъ, наконецъ другіе прибавляютъ немного тростниковаго сахара и т. д.

Затѣмъ со временъ *Goltz'a* (1863) *Conheim'a* (1869), и др. начинается, какъ выше сказано уже, чисто теоретическая разработка этого способа введенія.

Изъ новѣйшихъ авторовъ, которые очень покровительствовали и пропагандировали этотъ способъ, мы назовемъ сперва двухъ французскихъ изслѣдователей *Dastre* и *Loye*. Въ теченіи 1888 и 1889 гг. они сдѣлали цѣлый рядъ опытовъ о продолжительной инъекціи фізіол. раствора NaCl въ вены животныхъ. Главнѣйшіе результаты, къ которымъ они пришли, слѣдующіе: у собакъ и у кроликовъ можно ввести въ ихъ сосудистыя системы болѣе, чѣмъ *четверной* объемъ всей крови даннаго животнаго, не причиняя послѣднимъ ни малѣйшаго вреда (впрочемъ, эти факты были извѣстны *Conheim'у* и *Lichtheim'у*); при этомъ найдено ими, что такая инфузія дѣйствуетъ *diuretически* и этимъ можно достигнуть того, что данное животное въ *каждый данный моментъ* будетъ выдѣлять столько мочи, сколько влито будетъ въ вены раствора NaCl. Они называютъ это *прополаскиваніемъ* организма. (Выше мы привели аналогичный опытъ *Conheim'a*, гдѣ вливается растворъ NaCl въ периф. конецъ вены, а изъ центр. выливается). Они уподобляютъ такое промываніе организма промыванію, практикующемуся въ химическихъ лабораторіяхъ съ осадками на фильтрѣ (выщелачиваніе). При этомъ организмъ, по утверженію этихъ авторовъ, нисколько не лишается своихъ главнѣйшихъ составныхъ частей, напр. бѣлковъ et cetera. Авторы утверждаютъ, что такое промываніе будетъ со временемъ играть чрезвычайно важное значеніе, и вотъ почему: цѣлый рядъ кахектическихъ заболѣваній, протекающихъ хронически, нужно принимать, какъ явленія самоотравленій (autointoxikation); при этихъ явленіяхъ большую роль играетъ моча. Достаточно вспомнить явленія *уреміи*, гдѣ по удѣльному вѣсу мочи уже ставится діагнозъ; затѣмъ новѣйшія изслѣдованія мочи и крови даютъ возможность ставить діагнозъ «coma diabeticum»; наконецъ достаточно вспомнить изслѣдованія *Bouchard'a*, *Roux* и *Jersin'a*, по которымъ въ очень многихъ лихорадочныхъ болѣзняхъ выдѣляется въ мочѣ особый специфическій ядъ, обусловливающій собою цѣлый рядъ тяжелыхъ симптомовъ.

Вотъ при такого рода страданіяхъ *Dastre-Loye'скій*

методъ промыванія организма, казалось, долженъ былъ бы явиться прекраснымъ терапевтическимъ приѣмомъ. Но въ послѣдствіи оказалось противное.

Въ 1889 году д-ръ *Верцинскій* (С.-Петербургъ) опубликовалъ слѣдующій случай: у женщины съ внѣматочной беременностью (въ пр. трубѣ) 4-хъ недѣль, послѣ разрыва пузыря, сдѣлался сильнѣйшій коллапсъ; это обстоятельство помѣшало сдѣлать лапаротомію, и потому *ex consilio* рѣшено было сдѣлать интравенозное вливаніе раствора NaCl; къ сожалѣнію безъ результата: больная черезъ нѣсколько часовъ умерла.

Авторъ думаетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ важно не терять времени, интравенозная инфузія при внутреннихъ кровотеченіяхъ должна уступить мѣсто подкожной инфузіи, ибо первую вызываетъ гидремія и быстрое повышеніе кровяного давленія.

Нѣсколько раньше проф. *Winckel* произвелъ инфузію раствора NaCl прямо *in art. radialem*, согласно не задолго до этого появившейся публикаціи *Schwartz'a*. Этотъ случай касается одной чрезвычайно анемичной особы, страдавшей ракомъ матки. Этой женщинѣ было введено 400 ксм. жидкости, и она вначалѣ дѣйствительно было оправилась отъ тяжелаго коллапса. Но съ этого момента дальнѣйшія инфузіи оказались совершенно невыполнимыми, и секція обнаружила суженіе просвѣта артеріальныхъ развѣтвленій у страдавшей склерозомъ пациентки.

Въ 1890 г. д-ръ *Bergstrand* опубликовалъ такой фактъ: больная 33 лѣтъ, I р. Послѣ родовъ сдѣлалось сильнѣйшее кровотеченіе, за которымъ наступилъ коллапсъ. Въ вагинѣ при изслѣдованіи прощупывалась тѣстоватая опухоль, оказавшаяся инвертированной маткою. Въ виду сильнѣйшей слабости сдѣлано *in ven. medianam* вливаніе $\frac{1}{3}$ литра 0,6% NaCl. Пульсъ поднялся вскорѣ и больная открыла глаза; черезъ нѣсколько дней больная совершенно оправилась.

Въ 1891 г. д-ръ *Kottmann* (*Correspondenzblatt f. Schw. Aerzte* № 24, 1891) опубликовалъ 4 случая примѣненія при шокѣ переливанія раствора NaCl.

Въ одномъ очень тяжеломъ случаѣ при $t^{\circ} 39,5^{\circ}$ сдѣлалъ онъ инфузію 800 ксм. *in v. cephalicam*. Температура

тотчасъ пала; черезъ нѣсколько дней больная совершенно оправилась.

Въ томъ же 1891 г. появилась прекрасная монографія *Otto Leichtenstern'a*: Ueber intravenöse kochsalzinfus. u. s. w. (Sammlung Klinischer Vorträge begr. v. Vollmann № 25, 1891 г.). Авторъ сдѣлалъ интравенозную инфузію въ 17 случаяхъ (8 случ. обезкровливанія, 3 случ. cholera nostras, 1 случ. инаниція отъ неукротимой рвоты, 2 случ. coma diabeticum). Онъ отдаетъ безусловное преимущество интравенозному вливанію передъ подкожнымъ. Въ работѣ приводится описаніе 8 тяжелыхъ случаевъ, изъ коихъ нѣкоторые окончились летально.

Аппаратъ, которымъ онъ пользовался, состоитъ изъ воронкообразнаго стакана, $\frac{1}{2}$ м. д. каучуковой трубки и стеклянной каниюльки для введенія въ вену. Всѣ необходимыя при семъ вещи подвергались строгой антисептикѣ; все, какъ и растворъ NaCl, стерилизуется. Количество вводимаго имъ раствора—1000—1500 ксм.

Но въ виду того обстоятельства, что многіе авторы наблюдали смертельные случаи при такомъ способѣ введенія жидкости, началась реакція. Такіе авторитеты возстали, какъ *Bergmann*, *Ziemsen* и мн. др. *Ziemsen* говоритъ: «онъ ни при какихъ условіяхъ не станетъ подвергать своихъ больныхъ такой большой опасности, которая производитъ на него всегда чрезвычайно страшное впечатлѣніе (sehr unheimlicher)».

Какъ переходное къ слѣдующему 2-му отдѣлу, я позволю себѣ привести слѣдующее крайне интересное сообщеніе д-ра *Rutgers'a* (Rotterdam. Nederl. tijdsch. v. Geneeskunde 1886 г., № 24): больная 35 л., 9 р.; беременность на 6 мѣсяцѣ. Плодъ удаленъ акушеркой, плаценту пришлось отдѣлить рукою. Сильнѣйшее кровотеченіе, пульсъ малъ; больная въ безсознательномъ состояніи; больная чрезвычайно истощена и реагируетъ только на сильное раздраженіе. Въ виду такого безнадежнаго состоянія больной, авторъ хотѣлъ было ввести подъ кожу въ области обоихъ бедеръ по 50 ксм. смѣси (6 grn. NaCl, 3 gr. NaHO на 1000 ч. воды). Но попытка оказалась безуспѣшной; тогда онъ рѣшилъ было ввести in v. medianam; но и это оказалось безъ успѣха. Тогда автору пришла мысль сдѣлать интраперитонеальную инъекцію. Нѣсколько болѣе поло-

вины литра даннаго раствора было впрыснуто въ полость брюшины, и въ короткое время произошло значительное улучшеніе пульса,—къ больной вернулось сознание, больная заговорила, — а черезъ 3 дня совершенно оправилась

За нѣсколько времени до этого д-ръ *Bode* въ одномъ оперированномъ имъ случаѣ лапаротоміи долженъ былъ воспользоваться именно этимъ путемъ, т. е. брюшною полостью; быстрое поднятіе кровяного давленія авторъ приписываетъ всасывательной способности брюшины.

II) Hypodermaclysis.

Къ этому отдѣлу я отнесу всѣ тѣ случаи, гдѣ были сдѣланы *подкожныя* инъекціи.

Еще въ 1873 г. *Karst* (Berl. klin. Wochens. № 34. 1873) совѣтовалъ подкожное вливаніе крови, и послѣ него другіе повторяли эти опыты, получая будто хорошій результатъ.

Затѣмъ *Korn* въ акушерско-гинекологическомъ обществѣ въ Дрезденѣ сдѣлалъ докладъ о подкожномъ введеніи раствора NaCl въ случаяхъ тяжелой острой анеміи, сопровождавшейся потерей сознания, отсутствіемъ реакціи, невозможностью прощупать пульсъ. Сдѣлавъ подкожное выпрыскиваніе 1 литра 0,6% NaCl, онъ получилъ неожиданные результаты.

Въ преніяхъ по этому докладу приняли участіе многіе авторитеты науки: *Leopold*, *Meinert*, *Bode* и др.

Въ 1889 г. на съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ томъ же Дрезденѣ *F. Münchmeyer* сдѣлалъ чрезвычайно обстоятельный докладъ о значеніи подкожнаго введенія раствора NaCl въ случаяхъ острой анеміи. Хотя авторъ въ трудныхъ случаяхъ острой анеміи у родильницъ и допускаетъ интравенозное вливаніе, тѣмъ не менѣе онъ того мнѣнія, что въ новѣйшей медицинѣ *все средства должны быть направлены къ тому, чтобы условія введенія раствора NaCl въ организмъ были бы возможно упрощены*, um auch dem ungeübten Arzte die Möglichkeit zu diesen lebensrettenden Eingriffe zu gewähren.

Въ виду того обстоятельства, что авторъ 3 раза вли-

валъ растворъ NaCl въ вену руки и одинъ разъ при этой операціи вошелъ воздухъ, такъ что послѣдствія оказались очень печальными, онъ дальше говоритъ: «so war jedenfalls der Gedanke naheliegend, die Methode der Kochsalzeinführung in den menschlichen Körper zu vereinfachen, vor allem ungefährlichen zu machen, und dazu mussten andere Einführungsstellen, als das Venensystem, gesucht werden». Слова по истинѣ знаменательныя!

Въ 1884 г. *Samuel* (Berlin. Klin. Woch. № 40, 41. 1884; Deutsch. Med. Woch. № 3, 4. 1884) первый указалъ на возможность введенія раствора NaCl подъ кожу въ случаяхъ не только острой анеміи, какъ результатъ потери крови, но и при холерѣ въ стадіи асфиксіи. Конечно, заслуга его въ этомъ отношеніи велика, ибо практиковавшійся до того способъ интравенознаго введенія NaCl болѣе опасенъ и даетъ безспорно худшіе результаты. *Samuel* говоритъ: введенный подъ кожу растворъ NaCl будетъ восприниматься организмомъ и переходитъ въ кровь до тѣхъ поръ, пока въ организмъ будетъ совершаться циркуляція крови; въ силу этого обстоятельства большое значеніе должно имѣть мѣсто введенія жидкости подъ кожу.

Но и тутъ среди авторитетовъ вышло разногласіе: тогда какъ *Samuel* считаетъ самымъ лучшимъ мѣстомъ шею или подключичную область, ибо при высокой степени слабости необходимо выбирать мѣсто близъ сердца (этого взгляда придерживался и *Keppler*),—*Cantani*, примѣнявшій во время холерной эпидеміи въ Неаполѣ въ широкихъ даже размѣрахъ *hydrodermaclysm*'ы, вводилъ растворъ въ Плесосеал'ную область. Время нужное для всасываемости при подкожномъ введеніи по *Cantani* равняется отъ 15—65 мин. Онъ употреблялъ для сей цѣли смѣсь изъ 4 grm. NaCl + 3 grm. Na_2CO_3 на 1000 ч. воды дистил. и обязательно стерилизованной при t^{39° . Количество вливаемого раствора за разъ 800—1000 ксм. (при тифѣ 500—600 ксм.), въ общемъ вводить отъ $1\frac{1}{2}$ —3—5 литр. *Keppler* вводилъ 8—12 литр.

Вскорѣ послѣ первой публикаціи *Samuel*'я д-ръ *Michael* (Hamburg) открыто возбудилъ вопросъ о подкожномъ введеніи раствора NaCl ; но его голосъ не былъ услышанъ до 1886 г., когда почти одновременно *Weiss* (Praga) и *Feilchenfeld* (Berlin) опубликовали свои случаи примѣненія раствора NaCl подъ кожу у больныхъ, которымъ угрожала

смерть отъ значительной потери крови. Счастливые результаты, полученные *Weiss'*омъ (Subcut. Kochsalzinject. bei acut. Anaemie und Cholera infantum. Therap. Monatsch. Н. 1. 1889 г.) въ 2-хъ случаяхъ острой анеміи, побудили его расширить показанія также и въ коллапсѣ при cholera infantum. Онъ бралъ всегда слабощелочный растворъ NaCl, къ которому, по совѣту *Jenning'a*, прибавлялъ немного спирта, какъ возбуждающее, и жидкость всегда стерилизовалъ. $t^{\circ}38-40^{\circ}$.

1-й случай: обильное кровотеченіе у 19 л. хлоротич. дѣвицы, у которой круглая язва желудка. Кромѣ того угрожающія явленія, syncope, потеря сознанія и рефлексовъ; пульсъ едва ощутимъ, какъ и сердечные удары; конечности холодны, мертвенная блѣдность лица. Всѣ эти явленія были значительно устранены инъекціей 250 ксм. NaCl въ обл. груди. Больная выздоровѣла.

2-й случай касается 43 л. мужчины который на 3-й недѣлѣ тифа получилъ бурное кровотеченіе. Тоже выздоровленіе.

Затѣмъ авторъ приводитъ 5 случ. у дѣтей отъ 3—9 мѣс. при cholera infantum.

Главнѣйшіе результаты автора таковы:

а) Подкожная инъекція раств. NaCl является легко выполнимой операціей и при соблюденіи необходимыхъ условий антисептики абсолютно неопасной и безвредной попыткой.

б) При острой анеміи это средство является оживляющимъ и спасительнымъ.

в) Интравенозная инфузія должна быть замѣнена подкожной.

д) При острой анеміи у тифозныхъ и вообще инфекціонныхъ больныхъ, гдѣ сердечная мышца можетъ подвергнуться дегенеративному процессу, количество инъецированной жидкости должно быть не велико, ибо внезапное увеличеніе работы сердца можетъ вызвать опасныя явленія.

Feilchenfeld (Bullet. de l'Acad. royale de Belge 1887, Т. I), занявшись предварительно теоретической разработкой даннаго вопроса, началъ потомъ примѣнять и въ практикѣ подкожное введеніе раствора NaCl. Онъ нашелъ, что, если впрыснуть подъ кожу растворъ NaCl животному съ нор-

мальнымъ количествомъ крови, не удастся вызвать повышенія кровяного давленія, далѣе что жидкость въ силу этого всасывается чрезвычайно медленно, такъ что въ слѣдующіе за симъ дни можно еще видѣть образовавшіеся желваки, или водяные опухоли (Wasserbeule); совѣтъ иначе получается при предварительномъ выпусканіи крови у даннаго животнаго. Онъ испробовалъ и на людяхъ, причемъ получилъ: поднятіе пульса, который сдѣлался медленнѣе,—и въ короткое время больные совершенно поправились.

Pregaldino (Ueber Subcutane Inject. von Kochsalzlösung bei acut. Anaemie. Bullet. de l'Acad. royale de med. Belgique. № 9. 1888) на основаніи своихъ изслѣдованій пришелъ къ слѣдующему заключенію: быстрое введеніе подъ кожу раствора NaCl вызывало улучшеніе пульса, дыханія; предварительно испытано на собакѣ: животное очень быстро оправлялось; такая реакція появлялась уже черезъ $\frac{1}{4}$ часа. Затѣмъ авторъ примѣнилъ подкожное вливаніе на женщинѣ, которая послѣ аборта потеряла массу крови. Она уже была безъ пульса, сердцебіеніе крайне слабое, дыханіе очень поверхностное. При t° 40 вприснуто 350 ксм. раствора NaCl подъ кожу въ области живота. Тотчасъ пульсъ поднялся, сознаніе вернулось. Затѣмъ вприснуто еще 500 ксм. Больная совершенно оправилась.

Къ тому же результату пришелъ *Rosenbusch* (Berl. Klin. Woch. № 39, 1887). Онъ приводитъ 8 случаевъ; изъ нихъ 7 его собственныхъ наблюденій и 1 случ. д-ра *Marschner'a*. Я позволю себѣ привести всѣ случаи, ибо нѣкоторые аналогичны съ моими.

І-й СЛУЧАЙ.

37 л., VII пара. Средняго тѣлосложенія, внутренніе органы нормальны; слегка узкій тазъ; въ мочѣ незначительное количество бѣлка. Сильное кровотеченіе; въ результатѣ высокая степень анеміи; пульсъ 140, едва осязаемый; дыханіе поверхностное, 36 въ минуту, полное сознаніе. Placenta praev. centr., зѣвъ на 5 п. Сдѣлана инфузія 430 ксм. согрѣтой, стерилизованной 0,6°/о NaCl подъ кожу спины. Черезъ нѣсколько часовъ еще 500 ксм. раствора соли подъ кожу спины. Пульсъ улучшился; общее состояніе улучшилось настолько, что можно было прободеніемъ плаценты и послѣдующимъ затѣмъ поворотомъ на ножку извлечь плодъ. Больная нѣсколько оправилась и на 18-й день выписалась, правда, въ состояніи сильной анеміи.

II-й СЛУЧАЙ.

29 лѣтъ, V пара. Тазъ правильный. Внутренніе органы нормальны. Послѣ родоразрѣшенія очень сильное кровотеченіе. Пульсъ малый, замѣчается сильная блѣдность лица. Пульсъ 170, позывы на рвоты. Глаза запрокинуты. Сдѣлано подъ кожу спины вливаніе 750 ксм. 0,6°/о NaCl. Пульсъ улучшился. Черезъ 10 дней выздоровленіе.

III-й СЛУЧАЙ.

VII пара. Средняго тѣлосложенія; внутренніе органы здоровы. Черезъ 2 часа послѣ родовъ сильнѣйшее кровотеченіе; пульсъ 120. Сдѣлано ручное отдѣленіе плаценты. Кровотеченіе еще усилилось; пульсъ 130, черезъ нѣсколько времени 140 и наконецъ сдѣлался неощутимымъ. Послѣ сдѣланной инфузіи въ количествѣ 900 ксм. 0,6°/о NaCl (сперва вприснуто въ лѣвое плечо, но затѣмъ въ виду неудобства избрано межлопаточное пространство). Черезъ 3 ч. пульсъ сдѣлался 108 и больная начала оправляться. Послѣродовой періодъ прошелъ нормально.

IV-й СЛУЧАЙ.

23 г., I пара. Умѣренно здоровая женщина, внутренніе органы которой не представляютъ никакихъ аномалій; бѣлокъ въ мочѣ равняется $\frac{1}{3}$ объема. Въ виду продолжительности родовъ, слабости болей и t^0 38,3, при пульсѣ въ 142 удара, наложены щипцы. При этомъ произошло слѣдующее: надрывъ влагалища, высокій разрывъ шейки матки, откуда полилась струя крови толщиной въ мизинецъ. Пока наложеніемъ шва удалось остановить кровь, больная отъ большой потери крови сдѣлалась чрезвычайно анемичной, пульсъ палъ, и больная очень ослабѣла; зрачки расширены. Какъ *ultimum refugium* отъ возможной смерти введено въ ея организмъ 900 грм. 0,6°/о NaCl. Черезъ 20 минутъ пульсъ сдѣлался ощутимымъ, больная начала отвѣчать на вопросы. Черезъ часъ пульсъ оказался равнымъ 136, вскорѣ—108 и пять часовъ спустя пульсъ оказался равнымъ 90 ударамъ и сдѣлался очень твердымъ. Больная выписалась черезъ 22 дня совершенно здоровой.

Нужно прибавить, что во всѣхъ своихъ случаяхъ авторъ съ цѣлью лучшаго всасыванія *долженъ былъ дѣлать массажъ* въ мѣстахъ уколовъ. Я это обстоятельство подчеркиваю, ибо въ концѣ коснусь его.

V-й СЛУЧАЙ.

31 г., II пара. Женщина слабоватаго тѣлосложенія. Сильное кровотеченіе. Placenta praevia centr.; жалуется на кровотеченіе, продолжающееся 4 дня. Сдѣлано прободеніе плаценты и низведеніе ножки. Кровотеченіе остановилось. Сдѣлавши экстракцію туловища и не будучи въ состояніи извлечь головку, пришлось сдѣлать перфорацию послѣдующей головки; на основаніи точныхъ показаній была необходимость въ ручномъ отдѣленіи послѣда, что вызвало

еще новый приступ коллапса въ еще болѣе высокой степени. Лицо у больной мертвенно-блѣдное, недостатокъ воздуха, пульсъ нитевидный, руки и ноги холодны. Больную завернули въ теплыя простыни, и сдѣлано подкожное вливаніе 1,000 ксм. NaCl. Она тотчасъ начала оправляться, пульсъ сдѣлался твердымъ, крѣпкимъ, число ударовъ 100. Черезъ 21 день больная выписалась здоровой съ пульсомъ 88.

VI-й СЛУЧАЙ.

27 л., I para. Лихорадочное состояніе и, по мнѣнію автора, септически инфицирована. Плодъ въ 1-мъ ягодичномъ положеніи; крючкомъ извѣдены ягодицы. По окончаніи родовъ наступило сильное кровотеченіе, усилившееся вслѣдствіе разрыва влагалища; больная вскорѣ коллабирова, пульсъ не ощутимъ, дыханіе поверхностное. Сдѣлано вливаніе раствора NaCl. Черезъ $1\frac{1}{2}$ часа больная уже отвѣчала на всѣ вопросы. Черезъ 12 часовъ влили еще 1 литръ; пульсъ сдѣлался ощутимъ. Черезъ 2 часа можно было насчитать 144 удара въ минуту. Больная умерла отъ сепсиса на 37 день болѣзни.

VII-й СЛУЧАЙ.

Больной сдѣлана міомотомія вслѣдствіе сильно отягчающаго больную кровотеченія. Послѣ операціи съ больной сдѣлался коллапсъ. Ночь провела безъ сна, очень беспокойна. На слѣдующій день рѣшено ввести въ организмъ 500 ксм. NaCl, что и сдѣлано подъ кожу въ области правой лопатки. Пульсъ сдѣлался сильнѣе, 120 въ минуту. Въ виду хорошаго результата вприснуто еще 500 ксм. И съ этого момента началось улучшеніе: появился сонъ, силы начали возстановляться и черезъ нѣсколько недѣль выписалась совершенно здоровой изъ клиники. Въ этомъ случаѣ вливаніе дѣлалось подъ кожу въ области правой лопатки и лѣвой подвздошной области.

Авторъ, на основаніи своихъ случаевъ, пришелъ къ слѣдующему заключенію: вливаніе раствора NaCl подъ кожу имѣетъ могучее значеніе только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ были сильнѣйшія кровотеченія; напротивъ того, вливаніе раств. NaCl въ случаяхъ коллапса, но безъ предварительнаго кровотеченія (а такихъ случаевъ у него 10), не давало ему эффекта. Авторъ придаетъ большое значеніе времени вливанія, ибо *потерявши время, можно потерять и больную.*

Хазанъ приводитъ случай, гдѣ, благодаря подкожному введенію 1% раствора NaCl, ему удалось при очень тяжелой анеміи отъ послѣродоваго кровотеченія спасти больную.

Затѣмъ въ 1890 г. *Hermann Sahli* (Bern: Ueber Auswaschung des menschlichen Organismus und über die Bedeutung der

Wasserzufuhr in Krankheiten. Sammlung Klinisch. Vorträge begr. v. Volkmann. № 11. 1890), разбирая въ общемъ ученіе о подкожныхъ инъекціяхъ при анеміи (*Michael, Münchmeyer, Weber* и др.) и при холерѣ (*Samuel, Cantani*), говорить, что показанія къ подкожному введенію въ организмъ раствора NaCl должны быть безусловно расширены: ибо на основаніи моихъ изслѣдованій съ подкожной инъекціей NaCl я утверждаю, что кромѣ вымыванія организма чрезмернымъ діуретическимъ своимъ дѣйствіемъ, подкожная инъекція NaCl производитъ еще разжиженіе циркулирующаго въ тѣлѣ яда, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ организмъ обѣднѣлъ жидкостью, подвозъ воды (при тифѣ, сопр. усиленными поносами). Для своихъ опытовъ онъ бралъ 0,7% NaCl, стерилизованный. Какъ взятая для сего *Erlenmeyer*-овская колба въ 1 литръ емкости, такъ и трубки каучуковыя, термометръ, канюльки дезинфицировались или надъ водяными парами, или въ сублиматѣ, промывши предварительно въ кипяченой водѣ.

Авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ уреміи и нѣсколько случаевъ тифа, при которыхъ онъ примѣнялъ подкожное вливаніе раствора NaCl съ хорошими результатами; въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ дѣлалъ 4 раза инъекціи, при этомъ моча увеличивалась съ 500—2100 ксм. а въ другомъ случаѣ съ 1600—5300 ксм.; t° падала, возвращеніе сознанія и выздоровленіе.

Но авторъ сознается, что во всѣхъ случаяхъ въ мѣстахъ введенія раствора получались *желваки, цѣлыя опухоли и довольно иногда болѣзненные*. Противопоказаніями къ инфузіи авторъ считаетъ: сильную водянку, ціанозъ вслѣдствіе insufficient. valvularum и начинающійся отекъ легкихъ.

Наконецъ нѣсколько времени тому назадъ (Deuts. Med. Woch. № 16, 1892) появилась работа *Kortmann*'а (Ueber den Werth parenchymatós. Salzwasserinjectionen bei acuter Anaemien) Авторъ приводитъ случаи и интравенозныхъ вливаній. Путемъ сравненія онъ приходитъ къ тому заключенію, что подкожное введеніе раствора NaCl должно предпочитать интравенозному.

Но слова *Münchmeyer*'а о необходимости искать болѣе простаго, болѣе удобнаго пути для введенія раствора NaCl въ организмъ, еще слышится многими, такъ:

Meinert заявилъ, что лучший путь это заставить больныхъ *пить* большія количества раствора NaCl, если конечно больныя въ сознаніи. Всѣхъ лапаротомированныхъ онъ заставлялъ пить растворъ NaCl 1—2 дня; равнымъ образомъ, если только онъ могъ предвидѣть, что больной предстоитъ во время операціи потерять много крови, онъ заставлялъ ихъ пить даже за 1—2 дня до операціи по 1—2 литра въ день. Его благопріятные результаты распространяются на 10 лапаротомій. Онъ утверждаетъ на основаніи своихъ фізіологическихъ опытовъ съ перевязкою мочеточниковъ, что тканевая вода значительно увеличивается отъ питья.

Этими историческими данными я закончу 2-й отдѣлъ и перейду къ интересующему меня лично 3-му отдѣлу, въ который занесены будутъ факты введенія раствора NaCl въ организмъ *per rectum*.

III) Enteroclysm.

Bode многократно, особенно въ случаяхъ острой анеміи при *placenta praevia*, вводилъ *per rectum* большія количества раствора NaCl и всегда получалъ прекрасные результаты.

S. Huzarsky (Варшава) сообщаетъ такой случай:

У больной послѣ родовъ сдѣлалось сильнѣйшее кровотеченіе; пульсъ упалъ; лице мертвенно-блѣдное; сдѣлано 2 шприцеванія эвѳра съ камфорой; улучшенія не замѣчается. Не имѣя никакихъ съ собою аппаратовъ, а тѣмъ временемъ слабость больной все болѣе и болѣе увеличивается, авторъ сдѣлалъ ирригацію въ прямую кишку 1,000 ксм. 0,6% NaCl. Больная почувствовала тотчасъ улучшеніе, пульсъ сталъ крѣпче, уже можно было сосчитать въ него (130); при этомъ губы изъ мертвенно-блѣднаго цвѣта сдѣлались красными; явленія головокруженія и тошноты исчезли. Черезъ нѣсколько дней состояніе ея начало улучшаться и, хотя t° въ теченіе 3-хъ дней достигала до 41° , больная выздоровѣла.

