

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ШЕСТОЙ.

ДЕКАБРЬ 1892, № 12.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

XXII.

455 СЛУЧАЕВЪ ЭКЛАМПСІИ ИЗЪ С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

Э. Ф. Биддера.

Въ настоящее время вопросъ объ эклампсіи вновь выступилъ на очередь и затрогиваетъ всѣ стороны этого предмета, какъ теоретическую, такъ и практическую. Высказываются новые взгляды на патогенезъ, открываются даже перспективы на новую терапію указаннаго страданія. Много лѣтъ тому назадъ ¹⁾ я экспериментировалъ въ этой области, конечно въ другомъ направленіи, чѣмъ то дѣлается теперь, почему я счелъ небезъинтереснымъ воспользоваться скопившимся съ той поры большимъ матеріаломъ, имѣвшимся у меня подъ рукой, для обзора того, что мы до сихъ поръ выработали въ борьбѣ съ этою опасною болѣзнью.

Оглядываясь назадъ, я позволю себѣ коснуться только въ немногихъ словахъ теоріи и патогенеза эклампсіи; распространяться объ этомъ въ настоящее время я считаю неумѣстнымъ, такъ какъ многіе ученые теперь именно работаютъ въ такомъ направленіи. Въ виду этого мое изложеніе будетъ носить главнымъ образомъ статистическій и

¹⁾ Beiträge z. G. u. G. v. Holst. Hft. 2. Tübingen 1867.

клинической характеръ. *Olshausen* ¹⁾, *Löhlein* ²⁾, *Dührssen* ³⁾ и другіе недавно сопоставили подробно свою статистику съ статистиками прежнихъ авторовъ; потому въ этомъ отношеніи я ограничиваюсь лишь сообщеніемъ самаго необходимаго и отсылаю къ прекраснымъ работамъ указанныхъ авторовъ.

Материаломъ мнѣ служили 455 случаевъ эклампсіи, наблюдавшихся съ 1-го января 1873 г. по 31 декабря 1891 г. въ Родовспомогательномъ заведеніи, въ которомъ за этотъ же промежутокъ времени разрѣшились отъ беременности 60583 женщины, слѣдовательно 1 случай эклампсіи приходится на 133 родовъ, причемъ слѣдуетъ замѣтить, что частота эклампсіи у насъ постоянно возрастаетъ; такъ въ періодъ времени съ 1873 г. по 1881 годъ 1 случай эклампсіи приходился на 151, между тѣмъ какъ съ 1881 по 1892 годъ 1 случай приходился уже на 133, а въ послѣднія 4 года (1888—91) даже 1 на 100 родовъ; болѣе часто эклампсія встрѣчается только въ немногихъ родильныхъ домахъ. Возрастаніе частоты эклампсіи составляетъ фактъ, замѣченный и въ другихъ заведеніяхъ, такъ напр. въ Московскомъ Родильномъ домѣ ⁴⁾ и въ берлинскомъ *Charité* ⁵⁾; сдѣлать на основаніи этого заключеніе, что эклампсія въ настоящее время встрѣчается чаще чѣмъ прежде было бы ошибочно или по крайней мѣрѣ преждевременно. Объяснить этотъ фактъ можно примѣрно возрастающимъ довѣріемъ населенія къ родильнымъ домамъ, подтвержденіемъ чему можетъ служить увеличеніе числа родовъ въ нашемъ заведеніи болѣе чѣмъ вдвое, между тѣмъ какъ число жителей Петербурга мало увеличилось.

Для того, чтобы получить болѣе точное понятіе о частотѣ эклампсіи, примемъ въ расчетъ, какъ то сдѣлалъ *Löhlein*, только аутохтонные случаи, т. е. такіе, въ которыхъ эклампсія появилась только послѣ поступленія въ заведеніе. Тогда получимъ слѣдующія циффы:

1) Volkm. kl. Beiträge N. F. 39.

2) Gynäkologische Tagesfragen Hft. 2. Wiesbaden 1891.

3) Archiv. f. Gynækol. Bd. 42—43.

4) Труды 4-го съѣзда Общ. русскихъ врачей. Москва. 1892 г., стр. 883. *Напертовъ.*

5) См. *Löhlein*, стр. 84.

За 1881—91 года было 41177 родовъ съ 327 случаями эклампсіи, изъ которыхъ аутохтонныхъ было 87, т. е. 1 на 473; такимъ образомъ по частотѣ случаевъ эклампсіи мы стоимъ между результатомъ сопоставленія *Löhlein'a*, у котораго частота выразилась отношеніемъ 1 : 330, и большихъ вѣнскихъ клиникъ, въ которыхъ 1 случай эклампсіи приходится на 589 родовъ; изъ этого не слѣдуетъ однако заключать, что предрасположеніе къ эклампсіи неодинаково у различныхъ народовъ. Необходимо принять во вниманіе многіе другіе моменты. Въ этомъ отношеніи быть можетъ немаловажную роль играть напр. большее или меньшее пользованіе матеріаломъ съ учебно-практическою цѣлью, такъ какъ оставляя въ сторонѣ всѣ теоріи эклампсіи, несомнѣннымъ остается тотъ фактъ, что приступы эклампсіи могутъ быть вызваны дѣльнымъ рядомъ внѣшнихъ раздраженій, къ числу которыхъ принадлежитъ и акушерское изслѣдованіе.

Что касается *отношенія эклампсіи ко временамъ года*, то, распредѣливъ наши случаи по мѣсяцамъ, получимъ колебанія, неправильность которыхъ доказываетъ, что для изслѣдованія въ этомъ направленіи число нашихъ наблюденій слишкомъ мало. Съ марта по май наблюдались 130, съ іюня по августъ 107, съ сентября по ноябрь 97 и съ декабря по февраль 111 случаевъ эклампсіи. По *Павпертову* ⁷⁾ на весну приходится 69, на лѣто 78, на осень 54 и на зиму 87 случаевъ эклампсіи; случайно эти цифры и наши одинаково показываютъ, что осенью наблюдается всего меньше случаевъ эклампсіи, цифры остальныхъ временъ года не совпадаютъ съ данными *Павпертова*.

Появленіе случаевъ эклампсіи группами, на что вновь указалъ *Olshausen* и что онъ силится подкрѣпить даже цифрами, и мы можемъ констатировать, но полагаю, что этотъ фактъ представляетъ только «случайность», подлежать такъ называемому «закону двойственности рѣдкихъ случаевъ» и никоимъ образомъ не можетъ быть пригоднымъ для теоріи эклампсіи, съ каковымъ намѣреніемъ приводятся конечно такія данныя. На меня такое появленіе случаевъ эклампсіи группами никогда не производило впечатлѣнія какъ эпидемичности, такъ и возможности пере-

⁷⁾ 1. с. 886.

носа эклампсiи. Для этого вопроса была бы пожалуй болѣе пригодною регистрація мѣста жительства, улицы и номера дома, что до сихъ поръ не дѣлалось.

Преобладаніе перворождающихъ мы наблюдали какъ и всѣ другіе авторы. Изъ помянутаго числа экламптическихъ было 337 перво и 116 многоорожавшихъ (въ 2 случаяхъ не указано число родовъ), что вполнѣ соотвѣтствуетъ цифрамъ *Olshausen'a* и *Löhlein'a*. По отношенію къ общему числу перво и многоорожавшихъ одна экламптическая приходится на 53 перворождающихъ и на 360 многоорожавшихъ; у первыхъ эклампсiя встрѣчается какъ видно 7 разъ чаще.

Слѣдующая табличка показываетъ *возрастъ экламптическихъ*:

Лѣта.	Первород.	Многород.	Сумма.
16—19 . . .	86	1	87
20—24 . . .	148	34	182
25—29 . . .	64	35	99
30—34 . . .	24	18	42
35—39 . . .	8	20	28
40 и старше .	3	6	9
Года не обознач.	4	2	6
Итого.	337	116	453

Не думаю, чтобы на основаніи этихъ чиселъ можно было бы сказать, что эклампсiя предпочтительно встрѣчается въ извѣстномъ возрастѣ; по отношенію къ многоорожавшимъ наши числа кромѣ того очень малы. Наши 35 перворожавшихъ въ возрастѣ старше 30 лѣтъ составляютъ 10% экламптическихъ перворождающихъ, между тѣмъ какъ по наблюденіямъ *Штейнмана* ¹⁾, произведеннымъ въ нашемъ заведеніи, старыя перворождающія составляютъ вообще 7,1%. Хотя *Winckel* въ своихъ Дрезденскихъ отчетахъ и выставилъ такъ рельефно предрасположеніе старыхъ перворождающихъ къ болѣзнямъ почекъ, тѣмъ не менѣе предрасположеніе ихъ къ эклампсiи немногимъ больше предрасположенія вообще всѣхъ первородящихъ. Это обстоятельство подтверждаетъ давно извѣстный фактъ,

¹⁾ См. отчетъ по Родовсп. заведенію за 1840—71.

что беременныя, страдающія хроническими болѣзнями почекъ, очень часто не заболѣваютъ эклампсiею. Для того, чтобы эклампсiя проявилась, необходима во всякомъ случаѣ еще особенная причина, не заключающаяся въ болѣзняхъ почекъ.

Изъ числа многорожавшихъ 93 рожали отъ 2 до 4 разъ; 16—5 разъ; 4—10 разъ; 2 по 11 разъ и 1—14 разъ; какъ видно, число часторожавшихъ у насъ меньше нежели у *Olshausen*'а.

Многоплодныхъ родовъ въ числѣ нашихъ случаевъ было 34, изъ нихъ 33 раза были двойни и 1 р. тройни, т. е. многоплодные роды у экламптическихъ встрѣчаются 1 на 13 или 7,4%, между тѣмъ какъ они вообще встрѣчаются у насъ 1:46 или въ 2,1%¹⁾. Наши цифры всего болѣе подходятъ къ цифрамъ *Schant*'а²⁾ и доказываютъ, что многоплодная беременность несомнѣнно больше predisposing къ эклампсiи, чѣмъ одноплодная.

Преждевременные роды. Изъ нашихъ 455 случаевъ (въ двухъ случаяхъ срокъ беременности не былъ обозначенъ), въ 313 эклампсiя появилась при срочныхъ и въ 140 случаяхъ при преждевременныхъ родахъ, слѣдовательно 30% всѣхъ экламптическихъ приходится на преждевременные роды; на V мѣсяцѣ беременности эклампсiя наблюдалась 1 разъ; на VI—1 разъ; на VII—7 разъ; на VIII—21 разъ; на IX—49 разъ и на X—61 разъ. Сопоставивъ эти данныя съ общимъ числомъ наблюдавшихся у насъ срочныхъ и преждевременныхъ родовъ съ V по X мѣсяцы, то по отношенію къ первымъ 1 случай эклампсiи придется на 179 родовъ и по отношенію ко вторымъ 1 на 31. Раньше пятого мѣсяца мы не наблюдали эклампсiю. Изъ приведенныхъ чиселъ можемъ заключить, что съ V по X мѣсяцы беременности эклампсiя встрѣчается приблизительно 5 разъ чаще, чѣмъ въ концѣ беременности.

Для опредѣленія преждевременныхъ родовъ *Olshausen* поступалъ слѣдующимъ образомъ. Если срокъ беременности не былъ обозначенъ, то всѣ новорожденные, вѣсъ которыхъ былъ менѣе 2250 грм. (при двойняхъ 2000 грм.) принимались имъ за преждевременно родившихся. Руко-

1) Archiv f. Gynaekologie. Bd. XII.

2) Archiv f. Gynaekol. Bd. XVIII.

водиться этимъ минимальнымъ вѣсомъ я считалъ невозможнымъ. Изъ моихъ 278 новорожденныхъ (двойни исключены), вѣсомъ которыхъ можно было воспользоваться, только 57 вѣсили менѣе 3000 грм., изъ нихъ трое вѣсили по 2600 и 1—2580 грм. Новорожденныхъ вѣсившихъ менѣе 2500 грм. я не причислялъ къ доношеннымъ и потому только получилъ тѣ же 30%, какъ и *Olshausen*; руководствуясь же минимальнымъ вѣсомъ, принятымъ *Olshausen*'омъ, процентъ получился бы значительно меньшій.

Изъ частоты эклампсїи при преждевременныхъ родахъ *Olshausen* дѣлаетъ выводъ, что заболѣваніе весьма часто начинается во время беременности и ведетъ къ появленію родовыхъ болей, т. е. эклампсїя начинается весьма часто до начала родовыхъ болей и что послѣднія вызываются эклампсїею. Такой выводъ нельзя признать безъ всякихъ оговорокъ. Между нашими преждевременно родившимися въ 27% эклампсїя появилась въ послѣродовомъ періодѣ, resp. post partum. Весь нашъ матеріалъ экламптическихъ даетъ 29% такихъ позднихъ эклампсїй. Слѣдовательно по отношенію появленія родовыхъ болей подъ вліяніемъ эклампсїи преждевременные роды мало чѣмъ отличаются отъ срочныхъ родовъ, въ противномъ случаѣ мы должны были бы при преждевременныхъ родахъ чаще чѣмъ при срочныхъ родахъ наблюдать появленіе эклампсїи въ первомъ срокѣ родовъ или даже передъ родами. Ниже я подробно коснусь взаимнаго отношенія между эклампсїею и родою дѣятельностью матки.

Распредѣляя 453 случая по времени наступленія приступовъ эклампсїи само собою разумѣется мы не могли строго разграничить 1 и 2 періодъ родовъ; точно также при преждевременномъ излитіи водъ нельзя было разграничить 2 и 3 періодъ; наконецъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, зачпсленныхъ въ первый періодъ родовъ, нельзя было опредѣлить съ точностью, что появилось прежде, первый приступъ эклампсїи или первыя родовыя боли.

Первый приступъ эклампсїи появился ¹⁾:

¹⁾ Въ виду болѣе точнаго опредѣленія времени, мы раздѣлили роды на пять періодовъ.

	P—para.	M—para.	Сумма.
До родовъ	29	9	38
Въ I періодѣ	78	26	104
Во II »	84	22	106
Въ III »	35	11	46
» IV »	23	2	25
» V »	7	4	11
Послѣ родовъ	81	42	123
Итого.	337	116	453

Изъ таблицы видно, что почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ появленіе приступовъ эклампсіи совпадаетъ съ временемъ полной родовой дѣятельности матки, при чемъ эклампсія рѣшительно преобладаетъ въ первомъ періодѣ родовъ; въ виду этого вліяніе родовыхъ болей не можетъ быть отвергнуто. Но если рядомъ съ этимъ выводомъ поставить, что, какъ видно изъ той же таблицы, въ 172 случаяхъ эклампсія появилась въ то время, когда матка не работала, въ 38 случаяхъ до наступленія родовой дѣятельности и въ 134 случаяхъ въ послѣдовомъ періодѣ и *post partum*, т. е. раньше или позже по окончаніи изгнанія плода—то невольно приходишь къ убѣжденію, что вліяніе родовыхъ болей на проявленіе эклампсіи далеко не такъ велико, какъ то утверждаютъ многіе, или мы должны считать такъ называемую «*travail intensible*» передъ дѣйствительнымъ началомъ родовъ и послѣродовыя схватки равносильными правильнымъ родовымъ болямъ.

Насколько малозначущи при извѣстныхъ условіяхъ родовыя боли, показываетъ случай *В. В. Сутугина* ¹⁾, который наблюдалъ появленіе приступовъ эклампсіи черезъ 2^{1/2}—5 часовъ послѣ произведенной имъ операциі *Porro*.

При болѣе подробномъ обзорѣ случаевъ, въ которыхъ эклампсія появилась, *внѣ всякаго сомнѣнія*, до родовыхъ болей, мы нашли рядъ интересныхъ частныхъ. Такихъ случаевъ набралось 34; эклампсія въ этихъ случаяхъ появилась отъ 16 дней до 2 часовъ до начала родовыхъ болей. Изъ нихъ въ 24 случаяхъ эклампсія прекратилась

¹⁾ 55 лапаротомій произведенныхъ въ Москвѣ. СПб. 1891 г.

до наступленія родовъ, при чемъ послѣднія такъ же какъ и послѣродовой періодъ протекли безъ эclamптическихъ припадковъ—фактъ, наблюдавшійся уже давно. Двѣ беременныя, въ VIII и X мѣсяцъ беременности, послѣ перенесенной ими эclamпсіи, были выписаны здоровыми; дальнѣйшая судьба ихъ неизвѣстна. Въ двухъ случаяхъ беременныя умерли до появленія родовыхъ болей (1 разъ было произведено кесарское сѣченіе во время агоніи, плодъ былъ извлеченъ мертвымъ; въ другомъ случаѣ кесарское сѣченіе не было сдѣлано въ виду семимѣсячной беременности). Въ другихъ двухъ случаяхъ произведено было кесарское сѣченіе *in extremis*, объ нихъ будетъ сказано ниже. Наконецъ послѣдніе четыре случая заслуживаютъ особеннаго вниманія. 1) У одной беременной сопорозное состояніе, наступившее послѣ единственнаго припадка эclamпсіи за два дня до родовъ, длилось все время и въ теченіи правильно протекшихъ родовъ; новорожденные двойни и мать выписались здоровыми. 2) У беременной на VII мѣсяцѣ за 11 дней до родовъ появилась эclamпсія, было всего два припадка; по причинѣ продолжавшихся уремическихъ явленій были возбуждены преждевременные роды, что удалось *очень легко*; мертворожденный плодъ вѣсилъ 1400 грм., послѣродовое состояніе протекло благополучно и пациентка выписалась съ хроническимъ интерстиціальнымъ нефритомъ. 3) Эclamпсія появилась черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала родовъ; послѣ 22-го припадка сдѣланъ наружный поворотъ на ягодицы, послѣ чего, при малооткрытомъ зѣвѣ, былъ извлеченъ за ножку мацерированный плодъ, развитіе котораго соответствовало началу 10-го мѣсяца. Мать выписалась здоровою. 4) До родовъ было два приступа, во время родовъ три приступа эclamпсіи и затѣмъ прекратились; выждавъ достаточное открытіе зѣва, плодъ былъ извлеченъ щипцами въ глубокой асфиксіи; оживить его не удалось. Коматозное состояніе продолжалось и черезъ 54 часа послѣ родовъ, родильница умерла при явленіяхъ усиливающейся упадка силъ, безъ какихъ либо признаковъ пурперальнаго заболѣванія, что и было подтверждено вскрытіемъ.

Приведенныя наблюденія позволяютъ заключить, что сокращенія матки въ томъ видѣ, въ какомъ мы наблю-

даемъ ихъ во время родовъ, никоимъ образомъ не представляютъ абсолютно предрасполагающаго условія для появленія экламптическихъ приступовъ.

Кромѣ того во многихъ случаяхъ припадки эклампсіи, появившіеся передъ окончаніемъ родовъ, прекращались, не смотря на то, что родовыя боли продолжались и роды оканчивались или силами природы или съ помощью искусства. Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ роженицы, находившіяся уже въ сопорозномъ состояніи, приходили въ сознаніе до окончанія родовъ. Возобновленіе приступовъ послѣ родовъ въ иныхъ случаяхъ наблюдалось крайне рѣдко. Такихъ случаевъ мы имѣемъ 41, т. е., другими словами, въ 12,3% всѣхъ тѣхъ случаевъ эклампсіи, въ которыхъ приступы являлись до или во время родовъ, эклампсія прекращалась уже до окончанія родовъ.

Если къ этому прибавить тѣ 134 случая эклампсіи, въ которыхъ приступы появились въ послѣдовомъ періодѣ или *post partum*, то получимъ 38% общаго числа экламптическихъ, въ которыхъ появленіе эклампсіи не зависѣло отъ родовыхъ болей. Это обстоятельство представляется мнѣ достаточно вѣскимъ, чтобы заслужить нѣкотораго вниманія при формулированіи гипотезъ относительно патогенеза эклампсіи.

Съ другой стороны имѣется цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ эклампсія, такъ сказать, моментально *прекращалась съ выхожденіемъ плода*. Такихъ случаевъ у насъ отмѣчено 108, т. е. 33% общаго числа эклампсіи *in partu*. Затѣмъ слѣдуетъ еще рядъ случаевъ, въ которыхъ по рожденіи плода появлялись правда еще нѣсколько (2—3) приступовъ, но несравненно болѣе слабыхъ; слѣдовательно и этотъ рядъ случаевъ доказываетъ очевидно благотворное вліяніе опорожненія матки на эклампсію. Число послѣднихъ случаевъ едва ли меньше предъидущаго ряда. Этотъ фактъ долженъ оказывать большое вліяніе на образъ нашего дѣйствія. Предполагая съ большою вѣроятностью (какъ 1 : 2 или даже наоборотъ какъ 2 : 1), что съ окончаніемъ родовъ прекратятся припадки, мы конечно будемъ стараться окончить роды при первой возможности, не увеличивая тѣмъ существенно опасность для матери и плода. Объ этомъ поговоримъ ниже.

Въ виду того, что одна изъ новѣйшихъ гипотезъ сво-

дить эклампсію на отравленіе продуктами обмѣна веществъ плода, я позволяю себѣ сказать нѣсколько словъ относительно *мацерированныхъ плодовъ при эклампсіи*.

У насъ отмѣчено 13 мацерированныхъ плодовъ; изъ этого числа необходимо вычеркнуть 8, такъ какъ эти плоды умерли во время эклампсіи въ началѣ длительныхъ родовъ и ихъ слѣдуетъ называть не мацерированными, а въ сущности мертвогнилыми. Въ трехъ случаяхъ настоящей мацерации, плоды умерли тоже отъ эклампсіи, болѣе или менѣе за долго до начала родовъ. Четвертый мацерированный плодъ, шести мѣсячной беременности, умеръ повидимому до появленія эклампсіи, такъ какъ движенія его прекратились за 8 сутокъ до начала родовъ; въ этомъ случаѣ припадки эклампсіи (всего 3) появились за сутки до родовъ.

Остается слѣдовательно единственный случай, въ которомъ 2¹/₂ часа по рожденіи 7 мѣсячнаго мацерированнаго плода, проявилась жестокая послѣродовая эклампсія, окончившаяся однако выздоровленіемъ. Всѣ остальные новорожденные или родились живыми, или свѣжеумершими, т. е. жившими еще во время наступленія эклампсіи.

Если сравнить нашу общую сумму мацерированныхъ плодовъ, составляющую 2% всѣхъ плодовъ, то мы дѣйствительно принуждены допустить тотъ фактъ, что эклампсія крайне рѣдко появляется при мацерированномъ плодѣ.

Изъ сказаннаго по отношенію къ патогенезу эклампсіи слѣдуетъ что: частота эклампсіи повидимому въ послѣдніе годы возрастаетъ.

Эклампсія не находится въ связи съ временемъ года; эпидемически она не появляется; данныхъ, которые указывали бы на зараженіе, нѣтъ.

Эклампсія появляется предпочтительно у первобеременныхъ и при многоплодной беременности; рѣже у старыхъ перворождающихъ.

Эклампсія весьма часто наблюдается при преждевременныхъ родахъ; быть можетъ одна причина обуславливаетъ и то и другое,

Эклампсія не зависитъ отъ родовыхъ болей; она весьма часто появляется при отсутствіи родовой дѣятельности матки.

Выхожденіе плода въ половинѣ всѣхъ случаевъ, по

крайней мѣрѣ, вліяетъ въ высокой степени благопріятно на теченіе эклампсіи.

Замѣчательно рѣдко бываютъ мацерированные плоды при эклампсіи; они наблюдаются собственно только какъ послѣдствіе перенесенной во время беременности эклампсіи.

Приблизительно въ $\frac{1}{3}$ общаго числа случаевъ эклампсіи появляется въ такое время, гдѣ продукты обмѣна веществъ плода едва ли могутъ быть причиною эклампсіи.

Не слѣдуетъ однако забывать, что эклампсія появляется только у беременныхъ роженицъ и родильницъ и что слѣдовательно непремѣннымъ условіемъ появленія эклампсіи должны быть измѣненія въ организмѣ женщины, присутія упомянутымъ періодамъ процесса размноженія. Поэтому какъ бы вѣроятнымъ не казалось предположеніе, что эклампсія вызывается отравленіемъ, тѣмъ не менѣе до сихъ поръ остаются неизвѣстными ни ядъ, ни пути, по которымъ распространяется его дѣйствіе. Всякая гипотеза, оставляющая безъ вниманія указанное непремѣнное условіе, не можетъ быть признана совершенною.

Предсказаніе при эклампсіи вообще въ нашихъ случаяхъ чрезвычайно благопріятное сравнительно съ данными другихъ авторовъ.

Изъ 455 женщинъ, заболѣвшихъ эклампсіею, умерло 79, что составляетъ 17,3%; изъ нихъ 31 умерли отъ осложненій, именно: 27 отъ пuerперальной септицеміи, 2 отъ крупознаго воспаленія легкихъ, 1 отъ возвратнаго тифа и 1 отъ уреміи, вслѣдствіи сморщиванія обѣихъ почекъ. Такимъ образомъ только 48 смертей могутъ быть отнесены на счетъ эклампсіи, что составляетъ 10,5%. Доказательствомъ того, что при счетѣ мы не поступали произвольно, можетъ служить дѣленіе времени наблюденія на два періода: на доантисептическій періодъ съ 1873 года по 1881 годъ, и на антисептичный съ 1882 по 1891 вѣлчительно. Въ первомъ періодѣ было 32 смертныхъ случая = 22,2%; изъ нихъ 13 отъ эклампсіи = 9,1%; во второмъ періодѣ было 47 случаевъ смерти = 15%, изъ нихъ 35 отъ эклампсіи = 11,1%. Въ послѣдніе пять лѣтъ на 19943 родовъ мы насчитываемъ 190 случаевъ эклампсіи, т. е. 1 случай на 104 родовъ; изъ нихъ умерли 24 = 12,6%, 20 отъ эклампсіи = 10,5% и только 4 отъ септицеміи. *Löhlein* свои соответствующія числа — 23,7

и 19,38% считаетъ весьма отрадными. Лучшіе нежели его результаты достигнуты въ московскомъ Родильномъ домѣ; число *Павертова* 20,8 и 14,5%. Слѣдовательно мы можемъ утверждать, что наша смертность пока наименьшая [за исключеніемъ статистики *Winckel*'я, основанной на значительно меньшемъ числѣ наблюденій; у него на 92 случая было 7 смертей = 7,6%].

Специализируя наши числа увидимъ, что экламптичныя перворождающія дали смертность въ 10,9% и много-рожащія въ 8,6%. Распредѣливъ по возрасту матерей получимъ: отъ 16 до 19 лѣтъ—11,2%; отъ 20—24—9,7%; отъ 25 до 29—11,3%; отъ 30 до 34—9,7%, отъ 35 до 39—3,4%, отъ 40 лѣтъ и больше 11,1%, причемъ послѣднія группы собственно слишкомъ малы для высчитыванія процентовъ. Изъ этихъ данныхъ явствуетъ, что число родовъ и возрастъ едвали оказываютъ вліяніе на интенсивность заболѣванія.

Точно также считаю невозможнымъ дѣлать какіе либо выводы изъ сравненія смертности = 12,1% послѣ преждевременныхъ родовъ и выкидышей съ одной стороны со смертностью = 9,5%, послѣ срочныхъ родовъ съ другой стороны. Указать можно развѣ только на то, что болѣе благоприятныя числа принадлежать родамъ, продолжавшимся болѣе короткое время, слѣдовательно многорожавшимъ, а не перворождающимъ, срочнымъ родамъ, а не преждевременнымъ, что до извѣстной степени говоритъ въ пользу предположенія, что исходнымъ мѣстомъ отравленія служить область дѣтскаго мѣста.

Совсѣмъ иное дѣло по отношенію *вліянія періода родовъ*, въ теченіи которыхъ появлялись приступы эклампсій. Распредѣливъ 453 случая по срокамъ родовъ, получимъ слѣдующую таблицу.

Начало припадковъ.	Число случ.	Умерло отъ Еclampr.	Проценты.
Ante partum.	38	5	13,1
Въ I и II періодъ	210	31	14,7
» III и IV »	71	4	5,6
» V и p. partum.	134	7	5,2.

Изъ этой таблицы видно, что опасность эклампсій быстро повышается съ болѣею продолжительностью ро-

довой дѣятельности. Опасность зависитъ отчасти отъ числа приступовъ, которое безспорно въ первыхъ двухъ рубрикахъ больше нежели въ послѣднихъ двухъ.

Какъ велико прогностическое значеніе числа приступовъ эклампсіи видно изъ слѣдующаго сопоставленія. Съ 1881 по 1891 г. было 76 случаевъ эклампсіи съ 16 и болѣе припадками въ каждомъ; эти припадки или наблюдались нами, или о числѣ ихъ мы съ положительностью могли заключить со словъ родственниковъ. Изъ этихъ 76 матерей умерли $33=43,4\%$, отъ эклампсіи $24=31,5\%$, слѣдуетъ принять при этомъ во вниманіе, что изъ вычтенныхъ 9 случаевъ 5 умерли отъ воспаленія легкаго, почему и эти послѣдніе слѣдовало бы съ нѣкоторою вѣроятностью отнести тоже на счетъ эклампсіи. Если вычестъ это число изъ нашего общаго числа за тѣ же года, то остается 251 случай съ числомъ припадковъ менѣе 16; изъ нихъ умерли всего $19=7,5\%$ и 14 отъ эклампсіи $=5,5\%$; крайне рѣдкая разница! На основаніи этого я конечно не стану утверждать, что число припадковъ находится въ прямой причинной связи съ опасностью, такъ какъ и то и другое можетъ быть одновременно обусловлено интензивностью отравленія, которая не всегда одинакова. Мы знаемъ примѣрно, что имѣются съ одной стороны случаи, въ которыхъ и небольшое число приступовъ приводило къ смерти, съ другой стороны такіе — въ которыхъ, несмотря на большое число припадковъ, мать и иногда даже новорожденный оставались живыми. Такихъ случаевъ, въ которыхъ и мать и плодъ оставались живыми у насъ отмѣчено цѣлый рядъ съ числомъ припадковъ отъ 16 до 33 въ теченіи всего родоваго акта, и отъ 16 до 24 во время самихъ родовъ, т. е. безъ припадковъ, послѣдовавшихъ по рожденіи плода. Это противорѣчитъ обычнымъ наблюденіямъ, что плодъ въ большинствѣ случаевъ умираетъ уже послѣ нѣсколькихъ припадковъ. Быть можетъ причина, обуславливающая эклампсію, легче вызываетъ судороги у предрасположенныхъ къ тому субъектовъ, нежели у другихъ, почему число припадковъ можетъ зависеть не только отъ интензивности дѣйствія яда, но и отъ извѣстнаго предрасположенія. Однако я отнюдь не думаю утилизировать такое предположеніе въ пользу *Herff'a*, полагающаго, что эклампсія въ сущности обуславливается из-

мѣненной возбудимостью извѣстныхъ мозговыхъ центровъ.

Смертность новорожденныхъ въ нашихъ случаяхъ сравнительно тоже довольно благоприятная. Изъ 490 плодовъ слѣдуетъ откинуть 9 какъ выкидышей. Изъ остающихся 481—333 выписаны живыми, 1 живой ребенокъ оставленъ дома, 36 умерли по рожденіи, въ суммѣ $370 = 76,9\%$ общаго числа родились живыми, такъ что потеря до и во время родовъ составляетъ $23,1\%$, т. е. менѣе наиболѣе благоприятныхъ чиселъ *Schant'a* — $24,3\%$ и *Павпертова* $24,7\%$. Изъ числа мертворожденныхъ много такихъ, которые родились въ глубокой асфиксіи при операціяхъ — щипцы, поворотъ, извлеченіе—и не могли быть оживлены, или такихъ, которымъ было при жизни произведено прободеніе головки, такъ что и эти случаи не могутъ быть отнесены насчетъ эклампсіи. Выше приведенныя числа не выражаютъ однако вліянія эклампсіи на плодъ; изъ этихъ чиселъ слѣдуетъ откинуть всѣ тѣ случаи, въ которыхъ эклампсія появилась только по рожденіи плода. Такихъ случаевъ было 152, считая и 2 выкидыша, изъ нихъ выписаны здоровыми 134 и умерло по рожденіи 7. По вычетѣ этого числа изъ выше приведенныхъ 481 жизнеспособныхъ плодовъ, изъ которыхъ 370 родились живыми, получимъ 331 съ 229 родившимися живыми, что составляетъ $69,1\%$ при потерѣ въ $30,9\%$. Но и здѣсь слѣдуетъ принять во вниманіе, что большое число преждевременныхъ родовъ и акушерскихъ операцій, помимо эклампсіи, существенно увеличиваютъ смертность новорожденныхъ.

