

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

СЕНТЯБРЬ 1892, № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XVII.

КЪ ВОПРОСУ ОБЪ АСЕПТИКѢ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОТОМІИ.

Д-ръ М. Мионовъ. (Харьковъ).

Клиническія наблюденія послѣднихъ лѣтъ, показавшія, съ одной стороны, что примѣненіе антисептическаго метода въ хирургіи имѣеть не рѣдко нежелательное побочное дѣйствіе какъ на организмъ больного, такъ и на самого оперирующаго; съ другой стороны, прекрасные результаты, полученные хирургами, непримѣняющими антисептическаго метода и соблюдающими только чистоту, заставили въ послѣднее время операторовъ, обладающихъ хорошо устроенными клиниками все болѣе и болѣе замѣнять антисептику асептикой. Рядомъ съ этимъ выступилъ на очередь вопросъ о томъ, можно ли на самомъ дѣлѣ достигнуть асептики раны, совершенно не примѣняя во время операціи дезинфицирующихъ средствъ. Въ виду несомнѣннаго преимущества асептическаго способа, при которомъ въ организмъ больного не вводится никакихъ ядовитыхъ веществъ, каковы всѣ дезинфицирующія средства, контрольныя изслѣдованія дѣйствительности асептическаго способа во время операціи являются въ настоящее время вопросомъ дня; тѣмъ болѣе, что кромѣ работы проф. *Рейна* (Aseptik oder Antiseptik bei Laparotomien? Prof. G. Rein. Wiener Med. Presse 1891 № 8), сообщенной имъ на X международномъ конгрессѣ въ Бер-

линѣ, другихъ работъ пока не имѣется. Благодаря любезному разрѣшенію проф. *Fritsch'a*, я воспользовался богатымъ матеріаломъ его клиники и сдѣлалъ рядъ наблюдений во время лапаротомій, производя бактериологическія изслѣдованія въ лабораторіи проф. *Flügge*; за что считаю долгомъ выразить мою признательность обоимъ названнымъ профессорамъ. Изслѣдованія производились слѣдующимъ образомъ и при слѣдующей обстановкѣ: операционная комната, гдѣ дѣлаются лапаротоміи, одна и та же, что и для всѣхъ остальныхъ гинекологическихъ операций; но столъ, инструменты и всѣ принадлежности операции — щетки, фартуки и т. п. вещи — отдѣльныя, предназначенныя только для лапаротомій. Инструменты и полотенца, прикасающіеся къ операционному полю, стерилизуются въ аппаратѣ текучимъ паромъ при 100° С. въ теченіи 1 часа, какъ разъ передъ операцией. Вода стерилизуется кипяченіемъ въ продолженіи 1 часа. Инструменты во время операции лежатъ въ 2% растворѣ карболовой кислоты. Губки обмываются послѣдовательно: 1) въ 2% растворѣ карболовой кислоты; 2) и 3) въ стерилизованной водѣ. Руки оператора и помощниковъ до операции моются мыломъ, потомъ около 5 минутъ сулемой $\frac{1}{1000}$; но передъ началомъ операции и въ теченіи ея стерилизованной водой. Шелковыя лигатуры приготавливаются кипяченіемъ въ водѣ въ теченіи 1 часа и передъ операцией стерилизуются въ текучемъ парѣ вмѣстѣ съ инструментами. Брюшные покровы моются мыломъ, сбиваются и обмываются сулемой $\frac{1}{1000}$ и потомъ водой. Такъ что во все время операции съ брюшной полостью приходятъ въ соприкосновеніе только стерилизованныя вещи и никакихъ антисептическихъ. Исключеніе составляетъ іодоформенная марля, которая примѣняется иногда въ случаяхъ тампонаціи брюшной полости по *Miculicz'u*. Защищенная брюшная рана или остается сухой, или присыпается дерматоломъ, стерилизованнымъ вмѣстѣ съ инструментами и закрывается стерилизованной марлей и ватой. Этотъ способъ оперирования примѣнялся какъ въ случаяхъ асептическихъ лапаротомій, такъ и въ такихъ, гдѣ уже до операции была констатирована септическая инфекция. Изслѣдованія производились слѣдующимъ образомъ: для каждой лапаротоміи приготавливалось 2 или 3

валика изъ стерилизованной марли, въ видѣ небольшой губки, которые насаживались на губкодержатели и завероченные въ полотенце стерилизовались передъ операцией вмѣстѣ съ инструментами въ теченіе 1 часа. Изъ полотенца вынимались передъ самымъ употребленіемъ. Затѣмъ, во время лапаротоміи изслѣдовалось содержимое брюшной полости: 1) тотчасъ по ея вскрытіи и 2) подъ конецъ операциі передъ самымъ завязываніемъ швовъ брюшной раны. Оба раза приготовленной вышеупомянутымъ образомъ марлей вытирались брюшная и тазовая полости, кишки и опухоль и тотчасъ же стерилизованными инструментами отрѣзались довольно большіе куски этой марли и опускались въ пробирки съ 10% желатиной и 1¹/₂% агаръ-агаромъ. Такимъ образомъ довольно большая часть брюшной полости и во всякомъ случаѣ все операционное поле изслѣдовалось на содержаніе микроорганизмовъ въ началѣ и подъ конецъ операциі. Кромѣ того въ нѣсколькихъ случаяхъ былъ изслѣдованъ во все время операциі воздухъ, окружающій операционное поле, при помощи открытыхъ чашекъ *Petri* съ желатиной; иногда кусочки воспалительныхъ перемычекъ, куски брюшины, содержимое замкнутыхъ фаллопиевыхъ трубъ, губки, употребляемыя во время операциі и т. п. Наблюденія обнимаютъ 31 случай лапаротомій, произведенныхъ по поводу различныхъ заболѣваній и представляются въ слѣдующемъ видѣ.

Наблюденіе 1-е. Fr. Thiel. Dysmenorrhoea ovarialis. Salpingoophorectomia duplex. 18 іюня 1892. Придатки свободны безъ сращеній. Продолжительность операциі 16 минутъ. Препараты взяты только въ концѣ операциі. Одна пробирка № 1 (b)¹ осталась совершенно безплодной. Въ другой № 1 (b)² на 4-я сутки появилась одна колонія изъ круглыхъ, крупныхъ коковокъ, особенности которыхъ описаны ниже. Послѣ операциі t° поднималась съ 3-го по 8-й день вечерами до 38,2—38,6, потомъ установилась на нормѣ.

Примѣчаніе 1-е. Микроорганизмы, найденные въ случаяхъ: 1, 3, 5, 8, 10, 11, 18, 23, 25, 29 (B) и 30 (B) имѣютъ слѣдующія характерныя особенности. Колоніи появляются на 3—4 день послѣ прививки и образуютъ на пластинкахъ въ глубинѣ желатины круглыя, небольшія точки желтоватаго цвѣта, которыя при слабомъ увеличеніи имѣютъ круглую форму съ рѣзкимъ, ровнымъ краемъ темно-бураго цвѣта. На поверхности желатины колоніи достигаютъ большей величины и представляются въ видѣ восковидной капли. На косой желатинѣ и агарѣ образуютъ бѣлый или желтоватый восковидный налетъ съ утолщеннымъ неправильнымъ краемъ. По уколу образуютъ частью

сплошную бѣлую полосу, частью состоящую изъ отдѣльныхъ густосидящихъ бѣлыхъ колоній. Желатины не разжижаютъ. Колоніи состоятъ изъ круглыхъ, довольно крупныхъ кокковъ, которые лежатъ по одиночкѣ или чаще всего группами на подобіе стафилококка; иногда образуютъ короткія цѣпочки до 8 члениковъ. Эти микроорганизмы, впрыснутые подъ кожу кроликамъ въ количествѣ $\frac{1}{2}$ —1 к. стм. эмульсіи съ 0,6% растворомъ поваренной соли, равно какъ и при введеніи непосредственно въ кровь черезъ вену уха въ томъ же количествѣ у кроликовъ не производятъ никакого ни мѣстнаго, ни общаго дѣйствія; такъ что патогенность ихъ сомнительна. (Экспериментальныя изслѣдованія производились съ кокками, полученными изъ №№ 3, 8, 10, 11 и 18, постоянно съ одинаковымъ результатомъ). На основаніи вышеописанныхъ особенностей эти микроорганизмы надо признать тождественными съ микроорганизмами, найденными *Passez'*омъ въ гноѣ и которые описаны имъ подъ именемъ *Micrococcus cereus albus*. (См. С. Flügge 1886. Die Microorganismen. S. 182); поэтому въ дальнѣйшемъ я буду просто обозначать ихъ этимъ именемъ.

Наблюденіе 2-е. Ridel. Пробная лапаротомія 20 іюня 1892. Повсемѣстныя сращенія опухоли съ окружающими частями. Опухоль величиной съ 3-хъ мѣсячную матку, невыясненной природы. Операция длилась 12 минутъ. Препараты взяты только подъ конецъ операциі № 2 (b)¹ и № 2 (b)². Въ обѣихъ пробиркахъ № 2 (b) появилось уже на 3-й день по 2 довольно крупныхъ, неправильно круглыхъ колоній, состоящихъ изъ сплюснутыхъ овальныхъ кокковъ, которые описаны болѣе подробно въ концѣ наблюденія. Послѣ операциі т^о повышалась нѣсколько разъ по вечерамъ: на 8-й день—38,1; на 10-й—38,2; на 12-й—38,4; 15-й—39,1; 16-й—40 и т. д. до 19-го дня, потомъ спала до нормы. Другихъ осложненій не было.

Примѣчаніе 2-е. Микроорганизмы, найденные въ №№ 2, 14, 17, 26 и 28 имѣютъ слѣдующія особенности. Колоніи появляются на 3-й—5-й день послѣ прививки и образуютъ въ глубинѣ желатины желтовато бѣлыя круглыя точки, которыя при слабомъ увеличеніи представляются кружками темно-бураго цвѣта съ яснымъ зубчатымъ краемъ. На поверхности желатины вокругъ колоній образуется тарелкообразное углубленіе. Быстро начинаютъ разжижать желатину и образуютъ тогда бѣлый осадокъ. На косомъ агарѣ образуютъ бѣлый восковидный налетъ. Колоніи эти состоятъ изъ небольшихъ, какъ бы сплюснутыхъ, овальныхъ кокковъ, имѣющихъ склонность соединяться въ цѣпочки, прилегая другъ къ другу болѣе длинными боками, или образуютъ группы въ видѣ стафилококка. Патогенность ихъ на животныхъ не изслѣдована; но она вообще сомнительна, такъ какъ клиническія наблюденія не даютъ повода подозрѣвать этого. Подвести ихъ подъ какой-нибудь изъ описанныхъ ранѣе видовъ мпѣ не удалось и поэтому въ дальнѣйшемъ я буду называть ихъ сплюснутыми овальными кокками.

Наблюденіе 3-е. Teichert. Retroflexio uteri fixat. et salpingoophoritis sin. 20 іюня. Сдѣлана Salpingoophorectomia sinis. et ventrofixatio uteri. Операция продолжалась 20 минутъ. Матка и лѣвые придатки окружены воспалительными перемычками. Содержимое брюшины взято только

подъ конецъ операциі—№ 3 (b)¹ и № 3 (b)² и кусочекъ воспалительной перемычки—№ 3 (c). Во всѣхъ пробиркахъ развилось по 15—20 колоній въ каждой изъ *Micrococcus cereus albus*. Послѣ операциі t^o со 2-го по 8-й день вечерами повышалась до 38,7—38,9. Въ остальное время была нормальна. Другихъ осложненій не было.

Наблюдение 4-е. Haskauf. Graviditas tubaria dext. (величиной въ гусиное яйцо) et Salpingoophoritis sin. 21 іюня 1892. Удаленіе обоихъ придатковъ матки. Продолжительность операциі 20 минутъ. Правая труба окружена сращениями. Препараты взяты въ началѣ операциі № 4 (a) и подъ конецъ ея № 4 (b)¹ и № 4 (b)² и содержимое правой трубы № 4 (c). Всѣ пробирки оставались безплодными въ теченіе 20 дней. Послѣ операциі совершенно гладкое выздоровленіе.

Наблюдение 5-е. Kolbe. Carcinoma ovarii sin., проросшая въ широкую связку; сращения съ сальникомъ. 21 іюня. Экстирпация опухоли съ послѣдовательной тампонаціей ея ложа іодоформенной марлей. Продолжительность операциі 35 минутъ. Взятые препараты въ началѣ № 5 (a) и подъ конецъ операциі № 5 (b)¹ и (b)². № 5 (a) осталась безплодной. Въ № 5 (b)¹ получилась на 4-й день 1 колонія, а въ № 5 (b)²—3 такихъ же колоній изъ *Micrococcus cereus albus*. Послѣ операциі t^o съ 1-го по 7-й день по вечерамъ повышалась до 38,5; потомъ спала до нормы. Другихъ осложненій не было.

Наблюдение 6-е. Loeder. Cysta ovarii dextr. съ серознымъ содержимымъ, величиной въ дѣтскую голову безъ сращеній. 22 іюня 1892. Ovariectomy длилась 12 минутъ. Взято только подъ конецъ операциі № 6 (b)¹ и (b)². Обѣ пробирки остались безплодными. Послѣ операциі t^o повышалась на 2-й день до 38,3 и 3-й до 38,7; потомъ гладкое выздоровленіе.

Наблюдение 7-е. Gärtner. Pyosalpinx dextra, сильно сросшаяся съ окружающими частями. Операциія 22 іюня 1892. Опухоль, величиной въ кулакъ, во время попытки освободить ее, лопнула и гной попалъ въ брюшную полость. Всей опухоли освободить не удалось и она вшита въ нижній уголокъ брюшной раны, вскрыта разрѣзомъ, выскоблена и затампонирована іодоформенной марлей. Операциія продолжалась 17 минутъ. Препараты взяты въ началѣ операциі № 7 (a) и подъ конецъ № 7 (b)¹ и (b)² и гной изъ опухоли № 7 (c). Всѣ пробирки остались безплодными. Послѣ операциі совершенно гладкое выздоровленіе. Высшая t^o 37,3.

Наблюдение 8-е. Bönsch. Pyosalpinx bilateralis съ сильными сращениями обоихъ придатковъ матки. 23 іюня 1892. Salpingoophorectomia bilateralis въ теченіе 20 минутъ. Взято содержимое брюшной полости только подъ конецъ операциі № 8 (b)¹ и (b)² и гной изъ правой трубы № 8 (c). Послѣдняя пробирка № 8 (c) осталась безплодной, въ № 8 (b)² получилась 1 колонія, въ № 8 (b)¹ много такихъ-же колоній изъ *Micrococcus cereus albus*. Послѣ операциі больная выздоровѣла безъ всякихъ осложненій. Высшая t^o—1 разъ 37,7.

Наблюдение 9-е. Höhler. Асцитъ, появившійся черезъ 2 мѣсяца послѣ удаленія папиллярной кистомы яичника 23 іюня. 1892. Простая лапарото-

мія. Выпущена світлая жидкость и найдень разлитой, слипчивый перитонитъ; послѣ чего брюшная полость закрыта. Операция длилась 12 минутъ. Содержимое взято тотчасъ по вскрытіи брюшины № 9 (а). Всѣ пробирки остались безплодными. Послѣ операции гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 10-е. Pitsch. Kystoma ovarii dextri (въ дѣтскую голову) et hydrosalpinx dextra; гладкій случай безъ всякихъ сращеній. 27 іюня 1892. Ovariectomy dextra 12 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ № 10 (а) и въ концѣ операции № 10 (b)¹ и (b)². № 10 (а) оставалась безплодной въ теченіе 18 дней. Въ № 10 (b)¹ получилось 2 колоніи изъ *Micrococcus cereus albus*. Въ № 10 (b)² получилось 12 колоній изъ длинныхъ членистыхъ палочекъ (*Bacillus subtilis*) и 6 колоній изъ *Micrococcus cereus albus*. Послѣ операции t⁰ поднималась 1 разъ до 38,0 на 3-й день; въ остальномъ гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 11-е. Hancke. Haematosalpinx sinister. (Опухоль величиной въ гусиное яйцо—Graviditas tubaria?) et obliteratio tubae dextr. 27 іюня. Удаленіе обоихъ придатковъ матки, причемъ лѣвая труба во время освобожденія отъ сращеній лопнула и содержимое ея (кровь) попало въ брюшную полость, откуда было удалено руками и губками. Операция длилась 30 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операции № 11 (а) и подъ конецъ № 11 (b)¹, (b)² и (b)³. № 11 (а) осталась безплодной, тоже и № 11 (b)². Въ № 11 (b)¹ и (b)³ получилось 5 и 6 круглыхъ колоній изъ *Micrococcus cereus albus*. Послѣ операции t⁰ только на 2-й день поднялась до 38,0. Въ остальномъ гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 12-е. Baihoff. Kystoma ovarii dext. Совершенно гладкій случай. 30 іюня. Ovariectomy въ 12 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операции № 12 (а) и въ концѣ № 12 (b)¹ и (b)². Всѣ пробирки остались совершенно безплодны. Гладкое выздоровленіе. Вышшая t⁰ 37,3.

Наблюденіе 13-е. Herbst. Хроническій (туберкулезный?) перитонитъ съ асцитомъ. 30 іюня. Laparotomy въ 13 минутъ. Взято содержимое брюшной полости подъ конецъ операции № 13 (b)¹ и (b)² и кусочекъ брюшины № 13 (с). Всѣ пробирки остались безплодны. Большая *передъ* операцией 29 іюня имѣла t⁰ 39,0 и 30 іюня утромъ 38,7. Послѣ операции 30 іюня вечеромъ 40,2; 1 іюля—38,1—38,5. Но съ 2 іюля t⁰ спала до нормы, хотя на 8-е сутки и 10-е еще поднималась до 38,0—38,4.

Наблюденіе 14. Twerdy. Fibromyoma interst. uteri (величиной въ 2 кулака) et kystoma ovar. sin. 1 іюля. Amputatio uteri myomatosi supravaginalis et ovariectomy sin. съ погруженіемъ культи матки въ брюшную полость. Киста была сращена съ окружающими частями и лопнула во время операции, при чемъ содержимое отчасти попало въ брюшную полость. Продолжительность операции—40 минутъ. Взято содержимое брюшины въ началѣ № 14 (а) и подъ конецъ операции № 14 (b)¹ и (b)². Во всѣхъ пробиркахъ получился одинъ и тотъ же видъ микроорганизмовъ, именно: въ № 14 (а)—2 колоніи; въ № 14 (b)¹—1 колонія и въ № 14 (b)²—3 колоніи изъ сплюснутыхъ овальныхъ кокковъ, разжижающихъ

желатину. Послѣ операци т^о со 2-го по 5-й день повышалась до 38,1; въ остальномъ гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 15. Blaser. Hydrosalpinx dextr. съ небольшими сращениями въ тазу. 2 іюля. Salpingotomy—12 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операци № 15 (а) и подъ конецъ № 15 (b)¹ и (b)². № 15 (а) и № 15 (b)¹ остались безплодными, а въ № 15 (b)² появилось 3 колоніи изъ разжижающихъ желатину членистыхъ толстыхъ палочекъ *Bacillus subtilis*. Совершенно гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 16. Rother. Graviditas tubaria sinis. II mens. et obliteratio tubae dextr. 2 іюля. Удаленіе обонхъ придатковъ матки, при чемъ во время освобожденія беременной трубы изъ Дугласова пространства, она лопнула и содержимое ея (кровь) попало въ брюшную полость. Операци длилась 20 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операци № 16 (а) и подъ конецъ ея № 16 (b)¹ и (b)² и кровь изъ лѣвой трубы—№ 16 (с). Всѣ пробирки остались безплодными, исключая № 16 (b)², гдѣ получилось 3 колоніи изъ разжижающихъ желатину толстыхъ членистыхъ палочекъ (*Bacillus subtilis*). Гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 17. Eckwert. Myoma uteri subserosum въ видѣ двойнаго узла въ 2 кулака величиной, на широкой ножкѣ, сидѣвшая на двѣ матки. 4 іюля. Laparomyotomia съ вшиваніемъ культи въ нижній уголь брюшной раны. Продолжительность операци 27 минутъ. Взято содержимое брюшной полости только въ началѣ операци № 17 (а). Здѣсь съ 4-го дня появились 3 бѣлыя, большія колоніи неправильно круглой формы, разжижающія желатину и состоящія изъ овальныхъ сплюснутыхъ кокковъ. Послѣ операци гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 18. Mülstein. Fibromyoma uteri interstitialis величиной съ 5-ти мѣсячную беременную матку. 6 іюля 92. Laparomyotomia съ вшиваніемъ культи въ нижній уголь брюшной раны, при чемъ была вскрыта полость матки; по затѣмъ вся культа занята, всюду прикрыта брюшиной. Операци длилась 45 мин. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операци № 18 (а) и подъ конецъ ея № 18 (b)¹ и (b)². № 18 (а) осталась безплодной. Въ № 18 (b)¹ и (b)² получилось съ 3-го дня по 15—20 колоній въ каждой изъ *Micrococcus cereus flavus*. Послѣ операци довольно гладкое выздоровленіе, хотя отъ 2 до 5 дня т^о повышалась до 37,8—37,9.

Наблюденіе 19. Opitz. 6 іюля. Пробная лапаротомія въ теченіе 10 мин. (Graviditas?). Взято содержимое брюшной полости только въ началѣ операци № 19 (а), которая осталась безплодной. Послѣ операци довольно гладкое выздоровленіе. Т^о только на 4-й день поднялась до 38,2; въ остальное время была нормальна.

Наблюденіе 21. Knie. Carcinoma portionis vaginalis. 8 іюля extirpation uteri per vagin. безъ предварительнаго выскабливанія и прижиганія самой язвы передъ операцией и безъ опрокидыванія влагалищной части въ полость брюшины. Продолжительность операци 36 минутъ. Взято содержимое брюшной полости только подъ конецъ операци передъ тампонаціей незащитаго отверстія въ брюшную полость № 21 (b)¹, (b)² и (b)³. № 21 b¹ осталась безплодной, въ № 21 v² и v³ получилось по нѣсколько (до 20) колоній изъ

разжижающих желатину членистых палочек *bacillus subtilis* и кроме того 4—6 красных колоний из палочек, образующих на поверхности желатины и агара круглыя, розовыя или красныя колоніи, не разжижающія желатины и остающіяся въ глубинѣ укола бѣлыми, которыя состоятъ изъ короткихъ, толстыхъ палочекъ, соединяющихся нерѣдко по-парно подъ угломъ въ видѣ запятой. Послѣ операціи до 11-го дня t^0 по вечерамъ поднималась до 38,0—39,1 при утренней t^0 въ 37°. Въ остальномъ выздоровленіе шло безъ осложненій.

Наблюденіе 22. Ratsch. Retroflexio uteri fixat. 9 іюля *ventrofixatio uteri* втеченіе 17 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операціи № 22 (а) и подъ конецъ № 22 (b)¹ и (b)². № 22 (а) и (b)¹ остались безплодны; въ № 22 (b)² получилось 3 колоніи неправильно круглой формы, бѣлаго цвѣта, разжижающія желатину и состоящія изъ тонкихъ, короткихъ палочекъ. Послѣ операціи гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 23. Gromann. У больной былъ удаленъ ракъ праваго яичника около 2-хъ мѣсяцевъ назадъ и теперь появился снова асцитъ и подозрительная опухоль на мѣстѣ ампутаціонной культы. 9 іюля *Laparotomia*. Найденъ слипчивый перитонитъ въ окружности бывшей опухоли и рецидивъ рака на сальникѣ. Удалена часть сальника, содержащая рецидивъ рака и брюшная полость закрыта. Операція длилась 20 минутъ. Взято содержимое брюшины въ началѣ операціи № 23 (а) и подъ конецъ № 23 (b)¹ и (b)². № 23 (а) осталась безплодна; въ № 23 (b)¹ и (b)² получилось 6 и 8 колоній *Micrococcus cereus albus*. Послѣ операціи медленно появились явленія непроходимости кишекъ при слегка повышенной t^0 до 38,1; почему 20 іюля, т. е. на 11-й день послѣ 2-й операціи сдѣланъ искусственный *anus praeternaturalis* въ правой плеоцекальной области. Послѣ этого при повышенной t^0 38,4 — 38,5, и частомъ пульсѣ (до 136). 24 іюля больная умерла. На вскрытіи 25 іюля найденъ сухой слипчивый перитонитъ и около самаго искусственнаго кишечнаго свища капля гноя. Рецидива рака не найдено, а симулировавшая его опухоль состояла изъ клубка тонкихъ кишекъ длиной около $\frac{1}{2}$ метра, которыя срослись плотно между собой, съ слѣдой кишки и ампутаціонной культей прежней опухоли яичника; такъ что неполная непроходимость кишекъ существовала со времени 1-й операціи. Взято содержимое брюшной полости № 23 (с)¹ и (с)² и гной около кишечной фистулы № 23 (с)³. Во всѣхъ пробиркахъ получилась масса бѣлыхъ быстро растущихъ и быстро разжижающихъ желатину колоній, состоящихъ изъ короткихъ, тонкихъ палочекъ, соединяющихся парами. Другихъ микроорганизмовъ не найдено.

Наблюденіе 24. Blase. Pyo et haematosalpinx bilateralis et tuberculosus tubae dextr. 13 іюля *Salpingoophorectomia duplex et ventrofixatio uteri*. Во время операціи правая труба лопнула и гной попалъ въ брюшину. Операція длилась 35 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операціи № 24 (а) и въ концѣ № 24 (b)¹ и (b)²; воздухъ около операціоннаго поля № 24 (В), губка, употреблявшаяся во время операціи и обмытая въ стерилизованной водѣ—№ 24 (Г) и кровь изъ трубы № 24 (Б). Изъ нихъ № 24 (а) и (b)², № 24 (В) и (Б) остались без-

плодны. Въ № 24 (b)¹ и (Г) желатина на 7-й день стала сверху разжижаться, позеленѣла и содержитъ короткія палочки, соответствующія по описанію bacillus fluorescens liquefaciens (см. G. Eisenberg. Bakteriologische Diagnostik s 75). Послѣ операциі у больной были 5 дней припадки сильной рвоты, частый и плохой пульсъ (до 140 при t^o 37,4—37,6); затѣмъ все постепенно успокоилось. На 11-й день образовалось нагноеніе въ брюшныхъ стѣнкахъ и t^o 2 дня поднималась до 38,6; но затѣмъ абсцессъ вскрылся и t^o спала до нормы (37,2).

Наблюденіе 25. Garroth. Carcinoma port. vag. et cervicis. 15 іюля. Extirpatio uteri per vagin., длившаяся около 1 часа. Взято содержимое тазовой полости № 25 (b)¹ и (b)² и губка, бывшая въ брюшной полости, но обмытая въ стерилизованной водѣ № 25 (Г) все подъ конецъ операциі. № 25 (Г) осталась безплодной; въ № 25 (b)¹ и (b)² развилось по 20 колоній, состоящихъ изъ Micrococcus cereus albus. Послѣ операциі t^o повышалась съ 2 по 9 день вечерами до 38,7—39,2 при утренней t^o въ 37,2—37,5. Въ дальнѣйшемъ выздоровленіе безъ осложненій.

Наблюденіе 26. Peisker. Kystoma ovarior. bilaterale (одна величиной съ 6-ти мѣсячную матку, другая съ дѣтскую головку), myoma uteri et carcinoma cervicis et port. vagin. 16 іюля 1892. Вырѣзываніе всей матки и опухолей яичниковъ per laparotomiam. Операциа длилась 1¹/₄ час. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 26 (a) и подъ конецъ ея № 26 (b)¹ и (b)². № 26 (a) и (b)² остались безплодны, въ № 26 (b)¹ появилась одна колонія изъ разжижающихъ желатину овальныхъ сплюснутыхъ кокковъ, похожихъ на найденные въ № 2 и № 14. Послѣ операциі съ 3-го по 13-й день t^o повышалась по вечерамъ до 38,1—38,3. Въ остальномъ довольно гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 27. Ditrich. Kystoma ovarii dextr. безъ сращеній. 18 іюля ovariectomy въ 13 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 27 (a) и подъ конецъ ея № 27 (b)¹ и (b)². Всѣ пробы остались безплодны. Гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 28. Topf. Kystoma ovarii dextr. величиной съ 7 мѣсячную матку, безъ сращеній. 20 іюля. Ovariectomy 17 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 28 (a) и подъ конецъ № 28 (b)¹ и (b)² и воздухъ около операционнаго поля № 28 (B). № 28 (a) осталась безплодной; въ № 28 (b)¹ появилось 3 колоніи, въ № 28 (b)² такихъ же колоній 12 изъ овальныхъ сплюснутыхъ кокковъ. По всѣмъ признакамъ они тождественны съ микроорганизмами, найденными въ № 2 и 14. Въ № 28 (B) развилось 4 колоніи плѣсени и 8 колоній изъ такихъ же кокковъ, какъ въ № 28 (b). Послѣ операциі довольно гладкое выздоровленіе. T^o поднялась только на 8-й день до 38,5, въ остальное время нормальна.

Наблюденіе 29. Langer. Kystoma ovar. sinist. величиной съ 8-мѣсячную матку, но безъ особенныхъ сращеній. 20 іюля Ovariectomy въ 20 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 29 (a) и подъ конецъ № 29 (b)¹ и (b)² и воздухъ № 29 (B). Всѣ пробы съ брюшиной остались безплодны; въ пластинкѣ же изъ воздуха № 29 (B)

развилося: 1) нѣсколько красныхъ колоній изъ палочекъ не разжижающихъ желатинны; 2) нѣсколько бѣлыхъ колоній, не разжижающихъ желатинны изъ *Microsoccus cereus albus* и 3) нѣсколько колоній плѣсени. Послѣ операциі t^0 на 2-й день была 38,1, потомъ почти нормальная, хотя до 1 іюля по вечерамъ поднималась до 37,8. Въ остальномъ гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 30. Hauel. Киста, повидимому, лѣвой почки. 27 іюля выщипаніе кисты въ 16 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 30 (а) и въ концѣ № 30 (b)¹ и (b)² и воздухъ во время операциі № 30 (В). Въ послѣдней получилось: 1) 3 колоніи плѣсени и 2) 7 бѣлыхъ, круглыхъ колоній изъ неразжижающихъ желатинны *Microsoccus cereus albus*. Всѣ остальные пробирки остались безплодны. Послѣ операциі гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 31. Beyer. Киста праваго яичника величиной въ кулакъ безъ сращеній и выпаденіе матки. 27 іюля *ovariotomia et ventrofixatio uteri* въ теченіе 12 минутъ. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 31 (а) и подъ конецъ № 30 (b)¹ и (b)² и воздухъ во время операциі № 30 (В). Въ послѣдней появилось: 1) 4 колоніи плѣсени и 2) 3 бѣлыя большія колоніи изъ не разжижающихъ желатинны коротенькихъ яйцевидныхъ палочекъ; № 31 (а) осталась безплодной; № 31 (b)¹ и (b)² содержатъ по 2 бѣлыхъ колоній изъ тѣхъ же яйцевидныхъ палочекъ, что и въ № 31 (В). Послѣ операциі гладкое выздоровленіе.

Наблюденіе 20. Zimmerling. Больная родила сама 5 дней тому назадъ (30 іюня), не смотря на большую міому матки, величиной съ голову взрослого; но послѣдъ остался въ маткѣ и не могъ быть извлеченъ. Въ такомъ видѣ больная доставлена въ клинику съ загнившимъ послѣдомъ и съ t^0 5 іюля вечеромъ 42,2, пульсъ 143. 6 іюля 36,6/107—41,0/130—38,5/120; 7 іюля 38,6/120. Послѣ промыванія матки 1% растворомъ *Lyofa* 7 іюля сдѣлана операциія *Porro*, длившаяся около 1 $\frac{1}{4}$ час., съ шиваніемъ культи въ нижній уголь брюшной раны. Во время *laparotomii* и сращеній и замѣтнаго перитонита не было найдено. Взято содержимое брюшной полости въ началѣ операциі № 20 (а)¹ и (а)², подъ конецъ операциі № 20 (b)¹ и (b)² и содержимое полости матки № 20 (b)³. Обѣ пробирки № 20 (а) остались безплодны; въ № 20 (b)¹, (b) и (b)³ уже на 2-й день появились микроорганизмы двухъ сортовъ: 1) разжижающія желатину короткія, толстыя палочки яйцевидной формы, развивающія зловонный запахъ въ пробиркахъ и появившіяся только на поверхности желатинны. и 2) главнымъ образомъ бѣлыя колоніи, засѣявшія всю желатину и не разжижающія ее, состоящія изъ *Bacillus septicus hominis*. Въ виду особеннаго интереса даннаго случая описаніе этихъ палочекъ приведено въ концѣ статьи. Послѣ операциі 7 іюля вечеромъ t^0 38,8; 8 іюля 37,6/120—38,5 и черезъ 40 часовъ послѣ операциі смерть. На вскрытіи 9 іюля найдены ограниченныи слипчивыи перитонитъ вокругъ ампутаціонной культи матки; обоюдосторонній гидронефрозъ съ расширеніемъ мочеточниковъ; жировое перерожденіе печени, почекъ и мускулатуры сердца и дѣтеритическіе налеты влагалища. Смерть отъ септицеміи.