Д-ръ *Heer* (Revue med. de la Suisse 1890. № 6) описалъ слѣдующій интересный случай:

37 л., VI роды; узкій тазъ, низкое прикрѣпленіе дѣтскаго мѣста; сильное кровотеченіе; головка во входѣ въ полость малаго таза, еще подвижна; сдѣланъ поворотъ и извлеченъ мертвый плодъ. Черезъ нѣсколько минутъ выдѣ-

лень послѣдъ; atonia uteri и послѣдующая острая тяжелая анемія. Несмотря на нѣсколько подкожныхъ выпрыскиваній камфоры, Sec. Cornuti, коньяку, кофе et cetera, анемія все увеличивалась. Черезъ 2 часа послѣ родовъ больная лежала безъ пульса. Послѣ быстро сдѣланной клизмы изъ 2-хъ литровъ 1½% раствора NaCl, пациентка быстро оправилась; черезъ часъ, въ виду повторенія коллапса, сдѣлана вторичная клизма. Пульсъ, какъ и общее состояніе больной, началъ постепенно улучшаться. Пациентка выписалась здоровой.

Авторъ на основаніи вышеприведеннаго своего случая настоятельно убѣждаетъ во всѣхъ случаяхъ тяжелой анеміи примѣнять *клизмы* изъ раствора NaCl вмѣсто практикующагося интравенознаго или подкожнаго способа введенія.

Чтобы пополнить казуистику этого способа введенія въ обезкровленный организмъ раствора NaCl, я приведу ниже мои 4 случая и 1 случай мнѣ любезно сообщенный сотоварищемъ *Э. П. Хмара-Борщевскимъ*. Но предварительно скажу нѣсколько словъ о самой манипуляціи.

Въ обыкновенную эсмарховскую кружку, служащую для спринцеванія, вливается растворъ NaCl, приготовляемый такимъ образомъ: въ бутылку, имѣющую 3—3½ ст. воды при t° 38—39°, всыпается чайная ложечка обыкновенной поваренной соли, которая быстро растворяется. На наконечникъ съ краномъ надѣвается каучуковая трубка, которая смазывается на нѣкоторомъ протяженіи масломъ. Въ такомъ видѣ трубка вводится in rectum на протяженіи около ¾ ар. (enteroclysm); растворъ вливается подъ небольшимъ давленіемъ, для чего кружку нужно повѣсить не особенно высоко. Больная при этомъ принимаетъ положеніе, какъ при обыкновенной клизмѣ. Введенная трубка вынимается затѣмъ медленно съ осторожностью и, когда трубка вынута, то очень полезно (*на всякій случай*) придержать рукою, чтобы введенная жидкость не вылилась обратно, опять таки какъ это дѣлается при обыкновенной клизмѣ.

Манипуляція, какъ видно, чрезвычайно легкая, простая, не требующая никакихъ приспособленій; нужный для сего матеріалъ имѣется во всякой бѣдной избѣ. Ниже я подробнѣе остановлюсь на преимуществахъ введенія раствора NaCl per rectum, теперь же перейду къ подробному описанію своихъ случаевъ.

I-Й СЛУЧАЙ.

Retentio placentae; Haemorrhagia; Anaemia acuta; Separatio plac. adhaesivae man. et excochleatio; Uterobuvium; Enteroclysm ex NaCl.

10 апрѣли 1890 г. Марія П., крестьянка 35 лѣтъ, Калужской губ., 7 роды. Крови явились на 17 г.; продолжаются 3 дня через 3 нед.

Наружное изслѣдованіе: Тѣлосложеніе крѣпкого, роста средняго, полная, краснощекая особа; окружность живота 104 см.; высота дна матки 44 см.; разстояніе М. отъ лобка до пупка 17 см., до мечеваго отр. 50 см. Размѣры таза: D. Tr.—31 см.; D. Cr.—28 см.; D. Sp.—26 см.; Conj. ext.—20 см. Темпер. тѣла 37,3°; п. 67.

Внутреннее изслѣдованіе: полное открытіе маточнаго зѣва; пузырь цѣль, воды стоятъ; предлежитъ головка.

Diagnosis: II-ое затылочное положеніе, передній видъ.

Сердцебиеніе плода слышно совершенно отчетливо и ясно справа, ниже пупка; мелкія части прощупываются слѣва. Родился доношенный живой мальчикъ 3600 грм. вѣса. Роды продолжались 6 ч. 30 м.

Съ одной стороны, въ виду сильнѣйшаго кровотеченія, а съ другой стороны въ виду того, что плацента не могла быть выдѣлена по *Credé* въ теченіе довольно продолжительнаго времени, рѣшено было приступить къ ручному отдѣленію ея; плацента оказалась приросшей на всемъ почти своемъ протяженіи такъ, что отдѣлять пришлось ее кусками; нужно сказать, что отдѣленіе плаценты въ данномъ случаѣ было чрезвычайно затрудненное; отдѣленіе продолжалось довольно долго (1 ч. 30 м.). Достаточно сказать, что въ этомъ случаѣ 4 товарища попеременно входили рукою дѣлать отдѣленіе дѣтскаго мѣста, приросшаго на всемъ своемъ протяженіи. (Въ скобкахъ скажу, что товарищи эти занимаются въ Спб. Надеждин. Родовсп. Завед. отъ 5—13 лѣтъ значить люди, выдавшіе на своемъ акушерскомъ пути многое). Большая все время въ буквальномъ смыслѣ слова истекала кровью. Изъ краснощекой, здоровой, полной бабы можно было видѣть безъ пульса, блѣдную, лишенную голоса и затѣмъ потерявшую сознаніе женщину. Это былъ одинъ изъ самыхъ непріятныхъ случаевъ острой анеміи, какихъ не дай Богъ встрѣтить въ частной практикѣ.

Когда, наконецъ, послѣ выскабливанія ложечкой *Rheinstädter'a*, послѣ промыванія матки растворомъ сулемы и послѣдующаго затѣмъ затампонирования матки и влагалища іодоформенной марлей и ватными тампонами, кончили всѣ необходимыя манипуляціи для прекращенія кровотеченія; тогда рѣшили въ видѣ *ultimum refugium* сдѣлать *enteroclysm*'у изъ раствора NaCl. Я долженъ здѣсь сказать, что больной было сдѣлано нѣсколько подкожныхъ инъекцій изъ эфира и мускуса, но безъ видимыхъ результатовъ: пульса мы уже не ощущали, и надежда спасти больную начала насъ покидать.

Ввели довольно большой кусокъ (приблизительно $\frac{3}{4}$ арш.) каучуковой трубки *per rectum* и подъ низкимъ давленіемъ начали вводить растворъ NaCl. Товарищъ, державшій руку больной, почти крикнулъ: «пульсъ есть».

Когда все взятое количество раствора NaCl было введено, больную положили съ приподнятыми вверхъ нижними конечностями, теплые компрессы на голову,—словомъ примѣнили обычныя при сихъ случаяхъ средства. Черезъ нѣсколько времени больная открыла глаза, пульсъ сдѣлался твердымъ и можно уже было сосчитать количество ударовъ; сознание понемногу начало возвращаться къ больной.

Этотъ случай въ высшей степени интересенъ: онъ наглядно показываетъ, до чего живутъ женскій организмъ; кажется уже ни капли крови не осталось въ организмѣ, все вылила,—смотришь: немного теплой воды, къ которой прибавлена щепотка соли... и жизнь вернулась. И слава Богу, что природа такъ распорядилась съ женскимъ организмомъ.

Послѣродовой періодъ прошелъ весьма хорошо:

11 апрѣля В. t° 38; п. 92; д. 20. Ватные тампоны, положенные во влагалище, вынуты; влагалище проспринцовано растворомъ сулемы.

12 апрѣля у. t° 37,2; п. 92; д. 24. Дно матки на уровнѣ пупка; матка плотна, нечувствительна; іодоформенный тампонъ изъ полости матки вынутъ; матка проспринцована растворомъ сулемы. В. t° 37,2; п. 70; д. 20.

13 апрѣля: у. t° 37,5; п. 92; д. 20. Дно матки на уровнѣ пупка; матка плотна; вышелъ небольшой кусокъ плаценты, животъ вздуть. В. t° 38,3; п. 90; д. 20.

14 апрѣля у. t° 37,7; п. 80; д. 20. Дно матки на 1 поперечный палецъ ниже пупка; матка плотна, нечувствительна; очищеніе серозное, безъ запаха. Животъ вздуть, на соскахъ трещинки. В. t° 38,5; п. 80; д. 20.

15 апрѣля: у. t° 37,5; п. 84; д. 20. Матка плотная, сокращается подъ рукою; очищенія безъ запаха и въ небольшомъ количествѣ; 3 дня безъ стула, не смотря на ежедневные клистиры. В. t° 37,6; п. 88; д. 20.

16 апрѣля: у. t° 37,4; п. 82; д. 20. Дно матки на 2 пальца ниже пупка, нечувствительна, довольно плотна. Стулъ былъ, но животъ еще вздуть; очищеній немного, безъ запаха. Обратное развитіе матки, находящейся in anteversione, идетъ хорошо. Больная выписана въ здоровомъ состояніи.

II-й СЛУЧАЙ.

Endometritis sub partu; Adhaesio placentaе; separatio plac. man.; Uteroluvium; Enteroclysm NaCl.

27 ноября 1890 г. Аграфена П. Крестьянка, 28 л., Ярославск. губернія; 3 роды. Крови явились на 13-мъ г., продолжаютъ 6 дней черезъ 3 нед.

Наружное изслѣдованіе: Тѣлосложеніе крѣпкаго, роста средняго; окружность живота 106 см.; высота дна матки 36; разстояніе отъ лобка до пупка 17 см., до мечев. отр. 41 см. Размѣры таза: D. tr.—32 см., D. cr.—27 см., D. sp.—23 см., Conj. ext.—19. Темпер. тѣла 39,5; пульсъ 96, дых. 30.

Внутреннее изслѣдованіе: Шейка сглажена, зѣвъ открытъ на 1¹/₂

пальца, пузыря нѣтъ (воды, по словамъ больной, прошли 6 дней тому назадъ), предлежитъ головка.

Diagnosis: 1-е затылочное положеніе, передній видъ.

Сердцебіенія плода не слышно. Родилась мертвая дѣвочка 3,000 грм. вѣса.

Вслѣдствіе повышенной температуры (39,5°: Endometritis sub partu), а также въ виду сильнаго кровотеченія, наступающей острой анеміи, въ слѣдствіе сильнаго запаха выдѣленій, а также въ виду того обстоятельства, что примѣненный въ теченіи часа способъ *Credé* не далъ положительнаго результата въ смыслѣ выдѣленія плаценты, рѣшено было приступить къ ручному ея отдѣленію. Рука безъ труда была введена въ полость матки; рукой пришлось разрушить образовавшіяся сращения плаценты съ дномъ матки въ правой ея сторонѣ. Плацента оказалась очень дряблой, легко рвущейся, мѣстами разложившеюся, съ непріятнымъ запахомъ. Въ виду такой чрезмѣрной дряблости плаценты, ее нельзя было сразу выдѣлить *in toto*; почему пришлось вводить руку еще 2 раза. Во все время отдѣленія плаценты было очень сильное кровотеченіе, пульсъ временами падалъ почти до полного исчезанія; больная теряла сознаніе. Конечно все это дѣлалось безъ наркоза. Послѣ возможно полного выдѣленія остатковъ плаценты сдѣлано холодное (со льдомъ) спринцеваніе полости матки изъ раствора HgCl_2 (1 : 1,000).

Въ виду чрезвычайно сильнаго кровотеченія, почти неощутимаго пульса, потери сознанія, сдѣлана enteroclysm изъ раствора NaCl . Тотчасъ получился замѣчательный эффектъ: пульсъ сталъ замѣтно подыматься, сдѣлался въскорѣ довольно твердымъ; къ больной вернулось сознаніе. Больной дано *sec. Cornutum*; ей придали косое положеніе съ приподнятыми вверхъ нижними конечностями; пузырь со льдомъ на матку; однимъ словомъ сдѣлано все, что въ подобныхъ случаяхъ принято у насъ въ больницѣ дѣлать. Послѣродовой періодъ протекъ съ небольшими шероховатостями:

28 ноября. У.: t^0 37,9; п. 88; д. 25. Дно м. на уровнѣ пупка; выдѣленія кровяныя съ легкимъ запахомъ. В.: t^0 35,5; п. 64; д. 16. Незначительное кровотеченіе, прекратившееся подъ вліяніемъ горячихъ душей.

29 ноября. У.: t^0 35,7; п. 78; д. 18. Дно м. на уровнѣ пупка; легкая чувствительность въ области дна м.; выдѣленія кровянистыя; животъ вздутъ. В.: t^0 36,6; п. 88; д. 22.

30 ноября. У.: t^0 36,4; п. 78; д. 22. Дно м. на 2 п. пал. ниже пупка; въ области дна м. не замѣчается чувствительности; выдѣленія кровянистыя съ легкимъ запахомъ. На правомъ предплечьи, правомъ плечѣ и правомъ бедрѣ значительная чувствительность, на правомъ бедрѣ краснота и инфильтрація. У задняго прохода отекъ. В.: t^0 36,9; п. 75; д. 20.

1 декабря. У.: t^0 36,5; п. 72; д. 19. Дно м. на 2 п. п. н. пупка; въ области правой руки и правой ноги меньше припухлости, равно меньше и болѣзненность въ этихъ мѣстахъ; выдѣленія серозно-кровянистыя; отекъ у задняго прохода меньше; выдѣленія еще съ небольшимъ запахомъ. В.: t^0 37,6; п. 70; д. 20.

2 декабря. У.: t^0 36,8; п. 60; д. 17. Дно м. на 4 п. п. н. пупка; выдѣ-

ленія серозно-окрашенные съ запахомъ; выдѣляются кусочки оболочекъ. В.: t° 38; п. 90; д. 20.

3 декабря. У.: t° 37,2; п. 75; д. 18. Дно м. на $4\frac{1}{2}$ п. п. ниже пупка; чувствительности нигдѣ не замѣчается; выдѣленія съ запахомъ; сдѣлано маточное спринцеваніе (1:4,000) сулемой, причѣмъ выдѣленъ большой кусокъ загниваго сгустка съ небольшимъ кускомъ плаценты. В.: t° 36,8; п. 65; д. 18.

4 декабря. У.: t° 36,5; п. 65; д. 18. Общее состояніе лучше; дно м. на $4\frac{1}{2}$ п. п.; выдѣленія слизисто-кровяныя съ небольшимъ запахомъ. В.: t° 36,8; п. 65; д. 18.

5 декабря. У.: t° 36,4; п. 60; д. 16. Дно м. на 3 поп. п. надъ лобкомъ. Чувствительности нигдѣ не замѣчается; выдѣленія слизистыя; запаху нѣтъ; при внутреннемъ изслѣдованіи: матка подвижна, конфигурація нормальная; шейка хорошо формируется. В.: t° 36,4; п. 60; д. 18.

6 декабря. У.: t° 36,3; п. 60; д. 18. Дно м. на $2\frac{1}{2}$ п. п. надъ лобкомъ. Чувствительности нигдѣ; выдѣленія безъ запаху, слизистыя. Больная выписана въ очень удовлетворительномъ состояніи.

III-й СЛУЧАЙ.

Eclampsia. Forceps (выход.) Credé. Uteroluvium. Suturae ser. № 5. Enteroclysm NaCl.

18 декабря 1890 г. Елизавета В., 28 л. Мѣщанка С.-Петербургской губ. 2 роды. Крови явились на 11 году; продолжаются 4 д. через 4 нед.

Наружное изслѣдованіе: Тѣлосложеніе крѣпкаго, роста средняго; окружность живота 107 см.; высота дна матки 45 см.; разстояніе отъ лобка до пупка 24 см., до меч. отрост. 49 см. По прямой линіи живота, на 3 пальца ниже пупка, прощупывается твердая, мало болѣзненная, подвижная во всѣхъ направленіяхъ, лежащая тотчасъ подъ покровами живота, опухоль, величиною съ большой апельсинъ; опухоль эта имѣетъ связь съ маткою. На нижнихъ конечностяхъ замѣчается незначительный, правда, отекъ.

Размѣры таза: D. tr.—32 см.; D. cr.—30 см.; D. sp.—26 см.; Conj. ext.— $20\frac{1}{2}$ см. Температура тѣла $37,5^{\circ}$. Пульсъ нормальный. Въ мочѣ бѣлка не найдено.

Внутреннее изслѣдованіе: Шейка почти сглажена, края ея тонки, зѣвъ открытъ на $2\frac{1}{2}$ пальца; пузырь цѣль; предлежитъ головка; черезъ $2\frac{1}{2}$ часа по принятіи оказалось полное открытіе зѣва; головка въ выходѣ малаго таза; большой родничекъ почти у лѣваго лоннаго бедра, малый родничекъ справа и немного кзади, такъ что стрѣловидный шовъ лежитъ между прямымъ и косымъ діаметрами малаго таза.

Diagnosis: II-е затылочное положеніе, передній видъ.

Сердцебиеніе плода слышно отчетливо справа, ниже пупка; родилась доношенная живая дѣвочка 3,650 грм. вѣса; роды продолжались 9 ч. 30 м.

Въ виду случившагося припадка эклампсін, въ виду того, что головка

неподдавалась дальше, рѣшено кончить роды, для чего положены были щипцы *Busch'a*, и нѣсколькими сильными тракціями извлечена головка. Промежность цѣла, но во влагалищѣ справа оказались значительные разрывы мягкихъ частей, откуда фонтаномъ била кровь. Извлекши быстро плаценту по способу *Credé*, спѣшилъ наложить швы (5) на разорванную часть влагалища. Кровотеченіе оказалось чрезвычайно сильнымъ; было дано 30 gr. *Sec. cognuti*, ледъ на матку; больная отъ чрезмѣрной потери крови стала быстро терять силы, лицо блѣднѣетъ и пульса мы уже не можемъ считать. Сдѣлано 6 шприцевъ мускуса, эвѳира; ноги приподняты вверхъ. Состояніе больной дѣлается все болѣе и болѣе угрожающимъ, больная лишилась голоса. Сдѣлана высокая клизма изъ раствора (0,6%) *NaCl*. Пульсъ началъ становиться крѣпче, тверже; больная открыла глаза, заговорила. Припадковъ эклампсін больше не было.

Послѣродовой періодъ протекъ весьма хорошо:

19 декабря. У.: t^0 36,7; п. 60; д. 18. Дно м. на уровнѣ пупка, матка вяла, чувствительна; выдѣленій много, кровянисты. В.: t^0 36,9; п. 80; д. 20.

20 декабря. У.: t^0 37; п. 80; д. 20. Небольшое нагрубаніе груди; дно м. на той же высотѣ. В.: t^0 37; п. 76; д. 20.

21 декабря. У.: t^0 37,4; п. 68; д. 20. Дно м. на 1 п. п. ниже пупка; выдѣленія кровянистыя, немного. В.: t^0 37,8; п. 80; д. 22.

22 декабря. У.: t^0 37,3; п. 82; д. 18. Дно м. на 2 п. п. ниже пупка; самочувствіе прекрасное. В.: t^0 37,7; п. 80; д. 22.

23 декабря. У.: t^0 36,5; п. 76; д. 21. Дно м. на $2\frac{1}{2}$ п. п. ниже пупка. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное. В.: t^0 37,6; п. 80; д. 22. Сняты 5 шелковыхъ швовъ.

24 декабря. У.: t^0 37; п. 76; д. 20. Груды ненагрубѣвши; дно м. на $3\frac{1}{2}$ п. п. н. п. in anteflexionem I-й ст.; на мѣстѣ разрывовъ сращеніе полное. Опухоль на передней поверхности матки замѣтно уменьшилась. Больная выписалась въ здоровомъ состояніи.

IV-й СЛУЧАЙ.

Typhus abdominalis; Abortus IV m.; Retentio partis placentae; Haemorrhagia; Anaemia acuta; Enteroclysmia NaCl.

15 января сего года, будучи по своимъ дѣламъ въ Кіевѣ, былъ я въ 4 ч. утра приглашенъ нѣсколькими товарищами къ больной г-жѣ Н. По словамъ д-ра В., у больной 2-й день какъ понизилась температура; въ теченіи же 3-хъ недѣль t^0 доходила до 40^0 .

Больная 30—32 л., рожала 5 разъ. Видъ у больной страшно истощенный; лице мертвенно блѣдное; глаза закрыты; дыханіе поверхностное, учащенное; пульсъ не ощутимъ; сердце плохо работаетъ. Пациентка лежитъ на правомъ боку, вся обложена горячими бутылками; д-ръ В. горячей бутылкой согрѣваетъ сердце больной, у которой все тѣло на ощупь холодное; больная въ буквальномъ смыслѣ слова плаваетъ въ крови. Акушерка заявила, что

выкидышъ произошелъ въ 9 ч. в., что выдѣлилось все плодное яйцо. Признаться, я вначалѣ боялся рискнуть изслѣдовать больную, до того была она слаба,—но продолжающееся съ 9 ч. в. до моего прихода кровотеченіе ясно указывало на то, что не все выдѣлилось изъ полости матки. Дѣйствительно, пришлось отдѣлить и выдѣлить кусокъ плаценты. Кровотеченіе тотчасъ прекратилось. Ослабѣвающая дѣятельность сердца ясно указывала на усиленіе опасности, не смотря на стараніе почтенныхъ товарищей, сдѣлавшихъ положительно все, что отъ нихъ зависѣло: дѣлали подкожныя инъекціи изъ эвѣра съ камфорой, мускуса; давали внутрь разныя возбуждающія, крѣпкое вино и т. д. и т. д.

Предложеніе мое попробовать сдѣлать enteroclysm'у изъ раствора NaCl было принято какъ ultimum refugium. Тотчасъ былъ приготовленъ растворъ NaCl, и такъ какъ длинной мягкой каучуковой трубки не нашлось подъ руками, то in gestum былъ введенъ твердаго каучука наконечникъ. Жидкость очень быстро всосалась; пульсъ сдѣлался ощутимымъ. Черезъ 8 часовъ я, любопытства ради, отправился къ больной; предварительно я у дворника дома справился, жива ли г-жа Н. Я засталъ двухъ товарищей и по любезному ихъ приглашенію я снова увидѣлъ больную; но могу прямо сказать, что она была неузнаваема: пульсъ твердый, полный; дыханіе ровное; сознаніе полное; голодъ вернулся. Я имѣлъ хорошія свѣдѣнія о больной 20 января. Нужно было видѣть раньше эту больную, чтобы составить себѣ понятіе о томъ тяжеломъ состояніи, въ которомъ я ее засталъ въ первый разъ.

V-й СЛУЧАЙ.

Любезно сообщенъ мнѣ сотоварищемъ моимъ д-ромъ *Хмара-Борщевскимъ*, который впервые примѣнилъ этотъ способъ, послѣ того какъ я имѣлъ честь въ январѣ мѣсяцѣ сего года въ собраніи гг. сотоварищей С.-Петербур. Наблюд. Родовспом. заведенія сдѣлать предварительное сообщеніе «о вливаніи физиологическаго раствора NaCl».

«Вольная многородящая, 2 раза родила въ срокъ, одинъ разъ имѣла выкидышъ. 1¹/₂ мѣсяца нѣтъ менструацій. Съ недѣлю назадъ появилось незначительное по количеству, но упорное кровотеченіе. Въ 11 ч. в. 30 февраля сего года внезапно хлынула кровь и, не переставая, шла въ продолженіи 4-хъ ч., послѣ чего я увидѣлъ больную. Она среднего роста, плохого тѣлосложенія, страшно анемичная; пульсъ съ трудомъ ощупывается. До моего прихода 2 раза теряла сознаніе.

При изслѣдованіи во влагалищѣ масса сгустковъ, зѣвъ открытъ пальца на 2, въ немъ торчитъ плодное яйцо, цѣликомъ извлеченное. Кровотеченіе прекратилось, матка проспринцована растворомъ сулемы. Больная положена въ горизонтальное положеніе, голова ниже туловища. Въ виду остраго малокровія и плохого общаго состоянія произведено вливаніе солянаго раствора въ прямую кишку; влито около бутылки. Тотчасъ же пульсъ сталъ ясно прощупываться; частая рвота, наступившая передъ этимъ сдѣлалась рѣже;

сознаніе вернулось и обморочныхъ припадковъ больше не повторилось. Послѣ-
родовой періодъ прошелъ безлихорадочно; самочувствіе все время хорошее;
на 3-й день больная могла садиться, не чувствуя при этомъ ни малѣйшаго
головокруженія».

Заключение.

Итогируя все вышеизложенное въ отношеніи вопроса о лѣченіи обезкровленнаго организма въ смыслѣ вознагражденія потерянной крови, мы видимъ, что этотъ вопросъ пережилъ и переживаетъ еще и въ настоящее время свою исторію. Въ самомъ дѣлѣ: мы видѣли выше, что въ старыя времена совѣтовали пить кровь, затѣмъ перешли къ переливанію крови отъ человѣка къ человеку (что практикуется и въ новѣйшей медицинѣ); далѣе предлагали вливаніе инородной крови — сперва совѣтовали цѣльную кровь, а потомъ начали настаивать на дефибринированной. Когда наконецъ убѣдились, что здѣсь вопросъ собственно не въ крови, что не кровь должна представлять собою нужную для восполненія обѣднѣвшаго организма жидкость, тогда очевидно начались поиски за таковою жидкостью. Мы видѣли разныя предложенія: то молоко, то Nat. phosph. и т. д. Наконецъ жидкость найдена: индифферентный физиологическій растворъ NaCl. Тогда возникъ слѣдующій вопросъ, какимъ болѣе безопаснымъ, болѣе вѣрнымъ способомъ ввести эту жидкость въ организмъ?

Первое сдѣланное предложеніе, практикуемое и по настоящее время—это вводитъ черезъ *сосудистую систему*. Но для сего понадобились особые приборы, аппараты (аппаратъ *Leopold'a*, приборы *Leichtenstern'a*, *Sahli* и др.), каковыя нужно еще содержать въ извѣстныхъ условіяхъ чистоты и антисептики; да къ тому же и не всегда можно ихъ имѣть подъ руками; растворъ NaCl необходимо обязательно стерилизовать! Спрашивается, развѣ эти условія всегда выполнимы? Развѣ практикующему врачу, да еще при такихъ условіяхъ обстановки, при которой приходится въ большинствѣ случаевъ работать

практикующему врачу, возможно всегда выполнить эти условия? Нѣтъ, этотъ способъ есть удѣлъ клиники или богатыхъ домовъ, а не бѣдной избы!

Второе предложеніе, также практикуемое и по сей-часъ—это вводить растворъ *подъ кожу*. Но и здѣсь кромѣ тѣхъ же неблагоприятныхъ условій, о которыхъ было упомянуто при первомъ способѣ, надо еще прибавить слѣдующія: при подкожныхъ инъекціяхъ, какъ утверждаютъ многіе, практиковавшіе этотъ способъ введенія раствора NaCl, образуются водяныя опухоли (Wasserbeule); для того чтобы эти опухоли резорбировались, совѣтуютъ настоятельно дѣлать тутъ же массажъ, — значить нуженъ помощникъ; далѣе въ виду того обстоятельства, что массажъ этотъ очень болѣзненъ, совѣтуютъ настоятельно (*Ziemsen*) имѣть помощника для наркотизаціи; итого нужно имѣть 2-хъ ассистентовъ. А если призванный врачъ въ единственномъ числѣ? Если у него съ собою ничего не захвачено: ни стерилизованной жидкости, ни разныхъ канюлекъ и иглъ для впрыскиванія, ни самого аппарата въ видѣ особенныхъ сосудовъ? А допустимъ, что врачъ въ самой бѣдной обстановкѣ, гдѣ возможно достать только поваренную соль и теплую воду? Какъ тогда быть врачу? А жизнь больной зависитъ отъ момента; вѣдь *Rosenbusch* (см. в.) не безъ основанія говоритъ: *потерявши время, можно потерять и больную?*

Тогда, по нашему мнѣнію, способъ, имѣющій у насъ еще мало примѣненія, а именно enteroclysmъ изъ раствора NaCl, будетъ тѣмъ способомъ, который отвѣтитъ на вышеприведенныя знаменательныя слова *F. Münchmeyer*'а: всѣ старанія врачей должны быть направлены къ тому, чтобы условія введенія раствора NaCl въ обезкровленный человѣческій организмъ были бы возможно упрощены, тѣмъ, конечно, помимо всего, будетъ дана возможность и начинающему товарищу воспользоваться жизнеспасительнымъ средствомъ.

Теоретики въ своихъ экспериментальныхъ лабораторіяхъ свою задачу исполнили: они дали намъ разумное объясненіе необходимости примѣнять при тяжелыхъ острыхъ кровотеченияхъ физиологическій растворъ NaCl.

Теперь практически врачамъ предоставляется искать согласно всѣмъ условіямъ, въ какія можетъ быть поста-

вленъ практикъ-врачъ, наилучшіе и болѣе цѣлесообразно достигающіе намѣченной цѣли способы рѣшенія задачи, не забывая правила: *tuto, celer et jucunde*. Удовлетворяетъ ли *enteroclysm* всѣмъ вышеуказаннымъ условіямъ?