Результаты, достигнутые въ нашемъ заведеніи, можно назвать сравнительно очень благоприятными. Въ виду этого считаю не лишнимъ привести *терапію эклампсіи* въ томъ видѣ, какъ она примѣнялась у насъ. Въ теченіи 20 лѣтъ, во время которыхъ наблюдались наши случаи, терапія эклампсіи почти также мало измѣнилась, какъ и взгляды на природу этой болѣзни, почему и была почти эмпирическая, причѣмъ то больше то меньше обращалось вниманіе на тотъ или другой выдающійся симптомъ въ картинѣ болѣзни.

Такъ какъ эклампсію приходилось лѣчить почти исключительно послѣ появленія припадковъ, то прежде всего старались прекратить или ослабить именно припадки.

А такъ какъ ближайшую причину припадковъ нужно искать въ остромъ отсутствіи питанія мозга или по крайней мѣрѣ извѣстной части его, что кажется мною доказано въ выше цитированной экспериментальной работѣ, то предпочтеніе отдавалось, какъ и въ другихъ родильныхъ домахъ, наркотическимъ средствамъ, усиливающимъ приливъ крови къ мозгу; они и были примѣняемыя у насъ уже давно *энергически*; изъ нихъ употреблялись преимущественно *опіаты* — настойка опія *per anum*, морфій подкожно; результаты такого лѣченія были всегда хорошіе, такъ что недавняя настойчивая рекомендація опіатовъ *G. Veit'*омъ насъ нисколько не удивила. Уже въ концѣ прошлаго столѣтія *Blaud* ¹⁾ рекомендовалъ большія дозы опіатовъ, а въ настоящемъ столѣтіи то же средство рекомендовали *Kilian* и *Vigand* ²⁾. Несомнѣнно, что рядомъ съ обусловленною опіатами гиперемією мозга не маловажную роль играетъ и одновременное пониженіе рефлексовъ.

Кромѣ опіатовъ съ тою же цѣлью мы употребляли хлороформъ и гидратъ хлорала, поддерживали безъ вреда въ теченіи многихъ часовъ хлороформный наркозъ, получили однако впечатлѣніе, что эти средства сами по себѣ дѣйствовали хуже нежели опіаты, почему послѣднія употреблялись предпочтительно.

Наряду съ припадками въ картинѣ болѣзни на первый планъ выступаютъ: отѣки, задержаніе мочи, болѣзнь почекъ; въ виду чего потогонному лѣченію должно быть отведено надлежащее мѣсто въ терапіи эклампсін. Съ этою цѣлью мы часто примѣняли заворачиванія *Priessnitz'a* и горячія ванны.

Обоимъ показаніямъ — увеличенію гипереміи мозга и усиленію діафореза — казалось всего болѣе соотвѣтствовали *Jaborandi* и *Pilocarpinum*. *Fehling* ³⁾ прибавилъ первое, а я ⁴⁾ второе. Что касается подавленія припадковъ, то результатъ получился прекрасный и вполне подтверждалъ теоретическія соображенія. Къ сожалѣнію, такое прекрасное само по себѣ средство пришлось оставить, такъ какъ выяснилось, что пилокарпинъ обуславливаетъ слабость

1) *Observat. on parturit.* London. 1794.

2) См. *Schwartz.* Rigasche Beiträge z. Heilkunde. 1851.

3) *Centralbl. f. Gynaek.* 1879, № 9.

4) *Centralbl. f. Gynaek.* 1878, № 15.

сердца, что для эclamпических можетъ оказаться пагубнымъ.

Всѣ другія медикаменты, какъ то: *nervina*, *diuretica*, бензойная кислота (противъ аммоніэміи *Frerichs'a*) и др. по моему мнѣнію ничего не стоятъ при лѣченіи эclamпсіи.

Перейдемъ теперь къ специально акушерской терапіи эclamпсіи. Выше мною было уже указано, что приблизительно въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ эclamпсіи *inter partum* припадки прекращались сразу послѣ рожденія плода или если и повторялись, то въ значительно меньшемъ числѣ и силѣ; слѣдовательно много шансовъ говорить за прекращеніе припадковъ эclamпсіи, если только имѣется возможность окончить роды. Такого рода соображеніе конечно побуждало къ болѣе активному веденію родовъ. Мы насчитываемъ 169 родовъ оконченныхъ щипцами, 6—поворотомъ и извлеченіемъ, 22—извлеченіемъ при тазовыхъ предлежаніяхъ, 15—выжиманіемъ плода по *Kristeller'у*, 7—прободеніемъ и краниоклазіею, 4—кесарскимъ сѣченіемъ и 3—возбужденіемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, оставляя въ сторонѣ мелкіе оперативные и ручные приемы. Конечно не всѣ поименованныя операціи произведены въ смыслѣ терапевтическихъ приѣмовъ противъ эclamпсіи; показанія для значительнаго числа операцій были обычныя, не находившіяся въ зависимости отъ эclamпсіи, которая или появлялась позднѣе, или прекращалась раньше, или была слабо выражена, почему мы не руководились ею. Исключивъ эти случаи, остается все таки еще 66 извлеченій щипцами, послѣ которыхъ припадки эclamпсіи прекращались сразу и 40 случаевъ родовъ, по окончаніи которыхъ щипцами припадки повторялись 1—2 раза, болѣе рѣдко и въ болѣе слабой степени. Тотъ же эффектъ получился и послѣ другихъ родоразрѣшающихъ операцій. Въ виду этого мы считаемъ себя вправѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются условія для сравнительно безопаснаго окончанія родовъ, считать эclamпсію показаніемъ къ оперативному вмѣшательству и даже искусственнымъ путемъ создавать необходимыя условія для окончанія родовъ. Такъ напр. возможно ранній разрывъ плоднаго пузыря, играющаго во время родовъ въ сущности задерживающую роль, мы считаемъ положительно показаннымъ ради ретракціи зѣва

непосредственно съ подлежащей части, что при эклампсiи очень часто совершается съ поразительною быстротою. Точно также я вполне раздѣляю настоятельный совѣтъ *Dührssen*'а производить глубокіе надрѣзы влагалищной части въ случаѣ, если раскрытіе зѣва замедляется. Къ такимъ большимъ надрѣзамъ, какіе совѣтуетъ производить *Dührssen*, придется конечно прибѣгать крайне рѣдко, такъ какъ если маточный зѣвъ открытъ на столько или будетъ на столько расширенъ, что ложки щипцовъ могутъ быть введены, то въ большинствѣ случаевъ достаточно бываетъ нѣсколькихъ тракцій щипцами, чтобы окончательно расширить зѣвъ матки.

Весьма достоенъ вниманія совѣтъ *Dührssen*'а производить всѣ операціи на экламптичныхъ при *глубокомъ наркозѣ*. Уже съ давнихъ временъ мы придерживались такого образа дѣйствія и быть можетъ этому обстоятельству слѣдуетъ отчасти приписать благоприятные результаты, достигнутые въ нашемъ заведеніи.

Совѣмъ съ другой точки зрѣнія я смотрю на кесарское сѣченіе какъ родоразрѣшающую операцію при эклампсiи. Можно было предвидѣть, что, съ того времени какъ кесарское сѣченіе перестанетъ быть черезъ чуръ опаснымъ, показанія къ примѣненію этой операціи расширятся. Такимъ новымъ показаніемъ явилась эклампсiя. *Halbertsma*¹⁾ опубликовалъ цѣлый рядъ случаевъ, въ которыхъ онъ при тяжелой формѣ эклампсiи производилъ кесарское сѣченіе съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода. Несмотря однако на всѣ улучшенія методовъ операціи и устраненіе инфекціи, еще и въ настоящее время кесарское сѣченіе представляетъ операцію, отъ которой погибаетъ извѣстный процентъ оперируемыхъ. Спрашивается, имѣемъ ли мы право примѣнять при эклампсiи такую во всякомъ случаѣ опасную операцію? Теоретически разсуждая, мы должны отвѣтить: «да», въ виду того, что эклампсiя представляетъ еще большую опасность. Показаніемъ къ кесарскому сѣченію могли бы служить только тяжелыя формы эклампсiи; выше я указалъ, что изъ числа такихъ тяжелыхъ эклампсiй съ 16 и болѣе припадками, умирало отъ 30 до 40% матерей. Слѣдовательно если бы мы съ

¹⁾ Centralblatt f. Gynaek. 1889 г. стр. 904 и 1890 г. стр. 84.

положительностью могли бы знать, что опорожнение матки кесарским съчениемъ устранить эклампсію, послѣ чего намъ оставалось бы озаботиться только о присущей кесарскому съченію опасности, то, взвѣсивъ шансы, мы предпочли бы, имѣя въ виду роженицу, кесарское съченіе. Къ сожалѣнію предбугадать это мы не можемъ. Намъ извѣстно большое число случаевъ, въ которыхъ припадки, появившіеся во время родовъ, продолжались и по опорожненіи матки и даже значительно усиливались, или сопорозное состояніе, отекъ легкихъ и другія послѣдовательныя явленія припадковъ эклампсіи, вели, не смотря на то, что припадки прекратились, въ болѣе или менѣе короткое время къ смертельному исходу. Подобный исходъ мы можемъ ожидать и послѣ кесарскаго съченія. Оба кесарскихъ съченія, произведенныхъ въ нашемъ заведеніи на экламптичныхъ имѣли такой именно результатъ, что сома продолжалось и вело къ смерти. Безъ сомнѣнія картина, представляемая экламптичною послѣ первой полудюжины припадковъ дѣйствительно тяжелая настолько, что такіе врачи, которые, по удачному выраженію *Löhlein'a*, «по своему темпераменту героической рѣшимости вообще отдають предпочтеніе передъ выжиданіемъ», чувствуютъ въ себѣ потребность покончить дѣло во что бы то ни стало уже при такихъ условіяхъ. Такимъ путемъ легко возможно собрать рядъ кесарскихъ съченій съ благопріятнымъ исходомъ для матери и плода. Чего же мы достигнемъ этимъ? Какъ мы видѣли выше, отъ эклампсіи съ числомъ припадковъ менѣе 16 умираетъ 5,5% матерей, а отъ кесарскаго съченія?

Нельзя намъ ставить въ вину, если мы, при благопріятномъ теченіи нашихъ экламптичныхъ, рѣшимся на кесарское съченіе въ интересъ матерей только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ не смотря на всѣ принятыя терапевтическія мѣры «кровообращеніе и дыханіе все болѣе и болѣе затрудняется и въ которыхъ у роженицы, находящейся въ глубокомъ сопорозномъ состояніи, появляется *icterus (Lohlein)*, предположивъ конечно, что роды *per vias naturales* при этомъ невозможны и шейка еще не сгладилась. При такихъ условіяхъ второе, установленное всѣми авторами требованіе—плодъ долженъ быть живъ—едва ли когда либо можетъ быть удовлетворено.

Если къ тому же опытъ указываетъ, что ни при одной болѣзни такъ часто какъ при эклампсіи самая отчаянная картина внезапно неожиданнымъ образомъ измѣняется къ лучшему, такъ какъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ всякій прогнозъ становится невозможнымъ (*Löhlein* приводитъ весьма убѣдительный тому примѣръ, къ которому я могъ бы присоединить изъ нашей богатой казуистики не одинъ только подобный случай), то для кесарскаго сѣченія, какъ операціи долженствующей спасти жизнь при эклампсіи, остается крайне небольшой районъ, ограниченный съ одной стороны потерей надежды на всякую другую терапію и съ другой стороны состояніемъ роженицы, обозначаемое «*moribunda*». Если мы при такихъ условіяхъ помощью операціи ничего не достигнемъ, то мы не можемъ себя упрекнуть въ томъ, что не испробовали послѣдняго средства; если же результатъ окажется благопріятнымъ, то мы можемъ принять это съ благодарностью какъ милостивый подарокъ судьбы. Разсчитывать на плодъ при такихъ условіяхъ нечего.

На основаніи нашего матеріала я пытался изложить въ кратцѣ то, что мы выиграли до сихъ поръ въ борьбѣ съ эклампсіею; сравнивая наши результаты съ таковыми другихъ родильныхъ домовъ, мы можемъ назвать ихъ весьма благопріятными. Тѣмъ не менѣе и наша смертность еще довольно высока, почему искренно желаю, чтобы, оживившаяся въ послѣднее время работа въ области эклампсіи обогатила бы наше знаніе о сущности болѣзни и дала бы намъ новыя оружія для болѣе успѣшной борьбы за спасеніе матери и плода.

XXIII.

КЪ КАЗУИСТИКЪ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ.

К. А. Бѣлиловскаго.

(Читано въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ 26 ноября 1892 года).

Мм. Гг.! Я не безъ нѣкотораго смущенія приступаю къ изложенію исторій девяти произведенныхъ мною въ Сибири чревосъченій,—это по той причинѣ, что мнѣ приходится дѣлать свое сообщеніе въ обществѣ, многіе члены котораго уже давно перешли за между собою оваріотоміи и навсегда увѣковѣчили свое имя, связавъ его съ тѣмъ или другимъ оперативнымъ способомъ, вообще съ исторіей чревосъченія въ нашемъ отечествѣ. Но мои случаи, если не представляютъ особаго интереса для спеціалиста, гинеколога-хирурга, то, надѣюсь, представляютъ таковой для тѣхъ врачей, которые, какъ я въ теченіи 6 лѣтъ изо дня въ день, силой необходимости принуждены бываютъ оказывать врачебную помощь всѣмъ обращающимся къ нимъ больнымъ, какими-бы болѣзнями они ни были одержимы.

Предъ вами не спеціалистъ, а врачъ-практикъ, который долженъ былъ на далекой окраинѣ одинаково часто орудовать и глазнымъ, и ушнымъ, и горганнымъ, и маточнымъ зеркалами, котораго скальпель долженъ былъ не только вскрывать панариціи, но проникать и въ сокрытыя черепную, грудную и брюшную полости. Были неудачи, но были и успѣхи, которые и давали смѣлость попытать свои силы въ новой для него области.

Первая оваріотомія у предѣловъ Сибири, на границѣ между Европой и Азіей сдѣлана, какъ извѣстно, въ Нижне-Тагильскѣ въ 1876 г. 13-го ноября скромнымъ, но неутомимымъ труженикомъ, *П. В. Кузнецкимъ*. Первая эта оваріотомія кончилась выздоровленіемъ. Съ 1876 по 1885 годъ *Кузнецкій* произвелъ 46 оваріотомій, изъ коихъ

только 9 кончились детально. *Кузнецкій* былъ первый пионеромъ этой операціи на востокѣ, онъ первый прорубилъ въ Уралѣ ворота, чрезъ которыя эта операція проникла въ Сибирь. Въ Сибири, именно въ Тобольскѣ эта операція произведена, кажется, впервые, въ 1877 году, 8 декабря, *Зацвилеховскимъ*, и также съ успѣхомъ ¹⁾. Второй и третій его случаи кончились смертью. Затѣмъ эту операцію, числомъ 5, произвелъ въ Сибири *Березницкій*, частью въ Тобольскѣ, частью въ Томскѣ. Первый его случай былъ 17 ноября 1882 г. въ Тобольскѣ. Изъ этихъ пяти его случаевъ 1-й, 3-й и 4-й кончились смертью ²⁾. Въ 1885 г., 29 января, сдѣлалъ съ успѣхомъ эту операцію въ Тобольскѣ *Льневичъ*. Въ 1884 г., 6 ноября проникла эта операція въ страну Сартовъ, въ Ташкентъ, гдѣ сдѣлалъ ее *Бредовъ*.

Въ 1890 г., 14 марта, я первый перенесъ эту операцію въ Киргизскую степь, въ степное генераль-губернаторство, именно въ Петропавловскъ Акмолинской области. Въ теченіи лѣта 1890 г. я произвелъ еще 6 оваріотомій, а въ минувшее лѣто, будучи командированъ изъ Омска въ Петропавловскъ, я произвелъ еще два чревосѣченія,—всего, значитъ девять.

Въ Петропавловскѣ я неоднократно слышалъ (не знаю, на сколько вѣренъ этотъ слухъ), что и въ Курганѣ, Тобольской губерніи, производилась эта операція врачомъ *Бартошевичемъ*. Сколько операцій, когда и съ какимъ успѣхомъ, неизвѣстно, такъ какъ онъ никогда объ этомъ не сообщалъ, о чемъ, въ интересахъ постепеннаго развитія этой операціи, ея исторіи въ Россіи, особенно въ Азіи, нельзя не пожалѣть, какъ вообще нельзя не пожалѣть о томъ богатомъ казуистическомъ матеріалѣ, который у насъ, въ противоположность Западу, лежитъ похороненнымъ подъ толстымъ пластомъ провинціально-захолустной тины. Въ 1891 г., эту операцію произвелъ 6 разъ и всѣ съ успѣхомъ д-ръ *Вангородскій* въ Красноярскѣ.

Первый случай оваріотоміи представился мнѣ, какъ я уже сказалъ, въ мартѣ мѣсяцѣ 1890 года. До этого же времени я не только самъ не производилъ ее, но нигдѣ

¹⁾ Матвѣевъ. Матеріалы къ вопросу объ оваріотоміи. СПб. 1886.

²⁾ Журналъ Акуш. и женск. бол. 1888. стр. 661.

никогда не видалъ ее, не смотря на то, что въ то время, когда я былъ studiosus'омъ almae matris Windobonensis, *Billroth* праздновалъ въ павильонѣ Gartenbaugesellschaft, уже свою сотую оваріотомію. Но тогда еще строже, чѣмъ нынѣ, оберегали входъ въ святая святыхъ, гдѣ производились оваріотоміи. Мы, студенты, тихохонько стояли въ заднемъ коридорчикѣ, ведущемъ въ аудиторію, и безмолвно вдыхали распыляемые тогда еще шипящимъ *sprau* тимоловые пары, и напряженно прислушивались къ ровному и всегда спокойному, не громкому голосу *Billroth*'а. Насъ даже во время обхода больныхъ ни *Billroth*, ни бывший его ассистентъ *Wölfler* не пускали, что называется, и глазкомъ взглянуть на такихъ больныхъ. Тогда, кажется, еще въ большей степени, чѣмъ теперь, вѣрили въ передачу бактерій на разстояніи. Мы удостоивались и сподоблялись только видѣть громадные надутые и высушенные пузыри (кисты). Единственный разъ я присутствовалъ на оваріотоміи у *v. Dumreicher*'а. Этотъ хирургъ, въ противоположность *Billroth*'у, былъ врагомъ антисептики, и эту оваріотомію, одну изъ немногихъ, произведенныхъ имъ, онъ, какъ и всѣ свои операции, производилъ предъ цѣлою весьма многочисленною аудиторіей. Я тогда попалъ подъ самый потолокъ, испытывалъ вмѣстѣ со всѣми товарищами какое-то необыкновенное чувство, сознавая, что тамъ внизу *v. Dumreicher*, *Nicolodoni* и *Dlauhy*, дѣлаютъ что-то необычайное надъ молодой женщиной, висящей на волоскѣ отъ смерти. Но видѣть я изъ за толпы рѣшительно ничего не могъ. Эту больную намъ представляли по выздоровленіи съ краснымъ рубцемъ вдоль бѣлой линии.

Вотъ почему я, будучи хотя въ нѣкоторой степени уже опытнымъ въ хирургическихъ операціяхъ, приступилъ къ первой своей оваріотоміи съ особеннымъ трепетомъ и робостію.

Дѣло, вкратцѣ сказать, было такъ: 6-го марта 1890 года явилась ко мнѣ въ городскую больницу Петропавловская мѣщанка, Анна Богданова, 28 лѣтъ съ жалобой на образовавшійся въ животѣ «колобокъ». Осмотръ и изслѣдованіе: шарообразная опухоль, величиною съ большой арбузъ, выступающая въ нижней половинѣ живота, на ощупь гладкая флуктуирующая, легко подвижная во всѣ стороны.

Богданова сообщаетъ, что первыя регулы появились у ней на 14 году,

вышла замужъ на 18 году. Года два назадъ почувствовала утромъ въ нижней части живота сильныя боли, продолжавшіяся недѣли двѣ. Вслѣдъ за симъ замѣтила слѣва внизу подвижную опухоль величиною съ куриное яйцо, постепенно увеличивавшуюся. Во время регулъ, тогда еще правильныхъ, нестерпимыя боли. Въ послѣдній разъ рубашка поалѣла 2-го марта, т.е. 4 дня до осмотра. Запоры. Когда калится, внизу также сильныя боли. Моча какъ слѣдуетъ. Упитана хорошо.

Главная непріятность, заставившая ее обратиться ко мнѣ, это то, что колобъ этотъ, по ея словамъ, иногда «подвертывается подъ лѣвое ребро», и причиняетъ ей невыносимыя страданія. Сначала было бабки говорили, что она въ тягости, въ настоящее же время, послѣ 2-хъ лѣтъ онѣ стали баить, что въ ней сидитъ, молъ, *порча*. Послѣ всесторонняго изслѣдованія я опредѣлилъ: простая киста лѣваго яичника, вѣроятно безъ сращеній. Я отпустилъ больную съ наказомъ явиться черезъ три дня. Въ это время я дни и ночи просидѣлъ надъ штудированіемъ болѣзней яичниковъ, прочелъ все, что имѣлось у меня подъ руками: учебники проф. *Славянского, Соловьева*, и нѣмецкія руководства *Scanzoni, Schröder'a, Martin'a* и *Winkel'я*. Кромѣ этого все, что нашлось за 10-ть лѣтъ во «Врачѣ» и *Chirurgisches Centralblatt*. И я рѣшился на эту, все-же страшную для меня операцію по двумъ причинамъ: 1) Больную излѣчить можетъ только одна операція, на которую кромѣ меня въ той мѣстности не рѣшится никто; о поѣздкѣ-же больной въ Казань, по причинѣ ея бѣдности и рѣчи не могло быть. 2) Скажу откровенно: послѣ многихъ крупныхъ съ успѣхомъ произведенныхъ мною операцій, меня шибко подмывало сдѣлать еще и оваріотомію. Богданова поступила въ больницу. До 12 марта я колебался: дѣлать, не дѣлать, наконецъ рѣшился.

Здѣсь, можетъ быть, умѣстно будетъ описать тѣ приготовления, которыя я предпослалъ операціи.

Отдѣльной операціонной комнаты въ городской больницѣ, устроенной на 10 коекъ въ бывшемъ жиломъ деревянномъ домѣ, не имѣется ¹⁾. Всѣ операціи я дѣлалъ въ

¹⁾ Смори мой «Медико-статистическій и санитарный очеркъ г. Петропавловска. Томскъ. 1887 г.»

приемной комнатѣ. Эту-то комнату я и приспособилъ для операциі оваріотоміи. Я велѣлъ всю мебель вынести, потолокъ и стѣны выбѣлить, полъ, двери и окна вымыть сублимагнымъ растворомъ (1 : 500), операционный столъ нѣсколько разъ ошпарить кипяткомъ. Затѣмъ я въ продолженіи сутокъ провѣтривалъ это помѣщеніе. Наканунѣ операциі вечеромъ печь протоплена, окна и двери по возможности плотно закрыты, послѣ чего внесенъ былъ большой тазъ съ горячей 10% карболовой водою; въ этотъ тазъ брошены были раскаленные кирпичи и куски желѣза, отъ чего вся комната наполнилась удушливымъ карболовымъ густымъ туманомъ, который и оставался въ запертой комнатѣ всю ночь. Губки, марля, инструменты чистились, а различные карболовые растворы приготавливались лично мною и моимъ очень опытнымъ и расторопнымъ фельдшеромъ подъ моимъ наблюдениемъ. Однимъ словомъ суета, бѣготня и приготовленія экстраординарныя. Я и приглашенный на операцию военный врачъ мѣстнаго лазарета, какъ и весь персоналъ — два фельдшера, повивальная бабка, сидѣлка и служитель — вымылись наканунѣ въ банѣ. Больная приготовлена ванной, слабительнымъ, клизмой и опорожнениемъ мочевого пузыря, *Mons veneris* обрить.

14-го марта въ 10 часовъ утра операциа. Каждому ассистенту опредѣлена роль. Больная захлороформирована; животъ обмытъ мыломъ, 3% карболовой водою и эипромъ. Все это я сдѣлалъ самъ. Теперь я взялся за ножъ. Но вмѣсто обычнаго бойкаго удара, робкіе, неувѣренные и съ частыми остановками разрѣзы брюшнаго покрова бѣлой линіи на 3 сантиметра ниже пупка. Маленькія вены кровоточили, брызнула ничтожная артерійка, на всѣ эти кровоточащія мѣста, на которыя я въ настоящее время не обратилъ бы вниманія и просто шоркнулъ бы марлевой салфеткой, я спѣшно накидывалъ задвижные и *Péan*'овскія щипчики, помня строгое требованіе въ учебникѣ *Martin'a* — тщательно остановить кровотеченіе въ брюшной ранѣ до вскрытія брюшины. Меня тревожило и безпокоило, что все еще нѣтъ брюшины. Наконецъ и она показалась, выпятившись въ рану. Щипчики, числомъ кажется, 16, я снялъ только послѣ того, какъ перевязалъ каждое ущемленное ими мѣсто тонкимъ катгутомъ. Затѣмъ я поднялъ брюшину анатомическимъ пинцетомъ, надрѣзалъ, ввелъ лѣвый указательный палецъ въ брюшную полость и по немъ удлинилъ разрѣзъ брюшины вверхъ и внизъ посредствомъ согнутыхъ ножницъ. Внизу разрѣзанные края брюшины въ двухъ мѣстахъ кровоточили, — эти мѣста я также захватилъ въ щипчики и перевязалъ. Предстала выпуклая, гладкая синевато-молочнаго цвѣта по-

верхность опухоли съ змѣнидно извитыми на ней венами и сѣтью тонкихъ извилистыхъ красныхъ развѣтлений. Я зашелъ, какъ вычиталъ въ учебникахъ, рукою въ брюшную полость, обвелъ ею всю опухоль и убѣдился, что сращеній нѣтъ. При попыткѣ извлечь опухоль щѣликомъ, это не удавалось, такъ какъ больная напрягала брюшныя стѣнки, при чемъ вытекало изъ брюшной полости порядочное количество серозной жидкости. Тогда я вколовъ въ опухоль обыкновенный троакаръ, которымъ я пользовался при асцитахъ, защитилъ брюшную рану теплыми салфетками, лежавшими долго въ 5^o/_o, а предъ операціей въ 1^o/_o теплой карболовой водѣ, поставилъ тазикъ и вынулъ стилетъ. Изъ канюли дугой ударила прозрачная соломеннаго цвѣта жидкость. Шаръ началъ ссадаться. По мѣрѣ его спаденія, я его извлекалъ все больше и больше, пока онъ весь не очутился наружи, къ удивленію, конечно, всего персонала. Ножку, въ составъ которой входила гинеремпированная, мясистая труба, я захватилъ въ широкій зажимъ, крѣпко на крѣпко перевязалъ въ двухъ мѣстахъ вдвое сложеннымъ карбол. шелкомъ 4-го номера и между лигатурами перерѣзалъ. Опухоль отвалилась въ руки фельдшера. Культю, удерживаемую въ зажимъ, я передалъ ассистенту, затаивъ ее ниже накинутаго уже петли еще разъ толстымъ шолкомъ и, убѣдившись, что она не кровоточитъ, я освободилъ ее отъ зажима, при чемъ она нырнула въ глубь между кишечными петлями. Правый яичникъ оказался здоровымъ. Одноэтажный шовъ десятию глубокими стѣжками, захватившими и брюшину, присыпка бѣлоформомъ и щедрая антисептическая повязка. Не смотря на то, что мнѣ самому приходилось и захватывать и перевязывать кровоточившія мѣста, доставать инструменты, вдѣвать въ иглы шолковыя нитки, снимать шариками кровь и по временамъ слѣдить за пульсомъ (персоналъ мой растерялся и суетился), операція эта длилась всего лишь 1 ч. и 15 минутъ.

Больная уложена въ постель въ операціонной же комнатѣ для изоляціи отъ прочихъ больныхъ. На повязку пузырь со льдомъ. Къ бокамъ и ногамъ бутылки съ горячей водой. Опухоль оказалась, по крайней мѣрѣ для невооруженнаго глаза, простой однополостной кистой лѣваго яичника. Надутый и высушенный пузырь съ частью засохшей трубы на немъ хранится въ больницѣ. Не входя во всѣ подробности скорбнаго листа, я отмѣчу только главные моменты послѣопераціоннаго періода. Съ 14 по 18 марта я почти не оглучался отъ больной ни на минуту. Я отмѣчалъ и заносилъ въ скорбный листъ t^o и всѣ явленія не только три раза въ день, но каждые полчаса.

Къ вечеру того-же дня тошнота, позываетъ на рвоту. Назначено 2 капли *t-rae opii simplicis*. Ночью вырвало 3 раза. Мочилась сама. Моча бурая, цвѣта темнаго пива. T^o нормальная.

15-го утромъ t^o нормальная, днемъ 37,6, вечеромъ 38,0, чувствуетъ себя хорошо. Моча еще темнѣе, почти кофейнаго цвѣта. Очевидно—вліяніе карболки, на которую я не скупился во время операціи. Въ 7 часовъ вечера обильная рвота, слабый пульсъ, тоска. Получила $\frac{1}{2}$ рюмки мадеры, глотаетъ льдинки.

16-го угромъ t^o 37,7; гов орить, что начало кишки перебирать. Больная повеселѣла, вмѣстѣ съ ней и операторъ, находившійся послѣ операции еще въ большей тревогѣ, нежели до и во время операции. Днемъ 38. Вечеромъ 37,7.

17-го угромъ t^o нормальная, какою уже оставалась до выписки больной изъ больницы. 17-го же Богданова заявила, что «рубашка покрасилась». 21-го регулы прошли. 22 удалены швы. *Prima intentio*. 4-го апрѣля выписалась здоровой, вопреки предсказаніямъ и нетерпѣливымъ ожиданіямъ многихъ смерти ея.

Это былъ триумфъ, который вознаградила меня за всѣ бессонныя ночи, за всѣ тревоги и нравственныя изныванія, пережитыя мною въ душѣ въ тайнѣ отъ другихъ.

Любопытно, что послѣ этой операции, мѣстный дѣятель, онъ-же вліятельный гласный думы, ходатайствовалъ предъ городскимъ головой о воспрещеніи мнѣ управой производить въ городской больницѣ подобныя операции, которыя по объясненію, данному имъ городскому головѣ, ничѣмъ не отличаются отъ обезглавливанія. Этотъ Сибирскій *Robert Lee* нашель, къ сожалѣнію, сторонника въ одномъ изъ присутствовавшихъ при операции,—и вотъ мѣстная власть негласно нарядила ко мнѣ въ больницу лице, убѣдиться, жива-ли Богданова и есть-ли надежда на ея выздоровленіе, и правдоподобно-ли, что я удалилъ изъ ея брюха «порчу въ видѣ безголоватаго младенца съ косичкой на крестцѣ».

