

ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ОКТАБРЬ 1892, № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЫ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XIX.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія д-ра Гиммельбфарба при
Одесской Городской больницы.*

КЪ ЛѢЧЕНІЮ НЕПОЛНЫХЪ ВЫКИДЫШЕЙ.

Женщ.-врача Р. А. Моргулисъ.

(Сообщено въ засѣданіи Общества Одесскихъ врачей 10 января 1892 года.)

Аборты принадлежать къ весьма распространеннымъ страданіямъ женской половой сферы. По статистикѣ *Negara*¹⁾ на 8—10 случаевъ нормальныхъ родовъ приходится 1 случай аборта. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ причиной абортовъ служатъ различныя болѣзненные измѣненія половой сферы. Сюда относятся, главнымъ образомъ, воспалительныя формы заболѣваній матки: метриты, эндометриты; искривленія матки, разрывы шейки и т. д. Всѣ эти заболѣванія могутъ быть непосредственной причиной абортовъ, прямо вызывая сокращеніе матки, или же путемъ предварительнаго нарушенія питаія и смерти плода, который въ такомъ случаѣ является постороннимъ тѣломъ въ маткѣ и вызываетъ ея сокращеніе. Смерть плода какъ одна изъ причинъ абортовъ, можетъ быть въ зависимости и отъ другихъ, кромѣ указанныхъ выше, мѣстныхъ, а также общихъ заболѣваній. Таковы, напр., различныя

¹⁾ Шредеръ — Учебникъ Акушерства, изд. 1888 года.

формы зараженій яйцевыхъ оболочекъ, lues, высокое лихорадочное состояніе, сильныя степени анеміи и т. д. Всѣ указанныя выше заболѣванія, служащія причиной абортовъ, могутъ быть въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько мало выражены, что не сказываются никакими признаками и даже совершенно не сознаются больными до тѣхъ поръ, пока однократный или чаще повторные абортъ не заставляютъ врача, доискивающагося этиологій ихъ, обратить вниманіе на эти заболѣванія. Таковы, напр., нѣкоторыя формы эндометритовъ, метритовъ и проч. Такимъ образомъ, абортъ служитъ въ большинствѣ случаевъ выраженіемъ заболѣванія половой сферы и, съ своей стороны, ухудшаютъ въ дальнѣйшемъ теченіи имѣющіяся уже заболѣванія, а въ другихъ случаяхъ даже ихъ вызываютъ. Такое вліяніе абортовъ на дальнѣйшее теченіе имѣющихся заболѣваній и вообще на половую сферу находится въ зависимости отъ особенностей ихъ теченія. А именно: въ то время, какъ матка при родахъ, справившись съ главной работой—выдѣленіемъ плода—безъ труда выдѣляетъ остальные части его: плаценту съ оболочками; при абортахъ, наоборотъ, матка обыкновенно не въ состояніи справиться съ своимъ содержимымъ, т. е. выдѣлить его цѣликомъ.

Отсюда,—задержаніе отдѣльныхъ частей плоднаго яйца: плаценты и оболочекъ, что даетъ картину такъ называемыхъ *неполныхъ абортовъ* (avortement incomplet). Подъ этимъ именемъ подразумѣваются тѣ абортъ, при которыхъ послѣ выдѣленія плода въ маткѣ задерживается вся плацента или отдѣльные куски ея и оболочекъ. Процессъ, такъ обр., отличается незаконченностью, причина чего лежитъ въ тѣхъ же патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ, которыя вызываютъ и самый абортъ. Такъ, напр., если заболѣваніе сказывается воспалительнымъ утолщеніемъ dec. verae, то отдѣленіе послѣдней отъ стѣнки матки встрѣчаетъ затрудненіе, происходитъ крайне медленно и сопровождается болѣе или менѣе обильнымъ кровотеченіемъ. Отдѣльныя части оболочекъ легко могутъ отрываться въ такихъ случаяхъ и, оставаясь въ полости матки на продолжительное время, вызывать цѣлый рядъ явленій, о которыхъ рѣчь будетъ впереди. Въ другихъ случаяхъ вся decidua остается не отдѣленной, причемъ подвергается

двоякаго рода измѣненіямъ: медленному обратному развитію до полной *restitutio ad integrum* или дальнѣйшему росту. Въ послѣднемъ случаѣ въ отдѣльных мѣстахъ ея подѣ влияніемъ раздраженія оставшимися ворсинками хоріона и дальнѣйшаго притока матеріала происходятъ разращенія *deciduae*, образующія небольшіе *tumors*, такъ называемыя, децидуомы.

Въ позднѣйшемъ періодѣ беременности, при существованіи воспалительныхъ утолщеній плаценты, вся она можетъ остаться не отдѣленной, или отдѣленіе ея происходитъ крайне медленно, сопровождаясь кровотеченіемъ, причемъ сокращенія матки являются недостаточными для выдѣленія ея.—Отсюда,—задержаніе всей плаценты или отдѣльных частей ея со всѣми послѣдствіями его.

Въ указанныхъ выше особенностяхъ теченія аборта, сказывающихся задержаніемъ частей плоднаго яйца, и лежатъ опасности, вызываемыя выкидышемъ. Опасности эти двоякаго рода, *непосредственныя*,—въ видѣ кровотеченій и зараженія организма общаго или мѣстнаго, и *отдаленныя*—въ видѣ заболѣваній самой матки, ея придатковъ и окружающихъ частей. Что касается кровотеченій, то они бываютъ весьма разнообразны, начиная съ умѣренныхъ кровянистыхъ выдѣленій, постоянныхъ или періодическихъ, до обильныхъ кровопотерь въ видѣ метро- или меноррагій. Какъ тѣ, такъ и другія кровотечения, будучи предоставлены собственному теченію, продолжаютъ обыкновенно въ продолженіи многихъ мѣсяцевъ, ведутъ къ истощенію и малокровію больной и требуютъ того или иного терапевтическаго вмѣшательства. Непосредственная причина этихъ кровотеченій достаточно объясняется, какъ неполной инволюціей матки, зависящей отъ постоянно поддерживаемаго остающимися кусками раздраженія, такъ и вышеописанными плацентарными полипами и децидуальными эндометритами. Не менѣе важны по своимъ послѣдствіямъ для больныхъ различныя виды зараженія организма: общіе или мѣстные. Подѣ влияніемъ занесенныхъ извнѣ вредныхъ агентовъ остающіеся въ маткѣ куски подвергаются гнилоственному разложенію, всасываніе продуктовъ котораго даетъ картину общей инфекции, или септическому зараженію со всѣми грозными послѣдствіями его: въ видѣ ли общей септицеміи, угро-

жающей жизни больныхъ, или мѣстныхъ заболѣваній— пара—и perimetrit'овъ, дающихъ нерѣдко начало тяжелымъ хроническимъ заболѣваніямъ половой сферы. Изъ отдаленнымъ опасностямъ, кромѣ указанныхъ выше хроническихъ пара-и периметритовъ, какъ послѣдствій мѣстной инфекции, должны быть отнесены: децидуальные эндометриты, метриты съ типической картиной ихъ и, главнымъ образомъ, заболѣванія придатковъ и окружающихъ частей. Послѣднія вызываются въ большинствѣ случаевъ распространеніемъ эндометритовъ *per continuitatem* на трубы или же являются послѣдствіемъ вышеуказанныхъ мѣстныхъ септическихъ заболѣваній и сказываются различными формами *salpingit'овъ*, *peri-salpingit'овъ*, *peri-oophorit'овъ* и т. д. О тяжести послѣдняго рода заболѣваній и почти полной безуспѣшности терапіи ихъ достаточно извѣстно каждому гинекологу. Всѣ вышеуказанныя послѣдствія неполныхъ абортотъ ясно указываютъ на необходимость терапевтическаго вмѣшательства въ виду устраненія не только непосредственныхъ опасностей, но также и отдаленныхъ послѣдствій ихъ. Въ терапіи неполныхъ абортотъ въ настоящее время существуетъ два противоположныхъ метода: съ одной стороны *выжидательный* методъ, суть котораго, какъ показываетъ само названіе, заключается въ томъ, что слѣдуетъ предоставить самому организму справиться съ своей задачей, т. е. выдѣлить все содержимое матки. Представители этого метода преимущественно французскіе гинекологи: *Auvard*¹⁾, *Pinard*²⁾, *Tarnier*, *Bourgogne*³⁾ и друг. Изъ нѣмецкихъ: *Winkel*⁴⁾ и *Winter*⁵⁾. При этомъ, если главнымъ припадкомъ является кровотеченіе, то совѣтуютъ примѣнять горячія антисептическія инъекціи, которыя, вызывая сокращеніе самой матки и сосудовъ ея, способствуютъ, такимъ образомъ, произвольному выдѣленію задержанныхъ частей и остановкѣ кровотеченія. Нѣкоторые гинекологи,

¹⁾ *Auvard*—*Traité pratique d'accouchements*. Paris. 1890.

²⁾ *Bourgogne* — *Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement*—These pour le doctorat en medecine 1 Juillet. 1891.

³⁾ These cité.

⁴⁾ *Winkel*—*Handb. der Geburtshülfe*.

⁵⁾ *Winter*—10 Съѣздъ врачей.

какъ *Auvard* ¹⁾), прибѣгаютъ въ такихъ случаяхъ къ тампонаціи влагалища, что съ своей стороны вызываетъ также сокращеніе матки, а слѣдовательно и выдѣленіе ея содержимаго. Послѣдній приѣмъ имѣетъ, однако, противника въ лицѣ *Pinard*'а ²⁾), который находитъ его не безопаснымъ, какъ въ виду негосможности сдѣлать тампонъ асептичнымъ, такъ и легкости раненія при тампонаціи слизистой оболочки *vagin*'ы, что благопріятствуетъ инфекціи.

При явленіяхъ общаго зараженія организма, сказываются ли они всасываніемъ гнилостныхъ продуктовъ разложенія или септическимъ зараженіемъ,—та же выжидательная терапія, съ той разницей, что вмѣсто влагалищныхъ инъекцій примѣняются внутри-маточныя, повторяемые по нѣсколько разъ въ день, а въ тяжелыхъ случаяхъ постоянныя. Послѣднія предложены *Pinard*'омъ ³⁾).

Только при угрожающихъ жизни симптомахъ и послѣ того, какъ испытана была безуспѣшно вышеописанная терапія, приступаютъ къ активному вмѣшательству: расширенію полости матки тѣмъ или инымъ способомъ и удаленію остатковъ яйца двумя пальцами, введенными въ полость матки.

Противуположный *активный методъ*, представителями и основателями котораго являются преимущественно нѣмецкіе гинекологи: *Schröder* ⁴⁾), *Spiegelberg* ⁵⁾), *Voit* ⁶⁾), *Olshausen* ⁷⁾), *Fritsch* ⁸⁾), *Kehrer*, *Kuppenheim* ⁹⁾), изъ французовъ—*Doleris*, съ самаго начала стремится освободить матку отъ ея содержимаго. А именно: если при абортѣ, независимо отъ времени его происхожденія, существуютъ симптомы, указывающіе на неполное выдѣленіе всѣхъ частей яйца, то немедленно приступаютъ къ расширенію полости матки и удаленію остатковъ пальцами, если задержаны большіе куски, и тупой ложкой при задержа-

¹⁾ *Auvard* Traité pratique d'accouchements. Paris. 1890.

²⁾ *Bourgogne*—These cité.

³⁾ Op. cité.

⁴⁾ *Schröder*.—Учебникъ Акушерства. Изд. 1888 г.

⁵⁾ *Spiegelberg*.—Учебникъ Акушерства.

⁶⁾ *Voit*.—Учебникъ Акушерства.—Изданіе Müller'a.

⁷⁾ *Olshausen*.—Klinische Beiträge zur Gynäkologie und Geburtshülfe. 1884.

⁸⁾ *Fritsch*.—Klinik der geburt. Operat.

⁹⁾ *Kuppenheim*.—Deut. medicin. Wochenschrift. 1891, № 53.

нии небольших кусковъ. Въ заключеніе промываніе полости матки антисептической жидкостью, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ тампонація ея іодоформенной марлей.

Разсматривая ближе два изложенныхъ выше метода лѣченія, не трудно убѣдиться въ недостаткахъ одного и преимуществахъ другого.

Что касается выжидательнаго метода, то благоприятные результаты, полученные въ нѣкоторыхъ случаяхъ его примѣненія, могутъ быть объяснены только легкостью заболѣванія; ибо, само собою понятно, что при кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ нахожденія посторонняго тѣла въ маткѣ, только удаленіе послѣдняго можетъ повести къ быстрому и радикальному излѣченію. Сокращеніе же сосудовъ и матки лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ ведетъ къ полному изгнанію задержанныхъ частей, чаще же останавливается временно кровотеченіе, возобновляющееся затѣмъ съ еще большей силой. Въ случаяхъ септического, а особенно гниlostнаго, зараженія удаленіе источника инфекции имѣетъ также немаловажное значеніе для терапіи. Наконецъ, даже и при успѣшности выжидательной терапіи, отсутствіе въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ увѣренности въ томъ, что, если матка и выдѣлитъ свое содержимое, то не произойдутъ ли вслѣдствіе продолжительнаго выжиданія послѣдовательныя воспалительныя заболѣванія,—все это заставляетъ насъ высказаться противъ безусловнаго выжиданія.

Что касается *активнаго метода*, то, сразу освобождая матку отъ ея содержимаго, онъ этимъ самымъ не только устраняетъ непосредственные припадки, но также и отдаленныя послѣдствія въ видѣ различныхъ заболѣваній, о которыхъ сказано было выше; а въ отдѣльныхъ случаяхъ служить вмѣстѣ съ тѣмъ и методомъ радикальнаго лѣченія, такъ, напр., выскабливаніе при эндометритахъ.

Противники широкаго примѣненія активной терапіи (*Auvard*) ¹⁾ указываютъ опасность этого метода въ рукахъ мало опытныхъ гинекологовъ, почему и предпочитаютъ выжидательную терапію, если не всегда вѣрную, то, во всякомъ случаѣ, безопасную. *Pinard* ²⁾ въ своихъ воз-

¹⁾ *Auvard*.—Op. cit.

²⁾ *Pinard*.—Op. cit.

раженіяхъ противъ активнаго вмѣшательства не столько касается самаго метода, сколько приѣмовъ при немъ примѣняемыхъ. А именно: употребленія ложки для выскабливанія. Дѣйствуя ложкой, мы, говоритъ *Pinard*, работаемъ въ темнотѣ, а слѣдовательно не всегда можемъ удалить все подлежащее удаленію и достигнуть терапевтическаго эффекта; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, наоборотъ, припадки, какъ кровотеченіе, даже усиливаются. Наконецъ, методъ этотъ не безопасенъ, такъ какъ легко вызвать прободеніе стѣнки, работая въ маткѣ сейчасъ послѣ аборта. При ближайшемъ разсмотрѣніи этихъ возраженій, онѣ не выдерживаютъ, однако, строгой критики. Что касается перваго возраженія о трудности удалить ложкой все постороннее, то въ ошибочности этого взгляда легко могъ убѣдиться каждый, имѣющій хотя небольшой навыкъ въ работѣ ложкой. Ощущеніе посторонняго тѣла, получаемое при этомъ, столь характерно, что даетъ возможность сдѣлать безошибочное распознаваніе. Въ крайнемъ случаѣ можно прибѣгнуть къ контрольному пальцемъ. По удаленіи всего содержимаго о продолжительномъ кровотеченіи или усиленіи существующаго, понятно, не можетъ быть рѣчи. Небольшія атоническія кровотеченія могутъ быть легко остановлены обычными мѣрами.

Второе возраженіе, касающееся возможности прободенія стѣнки матки также не можетъ имѣть серьезнаго значенія. Такіе случаи представляются исключительными и могутъ быть при осторожности избѣгаемы.

Признавая, однако, вышеуказанныя неудобства ложки, *Pinard* предлагаетъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, по причинѣ угрожающихъ жизни общихъ явленій, является необходимость въ активномъ вмѣшательствѣ, дѣйствовать рукой, введенной въ *vagin*у и двумя пальцами, введенными въ полость матки,—методъ, который безусловно болѣе неудобенъ и опасенъ, чѣмъ примѣненіе ложки: опасенъ потому, что введеніемъ руки въ *vagin*у мы наносимъ травму, а слѣдовательно открываемъ путь для инфекціи; неудобенъ, такъ какъ работа пальцами въ полости матки несравненно болѣе болѣзненна, чѣмъ работа ложкой. Въ этомъ легко могъ убѣдиться каждый, продѣлавшій тотъ и другой приѣмъ нѣсколько разъ. Наконецъ, немаловажное значеніе должно быть придано тому обстоятельству, что при всей тщатель-

ности дезинфекціи рукъ, дезинфекція ложки всегда можетъ быть выполнена совершенно, а слѣдовательно вѣроятность инфекціи при работѣ ложкой гораздо меньше.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что всѣ возраженія противъ активнаго метода лѣченія при неполныхъ абортахъ касаются преимущественно приѣмовъ при немъ употребляемыхъ и при ближайшемъ ихъ разсмотрѣніи могутъ быть легко опровергнуты. Въ методѣ этомъ мы имѣемъ вѣрный, быстрый и вполне безопасный способъ сразу освободить больную отъ угрожающихъ припадковъ и могущихъ развиться въслѣдствіи тяжелыхъ заболѣваній. Но даже и въ самыхъ легкихъ случаяхъ, сказывающихся только небольшими кровопотерями, или даже при отсутствіи припадковъ вполне безопасное активное внимательство должно быть рекомендуемо не столько въ виду устранения посредственныхъ припадковъ, сколько могущихъ быть послѣдовательныхъ заболѣваній.

Я позволю себѣ указать кратко на случаи неполныхъ абортовъ, пользовавшихся нами активнымъ методомъ въ теченіи послѣдняго 1891 года въ гинекологическомъ отдѣленіи д-ра *Гиммелфарба* при одесской городской больницѣ.

Въ имѣвшемся въ моихъ рукахъ матеріалѣ имѣется 38 случаевъ абортовъ, происшедшихъ за различное время до поступленія въ больницу отъ 1 дня до 6 мѣс. Всѣ они сказываются болѣе или менѣе обильными кровотечениями, зависящими отъ полного или частичнаго задержанія плаценты и оболочекъ въ однихъ случаяхъ, или отъ пораженія эндометрія, такъ называемыхъ децидуальныхъ эндометритовъ, въ другихъ. Къ числу первыхъ относятся 23 случая. Больныя поступаютъ съ жалобами на болѣе или менѣе обильное постоянное или періодическое кровотеченіе, продолжающееся со времени аборта отъ 1 дня до 6 мѣс. Въ трехъ случаяхъ абортовъ, происшедшихъ за 1—3 дня, имѣется кромѣ кровотеченій умеренное лихорадочное состояніе (38° — 39°), схваткообразныя боли въ животѣ и вонючее отдѣленіе изъ полости матки. Въ одномъ подобномъ случаѣ t° достигаетъ $40,3$. Терапія, примѣненная во всѣхъ вышеуказанныхъ случаяхъ, была слѣдующая: расширеніе шейки и полости матки *Hegar*овскими расширителями, при очень узкомъ зѣвѣ у первородящихъ — разсѣченіе ножницами, удаленіе боль-

шихъ кусковъ пальцами, затѣмъ выскабливаніе тупой или острой ложкой. При этомъ предварительное и послѣдовательное промываніе полости матки антисептической жидкостью ю: 2°/о растворомъ *Ac. borici*, растворомъ сулемы 1:4000 или 1/2°/о раств. *Lysol'*я. Въ случаяхъ обильныхъ кровотеченій послѣдовательная тампонагія полости матки юдоформенной марлей на сутки. Послѣдовательное теченіе во всѣхъ почти случаяхъ гладкое, безлихорадочное. Кровотеченіе тотчасъ же прекращается, т° приходитъ къ нормѣ въ тотъ же вечеръ или на другой день и больше не повышается. Со стороны половой сферы быстрая обратная инволюція матки. Гслины выписываются черезъ 4—7 дней вполне здоровыми. Въ одномъ только случаѣ, гдѣ, послѣ аборта, происшедшаго наканунѣ, въ полости матки находились куски разлагающейся плаценты, и гдѣ больная поступила съ т° 39,5 при явленіяхъ септического эндометрита, умѣренное лихорадочное состояніе продолжалось въ теченіи 14—16 дней. Больная выписана была здоровой по прошествіи мѣсяца. Къ числу случайныхъ осложненій долженъ быть отнесенъ случай интоксикаціи сулемой послѣ однократнаго промыванія растворомъ 1:4000, сказавшійся обильными поносами и также окончившійся полнымъ выздоровленіемъ черезъ 10—14 дней.

Вторая категорія случаевъ—децидуальные эндометриты—выражались также различнаго вида и силы кровотеченіями: *metrorrhagia'*ми или *menorrhagia'*ми. Такихъ случаевъ было 5.

Всѣ они пользованы тѣмъ же методомъ: расширеніемъ шейки и полости матки, выскабливаніемъ острой ложкой, затѣмъ впрыскиваніемъ *t-gae jodi*, повтореннымъ 3—4 раза въ теченіи 7—8 дней. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ былъ удаленъ плацентарный полипъ величиною въ копѣечную монету. Теченіе во всѣхъ случаяхъ гладкое. Больныя выписаны здоровыми черезъ 5—8 дней.

На основаніи всего вышеприведеннаго я прихожу къ тому заключенію, что 1) во всѣхъ случаяхъ неполнаго выкидыша, сказываются ли они какими-нибудь припадками въ легкой или тяжелой формѣ или ничѣмъ не сказываются, немедленно должно быть приступлено къ удаленію задержанныхъ частей, какъ въ виду освобожденія больной отъ непосредственныхъ припадковъ, если таковыя

имѣются, такъ и дальнѣйшихъ послѣдствій въ формѣ различныхъ заболѣваній, о которыхъ сказано было выше. Само собою разумѣется, что при существованіи инфекціи организма съ мѣстной локализацией—въ видѣ peritonit'a или peri- и parametrit'a, активное вмѣшательство противопоказывается, какъ могущее ухудшить состояніе больной. Я не касаюсь здѣсь также тѣхъ случаевъ, гдѣ вполне антигигиеническая обстановка и полное отсутствіе асистенціи заставляютъ насъ по возможности воздерживаться отъ активнаго вмѣшательства даже и при существующихъ показаніяхъ. 2) Активный методъ лѣченія въ той формѣ какъ онъ практиковался нами, не представляетъ никакой опасности и ведетъ къ быстрому и вѣрному излѣченію даже и въ случаяхъ легкой инфекціи. 3) Примѣненіе тупой ложки должно быть предпочтительно ручному удаленію, какъ болѣе удобное, менѣе болѣзненное и болѣе безопасное въ смыслѣ вѣроятности инфекціи.

КАЗУИСТИКА.

XVII.

СЛУЧАЙ ОСТЕОМАЛЯЦИИ У БЕРЕМЕННОЙ, УДАЛЕНИЕ МАТКИ И ПРИДАТКОВЪ; ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ.

А. П. Деканскаго. (Москва.)

Рѣдкость заболѣванія остеомалаяціей у насъ въ Россіи и возможность выяснитъ вопросъ о вліяніи кастраціи и операціи по *Porro* на излѣченіе остеомалаяціи лишь путемъ обширныхъ наблюденій, побуждаетъ меня обнародовать случай, оперированный мною 3 іюня 1891 года въ больницѣ бр. Бахрушинныхъ, хотя онъ и не заключаетъ въ себѣ никакихъ данныхъ для объясненія загадочнаго вліянія кастраціи на остеомалаяцію.

Г-жа А. ханъ К., персіянка, 26 лѣтъ, замужняя, негр., живетъ въ Москвѣ 1 годъ, 9 лѣтъ прожила въ Астрахани, вступила въ больницу подъ діагнозомъ *polyarthritis chronica*, 16 апрѣля 1891 года, жалуюсь на боли въ спинѣ, тазовыхъ костяхъ, поясницѣ, пахахъ и нѣкоторыхъ суставахъ конечностей. Боли особенно сильны въ тазовыхъ костяхъ при хожденіи, такъ что больная въ состояніи двигаться лишь при помощи костылей и большую часть времени проводить въ постели сидя.

Анамнезъ. Въ дѣтствѣ и болѣе позднемъ возрастѣ больная ничѣмъ особенно не страдала. Времени появленія первыхъ регулъ больная не помнитъ. Регулы приходили каждыя 4 недѣли, продолжались дней 5, обильно, безъ болей. Последнія регулы въ декабрѣ 1890 года. Замужъ вышла на 16 году. Черезъ годъ послѣ замужества—первые роды. Всѣхъ родовъ 3; послѣдніе годъ тому назадъ. Всѣ роды окончились быстро, силами природы. Послѣ-родовой періодъ протекалъ правильно. Кровотеченіями и бѣлами не страдала. Стулъ, моча, coitus нормальны.

Status praesens. Больная анэмичная, съ плохо развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. При осмотрѣ слѣдовъ бывшаго рахита не найдено. Суставы конечностей не измѣнены. Рѣзко бросается въ глаза особая форма таза вслѣдствіе того, что *dist. cristar.* и *dist. intertrochanter.* ровны между собою (см. измѣренія таза ниже). Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Моча ни бѣлка, ни сахара не содержитъ. Подробнаго анализа мочи произведено не было.

Настоящею болѣзною заболѣла 4 года назадъ въ послѣдніе мѣсяцы 2-й беременности. Заболѣваніе выразилось рѣзкими болями въ тазовыхъ костяхъ, въ правомъ колѣнномъ и лѣвомъ плечевомъ суставѣ. Боли послѣ родовъ стихли, но съ новою (3-й) беременностью усилились на столько, что больная почти не могла ходить. Послѣ родовъ боли опять стихли. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 90 года боли появились вновь, были особенно сильны въ февралѣ (начало 4-й беременности) и стали немного слабѣе незадолго до поступленія въ больницу.

Утромъ, 1 іюля 91 года, у больной при схваткообразныхъ боляхъ появилось кровотеченіе. При осмотрѣ оказалось: горизонтальныя вѣтви лонныхъ костей идутъ почти параллельно другъ къ другу, такъ что лонное соединеніе выпячивается въ видѣ клюва. Нисходящія вѣтви лонныхъ костей сближены на столько, что съ трудомъ пропускаютъ верхушку указательнаго пальца. Сѣдалищные бугры вывернуты наружу; восходящія вѣтви сѣдалищныхъ костей сближены. Мысь достигается лишь съ трудомъ; крестцовая и копчиковая кости измѣнены сравнительно мало.

Кости таза очень чувствительны къ давленію; при надавливаніи на нихъ съ боковъ появляются рѣзкія боли въ лонномъ соединеніи и кости таза совершенно ясно пружинятся (что особенно было замѣтно при изслѣдованіи въ наркозѣ въ день операціи). Размѣры таза слѣдующіе: *dist. spin. anter.* 22 цент.; *dist. crist.* 24¹/₂; *conjugat. ext.* 18¹/₂; *conjug. diagonal* около 12. *Dist. spin. post.* 7; *dist. trochant.* 21¹/₂ цент.

Матка увеличена соотвѣтственно 5 мѣс. беременности. Шейка сглажена; наружный зѣвъ открытъ на 2 поперечныхъ пальца.

Въ часъ дня послѣдоваль 5 мѣсячный абортъ. Послѣда удалить не удалось, а посему, въ виду продолжающагося кровотеченія, влагалище и полость матки, послѣ предварительнаго промыванія сулемой (раств. 1:3000), затампонированы сулемованной, пересыпанной іодоформомъ марлей.

2 іюля. Марля удалена и матка вновь, послѣ предварительнаго промыванія сулемой и неудачной попытки удалить послѣдъ, затампонирована марлей. Температура утромъ 37,5; днемъ большую прознобило и температура поднялась до 38,2.

3 іюля. Температура 37,6. Тампоны удалены. Въ отдѣляемомъ появился довольно рѣзкій запахъ. Выдѣлить послѣдъ ни пальцами, ни ложечкой не удалось. Отсутствіе измѣненій въ костяхъ туловища и конечностей, указывающихъ на перенесенный въ дѣтствѣ рахитъ; появленія заболѣванія во время беременности; усиленіе болей во время беременности и исчезаніе ихъ внѣ ея; нормально протекавшіе роды; измѣненія, найденныя въ костяхъ таза—все это давало намъ право заключить, что мы имѣемъ передъ собою остеомалацию, развившуюся у больной со второю беременностью. Основываясь на литературныхъ данныхъ о вліяніи кастраціи и операціи *Porro* на остеомалацию и имѣя въ виду начавшееся разложеніе въ полости матки и невозможность выдѣленія послѣда, я рѣшился на удаленіе придатковъ и матки вмѣстѣ съ послѣдомъ.

Больная, послѣ предварительной ванны, перенесена на операціонный столъ. Кожа живота тщательно вымыта зеленымъ мыломъ, обрита, затѣмъ обмыта растворомъ сулемы (1:1000) и закрыта сулемованными компрессами до наступленія полного наркоза. По наступленіи полного наркоза послѣднымъ разрѣзомъ, проведеннымъ отъ пупка до лобка, вскрыта брюшная полость и матка съ придатками выведена наружу. Широкая связка перерѣзана по наложеніи двойнаго ряда лигатуръ, при чемъ обѣ верхнія лигатуры приходились ниже яичника. По раздѣленіи связокъ на шейку матки наложенъ эластическій жгутъ и матка вмѣстѣ съ послѣдомъ и придатками срѣзана выше жгута. Культи выпта въ нижній уголъ раны, послѣ чего эластическій жгутъ удаленъ. Брюшная рана закрыта глубокими, проходящими черезъ всю толщу брюшной стѣнки, и поверхностными швами безъ предварительнаго туалета брюшины. Культи тщательно обмыты сулемованнымъ растворомъ, присыпана іодоформомъ, послѣ чего наложена повязка изъ нѣсколькихъ слоевъ борной и сулемованной марли, пересыпанной іодоформомъ. Марля прикрита нѣсколькими слоями гигроскопической ваты, пересыпанной тоже іодоформомъ, затѣмъ клеенчатой бумагой и животъ плотно забинтованъ мягкими марлевыми бинтами. Влагалище затампонировано сулемованной пересыпанной іодоформомъ марлею. Послѣдъ отъ матки отдѣлился очень легко. Яичники оказались ма-

лыми, атрофическими, напоминающими таковые у особъ, перешедшихъ въ климактерическій возрастъ. Причина выкидыша осталась невыясненною.

Первыя сутки послѣ операціи больная провела очень плохо:— сильная рвота; пульсъ 140 очень плохого наполненія, такъ что было впрыснуто нѣсколько шприцевъ эфира и 0,03 камфоры, растворенной въ маслѣ. На вторыя сутки больная нѣсколько оправилась, но пульсъ все еще былъ очень частъ (130) и слабъ. На 4-й день послѣ операціи у больной появилась желтуха и понось. На 8-й день поносъ прекратился, желтуха исчезла и появился аппетитъ. Температурныя повышенія (до 38,2) продолжались до 12 дня. Съ этого времени пульсъ, колебавшійся между 100—130 ударами, упалъ до нормы (70—75) и больная стала быстро поправляться. Первая повязка смѣнена на 4-й день, а затѣмъ повязка мѣнялась 1 разъ въ недѣлю. Къ 10 августа рана зажила окончательно.