Представляя вышеприведенныя наблюдёнія въ формѣ таблицъ мы получимъ слѣдующее:

№ наблюдёнія и время операціи.	Названіе и продолжительность операціи.	Существуютъ ли воспалительн. явл. въ брюшинѣ и осложнёнія во время операціи.	Содержимое брюшной полости.		Другіе объекты, изслѣдованные во время операціи.	Теченіе послѣоперационнаго періода.
			(a) въ началѣ операціи.	(b) въ концѣ операціи.		
1892 г.						
I. 18 іюня.	<i>Salpingoophorectomia duplex</i> 16 м.	—	—	№ 1 (b) ¹ —безплодна. № 1 (b) ² содерж. 1 колонію изъ <i>Micrococcus cereus albus</i> .	—	Повышеніе t° съ 3 по 8 день по вечерамъ до 38,2—38,6; въ остальн. нормальная.
II. 20 іюня.	<i>Пробная лапаротомія</i> 12 м.	Сильныя сращенія опухоли съ окружающ. частями.	—	№ 2 (b) ¹ и № 2 (b) ² содержать по 2 колоніи изъ разжижающ. желатину сплюсненныхъ овальныхъ коковокъ.	—	Повышеніе t° на 8 д.—38,1, 10—38,2, 12—38,4, 15—39,1, 16—40,0 и т. д. до 19 дня, потомъ нормальная.
III. 20 іюня.	<i>Salpingoophorect. sin. et. Ventrofixat. uteri</i> 20 м.	Матка и лѣвыя придатки сращены.	—	№ 3 (b) ¹ и № 3 (b) ² содерж. по 15—20 колоній изъ <i>Micrococcus cereus albus</i> .	№ 3 (c)=кусочекъ воспалительн. перемычки содержить 20 колон. <i>Micrococcus cereus albus</i> .	Повышеніе t° со 2 по 8 день вечерами до 38,7—38,9; въ остальн. безъ осложненій.
IV. 21 іюня.	<i>Salpingoophorectomia duplex</i> 20 м.	Сращенія правой трубы.	№ 4 (a)—безплодна.	№ 4 (b) ¹ и № 4 (b) ² —безплодны.	№ 4 (c)=содержимое правой Фаллопиевой трубы — безплодна.	Гладкое выздоровленіе.
V. 21 іюня.	<i>Ovariectomy</i> 35 м.	Ракъ лѣв. яичника сращенъ съ сальникомъ и опухоль проросла въ широкую связку.	№ 5 (a)—безплодна.	№ 5 (b) ¹ —содержать 1 колонію. № 5 (b) ² —3 такія же колон. изъ <i>Micrococcus cereus albus</i> .	—	Повышеніе t° съ 1 дня по 7 день вечерами до 38,5, потомъ нормальн. теченіе.

II

935

№ наблюдения и время операции.	Название и продолжительность операции.	Существуют ли воспалительн. явл. в брюшине и осложнения во время операции.	Содержимое брюшной полости.		Другие объекты, исследованные во время операции.	Течение послеоперационного периода.
			(a) в началѣ операций.	(b) в концѣ операций.		
VI. 22 июня.	<i>Ovariectomy</i> . 12 м.	—	—	№ 6 (b) ¹ и № 6 (b) ² —бесплодны.	—	Повышение t° на 2 и 3 день до 38,3 и 38,7 дальше нормально.
VII. 22 июня.	<i>Laparotomy</i> . 17 м.	Сращение трубы, разрывъ ея и излияние гноя въ брюшину.	№ 7 (a)—бесплодна.	№ 7 (b) ¹ и № 7 (b) ² —бесплодны	№ 7 (c)—гноя изъ лопнувш. трубы—бесплодна	Гладкое выздоровление.
VIII. 23 июня.	<i>Salpingoospherect.</i> 20 м.	Сращение придатковъ въ тазу.	—	№ 8 (b) ¹ —содержитъ 1 колонию. № 8 (b) ² —много такихъ же колоній изъ <i>Micrococcus cereus albus</i> .	№ 8 (c)—гноя изъ правой трубы—бесплодна.	Гладкое выздоровление.
IX. 23 июня.	<i>Laparotomy</i> . 12 м.	Разлитой адгезивный перитонитъ съ асцитомъ.	№ 9 (a)—бесплодна.	—	—	Гладкое выздоровление
X. 27 июня.	<i>Ovariectomy dupl.</i> 12 м.	—	№ 10 (a)—бесплодна.	№ 10 (b) ¹ —содержитъ 2 колоніи. № 10 (b) ² —6 такихъ же колоній изъ <i>Micrococcus cereus alb.</i> +12 колоній изъ <i>Bacillus subtilis</i> .	—	Повышение t° на 3 день до 38,0, въ остальн. нормально.
XI. 27 июня.	<i>Salpingoophorectom. duplex</i> , 30 м.	Сращение лѣвой трубы, разрывъ ея и излияние крови въ брюшину.	№ 11 (a)—бесплодна.	№ 11 (b) ² —бесплодна. № 11 (b) ¹ и № 11 (b) ³ содер. по 5 и 6 колоній изъ <i>Micrococcus cereus albus</i> .	—	Повышение t° на 2 день до 38,0, въ остальн. гладкое выздоровление.
XII. 30 июня.	<i>Ovariectomy</i> . 12 м.	—	№ 12 (a)—бесплодна.	№ 12 (b) ¹ и № 12 (b) ² —бесплодны.	—	Гладкое выздоровление.

ЛIII. 30 июня.	<i>Laparotomia</i> . 13 м.	Хроническій туберкулезный (?) перитонитъ.	—	№ 13 (b) ¹ и № 13 (b) ² —бесплодны.	№ 13 (c)=кусочек брюшины бесплодна.	До операціи t ⁰ была повышена до 39,0 и 1 и 2 день послѣ операціи еще повышена до 40,0 и 38,5, потомъ нормальна, но на 8 д.—38,0 и 10—38,4.
XIV. 1 июля.	<i>Ovariotomia et miotomia</i> . 40 м.	Сращенія кисты и разрывъ съ изліяніемъ въ брюшину содержимаго.	№ 14 (a) содержитъ 2 кол. изъ разжижающ. желат. овал. кокковъ.	№ 14 (b) ¹ содержитъ 1 колонию. № 14 (b) ² 3 такихъ же кол. изъ разжижающихъ желатину сплющен. овалн. кокковъ.	—	Повышеніе t ⁰ со 2 по 5 день до 38,1 вечеромъ, въ остальн. нормальное.
XV. 2 июля.	<i>Salpingotomia</i> dex. 12 м.	Сращенія трубы въ тазу.	№ 15 (a)—бесплодна.	№ 15 (b) ¹ —бесплодна. № 15 (b) ² содержитъ 3 колоніи изъ <i>Bacillus subtilis</i> .	—	Гладкое выздоровленіе.
XVI. 2 июля.	<i>Salpingooper hysterotom. dupl.</i> 20 м.	Разрывъ беремен. трубы и изліяніе крови въ брюшн. полость.	№ 16 (a)—бесплодна.	№ 16 (b) ¹ бесплодна. № 16 (b) ² —содержитъ 3 колоніи изъ <i>Bacillus subtilis</i> .	№ 16 (c)=содержимое беременной трубы—бесплодна.	Гладкое выздоровленіе.
XVII. 4 июля.	<i>Laparotomiotomia</i> . 27 м.	—	№ 17 (a) содержитъ 3 кол изъ разжиж. желат. овалнхъ сплющенныхъ кокковъ.	—	—	Гладкое выздоровленіе.
XVIII. 6 июля.	<i>Laparotomiotomia</i> . 45 м.	—	№ 18 (a)—бесплодна.	№ 18 (b) ¹ и № 18 (b) ² содержатъ по 15—20 колоній изъ <i>Micrococcus cereus albus</i> .	—	Повышеніе t ⁰ со 2 по 5 день до 37,9; довольно гладкое выздоровленіе.
XIX. 6 июля.	Пробная лапаротомія 10 м.	—	№ 19 (a)—бесплодна.	—	—	Повышеніе t ⁰ на 4 д. до 38,2, въ остальн. нормальное теченіе.

№ наблюдения и время операции.	Название и продолжительность операции.	Существуют ли воспалительн. явл. в брюшинѣ и осложнения во время операции.	Содержимое брюшной полости		Другие объекты, исследованные во время операции.	Течение послѣоперационнаго періода.
			(a) въ началѣ операции.	(b) въ концѣ операции.		
XXI. 8 июля.	<i>Carcinoma port. v. Extirpatio uteri per vaginam.</i> 36 м.	—	—	№ 21 (b) ¹ —безплодна № 21 (c) ² и № 21 (b) ³ содержать 1) по 20 колоній изъ <i>Bacillus subtil.</i> и 2) по 4—6 красныхъ колон. неразжж. желатини изъ палочекъ въ видѣ запятой.	—	Повышеніе t° съ 1 по 11 день вечерами до 38,0—39,1. Утромъ 37,2, въ остальн. безъ осложнений.
XXII. 9 июля.	<i>Ventrofixatiouteri.</i> 17 м.	Сращения перенутой назадъ матки.	№ 22(a)—безплодна.	№ 22 (b) ¹ —безплодна. № 22 (b) ² —содерж. 3 колоніи изъ разжижающихъ желатину короткихъ тонкихъ палочекъ (?) вида.	—	Гладкое выздоровленіе.
XXIII. 9 июля.	<i>Laparotomia.</i> 20 м.	<i>Peritonitis adhesiva</i> (Адгезивный перитонитъ)	№ 23(a)—безплодна.	№ 23 (b) ¹ —содержитъ 6 колоній. № 23 (b) ² —8 таковыхъ же колон. изъ <i>Micrococcus cergus albus.</i>	№ 23 (c) ¹ и № 23 (c) ² —содержимое брюшины на вскрытіи содержатъ массу колоній изъ разжижающихъ желатину короткихъ тонкихъ диплобациллъ.	Смерть отъ медленно развившейся непроходимости кишечника и перитонита.
XXIV. 13 июля.	<i>Salpingoophorectomia dup. et. ventrofixatio. uteri</i> 35 м.	Сращения придатковъ, разрывъ трубы и изліяніе гноя въ брюшину.	№ 24(a)—безплодна.	№ 24 (b) ² —безплодна. № 24 (b) ¹ —сверху желатина разжижилась и содер. <i>Bacillus fluorescens liquefaciens.</i>	№ 24 (B)=воздухъ—безплоден. № 24 (K)=кровь изъ трубы—безплодна. № 24 (z)=губка содер. тѣ же <i>Bacillus fluoresc. liquefaciens.</i>	До 11 дня t°=37,4—37,6 при пульсѣ 120. На 12 и 13 дней t°=38,6 и нагноеніе брюшныхъ стѣнокъ около шва, потомъ нагн.

XXVI.	Carcinoma cervicis myoma, uteri et kystoma ovariorum bilaterale.	Extirpatio uteri et ovariorum per laparotomiam.	№ 26 (a) — бесплодна.	№ 26 (b) ¹ — бесплодна. № 26 (b) ² — содержит 1 колон. изъ сплюсненных овальн. кокковъ, разжиж. желатину.	—	Повышение t° сь 3 по 13 день до 38,1—38,3 вечерами. въ остальн. гладкое выздоровление.
XXVII. 18 июля.	Ovariотomia. 13 м.	—	№ 27 (a) — бесплодна.	№ 27 (b) ¹ и № 27 (b) ² — бесплодны.	—	Гладкое выздоровление.
XXVIII. 20 июля.	Ovariотomia. 17 м.	—	№ 28 (a) — бесплодна.	№ 28 (b) ¹ содержит 3 колонии. № 28 (b) ² — 12 такихъ же колон. изъ сплюсненных овальныхъ кокковъ, разжиж. желатину.	№ 28 (B) = воз- духъ содерж. 1) 4 колон. плѣсени и 2) 8 колоний такихъ же сплюсненныхъ кокковъ, какъ и № 28 (b).	Повышение t° на 8 день до 38,5, въ остальн. гладкое выздоровление.
XXIX. 20 июля.	Ovariотomia. 21 м.	—	№ 29 (a) — бесплодна.	№ 29 (b) ¹ и № 29 (b) ² — бесплодны.	№ 29 (B) = воз- духъ содерж. 1) нѣсколько красныхъ колон. изъ палочекъ неразжиж. желат. 2) нѣсколько колон. изъ Micrococcus segetis albus.	Повышение t° на 2 д. до 38,1, въ остальн. гладкое выздоровление.
XXX. 27 июля.	Экстирпация кисты почки per laparotomiam. 16 м.	—	№ 30 (a) — бесплодна.	№ 30 (b) ¹ и № 30 (b) ² — бесплодны.	№ 30 (B) = воз- духъ содерж. 1) 3 кол. плѣсени и 2) 7 колоний Micrococcus segetis albus.	Гладкое выздоровление
XXXI. 27 июля.	Ovariотomia et ventrofixatio uteri 12 м.	—	№ 31 (a) — бесплодна.	№ 31 (b) ¹ и № 31 (b) ² содержатъ по 2 колонии бѣлаго цв. изъ неразжижающихъ желатины короткихъ яйцевидныхъ палочекъ.	№ 31 (B) = воз- духъ содерж. 1) 4 колонии плѣсени 2) 3 колонии изъ такихъ же яйцевидн. палочекъ, что и № 31 (b).	Гладкое выздоровление.
XX. 7 июля	Операция Porro 1 1/4 часъ.	—	№ 20 (a) ¹ и № 20 (a) ² остались бесплодными.	№ 20 (b) ¹ и № 20 (b) ² содер. 1) разж. жел. толстая яйцевидн. палочки гнѣсени и 2) массу неразж. жел. бѣлыхъ кол. Bacilli septici hominis.	№ 20 (b) ³ = со- держимое полости матки содержитъ то- же самое, что и № 20 (b) ¹ и (b) ² .	Смерть чрезъ 40 час. послѣ операцин отъ септицемии.

Разсматривая вышеприведенную таблицу, мы видимъ, что изъ 28-ми случаевъ, въ которыхъ была изслѣдована брюшная полость въ концѣ операціи,—въ 20 были найдены тѣ или другіе микроорганизмы въ большемъ или меньшемъ количествѣ, и въ 8 случаяхъ микроорганизмовъ не найдено. Принимая во вниманіе то обстоятельство, что изъ 23 случаевъ, гдѣ брюшная полость изслѣдована тотчасъ послѣ ея вскрытія, — 21 разъ микроорганизмовъ не найдено, надо допустить, что марля, которой вытиралась брюшина, была стерильна, а также тѣ манипуляціи, которыя сопровождали изготовленіе культуръ, достаточно обезпечивали эти послѣднія отъ загрязненія извнѣ, и что вышеприведенныя числа дѣйствительно показываютъ, что въ теченіе самой операціи въ брюшную полость извнѣ попадаютъ микроорганизмы. Такимъ образомъ, при асептическомъ веденіи лапаротомій въ дѣйствительности брюшина и вообще операционное поле не остаются асептическими въ бактериологическомъ смыслѣ. Другое дѣло насколько важно это съ практической respect. клинической точки зрѣнія. Вышеприведенная таблица показываетъ, что, не смотря на такое сравнительно частое (изъ 28 случаевъ въ 20-ти) нахожденіе микроорганизмовъ въ брюшной полости къ концу операціи, ни въ одномъ случаѣ нельзя было констатировать септической инфекціи вслѣдствіе операціи. Наблюденіе № 20 не составляетъ исключенія изъ этого положенія, такъ какъ здѣсь операція была произведена при вполнѣ уже развившейся септицеміи, in extremis. Однако занесеніе въ брюшную полость даже такихъ, повидимому не *патогенныхъ*, микроорганизмовъ, какъ встрѣчавшіеся намъ *Micrococcus cereus albus* или разжижающіе желатину сплюснутые, овальные кокки, не можетъ быть разсматриваемо, какъ обстоятельство вполнѣ индифферентное съ клинической точки зрѣнія; по крайней мѣрѣ, вышеприведенная таблица показываетъ, что изъ 15 случаевъ, въ которыхъ были найдены вышеупомянутые кокки, въ 11 это совпадало съ болѣе или менѣе значительнымъ повышеніемъ температуры въ послѣоперационномъ періодѣ. Что касается до источника, откуда попадаютъ эти микроорганизмы въ брюшину, то относительно этого надо думать, что таковымъ является воздухъ около операционнаго поля и волоса на головѣ, усахъ и бородѣ оператора

и ближайшихъ помощниковъ, 1) потому что эти предметы не обеззараживаются и 2) потому что косвеннымъ образомъ мы имѣемъ подтвержденіе этому предположенію въ томъ, что при быстрыхъ операціяхъ, продолжительность которыхъ не превышала $\frac{1}{4}$ часа, и гдѣ, слѣдовательно, вліяніе окружающей атмосферы на брюшину было кратковременно, послѣоперационное теченіе было большею частью вполне безлихорадочное; такъ въ нашихъ наблюденіяхъ изъ 11-ти подобныхъ случаевъ — въ 6-ти температура была совершенно нормальна, въ 3-хъ случаяхъ наблюдалось однократное повышеніе до 38° — $38,4^{\circ}$, и только у 2-хъ оперированныхъ температура поднималась нѣсколько разъ выше $38,0^{\circ}$. Кроме того, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ былъ изслѣдованъ воздухъ около операционнаго поля, въ немъ были *находимы* или тѣ же самые микроорганизмы, что и въ брюшной полости, какъ напр.: въ наблюденіяхъ № 28 или № 31, или встрѣчался тотъ же *Micrococcus cereus albus*, который былъ часто находимъ въ брюшной полости.

Такимъ образомъ ближайшей задачей клиницистовъ является стремленіе къ стерилизаціи воздуха, окружающаго операционное поле, что однако едвали вполне достижимо. По крайней мѣрѣ наблюденія проф. *Рейна* (см. 1. с.) показали, что, не смотря на фильтрацію входящаго воздуха черезъ ватные фильтры и не смотря на примѣненіе аппарата д-ра *Сатъжко*, которымъ воздухъ операционной комнаты очищается механически водянымъ дождемъ, все таки полная асептика воздуха во время операціи оказалась недостижимой. Впрочемъ большаго практическаго значенія это обстоятельство, повидному, не имѣетъ, такъ какъ обыкновенно воздухъ операционной комнаты свободенъ отъ патогенныхъ микробовъ или можетъ быть на столько очищенъ.

Далѣе въ интересахъ асептики раны желательна возможно меньшая продолжительность операціи.

Обращаясь къ вопросу—содержитъ ли замкнутая брюшная полость микроорганизмы?—мы, на основаніи нашихъ изслѣдованій должны отвѣтить: нѣтъ; по крайней мѣрѣ такихъ, которые растутъ на желатинѣ или агарь-агарь; такъ какъ изъ 23-хъ случаевъ, гдѣ брюшная полость была изслѣдована тотчасъ послѣ ея вскрытія, въ 21-мъ про-

бирки съ марлей остались вполне безплодными и только въ 2-хъ случаяхъ получило по 3 колоніи разжижающихъ желатину овальныхъ кокковъ; что можетъ быть объяснено нѣкоторыми несовершенствами самого способа изготовленія культуры, при примѣненіи его у операціоннаго стола.

Разсматривая далѣе тѣ случаи, въ которыхъ въ брюшинѣ былъ найденъ адгезивный перитонитъ, мы видимъ, что изъ 12-ти подобныхъ случаевъ въ 11-ти тотчасъ по вскрытіи брюшины микроорганизмовъ не найдено; такимъ образомъ эти наблюденія подтверждаютъ мнѣніе клиницистовъ и взглядъ *Witt'a* (см. *Zur Actiologie der septischen Peritonitis. München. med. Wochenschrift. 1889. № 42*), что слизчивый перитонитъ можетъ быть произведенъ помимо микроорганизмовъ—механическими или химическими раздражителями.

Наконецъ, наши наблюденія показываютъ, что содержимое кистъ и замкнутыхъ Фаллопиевыхъ трубъ, даже чисто гнойнаго характера обыкновенно не содержатъ микроорганизмовъ, способныхъ къ размноженію, чѣмъ и объясняется то обстоятельство, что изліяніе этого содержимаго въ брюшную полость обыкновенно не влечетъ за собою неблагоприятныхъ послѣдствій.

Такимъ образомъ сама брюшная полость, не смотря на существованіе въ ней воспалительныхъ сращеній, и содержимое находящихся въ ней опухолей могутъ считаться асептичными, что дѣлаетъ совершенно излишнимъ примѣненіе во время операціи дезинфицирующихъ средствъ.

И такъ, наши наблюденія показываютъ, что примѣненіе асептики въ томъ видѣ, какъ она практикуется въ клиникѣ проф. *Fritsch'a*, хотя и не даетъ возможности сохранить операціонное поле resp. брюшную полость вполне асептичнымъ въ бактериологическомъ смыслѣ, все таки можетъ считаться вполне удовлетворяющимъ практическимъ цѣлямъ клиникки совершенно достаточнымъ для случаевъ, въ которыхъ приходится оперировать не въ зараженныхъ уже раньше тканяхъ, т. е. для громаднаго большинства лапаротомій. Поэтому я вполне могу присоединиться къ мнѣнію проф. *Рейна* о предпочтительности асептики передъ антисептикой для подобныхъ случаевъ.

Что касается до такихъ случаевъ, гдѣ уже до операціи существовала инфекція и во время операціи дается возможность септическимъ микроорганизмамъ попадать въ брюшную полость, какъ напр. въ нашемъ наблюдении № 20, то здѣсь помимо дезинфекціи загрязненной полости промываніемъ, которое, повидимому, никогда не ведетъ къ дѣйствительному обеззараживанію, мнѣ кажется, была бы умѣстна предварительная тампонація этой полости сулемною или іодоформенною марлей, что дало бы уже чисто механически больше шансовъ на сохраненіе брюшной полости асептической; кромѣ того, примѣненіе рѣзущаго наконечника Пакелена вмѣсто ножа и ножницъ при разединіи такихъ зараженныхъ тканей, было бы вторымъ моментомъ, обезпечивающимъ до извѣстной степени сосѣднія ткани отъ инфекціи. На сколько можетъ быть успѣшно въ подобныхъ случаяхъ примѣненіе асептическихъ средствъ во время операціи покажетъ будущее—до сихъ поръ достигнуть цѣли этимъ путемъ, какъ учить клинической опытъ, это не удавалось, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ зависитъ отъ того, что въ моментъ операціи имѣется на лицо не только мѣстное септическое заболѣваніе, а уже развившаяся общая септицемія, т. е. инфекція всей крови. Такимъ образомъ, даже и для подобныхъ случаевъ преимущество антисептического способа передъ асептическимъ—еще остается открытымъ вопросомъ.

Въ заключеніе я хотѣлъ бы нѣсколько подробнѣе остановиться на наблюдении № 20. Микроорганизмы, полученные изъ брюшной полости и попавшіе туда, очевидно, изъ полости матки, и полученные непосредственно изъ этой послѣдней, представляются въ видѣ палочекъ, которыя растутъ быстро, такъ что уже черезъ 24 часа образуютъ довольно крупныя, круглыя, бѣлыя колоніи, которыя на поверхности желатины, въ пластинкахъ, представляются въ видѣ бѣлой восковидной капли или полушара. Въ глубинѣ желатины колоніи мельче, имѣютъ желтоватый цвѣтъ и при слабомъ увеличеніи представляются въ видѣ кружковъ темно-бураго цвѣта въ центрѣ съ желтымъ поясомъ на периферіи и съ рѣзкимъ ровнымъ краемъ. Въ уколѣ на желатинѣ образуютъ густо сидящія другъ около друга мелкія, круглыя, бѣлыя колоніи, не разжижающія субстрата и становящіяся въ послѣдствіи желтыми. Палочки

эти растутъ хорошо, какъ при комнатной t° , такъ и при 37° С. На агаръ-агарѣ и на картофельѣ образуютъ желтый густой налетъ. Колоніи эти состоятъ изъ довольно тонкихъ коротенькихъ палочекъ, концы которыхъ какъ бы обрублены. Въ свѣжемъ состояніи палочки эти очень подвижны; онѣ красятся хорошо обыкновенными растворами Метилен-блау, Гентіан'ы и др. и имѣютъ склонность группироваться парами, соединяясь въ длину. Выращенные въ бульонѣ палочки эти, повидимому, нѣсколько крупнѣе, чѣмъ выращенные на желатинѣ, агарѣ или картофельѣ.

Отношеніе ихъ къ животнымъ слѣдующее: введенныя подъ кожу въ очень ограниченномъ количествѣ ($\frac{1}{2}$ — 1 капли эмульсіи) кроликамъ или въ видѣ чистой культуры на ножѣ подъ кожу мышамъ, онѣ не вызываютъ ни какихъ мѣстныхъ измѣненій, но производятъ слабое общее заболѣваніе, выражающееся вялостью животнаго, отсутствіемъ аппетита и у кроликовъ повышеніемъ температуры на 1 съ лишнимъ градусъ (до $41,3^{\circ}$), продолжающееся 1—2 дня. Если вводить культуры этихъ палочекъ непосредственно въ кровь въ видѣ эмульсіи съ 0,6% растворомъ хлористаго натрія, то кролики гибнутъ при впрыскиваніи 1 к. см. эмульсіи черезъ 13 — 16 часовъ, при введеніи же $\frac{1}{2}$ к. см. спустя 18—20 часовъ. На вскрытіи обыкновенно находили рѣзкую гиперемію всѣхъ паренхиматозныхъ органовъ и растянутое кровью сердце. Абсцессовъ или инфарктовъ ни въ печени, ни въ почкахъ не встрѣчалось. Какъ микроскопически, въ намазанныхъ препаратахъ, такъ и въ культурахъ, сдѣланныхъ изъ печени, почекъ, селезенки и крови сердца находились постоянно тѣ же самыя палочки, и при впрыскиваніи этихъ культуръ новымъ кроликамъ, получались тѣ же явленія, что и отъ первоначальныхъ культуръ. Послѣ предварительной стерилизаціи въ теченіе 1 часа въ текучемъ парѣ эмульсіи этихъ культуръ, введенная черезъ вену въ кровь кроликамъ даже въ количествѣ 2 к. см не производитъ никакого эффекта. Густая бульонная эмульсія этихъ палочекъ, профильтрованная черезъ фильтръ *Chamberland'a*, т. е. лишенная микроорганизмовъ, при введеніи ея кроликамъ въ количествѣ 1, 2 и даже 4 к. см не вызываетъ также никакой реакціи у животнаго. На основаніи этихъ опытовъ надо думать, что дадныя палочки обладаютъ на-

тогенными для животного и человека свойствами и размножаясь въ организмѣ производить септицемію, ведущую къ смерти.

Палочки эти по своему виду и свойствамъ ближе всего подходятъ къ палочкамъ, описаннымъ подъ именемъ *Bacillus septicus agrigenus* (см. Flügge l. c. стр. 275) и могутъ быть названы *Bacillus septicus hominis*, такъ какъ въ нашемъ наблюдени ихъ надо было считать единственной причиною, вызвавшей у роженицы септицемію, въ виду того, что кромѣ этихъ палочекъ не было найдено обыкновенныхъ микроорганизмовъ септицеміи: ни стрептококка, ни стафилококка, и кромѣ того клинически до операціи и во время самой операціи можно было констатировать отсутствіе характернаго септического перитонита, равно какъ и на вскрытіи явленія перитонита были очень ограниченныя; такъ что и это обстоятельство говоритъ только въ пользу того, что въ данномъ случаѣ была не обычная форма септицеміи, обуславливающаяся присутствіемъ стрептококка. Такимъ образомъ надо допустить, что встрѣчаются у родильницъ кромѣ обычныхъ формъ септицеміи, зависящей отъ *Streptococcus pyogenalis*, еще и такія, гдѣ причиною являются вышеописанныя палочки — *Bacillus septicus hominis*.

XVIII.

КЪ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЪЧЕНІЮ НЕДЕРЖАНІЯ МОЧИ УРЕТРАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНІЯ У ЖЕНЩИНЪ.

Д-ра Г. И. Гиммельфарба,

ординатора одесской городской больницы.

(Читано въ засѣданіи Общества одесскихъ врачей, 25 апрѣля 1892 г.).

Врожденное недержание мочи у женщинъ наблюдается при различныхъ аномаліяхъ полового аппарата, въ ряду которыхъ представляютъ особый интересъ по своей крайней рѣдкости ¹⁾ случаи женской эписпадіи. Случаи эти характеризуются болѣе или менѣе обширнымъ расщепленіемъ наружныхъ половыхъ органовъ (*labia majora et minora, clitoris, praeputium et frenulum clitoridis*) и недостаточнымъ развитіемъ мочеиспускательнаго канала при нормально развитой передней брюшной стѣнкѣ. Большая или меньшая степень недержанія мочи есть обыкновенный спутникъ этой аномаліи; этотъ же симптомъ и заставляетъ, обыкновенно, больныхъ искать врачебной помощи.

Рѣдкость женской эписпадіи съ одной стороны, а съ другой,—нѣкоторыя особенности оперативныхъ приѣмовъ, примѣняемыхъ мною для устраненія недержанія мочи, побуждаютъ меня сообщить слѣдующій случай этой аномаліи.

Въ іюнѣ 1891 г. поступила въ завѣдуемое мною гинекологическое отдѣленіе одесской городской больницы дѣвушка Х. С., 17^{1/2} л., съ жалобой на полное недержание мочи, каковымъ недержаніемъ она страдаетъ съ тѣхъ поръ какъ помнитъ себя. До 14-ти лѣтъ не подвергалась никакой радикальной терапіи. Въ началѣ 1889 г., 14-ти лѣтъ отъ роду, больная поступила въ городскую больницу, гдѣ пробыла 1^{1/2} года. Въ теченіи этого времени

¹⁾ *F. Winkcl. Lehrb. d. Frauenkr.—II Aufl. Leipzig. 1890. p. 227.*

она была, какъ любезно сообщили мнѣ уважаемые товарищи д-ра *Гакуза* и *Верницз*, оперирована 6 разъ (д-ромъ *Ракузой* посредствомъ вырѣзыванія клиньевъ съ боковъ уретры съ цѣлю вызвать суженіе послѣдней и д-ромъ *Верницомз* по способу *Schröder's*), но безъ особаго эффекта. Больная была выписана съ незначительнымъ лишь улучшеніемъ: истеченіе мочи продолжалось постоянно по прежнему, но при лежаніи и сидѣніи въ нѣсколько меньшемъ количествѣ. Однако, и этотъ эффектъ быстро исчезъ; спустя мѣсяцъ снова наступило прежнее состояніе, какое было до операцій. Вскорѣ больная отправилась въ Кіевъ, гдѣ въ теченіи 6 мѣсяцевъ подвергалась леченію электричествомъ (фарадизація уретры), сначала въ клиникѣ проф. *Рейна*, а затѣмъ въ Александровской больницѣ, но безъ всякаго результата.

При поступленіи больной въ мое отдѣленіе отмѣченъ былъ слѣдующій *status praesens*. Больная правильнаго сложенія и питанія, со стороны внутреннихъ органовъ не имѣется никакихъ измѣненій. Первые регулы явились на 14-мъ году, приходятъ черезъ 3 недѣли, по 5—6 дней, въ умѣренномъ количествѣ, безъ боли. Изслѣдованіе половыхъ органовъ показываетъ слѣдующее. *Labia majora*, соединенныя внизу у промежности совершенно правильно посредствомъ уздечки (*frenulum labiorum*), на верху, въ области лоннаго бугра, расщеплены и переходятъ постепенно въ кожу *montis Veneris*, такъ, что между верхними ихъ краями остается промежутокъ сантиметра въ 4. *Mons veneris* не только не представляетъ обычнаго утолщенія, но представляется, напротивъ, уплощеннымъ. *Labia minora*, идя параллельно большимъ дѣтороднымъ губамъ, также расщеплены въ верхнихъ своихъ частяхъ, такъ что образующіяся соединеніемъ ихъ уздечка и крайняя плоть клитора (*frenulum et praeputium clitoridis*) совершенно отсутствуютъ. Отсутствуетъ и головка клитора; не удается также нигдѣ прощупать и ножку клитора. Имѣются-ли въ дѣйствительности рудиментарно развитыя ножки клитора, или-же послѣдній совершенно отсутствуетъ, сказать съ положительностью трудно.

Между расщепленными дѣтородными губами находится нѣсколько втянутое вглубь подъ симфизъ *vestibulum vaginae* съ еще болѣе втянутымъ широко зіяющимъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала. *Orificium externum urethrae* не имѣетъ никакихъ возвышенныхъ краевъ, т. е. не имѣетъ того валика, который окружаетъ его при нормальныхъ условіяхъ. Въ окружности наружнаго устья уретры замѣчаются небольшіе блѣдноватые рубцы, слѣды произведенныхъ операцій. Изслѣдованіе катетромъ показываетъ, что уретра коротка и широка; далѣе, катетръ не встрѣчаетъ ни малѣйшаго препятствія въ области шейки пузыря, такъ что *sphincter vesicae* или развитъ рудиментарно, или отсутствуетъ совершенно. Подъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала находится *introitus vaginae* съ полулуннымъ податливымъ гименомъ и довольно большимъ отверстіемъ, свободно пропускающимъ указательный палець. Матка дѣвственной формы и величины, нормально антефлексирована, но стоитъ довольно низко.