Не взирая на все это, слухъ объ этой операции, благодаря киргизамъ, этимъ живымъ быстрымъ телеграммамъ степи, облетѣлъ всю степь и многія волости сосѣдняго Ишимскаго округа. И уже 12-го апрѣля привезли ко мнѣ 42-хъ-лѣтнюю киргизку Петропавловскаго уѣзда и волости, Заліяху Джелкыбаеву съ опухолью въ животѣ. Это 1-й примѣръ, чтобы киргизка добровольно довѣрилась русскому *тартуру* (врачу) и его пожу, а не своему знахарю. Явившись ко мнѣ въ сопровожденіи мужа и всей почти родни (такой у нихъ обычай), она спросила: «ты докторъ, што резала бруха?» На утвердительный мой отвѣтъ, она безъ разговора распустила очкуръ своихъ шароваръ, обнажила животъ и, схвативъ мою руку, приложила ее къ выступающей въ нижней части живота опухоли. Изъ разспросовъ я узналъ:

У больной рано, не помнить когда, открылись регулы. 16-ти лѣтъ вышла замужъ. Рожала 6 разъ. Три года назадъ замѣтила опухоль внизу живота слѣва, величиною, по ея сравненію, немножко больше шарика конского кизяка. Опухоль постепенно увеличивалась, причиняя ей часто сильныя боли, обострившіяся въ особенности во время регулъ. Годъ ужъ, какъ регулы прекратились. Въ положеніи больной на сплнѣ прощупывается у ней въ брюшной полости, овальной формы, величиною съ дѣтскую голову, упругая, нѣсколько подвижная опухоль. Мѣстами прощупываются на опухоли болѣе твердые бугры. Съ правой стороны прощупывается также немножко подвижная опухоль величиною съ крупное куриное яйцо. Поставленъ діагнозъ: кисты обоихъ яичниковъ съ вѣроятными, незначительными сращеніями, или если безъ оныхъ, то съ короткими ножками. Операция, на которую киргизка согласилась, сдѣлана 16 апрѣля, въ 12 ч. дня. Помогали два фельдшера, акушерка и смотритель больницы. На этотъ разъ я отъ карболовой кислоты совсѣмъ отказался, во избѣжаніе явленій отравленія, замѣченныхъ у Богдановой. Инструменты я прокипятилъ въ содовой водѣ и погрузилъ предъ операцией въ 80 градусный спиртъ. Губки были отстранены. Ихъ замѣнила прокипяченная въ обыкновенной водѣ и высушенная марля. Персоналъ я просилъ только быть въ чистыхъ бѣлыхъ костюмахъ. Наканунѣ операциі полъ, двери, столъ и окна вымыты обыкновенной водой. Больная подготовлена ванной, клизмой. *Mons veneris*, уже бритый у нея по обычаю, еще разъ гладко выбрить и обмыть кипяченой водою. Животъ вымыть мыломъ, водою, а для обезжиренія эфиромъ. Въ началѣ хлороформированія Джилкибаева подняла оглушительный волчій вой, длившійся минутъ 8. Разрѣзъ ниже пупка по бѣлой линіи въ 10 сент. На этотъ разъ ножъ ударялъ бойко и увѣренно. Предбрюшинная клѣтчатка довольно толстая. Кровь снималась сухими марлевыми салфетками. По вскрытіи брюшины предстала опухоль съ приросшимъ на верху салъникомъ, часть котораго удалось легко отдѣлить, часть-же, послѣ должныхъ лигатуръ, резецировать. Ножка лѣвой кисты короткая, широкая, состоитъ изъ трубы и связокъ. Проколъ обыкновеннымъ троакаромъ. Въ началѣ жидкость прозрачная, потомъ молочнаго сывороточного цвѣта. Киста уменьшилась и извлечена изъ брюшной раны. Въ ней прощупывалась еще другая напряженная киста, надъ которой стѣнки наружнаго довольно толстаго мѣшка подымалась въ складки. Ножка перевязана 4 лигатурами изъ обыкновеннаго шелка, прокипяченнаго въ водѣ, отрѣзана и опущена. Послѣ этого я извлекъ цѣликомъ кисту праваго яичника, перевязалъ ножку 2 лигатурами, отрѣзалъ ее и культю также опустилъ въ брюшную полость. Приступлено къ швамъ. Больная просыпается, начинаетъ выть и напрягаетъ животъ, выпадактъ кишечныя петли. Хлороформировать нечѣмъ: по моей винѣ хлороформъ не былъ припасенъ въ достаточномъ количествѣ къ этой операциі. Съ трудомъ удалось вправить кишки. Одноэтажный брюшину захватывающій шовъ изъ 11 стежекъ. Положена повязка изъ мочала. Больная перенесена въ женскую палату на свою койку среди другихъ больныхъ. Операция длилась около 40 минутъ.

По вскрытіи сумки лѣвой кисти, въ ней оказалась еще вторая, довольно плотная и чѣмъ-то наполненная сумка бѣлесоватаго цвѣта. Я разрѣзалъ ножницами наружный мѣшокъ и вывалилъ второй въ глубокую тарелку. Мѣшокъ разорвался и изъ него посыпались и выкатились яички величиною отъ крапнаго зерна до гусиного яйца. Я ихъ насчиталъ 180 штукъ. Вторая сумка имѣла пластинчатое строеніе, пластинки ногтемъ легко отдѣлялись и рвались лоскутьями. Мнѣ пришла мысль, не имѣю-ли я предъ собою эхинококка, и я провѣрилъ себя посредствомъ микроскопа, подъ которымъ я на нѣсколькихъ стеклышкахъ нашелъ четыре восьмиобразные scolices, характерные клещи, а также пластинчатое строеніе пленокъ.

Этотъ рѣдкій препаратъ хранится въ больницѣ. Случай этотъ въ началѣ меня нисколько не поразилъ, такъ какъ во первыхъ я хорошо зналъ, въ какомъ тѣсномъ соприкосновеніи находятся киргизы съ собаками, во вторыхъ, за неимѣніемъ литературныхъ справокъ, я не зналъ, что мой эхинококкъ яичника, если не единственный случай, то во всякомъ случаѣ чрезвычайно рѣдкая патологическая находка. Въ настоящее-же время, просмотрѣвши доступную мнѣ литературу, я ни у одного автора, какъ изъ числа патологовъ, такъ и клиницистовъ, не нашелъ подобнаго случая.

Во всякомъ случаѣ, я долженъ оговориться, что болѣе точное микроскопическое изслѣдованіе препарата должно окончательно выяснить, на сколько его можно признать эхинококкомъ именно яичника. Препаратъ сейчасъ находится въ Петропавловскѣ, но я уже просилъ его выслать и надѣюсь въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій Общества демонстрировать его.

Опухоль лѣваго яичника оказалась простой кистой съ прозрачнымъ содержимымъ.

Послѣ операціи больная не спокойна. Воетъ отвратительно-протяжно, совершенно какъ голодный волкъ въ степи. Я принужденъ былъ дать 2 грамма хлораль-гидрата, послѣ чего она уснула до вечера. Проснулась спокойная. безпрестанно просить «бирь су» (дай воды). Охотно и жадно глотаетъ льдинки.

17 утромъ t° 37,7°. Днемъ 38,4°. Вечер. 38,1°. Почувствовала болѣзненное передвиженіе въ кишкахъ.

18 утромъ 38,4°. Жажда. Чувствуетъ себя «яхшы». Вечеромъ t° 38,6°.

19 утромъ 37,7. Данъ приемъ кастороваго масла. Вечеромъ 37,4°. Ночью обильный стулъ.

20.—37,1°. Съ этихъ поръ t° ни разу не переступала нормы. Съ 22-го получаетъ кумысъ.

24.—Просить баранину. Получила *кувырдак* (очень вкусное блюдо из молодого бараненка). Вечером получила *катык* (простоквашу). В этот-же день удалены швы.

4 мая пріѣхаль за ней мужъ, но она, хотя и дикарка, такъ благодарна была и съ такимъ благоговѣніемъ относилась ко мнѣ, что не охотно послѣдовала за мужемъ и разсталась съ больницей со слезами.

8 июня того-же года явилась ко мнѣ вторая киргизка Катымъ Байгулина, 25 лѣтъ, изъ Петропавловскаго уѣзда и волости. Сильный цианозъ. Одышка. Общее питаніе плохое. Измѣренія живота: окружность по пупку 180 сантим., отъ мечевиднаго отростка до пупка 45 сент., отсюда до лобка 39. Брюшная стѣнка сильно растянута, напряжена, блеститъ. Кожныя вены толстыя, наполненныя.

Сильный асцитъ, не позволяющій что-либо прощупать въ животѣ. Въ мочѣ ничтожныя слѣды бѣлка. Сердце, хотя работало ускоренно и слабо, но органически въ порядкѣ. Въ легкихъ также ничего нехорошаго не нашель. Крожѣ водянки живота, нигдѣ ни малѣйшаго отека. Больная съ трудомъ рассказала, что первыя краски на бѣлѣ появились на 13 году, послѣ чего не показывались около года. Съ четырнадцати-же лѣтъ обозначались акуратно. Замужъ вышла 15-ти лѣтъ отъ роду. Дѣтей не было, вслѣдствіе чего мужъ ея, 3 года назадъ женившись на другой, съ нею, т. е. съ больной, но все-таки главной женой (байбачи) не имѣлъ супружескихъ сношеній. 6 лѣтъ тому назадъ, стало быть на 19 году, она замѣтила у себя подъ правымъ подреберьемъ опухоль, которая постепенно увеличивалась все больше и больше. Одновременно съ этимъ она стала чувствовать въ животѣ какъ-бы переливаніе воды. Настоящихъ громадныхъ размѣровъ животъ достигъ только за послѣдніе 5—6 мѣсяцевъ. Ъсть мало, но охотно. Ходитъ жидко два-три раза въ сутки. Съ цѣлью уменьшить напряженность брюшныхъ покрововъ и получить нѣкоторый доступъ съ брюшнымъ органамъ, *respective* къ печени, да и ради больной, нуждавшейся въ немедленномъ облегченіи, сдѣлана была 9-го іюня пункція. Выпущено 17 кило прозрачной соломеннаго цвѣта жидкости. Съ больной легкой обморокъ. Уложена въ постель. 10 іюня чувствуетъ облегченіе, но въ общемъ не хороша. Изслѣдованіе обнаружило большую опухоль въ области печени. Нижний ея край касался въ правой аксиллярной линіи *spina anter. super. os. 11ei*. Отсюда граница направлялась внутрь и нѣсколько вверхъ къ пупку, переходила черезъ бѣлую линію вѣво и кончалась не доходя до лѣвой мамиллярной линіи на поперечный палецъ. Вверху границы притупленія были на 2 пальца выше нормы. Внизу можно было почти всюду, въ особенности подъ лѣвымъ, болѣе острымъ краемъ опухоли подойти подъ нее рукою. Опухоль неподвижная, плотная съ гладкой поверхностью; даже при мягкомъ надавливаніи болѣзненна. Въ тоже время я нащупалъ на 4 поперечные пальца ниже пупка два колбочка, одинъ величиною съ грецкій орѣхъ, другой въ три раза больше. Колочки подвижны во всѣ стороны, немножко болѣзнены. Опухоль эти приняты были за каловыя комочки.

Отъ діагноза, даже приблизительнаго, я воздержался. Тутъ многое могло быть.

Принимая во вниманіе: 1) тяжелое состояніе больной, 2) что если съ опухолью нельзя справиться кореннымъ образомъ, то можетъ быть удастся удалить хоть часть ея, наконецъ 3) чтобы ad oculos выяснитъ себѣ, въ чемъ дѣло, я рѣшился на пробаторную лапаротомію. Кромѣ того я думалъ, авось мнѣ послѣ пробнаго разрѣза все-таки удастся спасти больную. Къ этому меня особенно поощряли слова профессора *Славянскаго* ¹⁾, считающаго «пробный разрѣзъ показаннымъ даже и тогда, когда хотя-бы изъ 10 случаевъ, благодаря ему, удалось спасти одну больную».

Я охотно допускаю, что я остановился тогда на этомъ рѣшеніи еще и потому, что я просто на просто увлекся этой операціей и пожелалъ попытать свое счастье въ третій разъ.

24 іюня сдѣлано чревосѣченіе. На этотъ разъ я совершенно отступилъ отъ всякой антисептики и только старался соблюсти возможную чистоту.

Отварная чистая вода, прокипяченная марля, шелкъ, тонкое мочало вмѣсто ваты, мыломъ вымытые инструменты. Операція въ 11 ч. утра. Обычный разрѣзъ по бѣлой линіи между пупкомъ и лоннымъ сращеніемъ длиною въ 12 сент. Вытекло много серозной жидкости. Колобки, принятые за каль, оказались принадлежащими сальнику; послѣ нѣсколькихъ лигатуръ я ихъ легко удалил. Должно замѣтить при этомъ, что ни вблизи отъ этихъ колобковъ, ни дальше отъ нихъ, я не нашелъ подобныхъ гиперплазій. Такъ какъ главная опухоль все-таки не была вполне доступна для глаза, то разрѣзъ былъ удлинень на 6 сент. выше пупка, съ обходомъ послѣдняго слѣва. Предъ нами предстала печень громаднхъ размѣровъ, твердой консистенціи, темно-багроваго или пожалуй даже аспиднаго цвѣта. На этомъ прекратилась операція. Одноэтажный шовъ изъ 14 стежекъ, повязка и въ постель. Ледъ на животъ, горячія бутылки къ ногамъ. Послѣ операціи у больной замѣтны упадокъ силъ. Вечеромъ t° 35,5°. Дыханіе частое, поверхностное, пульсъ слабый.

15-го утромъ t° 36,8. Чувствуетъ себя нѣсколько лучше. Боли въ животѣ притихли. Вечеромъ: сильная жажда; ни отрыжекъ, ни тошноты.

16. t° нормальная. Ночь провела сравнительно спокойнѣе. Назначено $\frac{1}{2}$ бутылки кумысу и холодное молоко. Мочу, выпускаемую первыя сутки посредствомъ катетра, выдѣляетъ теперь сама. 17, 18-го t° нормальная.

19.—Былъ первый стулъ, обильный и жидкій.

¹⁾ К. Славянскій. «27 лапаротомій СПб. 1884. стр. 20.

Получаетъ въ день бутылку кумысу, полбутылки молока и чай.

22-го вечеромъ удалены швы.

26-го. Сидить. Получаетъ маханъ. (вареную баранину).

27-го, слѣдовательно на 13-й день послѣ операціи, встала.

3-го іюля выписалась очень довольная состояніемъ своего здоровья. Отпуская ее, я сказала фельдшеру: радъ, что хоть она довольна и собою и нами, я же недоволенъ ни ею, ни собою.

Въ сентябрѣ того же года, я отъ другихъ киргизовъ къ моему удивленію узналъ, что она не только живетъ, но даже мало по малу поправляется. Меня это заинтересовало, и я попросилъ передать ей о моемъ крѣпкомъ желаніи видѣть ее. Въ срединѣ октября она заявила. Одышки нѣтъ, легонькій цанозъ. Выглядитъ вообще лучше. Печень уменьшилась. Я тогда отмѣтилъ у себя: «нижняя граница печени отступила вверхъ на $2\frac{1}{2}$ пальца; пальпирующая рука чувствуетъ общее ея уменьшеніе».—Въ минувшее лѣто, провѣдавъ о моемъ пріѣздѣ въ Петропавловскъ, многія изъ бывшихъ моихъ больныхъ явились ко мнѣ, въ томъ числѣ и Байгулина. Увидѣвши ее все еще живой и даже здоровой, я чрезвычайно былъ пораженъ и невольно вспомнилъ изрѣченіе: *in rebus medicandi et restaurandi est summus magister natura*.

Нижній край печени прощупывался теперь только на 3 сантиметра ниже реберной дуги. Консистенція прощупываемой печени все еще кажется слишкомъ плотною. Цвѣтъ лица сравнительно съ прежнимъ здоровый. Въ состояніи исполнять всѣ физическія, у киргизокъ, очень трудныя работы.

При оцѣнкѣ даннаго случая возникаютъ два вопроса: первый—о характерѣ патологическаго процесса въ печени, и второй—о терапевтической роли произведеннаго чревосѣченія. Что касается перваго вопроса, то, не беря на себя его рѣшенія, я не могу не сдѣлать предположенія о существованіи у больной гипертрофическаго цирроза печени. По крайней мѣрѣ, такое предположеніе мнѣ кажется наиболѣе вѣроятнымъ, и имъ всего проще объясняется дальнѣйшее теченіе болѣзни, а именно—переходомъ гипертрофическаго цирроза въ атрофическій, который вѣроятно въ ближайшемъ-же будущемъ приведетъ къ летальному исходу.

Обращаясь-же къ вопросу о терапевтическомъ эффектѣ чревосѣченія — конечно, временномъ — невольно вспоминается столь-же не выясненная роль чревосѣченія при бугорчаткѣ брюшины и вообще, цѣлительное значеніе такъ называемой *laparotomia per se*, констатированное многими авторами неоднократно.

Д-ръ *А. И. Кармиловъ* въ своей статьѣ «Эхинококкъ печени» (Хирургическая лѣтопись. 1892. № 3) приводитъ слѣдующія слова *L. Tait*: «въ своей практикѣ ему, т. е. *L. Tait*у, неоднократно приходилось убѣждаться, что во многихъ случаяхъ даже большія опухоли печени исчезали безслѣдно только послѣ эксплоративнаго разрѣза».

Къ разряду подобныхъ-же казусовъ до извѣстной степени относится и слѣдующее мое чревосѣченіе. Этотъ случай, кажется, единственный въ своемъ родѣ. Весь интересъ его заключается въ оборотѣ, какой приняла операція на столѣ и въ исходѣ операціи. Этого оборота, конечно, не было-бы, и врядъ-ли была-бы вообще предпринята сама операція, если-бы больная попала въ руки врача, болѣе опытнаго, чѣмъ я. Вотъ этотъ случай:

Ольга Бровина, 23 лѣтъ, крестьянка Ишимскаго округа Соколовской волости. До того худая, что похожа на скелетъ, обтянутый сухою кожей, землистаго цвѣта. Своимъ видомъ она напоминала мнѣ мумію. Можете себѣ представить степень ея исхуданія по вѣсу ея, который, при среднемъ ростѣ ея тѣла равнялся 1 пуду $22\frac{1}{2}$ фун. Рассказываетъ, что первыя регулы на 17 году. Замужъ вышла 21 года. 4 года тому назадъ родила мальчика, котораго — «Богъ прибралъ». Послѣ этого не рожала. Регулы были правильныя, всѣмъ была здорова, все время «рѣдила». Въ октябрѣ минувшаго. т. е. 1889 года замѣтила въ правой сторонѣ живота, — рукою она указываетъ на область правой почки, — «катышокъ» величиною съ куриное яйцо. Катышокъ этотъ почти не болѣлъ, но за то быстро увеличивался, такъ что, по ея словамъ, опухоль къ декабрю того же года приняла размѣры головки новорожденнаго. Опухоль, говорить она, стала снизу подыматься вкось вверхъ и влѣво, пока не достигла лѣваго подреберья. Съ февраля 1890 года опухоль стала болѣзненна; при этомъ у нея была частая (почти ежедневно) рвота. Съ недѣлю назадъ опухоль начала еще болѣе увеличиваться. Осмотръ: на животѣ выступаетъ опухоль, помѣщающаяся въ брюшной полости въ косвенномъ направленіи слѣва сверху внизъ и вправо. Внизу спереди опухоль заходитъ подъ лонное сращеніе. Вверху слѣва подходитъ подъ реберную дугу. Занимаетъ почти всю брюшную полость, за исключеніемъ верхней половины *Reg hypochondriacae dextrae* и наружной, т. е. лѣвой половины *Reg. mesogastricae*. При ощупываніи опу-

холи, она представлялась равномерно растянутымъ, зыблущимся, немного подвижнымъ мѣшкомъ съ гладкой упругой поверхностью. Матка не представляла отклоненій отъ правильности. Въ мочѣ пѣтъ бѣлка. Сердце, легкія въ порядкѣ. Аппетитъ плохой. Запоры. Она поступила въ больницу 9-го іюня, а на 12, т. е. за два дня до операціи Вайгулиной, я назначилъ операцію чревосѣченія, опредѣливъ: или правостор. hydronephrosis, или киста праваго яичника, склоняясь больше на второй діагнозъ. Операція въ 11¹/₂ часовъ утра. Ассистенты—2 фельдшера и сидѣлка. Обычный срединный разрѣзь длиною въ 10 сент. По вскрытіи брюшины предстала выпуклая поверхность опухоли, напоминавшей мѣтъ, по цвѣту, плотности и упругости передней стѣнки, по змѣвидно извитымъ наполненнымъ венамъ, точъ въ точъ кисту Анны Богдановой. Обрадовавшись, что мой второй діагнозъ повидимому подтвердился, я вколоть троакаръ, и изъ канюли дугою ударила мутноватая, на молочную сыворотку похожая жидкость. Вдруг истечение жидкости прекратилось. Какъ и не вертѣлъ канюлю въ разныя стороны—жидкость не шла. Я вошелъ въ канюлю зондомъ, послѣ удаленія котораго вышло только около чайной ложки жидкости. Между тѣмъ этой послѣдней въ мѣшкѣ еще было много. Тогда я захватилъ мѣшокъ у канюли корнцангомъ съ замкомъ, притянулъ мѣшокъ немного впередъ и, закрывши всю брюшную рану теплыми салфетками, сдѣлалъ въ передней стѣнкѣ мѣшка разрѣзь длиною въ 4 сент. Показалась сывороточная жидкость съ хлопьями, затѣмъ пошла кашцеобразная сѣрая масса: «вотъ, обратился я къ фельдшерамъ, видите, это не простая киста, а дермоидъ». Въ это время вываливается изъ раны мѣшка какой-то кусочекъ, за этимъ еще и еще, я почувствовалъ специфическій бродильный запахъ, какой бываетъ при рвотѣ, схватилъ одинъ—другой изъ вывалившихся кусочковъ, и они оказались комочками хлѣба и говядины, словомъ пищею.

Увидѣвъ, что я имѣю дѣло съ увеличеннымъ желудкомъ, я схватилъ съ окна бутылъ съ 2% борной водою и влилъ почти половину ея въ желудокъ черезъ нанесенную рану, края которой я захватилъ въ маленькіе жомы и передалъ фельдшеру. Легкимъ надавливаніемъ съ боковъ я опорожнилъ желудокъ отъ обильнаго количества пищи, увлекаемаго струею борной воды. Послѣ этого я вторично влилъ борную воду, и опять ее вытѣснилъ изъ желудка уже болѣе свѣтлою. Въ этотъ моментъ больная начинаетъ зловѣще хрипѣть, на лицѣ выступилъ холодный потъ. Съ лихорадочной послѣдностью я зашилъ рану желудка обвиннымъ шелковымъ швомъ, вкалывая стежки какъ можно тѣснѣе другъ къ другу. Брюшную рану я закрылъ 6 глубокими и 5 поверхностными швами, наложилъ повязку и энергичнымъ треніемъ по лицу больной, разбудилъ ее. На вопросы не отвѣчаетъ. Упадокъ силъ. Уложена въ постель; получила 15 граммъ шампанскаго. Т° послѣ операціи 35,6. Вечеромъ того-же дня 15 граммъ шампанскаго. Т° 36. Непродолжительная нкога, сильная боль въ животѣ, 13-го утр. т° 36,4. Боль въ животѣ меньше. Черезъ часъ по ложкѣ холоднаго молока и черезъ 2—3 часа 15 граммъ шампанскаго. Вечеромъ т°

36. Слѣдующіе дни t° колебалась между 36,4 и 37,3. Послѣоперационное теченіе шло обычнымъ порядкомъ.

21-го іюня швы удалены. *Prima intentio*. Повязка чистая. Опухоли, бывшей до операцин, не видно.

29-го іюня выписалась здоровой, веселой, сама однимъ прыжкомъ вскочила на телѣжку.

13-го іюля, т. е. черезъ мѣсяць послѣ операцин, она явилась въ больницу и произвела на меня отрадное впечатлѣніе поправляющейея. Въ то время какъ она улучшеніе своего здоровья въ благодарныхъ выраженіяхъ приписывала моему искусству, я находился въ недоумѣній и попросилъ ее лечь, чтобы осмотрѣть животъ,

Секретъ открылся. Я нашелъ новообразованіе въ мѣстѣ находенія привратника, вѣроятно раковое, послѣдствіемъ чего образовалось кистовидное расширение желудка съ гипертрофіей его стѣнокъ. О ракъ я здѣсь не могъ думать, въ виду молодого возраста больной, и отчасти потому, что больная показала, что «катышокъ» появился въ началѣ справа внизу.

18-го сентября она снова явилась ко мнѣ, но уже съ жалобой, что «катышокъ подъ сердцемъ» (въ Сибири простой народъ «сердцемъ» называетъ всю подложечную область) началъ причинять ей съ 10-го сентября безпокойство. До 10-го же она и ѣла хорошо, и страдовала въ полѣ наравнѣ съ другими. — Исслѣдованіе обнаружило: Опухоль сдѣлалась бугристой, стала замѣтна для глаза и увеличилась до размѣровъ лимона. Объ операцин я конечно не помышлялъ. Я отпустилъ ее, снабдивъ ее морфіемъ въ горько-миндальной водѣ. Въ октябрѣ она явилась въ 3-й разъ, но до того уже плохую, что объ отправкѣ ее обратно домой нельзя было и подумать. Я положилъ ее на койку. Спустя 3 дня она умерла. Съ разрѣшенія ея мужа я вскрылъ брюшную полость, при чемъ дѣйствительно нашелъ ракъ, разрушившій привратникъ, часть двѣнадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, прилегающія части ободочной кишки, печени и жолчнаго пузыря. На желудкѣ, на мѣстѣ произведеннаго мною при операцин разрѣза, я не нашелъ ни рубца, ни нитки.

Эти четыре случая, кончившіеся благополучно, поощрили меня къ дальнѣйшимъ чревосѣченіямъ. Установить-же предѣлы права моего вмѣшательства, опредѣлить

умѣстность въ данномъ случаѣ операціи даже пробной, я хотя и старался, но сдѣлать этого съ большей или меньшей точностью я не былъ въ состояніи. Учебники не давали необходимой для этого опытности и вообще ни слова больше не прибавляли къ тому, что набрано типографскимъ наборщикомъ. Къ тому-же умѣнье почти безошибочно дифференцировать опухоли въ брюшной полости, точно опредѣлять ихъ природу, ихъ отношенія къ окружающимъ органамъ,—это завидное, рѣдкое искусство, которымъ обладаютъ, по словамъ проф. *Tauber* ¹⁾, *Bantock* и *Thornton*, дается не чтеніемъ, не библіотекой, — будь это даже Александрійская, — а исключительно богатой опытностью. Тѣмъ болѣе, что ни въ одной области не встрѣчалась такая масса ужаснѣйшихъ діагностическихъ ошибокъ, какъ именно при опухоляхъ брюшной полости. О такихъ ошибкахъ достаточно повѣствуетъ лѣтопись не только западныхъ знаменитыхъ авторитетовъ, съ знаменитымъ британцемъ, *Spencer-Wells*’омъ во главѣ, но и нашихъ отечественныхъ, не менѣе знаменитыхъ гинекологовъ. Пусть, если только можно, это мнѣ служить хоть нѣкоторымъ утѣшеніемъ въ совершенныхъ мною по этой части ошибкахъ.

При моей малоопытности, я при выше описанныхъ, какъ и при слѣдующихъ операціяхъ, полагался больше на чистоту и, признаюсь чистосердечно, на счастье. «*Doch mit des Glückes Mächten ist kein ewiger Bund zu flechten*», цѣль *Schiller* въ своей «Пѣснѣ о колоколѣ». Съ слѣдующаго случая началась полоса—для меня безотрадная, а для больныхъ фатальная.

14-го іюня 1890 г. явилась ко мнѣ больная, 40-лѣтняя Ефимья Ефимова, казачка Аканбурлузской волости, Кокчетовскаго уѣзда, съ выступающимъ впередъ животомъ, какъ у беременной на сносяхъ. Ефимова рассказала, что назадъ тому 4 года появился внизу живота маленький «боляткъ» величиною съ «картофель». Вскорѣ по сосѣдству съ нимъ появились еще такіе-же «болятки», сколько — не помнить. Постепенно они увеличивались и соединились въ одну большую общую опухоль. Съ появленіемъ опухоли въ самомъ началѣ у нея два раза были «обливища», т. е. сильныя маточныя кровотеченія, послѣ чего регулы, которыя съ перваго своего появленія, когда Ефимовой исполнилось 18 лѣтъ, были, по ея словамъ, неправильны и болѣз-

¹⁾ А. С. Тауберъ. «Современныя школы хирургіи». Книга 1-я стр. 200.

ненны, стали еще болѣе неправильны: то отсутствовали 2—3 мѣсяца, а то красили рубаху двѣ-три недѣли подь рядъ. Два года, какъ ихъ вовсе нѣтъ. За этимъ-то она собственно и явилась, т. е. за «открытіемъ кровей», такъ какъ бабки увѣрили ее, что она простудила крови, которыя остановились и образовали опухоль. Пробовали еще бабки ее «править», «все больше вызбливали болятѣкъ изъ костреца» (т. е. таза) ¹⁾. Дѣтей не было. Осмотръ и изслѣдованіе: худая, слегка синюшна, дышетъ часто и поверхностно. Appetitъ плохой. Калится жидко, мочится часто. Въ мочѣ слѣды бѣлка, много слизи и фосфатовъ. T^o нормальная. Огромный животъ флуктуируетъ. Въ нижней его части прощупывается неподвижная опухоль, мѣстами эластичная, мѣстами же плотная, бугристая, занимающая всю нижнюю часть брюшной полости, начинающая отъ лоннаго сращенія до пупка. Отсюда она подымается влѣво до реберной дуги. Верхній край опухоли, такимъ образомъ, имѣлъ косвенное направленіе отъ праваго верхне-передняго подвздошнаго шиша влѣво и вверхъ до пупка, отсюда горизонтально на 2 пальца влѣво и, наконецъ, косвенно вверхъ къ наружному углу лѣвой *reg. hypochondriacae*. Нижній край немогъ быть прощупанъ черезъ брюшную стѣнку. Изслѣдованіе *reg. vaginam* обнаружило неподвижную матку, находящуюся въ тѣсной связи съ опухолью. *In gesto* палецъ констатируетъ бугристую опухоль, съ которою верхняя часть прямой кишки находится также въ тѣсной связи. Определѣна «сплошная опухоль обоихъ яичниковъ, сращенія съ окружающими внутренностями и, можетъ быть, метастазы». Больная настаивала на операціи, на которую я, послѣ долгаго колебанія, согласился.

17-го іюня, въ 11 часовъ утра, послѣ обычныхъ приготовленій больной, сдѣлано чревостѣченіе. Ассистенты: казачій врачъ Ермолаевъ, два фельдшера и сидѣлка. Смѣлый разрѣзъ между пупкомъ и лоннымъ сращеніемъ. Когда я послѣ этого приступилъ къ разсѣченію подлежащей истонченной прямой мышцы, мнѣ на встрѣчу хлынула серозная жидкость. Я подумалъ, что сразу прорѣзалъ и брюшину, но ее я не могъ найти. Животъ нѣсколько уменьшился. Отсюда я началъ спускаться ножомъ внизъ, перерѣзалъ вдоль мышцы, но вмѣсто фасціи натолкнулся на ткань, плотную какъ хрящъ. Я углублялся ножомъ въ эту хрящеватую ткань, надѣясь, что вотъ-вотъ проникну въ брюшную полость, но не предвидя этому конца, я, будучи и безъ того уже пораженъ этой неожиданностью, предпочелъ удлинить рану вверхъ съ того мѣста, откуда вытекала жидкость. Я поднялся ножомъ вверхъ на 6 сантиметровъ въ обходъ пупка съ лѣва. При этомъ еще больше вытекло жид-

¹⁾ Обращаю особое вниманіе на народное слово «вызбливать», которое соответствуетъ нѣмецкому выраженію «lüften», употребляемому для обозначенія извѣстной манипуляціи надъ маткой *Thyre-Brandt'a*. Вообще я вполне сторонникъ проф. *Славянскаго*, который какъ-то высказался, что болѣе удачныя мѣткіе народные термины могутъ принести намъ не меньшую пользу, чѣмъ нѣкоторыя народныя лѣкарства. «Кострець» мнѣ лучше нравится, чѣмъ «тазь».