Боли въ тазовыхъ костяхъ, беспокоившія прежде больную при лежаніи на спинѣ, исчезли на 4-й день. При выпискѣ больной 12 сентября (т. е. черезъ 2½ мѣс. послѣ операціи) отмѣчено: кости таза все еще немного чувствительны къ давленію; больная ходить безъ костылей, упиралась на палку. Недѣли черезъ 3 по выходѣ изъ больницы, больная могла ходить уже безъ палки. Последній разъ я видѣлъ больную 15 апрѣля 1892 года, т. е. черезъ 9½ мѣсяцевъ послѣ операціи и могъ отмѣтить слѣдующее: кости таза окрѣпли совершенно и уже не чувствительны къ давленію. Своеобразная, переваливающаяся походка остается и до сихъ поръ. Только послѣ очень продолжительной ходьбы у больной появляются легкія боли въ поясницѣ и пяткахъ. Общее состояніе больной и общій видъ ея значительно поправились. Она чувствуетъ себя прекрасно и можетъ работать по прежнему.

XVIII.

СЛУЧАЙ РАЗРЫВА ПУПОВИНЫ ПРИ ИСКУССТВЕННОМЪ РОДОРАЗРѢШЕНИИ СЪ БЛАГОПРІЯТНЫМЪ ИСХОДОМЪ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА.

И. И. Розанова. (Москва).

Сообщено въ засѣданіи общества русскихъ врачей въ Москвѣ 8-го мая
1892 года.

Случаи разрыва пуповины не представляютъ особенной рѣдкости въ такъ называемыхъ уличныхъ родахъ, когда послѣдніе происходятъ въ стоячемъ или сидячемъ положеніи и плодъ, находясь съ одной стороны подъ вліяніемъ изгоняющихъ силъ матки, съ другой стороны въ силу своей собственной тяжести, быстро, никѣмъ не поддерживаемый, выходитъ изъ родовыхъ путей. Такія условія конечно чрезвычайно способствуютъ происхожденію разрыва пуповины, каковой далеко не является индифферентнымъ какъ для плода, такъ и для матери. Изъ счастья самые уличные роды въ большихъ городахъ встрѣчаются довольно рѣдко. Такъ, въ отчетѣ *Гугенбергера* за 15 лѣтъ (1845—1859 г.) дѣятельности С.-Петербургскаго Повивальнаго Института отмѣчено 73 случая уличныхъ родовъ, изъ коихъ въ 10 случаяхъ произошелъ разрывъ пуповины.

Гораздо рѣже встрѣчаются случаи разрыва пуповины при родахъ, происходящихъ въ нормальныхъ условіяхъ обстановки, т. е. при горизонтальномъ положеніи роженицы на постели и при надлежащей помощи акушерки или врача.

Въ русской литературѣ, по крайней мѣрѣ за послѣдніе 5 лѣтъ, мнѣ не приходилось встрѣчать описаній подобныхъ случаевъ. Въ иностранной литературѣ за послѣдніе 10 лѣтъ опубликовано 7 случаевъ разрыва пуповины, краткія описанія которыхъ я и позволю себѣ привести здѣсь.

Budin ¹⁾ описывает 2 случая. I случай. Второродящая, 29 лѣтъ; продолжительность родовъ 4¹/₂ часа; вѣсъ ребенка 3000 грм. Послѣ быстрого прорѣзыванія головки роженица продолжала сильно тужиться, при чемъ послѣ одной энергичной потуги ребенокъ быстро выскочилъ и пуповина разорвалась въ разстояніи 10 см. отъ пупка. Foetal'ный конецъ пуповины тотчасъ былъ перевязанъ, послѣ чего ребенокъ вскорѣ началъ хорошо дышать и кричать. Длина пуповины была всего 40 см. II случай. *Primipara*, 27 лѣтъ. Вѣсъ ребенка 2565 грм., длина пуповины 38 см. Послѣ правильнаго прорѣзыванія головки и выхожденія плечиковъ, туловище ребенка было изгнано потугами матери съ такою силою, что пуповина разорвалась въ разстояніи 7 см. отъ пупка. Разрывъ произошелъ на утонченномъ мѣстѣ въ косомъ направленіи. Кровотеченіе значительное. Плодъ погибъ, хотя пупочная артерія пульсировала еще нѣсколько минутъ послѣ наложенія лигатуры.

Boutemps въ 1882 г. и *Perret* ²⁾ въ 1883 г. сообщаютъ по одному случаю самопроизвольнаго разрыва пуповины при родахъ. Въ обоихъ случаяхъ дѣло идетъ о доношенномъ ребенкѣ, обыкновенномъ предлежаніи головки и нормальномъ теченіи родовъ. Пуповина въ обоихъ случаяхъ была сравнительно коротка (40—60 см.), безъ аномалій и оба раза разрывалась въ моментъ изгнанія плода, которое происходило *безъ насилія*, непосредственно около пупка. Кровотеченіе изъ послѣдняго въ обоихъ случаяхъ было значительное, однако легко останавливалось.

Darène ³⁾ въ 1884 г. наблюдалъ самопроизвольный разрывъ пуповины при родахъ 22-хъ лѣтней *primipara*. Ребенокъ былъ доношенный и родился при нормальномъ предлежаніи головки. Когда ребенокъ былъ приподнятъ, пуповина разорвалась на разстояніи 22-хъ см. отъ пупка. Она имѣла обыкновенное строеніе, только на мѣстѣ разрыва была нѣсколько тоньше.

Кромѣ того опубликованы 2 случая самопроизвольнаго разрыва пуповины при родахъ въ лежачемъ положеніи, бывшіе недавно, вскорѣ одно послѣ другаго, въ клиникѣ проф. *Breisky*. Въ обоихъ пуповинахъ не найдено ничего ненормальнаго.

Случай, съ которымъ недавно пришлось мнѣ имѣть дѣло,

¹⁾ *Jahresbericht Wapхова* 1887 г. Т. I., стр. 518.

²⁾ *Jahresbericht* 1882 г. Т. II., стр. 485.

³⁾ *Ibid.*

несколько разнится отъ только что приведенныхъ причинною происхожденія разрыва. Опишу его подробно.

Больная М. А. С., 37 лѣтъ, жена частнаго повѣреннаго, крѣпкого тѣлосложенія, хорошаго питанія. *Anamnesis.* Замужемъ 18 лѣтъ. Менструировать начала съ 12-ти лѣтъ. До замужества крови ходили черезъ 3 нед. по 3 дня средне. По выходѣ замужъ крови стали ходить очень сильно по 7 дней черезъ 3 нед. Первые 12 лѣтъ беременности не было, что объясняется болѣзнию мужа, имѣвшаго незадолго до женитьбы *lues*, по его словамъ, своевременно излѣченный, къ чему конечно нужно относиться *cum grano salis*. Беременность въ первый разъ только на 13-мъ году замужества. Роды въ свое время доношеннымъ ребенкомъ, очень трудные, продолжались около 2-хъ сутокъ. Причинною этого, по словамъ больной, былъ непонятный образъ дѣйствія акушерки, которая въ самомъ началѣ родовъ, при первыхъ схваткахъ, дала больной спорыни, которая вызвала сильныя спазматическія схватки. Послѣ долгихъ мукъ больная родила мертваго ребенка, очень крупную дѣвочку. Вторая (2) беременность произошла черезъ 3 мѣсяца. Родился благополучно живой доношенный ребенокъ, который живъ и сейчасъ. 3-я беременность черезъ годъ послѣ этого окончилась 2-хъ мѣсячнымъ выкидышемъ отъ неизвѣстной причины. 4-ая беременность черезъ 3 мѣсяца послѣ выкидыша. Родился живой доношенный ребенокъ. Черезъ 3 мѣсяца опять беременность, пятая (5), окончившаяся 3-хъ мѣсячнымъ выкидышемъ, по показанію больной, отъ подъема ребенка и работы на ножной машинкѣ. 6-ая беременность настоящая, о которой и будетъ рѣчь. Всѣ беременности сопровождалась вначалѣ сильной тошнотой и рвотой желчью. Въ послѣднюю беременность рвота была недолго, а затѣмъ больная чувствовала себя прекрасно и имѣла хорошій аппетитъ. 6-ая беременность. Въ послѣдній разъ крови имѣла въ іюнѣ мѣсяцѣ. Первое движеніе ребенка почувствовала въ концѣ октября. Роды начались 29-го марта въ 8 час. утра. Сначала схватки были чрезъ $\frac{1}{2}$ часа, потомъ черезъ $\frac{1}{4}$ часа—все время довольно сильныя. Съ 3-хъ до 8 час. вечера схватки были особенно часты (каждыя 4—5 минутъ) и сильны. Воды прошли около 5 час. вечера. Бывшею при родахъ акушеркою уже въ это время, т. е. около 8-ми час. вечера, констатировано полное открытіе матки; края шейки сгладились, головка вставилась. Затѣмъ схватки стали опять гороздо рѣже, продолжительны и съ сильною болью въ крестцѣ. Спустя 3—4

часа послѣ открытія матки, когда роды несмотря на сильныя, хотя правда рѣдкія, схватки нисколько не подвигались впередъ, акушерка послала за мной. Я явился къ больной во 2-мъ часу ночи и нашелъ ее крайне утомленной продолжительными родами. Пульсъ около 80, удовлетворительнаго наполненія; сильныя боли въ крестцѣ, животъ большой, отвислый. Сильный отекъ губъ и промежности вслѣдствіе долгаго стоянія головки въ выходѣ таза. Тщательно вымывъ и продезинфицировавъ руки, я произвелъ изслѣдованіе больной и, опредѣливъ затылочно-крестцовое положеніе плода, рѣшилъ тотчасъ же наложить щипцы, въ виду утомленія матери и чрезмѣрной продолжительности родовъ, а также для сохраненія жизни ребенка, ибо тоны замѣтно ослабѣвали. Вторично вымывъ и продезинфицировавъ руки, начиная отъ кистей и до плечъ, равно какъ дезинфицировавъ щипцы, я легко наложилъ послѣдніе при положеніи больной на поперечной кровати, устроенной обыкновеннымъ способомъ, т. е. роженица была положена поперекъ на той же кровати, гдѣ лежала и раньше, а ноги были помѣщены на 2-хъ вѣнскихъ стульяхъ. Послѣ 5—6 тракцій головка легко была извлечена, послѣ чего щипцы были сняты и я приступилъ къ извлеченію ребенка, во время котораго роженица, боясь, по ея словамъ, съѣхать съ постели, быстро на локтяхъ приподнялась къ верху. Въ результатѣ въ моихъ рукахъ оказался ребенокъ съ разорванной пуповиной. Разрывъ получился около самаго пупка, такъ что foetal'ный конецъ пуповины едва можно было ухватить. Быстро закрутивъ послѣдовыиъ конецъ пуповины въ рукахъ матери, я также быстро сталъ перевязывать foetal'ный конецъ пуповины, во время чего замѣтилъ кровотеченіе сильной струей изъ родовыхъ путей матери. Покончивъ съ ребенкомъ (родился живой крупный мальчикъ), я ввелъ правую руку въ матку, чтобы извлечь дѣтское мѣсто, причемъ нашелъ, что вслѣдствіе того насилія, которое произошло отъ одновременнаго съ извлеченіемъ ребенка быстрого движенія матери на локтяхъ кверху и которое послужило причиною разрыва пуповины, дѣтское мѣсто большею частью своей поверхности уже отдѣлено отъ матки. Ясно, что кровотеченіе получилось съ той поверхности матки, отъ которой послѣдъ былъ оторванъ происшедшимъ насиліемъ. Остальная часть послѣда оказалась до нѣкоторой степени приращенной. Чтобы поскорѣе окончить роды и остановить кровотеченіе, я сталъ искусственно отдѣлять приращенную часть послѣда, что мнѣ

и удалось сдѣлать довольно скоро. Когда послѣ этого послѣдъ былъ удаленъ, кровотеченіе тотчасъ остановилось. Матка была обильно проспринцована горячей водой (слабымъ растворомъ *acidi carbolici*), и послѣ того, какъ дана была спорынья, стала прекрасно сокращаться. Было еще небольшое отдѣленіе крови изъ происшедшаго при извлеченіи ребенка разрыва промежности. Разрывъ получился 3-й степени, вплоть до *anus'a*, съ сохраненіемъ сфинктера. Разрывъ несомнѣнно произошелъ при извлеченіи, ибо при дѣйствіи щипцами я все время тщательно слѣдилъ за промежностью и, послѣ того какъ головка была извлечена щипцами и вышла изъ родовыхъ путей, промежность была цѣла. Благодаря такому непредвидѣнному осложненію, больная потеряла очень много крови; не смотря на это, она не ощущала ничего, что-бы говорило объ острой анеміи. Сознаніе все время было сохранено, головокруженія, дурноты не было. Пульсъ правда сталъ болѣе слабаго наполненія, но свободно прощупывался. Въ виду утомленія больной продолжительностью родовъ и большой потери крови, операцію зашиванія промежности я отложилъ до слѣдующаго дня. Больная была послѣ этого обмыта, переодѣдена бѣлье какъ на ней, такъ и на постели, послѣдняя оправлена и больная уложена и оставлена въ покоѣ. На разорванную промежность положена іодоформная марля. Дано вино и валеріана. На слѣдующій день промежность была зашита 5-ью глубокими швами. На 6-й день швы были сняты, получилось сращеніе *prima intentio* на всемъ протяженіи. Ни малѣйшаго нагноенія не было. Послѣ-родовой періодъ протекъ совершенно правильно. Въ теченіи 9-ти дней, что я наблюдалъ больную, она чувствовала себя прекрасно. Повышенія ¹° не было; очищенія въ достаточномъ количествѣ, первое время съ сукровицей, безъ запаха. Совершенное отсутствіе болей въ животѣ. Аппетитъ и сонъ хорошіе. На 10-й день больная съ моего разрѣшенія встала съ постели. Правда, была нѣкоторая слабость, замѣтно сильное похуданіе (обручальное кольцо, которое прежде не снималось, теперь легко съѣзжало съ пальца), но самочувствіе въ общемъ хорошо. Ребенокъ также здоровъ.

Что касается причины происхожденія разрыва пуповины, то помимо насилія, которое имѣло мѣсто въ моемъ случаѣ, я убѣжденъ, что здѣсь не малую роль играла сравнительная короткость пуповины. Въ моемъ случаѣ длина ея была 43 см. Въ случаяхъ, приведенныхъ мною выше, длина ея была также

около 40 см. Луес мужа, быть можетъ, тоже имѣлъ нѣкоторое вліяніе на описываемый случай; у матери онъ могъ быть въ скрытой формѣ. Такъ позволяютъ думать 2 выкидыша, которые имѣла наша больная.

XIX.

Изъ Саратовской Городской больницы.

CANCER VULVAE.

Д-ра. В. В. Тиянова.

Встрѣчается нечасто—по статистикѣ *L. Mayer'a* на 35—40 раковыхъ поражений матки—1 злокачественное новообразование наружныхъ частей ж. полового аппарата. Чаше попадаетъ канкроидъ; у *Mayer'a* изъ 9-ти случаевъ—6 разъ встрѣтился канкроидъ. Мѣстомъ развитія чаще служатъ большія губы—внизу на границѣ, гдѣ кожа переходитъ въ слизистую. *Rokitanski* однажды нашелъ мѣстомъ происхожденія клиторъ.

Я встрѣтилъ на 3000 больныхъ 3 случая разбираемой болѣзни. На то же число больныхъ ракъ матки и влагалища встрѣтился 107 разъ, выходитъ и у меня 1 савс. vulvae на 1000 больныхъ или 1 на 32 случая рака матки (ракъ влагалища встрѣтился лишь 1 разъ). Изъ этихъ трехъ случаевъ одинъ наблюдался уницей саратовской мѣщанки; канкроидъ занялъ большія и малыя губы въ верхнихъ $\frac{2}{3}$ -хъ vulvae; свободной осталась лишь нижняя спайка. Мочеиспускательный каналъ былъ также захваченъ болѣзненнымъ процессомъ. Случай этотъ былъ рецидивомъ канкроида, оперированнаго 4 года назадъ д-ромъ *Грамматикати*. 2 года оперированная была свободна отъ рецидива. Несмотря на то, что уже 2 года больная имѣетъ канкроидную язву—паховыя железы не поражены. Больной 85 лѣтъ.

Другая больная 58-ми, лѣтъ, г-жа К., дворянка, имѣетъ канкроидъ правой губы въ средней ея $\frac{1}{3}$ -ти. Язва овальная, плоская, съ плотными краями, 3 сантим. по длинѣ губы и 2 сантим. по-

перекъ. Около нея, книзу по внутренней поверхности губы нѣсколько небольшихъ бугорковъ—плотныхъ, неболезненныхъ, покрытыхъ какъ-бы тонкой, сухой корочкой. Язва вскрылась, по словамъ больной, около 3-хъ мѣсяцевъ, по около года больная страдала зудомъ половыхъ частей и ощущала на мѣстѣ язвы плотный комочекъ, изрѣдка заявлявшій о себѣ пострѣлываніемъ.

3-я больная, жена Саратовскаго торговца М. 61-го года, обратилась ко мнѣ по поводу зуда половыхъ частей. При осмотрѣ я ничего не могъ замѣтить, кромѣ красноты наружныхъ губъ отъ расчесыванія и 2-хъ—3-хъ мало замѣтныхъ бугорковъ съ конопляное зерно величиной, покрытыхъ тонкой, сухой пленочкой. Бугорки эти не представляли ничего характернаго, чтобы можно было назвать ихъ зачатками рака. Больная эта очень рѣдко показывалась въ амбулаторію, мнѣ не пришлось видѣть ее мѣсяца 4. Вновь увидѣвъ ее, я отмѣтилъ, во 1-хъ, что два бугорка изъ 3-хъ прежнихъ углубили ткань губы, были около лѣснаго орѣха величиной, были плотны, слегка болезненны, вмѣсто же 3-го верхняго, сидѣвшаго около клитора, образовалась язва, захватившая и клиторъ. Во 2-хъ, отмѣчено, что по протяженію пр. б. губы, книзу появилось еще нѣсколько бугорковъ. Больная особа нервная, боязливая, отъ предложенной операціи на отрѣзъ отказалась и не показывалась 3 недѣли. Увидѣвъ ее черезъ этотъ срокъ, я нашелъ, что несомнѣнно канкроидная язва клитора нѣсколько увеличилась, 2 бугра около нея пока оставались неизъязвившимися, тогда какъ явившіеся позднѣе бугорки на срединѣ губы изъязвились—3 изъ нихъ слились въ одну язву. Отказавшись и на этотъ разъ отъ оперативнаго пособія, больная пришла наконецъ искать его черезъ мѣсяцъ. Картина болѣзни оставалась въ общемъ какъ прежде, съ той лишь разницей, что на лѣвой губѣ, какъ разъ соотвѣтственно положенію язвы на правой, появилась также язва и также канкроидная. Ранѣе, при самомъ тщательномъ осмотрѣ, на этомъ мѣстѣ я ничего не замѣчалъ, лѣвая губа была вполне здоровая.

Такимъ образомъ дважды канкроидъ начинался на губахъ и однажды на клиторѣ. Предвѣстниками его въ 2-хъ случаяхъ были—зудъ, особенно рѣзкій въ 3-мъ случаѣ, и мелкіе бугорки или узелки. Послѣдній случай, который мнѣ привелось долго наблюдать отъ начала его, весьма характерно обнаружилъ эти бугорки, сначала маленькіе, покрытые сухой какъ бы пленкой, потомъ разраставшіеся, углублявшіеся въ ткань—по распаденіи дававшіе канкроидную язву. Сами по себѣ узелки эти ничего

характернаго по виду не представляют и, по свидѣтельству, напр., *L. Mayer'a*, наблюдаются иногда у молодыхъ и старыхъ особъ, страдающихъ зудомъ vulvae. Я сейчасъ наблюдаю подобный случай у 32-хъ лѣтней женщины,—она больна болѣе 6-ти мѣсяцевъ, но пока изъ нѣсколькихъ бугорковъ на губахъ—ничего не дѣлается.

3-й изъ приводимыхъ мною случаевъ замѣчателенъ и тѣмъ, что канкроидная язва одной губы дала прививку канкроида на другой, какъ разъ насупротивъ, гдѣ язва прикасалась къ здоровой поверхности. *Hildebrandt*, отмѣчая рѣдкость этого явленія, приводитъ, какъ исключеніе, случай подобной прививки, хотя по удаленіи язвы микроскопическое изслѣдованіе оставило подѣ сомнѣніемъ—канкرويدъ ли это? *Zweifel* приводитъ также случай прививки канкроида, оказавшагося таковымъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи по удаленіи его. Наши случаи, въ томъ числѣ и послѣдній, были канкроиды несомнѣнные. Являясь у людей болѣе пожилыхъ—по *Winskcl*'ю:

9,7%	у 30—40 лѣтнихъ
25,8%	„ 41—50 „
32,2%	„ 51—60 „
25,8%	„ 61—70 „
6,5%	„ 71—85 „

а у насъ у 58-ми, 61-го и 85-ти лѣтней, канкرويدъ тянется относительно долго, не заражая своими продуктами систему железъ, поэтому, сравнительно съ другими злокачественными формами, онъ долженъ быть сочтенъ менѣе злокачественнымъ. Относительно продолжительности теченія, характеренъ 1-й случай у 85-ти лѣтней старухи: она страдала всего 5 лѣтъ, если счетъ вести отъ начала болѣзни и въ этотъ счетъ ввести время между 1-ой операціей и временемъ появленія рецидива. Въ виду высказанныхъ соображеній и отъ оперативной помощи должно бы ожидать полного успѣха, если бы ей не служило помѣхой долгое непроникновеніе сознаніемъ серьезности своего страданія. Мои три случая были оперированы мною удачно. У 1-ой и 3-й больныхъ пришлось удались всю vulvamъ съ клиторомъ и наружнымъ отрѣзкомъ мочевого канала. Кожа была сшита со слизистой влагалища и мочеиспускательный каналъ вшитъ въ верхнюю часть полученной, такимъ образомъ, влагалищной трубки. Во 2-мъ случаѣ удалена большая губа. Всѣ 3 случая протекли безъ реакціи, заживленіе получилось per primamъ и всѣ 3 оперированныя сейчасъ пользуются полнымъ здоровьемъ.

XIV.

Д-ра мед. В. Н. Массена,

врача-акушера Приюта.

(Продолженіе).

Узкіе тазы.

На все число родовъ мы имѣли 197 случаевъ узкаго таза или 10,29%.
Иными словами на каждые 9,8 таза одинъ былъ узкій.

По годамъ частота узкаго таза встрѣчалась въ слѣдующей степени:

въ 1888 (II-е полугодіе)	. . .	19 случаевъ
» 1889	» . . .	64 случая
» 1890	» . . .	46 случаевъ
> 1891	» . . .	49 »
» 1892 (I-е полугодіе)	. . .	19 »
		197 случаевъ.

По числу предшествовавшихъ беременностей роженицы съ узкимъ тазомъ разпредѣляются на:

первородящихъ	73	} 197.
многородящихъ	124	

По возрасту роженицы съ узкимъ тазомъ были:

моложе 20-ти лѣтъ было . . .	10	} 197.
отъ 21 до 30 лѣтъ.	139	
» 31 » 40 »	44	
старше 40 лѣтъ	4	

Преждевременныхъ родовъ было 30.

Предлежания были:

1-е зат. пер. видъ . . .	115 = 58,7%	} = 96,5
1-е » задн. » . . .	18 = 9,0%	
2-е » пер. видъ . . .	9 = 4,6%	
2-е » задн. » . . .	48 = 24,3%	
1-е ягод. пер. видъ . . .	1	} 3,5%.
1-е » задн. » . . .	1	
2-е ягод. пер. видъ . . .	1	
2-е » задн. » . . .	1	
1-е поголоженіе . . .	1	
1-е лицевое пер. видъ . . .	1	
2-е » задн. » . . .	1	
Уличные роды . . .	1	
197		

Сравнивая полученные цифры съ данными для частоты различныхъ предлежаній при всѣхъ вообще нашихъ родахъ, видимъ, что при узкихъ тазахъ затылочные предлежания встрѣчаются чаще чѣмъ обыкновенно (96,5 противъ 94,2); чаще также встрѣчаются и вообще предлежания головнымъ концемъ (97,46% противъ общаго средняго 94,7%).

Осложненія въ теченіи родовъ были: кровотеченіе *sub partu* 2 раза; *eclampsia* 1 разъ; выпаденіе ручки 1 разъ.

Далѣе отмѣчено: *placenta marginata* 1 разъ; чрезмѣрно-чувствительныя боли 1 разъ; раннее отхожденіе околоплодныхъ водъ (до начала родовъ) 9 разъ; чрезмѣрное *Naegle*'вское сгибаніе головки 1 разъ; слабыя боли 14 разъ.

Операцин произведены слѣдующія:

<i>Extractio foetus.</i>	3
<i>Forceps.</i>	15
<i>Perforatio</i> (послѣдующей головки)	1
<i>Solutio placentae man.</i>	5
<i>Versio foetus in pedes.</i>	4
<i>Perineorrhaphia</i>	14
42	

Кромѣ того два раза зашиты разрывы нащѣчекъ губъ.

Для вычисленія % оперативныхъ родовъ при узкомъ тазѣ мы беремъ: *extractio*—3 раза, *forceps*—15, *versio in pedes*—5 и *perforatio*—1, итого 23 случая на 197, что составляетъ 11,7%. Такимъ образомъ оперативная помощь потребовалась въ 11,7% всѣхъ случаевъ узкихъ тазовъ.

Средняя продолжительность срочных родов при узких тазах была ¹⁾:
у первородящей 14 ч. 21 м. короче общей средней для I—рага на 1 ч. 44 м.
у второродящей 9 ч. 42 м. длиннее » » » II—рага » 1 ч. 07 м.
у многородящей 10 ч. 14 м. » » » » M—рага » 1 ч. 11 м.

Средняя продолжительность преждевременных родов при узких тазах:

у первородящей 8 ч. 09 м. короче общей средней для I—рага на 5 ч. 15 м.
у второродящей 6 ч. 54 м. » » » » II—рага » — 30 м.
у многородящей 8 ч. 53 м. » » » » M—рага » 1 ч. 10 м.

Родилось мальчиков 95, девочек 102, т. е. отношение, как 1:1,07.

Из них родилось: $\left\{ \begin{array}{l} \text{живыми.} 185 \\ \text{мертвыми} 8 \\ \text{мацерированными.} 4 \end{array} \right\} 197.$

Послеродовой период протекал следующим образом:

Здоровых 143 = 72,8%
Лихорадивших: $\left\{ \begin{array}{l} \text{однократно} 24 = 12,1\% \\ \text{двукратно} 6 = 3,0\% \\ \text{многократно} 24 = 12,1\% \end{array} \right.$
Болезно: $\left\{ \begin{array}{l} \text{послеродов. забол.} 8 = 4\% \\ \text{не послеродов. забол.} 4 = 2\% \end{array} \right.$
Умерших не было.

Средний вес плода при узких тазах был следующий:

	Срочные роды.		Преждевременные роды.	
	Мальчик.	Девочка.	Мальчик.	Девочка.
I—рага.	2854	2812	1783	2216
II—рага.	3270	2971	2733	2033
M—рага.	3231	3198	—	2033
Средний	3118	2993	2258	2155
Общий вес	3055		2206	

Остальные данные относительно родов при узких тазах можно найти в прилагаемой при семъ таблицѣ:

¹⁾ При высчитываніи средней продолжительности принимались въ расчетъ только роды, окончившіеся силами природы.

1888	230	2	27	24	26	17	—	30	R.	3200	33
„	231	1	29	24	28	17,5	—	30	R.	3500	52
„	237	1	22	23	25,5	17,5	—	28,5	M.	1100	26
„	239	1	21	23	27	17,5	—	29	R.	3000	52
„	246	1	24	24	27	17,5	—	31	R.	3350	55
„	250	3	26	21	26	17,5	—	32	M.	3450	51
„	267	3	22	24	27	17	—	30	R.	3200	52
„	276	2	30	22	26	17,5	—	29	M.	3450	53
„	238	5	28	21	24	17,5	—	28	M.	2900	50
„	327	3	24	23	26	17,5	—	29	M.	3100	53
„	340	1	22	22	25	17	—	29,5	M.	3250	51
„	406	1	23	22	24	17	—	28	M.	3000	51
„	410	7	37	23	26	17,5	—	29	R.	3200	52
„	415	1	29	21	23	17	—	29	R.	3100	47
„	425	2	28	21	23,5	17,5	—	29,5	M.	3250	52
„	452	2	25	22,5	24	16,5	9	29,5	R.	2750	51
„	466	1	24	21	23	16,5	—	29	M.	2500	46
„	475	1	30	22	24	17	—	29,5	M.	3100	52
„	478	2	21	24	27	17,5	—	27	M.	3100	50
1889	2	2	24	23	25	17	—	33	M.	2500	47
„	6	3	23	23	25	17	—	26	R.	2800	48
„	33	8	44	23,5	26,5	17,5	—	29,5	R.	3600	52
„	35	5	31	24	27	17,5	—	30	R.	3200	51
„	40	3	30	22	25	16,5	—	23	M.	3250	50
„	41	2	28	20	24	17	—	27	M.	3100	50
„	45	1	22	24	27,	17	—	27	R.	2900	50

Г О Д Ъ.	
№№ родовъ.	
Который разъ беременна.	
Возрастъ роже- ницы.	
Sp. il.	РАЗМѢРЫ ТАЗА.
Cr. il.	
Conj. ext.	
Conj. diag.	
Troch.	
Полъ.	М Л А Д Е
Вѣсъ.	
Длина.	

Н Е Ц Ъ.		Живой или мертвый.	Положеніе п л о д а.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой періодъ.
Окружность головки.					
Прямая.	Косая.				
34	39	живой	1 зат. пер. в.	4 ч. 10 м.	Norma.
35	40	мертвый	2 ягод. > >	19 ч. 35 м. Extractio foet Solutio placentae man.	Norma.
26	28	живой	1 зат. > >	Прежд. 9 ч. 8 м. Вскр. пл. пуз.	На 4 сут. t° 38,6; на 5 сут. 39,4; на 6 сут. 39,4.
35	39	>	1 > > >	4 ч. 55 м. Прежд.	На вт. сут. t° 38,2 Endometritis levis.
34	40	>	2 > > >	13 ч. 10 м.	Norma.
35	39	>	1 > > >	3 ч. 8 м.	>
32	38	>	1 > > >	5 ч. 2 м.	>
35	40	>	1 > > >	28 ч. 58 м.	>
32	37	>	2 > > >	12 ч. 59 м. Пуз. вскр.	>
34	39	>	2 > зад. >	7 ч. 10 м.	>
35	39	>	1 > пер. >	12 ч. 50 м.	>
34	37	>	1 > > >	14 ч. 26 м.	>
34	37	асф. ож.	1 > > >	8 ч. 27 м.	>
34	38	живой	1 > > >	15 ч. 53 м. Пуз. вскр.	>
35	39	>	2 > зад. >	11 ч. 36 м.	>
32	36	мертвый	1 > > >	25 ч. 35 м. Повор. на ножку. Перфор. послѣдую- щей головки.	На 4 сут. t° 38,2; на 5 с. 38,4; на 7 с. 38,1.
34	38	живой	2 > > >	19 ч. 25 м.	Norma.
34	39	>	1 > > >	19 ч. 25 м. Forceps.	На 4 сут. t° 38,2.
35	38	>	1 > > >	5 ч. 5 м.	Norma.
32	35	асф. ож.	1 > > >	5 ч. 20 м. Прежд.	1 сут. t° 38,1.
34	38	живой	2 > зад. >	2 ч. 40 м.	Norma.
34	39	>	1 > пер. >	7 ч. 20 м.	1 сут. t° 38,2.
34	38	>	1 > > >	9 ч. 12 м.	Norma.
33	38	>	1 > > >	6 ч. 7 м. Пуз. вскр.	>
35	40	>	1 > > >	6 ч. 21. Episiotomia.	На 4 сут t° 38,5
32	38	>	1 > > >	= Forceps. Solut. plac. man. 16 час. 50 м.	Norma.