Изъ изложеннаго описанія половыхъ органовъ съ до-

статочной ясностью видно, что мы имѣли передъ собою случаи *epispadiæ femininæ*. Главная жалоба больной заключалась въ полномъ недержаніи мочи, противъ котораго и нужно было направить лѣченіе, которое, само собою понятно, могло быть только оперативное.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію оперативныхъ приѣмовъ, примѣненныхъ мною у больной, скажу нѣсколько словъ о существующихъ вообще операціяхъ для излѣченія недержанія мочи уретрального происхожденія у женщинъ.

Помимо врожденнаго недержанія мочи у женщинъ встрѣчается сравнительно часто, по крайней мѣрѣ чаще, чѣмъ у мужчинъ, приобретенное недержаніе мочи уретрального происхожденія.

Последнее зависить въ большинствѣ случаевъ отъ тѣхъ механическихъ и травматическихъ вліяній, которымъ подвергается уретра во время родового акта. Дѣйствительно, ежедневныя наблюденія показываютъ, что у женщинъ, особенно многорожавшихъ, нерѣдко имѣется равномерное расширеніе уретры, сопровождающееся разслабленіемъ какъ сфинктера пузыря, такъ и эластично-мышечныхъ стѣнокъ самой уретры. Стѣнки мочеиспускательнаго канала, равно какъ и замыкательный аппаратъ пузыря, подвергаясь смѣшенію и значительному давленію во время родового акта, теряютъ въ большей или меньшей степени свою эластичность и сократительную способность и не могутъ болѣе противодѣйствовать повышенному внутрибрюшному давленію на содержимое мочевого пузыря. Въ результатѣ является то, что больныя при спокойномъ состояніи задерживаютъ мочу; но лишь только наступаетъ усиленное сокращеніе брюшнаго пресса, какъ при кашлѣ, смѣхѣ, чиханіи, вообще при усиленныхъ тѣлесныхъ движеніяхъ, и тотчасъ же имѣетъ мѣсто произвольное отхожденіе мочи. Конечно, степень происходящаго такимъ путемъ недержанія подлежитъ весьма большимъ колебаніямъ: между случаями недостаточнаго замыканія сфинктера при весьма лишь сильномъ усиленіи внутрибрюшнаго давленія и случаями почти полнаго недержанія мочи при малѣйшихъ движеніяхъ замѣчается цѣлый рядъ постепенныхъ переходовъ.

Нечего, конечно, распространяться о томъ несчастномъ

и жалкомъ положеніи, въ которомъ находятся больныя, страдающія недержаніемъ мочи. Эритема, экскоріаціи и экзема наружныхъ половыхъ органовъ и бедръ, отвратительный запахъ разлагающейся мочи, исключаящій больныхъ почти отъ всякаго человѣческаго общества,—обычныя спутники недержанія мочи у этихъ несчастныхъ.—Для устраненія недержанія мочи предложено и выполнено не мало операций.

Chr. Rutenberg ¹⁾ предложилъ проложить пузырно-брюшной свищъ (*fistula vesico-abdominalis*) надъ лоннымъ соединеніемъ и закрыть *orificium externum urethrae*. Специально приновривленный пелоть долженъ предохранять истеченіе мочи изъ новообразованнаго свища. Нечего распространяться о томъ, что въ этомъ предложеніи заключается лишь замѣна одного зла другимъ, хотя и меньшимъ, такъ какъ операція эта во 1) далеко не гарантируетъ больную отъ произвольнаго отхожденія мочи, не смотря на пелоть и во 2) сопряжена для больной съ немалыми неудобствами. Только тяжелое, почти безвыходное положеніе, въ которомъ находятся подчасъ больныя, объясняютъ законность подобной операціи.

Pawlik ²⁾ предложилъ для устраненія недержанія мочи, остающагося послѣ удачныхъ операцій пузырно-влагалищныхъ свищей, особый оперативный методъ, который онъ потомъ примѣнилъ и для устраненія уретрального недержанія мочи, не осложненнаго свищами. Цѣль операціи *Pawlik*'а заключается въ томъ, чтобы во 1) согнуть уретру вокругъ *ligam. arcuatum*, а въ 2) посредствомъ поперечнаго напряженія тѣсно прижать одну стѣнку уретры къ другой. Для достиженія этой цѣли *Pawlik* вырѣзываетъ съ боковъ уретры и надъ нею особой формы клиновидные куски и сшиваетъ раненныя поверхности посредствомъ поперечныхъ и косыхъ швовъ. Методъ *Pawlik*'а даетъ хорошіе результаты, но далеко не во всѣхъ случаяхъ, и самъ *Pawlik*, равно какъ и другіе операторы (*Pozzi*) ³⁾

¹⁾ *Chr. Rutenberg*. Ueber Functionslosigkeit d. weibl. Harnröhre und Anlegung einer neuen ueber die Symphyse.—Wien. Med. Wochenschr. Bd. 75, № 37.

²⁾ *Pawlik*. Ueber die Operat. d. Blaseuseidenfist.—Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaek. Bd. VIII. Beiträge zur Chirurgie d. weibl. Harnröhre. — Wien, med. Wochenschr. 1883. № 2.

³⁾ *Pozzi*. Semaine médicale. 1892. № 18.

встрѣчались и съ неудачами. Однако, мысль, положенная въ основаніе метода *Pawlik*'а, заслуживаетъ большаго вниманія.

Schröder ¹⁾ посредствомъ разрѣзовъ, проведенныхъ справа и слѣва, отдѣлялъ нѣсколько нижнюю стѣнку уретры отъ верхней; затѣмъ окровавленную поверхность удлиняли нѣсколько спереди и оттянутый нижній лоскутъ пришивался кверху. Операция имѣла задачей удлинить уретру, натянуть ее нѣсколько вокругъ *arcus rubis* и перемѣстить наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала

Frank ²⁾, *Winkel* ³⁾ и *Engström* ⁴⁾ предложили вызвать суженіе уретры на всемъ ея протяженіи, для чего они вырѣзываютъ клиновидный кусокъ изъ *septum urethro-vaginale* на всемъ протяженіи отъ наружнаго до внутренняго отверстія уретры и сшиваютъ края раны. Операция эта даетъ хорошіе результаты въ случаяхъ расслабленія и расширенія всей уретры.

B. Schultze ⁵⁾ оперируетъ подобнымъ-же образомъ съ тѣмъ видоизмѣненіемъ, что онъ стремится вызвать суженіе въ области шейки пузыря: онъ вырѣзываетъ овальный кусокъ изъ задней стѣнки *colli vesicae* и верхней части уретры и сшиваетъ края раны.

Недостаточность указанныхъ методовъ заставила *Gersuny* ⁶⁾ въ одномъ случаѣ эписпадин, аналогичномъ нашему, послѣ того какъ суженіе всей уретры и операция *Pawlik*'а, произведенная лично послѣднимъ, не привели къ цѣли, прибѣгнуть къ слѣдующему оригинальному и остроумному способу. Онъ отдѣлилъ посредствомъ круговаго разрѣза всю уретру отъ окружающихъ ее частей, на всемъ ея протяженіи до пузырьной шейки и, повернувъ ее спирально вокругъ продольной оси, пришилъ въ новомъ положеніи. Операция произведена была 3 раза,

¹⁾ *Hofmeister*. Grundriss der Gynaekol. Operationen. Leipzig-Wien. 1888, p. 79.

²⁾ *Frank*. Ueber die operat. Behandl. d. Incontin. Urinae beim Weibe. Centralbl. f. Gynaek. 1882. № 9.

³⁾ *Winkel*. Die Krankh. d. weibl. Harnröhre und Blase,—Billroth-Lücke's Handb. der Frauenkr. 2. Aufl. Stuttgart. 1886. Bd. III.

⁴⁾ *Engström*. Zur operat. Behandl. d. Dilatat. und Erschlaf. der. weibl. Harnröhre.—Berlin. Klin. Wochenschr. 1887. № 40.

⁵⁾ *B. Schultze*. Chirurg. Behandl. der Incontin. urethr. beim Weibe.—Wiener Med. Blätter. 1888. №№ 18, 19.

⁶⁾ *Gersuny*. Eine neue Oper. zur Heilung der Incont. Urinae.—Centralbl. f. Chirurg. 1889. № 25.

причемъ онъ повернулъ уретру въ 1-й разъ на 180° , во 2-й на 90° и въ 3 разъ снова на 180° , въ общемъ, значить, на 450° , такъ что уретра образовала складки, шедшія $1\frac{1}{4}$ раза спиралью вокругъ просвѣта мочеиспускательнаго канала отъ его внутренняго до наружнаго зѣва. Достигнутая троекратной операціей *continentia* зависѣла отъ препятствія, предоставленнаго мочѣ системой продольныхъ складокъ. — *Gersuny* рекомендуетъ свой методъ для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ *spinæter vesicae* отсутствуетъ или-же сталъ болѣе негоднымъ и невозстановимымъ.

Небольшое видоизмѣненіе въ этотъ методъ внесъ въ самое недавнее время *Pousson* ¹⁾, а именно комбинацію торзіи съ сгибаніемъ уретры: отдѣливъ послѣднюю на протяженіи 1—2 сантим. и повернувъ ее по оси на 120° , онъ затѣмъ сдѣлалъ продольный разрѣзъ снизу вверхъ и пришилъ его въ новомъ положеніи. Этимъ путемъ онъ излѣчилъ больную, страдавшую послѣ 2-хъ родовъ недержаніемъ мочи въ теченіе 18 лѣтъ.

Упомяну еще о способѣ *Desnos* ²⁾, примыкающемъ какъ-бы къ способу *Gersuny*. Считаая методъ послѣдняго опаснымъ вслѣдствіе возможности омертвѣнія спирально перекрученной слизистой оболочки уретры, онъ въ одномъ случаѣ *incontinentiae urinae*, наступившей вслѣдъ за искусственнымъ расширеніемъ уретры, поступилъ слѣдующимъ образомъ: проводя срединный разрѣзъ со стороны влагалища въ самомъ верхнемъ отдѣлѣ уретры, онъ обнажилъ и изолировалъ ее только на $\frac{2}{3}$ ея объема; затѣмъ, послѣ предварительнаго введенія тонкаго катетра въ пузырь, онъ обкололъ уретру на 2—3 милим. ниже шейки пузыря катгутовой нитью, концы которой онъ крѣпко затянулъ вокругъ катетра. Такимъ путемъ онъ вызвалъ искусственную стриктуру въ верхней части уретры. Результатъ операціи былъ, однако, не совсемъ блестящій, такъ какъ больная могла задерживать мочу только въ теченіи $1\frac{1}{2}$ часовъ.

Разсматривая всѣ вышеприведенныя операціи, мы за-

¹⁾ *Pousson*. Opér. contre l'incont. d'urine d'origine urethrale. Semaine médicale. 1892. № 18.

²⁾ *Desnos*. Note sur une opération contre l'incontin. d'urine chez la femme. Ann. des maladies génito-urin. 1890. VIII. p. 344.

даемъ себѣ вопросъ, какимъ механизмомъ устраняется при нихъ недержаніе мочи въ случаяхъ отсутствія или негодности sphincter'a vesicae?

Наблюдения показываютъ, что полостные органы, выводные протоки которыхъ не снабжены сфинктерами, могутъ задерживать значительныя количества жидкости, если только органъ образуетъ болѣе или менѣе острый уголъ по отношенію къ своему выводному каналу, такъ что стѣнки послѣдняго тѣсно прилегаютъ другъ къ другу. Прекраснымъ примѣромъ можетъ служить lochiometra при аптефлексіи послѣродовой матки, когда въ полости послѣдней скопляется большое количество послѣродовыхъ отдѣленій потому только, что въ области внутренняго зѣва образовался загибъ съ тѣснымъ прилеганіемъ маточныхъ стѣнокъ другъ къ другу. Стоитъ лишь устранить загибъ путемъ выпрямленія матки, какъ скопившіяся отдѣленія тотчасъ выливаются. Другимъ аналогичнымъ примѣромъ могутъ служить интермиттирующие гидронефрозы вслѣдствіе загиба мочеточниковъ.

Приведенныя сейчасъ наблюденія указываютъ съ одной стороны на возможность созданія такихъ условій, при которыхъ моча могла-бы скопиться въ пузырь, несмотря на отсутствіе сфинктера, а съ другой,—они-же указываютъ и на тотъ путь, при помощи котораго можно создать эти условія. Путь этотъ заключается въ томъ, чтобы создать на выводномъ каналѣ мочевого пузыря, т. е. на ходу уретры, препятствіе для истеченія мочи. Препятствіе, само собою понятно, должно быть такъ рассчитано, чтобы оно могло быть преодоляваемо сокращеніемъ detrusoris vesicae и брюшнаго пресса, послѣ того, какъ въ пузырь накопится значительное количество мочи.

Описанныя мною выше операціи *Frank'a*—*Winkel'*я, *Schultze*, *Desnos*, а въ особенности *Pawlik'a* и *Gersuny* преслѣдуютъ, хотя и различнымъ образомъ, эту именно цѣль, причемъ оперативные способы послѣднихъ 2-хъ авторовъ являются наиболѣе цѣлесообразными въ случаяхъ болѣе или менѣе полнаго недѣйствія или-же отсутствія сфинктера, какъ это было въ нашемъ случаѣ.

Я, поэтому, прежде всего остановился на операціи *Pawlik'a*, которую и произвелъ 3 раза (2 раза на одной и 1 разъ на другой сторонѣ) безъ всякаго, однако, эф-

фекта. Вначалѣ получилось было замѣтное улучшение: больная въ продолженіе недѣли могла задерживать мочу въ теченіи 1 — 2 часовъ, но потомъ началось снова непроизвольное отхожденіе мочи, сначала мало-по-малу, а затѣмъ возстановилось прежнее состояніе. — Оставалось еще испытать способъ *Gersuny*, но я рѣшился оперировать иначе.

Я выше упомянулъ, что *orificium externum urethrae* было у нашей больной сильно втянуто подѣ лобкомъ въ видѣ воронки и окружность его сильно измѣнена рубцовой тканью отъ прежнихъ операций. Сама уретра представлялась значительно короче нормальной, вслѣдствіе чего сгибаніе уретры по *Pawlik*'у представлялось почти невыполнимымъ.

Я намѣтилъ себѣ слѣдующій оперативный планъ: 1) удлинить уретру, 2) ссюзить ее на всемъ протяженіи и въ 3) перегнуть ее, притянувъ удлиненный предваритель-но нижній отдѣлъ ея къ симфизу.

Намѣченный планъ былъ выполненъ мною слѣдующимъ образомъ. Очертивъ уретру съ боковъ двумя полукруглыми разрѣзами, концы которыхъ заходили сверху и снизу приблизительно на $\frac{1}{3}$ окружности мочеиспускательнаго канала, я отсеивалъ изъ слизистой оболочки и толстаго слоя подлежащей ткани два полукруглыхъ лоскута, основаніе которыхъ составляло прямое продолженіе боковыхъ и отчасти верхней и нижней стѣнокъ уретры. Отгнувъ лоскуты въ видѣ манжетки, я сшилъ окровавленную поверхность глубоко подведенными серебряными швами въ направленіи продольномъ сверху внизъ. (Рис. 1).

Такимъ образомъ я во 1) удлинилъ уретру на величину отсеиваемыхъ лоскутовъ (для полученія надлежащаго удлиненія мнѣ пришлось повторить операцию 1 разъ на одной и 2 раза на другой сторонѣ), а во 2) ссюзивъ, или точнѣе, сжавъ уретру въ нижнемъ ея отдѣлѣ до $\frac{1}{3}$ прежняго ея объема, такъ какъ пространство, въ которомъ находился нижній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала, было мною уменьшено на $\frac{2}{3}$ прежняго его объема, вслѣдствіе чего уретра должна была сложиться въ продольныя складки.

Отсеиваемые лоскуты не только удлинили уретру, но образовали новое *orificium externum*, окруженное валикомъ, какъ это наблюдается на нормальной уретрѣ.

Чтобы ссюзить уретру въ верхнемъ ея отдѣлѣ, я вырѣзалъ со стороны передней стѣнки влагалища въ области шейки пузыря и верхняго отдѣла уретры овальный лоскутъ вплоть почти до слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала и соединилъ края раны серебряными швами.

Съ цѣлью перегнуть уретру, притянуть нижній отдѣлъ ея къ лонному соединенію, я поступилъ слѣдующимъ образомъ: между симфизомъ и верхней стѣжкой мочеиспускательнаго канала я вырѣзалъ дугообразной формы широкій клинъ, концы котораго огибали съ боковъ уретру почти до нижней стѣжки ея. (Рис. 2).

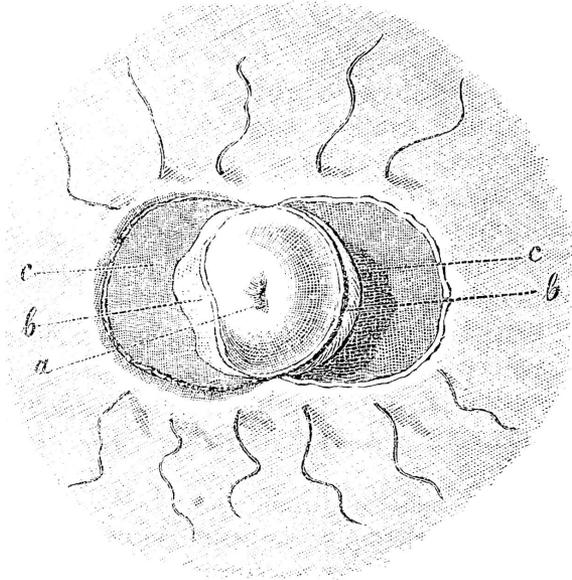


Рис. 1. *a*—Orif. extern. urethrae; *b* отсепарованный боковой лоскутъ; *c*—окровавденныя поверхности, оставшіяся по отсепарованіи лоскутовъ и сшитыя въ направленіи сверху внизъ.

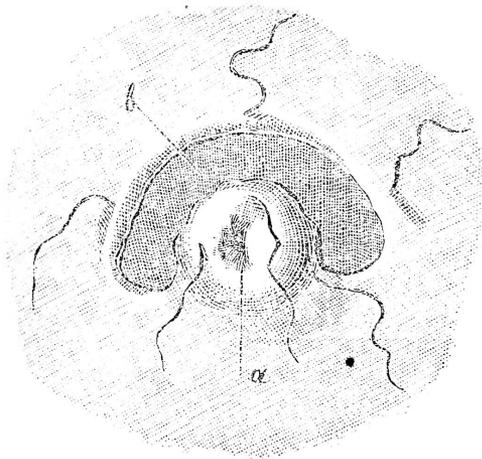


Рис. 2. *a*—Orif. extern. urethrae; *b*—окровавленная поверхность, оставшаяся послѣ вырѣзыванія клина и сшитая по направленію швовъ.

Широкое основаніе клина обращено было впередъ. Сшивъ окровавленную поверхность серебряными швами въ продольномъ направленіи сверху внизъ, я перемѣстилъ весь *orificium externum urethrae* подъ самое лонное соединеніе.

Въ заключеніе я устранилъ эписпадію тѣмъ, что, окровавивъ оваломъ область лобка и верхніе концы большихъ и малыхъ губъ, я сшилъ ихъ шелкомъ въ поперечномъ направленіи, соединивъ такимъ путемъ расщепленные наружные половые органы.

Полученный мною результатъ операцій былъ слѣдующій. Послѣ удлиненія и суженія уретры въ нижнемъ ея отдѣлѣ больная стала задерживать мочу при лежаніи до 2-хъ часовъ, при хожденіи же моча продолжала выдѣляться въ количествѣ, гораздо меньшемъ прежняго. Послѣ суженія уретры въ верхнемъ ея отдѣлѣ отхожденіе мочи продолжалось въ ничтожномъ лишь количествѣ. Наконецъ, послѣ операціи сгибанія уретры и восстановленія нормальной формы наружныхъ половыхъ органовъ наступила полная *continentia*: больная можетъ въ настоящее время задерживать мочу при хожденіи до 6 часовъ.

Послѣ послѣдней операціи прошло слишкомъ два мѣсяца; эффектъ держится стойко, несмотря на то, что больная много ходитъ и подымается по лѣстницамъ много разъ въ день.

Наружные половые органы и особенно мочеиспускательный каналъ восстановлены на столько, что имѣютъ совершенно нормальный видъ. Удлиненный мочеиспускательный каналъ не только не втянутъ, но находится на уровнѣ *vestibulum'a* и окруженъ со всѣхъ сторонъ валикомъ изъ слизистой оболочки подобно нормальной уретрѣ.

Сравнивая свой способъ устраненія недержанія мочи съ другими, выше мною изложенными, я конечно не думаю, что онъ долженъ вытѣснить остальные. Напротивъ, я того мнѣнія, что каждый способъ имѣетъ свои показанія въ зависимости отъ причинъ, обуславливающихъ недержаніе мочи. Я свой способъ рекомендую преимущественно для тѣхъ случаевъ, гдѣ уретра, какъ это бываетъ при врожденныхъ аномаліяхъ, короче нормальной и втянута глубоко подъ лонное соединеніе.

КАЗУИСТИКА.

ХІІІ.

ДВѢНАДЦАТЬ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ.

И. ТЫШКО.

Ординатора Смоленской Губернской земской вольницы.

(*Окончаніе*).

V.

Пульхерія Б., 30 лѣтъ, крестьянка Духовщинскаго у., Смоленской губ., поступила въ больницу 12-го іюля 91 г., съ жалобами на боли внизу живота, въ крестцѣ и поясницѣ.

Родила три раза, послѣдняго—пять мѣсяцевъ тому назадъ. Кормить и раньше кормила. Выкидышей не было. Регулы всегда правильны, чрезъ 3 недѣли по 5 дней, болѣзненны. Послѣ послѣднихъ родовъ замѣтила внизу живота очень подвижную, мало болѣзненную, круглую, побольше кулака, опухоль. Съ тѣхъ поръ мочеиспусканіе иногда бываетъ учащено и болѣзненно, но дефекація всегда правильна и безболѣзненна.

Объективно: при наружномъ изслѣдованіи живота найдена во входѣ въ тазъ круглая, гладкая, эластичная, почти въ два кулака опухоль, свободно подвижная въ стороны. При двойномъ изслѣдованіи: матка смѣщена впередъ, стоитъ немного косо (тѣло отклонено вправо, шейка влѣво), неувеличена, неболѣзненна. За маткою и надъ нею находится вышеупомянутая опухоль, очень подвижная справа на лѣво, меньше подвижная снизу вверхъ. Она не ясно флюктуируетъ, соединяется съ маткою ножкою, идущею отъ праваго угла тѣла матки; толщина ножки—съ палець, длина около двухъ дюймовъ. Перемѣщенія опухоли почти безбо-

лѣзненны. Яичниковъ и трубъ прощупать нельзя, и вообще точное изслѣдованіе невозможно вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшныхъ мышцъ. Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку, а также изслѣдованіе подъ хлороформнымъ наркозомъ не прибавило никакихъ новыхъ существенныхъ данныхъ. Больная довольно крѣпкаго тѣлосложенія, хорошо упитана и во всемъ остальномъ здорова.

Діагнозъ: кистама праваго яичника.

15 іюля чревосѣченіе при обычной обстановкѣ и антисептикѣ ¹⁾. Разрѣзъ начать на три пальца ниже пупка. По вскрытіи брюшной полости, для точнаго выясненія положенія опухоли, пришлось извлечь сальникъ и часть тонкихъ кишекъ, которые тотчасъ закутаны марлевымъ компрессомъ. Оказалось слѣдующее. Яичники и трубы нормальны. Отъ праваго угла матки идетъ къзади, къ опухоли, толщиною съ палецъ тяжъ старыхъ перитонеальныхъ сращеній. Опухоль, повидимому съ густымъ содержимымъ, помѣщается въ нижней части брыжейки *flexurae sigmoideae*, листки которой раздвинуты, растянуты и плотно прилегаютъ къ опухоли. Большая часть поверхности опухоли, покрыта непосредственно лежащею на ней *flexura sigmoidea* и припаянною при помощи сплошныхъ сращеній петлею тонкой кишки. Поэтому рѣшено и не пытаться вылущать опухоль. Перерѣзавши ножницами означенный тяжъ (кровотеченія не было), расправивши кишки и покрывши ихъ сальникомъ, приступлено къ закрытію брюшной полости. Наложень непрерывный кетгутовый шовъ на брюшину, шелковый узловой на мышцы и апоневрозъ и такой же на кожные покровы. Обычная іодоформенная повязка. Операция продолжалась съ часъ.

Гладкое теченіе послѣоперационнаго періода: т^о была все время нормальною, болѣе сильныхъ въ животѣ не было. На 6-й день дано слабительное, на 9-й сняты швы (повсюду *prima intentio*) и позволено сидѣть, на 15-й день больная встала съ постели и вскорѣ выписалась изъ больницы въ томъ же состояніи, въ какомъ поступила. Дальнѣйшихъ свѣдѣній о больной не имѣю.

VI.

Случай чревосѣченія при разрывѣ беременной трубы. Опубликовано мною въ прошломъ году. (Журналъ Акушерства и Жен.

²⁾ Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ и А. А. Прайсъ.

Болѣзней, 1891, № 11, стр. 926. „Къ казуистикѣ внѣматочной беременности“). Большая теперь вполне здорова и занимается тяжелымъ физическимъ трудомъ (кухарка).

VII.

Александра С., 25 лѣтъ, дочь священника Смоленскаго у., прислана 20-го августа 91 г. докторомъ В. Ф. Оранскимъ (Ярцево) для операціи. Жалуется на постоянныя, сильныя боли въ животѣ и увеличеніе его, на одышку, жаръ, потъ, общую слабость и отсутствіе регулъ.

Дѣвица. Два года тому назадъ замѣтила подвижную, съ кулакъ, опухоль, которая сначала медленно росла, но за послѣдній годъ стала быстро увеличиваться. Регулы, раньше правильныя, прекратились съ іюня 1890 года, и съ тѣхъ поръ больная хвораетъ: опухоль быстрѣе растетъ, появились боли въ животѣ и все усиливаются, часто бываетъ лихорадочное состояніе; больная замѣтно похудѣла, лишилась аппетита и не можетъ заниматься своимъ дѣломъ (сельская учительница). Беременность отрицаетъ.

St. praesens. Темногo истощенная, хорошаго тѣлосложенія особа. Животъ увеличенъ почти такъ же равномерно, какъ при беременности. Окружность живота на высотѣ пупка 92 сант. *Linea alba* не пигментирована. При постукиваніи тупой звукъ начинается по *linea alba* на 4 пальца выше пупка, по *l. mamillaris dextra* на три пальца выше, по *l. mamil. sinistra* на два пальца ниже пупка; по *l. axillaris* на обѣихъ сторонахъ, а также на пространствѣ между печенью и опухолью, звукъ притупленно-тимпаническій. Линія тупости не измѣняется при перемѣнѣ положенія больной. При ощупываніи оказывается, что почти вся полость живота выполнена огромною опухолью, ясно и вездѣ одинаково флюктуирующею, имѣющею почти овальную форму и почти гладкую поверхность: есть только одинъ эластичный выступъ, съ апельсинъ, слѣва и ниже пупка и два болѣе плотныхъ съ кулакъ каждый, справа и ниже пупка. Верхняя половина опухоли мало подвижна и соединена съ печенью широкимъ, съ ладонь, тяжемъ, неясно прощупывающимся (сращенія съ печенью или сальникомъ?), нижній конецъ свободно подвиженъ надъ входомъ въ тазъ. При двойномъ изслѣдованіи найдено: тѣло матки неясно, высоко прощупывается въ заднемъ сводѣ, маленькая шейка обращена впередъ, наружный зѣвъ узокъ (зондъ проходитъ съ трудомъ). Въ переднемъ сводѣ высоко достигается

гладкій, еластическій, подвижній, баллотируюцій нижній сегмент опухоли. Трубъ и яичниковъ нельзя хорошо прощупать вслѣдствіе опухоли и сильной болѣзненности при изслѣдованіи. Больная немного лихорадитъ (t° около 38° С. утромъ и вечеромъ).

Діагнозъ: многокамерная кистама праваго (?) яичника, видимому съ обширными сращеніями.

Лѣченіе: согрѣвающій компрессъ на животъ, *lascotica*, покойное положеніе, вино. Недѣли черезъ двѣ лихорадочное состояніе прекратилось, боли поутихли.

7 сентября чревосѣченіе при обычной обстановкѣ и антисептикѣ ¹⁾. Разрѣзь начать на три пальца выше пупка. Въ полости брюшины около стакана серозной жидкости. Пристѣпная брюшина кое-гдѣ гиперемирована. Почти вся передняя поверхность опухоли покрыта сплошь приросшимъ салышкомъ; часть его, содержащая крупные венозные сосуды, раздѣлена на нѣсколько отдѣльныхъ пучковъ, перевязана двойнымъ рядомъ шелковыхъ лигатуръ и перерѣзана ножницами; остальная часть довольно легко отдѣлена отъ опухоли рукою. Почти вся задняя поверхность опухоли сплошь спаяна съ кишками; эти сращеніе также легко разрушены рукою и мало кровоточили. Длинная, тонкая, широкая съ ладонь ножка опухоли состоитъ изъ вытянутой лѣвой широкой связки. Лѣвая труба идетъ вдоль всей ножки на боковую поверхность опухоли, очень утолщена и вытянута въ длину. Лѣваго яичника нѣтъ, правый яичникъ, правая труба и матка нормальны. Ножка раздѣлена на два пучка, перевязана толстымъ шелкомъ, перерѣзана и культя опущена въ брюшную полость. Жидкость изъ полости живота выбрана сулемованными (1:3000) выжатыми марлевыми компрессами. Двухэтажный шовъ на рану передней брюшной стѣнки (довольно тонкой): кетгутовый непрерывный на брюшину, узловый шелковый на мышцы, апоневрозъ и кожу. Иодоформенная повязка. Животъ туго забинтованъ широкимъ фланелевымъ бинтомъ. Операция продолжалась 40 минутъ.

Довольно хорошее теченіе послѣоперационнаго періода. Лишь въ первыя сутки была рвота и сильныя боли въ животѣ, требовавшія впрыскиванія морфія. T° все время нормальна. На 7-й день—слабительное (ol. ricini \mathcal{z}) и смѣнена повязка. На 12-й сняты всѣ 27 швовъ; изъ нихъ два нагноились и прорѣзались;

¹⁾ Ассистировали: И. С. Грѣховъ, А. А. Прайсъ, Д. В. Станиславскій и В. Ф. Оранскій.

образовавшаяся небольшая грануляционная поверхность, при прижиганіяхъ ляписомъ, зажила чрезъ 10 дней. На 18-й день послѣ операціи больной позволено встать съ постели, а на 33-й день появились регулы, продолжавшіяся пять дней, не обильно, безъ сильныхъ болей въ животѣ.

Удаленная опухоль, вѣсившая около 4000 граммовъ, оказалась многокамерною железистою кистомою лѣваго яичника; содержимое ея—коллоидная жидкость, различной, въ отдѣльныхъ, камерахъ, густоты.

Черезъ четыре мѣсяца послѣ операціи я видѣлъ больную: она замѣтно пополнѣла, вполне здорова, регулы правильны.

VIII.

Цейта М., 35 лѣтъ, мѣщанка Могилевской губ., поступила въ больницу 19 сентября 1891 г., жалуясь на сильныя постоянныя боли внизу живота, въ пахахъ, крестцѣ и поясницѣ, и на чувство напиранія на промежность.

Замужемъ одинадцать лѣтъ. Родила восьмерыхъ, всегда срочно и правильно; послѣдній разъ два года тому назадъ; изъ дѣтей живы трое. Регулы, раньше правильныя, теперь путаются, приходятъ въ разное время (чрезъ 2—4 недѣли), очень обильны, смѣняются обильными бѣлями и сопровождаются сильными болями.

Послѣ послѣднихъ родовъ появилось выпаденіе стѣнокъ влагалища и опущеніе матки, заставившія больную въ маѣ 1891 г. поступить въ больницу. При осмотрѣ тогда было найдено: ничтожный разрывъ промежности, *retroversio-flexio uteri*, рѣзкое увеличеніе и болѣзненность обоихъ яичниковъ, и выяснилось, что опущеніе матки и выпаденіе влагалища вызывается крайнею дряблостью, растяжимостью и разрыхленностью стѣнокъ влагалища и крайнимъ расслабленіемъ связочнаго аппарата матки (матку легко можно было вытащить въ половую щель, приподнять высоко надъ входомъ въ тазъ, перевести изъ *retroflexio* въ *ante-flexio*, вообще она была очень подвижна). Поэтому больной сдѣлана: *colporrphia anterior* (освѣженіе въ видѣ треугольника, кетгутовый непрерывный двурусный шовъ) и *colporrphia posterior*, безъ перинеорафіи (освѣженіе въ видѣ овала, такой же шовъ). Вездѣ получалось *prima intentio* и больная выписалась. Черезъ два мѣсяца она явилась амбулаторно съ тою же картиною, какъ и до операціи. Вставленъ пессарій Hodge'a, который скоро при-

шлось удалить: онъ вызывалъ сильныя боли въ животѣ и крестцѣ, ненормальное положеніе матки не исправлялось. Поэтому больной предложено поступить въ больницу для вторичной операціи, куда она и пріѣхала 19 сентября.