По моему убѣжденію, безусловно! И вотъ почему:

Всасываемость кишечнаго тракта велика. Если принять во вниманіе, что организмъ, потерявшій массу крови, дѣлается на подобіе губки, съ жадностью впитывающей воду; если принять во вниманіе, что слизистая оболочка нижней части кишечнаго тракта является тою живою тканью, богатой лимфатическою системою сосудовъ, черезъ которую (ткань) съ силою совершаются при данной манипуляціи явленія эндосмоза, — а этимъ послѣднимъ обстоятельствомъ исключается опасеніе за возможное временное ослабленіе дѣйствія сфинктера (см. случай при тифѣ, гдѣ дѣятельность сфинктера была ослаблена, тѣмъ не менѣе жидкость влитая въ *rectum* до послѣдней капли всосалась), далѣе если примемъ во вниманіе ту простоту, легкость доступную не только нисшему медицинскому персоналу, но и любому члену семьи; если, повторяю, все это примемъ во вниманіе, то пропаганда замѣнить всѣ способы введенія раствора NaCl исключительно посредствомъ *enteroclysm*ъ будетъ, по моему мнѣнію, обусловлена вполне научно и практично!

Мое глубокое убѣжденіе, что акушеркамъ, которымъ приходится въ большинствѣ случаевъ работать при самыхъ ужасныхъ условіяхъ (село, деревня), гдѣ подчасъ о врачѣ и думать нечего, акушеркамъ, говорю, необходимо знать, что спасти родильницу отъ тяжкаго кровотеченія можно *enteroclysm*’ою.

Наконецъ вспомнимъ, какимъ могучимъ способомъ можетъ оказаться *enteroclysm* на театрѣ военныхъ дѣйствій, гдѣ любой солдатикъ, не медицинскаго даже персонала, можетъ спасти жизнь своего товарища, истекающаго кровью, не отрывая въ то же время занятыхъ другими нетерпящими отлагательства дѣлами лицъ медицинскаго персонала!

КАЗУИСТИКА.

IX.

FISTULA VESICOVAGINALIS SUB PARTU ВСЛѢДСТВІЕ ОСЛОЖ- НЕНІЯ РОДОВЪ КАМНЕМЪ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.

В. Кочуровой.

Камни мочевого пузыря у женщинъ вообще составляютъ, какъ извѣстно, большую рѣдкость. Д-ръ *Клино* въ Московской городской больницѣ за 38-лѣтній періодъ времени (съ 1822 по 1860-й годъ) изъ 1792 случаевъ камней мочевого пузыря насчиталъ только 4 у женскаго пола. *Winckel* изъ 10,000 изслѣдованныхъ имъ женщинъ и дѣвушекъ въ Берлинѣ, Роштокѣ и Дрезденѣ за 15-лѣтній промежутокъ времени (1860—1875 гг.) нашелъ только одинъ разъ камень мочевого пузыря у женщины. По *Walter Kowolson*'у на 100 случаевъ камней у мужчинъ приходится 5 у женщинъ, слѣдов. въ 20 разъ рѣже. Еще рѣже, понятно, встрѣчаются случаи осложненія беременности и родовъ камнями мочевого пузыря. *Гугенбергеръ* за періодъ времени отъ XVII стол. по 1875 годъ нашелъ въ литературѣ только 23 подобныхъ случая. Въ настоящее время этихъ случаевъ описано 30. Многіе изъ нихъ окончились силами природы, въ другихъ приходилось подавать искусственное пособіе въ виду механическихъ затрудненій, представляемыхъ камнемъ; какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ случаяхъ очень нерѣдко получались тяжкія поврежденія. Механическое препят-

ствіе, представляемое родовому акту камнями мочевого пузыря, приписывалось иногда присутствію экзостозовъ тазовыхъ костей, различныхъ опухолей въ тазу, флеболитовъ паравагинальнаго сплетенія и т. д., и соотвѣтственно этимъ діагнозамъ предпринимались оч. серьезныя операціи; такъ у *Schröder'a* (см. учебникъ акушерства 1889 г. обраб. д-рами *Olshausen'*омъ и *Veit'*омъ), приведенъ случай д-ра *Cohn'a*, въ которомъ на консилиумѣ изъ трехъ врачей было рѣшено произвести кесарское сѣченіе по поводу предполагавшагося «*экзостоза тазовыхъ костей*», но женщина эта неожиданно для всѣхъ родила собственными силами живого ребенка, а спустя день вышелъ и камень, длиною въ $1\frac{3}{4}$ дюйма, шириною въ $\frac{3}{4}$ д. и толщиною въ $\frac{1}{4}$ д. Подобный-же случай былъ въ клиникѣ проф. *Ястребова* въ варшавскомъ университетѣ. Вся правая половина таза казалась занятою плотною неподвижною опухолью костной консистенціи, а въ паравагинальной клѣтчаткѣ прощупывалась масса узловъ различной плотности, изъ которыхъ нѣкоторые казались связанными съ опухолью; данная опухоль діагносцировалась какъ „окаменѣвшая фиброма тазовой клѣтчатки“, или какъ „конгломератъ венныхъ камней паравагинальнаго сплетенія“; на основаніи этого діагноза сдѣлано для спасенія ребенка кесарское сѣченіе съ благополучнымъ исходомъ для матери и ребенка. Дальнѣйшее наблюденіе этой женщины показало, что узлы различной плотности обуславливались скопленіемъ твердыхъ фекальныхъ массъ (ихъ выдѣлилось до 3-хъ литровъ на 3-й день операцій), а главная опухоль оказалась камнемъ мочевого пузыря, по поводу котораго впоследствии было сдѣлано камнесѣченіе (см. Журналъ акуш. и женск. бол. Сентябрь 91 г. статья „о консервативномъ кесарскомъ сѣченіи“ проф. *Ястребова*). Изъ случаевъ, *окончившихся силами природы*, были такіе, въ которыхъ камень выходилъ либо чрезъ фистулу мочевого пузыря (напр. случай *Smelly Fuilleito*, сюда же можно отнести и случай *Sinclair'a*), либо чрезъ отверстіе мочеиспускательнаго канала (случай *Cohn'a*). Что касается *искусственныхъ пособій въ виду механическихъ френятствій, представляемыхъ камнями мочевого пузыря*, то они сводятся, съ одной стороны, къ попыткамъ *оттолкнуть камень въ большой тазъ* въ то время, когда головка еще не успѣла фиксироваться (Изъ нихъ извѣстенъ только 1 случай удачнаго вправленія камня во время родовъ, принадлежащій *P. Dubois*, въ большинствѣ же случаевъ камень снова опускался), съ другой стороны, при

плотномъ ущемленіи камня между головкой и лоннымъ сочлененіемъ, совѣтовалось *отодвигать его* въ сторону къ *foramen obturatorium* (Гугенбергеръ), а если это не удастся, то дѣлать *разрѣз влагалища—colpocystotomia* соотвѣтственно мѣстоположенію камня (Denman, Мопо, Гугенбергеръ). При небольшой величинѣ камня *извлекали его* въ соотвѣтственныхъ случаяхъ *чрезъ мочеиспускательный каналъ*, расширенный или разрѣзанный (Backer Brown, Henri Jackson). Изъ акушерскихъ операцій предпринималось *ручное извлеченіе* ребенка (Willongby и Arnaud), *щипцы* (P. Dubois, Richardt, Nagel), *перфорация* (Threlfall, Eriksen), *кесарское сѣченіе* (Ястребовъ). Въ виду чрезвычайной рѣдкости считаю долгомъ сообщить бывшій подѣ моимъ наблюденіемъ случай пузырно-влагалищной фистулы, получившейся вслѣдствіе осложненія родового акта камнемъ мочевого пузыря. Случай этотъ тѣмъ болѣе замѣчательнъ, что онъ окончился вполне благополучно для больной, почти безъ всякаго внимательства искусства.

31 Августа 1891 г. я приглашена была къ крестьянкѣ деревни Давыдово Лукинской волости, Весъегонскаго уѣзда Тверской губерніи, Анастасіи Т—ой, разрѣшившейся 28 Августа мертвымъ ребенкомъ, рожденію котораго предшествовало рожденіе камня. Анастасія Т—ва, крестьянка 24 лѣтъ, восьмая дочь у матери, первыя крови получила на 14-мъ году, имѣя ихъ черезъ три недѣли на четвертую по 2—3 дня. Вышла замужъ на 22-мъ году, послѣ замужества типъ крови измѣнился—стала носить черезъ три недѣли по 4—5 дней. Мужу 23 года; здоровъ, только ослѣпъ послѣ перенесенной въ дѣтствѣ оспы. Забеременѣла черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ замужества. Послѣднія крови около 14 ноября. Первую половину беременности страдала тошнотою и рвотой, потомъ чувствовала себя хорошо и только послѣднія 4 недѣли жаловалась на рѣзъ въ правомъ паху, болѣе частое мочеиспусканіе и боли въ поясницѣ. Первое шевеленіе почувствовала въ правомъ боку въ 20-хъ числахъ Апрѣля. Съ 3-хъ лѣтъ чувствовала по временамъ затрудненіе и рѣзъ при мочеиспусканіи, часто ночью непроизвольно мочилась подѣ себя, не любила бѣгать, а впослѣдствіи избѣгала ѣздить верхомъ, потому что это, какъ и всякія рѣзкія движенія, причиняли ей боль внизу живота; съ возрастомъ всѣ эти явленія стали утихать, и она работала наравнѣ съ другими своими сверстницами и даже служила въ работни-

цахъ. Кромѣ того въ дѣтствѣ страдала еще, какъ она говоритъ, „золотухой“. Другихъ болѣзней она не имѣла. Родовыя боли начались съ 25 на 26 Августа часовъ въ 8 вечера; рядомъ съ схватками она жаловалась на рвоту, поносъ и постоянныя позывы къ мочеиспусканію. Въ такомъ состояніи прошли ночь 25 Августа, день и ночь 26, день и ночь 27 и наконецъ роды окончились 28 Августа часовъ въ 9 вечера; воды прошли тихомъ, не знаетъ когда. Съ 27 на 28 Августа роженица была изслѣдована бабками, вводившими во влагалище палецъ, всю эту ночь она сильно тужилась; къ утру схватки утихли, ребенокъ еще ворошился; часовъ около 12 дня явились потуги, въ половой щели показалась зеленовато-черная масса (передняя стѣнка *vaginae*), которая была проскоблена ногтемъ одной изъ бабокъ, причемъ вмѣстѣ съ большимъ количествомъ жидкости выскочилъ къ общему удивленію *бокомъ* камень, за камнемъ сряду выпала пуповина, бабки потащили за пуповину, она оборвалась; прошло еще часа два и наконецъ родилась дѣвочка, доношенная, мертвая. (Видѣть мнѣ ее не пришлось—ее похоронили до моего пріѣзда). Мѣсто вышло сряду вслѣдъ за ребенкомъ. Анастасія блондинка, 148 сантим. роста, слабаго тѣлосложенія, въ области обоихъ теменныхъ бугровъ два гладкихъ рубца, въ глубинѣ которыхъ прощупывается дефектъ кости (слѣды бывшихъ гummъ), кости обѣихъ голеней утолщены, на правой голени слѣдъ зарубцевавшейся язвы.

Окружность живота 77 сантим., D. Sp.—24 сантим., D. cr.—26 сантим., D. Troch. 28. Conjugata externa 18 сантим. C. diagonal. не опредѣлена. Матка на два съ половиной пальца ниже пупка, довольно хорошо сокращена, нечувствительна. Отдѣленіе окрашено, смѣшано съ мочей. Вся одежда родильницы пропитана мочей. При изслѣдованіи зеркаломъ Симса справа отъ валика мочеиспускательнаго канала видна фистула, идущая вверхъ сантиметровъ на пять, края фистулы омертвѣли и висятъ въ видѣ грязныхъ ключевъ.

Фистула не зіяетъ,—боковые края довольно близки другъ къ другу, такъ что пальцемъ приходится раздвигать ихъ, проходя въ пузырь; моча, однако, вся выливается въ фистулу, нисколько не задерживается. Выдѣлившійся камень имѣетъ плоско-овальную форму величиной съ куриное яйцо. Длина $5\frac{1}{2}$ сантим; ширина $4\frac{1}{2}$ сантим.; толщина 3 сантим.; вѣсъ $\text{3ij} - \text{3j}$, т. е. около 58, 47 grm. Фосфатъ. По моему совѣту, больная положена для ухода въ больницу, въ которой она провела только 3 дня (посту-

пила 31 Августа, выписалась 3 Сентября, по настоящему желанію). За все это время т° ни разу не поднималась выше 37,2° пульсъ колебался между 74—80 въ минуту, самочувствіе хорошее, со стороны матки ничего подозрительнаго не было. Фистула понемногу начала очищаться. Отдѣленія окрашены въ умѣренномъ количествѣ. Больной дѣлались обмыванія наружныхъ половыхъ частей три раза въ день, дано было одинъ разъ слабительное (natrum sulfuricum), положенъ согрѣвательный компрессъ на грудь. Моча все время цѣликомъ шла черезъ фистулу, произвольное мочеиспусканіе отсутствовало совершенно. Во все время пребыванія больной въ больницѣ предписано было ей положеніе на животъ и на лѣвомъ боку. 3 Сентября, по домашнимъ обстоятельствамъ, больная выписалась, обѣщавъ черезъ 6 недѣль явиться снова для операціи зашиванія фистулы. Ей данъ совѣтъ, по возможности лежать на животъ и на лѣвомъ боку. 16 Ноября 91 года больная явилась для операціи—при изслѣдованіи, однако, оказалось на мѣстѣ прежней фистулы, сбоку отъ валика мочеиспускательнаго канала, справа кверху, тянется уже линейный рубецъ, и только въ средней части этого рубца имѣется свищъ, пропускающій пуговчатый зондъ—свищъ имѣетъ нѣсколько полулунную форму, и въ нижней части его существуетъ маленькое языкообразное выпаденіе слизистой оболочки мочевого пузыря; края свища совершенно мягки и подвижны, но моча всетаки почти цѣликомъ идетъ черезъ свищъ сильной, хотя тонкой, струей; позывы къ мочеиспусканію почти отсутствуютъ (только сохраняя долгое время положеніе на лѣвомъ боку, или на животъ больная утромъ можетъ помочиться *отчасти*, черезъ мочеиспускательный каналъ, но все таки и здѣсь главная масса мочи идетъ черезъ фистулу). Моча прозрачна, средней реакціи, осадковъ не даетъ. Кожа наружныхъ половыхъ частей мадерирована. Послѣ опорожненія кишечника и спринцованій, 18 Ноября сдѣлано прижиганіе Пакеленомъ перифистулярно (причемъ прижжена и выпавшая слизистая оболочка мочевого пузыря), а также отчасти и интрафистулярно. Предписано опять таки покойное положеніе на животъ и на лѣвомъ боку, первые 2 дня послѣ прижиганія ставился 3 раза въ день катетеръ, но потомъ катеризація отмѣнена, потому что она раздражала больную, да и при введеніи катетера приходилось каждый разъ въ мочевомъ пузырьѣ, сейчасъ за мочеиспускательнымъ каналомъ, наталкиваться на какую то перемычку. Больной просто данъ совѣтъ

чаще мочиться. Ранка сначала, послѣ прижиганія, какъ будто забухла и больная дня два лежала почти сухая, но потомъ черезъ фистулу опять начала просачиваться моча, но въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ прежде, и больная могла мочиться отчасти и произвольно черезъ мочеиспускательный каналъ. 22 Ноября я должна была уѣхать на нѣсколько дней на земское собраніе, больная выписалась, обѣщая явиться опять для повторенія прижиганія или, если понадобится, для зашиванія фистулы. Явилась она 29 Декабря. Фистула кругловатой формы, значительно уменьшилась, не пропускаетъ и тонкаго пуговчатого зонда, моча черезъ нее просачивается, но мало—по каплямъ, и то только въ томъ случаѣ, когда больная долгое время воздерживается отъ мочеиспусканія. Если же она мочится часто, то ходитъ совершенно сухая. Своимъ положеніемъ очень довольна. Въ больницу въ настоящее время лечь не можетъ по домашнимъ обстоятельствамъ; но обѣщаетъ лечь позже

FIBROMYOMA SUBMUCOSUM UTERI. ENUCLEATIO PER VAGINAM.

Д-ра Л. И. Соколовскаго.

(Доложено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологич. общества въ Спб. 16 апрѣля 1892 года).

24-го октября 1889 г. ко мнѣ явилась больная Прасковья Сергѣева А. 46 лѣтъ, по случаю сильнаго кровотеченія, которое у больной очень часто повторяется, уже впродолженіи года.

Больная первыя menstrua получила на 17-мъ году, которыя появлялись чрезъ 3 недѣли и продолжались по 4 дня. Рожала 3 раза, послѣдніе роды были 12 лѣтъ тому назадъ.

Въ настоящее время больная въ высшей степени анемична. Температура у больной 39,8° С.

При внутреннемъ изслѣдованіи, я нашелъ uterus величиною съ большой апельсинъ. Кровотеченіе очень сильное, запахъ выдѣленій изъ vaginae сильно гангренозный.

Portio vaginalis здорово, сглажено и открыто на монету полтинникъ. Изъ collum uteri выдается сантиметра на три въ полость vaginae нижній отрѣзокъ fibromyomatis submucosi uteri, который на поверхности совершенно гангренизованъ.

Два пальца свободно проходятъ, въ полость uteri, между стѣнкой матки и fibroma submucosum corporis uteri.

При болѣе подробномъ изслѣдованіи оказывается, что слизистая оболочка матки, покрывающая фиброміому, въ нижнемъ ея отрѣзкѣ, разрушена гангреной и между фиброміомой и слизистой оболочкой (капсулой) можно пройти пальцемъ.

Fibroma помѣщается въ полости матки выше os internum colli uteri и своимъ широкимъ основаніемъ выходитъ изъ передней и лѣвой стѣнки тѣла матки. Величиною fibroma съ апельсинъ.

Черезъ брюшные покровы прощупывается поверхность матки совершенно гладкая, нѣтъ никакихъ возвышеній такъ что можно предположить, что fibroma submucosum не доходитъ до перитонеального покрова матки.

Увѣренный въ томъ, что можно удалить опухоль въ одинъ приемъ, я рѣшился сдѣлать enucleatio fibromyom. submucosi per vaginam ex tempore.

На операцію эту я смотрѣлъ, какъ на ultimum refugium.

Дезинфицировалъ я маточный рукавъ и гангренисцированную часть опухоли.

Фиксировалъ черезъ брюшные покровы матку и двумя пальцами вошелъ между капсулой и опухолью, стараясь отдѣлить широкое мѣсто прикрѣпленія опухоли отъ стѣнки матки, какъ отдѣляютъ приросшее дѣтское мѣсто.

Рыхлая соединительная ткань, между опухолью и стѣнкой матки, была очень уступчива. Черезъ брюшные покровы, фиксируя матку, я констатировалъ движенія своихъ пальцевъ въ полости матки.

Вездѣ толщина стѣнки матки была достаточна.

Когда часть опухоли была отдѣлена, то я захватилъ опухоль корнцангомъ и, не извлекая опухоли, чтобы непроизвести inversio uteri, я продолжалъ, безъ всякаго насилія, enucleatio in situ.

Кровотеченіе во время вылученія было не сильное, больная не жаловалась ни на какую боль, и черезъ $\frac{1}{4}$ часа мнѣ удалось вылучить всю фиброміому, которую я имѣю честь теперь представить обществу.

Діаметръ удаленной фиброміомы = 9 cm. Окружность = 21 cm.

По извлеченіи опухоли, отдѣленная слизистая оболочка (капсула) была удалена ножницами. Вся полость матки и мѣсто прикрѣпленія опухоли были посыпаны іодоформомъ.

Матка тотчасъ же сократилась, кровотеченіе остановилось. Дано десять гранъ pulv. secal. coꝑputi, тампонъ іодоформной марли положенъ въ маточный рукавъ. Общее состояніе больной хорошо.

На другой день удаленъ тампонъ и положенъ новый изъ іодоформной марли. Температура больной нормальная. Матка плотно скратилась, кровотеченія нѣтъ. Больной назначено желѣзо и хорошее питаніе. Черезъ 5 мѣс. явилась произвольная menstrua. До сегодня (2 годъ и 5 мѣяс.) больная совершенно здорова.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ седьмой).

ПРОТОКОЛЪ № 4.

Засѣданіе 16-го Апрѣля 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали почетный членъ А. Я. Крассовскій, 37 членовъ: Бацевичъ, Биддеръ, Брандтъ, Бутчикъ, Вастень, Верцинскій, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Личкусъ, Лопатинскій, Марцинкевичъ, Нейштубе, Оттъ, Пассоверъ, Петровъ, Піотровичъ, Подонскій, Рачинскій, Рузи, Савченко, Соколовскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Цѣхановскій, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Штольцъ, Шуттенбахъ, Эберманъ, Янпольскій и 28 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 3-й.

2) А. Я. Крассовскій произнесъ краткую рѣчь, въ которой благодарилъ Общество за выраженную ему признательность и вмѣстѣ съ тѣмъ обѣщалъ и на будущее время, по мѣрѣ силъ и возможности, работать на пользу общаго дѣла. Рѣчь эта была покрыта рукоплесканіями.

3) Л. И. Соколовскій показалъ два препарата: 1) плодное яйцо, соотвѣтствующее 3-му мѣсяцу беременности.

Отъ лѣвой ручки плода къ пуповинѣ идетъ *Simonart* ова нить, сжавшая пуповину узломъ; это обстоятельство, по мнѣнію докладчика, и повлекло за собою смерть плода и выкидышъ; другихъ причинъ для послѣдняго не было.

2) Подслизистую фиброміому, благополучно удаленную вылушиваніемъ черезъ влагалище. Предъявленная опухоль имѣетъ въ окружности 21 см., а въ поперечникѣ 9. Извлечена у 46-лѣтней больной, 3 раза рожавшей (въ послѣдній разъ 12 лѣтъ тому назадъ) и обратившейся къ докладчику, вслѣдствіе сильныхъ и повторныхъ кровотеченій, продолжавшихся уже цѣлый годъ. Подробное описаніе 2-го препарата помѣщено въ настоящемъ № «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней».

К. Ф. Славянской по поводу перваго препарата замѣтилъ слѣдующее: въ яйцѣ безспорно имѣлись воспалительныя измѣненія; на это несомнѣнно указываетъ бывшій амниотъ. Утверждать поэтому, что смерть плода послѣдовала безусловно отъ узла пуповины съ положительностью нельзя. Для выясненія этого вопроса слѣдовало бы произвести тщательное микроскопическое изслѣдованіе отпадающей оболочки и плаценты, а такъ какъ докладчикъ этого, къ сожалѣнію не сдѣлалъ, то причина смерти плода и выкидыша остается не ясною.

4) *А. А. Драницынъ* (изъ клиники проф. *Д. О. Отта*) показалъ: 1) 2 препарата вѣматочной трубной беременности, 2) надвлагалищно срѣзанную (вслѣдствіе фиброміомы) матку съ одновременно удаленной кистой яичника и 3) вылущенную изъ мѣшка водяночную почку (гидронефрозъ).

5) *Н. И. Стравинскій* прочелъ докладъ *С. А. Кочуровой*: *Fistula vesico-vaginalis sub partu*, вслѣдствіе осложненія родовъ камнемъ мочевого пузыря. Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней».

А. Л. Эберманъ разсказалъ о 5 случаяхъ камней мочевого пузыря у женщинъ, встрѣтившихся въ его практикѣ. Самымъ лучшимъ способомъ лѣченія онъ считаетъ удаленіе камней черезъ искусственно расширенный мочеиспускательный каналъ. Этотъ-же способъ онъ считаетъ наилучшимъ и въ томъ случаѣ, когда присутствіе камня въ пузырь опредѣлено у беременной или у роженицы въ самомъ началѣ родовъ. Если же роды далеко ужъ подвинулись впередъ, то умѣстнѣе кольпоцитотомія.

А. Я. Красовскій замѣтилъ, что во многихъ случаяхъ можно огра-

ничиться камнедробленіемъ. И предъявленный камень, напр., такъ мягкоъ, что его легко можно было бы раздробить. А. Я. припомнилъ, далѣе, одинъ случай, въ которомъ камень, съ голубиное яйце, вышелъ самъ собою.

Л. И. Соколовскій замѣтилъ, что онъ разъ удалилъ камень съ куриное яйцо, черезъ влагалище путемъ кольпоцистотоміи. Защищенная рана быстро зажила.

Д. О. Оттз сказалъ: приводимыя обыкновенно въ литературѣ данныя относительно частоты камней мочевого пузыря у женщинъ не выдерживаютъ критики. Нужно думать, что болѣзнь эта встрѣчается значительно чаще. Вместе съ тѣмъ весьма возможно, что это заболѣваніе и у женщинъ, точно также, какъ и у мужчинъ,—встрѣчается чаще въ извѣстныхъ мѣстностяхъ, напр., у насъ въ Поволжьѣ. Не слѣдуетъ, далѣе, упускать изъ виду, что и такъ часто примѣняемыя теперь гинекологическія операціи тоже могутъ вести къ каменной болѣзни: остающіеся въ пузырьѣ кусочки нитокъ, проволоки и т. п. нерѣдко бываютъ причиною осѣданія изъ мочи солей. Д. О. пришлось 3 раза удалять камни изъ мочевого пузыря; при этомъ онъ всегда прибѣгалъ къ кольпоцистотоміи, которая позволяетъ хорошо ощупать всю внутреннюю поверхность пузыря и удалить, нерѣдко существующія рядомъ съ камнемъ, каменистыя отложения, плотно сидяція на стѣнкѣ пузыря. Расширеніе мочеиспускательнаго канала онъ считаетъ грубой и неоправданной операціей, и притомъ не всегда невинной по своимъ послѣдствіямъ (недержание мочи). Операція эта, по его мнѣнію, уместна лишь при лѣченіи трещинъ въ шейкѣ мочевого пузыря.

А. Л. Эберманъ возразилъ, что ему никогда не приходилось видѣть дурныхъ послѣдствій послѣ расширения мочеиспускательнаго канала и что женщины переносятъ эту операцію очень хорошо.

Б. Г. Янпольскій вполне присоединился къ этому мнѣнію, указавъ на тотъ общественный фактъ, что женщины, совершавшія соитіе черезъ уретру, тѣмъ не менѣе, не страдали недержаніемъ мочи.

Къ этому же мнѣнію присоединился и В. А. Вастенъ: въ его отдѣленіи имѣется теперь больная съ отсутствіемъ матки и рукава; палецъ свободно проникаетъ черезъ мочеиспускательный каналъ въ пузырь, а недержанія мочи—нѣтъ.

К. Ф. Славянскій замѣтилъ, что спорящіе уклонились отъ обсуждаемаго вопроса: какъ поступать *при фодахъ*, осложненныхъ камнемъ мочевого пузыря? По его мнѣнію, нельзя безусловно высказаться ни за тотъ, ни за другой способъ лѣченія; всегда слѣдуетъ сообразоваться съ существующими условіями и, сообразно съ ними, рѣшаться на то пособіе, которое можетъ быть легче и удобнѣе произведено. Словомъ слѣдуетъ индивидуализировать. Въ заключеніе К. Ф. отмѣтилъ нѣкоторые народные выраженія, встрѣчающіяся въ докладѣ; онѣ, какъ нельзя лучше, поясняютъ сущность дѣла, напр.: «воды сошли тишкомъ». Подобныя опредѣленія не худо бы перенести и въ научную терминологію, подобно тому, какъ это сдѣлано съ народными лѣкарственными средствами, часто оказывавшимися дѣйствительно полезными.

6) *В. И. Штолцз* прочелъ докладъ: *О веденіи родовъ при наиболѣе часто встрѣчающихся формахъ узкаго таза.* На основаніи литературныхъ данныхъ и своихъ 135 наблюдений (изъ коихъ 35 изъ частной практики, а 100 изъ Родительнаго Приюта), докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ общимъ выводамъ относительно тазовъ 2-степени суженія, какъ плоскихъ, такъ и общенеравномѣрно суженныхъ.

1) Если суженіе таза извѣстно во время, то при *conjugata diagonalis* до 9 см. включительно, показываются преждевременные роды, которые не должны быть производимы ранѣе 35-недѣли утробной жизни. Что касается до способовъ производства преждевременныхъ родовъ, то болѣе всѣхъ соотвѣтствуетъ цѣли высокій проколъ оболочекъ, предлагаемый *Braun'*омъ. При употребленіи способа *Krause* у женщинъ, которымъ уже производились роды разъ—другой, надо разсчитывать время родовъ, прикидывая недѣлю на производство ихъ.

2) Если суженіе сдѣлалось извѣстнымъ только при началѣ родовъ, то самые надежные результаты получаются при выжидательномъ способѣ. Выжиданіе показано до тѣхъ поръ, пока оно не грозитъ опасностью матери или плоду.