Г о д ъ.	№ родовъ.	Который разъ беремена.	Возрастъ роже- нныи.	РАЗМѢРЫ ТАЗА.					М Л А Д Е		
				Sp. il.	Cr. il.	Conj. ext.	Conj. diag.	Troch.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина
1889	46	3	26	23	24	17,5	—	27	м.	3250	53
»	61	3	29	24	26	17	—	26	м.	3250	50
»	65	4	26	22	23	17,5	—	28	м.	2850	49
»	81	7	39	23	23	16	—	23	м.	3000	48
»	98	1	21	22	23,5	17	—	27,5	м.	2950	48
»	105	1	22	25	26	16	—	24	д.	2700	48
»	108	9	41	22	27	17,5	—	33	м.	4000	52
»	116	3	33	21	25	17,5	—	28,5	д.	3500	50
»	120	2	33	22	26	17	—	27	м.	2400	50
»	124	2	33	23	26	17	—	26	д.	2800	49
»	131	3	24	22,5	25	17	—	31	д.	3450	52
»	135	1	24	24	26	17,5	—	31	д.	2800	49
»	148	3	31	23	25,5	17,5	—	28,5	м.	2900	50
»	149	2	25	23	25	17,5	—	28	м.	3100	51
»	153	2	25	22,5	25	17	—	27	д.	2600	47
»	157	2	31	23	26	17,5	—	30	д.	2550	48
»	164	1	20	19	21	15	10	25	м.	1950	47
»	167	2	38	19,5	21	16	—	26,5	м.	2250	47
»	169	2	25	21	23	16	—	28,5	д.	2850	51
»	171	4	26	24	27	16	—	25	д.	2500	49
»	189	1	29	20,5	23	17,5	—	27,5	м.	2800	53
»	193	9	36	24	27	17	—	25	м.	2400	48
»	195	1	24	23	25	17	—	27	д.	2500	50
»	201	2	27	21	24	16	—	29	м.	2950	49
»	223	2	27	23	26	17,5	—	25	м.	3700	52
»	224	3	26	22	24	17	9,5	24	м.	3700	52

Н Е Ц Ь.		Живой или мертвый.	Положеніе п л о д а.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой періодъ.
Окружность головки.					
Правая.	Левая.				
34	38	Живой	1 зат. зад. .	4 ч. 1 м.	Norma.
33	37	»	2 » » в.	8 ч. 14 м.	»
32	37	»	2 » » »	6 ч. 36 м.	»
84	37	»	1 » пер. в.	12 ч.	»
34	37	асф. неож.	1 » » »	17 ч. 30 м.	Многокр. пов. t°. Param. inc. dextr.
32	36	живой	1 » » »	22 ч. 51 м., вскр. пуз.	Norma.
38	41	асф. ож.	1 » » »	13 ч. 35 ч. Forceps.	Многокр. пов. t°. Param. duplex.
34	39	живой	1 » » »	9 ч. 50 м.	Norma.
35	39	»	2 зат. зад. в.	12 ч. 50 м.	1 сут. t° 38,3
33	36	»	1 зат. пер. в.	6 ч. 9 м. Пуз. вскр. прежд.	1 сут. t° 38,2.
34	39	»	2 зат. зад. в.	6 ч. 34 м.	Norma.
33	36	»	1 зат. пер. в.	11 ч. 48 м. Forceps.	1, 2, 3, 4 сут. t° пов. отъ 38,2 до 40,3.
33	36	»	Уличн. роды.	1 ч. 40 мин.	1 сут. t° 38,4; 4 с. 38,5.
33	37	»	1 зат. пер. в.	3 ч. 23 м.	1, 2, 3 и 4 с. пов. t° отъ 38,1 до 38,6.
32	36	»	1 » » »	9 ч. 39 м. пуз. вскр.	Norma.
33	36	»	1 » » »	4 ч. 33 м.	»
31	34	асф. неож.	1 » » »	16 ч. 30 м. Почти вся ворс. обол. осталась. Прежд.	Многокр. пов. t° отъ 38,1 до 40,5. Endom.
33	36	живой	1 » » »	12 ч. 16 м. Прежд.	Norma.
33	37	»	1 » » »	4 ч. 58 м.	1 сут. t° 38,2.
33	37	»	1 » » »	8 ч. 20 м. Преждевр. Solut. plac. man.	Norma.
33	38	»	1 » » »	20 ч. 15 м. Forceps.	»
32	35	»	2 зат. зад. в.	6 ч. 55 м.	7 дней t° повыш. отъ 38,1 до 39,5 Catarr. intest.
33	36	»	2 » » »	22 ч. 30 м.	На 4 сут. t° 38,2.
33	37	»	1 зат. пер. в.	10 ч. 22 м.	Norma.
36	39	»	1 » » »	10 ч. 8 м. Пуз. вскр. Forceps.	Многокр. пов. t° отъ 38, до 40,1. Endometritis!
34	38	»	1 » » »	32 ч. 2 м. Пуз. вскр. Повор. на ножки.	Norma.

1889	225	1	23	23	25	16	—	24	д.	3000	50
»	227	2	22	22	25	16,5	—	28	м.	3400	50
»	231	2	25	22,5	23	16,5	—	28	м.	3450	53
»	234	2	23	23	25	16,5	—	25	м.	3400	52
»	235	10	38	22	26	17,5	—	30	д.	3700	52
»	236	1	19	20	23	16	—	29,5	м.	2750	50
»	243	1	25	22	25	16,5	—	29	д.	2600	50
»	250	1	23	23	27	17	—	26	м.	3100	50
»	260	3	24	23	26	17,5	—	31	д.	3000	49
»	274	5	28	23	26	16,5	—	30	м.	3300	50
»	280	6	36	25	27	17	—	33	м.	3700	52
»	283	7	34	21	25	17	—	29,5	д.	3500	50
»	292	2	23	23	27	17	—	27	д.	3300	52
»	294	2	26	22	25	17	—	22	м.	2900	50
»	300	5	33	23	27	17	—	26	м.	3500	53
»	322	1	22	24	26	17	—	26	д.	2700	48
»	336	4	26	23	26	17	—	30	д.	3000	53
»	352	1	31	21	25	17	—	29	м.	3600	52
»	366	2	29	24	27	17	—	23	д.	1500	42
»	382	1	41	23	26,5	17	—	29	м.	3050	51
»	408	4	23	23	25	16,5	9,5	29	д.	3000	50
»	409	1	23	23	25	17	(vera)	31	д.	3300	50
»	415	4	24	22	25	17	—	30,5	м.	3700	52
»	420	2	28	22,5	24,5	17	—	27,5	м.	3400	52
»	440	1	29	22	24	15,5	—	28	д.	2600	49
»	443	1	21	23	25	16,5	—	24	м.	3600	54

Г О Д Ъ.	РАЗМѢРЫ ТАЗА.	М Л А Д Е
№№ родовъ.		
Который разъ беременна.		
Возрастъ реже- ницы.		
Sp. il.		
Cr. il.		
Conj. ext.		
Conj. diag.	М Л А Д Е	
Troch.		
Полъ.		
Вѣсъ.		
Длина.		

Н Е Ц Ъ.			Положеніе п л о д а.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительности, терапия.	Послѣродовой периодъ.
Окружность головки.		Живой или мертвый.			
Прямая.	Косая.				
34	37	Живой	1 зат. пер. в.	4 ч. 30 м.	Norma.
34	39	»	1 » » »	13 ч. 22 м.	На 5 сут. t° 38,8.
34	37	»	1 » » »	5 ч. Прежд.	Norma
35	39	»	2 » зад. »	32 ч. 38 м.	»
34	38	»	2 » » »	10 ч. 47 м. Пуз. вскр.	»
35	38	»	1 » » »	13 ч. 50 м. Epis. bilat.	»
33	38	»	1 » пер. »	17 ч. 54 м. Пуз. вскр. Epis. bilat.	»
34	38	»	1 » » »	26 ч. 32 м.	»
32	34	»	2 » » »	20 ч. 45 м. Пуз. вскр.	»
33	38	мним. ожив.	1 » » »	12 ч. 43 м. поворотъ.	»
34	38	живой	1 » зад. »	20 ч. 27 м.	»
34	38	»	неполное ногопо- ложене.	3 ч. 55 м. Extractio- foet.	»
35	39	»	2 » зад. в.	10 ч. 36 м.	»
34	37	»	1 зат. пер. в.	2 ч. 52 м.	»
35	38	»	2 » » »	18 ч. 18 м.	»
34	38	»	1 » » »	8 ч. 27 м.	Множественное повыш. t° (max. 39,6).
34	39	»	1 » » »	4 ч. 50 м.	Norma.
35	40	»	1 » » »	12 ч. 35 м.	Однократное повыш. t° (38,2),
29	33	мертвый	1 » » »	7 ч. 36 м. Partus praematurus.	Norma.
34	38	живой	1 » » »	10 ч. 48 м.	Множественное повыш. t° (max. 39°).
32	37	»	1 » » »	12 ч. 40 м.	Norma.
33	38	»	1 » » »	26 ч. 15 м.	»
35	39	»	1 » » »	10 ч.	»
35	40	»	1 » » »	24 ч. 30 м.	»
34	38	»	1 » » »	9 ч. 45 м.	»
36	40	»	2 » зад. »	25 ч. 1 м. Forceps. Ruptura per. 2-e ord.	Множественное повыш. t° (max. 39,7).

1889	456	2	31	22	26	16,5	—	28	м.	3500	51
»	465	1	36	25	27	17,5	—	26	м.	2200	43
»	470	2	26	22	25	17	—	25	м.	3300	51
»	483	1	28	20	22,5	17	—	28,5	м.	2900	51
»	517	1	23	23	26	17	—	26	м.	2300	43
1890	20	1	24	22	26	17,5	—	31	д.	2700	50
»	16	2	21	69	24	16,5	—	28,5	д.	3200	52
»	47	3	25	23	25	17,5	—	30,5	д.	3400	52
»	50	1	27	25	26,5	17	—	29	м.	2300	49
»	51	2	25	24	24,5	17	—	29,5	м.	3400	50
»	81	1	18	21	23,5	16,5	—	28	д.	2050	48
»	95	1	22	22	26	17,5	—	30	м.	3500	54
»	98	1	26	23	27	17,5	—	29	д.	3000	50
»	104	1	24	22,5	24,5	17,5	—	30	д.	2800	50
»	107	2	26	22	25	17	—	29	м.	2900	50
»	135	3	27	21	23	16,5	—	28	д.	3400	53
»	149	3	29	22	25	17,5	—	30	м.	3200	50
»	152	2	29	19	22	16	—	28	д.	2500	48
»	153	6	30	20	24	16	—	28	м.	2900	50
»	154	3	39	22	26	17	—	29	м.	2900	50
»	191	5	28	21	25	17,5	—	31	д.	3400	52
»	194	2	24	24	26	17	—	29	м.	3300	51
»	203	3	26	22	25	17,5	—	28	д.	3000	49
»	213	2	24	22,5	25	17,5	—	34	м.	3100	50
»	208	3	35	18	24	17,5	—	30	д.	2500	48
»	219	1	34	23	24	17	—	28	д.	2800	48

Г О Д Ъ.	
№№ родовъ.	
Который разъ беременна.	
Возрастъ роже- ницы.	
Sp. il.	РАЗМѢРЫ ГЛАВЪ.
Cr. il.	
Conj. ext.	
Conj. diag.	
Troch.	
Полъ.	МѢ- СТЪ ДЛИ- НЫ.
Вѣсъ.	
Длина.	

Н Е Ц Ь.		Живой или мертвый.	Положение плода.	Течение родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой періодъ.
Окружность головки.					
Прямая.	Косая.				
35	38	Живой	1 ягод. пер. в.	19 ч. 19 м. Extractio- fact. alta.	Norma.
34	37	»	1 зат. пер. в.	11 ч. 45 м.	»
33	36	»	1 » » »	4 ч. 41 м.	»
34	40	»	2 зат. зад. в.	14 ч. 45 м. Forceps. Ruptura perin. 2-е ord.	Множкратное повыш. t° (max. 38,4).
33	36	»	2 зат. пер. в.	6 ч. 8 м.; пуз. вскрытъ. Partus praematurus.	Norma.
34	39	Мним. ум. ожив. живой	2 зат. зад. в.	29 ч. 55 м.	Множкратное повыш. t° (max. 39,8). Jeterus cat.
34	39	»	1 зат. пер. в.	13 ч. 50 м.	Norma.
33	37	»	1 зат. зад. в.	4 ч. 15 м.	»
—	—	мацер.	2 ягод. зад. в.	9 ч. 15 м.	»
36	42	живой	2 зат. зад. в.	6 ч. 32 м. Ruptura vaginae.	»
31	34	»	1 » » »	6 ч. 4 м.; пуз. вскрытъ Partus praematurus.	»
35	39	мним. ум. ожив. живой	2 » » »	28 ч. 10 м.	»
33,5	40	»	1 зат. пер. в.	10 ч. 35 м. Rup. pe- rinei incompl.; 2-е ord.	3-кратное пов. t°.
33	38	»	2 зат. зад. в.	7 ч. 40 м.	Norma.
33	36	»	2 зат. пер. в.	10 ч. 32 м.	»
34	38	»	1 » » »	3 ч. 45 м.	»
34	38	»	1 » » »	6 30 ч. м.; пуз. вскры.	2-кратное пов. t° до 39,3 38,1.
31	37	»	1 » » »	6 ч. 45 м. Solutio pla- centae man.	Norma.
35	37	»	2 зат. зад. в.	5 ч. 8 м.; пуз. вскрытъ.	»
39	38	»	1 зат. пер. в.	11 ч. 18 м. Задерж- ка chorion.	»
35	37	»	2 зат. зад. в.	1 ч. 35 м. Ruptura perin. incompl. 2-е ord.	1-кратное повыш. t° до 38,1.
34	39	»	1 зат. пер. в.	13 ч. 20 м.	Norma.
33	37	»	1 зат. зад. в.	6 ч. 55 м.	»
34	39	»	1 зат. пер. в.	5 ч. 15 м.	»
33	36	»	2 зат. зад. в.	10 ч. 25 м.	»
32	37	»	1 зат. пер. в.	12 ч. Forceps. Ruptura perin. incompl. 2-е ord.	»

1890	221	2	27	20	25	17,5	—	29	м.	4100	52
»	222	3	21	20	24	17	—	30	м.	3200	54
»	230	2	25	22	25	17,5	—	30	м.	3600	52
»	240	1	30	21	22	16	—	27	м.	2600	47
»	282	6	31	22	25	17,5	—	28,5	м.	3000	52
»	289	1	24	24	27	17,5	—	29	д.	3150	52
»	292	2	23	22	26	17,5	—	28	м.	3500	54
»	295	6	30	22	25	17	—	32	д.	2500	48
»	308	1	29	20	25	17,5	—	29,5	д.	2900	50
»	314	1	23	24	27	17,5	—	30	д.	2900	49
»	320	3	30	22,5	24,5	16,5	—	27	д.	3000	50
»	321	3	24	23	25	17	—	27	д.	3000	50
»	336	5	34	22	26	17,5	—	31,5	м.	3800	52
»	338	2	22	21	25	17	—	29	м.	3600	52
»	367	2	25	21	25	17	—	28	м.	4000	54
»	392	9	38	23	25,5	17,5	—	28,5	д.	2750	50
»	398	1	20	22	26	17,5	—	30	м.	2500	50
»	409	6	35	22	27	17,5	—	30	м.	3300	48
»	413	1	21	22	25	17	—	30	м.	1300	40
»	418	7	35	21	25	17	—	31	м.	3400	52
»	443	3	33	24	26,5	17	—	27	д.	3000	50
»	448	1	23	21	24	17,5	—	28	д.	1600	42
»	490	1	27	22	24	17,5	—	29	д.	3300	53
»	500	1	26	22	26	17	—	30	д.	2900	50
»	523	2	29	22	26	17,5	—	31	д.	1800	46

Г О Д Ъ.
№№ родовъ.
Который разъ беременна.
Возрастъ роже- ницы.

Sp. il.	Г А З М Ъ Р Ы Г А З А.
Cr. il.	
Conj. ext.	
Conj. diag.	
Troch.	

Полъ.	М Г Л А Д Е
Вѣсъ.	
Длина.	

Н Е Ц Ъ.			Положеніе п л о д а .	Течение родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой періодъ.
Окружность головки.		Живой или мертвый.			
Прямая.	Косая.				
36	41	Живой	1 зат. пер. в.	3 ч. 53 м. Ruptura perin. 2-e ord.	Norma.
34	39	»	1 » » »	11 ч. 03 м. Пуз. вскр.	»
35	39	»	1 » »	10 ч. 07 м. Пуз. вскр.	»
35	39	»	1 » зад. »	17 ч. 6 м. Ruptura perin. incompl. 2-e ord.	Однократное повыш. t° до 38,1.
36	40	»	1 » » »	10 ч. 56 м.	Однократное повыш. t° до 38,3.
34	37	»	1 » пер. »	15 ч. 26 м.	Однократное повыш. t° до 38,1.
35	40	»	1 » » »	12 ч. 20 м. Пуз. вскр.	Однократное повыш. t° до 38,1.
32	38	живой	1 » » »	4 ч. Plac. marginata. Partus praematurus.	Norma.
33	37	»	1 » » »	5 ч.	»
33	38	»	1 » » »	15 ч. 35 м.	»
35	39	»	2 » зад. »	8 ч. 20 м. Ручное от- дѣленіе послѣда.	Многократное повыш. t° до 39,9. Mastitis.
34	37	»	2 » » »	11 ч. 36 м.	Norma.
34	39	»	1 » пер. »	3 ч. 35 м. Пуз. вскр.	»
36	40	»	1 » » »	6 ч. 42 м. Пуз. вскр.	»
36	40	»	1 » » »	6 ч. 42 м.	»
33	37	»	2 » зад. »	6 ч. 57 м.	»
33	36	»	1 » » »	18 ч. 25 м.	»
33	37	»	1 » пер. »	10 ч.	»
30	32	мацерир.	1 » » »	16 ч. 50 м.	Многократное повыш. t° до 38,8.
35	39	живой.	1 » » »	22 ч. 54 м. Разрывъ промежности.	Norma.
34	38	»	1 » » »	8 ч. 47 м.	Двукратное повыш. t° до 38,8.
27	31	»	1 » зад. »	Преждеврем. роды. 6 ч. 11 м. При поступлен. кро- вотеч. Тампонада до пол- наго зѣва.	Norma.
34	38	»	1 » пер. »	11 ч. 28 м.	»
34	38	»	1 » зад. »	23 ч. 12 м.	»
32	37	»	1 » пер. »	5 ч. 6 м. Part. praem.	»

1891	3	6	22	24	26	17,5	—	28	м.	4100	55
»	25	3	31	21	25	17,5	—	31	д.	3150	51
»	31	1	22	21	25	17,5	—	29,5	м.	3050	50
»	29	1	24	22	25	17	—	32	д.	2000	42
»	68	1	21	20	22	17	—	27	д.	2600	49
»	26	1	24	20	23	17	—	28	д.	3000	50
»	75	1	28	22,5	25	17	—	28	м.	3050	50
»	91	1	25	22	25	16,5	—	28	д.	3300	50
»	102	3	29	24	26	17	—	28	д.	2600	48
»	136	2	37	22,5	25	17	—	27	д.	2500	48
»	142	5	39	23	25	17	—	28	м.	2900	51
»	148	1	29	23	26	17	—	32	м.	2200	—
»	149	3	27	24	28	17,5	—	30	м.	4050	52
»	152	6	28	22	23	17,5	—	28	д.	3500	54
»	197	3	29	22	25,5	16,5	—	29	м.	3400	—
»	198	2	33	20	24	17,5	—	29	д.	2700	50
»	217	1	21	23	27	17	—	29	м.	2800	50
»	218	1	31	23	25	16	—	27	д.	2650	48
»	222	1	25	23	25	17,5	—	29	д.	3300	50
»	243	3	36	21	25	17,5	—	29	м.	3400	52
»	248	2	27	23	25	16	—	28	д.	2800	49
»	252	2	20	22	25	17,5	—	28	д.	3000	49
»	254	2	33	22	24,5	17	—	27	д.	3500	50
»	259	5	33	24	25	17,5	—	29,5	д.	3710	50
»	260	1	23	20	25	17	—	27	д.	3500	52
»	278	1	21	21,5	24,5	17,5	—	29	м.	2000	45

Г О Д Ъ.	
№№ родовъ.	
Который разъ беременна.	
Возрасть рожё- ницы.	
Sp. il.	Р А З М Ъ Р Ы Т А З А .
Cr. il.	
Conj. ext.	
Conj. diag.	
Troch.	
Полъ.	М Л А Д Ё
Вѣсъ.	
Длина.	

Н Е Ц Ь.			Положеніе п л о д а.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой п е р і о д ъ.
Окружность г о л о в к и.		Живой или мертвый.			
Прямая.	Косая.				
34	39	Живой.	1 зат. пер. в.	12 ч.	Norma
31	37	»	2 зат. пер. в.	16 ч. 20 м.	2-кратное повыш. до 39.
35	40	»	1 зат. зад. в.	13 ч. 5 м.	Многократное повыш. до 38,9.
31	35	»	1 зат. пер. в.	18 ч. 15 мин.	Norma
34	38	»	1 зат. зад. в.	7 ч. 23 м.	»
33	37	»	1 зат. зад. в.	9 ч. 57 м.	»
34	—	»	2 » » »	8 ч. 55 м.	»
34	38	»	1 зат. пер. в.	7 ч. 15 м.	1-кратное повыш. до 38,1.
32	37	»	2 зат. зад. в.	7 ч. 35 м.	1-кратное пов. тах. 38,3.
31	39	»	1 зат. пер. в.	Щипцы. Eclampsia sub partu 60 ч. 38 м.	Norma
34	37	»	1 » » »	1 ч. 58 м. пуз. вскр.	»
—	—	Мертвый. мацерир.	1 » » »	5 ч. 40 м. пуз. вскр.	»
34	41	живой.	1 » » »	3 ч. 55 мин.	»
33	38	»	1 » » »	7 ч. 20 м.	»
—	—	мертвый	1 лиц. » »	11 ч. 55 м.	Многократное повыш. (до 39,4.
33	37	живой.	1 зат. » »	9 час. 33 м.	Norma
35	40	»	1 » » »	29 ч. 15 м.	»
31	37	»	1 » » »	9 ч. 47 м.	»
33	39	»	1 » » »	11 ч. 30 мин.	Многокр. повыш. t° до 39° (ante и post part.).
36	40	»	1 » » »	14 ч. 55 м. Кровоте- чение sub partu.	Norma
32	37	»	2 зат. зад. в.	5 ч. 42 м.	»
33	37	»	2 зат. зад. в.	5 ч. 36 м.	»
34	39	»	1 зат. п. в.	10 ч. 50 м.	»
36	39	»	2 лиц. зад. в.	21 ч. 10 м.	1-кратн. пов. t° до 38,1.
36	40	»	1 зат. пер. в.	11 ч. 15 мин.	1-кратное пов. t°.
29	32	»	1 зат. зад. в.	14 ч. 5 мин.	Norma.

1891	279	2	26	22	26	17,5	—	30	д.	3500	53
»	284	9	39	23	26	17	—	29	д.	3250	52
»	292	1	19	22	26	17	—	29,5	д.	3400	52
»	297	2	26	20	24	17	—	31	м.	3300	50
»	301	3	28	20	24	17	—	26,5	м.	2950	50
»	306	1	25	27	23	17	—	31	м.	3100	53
»	312	9	28	21	25	17	—	31	м.	3400	50
»	307	1	21	21	25	17	—	28	д.	2500	46
»	316	3	27	20	24	17,5	—	30	д.	3050	50
»	325	2	24	22	25	17,5	—	30	д.	3000	50
»	340	1	19	20	25	16,5	—	30	д.	3100	50
»	350	5	25	20	24	17	—	27	д.	2700	50
»	371	1	18	23	25	17	—	28	м.	2850	50
»	388	3	22	24	25	17	—	28,5	д.	3000	49
»	393	1	25	23	27	17,5	—	30	д.	3500	49
»	399	3	26	24,5	26	16,5	—	27,5	д.	3500	50
»	403	1	27	20	25	16,5	—	27,5	м.	3100	50
»	408	1	26	25	27	16	—	29	д.	3150	52
»	409	2	26	24	26	17	—	29	д.	3600	53
»	410	7	29	22	25	16,5	—	28	д.	2900	50
»	444	1	26	23	25	17,5	—	30	м.	3100	51
»	450	2	35	22	24	16,5	—	21	д.	2800	51
»	459	5	29	23	25	16	—	27,5	д.	3100	50
1892	4	13	39	21	22	17,5	—	29	д.	4000	55

Г О Д Ъ.

№№ родовъ.

Который разъ
беременна.

Возрастъ роже-
ницы.

Sp. il.

Cr. il.

Conj. ext.

Conj. diag.

Troch.

Р А З М Ъ Р Ы Т А З А .

Полъ.

Вѣсъ.

Длина.

М Л А Д Е

Н Е Ц Ъ.			Положеніе п л о д а.	Течение родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой периодъ.
Окружность головки.		Живой или мертвый.			
Прямая.	Косая.				
33	39	Живой	2 зат. зад. в.	6 ч.	Norma.
33	37	»	2 » » »	7 час.	»
34	38	»	2 » » «	10 ч. 45 м. Пуз. вскр.	Двукратное повышен. t° (max. 39,1).
33	37	»	1 зат. пер. в.	9 ч. 45 м.	Norma.
31	36	»	2 » зад. »	37 час.	»
33	40	»	1 » пер. »	13 ч. 10 м.	Двукратное повыш. t°
35	40	»	2 » зад. »	9 ч. 35 мин.	Трехкратное повыш. t° (max. 38,3).
34	36	»	2 » » »	4 ч. 20 м.	Norma.
32	37	»	2 » » »	6 ч. 38 м. Пуз. вскр.	»
33	39	»	2 » » »	7 ч. 35 м.	»
—	—	Асфикс. неожив. живой	2 » » »	24 ч. 05 м.	Многократное повыш. t° (Parametr.).
33	37	»	1 » пер. »	17 ч. 30 м.	Norma.
31	35	»	2 » зад. »	4 час.	Norma.
33	39	»	1 » пер. »	4 час.	»
34	38	»	1 » » »	22 ч. 23 м. Debilitas dolorum. Forceps. Rup- tura vaginae.	»
33	37	»	2 » зад. »	15 ч. 10 м.	»
34	39	»	2 » » »	12 час. 15 мин. Debi- litas dolorum. Forceps. Ruptura perin. inc. 2-c ord.	»
33	39	»	1 » пер. »	8 ч. 48 мин.	»
34	40	»	1 » » »	4 часа.	»
33	38	»	2 » зад. »	10 ч. 40 м.	»
34	38	»	2 » » »	21 ч. 28 ч. Debilitas dolorum. Forceps. Rup- tura perinei.	»
33	36	»	1 » пер. »	15 ч. 15 м. Forceps.	1-кратное повыш. t° до 38,3°.
33	38	»	1 » » »	3 ч. 40 м.	1-кратное повыш. t° до 38,3°.
36	41	»	1 » « »	4 ч. 58 м.	Norma.

Г О Д Ъ.	Мѣ родовъ.	Который разъ беремена.	Возрастъ роже- ницы.	Р А З М Ъ Р Ы Т А З А.					М Л А Д Е		
				Sp. il.	Cr. il.	Conj. ext.	Conj. diag.	Troch.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.
1892.	16	1	27	27	28	17	—	31	д.	3000	50
„	18	1	26	19	23	17	—	27	д.	3000	50
„	37	11	44	19	24	17,5	—	28	м.	3000	50
„	49	2	19	23	25,5	16	—	28	д.	3300	—
„	56	1	27	24	26	17,5	—	29	д.	3000	52
„	62	2	29	24	25	16	—	28	м.	3000	50
„	85	6	38	23	26	17,5	—	29	д.	3000	48
„	88	2	29	22	23	16	—	25,5	д.	3200	47
„	93	1	33	23	26	17,5	—	30	м.	3150	50
„	105	8	36	19	23	17	—	28	м.	3700	52
„	114	1	38	21	26	17,5	—	31,5	м.	2900	50
„	112	5	31	21	23	15	—	25	д.	1700	43
„	117	4	33	20	24	17	—	28	д.	1900	—
„	118	1	20	20	24	17,5	—	29,5	д.	2800	52
„	129	2	32	24	27	17	—	30	м.	3100	50
„	130	1	21	22	25	17	—	29	д.	2700	50
„	139	3	37	23	25,5	17,5	—	28,5	м.	2800	48
„	137	2	29	22	25,5	15	—	27	д.	3800	51

¹⁾ Мы взяли на себя смѣлость изложить in extenso весь нашъ матеріалъ по узкому таѣ въ качествѣ главнаго матеріала объ одной изъ важнѣйшихъ главъ практическаго акушерства, къ ученію чего, конечно, нельзя было-бы сдѣлать при обычномъ изложеніи, однихъ лишь итоговъ.

Н Е Ц Ь.			П о л о ж е н і е п л о д а.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительность, терапия.	Послѣродовой періодъ.
Окружность головки.		Живой или мертвый.			
Прямая.	Кривая.				
32	38	Живой.	1 зат. пер. в.	7 часовъ.	1кратное повышение до 38,6 Norma.
34	38	»	1 » » »	11 ч. 45 м. Ruptura vaginae.	
34	38	»	1 » » »	21 ч. 20 м. Судорож- ныя боли. Медленное откр. зѣва. Поворотъ.	
—	—	»	1 » » »	8 ч. 15 м	»
35	38	Мертвый	2 зат. зад. в.	11 ч. 25 м. Раннее излитіе водъ. Сильныя боли; чрезм. Naegele'вск. сгибан. гол. Forceps.	»
35	39	» живой.	1 » » »	4 ч. 59 м.	»
38	40	»	2 » » »	29 ч. 5 мин.	»
32	37	»	2 » » »	3 ч. 50 мин.	»
34	38	»	2 » » »	20 часовъ.	Многокр. пов. t° до 40,4 Endometr. puerperalis. Norma.
36	40	»	2 » » »	6 ч. 55 м. Пуз. вскр.	
35	38	»	1 зат. пер. в.	47 ч. 30 мин. Ruptura perin. incompl. 2-й степ.	1-кратное повышение t° 38,2. Norma.
30	33	»	2 зат. зад. в.	13 ч. 10 мин.	
—	—	мацериров.	1 » » »	9 ч. 35 мин.	»
34	39	» живой	1 » » »	9 ч. 35 мин.	»
35	38	»	2 » » »	15 ч. 50 мин. пуз. вскрытъ.	»
35	37	»	2 зат. зад. в.	9 ч. 43 мин.	»
33	39	»	1 зат. пер. в.	5 ч. 35 мин.	»
35	40	»	2 зат. зад. в.	11 ч. 45 мин.	3-кратное повыш. t° 39,1)

тъ можетъ, мы заняли слишкомъ много мѣста. Оправданіемъ этому служить то обстоятельство, что
дахъ при узкомъ тазѣ, намъ хотѣлось представить наши данныя возможно полнѣе и нагляднѣе.