Status praesens. Крѣпко сложенная и хорошо упитанная еврейка. Т° нормальная. Животъ немного вздутъ, нижняя часть его, особенно справа, весьма болѣзненна при ощупываніи. Опущеніе влагалища и матки. Матка немного увеличена (3''), болѣзненна, искривлена взадъ и весьма подвижна. Крестцово-маточныя и круглыя связки, трубы не прощупываются. Правый яичникъ очень увеличенъ (съ куриное яйцо), фиксированъ у тазовой стѣнки, очень болѣзненъ; лѣвый яичникъ тоже увеличенъ, но меньше. Впрочемъ, точное изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ невозможно вслѣдствіе сильнаго ожирѣнія брюшныхъ стѣнокъ.

Имѣя въ виду не нормальное состояніе яичниковъ и то, что опущеніе матки и искривленіе ея вызывалось почти исключительно крайнею слабостью маточнаго связочнаго аппарата, я предложилъ больной чревосѣченіе, съ цѣлью сдѣлать *Hysteropexiam abdominalem anteriorem* и удалить аднеха, ежели это окажется настоятельно нужнымъ. Больная, послѣ нѣкотораго колебанія, согласилась.

7 октября послѣ обычныхъ приготовленій приступлено къ чревосѣченію ¹⁾. Разрѣзъ начать, въ виду толщины передней брюшной стѣнки, на два пальца ниже пупка и доведенъ почти до лоннаго соединенія. По вскрытіи брюшной полости брюшина въ нижней части раны сшита съ кожей нѣсколькими шелковыми узловыми швами, сальникъ и часть кишечныхъ петель, закрывавшихъ доступъ въ тазовую полость, извлечены наружу и закутаны марлевымъ сулемованнымъ теплымъ компрессомъ. Правый яичникъ весь кистозно перерожденъ, увеличенъ (съ куриное яйцо), фиксированъ крѣпко у праваго крестцовоподвздошнаго соединенія. Наружный конецъ правой трубы зарощенъ; небольшою *Hydrosalpinx*. Сращенія праваго яичника разрушены пальцами, не кровоточили; яичникъ и труба извлечены наружу, правая широкая связка перевязана на два пучка шелкомъ и отрѣзана. То же самое сдѣлано и съ лѣвыми придатками. Лѣвый яичникъ весь кистозно перерожденъ, величиною съ голубиное яйцо, фиксированъ у наружной стѣнки таза нѣжными пере-

¹⁾ Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ, А. А. Прайсъ и Д. В. Станиславскій.

понками, закутывавшими и лѣвую трубу; *Hydrosalpinx sinistra*; *Cydates Morgagni* величиною съ вишню. Послѣ перерѣзки лѣвой широкой связки, верхняя часть ея выскользнула изъ подъ лигатуры и появилось кровотеченіе, артеріальное и венозное. Сосуды перевязаны изолированно, выскользнувшая изъ лигатуры часть культи широкой связки зашита непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ, послѣ чего кровотеченіе прекратилось. Затѣмъ приступлено къ пришиванію матки къ передней брюшной стѣнкѣ. Матка установлена въ нижнемъ углу раны съ такимъ расчетомъ, чтобы между маткою, пузыремъ и переднею брюшною стѣнкою не было пустаго пространства. Въ этомъ положеніи матку удерживалъ помощникъ, введя во влагалище глубоко два пальца. Фиксирующіе матку швы накладывались такъ: сильно искривленная, круглая игла вкалывалась въ лѣвый край раны чрезъ апоневрозъ, мышцу и брюшину, выкалывалась въ брюшную полость, проводилась чрезъ толщу передней стѣнки матки (настолько глубоко, чтобы не проникнуть въ ея полость) и наконецъ вкалывалась въ правый край раны изнутри изъ брюшной полости черезъ брюшину, мышцы и апоневрозъ. Швы эти накладывались сверху внизъ, изъ тонкаго шелка, на разстояніи одинъ отъ другаго около сантиметра и пока что не завязывались. По проведеніи этихъ нитей кишки вправлены, сальникъ расправленъ надъ ними, сдѣланъ туалетъ брюшины теплымъ сулемованнымъ марлевымъ компрессомъ и приступлено къ закрытію брюшной полости. Чтобы слѣдить за кишками и избѣжать ущемленія ихъ между сближаемыми переднею поверхностью матки и брюшною стѣнкою, брюшина зашивалась непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ снизу вверхъ, слѣдующимъ образомъ: дѣлалось 2—3 стежка кетгутомъ, завязывался нижній маточный шовъ, затѣмъ опять 2—3 стежка кетгутомъ и завязывался слѣдующій маточный шовъ и т. д. Далѣе, тою же кетгутовою нитью, идя сверху внизъ, наложенъ на мышцы и апоневрозъ второй этажъ скорняжнаго, непрерывнаго шва, и наконецъ кожная рана зашита узловыми шелковыми швами. Обычная іодоформенная повязка. Больная уложена въ постель, съ полусогнутыми нижними конечностями (подъ колѣни подложена высокая подушка). Назначено: свѣчи съ *gr. 1/4 extr. opii aq.* утромъ и вечеромъ, катетеризація три раза въ день ¹⁾. Операция продолжалась почти полтора часа.

¹⁾ Моча выпускалась у всѣхъ больныхъ первые 6—8 дней.

Первые два дня была рвота и сильныя боли внизу живота; назначено: *tinct. opii. simpl.* по 5 кап., ледяныя шлюли, ледъ на животъ, инъекція морфія. Безлихорадочное теченіе. На 3-й день появилось небольшое маточное кровотеченіе (темная кровь), продолжавшееся три дня. На 4-й день повязка немного сбилась, почему и смѣнена: швы держатся прекрасно. Дано слабительное. На 14-й день сняты швы: *prima intentio*. Въ концѣ третьей недѣли появились сильныя боли въ области раны и развились одинъ за другимъ три небольшихъ абсцесса брюшной стѣнки въ мѣстахъ уколовъ. Изъ образовавшихся трехъ свищей два вскорѣ закрылись, третій же не заживалъ очень долго и закрылся лишь черезъ два мѣсяца. Больная выписалась, но черезъ три недѣли она была у меня; свищъ опять есть. Нормальной величины матка стоитъ въ аптеверзіи, тѣло ея легко достигается въ переднемъ сводѣ. Матка умѣренно подвижна.

IX.

Агриппина П., 30 лѣтъ, крестьянка Смоленскаго уѣзда, поступила 19 ноября съ жалобой на одышку, общую слабость и увеличеніе живота.

Замужемъ 12 лѣтъ. Родила пятерыхъ, послѣдняго пять лѣтъ тому назадъ, всегда въ срокъ и правильно, изъ дѣтей въ живыхъ только двое. Животъ сталъ увеличиваться года четыре тому назадъ. Въ 1888 году она была въ больницѣ, гдѣ ей предложили операцію, на которую она тогда не согласилась.

St. pr. Умѣренно истощенная и малокровная больная. Весь животъ равномерно, чрезвычайно увеличенъ. Окружность его (при лежаніи на спинѣ) на уровнѣ пупка 107 сант., отъ мечевиднаго отростка до лобка 58 сант., отъ пупка до *Sp. ant. sup. dextr. et. sinistr.* 33 сант. При постукиваніи живота повсюду тупой звукъ, начинающійся уже въ подложечной области; только на небольшомъ пространствѣ по *l. l. axillar* обѣихъ сторонъ звукъ притупленно-тимпаническій. При ощупываніи живота оказывается, что вся брюшная полость выполнена огромною опухолью, ясно и одинаково повсюду флюктуирующею, очень напряженною, довольно подвижною, насколько позволяютъ очень растянутыя и очень напряженныя брюшныя стѣнки. Опухоль имѣетъ гладкую поверхность: лишь справа и выше пупка про-

щупываются два плотныхъ, сидящихъ рядомъ, бугра, съ кулакъ величиною каждыѣ. Processus ensiformis рѣзко отклоненъ впередъ. Диафрагма стоитъ высоко. Матка подвижна, не находится въ тѣсной связи съ опухолью, нижній сегментъ которой стоитъ во входѣ въ тазъ. Яичникъ и трубы не прощупываются.

Діагнозъ: многокамерная киста яичника.

20 ноября чревосѣченіе ¹⁾. Разрѣзъ брюшной стѣнки сдѣланъ сначала отъ пупка, но затѣмъ продолженъ вверхъ и оконченъ на 4 пальца не доходя до scrobiculum cordis. Верхняя, лѣвая и отчасти правая поверхность опухоли была покрыта сплошь приросшимъ салникомъ; кромѣ того, были обширныя сплошныя сращения опухоли съ переднеправою брюшною стѣнкою. Сращения эти частью разрушены рукою, частью перерѣзаны ножницами между двумя шелковыми лигатурами. Послѣ этого опухоль легко удалось выкатить изъ брюшной полости, которая по мѣрѣ извлеченія кисты была закрываема сверху внизъ большими сулемованными (1:3000) теплыми марлевыми компрессами. Опухоль имѣла длинную, тонкую, широкую (больше ладони) ножку, состоящую изъ правой широкой связки. Правого яичника нѣтъ. Ножка перевязана толстымъ шелкомъ въ семь пучковъ и отрѣзана; а. spermatica dextra перевязана, кромѣ того, отдѣльно. Лѣвая труба утолщена, лѣвый яичникъ весь кистозно перерожденъ, увеличенъ (съ куриное яйцо). Поэтому лѣвые придатки удалены. Туалетъ брюшной полости марлевымъ сулемованнымъ компрессомъ. Непрерывный кетгутовый шовъ на брюшину, шелковые узловыя (около 50) швы на кожныя покровы и мышцы. Хлорная ²⁾ повязка: марля, ватная подушка, восчанка. Животъ туго забинтованъ широкимъ фланелевымъ бинтомъ. Операция продолжалась часъ. Назначено: суппозитории съ gr. $\frac{1}{4}$ extr. opii утромъ и вечеромъ, катетеризация, положеніе на спинѣ съ полусогнутыми нижними конечностями.

Безлихорадочный, гладкій послѣоперационный періодъ. Въ первыя сутки—умѣренные боли въ животѣ; положенъ ледъ.

¹⁾ Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ, А. А. Прайсъ и Д. В. Станиславскій.

²⁾ Куски (съ аршинъ) гигроскопической марли, готовыя ватныя разной величины подушки и восчанки обеззараживаются чистымъ хлоромъ въ теченіе 24 часовъ въ небольшой деревянной камерѣ, перекладываются затѣмъ въ стеклянныя банки, гдѣ и сохраняются до употребленія.

На 2-й день дано нѣсколько ложекъ молока (въ остальныхъ случаяхъ больныя получали молоко или бульонъ лишь на 3-й день, а первые два дня имъ давались лишь ледяныя пилюли, вино, немного чаю съ лимономъ). На 5-й день дано слабительное (каломель). На 10-й день смѣнена повязка и снята часть швовъ: нѣсколько изъ нихъ (нижніе) нагноились и прорѣзались. На 15-й день опять смѣнена повязка (хлорная по прежнему типу), сняты остальные швы и больной позволено сидѣть. На 20-й день наложена послѣдняя повязка: почти все зажило. Больная быстро поправилась.

Удаленная опухоль, вѣсившая 16730 граммовъ, оказалась однокамерною железистою кистомою праваго яичника съ жидкимъ, коричневаго цвѣта, содержимымъ и тонкими стѣнками. Упомянутыя плотныя бугры состояли изъ плотной фиброзной ткани.

X.

Прасковья К., 40 лѣтъ, Смоленская мѣщанка, поступила въ больницу 20 ноября 1891 г., жалуясь на сильныя схваткообразныя боли внизу живота и крестцѣ.

Замужемъ. Беременна не была ни разу. Регуль нѣтъ 2½ мѣсяца; до этого онѣ всегда были правильны, но за послѣднее время менѣе обильны (по 3 дня, а раньше 4—5 дней). Беременною себя не считаетъ. Coitus имѣла. Животъ болить уже нѣсколько мѣсяцевъ, но особенно сильныя боли появились только на дняхъ.

St. pr. Питаніе и тѣлосложеніе удовлетворительное. Т° нормальная. Животъ немного вздутъ. Linea alba ясно пигментирована. Въ грудяхъ немного молозива. Нижняя часть живота, особенно справа, при ощупываніи болѣзненна. При двойномъ изслѣдованіи найдено: матка увеличена (3½"), пуста, рѣзкая пульсація, особенно въ правомъ сводѣ. Справа отъ матки въ широкой связкѣ круглая, гладкая, эластическая, неясно флюктуирующая, величиною съ кулакъ, опухоль, не находящаяся въ тѣсной связи съ маткою, смѣстившая ее влѣво и умѣренно подвижная по всѣмъ направленіямъ. Надъ маткою и отчасти влѣво отъ нея другая опухоль, величиною немного меньше кулака, почти круглая, эластическая, флюктуирующая, очень подвижная, соединяющаяся съ лѣвымъ угломъ матки при помощи длинной, толщиною въ два пальца, ножки. Изслѣ-

дованіе подъ хлороформнымъ наркозомъ не дало ничего новаго.

Діагнозъ: киста обоихъ яичниковъ. Было высказано, впрочемъ, предположеніе, что одна изъ опухолей могла быть мѣшкомъ внѣматочной беременности.

28 ноября чревосѣченіе при высокотазовомъ Trendelenburg'овомъ положеніи больной ¹⁾. По вскрытіи брюшной полости брюшина нижняго угла раны сшита съ кожею. Разрѣзь начать отъ пупка. Кишечныя петли удерживались марлевымъ компрессомъ; впрочемъ, онѣ почти не выпадали. Лѣвая опухоль была покрыта рыхло приросшимъ салникомъ, полупрозрачиваетъ; лѣвая труба расширена, направляется къ опухоли, змѣеобразно извита и сливается съ нею. Ножка опухоли (лѣвая широкая связка) перевязана въ два пучка толстымъ шелкомъ и отрѣзана; культя обшита черезъ край кетгутомъ; отверстіе остатка трубы прижжено термокаутеромъ Пакелена. Правая опухоль сидитъ между листками правой широкой связки. Верхняя ея поверхность имѣетъ много сраженій съ салникомъ, петлями тонкихъ кишекъ и съ *processus vermiformis*; задняя сплошь сращена съ заднею стѣнкою Дугласова пространства. Болѣе плотныя, тесемчатыя сращенія перерѣзаны послѣ наложенія лигатуръ ножницами; остальные, болѣе рыхлыя, сплошныя довольно легко разрушены рукою: кровотеченіе при этомъ незначительное, капиллярное. Затѣмъ правая широкая связка перевязана двойнымъ рядомъ (возлѣ тазовой стѣнки и возлѣ матки) шелковыхъ лигатуръ и перерѣзана: опухоль стала много подвижнѣе, но не настолько, чтобы можно было образовать ножку. Поэтому брюшинный покровъ опухоли разрѣзанъ поперечно (справа на лѣво) спереди и сзади и приступлено къ вылущенію опухоли изъ листковъ широкой связки. Во время вылущенія, производившагося то ножемъ, то пальцемъ, разорвалась очень тонкая полупрозрачная стѣнка кисты и содержимое ея (свѣтлая прозрачная жидкость) излилось въ Дугласово пространство. По удаленіи опухоли часть листковъ широкой связки резецирована ножницами и культя обшита непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ. Правая труба лежала на правой опухоли и удалена вмѣстѣ съ нею. Яичниковъ не найдено.

Туалетъ тазовой полости теплыми сулемованными (1:3000) марлевыми компрессами. Двухъ-этажный шовъ на брюшную

¹⁾ Ассистировали: И. С. Грѣховъ, А. А. Прайсъ и Д. В. Станиславскій.

рану: непрерывный кетгутовый на брюшину, узловый шелковый на кожу, апоневрозъ и мышцы. Обычная йодоформенная повязка. Животъ туго забинтованъ широкимъ фланелевымъ бинтомъ. Впрыснуто подъ кожу два шприца эфиру. Операция продолжалась два часа.

Обычный послѣоперационный уходъ. На 4-й день t° повысилась (38,3); боли въ животѣ. Смѣнена повязка: инфильтрація и краснота нижней части раны. Положенъ ледъ на животъ. Высокая (до 39°) t° держалась пять дней. На 9-й день опять смѣнена повязка: часть нижнихъ швовъ нагноилась и прорѣзалась: порядочно гноя. Рана тщательно промыта сулемовымъ растворомъ (1:1000) и наложена хлорная повязка, которая мѣнялась чрезъ 2—4 дня; количество гноя быстро и рѣзко уменьшилось. На 16-й день сняты швы; остальная часть раны хорошо заживаетъ; больной позволено сидѣть, а на 22-й день и встать съ постели.

При выпискѣ больной найдено: матка уменьшилась до нормы достаточно подвижна, въ антеверсии; по бокамъ малоболѣзненные уплотнѣнія (культы широкихъ связокъ).

При тщательномъ осмотрѣ удаленныхъ опухолей не найдено никакихъ указаній на эктопическую беременность. Лѣвая опухоль оказалась тонкостѣнною кистою съ прозрачнымъ свѣтлымъ содержимыхъ; полость ея сообщалась отверстіемъ пропускавшимъ палець, съ полостью расширенной лѣвой трубы. Въ полости правой опухоли, кромѣ излившейся въ время операции жидкости, ничего не было. Абдоминальный конецъ правой трубы зарощенъ; она растянута (толщиною съ палець); въ полости ея серозная жидкость. Стало быть, въ этомъ случаѣ было: *cystoma tubo-ovariale sinistrum*. *Hydrosalpinx dextra*, *Cystoma (hydrops folliculi?) ovarii dextri intraligamentosum*.

XI.

Матрена М., 40 лѣтъ, крестьянка Могилевской губ., Мстиславльскаго у., прислана въ Смоленскую больницу 25 февраля 1892 года для операции. Жалуется на быстро прогрессирующее увеличеніе живота, одышку, исхуданіе, общую слабость.

Замужемъ двѣнадцать лѣтъ. Родила шестерыхъ; послѣдняго годъ тому назадъ; роды всегда правильные и срочные. Года два тому назадъ замѣтила внизу живота опухоль величиною немного больше кулака, очень подвижную; она почти не увеличивалась и мало беспокоила больную. Съ мѣсяць тому назадъ, безъ всякой видимой причины, вдругъ появились сильныя боли внизу живота

и онъ сталъ быстро увеличиваться, а за послѣднюю недѣлю опухли ноги.

St. praes. Порядочно истощенная больная. Умѣренный отекъ нижнихъ конечностей и кожныхъ покрововъ нижней части живота. Мочи мало, насыщенная, слѣды бѣлка. Животъ равномерно увеличенъ, какъ при водянкѣ; окружность живота на уровнѣ пупка (при стоянїи больной) 112 сантим. По всему животу одинаковая ясная флюктуация и тупой звукъ. При влагалитцномъ изслѣдованїи найдено лишь опущенїе матки. Болѣе подробное изслѣдованїе половой сферы и полости живота невозможно вслѣдствїе его напряженїя.

Въ виду сильной одышки немедленно сдѣлана пункція живота толстымъ троакаромъ на срединѣ разстоянїя между пупкомъ и spina ant. sup. sin. Выпущено при этомъ около 24,000 граммовъ зеленовато-желтой, съ хлопьями фибрина, жидкости, напомиавшей касторовое масло и содержававшей массу бѣлка.

По опороженїи брюшной полости внизу живота легко прощупывалась опухоль, величиною съ человѣческую голову, бугристая, плотная, очень подвижная, на длинной ножкѣ, выходящей изъ правой половины таза. При двойномъ изслѣдованїи найдено: матка нормальной величины, подвижна; яичники и трубы не прощупываются; опухоль соединяется съ маткою длиною ножкою, выходящею изъ правой широкой связки. Изслѣдованїе другихъ органовъ дало отрицательные результаты.

Дїагнозъ: новообразование праваго яичника, можетъ быть, злокачественнаго характера, съ распространенїемъ на брюшину.

7-го марта чревосѣченїе ¹⁾. Разрѣзъ начать отъ пупка. По вскрытїи брюшной полости хлынула масса опять накопившейся жидкости такой же, кака была и при пункціи (впрочемъ, нѣсколько жиже). Опухоль безъ сращенїй съ сосѣдними органами. Ножка образовалась изъ растянутой правой широкой связки. Правая труба гипертрофирована и переходитъ на опухоль. Праваго яичника нѣтъ. Матка, лѣвая труба и яичникъ нормальны. Ножка опухоли перевязана въ три пучка толстымъ можжевелевымъ кетгутумъ и отрѣзана. Вся брюшина тазовой полости, нижней части передней и боковыхъ (особенно лѣвой) брюшныхъ стѣнокъ гиперемирована и усыяна массою бугорковъ, величиною отъ маковаго до коноплянаго зерна. Кое-гдѣ на брюшинѣ разной

¹⁾ Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ, А. А. Прайсъ и Д. В. Станиславскїй.

величины фибринозные хлопья (такія хлопья попадались на поверхности удаленной опухоли и были въ выпущенной изъ полости живота жидкости). Большой сальникъ сморщенъ, оттянуть вверхъ; въ немъ масса узловъ, величиною отъ коноплянаго зерна до вишни. Серозный покровъ нижнихъ петель тонкой кишки матоваго цвѣта, какъ бы бархатистый. Тщательный туалетъ брюшной полости марлевыми компрессами, смоченными въ тепломъ растворѣ сулемы (1:3000). Трехэтажный шовъ на рану: кетгутовый непрерывный на брюшину, такой же апоневрозъ и мышцы и узловый шелковый на кожу. Хлорная повязка. Животъ туго забинтованъ. Операція продолжалась около часа.

Обычный послѣоперационный уходъ. Гладкое безлихорадочное теченіе. На 5-й день дано слабительное (каломель) и смѣнена повязка: швы держатся прекрасно, въ брюшной полости жидкости пока нѣтъ. На 9-й день снята половина швовъ; въ животѣ немного жидкости. На 12-й день сняты остальные швы: повсюду *prima intentio*. На 17-й день послѣ операціи больная выписалась; въ животѣ набралось порядочно жидкости: тупой звукъ (при стояніи) начинается на два пальца ниже пупка. Дальнѣйшихъ свѣдѣній о больной нѣтъ, хотя она обѣщала пріѣхать черезъ мѣсяцъ въ больницу.

Удаленная опухоль, вѣсившая 3200 граммовъ, съ почти гладкою, слегка дольчатую поверхность, имѣла въ одномъ мѣстѣ разрывъ; изъ отверстія, величиною съ двугривенный, вытекало содержимое опухоли. На поперечномъ разрѣзѣ опухоль представляется состоящею изъ многочисленныхъ разной величины тонкостѣнныхъ полостей, наполненныхъ вязкимъ желтоватымъ прозрачнымъ содержимымъ, напоминавшимъ яблочный кисель. Стало быть, въ данномъ случаѣ—многокамерная пролиферирующая коллоидная кистама праваго яичника. Имѣющееся же на лицо измѣненіе брюшины и, какъ послѣдствіе его, скопленіе жидкости въ брюшной полости, вызваны, вѣроятно, попаданіемъ содержимаго кистомы въ брюшную полость или, быть можетъ, есть самостоятельное заболѣваніе брюшины.

ХІІ.

Софья В., 21 г., Смоленская мѣщанка, поступила 29 февраля 1892 г., жалуясь на увеличеніе живота, сильныя боли во всемъ животѣ, поясницѣ и крестцѣ, учащенное мочеиспусканіе и лихорадочное состояніе.

Родила разъ, въ срокъ и правильно, мѣсяць тому назадъ. Регулы всегда правильныя. Еще съ дѣтства замѣтила присутствіе въ животѣ опухоли, величиною съ кулакъ. Животъ болитъ давно, постоянно; во время беременности боли были не много меньше, послѣ родовъ онѣ стали еще сильнѣе, особенно за послѣднюю недѣлю. Рвоты не было. Послѣ родовъ часто бывалъ ознобъ и жаръ.

St. graes. Хорошо упитанная особа. Т° утромъ, при поступленіи, 38,1°; вечеромъ 39°. Животъ увеличенъ: окружность его черезъ пупокъ при стояніи 97 сант. Linea alba пигментирована. Въ грудяхъ—молоко. При постукиваніи тупой звукъ начинается по l. alba на два пальца выше пупка, по l. l. mamill. на обѣихъ сторонахъ на 2 пальца ниже пупка; по бокамъ живота ясно тимпаническій звукъ. Вообще перкуссія указываетъ на присутствіе круглой съ правильными контурами опухоли. При ощупываніи—сильная болѣзненность всего живота. Опухоль эластична, не ясно флюктуируетъ, очень напряжена, мало подвижна въ стороны. Брюшные покровы съ трудомъ собираются надъ нею въ складку. При двойномъ изслѣдованіи оказывается, что опухоль отчасти выполняетъ передній и боковые своды. Матка въ ретроверзій, увеличена (8 сант.), мало подвижна, смѣщена опухолью назадъ и влѣво. Прощупать яичники и трубы, а также выяснитъ точнѣе отношеніе опухоли къ половой сферѣ не удалось даже при глубокомъ хлороформномъ наркозѣ. Въ остальномъ—больная здорова.

Диагнозъ вѣроятный: кистама праваго яичника съ обширными сращеніями.

Назначено: ледъ на животъ, tinct. cannab. ind. по 12 кап. три раза, наркотическія свѣчи (extr. bellad. gr. $\frac{1}{3}$ + morph. puriat. gr. $\frac{1}{4}$) и спринцованіе сулемой (1:2000) два раза въ сутки. Черезъ шесть дней т° понизилась до нормы, больная стала поправляться.

11 марта чревосѣченіе ¹⁾. Разрѣзь отъ пупка почти до лона. По разсѣченіи брюшины оказалось, что вся передняя поверхность сплошь сращена съ переднею брюшною стѣнкою. Поэтому разрѣзь продолженъ на два пальца вверхъ, обойдя пупокъ слѣва, и пристушено къ отдѣленію опухоли отъ передней брюшной стѣнки, что требовало большаго усилія. Вся верхняя, задняя и

¹⁾ Ассистировали: Н. П. Энгельгардтъ, И. С. Грѣховъ, А. А. Прайсъ и Д. В. Станиславскій.

боковыя (больше лѣвая) поверхности опухоли покрыты приросшимъ сальникомъ, составляющимъ какъ бы капсулу опухоли. Вверху сальникъ имѣетъ нормальный видъ и слабо спаянъ съ опухолью. Ниже онъ приращенъ очень крѣпко и измѣненъ до неузнаваемости: очень утолщенъ, уплотненъ, обильно пропитанъ кровью, чернокраснаго цвѣта. Боковыя края сальника приращены къ боковымъ брюшнымъ стѣнкамъ, такъ что брюшная полость раздѣлена сальникомъ на двѣ части: въ передней помѣщается опухоль, въ задней—кишечникъ. Въ брюшной полости, особенно въ тазу, около 2-хъ стакановъ темной жидкой крови. Ножка опухоли, длиною около 10 сант., исходила изъ правой широкой связки. Ближайшая къ опухоли часть ножки, длиною около 2 сант., толщиною съ гусиное перо, перекручена по своей оси, слѣва на право, четыре раза, темнокраснаго, почти чернаго цвѣта. Средняя часть ¹⁾ ножки, длиною около 6 сант., розоваго цвѣта, имѣетъ овальную форму, съ большимъ продольнымъ и меньшимъ (около 3 сант.) поперечнымъ діаметромъ. Наконецъ, ближайшая къ маткѣ часть ножки, длиною около 2 сант., толщиною съ карандашъ, розоваго цвѣта, перекручена по своей оси, слѣва на право, три раза. Перевязавши возлѣ самой матки ножку опухоли толстымъ можжевельнымъ кетгуттомъ, я отрѣзалъ ее ножницами. Лѣвый яичникъ не найденъ. Правая труба гиперемирована; правый яичникъ, почти съ куриное яйцо, кистозно весь перерожденъ, а потому, послѣ перевязки правой широкой связки въ два пучка толстымъ можжевельнымъ кетгуттомъ, правые придатки удалены. Наибольше измѣненная часть сальника перевязана кетгуттомъ въ два пучка и отрѣзана. Туалетъ брюшной полости теплыми сулемованными марлевыми компрессами. Передъ окончательнымъ закрытіемъ брюшной полости замѣчено кровотеченіе изъ *a. spermatica dextra*, выскользнувшей изъ подъ массовой кетгутовой лигатуры; тотчасъ наложена изолированная шелковая лигатура на артерію. Обычный трехэтажный шовъ на рану: кетгуттовый непрерывный на брюшину, такой-же на апоневрозъ и мышцы, узловый шелковый на кожные покровы. Хлорная повязка. Животъ туго забинтованъ. Операция продолжалась 1¹/₂ часа.

Обычный послѣоперационный уходъ: покойное горизонталь-

¹⁾ Она состояла, главнымъ образомъ, изъ растянутой кровяными сгустками лѣвой фаллопиевой трубы.

ное, съ полусогнутыми нижними конечностями, положеніе, ледъ на животъ, опій въ суппозиторіяхъ, воздержаніе отъ пищи. На 4-й день, вечеромъ t° 38,6. На 5-й утромъ 38,3—вечеромъ 39°. Сильныя боли въ животѣ, на мѣстѣ разрѣза. Смѣнена повязка. Найдено: припухлость, краснота и болѣзненность въ средней трети раны. На 6-й день t° у. 37,6—вечеромъ 37,6. Дано слабительное. На 7-й день t° нормальна. Повязка немного промокла; смѣнена. Снято четыре шва въ средней трети раны и слипшіеся края ея разъединены желобоватымъ зондомъ, послѣ чего вытекло съ полстакана буроватокрасной, съ черными клочьями, рѣзко пахнувшей жидкости. При изслѣдованіи чрезъ сдѣланное отверстіе пальцемъ найдена полость довольно большая, съ неровными стѣнками („капсула“ опухоли, вполне отдѣлившаяся послѣ операціи образовавшимися свѣжими сращеніями отъ остальной части брюшной полости, ибо не было никакихъ явленій перитонита). Полость эта промыта растворомъ сулемы (1:1000) и набита хлорною марлею. Хлорная повязка, которая затѣмъ смѣнялась чрезъ 2—3 дня. На 14-й день сняты швы, на 27-й день больной разрѣшено встать съ постели: полость очень уменьшилась, отдѣляемаго не много, отверстіе 6—8 мм. Однако, лишь къ 52-му дню послѣ операціи полость эта и свищъ заросли и больная выписалась здоровая.

Удаленная опухоль, вѣсомъ 3000 грам., оказалась дермоидною кистою лѣваго яичника. Въ полости ея, кромѣ характерной салной массы, найдено образованіе, напоминающее языкъ и нижнюю челюсть съ двумя вполне развитыми зубами и большою пучь длинныхъ волосъ.

28 мая я видѣлъ оперированную: она вполне здорова. Регулъ нѣтъ.

XV.

КЪ КАЗУИСТИКЪ РАКОВЫХЪ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

А. А. Чагина.

Ординатора городской Калининской больницы.

Съ клинической стороны точное распознаваніе злокачественныхъ новообразованій наружныхъ женскихъ половыхъ органовъ представляется дѣломъ первостатейной важности. Тѣмъ не менѣе встрѣчаются случаи, гдѣ дифференціальная діагностика не въ состояніи опредѣлить имѣемъ-ли дѣло съ добро-или злокачественнымъ образованіемъ. Въ подобныхъ спорныхъ случаяхъ приходится рѣшающее значеніе предоставлять лишь микроскопическому изслѣдованію. Съ однимъ подобнымъ случаемъ намъ пришлось встрѣтиться, гдѣ діагнозъ рака не могъ быть поставленъ у кровати больной, а пришлось прибѣгнуть къ помощи микроскопа.

Наружные женскіе половые органы поражаются раковымъ процессомъ сравнительно рѣдко. По *Virchow*'у приходится 1 случай рака vulvae на 40 раковъ uteri; по *Gurlt*'у раки vulvae составляютъ 10^o/о всѣхъ раковъ женщинъ, а *Billroth* въ теченіи 8-ми лѣтъ встрѣтилъ изъ 548 раковыхъ больныхъ только 4 случая рака vulvae.

Mayer-Beiträge zur Kenntniss der malignen Geschwülste der äusseren weiblichen Geschlechtstheile (Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten Bd. XXXII, pag. 244—258. 1868) сообщилъ въ берлинскомъ акушерскомъ обществѣ 10 случаевъ злокачественныхъ новообразованій vulvae, изъ которыхъ на долю раковъ пришлось 2 случая и въ обоихъ случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ лишь на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, произведеннаго *Virchow*'ымъ и *Recklinghausen*'омъ.

Lehmann (Über Entwicklung, Verlauf u. Behandlung der Carcinome an der Vulva. Inaug. Diss. Halle) описываетъ 5 случаевъ раковъ vulvae изъ клиники *Olshausen'a*.

Küstner (Zur Pathologie u. Therapie des vulvacarcinoms. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. VII Hff. 1) тоже подробно описываетъ 5 подобныхъ-же случаевъ.