3) Если, при правильномъ механизмѣ родовъ и вставившейся, до извѣстной степени во входѣ головки, замѣчаются явленія, угрожающія жизни матери или плода, то показуется наложеніе высокихъ щипцовъ, которые вовсе не такъ страшны, какъ думаютъ нѣкоторые. Щипцы, въ случаѣ надобности, могутъ быть накладываемы и при неполнѣ, но все-же, достаточно раскрытомъ зѣвѣ. Влеченія могутъ примѣняться съ достаточною силою, — разумѣется, въ извѣстныхъ границахъ. Десятокъ благоразумныхъ влеченій можно примѣнить даже если головка не поддается, какъ доказательство невозможности извлечь ее въ данномъ случаѣ.

4) Если не удалось кончить роды щипцами, равно какъ и при неправильномъ вставленіи головки, при неправильномъ механизмѣ родовъ, при баллотирующей головке, если дальнѣйшее продолженіе родовъ начинаетъ угрожать жизни матери, показуется прободеніе даже живого плода. Эта операція показуется также во всѣхъ случаяхъ смерти ребенка.

5) Поворотъ по причинѣ неблагопріятнаго вліянія на плодъ имѣетъ, при суженіи *S. D.* 10,5 и ниже, свои спеціальныя показанія, т. е., такія же, какъ и при нор-

мальномъ тазѣ. Одно показаніе еще можно допустить, а именно, если головка долго баллотировала при стоячихъ водахъ и не вставляется скоро даже и по излитіи водъ, но и при этомъ показаніи поворотъ умѣстенъ лишь тогда, если онъ удастся безъ затрудненій. 6) Кесарское сѣченіе при С. D. выше 9 см., какъ операція замѣняющая выжидательный способъ, не показуется, по крайней мѣрѣ въ настоящее время. Что же касается до кесарскаго сѣченія, какъ операціи, замѣняющей строго обдуманное прободеніе, или послѣ пробныхъ щипцовъ, то оно, въ подобныхъ случаяхъ, не можетъ быть показано. При 3-й степени суженія, гдѣ плодъ не можетъ родиться жизнеспособнымъ, все сводится къ вопросу о томъ, какого мнѣнія касательно кесарскаго сѣченія, сама роженица, такъ какъ при С. D. до 7 см. прободеніе и краниоклазія даже и доношеннаго плода, хотя съ трудомъ, но вполнѣ выполняемы. Слѣдовательно, единственнымъ безспорнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію остается 4-я степень суженія.

Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней».

Пренія, за позднимъ временемъ, отложены до слѣдующаго засѣданія.

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

ПРОТОКОЛЬ № IV.

Административное засѣданіе 16-го апрѣля 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 25 человекъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № III.

2) Въ виду того, что предсѣдатель комитета гигиенической выставки, имѣющей открыться весной 1893 г., А. Л. Эберманъ—нашелъ возможнымъ открыть отдѣлъ акушерства и женскихъ болѣзней, то делегатомъ Общества въ комитетъ устройства выставки по этому отдѣлу избранъ *Д. О. Оттъ.*

3) Читано заявленіе редакціи Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней, изъ котораго видно, что когда, по окончаніи минувшаго двухлѣтія, было приступлено къ изданію III-го выпуска Протоколовъ Общества (1890—91 гг.) отдѣльною брошюрою, то оказалось, что экземпляровъ протоколовъ за №№ 1-мъ и I за 1890 г.) въ наличности имѣется лишь около 20 тогда какъ всѣхъ остальныхъ по 100 и болѣе и, что для того, что бы выпустить эти протоколы № 1—I вторымъ изданіемъ въ количествѣ недостающемъ до нормы, по предварительному разсчету, требуется расходъ въ 25 рублей. Общество постановило разрѣшить этотъ расходъ редакціи.

4) Депутатами отъ Общества на международный гинекологическій конгрессъ въ Брюсселѣ, имѣющій собраться отъ 2-го до 6-го сентября с. г., избраны: Д. О. Оттъ, К. Ф. Славянскій и А. Р. Фишеръ.

За Предсѣдателя **Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КИЕВѢ.

Собщ. И. А. Вовффъ.

Засѣданіе 22-го апрѣля 1892 г.

1) По поводу прочитаннаго протокола прошлаго засѣданія *А. Г. Боряковский* сдѣлалъ нѣсколько замѣчаній относительно прибора, устроеннаго докторомъ *Амьелесомъ* для добыванія послѣродовыхъ отдѣленій изъ полости матки (см. Жур. Ак. и Ж. б. 1892 г. № 5, стр. 493). Вопреки заявленіямъ докладчика, *Боряковский* полагаетъ, что ни его приборъ, ни приборы будущаго, самые совершенные въ своемъ устройствѣ, не въ состояніи дать такихъ результатовъ, которые, по чистотѣ изслѣдованія, вполне соотвѣтствовали-бы столь значительной высотѣ развитія современной бактеріологіи. Для того, чтобы проникнуть въ полость матки, не захвативъ шеечнаго отдѣленія, необходимо или устранить эти отдѣленія, или сдѣлать ихъ безразличными или, наконецъ, пройти мимо нихъ. Нельзя не согласиться съ докладчикомъ, что первые два способа не надежны, такъ какъ, съ одной стороны, примѣняя даже такой энергичный способъ, какъ напр. способъ *Fürbringer'a* для обеззараживанія рукъ, мы не всегда достигаемъ цѣли, съ другой стороны, при примѣненіи обеззараживающихъ средствъ, часть ихъ можетъ попасть въ полость матки и повліять на жизнеспособность находящихся тамъ микроорганизмовъ; но и путь механической изоляціи не представляетъ большихъ преимуществъ. Докладчикъ заключилъ свой приборъ въ два чехла, изъ которыхъ онъ одинъ снимаетъ у внутренняго зѣва, другой въ самой полости матки; но развѣ возможно въ послѣродовой маткѣ на живой женщинѣ точно опредѣлить границу внутренняго зѣва? При введеніи инструмента верхній край его можетъ помѣщаться на границѣ внутренняго зѣва, выше или ниже его, но во всѣхъ этихъ случаяхъ чехлами, сколько-бы ихъ ни было, можно достигнуть только одного—сохраненія въ чистотѣ внутренности прибора, отдѣленія-же полости матки будутъ неизбежно загрязнены самими чехлами; проникновенію отдѣленій шейки въ полость матки способствуютъ еще: тягучесть и прилипчивость отдѣленій шейки, поршнеобразное дѣйствіе прибора и присасывающія свойства гигроскопической ваты, возможность обратнаго тока отдѣленій (изъ шейки въ полость матки) при положеніи родильницы въ креслѣ *Schröder'a* и потягиванія матки пулевыми щипцами. Для того чтобы получить точные бактеріологическіе результаты, нужно слѣдовать *Winter'у*, который съ этой цѣлью пользовался

вырѣзанными матками; матеріаль такого рода, конечно, не великъ, но за то результаты безупречные. Это возраженіе, такъ сказать, противъ принципа, положеннаго въ основу инструмента *Аншелеса*; можно-бы еще сдѣлать массу возраженій противъ деталей, но это не столь важно.

Аншелесъ не считаетъ своего инструмента «послѣднимъ словомъ» въ этомъ направленіи; при примѣненіи его на большихъ до сихъ поръ вреда для нихъ не наблюдалось, что могло-бы произойти при занесеніи отдѣлений шейки въ полость матки. Опыты внѣ организма, при которыхъ инструментъ смазывался чистыми культурами микроорганизмовъ, показали, что вата проходитъ чрезъ эту среду стерильной.

Проф. *Рейнз*, находя инструментъ *Аншелеса* вполне цѣлесообразнымъ, обратилъ вниманіе докладчика на цѣнное указаніе *Бояковского* о необходимости устраненія присасывающаго дѣйствія инструмента, которое можетъ, дѣйствительно, повестъ къ смѣшенію отдѣлений шейки и полости матки.

2) Проф. *Г. Е. Рейнз* демонстрировалъ удаленную имъ путемъ чревосѣченія раково-перерожденную матку. Колоссальное утолщеніе стѣнокъ матки наводило до операціи на мысль о межстѣнчной фиброміомѣ матки или саркоматозномъ перерожденіи ея. Но микроскопическое изслѣдованіе удаленнаго еще до операціи кусочка ткани дало возможность поставить точный діагнозъ. Вѣсъ матки 430 грм. Представленный препаратъ доказываетъ, что операція *Freund'a* имѣетъ свои точныя показанія, какъ операція первичная, и что имѣется извѣстная категорія случаевъ рака матки, гдѣ эта операція имѣетъ преимущества предъ всѣми другими методами. Со стороны технической операція не легка. Данный случай, вѣроятно, послужитъ еще матеріаломъ для обсужденія въ обществѣ. Слѣдующія 4 сообщенія были посвящены одному и тому-же вопросу—вывороту матки.

3) *Н. В. Шузарскій* сообщилъ слѣдующую исторію болѣзни. 23 октября 1891 г. въ акушерскую клинику поступила Клавдія В. съ жалобами на маточныя кровотеченія, продолжающіяся 20 лѣтъ. Со стороны общаго состоянія органовъ и грудной и брюшной полостей особенныхъ отклоненій не найдено; наружныя половыя органы, за исключеніемъ малыхъ губъ, представляющихъ небольшія отклоненія въ своемъ развитіи, правильно развиты; старый разрывъ промежности, небольшое выпаденіе передней стѣнки влагалища; на разстояніи 4 см. отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала прощупывается тѣло, по формѣ и плотности напоминающее фиброзный полипъ. Величина этого тѣла съ матку не рожавшей женщины, оно сидитъ какъ бы на ножкѣ, исходящей изъ растянутого наружнаго зѣва; основаніе ножки окружено валикомъ, снаружи переходящимъ въ слизистую сводовъ, а внутреннюю свою поверхность образующимъ довольно мелкій жолобъ, свободно пропускающій конецъ пальца; проникнуть зондомъ глубже 1 см. между краемъ зѣва и основаніемъ тѣла нигдѣ не удается. При комбинированномъ изслѣдованіи, а также при изслѣдованіи чрезъ прямую кишку, матка и ея придатки на обычномъ мѣстѣ не опредѣляются; обычное при выворотѣ воронкообразное углубленіе изъ-за толстыхъ брюшныхъ стѣнокъ не опредѣляется.

Больная 39 лѣтъ, менструировать начала на 14 — 15 году по типу чрезъ 3 недѣли по 6 — 7 дней, въ довольно большомъ количествѣ; замужъ вышла на 18 году, на 19-мъ родила; ребенокъ родился «стремглавъ», по словамъ больной; получился разрывъ промежности. Послѣдовой періодъ нѣсколько затянулся; бабка, помѣстивъ больную на кровати въ колѣнно-локтевомъ положеніи, потягиваніемъ за пуповину извлекала послѣдъ, при чемъ появилось проливное кровотеченіе, остановленное вскорѣ прибывшимъ врачомъ. На 3 — 4 сутки послѣ родовъ во время стула у больной между бедрами внезапно очутилось большое, мясистое, окровавленное тѣло; врачъ опредѣлилъ выворотъ матки. Всѣ попытки къ вправленію, какъ на дому у больной, такъ и въ Тамбовской больницѣ, оказались безуспѣшными; послѣ этого больная отказалась отъ всякихъ дальнѣйшихъ попытокъ лѣченія и въ продолженіи 19 лѣтъ только симптоматически лѣчила иногда кровотеченія, которые первые 10 лѣтъ были непрерывными, при чемъ 6—7 разъ въ году кровь «лилась фонтаномъ», во 2-е десятилѣтіе крови было меньше, но въ промежуткахъ постоянно шли бѣли. Развилось явленіе сильнаго малокровія. На 11 году заболѣванія въ Москвѣ предлагали больной ампутацію матки. Въ Кіевской клиникѣ тоже было сдѣлано нѣсколько попытокъ ручного вправленія подъ хлороформнымъ наркозомъ, но безуспѣшно; тогда было приступлено къ методическому кольпейризу влагалища: ежедневно по утрамъ при самыхъ тщательныхъ антисептическихъ предосторожностяхъ во влагалище вводился кольпейринтеръ, постепенно наполнявшійся водой (въ количествѣ отъ 320 грм. до 580 грм. въ концѣ лѣченія); мѣриломъ достаточности наполненія баллона служили ощущенія больной. При такомъ лѣченіи все болѣе стала обнаруживаться наклонность матки къ вправленію и послѣ почти мѣсячнаго лѣченія удалось полное вправленіе, достигнутое проф. *Рейнолзомъ* слѣдующими ручными приемами: введенная во влагалище лѣвая рука отдавливала дно матки вверхъ и впередъ, правая-же рука со стороны брюшныхъ покрововъ разминала и разглаживала приподнятую воронку выворота; какъ только операторъ со стороны брюшной стѣнки опредѣлилъ устье воронки выворота, то тотчасъ сталъ передвигать брюшную стѣнку сначала по передней окружности воронки по направленію къ себѣ и по задней—по направленію отъ себя, какъ-бы выворачивая матку, подобно выворачиванію пальца въ перчаткѣ. Чрезъ 13' отъ начала операціи вправленіе удалось; матка затампонирована іодоформной марлей и на шейку съ каждой стороны наложено по 1 шелковому шву безъ окровавленія краевъ; спустя 7 дней швы сняты и на 10-ый день послѣ вправленія больная выписана изъ клиники вполне здоровой. Такимъ образомъ лѣченіе въ данномъ случаѣ состояло изъ двухъ частей: подготовительной—кольпейриза, причемъ полный выворотъ превратился въ неполный—дно матки перемѣстилось за зѣвъ—и затѣмъ уже окончательное вправленіе ручными приемами. Свой случай докладчикъ по давности существованія выворота считаетъ 3-мъ въ литературѣ послѣ случаевъ *Pate'a* (40 лѣтъ) и *Withe'a* (22 г.).

На основаніи своего случая и тщательно собранныхъ докладчикомъ

данныхъ о 441 случаѣ выворота матки, какъ послѣродового, такъ и не-находящагося въ непосредственной связи съ родами, онъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1. Лѣченіе выворота въ общемъ дало до сего времени довольно высокій $\%$ смертности.

2. Анамнестика послѣродового періода имѣетъ большое значеніе для предсказанія результатовъ лѣченія выворота.

3. Большинство выворотовъ съ различной давностью излѣчивается вправленіемъ.

4. Въ свѣжихъ случаяхъ предпочтителенъ способъ скорый — ручной

5. Въ случаяхъ съ хроническимъ теченіемъ кольпейризь одинъ изъ лучшихъ способовъ лѣченія.

6. Послѣродовой періодъ при выворотѣ служитъ противопоказаніемъ къ лѣченію при отсутствіи показаній *quo ad vitam*.

7. При правильномъ и настойчивомъ примѣненіи кольпейриза достигается въ громадномъ большинствѣ случаевъ консервативный методъ лѣченія. Оперативное удаленіе органа остается для тѣхъ исключительныхъ случаевъ, гдѣ воронка представляетъ старыя, крѣпкія сращенія.

4) *В. П. Жемчужниковъ* сообщилъ случай выворота матки, наблюдавшійся въ этомъ году въ кievской акушерской клиникѣ. Больная 27 лѣтъ, начала менструировать на 16-мъ году по типу—черезъ $3\frac{1}{2}$ недѣли по 4—5 дней; замужъ вышла на 22-мъ году, рожала 4 раза; первые роды исполнѣ благополучны, 2-ые роды 3 года т. н. были легкіе, но послѣдовой періодъ затянулся на нѣсколько часовъ и послѣдъ извлекла рукою, введенною въ полость матки, повитуха; при третьихъ родахъ 1 марта 89 г. послѣдовой періодъ затянулся на 8 часовъ и врачъ, удаливъ дѣтское мѣсто, заявилъ, что оно было приращено въ трехъ мѣстахъ. Наконецъ, при 4-ыхъ родахъ въ маѣ 1891 г. дѣтское мѣсто снова было извлечено рукою изъ полости матки повивальной бабкой, при чемъ появилось сильное кровотеченіе; приглашенный черезъ 3 дня врачъ констатировалъ выворотъ матки. Съ этого времени страдаетъ кровотечениями, которыя и заставили больную 28-го января 1892 г. поступить въ кievскую акушерскую клинику. При изслѣдованіи больной найденъ полный выворотъ матки со всѣми его признаками—между прочимъ удалось найти маточныя отверстія Фаллопиевыхъ трубъ, пропускавшія тонкій зондъ. Въ виду кровотечения примѣнены вначалѣ горячія сиринцованія въ 40° R., спорынья внутрь, тампонація влагалища, ледъ на животъ. 3-го февраля, когда кровотеченіе совершенно уже прекратилось, сдѣлана первая попытка къ ручному вправленію, но безуспѣшно; приступлено къ кольпейризу, какъ и въ вышесообщенномъ случаѣ; послѣ 7-дневнаго примѣненія кольпейринтера сдѣлана вторая попытка ручного вправленія, но опять безуспѣшно, хотя дно матки и удалось вправить за наружный зѣвъ; тогда въ каналъ шейки вложено 2 тампона изъ іодоформенной марли, а передняя и задняя губы шейки соединены въ передне-заднемъ направленіи тремя шелковыми швами безъ предварительнаго окровавленія. Черезъ 5 дней швы были удалены, не давши

никакого эффекта, и снова приступлено къ кольпейризу; черезъ 3 дня (18-го февраля) выворотъ вполнѣ вправился, и 29-го февраля больная выписалась совершенно здоровой. Больная до начала лѣченія и по окончаніи его была демонстрирована членамъ общества.

5) Д-ръ *Г. Назаретовъ* — присутствовавшій въ засѣданіи земскій врачъ — прочелъ клиническую исторію болѣзни, составленную имъ еще въ бытность его студентомъ университета св. Владиміра въ 1885 г. и относящуюся къ случаю выворота матки. 4-го октября 1885 г. въ акушерскую клинику была принята больная Агришнина П., 44 лѣтъ; менструировать начала на 17-мъ году по типу черезъ 4 недѣли по 6—7 дней, замужъ вышла на 18-мъ году, первый разъ родила на 19-мъ году; рожала всего 8 разъ, всегда въ срокъ, роды и послѣродовое теченіе правильные, послѣдніе роды на 38-мъ году. Съ 38-го года жизни по 41-ый не менструировала, съ 41-го по 44-ый у нея появлялись періодическія черезъ каждыя 2 недѣли кровотеченія, продолжавшіяся по 3 недѣли, въ промежуткахъ шли бѣли; кровотеченія за 3 мѣсяца до поступленія въ клинику прекратились. За два мѣсяца до поступленія въ клинику во время дефекаціи у больной что-то опустилось во влагалище; введя палецъ туда и ощущавъ какое-то бугристое тѣло, больная рѣшила, что это «опустилась матка»; чрезъ нѣсколько недѣль при натуживаніи во время мочеиспусканія, которое было затруднено, изъ половой щели показалось какое-то круглое тѣло; призванная повитуха рѣшила, что это головка рождающагося ребенка и стала изо всѣхъ силъ тянуть за «головку», но ребенка извлечь ей не удалось. Послѣ этихъ манипуляцій у больной появились сильныя боли внизу живота, въ ногахъ и поясищѣ, и она вскорѣ обратилась въ земскую больницу, гдѣ былъ распознанъ выворотъ матки, осложненный новообразованіемъ ея, съ каковымъ діагнозомъ больная и была направлена въ кievскую акушерскую клинику. Анамнезъ и изслѣдованіе, произведенное въ клиникѣ, вполнѣ подтвердили, что въ данномъ случаѣ имѣется полный выворотъ матки съ выпаденіемъ ея и подслизистымъ фиброидомъ на днѣ матки, величиною съ дѣтскую головку. Характеръ опухоли опредѣленъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ вырѣзаннаго изъ опухоли кусочка. 3-го ноября была удалена опухоль, а 8-го сдѣлана была первая попытка къ вправленію выворота, но безуспѣшно; 3-го декабря вторая попытка, но съ такимъ-же успѣхомъ; тогда приступлено къ систематической тампонаціи влагалища іодоформенной марлей и кольпейризу. 17 декабря 85 г. въ виду закрытія клиники на зимнее каникулярное время больная была выписана съ тѣмъ, чтобы черезъ нѣкоторое время снова явиться для продолженія лѣченія; при выпискѣ у больной существовалъ еще неполный выворотъ матки, но безъ выпаденія. Больная въ клинику больше не явилась, но по свѣдѣніямъ, полученнымъ отъ мѣстнаго врача, черезъ годъ при изслѣдованіи выворотъ оказался произвольно вправившимся. Собщеніе это сопровождалось демонстраціей акварельныхъ рисунковъ и микроскопическаго препарата.

6) Проф. *Г. Е. Рейна* сдѣлалъ нѣсколько замѣчаній относительно

лѣченія выворота матки. Изъ вышеприведенныхъ исторій болѣзни видно, что кольпейризмъ при лѣченіи выворота матки даетъ отличные результаты; способъ этотъ далеко не новый, но точнаго научнаго объясненія дѣйствія тампонаціи до сихъ поръ нѣтъ. Въ одной изъ своихъ послѣднихъ работъ покойный Л. Нейгембауэръ даетъ слѣдующее объясненіе дѣйствію тампонаціи въ этихъ случаяхъ: тампонъ, растягивая влагалище, растягиваетъ и мѣсто прикрѣпленія влагалища къ маткѣ, т. е. своды, растягивая-же своды, способствуетъ раскрытію канала шейки, благодаря чему является возможность вправленія матки, чему съ другой стороны способствуетъ постоянное давленіе тампона на дно матки. Но и это объясненіе не выдерживаетъ строгой критики; если бы объясненіе дѣйствія тампонаціи, данное Нейгембауэромъ, было бы вѣрно, то зѣвъ долженъ былъ-бы расширяться или, по крайней мѣрѣ, не спадаться и послѣ того, какъ дно матки уже помещается выше уровня шейки, т. е. когда полный выворотъ уже превратился въ неполный; мы-же видѣли въ вышеприведенныхъ случаяхъ, что лишь только дно матки стало выше внутренняго зѣва, послѣдній начинаетъ спадаться, не смотря на дальнѣйшую тампонацію, и въ двухъ сообщенныхъ случаяхъ, незадолго до вправленія, величина его не превышала 20 копѣчной монеты. Проф. Рейна полагаетъ, нельзя-ли для объясненія механизма дѣйствія тампона при выворотѣ воспользоваться Schröder'овскимъ объясненіемъ механизма дѣятельности матки при родахъ? Тампонъ, какъ постороннее тѣло, вызываетъ цѣлый рядъ координированныхъ сокращеній мышечныхъ волоконъ полового тракта и точно также вызываетъ распаденіе послѣдняго на полый мускулъ и выводную трубку, какъ это производитъ предлежащая часть во время родовъ; благодаря такого рода дѣйствію тампонаціи происходитъ произвольное рожденіе выворотнаго тѣла матки изъ влагалища въ полость таза. Въ пользу такого объясненія говорятъ и неудачи, встрѣчающіяся при быстромъ ручномъ вправленіи застарѣлыхъ выворотовъ матки, такъ какъ при такомъ образѣ дѣйствія матка не успѣваетъ развить своей активной дѣятельности. Встрѣчающіяся въ литературѣ описанія случаевъ быстрого ручного вправленія, какъ напр. случай Emmet'a, гдѣ вправленіе продолжалось 5 часовъ, не могутъ быть отнесены къ категоріи случаевъ чисто механическаго ручного вправленія, такъ какъ за это время матка, подѣ влияніемъ продолжительныхъ механическихъ инсультовъ, уже успѣла развить свою активную дѣятельность въ вышеприведенномъ смыслѣ. Все говоритъ за то, что тампонація есть самое простое, легкое и рациональное лѣченіе выворота матки, которое почти всегда ведетъ къ цѣли и можетъ быть легко выполнено всякимъ врачомъ на дому при соблюденіи только двухъ условій: медленномъ постепенномъ наполненіи кольпейринтера и при строжайшемъ соблюденіи всѣхъ правилъ безгнилостнаго веденія всего лѣченія. Противопоказаніемъ къ тампонадѣ можетъ служить только присутствіе сращеній въ воронкѣ выворота. Быстрое ручное вправленіе можетъ имѣть мѣсто только въ исключительныхъ, свѣжихъ случаяхъ выворота и какъ ускоряющій методъ лѣченія при тампонаціи. Ампутація матки остается только, какъ ultimum refugium. Асеп-

тику и антисептику обвиняють въ томъ, что благодаря имъ стали часто прибѣгать къ оперативной помощи тамъ, гдѣ можно бы обойтись безъ нея; насколько эти обвиненія часто голословны, видно изъ слѣдующаго сопоставленія: въ доантисептическое время при проф. *А. П. Матвѣевъ* въ этой же клиникѣ изъ 5 случаевъ выворота матки въ 4-хъ была произведена ампутация и только въ одномъ вправленіе, а теперь, во время наибольшаго развитія безгноястнаго и противогноястнаго методовъ, всѣ 3 наблюдавшіеся случая излѣчены по сохраняющему способу.

Въ преніяхъ по поводу послѣднихъ 4 докладовъ участвовали д-ра *Несловъ*, *Боряковский*, *Шуварскій*, *Красковский* и *Добронравовъ*. *Несловъ* вполне согласенъ съ теоріей дѣйствія кольпейриза, предложенной проф. *Рейномъ*; не пужно забывать, что во влагалищѣ существуютъ нервныя узлы, раздраженіе которыхъ вызываетъ сокращенія матки; оппоненту встрѣтилось два случая, гдѣ при одномъ введеніи руки во влагалище для оказанія оперативнаго пособія вслѣдствіе слабости потугъ, послѣднія значительно усилились; раздраженію этихъ же центровъ тампонами можно приписать эффектъ тампонаціи при выворотѣ. Непонятно, почему д-ръ *Шуварскій* считаетъ послѣродовой періодъ противопоказаніемъ къ вправленію; въ случаѣ, сообщенномъ обществу оппонентомъ, вправленіе было имъ произведено въ послѣродовомъ періодѣ и вреда отъ этого не наблюдалось.

Боряковский обратилъ вниманіе на то, что во всѣхъ 3-хъ случаяхъ попытки быстрого ручнаго вправленія въ первое время послѣ поступленія больныхъ въ клинику оставались безуспѣшными. Быть можетъ, въ это время помимо препятствій въ физиологическихъ условіяхъ существуютъ препятствія механическаго характера—невозможность правильнаго приложенія силы: расширять кольцо, образуемое шейкой, необходимо эксцентрически, въ радиальномъ направленіи, но при существующихъ въ это время анатомическихъ условіяхъ приходится довольствоваться надавливаніемъ на дно матки, что мнѣ всего способствуетъ расширенію кольца. При тампонаціи помимо физиологическаго момента играетъ роль и моментъ механическій.

Шуварскій полагаетъ, что послѣ вправленія вывороченной матки за зѣвъ шейки, зѣвъ не сокращается, но чисто механически спадается. Послѣродовой періодъ онъ считаетъ противопоказаніемъ къ вправленію, такъ какъ въ это время легче инфицировать больную.

Красковский находитъ, что мнѣніе проф. *Рейна* о динамическомъ дѣйствіи тампона вполне отвѣчаетъ нашимъ представленіямъ о механизмѣ родовъ и чрезвычайно ясно объясняетъ способъ вправленія при тампонадѣ. Матка, начавшая активную дѣятельность, раздѣляется какъ-бы на двѣ части: къ одной изъ нихъ,—полому мускулу собирается главная масса сокращенной мускулатуры матки, другая—выходная трубка—пассивно оттягивается кверху, все болѣе истончаясь и растягивая зѣвъ. Первое условіе—сокращеніе полого мускула способствуетъ уменьшенію объема выворотной матки, второе—растяженіе выходной трубки раскрываетъ зѣвъ и заставляетъ вывороченную часть оттягиваться кверху и какъ-бы рождаться въ брюшную полость.

Проф. Рейнз, отвѣчая Боряковскому, указать, что, какъ видно изъ описаній случаевъ, при вправленіи сила прикладывалась, именно, эксцентрически и все-же это къ успѣху не повело. Дѣло въ томъ, что въ началѣ ткани еще не достаточно подготовлены; мы знаемъ, что трудность или легкость выполненія внутренняго акушерскаго поворота тоже находится въ зависимости отъ того, насколько уже подготовлены ткани. Противъ мнѣнія д-ра Шуварскаго, что послѣ того, какъ дно вывернутой матки скрылось выше зѣва, послѣдній механически спадается, а не сокращается, говоритъ измѣненіе характера тканей на мѣстѣ зѣва. Доброфравовъ, резюмируя пренія, нашелъ, что сегодняшній обмѣнъ мыслей представляетъ въ совокупности цѣлый трактатъ о выворотѣ матки. Желательно, конечно, чтобъ способъ дѣйствія тампонаціи былъ вполне выясненъ, но для практическаго врача самое важное знать способъ дѣйствія, которымъ можно вѣрнѣе и безопаснѣе получить исцѣленіе, а это изъ сегодняшнихъ сообщеній выяснилось вполне. Мнѣніе Barnes'a, что равномерное гидростатическое давленіе представляетъ такую силу, противъ которой не можетъ устоять никакая мышечная ткань, приложимо и къ способу дѣйствія кольнейринтера при выворотѣ матки

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ БЕРЛИНѢ.