Неправильности со стороны мягких родовых путей.

Отекъ большихъ губъ и вульвы въ рѣзкой формѣ наблюдался три раза, при чемъ въ одномъ случаѣ были одиночные срочные роды, безъ всякихъ осложнений; въ другомъ была eclampsia у первородящей (общій отекъ) и наконецъ у третьей больной, подробно описанной мною въ другомъ мѣстѣ ¹⁾, послѣ наложенія щипцовъ умѣренный отекъ большихъ губъ и промежности, существовававшій до родовъ, быстро увеличился до громадныхъ размѣровъ.

Вафикозныя расширенія большихъ губъ у многородящей (одновременно съ расширеніемъ подкожныхъ венъ внутренней поверхности бедра и голени) встрѣтился намъ въ рѣзкой формѣ однажды.

Жировикъ большой лѣвой губы величиной со сливу встрѣтился у 34-лѣтней VI—рага. Продолжительность родовъ равнялась 3 ч. 35 м., послѣродовой періодъ—погта.

Выпаденіе обѣихъ стѣнокъ влагалища у многородящей въ сильной степени (одновременно существовалъ старый разрывъ промежности) также мы наблюдали всего одинъ разъ. Обѣ стѣнки sub partu представлялись отечными. Слабость болей. Роды затянулись. Въ другомъ случаѣ, у II—рага, небольшое выпаденіе обѣихъ стѣнокъ влагалища существовало одновременно со старымъ разрывомъ промежности.

Ригидность и нерастяжимость зѣва въ рѣзкой формѣ встрѣтились два раза, оба у второродящихъ.

Отечность зѣва въ эквизитной формѣ также мы наблюдали дважды, обѣ роженицы были первородящія.

Неправильности изгоняющихъ силъ.

Слабыя боли въ чистой формѣ встрѣтились 101 разъ, при чемъ на долю I—рага пришлось 46 случаевъ, II—рага—15 и М—рага 40 сл. Возрасты роженицъ были: до 20 лѣтъ—6, отъ 21—30—66 сл., отъ 31—40—25 сл., старше 41—4. Головныхъ положеній плода было—99, тазовыхъ—8. Двоенъ—6. Изъ осложнений во время родовъ отмѣчено: узкій тазъ—14 разъ, раннее отхожденіе водъ 10, многоводіе 12, отекъ зѣва два раза. Въ 45 случаяхъ потребовалось оперативное вмѣшательство, а именно: щипцы—въ 35 сл., экстракція высокая два раза, внутренній поворотъ на ножку—два раза, solutio placentae man.—2 раза, кольцепринтеръ—два раза и кровавое расширеніе зѣва—два раза. Вся продолжительность родовъ была:

¹⁾ Къ казуистикѣ уродствъ плода. Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней. Томъ IV, № 10 (1890 г.).

у I—	рага 23 ч. 24 м.	(больше общей на 7 ч. 19 мин.).
у II—	> 14 > 39 > (> > > 6 > 04 >	
у M—	> 17 > 40 > (> > > 8 > 37 >	

Родилось младенцев 107, из них мальчиков 55 и девочек 52; живых 98, мертвых 8 и мацерированных 1.

Послѣродовой періодъ у матерей въ 62 случаяхъ протекалъ безъ повышения t^0 (61,3%), въ 13 случаяхъ было 1-кратное повышение t^0 , въ 4-хъ двукратное и въ 22 (21,7%) многократное. Изъ послѣдней категоріи 10 родильницъ болѣли послѣродовою формою (10%) и 4 непослѣродовою. Умерла одна родильница отъ септического перитонита (1%).

Судорожныя боли наблюдались у 15 роженницъ: I—рага—10, II—рага—3 и M—рага—2. Между 21—30 годами было 12, 31—40—одна и старше 41 г. двѣ. Во всѣхъ 15-ти случаяхъ было головное предлежаніе. Узкій тазъ наблюдался въ 4-хъ случаяхъ, многоводіе во 2-хъ, раннее излітіе водъ въ 3-хъ. Изъ оперативныхъ пособій примѣнено: щипцы—1 разъ, поворотъ—2 раза, кровавое расширеніе зѣва 1 разъ и кольпайринтеръ—1 разъ.

Роды продолжались:

у I	рага. 36 ч. 54 м.	(больше средн. на 20 ч. 49 м.).
у II	> 10 ч. 04 м.	(тоже > > 1 ч. 29 м.).
у M	> 9 ч. 47 м.	(тоже > > 0 ч. 44 м.).

Родилось младенцевъ 15. (мальчиковъ 5, девочекъ 10). Живыхъ 14, мацерированный—1.

Изъ терапевтическихъ средствъ при слабыхъ боляхъ употреблялись ванны, массажъ матки, горячіе души, хининъ. При неправильныхъ же судорожныхъ боляхъ—*narcotica*, преимущественно прямокишечныя *suppositoria* съ морфіемъ. Мы видѣли также хорошій успѣхъ отъ продолжительныхъ теплыхъ ваннъ (29° R).

Неправильности механизма родовъ.

Головка плода родилась въ заднемъ видѣ въ 19 случаяхъ, а именно: у 6 первородящихъ, 6 второродящихъ и 7 многородящихъ; 7 разъ при 1-омъ затылочномъ положеніи и 12 при второяхъ. Изъ 19 родовъ 16 были срочные и 3 недоношенные. Въ 8-ми случаяхъ роды были окончены щипцами. Въ двухъ случаяхъ кромѣ того головка при помощи щипцовъ переведена изъ задняго вида въ передній.

Недостаточный внутренній поворотъ головки наблюдался въ трехъ случаяхъ, у 1-ой первородящей и у двухъ второродящихъ. Въ двухъ случаяхъ головка родилась въ косомъ размѣрѣ и одинъ разъ въ поперечномъ. Всѣ роды были срочные.

Чрезмѣрный внутренній поворотъ головки отмѣченъ въ 30 случаяхъ: у 12-ти первородящихъ, 8-ми второродящихъ и 10-ти многородящихъ.

Въ 27 случаяхъ плодъ былъ доношенъ, въ 3-хъ были преждевременные роды.

Чрезвычайное Naegeli'евское сгибание головки встрѣтилось всего пять разъ, 3 раза у первородящихъ и 2 раза у второродящихъ. Въ двухъ случаяхъ было 1-ое затылочное положеніе и въ трехъ—второе. Въ четырехъ случаяхъ были срочные роды, въ 1 случаѣ преждевременные. Одинъ разъ были наложены щипцы ¹⁾.

Плечики прорѣзались въ поперечномъ размѣрѣ выхода таза въ 64 случаяхъ, а именно у 11 первородящихъ, 17 второродящихъ и 36 многородящихъ. Въ 62 случаяхъ роды были доношенные, въ двухъ преждевременные. Въ 1 случаѣ роженица поступила въ пріютъ съ родившейся уже головкою плода.

Неправильности членорасположенія плода.

Лобное положеніе встрѣтилось намъ всего два раза, что на все число родовъ (1921) составитъ лишь 0,10%. Въ одномъ случаѣ эта аномалія наблюдалась у 29-ти лѣтней женщины, рожавшей въ 4-й разъ. Распознано 2-е лобное положеніе задній видъ. Въ этомъ видѣ и родился живой младенецъ женскаго пола, вѣс. 3000 grm. Въ послѣродовомъ періодѣ наблюдалось 2-кратное повышеніе t° до 38,5 вслѣдствіе нагрубанія грудей. Въ другомъ случаѣ лобное положеніе наблюдалось при двойняхъ у 2-го плода (1-е лобное передній видъ). Роженица I—para, 21 г. Тазъ 24;27; 19,5; 33. Роды совершились силами природы, безъ всякихъ затрудненій. Родился живой доношенный младенецъ женскаго пола, вѣсомъ въ 2500 grm. Произшедшій во время родовъ неполный разрывъ 2-й степени зашитъ lege artis. У матери въ puerperium—однократное повышеніе t° до 38,1.

Лицевыя положенія.

Случаевъ этой аномаліи мы имѣли восемь, что составляетъ 0,41%. Изъ восьми роженицъ трое рожали въ первый разъ (возрастъ: 19,32, 34 г.), трое во второй (27, 37 и 43 г.), одна въ пятый разъ (33 л.) и одна въ восьмой (36 л.). Всѣ роды были срочные. Conjugata externa въ 17 сант. была 1 разъ, въ 17,5—1 разъ, въ 18 с.—1 разъ, въ 19 сант.—4 раза и въ 20 с.—1 разъ.

Виды лицеваго положенія были:

1-е лицевое	передн. видъ	4
1-е »	задн. »	2
2-е »	передн. видъ	1
1-е »	задн. »	1

¹⁾ Этотъ случай подробно описанъ мною въ статьѣ «Къ казуистикѣ уродствъ плода». Журналъ Ак. и Ж. бол. Томъ IV, № 10 (1890 г.).

Двойни наблюдались въ одномъ случаѣ (лицевое положеніе 2-го плода съ выпаденіемъ лѣвой ручки; роды окончены поворотомъ на ножки).

Продолжительность родовъ у I—para—26 ч. 14 м. (т. е. больше общей средней на 10 ч. 09 м.); у II—para—9 ч. 11 м. (т. е. больше на 36 м.) и у M—para 29 ч. 42 м. (больше на 20 ч. 39 м.).

Такимъ образомъ изъ изложенныхъ выше данныхъ мы видимъ, что лицевыя положенія встрѣчались по преимуществу у молодыхъ роженицъ (средній возрастъ равняется 32,6), что въ 25% имѣлось суженіе таза въ прямомъ размѣрѣ входа и что роды оказались значительно затянувшимися сравнительно съ нормой.

Изъ операций при лицевыхъ положеніяхъ было примѣнено: поворотъ на ножку 1 разъ, щипцы—1 разъ, зашивание разрыва промежности—3 раза. Изъ осложненій отмѣчено: многоводіе 1 разъ, запрокидываніе ручекъ за спинку—1 разъ, обвитіе пуповины около шеи два раза—1 разъ. Всего родилось: мальчиковъ 4, дѣвочекъ 4. Всѣ плоды живые. Средній вѣсъ плода: мальчика=3487, дѣвочки=3575 грм.

Нормально провели послѣродовой періодъ 4 родильницы (50%), одна лихорадила 1 разъ, одна—два раза и двѣ многократно: обѣ болѣли пuerperальнымъ параметритомъ (25%).

Въ заключеніе главы о лицевыхъ положеніяхъ считаемъ не безинтереснымъ привести двѣ исторіи родовъ при заднихъ видахъ лицевыхъ положеній, изъ которыхъ одни окончились силами природы, а другіе потребовали оперативной помощи.

Случай первый. 10-го янв. 1891 г., въ 1 ч. 20 мин. н., въ пріютъ принята Анна ІІ—ва, 27 л. отъ роду, крестьянка. II—para. Послѣдніе роды 1 г. т. н. протекли хорошо. Послѣднія регулы въ февралѣ 1891 г. При изслѣдованіи шейка сглажена, открыта на 2½ пальца, пузыря нѣтъ, предлежитъ головка (лицевое положеніе) t°—36,7, пульсъ—70, дых. 26. Тазъ: 23; 25,5; 20, troch. 29.

2 ч. н. Когда роженица вышла изъ ванны и переведена была въ родильную, тамъ распознано первое лицевое положеніе, задній видъ, при чемъ длинникъ лица приближался къ поперечному діаметру входа. Головка стояла довольно высоко (во входѣ въ малый тазъ) и была умѣренно подвижна.

3 ч. 45 м. н. Длинникъ лица совпадаетъ съ правымъ косымъ размѣромъ. Головка опустилась нѣсколько ниже, но все еще подвижна. Матка открыта пальца на 4.

5 ч. 45 м. н. Схватки хорошія. Сердцебіеніе плода ясное. Края зѣва еще прощупываются. Головка опускается, но все еще удерживаетъ подвижность. Во взаимныхъ отношеніяхъ головки къ тазу измѣненій нѣтъ. Попытка произвести флексію головки наружно-внутренними приѣмами осталась безъ результата.

7 ч. 15 м. у. Положеніе безъ измѣненій. Въ виду слабой наклонности головки перейти подбородкомъ къ лонному сращенію и истощенія роженицы рѣшено было, прождавъ еще немного, кончить роды путемъ операціи.

Въ 8 ч. утра были правильнѣе и сильнѣе.

Въ 9 ч. у. во время схватокъ головка опускается, напирать на промежность. Въ 9 ч. 10 м. совершился внутренній поворотъ головки подбородкомъ

къ лонной дугѣ и роды совершились по обычному механизму для лицевыхъ положеній.

Случай второй. 28 марта 1891 г. въ 5 ч. 30 м. н. поступила къ родамъ Марина В—ва, солдатка, прислуга, 37 лѣтъ. II para. Тазъ 22,5; 25, conj. ext 17, tr. 27. При внутреннемъ изслѣдованіи шейка почти сглажена, зѣвъ открытъ на палецъ, воды стоятъ, предлежитъ головка; t° 37,5, пульсъ 68. дых. 28. Послѣ ванны роженица переведена въ родильную комнату и здѣсь поставленъ діагнозъ лицевого положенія, при чемъ точный діагнозъ (благодаря малому открытію шейки и пузыря), могъ быть выясненъ лишь при дальнѣйшемъ теченіи родовъ. Оказалось, что подбородокъ находится у *supr. sacro-iliaca dextr.*, а лобъ у *tuberc. il.-pub. sin.*, т. е. длинникъ лица расположился по правому косому разрѣзу. Такъ какъ родовыя боли были хорошія, то роды велись выжидательно, пока въ 10 ч. 25 м. утра (зѣвъ на 2 поп. пальца) не появился припадокъ *эклампси*. Вдыханіе хлороформа успокоило этотъ припадокъ, въ общемъ оказавшійся средней силы. Въ дальнѣйшемъ открытіе матки подвигалось, хотя и весьма медленно. Припадки *эклампси* не повторялись. Въ 3 ч. 30 м. дня въ виду прекращенія дальнѣйшаго открытія матки, въ виду истощенія роженицы, а главное въ виду того, что головка не выходила изъ своего положенія, указанного выше, рѣшено было сдѣлать попытку замѣнить сказанное стояніе головки наиболее удобнымъ для прохожденія черезъ родовой каналъ. Полный хлороформенный наркозъ. Попытка сдѣлать поворотъ на ножку не удалась, благодаря сильному тоническому состоянію *Contractionsring'a*. Равнымъ образомъ оказалась безуспѣшной попытка сдѣлать флексію головки, т. к. предоставленная сама себѣ она возвращалась къ прежнему положенію. Единственно чего достигли мы ручными манипуляціями съ предлежащей частью—это то, что головка была переведена въ поперечное стояніе. Въ виду того, что дальнѣйшее выжиданіе въ ходѣ родовъ могло бы оказаться опаснымъ для матери и плода,—рѣшено было кончить роды щипцами. Они были наложены въ прямомъ размѣрѣ, и легли безъ особыхъ затрудненій. Послѣ нѣсколькихъ тракцій, когда головка уже оказалась нѣсколько болѣе опущена, а длинникъ сталъ приближаться къ лѣвому косому размѣру,—щипцы были переложены въ правый косой размѣръ и въ этомъ размѣрѣ оставались до конца родовъ. Вся операція заняла 14 минутъ и въ общемъ оказалась довольно трудной. Въ 4 ч. 20 м. дня родилась въ асфиксін, но скоро была оживлена доношенная дѣвочка вѣсомъ въ 2500 grm.; полость матки промыта растворомъ *acid. carb.* 2%, а на животъ положенъ ледъ; послѣоперационный періодъ прошелъ безъ повышеній t° (не было выше 37,3), роженица выписана здоровой на 6-я сутки вмѣстѣ съ ребенкомъ. Случай этотъ представляется намъ поучительнымъ. Еще до сихъ поръ въ акушерствѣ преобладаетъ мнѣніе, что накладываніе щипцовъ при заднихъ видахъ лицевыхъ положеній, когда подбородокъ обращенъ къ крестцу или находится у конца *diam. transversi*, не ведетъ ни къ чему и что въ такихъ случаяхъ, тамъ, гдѣ попытка сдѣлать поворотъ на головку, равно какъ замѣна лицевого положенія лобнымъ или затылочнымъ—оказываются неудачными, приходится прибѣгать къ перфорациі. Въ нашемъ случаѣ перфорация тѣмъ болѣе оказывалась показанной, что мы имѣли мѣсто съ общесуженнымъ плоскимъ тазомъ, при наружной конъюгатѣ въ 17 сант. Успѣхъ нашей операціи (щипцы) мы объясняемъ малыми размѣрами совершенно, однако, доношеннаго плода и самымъ способомъ послѣдовательнаго перекладыванія щипцовъ послѣ того, какъ головка, благодаря влеченію щипцами, вышла изъ своего поперечнаго стоянія.

Задержаніе большихъ частей плодныхъ оболочекъ.

Эта аномалія на все число родовъ имѣла мѣсто въ 134 случаяхъ (6,9%), изъ которыхъ 44 приходится на долю первородящихъ, 32 на долю второродящихъ и 58—многородящихъ. Въ 124 случаяхъ роды были срочные, въ 10-ти преждевременные. Въ 16 случаяхъ оболочки въ послѣродовомъ періодѣ выдѣлились сами собой. Въ послѣродовомъ періодѣ—92 находились въ нормальномъ состояніи, 11 лихорадили однократно, восемь двукратно и 23—многократно. Изъ лихорадившихъ многократно—десять женщинъ болѣло послѣродовыми болѣзнями (endometritis puerp.—6, parametritis—4), двѣ болѣли непослѣродовыми болѣзнями (тифъ и плевритъ). Остальныя повышенія обязаны различнымъ скоро преходящимъ причинамъ (трещины сосковъ—7, налеты на ссадинахъ губъ—1 разъ, запоръ—1 разъ и пр.).

Терапія при задержаніи оболочекъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ была исключительно выжидательная. При повышеніи t^0 прижился ледъ на нижнюю часть живота; при появленіи запаха въ лохіяхъ—матка промывалась кромѣ того дезинфицирующими растворами.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ СЕДЬМОЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 5.

Засѣданіе 7-го Мая 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 54 члена: Баскинъ, Бацевичъ, Башкировъ, Виддеръ, Брандтъ, Бутчикъ, Вастень, Виридарскій, Гермоніусъ, Гессъ, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій В. Н., Добрынинъ, Драпичинъ, Желтухинъ, Заболотскій, Краснопольскій, Лапинъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Лопатинскій, Мазуркевичъ, Марцынкевичъ, Массень Нейштубе, Оттъ, Пассоверъ, Петровъ, Полонскій, Родзевичъ, Рузп, Савченко, Садовскій, Салмановъ, Соловьевъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Урвичъ, Фишеръ А. Р., Фишеръ В. А., Фраткинъ, Цехановецкій, Чагинъ, Чернышевъ, Шмидтъ, Штольцъ, Шуттенбахъ, Эберманъ, Эйхфусъ, Ямпольскій и 38 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 4.

2) А. А. *Драницынъ* (изъ клиники проф. *Д. О. Отта*) показаль слѣдующіе препараты: а) Сосочковую опухоль обоихъ яичниковъ съ разсѣваніемъ на пристѣночной и внутренностной брюшинѣ, съ микроскопическимъ препаратомъ. б) Надвлагалищно срѣзанную, по способу *Д. О. Отта*, матку съ множественными фиброміомами. Послѣ-

операционное течение у больной, какъ и у другихъ оперированныхъ по тому же способу, было вполне благополучное. в) Кисту лѣвыхъ придатковъ. Въ этомъ случаѣ удалось вырѣзать кисту, сохранивъ яичникъ (сохраняющей способъ).

3) А. Н. Соловьевъ сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: *Сужденіе о новомъ способѣ образованія искусственнаго влагалища (restitutio vaginae per transplantationem ani et recti)* нижеслѣдующаго содержанія:

29-го января сего года въ засѣданіи московскаго акушерско-гинекологическаго общества мною сдѣланъ былъ докладъ: *о хирургическихъ увлеченіяхъ въ гинекологию* и напечатанъ въ № 2 журнала „Медицинское Обозрѣніе“. Сущность этого доклада состоитъ въ критическомъ разсмотрѣніи операціи, предложенной и произведенной проф. В. О. Снегиревымъ у женщины съ приращенной атрезіей рукава, при отсутствіи матки.

Въ слѣдующемъ засѣданіи 27-го февраля по поводу моего доклада сдѣлано было еще два: 1) проф. В. О. Снегиревымъ, напечатанный въ болѣе приличной формѣ въ газетѣ „Медицина“ (№ 10), и 2) прозекторомъ А. П. Губаревымъ: *справедливо ли мнѣшечское представленіе о sphincter ani tertius*, помѣщенный въ той же газетѣ. Наконецъ, оба доклада изданы въ видѣ отдѣльной брошюры подъ заглавіемъ: *новый способъ образованія искусственнаго влагалища со статьёю о sphincter ani tertius*.

Въ этомъ же засѣданіи читанъ мною докладъ: *замѣчанія по поводу возраженій на мой докладъ о хирургическихъ увлеченіяхъ въ гинекологию*, который напечатанъ въ № 6 журнала „Медицинское Обозрѣніе“, съ примѣчаніемъ, касающимся письма проф. Снешрева въ редакцію газеты „Медицина“.

Пренія въ февральскомъ засѣданіи подъ предсѣдательствомъ проф. А. М. Макъева приняли на столько острый, личный характеръ, что о выясненіи вопроса съ научно-практической точки зрѣнія не могло быть и рѣчи¹⁾. Вотъ почему, не убѣдившись и послѣ дебатовъ въ засѣданіяхъ московскаго акушерско-гинекологическаго общества и въ медицинской прессѣ въ рациональ-

¹⁾ Докладъ доктора Ремизова, который также напечатанъ въ газетѣ «Медицина» и въ отдѣльной брошюрѣ, вызвалъ громкія знаки неодобренія со стороны присутствовавшей и многочисленной преимущественно врачебной публики послѣ чего засѣданіе было закрыто.

ности операціи, предложенной и произведенной проф. В. О. Снегиревым, я рѣшился перенести обсужденіе вопроса въ Петербургское акушерско-гинекологическое общество.

Операція проф. Снегирева состояла въ томъ, что больной съ атрезіей влагалища и при отсутствіи матки сдѣлано *псевдовлагалище* изъ нижняго отрѣзка прямой кишки. Послѣдняя послѣ предварительной *отсепаровки по всей окружности* отъ прикрѣпленій къ сосѣднимъ органамъ была разрѣзана на высотѣ 3-хъ дюймовъ отъ задняго прохода (стр. 11-я брошюры); на 16-й страницѣ, когда проф. Снегиреву понадобилось доказать мнѣ якобы неправильность моего взгляда въ смыслѣ опасенія возможности разрыва мѣшка, онъ говоритъ, что эти опасенія неосновательны, „ибо кишка на протяженіи $\frac{3}{4}$ окружности не была отсепарована, а потому питаніе ея вполне обезпечено“. Такая неточность описанія уважаемаго профессора ставитъ въ большое затрудненіе читателя, желающаго отнестись критически къ его операціи ¹⁾.

Послѣ перерѣзки кишки, говоритъ В. О. Снегиревъ, верхняя часть нижняго отрѣзка, по завороченіи слизистой внутрь, была сшита непрерывнымъ швомъ и поставлена на свое первоначальное мѣсто (этимъ сшиваніемъ, такъ сказать, образованъ сводъ, или куполъ вновь образованнаго влагалища). Верхній же отрѣзокъ recti, по дальнѣйшемъ отсепарованіи отъ пузыря и окружающихъ частей, опущенъ внизъ и шитъ на мѣстѣ удаленной копчиковой кости.

На 14-я сутки послѣ этой операціи „приступлено къ образованію *rimae pudendorum*. Введенъ ножъ въ первоначальное заднепроходное отверстіе и оно разсѣчено черезъ всю толщю кольца по средней линіи до нижняго края уретры. Послѣ чего слизистая оболочка recti была, при помощи непрерывнаго шва, пришита къ окружающимъ частямъ. Такимъ образомъ, круглая форма заднепроходнаго отверстія приняла щелевидную, продольную форму, окруженную малыми губами, — и сходство съ нормальнымъ входомъ во влагалище стало поразительнымъ“.

Теперь мною описана операція словами самого проф. В. О. Снегирева. Мнѣ дѣлали упрекъ, что я напечаталъ свой критическій взглядъ на операцію, не слышавши ея описанія изъ устъ самого докладчика и не дождавшись появленія ея описанія въ пе-

¹⁾ Въ моемъ докладѣ (Мед. Обозр. № 2) я говорилъ: «скорѣе можно думать, что мѣшокъ сморщится, атрофируется, такъ какъ на него возложена теперь функція, не предназначенная ему природою».

чати. *Первый* упрекъ считаю несущественнымъ потому, что г.г. члены акушерско-гинекологическаго общества, бывшіе въ заѣзданіи, передали мнѣ ее совершенно точно, а *второй* потому, что до сихъ поръ по какой то странной случайности мы еще не видали печатныхъ докладовъ проф. В. О. *Снегирева*, хотя казуистическій матерьялъ, предлагаемый лично имъ вниманію общества довольно обилень ¹⁾. Кромѣ того я считалъ несущественнымъ для дѣла подробности операціи, такъ какъ возражалъ главнымъ образомъ съ *принципіальной точки зрѣнія* и считалъ операцію, противорѣчащею принципамъ хирургіи.

Въ числѣ причинъ *предубѣжденія публики противъ хирурговъ*, проф. *Vernueil* ²⁾ приводитъ *pruritus secandi*, которымъ страдаютъ нѣкоторые изъ нихъ, т. е. что они слишкомъ часто оперируютъ, стало быть и тогда, когда операція ни къ чему не ведетъ. Исходя изъ принциповъ хирургіи, изложенныхъ *Vernueil* емъ, я говорилъ, что главная задача хирурга состоитъ въ терапевтическомъ успѣхѣ той или другой операціи. Возстановленіе физиологическихъ функцій того или другаго органа, удаленіе условий, мѣшающихъ его отправленіямъ и наконецъ удаленіе опухолей и новообразованій, угрожающихъ жизни или здоровью, будутъ составлять главныя задачи хирурга. Если необходимость заставляетъ удалить какой либо органъ, причемъ другой можетъ его хотя нѣсколько замѣнить вслѣдствіе приспособляемости организма, то конечно операція, при такихъ условіяхъ, наиболѣе удовлетворитъ хирурга. Стремленіе—возложить функцію одного отсутствующаго органа на другой—можетъ потребовать нѣкотораго изуродованія, но только въ такомъ случаѣ, если это послѣднее не превзойдетъ неудобствъ перваго и если это дѣйствительно можетъ привести къ удовлетворительнымъ результатамъ.

Въ моемъ первомъ докладѣ я высказалъ мало вѣроятное предположеніе, что мужъ останется доволенъ операціею, и обратилъ главное вниманіе на то, что выиграла отъ операціи жена. По моему мнѣнію, больная, не выигравши ничего въ смыслѣ супружескаго сожителства, — вмѣстѣ съ тѣмъ утратила способность удерживать газы и каловыя массы, особенно въ жидкомъ ихъ состояніи, потому что во вновь образованномъ заднепроходномъ отверстіи нѣтъ сфинктера и нѣтъ надежды, чтобы какія либо на-

¹⁾ На этотъ несудобный *порядокъ, принятый въ обществѣ*, я уже указывалъ въ моемъ второмъ докладѣ (Мед. Обзор. № 6).

²⁾ См. «Врачъ» № 33, 1885.

ходящіяся здѣсь мышцы могли бы его замѣнить. Непроизвольное же выдѣленіе газовъ и экскрементовъ сдѣлаетъ женщину неприятной и для окружающихъ, а въ неразвитомъ классѣ можетъ вызвать насмѣшки и сдѣлать ей жизнь невыносимою.

Затѣмъ, имѣя въ виду цѣль супружества, состоящаго въ продолженіи рода, я сказалъ, что и этой цѣли операція не удовлетворяетъ и что она послужила только къ доставленію возможности супружескаго сожителства неестественнымъ путемъ, потому что, съ какой бы стороны ни разсматривать вопроса, coitus будетъ все таки происходить путемъ педерастіи (т. е. coitus per anum).

Вотъ два возраженія противъ операціи, которыя были сдѣланы въ моемъ докладѣ и на которыя я позволю себѣ обратить вниманіе общества.

Что касается до послѣдняго возраженія, то на стр. 3-й своей брошюры проф. *Снегиревъ* говоритъ, что я его обвинялъ въ уголовномъ преступленіи. Думаю, однако, что это просто полемическій пріемъ, такъ какъ изъ моего доклада видно только то, что я хотѣлъ доказать, что операція, предложенная и произведенная проф. *Снегиревымъ*, есть хирургическое узлеченіе, т. е. неумѣніе ориентироваться въ тѣхъ послѣдствіяхъ, къ которымъ приведетъ операція.

Если мы посмотримъ учебники Суд. Медицины ¹⁾, то увидимъ, что подъ словомъ *педерастія* подразумѣвается вообще coitus per anum, при чемъ все равно, происходитъ ли этотъ процессъ съ мужчиной или женщиной, хотя въ первомъ случаѣ примѣняется еще выраженіе *мужеложство*.

На 15-й стр., проф. *В. О. Снегиревъ* обвиняетъ меня въ незнаніи, въ нелогичности, поверхностномъ сужденіи и легкомысліи на томъ основаніи, что я примѣнилъ слово педерастія къ его случаю. Онъ даже остритъ по этому поводу и говоритъ, что по моей логикѣ, если у женщины будетъ произведенъ colporcleisis, а супругъ будетъ продолжать сношенія per urethram или per anum, то цѣль операціи была или уретрорастія или педерастія, затѣмъ, что если искусственно возстановленное влагалище будетъ образовано изъ кожи ягодицы или сосѣднихъ участковъ кожи, то по той же логикѣ цѣлью операціи была дерморастія и т. д. Изъ этихъ разсужденій уважаемаго профессора видно, что онъ не уяснилъ себѣ слова *педерастія*, которое въ буквальномъ переводѣ означаетъ эротическую, т. е. плотскую любовь къ мальчикамъ. (παῖς—маль-

¹⁾ См. напр. Учебникъ Гофмана.

чикъ, юноша, отрокъ и ἐράω—любить страстно, питать эротическую любовь. По Рейхлиповскому произношенію слово παῖς произносится pes—pedos). Основываясь на этомъ, я предоставляю судить другимъ, на сколько вышесказанныя выраженія профессора относительно меня справедливы.