кости. Проникши рукою въ брюшную полость, я натолкнулся на сплошныя сращенія опухоли съ брюшной стѣнкой ниже пупка и съ кишками посредствомъ плотныхъ и бахромчатыхъ тяжей и перемычекъ. Опухоль фиксирована неподвижно, богата бугристыми выступами разной величины, отъ виноградной ягоды до гусиного яйца, изъ которыхъ нѣкоторые флюктуируютъ. Мѣстами рука чувствуетъ слизисто-бархатистую поверхность очень плотныхъ частей опухоли. Увидѣвши полную невозможность (для меня по крайней мѣрѣ) продолжать операцію, я, немедля, замѣнилъ ножъ иглой—этимъ единственнымъ пріятнымъ инструментомъ, къ которому прибѣгаетъ каждый операторъ, какъ послѣ усиленной операціи, такъ въ особенности въ минуту трудную, попадая, по словамъ *Spencer-Wells'a*, въ «то тяжелое положеніе, когда онъ во время лапаротоміи встрѣчается съ такими трудностями, что начинаетъ сомнѣваться въ возможности удалить опухоль»¹⁾).

8 глубокихъ и 7 поверхностныхъ швовъ, повязка,—и больная уложена въ постель.

Т° послѣ операціи 34,6°. Вечер. 35,5°. Боль въ разрѣзѣ и въ поясницѣ. Получаетъ шампанское понемногу.

18.—Утр. Т° 361,. Всю ночь не спала, сильно стонала отъ болей въ поясницѣ. Вырвало три раза. Калилась нѣсколько разъ жидко. Вечер. т° 36,3°. Пульсъ слабый, маленькій.

19.—Утр. т° 35,8°. Боли въ животѣ и поясницѣ уменьшились. Спала плохо. Пульсъ нитевидный. Въ 9 час. утра больная внезапно почувствовала сильную боль въ животѣ. Сдѣлалась сильная одышка, рвота. Осмотрѣлъ повязку—суха. Данъ опій въ капляхъ. Въ 10 час. утра немного успокоилась, видъ *moribundae*. Въ 11 час. она перестала видѣть, ослѣпла, и спрашивала у меня и у другихъ «ночь ли теперь или день». Безпрестанно шопоткомъ просить пить, вообще неуговорно шепчетъ. Въ 12 часовъ замолкла навсегда. Вскрытіе не было сдѣлано.

Подъ впечатлѣніемъ этого исхода, я въ тотъ день порѣшилъ никогда впредь не отваживаться на чревосѣченіе, дабы не испытывать вторично такого гнетущаго состоянія души. Но на слѣдующій-же день, т. е. 20-го іюня привезли ко мнѣ 65-ти-лѣтнюю крестьянку Ульяну Сухареву, опять съ огромнымъ животомъ. При видѣ этой жалкой страдалицы, неотступно умолявшей о помощи, во мнѣ пробудилось непреодолимое желаніе помочь ей, и, позабывъ о вчерашнемъ моемъ рѣшеніи, я приступилъ къ изслѣдованію больной.

Пациентка въ жизни своей ничѣмъ не хворала. Рожала 12 разъ благополучно. 3 года тому назадъ замѣтила, по ея выраженію, «съ лѣвой

¹⁾ *Соловьевъ*. «Оперативная гинекологія». Ч. II,

стороны *Луны* ¹⁾ опухоль не больше какъ кулакъ». Опухоль эта, по словамъ больной, въ началѣ двигалась свободно, была безболѣзненная и постепенно увеличиваясь, достигла настоящихъ громадныхъ размѣровъ. Окружность живота у пупка 206 сент., отъ мечевиднаго отростка до пупка 40¹/₂ сент., отъ пупка до лоннаго сращенія 44 сент. Животъ флюктуируетъ. Въ нижней его половинѣ прощупывается огромная упругая опухоль. Границы ея, какъ равно и поверхность ея трудно было прощупать изъ-за асцита. Особенныхъ болей въ животѣ не чувствуетъ, но почти совсѣмъ не можетъ дышать, не спать, говорить она, уже года 1¹/₂, а только дремлетъ, все дремлетъ, и то въ сидячемъ положеніи. Бѣтъ очень мало; этимъ она объясняетъ то, что ходитъ на низъ только разъ въ 8—10 дней. Больная сильно истощена. T° нормальная.

24-го іюня я сдѣлала пункцію живота. Пошла темно-буроватаго цвѣта жидкость, по консистенціи напоминающая льняной отваръ. На поверхности жидкости лоснятся блески. Опороженіе живота прекращено, вслѣдствіе сильнаго упадка силъ больной.

25—26 іюня. Чувствуетъ себя сравнительно лучше. T° нормальная. Опухоль помѣщается въ нижней части живота, имѣетъ бугристые выступы, флюктуируетъ, нѣсколько подвижна, стѣнки ея упруги.

Операция 27 въ 11¹/₂ часовъ. Ассистенты: казачій врачъ Ермолаевъ и два фельдшера. Срединный разрѣзъ длиною въ 16 сант.—По вскрытіи брюшины вытекла наружу жидкость такого же цвѣта, какъ и послѣ прокола, всего около 30 фунтовъ, считая и потери. Всего, значить, 72 фунта. Я ввелъ въ брюшную полость руку и нашелъ сращеніе съ брюшиной посредствомъ узкихъ и широкихъ перемычекъ. Перемычки эти я отдѣлилъ рукою и въ двухъ мѣстахъ послѣ лигатуръ ножницами. Спереди-же и сверху опухоль была покрыта салникомъ, точно чепцомъ. Я затруднялся, откуда начать его отдѣленіе. Я пытался хоть сколько-нибудь нижнюю часть опухоли извлечь изъ таза, при чемъ фельдшеръ осторожно напиралъ двумя пальцами черезъ влагалище, но это мнѣ не удавалось. Ни съ лѣвой, ни съ правой стороны я не могъ проникнуть между брюшной стѣнкой и опухолью въ fossae iliacaе. Тогда я тщательно защитивши брюшную рану, надрѣзалъ переднюю выпуклую довольно толстую зыблющуюся стѣнку ниже салника, при чемъ вытекла жидкость такого же цвѣта, какъ и изъ брюшной полости. Передавши край надрѣзаннаго мѣшка, захваченные въ жомы, товарищу Ермолаеву, я ввелъ лѣвую руку въ мѣшокъ. Въ немъ пальцы въ обѣ стороны попадали въ болѣе широкіе и очень узкіе щелевидные ходы, ведущіе вѣроятно къ другимъ частямъ опухоли. Стѣнки этихъ ходовъ были плотны, но флюктуировали подъ пальцами и немного уступали имъ по мѣрѣ ихъ проникновенія въ глубь. Рвать пальцами я не рѣшался, боясь поранить какіе-нибудь крупныя сосуды, которые я пред-

¹⁾ Изъ разговора выяснилось, что *Луна* значить матка. Не испорченно ли это слово *Лоно*?

полагалъ въ мясистыхъ тяжахъ и перекладинахъ внутри опухоли. Высказавшись за то, что въ данномъ случаѣ имѣется злокачественное новообразованіе съ прочными сращеніями съ тазовыми органами, въ чемъ я окончательно убѣдился, когда фельдшеръ сообщилъ мнѣ, что при влеченіи мною опухоли вверхъ, влагалищный сводъ уходитъ отъ его пальцевъ, я смочилъ скомканный кусокъ марли въ борной водѣ, опорошилъ его іодоформомъ и ввелъ на корнцангъ въ полость мѣшка, края же послѣдняго съ концомъ отъ марлеваго тампона, вывелъ наружу въ брюшную рану, къ которой и пришилъ ихъ. Брюшную рану я застегнулъ 8 глубокими и 6 поверхностными швами. Операция длилась 2¹/₂ часа. Т° послѣ операции 34,8. Вечеромъ 37,4. Чувствуетъ себя хорошо.

28. Ночью была рвота. Т° 36,9. Получаетъ молоко, кумысъ. Сильная жажда. Вечеромъ 37,8.

29. Утромъ 36,7. Спала плохо, вслѣдствіе сильной сверлящей боли и судорогъ въ правой стопѣ. Повязка обильно промокла. Смѣна ея и новый марлевый тампонъ въ мѣшокъ, послѣ промыванія его сублиматной водой 1:3000. Днемъ: боль и судороги поднялись выше стопы. Наружный видъ ноги обыкновенный. Подкожное впрыскиваніе 6 миллиграммъ морфія, нѣсколько успокоившее ее. Вечеромъ судороги и нестерпимыя боли уже выше праваго колѣна. Больная сильно стонетъ и мечется. Т° 37,2. Сдѣлано втираніе хлороформовой мастью, но безъ облегченія. Страшныя боли поднялись къ бедру и правому паху. Больная ослабѣла. Въ 8 час. вечера впрыскиваніе 2 центиграммъ кокаина,—нисколько не облегчило. Около 9 часовъ снова впрыскиваніе 7 миллиграммъ морфія и опять безъ результата. Боли поднялись, по словамъ больной, въ «кострець». При этомъ болей въ животѣ нѣтъ. Въ 2 часа ночи смерть. Вскрытія не было сдѣлано.

Эти боли въ правой ногѣ я призналъ тогда явленіемъ tetanus'a.

13-го сентября 1890 г. доставлена была ко мнѣ 52-хлѣтняя крестьянка Ишимскаго округа, Бердюжинской волости, деревни Заозерной, дѣвица Александра Кудрина съ очень большой опухолью въ животѣ. Больная рассказала, что лѣтъ тридцать тому назадъ замѣтила внизу живота сперва опухоль съ куриное яйцо. Годъ отъ году опухоль росла, причиняя ей по временамъ несносныя боли. Полтора года тому назадъ опухоль стала быстро расти. Первые регулы на 18 году. Прекратились лѣтъ 25 тому назадъ. Истощена, анэмична, одышка, удушливо кашляетъ и выбрасываетъ обильную мокроту. Въ обоихъ легкихъ различныя влажныя пузырьчатые хрипы и свистъ. Нижнія конечности отечны. Сердце увеличено въ поперечникѣ, но работаетъ исправно. Стулъ неправильный: то «зажигаетъ, то несетъ». Окружность живота по пупку 146 сент., отъ меча до пупка 28 сент., отъ лоннаго сращенія 32 сент. Животъ флюктуируетъ. Въ немъ помѣщается большая, тяжеловѣсная, плотная опухоль съ неровной поверхностью. Верхній край опухоли выше пупка на 2 поперечныхъ пальца. То нормальная.

Определена «правосторонняя многополостная сложная киста яичника.

18 сентября чревосечение, но ужь съ тѣми же антисептическими предосторожностями, съ какими оперировалъ Богдановъ.

До операций я принялъ съ строгой недантичностью самыя скрупулезныя мѣры. Большой дапа ванна, слабительное, клизма, оголеніе лобка, промываніе влагаллица сублиматной водой 1:3000 и затампонированіе его, какъ и rectum'a іодоформенной марлей.

Животъ обмытъ мыломъ и карболовой 2% водою, затѣмъ лимоннымъ сокомъ и эфиромъ. Прокшияченные инструменты съ часъ пролежали въ 3% карболовой водѣ, послѣ чего погружены въ 85° спиртъ. Марлевые компрессы лежали сутки въ 5% карболовой водѣ, откуда переложены въ 1% карболовую воду. Операционная комната выбѣлена и протравлена карболовымъ туманомъ. Персональ побывалъ въ банѣ и одѣтъ въ бѣлое.

Разрѣзъ между пупкомъ и лоннымъ сращеніемъ. Рука, введенная въ брюшную полость, нашла, что, за исключеніемъ незначительной спайки опухоли съ салникомъ и нѣсколькихъ перемычекъ между нею и брюшной стѣнкой, опухоль, многокамерная бугристая киста съ плотными отдѣлами, — всюду подвижна, но высвободить ее изъ раны представилось невозможнымъ изъ за огромной ея величины. Поэтому я удлиннилъ разрѣзъ выше пупка почти на 10 сент., прокололъ 2 большія переднія камеры опухоли, выпустилъ изъ нихъ свѣтлую жидкость, послѣ чего уже приступилъ къ отдѣленію опухоли отъ вышеозначенныхъ незначительныхъ сращеній и извлеченію ея, что мнѣ и удалось съ нѣкоторымъ трудомъ.

Опухоль правосторонняя, держится на широкой довольно плотной ножкѣ, которую я прокололъ въ 2-хъ мѣстахъ, перевязалъ толстымъ карболлизированнымъ шолкомъ непосредственно близъ опухоли, которую и отрѣзалъ. Поверхность культи немного кровоточила, что потребовало еще лигатуры *en masse*. По удаленіи большой опухоли, оказалась въ брюшной полости еще другая лѣвосторонняя, величиною съ головку новорожденного. Она сидѣла на тонкой ножкѣ. Послѣ крѣпкой лигатуры, ножка была перерѣзана и эта опухоль извлечена. Одноэтажный брюшной шовъ изъ 12 глубокихъ и 8 поверхностныхъ стежекъ. Строгая антисептическая повязка. Операция длилась 50 минутъ. Обѣ кисты вѣсили 52 фунта. Лѣвая оказалась дермоидомъ, наполненнымъ темнорусыми волосами и саломъ. На внутренней складчатой стѣнкѣ мѣшка костныя пластинки, вродѣ остеофитовъ. Правая опухоль представила конгломератъ кистъ, наполненныхъ саломъ, коллоидными массаами и жиромъ, вродѣ прованскаго масла, и солидное пещеристое мясиво. Послѣ операций t° 35,5. Вечер. 35,6. Боль въ поясницѣ и синѣ. Жажда. Кашель. 99—утр. t° 37,0. Ночь провела плохо. Вечер. t° 36,6. Жалобъ нѣтъ.

20 утр. t° 36,4. Боль въ ногахъ. Въ виду ихъ отечности, забинтованы фланелевымъ бинтомъ. Въ 12 ч. утра коляпсъ. Горячіе компрессы на грудь, два эфирныхъ впрыскиванія, внутрь валеріану, мускусъ, коньякъ, къ ногамъ и бокамъ горячія бутылки. Къ 1 ч. дня оправилась. Съ трудомъ откашливаетъ обильно накопившуюся въ бронхахъ мокроту. Вечер. t° 38.

21. Утр. t° 36,4. Чувствуеть себя гораздо лучше. Попросила ѣсть, получила смѣсь изъ желтка, коньяку и сахара. Въ 3 часа дня—жидкій стулъ. Опять коллябируеть. Снова пущены въ ходъ всѣ оживляющія средства. Вечер. t° 35,6.

22 утр. t° 35,6. Ночью нѣсколько разъ ходила жидко. Попросила яйцо въ сметку. Отекъ ногъ значительно опалъ. Чувствуеть себя хорошо. Пульсъ лучше. За день нѣсколько жидкихъ послабленій. Вечер. t° 35,6.

23 утр. t° 36,4. Чувствуеть себя значительно бодрѣе. Весѣдуеть хорошо. Въ теченіи дня три дефекаціи. Вечер. t° 36,6. Отекъ ногъ почти исчезъ.

24. утр. 36,9. Поноса нѣтъ. Всю ночь кашляла. Назначено: Morf. pur. 0,1, liquor. ammon. anis. 2,0, t-ra digital. 3,0, Aq. amygdol. amar. 5,0. MDS. по 10 капель чрезъ 2 часа. Языкъ у больной совершенно сухой, какъ у тифознаго. Получаеть льдинки и молоко. Въ груди хрипы, а въ трахеѣ вродѣ клокотанья. Назначено каждые 2 часа вдыханіе теплыхъ содовыхъ паровъ съ примѣсью нѣсколькихъ капель Ol. Tereb. gal. Веч. t° 36,5. Ночью на 25-е поднялась и сѣла, чтобъ легче откашлять мокроту.

25 утр. Пульсъ слабый. Въ груди хрипы и клокотанье. Дано рвотное изъ Pulv. iresac. 1,0. Больную вырвало, при чемъ вышло много тягучей мокроты. Но облегченія не наступило. Начались явленія асфиксіи: усиленная работа шейныхъ мышцъ, напряженіе шейныхъ венъ, раздуваніе ноздрей и короткія всхлипыванія въ гортани. Искусственное дыханіе, эфиръ, камфора, горячіе компрессы и проч. ни къ чему не повели,—въ 10 час. утра она умерла, слѣдовательно на 8-й день послѣ операціи.

Было сдѣлано вскрытіе,—оказалось: брюшная рана почти срослась на всемъ протяженіи. Въ брюшной полости немного серозной жидкости, въ остальномъ—все нормально. Въ желудкѣ около стакана мутной жидкости, съ запахомъ лѣкарствъ и коньяка. На слизистой тонкаго кишечника явленія раздраженія. Въ толстой кишкѣ небольшое количество вонючаго жидкаго кала бураго цвѣта. Небольшая печень на поверхности и на разрѣзахъ, какъ равно селезенка и почки ничего не представляютъ. Культия выше лигатуръ темно-багроваго цвѣта. Матка маленькая, величиною съ венгерскую сливу. Оба легкія сращены съ предреберной плевою, правое на всемъ протяженіи, лѣвое въ нижней долѣ. Легкія переполнены темной пѣвистой кровью. Верхняя доля праваго легкаго въ состояніи опечененія. Слизистая крупныхъ бронховъ утолщена и покрыта мѣстами гноемъ и слизью. Въ мелкихъ бронхахъ найдены известковыя песчинки. Сердце большое, переполнено темной дегтеобразной кровью. Эндокардій и клапаны, повидимому, нормальны.

Такимъ образомъ выяснилось, что ближайшей непосредственной причиною смерти Кудриной, конечно, было хроническое воспаленіе легкихъ.

Въ минувшую весну, я былъ командированъ степнымъ генераль-губернаторомъ изъ Омска въ Петропавловскъ,

который оставил весной 1891 года. И вотъ въ мѣстной городской больницѣ, которую я временно принялъ въ свое завѣдываніе, возобновилась прерванная въ теченіи года оперативная дѣятельность. Къ крупнымъ операціямъ, произведеннымъ мною въ названной больницѣ за время моего прикомандированія въ Петропавловскѣ, относятся между прочимъ и 2 чревосѣченія, изъ которыхъ собственно одно, именно второе, сдѣлано по поводу гинекологическаго страданія, а первое чревосѣченіе чисто хирургическое. Но такъ какъ и эта лапаротомія сдѣлана на женщинѣ, и всего-то мною сдѣлано 9 чревосѣченій (высокихъ камнесѣченій я сюда не присоединяю), то я рѣшился и хирургическую лапаротомію включить въ содержаніе сегодняшняго моего доклада.

3-го іюля 1892 года привезли ко мнѣ 16-лѣтнюю крестьянку Ишимскаго округа, Каменской волости, Анну Фролову съ опухолью въ животѣ. Опухоль занимаетъ только всю лѣвую половину брюшной полости, гранича справа бѣлой линіей. Флюктуація, равномерная напряженность, поверхность гладкая. Постукиваніе опухоли даетъ абсолютный Schenkeltou. Справа по всему почти вертикальному краю опухоли прощупывается валикообразная полоса шириною въ два поперечныхъ пальца, идущая сверху внизъ. Валикъ четотъ не сдвигается съ опухоли; въ валикѣ прощупывается 2 катышка. Окружность живота по пупку 86¹/₂ сент., отъ меча до пупка 19 сент., отъ пупка до лоннаго сращенія 16 сент. Печень въ правильныхъ границахъ. Сердце и легкія, какъ слѣдуетъ. Пациентка худощавая, блѣдная. Она сказывается, что мѣсяцевъ 11 тому назадъ въ лѣвомъ боку появилась шишка, которая увеличивалась все больше и больше. Принята въ больницу. Отъ 4 до 10 іюля изслѣдовалась моча, температура, а также и опухоль послѣ слабительнаго и клизмы съ углекислымъ газомъ, при чемъ оказалось: 1° неправильно колеблется отъ 36,4 по утрамъ до 38,4 по вечерамъ. Моча нормальная. Катышки послѣ слабительнаго исчезли; валикообразная-же полоса осталась по прежнему, и послѣ клизмы изъ 150 граммъ содовой воды и 100 граммъ подкисленной *Acido tartarico* воды, вздулась, задвигалась и заурчала.

Діагнозъ гласилъ: опухоль лѣвой почки, именно эхинококкъ или *ruonephrosis*. Подъ руками у меня тогда, какъ у дорожняго человѣка, имѣлся единственный совѣтникъ по хирургіи, это *Lehrbuch der speciellen Chirurgie von Hermann Tillmanns. Leipzig. 1891.* Я открылъ главу объ эхинококкахъ почки, на стр. 766, но ничего не нашелъ, кромѣ ссылки на главу объ эхинококкѣ печени. Я обратился къ этой главѣ и нашелъ опять ссылку на

эхинококкѣ почки. Эти мѣста я считаю нужнымъ здѣсь привести, чтобы показать, насколько бываютъ полезны иные «*Lehrbücher für Aerzte und Studierende*». Объ эхинококкахъ почки сказано: «Bezüglich der Diagnose des Echinococcus, welcher vor allem durch Probepunctionen und Untersuchung des Inhaltes gesichert wird, verweise ich auf die genauen (?) Angaben bei der Lehre vom Leber—Echinococcus». А въ «genauen Angaben» т. е. подробныхъ свѣдѣніяхъ объ эхинококкахъ печени на стр. 620 сказано: «Bezüglich der Differentiellen Diagnose zwischen Echinococcus und der besonders in Betracht kommenden Nierengeschwülsten, Hydronephrose u. s. w., verweise ich auf die Chirurgie der Nieren». Отъ такихъ «*Genauen Angaben*», конечно, мало толку. На пробную же пункцію я не рѣшался, такъ какъ больная лихорадила, что указывало мнѣ на гнойную натуру содержимаго опухоли, которое при проколѣ могло попасть въ брюшную полость и вызвать гнойный перитонитъ.

10 июля операція. Отступивъ отъ пупка на 5 сент. влѣво и внизъ по направленію къ срединѣ пупартовой связки, я сдѣлалъ разрѣзъ длиною около 10 сент. Брюшина приросшая. Этимъ я воспользовался, чтобы кончить операцію въ одинъ разъ, и сдѣлалъ проколъ въ передней стѣнкѣ опухоли троакаркомъ. Изъ канюли устремилась дугою, какъ сливки, густой свѣтлозеленый гной безъ всякаго запаха въ количествѣ 12 фунтовъ. Послѣ этого я вынулъ канюлю и удлинилъ разрѣзъ, вставилъ толстый дренажъ и сталъ промывать мѣшокъ теплой 3°/о борной водой, до тѣхъ поръ пока вода вытекала изъ мѣшка прозрачной. Затѣмъ я вложилъ въ рану полоски іодоформной марли, дренажъ пришилъ къ краямъ брюшной раны, края которой я сверху и внизу притянулъ нѣсколькими швами, и наложилъ повязку. Все послѣоперационное время Т° нормальна. Чувствуетъ себя хорошо. Притупленіе селезенки, которую я до операціи вслѣдствіе поднятой діафрагмы, не могъ опредѣлить, теперь въ своихъ границахъ. Время отъ времени, по мѣрѣ надобности, смѣна повязки, промываніе полости, постепенное уменьшеніе дренажной трубки.

20-го іюля выписалась съ полосками марли въ ранѣ вмѣсто дренажа. 2 раза въ недѣлю являлась на перевязку. На видъ начала поправляться.

Наконецъ девятое чревосѣченіе сдѣлано мною 14 іюля, по поводу сложныхъ кистъ обоихъ яичниковъ.

Больная, Анна Сухарева, мѣщанка г. Акмолинска, 35 лѣтъ отъ роду, высокаго роста, красивая, очень упитанная женщина. Первые регулы на

15 году. Все время были правильны. Замужемъ 18 лѣтъ. Дѣтей не было. 10 лѣтъ тому назадъ появилась въ правой сторонѣ нижней части живота опухоль съ куриное яйцо. Опухоль медленно увеличивалась въ теченіи 6 л., послѣ чего исчезла. По разсказу больной, случилось это такъ: ночью мужъ, перелѣзая черезъ нее, нечаянно придавилъ колѣномъ въ мѣстѣ опухоли. Она тотчасъ почувствовала сильную боль во всемъ животѣ; появились рвота и поносъ. Она болѣла недѣли двѣ, поправилась и увидѣла себя свободною отъ опухоли, бывшей у ней въ теченіе 6 лѣтъ. Такъ продолжалось съ годъ. Послѣ этого она стала замѣчать вторичное появленіе опухоли въ прежнемъ мѣстѣ. На этотъ разъ опухоль росла быстрѣе. Полгода тому назадъ появилась опухоль и въ лѣвомъ паху. Въ настоящее время животъ выпяченъ, его кожный покровъ отечный и необыкновенно утолщенъ. Нижняя отвислая часть живота лежитъ на бедрахъ и съ трудомъ приподымается вверхъ. Окружность живота по пупку 209 сент., отъ меча до пупка 48 сент., отъ пупка до лоннаго сращенія 58 сент. Прощупывается громадная почти неподвижная, мѣстами упругая съ неровной бугристой поверхностью опухоль, доходящая справа сверху до печени, слѣва на 4 пальца ниже реберн. дуги. Пупокъ выпяченъ въ видѣ полушарообразнаго мѣшка. Мѣшокъ этотъ при лежаньѣ положеніи больной пропускаетъ свободно 2 пальца въ пупочное кольцо. Въ мѣшкѣ прощупывается какое-то содержимое, которое не удается продвинуть въ отверстіе. Моча свѣтлая, безъ бѣлка. Запоры. Легкія и сердце хороши. Лѣтъ 5 назадъ по многу пила вино, въ настоящее время меньше. Т° нормальная.

14-го іюля операція, къ которой я приступилъ гораздо смѣлѣе, чѣмъ къ предыдущимъ, послѣ того какъ я въ ноябрѣ и декабрѣ 1890 г., побывавъ въ Вѣнѣ и, будучи приглашенъ *Chrobak*'омъ и *Rokitansky*'мъ въ санаторіумъ *Löwe*, а *Gersuny* въ Рудольфъ-шпиталь, увидѣлъ наконецъ чревосѣченіе, особенно нѣсколько замѣчательныхъ чревосѣченій, сдѣланныхъ *Gersuny*.

Разрѣзъ начать выше пупка, прошелъ осторожно черезъ пупокъ и смѣло и энергично проведенъ до лоннаго сращенія. Послѣ перваго довольно глубокаго разрѣза мнѣ пришлось, начиная съ пупка и до самаго низу, долго разсѣкать шагъ за шагомъ толстую и отечную жировую клѣтчатку, при чемъ мнѣ то и дѣло приходилось захватывать довольно крупные сосуды, заложенные въ соединительно-тканыхъ пучкахъ, и вытирать салфетками свѣдлую жидкость, обильно сочившуюся изъ разрѣзовъ. Толща брюшныхъ покрововъ равнялась 9 сантим., такъ что раздвинутая рана имѣла видъ глубокаго ущелья, въ стѣнѣ котораго сочилась вода, и въ которое можно было вставить руку почти до половины ладони. Съ трудомъ мнѣ приходилось прокладывать себѣ путь до брюшины, такъ какъ руки товарища Ермолаева и фельдшера сильно уставали отъ поддержанія, собственно отъ

подпиранія и подтягиванія живота вверхъ и раздвиганія толстыхъ, плотныхъ краевъ раны. Но вотъ я ниже пупка дошелъ до брюшины, которая только въ этомъ мѣстѣ и оказалась свободной отъ сращеній.

По вскрытіи ея въ этомъ мѣстѣ, изъ брюшной полости вытекло очень много свѣтлой жидкости. Затѣмъ я осторожно открылъ грыжу, къ внутреннимъ стѣнкамъ которой плотно приросла часть сальника и одна кишечная петля. Кромѣ того отъ внутреннихъ стѣнокъ грыжи шли въ брюшную полость довольно толстыя перемычки. Я спустился ножомъ внизъ сантиметровъ на 5, перерѣзая брюшную стѣнку вмѣстѣ съ приросшею брюшиной. Дальше идти нельзя было: опухоль тѣсно срослась съ брюшной стѣнкой. Я зашелъ рукою и нашелъ сращеніе опухоли также съ печенью, съ кишечникомъ. Глазамъ представились флюктуирующіе и солидные большіе бугры, а между ними какъ-бы втиснуты маленькія клубневидныя кисты. Въ это время лицо больной, которую приходилось очень долго хлороформировать до полного наркоза (вѣроятно вслѣдствіе abusum'a in Vaccho), приняло тревожный, блѣдный слегка синюшный видъ и заросилось холодный потомъ. Я прекратилъ хлороформированіе, вмѣстѣ съ симъ и операцию. По причинѣ чрезвычайно глубокой кожной раны я наложилъ 3-хъ-этажный шовъ. Въ промежуткѣ между 2 и 3 этажами я, опасаясь нарыва клѣтчатки, оставилъ полоску іодоформной марли и вывелъ конецъ ея наружу.

Сколько всѣхъ швовъ было, какъ равно, какой длины былъ разрѣзъ, не записано. Послѣ операциі Т° 36,6. Вечер. 37,1.

Жалуется на боль въ спинѣ. Дышать, говорить, стало легче. 15 утр. 37,1°. Вечер. 38,1°. Лежитъ на правомъ боку, боли въ спинѣ утихли. Спала хорошо. Стулъ былъ 2 раза.

16 утр. 37,5°. Болей нѣтъ нигдѣ. Весела. Вечер. 38,1°.

17 утр. 36,8. Вечер. 38,1°.

18 утр. 37,4. Вечер. 38,4.

19 утр. и вечер. Т° нормальная, какою оставалась до выписки. 19-го же удалилъ марлевою полоску.

24 удалены швы. Всюду prima intentio. Чувствуетъ себя хорошо.

Въ концѣ іюля я былъ откомандированъ изъ Петропавловска, и уже въ Омскѣ, гдѣ завѣдывалъ холернымъ лазаретомъ, получилъ письмо изъ Акмоловъ, что Анна Сухарева пріѣхала домой благополучно, и чувствуетъ себя лучше. Надолго-ли?

Въ заключеніе я позволю себѣ высказать слѣдующее. На основаніи этихъ 9 случаевъ и сотенъ другихъ операцій, сдѣланныхъ мною въ бытность мою въ Сибири, я не могу сказать, что для безгнилостнаго способа оперирования «необходимы исключительно благоприятныя усло-

вія», какъ это утверждаетъ проф. *Рейнз*¹⁾. Я часто оперировалъ у себя и у больныхъ на дому, и въ больницѣ безгнлостно, т. е. не употребляя дезинфицирующихъ средствъ, при томъ иногда при очень неблагоприятныхъ условіяхъ; у меня тамъ не было ни стекляннаго стола, ни изразцовыхъ стѣнъ, ни бутылей съ окрашенными жидкостями, вообще не было того, что придаетъ такой импонирующей, парадный видъ специальнымъ заведеніямъ, располагающимъ большими средствами, — и не смотря на все это, я достигалъ результатовъ, которыми оставались довольны и больные, и я. Я только старался соблюдать *чистоту*, но въ обыденномъ смыслѣ слова. Въ одномъ случаѣ напр. у меня не хватило шолка, я его спокойно замѣнилъ суровой ниткой, прокипяченной въ содовой водѣ и смазанною бѣлымъ также прокипяченнымъ воскомъ. И рана также безмятежно зажила, какъ и при карболовомъ шолкѣ, который мнѣ присылали за большія деньги изъ Москвы, намотанныя на стекляннымъ палочки и въ парадныхъ стеклянныхъ колбочкахъ съ краснымъ крестомъ на ярлыкахъ.