Müller (Zur Kasuistik der Neubildungen an der äusseren weiblichen Genitalien. Berl. Klin. Wchschr. № 31, 1881) изъ 8-ми случаевъ злокачественныхъ новообразований, наблюдавшихся въ клиникѣ *Martin'a*, описываетъ 3 случая рака малыхъ губъ. Примѣненное во всѣхъ 3-хъ случаяхъ микроскопическое изслѣдованіе указало на типическій плоско-эпителиальный ракъ.

Rochelt (Carcinoma vulvae. Wiener med. Presse 1882) подробно изслѣдоваль 1 случай развитія эпителиального рака vulvae.

Gönnner (Zur Kasuistik des Carcinoms d. Vulva. Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. 1882 Bd. VIII Hff. 1) наблюдалъ въ Базельской клиникѣ съ 1873 по 1881 г. на 900 гинекологическихъ больныхъ ракъ vulvae лишь въ 0,5% всѣхъ случаевъ, слѣдовательно 5 случаевъ. Изъ этихъ 5-ти случаевъ на долю малыхъ губъ пришлось всего 2 случая.

Deschamps (Nicht syphilitische Ulcerationen d. Vulva u. Vagina. Archiv d. tocologie 1885) собралъ 10 случаевъ первичнаго рака наружныхъ половыхъ частей исключительно изъ французской литературы и къ нимъ прибавилъ еще два своихъ собственныхъ.

Rupprecht (Zur operativen Behandlung des Carcinoma vulvae. Centralblatt f. Gynäkologie № 15, pag. 235—236) въ засѣданіи гинекологическаго общества въ Дрезденѣ сообщилъ 8 случаевъ плоскоэпителиального рака, наблюдаемыхъ имъ въ теченіи 8-ми лѣтъ. Изъ этихъ случаевъ 7 приходились на малыя губы или-же на внутреннюю поверхность большихъ губъ, а одинъ случай—ракъ клитора съ переходомъ на *mons veneris*. Въ 6-ти случаяхъ изъ этихъ восьми паховыя железы были раковоинфильтрированы въ различной степени. Во всѣхъ случаяхъ какъ само новообразование, такъ и пораженныя железы изслѣдовались микроскопически.

Cuschier (New York. Med. Record 1879 November 8) описываетъ случай, въ которомъ послѣ существовавшего въ теченіи 10-ти лѣтъ *pruritus* на внутренней поверхности малой губы образовалась язва величиною въ 1 сант., оказавшаяся при микроскопическомъ изслѣдованіи плоскоэпителиальнымъ ракомъ.

Stumpf (Cancroid d. vulva. Münchener mediz. Wochschr. 1890

№ 40 *ref.* *Centralblatt* 1891 № 7) наблюдалъ на правой большой губѣ у 60-ти-лѣтней женщины канкроидъ, удаленный *Paquelin'*омъ и, наконецъ,

Poll und Nijhoff. (*Carcinom in introitus vaginae, из Амстердамскаго засѣданіи 13 Марта. Centralblatt* 1891 № 8) сообщили о нѣкоторыхъ симптомахъ начинающихся раковъ во входѣ влагалища.

Судя по всѣмъ только что приведеннымъ изъ доступной намъ литературы случаямъ, видно, какъ рѣдко, сравнительно, представляются для наблюденія раки vulvae и насколько затруднительно клиническое опредѣленіе ихъ, разъ приходится чуть-ли не во всѣхъ случаяхъ прибѣгать къ помощи микроскопа.

Обращаемся теперь къ нашему случаю. Клиническая картина заболѣванія была такъ не характерна, что мнѣнія врачей діагнотически расходились между собой.

Больная А. П. С., крестьянка Тверской губерніи, дѣвица, 32 лѣтъ, по профессіи кухарка, поступила въ гинекологическое отдѣленіе городской Калинкинской больницы, чрезъ амбулаторію послѣдней, съ диагнозомъ *Syphilis condylomata*, 11-го ноября 1891 года. Первые регулы появились у нея 15-ти лѣтъ и затѣмъ имѣли правильный характеръ, повторяясь чрезъ каждыя три недѣли по 4 дня. Перенесла трое благополучныхъ родовъ съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ. Имѣетъ здоровыхъ двухъ братьевъ и двухъ сестеръ; мать свою, послѣ смерти которой она осталась имѣя всего годъ отъ роду, не помнитъ; но отца, умершаго 22 года тому назадъ, она помнитъ и, по словамъ ея, онъ страдалъ худою болѣзью (выражавшеюся язвами на ногахъ, во рту и на лбу). Сама больная пользовалась всегда хорошимъ здоровьемъ. Въ дѣтствѣ перенесла натуральную оспу, которая протекла у нея безъ всякаго лѣченія, оставивъ характерные рубцы на лицѣ; затѣмъ, кромѣ того, у нея, однажды, еще при жизни отца что-то болѣло во рту, отъ чего пользовалъ ее самъ отецъ (заставляя полоскать ротъ виномъ и купоросомъ?!). Какихъ-либо ясныхъ указаній на когда-бы то ни было перенесенный сифилисъ—нѣтъ. Больная жалуется, что съ 12-ти лѣтняго возраста ее началъ беспокоить зудъ въ наружныхъ половыхъ частяхъ; зудъ этотъ никогда ее не оставлялъ, а съ іюня мѣсяца 1891 г., напротивъ, значительно усилился и къ этому времени, по словамъ больной, у нея внизу съ правой стороны образовался прыщикъ съ горошину величиной; съ трудомъ удерживаясь отъ расчесовъ, она сорвала этотъ прыщикъ и изъ него вытекло неболь-

шое количество кровянистой жидкости; съ тѣхъ поръ прыщикъ сталъ увеличиваться по поверхности все больше и больше и наконецъ достигъ настоящихъ размѣровъ. Вотъ все, что можно было съ большимъ трудомъ узнать изъ анамнеза нашей больной.—Переходя къ наружному осмотру больной, мы замѣчаемъ, что она высокаго роста, относительно хорошаго питанія и тѣлосложенія; общіе покровы представляются нормальнаго цвѣта, слѣдовъ какихъ-бы то ни было кожныхъ страданій на нихъ не наблюдается (за исключеніемъ рубцовъ беременности). Въ правомъ паху прощупывается плотная и безболѣзненная лимфатическая железа съ миндалину величиной, не связанная съ кожей; такія-же железки, только гораздо меньшей величины, мы находимъ въ лѣвомъ паху, надъ внутреннимъ мышцелкомъ правой плечевой кости и по бокамъ шеи. На наружныхъ половыхъ частяхъ замѣчается плоское образование, занимающее мѣсто правой малой губы, отчасти переходящее на одноименную большую губу и имѣющее видъ довольно правильнаго круга, около 4-хъ сант., въ діаметрѣ. Оно возвышается надъ уровнемъ окружающей кожи съ одной стороны и слизистой съ другой миллиметра на 2; поверхность грязноватаго цвѣта, представляется въ видѣ изъязвленія, крайне поверхностнаго съ неровнымъ, шероховатымъ дномъ, изборожденнымъ неглубокими бороздками, изъ которыхъ одна болѣе глубокая, находящаяся у лѣваго, внутренняго края, отдѣляетъ часть образованія отъ общей массы. Края его нѣсколько плотнѣе середины и имѣютъ рѣзко выраженные границы при переходѣ на здоровую кожу. Захвативъ все образование съ противоположныхъ краевъ двумя пальцами, оно приподнимается въ толстую складку и свободно двигается по всѣмъ направленіямъ, причеиъ больная жалуется на небольшую колющую боль. При изслѣдованіи внутреннихъ половыхъ органовъ, особыхъ уклоненій отъ нормы въ нихъ не наблюдается.

Наблюдаемое образование, представляющееся такимъ образомъ въ видѣ опухоли, основываясь главнымъ образомъ на отсутствіи какихъ-бы то ни было наружныхъ явленій сифилиса въ связи съ давностью ($\frac{1}{2}$ года) существованія, слишкомъ продолжительною для теченія сифилитической папулы, заставило насъ признать его за новообразование и, по всей вѣроятности, за злокачественное. Но тѣмъ не менѣе видъ изъязвленія такъ походилъ на сифилитическую вегетирующую папулу, что нѣкоторыми врачами больницы оно именно за такую и признавалось. Соглашался съ нами въ діагнозѣ только д-ръ *А. А. Введенскій*, ко-

торый, между прочимъ, напомнилъ совершенно аналогичный случай, наблюдавшійся нами у насъ-же въ больницѣ года 2 тому назадъ. Это былъ молодой человекъ В. А., 23-хъ лѣтъ, у котораго имѣлось подобное же образованіе, симулировавшее вполнѣ вегетирующія папулы на ягодицахъ у задняго прохода. Больной тщетно продѣлалъ ртутное лѣченіе и наконецъ былъ переведенъ въ Александровскую (въ память 19-го февраля 1861 г.) больницу, гдѣ и подвергся операци. Въ виду вышесказаннаго такого разногласія нами было предложено больной предварительно противосифилитическое лѣченіе: втиранія ртутной мази и мѣстно—присыпка каломелемъ. Больная сдѣлала 30 полудражмовыхъ втираний и около мѣсяца присыпался каломель, но, не смотря на все это, картина пораженнаго мѣста нисколько не измѣнилась къ лучшему, напротивъ, замѣтно было нѣкоторое ухудшеніе, такъ какъ опухоль, повидимому, нѣсколько увеличилась въ своихъ размѣрахъ, центральная часть углубилась и распаденіе поверхности усилилось. Углубленіе, впрочемъ, подъ вліяніемъ мази изъ іодоформа (3j—3j) въ теченіи нѣсколькихъ дней снова отчасти выполнилось и образованіе приняло свой прежній видъ.

Для окончательнаго выясненія характера даннаго процесса изъ опухоли были вырѣзаны 2 кусочка, одинъ отъ края, другой изъ центра ея. Приготовленные изъ этихъ кусочковъ препараты, окрашенные квасцовымъ карминомъ и эозиномъ, переданы были для микроскопическаго изслѣдованія въ патологоанатомическій музей клиники акушерства и женскихъ болѣзней профессора К. Ф. Славянскаго, д-ру А. Ф. Брандта, который на основаніи приводимой подробно ниже микроскопической картины этихъ трехъ препаратовъ вполнѣ ясно и опредѣленно высказался за плоскій эпителиальный ракъ.

Микроскопическое изслѣдованіе. По всему полю зрѣнія въ очень скудной соединительной ткани усматривается большое количество ходовъ и островковъ эпителия, идущихъ съ поверхности изъязвленія вглубь, неправильной формы, съ мѣняющимся поперечникомъ, такъ что ходы эти то суживаются, то расширяются; нерѣдко они представляютъ боковыя выпячиванія или отростки, которые вступаютъ въ соединеніе съ такъвыми-же соседнихъ эпителиальныхъ ходовъ. Кромѣ того встрѣчаются поперечные срѣзы этихъ ходовъ различнаго вида и величины, что зависитъ оттого—гдѣ и какъ проходитъ разрѣзъ черезъ эпителиальные ходы. Эпителий, входящій въ составъ ходовъ, повторяетъ вполнѣ строеніе многослойнаго эпителия. Клѣтки, приле-

гающія къ соединительной ткани—цилиндрическія, расположены какъ бы палисадообразно, протоплазма ихъ зерниста, мутна; ядро большое, двуконтурное, прозрачное, съ однимъ или нѣсколькими ядрышками; слѣдующіе ряды элементовъ—клѣтки Мальпигіева слоя, представляются круглыми, овальными и располагаются такимъ образомъ, что соединяются между собою зубцами, причемъ остающіеся промежутки замѣщены прозрачнымъ межучточнымъ веществомъ; наконецъ самый внутренній слой элементовъ эпителиальныхъ ходовъ занятъ роговыми клѣтками въ видѣ очень тонкихъ, прозрачныхъ, безъядерныхъ и прилегающихъ тѣсно другъ къ другу образований. Мѣстами попадаются различной величины слоистыя образования, которыя состоятъ какъ бы изъ пластинокъ концентрически наслоенныхъ около одной или цѣлой группы ороговѣвшихъ клѣтокъ. Соединительная ткань, которая находится въ небольшомъ количествѣ между эпителиальными ходами, мѣстами инфильтрирована грануляціонными элементами, содержитъ умѣренное количество соединительнотканыхъ клѣтокъ и неизмѣненныхъ кровеносныхъ сосудовъ.

На основаніи подобныхъ микроскопическихъ данныхъ діагнозъ плоскоэпителиальнаго рака становится несомнѣннымъ и исключаетъ всякую возможность придти къ какому-либо другому заключенію.

4-го января 1892 г. больной была сдѣлана операція подъ хлороформомъ. Вся опухоль, отступая на $\frac{1}{2}$ сант. отъ края ея, удалена скальпелемъ, при чемъ на двѣ, довольно сильно кровоточившія, артеріи наложены шелковыя лигатуры. Края раны соединены 5-ю глубокими и 2-мя поверхностными шелковыми швами, затѣмъ рана засыпана іодоформомъ и наложена іодоформенная повязка. Шелкъ предварительно за нѣсколько дней былъ прокипяченъ въ 5% растворѣ карболовой кислоты и въ такомъ сохранялся до самой операціи.

На 6-й день послѣ операціи между швами края раны срослись первымъ натяженіемъ, но на мѣстѣ швовъ получилось нагноеніе, вслѣдствіе чего они и были сняты. Такимъ образомъ рана зажила частью *per primam*, а частью *per secundum intentionem*. Повязка мѣнялась 2 раза въ сутки, причемъ каждый разъ рана промывалась 2% растворомъ карболовой кислоты и присыпалась іодоформомъ. Къ концу января получился плотный линейный рубецъ съ поперечными рубцовыми перекладинами. Температура больной во все время пребыванія ея въ больницѣ была

нормальна. Прощупывавшіяся железы въ теченіи почти 3-хъ мѣсяцевъ, проведенныхъ больною въ больницѣ, оставались безъ измѣненія. 5-го февраля 1892 г. больная, освободившись отъ единственно сильно беспокоившаго ее зуда, выписалась изъ больницы, считая себя совершенно здоровою.

Мы позволили себѣ не трогать железу на томъ основаніи, во-первыхъ, что при операціи мы не знали еще съ какимъ новообразованіемъ мы имѣемъ дѣло (микроскопическое изслѣдованіе было сдѣлано позже), во-вторыхъ—инфильтрація паховой железы была настолько незначительна, что ничѣмъ не отличалась отъ инфильтраціи локтевыхъ и шейныхъ железъ.

Дальнѣйшія свѣдѣнія относительно нашей больной не представлялись утѣшительными. Спустя 2 мѣсяца по выпискѣ изъ Калинкинской больницы, больная начала замѣчать, что въ правомъ паху появилось нѣчто въ родѣ желвака, достигшаго въ теченіи 3-хъ недѣль величины почти куриного яйца, къ этому присоединилась сильная ломящая боль въ паху, препятствовавшая хожденію и распространявшаяся на всю правую ногу; стопа и голень отекали.

16-го мая она обратилась снова въ Калинкинскую больницу. Железы въ правомъ паху представлялись въ видѣ конгломерата железъ спаянныхъ между собою. Конгломератъ довольно плотной консистенціи, плохо подвижный, кожа надъ нимъ тонка, нормальнаго цвѣта, подвижна.

20-го мая больная была переведена въ больницу Крестовоздвиженской общины сестеръ милосердія, гдѣ старшимъ врачомъ послѣдней д-ромъ Вельяминовымъ и была произведена 29-го мая операція вылуценія этой опухоли.

Ко времени операціи опухоль уже подверглась значительному распаденію, кожа покраснѣла и появилась на ограниченномъ мѣстѣ ясная флюктуация, такъ что при разрѣзѣ выдѣлилось большое количество кашицеобразной массы грязнобѣлаго цвѣта. По вылуценіи всей опухоли, рана была соединена 4-мя глубокими и 6-ю поверхностными шелковыми швами, подъ которые заложена полоска іодоформенной марли.

4-го іюня—швы сняты, на большемъ протяженіи раны получила *prima intentio*; марля замѣнена дренажемъ.

18-го іюня—температура за все время нормальна; рана настолько близка къ окончательному заживленію, что больной предложено, вслѣдствіе закрытія больницы общины для ремонта, докончить лѣченіе амбулаторно.

Вылущенная опухоль была положена въ абсолютный спиртъ и снова препровождена въ клинику акушерства и женскихъ болѣзней профессора *К. Ф. Славянскаго* д-ру *Брандтз* для микроскопическаго изслѣдованія.

При разрѣзѣ вдоль всей опухоли оказывается, что она состоитъ изъ 2-хъ частей—центральной, представляющей довольно мягкой, какъ бы зернистой и периферической, какъ бы капсулы, сросшейся съ наружной кожей. Мягкая эта масса, легко выкрашивающаяся, лежала въ петляхъ довольно плотныхъ прослоекъ, тянущихся въ центрѣ опухоли во всевозможныхъ направленіяхъ и при микроскопическомъ изслѣдованіи состояла какъ бы изъ массы различной формы ходовъ плоскаго эпителия, подвергшагося распаду. Ходы эти раздѣлялись цугами довольно плотной, мѣстами инфильтрированной, соединительной ткани, представлявшей макроскопически въ видѣ прослоекъ различной толщины. Въ срѣзахъ, сдѣланныхъ изъ периферической части и окрашенныхъ квасцовымъ карминомъ видна ясная картина плоскоэпителиальнаго рака съ сохранившимися еще по мѣстамъ гнѣздами основной аденоидной ткани пораженныхъ лимфатическихъ железъ.

Въ результатѣ мы можемъ разсматривать данную опухоль какъ конкродъ, происшедшій путемъ переноса съ мѣста первичнаго заболѣванія, т. е. правой малой губы.

Заканчивая описаніе нашего случая, мы видимъ какъ труденъ онъ былъ для распознаванія и какъ шатко могъ быть поставленъ дифференціальный діагнозъ. Предпринятое же къ тому слишкомъ поздно точное микроскопическое изслѣдованіе заставило отступить отъ обычнаго правила—чтобы при скольконибудь подозрительной опухоли экстирпировать ближайшія лимфатическія железы и тѣмъ самымъ по возможности гарантировать больную отъ могущихъ произойти возвратовъ.

XVI.

Изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

КЪ КАЗУИСТИКЪ КРУГОВОГО ОТРЫВА ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ВО ВРЕМЯ РОДОВЪ.

Д-ра мед. А. Леціуса.

Декабря 13-го 1891 г., въ 2 ч. 45 м. у., въ родильную палату Родовспомогательнаго заведенія была принята крестьянка Матрена Р., 33-хъ лѣтъ.

Паціентка средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, рожала два раза, первый ребенокъ живъ и здоровъ. По словамъ больной, года два тому назадъ, во время родовъ, въ деревнѣ ей произведена была какая-то операція, причемъ она разрѣшилась мертвымъ плодомъ. Мѣсячныя были постоянно правильныя. Тяжелыми болѣзнями она никогда не страдала.

Послѣднія мѣсячныя были въ мартѣ 1891 г. Размѣры таза нормальныя. Соцј. ext. 19,0 см. декабря 12-го въ 1 ч. пополудни начались боли; воды истекли въ тотъ же день въ 6 ч. вечера. При первомъ изслѣдованіи по поступленіи влагалищная часть оказалась сглаженной, зѣвъ открытымъ на два пальца. Родовыя боли частыя, сильныя и болѣзненныя настолько, что роженица, казавшаяся мало чувствительною, часто кричала отъ боли. Предлежащая головка плода, находившаяся въ первомъ черепномъ положеніи, помѣщалась во входѣ въ тазъ.

Въ 11 час. утра 13-го числа показалось довольно изрядное кровотеченіе изъ половой щели, остановить которое не удавалось обычными средствами, и только послѣ того какъ, подъ вліяніемъ нѣсколькихъ сильныхъ болей, головка плода опустилась глубже въ полость таза, кровотеченіе остановилось къ часу дня.

Къ этому же времени зѣвъ матки открылся на 3 п. п.; не-

смотря на постоянныя сильныя боли къ 4^{1/2} час. зѣвъ открылся на 4 п. п. Больше зѣвъ не открывался; полного открытія матки не послѣдовало, край передней губы прощупывался во все время дальнѣйшаго теченія родовъ. Головка находилась теперь въ выходѣ таза, причемъ стрѣловидный шовъ соотвѣтствовалъ правому косому размѣру. Родовыя боли весьма сильныя и болѣзненные; роды не подвигаются впередъ; нижній отрѣзокъ матки представлялся сильно растянутымъ; на уровнѣ пупка образовалось кольцо *Vandl'*я. Въ виду всего сказаннаго явилось настоятельное показаніе къ окончанію родовъ извлеченіемъ плода щипцами.

Въ 7 ч. вечера роженица, захлороформированная, перенесена на операционный столъ, затѣмъ мною наложены были щипцы въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ. Ассистировалъ мнѣ д-ръ *Франценз*. Нѣсколькихъ довольно слабыхъ тракцій достаточно было, чтобы понизить головку, при этомъ въ вульвѣ показалось темно-синее, почти черное, довольно плотное тѣло, принятое за переднюю губу маточнаго зѣва; попытки вправить это тѣло не удавались. Послѣ нѣсколькихъ такихъ же слабыхъ тракцій щипцами, упомянутое тѣло вывалилось и въ видѣ цѣльнаго кольца повисло на замкѣ щипцовъ. Плода извлеченъ легко. Довольно хорошо развитая дѣвочка вѣсила 2950 граммъ.

Предпринятый тотчасъ по извлеченіи плода осмотръ маточнаго зѣва съ помощью зеркалъ *Simon*'а показалъ, что вывалившееся во время извлеченія щипцами тѣло есть дѣйствительно оторвавшаяся кругомъ влагалищная часть, передняя губа которой совершенно отсутствовала, а отъ задней губы уцѣлѣла только узкая полоса ея.

Оторвавшаяся влагалищная часть, удачно сфотографированная любезнымъ товарищемъ д-ромъ *Дюжиковымъ*, представляла кольцевидное тѣло, передняя часть котораго, соотвѣтствовавшая передней губѣ, была шириною въ 3,0 см., а задняя отъ 1,5 до 2,0 см.; ширина отверстія равнялась приблизительно 6,0 см., причемъ діаметръ отверстія, соотвѣтствовавагнаго оторванному краю, оказался меньше діаметра отверстія соотвѣтствовавагнаго наружному зѣву, почему форма оторвавшейся части напоминала усѣченный конусъ. По нижнему краю кольца имѣлись старыя зарубцевавшіеся разрывы; верхній край представлялся неровно разорваннымъ.

По окончаніи родовъ кровотеченіе не возобновлялось. Послѣ родовоу періодъ протекъ совершенно правильно безъ всякой

реакціи; мать и ребенокъ выписались здоровыми. Изслѣдованіе зеркалами въ день выписки показало, что влагалище, соотвѣтственно мѣсту передней губы, почти непосредственно переходитъ въ полость цервикальнаго канала; мѣсто задней губы представляетъ валикообразное возвышеніе, покрытое грануляціями. Отверстіе матки свободно пропускаетъ еще два пальца.

Срѣзы изъ оторвавшейся части, произведенные параллельно длиннику матки, окрашенные гематоксилиномъ, показали подъ микроскопомъ слѣдующее. Ткань шейки, находившаяся въ состояніи начавшагося некроза, представлялась бѣдною ядрами и разорванною многочисленными кровоизліяніями, которыя мѣстами достигали порядочной величины. Вены и капилляры были чрезвычайно переполнены кровью. По причинѣ начавшагося распада клѣтокъ нельзя было съ положительностью опредѣлить отношеніе между мышечными волокнами и соединительною тканью. Положительнаго заключенія по этому вопросу нельзя было сдѣлать и по микроскопическимъ препаратамъ, окрашеннымъ по *Gronacher*'у бурой съ карминомъ, на которыхъ всетаки не такъ сильно бросалось въ глаза бѣдность ядрами, какъ на гематоксилиновыхъ препаратахъ; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ имѣлась даже ясно выраженная инфильтрація. Кромѣ того мѣстами попадались такія большія скопленія чрезвычайно переполненныхъ кровью капилляровъ, что дѣйствительно можно было принять за новообразованіе—за телеангіектатическую опухоль, мѣстами съ характеромъ пещеристой ангиомы, что во всякомъ случаѣ слѣдовало бы принитъ во вниманіе, какъ вспомогательный моментъ въ этиологіи отрыва. Вдоль линіи отрыва какихъ либо особенныхъ измѣненій подъ микроскопомъ не найдено.

Слѣдующій эпикризъ я позволяю себѣ прибавить къ реферированному случаю.

Кровотеченіе, появившееся во время родовъ, несомнѣнно обусловливалось въ приведенномъ случаѣ первичнымъ надрывомъ передней губы; оно остановилось только благодаря достаточно сильному для того прижатію головкою, опустившеюся въ полость таза. Предшествовавшимъ частичнымъ отрывомъ объясняется и то обстоятельство, что край передней губы прощупывался вплоть до изслѣдованія передъ операціею; опускавшаяся головка постоянно все болѣе и болѣе низдавливала оторвавшуюся часть, вслѣдствіи чего дальнѣйшее растяженіе зѣва, до полного его открытія, не могло совершиться. Отрывъ боковыхъ частей *portionis*, а также и задней губы ея произошелъ, вѣроятно,

исподоволь мало по малу въ теченіи родовъ. Приписать отрывъ влагалищной части самой операціи не нахожу возможнымъ потому, что противъ этого говоритъ какъ образъ выхожденія оторвавшагося куска, такъ и то обстоятельство, что при внезапномъ отрывѣ щипцами неизбѣжно появилось бы кровотеченіе тотчасъ же послѣ извлеченія плода, чего однако въ данномъ случаѣ абсолютно не было.

Случаи *полнаго круговаго отрыва* влагалищной части весьма рѣдки, по крайней мѣрѣ таковые рѣдко описываются. Несравненно чаще встрѣчаются случаи, въ которыхъ, при незначительномъ сѣуженіи таза и длительныхъ родахъ, происходитъ отдавливаніе одной только передней губы; случаевъ же вполне аналогичныхъ описанному имѣется очень немного въ литературѣ. Весьма схожъ и почти аналогичный съ моимъ, можно сказать, типическимъ случаемъ нарушенія цѣлости матки, случай, подробно описанный *Staude* 1). Послѣ сильныхъ болей маточный зѣвъ внезапно раскрылся, а по наложеніи щипцовъ выпала оторвавшаяся влагалищная часть. Въ статьѣ *Staude* указана литература подобныхъ же случаевъ. Мною собрано въ литературѣ 17 случаевъ болѣе или менѣе полнаго круговаго отрыва влагалищной части; старѣйшій изъ нихъ случай *Weiser*'а, наблюдавшійся имъ въ 1828 г. и описанный затѣмъ *Schillbach*'омъ 2). Оба случая *Löhlein*'а 3) почти аналогичны моему, но тамъ пришлось отрѣзать ножницами неоторвавшійся задній сегментъ. Также поступили въ случаѣ *Weiser-Schillbach*'а и въ случаяхъ *Saenger*'а 4) и *Streng*'а 5). Интересныя осложненія наблюдали *Schauta* 6) и *Breus* 7); въ этихъ двухъ случаяхъ младенецъ родился черезъ разрывъ передней губы. Случаи, упоминаемые *Barcker*'омъ 8) и *Kennedy* 9) тоже почти аналогичны моему. Далѣе слѣдуютъ подробно разобранные *Staude* случаи, *Levy*, *Scott*'а, *Kivisch*'а, *Davis*'а, *Lange*, *Lewer*'а и *Meigs*'а, которые болѣе или менѣе схожи между собою. Во многихъ случаяхъ упоминается,

1) Berliner Beitr. Bd. I, p. 144.

2) Berliner Beitr. Bd. II, p. 151.

3) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. VI, p. 414.

4) Centralbl. f. Gyn. 1881, p. 390.

5) Virchow-Hirsch. Jahresber. 1872, p. 682.

6) Wiener med. Presse. 1880, № 35.

7) Wiener med. Blätter 1883, № 50.

8) Obstetr. Transact II, p. 329.

9) Thebrit. med. Journ. 1872.

что выступившая изъ вульвы масса казалась, на первый взгляд, кровянымъ стусткомъ. Что касается причинъ такого рѣдкаго нарушенія цѣлости матки, то мнѣнія авторовъ подчасъ довольно сильно расходятся. *Ahlfeld* ¹⁾, описавшій случай, въ которомъ передняя губа оказалась вполнѣ отдѣленною однимъ поперечнымъ и двумя продольными разрывами, главною причиною вмѣстѣ съ *Barcker*'омъ считаетъ суженіе таза. По мнѣнію ихъ, круговой отрывъ происходитъ такимъ образомъ, что сперва образуется узура въ ткани матки подъ вліяніемъ продолжительнаго давленія въ области мыса и симфиза, а затѣмъ дефектъ увеличивается въ поперечномъ направленіи понижающеюся головкою; въ такихъ случаяхъ образованію разрыва благопріятствуетъ плохая растяжимость зѣва, обусловленная отекомъ его.

Но такъ какъ въ большинствѣ случаевъ размѣры таза оказывались нормальными, то и упомянутое выше объясненіе приложимо въ ограниченномъ числѣ случаевъ. Несравненно чаще причиною отрыва влагалищной части служитъ неподатливость и малая растяжимость *portionis vaginalis* при сильныхъ родовыхъ боляхъ. *Staude* весьма рѣшительно высказался въ пользу этой причины. Неподатливость зѣва встрѣчается какъ обычное явленіе у старыхъ перворождающихъ ²⁾; если къ этой причинѣ присоединятся еще сильныя родовыя боли, то круговой отрывъ легко можетъ быть объясненъ тѣмъ, что одновременно съ головкою вся *partio vaginalis* низдавливается все глубже въ тазъ и наконецъ отрывается въ поперечномъ направленіи. Этими двумя моментами и объясняется частота такихъ частичныхъ отрывовъ у старыхъ перворождающихъ, которыхъ въ числѣ нашихъ случаевъ насчитываемъ не менѣе 5.

При отсутствіи суженія таза и при неслишкомъ длительныхъ родахъ, нѣкоторыми авторами за причину отрыва признается, кромѣ того, непропорціонально сильно развитая мускулатура тѣла матки. При такой чрезмѣрно развитой силѣ, нижній сегментъ матки будто бы не можетъ, благодаря неподатливости растянуться соотвѣтственно быстро, почему и происходитъ круговой отрывъ. Быть можетъ, судорожное сокращеніе зѣва симулируетъ неподатливость его. *Streng* большое значеніе придаетъ чрезмѣрной длинѣ влагалищной части и плотности головки плода. *Breus* за причину отрыва признаетъ неправильный меха-

1) *Archiv f. Geb. u. Gyn.* IV, p. 515.

2) *Hänselmann*, Diss. Bern 1889; реф. въ *Zentralbl.* 1892, № 2.

низмъ расширенія зѣва, приче́мъ дѣйствіе сильныхъ родовыхъ болей направляется на одну точку передней стѣнки маточной шейки. Такое неправильное направленіе изгоняющей силы обусловливается по *Breus*'у врожденною неправильностью прикрѣпленія передней стѣнки влагалища къ шейкѣ или ненормальною фиксаціею матки, какъ слѣдствіе бывшихъ патологическихъ процессовъ. Раньше *Breus*'а подобный взглядъ высказала *Schauta*, утверждающій, что въ такихъ случаяхъ влагалищная часть помѣщается внѣ оси, ближе къ мысу; опускающаяся головка производитъ на переднюю губу болѣе сильное давленіе, почему, при нѣкоторой неподатливости ея, происходитъ поперечный разрывъ. По мнѣнію *Schauta*, отрывъ можетъ послѣдовать даже при нормальной растяжимости губы. Этимъ онъ объясняетъ фактъ, указываемый всѣми авторами, что отрывъ всего чаще начинается съ передней маточной губы.

Изъ всѣхъ причинъ кругового отрыва влагалищной части, приводимыхъ авторами, въ моемъ случаѣ имѣются нижеслѣдующія: 1) сильныя родовыя боли допускали предположеніе о чрезмѣрномъ развитіи мускулатуры матки; 2) маточный зѣвъ, послѣ бывшихъ 2 года т. н. родовъ, оконченныхъ извлеченіемъ щипцами мертваго плода, едвали былъ нормальнымъ; 3) тазъ, съ наружною конъюгатою 19, 0 см., граничилъ съ нормою, и 4) воды истекли слишкомъ рано. Но всѣ эти обстоятельства встрѣчаются такъ часто порознь и вмѣстѣ, что едвали мы будемъ правы, объясняя ими одними такъ рѣдко встрѣчающійся отрывъ влагалищной части. Для этого необходимо особое специальное условіе, которое въ подобныхъ случаяхъ также, какъ и по новѣйшимъ изслѣдованіямъ при разрывѣ матки, слѣдуетъ искать въ измѣненномъ строеніи маточныхъ тканей. Это обстоятельство и побудило меня подвергнуть микроскопическому изслѣдованію оторвавшуюся влагалищную часть, оказавшемуся, какъ мнѣ кажется, не безуспѣшнымъ. Если ткань представляется въ высокой степени измѣненною обширными кровоизліяніями и начавшимся некрозомъ (то и другое какъ слѣдствіе родовъ), то такая ткань, понятно, болѣе предрасположена къ разрыву даже въ случаѣ, если до того она была нормальная. Но если въ ткани еще раньше имѣлось такое большое число телангіектазій, что она мѣстами приняла видъ пещеристой ангиомы, то само собою разумѣется, что тѣмъ легче она разрывается и тѣмъ окорѣе образуются въ ней кровоизліяніями. Знакомая съ литературою мнѣ весьма пріятно было встрѣтить объясненія *Löhlein*'а (1. с.); въ описан-

номъ имъ второмъ случаѣ причиною отрыва влагалищной части было варикозное измѣненіе ея ткани и, какъ слѣдствіе такого состоянія, высокая степень удоборазрываемости и ломкости.