Я уже выше сказалъ, что если хирургъ возлагаетъ функцію одного отсутствующаго органа на другой, то необходимо, чтобы этотъ послѣдній, хотя отчасти замѣнилъ его больному, въ смыслѣ удовлетворенія въ немъ потребности. Имѣя въ виду цѣль супружества, состоящую въ продолженіи рода, законы предусматриваютъ это и, какъ причину развода, на первомъ планѣ ставятъ неспособность одного изъ супруговъ къ брачному сожителству; отсюда слѣдуетъ, что такою причиною служить и прирожденное отсутствіе половыхъ органовъ.

На это второе мое возраженіе проф. В. Θ. Снегиревъ возразилъ мнѣ, что онъ не зналъ о существованіи такого закона и что если таковой и есть, то процедура развода слишкомъ длинна и дорога и, наконецъ, что операція его во всякомъ случаѣ все это укорачиваетъ и удешевляетъ (см. Мед. Обзор. № 6). Другое доказательство, приведенное въ томъ же засѣданіи и напечатанное на стр. 10-й брошюры, состоитъ въ томъ, что папа *Бенедиктъ XII* разрѣшилъ coitus ad instar bestiarum въ одномъ случаѣ супружества, гдѣ у жены была прирожденная атрезія рукава.

Смѣю надѣяться, что такіе доводы въ пользу операціи не только неубѣдительны, но и лишены всякаго научнаго значенія.

Вообще я полагаю, что *никогда задачей врача не можетъ быть доставленіе возможности неестественнаго супружескаго сожителства*. Напротивъ, всѣ оперативныя приемы должны быть направлены къ поддержанію и *дѣйствительному* возстановленію физиологическихъ функцій, а потому, не смотря на *поразительное* наружное сходство вновь образованнаго псевдовхода въ рукавъ, указываемаго проф. *Снегиревымъ*, я все таки думаю, что образованіе мѣшка изъ нижняго отрѣзка прямой кишки представляетъ собою стремленіе къ доставленію возможности только *кажущагося* естественнаго сожителства.

Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться съ проф. *Breisky'mъ* ¹⁾, который говоритъ: „встрѣчающіяся въ казуистикѣ тамъ и сямъ попытки произвести искусственныя влагалица въ случаяхъ, гдѣ не имѣется развитой матки не только не удались въ

¹⁾ Krankh. der vaginae, стр. 16.

практикѣ, но также ошибочны и по своему намѣренію образоватъ органъ для coitus тамъ, гдѣ о зачатіи не можетъ быть и рѣчи“.

Для того, чтобы покончить съ этой стороной вопроса я скажу, что едва ли можно говорить и томъ, что больная можетъ совершать актъ coitus'a, какъ это говорить на стр. 14-й своей брошюры проф. В. О. Снегиревъ. Объ этомъ *актъ* могла бы быть рѣчь въ томъ случаѣ, если бы вновь образованное псевдовлагалище было соединено съ нервными половыми центрами, что конечно невозможно. Нужно думать, что такіе центры едва ли и существуютъ при прирожденномъ отсутствіи половыхъ органовъ и вѣроятно приводящихъ и отводящихъ нервовъ, на что указываетъ не только отсутствіе стремленія къ супружескому сожителству такихъ субъектовъ, но даже отвращеніе къ нему, что испытывала и больная проф. Снегирева (стр. 5-я).

И такъ, по моему мнѣнію, больная, не выигравши ничего въ смыслѣ супружескаго сожителства, утратила способность удерживать газы и каловыя массы, особенно если онѣ будутъ въ жидкомъ видѣ. Поведетъ ли раздраженіе сфинктера ani (или теперешняго псевдовхода въ рукавъ) къ позывамъ на низъ, покажетъ будущее. Теоретически же и теперь можно сказать, что при трени о стѣнки псевдорукава газы и вѣроятно каловыя массы будутъ выжиматься изъ прилегающей къ ней кишки.

Изъ всего сказаннаго для меня, по крайней мѣрѣ, ясно, что не смотря на удачное исполненіе операціи, котораго конечно можно достигъ далеко не всегда, результатъ ея равняется нулю для женщины въ смыслѣ супружескихъ отношеній и составляетъ громадный дефицитъ относительно нормальныхъ отправленій ея кишечнаго канала.

Относительно послѣдняго вопроса мы встрѣчаемся съ большими неточностями или противорѣчіями со стороны проф. В. О. Снегирева. Во время дебатовъ 29 января онъ подтвердилъ недержаніе газовъ и жидкихъ испражнений послѣ операціи у его больной; въ засѣданіи 27 февраля онъ сказалъ, что больная не удерживаетъ только газовъ, а затѣмъ получилъ якобы письмо отъ больной крестьянки, въ которомъ она его «извѣщаетъ, что удерживаетъ не только жидкіе и твердые экскременты, но и вѣтры, и можетъ совершать актъ coitus'a» (стр. 14).

Нѣсколько выше проф. Снегиревъ говоритъ, что «при повторныхъ изслѣдованіяхъ и промываніяхъ вновь образованнаго влагалища ни испраженіе, ни газы не выходили изъ вновь образованнаго заднепроходнаго отверстія». Это заявленіе относится

ко времени пребыванія больной въ клиникѣ, при чемъ на стр. 13-й мы читаемъ, что больная выписалась изъ нея 13-го декабря.

Такимъ образомъ эта выписка произошла приблизительно за шесть недѣль до того, когда проф. *Снегиревъ* утверждалъ, что его больная не удерживаетъ еще газовъ и жидкихъ испражнений, и за 2¹/₂ мѣсяца до того, когда говорилъ, что больная не удерживаетъ только газовъ. Изъ этого можно сдѣлать или довольно невѣроятное предположеніе, что больная сначала удерживала газы и испраженія, затѣмъ перестала ихъ удерживать, а потомъ снова приобрѣла эту способность, или же, что описаніе этихъ важныхъ симптомовъ невѣрно.

Во всякомъ случаѣ больная съ операцией, впервые на ней произведенной, представляетъ такой интересъ, что заслуживала быть демонстрированной въ обществѣ.

На стр. 15-й проф. *В. О. Снегиревъ* дѣлаетъ заключеніе, что его операція мною извращена по незнанію или умышленно, такъ какъ можно подумать, «что будто онъ (проф. *Снегиревъ*) произвелъ гдѣ-то *anus praeternaturalis*». Изъ этого слѣдуетъ, что уважаемый профессоръ вполне убѣжденъ, что пересадивши верхній отрѣзокъ перерѣзанной имъ кишки во вновь сдѣланное отверстіе позади естественнаго задняго прохода онъ произвелъ *anus naturalis*, а изъ нижняго отрѣзка—естественное влагалище и входъ въ него. Это опять таки указываетъ на увлеченіе проф. *Снегирева*, потому что всякому ясно, что вновь образованный задній проходъ не естественный, а противуестественный.

Для того, чтобъ закончить вопросъ о вновь образованномъ заднепроходномъ отверстіи, нужно сказать, что въ дебатахъ по этому вопросу принималъ участіе д-ръ *А. П. Губаревъ*.

Въ засѣданіи 29 января я говорилъ, что *sphincter ani tertius*, какъ отдѣльная мышца не существуетъ и выразился во время дебатовъ, что она есть мифъ. Тогда *А. П. Губаревъ* сказалъ мнѣ, что она существуетъ и что нельзя ссылаться въ специальномъ вопросѣ на учебники (?), а что нужно изучать вопросъ по специальнымъ брошюрамъ.

Вмѣсто руководства анатоміи проф. *Д. Н. Зернова* и *Нуртѣя*, на которыя я ссылался, *А. П. Губаревъ* указалъ на атласъ *Н. И. Пирогова*, гдѣ этотъ *sphincter* видѣнъ якобы на всѣхъ рисункахъ, и на сочиненіе *Otis'a*. Оказалось, что въ атласѣ *Н. И. Пирогова*, на громадномъ большинствѣ рисунковъ ничего подобнаго сфинктеру нѣтъ, а на нѣкоторыхъ есть что-то въ родѣ складокъ, которыя можно принять за распилъ кишечной стѣнки. Нигдѣ ни

одной цифры или буквы около этих складок нѣтъ, что указываетъ на то, что *Н. И. Пироговъ* не придавалъ имъ особаго значенія, хотя я очень сожалѣлъ, что никогда не могъ достать текста къ его атласу.

Въ своемъ докладѣ 27 февраля *А. П. Губаревъ*, предпославши извѣстные всѣмъ взгляды на развитіе знаній вообще, перешелъ наконецъ къ работѣ *Otis'a* и привелъ текстъ къ атласу *Н. И. Пирогова*, которыми хочетъ доказать свое воззрѣніе на *sphincter ani tertius*.

Не нашедши нигдѣ указаній, что этотъ сфинктеръ дѣйствительно существуетъ въ видѣ отдѣльной мышцы, *А. П. Губаревъ* повелъ дѣло иначе и доказываетъ въ своемъ докладѣ то, о чемъ никто не спорить.

Дѣлаю выписку изъ доклада его-же собственными словами (стр. 24-я):

«Въ работѣ *Otis* (*W. J. Otis. Anatomische Untersuchungen am menschlichen Rectum und eine neue Methode der Mastdarminsection. 1887*), на которую я ссылаюсь въ прошломъ засѣданіи по поводу высказаннаго *А. Н. Соловьевымъ*, — вопросъ этотъ настолько исчерпанъ, что ссылка на одинъ этотъ трудъ уже избавляетъ отъ цитированія многочисленныхъ авторовъ, которые о немъ трактуютъ.—*Sphincter ani tertius* не есть какая либо мышца, въ родѣ *sphincter ani externus* или *internus*; это есть цѣлый комплексъ приспособленій, который по физиологическому своему дѣйствию называется сфинктеромъ».

Думаю, что уже одной этой выписки совершенно достаточно для того, чтобы убѣдиться въ правильности того, что мною высказано въ засѣданіи 29 января, т. е. что *sphincter ani tertius*, какъ отдѣльная мышца, не существуетъ. Что касается до текста къ атласу *Н. И. Пирогова*, то *А. П. Губаревъ* приводитъ слѣдующую выписку: *plica semilunaris membranae mucosae recti, quae etiamsi intestinum aëre extensum est in caveam ipsius falcis instar valde prominet.* (Что значитъ: полулунная складка слизистой оболочки recti, которая сильно выдается въ просвѣтъ на подобіе серпа даже въ растянутомъ воздухомъ состояніи). Неужели и это доказательство въ пользу существованія *sphincter'a ani tertius*, о которомъ *А. П. Губаревъ* упомянулъ въ январскомъ засѣданіи?

Что касается до того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ резекціи прямой кишки наблюдалось задерживаніе больными экскрементовъ, то объ этомъ никто не спорилъ. Вопросъ касался только того, можно-ли дѣлать *anus practernaturalis* безъ особыхъ къ тому

показаній и особенно въ случаяхъ неподходящихъ и въ видѣ опыта на живомъ субъектѣ. Понятно, что о гуманности подобной операціи не можетъ быть и рѣчи, если отнестись къ ней безпристрастно и безъ увлеченій. Мнѣ кажется, что образование anus praeternaturalis представляетъ изъ себя операцію, которую можно дѣлать только при жизненныхъ къ ней показаніяхъ. При производствѣ операціи, предложенной проф. В. О. Снегиревымъ, врачъ никогда не можетъ поручиться за то, что газы и кишечныя выдѣленія будутъ выдѣляться больными произвольно. Въ описаніи мы, къ сожалѣнію, не встрѣчаемъ способа измѣренія перерѣзки прямой кишки на 3 дюйма выше задняго прохода, что конечно весьма важно при обсужденіи послѣдствій; мы дѣйствительно не знаемъ, была ли она перерѣзана въ вытянутомъ состояніи или же мѣсто перерѣзки было намѣчено предварительно.

Теперь перейдемъ ко *второму показанію проф. В. О. Снегирева* къ предложенной и произведенной имъ операціи, а именно *въ случаяхъ прирожденной атрезіи фукава при развитой маткѣ и яичникахъ*, о чемъ онъ говорилъ въ январскомъ засѣданіи. Тогда же я ему возражалъ, что и въ этихъ случаяхъ операція *не показана*, потому что зачатіе и роды здѣсь невозможны, такъ какъ прирожденная атрезія рукава обыкновенно наблюдается съ одновременнымъ отсутствіемъ матки или рудиментарнымъ ея развитіемъ.

Въ слѣдующемъ засѣданіи 27 февраля въ доказательство сказаннаго мною я привелъ учебники Klob'a, Klebs'a и Breisky'аго ¹⁾. Проф. В. О. Снегиревъ тоже хотѣлъ привести *громадную* литературу въ пользу своего воззрѣнія, т. е. что прирожденные атрезіи встрѣчаются съ нормально развитой маткой и яичниками, но этого не сдѣлалъ изъ опасенія навести тоску, какъ онъ самъ выразился въ этомъ засѣданіи. Думаю, что такой полемическій приемъ далеко не убѣдителенъ.

Послѣ этихъ дебатовъ *профессоръ* измѣнилъ свое *главное показаніе*, такъ какъ на стр. 15-й брошюры, онъ пишетъ:

„Я достаточно разъяснилъ недоказательность брошенныхъ мнѣ обвиненій и, оканчивая эту статью, укажу на главную цѣль предложенной мною операціи.

„Я уже говорилъ, что при временномъ отсутствіи влагалища внутренніе половые органы, т. е. матка, яичники и трубы могутъ быть развиты, что можетъ образоваться гематометра, что, при

¹⁾ См. подробности Мед. Обзор. № 6.

возстановленіи сообщенія между маткой и внѣшнимъ міромъ, можетъ воспослѣдовать беременность и роды, и что въ настоящее время таковыя случаи гематометры лечатся удаленіемъ матки и ея придатковъ *per laparotomiam*. Отсюда понятно, что *главная существенная цѣль* предлагаемой операціи есть полное возстановленіе капитальной функціи женщины—зачатія и дѣторож, денія, въ замѣнь прочно установленной, въ настоящее время-опасной операціи для жизни и безусловно лишаящей женщину способности дѣторожденія.

„Всякому опытному гинекологу и хирургу ясно, что соединить такое искусственное влагалище съ маткой, а въ особенности съ растянутой (haematometra), не составитъ особеннаго труда; стоитъ только припомнить легкость прокола и соединенія матки съ прямой кишкой въ подобныхъ условіяхъ.

„И такъ, смѣю надѣяться, говоритъ проф. В. О. Снегиревъ, что цѣль предлагаемой операціи—образованіе искусственнаго влагалища—есть высокогуманная и не заслуживаетъ названія операціи „для педерастіи“.

Я нарочно привелъ слова самого проф. Снегирева, изъ которыхъ видно, какое затрудненіе является при научно-критическомъ разборѣ его *главнаго показанія* къ операціи при предполагаемыхъ еще условіяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, формулировка этого главнаго показанія крайне неясна, потому что мнѣ по крайней мѣрѣ не понятно, что хотѣлъ высказать проф. В. О. Снегиревъ словами: *временное отсутствіе влагалища*.

Мой докладъ, вызвавшій полемику, касался только операціи, произведенной на женщинѣ съ прирожденнымъ отсутствіемъ ружкава и матки, слѣдовательно съ цѣлью дать возможность coitus'a *per anum*. Теперь же оказывается, что главная цѣль операціи другая, т. е. что больная служила какъ бы въ видѣ опыта, потому что операція была произведена на живомъ и неподходящемъ субъектѣ.

Эти колебанія въ показаніяхъ къ операціи, мнѣ кажется, ясно доказываютъ, что *предложеніе и производство ея принадлежитъ къ хирургическимъ увлеченіямъ въ гинекологию, что я и стремился доказать въ моемъ первомъ докладѣ.*¹⁾

¹⁾ Къ брошюрѣ приложено еще заявленіе М. М. Ремизова, на которое выпала очень *неблагодарная роль*. Изъ этого заявленія видно, что г.г. Снегиревъ, Губаревъ и Ремизовъ перепутали докладъ съ *дебатами*, при чемъ въ одномъ мѣстѣ, именно на стр. 30-й д-ръ Ремизовъ дѣлаетъ восклицаніе:

Теперь я позволю себѣ резюмировать мои возраженія на операцію, предложенную и произведенную проф. В. Θ. Снегиревым:

1) Операція проф. Снегирева не имѣетъ показаній въ случаяхъ прирожденной атрезіи рукава, тотому что больная не только ничего не выигрываетъ въ смыслѣ акта coitus'a, съ цѣлью возможности котораго и произведена операція, но получаетъ *apud praeternaturalis* со всѣми его послѣдствіями. При этой операціи врачъ никогда не можетъ поручиться, что больная будетъ удерживать газы и экскременты.

2) Никогда задачей врача не можетъ быть доставленіе возможности противуестественнаго сожителства (coitus).

3) Второе предполагаемое и главное показаніе къ операціи сформулировано неясно, а потому и обсужденіе его съ научной точки зрѣнія представляется затруднительнымъ, такъ какъ непонятно, что подразумѣваетъ проф. Снегиревъ подъ именемъ *временнаго отсутствія влагалища*.

4) Если главное и неясное показаніе къ операціи представляется еще въ будущемъ, то произведенная уже на больной при неподходящихъ условіяхъ, она сводится къ простому опыту на живомъ и не подходящемъ субъектѣ, что едва ли заслуживаетъ названія высокой гуманности.

5) Упрекая меня въ легкомысліи и пр., по поводу примѣненнаго мною выраженія — *недерастія*, проф. Снегиревъ поступилъ неосновательно, потому что, если бы онъ справился въ учебникахъ Суд. Медицины о значеніи слова *недерастія*, то увидалъ бы во 1-хъ, что это слово мною примѣнено правильно и, во 2-хъ, самъ не сталъ бы дѣлать неподходящихъ сравненій.

6) Что касается до отрицанія мною sphincter'a ani tertius, какъ отдѣльной мышцы, на которую можно всегда разсчитывать при операціи проф. В. Θ. Снегирева, то, возражая мнѣ, А. П. Губаревъ только подтвердилъ высказанное мною мнѣніе.

Въ заключеніе я позволю себѣ сказать, что если я возсталъ противъ предложенной и произведенной проф. В. Θ. Снегиревымъ операціи, то имѣлъ на это свои основанія. Я крайне сожалѣю, что мои возраженія были приняты не въ смыслѣ желанія уяснить вопросъ какъ для себя, такъ можетъ быть и для дру-

неосторожно! Когда онъ доканчивалъ свою рѣчь, то, со стороны присутствовавшей въ засѣданіи многочисленной—преимущественно врачебной—публики, раздались *сильные знаки неодобренія*... Мнѣ можно бы было сказать по адресу д-ра Ремизова: *неосторожно!*

гихъ. Этимъ конечно объясняется и тотъ страстный личный характеръ съ распредѣленіемъ ролей между проф. *Снегиревымъ* и его ассистентами, который приняли дебаты въ московскомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ.

Всякому человѣку свойственно ошибаться, а потому, считая и себя въ числѣ таковыхъ, я рѣшился перенести обсужденіе вопроса на нейтральную почву, т. е. въ Петербургское акушерско-гинекологическое общество. Можетъ быть, я дѣйствительно ошибаюсь въ своемъ критическомъ взглядѣ на операцію проф. *Снегирева*. Само собою разумѣется, что если мнѣ это будетъ доказано, то я первый сознаюсь въ своемъ заблужденіи, такъ какъ истина, какъ бы она не была непріятна съ личной точки зрѣнія, все таки останется истиной. Только ради этой послѣдней я и пріѣхалъ сюда изъ Москвы.

А. Р. Фишеръ сказалъ: Способъ образованія искусственного влагалища, предложенный и осуществленный на дѣлѣ проф. *В. Ф. Снегиревымъ*, какъ всякій новый лечебный пріемъ, на мой взглядъ, долженъ быть разсматриваемъ и оцѣняемъ съ 3 важнѣйшихъ точекъ зрѣнія: 1) показаній, 2) техники и 3) достигаемыхъ терапевтическихъ результатовъ. Что касается до вопроса о показаніяхъ, то въ данномъ случаѣ самаго важнаго явленія, которое всего чаще и всего настоятельнѣе требуетъ устраненія всякаго рода гинатрезій, а именно скопленія мѣсячныхъ кровей выше атрезіи, не было вслѣдствіе совершенно зачаточнаго состоянія всего полового прибора больной, благодаря которому, конечно, не могло быть и рѣчи въ разбираемомъ случаѣ о созданіи благоприятныхъ условій для зачатія. Остается только одинъ поводъ къ оперативному вмѣшательству: невозможность половых сношеній. Право гражданства этого показанія, какъ извѣстно, многими отрицается и во всякомъ случаѣ остается спорнымъ. Но, какъ бы то ни было, настойчивыя требованія самой больной до извѣстной степени оправдываютъ произведенную проф. *Снегиревымъ* operation de complaisance, какъ клиническій опытъ. Обращаясь затѣмъ къ технике операціи, нельзя не признать, что она очень сложна: въ первый сеансъ—вылущеніе копчика, отдѣленіе на значительномъ протяженіи прямой кишки, перерѣзка ея, зашиваніе наглухо верхняго конца нижняго отрѣзка, вшиваніе верхняго отрѣзка въ разрѣзъ на мѣстѣ удаленнаго копчика, затѣмъ черезъ двѣ недѣли второй сеансъ—пластическая операція съ цѣлью создать нѣчто похожее на rima pudendorum et introitus vaginae, — весь этотъ комплексъ руководѣній представляетъ много немаловажныхъ трудностей, не будучи въ то же время вполне обезпеченъ отъ возможности пораненія прямой кишки на нежелательномъ мѣстѣ, мочевого пузыря и даже брюшины Douglas'ова пространства—недостатковъ, присущихъ прежнимъ оперативнымъ пріемамъ искусственнаго восстановленія влагалища. Другими словами, новый способъ проф. *Снегирева*, не представляя *техническихъ* преимущ-

щество передъ прежними способами, гораздо сложнѣе ихъ. Д-ръ *Фишеръ*, по крайней мѣрѣ затруднился бы найти въ способѣ проф. *Снегирева* какія либо преимущества, хотя бы передъ способами пересадки (трансплантации), примененными *B. Credé* (Arch. f. Gynäk., 1883, Bd. XXII, стр. 229), *Otto Küstner*’омъ (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1890, Bd. XVIII, стр. 145) или *Swiecicki*’мъ (Nowiny lekarskie, 1891, № 9; рефер. въ Nouv. archives d’obst. et de gynéc. 1892, № 3, стр. 141). Не говоря уже о *B. Credé*, пересадившемъ въ искусственно возстановленное влагалище кожный лоскутъ съ большой губы, *Küstner*, какъ извѣстно, еще въ 1888 г. въ одномъ случаѣ приобрѣтенной атрезіи рукава, наблюдавшемся въ Дерптской клиникѣ, проложилъ себѣ обычнымъ образомъ путь черезъ сплошную рубцевую ткань къ маткѣ и пересадилъ въ образованный такимъ образомъ каналъ нѣсколько кусковъ слизистой оболочки тонкой кишки, только что вырѣзанной у одного больного въ сосѣдней хирургической клиникѣ; затѣмъ, вслѣдствіе неполнаго успѣха онъ спустя нѣкоторое время дополнилъ операцію, пересадивъ нѣсколько кусочковъ влагалищной слизистой оболочки, полученной имъ отъ другой больной при кольпорافیи. *Swiecicki* съ тою же цѣлью съ успѣхомъ воспользовался слизистой оболочкой тонкой кишки кролика. Къ сожалѣнію, эти наблюденія пока остаются единичными, но полученные результаты заставляютъ думать, что дальнѣйшее примѣненіе указанныхъ способовъ пересадки представитъ благодарную почву для оперативной техники въ рукахъ опытныхъ хирурговъ; во всякомъ случаѣ эти способы много проще способа *В. Ф. Снегирева*. Наконецъ, остается сказать нѣсколько словъ о достигнутыхъ проф. *Снегиревымъ* терапевтическихъ результатахъ. Мѣшокъ для введенія полового члена дѣйствительно образованъ; этотъ эффектъ операціи безспоренъ. Но окупается ли этимъ результатомъ та утрата, которую съ этою цѣлью пришлось нанести прямой кишкѣ? *Клиническое наблюденіе* гласитъ, что черезъ два мѣсяца послѣ операціи, какъ пишетъ самъ проф. *Снегиревъ*, больная «твердыя испраженія задерживаетъ и жидкія немного можетъ удерживать. газы же не можетъ держать»; затѣмъ черезъ 4½ мѣсяца послѣ операціи *больная пишетъ*, что она «удерживаетъ не только твердые и жидкіе экскременты, но и вѣтры». Не имѣя ни малѣйшаго основанія заподозрить больную въ сознательной неправдивости, *А. Р. Фишеръ* всё таки невольно склоненъ придавать большую цѣну *объективному* клиническому наблюденію, чѣмъ *словамъ* мало интеллигентной больной. Быть можетъ, конечно, что въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ оперированная такъ или иначе приспособилась къ отсутствію жома задняго прохода; какого рода эти уравновѣшивающія приспособленія, какую роль при этомъ играетъ такъ называемый третій жомъ, *А. Р. Фишеръ*, какъ не анатомъ, не берется судить. Но кто же изъ гинекологовъ не знаетъ, что при полныхъ разрывахъ промежности, даже и неособенно глубокихъ, второй степени, какъ постоянное явленіе наблюдается недержаніе жидкихъ испражнений и кишечныхъ газовъ? Признавая даже, что въ случаѣ проф. *Снегирева* больная, дѣйствительно, вполне удерживаетъ содержимое кишки, *А. Р. Фишеръ* думаетъ, что

можно только поздравить оператора съ такимъ неожиданно-блестящимъ результатомъ въ данномъ случаѣ, но это не даетъ еще права возводить столь счастливый исходъ въ общее правило. Повторяю, замѣтилъ *А. Р. Фишеръ*, что имѣвшіеся въ нашемъ распоряженіи до этого оперативные приемы и технически проще, и по результатамъ менѣе рискованны, чѣмъ новый способъ образованія искусственнаго влагалища проф. *В. Ф. Снегирева*.

Проф. *Е. В. Павловъ* сказалъ: операцію, выполненную проф. *Снегиревымъ*, нельзя считать ни анатомически, ни практически оправдываемой. Она есть только экспериментъ. Опытъ учить, что уже разсѣченія свищей прямой кишки въ извѣстныхъ размѣрахъ даютъ условія для недержанія газовъ и жидкихъ испражнений, даже когда разсѣкается сжимающій аппаратъ въ одномъ направленіи. Страдальцамъ приходится помогать себѣ сжиманіемъ ягодицъ. Нельзя упускать изъ виду еще одно обстоятельство, которое могло и въ данномъ случаѣ способствовать указанному временному относительно хорошему самочувствію больной, а именно исправность кишечнаго тракта въ смыслѣ правильности пищеваренія и отсутствія вздутія кишечника газами. Самое же главное, чѣмъ можетъ осложниться притягиваніе и пришиваніе верхняго отрѣзка гесті—это (судя по аналогіи съ производимыми вырѣзываніями нижняго отдѣла прямой кишки при различныхъ хирургическихъ заболѣваніяхъ ея) послѣдовательное и постепенно развивающееся служеніе новаго задне-проходнаго отверстія. Проблематичный 3-ій сфинктеръ тогда не помогаетъ удерживать газы и жидкія испражнения, а твердыя каловыя массы *съ трудомъ удаляются* черезъ узкое и мало-растяжимое наружное кольцо на мѣстѣ рубцевого спая кишки съ кожными покровами.

В. И. Штолцъ замѣтилъ: Соглашаясь вполнѣ со всѣмъ, что сказано д-ромъ *Фишеромъ*, я позволю себѣ прибавить только нѣсколько словъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія. Законъ даетъ право требовать развода если одинъ изъ супруговъ неспособенъ къ супружескому сожитію; но законъ не обязываетъ лицо, имѣющее это право, непременно пользоваться имъ. Далѣе, законъ преслѣдуетъ ненормальное совокупленіе черезъ задній проходъ даже и съ нормальной женщиной; но не думаю, чтобы можно было обвинять супруга, совершающаго соитіе черезъ задній проходъ, когда для нормальнаго совокупленія нѣтъ нормальныхъ органовъ. Слѣдовательно, операція, производимая ради огражденія супруга отъ отвѣтственности за ненормальное соитіе при отсутствіи влагалища, не имѣетъ основанія—тѣмъ болѣе, что не зачѣмъ дѣлать новаго, не удовлетворяющаго цѣли дѣторожденія отверстія, подвергая жизнь и здоровье больной опасности, когда имѣется уже нормальное отверстіе того-же значенія.

Д. О. Оттъ сказалъ: При оцѣнкѣ и сужденіи о всякомъ, особенно же новомъ оперативномъ приѣмѣ, предлагаемомъ въ отдѣльномъ случаѣ, нужно строго различать двѣ стороны вопроса: принципиальную и индивидуальную.

Основательно разбирать отдѣльный случай, какъ таковой, можно очевидно лишь тогда, если хорошо извѣстно состояніе больной до и послѣ примѣнен-

наго оперативнаго лѣченія, если лично имѣлъ возможность обьизслѣдовать больную или если по крайней мѣрѣ имѣется въ распоряженіи подробная исторія болѣзни. Такъ какъ по поводу упоминаемаго докладчикомъ случая мы не располагаемъ ни тѣмъ ни другимъ, то очевидно и не представляется возможнымъ сдѣлать основательной оцѣнки ни самаго случая, ни результатовъ примѣненнаго лѣченія. На основаніи же только что слышаннаго и тѣхъ недостаточныхъ данныхъ, которыя проникли въ печать, можно развѣ лишь только вынести впечатлѣніе, что наличныхъ данныхъ было недостаточно въ смыслѣ установки показанія и оправданія выполненной операціи.

Несравненно интереснѣе, мнѣ кажется, принципиальная сторона вопроса и въ этомъ отношеніи я бы не позволилъ себѣ безъ оговорки забраковать цѣликомъ весь методъ. Можетъ быть во всѣхъ своихъ деталяхъ по примѣненію къ данной больной весь методъ и не представляется достаточно обоснованнымъ, но нельзя не согласиться, что предложенный проф. *Снегиревымъ* способъ очень оригиналенъ и что во всякомъ случаѣ эта его сторона заставляетъ отнестись къ нему крайне осмотрительно и сдержанно. Въ исторіи медицины извѣстно не мало такихъ примѣровъ, гдѣ въ началѣ то или иное предложеніе или операція казались совершенно нераціональными и служили поводомъ (какъ это въ послѣдствіи обнаружилось) къ самымъ неосновательнымъ нападкамъ. Правда, врядъ ли можно предположить, чтобы способъ проф. *Снегирева* нашелъ подражателей въ томъ видѣ и при тѣхъ условіяхъ, какъ онъ былъ выполненъ авторомъ; — тѣмъ не менѣе однако нельзя не допустить, что можетъ быть нѣкоторыя частности приведеннаго оперативнаго пріема при соответствующихъ видоизмѣненіяхъ окажутся не бесполезными въ подходящихъ случаяхъ. Во всякомъ случаѣ для того, чтобы составить правильныя сужденія о случаѣ, на который ссылается докладчикъ, желательно болѣе подробное и всестороннее описаніе его, а также несравненно болѣе продолжительное наблюденіе за больной, чѣмъ это до сихъ поръ имѣется.