Крупныя операціи (чревосѣченія, высокія камнесѣченія, трепанацію черепа, резекціи и проч.) я производилъ въ той же комнатѣ, гдѣ принималъ всѣхъ проходящихъ больныхъ. Кто изъ больныхъ разувалъ сапогъ и скидывалъ грязную онучу, кто снималъ засаленный бешметъ, кто обнажалъ зловонную язву, покрытую листомъ подорожника, — всѣхъ я по очереди принималъ, осматривалъ и часто амбулаторно оперировалъ въ одной и той же комнатѣ. Правда, я старался дѣлать операціи до начала пріема больныхъ, но это не всегда удавалось. Даже съ перевязочнымъ матеріаломъ приходилось быть бережливымъ. Снимая повязку, я, изъ экономіи, избѣгалъ разрѣзывать и сжигать бинты, а, *horribile dictu*, отдавалъ ихъ въ обыкновенную стирку. Надо было научиться приспособлять свою помощь къ обыкновеннымъ условіямъ нашей жизни. Что возможно, достижимо и вполне умѣстно въ большихъ городахъ, въ особенности въ клиникахъ, невозможно въ маленькихъ городахъ, тѣмъ паче въ деревняхъ, гдѣ еще долго, надо полагать, не будетъ тѣхъ «исключительно

¹⁾ Врачъ. 1886. стр. 732.

благопріятныхъ условій», о которыхъ говоритъ профессоръ *Рейнз*.

Стеклянные столы, шолкъ на стеклянныхъ палочкахъ и проч. и проч.,—все это—*pillulae auro obductae*, которыя не практичны въ захолустномъ городѣ или въ деревнѣ. Практическому врачу нужно умѣть пользоваться тѣми средствами, которыя имѣются всюду, гдѣ только человекъ живетъ,—это именно—простое мыло и вода.

Все это я высказываю по адресу тѣхъ товарищей, которые, живя далеко отъ центровъ, избѣгаютъ оперировать, не столько потому, что они не опыты, сколько потому, что у нихъ не имѣются тѣ условія, при которыхъ они привыкли видѣть операціи въ аудиторіяхъ, отъ чего конечно, обречены на гибель очень многіе страдальцы. Пусть они вспомнятъ, что первая счастливая трахеотомія произведена венгерскимъ студентомъ въ полѣ у задыхавшагося крестьянина и произведена не скальпелемъ, не трахеотомомъ *Langenbeck'a*, а перочиннымъ ножомъ.

Профессоръ *Тауберз* ¹⁾ также, будучи студентомъ, принужденъ былъ дѣлать и горлосѣченіе и другія операціи. Пусть же они берутся за ножъ и оперируютъ. Будутъ у нихъ и ошибки и жертвы, и душевныя скорби, но они неизбѣжны. За то они своими операціями спасутъ не одну дорогую жизнь, за то приобрѣтутъ опытность, этотъ вѣрнѣйшій капиталъ, который въ минуту опасности и нужды, не дастъ имъ обанкротиться. А скорби покроются радостями. Но въ то же время пусть не забываютъ, что своими успѣхами они обязаны наукѣ, этой духовной казнѣ, ссудившей ихъ извѣстными познаніями, и что они поэтому обязаны по мѣрѣ силъ, приносить въ эту сокровищницу уплату въ формѣ сообщеній товарищамъ путемъ печати интересныхъ случаевъ изъ своей практики; при этомъ пусть не скрываютъ своихъ ошибокъ и неудачъ, ибо никто такъ не уразумѣетъ ихъ неудачи, никто не съумѣетъ ихъ такъ утѣшить, какъ родная семья товарищей.

¹⁾ А. С. Тауберз. О средствахъ распространенія хирургіи, помощи среди сельскаго населенія. СПб. 1886.

КАЗУИСТИКА.

(Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго.

СЛУЧАЙ СОХРАНЯЮЩАГО КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ.

А. Р. Фишера.

(Сообщено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ 28-го октября 1892 г.).

Мм. Гг. Если я позволяю себѣ занять сегодня на нѣсколько минутъ ваше вниманіе, то только затѣмъ, чтобы имѣть возможность представить вамъ женщину съ абсолютнымъ сужуженіемъ таза, явленіемъ, какъ извѣстно, довольно рѣдкимъ у насъ ¹⁾).

19-го августа 1892 г. (№ Врач. Журн. 890) въ клинику проф. К. Ф. Славянскаго поступила Марія Г—ва, 37 лѣтъ отъ роду, уроженка г. С.-Петербурга, русская, по занятію—прислуга, незамужняя. Изъ анамнеза выяснилось, что она начала ходить лишь на 3-мъ году жизни, получила первыя мѣсячныя крови на 14-мъ году, а начала жить половою жизнью около года тому назадъ; послѣдняя менструація была въ ноябрѣ прошлаго года, съ этого времени считаетъ себя беременною.

Исторія этого случая вкратцѣ такова.

¹⁾ Для примѣра укажу на статистику нѣкоторыхъ родовспомогательныхъ учреждений; такъ въ акушерскомъ отдѣленіи клиники проф. К. Ф. Славянскаго за 13½ лѣтъ на 5168 родовъ было 3 случая абсолютнаго сужуженія таза (см. *Агафоновъ*, Медич. отчетъ акуш. клиники проф. Славянскаго за 1877—1883 гг., стр. 112, и *Вольфъ*, Мед. отч. ак. отд. клиники ак. и ж. бол. за 1884—1890 гг. Дисс., стр. 45 и 104). Въ Спб. Родовспомогат. Заведеніи (см. «Отчетъ» за 5 лѣтъ (1873—1880 гг.) на 19396 родовъ былъ 1 случай абсолютно узкаго таза.

Ислѣдованіе: блондинка, слабого тѣлосложенія и плохого питанія, ростъ равняется 131 см.; въ скелетѣ—явные слѣды рахита (между прочимъ—значительное искривленіе нижнихъ конечностей); на кожѣ почти всего тѣла—*prurigo*. Рѣзко выраженный *venter propendens*; размѣры его таковы: окружность на уровнѣ пупка—88 см., выше—90 см., разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка—41 см., высота дна матки надъ лобкомъ—36 см., надъ пупкомъ—19 см.; сердцебиеніе плода ясно слышно справа ниже пупка; положеніе плода продольное, спинка вправо, мелкія части—влѣво, головка надъ входомъ въ тазъ; матка умѣренно плотна, періодическихъ сокращеній и расслабленій ея не замѣчается. Внутреннее ислѣдованіе показало, что шейка матки не сглажена, наружный зѣвъ едва пропускаетъ верхушку пальца. Размѣры таза: Sp. il.=23,5 см., Cr. il.=25 см., Troch.=27 см., Conj. ext.=15 см., Conj. diag.=7,25.

Такимъ образомъ было очевидно, что мы имѣемъ передъ собою доношенную беременность живымъ плодомъ при общесъуженномъ плоскомъ тазѣ съ истинною конъюгатою отъ 5,5—6 см. и при не начавшейся еще родовой дѣятельности. Въ виду этого было рѣшено дожидаться появленія родовыхъ болей и тогда произвести кесарское сѣченіе. Между тѣмъ, въ виду производившихся въ клиникѣ ремонтныхъ работъ по перестройкѣ операціоннаго павильона, предстояло озаботиться приготовленіемъ помѣщенія для предстоящаго кесарскаго сѣченія, для чего была взята свободная отъ больныхъ гинекологическая палата (5-я), основательно вымыта, обеззаражена и провѣтрена.

Слѣдующія сутки прошли безъ всякихъ объективныхъ или субъективныхъ перемѣнъ; болей нѣтъ; сердцебиеніе плода ясно. Затѣмъ 21-го августа, около 10 часовъ утра, при отсутствіи сколько-нибудь выраженныхъ болей, прошли воды, довольно грязныя; внутреннее ислѣдованіе показало, что шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на $1\frac{1}{2}$ —2 пальца; сердцебиеніе плода слышно, но слабо. Тотчасъ-же приступлено къ непосредственнымъ приготовленіямъ къ операціи (стерилизація инструментовъ, губокъ, перевязочнаго матеріала, воды и пр.), которыя заняли около $1\frac{1}{2}$ часовъ времени.

Роженица захлороформирована и положена на простой операціонный столъ. Разрѣзъ передней брюшной стѣнки—по бѣлой линіи, начатъ на 5 см. надъ лоннымъ соединеніемъ и законченъ на 12 см. выше пупка; матка выведена наружу и быстро вскрыта по передней стѣнкѣ, одновременно съ чѣмъ затянуть

провизорный эластическій жгутъ, обведенный вокругъ шейки матки; плодъ извлеченъ за подлежащую въ разрѣзѣ лѣвую ягодицу, но оказался безъ всякихъ признаковъ жизни; вслѣдъ за этимъ выведенъ и послѣдъ. Отъ момента разрѣза матки до извлеченія плода прошло 50 секундъ. Послѣ этого внутренняя поверхность матки вытерта ватными и марлевыми шариками, смоченными въ 0,1% растворѣ сулемы и 5% растворѣ карболовой кислоты, послѣ чего приступлено къ наложенію маточнаго шва. Матка зашита 19-ю швами изъ іодоформированнаго шелка, захватывающими всѣ слои ея стѣнки, кромѣ отпадающей оболочки; при завязываніи швовъ покрывающая матку брюшина заворачивалась внутрь; затѣмъ, по снятіи эластическаго жгута, показалось незначительное кровотеченіе въ верхнемъ и нижнемъ углахъ маточной раны, гдѣ и наложено еще по одному поверхностному шву. Убѣдившись въ полномъ отсутствіи кровотеченія, я опустил матку въ брюшную полость, послѣ чего брюшная рана зашита по общимъ правиламъ 16-ю глубокими и 5-ю поверхностными швами изъ іодоформированнаго-же шелка; рана засыпана порошкомъ дерматолла, наложена повязка изъ обезпложенной марли и ваты, удерживаемая вязанымъ брюшнымъ бинтомъ. Продолжительность операціи 1 часъ. Т° оперированной—36,7°, пульсъ—80.

Ребенокъ, мальчикъ, оказался вѣсомъ въ 4000 grm., длиною въ 51 cm.; размѣры головки: прямая окружность—35 cm., кося—39, вертикальная—31, прямой размѣръ—11, большой косой—14, малый косой—9, большой поперечный—9, малый поперечный—7, вертикальный—10 cm. На покровахъ правой височной области имѣется небольшое вдавленіе, соотвѣтственно promontorio; замѣтное надвиганіе лѣвой темянной кости на правую.

Послѣоперационное теченіе прошло безъ всякихъ осложненій и лишь съ небольшими повышеніями температуры на 6-й, 8-й и 9-й дни (maximum—38,2°). Швы сняты на 11-й день; рана зажила первымъ натяженіемъ, кромѣ маленькаго участка около пупка, гдѣ было замѣчено небольшое расхожденіе ея краевъ. Въ настоящее время прошло болѣе двухъ мѣсяцевъ со дня операціи.

Подводя итоги особенностямъ даннаго случая, нельзя не отмѣтить того страннаго характера родовой сократительной дѣятельности матки, который былъ косвенною причиною смерти плода: какъ я уже сказалъ выше, въ теченіе почти двухъ сутокъ

предшествовавшихъ кесарскому сѣченію, роженица совершенно отрицала существованіе какихъ-бы то ни было схватокъ, да и объективно нельзя было замѣтить тѣхъ правильно чередующихся сокращеній и расслабленій, которыя характерны для находящейся въ родахъ матки; избѣгая безъ надобности производить внутреннее изслѣдованіе, которое одно въ данномъ случаѣ могло выяснитъ истинное положеніе дѣла, я былъ введенъ въ заблужденіе и промедлилъ съ производствомъ операціи. Что касается техники послѣдней, то не могу не подчеркнуть наложенія *одно-этажнаго* маточнаго шва; очевидно, что и такой шовъ, при условіи тщательнаго сближенія краевъ маточной раны и полной остановки кровотеченія изъ нея, оказывается совершенно достаточнымъ.

(Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта въ
Клиническомъ Институтѣ).

СЛУЧАЙ ОПЕРАЦИИ ЭНТЕРО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ФИСТУЛЫ.

Н. Рачинскаго.

Сообщенія различныхъ отдѣловъ кишечника съ половою сферою принадлежатъ къ относительно рѣдкимъ явленіямъ гинекологической практики; во всякомъ случаѣ, они встрѣчаются рѣже фистулъ мочевыхъ,—что и понятно въ виду анатомическихъ особенностей таза. Нечасты и описанія отдѣльныхъ случаевъ этихъ фистулъ. Случай, о которомъ здѣсь будетъ рѣчь, представляетъ нѣкоторый интересъ по своимъ анатомическимъ особенностямъ, по встрѣтившимся при его распознаваніи діагностическимъ затрудненіямъ и по тѣмъ оперативнымъ приемамъ, которые здѣсь были примѣнены. Случай этотъ касается 30-лѣтней здоровой крестьянки X. съ *menstrua*, неуклоняющимися рѣзко отъ нормы, имѣвшей 3 срочныхъ родовъ. Первые и вторые роды—въ Петербургѣ, со щипцами. Тазъ суженъ: разстояніе между *sp. ant. sup. ossis il.* 25 см., между *cr. il.* 28, между *troch.* 31, *conjugata ext.* 17¹/₂, *conjug. diag.* 10, слѣдовательно, *conjug. vera* 8—8¹/₂ см.

Третьи роды въ началѣ августа 1890 г., происходили въ провинціи (въ Кашинѣ), продолжались 3 сутокъ и также окончены щипцами. На другой-же день послѣ этихъ родовъ больная замѣтила выдѣленіе кала изъ влагалища. Примѣненіе щипцовъ при помятыхъ а, можетъ быть, даже и некротизированныхъ по мѣстамъ тканяхъ, вслѣдствіе трехсуточныхъ родовъ, вполне объясняетъ подобный исходъ. 1 сентября 1890 года, черезъ 3 недѣли послѣ родовъ, больная поступила въ гинекологическое отдѣленіе Клиническаго Института съ жалобой на выдѣленіе кала чрезъ влагалище и опухоль наружныхъ половыхъ частей; послѣдняя оказалась нарывомъ правой бартолиновой железы и вскрыта. При бѣгломъ осмотрѣ свища казалось, что здѣсь имѣется дѣло съ простой ректо-вагинальной фистулой, но при изслѣдованіи кишки пальцемъ, а также большимъ оловяннымъ бужемъ не удавалось попасть во влагалище; въ виду необходимости убѣдиться, не превращенъ-ли отрѣзокъ прямой кишки въ слѣпой мѣшокъ, или же проходимость этой кишки сохранена,—поставлена клизма, —вода попала во влагалище; окончательно удалось убѣдиться, съ какою частью кишечника имѣемъ дѣло, когда, подъ глубокимъ наркозомъ, бужъ, введенный со стороны влагалища, удалось вывести *per anum*, подъ контролемъ пальца, введеннаго въ *rectum*. Такимъ образомъ выяснилось, что въ верхнемъ отдѣлѣ задней влагалищной стѣнки имѣлось отверстіе, проходившее, вѣроятно, какъ это видно изъ послѣдующаго хода болѣзни, и выше, а именно, чрезъ заднюю стѣнку цервикальнаго канала; отверстіе это выстоящей изъ него поперечной перегородкой раздѣляется въ свою очередь на два отверстія: верхнее, ведущее въ нижнюю часть кишки, и нижнее, ведущее въ *rectum*. Газы, жидкія и плотныя испражненія выдѣляются только чрезъ влагалище, *rectum* не функционируетъ вовсе. Механизмъ происхожденія этой фистулы, конечно, объясняется слѣдующимъ образомъ: въ разрывъ, происшедшій во время родовъ на задней стѣнкѣ родоваго канала, вышла петля ободочной кишки; послѣ склейки серознаго покрова кишки съ краями разрыва передняя стѣнка кишки омертвѣла и отвалилась, задняя же ея стѣнка, выступивъ въ отверстіе, образовала сказанную перегородку. Такимъ образомъ, получился *anus praeternaturalis*. Въ виду крайне неблагоприятныхъ условій для зашиванія, не позволяющихъ рассчитывать на успѣхъ операціи, явилась мысль примѣнить шиваніе отрѣзковъ кишечника *per laparotomiam*. Такъ какъ вся операція сводилась бы тогда на энтерорафію, то больная и

была переведена въ хирургическое отдѣленіе. Нижеслѣдующія данныя заимствованы изъ больничнаго листка хирургическаго отдѣленія. Въ хирургическомъ отдѣленіи нашли возможнымъ сдѣлать попытку непосредственнаго сшиванія фистулы, для чего предстояло прежде всего превратить имѣющійся *anus praeternaturalis* въ простую фистулу, т. е. уничтожить перегородку и и возстановить непосредственное сообщеніе между верхнею и нижнею частями кишки. Поэтому на перегородку эту, выступающую изъ отверстія, подъ наркозомъ наложенъ жомъ (кишечныя ножницы Dupuytren'a). Жомъ каждый день все плотнѣе завинчивался, наконецъ, на 5 день онъ отвалился; при изслѣдованіи оказалось, что перегородка все еще существуетъ и хотя немного меньшихъ размѣровъ, но очень плотна. Черезъ мѣсяць, т. е. 7 ноября, подъ наркозомъ наложены вторично тѣ же кишечныя ножницы Dupuytren'a, причемъ онѣ здѣсь же завинчены вполне. На 5 день онѣ отвалились. Въ послѣдующіе дни газы отдѣлялись уже и *per anum*. Еще черезъ 1½ мѣсяца, т. е. 23 декабря, удалось проникнуть толстымъ оловяннымъ бужемъ *per anum* въ *S romanum*, причемъ остатки перегородки частью разорваны; на мѣсто бужа вставленъ толстый дренажъ. Въ послѣдующіе дни какъ черезъ влагалище, такъ и черезъ дренажъ, вставленный въ кишку, выдѣлялись газы, жидкія и плотныя испражненія. Черезъ недѣлю дренажъ удаленъ. 23 января подъ наркозомъ перерѣзанъ оставшійся еще валикъ между периферическимъ и центральнымъ концами кишки и вторично вставленъ *per anum* толстый, длинный дренажъ. 6 февраля дренажъ выпалъ во время дефекаціи. Въ послѣдующіе дни испражненія выдѣлялись также свободно *per anum*, какъ и черезъ влагалище. Такимъ образомъ возстановлена проходимость кишки. Оставалось зашить фистулу. 13 февраля произведена фистулорафія по общимъ правиламъ—съ освѣженіемъ краевъ и послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ. Результатъ операціи: фистула значительно уменьшилась, но испражненія, главнымъ образомъ жидкія, появляются и черезъ влагалище. Поэтому 16 апрѣля произведена такимъ-же образомъ вторично фистулорафія, но съ тѣмъ-же, неблагоприятнымъ исходомъ.

28 мая 1891 г. больная выписалась.

22 января нынѣшняго года больная вновь поступила въ гинекологическое отдѣленіе Института съ тѣми-же жалобами на выдѣленіе газовъ и жидкихъ испражненій черезъ влагалище; болѣе плотныя фекальныя массы проходятъ *per anum*. Исслѣдо-

ваніе показало слѣдующее: въ наружномъ зѣвѣ матки усматривается выпячивающаяся слизистая оболочка, принадлежащая, повидимому, кишкѣ. Толстый оловянный бужъ, введенный въ наружный маточный зѣвъ, попадаетъ и въ верхній и въ нижній отрѣзки кишки; струя воды, введенная *per anum*, изливается во влагалище, введенная въ соответственный участокъ кишки со стороны влагалища изливается *per rectum*; на основаніи послѣдняго слѣдуетъ думать, что цервикальное отверстіе проникаетъ въ кишечникъ не выше S—образной кишки. Зондомъ, даже самымъ тонкимъ, не удается проникнуть въ полость матки. Менструальная кровь, по словамъ больной, изливается чрезъ влагалище. Диагнозъ: *fistula entero-cervicalis*.

Такъ какъ положеніе фистулы въ тѣсномъ пространствѣ цервикальнаго канала не давало надежды на возможность съ желательнымъ удобствомъ освѣжить ея края и приладить съ необходимою правильностью освѣженныя поверхности, то проф. Д. О. Оттъ рѣшилъ попробовать косвенный путь для избавленія больной отъ причиняемыхъ фистулой неудобствъ. Уже давно при моче-выхъ свищахъ, когда не удавалось устранять ихъ непосредственнымъ сшиваніемъ, предлагалась облитерація полового канала ниже фистулы: *Vidal de Cassis* съ этою цѣлью предложилъ *episcleisin*, *Simon*—*colpocleisin*, наконецъ, *Fobert de Lamballe* для устраненія неудобствъ пузырно-шеечныхъ свищей предложилъ *hystero-cleisin*. До сихъ поръ, на сколько мнѣ извѣстно, эта идея *Fobert'a* не примѣнялась по поводу кишечно-шеечныхъ свищей. Только *Simon* въ одномъ случаѣ, при весьма значительной потерѣ ткани *septi recto-vaginalis*, произвелъ операцію такимъ образомъ, что пришилъ переднюю губу матки къ нижнему краю свища; получилось полное излѣченіе; отверстіе матки было обращено въ полость прямой кишки, такъ что больная менструировала *per rectum*. Идея *Fobert'a* примѣнена въ нашемъ случаѣ. 31 января подъ кокаиномъ произведена операція. Такъ какъ маточныя губы, благодаря несросшимся поперечнымъ разрывамъ шейки, были достаточно разъединены другъ отъ друга, то производить поперечные разрѣзы не было надобности; внутреннія поверхности обѣихъ губъ освѣжены ниже свища и соединены другъ съ другомъ: наложенъ рядъ швовъ на верхнюю границу соединяемыхъ поверхностей (швы *à demeure*) и рядъ швовъ на нижнюю границу. Получилось полное закрытіе наружнаго маточнаго зѣва. Черезъ недѣлю швы сняты. Результатъ операціи: полное зарощеніе цервикальнаго канала первичнымъ

натяженіемъ; газы и испражненія отходятъ только per rectum. Больная выписалась 26 февраля. При изслѣдованіи больной 16 сентября оказалось: menstrua per rectum, начиная съ марта, были ежемѣсячно. Послѣднія menstrua были 1 сентября. Выдѣленія кала чрезъ влагалище нѣтъ. Больная чувствуетъ себя удовлетворительно. Двуручное изслѣдованіе половыхъ органовъ: шейка почти сглажена, uterus небольшой, въ antepositio и anteflexio; задній сводъ влагалища глубокъ, выпяченъ значительно кверху.

Случай этотъ наводитъ на мысль, что если попытка спивать прямо кишечно-шеечный свищъ не достигаетъ цѣли, а другіе методы не примѣнимы, или же, желательно избѣгнуть въ будущемъ зачатія, то слѣдуетъ испытать, по идеѣ *Jobert'a*, предложенное для пузырно-шеечныхъ свищей hysterostomocleisin ниже фистулы, такъ какъ эта операція, не представляя техническихъ трудностей, должна давать вполне удовлетворительные результаты.

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

Д-ра мед. В. Н. Массена,

врача-акушера Приюта.

(Окончаніе).

Новорожденныя.

Наши 1921 роженицы дали въ общей сложности 1972 плода. Если же изъ этого числа выкинуть плоды при выкидышахъ (43), то получимъ всѣхъ младенцевъ 1929. Изъ этого числа родилось живыхъ 1847 или 95,78%, мертвыхъ—34 или 1,79%, мацерированныхъ—48 или 2,43%.

Мальчиковъ родилось 982, дѣвочекъ 947 или 1 мальчикъ относится къ дѣвочкѣ какъ 1 : 1.03.

Средній вѣсъ нашего мальчика при рожденіи равнялся 3486 grm. дѣвочки 3489 grm. т. е. оба пола у насъ были почти равновѣсны. Послѣ же $6\frac{1}{2}$ дневнаго (въ среднемъ) пребыванія въ Пріютѣ мальчикъ вѣсилъ 3309 (или потеря 177 grm. = 5%) , дѣвочка же вѣсила 3289 (потеря 200 grm. = 5,7%).

Нашимъ матеріаломъ мы отчасти воспользовались, чтобы нѣсколько провѣрить гипотезу *Hofacker'a* и *Sadler'a*, и именно предположеніе, что чѣмъ больше разница въ возрастѣ родителей, тѣмъ скорѣе воспроизводится полъ старшаго и чѣмъ старше отецъ, тѣмъ скорѣе рождается мальчикъ.

Съ указанною цѣлью мы и позволили себѣ привести слѣдующія таблицы составленныя, къ сожалѣнію, лишь изъ части нашего матеріала, т. к. въ возрастѣ отца сталъ аккуратнѣе заноситься лишь въ послѣднее время.

ТАБЛИЦА I. Отношеніе между возрастомъ отца и поломъ дѣтей.

Родилось:

ВОЗРАСТЪ ОТЦА.	Мальчиковъ			Дѣвочекъ.			Итого.
	Число случаевъ.	% изъ числа мальчиковъ.	% изъ общаго числа младенцевъ.	Число случаевъ.	% изъ числа дѣвочекъ.	% изъ общаго числа младенцевъ.	
Менѣе 20 лѣтъ.	8	1,2	72,7	3	0,4	27,3	11
Отъ 20—25 л.	113	16,9	50,4	111	16,8	49,6	224
» 26—30 л.	240	36	49,7	242	36,6	50,3	482
» 31—35 л.	122	18,7	52,5	109	16,8	47,5	231
» 36—40 л.	117	17,5	49,5	119	18	50,5	236
» 41—45 л.	27	4	42,1	37	5,7	57,9	64
» 46—50 л.	24	3,6	46,1	28	4,2	53,9	52
Старше 50 лѣтъ.	14	2,1	58,3	10	1,5	41,7	24
Итого. . . .	665	—	—	659	—	—	1324

ТАБЛИЦА II. Отецъ старше матери.

Родилось:

ВОЗРАСТЪ ОТЦА.	Мальчиковъ.			Дѣвочекъ.			Итого.
	Число слу- чаевъ.	% изъ числа мальчиковъ.	% изъ обща- го числа мла- дenceвъ.	Число слу- чаевъ.	% изъ числа дѣвочекъ.	% изъ обща- го числа мла- дenceвъ.	
На 1—5 л.	277	56,2	48,9	289	57,8	51,1	566
» 6—10 л.	139	28	51,1	133	26,5	48,9	272
» 11—15 л.	49	9,8	50,5	48	9,7	49,5	97
» 16—20 л.	17	3,4	46,7	21	4,1	54,3	38
выше	13	2,6	56,5	10	1,9	43,5	23
Итого . . .	495	—	—	501	—	—	996

ТАБЛИЦА III. Возрасты равны.

Мальчиковъ	109	} 196	или	55,6%
Дѣвочекъ	87			

ТАБЛИЦА IV. Мать старше отца.

Родилось:

РАЗНИЦА.	Мальчиковъ			Дѣвочекъ.			Итого.
	Число слу- чаевъ.	% изъ числа мальчиковъ.	% изъ обща- го числа мла- дenceвъ.	Число слу- чаевъ.	% изъ числа дѣвочекъ.	% изъ обща- го числа мла- дenceвъ.	
1—5 л.	133	79,9	52,3	121	76,6	47,7	254
6—10 л.	29	17,3	46,7	33	20,8	53,3	62
11—15 л.	4	2,3	50	4	2,5	50	8
16—20 л.	1	0,5	—	—	—	—	1
выше	—	—	—	—	—	—	—
Итого.	167	—	—	158	—	—	325

Разсматривая нашу I-ю таблицу мы видимъ, что какъ будто дѣйстви-тельно есть какое-то отношеніе между возрастомъ отца и поломъ младенца, отношеніе, впрочемъ, выраженное не безупречно. Эта таблица говоритъ намъ, что при возрастѣ отца до 25 лѣтъ перевѣсъ въ полѣ младенцевъ лежитъ на сторонѣ мальчиковъ, а при возрастѣ отца между 26—30 годами и между 36 и 50 перевѣсъ переходитъ на сторону дѣвочекъ. Отецъ же въ возрастѣ 31—35 лѣтъ и старше 50 лѣтъ опять производитъ больше мальчиковъ. Изъ II-й таблицы видно—опять-таки съ исключеніями— что вообще въ тѣхъ случаяхъ, когда отецъ старше матери, рождаются больше мальчики; это, однако, не относится до тѣхъ случаевъ, гдѣ отецъ старше матери на 1—5 лѣтъ или на 16—20, такъ какъ въ такихъ случаяхъ рождаются больше дѣвочки. Относительно же зависимости пола дѣтей отъ возраста матери,—сказать ничего нельзя. Существуетъ ничтожное направленіе въ пользу преобладанія женскаго пола.

Такимъ образомъ изъ приведенныхъ нами данныхъ выходитъ, что 1) самый молодой и самый старый отцы имѣютъ равные шансы производить мальчиковъ, 2) если отецъ старше матери не болѣе чѣмъ на пять лѣтъ, то существуетъ большая возможность для рожденія дѣвочки; въ противномъ случаѣ рождаются скорѣе мальчики; и 3) при равенствѣ возраста родителей существуетъ склонность къ производству мальчиковъ:

Изъ числа родившихся въ Пріютѣ живыхъ и жизнеспособныхъ младенцевъ за время пребыванія матерей въ Пріютѣ умерло: мальчиковъ 21, дѣвочекъ 16.

Изъ оставшихся въ живыхъ:

А) взято матерями.

	Мальчи- ковъ.	Дѣвочекъ.	Всего.
I— пара	176	185	361
II— »	199	157	356
M— »	387	402	789
Итого	<u>762</u>	<u>744</u>	<u>1406</u>

В) Отправлено въ Воспитательный домъ.

	Мальчи- ковъ.	Дѣвочекъ.	Всего.
I— пара	67	76	143
II— »	37	34	71
M— »	43	37	80
Итого	<u>147</u>	<u>147</u>	<u>294</u>

Изъ числа отправленныхъ въ Воспитательный Домъ было:

	Мальчи- ковъ.	Дѣвочекъ.	Всего.
Законныхъ	8	4	12
Незаконныхъ.	139	143	282
<u>Итого</u>	<u>147</u>	<u>147</u>	<u>294</u>

Уродства плода.

Hemicephalia плода у I-рага, 21 г., при двойняхъ у первого плода; второй совершенно доношенъ и правильно развитъ. Уродливый плодъ—дѣвочка, вѣсомъ въ 1,300 grm., длиною въ 42 сант., родился живымъ, но умеръ черезъ 10 минутъ¹⁾.

Defectus diaphragmae величиной съ серебряный четвертакъ въ лѣвой боковой части діафрагмы у дѣвочки (педоношенной) вѣсомъ въ 1,500 grm., длиною въ 37 сант., умершей черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ.

Atresia ani vesicalis у плода (мальчика), вѣсомъ въ 3,000 grm., длиною 50 сант. Colotomia. Перитонитъ. Смерть на 5-ья сутки послѣ рожденія и на 3-и сутки послѣ операциі.

Atresia ani у мальчика въ 3,600 grm., длиною въ 54 сант. Зараженіе не высокое, вскрыто черезъ промежность. Выздоровленіе.

Hydrorrhachis въ области послѣднихъ спинныхъ и первыхъ поясничныхъ позвонковъ. Мать I-рага—выписалась съ ребенкомъ на 7-ья сутки. Смерть плода на 12-ья сутки вслѣдствіе разрыва пузыря.

Polydactilia I разъ у мальчика: прибавочный большой палецъ, въ видѣ мягкаго подвижнаго придатка.

О родильницахъ.

Прежде чѣмъ представить итоги хода послѣродоваго процесса у нашихъ родильницъ, необходимо сдѣлать нѣкоторыя указанія. Помѣщеніе Пріюта, вообще мало приспособленное для родовспомогательнаго заведенія, въ теченіи отчетнаго времени приходило постепенно въ все менѣе и менѣе удовлетворительное состояніе. Не будетъ чрезмѣрнымъ, если мы выскажемся въ томъ смыслѣ, что относительно удовлетворительное состояніе нашихъ послѣродовыхъ палатъ обязано главнымъ образомъ тому обширному пустому пространству, которое окружало старое зданіе нашего Пріюта и содѣйствовало чистотѣ и вен-

¹⁾ Объ этомъ и 3-хъ слѣдующихъ случаяхъ см. подробно Журн. Ак. и Ж. б. № 16, 1890.