Если дальнѣйшія изслѣдованія подтвердятъ мое предположенія, то, быть можетъ, на этой почвѣ удастся выработать профилактическое лѣченіе, болѣе практическое, нежели современная терапія, направленная исключительно на «неподатливость» и «судорожное сокращеніе» зѣва.

Что касается значенія такого нарушенія цѣлости, то конечно прежде всего возникаетъ вопросъ, насколько это поврежденіе благоприятствуетъ послѣдовательнымъ заболѣваніямъ. Теоретически разсуждая, нельзя а priori отвергать, что съ увеличеніемъ площади пораненія усиливается и опасность зараженія; часть этой опасности уравнивается (*Schauta*, l. c.) отсутствіемъ продольныхъ разрывовъ, свойственныхъ нормальнымъ родамъ, а при тщательно производимой дезинфекціи пораненіе не должно представлять опасности для родильницы.

Непріятное послѣдовательное заболѣваніе можетъ быть обусловлено распространеніемъ некроза на сосѣднія ткани и образованіемъ пузырьно-влагалищнаго свища, какъ въ случаѣ *Weiser-Schiltback*'а. Кромѣ того, оставшіяся частицы *portio vaginalis* могутъ гангреноцироваться и повести къ зараженію. Наконецъ слѣдуетъ принять во вниманіе, что отверстіе матки можетъ сѣзуться и представить не малое препятствіе при слѣдующихъ родахъ. У больной д-ра *Staude* черезъ 1½ года на мѣстѣ влагалищной части имѣлось низкое валикообразное возвышеніе съ круглымъ отверстіемъ по срединѣ, въ которое вмѣщалась верхушка пальца; въ этомъ единственномъ случаѣ, съ послѣдовательнымъ изслѣдованіемъ черезъ большой промежутокъ времени, ничего не говорится о родахъ. Кровотеченіе, о которомъ упоминается во всѣхъ случаяхъ, не достигаетъ угрожающихъ размѣровъ.

Въ виду всего сказаннаго предсказаніе, въ случаяхъ круговаго отрыва влагалищной части *quo ad vitam et valetudinem* не можетъ быть названо плохимъ. Изъ приведенныхъ 18 случаевъ умерли 4, всѣ отъ септического зараженія, не представлявшаго само по себѣ послѣдствія отрыва. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, за исключеніемъ упомянутаго выше случая *Weiser-Schiltback*'а, послѣдовало выздоровленіе безъ какихъ либо осложнений.

Что касается терапіи, то вниманіе главнымъ образомъ должно

быть обращено на кровотечение, которое при известныхъ обстоятельствахъ всетаки можетъ угрожать жизни. Вообще же врачъ въ послѣродовомъ періодѣ подобныхъ случаевъ долженъ ограничиться выжиданіемъ.

XIV.

МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ ПО ГАВАНЬСКОМУ РОДИЛЬНОМУ ПРИУТУ ЗА ВРЕМЯ СЪ 17 АВГУСТА 1888 Г. ПО 1 МАЯ 1892 Г.

Д-ра мед. В. Н. Массена,

врача-акушера Приюта.

(Продолженіе).

Роды.

На все число дѣйствительно совершившихся родовъ (1921) предлежа-нія и положенія были зарегистрированы въ 1909 случаяхъ. Изъ остальныхъ 20-ти родовъ—въ 10 случаяхъ положеніе констатировать не удалось, а въ 10 роды были уличны.

Изъ 1909 точно опредѣленныхъ положеній было:

вертикальных	1894
косыхъ и поперечныхъ . . .	15
	<hr/>
	1909

т. е. одно поперечное, геср. косое положеніе приходилось на 126,2 вертикальныхъ.

Изъ вертикальныхъ было:

предлежаній головнымъ концемъ	1809
» тазовымъ »	85
	<hr/>
	1894

т. е. одно предлежаніе тазовымъ концомъ приходится на 21, 29 головныхъ

Средняя *продолжительность* родовъ была:

у первородящей	16 ч. 05 м.
у второродящей	8 » 35 »
у многородящей	9 » 03 »

Средняя продолжительность родов вообще у всѣхъ роженицъ равнялась 11 ч. 20 мин.

Роды продолжались ¹⁾:

	I—рага.		II—рага.		M—рага.		Всего.
	Число случаевъ.	‰	Число случаевъ.	‰	Число случаевъ.	‰	
Меньше 6 часовъ.	48	9,16	152	32,06	342	37,8	542
6—12 часовъ.	157	20,4	206	43,45	359	38,8	722
12—24 часовъ.	239	45,6	97	20,46	175	18,9	511
болѣе 24 часовъ.	79	1,52	15	3,16	28	3,03	121
Неопредѣлено.	1	1,90	4	0,84	20	2,17	25
	524	—	474	—	923	—	1921

Эта таблица лишній разъ иллюстрируетъ намъ, какъ съ числомъ предшествующихъ родовъ укорачивается длительность акта дѣторожденія. Въ то время какъ почти половина I—рага (45,6‰) разрѣшаются въ теченіе 12—24 часовъ, а большинство (67‰) тратитъ на этотъ актъ никакъ не менѣе 6—24 часовъ, II—рага въ количествѣ почти $\frac{1}{3}$ тратитъ на это не болѣе 6 часовъ и въ главной своей массѣ (75,51‰) не болѣе 12 часовъ, M—рага въ количествѣ 37,8‰ оканчиваютъ свои роды меньше чѣмъ въ 6 часовъ, а большинство (76,6‰) во всякомъ случаѣ скорѣе чѣмъ въ 12 часовъ.

По времени сутокъ роды распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

	I—рага.	II—рага.	M—рага.	Всего.
Отъ 6 ч. у.—12 дня.	134	122	224	480
» 12 ч. д.—6 вечера.	118	101	204	423
» 6 ч. в.—12 ночи.	147	110	226	483
» 12 ч. н.—6 утра.	125	138	258	521
Неизвѣстно.	—	3	11	14
Всего	524	474	923	1921

Т. е. больше всего родовъ произошло между 12 ч. н. и 6 ч. утра и меньше между 12 ч. дня и 6 ч. вечера. Maximum же количества родовъ у I—рага приходится на время между 6 ч. вечера и 12 ч. ночи, у II—рага же и M—рага между 12 ч. н. и 6 ч. утра больше всего.

¹⁾ Въ эту таблицу вошли также преждевременные роды и выкидыши.

Всѣхъ затылочныхъ положеній было 1798, что на общее число всѣхъ зарегистрированныхъ положеній (1909) составляетъ 94,2^o/о.

Виды затылочнаго положенія содержатся слѣдующимъ образомъ:

1-е положеніе передній видъ	1096
» » задній »	144, т. е. 1240
или 68,2 ^o /о всѣхъ затылочныхъ положеній.	
2-е положеніе передній видъ	114
» » задній »	444, т. е. 558
или 31,8 ^o /о всѣхъ затылочныхъ положеній.	

Сравнивая полученные нами данныя относительно взаимнаго отношенія между 1-мъ и 2-мъ видами затылочнаго положенія съ данными русскихъ авторовъ видимъ, что цифры наши почти идентичны съ цифрами *И. А. Вовфа* ¹⁾, который на 3154 затылочныхъ положенія первые виды имѣлъ въ 68,7^o/о, вторые—31,3^o/о. Изъ другихъ авторовъ къ нимъ довольно близко стоятъ цифры *Парышева* (69,3^o/о и 30,6^o/о) ²⁾ и *Агафонова* (69,8 и 30,2) ³⁾.

Предлежанія тазовымъ концомъ.

Предлежаній тазовымъ концомъ у насъ встрѣтилось (за исключеніемъ, разумѣется, многоплодныхъ родовъ)—*шестнадцать одно*, что на все число (1909) точно опредѣленныхъ предлежаній составляетъ 3,19^o/о, или одно предлежаніе тазовымъ концомъ приходится на 31,3 другихъ предлежаній. Исключивъ же изъ общаго числа неправильныя предлежанія въ количествѣ 14-ти (см. дальше), получимъ, что одно тазовое предлежаніе приходится на 31,06 правильныхъ предлежаній.

Изъ цифръ авторовъ, вычислившихъ при аналогичныхъ съ нами условіяхъ частоту тазовыхъ предлежаній, къ нашимъ даннымъ болѣе всего приближаются цифры *Львова* ⁴⁾, опредѣлившаго ^o/о тазовыхъ предлежаній въ 3,2^o/о, *Столыпинскаго* ⁵⁾ и *Ескова* ⁶⁾ съ 3,3^o/о и наконецъ *Шмидта* ⁷⁾ съ 3,4^o/о.

¹⁾ *И. А. Вовфъ*. Медицинскій Отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники акушерства и женскихъ болѣзней при В. М. Академіи. 1891. Дисс.

²⁾ *Д. А. Парышевъ*. Мед. Отчетъ акуш. отдѣленія Академической акушерско-гинекологической клиники. 1887. Дисс.

³⁾ *С. И. Агафоновъ*. Мед. Отчетъ акушерской клиники проф. *Славянского* съ 1877—1884.

⁴⁾ *И. Львовъ*. Мед. Отчетъ по родильному отдѣленію казанской губернской больницы съ 1889—1890 г.

⁵⁾ *Г. А. Столыпинскій*. Мед. отчетъ акуш. клиники проф. *Феноменова* съ 1876—1887 г.

⁶⁾ *С. И. Есковъ*. Отчетъ о движеніи родовъ по Гаваньскому родильному Приюту за 1887—1888 г.

⁷⁾ *А. Э. Шмидтъ*. Мед отчетъ Маріинскаго Родовспомогательнаго Дома съ 1870—81. Спб. 1886 г.

Изъ всего числа рожениць съ тазовымъ предлежаніемъ 14 рожало въ первый разъ (22,9%) и 47 повторно (77,1%) или отношеніе было какъ 1:3,3.

По возрасту роженицы располагаются слѣдующимъ образомъ.

	I-рага.	% общаго числа.	II-рага.	% общаго числа.
Менѣе 20-ти лѣтъ	2	3,2%	2	3,2%
20—25 »	5	8,2%	8	13,2%
26—30 »	5	8,2%	13	21,4%
31—35 »	2	3,2%	15	24,7%
36—40 »	—	—	8	13,1%
болѣе 40 <	—	—	1	1,6%
Всего . . .	14	—	47	—

По виду тазовыя предлежанія расположились такъ:

1-е	ягодичное	передній видъ	—	17	} 46 = 75,4%
»	»	задній »	—	2	
2-е	»	передній »	—	10	
»	»	задній »	—	17	
1-е	ногоположеніе	передній »	—	7	} 15 = 24,6%
»	»	задній »	—	2	
2-е	»	передній »	—	4	
»	»	задній »	—	2	
				61	

Большое количество околоплодныхъ водъ отмѣчено въ 4 случаяхъ, а узкій тазъ не наблюдался ни разу.

При ягодичныхъ предлежаніяхъ въ 16 случаяхъ было оказано оперативное пособіе, а именно экстракція высокая примѣнена 5 разъ, а обыкновенная 11 разъ. Такимъ образомъ % оперативныхъ родовъ при ягодичномъ предлежаніи = 26,2%. Въ остальныхъ случаяхъ помощь при родахъ ограничивалась легкимъ ручнымъ пособіемъ, главнымъ образомъ, конечно, при рожденіи головки. Въ трехъ случаяхъ дѣтское мѣсто оказалось приращеннымъ и потребовало искусственнаго его отдѣленія. Разрывы промежности произошли въ одиннадцати случаяхъ, что даетъ 18,03% ¹⁾. Въ числѣ осложнений при ягодичныхъ предлежаніяхъ мы имѣли два раза выпаденіе пуповины, то составляетъ 3,278%. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ младенецъ родился живой, въ другомъ мертвый.

¹⁾ Какъ въ этомъ случаѣ, такъ и въ нѣкоторыхъ другихъ (см. далѣе) % разрывовъ промежности у насъ получился очень высокій. Это обстоятельство отчасти объясняется тѣмъ, что къ категоріи разрывовъ у насъ отнесены глубокія трещины входа и губъ, что мы имѣемъ обыкновеніе зашивать.

Исходъ родовъ съ тазовымъ предлежаніемъ относительно плодовъ былъ слѣдующій:

Который разъ родила.	Родилось живыхъ младенцъ.		Мертвыхъ.		Мацерированныхъ.		Итого.	
	Доношенныхъ.	Недоношенныхъ.	Доношенныхъ.	Недоношенныхъ.	Доношенныхъ.	Недоношенныхъ.	Доношенныхъ.	Недоношенныхъ.
I—рага.	7	3	5	—	—	1	12	4
II—рага.	5	5	1	—	—	5	6	10
M—рага.	16	3	3	1	—	6	19	10
Итого.	28	11	9	1	—	12	37	24
	39=63,8%		10=16,3%		12=19,9%		61	

Такимъ образомъ потеря дѣтей во время родовъ равна 16,3%.

Относительно матерей послѣдствія родовъ обнаружались слѣдующимъ образомъ:

Который разъ родила.	Количество родовъ.	Norma.	Лихорадило.		Болезнь послѣ родового формою.		Болезнь послѣ родового формою.		
			%	%	%	%			
I—рага.	14	11	78,5	3	21,4	2	1,4	1	0,7
M—рага.	47	33	70,2	14	29,7	12	25,5	2	4,2
Итого.	61	44	72,2	17	27,8	14	22,9	3	4,9

Косыя и поперечныя положенія.

Всѣхъ косыхъ и поперечныхъ положеній мы имѣли *четырнацать*, что на общее число точно установленныхъ положеній и предлежаній (1609) составляетъ 0,73% или одно косое, resp. поперечное положеніе относится къ вертикальному какъ 1 : 136,(36). Найденное нами %-ное отношеніе почти соответствуетъ среднему числу изъ данныхъ *Муратова* ¹⁾ для Петербурга и Москвы (0,76% и 0,68%).

¹⁾ *Муратовъ*. Матеріалы для акушерской статистики города Москвы. Двѣс.

Въ числѣ нашихъ неправильныхъ положеній у насъ встрѣтилось:

1-ое	поперечное	передній	видъ	1
»	»	задній	»	1
2-ое	»	передній	»	3
»	»	задній	»	6
1-ое	косое	передній	»	3
				14

Переднихъ видовъ 7 1-е положеніе 5 разъ

Заднихъ » 7 2-ое « 9 »

По числу предшествовавшихъ родовъ роженицы были:

I—para 3; M—para 11

По возрасту:

Отъ 20—30 лѣтъ 7; отъ 31—40 7.

Срочныхъ родовъ было 11; преждевременныхъ 3.

Узкихъ тазовъ не было. Многоводія также не наблюдалась ни разу. Въ одномъ случаѣ отмѣчено *uterus arcuatus* въ другомъ *uterus bicornis*. Въ одномъ случаѣ роды окончились самоизворотомъ. Въ остальныхъ потребовалось оперативное пособіе (поворотъ) подъ хлороформомъ, при чемъ въ шести случаяхъ воды излились до операціи и въ семи пузырь вскрытъ искусственно *sub operatione*. Поворотъ въ 12 случаяхъ совершенъ на одну ножку (семь разъ на правую и пять на лѣвую) и въ одномъ случаѣ на обѣ ножки. Полость матки промывалась послѣ операціи растворомъ $1/40^0/0$ сулемы, $2^0/0$ растворомъ *acidı carbol.*, растворами креолина или лизоля.

Въ одномъ случаѣ (IV—para, 22 л. отъ роду, преждевременные роды) дѣтское мѣсто оказалось приращеннымъ и потребовало операціи (*solutio placentae manualis*).—Въ одномъ случаѣ (I—para, 25 лѣтъ) было краевое предлежаніе *placentae*.

Изъ родившихся младенцевъ было:

Живыхъ доношенныхъ	7	} 9	} 14
« недоношенныхъ	2		
Мертвыхъ доношенныхъ	1	} 2	
» недоношенныхъ	1		
Мацерированныхъ доношенныхъ	2	} 3	
» недоношенныхъ	1		

Послѣоперационный періодъ у 10-ти протекъ совершенно безлихорадочно. Одна имѣла на 1-ыя сутки однократное (до 38,3) поднятіе t^0 , а 3 имѣли повторное повышеніе t^0 , зависѣвшее во всѣхъ случаяхъ отъ нагрубанія грудей и трещинъ сосковъ.

Двойни.

На все число родовъ (1921) наблюдался 51 случай двуплодной беременности, что составляет 2,65% или 1 роды двойнями приходится на 37,6) одноплодныхъ родовъ. Сопоставляя наши данныя съ данными *И. А. Вольфа*, вычислившаго (см. Дисс., стр. 31) среднюю цифру частоты двойней изъ 158533 родовъ и равную 1 : 46,56, видимъ, что нашему приюту пришлось имѣть дѣло съ двойнями несравненно чаще, чѣмъ это обыкновенно встрѣчается.

Изъ числа нашихъ роженецъ было:

I пара . . . 13	IV пара . . . 5	VIII пара . . . 1
II пара . . . 10	V пара . . . 7	X пара . . . 2
III пара . . . 10	VI пара . . . 2	XII пара . . . 1,

что даетъ 13 первородящихъ на 38 повторнородящихъ или отношеніе 1 : 2,92

По возрасту роженницы располагаются слѣдующимъ образомъ:

	I пара.	M—пара.	Всего.
до 20 - ти лѣтъ	4	—	4
» 21—25 »	7	3	10
» 26—30 »	1	14	15
» 31—35 »	1	11	12
» 36—40 »	—	8	8
» 41—45 »	—	2	2
Итого . .	13	38	51

Изъ всего числа родовъ срочныхъ было 32 и преждевременныхъ 19. Выкидышей не наблюдалось.

Предлежанія плода были слѣдующія:

Оба головкой	19 разъ
Одинъ головкой, другой тазомъ . . .	20 »
Одинъ головкой, другой поперечно . .	1 »
Оба тазомъ	5 »
Одинъ неопредѣленно, другой головкой .	5 »
Неопредѣленно (уличные роды) . . .	1 »
Всего .	51 разъ

Средній вѣсъ перваго плода вообще при всѣхъ 51 родахъ = 2344, втораго 2312 или разница въ вѣсѣ въ пользу перваго = 32 граммамъ, величинѣ, которой можно почти пренебречь и считать, что средніе плоды

были равновѣсны. Средній же вѣсъ 1-го плода при однихъ только срочныхъ родахъ равенъ 2655, а втораго 2852 грм., т. е. разница въ пользу 2-го выражается—197 грм.

Первый плодъ былъ тяжелѣе 2-го въ 28 случаяхъ
 Второй » » » 1-го » 19 »
 Оба были равновѣсны » 4 »

Разница въ вѣсѣ была:

0 грм.	4	500 грм.	2
50 »	4	550 »	2
100 »	7	600 »	1
150 »	2	750 »	1
200 »	6	800 »	2
250 »	4	900 »	1
300 »	6	1000 »	1
400 »	4	1050 »	1
450 »	1	1900 »	1

Изъ осложненій при родахъ двойнями отмѣчено:

Eclampsia 3 раза; изъ нихъ до родовъ 2 случая (въ 1-мъ припадкѣ продолжались и послѣ родовъ) и 1 разъ eclampsia была послѣродовая.

Кровотечение въ послѣродовомъ періодѣ 1 разъ.

Операции: вскрытіе плоднаго пузыря—16; экстракція простая—4; щипцы—4; поворотъ—3; solutio placentae man.—1; зашиваніе разрывовъ промежности—4 раза.

Послѣродовой періодъ былъ слѣдующій:

	I—para.	M—para.	Всего.
Norma	5	24	29 или 56,9%
Однократное повышение .	5	10	15 » 29,5%
Двукратное »	2	2	4 » 7,8%
Множественное »	1	2	3 » 5,8%
	<hr/> 13	<hr/> 38	<hr/> 51

Подробныя свѣдѣнія, относящіяся къ родамъ двойнями, можно видѣть изъ прилагаемой при семъ общей таблицы:

Которая беремен- ность и возраст роженницы.	М Л А Д Е Н Ц Ы.						Промеж. между 2- рождения	
	Поль.		Въсл.		Живые или мерт- вые.	Предлежаніе п положеніе.		
1888—89.								
1 род., 21 г.	М.	Д.	1050	1000	жив.	1 з. п. в.	1 з. п. в.	8 м.
4—33 л.	»	»	1500	1500	»	1 »	1ягод.з.в.	16 м.
2—33 »	»	М.	1700	2000	»	1 »	2 з. з. в.	14 м.
1—26 »	Д.	»	2200	2250	»	2 »	2 з. п. в.	46 м.
1—20 »	М.	»	2800	2050	»	1 »	2 з. з. в.	45 м.
2—28 »	»	Д.	2350	2650	»	2 з. з. в.	1 »	10 м.
1—20 »	»	М.	2400	3200	»	1 з. п. в.	1 з. п. в.	19 м.
2—25 »	Д.	Д.	2300	2150	»	1 »	2нож.з.в.	15 м.
3—32 »	М.	М.	2500	2700	»	1 »	2 з. з. в.	10 м.
3—36 »	Д.	Д.	2300	2100	»	1нож.з.в.	2 з. п. в.	20 м.
2—38 »	»	»	1500	1750	»	1 з. п. в.	1 »	22 м.
1889—90.								
4—26 л.	»	»	3000	2950	Мер. Мер.	2 з. з. в.	1 »	45 м.
3—26 »	М.	М.	1950	1950	жив.	неопред.	2 з. з. в.	33 м.
6—36 »	Д.	Д.	2000	2200	»	2 з. з. в.	1 з. п. в.	1 ч. 0 м
2—28 »	М.	»	2600	2500	»	1 з. п. в.	неопред.	25 м.
2—26 »	Д.	М.	1950	1500	»	у л и ч н ы е р о д ы		
12—40 »	М.	Д.	3100	3400	»	1 з. п. в.	2 з. п. в.	34 м.
1—24 »	Д.	»	2800	900	Жив. Мац.	1 »	2 »	13 м.
3—22 »	М.	М.	500	400	жив.	2 з. з. в.	2 »	5 м.
2—28 »	»	Д.	1050	1050	»	1 з. п. в.	1 »	40 м.
10—40 »	Д.	»	2100	3000	»	2 з. з. в.	2 з. з. в.	27 м.
8—40 »	»	М.	2200	2400	»	2 »	2 з. п. в.	52 м.
1—21 »	М.	»	1800	1900	»	1 з. п. в.	1 з. з. в.	31 м.

Продолжительность родовъ и оперативное пособіе.	Теченіе послѣродоваго періода.	П О С Л Ъ Д Ъ.		
		Оболочки и дѣтское мѣсто.	Пуповина: длина и прикрѣпленіе.	
			I плодь.	II плодь.
2 ч. 49 м., пуз. вскр.	Norma.	2 chor. 2 amn. посл. общій.	34 с., эксц.	35 с., краевое.
2 ч. 35 м. (эстрак. 2-го).	Norma.	2 chor. 2 amn. посл. общій.	43 с., эксц.	34 с., эксц.
13 ч. 30 м.	1 кр. пов.	2 chor. 2 am. plac. общая.	59 с., вравое.	53 с., эксц.
ч. 39 м., экл. щипцы.	1 кр. пов. Экл.	2 chor. 2 am. pl. общая.	42 с., краев.	32 с., эксц.
66 ч. 22 м.	Norma.	1 chor. 2 amn. pl. общая.	41 с., эксц.	44 с., эксц.
5 ч. 43 м.	1 кр. повыш.	2 chor. 2 am. pl. 2. соедин. обол.	50 с., эксц.	65 с., эксц.
5 ч. 35 м.	2 кр. повыш.	1 chor. 2 amn. pl. общая.	44 с., эксц.	57 с., эксц.
7 ч. 38 м.	1 кр. повыш.	2 chor. 2 am. pl. 2 соедин. обол.	40 с., эксц.	43 с., эксц.
2 ч. 25 м.; пуз. вскр.	Norma.	2 chor. 2 am. pl. общая.	50 с., эксц.	54 с., краевое.
2 ч. 22 м.; пуз. вскр.	Norma. Экл.	2 chor. 2 am. pl. общая.	45 с., эксц.	50 с., эксц.
6 ч. 52 м.	Norma.	1 chor. 2 am. pl. общая.	39 с., эксц.	39 с., эксц.
5 ч. 15 м. щипцы.	Norma.	послѣдъ общій.	51 с., эксц.	61 с., эксц.
2 ч.	Мн. кр. пов. t° (max. 39,4)	2 chor. 2 am. pl. общая	39 с., эксц.	38 с., эксц.
3 ч. 25 м.; пуз. вскр.	Norma.	plac. общая.	66 с., эксц.	61 с., краев.
2 ч. 15 м.; пуз. вскр.	Norma.	plac. общая.	44 с., центр.	35 с., эксц.
2 ч. 20 м.	1 кр. пов. t°.	2 chor. 2 amn. plac 2.	39 с., эксц.	44 с., краевое.
13 ч. 31 м.; п. в. Слаб. бол.	Norma.	2 chor. 2 amn. plac. общая.	37 с., эксц.	35 с., центр.
11 ч. 15 м.	Norma.	2 chor. 2 am, plac. 2 отд.	32 с., эксц.	17 с., краев.
6 ч. 3 м.; пуз. вскр.	1 кр. п. до 38,2.	plac. общая.	35 с., эксц.	30 с., эксц.
6 ч. 32 м.	1 кр. до 38,4.	2 chor. 2 am. pl. общая.	32 с., эксц.	40 с., центр.
4 ч. 15 м.; пуз. вскр.	Norma.	2 chor. 2 am. pl. общая.	43 с., эксц.	50 с., эксц.
5 ч. 30 м.; пуз. вскр. (sol. plac.).	2 кр. п. до 39,2.	2 chor. 2 am. pl. 2.	42 с., эксц.	50 с., эксц.
5 ч. 26 м. пуз. вскр.	Мн. кр. п. до 40,1	plac. общая.	60 с., эксц.	52 с., эксц.

Которая беремен- ность и возрастъ роженцы.	М Л А Д Е Н Ц Ы.						Промежут. между 2-мъ рождениями.
	Поль.	Вѣсь.	Живые или мерт- вые.	Предлежаніе и положеніе.			
3—30 л.	Д.	Д.	2400	2150	жив.	2 яг. п. в. 1 з. п. в.	15 м.
1—21 г.	»	М.	1300	2300	»	1 ног.з.в. 2 з. з. в.	2 ч. 46 м.
4—29 л.	М.	»	2550	2500	Ж. М.	1 з. п. в. 2 ног.п.в.	4 ч. 1 м.
2—23 »	Д.	»	1400	1950	жив.	1 » 2 яг. п. в.	20 м.
3—47 »	»	Д.	2800	2700	»	2 з. з. в. 1 нож.з.в.	15 м.
1—22 »	М.	М.	2250	1700	»	1 з. п. в. 2 нож.п.в.	3 м.
1890—91.							
10—43 л.	»	Д.	2800	2700	»	2 яг. п. в. 2 з. п. в.	4 ч. 48 м.
5—35 »	»	»	3000	3000	»	1 нож.п.в. 2 »	6 м.
1—22 »	»	»	1900	1700	»	2 яг. з. в. 1 з. з. в.	20 м.
5—33 »	Д.	»	1150	650	»	2 » 1 яг. п. в.	10 м.
3—28 »	М.	М.	2800	2700	Ж. Мер.	2 яг. п. в. 1 з. п. в.	8 м.
1—21 г.	»	Д.	2900	2500	жив.	2 з. з. в. 1 лоб.п.в.	33 м.
1—19 л.	»	»	3500	3200	»	2 » 1 лиц.п.в.	12 ч. 7 м.
1891—92.							
2—26 л.	»	М.	3000	2600	»	1 з. п. в. ?	27 м.
2—27 »	»	Д.	2400	2000	»	2 з. з. в. 1 нож.п.в.	20 м.
2—31 г.	»	»	1900	1750	»	1 нож.п.в. 2 яг. п. в.	13 м.
1—20 л.	Д.	»	2100	1500	»	2 з. з. в. 1 з. п. в.	5 м.
4—31 г.	М.	М.	3100	3650	»	2 яг. п. в. 2 »	4 м.
1—22 л.	»	Д.	2800	2500	Мер. Ж.	2 нож.з.в. 1 »	20 м.
5—31 г.	»	»	3400	2600	жив.	1 з. п. в. 1 нож.з.в.	5 м.
4—29 л.	»	М.	2400	2650	»	1 » 1 нож.п.в.	5 м.

Продолжительность родовъ и оперативное пособіе.	Течение послѣродового періода.	П О С Л Ъ Д Ъ.			
		Оболочки и дѣтское мѣсто.	Пуповина: длина и прикрѣпленіе.		
			I плодъ.	II плодъ.	
11 ч. 25 м. пуз. вкр.	Norma.	Тоже плас. общая.	44 с., краев.	36 с., краев.	
13 ч. 42 м.; эстр. 1-го, щипцы 2-го; разр. пром.	1 кр.п. до 38,3.	Тоже плас. общая.	55 с., экв.	50 с., экв.	
8 ч. 20 м.	1 кр. до 38,3.	2 chor. 2 ам. плас. 2.	48 с., экв.	44 с., экв.	
2 ч. 7 м.	1 кр. до 38,2.	2 chor. 2 ам. pl. общая.	43 с., экв.	40 с., экв.	
4 ч. 11 м.	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. 2.	39 с., экв.	40 с., центр.	
10 ч. 7 м. разр. пр.	Norma.	1 chor. 2 ам. pl. общая.	47 с., краев.	39 с., къ оболочкамъ.	
17 ч. 8 м. сл.; боли, щипцы на гол. 2 пл.	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. общая.	49 с., экв.	50 с., экв.	
4 ч. 45 м.	1 кр. до 38,2	2 chor. 2 ам. pl. общая.	35 с., экв.	50 с., экв.	
4 ч. 55 м.	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. общая.	45 с., экв.	30 с., экв.	
8 ч. 10 м.; пуз. вкр.	1 кр.п. до 38,5	2 chor. 2 ам. pl. общая.	54 с., экв.	50 с., къ оболочкамъ.	
26 ч. 40 м., пуз. вкр. эстрак. 1-го пл.	Norma.	Тоже плас. общая.	67 с., экв.	64 с., центр.	
25 ч. 27 м. сл. боли. разр. пр.	1 кр. до 38,1.	2 chor. 2 ам. плас. 2 отдѣл.	50 с., экв.	50 с., экв.	
22 ч. 55 м. слаб. бол. поворотъ 2-го плода.	38,2	2 chor. 2 ам. плас. 2 отд.	76 с., краев.	77 с., экв.	
5 ч. 25 м.	Norma.	Тоже.	70 с., экв.	67 с., экв.	
4 ч. 10 м.	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. общая.	56 с., краев.	36 с., краев.	
8 ч. 15 м.	Norma.	2 chor. 2 ам. плас. 2 съ перегородкой.	72 с., экв.	44 с., экв.	
8 ч. 32 м.	1 кр. повыш.	Тоже.	68 с., экв.	70 с., экв.	
2 ч. 20 м., пуз. вкр. эстр. 1-го	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. 2 отд.	60 с., краев.	54 с., экв.	
5 ч., эстрак. 1-го и щипцы на послѣд. головку поворотъ 2-го разр. пром. 2-й ст. (эклампсія)	1 кр. пов. t ^o .	2 chor. 2 ам. pl. 2 отд.	62 с., экв.	58 с., экв.	
13 ч. 5 м. пуз. вкр.	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. общая.	50 с., экв.	33 с., экв.	
13 ч. 23 м.	Norma.	2 chor. 2 ам. pl. общая.	70 с., экв.	61 с., экв.	

Которая беремен- ность и возраст роженцы.	М Л А Д Е Н Ц Ы.						Промежут. между 2-мя рождениями.	
	Поль.		Вѣсь.		Живые или мерт- вые.	Предлсжаніе и положеніе.		
5—33 л.	М.	Д.	2500	3000	жив.	1 з. п. в.	1 з. п. в.	20 м.
3—39 »	»	»	2000	1800	»	1 »	?	10 м.
3—30 »	Д.	»	2600	2750	»	2 »	1 поп.з.в.	1 часъ.
6—33 »	М.	»	1850	2100	»	1 »	2 яг. »	16 м.
5—26 »	»	М.	2850	2700	»	2 з. з. в.	1 з. п. в.	—
3—27 »	Д.	Д.	2850	3300	»	1 яг. п. в.	1 »	1 ч. 13 м.
5—33 »	»	»	2450	2950	»	не успѣли.	1 з. з. в.	7 м.

Несвоевременные роды.