4) *А. Рымша* говорилъ «о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины». Изложивъ вкратцѣ литературу о племенныхъ различіяхъ таза, докладчикъ привелъ среднія величины размѣровъ нормальнаго таза, выведенныя изъ 363 измѣреній, произведенныхъ имъ на русскихъ роженицахъ, разрѣшавшихся въ Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи (ости 24,5, гребни 27,7 вертлюги 31, прямой наружный 19,1, наклонная конъюгата 12,4).—Во 2-ой части своего сообщенія докладчикъ говорилъ о частотѣ (13,5%), видахъ и степеняхъ суженныхъ тазовъ, встрѣтившихся у 400 изслѣдованныхъ имъ роженицъ Заведенія. Въ заключеніи докладчикъ высказалъ нѣсколько соображеній объ этиологій

сбуженнаго таза. Докладъ этотъ напечатанъ въ № 7—8 «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней».

5) *П. Т. Нейштубе* говорилъ «объ употребленіи фізіологическаго раствора NaCl при тяжелой острой анеміи отъ послѣродовыхъ кровотеченій». Докладъ этотъ напечатанъ въ 6-омъ № «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за текущій годъ.

6) *Л. П. Пассоверъ* говорилъ «о морфинизмѣ и вліяніи его на половую сферу». Упомянувши о вліяніи морфія на организмъ вообще, докладчикъ, на основаніи литературныхъ данныхъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ о вліяніи хроническаго отравленія морфіемъ на половую сферу у женщины: а) Половая страсть въ началѣ отравленія морфіемъ и въ концѣ отвыканія отъ него возбуждается, доходя въ нѣкоторыхъ случаяхъ до нимфоманіи; во все же время злоупотребленія она находится въ угнетенномъ состояніи. б) Мѣсячныя становятся неправильными и болѣзненными, а затѣмъ прекращаются или вдругъ, или постепенно. в) Бѣли исчезаютъ. г) Какъ мѣсячныя, такъ и бѣли послѣ отвыканія отъ морфія возвращаются, — иногда съ сильными болями. д) Способность къ зачатію не всегда пропадаетъ, если мѣсячныя еще появляются. е) При морфійной же аменорреѣ беременности не наблюдали. ж) Беременность можетъ протекать правильно, если вприскиваемые суточные количества не превышаютъ 0,5 грм. з) Отвыканіе отъ морфія во время беременности можетъ вызвать выкидышъ. — Приведши далѣе всѣмъ извѣстный случай *Willibald'a Levinstein'a*, въ которомъ подъ вліяніемъ хроническаго отравленія морфіемъ развилась атрофія матки, докладчикъ сообщилъ и свои относящіяся сюда два наблюденія. Въ 1-мъ изъ нихъ, у 29 лѣтней, 1 разъ родившей женщины, лѣчившейся у *Пассовера* съ 8 декабря 1887 г. по 1 іюля 1890 г., на ряду со всѣми остальными припадками хроническаго отравленія морфіемъ и аменорреей, развилась рѣзко выраженная атрофія матки: длина полости послѣдней 8 декабря 1887 г. 8 см., а 1 декабря 1890 г. — 5 см. Женщина эта, умершая отъ волокнистаго воспаленія легкихъ въ октябрѣ 1890 г., довела суточное количество подкожно вводимаго морфія до 13 гранъ. Вторая больная, женщина 30 лѣтъ, 2 раза рожавшая, раньше зло-

употреблявшая опиумъ (до 2 $\bar{3}$ и болѣе въ сутки)—въ послѣдніе 3 года стала впрыскивать себя морфій, суточное количество котораго довела до 35 гранъ. Гинекологическое изслѣдованіе, производившееся неоднократно съ 1888 г., не показало, однако, никакихъ уклоненій отъ нормы. Слѣдуетъ отмѣтить только, что мѣсячныя у данной больной послѣдніе 3 раза сопровождались небольшою болью внизу живота.

«Есть ли это, говорить докладчикъ, дизменоррея, которая, какъ извѣстно, очень часто при морфійномъ злоупотребленіи является переходною ступенію къ аменорреѣ, или просто случайное явленіе, ничего общаго неимѣющее съ морфіемъ, я не могу сказать, равно какъ не могу утверждать, что всякая аменоррея у морфинистокъ непременно является результатомъ начинающейся атрофіи».

В. И. Штольцъ сказалъ: Случаи морфинизма, быть можетъ, и часты, но наблюдать ихъ приходится рѣдко. Я имѣлъ возможность видѣть только двухъ завязавшихъ морфинистокъ. Одна изъ нихъ, которую я наблюдалъ довольно долго, была уже въ климактерическомъ возрастѣ; что же касается до другой, то она жила половой жизнью, но я не видѣлъ у нея ни аменорреи, ни уменьшенія матки; напротивъ, матка, судя по гинекологическому изслѣдованію, была увеличена. Такимъ образомъ ни аменоррею, ни атрофію матки нельзя съ положительностью относить на счетъ морфинизма.

Д. О. Оттѣ замѣтилъ, что сообщенія, подобныя сдѣланному докладчикомъ, цѣнны потому, что такія наблюденія можно имѣть только въ частной практикѣ, такъ какъ, для полученія какихъ либо выводовъ, за больными приходится слѣдить годами, что, разумѣется, въ клиникѣ невозможно.

7) *В. В. Строгоновъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ «*Къ бактериологіи половой сферы у новорожденныхъ дѣвочекъ*». Всѣхъ дѣвочекъ, изслѣдованныхъ въ бактериологическомъ отношеніи, было 33; одна изъ нихъ была изслѣдована 2 раза, непосредственно послѣ рожденія и на 6-я сутки. Такимъ образомъ было произведено 34 изслѣдованія; 16 спустя 24 часа и до 8 сутокъ послѣ рожденія и 18 въ первые пять часовъ жизни. Выводы: а) Влагалище новорожденныхъ дѣвочекъ, какъ правило, не содержитъ микробовъ вовсе непосредственно послѣ рожденія, а слѣдовательно, и во время утробной жизни. б) Въѣдреніе микробовъ происходитъ въ первое время послѣ рожденія и при томъ такъ, что чѣмъ дальше отъ

рождения, тѣмъ менѣе число неимѣющихъ микробовъ въ половыхъ путяхъ; уже послѣ первой ванны большинство дѣвочекъ имѣетъ ихъ во влагалищѣ. в) Условіями, содѣйствующими проникновенію микробовъ въ половой каналъ, служатъ: ванны, смазыванія половыхъ частей масломъ, погруженія въ воду и искусственное дыханіе. г) Предлежаніе ягодицами предрасполагаетъ къ болѣе раннему втѣдренію микробовъ въ половые пути; тѣмъ не менѣе и при этомъ условіи возможно свободное отъ микробовъ состояніе послѣ рождения. д) Болѣзнетворныхъ микробовъ—гноеродныхъ гроздекокковъ—не было ни въ одномъ случаѣ. е) Вообще влагалище дѣвочекъ представляетъ благопріятную среду для развитія микробовъ.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ *преніяхъ* по докладу *В. И. Штольца* (см. № 6 Журн. Акуш. и женскихъ болѣзней, стр. 593).

Е. Ф. Бацевичъ сказалъ: Я хотѣлъ высказать свой общій взглядъ на докладъ многоуважаемаго д-ра *Штольца* и сдѣлать нѣсколько краткихъ замѣчаній по поводу частностей въ немъ.

Попытка вывести общія показанія къ тому или иному веденію родовъ, къ той или иной оперативной помощи при различныхъ степеняхъ и характерахъ суженій далеко не ново. Лучшіе авторитеты ближайшаго прошлаго и настоящаго старались вывести показанія къ оперативнымъ приемамъ при узкихъ тазахъ на основаніи исключительно размѣровъ таза и по преимуществу прямого входа (въ разныхъ варіаціяхъ діагональной, истинной и даже наружной конъюгаты). Просматривая выработанныя данныя по этому вопросу, мы не только не видимъ у авторовъ единогласія, но даже, какъ справедливо замѣчаетъ самъ докладчикъ, «подчасъ діаметрально противоположные взгляды», хотя въ основу сужденія у всѣхъ авторовъ положены одни и тѣ же процентныя отношенія благополучныхъ родовъ для матерей и дѣтей при тождествѣ сантиметровъ разстояній. Это зависитъ отъ того, что размѣры не составляютъ еще всего во время родовъ и что случаи родовъ при одинаковыхъ конъюгатахъ не суть тождественны настолько, чтобы быть взятыми въ одну рубрику для статистическихъ выводовъ и, мнѣ кажется, главнымъ основаніемъ для рубрификаціи случаевъ должны служить при тождествѣ сантиметровъ и миллиметровъ разстояній, тождества по клиническому теченію, тождества по аномаліямъ вставленій предлежащей части, по канализаціи родовыхъ путей, по высотѣ стоянія предлежащей при переходѣ ретракціоннаго кольца въ Бандлевское, по характеру болей и т. д. и т. д. Разъ клиническое теченіе родовъ не легло въ основу сортировки статистическаго матерьяла, то выводы этой статистики будутъ имѣть значеніе весьма относительное. Позволю себѣ привести дока-

зательный примѣръ. Во многихъ случаяхъ узкихъ тазовъ бываетъ такъ въ началѣ родовъ, что подлежащая головка лежитъ выше, такъ называемаго, мюлеровскаго зѣва, въ такихъ случаяхъ почти всегда полное выпрямленіе плода (съ удлинениемъ на 6 сант.) не ведетъ къ полному открытію, ретракціонное кольцо отходитъ очень высоко къ пупку, а нижній отрѣзокъ матки является растянутымъ въ видѣ чепчика на головкѣ, при чемъ сила рабочей части матки не можетъ уже по понятнымъ причинамъ дѣйствовать на зѣвъ, изгоняющая же дѣятельность брюшнаго пресса будетъ выталкивать головку съ растянутымъ на ней нижнимъ отрѣзкомъ во входѣ или даже только въ плоскость прямого входа, что, не говоря уже о всемъ вредѣ дисгармоніи вставленія, открытія и рабочей силы, дѣйствуетъ вредно въ пространственномъ отношеніи, уменьшая присутствіемъ мягкихъ частей относительный размѣръ прямого входа и не позволяя головкѣ приспособляться по мѣсту. Выше начерченная картина родовъ даже и при *сравнительно небольшихъ суженіяхъ* даетъ показанія къ самымъ серьезнымъ операціямъ для жизни плода, а сама по себѣ чуть ли не въ 95% оканчивается смертью плода, я не говорю о матери. Итакъ, по моему крайнему разумѣнію, статистическіе выводы въ этомъ направленіи, основанные лишь на размѣрахъ таза, давъ свое относительное значеніе, большаго дать не могутъ. Новая статистика, если она должна быть, должна быть на иныхъ основаніяхъ; къ разработкѣ послѣднихъ въ акушерской наукѣ имѣется довольно много матерьяла. Перехожу къ нѣкоторымъ замѣчаніямъ по частностямъ доклада. Авторъ говоритъ, что онъ щипцами, отклоняя ихъ въ сторону, проводитъ сначала большой родничекъ, а затѣмъ, отклоняя рукоятки щипцовъ въ противоположную сторону, проводитъ въ полость малый родничекъ (дѣло идетъ о щипцахъ при механизмѣ плоскаго суженія). Я понимаю, что можно наложить щипцы *такъ*, чтобы низвести въ полость переднее темя, но сомнѣваюсь, чтобы, наложивъ щипцы вообще, можно бы было тракціями въ бокъ (качательными) проводить большой родничекъ раньше, такъ какъ самостоятельнаго движенія въ щипцахъ возлѣ горизонтальной оси головка не имѣетъ, а для того, чтобы провести переднее темя нужно головку (затылокъ) подать въ сторону и вверхъ, какъ это бываетъ при нормальномъ механизмѣ плоскаго таза, что въ щипцахъ очевидно невозможно. Авторъ, дѣлѣе, видитъ неудобство при прохожденіи послѣдующей головки въ томъ, что она вставляется во входѣ въ косомъ размѣрѣ, я бы не придавалъ этому большаго значенія потому, что едва лицевая часть начнетъ вступать во входъ, какъ головка легко перейдетъ въ поперечный (*Scanzoni*).

Трудность конфигураціи послѣдующей головки авторъ видитъ въ краткости времени для приспособленія по формѣ, на это я позволю себѣ обратить вниманіе докладчика, что уже на рожденномъ плодѣ не трудно пальцами скоро произвести шаблонную конфигурацію (при зат. полож.), а во вторыхъ послѣдующая головка легко конфигурируется потому, что костямъ приходится приспособляться по направленію силы дѣйствующей, а не противъ, какъ это бываетъ при затылочныхъ положеніяхъ. Лучшимъ доказа-

тельствомъ этого служить легкость конфигураціи черепнаго свода при лицевыхъ положеніяхъ.

Въ объясненіе смерти плода при задержанномъ извлеченіи послѣдующей головки авторъ кладетъ исключительно время (продолжительность); противъ значенія времени въ этомъ случаѣ никто спорить не станетъ, но плодъ погибаетъ исключительно отъ того, что въ пустой рабочей части матки нѣтъ того боковаго давленія на послѣдъ, которое гарантируетъ, въ силу плотнаго прижатія послѣда къ маткѣ газообмѣнъ. Эти условія *оставанія* послѣда лишь настолько отъ стѣнки, что нарушается газообмѣнъ существуютъ при всѣхъ безъ исключенія родахъ тазовымъ концомъ.

Послѣднее это указаніе автора, будто цереброспинальная жидкость при послѣдующей головкѣ поднимается вверхъ (*respect.* въ голову), это мнѣ кажется совсѣмъ непонятнымъ, такъ какъ цереброспинальная жидкость лежитъ въ замкнутой полости, на давленіе въ которой сжатіе грудной и тазовой области ребенка абсолютно не вліяетъ, а скорѣй обратно подвижность костей головки позволяетъ передаваться давленію на головку, вліяя такъ, что цереброспинальная жидкость уходитъ изъ полости черепа, хотя, я лично опираясь на кровоприсасывающее значеніе передвиженія цереброспинальной жидкости, перемѣщеніемъ ея особеннаго значенія, въ смыслѣ увеличенія препятствій, не придаю.

В. И. Штольцъ возразилъ: Если я правильно понялъ, то главный упрекъ, дѣлаемый мнѣ уважаемымъ оппонентомъ по отношенію къ моему докладу вообще, сводится къ тому, что разбираюсь въ различныхъ способахъ помощи при узкихъ тазахъ. я обращаю главное вниманіе на сантиметры и миллиметры и дѣлаю статистическіе выводы на основаніи практическихъ результатовъ отъ примѣненія того или другаго пособія, руководствуясь при этомъ ходячею номенклатурою различныхъ ненормальностей въ клиническомъ теченіи родовъ, и не пускаюсь въ объясненіе причинъ этихъ не нормальностей.

Въ оправданіе позволю себѣ сказать слѣдующее: безъ уменьшенія въ количествѣ сантиметровъ и миллиметровъ узкихъ тазовъ нѣтъ. Не соотвѣтственная же канализація родовыхъ путей, уклоненія въ рабочей силѣ матки, неправильное вставленіе предлежащей части вовсе не составляютъ необходимой принадлежности узкихъ тазовъ и встрѣчаются сплошь да рядомъ при нормальномъ тазѣ, выражаясь болѣе или менѣе характерными и извѣстными уже клиническими явленіями. Нѣтъ спора, что изученіе причинъ не нормальности родовой дѣятельности представляетъ высокій интересъ и имѣетъ серьезное значеніе, но оно, не составляя основы ученія объ узкомъ тазѣ, есть достояніе другого отдѣла акушерства.

Озаглавивъ свой докладъ такъ «о веденіи родовъ при наиболѣе часто встрѣчающихся формахъ узкаго таза», я этимъ показалъ, что задача моя заключается не въ объясненіи причинъ ненормальной родовой дѣятельности, а въ желаніи на основаніи личного опыта и сравненія съ другими разобратъ въ пособияхъ при наличности этихъ ненормальностей у субъектовъ съ узкимъ тазомъ. Поэтому я позволилъ себѣ формулировать показанія, исходяція изъ уклоненія въ клиническомъ теченіи родовъ, ходячими терминами, обозначаю-

щими известный комплекс явлений, вроде: слабые боли, судорожные боли, такіа то неправильныя вставленія головки и т. п., не затрагивая вопросов о рабочей силѣ матки, о высотѣ стоянія подлежащей при переходѣ ретракціоннаго кольца въ Бандлевское, словомъ тѣхъ вопросовъ, которые, можетъ быть, имѣютъ глубокой интересъ, но для меня то, въ данномъ случаѣ, не представляли никакого практическаго значенія.

Недочеты и противорѣчія касательно пособій, имѣющіеся въ ученіи объ узкомъ тазѣ, по моему крайнему разумѣнію, зависятъ не отъ того, какъ думаетъ оппонентъ, что лучшіе авторитеты, писавшіе объ этомъ вопросѣ, не обращали вниманія на высоту стоянія подлежащей при переходѣ одного кольца въ то же самое, но подъ другимъ наименованіемъ (ретракціонное кольцо (*Barbour*) и Бандлевское (*Thiede* и *Schroeder*) сколько мнѣ помнится синонимы), а отъ того, что мы до сихъ поръ не имѣемъ точныхъ способовъ опредѣлить величину и способность къ конфигураціи головки до ея рожденія.

Меня также можно упрекнуть въ томъ, что я ничего не сдѣлалъ въ этомъ направленіи но въ тѣхъ вопросахъ, гдѣ не имѣется еще возможности опредѣлить неизвѣстное, слѣдуетъ набирать побольше фактовъ, могущихъ, можетъ быть, въ послѣдствіи содѣйствовать этому опредѣленію. Подобное возрѣніе объясняетъ ту смѣлость, съ которою я, послѣ лучшихъ авторитетовъ, позволилъ себѣ утомлять вниманіе тѣхъ изъ слушавшихъ мой докладъ, для которыхъ вопросъ о значеніи сантиметровъ и миллиметровъ уже исчерпанъ.

Перехожу къ частностямъ—здѣсь оппонентъ, очевидно, не особенно внимательно слушалъ меня (въ чемъ виноватъ я самъ, сдѣлавъ докладъ такимъ длиннымъ), потому что возражаетъ мнѣ противъ того, чего я не говорилъ.

Начну со щипцовъ. Оппонентъ указываетъ на то, что я рекомендую качательныя тракціи при плоскихъ тазахъ, между тѣмъ какъ у меня прямо сказано, что я качательныхъ тракцій, въ общепринятомъ смыслѣ, никогда не употреблялъ. Если я сказалъ, что при извлеченіи головки щипцами, наложенными во входѣ въ тазъ, дѣлалъ неподвижныя тракціи въ направленіи могущемъ служить къ опущенію того или другого родничка, перемѣняя отъ времени до времени направленіе до тѣхъ поръ, пока головка не вступитъ во входъ большими своими размѣрами, то подобныя дѣйствія не называются качательными тракціями. Что же касается до эффекта указаннаго приѣма, то, не смотря на мою глубокую вѣру въ разныя теоретическія соображенія, я, по старой памяти, привыкъ вѣрить тому, что видѣлъ самъ;—возможность же, попеременнаго пониженія родничка при участіи щипцовъ, я видѣлъ *не одинъ разъ* и потому позволяю себѣ еще разъ сказать оппоненту, что приѣмъ этотъ не рѣдко достигаетъ цѣли. Это не исходъ послѣ какой либо операціи, зависящей отъ массы случайностей, это механическое дѣйствіе, проверенное непосредственнымъ наблюденіемъ.

Недоразумѣніе выходитъ также и съ поворотомъ я не однимъ словомъ не обмолвился, что для конфигураціи послѣдующей головки не достаетъ времени, что конфигурація эта происходитъ труднѣе, чѣмъ при подлежащей, а оппонентъ возражаетъ мнѣ на это и старается убѣдить шаблонными примѣрами.

Да—тысячу разъ да—послѣдующая головка конфигурируется значительно легче подлежащей. Но я говорилъ и говорю теперь, что подлежащая головка можетъ конфигурироваться въ теченіи 20—30 часовъ и ребенокъ будетъ живъ, послѣдующая же должна продѣлать эту операцію въ теченіи 10 много 15 минутъ, иначе ребенокъ умретъ. Умретъ ли онъ отъ того, что въ пустой рабочей части матки не будетъ достаточнаго давленія на послѣдъ и вслѣдствіе этого затруднится газообмѣнъ (какъ обязательно поучаетъ меня оппонентъ) или отъ чего другого, но онъ непремѣнно умретъ, если въ теченіи 15 минутъ не вытащить головку. Это мы всѣ знаемъ. Слѣдовательно при извлеченіи послѣдующей головки дорога каждая минута; но для самопроизвольнаго перехода изъ косога діаметра въ поперечный или даже для искусственнаго проведенія нужно время; для проведенія черезъ входъ таза тоже нужно время и при томъ не малое. Десять же или 15 минутъ въ сравненіи съ 30 часами составляютъ громадную разницу, почему я думаю и, къ сожалѣнію, не разъ убѣдился, что преимущества конфигураціи послѣдующей головки по отношенію къ конфигураціи подлежащей, далеко не такъ велики, чтобы могли уравнивать эту громадную разницу во времени, которое мы имѣемъ для спасенія жизни ребенка. Болѣе 40% смертности дѣтей у разныхъ авторовъ, даже у поклонника поворота *Nagel*'я, блестящимъ образомъ подтверждаютъ мое положеніе.

Возражая по отношенію къ передвиженію цереброспинальной жидкости оппонентъ приписываетъ мнѣ опять не мою мысль именно, что наклоненіи въ полости мозга цереброспинальной жидкости увеличиваетъ препятствіе для прохожденія послѣдующей головки. Этого я нигдѣ не сказалъ, но мнѣ и до сихъ поръ кажется, что сжатіе нижняго отдѣла, легко сжимаемаго черепа, и вытягиваніе во время влеченія за туловище спиннаго мозга, при чемъ отверстіе его канала сжимается, могутъ [имѣть] вліяніе на накопленіе цереброспинальной жидкости въ полости мозга и обусловливать большее давленіе на него, тѣмъ болѣе что и венозный отливъ, вслѣдствіе того же давленіе отъ сжатія нижняго отдѣла черепа, затрудняется.

ПРОТОКОЛЬ № V.

Административное засѣданіе 7-го мая 1892 г.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Сттъ.

Присутствовали 26 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № IV-й.

2) *Д. О. Оттъ* сообщилъ, что ходатайство Общества объ открытіи отдѣла Акушерства и Женскихъ болѣзней при гигиенической выставкѣ, имѣющей быть весною 1893 года, уважено, и что въ виду этого весьма желательно дѣятельное содѣйствіе со стороны гг. членовъ, могущее выразиться въ доставленіи на выставку препаратовъ, приборовъ и вообще всего имѣющаго отношеніе къ гигиенѣ женщины.

3) Въ виду истекшаго 25 лѣтія со времени появленія перваго печатнаго научнаго труда инициатора и нынѣшняго предсѣдателя Общества—*К. Ф. Славянскаго*—постановлено почтить его двадцатилѣтнюю литературную дѣятельность напечатаніемъ перечня его трудовъ въ ближайшемъ № Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней.

4) Предложенъ въ дѣйствительные члены *Шабельскій, Семенъ Федоровичъ*, лѣкарь. Предложенъ *Оттомъ, Славянскимъ* и *Шмидтомъ*.

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь Л. Личкусъ.

**ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ КОН-
ГРЕССЪ ВЪ БРЮССЕЛЬ, СЪ 14 по 17 СЕНТЯБРЯ
Н. СТ. 1892 ГОДА.**

Переводъ А. К. Гермоніуса.

(По отчету д-ровъ *Tissier* и *d'Holman de Villiers* въ «*La Semaine médicale*» 1892, №№ 47, 48 и 49).

(Продолженіе).

По моему, показанія къ производству вырѣзыванія матки тѣ-же, что и къ удаленію придатковъ посредствомъ чревосѣченія. Прибѣгнуть къ извѣстному вмѣшательству насъ заставляетъ не фактъ нагноенія, а обоюдосторонность и терапевтическая неизлѣчимость околomаточныхъ страданій,—и такимъ образомъ возраженіе падаетъ само собой. Я отнюдь не настаиваю, что показанія къ вырѣзыванію матки, поставленныя въ такомъ смыслѣ, не могутъ оставить мѣста для ошибки, и охотно признаю, что слѣдуетъ отдавать предпочтеніе чревосѣченію каждый разъ, когда діагнозъ кажется сомнительнымъ. Но я не отказываюсь и отъ своего вывода и повторяю его: если вырѣзываніе матки оставлено хотя-бы за тѣми только случаями, въ которыхъ обоюдосторонность страданія кажется, на основаніи клиническихъ данныхъ, настолько-же достовѣрною, какъ и его терапевтическая неизлѣчимость, то я утверждаю, что вмѣшательство чрезъ природные пути сохраняетъ за собой всѣ преимущества рачіональной и вполне оправдываемой операціи.

Въ заключеніе перечислю свои случаи:

Я произвелъ 102 hysterectomii—55 разъ по поводу страданій гнойныхъ и 47—не гнойныхъ.

На эти 102 случая имѣется 11 смертей, изъ нихъ 9—отъ перитонита; только 3 изъ послѣднихъ могутъ быть совершенно несомнѣнно отнесены къ септическимъ перитонитамъ.

Всѣ выздоровѣвшія больныя чувствуютъ себя теперь хорошо, кромѣ одной, состояніе которой поправляется.

Réan (Парижъ) излагаетъ свою оперативную технику и сообщаетъ результаты, полученныя имъ до 1-го января 1892 года. Послѣ длиннаго сообщенія о клинической сторонѣ тазовыхъ нагноеній онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Въ этомъ сообщеніи разобраны тазовыя нагноенія, имѣющія исходною точкой внутренніе половыя органы женщины.

2. Ихъ можно раздѣлить на: *типичныя нагноенія* (другихъ тазовыхъ страданій (lésions), кромѣ нагноеній, не существуетъ), *смѣшанныя нагноенія* (сопровождающіяся какимъ-нибудь недугомъ въ сосѣднихъ органахъ, напр., стенозомъ влагалища или матки, опухолью въ маткѣ) и *осложненныя нагноенія* съ вскрытіемъ гнѣзда въ одну изъ внутренностныхъ полостей.

3. Наиболѣе трудны для лѣченія тѣ, которыя уже давно длятся и вызваны тяжелыми разстройствами со стороны матки и ея придатковъ.

4. Наиболѣе спорнымъ вопросомъ, въ отношеніи лучшаго способа лѣченія, въ настоящее время является слѣдующій: что лучше, — удалять ли одни придатки путемъ чревосѣченія, оставляя матку на мѣстѣ, или вырѣзывать матку и придатки черезъ влагалище?

5. Удаленіе матки и придатковъ влагалищнымъ путемъ (методъ *Pean'a*) предпочтительнѣе изолированнаго удаленія придатковъ посредствомъ чревосѣченія на слѣдующихъ основаніяхъ:

а) Оно, что касается выполненія, производится легко въ простыхъ случаяхъ; въ случаяхъ-же тяжелыхъ или осложненныхъ гораздо болѣе легко.

б) Оно болѣе надежно по своимъ результатамъ, гораздо лучше допускаетъ совершенное опорожненіе гнойныхъ гнѣздъ, ихъ промываніе и дренированіе; оно представляетъ гораздо меньше опасностей относительно разрѣшенія процессовъ и его возвратовъ.

в) Оно даетъ гораздо болѣе благопріятный путь для истеченія гноя и патологическихъ жидкостей.

г) Оно не представляетъ опасности относительно уничтоженія функцій, которыя возможно сохранить, такъ какъ при цѣлесообразно сдѣланныхъ пробныхъ разрѣзахъ влагалищныхъ сводовъ можно удостовѣриться въ одно или двусторонности пораженія и согласовать съ этимъ самое вмѣшательство.

д) Смертность почти нулевая, а конечныя (отдаленныя) результаты болѣе благопріятны, чѣмъ при брюшной экстирпации.

е) Оно устраняетъ опасность выпаденія кишекъ, съ которою приходится считаться при чревосѣченіяхъ.

ж) При смѣшанныхъ и осложненныхъ тазовыхъ нагноеніяхъ вырѣзываніе черезъ влагалище является *единственнымъ* подходящимъ методомъ; оперативная техника допускаетъ нѣкоторые измѣненія, сообразно свойствамъ сопутствующихъ явленій и осложнений.

Willems (Gand). Въ данномъ вопросѣ о тазовыхъ нагноеніяхъ я хочу сказать о перинеотоміи, которую *Sègond* разобралъ слишкомъ кратко и очень сурово.

Перинеотомія—это глубокій разрѣзъ, идущій впереди заднепроходнаго отверстія, раздвѣивающій всю кишечно-влагалищную перегородку и достигающій Дугласова пространства, которое можно широко вскрыть и свободно изслѣдовать цѣлою рукою.

Попавъ въ мѣшокъ, въ которомъ заключена матка, этотъ широкій промежуточный разрѣзъ окажется достаточно обширенъ для того, чтобы можно было вскрыть всѣ скопленія и примѣнить дренажъ съ такимъ-же удобствомъ, какъ и при вырѣзываніи матки.

Операция вовсе не тяжела; остановка кровотеченія легка; да къ тому-же она и не претендуетъ замѣнить все и вся.

Если гнойныя полости расположены на передней поверхности матки, то перинеотомія дополняется удаленіемъ матки. Но если преобладаютъ скопленія заматочныя, то довольствуются перинеотоміей; всѣ гнойныя скопленія при ней можно вскрыть съ увѣренностью, невысказанною при вырѣзываніи матки. Тѣмъ не менѣе, можетъ случиться, что многочисленность и обширность поражений потребуетъ болѣе тщательнаго удаленія; въ этомъ случаѣ можно рѣшиться на вырѣзываніе матки.

Jacobs (Брюссель).—Естественное дѣленіе тазовыхъ нагноеній на внутри и внѣбрюшинныя заслуживаетъ того, чтобы быть сохраненнымъ именно въ силу своей простоты.

Для нагноеній внутрибрюшинныхъ чревосѣченіе, повидимому, остается избранною операциею.

Въ случаяхъ двусторонности страданія придатковъ вырѣзываніе матки имѣетъ преимущество.

Случается, что послѣ сальпингэктоміи, при которыхъ прижжена ножка трубы, остается мѣстное воспаленіе въ культѣ не удаленной части трубы. Позже это воспаленіе можетъ перейти на матку и потребовать новаго вмѣшательства. Это обстоятельство также служитъ благопріятнымъ поводомъ для примѣненія при страданіяхъ придатковъ вырѣзыванія матки, которое вслѣдствіе своей радикальности, позволяетъ избѣгнуть возвратовъ.

Мои статистическія данныя даютъ для чревосѣченій смертность въ 3,7%, а для вырѣзыванія матки—въ 3,2%.

Наконецъ, въ трудныхъ случаяхъ, можетъ случиться, что чревосѣченіе остается безрезультатно; оно становится лишь пробнымъ и позволяетъ убѣдиться зрѣніемъ въ невозможности достигнуть чего нибудь брюшнымъ путемъ. На оборотъ, именно въ этихъ неблагопріятныхъ случаяхъ вырѣзываніе матки даетъ наилучшіе результаты.