тилинъ воздуха¹⁾). Конечно, надежды на асептическое веденіе родовъ при такихъ условіяхъ надо было оставить²⁾). Кромѣ плохого помѣщенія на неудовлетворительный ходъ послѣродоваго періода вліяло и то обстоятельство, что Пріютъ всегда оставался открытымъ для лицъ, желавшихъ практически усовершенствоваться въ дѣлѣ родовспоможенія (врачи, акушерки, студенты). Невозможно было имѣть постоянно строгій контроль за каждымъ изъ допускаемыхъ къ занятіямъ лицомъ. И самыя строгія предписанія часто оказывались безсильными. Въ виду этого антисептика въ тѣхъ широкихъ размѣрахъ, въ которыхъ она практикуется современной акушерской наукой, имѣла примѣненіе и въ нашемъ Пріютѣ. Роженица, поступившая въ Пріютъ, получала теплую общую ванну съ мыломъ, одѣвалась въ казенное чистое бѣлье. Къ внутреннему изслѣдованію прибѣгали возможно рѣдко, предпочитая ему наружное послѣ каждаго внутренняго изслѣдованія производилось влагалищное спринцованіе растворомъ сулемы. Послѣ родовъ мертвогнлостнымъ плодомъ, а также въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ полость матки вводилась рука или инструментъ,—матка промывалась теплымъ растворомъ карболовой кислоты, креолина и лизола. Зашивались не только надрывы губъ и промежности, но и глубокія трещины слизистой оболочки рукава, при чемъ присыпка производилась либо іодоформомъ, а въ 1891—1892 году дерматоломъ. Въ послѣродовомъ періодѣ 3 раза въ день производилось обмываніе *genitalia externa* сулемой, причемъ измѣрялась t° , сосчитывался пульсъ и число дыханій³⁾). При появленіи дурнопахнущихъ лохій, особенно если одновременно повышалась t° ,—полость матки промывалась растворами креолина или лизола.

Во многихъ нашихъ случаяхъ мы даже и при многократномъ поднятіи температурной кривой не могли точно опредѣлить источника для этого поднятія. Иногда въ этомъ можно было винить задержку лохій, трещины и ссадины входа или сосковъ, гастрическія и даже нервныя разстройства; несомнѣнно также и то, что плохая вентиляція палаты при значительномъ скопленіи родильницъ тоже играетъ значительную роль. Всѣ эти моменты легко поднимають у родильницы температуру. Относительно же того, можетъ ли нагрубаніе груди повысить фізіологическую норму температуры,—мы склонны думать въ положительномъ смыслѣ. Сильное нагрубаніе есть состояніе выходящее уже изъ ряда фізіологическихъ явленій и скорѣе должно быть

¹⁾ Съ I семестра 1892—93 года Родильный Пріютъ переведенъ въ собственное, специально для него построенное зданіе.

²⁾ Попытка, предпринятая съ этою цѣлью въ апрѣлѣ 1891 года, не дала ничего существеннаго.

³⁾ Уже изъ данныхъ *A. P. Фишера* (Отчета Гаваньскаго Род. Пріюта за 1884—1885 г.) явствуетъ, что трехкратное измѣреніе t° увеличиваетъ число лихорадящихъ, сравнительно съ другими родовспомогательными учрежденіями, гдѣ измѣреніе t° производится два раза въ день, на 6,8%. Это надо имѣть въ виду при оцѣнкѣ нашихъ данныхъ относительно числа лихорадящихъ.

названо воспаленіемъ, и какъ таковое должно сопровождаться всѣми признаками, свойственными остроуму воспаленію. Отвлекающія на кишечникъ, массажъ и опорожненіе железы, словомъ средства, способствующія приведенію железы къ нормальному состоянію и регулирующія ея дѣятельность, быстро понижаютъ температуру, вызванную быстрымъ набуханіемъ, острымъ кровоприливомъ къ молочной железѣ.

Остается прибавить два слова о дезинфицирующихъ средствахъ. Качества и недостатки сулемы извѣстны. Креолинъ, представляющійся менѣе вреднымъ, чѣмъ сулема и карболовая кислота, хотя и менѣе сильнымъ по дезинфицирующимъ свойствамъ, нами примѣнялся съ успѣхомъ при промываніяхъ полости матки. При операціяхъ, особенно пластическихъ, его, однако, примѣнять не приходится, такъ какъ онъ затемняетъ поле дѣйствія. Лизоль, употребляющійся нами съ начала 1891—1892 учебнаго года, служилъ намъ хорошую службу. Онъ не ядовитъ и представляетъ, повидимому, надежное antisepticum. Единственный его недостатокъ,—это скользкость, обязанная самой натурѣ лизола (крезолъ и мыло). При операціяхъ онъ удобенъ, особенно если не употребляются зеркала (скользятъ). Онъ мало раздражаетъ ткани больныхъ, что также имѣетъ значеніе при сравненіи съ крѣпкими растворами другихъ дезинфицирующихъ веществъ. Вводимое нынѣ въ арсеналъ *desinficientia* вещество *solveol* (крезолъ и крезотино-кислый натръ) вѣроятно окажется для акушерскаго дѣла однимъ изъ лучшихъ, ибо оно, представляя собой сильное дезинфицирующее вещество, дешевле карболовой кислоты, растворы его не мутны и не скользки¹⁾.

Послѣ этихъ предварительныхъ замѣчаній мы переходимъ къ изложенію хода послѣродоваго періода за отчетное время, 1888—1892 и сперва излагаемъ наши данныя въ таблицѣ № 1, гдѣ указано число родовъ, количество лихорадившихъ и заболѣвшихъ по мѣсяцамъ, а затѣмъ предлагаемъ таблицу № 2, гдѣ тѣ же данныя сгруппированы по годамъ.

¹⁾ Мы употребляемъ *solveol* въ 0/0 растворѣ и при большихъ акушерскихъ операціяхъ. Единственный его (въ сущности маловажный) недостатокъ проникаемый, долго сохраняющійся запахъ.

ТАБЛИЦА № 1. СОСТОЯНІЕ ПОСЛѢ

	1888—1889					1889—1890				
	Количество родовъ.	Лихорадило.	%	Послѣрод. заболѣв.	%	Количество родовъ.	Лихорадило.	%	Послѣрод. забол.	%
Августъ.	24	4	16,6	—	—	40	6	10,5	—	—
Сентябрь.	70	18	20,5	2	2,8	58	21	36,2	4	6,8
Октябрь.	54	11	20,3	3	5,5	52	6	11,5	1	1,9
Ноябрь.	66	17	25,7	2	3,0	55	12	21,8	2	3,6
Декабрь.	49	11	22,4	—	—	54	17	31,4	2	3,7
Январь.	57	11	19,2	1	1,7	47	15	31,9	3	6,3
Февраль.	57	15	26,3	4	7,0	61	15	24,5	4	6,0
Мартъ.	59	21	33,8	2	3,3	56	18	32,1	8	14,2
Апрѣль.	52	13	25	3	5,7	54	12	22,2	3	5,5
Май.	38	12	31,5	1	2,6	80	27	33,7	2	2,5
Іюнь.	—	—	—	—	—	21	3	14,2	—	—
Сумма	526	133	25,2	18	3,4	578	152	26,2	29	5,0

ТАБЛИЦА № 2. ПО ГОДАМЪ ЧИСЛО ЛИХОРАДИВШИХЪ, БОЛѢВШИХЪ И

ГОДА	Л И Х О Р А Д И Л О.							И Т О Г О.
	Число родовъ.	Одно-кратно.	%	Дву-кратно.	%	Много-кратно.	%	
1888—89.	526	64	12,1	22	4,1	47	8,9	133
1889—90.	578	59	10,2	26	4,4	67	11,5	152
1890—91.	456	52	11,4	34	7,4	62	13,5	148
1891—92.	361	35	9,6	18	4,9	32	8,8	85

456	148	32,4	20	4,3	361	85	23,5	10	2,7
-----	-----	------	----	-----	-----	----	------	----	-----

МЕРЩИХЪ РАСПОЛОЖИЛОСЬ СЛѢДУЮЩИМЪ ОБРАЗОМЪ.

Б О Л Ъ Л О.				У М Е Р Л О.				И Т О Г О.
Послѣродо- вныя заболѣ- ванія.	%	Не послѣро- дovsky заболѣ- ванія.	%	Отъ послѣ- родовыхъ болѣзней.	%	Отъ не послѣ- родовыхъ бо- лѣзней.	%	
18	3,4	8	1,3	—	—	—	—	
29	5,0	29	5,0	—	—	—	—	
20	4,3	24	5,2	1	0,2	2	0,4	
10	2,7	9	2,5	—	—	—	—	

Таблица № 3. Зависимость заболѣваемости родильницъ отъ числа предшествующихъ родовъ.

Родильницы.	Число случаевъ.	%	Л И Х О Р А Д И Л О.							
			Однокр.	%	Двукрат- но.	%	Много- кратно.	%	Всего.	%
I-родящія.	524	27,2	73	12,9	33	6,2	107	20,4	213	40,6
II-родящія.	474	24,6	46	9,7	25	5,2	42	8,8	113	23,7
M-родящія.	923	22,0	84	9,1	45	4,8	57	6,1	186	20,4
Всего .	1921		203	10,5	103	5,3	205	10,7	512	26,6

Такимъ образомъ самое большое число лихорадившихъ приходится на долю первородящихъ (40,6% изъ всего числа I—para). Причиной тому служатъ: большій % случаевъ, сопровождающихся различными оперативными пособіями, большая частота травмъ родового канала и отсутствіе приспособленія къ еще неиспытанному физиологическому состоянію (нагрубаніе груди, уходъ за сосками и пр.).

Послѣродовыя заболѣванія.

Всѣхъ случаевъ послѣродовыхъ заболѣваній было 77, что составляетъ 4,01% всѣхъ родовъ или одно заболѣваніе пuerperальной формой приходится на 24,9 родовъ.

Формы заболѣванія были слѣдующія:

Colpitis traumatica	6	} 77
Endometritis puerper	41	
Parametritis »	28	
Para-perimetritis puerper.	1	
Peritonitis puerp.	1	

Изъ страдавшихъ послѣродовыми формами умерла 1 родильница отъ гнойнаго перитонита на 4-я сутки. Изъ страдавшихъ непослѣродовыми формами умерло двѣ: одна отъ плеврита, другая въ przypadкахъ эклампсін.

Непослѣродовыя заболѣванія дали всего 70 лихорадившихъ родильницъ или 36,4%. Формы заболѣваній, вызвавшія подъемъ температуры были слѣдующія:

Typhus abdominalis	4 сл.	Enteritis	4 сл.
Pneumonia crouposa	1 »	Colitis	3 »
Phtysis pulm.	3 »	Icterus catarrh.	1 »
Urticaria	1 »	Furunculus	1 »
Febris reccurens.	1 »	Abscessus perin.	1 »
Influenza	2 »	Mastitis paren.	4 »
Laryngitis catarrhalis	1 »	» incip., fissurae et	
Bronchitis	5 »	rhag. pap.	26 »
Pleuritis sicca	1 »	Eclampsia	1 »
» humida	1 »		
Gastro-enteritis	9 »	Итого	70 сл.

До 1890 года въ нашемъ Приютѣ существовалъ обычай давать въ послѣродовомъ періодѣ ежедневно два раза въ день по 5 gr. pulv. sec. cornuti. Параллельныя наблюденія показали, что эта дача порошка рожковъ ни мало не ускоряетъ обратную инволюцію матки, а потому назначеніе *secale* въ *puerperium* было отмѣнено, и въ настоящее время мы ограничиваемся слѣдующимъ. Послѣ выхожденія послѣда (если онъ не выходитъ самъ въ теченіи 15 м., то выжимаемъ его по *Credé*) роженица получаетъ \mathfrak{z} pulv. *secale* и переводится въ палату. Если матка и послѣ этого оказывается дряблою, то примѣняется пузырь со льдомъ на нижнюю часть живота. Если появляется кровотеченіе, то прибѣгаемъ къ употребленію горячихъ (40°) влагалищныхъ спринцованій. Если же въ теченіи *puerperium* мы замѣчаемъ крайне вялое обратное развитіе матки или если и на 5—6-й день *lochia* представляются все еще кровавыми, то прибѣгаемъ къ назначенію дважды въ день pulv. *ec. corn.* по 5 gr. Считая, что появленіе *lochia serosa* отчасти показываетъ, что матка инволюировалась хорошо и правильно мы изъ всего числа нашихъ родильницъ вывели то заключеніе, что нормальнаго состоянія инволюціи у всѣхъ вообще родильницъ матка достигаетъ въ среднемъ на 6-ныя сутки. Слѣдующая таблица показываетъ 1-й день серознаго выдѣленія у I, II и M-рага 1).

Изъ этой таблицы мы видимъ, что въ то время какъ у всѣхъ вообще родильницъ чаще всего первое серозное выдѣленіе показывается на 6-ныя сутки, I—рага имѣютъ больше шансовъ получить его съ 5-хъ сутокъ и до 8-хъ (61,3%), II—рага съ 4-хъ по 6-ныя (57,7%) и M-рага тоже съ 4 по 6, причеиъ у M-рага наблюдается та особенность, что 5-ныя сутки для нихъ являются болѣе частымъ днемъ 1-го серознаго выдѣ-

1) Назначеніе порошка *secale* въ послѣродовомъ періодѣ держалось за отчетное время всего нѣсколько мѣсяцевъ. Чисто же кровавыя лохи, дававшія показанія къ назначенію *secale* встрѣчались крайне рѣдко. Вотъ почему оба эти обстоятельства не могли оказать существеннаго вліянія на итоги вычисленій, приводимыхъ ниже.

На которыя сутки по- явились lochia se- ro-sa.	I-para.		II-para.		M-para.		И Т О Г О.	
	Число слу- чаевъ.	% данной бе- ременности.	Число слу- чаевъ.	% данной бе- ременности.	Число слу- чаевъ.	% данной бе- ременности.	Число слу- чаевъ.	% всего чи- сла случаевъ.
На 2 сутки.	2	0,38	3	0,63	6	0,65	11	0,5
» 3 »	17	3,24	26	5,48	63	6,82	106	5,5
» 4 «	40	7,63	61	12,8	129	13,9	230	11,4
» 5 »	76	14,5	73	15,4	209	22,6	358	18,6
» 6 »	104	19,8	140	29,5	219	23,7	463	23,0
» 7 »	87	16,6	28	5,9	39	4,3	154	8
» 8 »	55	10,4	8	1,68	6	0,65	69	3,1
» 9 »	17	3,24	4	0,84	4	0,44	25	1,3
» 10 »	11	2,99	—	—	3	0,32	14	0,7
Послѣ 10 » Вышла съ loch. sero- cruenta.	3	0,57	2	0,42	4	0,44	9	0,4
	112	20,65	129	26,35	241	26,18	482	25,0
Итого.	524	—	474	—	923	—	1921	—

ленія, чѣмъ у II-para, у которыхъ частый максимум всетаки приходится на 6-ья сутки (60,2%). Около пятой части всѣхъ родильницъ пришлось выписать (настоячивое желаніе родильницъ или ихъ родственниковъ) съ lochiasero-cruenta, причѣмъ нѣсколько большая часть этихъ женщинъ приходится на долю II и M—para (26,35% и 26,18%).

Графическое изображеніе всего сказаннаго видно изъ прилагаемыхъ три семь кривыхъ (рис. I).

Данныя относительно *величины матки при выпискѣ*, мы помѣстили въ слѣдующей таблицѣ ¹⁾.

Изъ этой таблицы мы видимъ, что большинство I-para выписывается съ маткой 7—8 сант. или 8—9 сант., большинство II-para въ 8—9 или даже болѣе 10 сант., большинство же M-para выписывается съ мат-

¹⁾ Матка измѣряется въ нашемъ Приютѣ однажды утромъ при пустомъ пузырь и rectum. Измѣреніе (ширины и вышины) производится наружными приемами посредствомъ ленточки, раздѣленной на сантиметры.

Величина матки: длина и вышина.	I пара.		II-пара.		M-пара.		И Т О Г О.	%
	Число слу- чаевъ.	% данной берем.	Число слу- чаевъ.	% данной берем.	Число слу- чаевъ.	% данной берем.		
непрощуны- вается.	72	12,67	30	4,90	58	3,31	150	7,8
5— 6 см.	44	9,39	18	3,80	35	3,80	97	5
6— 7 >	26	18,32	61	12,89	102	11,06	259	13,5
7— 8 >	113	21,56	89	18,81	126	13,68	321	16,7
8— 9 >	106	20,22	97	20,50	169	18,34	372	19,3
9—10 >	60	11,45	89	18,81	217	23,56	386	18,5
> 10 >	33	6,49	96	20,29	214	23,23	348	19,2
Итого.	524	—	473	—	921	—	1918 ¹⁾	—

кой 9—10 или даже выше 10 сант. Иными словами, съ увеличеніемъ числа беременностей матка медленнѣе возвращается къ своему первоначальномъ объему. Съ этимъ согласно и то положеніе, что у рожавшихъ матка больше нерожавшей, иными словами, беременность, растягивая матку плоднымъ яйцомъ, создаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ условія, при которыхъ органъ не можетъ возвратиться къ первоначальному своему объему (благодаря ли потерѣ въ эластичности или ослабленію сократительной способности мышечныхъ элементовъ) и это растяженіе матки путемъ повторныхъ беременностей дѣлается значительнѣе, вмѣстѣ съ чѣмъ понижается и способность къ обратной инволюціи. Само собой понятно, что такое хроническое состояніе растяженной матки создаетъ новыя условія для кровообращенія и питанія органа, условія, къ которымъ матка должна постепенно привыкнуть. Все же, что нарушаетъ въ это время покой органа, все что мѣшаетъ правильной установкѣ новыхъ условій и приспособленія къ нимъ организма должно повлечь за собой нѣкій рядъ патологическихъ явленій въ половомъ аппаратѣ, столь частыхъ у родившихъ, явленій, имѣющихъ свою этиологію именно въ нецаравильно веденномъ послѣродовомъ періодѣ.

Чтобы нагляднѣе представить себѣ *величину матки при вытискѣ* у нашихъ родильницъ, мы предлагаемъ слѣдующее графическое изображеніе.

¹⁾ Трое родильницъ, какъ умершія, не вошли въ эту таблицу.

На которые сутки.	I-пара.		II-пара.		M- пара.		И т о г о.	%
	Число слу- чаевъ.	% данной берем.	Число слу- чаевъ.	% данной берем.	Число слу- чаевъ.	% данной берем.		
На 2-ья	1 ¹⁾	0,19	1 ²⁾	0,21	—	—	2	0,1
» 3 »	1	0,19	3	0,63	1	0,11	5	0,2
» 4 »	5	0,95	2	0,42	22	2,38	29	1,5
» 5 »	6	1,14	28	5,9	105	11,37	139	6,7
» 6 »	26	4,96	298	62,86	596	64,57	920	49,45
» 7 »	200	38,11	88	18,56	148	16,03	436	22,1
» 8 »	190	36,25	25	5,27	29	3,14	244	12,7
» 9 »	40	7,63	11	2,32	8	0,88	59	3,0
» 10 »	28	5,34	6	1,26	5	0,55	39	2,0
» 11 »	4	0,76	5	1,05	4	0,44	13	0,6
» 12 »	10	1,90	1	0,21	3	0,38	14	0,7
» 13 »	6	1,14	1	0,21	—	—	7	0,3
» 14 »	—	—	1	0,21	—	—	1	0,05
» 15 »	5	0,95	—	—	—	—	5	0,2
» 16 »	—	—	1	0,21	—	—	1	0,05
» 18 »	1	0,19	1	0,21	—	—	2	0,1
» 19 »	—	—	2	0,42	—	—	2	0,1
» 21 »	—	—	—	—	1	0,11	1	0,05
» 27 »	—	—	—	—	1	0,11	1	0,05
» 37 »	1	0,19	—	—	—	—	1	0,05
Итого.	524	—	474	—	923	—	1921	—

¹⁾ Отправлено въ Петропавловскую больницу.

²⁾ Тоже въ Калининскую больницу.

Разсматривая и сопоставляя данныя, полученныя нами относительно перваго дня серознаго выдѣленія и величины матки при выпискѣ, мы видимъ нѣкоторую особенность, на которую и позволимъ себѣ указать. Мы видѣли, что въ общемъ 1-й день серознаго выдѣленія у первородящихъ наступаетъ позднѣе, чѣмъ у 2-родящихъ, а у этихъ послѣднихъ позднѣе чѣмъ у М-родящихъ. Между тѣмъ величина матки содержится совершенно оброчно, а именно матка первородящихъ скорѣе инволюируется, чѣмъ матка II-рага, а у этихъ чѣмъ у М-рага. Между тѣмъ казалось бы, что инволюція матки, обязанная главнымъ образомъ сократительной способности маточной мускулатуры, должна идти рука объ руку съ характеромъ послѣродовыхъ очищеній и при болѣе энергично наступающемъ обратномъ развитіи матки должно раньше появляться и серозное выдѣленіе. Наши данныя говорятъ, между тѣмъ, совершенно обратное и мы затрудняемся въ данный моментъ объяснить себѣ это противорѣчіе. Не находится-ли продолжительность періода *lochia cruenta* въ зависимости отъ самаго характера восстанавливающейся *mucosae cavitatis*?

Покончивъ съ послѣродовымъ періодомъ, протекшимъ въ нашемъ Пріютѣ, мы приводимъ таблицу, изъ которой видно, на который день выписывались наши родильницы.

Изъ приведенной таблицы явствуетъ, что въ то время какъ главное количество II-рага и М-рага выписывается на VI сутки (62—64%), I-рага выписываются въ теченіи 7 и 8 сутокъ, дѣлясь на двѣ почти равныя части (38 и 36%). Вторая половина ихъ, выписывающаяся на 8 сутки, была задержана въ Пріютѣ благодаря разрывамъ промежности.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ

(годъ седьмой).

ПРОТОКОЛЬ № 7.

Засѣданіе 28-го октября 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій. Присутствовали 39 членовъ: Баскинъ, Байковъ, Бацевичъ, Биддеръ, Вастень, Виридарскій, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Личкусъ, Мазуркевичъ, Марцынкевичъ, Массень, Миллеръ, Оттъ, Петровъ, Піотровичъ, Поповъ, Радецкій, Рачинскій, Рузи, Рутковскій, Салмановъ, Соколовскій, Стравинскій, Строгоновъ, Тарновскій, Ульрихъ, Урвичъ, Фишеръ, А. Р., Франкъ, Цырскій, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Эйх-фусъ и 22 гостя.

1) Предсѣдатель открылъ засѣданіе слѣдующими словами:

Еще одной молодой жизнью меньше! Членъ нашего Общества Сергѣй Александровичъ Башкировъ умеръ сего 9 октября, имѣя отъ роду едва только 36 лѣтъ. Покойный товарищъ состоялъ въ средѣ нашего общества съ 15 марта 1889 года; свое акушерское образованіе онъ получилъ въ Родовспомогательномъ заведеніи здѣсь въ Петербургѣ, состоя сначала экстерномъ а затѣмъ сверхштатнымъ ординаторомъ въ теченіи 4-хъ лѣтъ. За это время онъ

опубликовалъ въ «Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней» за 1887 годъ «Случай операциі Порро», произведенный академикомъ А. Я. Крассовскимъ.

Специализировавшись достаточно въ нашей отрасли медицины, мы видимъ его приносящимъ пользу населенію нашего отечества въ г. Шлиссельбургѣ, въ качествѣ ординатора женской больницы. Вернувшись черезъ 3 года снова въ Петербургъ и начавъ снова заниматься въ Родовспомогательномъ заведеніи, онъ, въ своей частной акушерской практикѣ, весьма скоро увидалъ, насколько неудовлетворительно поставленъ у насъ вопросъ объ отысканіи кормилицы новорожденнымъ въ семьяхъ жителей нашей столицы. Покойному товарищу удалось, насколько это можетъ единичный врачъ, облегчить до извѣстной степени эту задачу; онъ основалъ частный приютъ кормилицъ, въ которомъ, при безупречномъ веденіи этого дѣла, каждый могъ найти подходящую кормилицу, не рискуя натолкнуться на больную женщину.

Миръ праху твоему, такъ преждевременно рано оставившій насъ товарищъ!

Присутствовавшіе почтили память покойнаго вставаніемъ.

2) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 6.

3) *А. В. Рутковский* показалъ маску для хлороформированія, примѣняемую въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*

4) *А. Р. Фишеръ* сообщилъ о случает *кесарскаго сече- нія при абсолютномъ показаніи*. Больная 37 лѣтъ, начавшая ходить лишь на 3-мъ году жизни и получившая первое мѣсячное на 14-мъ, поступила въ клинику профессора *К. Ф. Славянскаго* 19 августа сего года. Последнее мѣсячное—въ ноябрѣ прошлаго года. Доношенная первая беременность. Живой плодъ во 2-мъ затылочномъ положеніи. Головка надъ входомъ въ тазъ. Матка умѣренно плотна, временныхъ сокращеній и расслабленій ея не замѣчается. Шейка матки не сглажена; наружный зѣвъ едва пропускаетъ верхушку пальца. Вертлюги 27; ости 23,5;

гребни 25; прямой наружный 15; наклонная конъюгата 7,25; истинный прямой 5,5—6 см. (общесъуженный плоский тазъ). Рѣшено дожидаться родовыхъ болей и тогда произвести кесарское сѣченіе. 21 августа, около 10 час. утра, при отсутствіи сколько нибудь выраженныхъ болей, сошли довольно грязныя воды. Шейка сглажена, зѣвъ открытъ на $1\frac{1}{2}$ —2 пальца; сердцебіеніе плода слышно, но слабо. Немедленно же приступлено къ операциі по обычнымъ правиламъ. Извлеченный плодъ оказался мертвымъ¹⁾. Матка зашита 19 швами изъ іодоформнаго шелка, захватившими всѣ слои ея стѣнки, кромѣ отпадающей оболочки (одноэтажный шовъ). Брюшная рана зашита 16 глубокими и 5 поверхностными швами изъ того же шелка. Повязка. Послѣоперационное теченіе безъ всякихъ осложненій, лишь съ небольшими повышеніями температуры на 6, 8 и 9-й дни (maximum 38,2°). Швы сняты на 11-й день. Рана зажила первымъ натяженіемъ. *Больная показана Обществу.* Ребенокъ мальчикъ вѣсилъ 4,000 грм.; длина 51 см. На покровахъ правой височной области небольшое вдавленіе, соответственно мысу; замѣтное надвиганіе правой темянной кости на лѣвую. Въ заключеніе докладчикъ отмѣтилъ странность родовой дѣятельности матки, бывшую косвенною причиною смерти плода: въ теченіи почти 2 сутокъ, предшествовавшихъ кесарскому сѣченію, роженица совершенно отрицала существованіе какихъ бы то ни было схватокъ; да и объективно нельзя было замѣтить тѣхъ правильно чередующихся сокращеній и расслабленій, которыя характерны для находящейся въ родахъ матки. Избѣгая безъ надобности производить внутреннее изслѣдованіе, которое одно, въ данномъ случаѣ, могло-бы выяснить истинное положеніе дѣла, докладчикъ былъ введенъ въ заблужденіе и промедлилъ съ производствомъ операциі.

5) В. А. Вастенз сдѣлалъ слѣдующее сообщеніе: «разрывъ матки во время родовъ; дѣтское мѣсто въ брюшной полости; чревосѣченіе; надвлагалищная ампутація матки». 17 іюля сего года въ городскую Обуховскую больницу привезена 29-лѣтняя больная, послѣ родовъ, съ задержавшимся дѣтскимъ мѣстомъ. Первое мѣсячное на 15 году;

¹⁾ Слѣдуетъ отмѣтить, что отъ момента разрѣза матки до извлеченія плода прошло лишь 50 секундъ.

оно приходило через 4 недѣли и продолжалось по 6—7 дней. Больная рожала 8 разъ, въ срокъ; роды были всегда легкіе, выкидышей не было. Последнее время, въ настоящую девятую беременность, страдала запорами. Роды, длившіеся всего 10 часовъ, окончены при помощи щипцевъ приглашеннымъ врачомъ. Последъ не выходилъ, не смотря на попытки къ его выдѣленію. Старанія втораго приглашеннаго врача тоже оказались тщетными. Въ виду этого, больная съ пузырьемъ со льдомъ на животѣ отправлена въ больницу. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ при давленіи; при постукиваніи—притупленіе съ боковъ. Очертанія матки, не смотря на вздутіе кишекъ, опредѣляются довольно ясно: дно ея стоитъ на 2 пальца выше пупка. Больная слаба, но въ полномъ сознаніи; пульсъ 130—140, нитевидный. Изъ наружныхъ частей виситъ, перевязанная въ концѣ, пуповина. Полость хорошо сокращенной матки—пуста, а пуповина у дна, въ передней маточной стѣнкѣ, черезъ имѣющійся разрывъ идетъ въ брюшную полость, гдѣ находится дѣтское мѣсто¹⁾. Въ виду всего этого, рѣшено приступить къ чревосѣченію, какъ къ единственному пособию, дававшему нѣкоторую надежду на спасеніе больной. Разрѣзь брюшныхъ стѣнокъ въ 12 см. По вскрытіи брюшины, вышло нѣсколько жидкой крови; и сейчасъ же представился послѣдъ, лежавшій частью на передней стѣнкѣ матки. Чтобы не протаскивать черезъ матку и брюшную полость наружный загрязненный конецъ пуповины, она была обрѣзана у корня дѣтскаго мѣста и извлечена помощникомъ черезъ рукавъ, а дѣтское мѣсто вынуто черезъ рану. Изъ окружности матки убраны сгустки и жидкая кровь; ни первороднаго кала, ни околоплодной воды не было. Матка извлечена наружу. Она была довольно хорошо сокращена: кровотоčenja изъ мѣста разрыва не было. Имѣя большой разрывъ съ ушибленными краями и принимая во вниманіе, во 1-хъ, что, почти навѣрное, нельзя было рассчитывать на безгнилостное веденіе родовъ бабкою при домашней обстановкѣ больной, а во 2-хъ, оперативное пособіе и неоднократное введеніе рукъ въ полость матки, доклад-

¹⁾ Таазъ слегка плоскій; ости 27¹/₂, гребни 29, вертлюги 33, прямой наружный 18¹/₄.