Всѣхъ родовъ, гдѣ беременность была прервана раньше срока, у насъ наблюдалось 260; изъ этого числа выкидышей было 43 и преждевременныхъ родовъ 217. Такимъ образомъ беременность прерывалась раньше срока въ 1,3% всѣхъ случаевъ или 1 рановременные роды приходились на 7,39 срочныхъ.

Выкидыши.

Всѣхъ выкидышей (считая въ этомъ случаѣ прерываніе беременности до 28-ой недѣли) у насъ было 43¹⁾ или на все число родовъ это составляетъ 2,23%.

По мѣсяцамъ, въ которые произошли выкидыши, наши случаи распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

	1888—89.	1889—90.	1890—91.	1891—92.	Всего.
августъ	—	—	—	3	3
сентябрь	—	—	—	1	1
октябрь	—	—	—	1	1
ноябрь	—	1	2	1	4
декабрь	2	4	2	3	11
январь	3	—	—	—	3
февраль	1	—	—	2	3
мартъ	1	—	3	1	5
апрѣль	—	1	1	2	4
май	2	4	—	—	6
іюнь	—	2	—	—	2
Итого	9	12	8	14	43

¹⁾ Изъ нихъ одинъ мясистый заносъ.

Продолжительность родовъ и оперативное пособие.	Течение послѣродового периода.	П О С Л Ъ Д Ъ.			
		оболочки и дѣтское мѣсто.	Пушвина, длина и прикрѣпленіе.		
			I плодь.	II плодь.	
5 ч. 15 м.	Norma.	Тоже.	47 с., эксц.	72 с., эксц.	
17 ч. 45 м.	Norma.	Тоже.	35 с., эксц.	45 с., эксц.	
4 ч. 23 м. пов. 2.	Norma.	Тоже.	36 с., эксц.	48 с., эксц.	
2 ч. 53 м. пуз. вскр.	Norma.	2 chor. 2 am. pl. 2 соедин. на небольшомъ разстоян.	42 с., центр.	42 с. центр.	
4 ч.	Norma.	2 chor. 2am. pl. соед. обол.	39 с., эксц.	53 с., эксц.	
13 ч. 5 м.	Мног. max. 39,9.	2 chor. 2 am. pl. общая.	65 с., эксц.	56 с., къ оболочкамъ.	
1 ч 23 м.; кров. въ послѣдовомъ пер.	2кр.max.38,5	2 chor. 2 am. pl. общая.	35 с., эксц.	40 с., краев.	

Такимъ образомъ самое большое число выкидышей приходится на декабрь (11), затѣмъ на май (6) и мартъ (5).

По времени, на которомъ беременность была прервана, наши случаи раздѣляются:

на II мѣсяцѣ . . .	7	на V мѣсяцѣ . . .	2
» III » . . .	18	» VI » . . .	6
» IV » . . .	6	неопредѣленно . . .	4

Такимъ образомъ беременность всего чаще прерывалась на III-мъ мѣсяцѣ. По числу предшествовавшихъ беременностей наши случаи распредѣляются:

I—рага	4	VII—рага	6
II »	9	VIII »	1
III »	7	IX »	1
IV »	6	XI »	2
VI »	5	XII »	2

Замужнихъ было 39, незамужнихъ — 4.

Моложе 20-ти лѣтъ	2
отъ 21 до 30 »	20
» 31 » 40 »	17
старше 40 »	4

Причину выкидыша можно было констатировать лишь въ немногихъ случаяхъ, а именно въ двухъ случаяхъ было поставлено распознаваніе тифа и въ одномъ абортъ былъ вызванъ поднятіемъ тяжести. Въ девяти случаяхъ въ анамнезѣ отмѣчены раньше бывшіе выкидыши.

Терапія выкидыша тамъ, гдѣ была хоть какаля-нибудь надежда на удержаніе плоднаго яйца въ полости матки состояла въ примѣненіи льда на нижнюю часть живота и рыхлой тампонадѣ влагалища сулемово-іодоформенными тампонами. Если же кровотеченіе продолжалось настойчиво и мы находили яйцо свободнымъ въ полости матки, то выдѣляли плодъ пальцемъ и промывали полость матки дезинфицирующими растворами. При окончившемся же extra muros выкидышѣ и именно тамъ, гдѣ было подозрѣніе, что не все яйцо выдѣлилось или гдѣ мы сами почему-либо не были въ состояніи выдѣлить абортрованное яйцо сполна, мы охотно прибѣгали къ выскабливанію lege artis слизистой оболочки полости матки съ послѣдующей тампонадой ея іодоформенной марлей и влагалища сулемовыми тампонами. Такихъ выскабливаній было произведено нами 13¹⁾. Послѣродовой періодъ у абортровавшихъ протекалъ слѣдующимъ образомъ:

Безъ повышенія t°	33	раза	или	76,9%
Съ однократнымъ повышеніемъ	2	»	»	4,6%
» двукратнымъ	2	»	»	4,6%
» многократнымъ	6	»	»	13,9%

Среди случаевъ многократнаго повышенія — два обязаны параметритамъ. остальные же не зависѣли отъ заболѣванія половыхъ органовъ.

Преждевременные роды.

Всѣхъ преждевременныхъ родовъ было 217, что на все число родовъ составляетъ 11,2%. Эти случаи по возрасту и по числу предшествовавшихъ беременностей роженицъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

	до 20 л.	21—25 л.	26—30 л.	31—35 л.	36—40 л.	41—50 л.	Итого.
I пара.	16	36	16	3	3	—	74 или 34,1%
II »	2	20	24	7	5	1	59 » 26,2%
III »	2	6	15	2	4	—	29
IV »	—	3	10	9	—	2	24
V »	—	—	3	8	1	—	12
VI »	—	1	2	2	3	—	8
VII »	—	—	1	1	1	—	3
VIII »	—	—	—	2	4	—	6
XIII »	—	—	—	—	—	1	1
XV »	—	—	—	—	1	—	1
Итого.	20	66	71	34	22	4	217

¹⁾ А именно у 1 первородящей, у 1 второродящей и у 11 многородящихъ (изъ нихъ у двухъ 12—пара). У девяти поднятія t° не было, у одной она поднималась дважды до 38,7 (нагрубаніе груди), а у трехъ многократно (изъ нихъ двѣ болѣли) parametritis и parametritis et abscessus perinei). Выписались 2 на 4-й день, 3 на 5-й, 6 на 6-й, 1 на 9-й и 1 на 12-й.

Такимъ образомъ беременность чаще всего прерывалась у первородящихъ въ возрастѣ 21—25 лѣтъ (16,5%).

По сроку, на которомъ прерывалась беременность, наши случаи расположились:

На VII мѣсяцѣ	25 разъ.	На IX мѣсяцѣ	66 разъ.
» VIII »	39 »	» X »	49 »
		неизвѣстно ¹⁾	38 »

На все число преждевременныхъ родовъ одноплодныхъ было 192 и двойничныхъ 25. Предлежаній головнымъ концемъ 195, тазовымъ 37, поперечныхъ положеній 4, уличныхъ родовъ 3, предлежаніе неопредѣлено 3 раза. Узкій тазъ наблюдался въ 30-ти случаяхъ. Осложненія были: чахотка легкихъ—1 разъ, сифилисъ—1 разъ, кровотеченіе ante et sub partu—1 разъ, sub partu 1 разъ, многоводіе 23 раза, раннее отхожденіе околоплодныхъ водъ 8 разъ, слабыя боли 1 разъ, eclampsia—3 раза, предлежаніе дѣтскаго мѣста 2 раза, выпаденіе пуповины 2 раза. Изъ операций было произведено: extractio foetus—2 раза, applicatio forcipis—7 разъ, solutio placentae manualis 4 раза, versio in pedes 7 разъ, perineorrhaphia—14 разъ, episiotomia 2 раза. Средняя продолжительность родовъ у I пара равнялась 13 ч. 24 м. (меньше общей на 2 ч. 41 м.), у II пара 7 ч. 24 м. (меньше общей на 1 ч. 11 м.) и у M—пара 10 ч. 03 м. (больше средней на 1 часть).

Всего родилось младенцевъ 242; изъ нихъ мальчиковъ было 123 и дѣвочекъ 119. Изъ этого числа родилось живыхъ 199, мертвыхъ 9, мацерированныхъ 34. Изъ родившихся живыми въ пріютѣ умерло 25 (или 10,3%). Такимъ образомъ судьба дѣтей не можетъ считаться благоприятной.

Относительно матерей, послѣдствія родовъ въ ригрегріумъ сказались въ слѣдующемъ:

Norma—	152 или 70%.
1 кратное повыш. t°—	35.
2 » » » »	9.
Много » » » »	22.
Волѣло	{ послѣродовыми формами 9 или 4,1%.
	{ непосредственными » 16 » 7,3%.

(Продолженіе будетъ).

¹⁾ Свѣдѣній относительно срока послѣдней менструаціи получить не удалось. Надо считать беременность прерванною на одномъ изъ 2-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КЕЛЬНѢ

(Переводъ А. К. Гермоніуса).

Засѣданіе 4-го февраля 1892 г. 1).

Предсѣдатель: *Frank*. Секретарь: *O. Schmidt, Wendel* сдѣлалъ докладъ: О пластическихъ операціяхъ на влагалищѣ («*Scheidenplastik*»).

Докладчикъ даетъ очеркъ перинеопластики отъ прежней поры до настоящаго времени. Онъ упоминаетъ при этомъ лишь въ главнѣйшихъ методахъ, создавшихъ эпоху, подвергаетъ ихъ въ краткихъ чертахъ критику и въ заключеніе рекомендуетъ способъ *F. Winckel*'я, какъ идеальнѣйшій и простѣйшій. Авторъ начинаетъ со значенія перинеопластики, указываетъ различные пути, по которымъ она можетъ быть произведена, и переходитъ къ описанію способа *A. Simpson*'а при полныхъ и неполныхъ разрывахъ промежности. Разбирая этотъ методъ, онъ говоритъ: «Какъ ни идеальна кажется даже эта операція, на дѣлѣ ея достоинства нѣсколько умалются; примите только въ соображеніе, что образованіе доскута вовсе не ничтожно, что заживленіе при этомъ условіи должно быть тѣмъ затруднительнѣе и что, если даже оно и достигнуто, то влечетъ за собой образованіе такого излишка ткани (*Rögelbildung*), въ особенннсти по направленію къ влагалищу, которое препятствуетъ полной сомкнутости вульвы». Затѣмъ слѣдуетъ описаніе способа *Lagson Taila* при разрывахъ промежности I-й, II-й и III-й степени. Противъ примѣненія его при I-й степени *Wendel* приводитъ въ возраженіе, во первыхъ, то, что легко могутъ образоваться гнойные затеки, такъ какъ приходится захватывать иглой слишкомъ много тканей заразы, и, во вторыхъ, образованіе значительныхъ излишковъ по направленію къ влагалищу и къ прямой кишкѣ,—излишковъ, которые, если и не омертвѣютъ, то по меньшей мѣрѣ поведутъ къ зянію наружныхъ половыхъ органовъ. При II-й степени онъ упоминаетъ о слишкомъ тѣсномъ закрытіи вульвы, а при III-й степени опять объ образованіи излишковъ ткани. Упрощеннѣе способы *Грюнвальда* (Петербургъ) и *Frank*'а (Кельнъ). Наиболѣе простою и идеальнѣйшею *W.* считаетъ перинеопластику, предложенную *Fritsch*'емъ и модифицированную *F. Winckel*'емъ. Установивъ наиболѣе для себя удобно и свободно операціонное поле, *Winckel* дѣлаетъ дугообразный разрѣзъ, начиная его отъ малой

1) Centralbl. f. Gynäk., 1892, № 18.

губы, проводя возлѣ самой commissurae post. и кончая у малой губы съ другой стороны, расщепляетъ кишечно-влагалищную стѣнку, начиная съ задней спайки, и отпрепаровываетъ влагалищный лоскутъ вверхъ на столко, чтобы первоначальная серповидная форма раны обратилась въ четырехстороннюю. Верхнія двѣ стороны идутъ на удлиненіе рукава, нижнія, будучи сшиты, даютъ удлиненную промежность. До соединенія этихъ лоскутовъ онъ уменьшаетъ раневую поверхность посредствомъ погруженныхъ катгутовыхъ швовъ; на промежность идутъ швы изъ Fil de Florence. Преимущества этого способа слѣдующія: крѣпкая, вновь образованная промежность, совершенное закрытіе влагалища; образованіе новой задней спайки безусловное. сохраненіе тканей, возможно малое кровотеченіе. Затѣмъ слѣдуетъ описаніе приемовъ *Winckel*'я при colporrhaphi'ях anter. et poster. При первой, операціонное поле лежитъ свободно передъ глазами; на передней стѣнкѣ влагалища *Winckel* намѣчаетъ овалъ отъ tuberculum vaginae вверхъ и, оставивъ этотъ лоскутъ такъ, какъ онъ есть, отпрепаровываетъ ткань кнаружи на 1 см. кругомъ всего лоскута въ стѣнкѣ мочевого пузыря, соединяетъ свободные края раны, погруживъ лоскутъ надъ нимъ и накладываетъ швы изъ Fil de Florence. Верхняя поверхность погруженного лоскута зарастаетъ наложенною сверху слизистою оболочкою. Преимущества этой операціи—значительное суженіе влагалища, утолщеніе и вмѣстѣ съ тѣмъ усиленіе и большая устойчивость пузырно-влагалищной стѣнки. небольшая потеря крови. Такимъ же образомъ поступаетъ *Winckel* и при задней colporrhaphi'и. Онъ измѣнилъ операціи *Hegar*'а въ томъ отношеніи, что нижній дугообразный разрывъ онъ не доводитъ вплотную до задней спайки и погружаетъ намѣченный такимъ образомъ круговой лоскутъ. Дальнѣйшее веденіе операціи и ея преимущества таковы же, какъ и при предшествовавшей. (Авторефератъ).

Пренія. *Otto Schmidt*: Изъ описанія докладчика выходитъ, что при этой операціи, вслѣдствіе погруженія лоскута, слизистая оболочка будетъ лежать на такой же слизистой оболочкѣ, а такое положеніе должно оказать очень небольшую наклонность къ заживленію.

Eberhart не считаетъ возможнымъ примѣнять новую операцію, такъ какъ подлѣжитъ большому сомнѣнію, произойдетъ ли сращеніе между раневою поверхностью и нижележащею слизистою оболочкою; кромѣ того, впоследствии, въ случаѣ обильнаго отдѣленія изъ этой слизистой оболочки, легко могутъ образоваться ретенціонныя кисты.

Wendel слызнаво выясняетъ, что при этой операціи двѣ поверхности слизистыхъ оболочекъ не соприкасаются, но что единственно только нижняя окровавленная поверхность въ сторонѣ отпрепарированной ткани лежитъ на слизистой оболочкѣ. что эпителий погруженного лоскута подвергается омертвѣнію и такимъ образомъ капилярное соединеніе и заживленіе является возможнымъ. Онъ указываетъ на многіе удачныя результаты, видѣнные имъ у *Winckel*'я. *Kötschau* проситъ докладчика, для выясненія хода операціи, прооперировать въ обществѣ по методу *Winckel*'я на больной, которую онъ ради этого предоставитъ въ его распоряженіе.

Вслѣдствіе этого предложенія, *Frank* на слѣдующій день сдѣлалъ въ

присутствіи сочленовъ, операцію по своему методу при полномъ выпаденіи матки и влагалища. Представленная въ слѣдующемъ засѣданіи (3-го марта) пациентка не имѣла болѣе выпаденія, а во влагалище безъ всякаго затрудненія могло быть введено зеркало *Sims'a* средней величины. *Wendel* произвелъ позже *colporrhaphiam anter.* по *Winckel'ю* на больной, доставленной д-ромъ *Kötschau*; окончательный результатъ пока неизвѣстенъ. Еще позже на другой больной, въ присутствіи же Общества, оперировалъ по методу *Winckel'я Kötschau*, сдѣлавъ *colporrhaphiam post.* при значительномъ пролапсѣ съ *rectocele*; заживленіе произошло первымъ натяженіемъ. Пациентка будетъ представлена въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій.

Продолженіе преній въ засѣданіи 3 марта 1892 г. *Wendel* вновь разъяснялъ способъ *Winckel'я* на приготовленномъ ради этого фантомѣ изъ растягивающейся ткани и представилъ оперированную имъ раньше пациентку. Заживленіе послѣдовало на 2 швахъ.

O. Schmidt. Когда *Wendel* сдѣлалъ словесный докладъ, я счелъ эту операцію невыполнимой, но это оказалось несправедливо; я не имѣю никакого основанія сомнѣваться въ сообщеніи *Winckel'я*, согласно которому онъ уже оперировалъ во многихъ случаяхъ. Я сомнѣваюсь только, имѣетъ-ли *Winckel'евская* операція что-нибудь общее съ болѣе старыми методами *colporrhaphi'i anter.* съ точки зрѣнія хорошихъ результатовъ, въ смыслѣ перваго натяженія, и здѣсь, какъ мнѣ кажется, мои сомнѣнія вполнѣ оправдываются, такъ какъ произведенное *Wendel'емъ* зашиваніе на половину не зажило, операція, слѣдовательно, не удалась, и больная принуждена подвергнуться дальнѣйшей операціи. Благоприятны-ли окончательные результаты, даже при вполнѣ достигнутомъ первичномъ заживленіи. — тоже пока неизвѣстно. При этомъ образовывается закрытый отовсюду мѣшокъ, ограниченный съ одной стороны погруженнымъ доскутомъ слизистой оболочки, съ другой окровавленную поверхность; и вотъ для меня не ясно, почему погруженная слизистая оболочка должна вдругъ измѣнить свои свойства и, не смотря на ея тождественность съ наружной оболочкой, вопреки всѣмъ даннымъ опыта, сростись съ раневою поверхностью. Скорѣе я полагаю, что здѣсь искусственно будетъ образована ретенціонная киста, въ которой мало по малу будетъ накопляться отторженный отъ слизистой оболочки плоскій эпителий. Съ операціей *Winckel'я* на задней стѣнкѣ влагалища и промежности я также не могу согласиться (Авторефератъ).

Frank: Я не считаю неудачною мысль, положенную въ основаніе *Winckel'евской* операціи. *Columna rugarum*, какъ наиболѣе устойчивая часть влагалища, сохранена и даже еще подкрѣпляется шитыми поверхъ нея частями оболочки; рукавъ суживается. Не считаю я также невозможнымъ и сращеніе окровавленной поверхности съ поверхностью слизистой оболочки. Со многими другими методами у этой операціи есть то общее, что она удѣляетъ слишкомъ мало значенія тканямъ, окружающимъ влагалище, тогда какъ при выпаденіи связь этихъ тканей съ рукавомъ ослаблена. Что даетъ этотъ методъ, можно сказать лишь по прошествіи болѣе долгаго времени. (Автореф.).

Wendel еще разъ возвращается къ поверхностной мацерации эпителия и

являющейся отсюда возможности капиллярного соединения, указывает на наличие результатов *Winckel*'я и настаивает на том, что представленный им случай именно доказывает заживление, так как теперь ясно видно, что, послѣ того какъ не произошло сращенія двухъ швовъ, то и невозможно никакое накопленіе между погруженнымъ доскутомъ и соседними тканями, и слѣдовательно заживленіе должно произойти. Въ отвѣтъ на мнѣніе *Schmidt*'а, не желающаго видѣть въ этомъ заживленіи первичнаго натяженія, приходится противопоставить краткость времени (12—14 дней) между операцией и заживленіемъ. (Авторефератъ).

Venn: Я держусь того мнѣнія, что произведенная *Wendel*'емъ *Winckel*'евская операция не можетъ служить для убѣжденія ея противниковъ. Прежде всего вѣдь швы должны оставаться на мѣстѣ болѣе продолжительное время, — если я вѣрно понялъ *Wendel*'я, — отъ 3 до 6 недѣль; здѣсь они сняты раньше. Далѣе, рана въ верхней части не зажила и порядочно зияетъ; такъ какъ самъ *Wendel* утверждаетъ, что краткость времени (12—14 дней) должна говорить противъ *Schmidt*'а, то мнѣ кажется, что этотъ случай не можетъ служить доказательствомъ ни за, ни противъ операции. Равнымъ образомъ этимъ случаемъ нельзя воспользоваться для опроверженія *Eberhart*'а, такъ какъ вслѣдствіе зіянія верхней части раны секретъ можетъ свободно изливаться, и ретенціонная киста не имѣетъ возможности образоваться. Да, кромѣ того, и самъ *Wendel* не считаетъ свой случай вполне подходящимъ. Въ виду этого я полагаю бы покончить съ преніями и подождать болѣе благоприятнаго случая операциі.

Продолженіе отчета о засѣданіи 4 февраля 1892 г.

По отсрочкѣ преній послѣдовалъ докладъ *Kötschau*: «Акушерскія злобы дня».

Докладчикъ началъ съ возникновенія современнаго акушерства въ 30-хъ годахъ настоящаго столѣтія; до того времени оно, будучи въ сторонѣ отъ общей медицины, покоилось на изолированномъ, преимущественно оперативномъ основаніи; онъ изобразилъ его задачи и завоеванія, указалъ на полное его преобразование, вызванное главнымъ образомъ введеніемъ противугнидознаго метода, высказался противъ оперативныхъ увлеченій въ акушерствѣ и противъ тѣхъ, которые не согласны, что мы живемъ въ періодѣ наиболѣе горячей дѣятельности ради созданія блестящихъ результатовъ, — и прежде всего противъ *Dührsen*'а, полагающаго, что «мы находимся въ самомъ началѣ хирургической эры въ акушерствѣ», и съ удовольствіемъ называетъ чисто нѣмецкихъ операторовъ, какъ *Hegar* и *Dohrn*, которые еще недавно выступили съ такими-же предупрежденіями. Далѣе докладчикъ бичуетъ многообразіе при примѣненіи акушерской антисептики; онъ критически освѣщаетъ способы этого примѣненія, какъ въ обстановкѣ клинической, такъ и въ частной практикѣ, въ особенности при угрожающей наличности неблагоприятныхъ домашнихъ условій. Въ частной практикѣ *K.* совѣтуетъ основательную и тщательную дезинфекцію рукъ, инструментовъ и проч. и наружныхъ половыхъ органовъ женщины и выжидательный методъ предпочитаетъ обеззараживанію внутреннихъ половыхъ органовъ, особенно при нормальныхъ родахъ. Далѣе *K.* обращается къ опровер-

женію такъ называсямаго ученія о самозараженіи и выведенныхъ изъ него требованій и мѣропріятій, останавливаясь на дезинфекціонныхъ правилахъ *Steffeck'a* и *Döderlein-Günther'a*; онъ надѣется, что принципъ *Schröder-Bokelmann'a*—«всякая здоровая роженица уже a priori асептична»—будетъ скоро признанъ повсюду и можетъ служить путеводною нитью для нашихъ противугнилостныхъ мѣр. Докладчикъ указываетъ на нѣмецкую и иностранную литературу по этому вопросу и вкратцѣ характеризуетъ основныя положенія отдѣльныхъ авторовъ. Далѣе *K.* ломаетъ нѣсколько копій за удержаніе внутренняго изслѣдованія, если даже и допустить нѣкоторое ограниченіе его ради расширенія наружнаго. Требования *Credé, Hegar'a* и прежде всего *Leopold'a* онъ считаетъ преувеличенными; но никоимъ образомъ нельзя одобрить и удержать тѣ показанія къ внутреннему изслѣдованію, которыя даетъ *I. Veit*; справедливо выступаютъ за внутреннее изслѣдованіе *Hofmeier* и еще раньше *Werth*. Вопросы объ активномъ или выжидательномъ лѣченіи выкидышей, равно какъ и о веденіи послѣродового періода *K.* оставляетъ для дальнѣйшихъ докладовъ. (Докладъ будетъ опубликованъ in extenso).

Пренія отложены до одного изъ слѣдующихъ засѣданій.

Засѣданіе 3-го марта 1892 года.

Предсѣдатель: *Venn*; секретарь: *Kötschau. Frank*: «Объ удаленіи матки».

Оперативная гинекологія богата различными методами, и мы должны пользоваться всѣми, такъ какъ для одного случая лучшимъ является одинъ методъ, для другого—другой; шаблонъ не долженъ имѣть мѣста. Для выбора способа главную роль играютъ опытность, правильный разборъ и оцѣнка даннаго случая. Такъ, напр., не всегда легко рѣшить, слѣдуетъ ли при кесарскомъ сѣченіи удалить или оставить матку, чтобы принести пациенткѣ наибольшую пользу. Какъ обстоитъ дѣло при кесарскомъ сѣченіи, такъ же должно быть и при экстирпаціи матки. И выдущая матку, если дѣло идетъ о болѣзни, прямо не угрожающей жизни, такъ какъ операція является вполне безопасной и безъ нарушенія цѣлости брюшины. Если же имѣется карцинома, то нѣтъ никакой причины боязливо избѣгать брюшину. Болѣзнь настолько опасна и должна быть устранена возможно радикальнѣе, такъ что операція и можетъ быть нѣсколько рискованнѣе. Если оказывается необходимымъ удалить матку, а она подверглась полному выпаденію, то при благопріятныхъ условіяхъ можно довольствоваться тѣмъ, что отдѣляешь матку отъ связанныхъ съ нею тканей посредствомъ эластическаго жгута, безъ вскрытія брюшины. Покрывающая матку стѣнка влагалища или отдѣляется вмѣстѣ съ нею, или, по отпрепарованіи пузыря, дѣлается въ ней на высотѣ dna матки надрѣзь до брюшины и тогда только накладывается петля.

По такому способу сдѣлалъ я въ одномъ случаѣ операцію 5 февраля

1892 года. въ присутствіи товарищей *Kötschau* и *Heyder*'а. Дѣло шло о 65 лѣтней, хорошо сложенной женщинѣ съ полнымъ выпаденіемъ влагалища и матки. Увеличенная и покрытая язвами (*Geschwüren*) матка была загнута назадъ подъ острымъ угломъ. За послѣднее время больная едва ходила. Если и удавалось съ трудомъ вправить выпаденіе, то въ животѣ появлялись такія жестокія боли, что приходилось снова возстановлять это выпаденіе. По отпрепарованіи парочкой надрѣзовъ пузыря, матка отшнурована по вышеуказанному способу; въ отшнурованную часть попала, конечно, и часть влагалища, покрывавшая выпавшую матку. Матка удалена потому, что поставленная на мѣсто она вызывала боли, что была перегнута назадъ, увеличена и покрыта язвами, и что для 65-лѣтней женщины она уже не могла имѣть никакого значенія. Но даже и просто ради выпаденія этотъ способъ удаленія кажется мнѣ не лишеннымъ своего смысла: въ отшнурованную часть попала также брюшина, покрывающая переднюю и заднюю стѣнки влагалища, и такимъ образомъ растянутая тазовая брюшина оказалась вновь укороченною. Хотя больная уже ходитъ съ 11-го дня, выпаденіе, какъ вы можете въ томъ убѣдиться, болѣе не возвращается. Послѣоперационное теченіе безлихорадочно.

F. показалъ отшнурованную матку въ связи съ покрывающею ее частью влагалища и представилъ самую оперированную женщину. (Авторефератъ).

Пренія. *Eberhart* полагаетъ, что методъ «простѣйшаго удаленія матки» по *Frank*'у, т. е. предоставленіе ей самой отдѣлиться посредствомъ отшнурованія, безусловно ненаученъ и не современенъ. Даже маленькая бородавка, будучи перевязана, требуетъ порядочно времени, прежде чѣмъ отпадетъ, сколько-же это будетъ длиться въ такомъ случаѣ, какія грозятъ опасности и какія послѣдуютъ боли при органѣ, столь богатомъ сосудами и нервными сплетеніями. Въ указываемомъ случаѣ опасность зараженія была еще увеличена тѣмъ разрѣзомъ, который *Frank* сдѣлалъ для отдѣленія пузыря, чтобы онъ не попалъ въ лигатуру. Такой образъ дѣйствій долженъ быть безусловно отвергнутъ. (Авторефератъ).

Apfel замѣтилъ, что методъ отшнурованія выпавшей матки очень старъ и что прежде по этому способу удалялись и другіе органы—*penis mamma*. Однако никто, конечно, не вернется къ этимъ примитивнымъ способамъ; при отшнурованіи матки особенно легко получаютъ септическіе перитониты.

Ebner выступаетъ противъ нѣкоторыхъ выводовъ *Eberhart*'а и считаетъ при извѣстныхъ показаніяхъ, какъ, напр., въ данномъ случаѣ, такой способъ удаленія матки вполне цѣлесообразнымъ.

Eberhart считаетъ возможнымъ возразить *Ebner*'у, что его утвержденіе, будто слѣдуетъ лишь простое воспаленіе брюшины, въ данномъ случаѣ оказывается невѣрнымъ; не можетъ онъ также раздѣлить его взгляда, что старыя женщины подвергаются большей опасности при примѣненіи *colporrhaphi*'и, чѣмъ при способѣ *Frank*'а.—*Frank*'у онъ замѣтилъ, что предъявленнымъ препаратомъ не подтверждается его положеніе, будто матка на 3—4 день уже настолько омертвѣваетъ, что легко можетъ быть уда-

лена; здѣсь видна лишь гладкая поверхность разрѣза. Нельзя сравнивать, какъ то дѣлаетъ *Frank*, это отшнурованіе съ таковымъ-же вывороченной матки при его способѣ кесарскаго сѣченія. Въ данномъ случаѣ дѣло идетъ не о послѣродовой, старчески вывороченной маткѣ, при которой даны совершенно другія условія—удаляется лишь конечная часть органа, такъ какъ отрѣзывается только тѣло матки, и самая культи помѣщается во влагалищѣ, а не впереди наружныхъ половыхъ органовъ, какъ здѣсь. Совершенно непонятно, почему *Frank* утверждаетъ, что, если я сдѣлаю colporrhaphiю на болѣе пожилой женщинѣ, то она должна умереть; такая операція и въ глубокой старости сама по себѣ не внушаетъ опасеній, но можно, весьма вѣроятно, обойтись и просто пессаріемъ. Во всякомъ случаѣ все будетъ безопаснѣе, чѣмъ этотъ способъ отшнурованія, если даже оно и предпринимается только за тѣмъ, какъ говоритъ *Frank*, чтобы добиться сначала закупорки сосудовъ и ужъ потомъ прибѣгнуть къ ножу. (Авторефератъ).

O. Schmidt: Я не буду разбирать вопроса, оправдывается-ли при данномъ случаѣ удаленіе матки, или можно было довольствоваться colporrhaphiями передней и задней. Не касаясь умѣстности экстирпаціи, я утверждаю что и при обыкновенномъ способѣ удаленія матки вполне можно избѣгнуть большихъ потерь крови и долговременнаго послѣоперационнаго періода,—преимущество, которымъ докладчикъ особенно хвалится при своемъ методѣ. Обыкновенный способъ, разумѣется, безусловно безопаснѣе *Frank*'овскаго. Если даже и достигается путемъ наложенія эластической лигатуры и послѣдовательнаго склеиванія брюшинныхъ поверхностей совершенно безопасное и вѣрное изолированіе брюшной полости, то, съ другой стороны, при отдѣленіи пузыря отъ передней стѣнки матки для наложенія петли получается большая рана въ тазовой клѣтчаткѣ, въ которой *Frank* оставляетъ омертвѣвающую матку. Вообще, я не могу понять этого страха предъ вскрытіемъ брюшины, который приводитъ нѣкоторыхъ операторовъ къ самымъ рискованнымъ экспериментамъ, была-бы лишь возможность обойти это вскрытіе. (Авторефератъ).

Saiken: Противъ цѣлесообразности новаго метода можно представить всѣскія соображенія. Новѣйшая хирургія замѣнила «отшнурованіе» прежняго времени удаленіемъ посредствомъ ножа и излѣчиваетъ своихъ больныхъ скорѣе, безопаснѣе и безболѣзненнѣе. Отшнурованная эластической петлей матка находится въ особенно благопріятномъ для своего разложенія мѣстѣ, и едва ли мы можемъ, согласно современнымъ нашимъ знаніямъ и наблюденіямъ, допустить, что омертвѣніе такого большого участка ткани остаются безъ вліянія на остальной организмъ. Съ одной стороны, изъ широкой ножки, ограничивающей омертвѣвающую часть, продукты распада поступаютъ въ общій обмѣнъ такъ долго, пока не образуется путемъ демаркаціоннаго воспаленія здоровая грануляціонная ткань и не наступитъ отдѣленіе мертвыхъ тканей отъ живыхъ. Съ другой стороны, мы не имѣемъ возможности съ увѣренностью устранить переходъ на брюшную полость тѣхъ процессовъ нагноенія, которые разыгрываются въ такой непосредственной близости съ брюшиной. Такимъ образомъ, по моему мнѣнію, опасности операціи заключаются,

во 1-хъ, въ поглощеніи организмъ птоманновъ и, во 2-хъ, въ незастрахованности отъ перитонита. (Авторефератъ).