Способы *Walton'a* и *Laroyenne'a* годятся для очень простыхъ случаевъ и не могутъ идти въ сравненіе съ *hysterectomy* ей.

Что касается внѣбрюшныхъ нагноеній, то можно довольствоваться простымъ разрѣзомъ, котораго достаточно, если скопленіе поверхностно. Но и въ этихъ случаяхъ вырѣзываніе матки можетъ составлять послѣдній шансъ выздоровленія.

Я произвелъ 159 чревосѣченій при нагноеніи придатковъ съ 3,7% смертности и 61 вырѣзываніе матки съ 3,2% смертей.

Deghlage (Mons) держится мнѣнія, противоположнаго большинству хирурговъ; онъ находитъ, что ужъ слишкомъ сильно злоупотребляютъ въ большомъ числѣ случаевъ бесполезными операціями.

Richelot (Парижъ).—Я пользовалъ 144 больныхъ, страдавшихъ тазо-

вымъ нагноеніемъ, и имѣлъ 9 смертныхъ случаевъ, т. е. 6,25% смертности.

Въ 24 случаяхъ дѣло шло о фибромахъ, осложненныхъ абсцессами, остальные 120 относились къ страданіямъ трубъ. Изъ этихъ 120 случаевъ въ 39 было тяжелое нагноеніе и 4 окончились смертью. Въ 2 случаяхъ смерть послѣдовала отъ того, что я не оказался достаточно искусенъ (*habile*) или довольно счастливъ; въ двухъ другихъ она была неизбежна, такъ какъ больныя были оперированы *in extremis*.

Я постоянно пользовался пинцетами *à demeure*, которые вовсе меня не разочаровывали, никогда не соскальзывая и обеспечивая вполнѣ остановку кровотеченія. Наконецъ, оперируя, я всегда примѣнялъ дроблсніе (*morsellement*).

Изъ 39 случаевъ нагноенія въ 12 я произвелъ полное удаленіе придатковъ; 5 разъ они удалены лишь съ одной стороны, и у остальныхъ 22 больныхъ трубы и яичники оставлены.

Рубцеваніе шло съ удивительною быстротой, не оставляя послѣ себя ретенцій и свищей. Эта операція, мнѣ кажется, лучше тѣхъ разрѣзовъ, которые превозносить *Laroyenne*.

Что касается параллели между вырѣзываніемъ матки и чревосѣченіемъ, то я думаю, что, вслѣдствіе недостаточнаго знакомства съ операціей, съ самаго начала стали преувеличивать оперативную трудность удаленія матки. Да, къ тому же, эти двѣ операціи вовсе не стоятъ въ оппозиціи одна къ другой, — онѣ другъ друга дополняютъ. Именно въ тѣхъ случаяхъ, когда непреодолимые сращенія дѣлаютъ операцію путемъ чревосѣченія невозможною, гистерэктомія даетъ наилучшіе результаты.

Я долженъ былъ 15 разъ произвести вырѣзываніе матки уже послѣ того, какъ сдѣланная салпинготомія не оказывалась достаточной для исцѣленія больныхъ; это было въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матки послѣ удаленія придатковъ не атрофировались и ихъ надо было вырѣзать. Такимъ образомъ можно и съ самаго начала удалить бесполезный и даже вредный органъ; является возможность широкаго дренированія.

Мое заключеніе таково, что въ случаяхъ нагноенія, вырѣзываніе матки представляетъ избранный способъ оперированія; при страданіяхъ безъ нагноеній чревосѣченіе можетъ дать очень хорошіе результаты.

Sänger (Лейпцигъ). Первое впечатлѣніе, полученное мною отъ гистерэктоміи, было далеко не хорошее. Конечно, матка ужъ не такой неизбѣжный органъ, однако она заслуживаетъ быть сохраненной, если это возможно и тѣмъ болѣе въ виду того, что удаленіе матки составляетъ лишь первый моментъ операціи: за нимъ всетаки слѣдуетъ вскрытіе всѣхъ гнойныхъ полостей.

Чревосѣченіе имѣетъ, по крайней мѣрѣ, то преимущество, что пораженные области ясно видны, да и успѣшныя исходы салпинго-оофоректомій чрезвычайно многочисленны.

Я, со своей стороны, испыталъ бы удаленіе матки въ случаяхъ очень узкихъ хроническихъ свищей влагалища, когда, одновременно съ присутствіемъ гноя въ трубахъ, имѣются на лицо многочисленные абсцессы, разбросанные на всемъ уровнѣ матки.

Короче, я думаю, что вырѣзываніе матки, разъ оно узаконено, должно держаться на исключительномъ положеніи.

More Madden (Дублинъ) предлагаетъ раздѣлить тазовыя нагноенія на внутри и внѣбрюшинныя; способы лѣченія этихъ нагноеній варьировались бы сообразно съ ихъ происхожденіемъ и мѣстомъ развитія. Во всякомъ случаѣ, онъ вовсе не приверженецъ вырѣзыванія матки и предпочитаетъ чревосѣченіе, которое позволяетъ видѣть, что дѣлать, и очень легко дренировать полость таза.

Goullioud (Лионъ).—Кажется, что между операцией *Péan*'а и способомъ *Taita* можетъ найти себѣ мѣсто и другой лѣчебный приемъ, менѣе радикальный и часто достаточный. Я говорю о разрѣзахъ, дѣлаемыхъ въ глубинѣ влагалища и идущихъ по бокамъ матки вплоть до гнойныхъ полостей.

Laroyenne думаетъ, что этимъ способомъ можно пользоваться и въ случаяхъ осложненныхъ, при множественности гнойныхъ скопленій; можно послѣдовательно вскрыть нѣсколько полостей, до семи. одну вслѣдъ за другою. Если женщину вылѣчили, то у нея осталась матка и надежда на возможное материнство. *Reverdin, Landau, Gusserow, Mundé* считаютъ эти широкіе разрѣзы полезными; мы имѣемъ полное право разсчитывать здѣсь на длительное выздоровленіе. Я видѣлъ тому 48 примѣровъ, тянувшихся годами; изъ нихъ въ 4 случаяхъ наступила беременность.

Безвредность операций несомнѣнна. У очень слабыхъ женщинъ, не могущихъ перенести тяжелой операциі, эти разрѣзы могутъ отвѣчать жизненнымъ показаніямъ: опорожнить абсцессъ, съ тѣмъ чтобы позже сдѣлать больше.

Само собою разумѣется, что въ очень простыхъ случаяхъ эти разрѣзы вполне показаны.

Для вскрытія абсцессовъ *Laroyenne* примѣняетъ длинный изогнутый троакаръ, по которому можно провести ножъ—нѣчто въ родѣ метротома, служащій для расширенія разрѣзовъ.

Pichevin (Парижъ).—Показанія къ влагалищному вырѣзыванію матки подверглись слишкомъ и слишкомъ большому расширенію. *Segond* объявляетъ, что гистерэктомію слѣдуетъ дѣлать всякій разъ, какъ установлена обоюдосторонность и терапевтическая неизлѣчимость околосадоваточныхъ страданій. Это простая формула, но она не легко примѣнима.

Въ 4-хъ случаяхъ я діагностировалъ наличность двусторонняго пораженія. Съ одной стороны существовала объемистая яичнико-трубная опухоль; съ другой прощупывались, правда, едва намѣченныя, но тѣмъ не менѣе существовавшія, пораженія. Въ этихъ 4-хъ случаяхъ было произведено чревосѣченіе, и оказалось, что съ одной стороны яичникъ просто окруженъ ложными перепонками. Придатки этой стороны были сохранены. Пятый случай относится къ женщинѣ, представившей кистовидныя опухоли справа и слѣва. Можно было предполагать кисту трубы и съ противоположной стороны плотный сальпинго-оофориъ. По разрѣзѣ живота, удаленъ старый сальпинго-оофориъ одной стороны и вылучена киста широкой связки, безъ при-

косновенія къ трубѣ или яичнику другой стороны. Всѣ эти женщины могутъ имѣть дѣтей.

Я не приверженецъ систематическаго удаленія придатковъ съ обѣихъ сторонъ. Я думаю, что надо оставлять трубу и яичникъ одной стороны, разъ дозволено, что они здоровы.

Приверженцы вырѣзыванія матки говорятъ, что можно остановиться въ время, пока идетъ самая операція, если распознается ошибка въ діагнозѣ. Они совѣтуютъ прежде всего сдѣлать разрѣзъ въ заднемъ сводѣ и изслѣдовать малый тазъ чрезъ влагалищную рану. Я думаю, что въ добромъ числѣ случаевъ изслѣдованіе пальцемъ призрачно или недостаточго. Совершенно неопредѣленно прощупываются какія-то нарушенія формы, ни природы которыхъ, ни мѣста развитія, ни отношеній нельзя опредѣлить. Едва операторъ прощупалъ нѣчто увеличенное и ненормальное съ обѣихъ сторонъ, и онъ уже уполномоченъ удалить матку. Если бы попробовали оперировать влагалищнымъ путемъ тѣхъ нѣтерыхъ женщинъ, которымъ я сдѣлалъ чревосѣченіе, то несомѣнно пришли бы къ убѣжденію о необходимости удалить матку. Дѣйствительно, страданія были двухстороннія, но то, что было неизлѣчимо, принадлежало частямъ, лежащимъ около придатковъ.

Къ тому же удаленіе матки не можетъ повлечь за собою излѣченія абсцессовъ, расположенныхъ высоко и не имѣющихъ сообщенія съ полостью, созданною влагалищнымъ вырѣзываніемъ. Въ одномъ случаѣ, гдѣ предполагалось присутствіе полости между трубой и брюшной стѣнкой, чревосѣченіе показало, что никакого скопленія нѣтъ и что труба и яичникъ здоровы. Главное страданіе состояло въ значительномъ утолщеніи большого сальника. *Le Dentu* оперировалъ женщину, у которой, кромѣ высоко расположеннаго пораженія придатковъ, оказалась гнойная полость въ сальникѣ, безъ сообщенія съ трубой.

Можно спросить себя, дала-ли бы гистерэктомія въ этихъ различныхъ случаяхъ такіе же благопріятные результаты, какъ чревосѣченіе. Въ концѣ концовъ, удаленіе матки не излѣчиваетъ сращеній, нагноеній сальника, не можетъ привести послѣдній въ нормальное состояніе, если онъ хронически воспаленъ и очень утолщенъ,—между тѣмъ все это въ средствахъ чревосѣченія.

Кровотеченіе составляетъ истинную опасность при вырѣзываніи матки; можно сказать, что оперирующій находится во власти какого-нибудь шпигета, который, едва будучи взятъ, уже соскальзываетъ. Сверхъ того, больныя, подвергшіяся гистерэктоміи, не всѣ вполне выздоравливаютъ; у нѣкоторыхъ изъ нихъ остаются постоянныя боли въ тазу; другія даютъ не заживающій влагалищный свищъ.

Вотъ по какимъ различнымъ причинамъ не слѣдуетъ прибѣгать къ вырѣзыванію матки во всѣхъ тѣхъ случаяхъ сальнико-оофоритовъ, которые считаются неподдающимися лѣченію терапевтическими средствами; его можно оставить для нагноеній широкихъ, разлитыхъ, разсѣянныхъ по множественнымъ околоматочнымъ полостямъ и трудныхъ для вылученія. Равнымъ образомъ, удаленіе матки примѣнимо у женщинъ, имѣющихъ фистулы, которымъ

сообщают какую-нибудь нагноившуюся полость въ тазу, съ кишечникомъ или съ мочевымъ пузыремъ и съ влагалищемъ. Наконецъ, вырѣзываніе матки представляетъ послѣднее средство, которое слѣдуетъ испытать, если удаленіе придатковъ путемъ чревосѣченія не дало удовлетворительнаго результата. Но катарральные и паренхиматозные сальпингиты, haematosalpinx'ы, инфантичныя беременности, большія нагноившіяся кисты трубъ и проч. прекрасно излѣчиваются при соответствующемъ примѣненіи чревосѣченія. Поэтому вовсе нѣтъ основаній для отправленія чревосѣченія въ ссылку, какъ операціи, вышедшей изъ моды и непримѣнимой при страданіяхъ яичниковъ и трубъ.

H. Delagenière (Mans). У всѣхъ 18 больныхъ, которымъ я произвелъ чревосѣченіе, мнѣ пришлось констатировать присутствіе гноя. Всѣ онѣ принадлежали къ той категоріи больныхъ, которымъ *Segond* совѣтуетъ вырѣзываніе матки прежде чревосѣченія. Изъ нихъ одна умерла, т. е. смертность при чревосѣченіи оказалась въ 5,55%, между тѣмъ какъ смертность, полученная *Segond*'омъ, равняется 8,69%.

Что касается конечныхъ результатовъ, то пока нельзя сказать ничего рѣшительнаго; но изъ 17 больныхъ, пережившихъ чревосѣченіе, только у одной мнѣ пришлось наблюдать абдоминальную фистулу, существующую уже 4½ мѣсяца послѣ операціи, и въ одномъ случаѣ уплотнѣніе широкой связки въ теченіе 3 мѣсяцевъ. У 15 больныхъ излѣченіе, повидимому, достигнуто, не смотря на трудность большинства случаевъ.

Такимъ образомъ, вопросъ о разрѣзѣ живота имѣетъ лишь посредственное значеніе. Если *изрѣдка* и случается выпаденіе кишки, то, съ другой стороны, при гистерэктоміи болѣе часто наблюдается вскрытіе мочевого пузыря.

Изъ представляемыхъ мною данныхъ слѣдуетъ:

1) Чревосѣченіе въ случаяхъ тазовыхъ нагноеній менѣе тяжело, чѣмъ вырѣзываніе матки;

2) Конечные результаты при чревосѣченіи одинаковы, если даже не лучше;

3) Неудобство брюшнаго рубца при чревосѣченіи далеко перевѣшивается возможностью вскрытія мочевого пузыря при вырѣзываніи матки.

Относительно показаній къ операціи я раздѣляю свои наблюденія на три группы:

а) Гной находится въ придаткахъ,—операція проста (10 случаевъ, между которыми одинъ смертный).

в) Гной сосредоточился не въ однихъ придаткахъ, но и въ тазовой брюшинѣ, гдѣ онъ образуетъ болѣе или менѣе значительныя гнѣзда (пельви-перитонитъ). Операція дѣлается сложнѣе; приходится не только удалять заболѣвшіе придатки, но и опорожнять и дренировать гнѣзда пельви-перитонита (6 наблюденій, 6 выздоровленій).

с) Одно или нѣсколько гнойныхъ гнѣздъ сообщаются съ полостью какого-нибудь органа; существуютъ внутренніе свищи. Операція очень осложняется, и только чревосѣченіе можетъ помочь въ этихъ страданіяхъ (2 случая, 2 выздоровленія).

По всѣмъ этимъ причинамъ я признаю вырѣзываніе матки при тазовыхъ

нагноеніяхъ, какъ *очень рѣдкую, исключительную операцію*. Оно мнѣ кажется показаннымъ только въ тѣхъ навѣрно очень рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ предварительное чревосѣченіе не дало бы достаточнаго пѣлбнаго результата.

Vulliet (Женева). Я совершенно согласенъ съ мнѣніями *More Maden'a* и *Gouilloud'a*. Въ тазовыхъ нагноеніяхъ избраннымъ лѣчебнымъ средствомъ не должны быть ни чревосѣченіе, ни вырѣзываніе матки. Гнойныя полости могутъ быть опорожнены въ тазу, какъ и всюду, проколами, разрѣзами, выполаскиваніемъ и дренажемъ, и я въ 18 случаяхъ излѣчилъ тазовыя нагноенія безъ всякихъ приключеній и опасностей.

Тазовыя нагноенія, будучи обыкновенно трубнаго происхожденія, подѣ влияніемъ сращеній, помѣщаются возлѣ матки или соприкасаются со стѣнкой таза, гдѣ они достаточно легко достижимы. Къ тому-же, мы должны знать, что гной, съ теченіемъ времени, теряетъ значительную часть своей ядовитости; это благоприятное обстоятельство замѣчено всѣми операторами.

Проколъ представляетъ настолько безвредное раненіе, что его можно повторять не разъ безъ всякаго неудобства.

Съ самыхъ первыхъ шаговъ я увидѣлъ, что послѣ моихъ проколовъ гной образуется вновь, и я сталъ подозрѣвать, что причина такихъ возвратовъ лежитъ въ недостаточно глубокомъ проведеніи троакара и въ небрежномъ опорожненіи гнойныхъ полостей. Равнымъ образомъ, дабы быть застрахованнымъ отъ этихъ возвратовъ нагноенія, слѣдуетъ позаботиться о возможно полномъ и тщательномъ изслѣдованіи.

Я расслабляю *ad maximum* брюшную стѣнку больной и оцунываніемъ стараюсь получше ознакомиться съ мѣстомъ, распространенностью и состояніемъ поврежденій, затѣмъ провожу по пальцу, оставленному во влагалищѣ, полую иглу, которая вскрываетъ и опорожняетъ абсцессы.

На 18 случаевъ я получилъ 12 выздоровленій съ перваго же раза, чѣмъ я первый-же и былъ удивленъ. Въ остальныхъ 6 случаяхъ я произвелъ второй проколъ съ выпрыскиваніемъ сулемы; этого оказалось для излѣченія достаточнымъ въ трехъ случаяхъ. У трехъ послѣднихъ больныхъ пришлось сдѣлать нѣсколько больше: сдѣлавъ проколъ, я расширилъ его и потомъ дренировалъ, наложивъ повязку изъ іодоформенной марли.

Walton (Брюссель). Влагалищное вырѣзываніе матки часто оставляетъ больныя придатки въ полости живота. Чревосѣченіе удаляетъ больныя придатки, но оставляетъ больную матку. Слѣдовательно обѣ операціи не совершенны. Я думаю, что прежде, чѣмъ прибѣгать къ нимъ, можно съ пользою воздѣйствовать на трубы, дѣйствуя на эндометрій, и въ этихъ случаяхъ консервативное лѣченіе оказывается по своимъ послѣдствіямъ вполне могущественнымъ. Позже, когда уже есть гнойныя скопленія, дѣло другого рода. Но гдѣ средства убѣдиться въ этомъ?

Я начинаю всегда съ расширенія матки, выскабливаю и дренирую; застойная слизистая оболочка трубы, *per continuitatem* со слизистой матки, опадаетъ; просвѣтъ устья трубы восстанавливается и часто въ моментъ и подѣ

напоромъ менструальнаго прилива, происходитъ опорожненіе чрезъ матку жидкости, скопившейся въ трубѣ.

Этимъ-то способомъ я въ 1887 году и предложилъ лѣчить пельви-перитониты; въ 1888 году я посоветовалъ дѣйствовать такимъ-же образомъ при тазовыхъ абсцессахъ. Съ тѣхъ поръ мои послѣдователями явились *Pouillet* въ Лионѣ и *Dolérus*.

При расширеніи я не пользуюсь ни губкой, ни ламинаріями, а механическими расширителями. Я никогда не низвожу, при расширеніи, и не подтягиваю матку, равно какъ и не надавливаю на животъ: при подобномъ насиліи, можно способствовать лопанію абсцесса. Я никогда не употребляю также расширителей *Hegar'a*.

Doуen (Реймсъ). Въ числѣ 305 операций по поводу страданій матки и ея придатковъ я сдѣлалъ 175 чревосѣченій, 122 влагалищныя операции и 8 вѣбрюшинныхъ чревосѣченій. Изъ этихъ операций 141 имѣли предметомъ придатки.

Восемь больныхъ, которымъ сдѣланы вѣбрюшинныя чревосѣченія, остались въ прежнемъ положеніи; въ двухъ (? Перев.) случаяхъ кишечно трубныхъ фистулъ больныя три (?) раза быстро излѣчились отъ гнойнаго сальпингита и отъ нагноившейся дермоидной кисты яичника или широкой связки. Три раза огромныя сращенія (*plastrons*), уплотненныя или инфильтрированныя подозрительно мутною жидкостью и спускавшіяся до самыхъ сводовъ влагалища, были быстро излѣчены разрывомъ и противугнилостною тампонащей.

56 чревосѣченій дали 6 смертей послѣ операций; изъ нихъ 2 произошли отъ сквернаго кетгута. 77 влагалищныхъ вырѣзываній матки вызвали четыре смерти, изъ нихъ одну отъ шока и три отъ разныхъ причинъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ былъ гнойный сальпингитъ, объемомъ въ 1 литръ и вызванный пнеймококкомъ.

Для меня ясно, что два вѣбрюшинныя чревосѣченія, оставшіяся безъ результата, и 4 больныя, умершія послѣ чревосѣченія, имѣли бы возможность выздороветь при влагалищномъ вырѣзываніи матки. Съ другой стороны, 10 больныхъ оперированныхъ сначала путемъ чревосѣченія, должны были подвергнуться влагалищному вырѣзыванію матки, какъ операции дополнительной; между тѣмъ только одна больная, оперированная чрезъ влагалище, подверглась впоследствии чревосѣченію изъ за болѣзненныхъ тазовыхъ сращеній, которыхъ не могли быть разрушены чрезъ влагалище.

Получивъ такіе результаты и имѣя въ виду, что изъ 100 гистерэктомій, сдѣланныхъ по разнымъ причинамъ, послѣднія 82 (изъ нихъ 78 въ теченіи января 1891 года) дали мнѣ лишь три случая смерти, я не могу поступить иначе, какъ только объявить себя приверженцемъ влагалищнаго вырѣзыванія матки.

Способъ *Laroyenne'a* слѣизъ и устарѣлъ и принадлежитъ скорѣе доанти-септическому періоду хирургіи. Простое вскрытіе гнѣздъ превосходно, но куда лучше дѣлать его съ широкимъ раздвиганіемъ краевъ и хорошимъ бистуріемъ. Операция *Kraske* также должна быть отвергнута: она причиняетъ слишкомъ большія разрушенія.

Такимъ образомъ остаются: 1) вѣброминное чревосѣченіе, вполне безопасное и представляющее весьма ясныя показанія въ нѣкоторыхъ случаяхъ боковыхъ отростковъ (*sailles*) у воспалительныхъ опухолей; 2) чревосѣченіе, и 3) влагалитное вырѣзываніе матки.

Bouilly, долго остававшійся однимъ изъ наиболѣе горячихъ приверженцевъ чревосѣченія, уже въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ предпочитаетъ въ большинствѣ случаевъ гистерэктомію. Я-же считаю ее необходимой каждый разъ, когда ясно, что страданіе обоюдостороннее и что при чревосѣченіи пришлось-бы удалить придатки съ обѣихъ сторонъ.

Мой способъ при оперированіи отличается отъ способа *Pean'a*, и я хочу здѣсь указать, что съ 1887 года я уже предпочелъ продольный разрѣзъ задней стѣнки матки ради влагалитнаго ея удаленія, что въ маѣ 1887 года я въ первый разъ удалилъ помощью полного влагалитнаго удаленія матки заключенную въ ней фиброму, вѣсомъ въ 1800 gr., и другую въ 1500 gr.; вслѣдъ за нею чрезъ влагалитъ извлечена киста яичника, величиною болѣе головки плода. 3-го декабря 1887 года я впервыя преднамѣренно произвелъ влагалитную гистерэктомію изъ за двухсторонняго гнойнаго пораженія придатковъ. У больной температура доходила до 40°; матка и придатки были удалены полностью, и больная выздоровѣла безъ всякихъ осложнений.

Я кончу напоминаніемъ, что выскабливаніе, прижиганія матки и введеніе въ ея полость разныхъ болѣе или менѣе раздражающихъ бужей (*crayons*) вовсе не безвредны. Нѣкоторые случаи смерти не могутъ быть приписаны другимъ причинамъ, и уже нѣтъ недостатка въ ихъ опубликованіи. Сверхъ того, у этихъ больныхъ смерть является часто, какъ результатъ простого, но злополучнаго, выжидательнаго метода.

Rouffaert (Брюссель).—Я приверженецъ удаленія матки посредствомъ дробленія и произвелъ эту операцію 21 разъ съ однимъ смертельнымъ исходомъ. Въ видѣ осложнений я имѣлъ лишь одинъ кишечный свищъ, зажившій въ двѣ недѣли, и пораненіе мочеочника.

Трудность оперированія мнѣ кажется меньшею, чѣмъ при очень осложненныхъ чревосѣченіяхъ. Что касается отдаленныхъ слѣдствій, то и сравненія не можетъ быть между этими двумя операціями: преимущество и благопріятность, разумѣется, на сторонѣ вырѣзыванія матки.

Duret (Лилль).—Не всегда легко опредѣлить двухсторонность извѣстнаго страданія придатковъ. Мнѣ приходилось оперировать съ увѣренностью, что я найду сальпингитъ съ обѣихъ сторонъ, а между тѣмъ оказывалось, что придатки здоровы и только прикрыты нѣсколькими перепонками пельви-перитонита или кистой широкой связки. Изъ этого для меня вытекаетъ, что только чревосѣченіемъ можно сохранить въ неприкосновенности функціи, если нѣтъ положительной увѣренности въ двухсторонности трубныхъ страданій.

Tournay (Брюссель).—Я одинъ изъ новыхъ послѣдователей гистерэктоміи. Впрочемъ, мнѣ кажется, что двухсторонность страданій не можетъ вполне оправдывать эту операцію. Когда абсцессы лежатъ высоко, то они легче достижимы, если направляться къ нимъ верхнимъ путемъ. Я убѣдился въ этомъ

на одной недавней операциі, гдѣ чрезвычайная рыхлость маточной ткани сдѣлала вырѣзываніе матки почти невозможнымъ.

Le Bec (Парижъ).—Прежде чѣмъ обращаться къ крайнимъ мѣрамъ, почему-бы не попытаться дѣлать околوماتочныя страданія массажемъ, электричествомъ? Если есть гной, то это узнается сейчасъ-же. Послѣ массажныхъ манипуляцій у больной бываетъ лихорадка, и отъ нихъ слѣдуетъ воздержаться. Если недостаточно этихъ простыхъ средствъ, то всегда есть время прибѣгнуть къ разрѣзамъ, чревосѣченію или гистерэктоміи.

Lauwers (Куртрэ).—Я приверженецъ гистерэктоміи, такъ какъ наблюдалъ много затрудненій послѣ удаленія придатковъ съ обѣихъ сторонъ. и тѣмъ не менѣе мнѣ два раза все-таки пришлось сдѣлать гистерэктомію въ случаяхъ околوماتочной бугорчатки. Быть можетъ, слѣдовало бы сохранить вырѣзываніе матки для случаевъ бугорчатого пораженія половыхъ органовъ.

Felix (Брюссель) того мнѣнія, что существуютъ оперативныя увлеченія, противъ которыхъ слѣдуетъ быть на сторожѣ. Если и позволительно иногда быть радикальнымъ, то все-же надо пытаться оставаться консерваторомъ.

Heywood Smith (Лондонъ).—Въ принципѣ я согласенъ съ наблюденіями моего соотечественника, д-ра *More Madden'a*, относительно того, что нужно дѣлать различіе между нагноеніемъ въ полости брюшины, которое происходитъ отъ яичниковыхъ и трубныхъ абсцессовъ, между *haematocoele*, нагноившейся внутрибрюшинно, и внѣбрюшиннымъ нагноеніемъ. Для послѣдняго часто бываетъ достаточно проколоть и дренировать, если оно не опорожняется какъ-нибудь иначе; но для первыхъ необходимо ихъ вскрыть, опорожнить, шить въ брюшныя стѣнки, или, наконецъ, совершенно удалить. Для этой цѣли нѣтъ лучшаго средства, какъ брюшной разрѣзъ. Было-бы желательно, чтобы конгрессъ взялъ на себя инициативу въ замѣнѣ выраженія «лапаротомія» словомъ «цѣліотомія» (*coeliotomia*), которое указываетъ на то, что разрѣзъ проведенъ по средней линіи живота, тогда какъ лапаротомія означаетъ боковой разрѣзъ.

Относительно того, что представляетъ собою операциа *Péan'a*, я думаю, что она должна быть поставлена ниже чревосѣченія. Что касается *Segond'a*, то онъ или оставляетъ придатки, или удаляетъ ихъ; въ первомъ случаѣ, мы не знаемъ, какое вліяніе удаленіе матки оказываетъ на яичники; во второмъ, онъ вскрываетъ полость брюшины съ большою опасностью для больной, чѣмъ это бываетъ при чревосѣченіи. Мало того, при чревосѣченіи мы можемъ ясно видѣть, что дѣлаемъ. Я не думаю, чтобы было легко убѣдить моихъ соотечественниковъ въ превосходствѣ операциі *Segond'a* въ сравненіи съ чревосѣченіемъ, когда имѣется дѣло съ внутрибрюшинными нагноеніями.

J. Chéron (Парижъ).—Прежде чѣмъ прибѣгать къ чревосѣченію или вырѣзыванію матки, хорошо припомнить, что врачу довольно часто приходится наблюдать страданія придатковъ до того, какъ они достигли періода нагноенія. Если, послѣ безуспѣшнаго употребленія терапевтическихъ средствъ, предлагаемыхъ въ подобныхъ случаяхъ, разумно примѣнить выскабливаніе, массажъ, электричество, прижиганія, то можно оказать больнымъ большія услуги.

Mangiagalli (Миланъ).—Здѣсь шелъ разговоръ о путяхъ распространен-

нія воспаленія съ матки на трубу; по однимъ передача происходитъ мало по малу чрезъ слизистую оболочку; по другимъ—чрезъ лимфатическую систему. Я сдѣлалъ по этому поводу 38 опытовъ на животныхъ и могу высказать, что обыкновенной дорогой служатъ кровеносные или лимфатическіе пути. Не можетъ-ли это обстоятельство служить доводомъ въ пользу необходимости гистерэктоміи?

Губаревъ (Москва).—Наши познанія объ анатоміи тазовой клѣтчатки страдаютъ отсутствіемъ точности. Эта ткань представляетъ особенное строеніе: она образуетъ перегородки, которыя я назову клѣтчковыми брыжейками (*mésentères cellulaires*). Клѣтчковая брыжейка круглой связки имѣетъ большое значеніе для анатома, патолога и хирурга, такъ какъ она дѣлитъ всѣ воспаленія тазовой клѣтчатки на двѣ группы: на воспаленія передне-боковыя и задне-боковыя. Присутствіе этой перегородки доказано моими анатомическими изслѣдованіями и клиническими наблюденіями профессора *Снегирева* въ Москвѣ.

Мы могли производить операціи простыя и вмѣстѣ съ тѣмъ точныя, позволяющія открывать гной, не смотря на его изобиліе, по всему протяженію тазовой клѣтчатки, путемъ внѣбрюшиннымъ (внѣбрюшинное или окологрудинное [*parapéritonéale*] чревосѣченіе). Этотъ результатъ былъ подтвержденъ 46 случаями, оперированными *Снегиревымъ*.

Изъ этого я заключаю, что всякое воспаленіе и всякое разсѣянное нагноеніе, имѣющее мѣсто въ этой клѣтчаткѣ и не уступающее никакимъ терапевтическимъ мѣрамъ, должно быть лѣчимо разрѣзомъ.