чикъ рѣшилъ удалить послѣднюю. Одна изъ широкихъ связокъ перевязана въ 2 пучка, другая въ 3. Толстая, растянутая шейка матки, ниже внутренняго зѣва, перевязана, безъ предварительнаго наложенія упругаго жгута, въ 3 пучка. Немного выше перевязокъ шейка матки справа и слѣва защемлена 2 длинными пинцетами Richelot, и надъ ними матка срѣзана. Видимые большіе сосуды перевязаны отдѣльно. Вся поверхность культи слегка прижжена термокаутеромъ выше перевязокъ, а остатокъ канала шейки прижженъ болѣе глубоко. По снятіи пинцетовъ, культи опущена въ брюшную полость. Туалетъ брюшной полости. Черезъ заднее Douglas'ово пространство сдѣлано отверстіе въ рукавъ и вставленъ Т-образный дренажъ. Брюшныя стѣнки зашиты. Послѣ операціи больная слегка лихорадила; впрочемъ температура только дважды, на 5-й и 6-й день, по разу, доходила до 39 и 39,1°, въ остальные же дни колебалась по утрамъ отъ 37,6 до 37,8°, а по вечерамъ до 38,5°. Съ 30 іюля до 5 августа температура была подлихорадочная: 37,5—37,6, и затѣмъ нормальная. На 8-й день — ясно выраженный эндометритъ въ оставшейся части шейки. Своды свободны. Дренажъ вынуть. При перемѣнѣ ослабшей повязки замѣченъ въ правой подвздошной впадинѣ плотный, безболѣзненный выпоть, близко прилегавшій къ брюшной стѣнкѣ. Швы сняты на 11-й день. Больная стала быстро поправляться. Выпотъ почти совсѣмъ всосался. Культи подвижна, нѣсколько отклонена вправо, гдѣ прощупывается, въ видѣ шнура, нѣсколько напряженная культи широкой связки. Длина удаленной матки 16, ширина 13,5, толщина дна 3,5; толщина на мѣстѣ разрыва 2,5, а толщина задней стѣнки 4 см. *Удаленная матка и больная показаны Обществу.* Разобравъ, далѣе, литературу вопроса, докладчикъ высказалъ свой взглядъ на лѣченіе полныхъ разрывовъ матки. Даже, если плодъ и послѣдъ извлечены черезъ естественные родовые пути, то все-таки необходимо дѣлать чревосѣченіе; если при этомъ роды были ведены вполне безгнилостно, то можно зашить разрывъ матки. Если же онъ великъ, а ткани сильно разможжены, то не только при наличности эндометрита, но даже и при одномъ только сомнѣніи въ безгнилостности больной необходимо удаленіе матки. Если, какъ видно

изъ нѣкоторыхъ случаевъ, разрывъ распространяется такъ низко, что часть его приходится оставить на культѣ ниже перевязокъ, то необходимо, разумѣется, зашить эту часть. При ясно выраженномъ эндометритѣ, пожалуй, надежнѣе шивать культю въ рану. При отсутствіи же его и при хорошемъ обеззараживаніи поверхности сръза и канала шейки, можно смѣло опускать культю въ брюшную полость. Условія зараженія черезъ лимфатическіе сосуды шейки будутъ совершенно одинаковы, вшита ли культя въ рану, или опущена въ брюшную полость; за то продолжительность выздоровленія будетъ очень различна.

И. Л. Швердловъ сказалъ: Я хочу прибавить нѣкоторыя свѣдѣнія, касающіяся анамнеза больной почтеннѣйшаго докладчика, доктора *В. А. Вастена*. Я былъ приглашенъ къ этой больной, по поводу трудности ея родовъ. Я засталъ больную во 2-мъ періодѣ родовъ. Плодъ въ 1-мъ затылочномъ положеніи. Полное открытіе матки. Головка въ полости таза, животъ вялый. Черезъ брюшные покровы плодъ хорошо прощупывается. При незначительномъ треніи матки, я наткнулся у дна ея на отверстіе, которое я сначала принялъ за расхожденіе брюшныхъ стѣнокъ; но при болѣе тщательномъ изслѣдованіи, замѣтилъ, что это отверстіе принадлежитъ маткѣ. Сердцебиенія плода не слышно. Убѣдившись въ разрывѣ матки, я немедленно же извлекъ плодъ помощью щипцевъ, 3-мя тракціями. По выходѣ плода я тотчасъ же приступилъ къ извлеченію послѣда. Кровотеченія не было. Матка повидимому хорошо сократилась. Я тщательно обеззаразилъ руки и попробовалъ войти въ полость матки. Убѣдившись въ томъ, что въ полости матки нѣтъ плаценты, я немедленно же послалъ за докторомъ *Н. І. Рачинскимъ*, но послѣдняго не оказалось дома; тогда я далъ больной нѣсколько капель опія и отправилъ ее въ больницу. Пульсъ былъ хорошій, полный, 90 въ минуту. Больная особенно не жаловалась на боли въ животѣ.

Д. О. Оттъ сказалъ: Выслушанный докладъ представляетъ многосторонній интересъ: крайне интересенъ и поучителенъ самый случай, а еще болѣе интереса представляетъ поднятый по поводу его вопросъ о показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству при подобныхъ обстоятельствахъ, вообще, и въ частности также и особенности оперативной техники. Поэтому и слѣдуетъ отдѣльно побесѣдовать о той и другой сторонѣ выслушаннаго доклада. Прежде всего для оцѣнки причины, обусловившей разрывъ матки въ области дна ея, въ столь необычномъ мѣстѣ, крайне желательно было бы имѣть болѣе подробныя свѣдѣнія, касающіяся анамнеза. Благодаря присутствію д-ра *Швердлова*, который наблюдалъ за больной до родоразрѣшенія, мы знаемъ, что въ данномъ случаѣ разрывъ матки былъ констатированъ до подачи больной какого либо оперативнаго пособія, такъ что разрывъ матки слѣдуетъ считать произвольнаго происхожденія, напр., подъ вліяніемъ патологическаго состоянія

ея стѣнокъ и отнюдь неслѣдствіемъ акушерскаго вмѣшательства. У данной больной распознанный разрывъ послужилъ показаніемъ къ скорѣйшему окончанію родового акта. Такимъ образомъ мы имѣемъ опредѣленный отвѣтъ на возникающія сомнѣнія касательно натуры разрыва. Примѣненный оперативный приемъ, заключавшійся въ надвлагалищной ампутаціи матки, на основаніи сообщенныхъ данныхъ, несомнѣнно долженъ считаться вполне умѣстнымъ и цѣлесообразнымъ: сильный коляпсъ больной, который отмѣтилъ докладчикъ, заставлялъ главнымъ образомъ стремиться лишь къ тому, чтобы спасти ея жизнь. Эта цѣль достигнута; слѣдовательно для даннаго случая и примѣненный образъ дѣйствія слѣдуетъ признать вполне рациональнымъ, тѣмъ болѣе, что при сообщенныхъ особенностяхъ его другого выбора не было. Вполнѣ соглашаясь съ докладчикомъ во всемъ выше приведенномъ для описаннаго имъ случая, я не могу однако согласиться съ тѣмъ, что при разрывахъ матки съ выходомъ частей яйца въ брюшную полость принципиально *всегда* было бы показано чревосѣченіе. Для отдѣльныхъ случаевъ (допуская даже, что для незначительнаго меньшинства), возможно обойтись болѣе сберегательными мѣрами, оставляя чревосѣченіе, такъ сказать, про запасъ, если иными способами цѣль не будетъ достигнута, тѣмъ болѣе, что самъ по себѣ разрывъ матки отнюдь еще не можетъ считаться безусловно жизнеопаснымъ и, во что бы то ни стало, требующимъ вскрытія брюшной полости. Что дѣло можетъ иногда обойтись однѣми силами природы, врядъ ли нужно доказывать и что разрывы матки съ большимъ или меньшимъ загрязненіемъ брюшной полости заживаютъ сами собою, не подлежатъ сомнѣнію. Я склоненъ даже думать, что разрывы матки (особенно же не полные), могутъ вообще остаться не признанными и не давать даже грозныхъ симптомовъ. Въ виду этого, старая особенно, а также и современная статистика, говорящая вообще въ пользу чревосѣченія, не можетъ окончательно рѣшать вопроса и требуетъ во всякомъ случаѣ строго-критическаго къ ней отношенія. Ко всему этому, какъ это заявилъ и докладчикъ, слѣдуетъ прибавить, что неудачные случаи публикуются несравненно рѣже, чѣмъ благопріятно протекающіе. Переходя далѣе къ той категоріи случаевъ, гдѣ чревосѣченіе представляется неизбѣжнымъ, я одинаковымъ образомъ считаю необходимымъ высказаться противъ какого либо однообразнаго способа оперирования: руководящимъ принципомъ всегда однако долженъ быть сберегательный методъ оперирования и этотъ методъ можетъ быть пригоденъ тѣмъ въ большей мѣрѣ, чѣмъ больше существуетъ данныхъ за то, что больная до операціи не заражена и что роды прошли при асептической обстановкѣ. Если нельзя зашить разрыва, вполнѣ сохраняя весь половой аппаратъ, и мы принуждены сдѣлать надвлагалищное отсѣченіе матки, то слѣдуетъ по возможности сохранить больной яичники. Этотъ принципъ, къ слову сказать, разумно было бы распространить на другіе случаи, гдѣ приходится ампутировать часть матки. Если имѣются указанія въ пользу септического эндометрита, наиболѣе радикальной мѣрой должно считаться вырѣзываніе всей матки: тѣла и шейки. Если же въ подобныхъ случаяхъ ограничиться отсѣченіемъ лишь corporis uteri и оставлять шейку, тщательно обеззаразивъ

ее, вряд ли целесообразно перетягивать ее en masse лигатурами и таким образом, сжимая цервикальный канал, лишить гнилостные продукты свободного оттока наружу. В таких случаях дренажирование цервикального канала может оказать существенные услуги, что достигается, между прочим, и тем методом, который мною предложен для надвлагалищных ампутаций матки и о котором я уже не раз имел случай говорить в Обществе.

К. Ф. Славянский высказал следующее: что касается до лечения, примененного докладчиком в данном случае, то он находит его вполне умственным: сделано все, что нужно было сделать. Говорить же, вообще, о показаниях и противопоказаниях к чревосечению при разрывах матки в настоящее время довольно трудно, так как имеющийся в нашем распоряжении материал еще недостаточен для этого. Самое интересное в сообщенном случае—это разрыв у дна матки. Уже по одному макроскопическому осмотру препарата можно с убеждением сказать, что мы имеем дело в данном случае с так называемым самородным разрывом (*ruptura spontanea pathologica*). За это говорят относительная тонкость разорванного места и большая пещеристая полость—факты, указанные докладчиком. Умелое и настойчивое микроскопическое исследование несомненно докажет, что в данном случае был хронический метрит (*metritis chronica sub graviditate*). В заключение председатель привел 2 случая, напоминающие в этом отношении случай докладчика. В обоих макроскопически найдены тонкость разорванного места и широкая пещеристая пазуха, а при микроскопическом исследовании—метрит.

Н. И. Стравинский замечил: Ради пополнения сообщенных мною уважаемым докладчиком исторических сведений об исходах и оперативных пособиях при разрывах матки во время родов, считаю нужным добавить, что приблизительно лет 8 тому назад был в С.-Петербургском Родовспомогательном Заведении случай полного разрыва матки во время родов (ощупывались петли кишки), кончившийся самостоятельно выздоровлением—случай этот опубликован *Поповой*, кажется, во «Врачѣ». Другой случай полного разрыва матки во время родов, бывший в том же заведении в 1886 г., был оперирован *А. Я. Красовским* по способу *Porro* с благоприятным исходом для матери и опубликован в протоколах нашего общества за 1886 г., протокол № 3-й, д-ром *Видеманом*.

В. А. Вастенз на замечания *Д. О. Отта* ответил, что, говоря о показаниях к оперативному вмешательству, он, как и сказал в своем заключении, разумет полные разрывы матки, дающие грозную картину этого страдания, и не может быть никакого разговора о таких, которые остаются неузнанными и протекают незамеченно; он не понимает, как можно откладывать чревосечение «*pro запасу*, если иными способами цель не будет достигнута»; больная может погибнуть от острого малокровия и как определить границу его, требующую чревосечения и можно ли ручаться, что повидимому остановившееся кровотечение не повторится; оправившись от коллапса, родильницы при полном разрыве матки умирают обыкновенно

отъ септического перитонита; разъ же онъ начался, то не будетъ почти никакихъ шансовъ на сохраненіе жизни больной и чревосѣченіе почти навѣрно не достигнетъ цѣли. Противъ обыкновенія, при разборѣ вопроса о пользѣ того или другаго пособія при разрывѣ матки имѣетъ большое значеніе и убѣдительность и старая статистика. Если въ до-антисептическое время, когда чревосѣченія, вообще, давали крайне печальныйъ результатъ, изъ большой статистики несомнѣнно явствуетъ, что значительно больше наблюдалось выздоровленій послѣ лапаротоміи, чѣмъ при разрѣшеніи *per vias naturales* или выжидательномъ лѣченіи, то въ наше время не можетъ быть никакого сомнѣнія въ преимуществѣ оперативнаго пособія.

Консерватизмъ желателенъ и возможенъ при операціяхъ на асептическихъ больныхъ; если имѣется сомнѣніе въ подобномъ состояніи больной, то слѣдуетъ удалить возможно больше тканей, которыя могутъ быть заражены и служить источникомъ заболѣванія въ послѣоперационномъ періодѣ. Въ случаѣ референта макроскопически было видно съ одной стороны, у угла матки, что клѣтчатка *lig. lat.* была отечна. Это давало полное основаніе думать, что болѣе тонкія патологическія измѣненія распространяются далѣе; сохраненіе яичника играетъ въ подобныхъ случаяхъ далеко второстепенную роль, и оставляя его съ большей частью широкой связки, прямо рискуютъ не достигъ главной цѣли операцій. Возможно широкое удаленіе всего подозрительнаго въ этихъ случаяхъ въ высокой степени консервативно, оно увеличиваетъ шансы на сохраненіе жизни больной.

Далѣе *Д. О. Оттз* высказалъ странное противорѣчіе; разбирая способъ дѣйствія при имѣющемся уже септическомъ эндометритѣ, онъ предлагаетъ, какъ болѣе радикальное пособіе, удалять всю матку, т. е. и шейку, что вполне рационально, но далеко не всегда возможно удлинить операцію, оперируя *in extremis*; въ то же время оппонентъ, при невозможности удалить шейку, предлагаетъ, послѣ дезинфекціи ея канала, оставить его открытымъ и дренировать, для облегченія стока гнилостныхъ продуктовъ, іодоформнымъ фитилемъ, по способу, употребляемому имъ при надвлагалищныхъ ампутаціяхъ при міомахъ.

По мнѣнію докладчика, стокъ изъ растянутой и вялой послѣродовой шейки вполне свободенъ, а введя фитиль и оставивъ сообщеніе шейки съ брюшной полостью, вслѣдствіе пропитыванія фитиля септическими продуктами, прямо будемъ способствовать зараженію брюшины. Въ этихъ случаяхъ обязательно, тѣмъ или инымъ способомъ, тщательно уединить зараженный каналъ шейки отъ брюшной полости и способъ оппонента здѣсь совершенно неумѣстенъ. На замѣчаніе предсѣдателя о патологическихъ измѣненіяхъ ткани матки на мѣстѣ разрыва докладчикъ объяснилъ, что микроскопическое изслѣдованіе было произведено и сравненіе разрѣзовъ, сдѣланныхъ изъ ткани, взятой въ окрестности разрыва и въ отдаленномъ отъ него мѣстѣ, не дало никакой разницы; препараты разсматривалъ прозекторъ Обуховской больницы.

Въ заключеніе *В. А. Вастенз* заявилъ, что онъ оперировалъ въ этомъ случаѣ такъ-же, какъ онъ поступаетъ и при надвлагалищныхъ ампутаціяхъ при міомахъ; уже около года, онъ не употребляетъ эластической лигатуры; жгутъ

имѣлъ смыслъ тогда, когда опухоль срѣзалась до наложенія лигатуръ на шейку и кровотеченіе изъ нея останавливалось наложеніемъ этажнаго шва по *Schroeder*'у; перевязывая же шейку, какъ ножку кисты, въ нѣсколько пучковъ, нечего бояться кровотечения при срѣзываніи опухоли и предварительное наложеніе эластической лигатуры, кромѣ какихъ либо особыхъ показаній, онъ считаетъ безцѣльнымъ; предъ срѣзываніемъ опухоли докладчикъ справа и слѣва на шейку, выше лигатуръ, накладываетъ два пинцета; эти пинцеты захватываютъ большіе сосуды и тѣмъ предупреждаютъ могущее случиться небольшое кровотеченіе, если-бы которая нибудь изъ лигатуръ оказалась слабо затянутой, и въ то же время фиксируютъ культю и мѣшаютъ ей уйти въ полость малаго таза; пинцеты, по очереди, размыкаются постепенно, что даетъ возможность при первомъ признакѣ кровотечения снова ихъ зажать и наложить еще лигатуру. Для уменьшенія бывающей изъ культы трансудации онъ прижигаетъ слегка всю ея поверхность термокаутеромъ и болѣе энергично лежащій выше лигатуръ незначительный отдѣлъ канала шейки.

Въ случаѣ не чистой операціи или сильной трансудации, жидкость всегда соберется въ самой нижней части брюшной полости, т. е. въ Дугласовомъ пространствѣ; вставленный въ нерастянутый и относительно высоколежащій каналъ шейки тонкій фитиль никогда не будетъ въ состояніи ее вывести. Въ такихъ случаяхъ докладчикъ дренируетъ черезъ задній сводъ, вставляя въ сдѣланное отверстіе толстый Т-образный резиновый дренажъ.

6) *Д. О. Оттэ*: показалъ: 1) Двѣ фиброміомы величиной съ голову 6—8 лѣтняго ребенка. Въ виду того, что пришлось вмѣстѣ съ опухолью ампутировать и все тѣло матки, примѣненъ былъ оперативный способъ проф. *Д. О. Отта*, упрощающій оперативную технику, приближая *hysteromyomectomy* къ обыкновенной овариотоміи. Съ тѣхъ поръ какъ докладчикъ сталъ примѣнять свой способъ (болѣе двухъ лѣтъ), онъ можетъ отмѣтить особенно благоприятное теченіе случаевъ, причемъ смертельныхъ исходовъ при надвлагалищной ампутаціи фиброматозной матки не встрѣчалось.

2) Удаленныя при чревосѣченіи придатки ради кистовиднаго измѣненія Фаллопиевой трубы (*hydrosalpinx*) и яичника. Оба кистовидныя образованія тѣсно слились другъ съ другомъ, причемъ представляютъ картину развивающейся тубо-оварьяльной кисты: перегородка между кистовидно-измѣненнымъ яичникомъ и трубой представляется близкой къ прободенію.

3) Добытый чревосѣченіемъ внѣматочно-развившійся плодъ, доношенный почти до нормальнаго срока. Плодъ

развивался въ правой Фаллопиевой трубѣ и удаленъ вмѣстѣ съ ненормальнымъ плодовмѣстилищемъ. Операція представила большія техническія трудности, такъ какъ плодовмѣстителище со всѣхъ сторонъ сплошь помѣщалось между сросшимися кишечными петлями, а частью развилось между листками широкой связки. Во время операціи въ трехъ мѣстахъ пришлось наложить кишечные швы вслѣдствіе неизбежнаго раненія кишечника. Тампонація нижняго отрѣзка брюшной полости марлевой полосой. Послѣопераціонное теченіе вполнѣ гладкое. Вырѣзанный плодъ и placenta въ состояніи сильной мацерации.

К. Ф. Славянскій замѣтилъ, по поводу 3-го препарата, что онъ оперировалъ при подобныхъ же обстоятельствахъ (пришлось даже перерѣзать червеобразный отростокъ), но обошелся безъ *дренажа*. Случай этотъ протекъ вполнѣ благопріятно.

А. И. Байковъ тоже высказался противъ дренажа. Въ одномъ случаѣ оваріотоміи съ многочисленными и обширными срощеніями онъ не прижнилъ дренажа, и случай этотъ тоже протекъ вполнѣ хорошо.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № VII.

Административное засѣданіе 28 октября 1892 года.

Предсѣдательствовалъ: **К. Ф. Славянскій.**

Присутствовали 35 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № VI-й.

2) Предсѣдатель заявилъ о присылкѣ въ бібліотеку Общества книги *Роззи*: «*Traité de Gynécologie*». Общество постановило благодарить автора.

3) Предложенъ въ дѣйствительные члены докторъ медицины Кесаръ Александровичъ *Вълиловскій*. Предложенъ *А. Р. Фишеромъ*, *Заболотскимъ* и *Рузи*.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

133. J. Veit. Aseptik in der Geburtshilfe. (Berl. klin. Wochenschr., 1892, №№ 20 и 21). Асептика въ акушерствѣ.

Воззрѣнія автора на діатетику нормальныхъ родовъ (главнымъ образомъ—не въ клиникахъ, а въ частной практикѣ) сводятся къ слѣдующему. По возможности роженица должна быть сдѣлана обща ванна. Признавая, что на наружныхъ половыхъ органахъ каждой роженицы имѣются микроорганизмы, дезинфекцію ихъ въ началѣ родовъ онъ считаетъ однако ненужною, такъ какъ она имѣла-бы смыслъ только при возможности наложить на обеззараженные части асептическую повязку, что по понятнымъ причинамъ не выполнимо; въ виду этого онъ совѣтуетъ въ началѣ родовъ производить только тщательное *обмываніе* наружныхъ половыхъ органовъ и окружающихъ частей хорошо прокипяченною (обезпложенною) водою съ мыломъ, повторяемое послѣ каждаго мочеиспусканія или испражненія. Но такъ какъ микроорганизмы легко могутъ быть занесены во влагалище съ наружныхъ частей изслѣдующимъ пальцемъ или инструментомъ, то передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ, а равно передъ производствомъ той или иной операціи требуется строгое *обеззараживаніе* наружныхъ половыхъ органовъ; такое-же обеззараживаніе необходимо въ самомъ концѣ родовъ, въ виду возможности происхожденія разрыва промежности и, вообще, нарушеній цѣлости тканей vulvae. Дезинфекція внутреннихъ половыхъ органовъ (влагалища) въ нормальныхъ случаяхъ совершенно излишня. Внутреннее изслѣдованіе должно быть ограничено самыми строгими показаніями, при чемъ оно должно производиться непременно подъ контролемъ зрѣнія. Руки врача и акушерки должны быть основательно вымыты кипяченною водою съ мыломъ; только передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ и передъ самымъ окончаніемъ родовъ нужно руки обеззаразить, т. е. сначала вымыть ихъ при помощи щетки водою съ мыломъ, затѣмъ погрузить ихъ въ алкоголь (о-де-колонъ) или смочить лимоннымъ сокомъ, и уже послѣ этого продержать въ растворѣ карболовой кислоты или сулемы. Слѣдуетъ также строго слѣдить за чистотою одежды врачебнаго и ухаживающаго персонала.

Могущіе понадобятся во время родовъ вата (тампоны) и марля должны быть стерилизованы и сохраняться въ небольшихъ количествахъ въ плотно закрывающихся металлическихъ коробкахъ. Инструменты всего лучше прокипятить въ теченіе 5—10 минутъ передъ самымъ ихъ употребленіемъ; матеріалъ для швовъ (кетгутъ, шелкъ) долженъ также содержаться въ баночкахъ въ такомъ количествѣ, какое можетъ потребоваться для одного раза.

А. Фишеръ.

134. Л. П. Пассоверъ. Къ вопросу о многоплодной беременности. Роды тройнями (Врачъ, 1892 г., № 32).

Д. 23 лѣтъ, вышла замужъ на 29 году; регулы съ 14 лѣтъ черезъ $3\frac{1}{2}$ нед. по 3—5 дней. Размѣръ таза 25, 27, 30, 37; ростъ 253. 3 года назадъ срочные нормальные роды однимъ ребенкомъ. Въ серединѣ марта 91 г. послѣднія регулы, движенія плода не помнитъ. 11 декабря 1892 роды тройнями. Первый плодъ въ поперечномъ положеніи съ выпавшей ручкой,—поворотъ; второй въ ногоположеніи,—экстракція; третій плодъ также въ ногоположеніи,—экстракція послѣ искусственнаго вскрытія пузыря. Всѣ три плода—мальчики. Всѣхъ перваго ребенка 2150 грм., длина 43 смт., окружность головки $31\frac{1}{2}$ смт.; длина пуповины 46 смт.; втораго: 2400 гр., 45 смт., 32 смт., $47\frac{1}{2}$ смт.; третьяго: 2850 гр. $47\frac{1}{2}$ смт., 33 смт., 48 смт. Два первые ребенка имѣли общій послѣдъ съ общей кожистой оболочкой, но съ отдѣльными водными. Всѣхъ послѣдовъ 882 гр. и 420 гр. Первый ребенокъ умеръ 15 января 1892 г., второй 5 февраля 1892 г, третій 14 февраля 1892 г. Описанный случай авторъ противопоставляетъ мнѣнію *Гугенбергега*, что первыми рождаются болѣе тяжелые плоды и на основаніи того, что мать больной изъ 8 родовъ (тетка изъ 6) одни имѣла двойнями, устанавливаетъ для данной семьи несомнѣнность наследственной плодовитости.

Рутковскій.

135. Познанская И. Случай неукротимой рвоты при внѣматочной беременности. Инъекція морфія въ плодный мѣшокъ. Выздоровленіе. (Медицина, № 16, 1892 г.).

Большая, высокая и крѣпкая, около 30 лѣтъ, женщина, была всегда здорова и лишь за мѣсяцъ передъ тѣмъ начала чувствовать иногда схваткоподобныя боли внизу живота и замѣчать бѣли, которыя то усиливались, то ослабѣвали. Менструируетъ съ 13 лѣтъ правильно, но послѣдніе скудные регулы 30 апрѣля были вызваны искусственно, причемъ на третій день явились боли схватками, доводившія больную до обмороковъ.

При осмотрѣ больной 25 мая 1890 г. найдено: языкъ обложенъ, животъ вздутъ, брюшныя мышцы напряжены, чувствительность при давленіи in regione hypogastrica, пульсъ полный около 106, правильный, дышаній 30, t. 38,3, грудныя железы нормальны.

Ислѣдованіе per vaginam дало: t^o рукава повышена, влагалищная часть цилиндрична, мягка, коротка, сильно отклонена кзади, наружный зѣвъ пропускаетъ верхушку пальца, края зѣва негладки. Болѣзненность

мѣшала опредѣлить контуры матки. Правый, задній и частію лѣвый своды заняты чувствительной къ давленію опухолью, которую поэтому точіе опредѣлить не удалось; но она давала впечатлѣніе праваго парапериметрита. Кровь на пальцѣ напоминала менструальную.

Авторъ по даннымъ изслѣдованія предположилъ, не смотря на энергичное отрицаніе больной, возможность беременности, приписавъ происхождение опухоли инфекціи, внесенной при попыткахъ произвести искусственный выкидышъ. Неувѣренный, былъ ли абортъ, или только будетъ, авторъ назначилъ симптоматическое лѣченіе, но которое и дало значительное улучшение.

Въ ночь на 8 іюня у больной явились сильныя коликообразныя боли по всему животу, и поющія — слѣва около пупка, на уровнѣ его, отрыжка и рвота (темнозеленою жидкостью), которая достигла вскорѣ угрожающихъ размѣровъ. Осмотръ далъ: животъ вздутъ и чувствителенъ слѣва на высотѣ пупка, увеличенное сопротивленіе восходящей и нисходящей ободочной и S-образной слѣва отъ пупка, съ притупленіемъ здѣсь тона при постукиваніи; дыханіе поверхностное 40 въ м., пульсъ сильный 110 въ м. при нормальной температурѣ, обложенный языкъ, сильная жажда.

Гинекологически найдено: матка въ переднемъ сводѣ нормальной величины, смѣщена влѣво, шейка цилиндрична, обычной длины, зѣвъ закрытъ, въ правомъ сводѣ безболѣзненная опухоль, переходящая въ задній, — но меньшей величины, чѣмъ при первомъ изслѣдованіи. Діагнозъ перипараметритъ, перешедшій въ хроническое состояніе.

Высокія клизмы, выводившія плотные куски сѣраго кала останавливали рвоту, но дававшіяся послѣдовательно рег ос: ледъ, кокаинъ, морфій и шампанское выбрасывались рвотой, окрашенной желчью, и одинъ разъ въ рвотѣ найдена измѣненная кровь. Рвота облегчала больную. Позднѣе явилась икота, то пала до 35,6 при маломъ 120 ударовъ пульсѣ.

Исключивъ отравленіе, авторъ, по наличнымъ даннымъ, опредѣлилъ закупорку кишекъ.

9 іюня консультативно предположено существованіе высоколежащаго, въ тонкихъ кишкахъ или въ двѣнадцатиперстной, стеноза, который явился или отъ закупорки кишекъ или отъ внутренней забрюшинной грыжи. Лѣченіе состояло въ высококомъ положеніи таза и въ опійныхъ (по 3 калли) клистирахъ черезъ часъ до наступленія поноса, а для утоленія жажды полосканіе рта ледяной водой.

13 и 14 — рвоты почти не было, короткій сонъ поднялъ силы больной. По поводу неизбежнаго голоданія назначены питательныя клизмы.

17 іюня показали грязноватая съ гнилостнымъ поносомъ крови. Изслѣдованіе дало: влагалищная часть укорочена и утолщена, дрябла, отклонена влѣво и назадъ, зѣвъ приоткрытъ, матка сокращается подъ рукою, она въ переднемъ сводѣ, но приподнята и смѣщена клереди, опухоль сирава, сзади и отчасти слѣва матки, неподвижна и стала больше, слегка болѣзненная, отдѣляется отъ матки глубокой бороздой, но верхняя граница какъ бы сливается съ дномъ матки. Опухоль эта тѣстовата, но въ правомъ углу ея и сзади попадались затвердѣнія.

19—20 іюня рвота, подѣ вплиніемъ *t-rae jodi* внутрь, была рѣже; но 21-го іюня снова усилилась и явились судороги въ рукахъ и ногахъ.

22 іюня *ex consilio* установленъ діагнозъ внѣматочной беременности лѣвой трубы, въ виду еще болѣе увеличившейся и ошупывавшейся уже снаружн и найденной въ правомъ углу ея пульсаціи.

26 іюня, на 19-й день отъ начала рвоты, *per vaginam* вприснуто въ опухоль $\frac{1}{4}$ grm. стерилизованнаго *morgr. pur.* На третій день послѣ вприскиванія замѣчено небольшое улучшение. На четвертый день новое вприскиваніе, послѣ котораго явился сонъ и псчезла рвота. Однако на 19-й день она съ болями около пупка снова явилась и держалась цѣлый день. Снова назначены высокія клизмы и *sodeinum* внутрь. На 35 день послѣ вприскиванія открылись регулы безъ болей и держались 3 дня. Вскорѣ послѣ регулъ безъ видимой причины былъ знобъ и t° поднялась до 40° . Черезъ два дня знобъ повторился, но температура была ниже. При изслѣдованіи оказалось: матка болѣе къ срединной линіи, опухоль меньше въ правомъ только сводѣ. Черезъ три недѣли новыя регулы. Послѣ нихъ найдено: матка въ переднемъ сводѣ почти по срединной линіи и справа опухоль съ малое куриное яйцо. Черезъ три мѣсяца послѣ вприскиванія найдена рядомъ съ маткой опухоль съ грецкій орѣхъ, безболѣзненная и очень плотная.

Авторъ предполагаетъ, что сначала онъ имѣлъ дѣло съ *haematocoele* при нераспознанной трубной беременности безъ разрыва или съ неполнымъ разрывомъ плодохранилища. Когда произошла закупорка кишекъ, то рвота, при беременности, стала неукротимой, перейдя потомъ въ рефлекторную, зависящую отъ уменьшеннаго прилива крови къ рвотному центру, отчего явилось постоянное раздраженіе его, которое, суммируясь, оказалось настолько большимъ, что вызвало уже неукротимую рвоту. Вприскиваніе, вызывая уменьшеніе плоднаго мѣшка, уменьшало приливъ крови здѣсь и увеличивало приливъ ея къ мозгу, что вызвало въ свою очередь ослабленіе рвоты. Знобы указываютъ на всасываніе плода. Быстрый ростъ опухоли указываетъ на трубную беременность. Въ самомъ дѣлѣ, послѣдній *coitus* былъ 13-го іюня, стало быть ко времени вприскиванія морфія беременность достигла $2\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ. Опухоль въ это время равнялась апельсину, стало быть соотвѣтствовала этому сроку.

Разбирая признаки трубной беременности, требуемые авторами для установки діагноза, авторъ на основаніи приводимой имъ литературы доказываетъ, что отсутствіе нѣкоторыхъ изъ этихъ признаковъ въ приведенномъ имъ случаѣ, не исключаетъ установленнаго имъ діагноза и въ заключеніе предлагаетъ, ссылаясь опять же на авторовъ, что при существованіи антесептики можно, обходя мѣсто пульсаціи, примѣнять, въ раннемъ періодѣ внѣматочной беременности, вприскиванія морфія въ плодный мѣшокъ, въ болѣе широкихъ размѣрахъ, и рекомендуетъ его предпочтительно предъ лапаротоміей даже въ сомнительныхъ случаяхъ, въ виду легкости и безболѣзненности примѣненія этого способа и по благопріятности исхода при немъ для матери.