Переводъ В. Н. Массена.

Засѣданіе 8-го января 1892 г. ¹⁾.

Предсѣдатель *Gusserow*. Секретарь *A. Martin*.

I. Демонстрація препаратовъ.

Mackenrodt показалъ случай двусторонней трубной беременности, которую онъ оперировалъ съ хорошимъ успѣхомъ въ ноябрѣ 1891 года. Вольная 32-хъ лѣтъ отъ роду, 6 лѣтъ тому назадъ вышла первый разъ замужъ и въ теченіи трехъ лѣтъ своего супружества 2 раза родила благополучно и одинъ разъ выкинула. Съ тѣхъ поръ беременна болѣе не была. Послѣ смерти 1-го мужа въ теченіи 2-хъ лѣтъ оставалась вдовой, потомъ вторично вышла замужъ. Въ маѣ 1890 г. регулы отсутствовали, въ юніѣ появились неправильныя кровотеченія и сильныя боли на правой сторонѣ, при чемъ t° поднялась до 40°. Врачъ поставилъ распознаваніе правосторонней вѣматочной беременности. Такъ какъ состояніе больной представлялось весьма серьезнымъ вслѣдствіи чрезвычайной анеміи, то была пред-

¹⁾ Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkol. XXIII Bd. Heft I.

ложена операція, на которую больная, однако, не согласилась. Выздоровленіе подвигалось весьма медленно, и лишь въ концѣ августа 1890 года больная могла оставить постель и отправиться для дальнѣйшаго укрѣпленія своего здоровья въ деревню. Однако, припадки хроническаго перитонита перемежающейся интенсивности не прекращались, благодаря чему больная не могла исполнять своихъ обязанностей въ качествѣ горничной. Атипическія кровотеченія прекратились и съ октября 1890 г. регулы вновь стали правильными. Въ сентябрѣ 189 г. регулы отсутствовали, а въ концѣ октября—около восьми недѣль послѣ прекращенія регулъ—вновь наступили неправильныя кровотеченія, боли въ *лѣвой* сторонѣ и поднятіе t° до $40,5^{\circ}$. Повторился весь циклъ тѣхъ припадковъ, которые имѣли мѣсто полтора года тому назадъ. При изслѣдованіи больной мы нашли: 1) плотную плохо опредѣляемую массу справа отъ матки, 2) весьма мягкую опухоль величиною съ гусиное яйцо слѣва и позади матки. Больная согласилась на операцію, послѣ того какъ я ей сказалъ, что дѣло идетъ о томъ же заболѣваніи, которое было уже однажды раньше. Посредствомъ чревосѣченія я удалилъ прежде всего лѣвостороннюю опухоль, при выведеніи разорвавшуюся. Какъ при макроскопическомъ, такъ позднѣе и при микроскопическомъ изслѣдованіи подтвердилось наше распознаваніе: имѣлась лѣвосторонняя трубная беременность. Весьма интересно было найденное нами справа отъ матки. Петли кишекъ срослись между собой и образовали твердую опухоль. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ удалось разорвать сращенія и проникнуть изслѣдовавшимъ пальцемъ въ полость, которая представляла собою центръ этого клубка кишекъ. Въ эту полость оканчивалась рудиментарная правая труба. Яичника найти было нельзя. Въ полости отчасти свободно, а отчасти плотно прикрѣпленными къ просвѣту трубы находились тонкія косточки конечностей, которые вы здѣсь видите передъ собою; я оставилъ ихъ въ соединеніи съ вырѣзанной трубой. Не говоря уже о чрезвычайной рѣдкости у одного и того же лица двухсторонней эктопической беременности, которую вы здѣсь можете хорошо видѣть, исторія нашей первой, самопроизвольно окончившейся, трубной беременности, подобно другимъ случаямъ такого-же рода, поднимаетъ вопросъ, не слѣдуетъ ли предпочесть возможно раннее оперативное лѣченіе серьезнымъ хроническимъ страданіямъ, наступившимъ вслѣдствіи произвольно протекшей эктопической беременности. Я лично того мнѣнія, что судя по моему опыту и по опыту *A. Martin'a*, операція, произведенная умѣлой рукой, не можетъ причинить большей опасности, чѣмъ выжидательный способъ лѣченія. Въ то время, какъ операція имѣетъ значеніе радикальнаго лѣченія, выжидательный способъ въ большинствѣ случаевъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ безконечную хроническую болѣзнь.

II. *Dührssen*: Къ лѣченію *эклампсiи ante et inter partum*.

На основаніи статистики *Löhlein'a* и *Olshausen'a* докладчикъ указалъ на то обстоятельство, что 25% или $\frac{1}{4}$ -ая часть роженницъ заболѣвающихъ эклампсiей дѣлается жертвой этой болѣзни. Изъ новорожденныхъ гибнетъ половина, по *Winkel'u* же, который подобно *G. Veit'u* для ма-

терей получилъ болѣе благопріятные результаты, — даже 77%. Пониженіе смертности при эклампсін должно даже въ недалекомъ будущемъ дойти до степени пониженія смертности при предлежаніи послѣда, до того именно пониженія, которое получается при примѣненіи комбинированнаго поворота.

Для того, чтобы создать разумное основаніе для лѣченія этого губительнаго заболѣванія, слѣдуетъ отвѣтить на 2 вопроса.

1) Прекращается-ли эклампсія съ окончаніемъ родовъ?

2) Ухудшаютъ-ли операціи прогнозъ эклампсін?

На первый вопросъ старые статистики отвѣчали отрицательно, новые положительно; на второй же всѣ статистики даютъ утвердительный отвѣтъ. Разнорѣчіе относительно перваго вопроса объясняется очень просто тѣмъ, что болѣе старые статистики (а также *Brunnerstädt* и *Schauta*) основываютъ свои выводы на случаяхъ, въ большинствѣ которыхъ окончаніе родовъ предпринималось безъ наркоза, а потому получалось новое и сильное раздраженіе, которое уничтожало благопріятное вліяніе опорожненія матки. Если бы мы стали вести роды подъ наркозомъ, то раздраженіе не имѣло бы вліянія и примѣняемые нами операціи не были бы въ состояніи вызвать новыхъ припадковъ. Вмѣсто стараго ученія о томъ, что операціи ухудшаютъ эклампсію — ученіе, которое вошло во всѣ учебники — установился нынѣ слѣдующій тезисъ: операціи, особенно тѣ, которыя примѣняются естественнымъ путемъ, ухудшаютъ эклампсію лишь въ томъ случаѣ, когда онѣ предпринимаются не подъ глубокимъ наркозомъ. Операціи, производимыя подъ наркозомъ, какъ имѣющія свою цѣль опорожненіе матки, оказываютъ только благопріятное вліяніе на устраненіе эклампсін. Отсюда слѣдуетъ, что необходимо вести роды при эклампсін лишь подъ глубокимъ наркозомъ ¹⁾!

Сказанному соотвѣтствуютъ новыя статистическія данныя, а именно, что съ окончаніемъ родовъ, и именно съ искусственнымъ ихъ окончаніемъ, эклампсія въ большинствѣ случаевъ прекращается (по *Lantos* въ 69, 2%, по *Löhlein*'у въ 80%) . И если такимъ образомъ операціи въ большинствѣ случаевъ, путемъ опорожненія матки, устраняютъ эклампсію, то онѣ не могутъ ухудшать прогноза эклампсін. Кромѣ того всѣ статистики установили неправильное по сути дѣла положеніе, будто бы въ тѣхъ случаяхъ эклампсін, въ которыхъ роды окончены операціей, наблюдается болѣе высокая смертность, чѣмъ въ случаяхъ, самостоятельно протекшихъ.

Это положеніе произошло изъ того, что считали за правило оперировать въ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ эклампсія начиналась еще въ теченіи беременности, далѣе часто прибѣгали къ операціи слишкомъ поздно

¹⁾ Напомнимъ читателямъ самую послѣднюю изъ русскихъ статистическихъ работъ объ эклампсін, именно докладъ д-ра *Павпертова* на IV съѣздѣ русскихъ врачей въ Москвѣ въ 1891 году (см. этотъ Журналъ, 1891, № 2. «Врачъ», 1891, № 4). На основаніи обширныхъ цифровыхъ даныхъ *Павпертовъ* утверждаетъ, что окончаніе родовъ гарантируетъ женщину отъ опаснаго осложненія (эклампсін) далеко не въ большемъ процентѣ случаевъ. *Пер.*

благодаря тому, что своевременно не производили родоразрѣшенія. Такимъ образомъ не операція ухудшала прогнозъ, но случаи окончившіеся смертью были столь тяжелы, что смерть наступала независимо отъ операціи. Изъ статистики *Lantos'a* видно, что всѣ случаи, въ которыхъ оперировали въ среднемъ послѣ 4 припадковъ, окончились выздоровленіемъ, тогда какъ на оборотъ всѣ тѣ случаи, гдѣ прибѣгали къ операціи въ среднемъ послѣ 16 припадковъ, оканчивались смертью. Многія изъ женщинъ этихъ послѣднихъ случаевъ впадали въ прострацію и умирали отъ сепсиса. Всѣ эти случаи относятся къ доантисептическому времени. Одинъ случай родовъ двойнями окончился въ 1886 году смертью отъ кровотечения. Такимъ образомъ для того, чтобы операція оказала свое благопріятное воздѣйствіе на эклампсію, эта послѣдняя не должна переходить въ очень тяжелую форму. Необходимо, напротивъ того, раннее, всего лучше уже послѣ перваго припадка, произвести подъ наркозомъ опорожненіе матки, при условіи выполнить это самымъ безопаснымъ образомъ и для матери и для ребенка. Все это въ настоящую минуту дѣлается возможнымъ благодаря строгой антисептикѣ, новымъ методамъ родоразрѣшенія и благодаря лѣченію частыхъ послѣродовыхъ кровотеченій посредствомъ тампонады матки.

Раннее разрѣшеніе является особенно желательнымъ, если принять во вниманіе, что уже послѣ небольшого числа припадковъ можетъ наступить смертельное кровоизліяніе въ мозгъ и не менѣе опасная жировая эмболія легкихъ (*Virchow*). Все это указываетъ, сколь опасны при эклампсін ожиданія, взвѣшиванія и отыскиванія признаковъ для установки прогноза. У насъ нѣтъ никакихъ вѣрныхъ признаковъ для установки предсказанія при эклампсін! Уже каждый ближайшій припадокъ можетъ стать косвенной причиною смерти!

Докладчикъ держится того мнѣнія, что тотчасъ послѣ постановки діагноза эклампсіи должны быть примѣнены самыя рѣшительныя операціи, разумеется, производимыя подъ наркозомъ и при условіи, что эти операціи будутъ выполнены безъ опасности для матери и плода. Мы освобождаемъ при этомъ съ почти абсолютной вѣрностью и мать и ребенка отъ серіозной опасности для ихъ жизни.

Что въ сущности даже самыя рѣшительныя операціи, производимыя подъ наркозомъ, не ухудшаютъ эклампсію, показываетъ кесарское сѣченіе при эклампсін. На 11 извѣстныхъ докладчику случаевъ кесарскаго сѣченія при эклампсін въ 10-ти эклампсіи прекратилась вслѣдъ за опорожненіемъ матки. Въ единственномъ случаѣ, гдѣ она продолжалась (случай наблюдался въ клиникѣ *van der Mey'a*), операція была сдѣлана поздно, а именно послѣ того какъ произошло въ клиникѣ 11 припадковъ и внѣ ея пѣлый рядъ припадковъ. Такимъ образомъ оказывается, — какъ это также утверждаетъ и *Halbertsma*, — что самыя энергичныя операціи не ухудшаютъ эклампсін, но устраняютъ ее въ 90%. Изъ 11 случаевъ умерло 4, именно 1 у *Halbertsma* еще въ доантисептическое время, 1 у *Stande* отъ сепсиса, 1 у *P. Müller'a* отъ кровоизліянія въ мозгъ и выше упомянутый случай *van der Mey'a* отъ отека легкихъ. Только одинъ случай

падо отнести на счет кесарскаго сѣченія, именно случай *Staude*,— что дать 10% смертности. Однако не смотря на то, что кесарское сѣченіе въ большинствѣ случаевъ устраняетъ эклампсію, докладчикъ не считаетъ возможнымъ обращаться къ этой операціи, такъ какъ она является не безопасною для матерей. Кесарское сѣченіе есть чревосѣченіе и, какъ таковое, должно давать постоянную смертность до 5%.

Напротивъ того, совершенно безопаснымъ, при условіи примѣненія строгой антисептики и разумнаго лѣченія атоніи матки, представляется предложенный докладчикомъ способъ родоразрѣшенія *per vias naturales* посредствомъ глубокихъ разсѣченій шейки матки до влагалищныхъ сводовъ одновременно съ разрѣзами промежности, т. е. посредствомъ промежностно—, resp. влагалищно-промежностныхъ разрѣзовъ (*Scheidendammincision*). Эти разрѣзы представляются менѣе опасными, чѣмъ кесарское сѣченіе потому, что брюшинная полость не вскрывается и операція не требуетъ многихъ ассистентовъ. О трехъ случаяхъ излѣченія эклампсіи, гдѣ роды были окончены по этому способу, докладчикъ сообщалъ уже ранѣе; о четвертомъ случаѣ, успѣшно пользованномъ по способу докладчика, говорилъ *Carsten* во время преній въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ. Къ этимъ 4 случаямъ докладчикъ можетъ теперь присоединить еще 3 новыхъ случая операціи, которые были сдѣланы у первородящихъ. Изъ этихъ семи случаевъ докладчикъ желаетъ говорить о послѣднихъ четырехъ, такъ какъ эти случаи показываютъ, въ какой ранній срокъ беременности можно окончить роды при помощи метода докладчика. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ при слаженной суправлагинальной части шейки матки маточный зѣвъ былъ проходимъ лишь для одного пальца. Въ первомъ случаѣ было 9 припадковъ быстро послѣдовавшихъ одинъ за другимъ, десятый припадокъ былъ ослабленъ наркозомъ; во 2-мъ случаѣ роженица послѣ небольшого числа припадковъ находилась въ глубочайшей комѣ, — несмотря на вспыскиваніе эфира пульсъ былъ едва ощутимъ, 150 въ 1'. Въ 3-мъ случаѣ у первородящей, 41 года, послѣ родовой дѣятельности, продолжавшейся въ теченіи многихъ дней, было два припадка и обнаружилось исчезновеніе сердцебіенія плода. Въ 4-мъ случаѣ докладчикъ былъ приглашенъ по случаю слѣпоты и, входя въ комнату, засталъ одинъ экламптический припадокъ. Во всѣхъ случаяхъ роды, при помощи глубокихъ разсѣченій шейки, были окончены весьма быстро, т. е. послѣ 1—2 тракцій, въ трехъ случаяхъ потребовались, кромѣ того, маленькіе разрѣзы промежности и въ 1-мъ случаѣ оказались необходимыми влагалищно-промежностные разрѣзы. Во всѣхъ случаяхъ послѣ родовъ эклампсія прекратилась, въ одномъ исчезъ и амаврозъ, въ другомъ случаѣ вслѣдствіе атоніи матки потребовалась тампонада матки; всѣ матери выздоровѣли. Изъ младенцевъ погибъ одинъ и не столько отъ операціи, сколько,—какъ въ этомъ могли убѣдиться *Gusserow* и *Bokelmann*,—вслѣдствіе существовавшей асфиксии. Изъ младенцевъ, изъ которыхъ самому старшему теперь уже около 2-хъ лѣтъ, двое были слабыми и двое напротивъ развиты очень хорошо.

Докладчику извѣстно въ общей сложности 26 случаевъ оперированныхъ

по этому способу, при чемъ изъ матерей не погибла ни одна; изъ младенцевъ же умерли двое и то не отъ операціи, а отъ существовавшей до операціи асфиксіи. Послѣ разрѣза шейки въ 21 случаѣ были употреблены щипцы, въ 3-хъ случаяхъ поворотъ съ экстракціей, а въ 2-хъ случаяхъ экстракція за ножку. Серіознаго кровотеченія при разрѣзахъ шейки докладчикъ не видѣлъ. У нѣкоторыхъ женщинъ неблагопріятное послѣдствіе операціи заключалось въ плохо сросшемся разрѣзѣ промежности, что давало *ectropium*. Это послѣдствіе безъ труда можно устранить, гезр. улучшить; оно весьма часто и при томъ въ значительно большей степени имѣетъ мѣсто при нормальныхъ родахъ и не можетъ спеціально образованнаго акушера заставить отказаться отъ способа, который предпринимается для спасенія жизни матери и плода, при чемъ извлеченіе плода щипцами послѣ разрѣзовъ становится столь же легкимъ, какъ и примѣненіе безъ насѣчекъ обычныхъ выходныхъ щипцовъ у первородящей.

Этотъ оперативный способъ, который, по возвращенію докладчика, не представляется энергичнымъ, но скорѣй очень мягкимъ (*schonende*) оперативнымъ приемомъ, можетъ имѣть примѣненіе въ большинствѣ случаевъ эклампсіи. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ эклампсіи дѣло идетъ о первородящихъ, у которыхъ суправагинальная часть шейки уже сглажена, то обстоятельство это (само собою разумѣется, при нормальномъ тазѣ и нормальномъ плодѣ) и является единственнымъ необходимымъ условіемъ для достиженія цѣли операціи.

Для остальныхъ же немногихъ по числу случаевъ эклампсіи у преждевременнородящихъ или у многородящихъ съ сохранившейся шейкой докладчикъ употреблялъ механическое расширеніе шейки, т. е. комбинацію механическаго и кроваваго расширенія шейки матки. Этотъ способъ можно уже именовать рѣшительной операціей или даже называть его *accouchement forcé*, но такимъ *accouchement forcé*, у котораго отнята опасная сторона этой послѣдней операціи. Для поясненія своего способа докладчикъ описываетъ слѣдующій случай изъ акушерской поликлиники при *Charité*.

27-лѣтняя первородящая съ плоскимъ тазомъ (25, 29, 18, 11) воды прошли, *bronchitis acuta* съ *dyspnœ*, t° 39,2°, пульсъ 174, сердечные тоны слышны лишь по временамъ. Головка подвижна надъ тазомъ, шейка сохранена почти на всемъ протяженіи, зѣвъ проходимъ только для одного пальца. Растяженіе шейки въ теченіи $\frac{1}{4}$ часа посредствомъ кольпейринтера, растянутого до величины младенческой головки (по способу *Mäuser's*), далѣе 4 глубокихъ разрѣза шейки, поворотъ и экстракція. Тампонада матки, зашиваніе разрыва промежности 2-й степени. Крѣпкій младенецъ, у котораго оказалась сломанной ключица, родился въ глубокой асфиксіи, но былъ оживленъ. Послѣродовой періодъ нормальный. Три мѣсяца спустя (28 декабря 1891 года) ребенокъ былъ еще живъ, хорошо сосалъ материнскую грудь; ключица срослась отлично. Мать имѣла цвѣтущій видъ; разрывъ промежности сросся *per primam*, и оставался лишь незначительный *ectropium*. Рубецъ лѣваго влагалищнаго свода укрѣплялъ шейку матки спереди, и тѣмъ самымъ атрофированная матка оказывалась лежащей запрокинутой назадъ. Значеніе

этого случая заключается въ томъ, что онъ иллюстрируетъ собою способъ, посредствомъ котораго, при сохранившейся шейкѣ и при затруднительныхъ обстоятельствахъ (ригидность ткани первородящей, узкій тазъ), могло бытъ произведено быстрое родоразрѣшеніе *per vias naturales* безъ опасности для матери и плода. Способъ этотъ можетъ бытъ примѣненъ не только въ началѣ родовъ, но и въ теченіи беременности, такъ какъ у первородящей постоянно удается расширить по *Spiegelberg* шейку пальцемъ. Если же шейка стала проходимою для одного пальца, то можно ввести въ матку кольпепринтеръ. Методъ, примѣненный во время беременности для спасенія жизни матери и плода, является такимъ образомъ замѣной искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, которые благодаря ихъ медленному теченію вмѣсто того, чтобы служить для спасенія жизни, влекутъ за собою смерть. На основаніи этого слѣдуетъ совершенно оставить при эклампсіи вызваніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Если этотъ методъ иногда и не дѣйствуетъ скоро, то во всякомъ случаѣ онъ дѣйствуетъ много скорѣе, чѣмъ искусственные преждевременные роды. Передъ *accouchement forcé* способъ этотъ имѣетъ то преимущество, что не влечетъ за собою опасныхъ для жизни разрывовъ и что, далѣе, не самое извлеченіе плода производить полное открытіе, но сопротивляемость мягкихъ частей оказывается уже совершенно устраненной прежде, чѣмъ приступаютъ къ родоразрѣшающей операциі. Вмѣстѣ съ тѣмъ—какъ правило—плодъ родится живымъ. Такъ какъ этотъ способъ, при условіи если онъ примѣняется подъ наркозомъ, не можетъ ухудшить эклампсію, то мы можемъ пользоваться имъ не на умирающей, какъ это дѣлалось прежде при употребленіи *accouchement forcé*, но уже при первомъ приступѣ. Въ такомъ случаѣ и результаты получаются другіе. У многородящихъ уже одно механическое расширеніе является обыкновенно достаточнымъ для полного открытія маточнаго зѣва, и докладчикъ могъ бы привести цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ.

На основаніи своего опыта докладчикъ держится того мнѣнія, что при эклампсіи, случившейся на 8 мѣсяцѣ беременности, лишь только установленъ діагнозъ страданія, слѣдуетъ предпринимать быстрое опорожненіе матки, и именно при помощи трехъ вышеизложенныхъ пріемовъ: путемъ кроваваго или механическаго расширенія или посредствомъ комбинаціи механическаго и кроваваго расширенія. Конечно, при такомъ способѣ младенецъ, родившійся слишкомъ рано, имѣетъ меньше шансовъ для жизнеспособности, чѣмъ младенецъ, который продолжаетъ жизнь и послѣ лѣкарственнаго устраненія эклампсіи беременной. Однако, этотъ послѣдній исходъ представляется столь рѣдкимъ—чаще всего смерть плода кладетъ конецъ эклампсіи (*Winckel*)—что его и считать нечего, и такимъ образомъ новый способъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ можетъ спасти большее число дѣтей, чѣмъ лѣкарственная терапія. При эклампсіи-же, происходящей до 8-го мѣсяца беременности, докладчикъ, напротивъ того, больше склоняется къ лѣкарственной терапіи, желая сохранить хотя слабые шансы для дальнѣйшей жизни плода.

Сообразно съ тѣмъ, какъ это постоянно совѣтывалъ дѣлать *Credé* при введеніи подобнаго рода новыхъ терапевтическихъ способовъ, докладчикъ задалъ себѣ вопросъ: можно ли пользоваться по изложеннымъ принципамъ каждый ближайшій случай и могъ на этотъ вопросъ весьма убѣжденно отвѣтить: «Да». Дальнѣйшее развитіе всѣхъ этихъ способовъ докладчикъ представляетъ лишь специально образованнымъ акушерамъ. Благодаря тѣмъ практическимъ результатамъ, которые сообщены докладчикомъ, они позаботятся изучить дѣло ближе и подвергнуть весь способъ объективному изслѣдованію. Это испытаніе было бы всего лучше,—какъ это и требуетъ *Börner*—произвести въ клиникахъ, гдѣ бы имъ могли заняться либо самъ руководитель клиники, либо болѣе старые ассистенты. Тогда бы вскорѣ улегся энтузіазмъ по поводу примѣненія при эклампсін кесарскаго сѣченія,—энтузіазмъ, побудившій *Staude*'а дѣлать кесарское сѣченіе при завѣдомо мертвомъ плодѣ и при шейкѣ проходимой для 1 пальца, хотя для такихъ случаевъ давно уже были извѣстны и испытаны поверхностные разрѣзы шейки, дающія возможность безопаснаго извлеченія прободенной головки. Здѣсь такимъ образомъ не потребовались бы и тѣ глубокіе разрѣзы, которыхъ такъ страшится *Staude* изъ-за опасенія ихъ вторичнаго разрыва и послѣдующаго кровотеченія!

Этотъ случай показываетъ, куда ведетъ боязливая терапія. Изъ страха передъ созданнымъ воображеніемъ опасностями—которыхъ я не видѣлъ ни въ одномъ изъ моихъ 26 случаевъ—производится опасная для жизни операція, которая губитъ больную ¹⁾.

(Подробности доклада будутъ помѣщены въ Archiv f. Gynäk.).

¹⁾ Къ даннымъ относительно разрѣзовъ шейки, сообщеннымъ мною во время дебатовъ въ берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ по поводу доклада *Olshausen*'а (Ueber Eclampsie), я уже прибавилъ, что кромѣ первыхъ 10 случаевъ, опубликованныхъ мною въ Archiv f. Gynäk. (Bd. 37, Heft I), мною или при моемъ содѣйствіи произведены и 20 другихъ случаевъ разрѣзовъ шейки. Четыре изъ этихъ 20 случаевъ приходится, однако, исключить изъ оцѣнки, такъ какъ въ нихъ была произведена перфорация ради препятствія къ родамъ другого рода.

Кромѣ того, мнѣ извѣстенъ одинъ случай (*Vowinkel*'я) разрѣза шейки при эклампсін съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ. Относительно этой операціи у меня нѣтъ никакихъ подробностей. Мать и младенецъ, благодаря продолжающимся судорогамъ, поступили въ Charité; мать выздоровѣла, младенецъ же погибъ отъ кровоизліянія въ мозгъ. Этотъ случай будетъ помѣщенъ въ таблицу, которую я въ настоящее время составляю изъ случаевъ эклампсін, наблюдавшихся въ клиникѣ *Gussow*'а за послѣднія 16 лѣтъ.

Всѣ сказанныя 30 случаевъ будутъ опубликованы in extenso въ работѣ о разрѣзахъ шейки, которую я занимаюсь уже въ продолженіи долгаго времени.

При высчитываніи статистическихъ данныхъ относительно исхода разрѣзовъ шейки мнѣ приходится имѣть дѣло лишь съ однимъ не достаточно извѣстнымъ случаемъ, именно со случаемъ разрѣзовъ шейки при эклампсін, принадлежащимъ *Carsen*'у. Въ этомъ случаѣ плодъ родился живымъ и разви-

тымъ; относительно же судьбы матери ничего не сказано (Cubl. f. Gynäk. 1890, стр. 332).

Сопоставивъ всѣ случаи вмѣстѣ, получаю я такимъ образомъ 32 случая разрывовъ шейки, изъ которыхъ въ 31 случаѣ матери остались въ живыхъ, судьба одной осталась неизвѣстной (*Carsten*). Изъ младенцевъ—четверо были перфорированы (одинъ изъ нихъ уже былъ гнилой), два родились мертвыми, одинъ умеръ на слѣдующій день, одинъ (случай *Carsten*'а) родился живымъ и развитымъ, судьба его неизвѣстна, одинъ умеръ 4 недѣли спустя послѣ родовъ отъ бронхопневмоніи и атрофіи, одинъ—умеръ 1½ года спустя послѣ родовъ а 4 младенца были перфорированы.

Въ сдѣланномъ мною мѣ Акушерскомъ Обществѣ докладъ я не хотѣлъ входить во всѣ эти подробности, но я не хотѣлъ бы въ то же время и ждать съ изложеніемъ ихъ до выхода подробнаго сообщенія.

Я надѣюсь, что мнѣ удалось доказать, что разрывъ шейки, и именно комбинація ихъ съ разрывами влагалища или промежности, представляются для матери безопасной операціей и что они даютъ возможность произвести экстракцію живого плода во всѣхъ случаяхъ, гдѣ плодъ не представляется уже глубоко асфиксированнымъ и гдѣ не оказывается на лицо другихъ затрудняющихъ роды обстоятельствъ (узкій тазъ, неправильное положеніе, величина и установка плода).

Въ одномъ изъ слѣдующихъ моихъ сообщеній я опубликую всѣ свои случаи влагалищно-промежностныхъ разрывовъ *безъ разсѣченія шейки матки*. Число ихъ въ данную минуту мнѣ неизвѣстно, но на вес ихъ количество я имѣлъ двѣ смерти, одну вследствие кровоточенія изъ опухоли желудка на 14-й день послѣ родовъ, другую ex causa incognita непосредственно послѣ родовъ. Оба эти случая смерти, какъ это надѣюсь доказать позднѣе, не находятся ни въ какой зависимости отъ разрывовъ.

Прим. *Dührssen*'а.