Boisleux (Парижъ) сдѣлалъ сообщеніе о межсвязочной элитротоміи послѣ дренированія Дугласова мѣшка. Эта операція показана въ случаяхъ тазовыхъ абсцессовъ, сращеній матки и ея придатковъ, какъ между собой, такъ и съ сосѣдними органами, и, въ частности, при заднихъ смѣщеніяхъ матки, наклоненійхъ и перегибахъ ея назадъ, подвижныхъ и фиксированныхъ. Она имѣетъ предъ чревосѣченіемъ то преимущество, что не представляетъ для больной никакой опасности.

Second.—Изъ этихъ длинныхъ преній вытекаетъ, мнѣ кажется, одно—это торжество гистерэктоміи.

Она имѣла уже слѣдствіемъ то, что разбудила въ умахъ всѣхъ хирурговъ заботу о сохраненіи воспроизведенія (*procréation*), о которомъ, повидимому, немного забыли за послѣдніе годы. Эти двойныя ампутаціи придатковъ были вообще, и гораздо меньше занимались вопросомъ о неудобствѣ отнимать у женщинъ возможность быть матерями.

Съ другой стороны, она приобрѣла права на существованіе. О ней спорятъ и признаютъ ее съ бѣльшими или меньшими ограниченіями, но ее принимаютъ.

Разрѣзы имѣютъ хорошую сторону; чревосѣченіе превосходно. Но разъ допустили, что гистерэктомія также имѣетъ свои показанія, для каждого болѣе или менѣе обширныя, мы должны считать себя удовлетворенными.

Засѣданіе закрыто.

Засѣданіе 16-го сентября 1892 года.

Предсѣдатель: *Cusserow*.

О вѣматочной беременности.

A. Martin (Берлинъ), докладчикъ.—Этіологія вѣматочной беременности еще весьма темна. Сущестующія гипотезы объясняютъ лишь нѣкоторые отдѣльные случаи, и то далеко не безупречно. Удовлетворительно и точно мы не разрѣшимъ этого вопроса до тѣхъ поръ, пока не выяснится фізіологія импрегнаціи (вѣдренія сѣмени).

Трубное прикрѣпленіе яйца наиболѣе часто; яичниковое прикрѣпленіе тоже не рѣдко, какъ это дознано въ последнее время.

Діагностика вѣматочной беременности остается діагностикой вѣроятности для всѣхъ случаевъ, кромѣ, однако, тѣхъ, гдѣ можно наблюдать ростъ плоднаго мѣшка внѣ полости матки, внутриматочное образованіе отпадающей оболочки безъ яснаго chorion'a или безъ самаго плода.

Благопріятный исходъ бываетъ лишь рѣдко при помощи регрессивнаго метаморфоза (образованіе литонедіона, мумификаціи). Въ большинствѣ случаевъ смерть яйца происходитъ вслѣдствіе кровонизліянія въ полость плоднаго мѣшка или самаго яйца. Приходится наблюдать или излітіе крови въ брюшную полость чрезъ брюшное отверстіе трубы (трубный выкидышъ), или разрывъ трубы (въ брюшную полость или въ широкую связку). Это кровотеченіе рѣдко останавливается. Въ большинствѣ случаевъ смерть наступаетъ отъ анеміи или перитонита,—осложненій, этиологія которыхъ еще неизвѣстна.

Вѣматочную беременность слѣдуетъ разсматривать и лѣчить, какъ злокачественное новообразованіе. Случаи развитія *ad terminum* настолько рѣдки, что, сохраняя жизнь ребенка, жертвуютъ матерью.

И такъ, избранный методъ лѣченія всѣхъ разновидностей эктопической беременности есть возможно раннее оперативное вмѣшательство. Лѣченіе посредствомъ впрыскиванія морфія даетъ лишь медленное и позднее улучшеніе. Дать оулку лѣченію электричествомъ пока еще нельзя, такъ какъ не существуетъ на этотъ счетъ наблюденій, которыя нельзя было бы опровергнуть.

Alban Doran (Лондонъ).—Вѣматочная беременность должна принадлежать области гинекологовъ. Когда она развивается въ атрофированномъ маточномъ рогѣ, она съ практической точки зрѣнія можетъ быть разсматриваема, какъ вѣматочная; если эта полость трубы не можетъ сообщаться съ влагалищемъ, то показаннымъ является вырѣзываніе матки, причемъ нельзя ножку дѣлать на уровнѣ маточнаго рога.

Можно подвергнуть сомнѣнію всякое первоначальное мѣсто развитія плода, лежащаго не въ трубѣ. Мѣсто, котораго нельзя отрицать и которое наблюдается наиболѣе часто, это — средний отдѣлъ трубы. Не существуетъ убѣдительныхъ случаевъ, гдѣ плодный мѣшокъ былъ бы найденъ въ яичникѣ или среди кишекъ.

Трубный мѣшокъ отгѣсняетъ личникъ къ маткѣ и часто обвертываетъ его въ свою стѣнку. Яичниковая связка направляется, конечно, отъ матки къ мѣшку, но это еще не служитъ доказательствомъ того, что беременность была и первоначально яичниковой.

Трубная беременность можетъ при своемъ развитіи прирасти къ личнику со стороны брюшины и продолжать прогрессивно увеличиваться. Это растяженіе встрѣчается, какъ правило, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность развивается въ брюшномъ концѣ трубы. Послѣ отдѣленія яйца отъ трубы, на ней не остается никакого слѣда его временнаго пребыванія. Когда плодный мѣшокъ найденъ въ полости живота, то это еще не значитъ, что отъ не былъ когда-нибудь въ трубѣ, даже если бы эта труба казалась здоровой.

Микроконическое изслѣдованіе представляетъ большой интересъ. Присутствіе хоріальныхъ ворсинъ освѣщаетъ и подтверждаетъ диагнозъ; для большей увѣренности хорошо сравнить эти срѣзы со срѣзами нормальнаго хоріона.

Факты, на которыхъ мы останавливаемся, являются для подтвержденія мнѣніи *Martin'a* и указываютъ на необходимость немедленнаго вмѣшательства.

Трубный мѣшокъ, расположенный ближе къ маткѣ, лопается рано; тѣ, которые лежатъ въ брюшномъ концѣ трубы, выдерживаютъ лучше, но за то они быстро образуютъ сращенія съ соседними органами. Съ вѣматочной беременностью можно смѣшать *haematosalpinx*; впрочемъ, польза дифференціальной діагностики здѣсь относительна, такъ какъ лѣченіе въ обоихъ случаяхъ одинаково.

Дм. Оттъ (Петербургъ). — Я не думаю ошибиться, предлагая чревосѣченіе въ трудныхъ случаяхъ вѣматочной беременности, какъ болѣе разумный способъ вмѣшательства.

Но мы еще не остановились на опредѣленномъ образѣ дѣйствія въ случаяхъ остановки развитія вѣматочной беременности, въ которыхъ, начиная съ первыхъ дней этой остановки и до появленія различныхъ кровяныхъ опухолей (*haematoma periuterinum*, *haematocoele retrouterinum*), мы находимся предъ условіями, разнообразными до безконечности.

Вотъ именно нѣ способы лѣченія вѣматочной беременности, такъ сказать, «хронической», затяжной, я и позволю себѣ обратить ваше вниманіе.

Когда намѣрзается поставить научное показаніе къ какому-нибудь терапевтическому вмѣшательству, прежде всего слѣдуетъ опредѣлить свойство болѣзненнаго состоянія и освѣтить его съ анатомической стороны. Въ этомъ отношеніи существенныя черты вѣматочной беременности, несмотря на безконечное разнообразіе болѣзненныхъ формъ, представляютъ всегда весьма замѣтное сходство.

Такъ какъ анатомическія измѣненія, главнымъ образомъ, находятся въ

зависимости отъ измѣненій, свойственныхъ беременности вообще, то всѣ послѣдовательные симптомы эктопической беременности могутъ быть раздѣлены на:

1) явленія, происходящія отъ измѣненій въ самомъ плодномъ мѣшкѣ и его содержимомъ; 2) явленія, зависящія отъ послѣдовательныхъ измѣненій въ другихъ частяхъ полового аппарата и, въ частности, въ маткѣ.

Можно также вполне опредѣленно указать аналогію этой беременности съ нормальной: трубную беременность, представляющую наиболѣе частый случай виѣматочной беременности, можно разсматривать, какъ беременность, отличающуюся отъ нормальной только тѣмъ, что она развивается въ периферическомъ концѣ полового канала, именно въ той части его, которая остается удвоенною послѣ развитія зародыша.

Изучимъ теперь симптомы обѣихъ категорій. Мы исключаемъ тѣ случаи, въ которыхъ беременность прекратилась въ самыхъ начальныхъ степеняхъ развитія, когда яйцо, состоя больше изъ жидкихъ частей, чѣмъ изъ плотныхъ, всасывается въ относительно короткое время безъ всякихъ болѣзненныхъ послѣдствій.

А. Симптомы, зависящіе отъ патологическихъ измѣненій вслѣдствіе остановки виѣматочной беременности, суть слѣдующіе:

1) Повторныя внутреннія кровотеченія, ставящія жизнь больной въ серьезную опасность.

2) Симптомы, зависящіе отъ присутствія въ брюшной полости посторонняго тѣла и проявляющіеся въ нарушеніи функцій сосѣднихъ органовъ, въ боляхъ и въ общемъ нарушеніи питанія. Иногда задержка яйца имѣетъ слѣдствіемъ невозможность нормальныхъ родовъ, какъ это описалъ *Schauta* и какъ я самъ имѣлъ случай наблюдать.

3) Воспалительныя страданія всякаго рода въ брюшинѣ и въ клѣтчаткѣ, вызываемыя присутствіемъ посторонняго тѣла. Въ этихъ случаяхъ довольно часто наблюдается смертельный перитонитъ.

4) Переходъ опухоли въ нагноеніе или омертвѣніе со всѣми ихъ послѣдствіями: прободеніе опухоли, излитіе ея содержимаго въ сосѣдніе органы, могущее повлечь за собой смерть.

Перечисленные явленія болѣе или менѣе изучены и ихъ научное значеніе опредѣлено довольно точно.

Наоборотъ, изученіе явленій, относящихся ко второй категоріи, подвинулось гораздо меньше.

Б. Эти симптомы, какъ я сказалъ, зависятъ отъ послѣдовательныхъ измѣненій въ другихъ частяхъ полового аппарата и, въ частности, въ маткѣ, которая, при трубной беременности, подвергается замѣчательнымъ превращеніямъ

Эти измѣненія, на которыя я хочу обратить вниманіе конгресса, аналогичны тѣмъ, которыя наблюдаются при внутриматочной беременности.

Хотя полость матки не содержитъ яйца, однако, тѣмъ не менѣе, ея слизистая оболочка превращается въ опадающую; имѣется гипертрофія и гиперплазія мышечныхъ элементовъ въ стѣнкѣ матки; кровь обращается въ ней болѣе энергично.

Остановка въ развитіи вѣматочной беременности выражается равнымъ образомъ въ явленіяхъ, сходныхъ съ наблюдаемыми при неполномъ внутриматочномъ выкидышѣ; всѣ явленія обратнаго развитія останавливаются, матка долгое время сохраняетъ увеличенные размѣры; подъ вліяніемъ субинволюціи гиперемія не прекращается, отпадающая оболочка извергается, или, что, вѣроятно, встрѣчается чаще, она атрофируется постепенно, не отдѣляясь.

Такимъ образомъ наиболѣе важный пунктъ лежитъ въ симптомахъ, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ задержкѣ отторгнутаго яйца въ половомъ аппаратѣ; въ этихъ случаяхъ кровотеченія, продолжающіяся часто цѣлыми мѣсяцами, составляютъ, конечно, болѣе характерный симптомъ.

Кровотеченія при трубномъ выкидышѣ особенно опасны тогда, когда они зависятъ не только отъ измѣненій, свойственныхъ самому беременному состоянію, но когда они, кромѣ того, осложнены разстройствомъ кровообращенія, причина котораго лежитъ главнымъ образомъ въ смѣщеніи матки, оттѣсненной плодовымъ мѣшкомъ.

Въ періоды менструальнаго прилива картина болѣзни дѣлается все ярче и ярче, и больная женщина подвергается повторнымъ кровопотерямъ.

Предсказаніе тѣмъ болѣе сомнительно, что и лѣченіе, примѣняемое въ этихъ случаяхъ, подразумѣвая здѣсь и выскабливаніе, только симптоматическое и не въ состояніи удовлетворить показаніямъ первичной причины.

Такимъ образомъ, вѣматочный выкидышъ, сравнительно съ внутриматочнымъ, не представляетъ значительно меньшей опасности, чѣмъ вѣматочная беременность представляетъ ее по отношенію къ нормальной.

Принимая во вниманіе всѣ болѣзненные симптомы, ясно, что при остановкѣ вѣматочной беременности нѣтъ пока средствъ для устраненія опасности, угрожающей больной.

Правда, что теперь уже нѣтъ риска быть захваченнымъ угрожающимъ внутреннимъ кровотеченіемъ; но за то самая остановка беременности можетъ вызвать случайности, о которыхъ мы говорили выше, и каждая изъ нихъ сама по себѣ достаточна, чтобы убить больную.

Можно спросить, имѣемъ-ли мы право держаться выжидательнаго метода. Въ самой основѣ такой образъ дѣйствія не логиченъ. Единственное разумное средство, это—удалить вполнѣ яйцо и всѣ пораженные сосѣднія ткани. Такое вмѣшательство вполнѣ показано каждый разъ, когда мы увѣрены, въ первомъ періодѣ беременности, что мертвое яйцо не имѣетъ явной склонности всосаться, а во второмъ, что беременность дошла до момента, когда мы можемъ рассчитывать на облитерацію кровеносныхъ сосудовъ дѣтскаго мѣста.

Чревосѣченіе является безспорно избраннѣйшей операціей, разъ существуетъ остановка вѣматочной беременности. Только при посредствѣ чревосѣченія можно точно *de visu* опредѣлить болѣзненные измѣненія и удалить пораженные части.

Преимущества чревосѣченія, на мой взглядъ, такъ велики, что я примѣняю эту операцію даже въ застарѣлыхъ случаяхъ, когда вѣматочная беременность представляется въ видѣ кровяной опухоли; путемъ-же вла-

галицизмъ я пользуюсь лишь въ довольно ограниченномъ числѣ случаевъ, другими словами, когда опухоль нагнаивается или приняла гангренозный характеръ. Часто случается, что за haematom'у или haematocoele принимаютъ трубу, сильно растянутую кровоизліяніемъ и приросшую къ малому тазу. Ясно, что въ этихъ случаяхъ только чревосѣченіе можетъ дать оператору средство вполне ознакомиться съ измѣненными органами, подлежащими удаленію.

Наблюдаемая здѣсь сращенія обыкновенно такъ мало стойки и такъ легко разрываются, что сильно растянутая труба является какъ бы изолированной (*épiscléée*) въ Дугласовомъ пространствѣ; это обстоятельство иногда значительно упрощаетъ чревосѣченіе. Ясно, что смертность можетъ быть доведена до минимума, если оперировать въ самомъ началѣ болѣзни, т. е. при наиболѣе благоприятныхъ условіяхъ.

Werth былъ правъ, сравнивъ развитіе вѣматочной беременности съ злокачественною опухолью. Къ этому я, со своей стороны, позволю себѣ прибавить, что радикальное излѣченіе послѣдствій, какъ вѣматочной беременности, такъ и злокачественной опухоли дѣлается тѣмъ затруднительнѣе, чѣмъ старше болѣзнь.

Рейнъ (Ніевъ).—Съ анатомической точки зрѣнія, я хочу доказать конгрессу, при помощи рисунковъ, снятыхъ съ натуры, дѣйствительность существованія первичной брюшной беременности. Я наблюдаю два такихъ случая, и представляемые мной рисунки показываютъ абсолютную неприкосновенность трубъ и яичниковъ.

Въ первомъ случаѣ я нашелъ живой плодъ въ брюшной полости покрытымъ лишь нѣсколькими сращеніями. Дѣтское мѣсто было прикрѣплено къ дну матки.

Обѣ больныя выздоровѣли.

Въ другой разъ мнѣ пришлось лѣчить у женщины 35 лѣтъ трубную беременность на 37-й недѣлѣ ея существованія. Я оперировалъ эту женщину и имѣлъ возможность извлечь хорошо сложенного, живого и вполне жизнеспособнаго ребенка, въ 3200 граммъ.

Этотъ фактъ доказываетъ, что консервативный принципъ можетъ быть принимаемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ лѣченію вѣматочныхъ беременностей, и что мы, быть можетъ, не имѣемъ права умышленно приносить въ жертву ребенка, смотря на него, какъ на злокачественную опухоль. Вполнѣ позволительно ждать жизнеспособности и затѣмъ уже дѣйствовать. Что касается техники, то она вовсе не труднѣе, чѣмъ въ большинствѣ другихъ брюшныхъ операций.

Pichevin.—Въ теченіе полугода я видѣлъ, по крайней мѣрѣ, восемь трубныхъ беременностей. Эти восемь случаевъ были оперированы и дали двѣ смерти. Одна смерть произошла отъ кровотечения; больная подвергалась влагалацидному вырѣзыванію матки. Въ другомъ случаѣ смерть слѣдуетъ приписать перитониту. Во время операціи д-ръ *Le Dentu* слышалъ подо-

зрительный запах: возможно, что при вылуценіи трубнаго мѣшка былъ вскрытъ кишечникъ.

На эти 8 случаевъ діагнозъ былъ установленъ 6 разъ. Одинъ разъ я ошибся; найдя больной трубный мѣшокъ, сжимавшій прямую кишку, я не остановился на мысли о вѣматочной беремености. Эта діагностическая ошибка оказалась роковою для больной.

Въ другомъ случаѣ, гдѣ діагнозъ не былъ поставленъ, дѣло шло о больной съ приросшимъ *pyosalpinx*омъ и съ обширными пораженіями вокругъ матки. Въ трубѣ съ противоположной стороны я нашелъ яйцо.

Если я и былъ счастливъ, то благодаря тому, что почти систематически искалъ вѣматочныхъ беременностей. Однако въ одномъ случаѣ, гдѣ я предполагалъ трубную беременность, при чревосеченіи оказался салпингитъ съ небольшою околичниковою кистой. Въ виду симптомовъ и предшествовавшихъ явленій у моей больной, я думаю, что въ подобномъ случаѣ ошибка была совершенно неизбежна.

Pawlacki bev (Константинополь).—Я собралъ 5 наблюденій вѣматочной беременности. Первое изъ нихъ касается женщины, у которой въ моментъ наступленія родовъ появились весьма тяжелые признаки перитонита, лишившаго ее жизни. Второе наблюденіе довольно сходно съ предшествовавшимъ.

Остальные три случая не были распознаны и діагностированы, какъ *haematocoele* или нагноеніе въ маломъ тазу. По моему мнѣнію, *haematocoele* есть всегда послѣдствіе эктопической беременности; она рѣдко донашивается и кончается обыкновенно на 3-мъ или 4-мъ мѣсцѣ болѣе или менѣе обильнымъ кровотеченіемъ.

Cameron (Глазго).—Этіологія вѣматочныхъ беременностей еще темна; причину ихъ слѣдуетъ искать въ страданіяхъ матки и фаллопиевыхъ трубъ. Я думаю, что большое число случаевъ обходятъ молчаніемъ или принимаютъ за какое нибудь другое страданіе. Въ начальныхъ стадіяхъ вѣматочная беременность можетъ существовать, но для того, чтобы она могла быть доведена до конца, необходимо наблюденіе и то условіе, что операція будетъ сдѣлана во время. Возможно, что беременность можетъ развиваться въ брюшной полости. Какъ я тому видѣлъ примѣръ въ случаѣ, продолжительностью въ 14 мѣсяцевъ, успѣшно оперированномъ. Я извлекъ изъ мѣшка все, что могъ, затѣмъ дренировалъ его полость и производилъ повторныя внутрибрюшныя промыванія; какъ лечебное средство, я примѣняю или впрыскиванія въ мѣшокъ ядовитыхъ веществъ, или умерщвленіе плода электричествомъ.

Paul Petit (Парижъ), упомянувъ объ интересныхъ работахъ *Veiffa*, *Pilliet'a* на счетъ гистологической діагностики трубнаго выкидыша, платитъ и свою собственную дань этому вопросу: во всѣхъ случаяхъ *haematosalpinx*овъ небольшого объема (около 6—8), которые ему пришлось наблюдать, онъ всегда констатировалъ присутствіе явственныхъ ворсинокъ, болѣе или менѣе атрофированныхъ, и характерный слой децидуальныхъ

кѣтокъ. Далѣе, основываясь на нѣкоторыхъ другихъ наблюденіяхъ изъ своей практики, онъ равнымъ образомъ старается придти къ тому заключенію, что эктопическая беременность, собственная этиологія которой представлена докладчикомъ, какъ еще весьма темная, играетъ важную роль въ происхожденіи воспаленій въ придаткахъ,—воспаленій, приписываемыхъ совсѣмъ другимъ причинамъ.

Le Bec указываетъ на трудность діагностики и лѣченія вѣматочной беременности на 8-мъ мѣсяцѣ; онъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ у него были непреодолимые трудности, и спрашиваетъ у *Martin'a*, всегда-ли возможно опредѣлить точно мѣсто прикрѣпленія послѣда.

Martin думаетъ, что такое опредѣленіе вовсе не возможно и что его можно сдѣлать положительнымъ образомъ лишь при условіи широкаго раскрытія брюшной полости.

Geo.—I. Engellmann (С.-Луи. Америка).—Я не хочу возбуждать преній, но желалъ-бы предложить вниманію конгресса рисунки, относящіеся къ одному демонстративному случаю и имѣющіе значеніе для этиологіи и діагностики вѣматочной беременности. Фотографіи, которыя я вамъ представляю и которыя изображаютъ трубы и яичники, вполне удаленные черезъ нѣсколько часовъ послѣ смерти, показываютъ нижеслѣдующее:

1) Яйцо, вынужденное пройти изъ лѣваго яичника черезъ брюшную полость, проникло въ правую трубу, гдѣ и подверглось оплодотворенію, такъ какъ сращенія сдѣлали невозможнымъ проникновеніе въ устье трубы съ другой стороны и нельзя допустить, чтобы яйцо могло пройти чрезъ правую трубу въ матку, быть здѣсь оплодотвореннымъ и вернуться, послѣ оплодотворенія, на самый конецъ трубы.

2) Діагностика весьма трудна, какъ при влагалищномъ изслѣдованіи, такъ и при бимануальномъ ощупываніи.

3) Близость праваго яичника къ трубному мѣшку служитъ причиною того, что, съ теченіемъ времени, этотъ мѣшокъ сливается съ яичникомъ.

4) Если извѣстно состояніе больной до разрыва мѣшка, то, при помощи соотвѣтственнаго, тщательно проведеннаго лѣченія, возможно достигнуть исцѣленія при тяжелыхъ трубно-яичниковыхъ страданіяхъ, не прибѣгая къ необходимости удалять придатки.

Засѣданіе закрыто.

Засѣданіе 16 сентября (вечеръ).

Предсѣдатель *Consolas*

Ложныя и аномальныя формы послѣродовой септицеміи.

Labadie-Lagrange и **Basset** (Парижъ). Послѣродовая септицемія совершенно измѣнилась со времени появленія антисептическаго метода. Эпидеміи исчезли; случаи быстрые и грозные стали рѣдки и всегда единичны.

Теперь наблюдаются только изнурительныя формы, или же формы съ замедленнымъ началомъ, длительнымъ теченіемъ, не локализованныя или выражающіяся въ сальпингитахъ, бронхо-пневмоніи, *plegmisia alba dolens* и пр.

Въ этихъ случаяхъ бактериологическое изслѣдованіе лохій и крови даетъ слѣдующіе результаты:

1) Прямое изслѣдованіе и культуры показываютъ въ началѣ заболѣванія присутствіе въ крови и лохіяхъ микрококковъ, подвижныхъ диплококковъ и цѣпочки стрептококка изъ 8—10 элементовъ.

2) Когда температура понижается и послѣ надлежащаго лѣченія, цѣпочки укорачиваются и состоятъ только изъ 3 или 4 элементовъ. Онѣ пропадаютъ въ остромъ періодѣ, но микрококки остаются, и больная не можетъ считаться выздоровѣвшей до тѣхъ поръ, пока эти организмы не исчезнутъ совершенно изъ кровяной среды.

3) Микрококки въ серіи культуръ развиваются въ видѣ цѣпочекъ изъ 8—10 элементовъ; стало быть, это ослабленная форма стрептококка.

4) Въ длительныхъ формахъ находятъ въ началѣ тѣ же явленія, какъ и выше, но тутъ микрококки и диплококки остаются несмотря на апирексію. Если образуется мѣстное страданіе, то цѣпочки стрептококка въ 8—10 элементовъ появляются въ остромъ періодѣ и исчезаютъ потомъ при ослабленіи лихорадочнаго состоянія. Отсюда слѣдующій выводъ: цѣпочный стрептококкъ представляетъ ядоносный видъ пuerperальныхъ микробовъ; онъ появляется съ острымъ періодомъ и пропадаетъ съ нимъ.

5) На основаніи этихъ явленій можно придти ко второму выводу: до тѣхъ поръ, пока въ крови находятся микроорганизмы, можно бояться возвращенія остраго періода; вторичное появленіе цѣпочекъ въ крови послѣ исчезновенія ихъ, указываетъ, что больной угрожаютъ новыя мѣстныя явленія или обостреніе.

6) Рядъ этихъ явленій можетъ повторяться три или четыре раза у одной и той же больной, смотря по числу послѣдовательныхъ мѣстныхъ заболѣваній.

Кровоизліянія въ мочевоі пузырь, слѣдующія за операціей пузырно-влагалищной фистулы.

Ziembicki (Лембергъ), на основаніи своихъ наблюденій надъ кровоизліяніями въ мочевоі пузырь послѣ операціи пузырно-влагалищной фистулы, пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Кровоизліянія происходятъ въ концѣ втораго и до пятаго дня. Они могутъ обусловить смерть больной отъ крайне острой анеміи.

2) Палліативы и медикаменты недостаточны для ихъ прекращенія. Растягиваніе и искусственное дыханіе представляютъ обманчивый методъ.

3) Вопреки мнѣнію *Hegar'a*, *Kaltenbach'a* и *Pozzi*, они вообще происходятъ не изъ артерій, но изъ венозныхъ узловъ.

4) Предрасполагающая причина ихъ лежитъ въ флебэктазіяхъ послѣ беременности.

5) Непосредственной причиной ихъ, вѣроятно, бываетъ перерѣзка венъ петель металлическихъ швовъ.

6) Нельзя предполагать, какъ этого хотѣтъ *Hegar* и *Pozzi*, что эти кровоизліянія всегда зависятъ отъ хирурговъ и отъ ошибокъ въ оперативной technicъ.

7) Во время сдѣланный разрѣзъ пузыря останавливаетъ кровотеченіе, переводя мочевоі пузырь изъ состоянія постоянного сокращенія въ состояніе расслабленія и покоя: во первыхъ, это лучшее кровостанавливающее средство; во вторыхъ, оно можетъ способствовать первичному натяженію, что касается пластической операціи, сдѣланной черезъ влагалище, и устранить угрожающій неуспѣхъ.

Прохожденіе головки при родахъ въ лобномъ положеніи.

Heinricius (Гельсингфорсъ), перечисливъ различные способы прохожденія головки при родахъ въ лобномъ положеніи (верхняя челюсть, корень носа подъ симфизомъ, поперечное прохожденіе чрезъ верхнее суженіе), описываетъ роды при лобномъ положеніи, наблюдавшіеся въ Гельсингфорсѣ. Молодая женщина, 23 лѣтъ, первородящая, поступила въ клинику съ лобнымъ положеніемъ. Головка въ полости таза: лобный шовъ идетъ параллельно поперечному размѣру.

Вслѣдствіе экламптического приступа, наложены щипцы между переднезаднимъ и правымъ косымъ размѣромъ. Поворотъ головки, которая устанавливается такъ, что альвеолярный край нижней челюсти упирается въ нижній край лоннаго сращенія. Прорѣзываніе происходитъ въ подбородочно-лобномъ, подбородочно-темянномъ и подбородочно-затылочномъ размѣрахъ.

Аналогичный случай описанъ въ *thèse de Devars* (Lyon 1885).

Объ энуклеаціи фибромъ.

Engstrom (Гельсингфорсъ). При леченіи міомъ тѣла матки часто приходится прибѣгать къ тяжелымъ операціямъ. Удаленіе яичниковъ останавливаетъ обыкновенно кровотеченія и уменьшаетъ размѣры опухолей, но это тяжелое уродованіе.

Надвлагалищная ампутація, равно какъ и полная ампутація, даютъ лучшіе конечные результаты у женщинъ, выживающихъ послѣ нихъ, но операція, кромѣ трудности своего производства, еще болѣе уродуетъ оперированныхъ. Энуклеація, сохраняющая матку и яичники и касающаяся только опухоли, представляетъ собою идеальную операцію, но она возможна только въ тѣхъ случаяхъ, когда міомы небольшого объема или гдѣ онѣ немногочисленны.

Можно оперировать во время беременности безъ опасенія роковымъ образомъ прекратить ее и съ убѣжденіемъ облегчить самые роды.

Рискъ при энуклеаціи міомъ минимальный. На 23 женщины у меня былъ 1 смертный случай вслѣдствіе послѣдовательнаго пораженія кишекъ, но безъ перитонита.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1893 ГОДЪ

НА ЕЖЕНЕДѢЛЬНУЮ ГАЗЕТУ

„ЗЕМСКІЙ ВРАЧЪ“

(ШЕСТОЙ годъ изданія).

Изданіе это, посвященное вопросамъ земской медицины,

выходить въ г. Полтавѣ въ объемѣ отъ 1 до 2 печатныхъ листовъ въ недѣлю по слѣдующей программѣ:

1. Руководящія статьи по общимъ вопросамъ земской медицины; статьи по медицинской статистикѣ и медикотопографическіе очерки. Фабричная медицина.

2. Оригинальныя и переводныя статьи по гигиенѣ и профилактикѣ. Казуистика.

3. Популярныя статьи (въ видѣ приложений) по вопросамъ гигиены и профилактики.

4. Рефераты, хроника, смѣсь.

5. Корреспонденціи. Отчеты о врачебныхъ сѣздахъ.

6. Объявленія.

Подписная цѣна съ доставкой и пересылкой въ годъ: **6 р.** (для фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ **4 р.**). На полгода—**3 р.** (для фельдшеровъ, фельдшерницъ и акушеровъ—**2 р.**).

Подписка принимается: г. Полтава, Евгенію Владиміровичу **Святловскому**.

Редакторъ-Издатель **Е. Святловскій**.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

„ВРАЧЪ“,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигиены и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, будетъ выходить и въ будущемъ 1893 году подъ тою-же редакціею и по той-же программѣ, какъ и въ истекающемъ году.

Статьи (въ заказныхъ письмахъ) высылаются на имя редактора *Вячеслава Аксентьевича Манассеина* (Петербургъ, Симбирская, д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ, **9 р.**; за полгода **4 р. 50 к.**; за 3 мѣсяца **2 р. 25 к.** Подписка принимается у издателя—*Карла Леопольдовича Риккера* (Петербургъ, Невскій, 14). Къ нему же исключительно слѣдуетъ обращаться и по всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ вообще (относительно высылки гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, полученныхъ №№ и т. д.).