Beaucamp (Ахень) возстаётъ противъ того взгляда, что брюшина можетъ быть инфицирована изъ отшнурованнаго органа, и наблюденія, сдѣланныя имъ при 8 операціяхъ *Porro* по *Frank*'у вполне доказываютъ это. Въ возраженіе *O. Schmidt*'у онъ напоминаетъ о томъ всѣмъ извѣстномъ взглядѣ, по которому всякое вскрытіе брюшной полости признается влекущимъ за собою опасности, каковыя слѣдуетъ по возможности обходить.

Kötschau: Оперированную *Frank*'омъ больную я взялъ изъ здѣшней поликлиники, предназначивъ ее первоначально для новой операціи *Winckel*'а при выпаденіяхъ; по желанію *Frank*'а я предоставилъ ему для операціи, при которой присутствовалъ и самъ ради ознакомленія съ неизвѣстнымъ мнѣ методомъ. Главное свое возраженіе противъ этого метода я, въ виду разносторонней уже критики многихъ изъ присутствующихъ, изложу вкратцѣ, тѣмъ болѣе что оно облегчено уже замѣчаніями *Cohen*'а, къ которымъ я присоединяюсь. На предъявленномъ препаратѣ, имѣющемъ около матки, съ обѣихъ ея сторонъ, соотвѣтственные большіе лоскуты влагалищной слизистой оболочки съ гладко обрѣзанными краями, нельзя замѣтить абсолютно ничего гангренознаго; настолько, мнѣ кажется, видно и на спиртовомъ препаратѣ. На задней поверхности матки также видны гладкія поверхности разрывовъ, другими словами, матка несомнѣнно отрѣзана, что, впрочемъ, уже выяснено *Eberhart*'омъ. Я не считаю подходящимъ сюда сравненіе даннаго образа дѣйствій, которое пытается сдѣлать *Beaucamp*, съ отшнурованіемъ вывороченной во влагалище послѣродовой матки при кесарскомъ сѣченіи по *Frank*'у. Къ тому же мнѣ кажется совершенно невѣроятнымъ, чтобы это «отшнурованіе» совсѣмъ маленькой, въ данномъ случаѣ, старчески выпавшей матки могло повести, къ полному устраненію огромныхъ *cysto*-и *rectocele*, такъ какъ здѣсь изъ собственно влагалищныхъ стѣнокъ почти ничего не попало въ петлю.

Beaucamp предполагаетъ, что *Frank* немедленно приступилъ бы къ удаленію матки при малѣйшихъ признакахъ начинающейся инфекціи—повышеніи температуры или учащеніи пульса. Онъ спрашиваетъ у *Frank*'а, не думаетъ ли онъ на будущее время ампутировать матку подъ лигатурой немедленно послѣ наложенія ея или, позднѣе всего, чрезъ сутки, когда уже можно ожидать склеиванія брюшины и закрытія сосудовъ. Такимъ путемъ потерять бы свое значеніе главное возраженіе прогивниковъ—страхъ предъ послѣдствіями омертвѣнія. *Kötschau* не поняла его, полагая, что онъ хочетъ сравнивать этотъ методъ съ операціей *Porro*. Онъ вывелъ лишь генезисъ этого метода изъ образа дѣйствій при *Porro* и хотѣлъ показать надежность изолированія брюшной полости при отшнурованіи. (Авторефератъ).

Engländer высказывается противъ способа, по которому матка отторгается посредствомъ резиновой лигатуры, изъ за опасности зараженія.

Kötschau: Мм. Гг.! *Beaucamp* придалъ нашимъ преніямъ другое направленіе. *Frank* не рекомендуетъ такого метода,—наложить надъ маткой петлю и подъ послѣдней *отрѣзать* матку; по моему мнѣнію—да, вѣроятно,

по такому и всѣхъ присутствующихъ здѣсь—онъ предлагаетъ новый и простѣйшій способъ *обвязывать* выпавшую матку эластической лигатурой, чтобы заставить ее такимъ путемъ омертвѣть и отвалиться *самостоятельно*. Но въ возможность этого я никогда не повѣрю.

Eugländer объяснилъ, что ничего, само собой разумѣется, нельзя возразить противъ наложенія—съ предосторожностями относительно пузыря и кишекъ—эластической лигатуры, разъ она назначена для устранения кровотечения при удаленіи матки. Но онъ, какъ уже замѣтилъ и *Kötschan* и съ чѣмъ согласны всѣ присутствующіе, получилъ такое представленіе отъ изложенія докладчика, что послѣдній считаетъ наиболѣе простымъ способомъ удаленія матки—отшнурованіе ея помощью эластической петли и оставленіе *in situ*, пока она не отпадетъ. (Авторефератъ).

Заключительное слово *Frank'a* (послѣ частыхъ перекрестныхъ возраженій): Къ великому моему удивленію, по поводу моего краткаго сообщенія возникли такія длинныя пренія, которыя показались мнѣ отчасти странными. Чтобы избѣжать недоразумѣній, я позволю себѣ еще разъ вкратцѣ выяснитъ, на основаніи какихъ соображеній я пришелъ въ данномъ случаѣ къ этой простой и безопасной операціи. Позволительность удаленія матки при высокихъ степеняхъ ея выпаденій у престарѣлыхъ женщинъ признана всѣми; оно производится не для излѣченія выпаденія, а ради устраненія безполезнаго и причиняющаго лишь безпокойство органа. Если бы имѣлось въ виду радикально излѣчить у этой женщины ея пролапсъ, то надо бы было остановиться на *colporrhaphiis*. Но этихъ операцій я не сталъ бы ужъ больше дѣлать на столь истощенномъ объектѣ, такъ какъ считаю для нея опаснымъ болѣе или менѣе длительное пребываніе въ постели. Отшнуровываніе по вышеописанному способу конечно подходитъ не ко всѣмъ случаямъ. Матка въ своемъ выпаденіи должна быть подобна полину. Если отшнуровываніе матки, какъ я его примѣняю при *Porro*, не вызываетъ никакихъ сомнѣній, то здѣсь ужъ опасность несравненно меньше, такъ какъ перевязанная ножка надъ дномъ матки едва достигаетъ пальца въ толщину. Манипуляція продолжается нѣсколько минутъ. Полость брюшины остается закрытой; кровотечения почти нѣтъ; не существуетъ и опасности послѣдовательнаго кровотечения. По весьма понятнымъ основаніямъ нельзя сравнивать этотъ способъ удаленія матки съ отшнурованіемъ *renis'a*, какъ то думаетъ *Apfel*. Я вижу, что не ясно выразился, будто матка должна оставаться *in situ* до отпаденія. Конечно, было бы лучше всего, какъ указалъ *Beauchamp*, сейчасъ же удалить матку подъ петлей. Я оставилъ матку на нѣсколько дней изъ боязни, какъ бы не соскользнула петля. Возможно, что у менѣе истощенной особы я попытался бы удалить матку немедленно. Во всякомъ случаѣ, омертвѣніе отшнурованнаго участка, при соблюденіи антисептики, не влечетъ за собой никакой опасности; наиболѣе тщательнаго наблюденія требуютъ пузырь и кишки. (Авторефератъ).

**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).

Въ среду 2 (14) сентября 1892 года, въ 2 часа пополудни, въ актовомъ залѣ *Palais des Académies* состоялось, подъ предѣтельствомъ проф. *Kufferath'a* (Брюссель), открытіе перваго международнаго гинекологическаго конгресса. Проф. *Kufferath* послѣ привѣтствія, выраженаго министру торговли и промышленности г. *de Bruyn'u*, поблагодарилъ присутствующихъ членовъ конгресса за отвѣтъ на воззваніе комитета. *De Bruyn* выразилъ членамъ конгресса увѣренія въ симпатіяхъ Вельгійскаго правительства.

Д-ра *Péan* (Франція), *Spencer Wells* (Англія), *Engelmann* (Америка), *Gusserow* (Германія), *Engström* (Финляндія), *Consolas* (Греція), *Porro* (Италія), *Schönberg* (Норвегія), *Макневъ* (Россія), *Vulliet* (Швейцарія), *Westermarck* (Швеція), *Pawlacki bey* (Турція), *Treub* (Голландія), *Cameron* (Шотландія) благодарятъ организаціонный комитетъ отъ имени своихъ странъ. За организаціоннымъ комитетомъ единогласно сохранены его права на все продолженіе конгресса.

Въ числѣ присутствовавшихъ находятся всѣ, имѣющіе извѣстное имя, какъ въ гинекологіи, такъ и въ акушерствѣ; между прочими здѣсь были: *Segond*, *Auward*, *Richelot*, *Porak*, *Budin* (изъ Парижа), *Martin* (изъ Берлина), *Sänger* (Лейпцигъ), *Berry Hart* (Эдинбургъ) *Robert Barnes* (Лондонъ), *More Madden* (Дублинъ), *Jacobs*, симпатичный секретарь конгресса, *Tournay* и *Rouffaert* (Брюссель), *Heinricius* (Гельсингфорсъ), *Mendes de Leon* (Амстердамъ) и мн. др.

Вечеромъ у министра торговли и промышленности состоялся блестящій раутъ.

Kufferath (Брюссель). Успѣхи, достигнутые за послѣдніе годы въ гинекологіи и акушерствѣ, весьма значительны. Они обязаны усовершенствованію оперативныхъ методовъ, но главнымъ образомъ введенію антисептики въ акушерство. Отчеты родильныхъ приютовъ служатъ тому доказательствомъ. Памятна эпидемія родильной горячки, поразившая Парижъ въ 1858 году, и та,

которая въ 1877 заставила закрыть родильный домъ при госпиталѣ Св. Иоанна въ Брюсселѣ.

При постройкѣ новаго родильнаго дома руководились тою мыслью, что слѣдуетъ избѣгать скопленія нѣсколькихъ роженницъ въ одной палатѣ, и каждая роженница имѣла отдѣльную комнату: несмотря на это, заболѣваемость понизилась только до 2,5%, вмѣсто прежнихъ 4,8%, а смертность уменьшилась до 1%, вмѣсто 2,6%—цифры, ранѣе полученной. Когда же я въ томъ же родильномъ домѣ ввелъ антисептику, заболѣваемость опустилась до 0,22% а смертность до 0,03%. Эти результаты—послѣдствіе современныхъ знаній, которыя доказываютъ, что причина родильной горячки живой организмъ, противъ котораго антисептика представляетъ всемогущее средство. Этотъ-то методъ и объясняетъ оперативную смѣлость въ гинекологіи, но операторы должны помнить, что слѣдуетъ держаться въ определенныхъ границахъ и вооружаться ножемъ не противъ воспаленныхъ лишь органовъ, а противъ разрушенныхъ, перерожденныхъ и неспособныхъ къ функціи.

Засѣданіе 15 Сентября.

Предсѣдатель *Péan.*

О тазовыхъ нагноеніяхъ.

Ségond (Парижъ) докладчикъ. Прежде всего, что мы должны понимать подъ тазовыми нагноеніями? Подъ этимъ очень обобщеннымъ названіемъ, безъ сомнѣнія, слѣдуетъ разумѣть всѣ патологическія явленія, характеризующіяся присутствіемъ гноя въ тазу женщины; и если считать, напримеръ, главнымъ мѣстопробываніе гнойныхъ скопленій—внѣ или внутри брюшинное, то можно, по примѣру *Jacobs'a*, нарисовать полную картину. Но я думаю, что предпочтительнѣе поменьше упрощать и что, въ частности, необходимо различать нагноенія въ полости таза, которыя можно назвать вторичными, отъ таковыхъ-же первичныхъ. Эти послѣднія относятся къ скопленіямъ околоматочнымъ, въ тѣсномъ смыслѣ. Они получаютъ свое начало изъ воспалительныхъ процессовъ, имѣющихся или въ придаткахъ, или въ тазовой брюшинѣ, или же въ околоматочной клетчаткѣ. Классификація, основанная на внѣ или внутри брюшинной локализациі гноя, совершенно подходитъ къ нимъ, и, мнѣ кажется, что исключительно для скопленій этого рода слѣдуетъ сохранить названіе тазовыхъ нагноеній, въ собственномъ смыслѣ. Я сдѣлаю исключеніе только въ пользу нагноившейся haematocoele дифференціальная діагностика которой до такой степени трудна, что становится такъ сказать, невозможнымъ узнать, представляетъ-ли нагноеніе первичное явленіе или оно есть слѣдствіе кровоизліянія.

Всѣ другого рода гнойныя скопленія развиваются внутри, или же вокругъ прежде существовавшей опухоли. Эта послѣдняя можетъ быть киста, фиброма, даже ракъ матки или же внѣматочная беременность, это—неважно; случай остается не менѣе спеціальнымъ, и нагноенія внутри или внѣ новообразованія, наблюдаемая съ этой точки зрѣнія, должны быть разсмат-

риваемы отдѣльно. Ихъ обзоръ можетъ быть сдѣланъ довольно быстро, потому что, съ точки зрѣнія ихъ терапіи, я не имѣю различія во мнѣніи. Вообще, если исключить извѣстные рѣдкіе случаи нагноившихся кистъ широкой связки, которые, можетъ быть, выгоднѣе лѣчить простымъ разрывомъ ихъ, если исключить еще нѣкоторые вторичныя гнойныя скопленія, которыя иногда благоразумнѣе вскрыть, не думая объ удаленіи сопровождающихъ ихъ опухолей, то можно сказать вообще, что у женщинъ, пораженной одновременно нагноеніемъ и опухолью въ брюшной полости, чревосѣченіе является для всѣхъ хирурговъ наименее предпочтительнѣйшей операціей.

Однако, основываясь на нѣсколькихъ личныхъ наблюденіяхъ, я имѣю возможность показать что въ этой первой группѣ случаевъ влагалищное вырѣзываніе матки (hysterectomy) можетъ такъ же, какъ и при тазовыхъ нагноеніяхъ, въ тѣсномъ смыслѣ, найти себѣ точныя показанія и оказать блестящія услуги. Я не говорю здѣсь только о довольно рѣдкихъ случаяхъ рака матки, осложненныхъ тазовыми нагноеніями; ясно, что вырѣзываніе матки является здѣсь единственною соответствующею операціей. Что я хотѣлъ-бы особенно упрочить, это то, что операція довольно часто является избраннѣйшимъ способомъ и тогда, если нагноеніе наблюдается у женщинъ съ фибромами большой величины, при условіи, конечно, чтобы эта величина не была чрезмѣрною и чтобы верхняя граница матки или этихъ фибромъ не заходила дальше уровня пупка.

Представивши эти первыя соображенія, я перехожу къ тазовымъ нагноеніямъ, въ тѣсномъ смыслѣ. И здѣсь также, говоря, впрочемъ, только о лѣченіи есть много практическихъ пунктовъ, о которыхъ не спорятъ. Но за то какъ много другихъ—спорныхъ! Я знаю, что есть общіе принципы, которыхъ придерживаются всѣ или почти всѣ. Напримѣръ, признаютъ, что «лѣченіе поражений придатковъ вполне солидарно съ лѣченіемъ поражений матки, какъ сами пораженія придатковъ соответствуютъ пораженіямъ матки» и что «примѣненіе большихъ хирургическихъ операцій должно, по возможности, ограничиваться лишь хроническими формами». Ничего нѣтъ болѣе справедливаго, какъ эти двѣ аксіомы, предложенныя недавно *Le Dentu*.

На первомъ планѣ должно конечно принять, что въ лѣченіи тазовыхъ нагноеній такія серьезныя средства, какъ чревосѣченіе или вырѣзываніе матки, будутъ примѣняться крайне осторожно и лишь у тѣхъ женщинъ, у которыхъ очевидно не имѣется возможности удовлетвориться болѣе консервативною хирургіей,—либо вслѣдствіе сознанія, что всѣ другія пособія исчерпаны, либо если безотлагательность данного случая не допускаетъ промедленія.

Признавая неотъемлемыя права благоразумной и консервативной терапіи, я конечно вовсе не желаю возвращаться къ систематическому или безропотному, но жалкому, выжиданію нашихъ старыхъ учителей. Я хочу просто засвидѣтельствовать свои личныя стремленія и, въ частности, показать, что я согласенъ съ хирургами, протестующими противъ оперативныхъ увлеченій, и думаю, что нужно все пускать въ дѣло для возможно строгаго ограниченія показаній къ нимъ.

Должно, насколько возможно сильнѣе, стремиться къ избѣжанію необходимости въ нихъ, если позволено будетъ такъ выразиться, и я думаю, что въ этомъ отношеніи слѣдуетъ энергичнѣйшимъ образомъ настаивать на благотѣльномъ вліяніи маточной терапіи, надлежаще направленной, т. е. «проведенной со строгостью и упорствомъ съ перваго момента появленія въ половомъ аппаратѣ признаковъ зараженія». *Doléris* опредѣлили ее совершенно правильно, и я согласенъ съ нимъ, что обеззараживаніе влагалища, выскабливаніе, расширеніе и дренированіе матки, съ точки зрѣнія предупредительной—всемогущее оружіе.

Слѣдуетъ-ли при доказанномъ околomatочномъ нагноеніи разсуждать такимъ-же образомъ и перевозимости систематическое употребленіе косвенныхъ методовъ, дающихъ гною возможность излиться черезъ матку? Я не думаю этого; и не потому, чтобы я подвергалъ сомнѣнію случаи, доказывающіе дѣйствительность метода *Walton'a*; я такъ мало ихъ оспариваю, что, по моему мнѣнію, почти обязательно всегда пробовать этотъ способъ въ начальныхъ стадіяхъ гнойныхъ сальпингитовъ, пока величина опухоли еще незначительна, пока опасность не неминуема и особенно когда есть сомнѣніе относительно характера содержимаго въ полости, что случается не рѣдко. Но это все, что можно сказать, и я утверждаю, что обобщать далѣе гибельно.

Отмѣтивъ такимъ образомъ часть профилактической косвенной терапіи околomatочныхъ абсцессовъ, мы встрѣчаемся теперь съ оперативной хирургіей, въ тѣсномъ смыслѣ, и слѣдуетъ разобрать ея средства и показанія. Мнѣ кажется, нечего ужъ больше доказывать необходимость хирургическаго вмѣшательства въ случаяхъ присутствія гноя около матки.

Здѣсь мы находимъ два совершенно различные способа: одинъ стремится достигнуть излѣченія простымъ удаленіемъ гноя; другой способъ, болѣе радикальный, осуществляетъ одновременно и выведеніе гноя и болѣе или менѣе полное уничтоженіе источника нагноенія. Я не хочу никоимъ образомъ оспаривать преимущества перваго метода. Для него есть ясныя показанія въ нѣкоторыхъ частныхъ случаяхъ, если, напримѣръ, гнойное скопленіе само собою приблизилось къ доступному мѣсту, т. е. къ брюшной стѣнкѣ или къ влагалищнымъ сводамъ, то ясно, что здѣсь нечего спорить о способахъ вмѣшательства. Надо сначала вскрыть и дренировать, съ тѣмъ, чтобы потомъ лѣчить причинное страданіе, если таковое имѣется. Но, при многочисленности путей для простаго разрѣза тазовыхъ нагноеній, не останется другого средства для выбора, кромѣ исключенія. Слѣдовательно для того, чтобы быть въ правѣ вскрыть тазовой абсцессъ, недостаточно одной возможности сдѣлать разрѣзъ,—нужно, чтобы онъ былъ произведенъ рационально и въ достаточной степени. Итакъ, если исключить свѣжія флегмонозныя скопленія или даже извѣстныя нагноившіяся haematocoele, вскрытіе которыхъ является обязанностью, какъ единственный цѣлесообразный методъ лѣченія, то мы найдемъ оправданіе этому способу лишь при нѣкоторыхъ рѣдкихъ разновидностяхъ тазовыхъ абсцессовъ яичниково-трубнаго происхожденія, свойства которыхъ *Bouillies* позаботился за послѣднее время описать. Я не думаю, чтобы было много матеріала для споровъ по этому поводу.

Что касается до надлежащей оцѣнки методовъ, предложенныхъ для достиженія гноя внутри таза, то я не думаю, чтобы было болѣе трудно опредѣлить и ее. Они, правда, очень многочисленны; и даже не говоря о простой пункции, которую, по моему мнѣнью, слѣдовало-бы отвергнуть, какъ здѣсь, такъ и во многихъ другихъ случаяхъ, намъ придется еще обсудить и различные другіе способы проведенія разрѣза, полагая, что онъ можетъ быть произведенъ черезъ влагалище, прямую кишку, въ крестцово-копчиковой области, на промежности, въ паховой области, въбрюшинно или, наконецъ, чрезъ самую стѣнку абсцесса, въ тѣсномъ смыслѣ. Конечно, всѣ перечисленные въ этомъ спискѣ способы имѣютъ за собою заслуги успѣха, которыя ихъ и оправдываютъ; но и къ нимъ ко всѣмъ долженъ быть примѣненъ тотъ тезисъ, что ихъ нельзя обобщать.

Случай, напримѣръ, ясно подлежитъ простому разрѣзу. Частные показанія къ нему одинаковы для всѣхъ хирурговъ и хотя-бы разрѣзъ былъ брюшной, полвздошный, паховой, бедренный или ягодичный.—онъ всегда будетъ представлять частное примѣненіе очень простаго закона: даютъ выходъ гною въ той области, куда онъ направился для самостоятельнаго вскрытія. Однимъ словомъ. тазовое нагноеніе разсматриваютъ какъ простой нарывъ, и ничего нѣтъ болѣе разумнаго. Мало того, въ серіи разсматриваемыхъ нами способовъ есть нѣсколько такихъ, которые можно разсмотрѣть еще гораздо болѣе кратко: это разрѣзы черезъ прямую кишку, промежность и въ крестцово-копчиковой области.

Относительно первыхъ не можетъ быть колебаній: всякое оперативное вскрытіе тазоваго абсцесса черезъ прямую кишку есть несомнѣнно плохая операція. Что касается крестцово-копчиковаго и промежностнаго, который нѣкоторые хирурги уже нѣсколько времени, повидимому, стараются восхвалять, слѣдуя *Wiedow'у*, *Hegar'у* и *Otto Zucherkancl'ю*, то, пожалуй, благоразумнѣе будетъ подождать до ихъ окончательнаго рѣшенія. Во всякомъ случаѣ, въ настоящее время можно считать, что, даже съ точки зрѣнія защитниковъ этихъ сложныхъ разрѣзовъ, показанія къ нимъ являются совершенно исключительными.

Такимъ образомъ, при методѣ опороженія единственными способами, допускающими извѣстное обобщеніе, будутъ только два—разрѣзъ паховой, въбрюшинный, и разрѣзъ влагалищный.

Между тѣмъ какъ методъ опороженія посредствомъ простаго разрѣза долженъ быть ограниченъ въ своемъ примѣненіи, совершенно иначе обстоитъ дѣло съ тѣми двумя большими операціями, къ обсужденію которыхъ я долженъ сейчасъ перейти; я не думаю, чтобы нужно было разъяснять, почему чревосѣченіе и вырѣзываніе матки (*hystérectomie*) представляютъ, въ большинствѣ случаевъ, избранный способъ лѣченія нагноеній.

Что касается чревосѣченія, то это не требуетъ доказательствъ. Въ самомъ дѣлѣ, ясно какъ день, что оно найдетъ примѣненіе при всякихъ показаніяхъ; и если это лѣченіе внутрибрюшинныхъ кистовидныхъ нагноеній, свободныхъ или съ незначительными сращеніями, исполнѣ оправдываетъ свое неоспоримое торжество, то чревосѣченіе также не менѣе способно дать удивительнѣйшій

успѣхъ въ обстоятельствахъ гораздо болѣе сложныхъ, каковыя наблюдаются въ случаяхъ приращенныхъ *ruo-salpingit'ovъ*, пельви-перитонитовъ, нагноившихся *haematocеле* или нагноеній, одновременно и внутри и виѣбрюшинныхъ.

Для вырѣзыванія матки дѣло далеко не такъ просто. Вы спросите: неужели будущность этой операціи компрометирована? Разумѣется, нѣтъ.

Вырѣзываніе матки остается въ ходу, а это служитъ лучшимъ доказательствомъ моей мысли. Въ самомъ дѣлѣ, можно сказать, что въ настоящее время всѣ хирурги, которые и очень желали-бы подвергнуть *hysterectomiю* исключенію, безусловно принимаютъ ясность показаній къ ней, съ одной стороны, при рецидивахъ тазоваго нагноенія послѣ чревосѣченія и, съ другой, въ случаяхъ нагноившихся пельви-перитонитовъ съ участіемъ въ процессѣ матки, съ обширными сращеніямъ и многочисленными гнойными полостями (*poches*). Въ этомъ отношеніи разногласіе невозможно, и даже тѣ, предпочтеніе которыхъ къ чревосѣченію только замаскировано, соглашаются съ этимъ. Какъ свидѣтельство этого, я могу указать на общій выводъ одной прекрасной работы, опубликованной нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ *S. Bonnef'омъ*. «Вырѣзываніе матки,—говоритъ онъ,—будетъ послѣднимъ средствомъ противъ сложныхъ случаевъ—къ счастью, рѣдкихъ—*ruosalpinx'a* и *orpho-salpingit'ovъ*, осложненныхъ *rachyrelviperitonit'омъ*, вторичнымъ нагноеніемъ клѣтчатки, со свищами и безъ нихъ. Оно будетъ также избранной операціей послѣ неудачи или недостаточности чревосѣченія. Ограниченная такими показаніями, ставящими ее на ряду съ чревосѣченіемъ, а не въ замѣнъ его, эта операція избѣгнетъ всѣхъ нареканій, которымъ можетъ подвергнуться и окажется неоспоримыя услуги».

Но извѣстно, что наши требованія шире. Въ вышеупомянутыхъ случаяхъ цѣнность *hysterectomi*и для насъ слишкомъ очевидна, чтобы требовать новыхъ доказательствъ, и мы желали бы показать, что преимущество вырѣзыванія матки лежитъ съ одинаковою безспорностью и въ лѣченіи вылучившихся гнойныхъ скопленій (*poches*). Короче, мы желали бы видѣть торжество того положенія, которое я выразилъ въ *Société de chirurgie*, говоря, что удаленіе матки показано во всѣхъ случаяхъ тазоваго нагноенія, что въ настоящее время лѣчить чревосѣченіемъ съ обоюдостороннимъ удаленіемъ придатковъ—методъ классическій.

Тѣ три соображенія, на которыхъ мы основываемъ свой взглядъ, заключаются, какъ извѣстно, въ меньшей трудности, въ большей дѣйствительности и въ отсутствіи рубца. Наши противники—я этого не отрицаю—представляютъ опроверженія, большинство которыхъ имѣетъ серьезное значеніе. Но, не смотря на точность этихъ доводовъ, которымъ я постараюсь отдать полную справедливость, наше предпочтеніе къ вырѣзыванію матки не дѣлается менѣе обоснованнымъ.

Я болѣе, чѣмъ когда-либо, увѣренъ, что операція *Péan'a*, сдѣланная въ условіяхъ, указанныхъ мною, превосходитъ операцію *Lawson'a*. Я обладаю въ настоящее время, по крайней мѣрѣ, 92 личными наблюденіями; они дали мнѣ всего 8 смертей, и я питаю сильную надежду, что, съ этими документами въ рукахъ, я буду въ состояніи опровергнуть возраженія, сдѣ-

ланныя намъ, какъ насчетъ непосредственнаго предсказанія и окончательныхъ исходовъ, такъ и относительно трудностей и опасностей операціи.

Моя задача тѣмъ легче, что въ числѣ этихъ возраженій большинство такихъ, значеніе которыхъ чисто теоретическое. Все то, что, напр., говорено о невозможности руководствоваться при этомъ зрѣніемъ, о загроможденіи пинцетами, о ненадежности остановки кровотеченій, о частотѣ осложненій, даже еще о незаконченности самаго способа, — все это далеко отъ дѣйствительности. Несомнѣнно, вырѣзываніе матки, совершенно такъ же, какъ и чревосѣченіе, имѣетъ свои подводные камни, свои опасности и несовершенства, свои трудности или даже невыполнимость; но и тѣ и другія наблюдаются при условіяхъ, совершенно одинаковыхъ для обѣихъ операцій. Мы думаемъ къ тому же, что въ лѣченіи тазовыхъ нагноеній, вырѣзываніе матки лучше, чѣмъ всякій другой способъ, выполнять условія дилтельнаго излѣченія одинаково хорошо, если оно полное, какъ и въ противоположныхъ условіяхъ.

Когда свойство страданія допускаетъ полное удаленіе матки и придатковъ, что бываетъ неизмѣримо чаще, чѣмъ кажется, то дѣло совершенно ясно. Когда же распространенность его препятствуетъ полному удаленію придатковъ, то терапевтическое превосходство операціонныхъ результатовъ менѣе очевидно, но оно все таки существуетъ. Утверждая, что послѣ hysterectomy'и можно рассчитывать на атрофированіе и рубцовое перерожденіе не удаленныхъ частей, такъ что, за чрезвычайно рѣдкими исключеніями, не остается отъ нихъ ничего, никакого повода для возобновленія страданія, — утверждая это, мы имѣемъ на то въ настоящее время неопровержимыя клиническія доказательства. Мы даже думаемъ, что такая анатомическая и физиологическая смерть придатковъ болѣе неизбѣжна, чѣмъ таковая же матки послѣ удаленія придатковъ; вотъ почему мы и полагаемъ, что, вообще, болѣе цѣлесообразно удалять матку безъ придатковъ, чѣмъ послѣдніе безъ матки. Тѣмъ болѣе, что я, со своей стороны, приобрѣлъ убѣжденіе, что тамъ, гдѣ полное удаленіе придатковъ невозможно или опасно черезъ влагалище, оно имѣетъ много шансовъ остаться такимъ же и при способѣ брюшномъ. Впрочемъ, извѣстно, что при hysterectomy'и по поводу тазовыхъ нагноеній нарочно шадятъ сращенія, бывающія обыкновенно причиной этихъ оперативныхъ «невозможностей», и такое сохраненіе особенно для насъ драгоцѣнно, такъ какъ оно избавляетъ операцію вырѣзыванія матки отъ одного изъ болѣе дѣйствительныхъ камней преткновенія для чревосѣченія.

Но требуется выводъ; вотъ онъ: съ точки зрѣнія безопасности, равно какъ и средствъ для выполненія, hysterectomy'я ни въ чемъ не уступаетъ чревосѣченію.

Во всякомъ случаѣ, есть два главныхъ возраженія, которыя я хочу обсудить. Одно изъ нихъ основано на томъ, что вырѣзываніе матки есть, яко-бы, «операція, требующая увѣренности въ непогрѣшимости діагноза». Слѣдовательно, здѣсь нѣтъ ничего, въ родѣ «пробнаго разрѣза; первый ударъ ножа влечетъ за собою роковымъ образомъ гибель оплодотворяе-

мости». Исходя отсюда, все, что говорится о «необъоснованныхъ операціяхъ» или о «неисправимыхъ увѣчьяхъ», можно легко предсказать и здѣсь.

Но эти тревожные крики, которые мы вызвали, хотя они и продиктованы однимъ изъ наиболее почтенныхъ чувствъ, кажутся мнѣ нѣсколько преувеличенными. И прежде всего несправедливо утверждать, что первый удар ножа—по природному пути—влечетъ за собою роковымъ образомъ гибель оплодотворяемости. Я вовсе не собираюсь сейчасъ претендовать на то, что влагалищный путь, съ точки зрѣнія пробнаго разрѣза, можетъ быть соперникомъ чревосѣченію. Я просто утверждаю, что, при нѣкоторой опытности, разрѣзъ задняго свода можетъ также въ извѣстныхъ случаяхъ играть не безъ пользы роль пробнаго и что даже послѣ того, какъ вырѣзываніе матки начато, можно еще во время остановиться.

Очень хорошо также извѣстно, что наиболее обработанныя предсказанія наши не могли-бы претендовать на непогрѣшимость; то, что лапаротомисты не разъ уничтожали придатки, которые требовали себѣ жизни и жизни,—то-же обстоятельство гистеректомистамъ ставится на особенный счетъ. Но каковы-бы они ни были, эти злоупотребленія или эти ошпбки, я не вижу, почему будущность вырѣзыванія матки должна отъ нихъ страдать больше, чѣмъ будущность чревосѣченія. и, мнѣ кажется, что нѣсколько злоупотребляютъ правомъ судоговоренія, когда, при разборѣ спеціальнаго значенія какой-нибудь операціи ей ставить въ вину все, что можетъ имѣть какое-нибудь отношеніе къ общему осужденію хирургическаго вмѣшательства въ дѣлѣ лѣченія страданій придатковъ.

Все это приводитъ меня ко второму главному возраженію, которое намъ очень часто ставится; я говорю о трудностяхъ распознаванія и на этотъ разъ первымъ признаю всю основательность этого аргумента. «Допустимъ, что вырѣзываніе матки есть избранный методъ въ лѣченіи тазовыхъ воспаленій, — допустимъ. Но какъ-же теперь подтвердить діагнозъ присутствія гноя? Какими признаками мы будемъ руководиться, предпочитая провѣрочному способу чревосѣченія такой, который можетъ оказаться не-поправимымъ, какъ вырѣзываніе матки?» Вполнѣ справедливо;—и я былъ-бы чрезвычайно затрудненъ отвѣтомъ, если-бы нагноеніе въ моихъ глазахъ было единственнымъ показаніемъ къ hysterectomy'и. Но не таковъ мой взглядъ.

(Продолженіе слѣдуетъ).