Ни мало не сомнѣваясь, что способъ *Dührssen*'а можетъ имѣть свою цѣну при извѣстнаго рода случаяхъ эклампсіи беременной или роженицы, мы никакимъ образомъ не можемъ раздѣлить крайнее увлеченіе *Dührssen*'а въ томъ, что способъ этотъ слѣдуетъ примѣнять *во всѣхъ* случаяхъ эклампсіи въ теченіи 3-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Извѣстно, что эклампсія иногда выражается въ 1—2 припадкахъ, послѣ чего женщина возвращается къ нормальному состоянію, при чемъ и жизнь плода не оказывается пострадавшей. Можно-ли въ виду этого прибѣгать, напр. послѣ 8-го мѣсяца беременности, къ способу *Dührssen*'а всякій разъ тамъ, гдѣ случился припадокъ эклампсіи? Это значило бы обрекать младенца на почти вѣрную смерть, такъ какъ судьба плода, какъ это видно изъ изложенныхъ крайне неблагоприятныхъ данныхъ самого *Dührssen*'а, подвергается чрезвычайному риску. Въ тѣхъ же тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи, гдѣ для скорѣйшаго родоразрѣшенія всѣ способы хороши,—способъ *Dührssen*'а является однимъ изъ наиболѣе цѣлесообразныхъ, такъ какъ быстро (по сравненію съ обычнымъ accouchement forcé) и безопасно (по сравненію съ кесарскимъ сѣченіемъ) ведетъ къ опорожненію матки, гсрр. къ предполагаемому прекращенію эклампсіи. Далѣе нельзя согласиться съ *Dührssen*'омъ въ томъ, что его способъ не является энергичной (eingreifende) операціей. Чего уже энергичнѣе этихъ разсѣченій не сгладившейся шейки до сводовъ и этихъ глубокихъ разрывовъ влагалища и промежности, съ слѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ или производствомъ поворота!

И способъ *Dührssen*'а и кесарское сѣченіе *Halberstma* представляются крайностями въ дѣлѣ поисковъ лѣчебныхъ средствъ при эклампсіи и, конечно, они не найдутъ себѣ поклонниковъ среди обычныхъ врачей-практиковъ, которыхъ *пока что* удовлетворяютъ лѣкарственные средства и обычные оперативные приемы. А такъ какъ за послѣднее время явились нѣкоторые основанія думать, что причина экламптическихъ судорогъ зависитъ отчасти отъ

нарушенія химизма въ тѣлѣ больной, то при всякихъ лѣчебныхъ средствахъ будутъ случаи «роковые», или «ex causa incognita», которые не спасутся отъ того только, что будетъ примѣнена та или другая операція, съ той или другой энергіей. Вотъ почему, говоря о способѣ *Dührssen'a*, мы не можемъ до нѣкоторой степени не согласиться съ *Veit'омъ*, который въ страстныхъ дебатахъ по поводу доклада *Olshausen'a* (Объ эклампси) въ берлинскомъ медицинскомъ обществѣ 20 января 1892 года по адресу способу *Dührssen'a* выразился: «dass es sich gewissermaassen um eine Frucht handelt, welche noch nicht reif ist...; auch ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross, dass sie niemals recht reif werden wird» («Berlin. Klin. Wochenschrift», 15 февр. 1892, № 7).

Прим. перев.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КЕЛЬНѢ.

Перев. А. К. Гермоніуса.

Засѣданіе 7-го января 1892 г. 1).

Предсѣдатели: Frank и Venn; секретарь: O. Schmidt.

Послѣ демонстраціи *Eberhart'омъ* больной съ блуждающею печенью, *Pelzer* доложилъ объ одномъ неоперативномъ случаѣ рака шейки, перешедшаго на тазовую кѣлчатку и влагалище. Въ виду ранѣе сдѣланныхъ наблюденій, во влагалище на язвенную поверхность положенъ небольшой ватный тампонъ, пропитанный пастой изъ *Acidi arsenicosi cum Saccharo albo* 1,0 : 10,0. Кровотеченіе и отдѣленія значительно уменьшились, поверхностныя изъязвленія исчезли.

Eberhart сообщилъ: Объ электротерапіи въ гинекологіи. (Авторефератъ).

Авторъ, предпославъ историческій очеркъ, далъ затѣмъ и физическій для ближайшаго уясненія необходимыхъ законовъ и выяснилъ электрическія единицы измѣренія. Говоря о методѣ *Apostoli*, онъ указалъ на то, что, хотя женскія болѣзни и до него были пользуемы электричествомъ, но его заслуга въ томъ, что онъ поставилъ свой методъ вполне научно и цѣлесообразно, и главнымъ образомъ въ томъ, что онъ ввелъ гальванометръ и примѣнилъ болѣе сильный токъ специально при лѣченіи міомъ. Мы употребляемъ приборы, которые, по продолженіи могущаго встрѣтиться въ гинекологіи сопротивленія, даютъ еще силу тока до 200 миллиамперовъ (МА) и выше. Докладчикъ работаетъ съ аппаратомъ *Hirschmann'a* (Берлинъ), который у него превосходно дѣйствуетъ; онъ составленъ изъ элементовъ *Leclanché*. Чтобы показать

¹⁾ Centralblatt für Gynäkologie, 1892. № 5.

эффекты электрическаго лѣченія, авторъ привелъ изслѣдованія *Klein'a*, сдѣланныя имъ на мертвой маткѣ, и наблюденія *Prochownik'a* и *Späth'a* и сообщил ихъ результаты. Одинъ изъ случаевъ послѣднихъ, гдѣ послѣ длительного примѣненія анода послѣдовало разрушеніе эпителиальныхъ элементовъ съ образованіемъ рубца (матка была въ послѣдствіи удалена въ виду роста опухоли),—этотъ случай долженъ напоминать намъ объ особенной осторожности; если при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ и можно игнорировать подобное послѣдствіе примѣненія сильныхъ токовъ, всетаки у молодыхъ въ особенности субъектовъ это образованіе рубца слѣдуетъ принимать въ соображеніе. Навѣрнѣйшая чистота и антисептика необходимы, какъ специально при внутриматочномъ примѣненіи отрицательнаго полюса, такъ и при электропунктурѣ, которая также въ большинствѣ случаевъ производится катодомъ. Далѣе авторъ указалъ на различныя заболѣванія, при которыхъ примѣняется электричество, и, обративъ вниманіе на опасности этого метода, въ частности при міомахъ (случаи *Uter'a* и *Fischel'a*), напомнилъ, что при этомъ лѣченіи внутриматочныя формы могутъ превращаться въ подслизистыя, что и выражается въ усиленіи кровотеченій (*Veit* и др.); онъ остановился также на прекрасныхъ результатахъ, полученныхъ *Bröse* въ лѣченіи хроническихъ запоровъ гальвано-фарэдическимъ токомъ. (Очеркъ, написанный въ честь 25-лѣтняго юбилея проф. *Meyer'a*). Докладчикъ употребляетъ этотъ способъ только еще годъ, изучалъ его у *Bröse* и поступаетъ согласно его указаніямъ. Въ виду того, что число нѣмецкихъ сообщеній по этому вопросу еще не велико, онъ позволилъ себѣ сдѣлать это сообщеніе въ Кельнскомъ Обществѣ и, хотя количество его случаевъ и періодъ наблюденія слишкомъ незначительны, чтобы дать какіе-нибудь положительные выводы, тѣмъ не менѣе онъ сообщить нѣкоторые изъ своихъ случаевъ.

Двусторонній оофоритъ съ опущеніемъ обоихъ яичниковъ. Хотя боли и уменьшились и въ короткое время даже исчезли, но вернулись, вслѣдствіе чего потомъ и предпринята операція. Оба яичника оказались кистовидно перерожденными (мелкія кисты). Лѣченіе состояло въ внутриматочномъ примѣненіи двуполярнаго электрода; токъ фарэдическій. Два случая загиба матки назадъ съ застарѣлымъ периметритомъ: успѣха никакого, равно какъ и при ретрофлексіи съ дисменорреей, которая была излѣчена лишь выпрямленіемъ и примѣненіемъ пессарія. Другой случай загиба назадъ съ болѣе свѣжимъ периметритомъ далъ хорошіе результаты при лѣченіи катодомъ (шарообразный влагалищный электродъ, сила тока—75—100 МА.).

Изъ 4 лѣченныхъ имъ метритовъ одинъ былъ осложненъ истеріей; онъ интересенъ тѣмъ, что при примѣненіи здѣсь силы тока выше 75 МА наступали истеро-эпилептическія судороги; это наблюденіе показываетъ, что у истеричныхъ можетъ быть примѣняемъ токъ лишь средней силы. При дисменорреяхъ докладчикъ получалъ прекрасные результаты, зависѣли-ли онѣ отъ стенозовъ, или были яичниковаго происхожденія; въ 2 случаяхъ при сильной антефлексіи; отрицательный результатъ дала дисменоррея съ загибомъ назадъ. Примѣнялся всегда катодъ, внутриматочно, сила тока до 30 МА. Послѣдовательная тампонація іодоформной марлей, какъ то дѣлаетъ *Arendt*, во

избѣжаніе стенозовъ, не примѣнялась; одинъ разъ, впрочемъ, она была дѣлаема для излѣченія наступившаго эндометрита. Въ высокихъ степеняхъ суженія, особенно при антефлексіяхъ, можно рекомендовать предварительное расширеніе катодомъ и длительное затѣмъ примѣненія стекляннаго маточнаго пессарія. При интерстиціальной міомѣ (полость матки увеличена на 3 см.) — прекращеніе иногда восьминедѣльныхъ кровотеченій послѣ 11 сеансовъ съ силой до 200 МА. Въ другомъ случаѣ, гдѣ міома развилась болѣе влѣво, какъ-бы внутрисвязочно, при первомъ-же сеансѣ получились такія боли, продолжавшіяся нѣсколько недѣль, что пришлось прервать лѣченіе. Въ случаѣ аменореи съ головокруженіемъ и головными болями 5 сеансовъ (30—75 МА., внутриматочный катодъ) дали симптоматическое улучшеніе, но менструаціи не вызвали; больная не подвергла себя дальнѣйшему лѣченію.

Пренія. *O. Schmidt* работалъ съ электрическимъ токомъ на большемъ рядѣ случаевъ. Наилучшіе результаты—отъ фарэдическаго и гальванотермическаго тока—дали эксудаты и ихъ остатки. Благопріятны были исходы и при такъ называемыхъ яичниковыхъ невралгіяхъ, гдѣ, при болевыхъ явленіяхъ, идущихъ отъ яичниковъ, нельзя найти анатомическихъ тому причинъ. Незначительные результаты получалъ онъ при дисменорреяхъ; при кистовидномъ перерожденіи трубъ, гдѣ пытались примѣнить электричество для облегченія болей, наступило ухудшеніе. При фибромахъ матки уменьшенія опухолей почти не наблюдалось, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ уменьшались кровотечения, а въ двухъ исчезли явленія ущемленія. (Автореф.).

Kötschau примѣнялъ электричество въ большемъ числѣ самыхъ разнообразныхъ женскихъ страданій и не можетъ указать ни на одинъ случай исцѣленія; все ограничивается почти всегда только болѣе или менѣе продолжительнымъ или періодическимъ устраненіемъ симптомовъ. Это въ особенности относится къ эндометритамъ и міомамъ, гдѣ оппонентъ предпочитаетъ осторожное употребленіе куретки при обильныхъ кровотеченияхъ и совершенно имъ довольствуется. Въ виду того, что электрическое лѣченіе въ большинствѣ случаевъ продолжительно, оно врядъ ли примѣнимо у работающихъ классовъ. *Kötschau* ссылается на свою работу по этому предмету (*Münchener med. Wochenschrift*, 1890, № 1 и далѣе); изложенные въ ней взгляды онъ считаетъ имѣющими и донинѣ значеніе.

Frank: Объ атрезіи влагалища (съ демонстраціей больной). (Сокращенный авторефератъ).

Докладчикъ коснулся сначала врожденныхъ и приобретенныхъ атрезій и ихъ послѣдствій и, указавъ на необходимость осторожнаго изслѣдованія въ виду возможныхъ осложнений (лопаніе трубнаго мѣшка и проч.), упомянулъ объ образованіи заматочной кровяной опухоли (*haematocoele*); затѣмъ онъ перешелъ къ лѣченію наиболее тяжелыхъ формъ, образующихся послѣ родовъ вмѣстѣ съ послѣдовательной флегмоной влагалища, гдѣ участіе принимаетъ не только нижній отрѣзокъ матки, но и весь рукавъ. Онъ отвергаетъ проколъ гематометры чрезъ мочевоы пузырь (*Spiegelberg, Simon*), а тѣмъ болѣе со стороны прямой кишки (*Baker—Brown*), равно какъ и способъ *Amussat*, отдѣляющаго въ нѣсколько длинныхъ сеансовъ тупымъ путемъ пузырь отъ

прямой кишки и достигающего такимъ образомъ медленно самой гематомы. Точно также и рекомендованное *Martin'*омъ, *Czerny*, *Schröder'*омъ и др. чревосѣченіе для удаленія яичниковъ, трубъ и матки онъ допускаетъ только тогда, если нѣтъ никакой надежды на обратное развитіе haematosalpinx'a и послѣ восстановленія нормальнаго пути. Докладчикъ, какъ и *Küstner*, гораздо больше останавливается на образованіи искусственнаго влагалища. Во избѣжаніе пораненій пузыря, прямой кишки и брюшины нужно создать себѣ достаточное поле, въ которомъ будетъ проведенъ разрѣзъ отъ отверстія мочеиспускательнаго канала назадъ чрезъ всю толщю промежности, а въ случаѣ надобности, и сбоку мимо задняго прохода къ копчику. Это достигается легко подтягиваніемъ къ оператору посредствомъ остраго крючечка—пузыря, передней стѣнки прямой кишки и вмѣстѣ съ ними стенозированной мѣста.

Прободеніе мышечнаго аппарата является особенно важнымъ, если приходится снабдить слизистой оболочкой весь раневой ходъ отъ introitus'a до самаго канала матки; большое отверстіе въ слизистой оболочкѣ внизу защищаетъ лоскуты отъ давленія и омертвѣнія. Важно также дать лоскутамъ слизистой оболочки вполне здоровую подкладку, удаляя всю рубцовую ткань. Матеріалъ для образованія лоскутовъ въ большинствѣ случаевъ находится въ изобиліи, особенно тамъ, гдѣ малыя губы сохранены. Образованныя удвоеніемъ слизистой оболочки, онѣ легко могутъ быть доведены до двойной длины, если, начиная отъ основанія на внутренней ихъ поверхности, отдѣлить внутренній листокъ отъ наружнаго такъ, чтобы свободный край малой губы служилъ имъ соединеніемъ. При отсутствіи малыхъ губъ, лоскуты могутъ быть образованы изъ внутренней поверхности большихъ. Въ случаѣ, оперированномъ 21-го ноября 1891 года, слизистой оболочки, взятой съ малыхъ губъ, оказалось совершенно достаточно. Влагалище въ настоящее время настолько широко, что можно вполне удобно производить изслѣдованіе 2 пальцами, и едва-ли можно ожидать какихъ нибудь затрудненій при послѣдующихъ родахъ. Сейчасъ у пациентки 3-й день менструаціи, протекающей безъ всякихъ болей. Легко зондируемая матка совершенно подвижна, увеличена еще пока см. на 1¹/₂. Опухоль прощупываемыхъ подъ наркозомъ трубъ опала, и онѣ представляются почти нормальной толщины. (Случай этотъ будетъ опубликованъ in extenso).

РЕФЕРАТЫ.

108. Gramm. A. case of ectopic gestation of eleven and half months' duration. (The American Journal of obstetrics. February 1892).
Случай внѣматочной беременности 11¹/₂ мѣсяцевъ.

Г-жа X., 35 л., регулы на 17 году, замужняя, рожала два раза и послѣдніе роды 12 л. тому назадъ. Менструировала правильно черезъ четыре недѣли. Послѣднія регулы были въ октябрѣ 1890 г.; постепенно животъ увеличивался въ объемъ, появились движенія плода, По прошествіи 10 мѣсяцевъ, послѣ послѣдней менструаціи, 16-го августа 1891 г. почувствовала сильныя боли въ животѣ, движенія плода прекратились. 1-го сентября изъ полового канала показалось водянистое истеченіе. Больная обратилась за врачебною помощью и д-ръ *Gramm*, осмотрѣвши больную, нашелъ: животъ сильно и неравномѣрно растянутъ; справа прощупывается плотная опухоль. При измѣреніи: отъ лобка до пупка—25 cent., отъ пупка до мечевиднаго отростка—22 cent. Объемъ на уровнѣ пупка 109 cent. При выслушиваніи сердечныхъ тоновъ плода не слышно. Грудныя железы набухли; при надавливаніи выдѣляются капли молока. Внутреннее изслѣдованіе: шейка мягка, зондъ проникаетъ въ полость матки на 7¹/₂ cent. Дно матки не опредѣляется. При изслѣдованіи *per rectum*: между прямою кишкою и маткою прощупывается какаля-то мягкая масса. Послѣ консультаціи съ д-ромъ *Barnes*’омъ поставленъ діагнозъ внѣматочной беременности. Общее состояніе больной было довольно удовлетворительно, почему рѣшили отложить операцію и выждать прекращенія циркуляціи въ плацентѣ. 30 сентября пациентка жаловалась на головную боль и боли въ правой сторонѣ живота, сильный ознобъ, водянистое выдѣленіе изъ полового канала. 6-го октября лапаротомія. По вскрытіи брюшины вытекло около 2¹/₂ литровъ темной жидкости. Извлеченъ мертвый плодъ, который лежалъ поперечно—головкою влѣво. Матка мягкая, дряблая. Пупочный канатикъ перерѣзанъ. Плодный мѣшокъ промытъ 5°/о растворомъ креолина, пришить къ ранѣ и выполненъ антисептическою марлею. Наложены швы. Пациентка перенесла операцію хорошо. Плодъ женскаго пола, доношенный, слегка мацерированный и вѣсомъ въ 7¹/₂ фунтовъ. Длина пупочн. кан.—40

sent. Въ послѣоперационномъ періодѣ: t° не превышала 102° . Общее состояніе здоровья было удовлетворительно. Отдѣленіе изъ влагалища продолжалось и на 7-й день выдѣлялись куски decidua. Полость плоднаго мѣшка тампонировали антисептической марлею, промывали, извлекали постепенно плаценту, послѣдніе куски которой выдѣлились на 36-й день послѣ операціи. Пациентка выздоровѣла.

А. Лапина.

109. Н. Waitz. Ein Fall von Tubenschwangerschaft mit Ruptur des Fruchtsackes; Laparotomie; Heilung. (Deutsche Med. Wochenschr., 1891, № 3). **Случай трубной беременности съ разрывомъ плоднаго мѣшка; чревосѣченіе; выздоровленіе.**

Женщина 25 лѣтъ, родила 4 раза совершенно благополучно. На срединѣ 3-го мѣсяца 5-й беременности появились сильныя боли въ правой сторонѣ живота, упадокъ силъ, рѣзкая анемія, пульсъ почти неощутимъ. Пузырь со льдомъ; суппозитории изъ опія. На другое утро пульсъ улучшился. Животъ сильно растянутъ, звукъ притупленъ, между пупкомъ и *sp. sup. ant. dextra*—повышенная резистентность тканей. Въ виду сноснаго общаго состоянія больной, предположена самопроизвольная остановка внутренняго кровотеченія: лѣченіе тоже; въ виду рвоты—креозотъ (1 капля на 200 grm. воды, черезъ $\frac{1}{4}$ ч. чайная ложка). На 3-й день t° 38,5, п. 120—130, слабый, животъ сильно растянутъ и болѣзненъ, угнетенное выраженіе лица. Предположено раздраженіе брюшины излившейся кровью. Черезъ 2 ч. по винному стакану горькой воды; обильныя водянистыя испраженія. Самочувствіе больной улучшилось, t° пала. Черезъ 8 дней отъ начала болѣзни снова появились жестокія боли въ животѣ съ симптомами новаго внутренняго кровотеченія. Лапаротомія. Наркозъ—хлороформъ съ эфиромъ. Разрѣзъ отъ пупка до лобка; больная уложена съ приподнятымъ тазомъ. Брюшная полость полна крови. Общее количество удаленной крови—около 1 литра. Перевязка *lig. lat.* и лигатура на маточный конецъ правой трубы. Труба удалена вмѣстѣ съ яичникомъ. Веретенообразный мѣшокъ трубы величиной съ небольшое куриное яйцо разорвался въ задне-нижней его сторонѣ; ко внутренней поверхности мѣшка приращено лопнувшее плодное яйцо, наполненное кровавыми свертками, но зародышъ ни въ яйцѣ, ни въ брюшной полости не найденъ. На кишечныхъ петляхъ—свѣжія перитонитическія отложенія. Вечеромъ въ день операціи въ *rectum* больной введено $1\frac{1}{2}$ литра воды, которая вся тамъ и задержалась. Въ послѣоперационномъ теченіи—нагноеніе въ одномъ брюшномъ швѣ. Больная выздоровѣла.

На основаніи своего случая авторъ приходитъ къ выводу, что хотя въ общемъ выжидательный методъ при разрывѣ трубнаго мѣшка и сохраняетъ свою силу, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ кровотеченіе останавливается само собой, однако, въ случаѣ продолжительныхъ, вѣрнѣе—повторныхъ кровотеченій необходимо чревосѣченіе, и предсказаніе въ такихъ случаяхъ не такъ уже плохо, какъ большею частію думаютъ.

А. Соловьевъ.

110. Hüter. Das Myom des Uterus als Geburts-Hinderniss. (Berliner klinische Wochenschrift, 1892, № 6). **Миома матки—какъ препятствіе для родовъ.**

При частотѣ міомъ матки, онѣ рѣдко являются препятствіями для родовъ, такъ какъ при большихъ міомахъ большею частью не происходитъ зачатіе, при малыхъ же—обыкновенно бываютъ выкидыши. Низко сидяція подслизистыя и междумышечныя міомы создаютъ механическія препятствія для родовъ, выше расположенныя—обусловливаютъ неправильности потугъ, задержаніе дѣтскаго мѣста и кровотеченія, небольшія же подбрюшинныя, сидяція на тонкой ножкѣ міомы—препятствій для родовъ не представляютъ.

Далѣе авторъ перечисляетъ обусловливаемые міомами аномаліи въ теченіи беременности, родовъ и послѣродоваго періода, приводитъ краткія данныя объ оперативныхъ пособіяхъ и смертности при родахъ, осложненныхъ міомами, изъ статистики *Süsserott's* и *Stratz's* и, въ заключеніе, описываетъ наблюдавшійся имъ случай родовъ при подслизистой міомѣ у 5-родящей женщины. Авторъ увидѣлъ ее, спустя нѣсколько дней послѣ отхода водъ. По расчету, роды должны были наступить 14 дней назадъ. Матка сильно растянута—доходитъ до *prol. ensiformis*. Головное въ лѣвой подвздошной впадинѣ, сердцебіенія плода нѣтъ. Зѣвъ открытъ пальца на 3 (въ монету въ 5 марокъ), и выполненъ твердой бугристой опухолью. Больная захлороформирована. Въ матку удалось провести руку (зѣвъ податливъ); поворотъ на ножку; экстракція мацерированнаго плода. Во влагалище выпятилась опухоль на ножкѣ, которая и была удалена. Затѣмъ авторъ нѣсколько разъ входилъ рукой въ полость матки, и вынулъ еще нѣсколько кусковъ опухоли, оказавшейся подъ микроскопомъ міомой. Всѣ куски опухоли вѣсили 5—6 кило. Послѣродовой періодъ нормальный. Кровотеченіе при родахъ было незначительное, что, по автору, объясняется тромбозомъ питающихъ міому сосудовъ, развившимся при безрезультатныхъ сокращеніяхъ матки въ началѣ родовъ. Вслѣдствіе недостатка питанія, опухоль, по автору, перешла въ состояніе мацерации, чѣмъ и объясняется легкость ея вылученія.

А. Соловьевъ.

111. Schwarz. Uterusrupturen, hervorgerufen durch äussere Gewaltanwendung. Cntrbl. f. Gyn., 1892, № 2). **Разрывы матки отъ внѣшняго насилія.**

Авторъ приводитъ два случая, бывшіе въ его наблюденіи. Въ 1-мъ случаѣ дѣло шло о здоровой, хорошо сложенной женщинѣ, бывшей 8 лѣтъ замужемъ. Первые ея восемь беременностей окончились—5 выкидышемъ и 3—рожденными въ срокъ, но мертвыми плодами. Причину этого, кромѣ значительной анеміи и вялости матки, авторъ думалъ найти въ сифилисѣ одного изъ родителей, но мать и ея родные не представляли ни малѣйшихъ признаковъ сифилиса, а отецъ положительно отрицалъ у себя всякія заболѣванія половыхъ органовъ, кромѣ триппера; впрочемъ, разрѣшеніе 9-й беременности ребенкомъ съ несомнѣнными признаками сифилиса доказало существованіе его у отца. На 5-мъ мѣсяцѣ этой беременности авторъ и былъ приглашенъ къ пациенткѣ, уже ослабленной выкидышами и кровопотерями. Имѣя въ виду

анамнезъ, онъ предложилъ больной провести послѣдніе мѣсяцы въ постели, чему и приписываетъ рожденіе живого доношеннаго плода. Въ первый-же день родовъ выяснилось, что ненормальность ихъ зависить исключительно отъ дѣятельности матки, такъ какъ ни тазъ (Conjug. v. 11, поперечный размѣръ 13, косые 12), ни мягкіе пути не представляли препятствія для родовъ. Плодъ въ 1-мъ черепномъ положеніи, не великъ, обилія водъ нѣтъ. Въ первыя сутки первый періодъ родовъ не былъ еще законченъ, хотя шейка и представлялась совершенно размягченной; дѣло стояло лишь въ атоніи матки: рѣдкія, но болѣзненные схватки не достигали цѣли и даже вскорѣ прекратились вовсе. Такъ продолжалось и во вторыя сутки: зѣвъ еще не раскрытъ, головка надъ входомъ; ни ручное сжатіе матки не вызывало потугъ, ни вышнее выжиманіе плода не давало результатовъ. На третій день потужная дѣятельность вызвана теплыми ваннами, спринцеваніями и виномъ; чтобы ускорить начавшееся раскрытіе зѣва, данъ эрготинъ, который и усилилъ боли; къ концу 3-хъ сутокъ зѣвъ раскрытъ почти вполне, пузырь вставился и лопнулъ, головка во входѣ. Но теперь роды остановились совсѣмъ и не могли быть вновь вызваны никакими средствами; движенія плода стали рѣже, дѣятельность сердца ослабла, что и послужило показаніемъ для производства поворота на ножку и извлеченія плода, послѣ того какъ попытки наложить щипцы оказались тщетными вслѣдствіе соскальзыванія ихъ съ неустановившейся головки. Значительное кровотеченіе изъ за атоніи матки заставило прибѣгнуть къ ручному удаленію послѣда, который былъ приращенъ. Дальнѣйшій уходъ за маткой предоставленъ акушеркѣ, такъ какъ надо было заняться оживленіемъ ребенка. Черезъ нѣсколько времени раздался крикъ, и родильница впала въ коллапсъ. При изслѣдованіи матка оказалась подъ рукой акушерки, но далеко не на надлежащемъ мѣстѣ, а высоко въ лѣвой подчревной области; прежде всего надо было прижать аорту, поставить на мѣсто матку и, войдя въ нее рукой, остановить кровотеченіе. Разрывъ оказался въ задней стѣнкѣ надъ шейкой; онъ имѣлъ почти горизонтальное направленіе, около 15 см. длины и проникалъ насквозь въ брюшную полость, куда и изливалась кровь. Причину его авторъ видитъ въ форсированныхъ движеніяхъ маткой, которая производила акушерка, особенно той части ея (матки), которая соотвѣтствуетъ promontorium'у; образовавшееся сначала истонченіе маточной стѣнки, къ тому же и ослабленной и, быть можетъ, жирно перерожденной,—истонченіе вслѣдствіе тренія неумѣлыми руками объ мьсъ при болѣе сильномъ движеніи и перешло въ полный разрывъ. Прижатіе аорты длилось $\frac{1}{2}$ часа; рана зашита, матка затампонирована; кровотеченіе остановилось. Подкожныя инъекціи эфиромъ и камфорой; внутрь коньякъ, вино, кофе; клизмы изъ раствора соли. Въ первыя сутки матка непрерывно сжималась руками; затѣмъ наложенъ тугій бандажъ. Температура не поднималась выше 38° — $38,6^{\circ}$. На 10-й день сняты швы. Выздоровленіе тянулось еще нѣсколько недѣль. Черезъ годъ функціи матки, бывшей въ ретрофлексіи, нормальны.

Другой случай окончился смертью, несмотря на благопріятное сначала теченіе; вскрытіе не допущено, и случай остался не яснымъ. Онъ касался

32-лѣтней женщины, 6 разъ рожавшей и 3 раза выкидывавшей. Роды начались правильно и въ срокъ, но 2-й періодъ затянулся, и на второй день они остановились совсѣмъ. Призванный врачъ примѣнилъ способъ выжиманія плода по *Kristeller*'у. Въ моментъ вѣзыванія наступили явленія внутренняго кровотеченія. Авторъ, прибывшій вскорѣ, нашелъ въ шейкѣ стѣна разрывъ, около 5 см. длиной, не проникавшій однако за брюшину, которая была цѣла, но излившаяся кровью отдѣлена на значительномъ пространствѣ отъ матки. Разрывъ произошелъ здѣсь, вѣроятно, вслѣдствіе слишкомъ сильнаго давленія головкой на входъ въ тазъ, и только благодаря счастливому случаю головка не проскочила въ этотъ разрывъ. Послѣдствіемъ его былъ перипараметритъ; на мѣстѣ разрыва образовался имѣвшій сообщеніе съ маткой абсцессъ, и хотя вслѣдствіе частыхъ кровотеченій заживленіе раны нѣсколько замедлялось, однако промыванія сулемой и тимоломъ поставили больную уже на пути къ выздоровленію, какъ вдругъ совершенно неожиданно вновь наступили явленія разрыва, приведшія на этотъ разъ къ смерти. Вѣроятно, это былъ разрывъ абсцесса съ излитіемъ гноя въ полость брюшины.

А. Гермоніусъ.

112. Everke. Ein Fall von Porro-Operation wegen Beckenenge infolge von Osteomalacie; Heilung der Osteomalacie. (Deutsche Medic. Wochenschrift, 1892, № 4). Случай операціи Porro при узкомъ остеомалачическомъ тазѣ; выздоровленіе отъ остеомалачіи.

Перечисливъ показанія къ операціи *Porro*, отмѣтивъ важную роль, которую играетъ среди этихъ показаній остеомалачія и приведя статистическія данныя *Fehling*'а въ пользу благотвѣтельнаго вліянія операціи *Porro* на излѣченіе остеомалачіи, авторъ приводитъ случай беременности у VIII-рождающей женщины съ рѣзко выраженной остеомалачіей. Процессъ начался со времени 6-й беременности, 5 лѣтъ назадъ; по окончаніи 7-й беременности (роды продолжались долго, но окончились силами природы), больная уже не могла ходить, а къ концу 8-й беременности деформация таза была настолько сильна, что *per vias naturales* нельзя было извлечь даже раздробленный плодъ. Операція *Porro* сдѣлана по внѣбрюшинному способу, причемъ ножка вшита въ брюшную рану 4-мя толстыми шелковыми швами: верхняя и нижняя лигатуры проведены черезъ брюшные покровы, паріетальный листокъ брюшины и верхній и нижній концы ножки, два же средніе шва проведены черезъ брюшные покровы и толщу ножки, при чемъ между этими лигатурами втянуты съ обѣихъ сторонъ культи широкихъ связокъ и ущемлены въ брюшной ранѣ. Кромѣ этихъ швовъ, брюшина ножки соединена еще съ паріетальной брюшиной тонкими шелковыми швами.

Ребенокъ живой. Больная около 6 недѣль оставалась въ постели; затѣмъ мало-по-малу стала ходить, сначала на костыляхъ, а черезъ 5 мѣсяцевъ уже безъ поддержки проходила разстояніе минутъ на 10; спустя же 1¹/₂ г. исполняла уже всѣ работы и проходила очень большія разстоянія.

Въ вопросѣ объ уходѣ за ножкой, какъ при операціи *Porro*, такъ и при міомотоміяхъ, авторъ высказывается за внѣбрюшинный методъ, какъ дающій

большій % выздоровленій, что, по автору, зависитъ оттого, что при вѣбрюшинномъ способѣ траматизированныя части брюшины изолированы отъ брюшной полости и попадающія въ брюшную полость микробы не находятъ тѣхъ условій для размноженія, которые имѣются при внутрибрюшномъ погруженіи ножки (лишенная эпителія брюшина, омертвѣвающія части культи и пр.). Въ этомъ же смыслѣ авторъ считаетъ рациональнымъ шивать въ брюшную рану и культи придатковъ, какъ онъ сдѣлалъ въ вышеописанномъ случаѣ.

А. Соловьевъ.

113. G. Bouffe de S-t Blaise. Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerperale. (Paris. 1891. 223 стр.). Анатомическія измѣненія, встрѣчающіяся при пуэрперальной эклампсіи.

Въ обширномъ трудѣ, посвященномъ анатомическимъ измѣненіямъ при эклампсіи, *Bouffe* въ первой части излагаетъ все, что имѣется въ литературѣ по данному вопросу. Наибольшимъ и постояннымъ измѣненіемъ при эклампсіи подвергается печень. Первый, обратившій вниманіе на это, былъ, какъ извѣстно, *A. Pilliet*, который отчасти съ *Létienne*'омъ¹⁾, отчасти самостоятельно²⁾ помѣстилъ подробное описаніе тѣхъ патолого-анатомическихъ измѣненій, которыя встрѣчаются въ печени при эклампсіи. Эти измѣненія по *Pilliet* проходятъ три стадіи своего развитія. Въ первой стадіи констатируется расширение внутريدольковыхъ капилляровъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ воротной веной. Эти расширенные сосуды во второй стадіи процесса отграничиваютъ собою извѣстные участки печеночной паренхимы, при чемъ кѣтки этой послѣдней, вслѣдствіе давленія расширенныхъ капилляровъ, претерпѣваютъ некротическій процессъ и, распадаясь въ зернистую массу, образуютъ вмѣстѣ съ кровяными шариками и разрушенными капиллярами фокусы, пронизанные вакуолами. Въ третьей фазѣ процессъ напоминаетъ процессъ образования инфарктовъ и состоитъ въ томъ, что изъ расширенныхъ капилляровъ въ пораженные фокусы начинается выселеніе лейкоцитовъ, которые подвергаются быстрому перерожденію. Однако, дѣло этимъ не кончается. Разъ образовавшись, инфаркты имѣютъ склонность распространяться, сливаться между собою, и влекутъ за собой путемъ облитерации сосудодъ омертвѣніе участковъ паренхимы, ихъ другъ отъ друга отдѣляющихъ. Такимъ образомъ получаютъ обширные секвестры, отграниченные мѣстами паренхимы, проникнутой бѣлыми шариками и представляющими на поверхности печени тотъ мраморный рисунокъ, который встрѣчается также и при *icterus gravis*.

Bouffe, подтвердившій на своихъ семи случаяхъ эклампсіи эти измѣненія, описанныя *Pilliet*, описываетъ подробности изложеннаго процесса. Во всѣхъ его случаяхъ, независимо отъ того, имѣлась ли желтуха или нѣтъ, *Bouffe* съ

¹⁾ *Pilliet et Létienne. Lésions du foie dans l'éclampsie etc. Nouv. Archives. 25 Іюля и 25 Авг. 1889.*

²⁾ *Pilliet. Lésions hepaticues de l'éclampsie puerperale. Nouv. Arch. 1884, стр. 506; Ibidem, 25 Ноября 1888.*

математической точностью находилъ макроскопическія и микроскопическія измѣненія печени.

Что касается до патолого-анатомическихъ измѣненій другихъ органовъ, то *Bouffe* наблюдалъ и въ селезенкѣ такой же процессъ, какъ и въ печени, хотя и не съ такимъ постоянствомъ и отчетливостью. Въ почкахъ измѣненія также носятъ деструктивный характеръ, но процессъ идетъ здѣсь нѣсколько иначе чѣмъ въ печени и селезенкѣ. Въ *рапсгеас* встрѣчаются кровоизліянія, иногда переходящія въ некротическіе участки. Въ нервной системѣ встрѣчаются кровоизліянія въ самое существо того или другого мозга и въ его оболочки. Серозныя полости также иногда служатъ мѣстомъ обширныхъ кровоизліяній. Относительно сердца и сосудовъ *Bouffe* не даетъ никакихъ новыхъ указаній; что же касается тѣхъ кровяныхъ сгустковъ праваго сердца, въ которыхъ *Virchow* и *Jürgens*¹⁾ находили печеночныя клѣтки, занесенныя сюда изъ некротизированныхъ участковъ печени, то *Bouffe* ничего ни за, ни противъ сказать не можетъ. Въ двухъ его случаяхъ онъ не нашелъ ничего подобнаго ни тому, что видѣли сказанные авторы, ни тому, что видѣлъ *Schmorl*, считавшій эти клѣтки за органическіе остатки, происходящіе изъ *placenta*. Въ легкихъ *Bouffe* наблюдалъ кровоизліянія, отекъ, иногда эмфизему нижнихъ долей. Плевра содержала иногда многочисленные экхимозы. Въ маткѣ *post partum* встрѣчаются иногда обширныя кровоизліянія въ полость; въ яичникахъ апоплектическія гнѣзда, *plexus venosus* представляется набухшимъ; въ слизистой оболочкѣ влагалища тоже встрѣчаются кровоизліянія. Въ *placenta* находятся иногда геморрагическіе фокусы, въ дальнѣйшей стадіи подвергающіеся жировому перерожденію. Плодъ иногда имѣетъ общій отекъ и почки его представляютъ такой же процессъ, какъ почки матери.

Сказаннымъ перечисленіемъ патолого-анатомическихъ особенностей при эклампсін исчерпывается самостоятельная въ нѣкоторой степени часть работы *Bouffe*'а. Онъ такимъ образомъ подтвердилъ тѣ данныя, которыя существовали до сихъ поръ. Относительно бактериологін эклампсін онъ уже ничего своего не сообщаетъ, а ограничивается выпиской по источникамъ того, что до сихъ поръ извѣстно по этому вопросу. Впрочемъ, какъ бы вскользь *Bouffe* говоритъ, что и ему удалось видѣть въ печени того микроба, на котораго указывалъ *Jürgens*. «Il est malheureusement très difficile à experimenter» тутъ же спѣшить добавить *Bouffe*.

Во второй части, озаглавленной «*Considerations cliniques et pathologiques*» *Bouffe*, сообразно съ тѣми патолого-анатомическими измѣненіями, которыя въ большинствѣ случаевъ встрѣчаются въ печени, проводитъ мысль, что извѣстный рядъ явленій при эклампсін зависитъ именно отъ страданія печени, а не отъ пораженія почекъ, какъ объ этомъ принято думать. Участіе въ патогенезѣ эклампсін бактериальной причины, равно какъ и самозараженіе (химическими веществами вслѣдствіе нарушенія окислительныхъ процессовъ), автору кажется еще не доказаннымъ. Между тѣмъ несомнѣнно, что на измѣненія органовъ при эклампсін влияетъ какая то общая причина, при чемъ

¹⁾ *Jürgens*. Berlin. klinische Wochenschr. № 31, 2 Abr. 1886.

болѣе глубокія и болѣе постоянныя измѣненія печени даютъ возможность думать, что причина эта, этотъ химическій продуктъ, прежде всего поступаетъ съ кровью черезъ воротную вену. *Dupré* ¹⁾ думаетъ, что этотъ ядъ берется изъ кишечника. Разъ печень поражена, ея функція измѣняется, измѣняется между прочимъ и способность печени нейтрализовать по *Roger* яды. «Если вѣрно», говоритъ *Roger* ²⁾, «что организмъ постоянно вырабатываетъ ядовитыя вещества и что печень постоянно нейтрализуетъ известную часть этихъ ядовъ, то при известнаго рода болѣзненныхъ измѣненіяхъ этой желѣзы должно наблюдать явленія отравленія... Яды увеличиваются въ своемъ количествѣ, но они быстро выносятся благодаря усиленной дѣятельности почекъ. Когда же почка начинаетъ ослабѣвать, когда къ недостаточной дѣятельности печени присоединяется и почечная недостаточность, ядъ аккумулируется и могутъ развиваться наиболѣе тяжкіе припадки отравленія».

Въ третьей части своей работы (*Pièces justificatives*) *Bouffe* приводитъ болѣе 50-ти исторій болѣзней, принадлежащихъ разнымъ авторамъ. Изъ этого числа одна принадлежитъ исключительно *Bouffe*'у, а шесть ему вмѣстѣ съ *Pilliet*. Макро-микроскопическія данныя изложены подробно только въ исторіяхъ *Bouffe*'а; въ остальныхъ лишь въ очень немногихъ существуютъ микроскопическія изслѣдованія почекъ и лишь въ видѣ исключенія печени.

Въ заключеніе своей работы *Bouffe* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) При вскрытіи экламптическихъ женщинъ находятъ постоянно известныя измѣненія. Эти измѣненія исключительно обязаны эклампсiei и не встрѣчаются ни при какой другой болѣзни.

2) Благодаря изученію патолого-анатомическихъ измѣненій этого страданія можно сдѣлать нѣкоторые клиническіе выводы, въ частности относительно механизма происхожденія желтухи при желтой эклампсiei и предсказанія при этой желтухѣ; тоже можно сказать и относительно постановки дифференціального діагноза между эклампсieiю и другими болѣзнями, каковы тяжелая желтуха и уремія въ судорожной формѣ.

3) Механизмъ происхожденія этихъ измѣненій еще неизвѣстенъ, но постоянное ихъ существованіе, въ особенности въ печени, даетъ возможность опровергнуть нѣкоторыя изъ теорій патогенеза эклампсiei.

Примѣчаніе референта. Изложенная работа *Bouffe*'а, которую мы волей-неволей должны были привести въ очень краткомъ рефератѣ, является—собственно говоря—вторымъ послѣ *Pilliet* патолого-анатомическимъ трудомъ, въ которомъ говорится о глубокихъ измѣненіяхъ при эклампсiei по преимуществу печени. Кромѣ того работа *Bouffe*'а интересна для насъ еще и въ томъ отношеніи, что авторъ, подобно многимъ изъ современныхъ акушеровъ, считаетъ вѣроятной причиной судорогъ при эклампсiei какой-то ядъ, который отравляетъ организмъ. Эклампсiei въ послѣднее время особенно много занимаютъ въ Германіи. Кажется все рѣже и рѣже встрѣчается въ наукѣ

¹⁾ *Dupré*. Inféctions biliaires. Thèse. 1891, стр. 35.

²⁾ *Roger*. Action du foie sur les poisons. Th. 1887. Paris. Глава: Des troubles hépatiques dans les maladies infectieuses, стр. 157.

мнѣніе, что въ патогенезѣ эклампсіи слѣдуетъ считать виновной почку и, имѣя въ виду нарушенную дѣятельность ея ткани, принимать эклампсію за уремическій припадокъ ¹⁾, а явленіе судорогъ и комы объяснять вліяніемъ главнымъ образомъ на большой мозгъ продуктовъ ненормальнаго азотистаго обмена.

Успѣхи въ области бактеріологіи дали возможность примѣнить данный методъ при отыскиваніи истинной причины эклампсіи и вотъ цѣлый рядъ авторовъ—начиная съ *Dolérís'a* и *Poncy* (1885) ²⁾ и *Emile Blanc'a* (1887 и 1889) ³⁾ и кончая *Favre'омъ* ⁴⁾ и *Gerdes'омъ* (1892) ⁵⁾ сообщаетъ о микроорганизмахъ, какъ основной причинѣ эклампсіи. Микроорганизмы, введенные въ кровь (*Blanc, Favre, Gerdes*), давали у животныхъ картину близкую къ эклампсіи.

Однако, такъ какъ микроорганизмы сами по себѣ не могли объяснить сущности патогенеза экламптическихъ судорогъ, то стали допускать, что токсины, выработанные жизнедѣятельностью микробовъ отравляютъ организмъ и что благодаря этому эклампсію слѣдуетъ разсматривать какъ токсемію при помощи органическаго яда. *Favre* же употребилъ для этого слово «птомаинемія».

Вопросъ о причинахъ эклампсіи разсматривался между прочимъ въ заведеніи вновь образованнаго Société Obstétricale de France, 23 апрѣля текущаго года. И здѣсь докладчикъ, *Hergott* (Nancy) ⁶⁾, пришелъ къ тому выводу, что «эклампсія есть интоксикація нервной системы продуктами выдѣленія микроорганизмовъ».

Остальные дебатанты также признали за эклампсіей бактеріологическій характеръ, и *Dolérís* назвалъ ее поэтому токсемію, на которую слѣдуетъ смотрѣть какъ на контагиозную. «Cette toxine», сказалъ между прочимъ *Dolérís*, «provient assurément de quelque part; elle est élaborée dans quelque atelier que je n'ai pu découvrir».

Итакъ дебаты остановились на томъ, что извѣстный ядъ въ организмѣ экламптическихъ несомнѣнно существуетъ, но лабораторія его приготовляющая неизвѣстна. Намъ казалось, что въ поискахъ лабораторіи этого яда могла сослужить большую службу именно патологическая анатомія. Между тѣмъ, какъ извѣстно, свѣдѣнія о патологическихъ измѣненіяхъ органовъ и тканей экламп-

¹⁾ *Landois* въ последнемъ своемъ трудѣ (*Die Urämie*. 1891) на стр. 81 говорить: «Wir müssen die Ursache der puerperalen Eclampsie, nach sorgfältiger Abwägung aller Momente, als urämische bezeichnen, d. h. sie beruht in der Zurückhaltung von Bestandtheilen innerhalb des Körpers, welche normalmässig durch den Harn abgeschieden werden sollten».

²⁾ *Dolérís et Poncy*. Société de Biologie. Juillet 1885. Février 1886.

³⁾ *E. Blanc*. Archives de Biologie. Mai и Avril 1889. Académie des sciences. 25 Mars 1889. Lyon Méd. Sept. 1890.

⁴⁾ *Favre* (Lausanne). Die Ursache der Eclampsie etc. *Virchow's Archiv*. Bd. 127, Heft I.

⁵⁾ *E. Gerdes*. Zur Aetologie der Puerperaleklampsie. Centr. f. Gynäk. № 20. 1892 г.

⁶⁾ *Hergott*. Pathogénie de l'éclampsie. Sem. Méd. 7 Mai 1882. № 24. Annales de Gynécol. Mai 1892, стр. 365 и сл.

тичекъ до послѣдняго времени отличался поразительной скудностью ¹⁾. Въ лучшихъ случаяхъ ограничивались указаніями на макроскопическія измѣненія, которые и выражались въ видѣ словъ: гиперемія, анемія, отекъ. Наибольше вниманія было удѣлено почкамъ.

Однако, уже давно было извѣстно, что при эклампсін не всегда находятъ въ мочѣ бѣлокъ и почки въ извѣстныхъ случаяхъ могутъ быть совершенно здоровы. *W. Prutz* ²⁾, изслѣдовавшій макроскопически почки отъ двадцати одного случая эклампсін, говорить, что во многихъ случаяхъ найденныя измѣненія такъ малы, что «въ извѣстномъ смыслѣ почки могутъ быть названы лишь едва уклонившимися отъ нормы» (стр. 43).

Вопросъ о патогенезѣ эклампсін сталъ особенно сильно занимать насъ послѣ того, какъ получились первые краснорѣчивые факты въ работѣ по вопросу о результатахъ ограниченія дѣятельности печени. Эта работа произведена, какъ извѣстно, тремя отдѣленіями Института экспериментальной медицины (физиологическимъ, химическимъ и патолого-анатомическимъ) и сообщеніе о ней было сдѣлано проф. *И. П. Павловымъ* въ Обществѣ Русскихъ Врачей, въ засѣданіи 19 марта и 9 апрѣля ³⁾. Эти изслѣдованія, въ которыхъ довелось принять участіе и намъ, показали, что ограниченіе функціи печени (операция: *fistula venarum* *H. B. Экка*—отведеніе крови воротной вены отъ печени) ведетъ за собою появленіе цѣлаго ряда патологическихъ симптомовъ, частью въ области пищеварительнаго канала, частью въ области нервной системы (раздражительность, слѣпота, клоническія и тоническія судороги). Химическій анализъ мочи и крови показалъ, что у животныхъ съ *fistula venarum* циркулируетъ карбаминовая кислота ($\text{CO} < \frac{\text{NH}}{\text{OH}_2}$), которая въ нормальной мочѣ или совсѣмъ отсутствуетъ или находится почти въ видѣ слѣдовъ. Кромѣ того въ мочѣ оказалось увеличеніе амміака (въ 2—3 раза), а въ особенности мочевоы кислоты (въ 10 разъ), сравнительно съ нормой. Опыты съ введеніемъ этой карбаминовой кислоты въ кровь нормальнымъ животнымъ показали, что у нихъ развивается картина отравленія, которая въ малыхъ дозахъ (0,1 на фунтъ вѣса животнаго) ограничивается сонливостью, въ среднихъ получаются судороги клоническаго и тоническаго характера, а въ большихъ дозахъ глубокая кома.

При объясненіи причинъ образованія карбаминовой кислоты было допущено, что она, образуемая изъ бѣлковъ пищи и при нормальныхъ условіяхъ переходящая въ мочевины, не совершаетъ этого послѣдняго превра-

¹⁾ Эта скудность патолого-анатомическихъ данныхъ при эклампсін дала *Virchow*’у возможность выразиться еще совсѣмъ недавно (20 янв. 1892 г.): «Ich die Ueberzeugung habe dass die Thatsachen, welche wir bis jetzt vom Standpunkt der pathologisch—anatomischen Untersuchungen besitzen, keineswegs genügen, um darauf irgendeine Theorie der Eclampsie zu begründen. (Berl. klin. Wochenschr. № 7. 1892).

²⁾ *W. Prutz*. Ueber die anatomische Verhalten der Nieren bei der puerperalen Eclampsie. Zeitschrift f. Geb. und Gynäk. Bd. XXIII, Heft. 1.

³⁾ Больничная Газета Боткина. 1892. № 13 и 17.

щенія благодаря пониженію дѣятельности печени (въ печени былъ констатированъ атрофическій процессъ).

Сказанные опыты дали и намъ возможность сдѣлать предположеніе, не является ли отчасти карбаминовая кислота и при эклампсіи дѣйствующимъ агентомъ, тѣмъ гипотетическимъ «токсикомъ», который предполагаютъ при этой болѣзни *Dolérís* и др., а печень тѣмъ органомъ, благодаря патологическому состоянію котораго этотъ химическій агентъ получаетъ свое право на существованіе. Это предположеніе казалось весьма вѣроятнымъ, ибо картина отравленія карбаминовой кислотой была весьма близка къ картинѣ эклампсіи. Для окончательнаго же утвержденія въ этомъ предположеніи необходимо было, конечно, произвести изслѣдованія мочи экламптичекъ на карбаминовую кислоту и имѣть точныя и подробныя патолого-анатомическія данныя относительно печени экламптичекъ. Къ сожалѣнію, изслѣдованія мочи экламптичныхъ на карбаминовую кислоту не дали пока окончательныхъ данныхъ отчасти по причинамъ внѣшняго характера, отчасти по трудности самаго анализа кислоты, представляющейсѣ крайне нѣжнымъ, легко распадающимся образованіемъ.

Если теперь мы вновь обратимся къ тому, что сказали раньше, а именно что, согласно съ авторами, при эклампсіи печень несомнѣнно страдаетъ, при чемъ высшая степень этого страданія выражается въ видѣ некроза цѣлыхъ частей паренхимы, то необходимо будетъ заключить, что и функція ея сильно измѣняется. Но даже и умѣреннаго заболѣванія печеночныхъ клѣтокъ достаточно вѣроятно для того, чтобы получились извѣстнаго рода нарушенія въ окислительныхъ процессахъ бѣлковыхъ веществъ, результатомъ чего и явилась бы карбаминовая кислота. Циркулируя въ крови и выдѣляясь мочою, она уже вторично производитъ нарушеніе нормальныхъ отправленій различныхъ органовъ, главнымъ образомъ почекъ, и тѣмъ увеличиваетъ первичный эффектъ интоксикаціи. Нервная система экламптической больной является въ большинствѣ случаевъ уже выведенной изъ нормы, а потому и почва для проявленія судорогъ болѣе благопріятной. Самый актъ родовъ представляетъ большой запросъ на нервную энергію и мы видимъ, что эклампсія больше всего встрѣчается у первородящихъ, для которыхъ этотъ актъ оказывается совершенно новымъ, а потому и болѣе тяжелымъ испытаніемъ. Далѣе, какъ извѣстно, припадки эклампсіи большею частью бывають при затянувшихся родахъ, при узкомъ тазѣ, при двойняхъ, т. е. при такихъ случаяхъ, гдѣ является большой запросъ на родовую дѣятельность и связанныя съ ней болевые ощущенія. Въ послѣродовомъ періодѣ экламптической приступъ бываетъ иногда послѣ какого либо психическаго возбужденія, переутомленія, внезапнаго шума или стука или даже непріятнаго зрѣлища (припадокъ у другой больной). Эти клиническія наблюденія, говоряція въ пользу повышеннаго состоянія возбудимости нервной системы у экламптичекъ, обезпечивающаго отчасти успѣхъ воздѣйствія карбаминовой кислоты, а отчасти являющагося результатомъ этого воздѣйствія, — имѣютъ и свою патолого-анатомическую подкладку. *Н. В. Усковъ* сообщилъ намъ, что въ 3-хъ случаяхъ, гдѣ онъ дѣлалъ вскрытіе женщинъ, умершихъ отъ

эклампсін, онъ во всѣхъ трехъ встрѣтилъ *meningitis cerebro-spinalis chronica diffusa*. Если это подтвердится и въ дальнѣйшемъ, то пораженіе оболочекъ спиннаго мозга, центра рефлексовъ, получить большую важность при оцѣнкѣ проявленія припадковъ эклампсін.

Въ чемъ-же заключается первичная причина страданія, чѣмъ объясняется то заболѣваніе печени, которое обуславливаетъ въ свою очередь отравленіе карбаминовой кислотой? На этотъ вопросъ пока отвѣтить трудно. Весьма вѣроятно, что эклампсія есть инфекціонная болѣзнь, главнымъ образомъ поражающая печень. Дальнѣйшія изслѣдованія бактериологической стороны эклампсін и связанныя съ этими изслѣдованіями опыты на животныхъ, дадутъ, конечно, матеріалъ для сужденія относительно того, можно-ли эклампсію причислить къ заразнымъ заболѣваніямъ.

Наша гипотеза относительно карбаминовой кислоты, какъ производящей причины экламптическихъ судорогъ не представляется, конечно, достаточно обоснованной по отсутствію определенныхъ результатовъ химическаго изслѣдованія мочи. Тѣмъ не менѣе изслѣдованія, произведенныя по различнымъ направленіямъ и для различныхъ цѣлей (наши лабораторные опыты и патолого-анатомическія изслѣдованія авторовъ), такъ поразительно дополняютъ своими результатами одни другихъ, что апіорное заключеніе напрашивается само собою. Это обстоятельство побудило насъ, на первый взглядъ нѣсколько преждевременно, подѣлиться нашими соображеніями, и мы рѣшаемся сдѣлать это съ тѣмъ большей охотою, что со всѣхъ сторонъ усердно ищутъ неизвѣстнаго химическаго дѣятеля при эклампсін. Мы думаемъ, что карбомиловой кислотѣ, если не цѣлкомъ, то во всякомъ случаѣ отчасти придется приписать роль въ патогенезѣ тѣхъ клиническихъ явленій, которыя наблюдаются при эклампсін.

В. Массенъ.

114. Hüter. Zur Entstehung des Cephalhaematoma externum. (Berlin. Klin. Wochenschrift, 1892, № 3). **Къ вопросу о происхожденіи cephalhaematomatis externi.**

Поводомъ къ образованію наружной кровяной опухоли являются механическія поврежденія головки во время родовъ. Эти поврежденія нерѣдко происходятъ при наложеніи высокихъ щипцовъ, когда, по низведеніи головки въ полость малаго таза, ложки щипцовъ перемѣщаютъ изъ поперечнаго въ косой размѣръ таза. При этихъ условіяхъ легко разминаются мягкія части головки и *pericranium*, и въ результатѣ является *cephalhaematoma*. Во избѣжаніе этого, авторъ не перемѣщаетъ ложки щипцовъ, а, по низведеніи головки въ малый тазъ, снимаетъ щипцы, и затѣмъ снова накладываетъ ихъ въ требуемомъ косомъ размѣрѣ. Затрудненіе при введеніи передней ложки легко устраняется, если ложка вводится съ сильно опущенной рукояткой.

Не смотря на такую предосторожность, послѣ однихъ трудныхъ щипцовъ вслѣдствіе крупныхъ размѣровъ ребенка (11 фунтовъ), авторъ на 5-й день послѣ родовъ нашелъ на обѣихъ темянныхъ костяхъ новорожденнаго наружныя кровяныя опухоли. Нужно замѣтить, что во время тракцій при наложеніи щипцовъ въ данномъ случаѣ ложки почти соскользнули. Замѣтивъ *cephalhae-*

matom'ы, авторъ обратилъ вниманіе на то, что акушерка, обмывая ребенка, сильно терла ему голову мокрой тряпкой. Это-то треніе, по мнѣнію автора, и послужило ближайшимъ поводомъ къ образованію кровяныхъ опухолей, тогда какъ условія для serphalhaematom'ъ были созданы разминаніемъ мягкихъ частей и pericranii во время соскальзыванія щипцовъ. Лѣченіе serphalhaematom'ъ—чисто выжидательное, но, въ случаѣ пораненія кожи, необходима самая тщательная антисептика, во избѣжаніе разложенія излившейся крови и гнойнаго менингита.

А. Соловьевъ.

115. Norton. Vicarius menstruation during pregnancy. (The American Journal of obstetrics. № 2). Викарная менструація во время беременности.

Мару Е..., 21-го года, малокровная, страдаетъ приступами истеріи. Первые крови на 14 году, при чемъ въ теченіи нѣсколькихъ дней, до появленія регулъ, пациентка ощущала сильныя боли внизу живота, бѣли, появились приступы кашля съ отхаркиваніемъ крови, затѣмъ слабо окрашенное кровянистое истеченіе изъ полового канала. Каждый мѣсяцъ регулы, продолжаясь по 5—6 дней, сопровождалась сильными болями внизу живота, приступами кашля съ отдѣленіемъ крови. Мару лѣчилась безъ успѣха у многихъ врачей. Вышла замужъ 16 лѣтъ. Типъ менструацій не измѣнился. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: матка стоитъ высоко, уменьшена въ объемѣ, но другихъ какихъ либо измѣненій не найдено.

Въ октябрѣ 89 г. Norton былъ приглашенъ и осмотрѣвши опредѣлилъ беременность 6 мѣсяцевъ; по словамъ пациентки въ продолженіи этого времени ежемѣсячно появлялась менструація и сопровождалась сильными приступами кашля съ отхаркиваніемъ крови. Роды наступили въ срокъ, были нормальны. Послѣ родовъ первые регулы per vaginam, были обильны, и ощущались только незначительныя боли внизу живота.

А. Лапина.

116. A. Tannen. Ein Fall von Uterus duplex. (Cnbl. f. Gyn., 1892, № 3). Случай двойной матки.

Г-жа R., 26 лѣтъ, замужемъ 2 года; регулы съ 20 лѣтъ чрезъ 4—5 недѣль. Клифозъ, по ея словамъ, какъ слѣдствіе дурного обращенія въ дѣтствѣ. Со времени замужества мѣсячныя стали гораздо сильнѣе, будто бы отъ простуды, явились боли въ животѣ и крестцѣ, прекратившіяся послѣ Secale и Hydrassit. Бѣли. При изслѣдованіи: анемична, малаго роста, съ умѣренно развитой мышечной системой. Рукавъ широкъ; въ сводѣ небольшой, вялый, неправильно сформированный зѣвъ; влагалищной части нѣтъ; матка прощупывается неясно, въ ретропозиціи и ретроверсіи. Въ зеркалѣ, кромѣ упомянутого зѣва, есть еще и другой, въ 2 см. отъ перваго вправо, также безъ влагалищной части, вялый и неправильный. Per rectum: матка нормальной формы, около 5 см. длиной, мягче обыкновеннаго, совершенно подвижна, загнута назадъ; зондъ, введенный въ правый зѣвъ, прощупывается здѣсь. Рядомъ съ ней лежитъ тѣло продолговато круглой формы, вдвое меньше сосѣдней матки, но болѣе твердое и менѣе подвижное; ясно прощупываемая размягченная полоса отдѣляетъ его отъ матки. Зондъ,

введенный въ расширенный *tupelo* лѣвый зѣвъ проникаетъ въ эту матку. Правый яичникъ малъ, лѣвый величиной со сливу; правая труба можетъ быть прослѣжена до матки, лѣвая не прощупывается. Бимануальное изслѣдованіе не дало результатовъ потому, что, за отсутствіемъ влагалищной части и задняго свода, палецъ ложился постоянно впереди матки, а наружная рука еще болѣе низдавливала и безъ того ретропонированную матку. Лѣвая матка выскоблена и прижжена 50% растворомъ карболовой кислоты; изъ правой кюретка ничего не захватывала. Черезъ два дня лѣвая матка менструируетъ, правая нѣтъ; внутриматочное спринцеваніе показало, что сообщенія между матками нѣтъ. На 6-й день регулы прекратились. Диагнозъ: двойная матка съ одиночнымъ влагалищемъ, правая матка инфантильная, лѣвая рудиментарная. А. Гермоніусъ.

117. S. Gottschalk. Eine weitere Mittheilung über die Beziehungen der Influenza zu Erkrankungen der weiblichen Genitalien. (Cnbl. f. Gyn., 1892, № 3). Отношеніе инфлуэнцы къ заболѣваніямъ женскихъ половыхъ органовъ.

Эпидемія инфлуэнцы въ нынѣшнемъ году не была такъ распространена, какъ 2 года назадъ, но за то она была гораздо сильнѣй и сопровождалась болѣе тяжелыми осложненіями. Это относится вполнѣ и къ осложненіямъ ея заболѣваніями тазовой клѣтчатки, какъ то пришлось наблюдать и автору.

Въ одномъ случаѣ у дѣвушки 21 года, менструировавшей съ 19 лѣтъ правильно по 4—8 дней и безъ болей, черезъ недѣлю послѣ послѣднихъ регулъ изъ матки вдругъ хлынула кровь, при полной картинѣ инфлуэнцы. Три недѣли длилась умѣренная лихорадка и разлитой катаральный бронхитъ. Въ первую-же недѣлю появились внизу живота справа боли, все усиливавшіяся и не прекратившіяся съ прекращеніемъ инфлуэнцы. Кровотеченіе остановилось черезъ 2 недѣли, смѣнившись бѣлыми. Черезъ 3 недѣли изслѣдованіе половыхъ органовъ показало: влагалище узко, дѣвственная плева едва надорвана, влагалищная часть размягчена, конической формы, матка не увеличена, въ антеверсіи, совершенно отодвинута влѣво опухолью, съ кулакъ величиной, почти неподвижной, довольно твердой консистенціи и принадлежавшей правой широкой связкѣ, между листками которой она и помѣщалась, достигая съ одной стороны стѣнки таза, а съ другой плотно прилегая къ влагалищу. Слизистая оболочка матки—съ явленіями катарра. Авторъ, принимая во вниманіе почти дѣвственное состояніе половыхъ органовъ, не допускаетъ другой причины этого параметрита, кромѣ инфлуэнцы.

Другой случай представляетъ точную копію перваго. И здѣсь заболѣла инфлуэнцой 22 лѣтняя женщина, никогда не страдавшая болями внизу живота; онѣ появились вмѣстѣ съ легкими лихорадочными явленіями и кровотеченіемъ; матка увеличена, мягка, чувствительна; возлѣ нея параметрической эксудатъ. Такимъ образомъ въ обоихъ случаяхъ наблюдалась разлитая воспалительная инфильтрація тазовой клѣтчатки, безъ гнойнаго

распаденія ея и образованія абсцессовъ. Причина, по мнѣнію автора, лежитъ или въ непосредственномъ дѣйствіи заразнаго начала на слизистую матки и на околоматочную кѣтчатку, или параметритъ возникаетъ вторично на почвѣ воспалительнаго измѣненія эндометрія, на который ядъ дѣйствуетъ прямо и заболѣваніе котораго даетъ случай микроорганизмамъ канала шейки проявить свою дѣятельность на близлежащей кѣтчаткѣ.

Въ третьемъ случаѣ заболѣваніе гриппомъ повлекло за собой обостреніе нѣсколько лѣтъ т. н. бывшаго параметрита. Въ началѣ болѣзни наступили при бурной лихорадкѣ на почвѣ старыхъ рубцовъ явленія параметрита—разлитая, болѣе кулака величиной, инфильтрація кѣтчатки въ лѣвой широкой связкѣ. На 6-й день температура спала.

А. Гермониусъ.

118. **Vondergoltz. Lysol, a new antiseptic.** (The American Journal of obstetrics № 2). **Лизоль, новое антисептическое средство.**

Vondergoltz, примѣняя съ 1890 г. лизоль въ акушерской практикѣ и при различныхъ операціяхъ, считаетъ это средство очень важнымъ пріобрѣтеніемъ. Лизоль обладаетъ сильными антисептическими свойствами и, по своей недовѣрности, заслуживаетъ предпочтенія передъ другими антисептическими средствами.

Авторъ приготовляетъ шелкъ и марлю кипяченіемъ въ 5% растворѣ лизола въ продолженіи 3-хъ час. и затѣмъ оставляетъ шелкъ въ 1% растворѣ.

Лизоль также служитъ для обмыванія инструментовъ, операціоннаго поля передъ операціей. Въ одномъ случаѣ кондиломы зловонное отдѣленіе было прекращено послѣ спринцованія 1½% раствора лизола.

А. Лапина.

119. **L. Prochownick. Zur Aetiologie der Fibromyome.** (Deutsche Med. Wochenschr., 1892, № 7). **Къ этиологіи фиброміомъ.**

Этиологія фиброміомъ до сихъ поръ темна. Одни считаютъ предрасположеніе къ фиброміомамъ врожденнымъ (въ смыслѣ *Cohnheim*'овской теоріи происхожденія опухолей), другіе—съ *Virchow*'омъ во главѣ—причиной развитія фиброміомъ считаютъ патологическія раздраженія матки. По теоріи автора, въ этиологіи фиброміомъ играетъ роль совокупность обоихъ этихъ условий.

Съ 1884 г. авторъ видѣлъ 4 случая развитія фиброміомъ у совершенно здоровыхъ, безъ наслѣдственнаго предрасположенія къ нимъ, женщинъ, послѣ того, какъ эти женщины были заражены сифилисомъ. Противусифилитическое лѣченіе прекрасно дѣйствовало на фиброміомы: кровотеченія и другіе симптомы болѣзни прекращались и самыя опухоли нѣсколько уменьшались. За фиброміоматозный характеръ опухолей говорили какъ клиническія данныя (форма, консистенція, плотность, положеніе и пр.; ни одна опухоль не всосалась подъ вліяніемъ противусифилитическаго лѣченія, не подверглась размягченію, казеозному перерожденію и пр.), такъ и микроскопическое изслѣдованіе одной изъ этихъ опухолей. И однако противусифилитическое лѣченіе дѣйствовало на опухоли благоприятно, тогда какъ такое же лѣченіе, примѣненное въ

двухъ случаяхъ фиброміомъ не на сифилитической почвѣ, осталось совершенно безрезультатнымъ, ergo въ приведенныхъ 4-хъ случаяхъ связь между фиброміомами и сифилисомъ существовала. Часто ли наблюдаются фиброміомы на сифилитической почвѣ? На основаніи имѣющагося у автора матеріала—нѣтъ. Съ другой стороны, авторъ видѣлъ два случая, гдѣ послѣ зараженія сифилисомъ развился хроническій метритъ съ геморрагическимъ эндометритомъ, неподдававшимся обычному лѣченію и излѣченнымъ лишь противусифилитической терапіей; слѣдовательно, сифилисъ можетъ отражаться на маткѣ кромѣ фиброміомъ и въ формѣ иныхъ ея заболѣваній.

Анатомическая связь раннихъ стадій развитія фиброміомы съ сосудистой системой еще не выяснена, но клинически установлена связь развитія фиброміомъ съ расстройствами кровообращенія въ половомъ аппаратѣ. Однако, расстройства эти часты, фиброміомы же сравнительно рѣдки, изъ чего м. жпо предположить, что для развитія фиброміомъ требуется или специфическій раздражитель, или врожденное предрасположеніе. Сифилитическій ядъ могъ бы быть такимъ специфическимъ раздражителемъ, тѣмъ болѣе, что онъ главнымъ образомъ поражаетъ сосудистую систему, но тогда фиброміомы при сифилисѣ встрѣчались бы гораздо чаще, чѣмъ это есть на самомъ дѣлѣ; при томъ, сифилитическія новообразованія имѣютъ совершенно типичное теченіе (замѣщеніе тканевыхъ элементовъ соединительною тканью, сморщиваніе, рубцеваніе), чего нѣтъ при фиброміомахъ. Поэтому, гораздо проще предположить, что у нѣкоторыхъ лицъ существуетъ врожденное предрасположеніе къ фиброміомамъ (аномаліи въ расположеніи мышечныхъ пучковъ—см. изслѣдованіе *Roesger'a*), сифилисъ же, какъ и всякое другое раздраженіе, даетъ лишь толчекъ къ развитію фиброміомъ изъ этихъ, такъ сказать, зародышей опухолей.

А. Соловьевъ.

120. Arendt. Ueber die Anwendung der Elektrizität in der Gynäkologie.
(Deutsche medicin. Wochenschrift № 50, 1891). **О примѣненіи электричества въ гинекологіи.**

Авторъ въ 11 случаяхъ міомъ матки имѣлъ возможность примѣнить способъ *Apostoli*. Въ 8 случаяхъ этотъ способъ лѣченія примѣнялся по поводу долгопродолжающихся кровотеченій, причемъ одна больная подверглась въ 1887 г. кастраціи, въ 3-хъ же случаяхъ—по поводу сильнѣйшихъ болѣй и симптоматическихъ жалобъ.

Пациентки первой группы всѣ выздоровѣли, т. е. у 6 изъ нихъ кровотеченія совсѣмъ остановились, у седьмой—менструаціи прекратились совершенно и съ этого времени началось значительное уменьшеніе въ объемѣ существовавшей ранѣ міомы, а у восьмой подвергшейся кастраціи въ 1887 и тѣмъ не менѣе страдавшей до 1890 г. постоянными сильными кровотечениями, было примѣнено авторомъ лѣченіе положительнымъ электродомъ постоянного тока вмѣсто настоящей требуемой больной лапароміотоміи. Послѣ 28 сеансовъ кровотеченія почти совсѣмъ прекратились и примѣненное еще въ теченіи короткаго времени лѣченіе электричествомъ, остановило

кровотеченіе совершенно, хотя опухоль, достигавшая пупка, уменьшилась въ своемъ объемѣ очень мало.

Изъ трехъ пациентокъ второй группы двѣ освободились отъ своихъ страданій, вызываемыхъ давленіемъ фиброміомъ на сосѣдніе органы, одна же умерла. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ была примѣнена гальванопунктура съ соблюденіемъ всѣхъ предосторожностей, рекомендуемыхъ *Apostoli*. Послѣ пяти сеансовъ больная чувствовала себя прекрасно, всѣ беспокоившіе ее раньше симптомы исчезли. Спустя пять дней послѣ послѣдней гальванопунктуры, когда больная собиралась ѣхать въ Берлинъ для дальнѣйшихъ сеансовъ, у нея появились вдругъ сильнѣйшія боли въ животѣ, развился острый перитонитъ и больная спустя нѣсколько дней умерла въ больницѣ. Какая была причина смерти въ данномъ случаѣ, авторъ, за неимѣніемъ протокола вскрытія, сказать не рѣшается.

Кромѣ этихъ вполне прослѣженныхъ одиннадцати случаевъ авторъ примѣнялъ лѣченіе электричествомъ въ своей поликлиникѣ и во многихъ другихъ случаяхъ, но больныя, къ сожалѣнію, какъ только замѣчали улучшение всѣхъ болѣзненныхъ явленій, такъ прекращали лѣченіе и больше не являлись.

На основаніи своего опыта въ лѣченіи міомъ постояннымъ токомъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: въ большинствѣ случаевъ удается остановить кровотеченіе и периметритическія боли, сопровождающія міомы; очень рѣдко лѣченіе электричествомъ ведетъ къ полному исчезновенію міомъ, а эти послѣднія большею частью лишь уменьшаются нѣсколько въ объемѣ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ примѣненіе слишкомъ сильнаго тока можетъ вызывать обостреніе болей при хроническихъ тазовыхъ перитонитахъ; въ общемъ лѣченіе электричествомъ можетъ вполне конкурировать съ кастраціей *resp.* міомотоміей, хотя вытѣснить эту операцію совсѣмъ лѣченіе электричествомъ не въ состояніи. Особенно не слѣдуетъ долго примѣнять электричество, гдѣ клиническая картина указываетъ на злокачественную міому, кистовидную фиброму или гнойное воспаленіе тазовыхъ органовъ и зондъ не можетъ проникнуть въ полость матки. Въ этихъ случаяхъ авторъ совѣтуетъ какъ можно скорѣе приступить къ оперативному лѣченію.

Авторъ въ 18 случаяхъ геморрагическаго эндометрита тоже испробовалъ лѣченіе электричествомъ, вводя въ полость тѣла матки электроды изъ угля. Результатъ лѣченія получился благоприятный — кровотеченія прекратились даже тамъ, гдѣ примѣнялось ранѣе повторное выскабливаніе.

Основываясь на антисептическомъ свойствѣ положительнаго полюса постоянного тока, авторъ примѣнялъ это лѣченіе и при гонорройныхъ эндометритахъ и успѣхъ лѣченія былъ всегда удовлетворительный. Но подобное лѣченіе возможно лишь послѣ исчезанія острыхъ явленій и передъ и послѣ введенія электродовъ полость матки всегда тампонировалась йодоформенною марлею. Сопровождающія эндометриты эрозіи почти всегда исчезали послѣ излѣченія катарра матки.

Положительный токъ авторъ примѣнялъ и при стуженіяхъ цервикальнаго канала, вводя въ полость матки алюминіевы зонды *Hirschmann'a*

и тампонируя потомъ полость матки іодоформенною марлею. Токъ достигалъ обыкновенно 30—40 *Milliampères* и достаточно было 3—4 введеній зондовъ для уничтоженія суженія, а слѣдовательно всѣхъ явленій, сопутствующихъ этому заболѣванію. По автору этотъ способъ можетъ вполне замѣнить дисцизію.

Изъ 3 случаевъ аменорреи у женщинъ, примѣняя активный отрицательный полюсъ постоянного тока съ цѣлью вызвать усиленный приливъ крови къ половымъ органамъ, авторъ въ 2-случаяхъ послѣродовой атрофіи матки послѣ 5—6 сеансовъ достигъ полного излѣченія, въ 1-же случаѣ у очень жирной особы, несмотря на продланные 20 сеансовъ электричества, регулы не появлялись.

Авторъ хвалитъ также электричество какъ разсасывающее средство при старыхъ пери—и параметритахъ и особенно рекомендуетъ примѣнять гальвано-фарадизаціонный токъ при хроническихъ запорахъ. Въ подобныхъ случаяхъ, гдѣ весь арсеналъ слабительныхъ оставался неэффективнымъ, примѣненіе на ряду съ массажемъ гальвано-фарадизаціоннаго тока всегда увѣнчивалось успѣхомъ.

А. Брандтъ.

121. Г. Е. Рейнъ. Обзоръ 310 чревосѣченій (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ. Томъ 5. Выпускъ 9 и 10).

Авторъ дѣлаетъ общій обзоръ 310 чревосѣченій, произведенныхъ въ теченіи 8 лѣтъ: съ 23 ноября 1883 года по 26 ноября 1891 года. Въ составъ произведенныхъ чревосѣченій вошли слѣдующія операціи:

Оваріотоміи	185	ум.	10	5,4°/о см.
Удаленіе кистъ широкихъ связокъ	26	»	1	3,8°/о »
Всего	211	»	11	5,2°/о »
Миомотоміи	43	»	7	16,2°/о »
Удаленіе придатковъ	18	»	2	11,1°/о см.
Эксплораторныхъ разрѣзовъ	9	»	2	22,2°/о »
Чревосѣченій при вѣматочной берем.	7	»	1	14,2°/о »
Другихъ чревосѣченій	22	»	6	27,2°/о »
Итого	310	ум.	29	9,3°/о см.

Въ рубрику «другихъ чревосѣченій» вошли между прочимъ: кесарское сѣченіе (1), гистеропексія (3), удаленіе эхинококка брюшной полости (1), грыжесѣченіе (1), повторное чревосѣченіе (5), удаленіе саркомы круглой связки (1) и брыжжейки (1) и многія другія операціи.

Въ 19 случаяхъ изъ 29 умершихъ послѣ операціи причиною смерти были гнилостные процессы.

Съ улучшеніемъ обстановки клиники и съ введеніемъ асептического способа процентъ смертности значительно понизился: 139 чревосѣченій, произведенныхъ въ старой клиникѣ, дали 15,1°/о смертности, тогда какъ 171 случай въ новой клиникѣ только 4,6°/о.

Техника овариотоміи — общепринятая, при асептической обстановкѣ (Врачъ, 1890, № 3, 21 и 23). Воздухъ въ операционную комнату вгоняется черезъ фланель помощью ручного нагнетательнаго насоса; операционная комната орошается по способу д-ра *Сопъжко*; всѣ присутствующіе падаютъ обезпложенные текучимъ паромъ халаты.

Міомотомія 2 раза произведена по вѣнбрюшинному способу, 2 раза выпущена подслизистая міома по типу консервативнаго кесарскаго сѣченія, въ остальныхъ случаяхъ операція производилась по внутрибрюшинному способу по типу Шредеровской міомотоміи. Въ послѣднее время авторъ стремится обходиться при міомотоміи безъ эластическаго жгута, замѣняя его предварительнымъ обкалываніемъ сѣменной и маточной артерій; при такомъ образѣ дѣйствія уменьшается продолжительность операціи и предупреждается закупорка маточныхъ и сѣменныхъ венъ, т. е. источникъ эмболии въ послѣоперационномъ періодѣ.

Данный относительно t° тѣла въ послѣоперационномъ періодѣ сопоставлены въ слѣдующей таблицѣ:

	Первая сотня.	Вторая сотня.	Третья сотня.
Безъ повышенія t° до 38°C	41	62	58
Съ однократнымъ повышен. t° до 38°C .	23	12	19
Съ многокр. повыш. t° до 38°C . и выше .	36	26	22

Послѣ введенія безгнилостнаго способа всѣ физиологическія функціи организма восстанавливаются скорѣе; хлороформная рвота встрѣчается рѣже, что зависитъ отъ меньшей продолжительности операціи и отсутствія раздраженія брюшины антисептическими веществами, а не отъ свойствъ хлороформа. Опій дается только при явныхъ признакахъ начинающагося перитонита; стулъ вызывается на 4—5 день; при асептическомъ теченіи больныя вставали съ постели на 11—12 день, а къ концу второй недѣли выписывались изъ клиники.

Далѣе авторъ ставитъ вопросъ, «что необходимо сдѣлать для дальнѣйшаго уменьшенія смертности послѣ чревосѣченій?» Исходя изъ того соображенія, что 65% умершихъ послѣ чревосѣченія погибли отъ гнилостнаго отравленія, слѣдуетъ прежде всего стремиться къ дальнѣйшему развитію и усовершенствованію обезпложивающаго метода, понимая подъ послѣднимъ какъ безгнилостный, такъ и противугнилостный способъ, причемъ первый подвидъ (безгнилостный) долженъ примѣняться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ тканяхъ оперируемой нѣтъ микробовъ, второй же (противугнилостный)—тамъ, гдѣ вслѣдствіе присутствія микробовъ невозможно избѣжать самозараженія (гнойныя скопленія въ брюшной и тазовой полостяхъ). Необходимо, далѣе, для избѣжанія самозараженія улучшение техники и діагноза, напр. удаленіе сомнительной опухоли безъ прокола, или лѣченіе по типу Фолькмановской эхинококкотоміи и проч. Для распознаванія вирулентности содержимаго скопленій могли бы служить проколы тонкою иглою и бактериологическое изслѣдованіе добытаго.

Далѣе, неблагоприятный исходъ чревосѣченій часто зависитъ отъ того,

что больные несвоевременно обращаются к хирургу, когда уже невозможна радикальная операция вследствие распространения злокачественного новообразования, или когда произошли глубокие изменения в других органах (сердце, почки и проч., истощение); отсюда понятно, какое громадное влияние оказывает на исход чревосечения своевременное распознавание болезни, а это возможно только при широкой и правильной организации врачебной помощи.

В заключение автор делает следующие выводы, которые мы приведем в цѣлости:

1. В числѣ 310 чревосеченій заключается самый разнообразный матеріалъ, среди котораго преобладаютъ, сравнительно, тяжелые случаи.

2. Общій % смертности—9,3, долженъ быть признанъ весьма умереннымъ, особенно, если принять во вниманіе преобладаніе тяжелыхъ случаевъ и то обстоятельство, что первыя наблюденія произведены 8 лѣтъ тому назадъ.

3. Замѣчается постепенное уменьшеніе % смертности, какъ послѣ всѣхъ чревосеченій (4,6% см. въ новой клиникѣ), такъ, въ особенности, при одной и той же операциі, напр. овариотоміи (0,0% смертности въ послѣдней полусотнѣ овариотомій).

4. Главною причиною уменьшенія % смертности, кромѣ накапливающейся опытности оператора и ассистентовъ и лучшей техники, нужно считать введеніе принциповъ безгнлостнаго оперированія.

5. Послѣдовательный уходъ за оперированными по безгнлостному способу болѣе простъ, ибо % заболѣваемости среди нихъ меньше. При грозныхъ явленіяхъ въ послѣоперационномъ періодѣ, кромѣ гнилокровія, необходимо энергическое внимательство, напр. повторное чревосеченіе.

6. Для дальнѣйшаго улучшенія исходовъ чревосеченій, кромѣ тщательной научной разработки относящихся сюда вопросовъ, необходима возможно болѣе широкая и правильная организація врачебной помощи въ населеніи, такъ какъ этимъ путемъ уменьшено будетъ число запущенныхъ случаевъ.

Ф. Краснопольскій.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

ОТВѢТЪ НА ЗАМѢТКУ ПРИВАТЪ-ДОЦЕНТА А. И. ЗАМШИНА ПО ПОВОДУ СТАТЬИ ПРИВАТЪ-ДОЦЕНТА В. Θ. МАСЛОВСКАГО „КЪ УЧЕНІЮ О САМОЗАРАЖЕНІИ РОДИЛЬНИЦЪ“¹⁾.

Приватъ-доцента В. Θ. Масловскаго.

Литературный отдѣлъ моей работы вызвалъ нѣсколько замѣчаній д-ра *Замшина*, на которыя считаю необходимымъ сдѣлать возраженія.

Я не думаю упрекать д-ра *Замшина* за изученіе біологическихъ свойствъ найденныхъ имъ микробовъ, а только выразилъ сожалѣніе, что онъ не произвелъ прививокъ животнымъ для рѣшенія вопроса о патогенности или непатогенности микробовъ, и что по однимъ только біологическимъ свойствамъ нельзя рѣшить этого вопроса. Словомъ, мой упрекъ касался неполноты бактериологическихъ изслѣдованій. Такой упрекъ д-ру *Замшину* раньше меня сдѣлалъ *Steffek*, указывая, что опытъ на животныхъ самое главное, и что безъ него нельзя судить о патогенности или непатогенности микробовъ (*Bacteriologische Begründung d. Selbstinfection. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XX, 2 Heft, s. 347*). Наконецъ подобный упрекъ д-ру *Замшину* сдѣлалъ бы каждый, занимавшійся бактериологическими изслѣдованіями.

Второй упрекъ д-ра *Замшина*, что я, цитируя вторую его работу, „съ самымъ докладомъ не знакомъ, а цитирую по реферату“, долженъ быть всецѣло обращенъ къ самому

¹⁾ «Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней», № 5, Май, 1892, стр. 530».

критику. Я нисколько не виновать въ томъ, что д-ръ *Замшина* своевременно не опубликовалъ своего доклада, и что рефератъ газеты „Врачъ“ былъ единственнымъ источникомъ для ознакомленія съ работой ¹⁾). Съ возраженіемъ д-ра *Замшина* на мою оцѣнку его второй работы также не могу согласиться; потому что безразлично, буду ли я опредѣлять присутствіе или отсутствіе патогенныхъ бактерій въ половомъ каналѣ женщины, или основывать на полученныхъ данныхъ ученіе о самозараженіи,—отъ этого работа д-ра *Замшина* нисколько не выиграетъ въ своемъ значеніи для вопроса о патогенныхъ микробахъ влагалища женщины. Она имѣетъ несомнѣнное значеніе для рѣшенія вопроса о патогенныхъ микробахъ влагалища сукъ. Наконецъ, нѣсколько словъ по поводу возраженія, сдѣланнаго мнѣ д-ромъ *Замшинымъ*, за отсутствіе въ моей статьѣ указаній на диссертациі д-ровъ *Соловьева* и *Брандта*. Я работалъ надъ отдѣляемымъ влагалища беременныхъ. Поэтому и бактериологическая литература приведена изъ этой области; работы же указанныхъ д-ровъ относятся къ изслѣдованію небеременныхъ при эндометритахъ, въ силу чего и не попали въ очеркъ, какъ работы, не относящіяся къ предмету моей статьи, а вовсе не по тѣмъ фантастическимъ поводамъ, которые допускаетъ г. почтенный критикъ. Кромѣ работы д-ровъ *Соловьева* и *Брандта*, мнѣ извѣстно еще много не менѣе солидныхъ изслѣдованій изъ той же области (работы *Küstner'a*, *Bumm'a*, *Steinschneider'a*, *Peraire'a*, *Boisleaux* и *Clivio*), научная доказательность которыхъ для меня не подлежитъ сомнѣнію; но онѣ не приводятся мною только потому, что не относятся къ дѣлу.

Вообще думаю, что послѣднее возраженіе д-ра *Замшина* не имѣло бы мѣста, если бы г. почтенный критикъ хорошо вчитался въ мою работу.

13 Мая 1892 года.

¹⁾ Статья д-ра *Замшина* появилась in extenso въ то время, когда моя работа была окончена и находилась въ редакціи.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

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

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЖИЗНЬ

выходитъ 33 книжки въ годъ отъ 1¹/₂ до
2-хъ листовъ въ каждой.

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

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

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

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

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