А. Заболотскій.

136. Choteau. Vomissements incoercibles chez une femme enceinte de 4 mois traités par suggestions.—Guérison (Archives de Toxicologie et de Gynécologie, 1892, Avril). **Неукротимая рвота у женщины на пятомъ мѣсяцѣ беременности, излѣченная внушеніемъ.**

Большая 25 лѣтъ, беременна четыре мѣсяца; рвота появилась съ самаго начала беременности, въ теченіи четвертаго мѣсяца усилилась, содержитъ большую примѣсь крови; большая истощается. Вся обычная терапия примѣнена безуспѣшно. Авторъ засталъ больную въ состояніи крайняго упадка силъ: пульсъ 120, t°—38, мочи мало, бѣлка въ ней нѣтъ, введеніе самаго малаго количества пищи немедленно вызываетъ рвоту. Попробовавъ безуспѣшно другія средства, авторъ прибѣгъ къ гипнозу, что ему удалось легко. Подъ гипнозомъ ей запрещено рвать и внушено ѣсть и пить по пробужденіи. Дѣйствительно, проснувшись, она немедленно выпила кружку молока и съѣла нѣсколько хлѣба. На другой день рвоты меньше. Больная снова была загипнотизирована и ей внушено, чтобы она была совсѣмъ здорова. Рвота прекратилась въ теченіе двухъ недѣль, больная окрѣпла. Роды—въ срокъ, плодъ живой; мать въ настоящее время пользуется хорошимъ здоровьемъ.

С. Маркова.

137. Фраткинъ Б. А. Къ вопросу о пособіяхъ при осложненіи беременности и родовъ міомами матки. («Хирург. Вѣстн.». Іюнь 1892 г.).

Міомы, осложненныя беременностью, рѣдки, что обуславливается возрастомъ больныхъ, абортми при нихъ и тѣмъ, что малыя опухоли часто просматриваются, и увеличиваются рѣдко; поэтому авторъ сообщаетъ свой случай. Разобравъ литературу этого вопроса, авторъ заявляетъ, что большинство авторовъ высказывается за выжиданіе, если нѣтъ угрожающихъ признаковъ; меньшее число стоитъ за ренозицію, еще меньшее за абортъ, очень немногіе—за искусственные преждевременные роды, и очень мало—за операцію при отсутствіи грозныхъ признаковъ. Послѣ подробнаго разбора каждаго изъ указанныхъ мѣропріятій, подкрѣпивъ нѣкоторые изъ нихъ своими наблюденіями съ практическою оцѣнкою ихъ и примѣннаго способа лѣченія, авторъ приходитъ въ концѣ концовъ къ слѣдующимъ выводамъ; №№ ихъ: 1) «При осложненіи беременности и родовъ міомами хирургическое пособіе, за исключеніемъ влагалищной міотоміи, въ настоящее время далеко не даетъ такихъ блестящихъ результатовъ, чтобы остановиться на немъ одномъ или даже давать ему особое предпочтеніе». 2) «Laparomyotomia или amput. uteri supravagin. gravidi до жизнеспособности плода показана только при наличности тяжелыхъ, угрожающихъ признаковъ, требующихъ покончить во что бы то ни стало съ беременностью довольно быстро». 3) «При выборѣ хирургическаго пособія нужно отдать преимущество удаленію одной опухоли черезъ рукавъ или черезъ брюшную полость, при необходимости соединяя съ кесарскимъ сѣченіемъ. Надвлагалищное же удаленіе матки показано при множественныхъ міомахъ, или же при единичной, сидящей глубоко въ ткани матки и занимающей большое протяженіе, при кистофибромахъ, какъ въ нашемъ случаѣ, или при имѣющей уже инфекціи. Одно кесарское сѣченіе по Säger's у съ холоденіемъ или безъ

него вовсе непримѣнимо, развѣ при какихъ либо исключительныхъ обстоятельствахъ». 4) «При ретровагинальныхъ (зашеечныхъ) опухоляхъ, растущихъ довольно быстро, искусственный абортъ или преждевременные роды могутъ быть примѣнены при условіи возможности раскрыть шейку и провести черезъ нее яйцо, resp плодъ. Опасности при строгой антисептикѣ преувеличены». 5) «Если же при ретровагинальныхъ опухоляхъ время для искусственного аборта или преждевременныхъ родовъ пропущено или производство ихъ невозможно, то слѣдуетъ, смотря по случаю, ждать конца беременности или начала родовъ и примѣнить то или другое пособіе». 6) «При осложненіи беременности или родовъ міомами въ отношеніи пособія приходится каждый случай индивидуализировать, принимая во вниманіе при этомъ одно обстоятельство, что при отсутствіи инфекции,—что очень важно,—всѣ пособія, оказываемыя per vaginam, будь это хирургическія или даже акушерскія (полагаю по крайней мѣрѣ), будутъ болѣе благоприятны по результатамъ, по отношенію къ больной, чѣмъ чрезовѣченіе».

Въ заключеніе всего приложенъ рядъ таблицъ различныхъ мѣропріятій при беременностяхъ, осложненныхъ міомами матки.

А. Заболотскій.

138. М. Ф.-Штраухъ. *Myomectomy in graviditate.* (St.-Petersburger Medic. Wochenschr., 1892, № 10).

Большая 28 лѣтъ; около 9 лѣтъ тому назадъ имѣла шестимѣсячный выкидышъ, послѣ котораго перенесла лихорадочное заболѣваніе, заставившее ее 1½ мѣсяца пролежать въ кровати; года черезъ три продѣлала «воспаленіе внизу живота» (гонорройнаго происхожденія?), длившееся 7 мѣсяцевъ и оставившее послѣ себя упорную дизменоррею, которая не уступала никакому лѣченію (между прочимъ—*Kreuznach*), пока въ маѣ 1889 г. авторъ не произвелъ ей ампутацію (*excisio*) влагалищной части шейки матки. — Отъ 17 по 22 октября 1890 г.—послѣднія регулы; въ половинѣ февраля 1891 г. больная обратилась къ автору съ жалобами на боли слѣва внизу живота; при изслѣдованіи—дно матки между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, надъ лѣвымъ угломъ ея прощупывается довольно подвижная, кругловатая, плотная опухоль величиною съ гусиное яйцо, признанная за подбрюшинную фибриоміому матки; въ теченіе послѣдующихъ трехъ недѣль эта опухоль стала быстро расти (до разбѣровъ кулака) и сдѣлалась ясно флюктуирующею, что побудило автора отказаться отъ первоначальнаго діагноза и признать опухоль за кисту лѣваго ячника.—6-го марта произведено чрезовѣченіе; оказалась размягченная фиброміома, прикрѣплявшаяся къ лѣвому углу матки очень короткою ножкою толщиною въ палецъ; ножка перевязана въ два пучка, опухоль ампутирована, брюшная рана зашита. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений; беременность дошла до нормальнаго конца, родилась здоровая, доношенная дѣвочка.

А. Фишеръ.

139. I. Ю. Якубъ. Къ казуистикѣ ущемленія перегнутой назадъ беременной матки. (Медиц. Обозр., т. XXXVII, № 8. 1892 г.).

Авторъ описываетъ случай *retroflexionis uteri gradidi cum incarcerationione*, который ему вторично пришлось наблюдать у одной и той же женщины.

Большая Г., беременна 4 мѣсяца, жалуется на сильную схваткообразную боль въ животѣ, задержку мочеиспусканія и испражненія и общее недомоганіе. Предъидущая беременность, бывшая три года тому назадъ, сопровождалась такими же болѣзненными припадками только въ болѣе слабой формѣ. При объективномъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: животъ увеличенъ соответственно 8 мѣсячной беременности, что зависитъ отъ чрезмѣрнаго переполненія мочевого пузыря. Передняя стѣнка влагалища вытянута и направлена кверху и кпереди, наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала находится выше и болѣе кнутри позади лонной дуги. Задняя стѣнка влагалища и промежность сильно выпячены; прямая кишка выворочена наружу. Между задней стѣнкой влагалища и передней прямой кишки помѣщается большая опухоль, образуемая тѣломъ ретрофлектированной беременной матки. Влагалищная часть матки, находящаяся позади верхняго края лоннаго соединенія съ большимъ трудомъ достигается концемъ указательнаго пальца. Температура повышена, пульсъ учащенъ. Больная очень безпокойна. Катетеризація сопровождается сильной схваткообразной болью внизу живота. Моча кровянисто-мутная съ сильнымъ запахомъ. Попытка къ вправленію осталась безуспѣшной. Спустя три часа оно было повторено снова. Выпустивъ оставшуюся мочу и помѣстивъ больную въ положеніе *a la vache* автору удалось наконецъ послѣ многихъ попытокъ и значительныхъ усилій достигнуть цѣли. На другой день температура поднялась до 39°, появился ознобъ и частый болѣзненный позывъ къ мочеиспусканію. Черезъ двѣ недѣли больная вполнѣ оправилась. 2-го іюня 1890 г. она своевременно родила живаго ребенка. Роды подобно предъидущимъ были трудные и продолжительные. При изслѣдованіи больной спустя 4 мѣсяца послѣ родовъ было найдено слѣдующее: Небольшой разрывъ промежности, значительное выпаденіе задней стѣнки влагалища и опущеніе ретрофлектированной матки. Послѣдняя нормальной величины, достаточно подвижна, легко вправляется, хотя тотчасъ же занимаетъ прежнее неправильное положеніе. Тазъ суженъ. *Conj. vena* 8³/₄—9 сант. *Promontorium* рѣзко выдается. Крестецъ сильно изогнутъ дугообразно. Въ февралѣ 1892 года снова была констатирована 8 мѣсячная беременность, причѣмъ matka занимала вполнѣ правильное положеніе. За все время беременности припадковъ ущемленія матки не наблюдалось. Главными предрасполагающими моментами къ ущемленію беременной матки въ данномъ случаѣ авторъ считаетъ выстояніе мыса, изогнутость крестцовой кости и опущеніе матки. Къ этому онъ еще присоединяетъ частое усиленное давленіе брюшнаго пресса, направленное на переднюю поверхность запрокинутой и увеличенной матки. Нормальное теченіе послѣдней беременности авторъ объясняетъ тѣмъ, что больная находилась въ гораздо лучшихъ условіяхъ, она не исполняла (какъ прежде) никакихъ тяжелыхъ работъ, чѣмъ устра-

яла вредное вліяніе брюшнаго пресса. Крім того она въ теченіе 3 и 4 мѣсяца беременности большую часть времени проводила въ постели, сохраняя главнымъ образомъ положеніе среднее между брюшнымъ и боковымъ. Что касается терапіи вообще, то авторъ на основаніи всѣхъ вухъ случаевъ высказываетъ въ томъ смыслѣ, что никогда не слѣдуетъ предоставлять выпрямленіе силамъ природы, а наоборотъ употреблять всѣ старанія, чтобы немедленно произвести вправленіе, прибѣгая въ случаѣ надобности къ хлороформенному наркозу. Самое удобное положеніе при этой операціи колѣбно-локтевое.

Д. Рузи.

140. Д. О. Оттъ. О показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству при разстройствахъ, наблюдаемыхъ въ регрессивныхъ стадіяхъ вѣматочной беременности. (Врачъ, 92 г., № 37).

Предметомъ своего сообщенія на I-мъ международномъ съѣздѣ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, авторъ избралъ разработку вопроса о терапіи вѣматочной беременности, остановившейся въ своемъ развитіи, такъ сказать, «хронической» или затяжной вѣматочной беременности. Опѣнивая признаки такой беременности, авторъ раздѣляетъ ихъ на двѣ главныя категоріи: 1) признаки, зависящіе отъ измѣненій, совершающихся въ самомъ ненормальномъ плодоемѣстилищѣ и его содержимомъ, а равно и въ окружающахъ частяхъ въ зависимости отъ присутствія посторонняго образованія и 2) признаки, зависящіе отъ сочувственныхъ измѣненій въ остальныхъ частяхъ полового прибора и матки въ особености. Къ признакамъ первой категоріи, достаточно разобраннѣмъ уже наукой, относятся: повторныя внутреннія кровотеченія, нарушеніе отправления смежныхъ органовъ, боли, нарушеніе общаго питанія, невозможность нормальнаго (при послѣдующихъ беременностяхъ) родоразрѣшенія, воспалительные процессы въ брюшинѣ и клѣтчаткѣ, нагноеніе или ихорозный распадъ опухоли. Авторъ останавливается, главнымъ образомъ, на признакахъ второй категоріи. При вѣматочной беременности матка претерпѣваетъ тѣ же измѣненія, какъ и при внутриматочной; при остановкѣ въ развитіи вѣматочной беременности имѣется полная аналогія съ неполнымъ внутриматочнымъ выкидышемъ: матка долго остается увеличенной (Subinvolutio), отпадающая оболочка выдѣляется или, еще чаще, постепенно атрофируется. Кровотеченія при вѣматочномъ выкидышѣ особенно неблагоприятны для больной, вслѣдствіе того, что, кромѣ беременнаго состоянія, они могутъ обуславливаться и механическими причинами—смѣщеніемъ матки и что они не поддаются лѣченію даже и выскабливаніемъ, какъ не удовлетворяющему причинному показанію. Исходя именно изъ этого принципа лѣченія—устраненія причины заболѣванія, авторъ рекомендуетъ полное удаленіе плоднаго яйца вмѣстѣ съ ненормально измѣненными частями, его окружающими. Условіями, необходимыми для такой терапіи, авторъ ставитъ для первой $\frac{1}{2}$ беременности убѣжденіе въ томъ, что умершее яйцо не имѣетъ склонности къ всасыванію, а для второй, что наступилъ срокъ, когда можно рассчитывать на залуствіе кровеносныхъ сосудовъ дѣтскаго мѣста. Что касается пути для удаленія больныхъ частей, то авторъ отдастъ исполнѣ понят-

ное предпочтеніе чревосѣченію, оставляя для влагалищнаго сѣченія ограниченную область тѣхъ случаевъ, въ которыхъ опухоль перешла уже въ нагноеніе или ихорозный распадъ.

Рутновскій.

141. Фраткинъ, Б. А. Къ казуистикѣ лапаротоміи при вѣматочной беременности. (Хирург. Вѣстникъ, июнь, 1892 г.).

Увлеченіе лапаротоміей въ разные сроки вѣматочной беременности большинствомъ авторовъ считается обязательнымъ въ первую половину беременности и чѣмъ раньше, тѣмъ лучше; и даже нѣкоторые авторы начинаютъ высказываться за выжидательное лѣченіе даже при внутреннемъ кровотеченіи какъ послѣдствіи такой беременности. Въ виду увлеченія оперативной помощью въ подобныхъ случаяхъ авторъ считаетъ необходимымъ набрать больше фактовъ за и противъ и этимъ рѣшить вопросъ: когда нужно оперировать и когда нѣтъ. Въ этихъ видахъ онъ сообщаетъ три случая: два оперативныхъ и одинъ не оперативный.

Случай первый. Крестьянка, 37 лѣтъ, менструируетъ правильно черезъ 3 нед. по 4 д., замужемъ съ 23 л., родила на первомъ году въ срокъ и послѣ родовъ не хворала. 7 мая 1891 г. препровождена въ больницу, гдѣ съ ней сейчасъ же сдѣлался обморокъ. Пульсъ 140, дыханій 40 въ м. По минованіи обморока послѣ двухъ шприцевъ эфира подъ кожу сообщила, что въ мартѣ у ней не было кровей. Больна съ 20 апрѣля послѣ подъема корзинки, когда почувствовала неловкость въ животѣ и черезъ два дня съ кровями явились сильныя боли внизу живота, уложивши ее на 3 д. въ постель. Крови держались 8 д. За нѣсколько дней до поступленія боли успокоились.

На другой день найдено: малокровіе, пульсъ 124 малый, легко сжимаемый; животъ вздутъ, болѣзненъ болѣе въ нижней части; тонъ здѣсь тупой, границы его слѣва ниже; здѣсь прощупывается плотная, круглая опухоль величиною съ кулакъ, справа напряженіе. Изъ рукава выдѣляется немного крови. Влагалищная часть высоко, она толста, мягка, зѣвъ кругловатъ, приоткрытъ, слѣва разрывъ. Матка смѣщена влѣво, мягка, величина ея соответствуетъ 3 мѣсячной беременности, дно ея надъ симфизомъ. Правый и задній своды напряжены и въ нихъ ощущается разлитая тѣстоватость, переходящая влѣво, причеиъ въ правомъ сводѣ, въ тѣстоватости чувствуется опухоль. Рѣзкая пульсація въ сводахъ и чувствительность къ давленію. Груды немного увеличены, околососковый кружокъ сильно пигментированъ. Диагнозъ: беременность правой трубы, съ разрывомъ ея и съ образованіемъ haematocele. Черезъ три дня найдено тоже, но опухоль въ правомъ сводѣ какъ бы меньше. Въ ночь на 12 выдѣлилась decidua. Съ 12 по 19 больная съ каждымъ днемъ чувствовала себя лучше. 19 утромъ вслѣдствіе зуда больная стала сильно растирать животъ. Вдругъ коллапсъ и ясная картина внутреннего кровотечения. Черезъ часъ начата лапаротомія, передъ которой больной впрыснуты два шприца 2°/о раствора спермина. Наркозъ хлороформный. Во время операціи 4 раза впрыснуть эфиръ. При операціи не успѣвали справляться съ массой крови и оперировали ощупью. Опухоль, нащупанная въ правой жировой связкѣ, была выведена въ рану съ разрывомъ сращеній и захвачен-

ная двумя жомами съ боковъ, удалена. Кровотеченіе остановилось. Опухоль оказалась растянутой въ средней части трубой, лопнувшей въ задней стѣнкѣ, а въ ней—послѣдъ и оболочка. Лигатура на маточный конецъ трубы и на широкую связку, удаленіе праваго яичника и части сальника. Плодъ найденъ между петлями тонкихъ кишекъ. Величина его 10, а пуповина 8 см. Съ 3 дня температура держалась 38 съ десятыми. На 8 д. сняты поверхностные швы, на 14 глубокие, и больная выписана здоровой.

Случай второй: Больная малокровная и истощенная, 36 л., менструируетъ съ 18 л. черезъ 4 н. по 3 д. Замужемъ съ 26 л. Рожала 2 раза: Въ первый—срочно на третьемъ году замужества; второй—на 8 мѣсяцѣ, годъ назадъ и съ тѣхъ поръ хворала болями въ животѣ. Крови приходили съ болями черезъ 3 н. по 5, 6 д. Послѣднія крови были въ февралѣ. Съ апрѣля крови идутъ понемногу ежедневно. 27 явились и держались 2 дня сильныя боли внизу живота, слѣва. Въ первой половинѣ мая были еще болѣе сильныя (почти до обмороковъ) боли, уложившія больную въ постель 4 д. Послѣ этого она замѣтила опухоль внизу живота, затрудненіе мочиться, запоръ и постоянное выдѣленіе крови, съ чѣмъ 4-го іюня и явилась въ больницу.

Надъ симфизомъ выступаетъ на 11 см. опухоль, идущая изъ малаго таза и состоящая изъ двухъ частей—правой кругловатой, плотной и лѣвой продолговатой, эластичной; въ послѣдней какъ бы двигается болѣе плотная часть, и движенія съ одной опухоли передаются на другую. Двуручно найдено: влагалищная часть высоко, увеличена, мягка, зѣвъ пріоткрытъ, шейка и матка притиснуты къ лонной дугѣ, увеличена и соотвѣтствуетъ опухоли, опредѣляемой снаружи. Въ лѣвомъ сводѣ, какъ бы сливаясь съ маткой, лежитъ эластическая опухоль, отвѣчающая второй половинѣ опухоли, съ уплотненіемъ верхней части, величиною съ куриное яйцо. Начинаясь отъ матки, она идетъ къ стѣнкамъ таза, двигаясь только съ маткой. Въ заднемъ сводѣ неподвижная опухоль въ голову новорожденного прижимаетъ матку кпереди и поднимаетъ кверху. Опухоль эта кругла и флюктуируетъ.

Диагнозъ haematocеле, какъ послѣдствіе внѣматочной беременности.

Постепенное ухудшеніе состоянія больной заставило сдѣлать лапаротомию съ впрыскиваніемъ спермина. Задняя опухоль оказалась наполненною черною кровью и сгустками, срощенною съ кишками и сообщающуюся съ лѣвой опухолью—гематомой широкой связки, по которой шла труба съ расширеніемъ въ срединѣ до величины куринаго яйца. Въ трубной кистѣ найденъ мясистый кусокъ, который микроскопически далъ ворсинки chorii.

На 14 день удалены швы и дренажъ. На 24 день закрылась дренажная рана и больная выписана здоровой.

Случай третій, 1 мая 1892 г. Больная послѣ подъема ребенка стала съ 3 ч. дня чувствовать боли внизу живота, а къ вечеру послѣдовалъ рядъ обмороковъ.

Анамнезъ: 27 л.; крови съ 14 л. черезъ 3 н. по 7 д.; обильныя; замужемъ съ 18 л.; рожала 5 р. благополучно и въ послѣдній 3 г. назадъ. Послѣднія крови были въ мартѣ.

Осмотръ: восковая блѣдность; конечности холодныя; клейкій потъ; смертельное безпокойство; головокруженіе; темнота въ глазахъ; икота; сильная слабость; пульсъ нитевидный; дыханіе частое; боль внизу живота, на три пальца, а надъ симфизомъ тупой тонъ, идущій на право и на лѣво, давленіе здѣсь болѣзненное. Влагалищная часть утолщена, разрыхлена; зѣвъ пропускаетъ верхушку пальца, матка въ переднемъ сводѣ увеличена; сводъ сглаженъ, въ немъ въ лѣвомъ и частью въ правомъ опредѣляется тѣстоватость и пульсація въ боковыхъ сводахъ.

Диагнозъ. Внѣматочная беременность (вѣроятно) лѣвой трубы; разрывъ ея и внутреннее кровотеченіе. Обстановка и время были противъ операци. Выпрыснуть подъ кожу эфиръ и внутрь: камфора, опій, ледяное шампанское и молоко; наружно: ледъ на животъ, горячіе компрессы на голову. На слѣдующій день t° 38,3, пульсъ 144, дыханій 36, животъ вздутъ, чувствителенъ, тупой тонъ на тѣхъ же мѣстахъ, общее состояніе не лучше. На слѣдующій день состояніе больной угрожающее. При изслѣдованіи опухоль въ заднемъ и лѣвомъ сводѣ яснаѣ. На четвертый день небольшое выдѣленіе крови, а ночью вышла decidua. На 34 д. больная выписана. **Найдено:** уменьшеніе опохолы въ сводахъ, хорошее общее состояніе и малая чувствительность живота.

А. Заболотскій.

142. И. Недородовъ. Случай полного излѣченія трубной беременности гальванизмомъ. Послѣдующая нормальная беременность. (Медицин. Обзор. Томъ XXXVII, № 8-й, 1892 г.).

Приводя случай излѣченія внѣматочной трубной беременности электризацей, авторъ высказывается въ томъ смыслѣ, что методъ этотъ въ настоящее время долженъ считаться однимъ изъ лучшихъ. Тамъ гдѣ нѣтъ жизненныхъ показаній для чревосѣченія, электричество должно быть испробовано прежде всего.

Больная Т., 23 лѣтъ, замужемъ 5 лѣтъ, хорошаго тѣлосложенія. Первые регулы появились на 12 году, а съ 13 лѣтъ установились въ правильные трехнедѣльные сроки по 5 дней. Родила 3 раза. Беременность и роды протекали правильно. Послѣ первыхъ родовъ больная перенесла какое-то послѣродовое заболѣваніе, сопровождавшееся сильно пахучими бѣлками, болью внизу живота и въ лѣвомъ паху. Затѣмъ больная вскорѣ поправилась и считала себя здоровой до настоящаго заболѣванія. Съ 20 марта по 7 мая 1891 года у больной не было регулъ и она считала себя беременной. Крови, появившіяся 7 мая, были вызваны тряской ѣздой и сопровождались болью внизу живота и лѣвомъ паху. Приглашенный въ то время врачъ опредѣлилъ начинающійся абортъ и воспаленіе лѣваго яичника (съ лѣвой стороны прощупывалась опухоль величиной съ грецкій орѣхъ). Не смотря на полный покой и противовоспалительное лѣченіе, опухоль эта продолжала расти. Температура все время оставалась нормальной. 13 іюня больная обратилась къ автору, который нашелъ слѣдующее: увеличеніе грудныхъ железъ, при надавливаніи ихъ выдѣляется молозиво, сильная окраска околососковыхъ кружковъ и lineae albae, гиперемія и пигмента-

ція наружныхъ половыхъ органовъ, пульсація въ сводахъ. Тѣло матки увеличено. Влѣво и сзади отъ нея находится опухоль величиной въ головку новорожденного ребенка, она занимаетъ небольшую часть fossae Шасае, мало подвижна, мѣстами бугриста, тверда, мѣстами пастозна и чувствительна къ давленію. Отъ матки она отдѣлена довольно ясно выраженной бороздой. На основаніи вышеизложенныхъ данныхъ была діагносцирована 3-хъ-мѣсячная трубная беременность. Назначена электризація положительнымъ токомъ сначала черезъ день, а потомъ ежедневно. Сила тока употреблялась отъ 20 до 50 МА. Продолжительность сеанса 5—15 минутъ. Послѣ сеанса опухоль стала уменьшаться. 11 сентября при изслѣдованіи не оказалось никакой опухоли, и вмѣсто нея замѣчается плотный тяжъ, идущій слѣва и сзади отъ матки. Съ этого дня по 24 сентября примѣнялся индуктивный токъ вторичной спирали. Больная выпитана совершенно здоровой. Регулы стали приходить вполне правильно. Въ концѣ января у нея была констатирована нормальная 3-хъ-мѣсячная беременность.

Д. Рузи.

143. E. Gerdes. Ueber den Eklampsiebacillus und seine Beziehungen zur Pathogenese der puerperalen Eklampsie. (Deutsche Medic. Wochenschr., 1892. № 26). **Бацилла эклампсии и ея отношеніе къ происхожденію эклампсии рожениць.**

Приведа имѣющіяся въ литературѣ немногочисленные данныя по этому вопросу (ср. Журн. ак. и женск. бол., 1890, стр. 152, и 1892, стр. 621. *Резб.*), авторъ переходитъ къ изложенію результатовъ произведеннаго имъ патолого-анатомическаго и бактериологическаго изслѣдованія одного случая тяжелой, окончившейся смертью эклампсии.

Важнѣйшія данныя вскрытія: замѣтная желтуха кожи и бѣлковъ глазъ; метеоризмъ кишекъ; печень увеличена, содержитъ многочисленные некротическія гнѣзда; въ селезенкѣ—два инфаркта; слизистая оболочка желудочно-кишечнаго канала мѣстами рѣзко гиперемирована и усѣяна точечными кровоизліянiami, набуханіе *Peyer*'овыхъ бляшекъ и фолликуловъ; въ обѣихъ почкахъ—явленія геморрагическаго нефрита; слизистая оболочка дыхательныхъ путей воспалена, пронизана экстрavasатами; въ легкихъ—пневмоническіе очаги различнаго характера, въ сосудахъ ихъ—умѣренная жировая эмболія; въ сердцѣ подъ эндокардіемъ желудочковъ (особенно лѣваго)—различной величины экхимозы; въ сосудахъ большинства изслѣдованныхъ органовъ—множественные тромбозы.

Бактеріологическое изслѣдованіе: посѣвы на пластинки изъ брюшной полости, мѣшка лѣвой плевры и изъ подъ твердой мозговой обочочки дали отрицательный результатъ, посѣвы же изъ печени, селезенки, почекъ, легкихъ, правой плевры и крови аорты уже по истеченіи сутокъ дали развитіе характерныхъ колоній, причемъ чистыя разводки получались только изъ правой плевры, печени, селезенки и почекъ. Смазки изъ печени, сердца и крови дали сравнительно скудные количества палочекъ, тогда какъ изъ легкихъ и изъ разрыва мѣста прикрѣпленія placentaе получились весьма

значительныя количества ихъ; совсѣмъ не найдена бацилла въ препаратахъ съ поверхностей разрѣза селезенки и почекъ. Микроскопическое изслѣдованіе органовъ показало: въ легкихъ—въ громадномъ числѣ эмболическія пробки въ капиллярахъ, состоящія изъ бациллъ, не рѣдко расположенныхъ рядомъ съ гигантскими клѣтками, плацентарное происхождение которыхъ послѣ изслѣдованій *Schmorl*'я признается наиболѣе вѣроятнымъ; въ печени и почкахъ найдены бациллы въ меньшемъ числѣ; въ селезенкѣ ихъ совсѣмъ не оказалось; нѣсколько больше ихъ найдено въ перегородкѣ между желудочками сердца и въ передней папиллярной мышцѣ праваго желудочка; затѣмъ во всѣхъ препаратахъ, приготовленныхъ изъ срѣзовъ мѣста прикрѣпленія плацентае найдены колоссальныя массы палочекъ, которыя узкими вѣтвящимися рядами проникали въ толщу мышечной стѣнки матки, причѣмъ мѣстами куски палочекъ закупоривали и болѣе мелкіе сосуды.

На основаніи полученныхъ данныхъ авторъ высказывается въ томъ смыслѣ, что эклампсія не есть симптомо-комплексъ, вызываемый разнообразными причинами, а что это анатомически строго абсолютная, самостоятельная, имѣющая характерные признаки, заразная болѣзнь, вызываемая специфическимъ микроорганизмомъ — *bacillus eclampsiae* (авторомъ произведены прививки чистыхъ культуръ животнымъ съ положительнымъ результатомъ). Онъ признаетъ несомнѣннымъ, что мѣстомъ проникновенія для палочекъ, служитъ отпадающая оболочка, откуда онѣ и попадаютъ въ организмъ матери.

Конечные выводы автора таковы:

- 1) *Bacillus eclampsiae* есть единственная причина этой болѣзни и не найденъ ни при какомъ другомъ заболѣваніи. Безъ этой палочки нѣтъ эклампсіи. Зараженіе происходитъ со стороны матки, вѣроятно на почвѣ существовавшего еще до зачатія эндометрита.
- 2) Являющіяся во время родовъ вслѣдствіе иныхъ причинъ судороги, на основаніи патолого-анатомическихъ данныхъ, принципиально должны быть совершенно отдѣлены отъ эклампсіи.
- 3) Эклампсія есть болѣзнь, анатомически строго обособленная и совершенно характерная.
- 4) Важныя измѣненія въ органахъ при эклампсіи недостаточно объясняются только присутствіемъ специфическихъ микроорганизмовъ. Вѣроятно они являются прямымъ или косвеннымъ послѣдствіемъ дѣйствія вырабатываемыхъ палочкою токсиновъ.

А. Фишеръ.

144. J. Arnaud. Traitement préventif, de l'éclampsie puerpérale par le chloral longtemps continué (Archives de Tocologie et de Gynecologie, 1892, Avril). Предупредительное лѣченіе пузрперальной эклампсіи приѣмами хлорала въ теченіи продолжительнаго времени.

Лучшее предупредительное лѣченіе эклампсіи—абсолютная молочная діѣта въ теченіи, по крайней мѣрѣ, недѣли—не всегда возможно провести, такъ

какъ многія не переносятъ ее: *Arnaud*, на основаніи наблюденій изъ клиннки проф. *Magail*, предлагаетъ лѣченіе хлораломъ, какъ въ тѣхъ случаяхъ, когда на основаніи обычныхъ предвѣстниковъ можно ожидать наступленія экламптическихъ припадковъ уже спустя нѣсколько часовъ, такъ и когда можно заранѣе опасаться этого на основаніи анамнеза. Авторъ назначаетъ хлораль въ клизмахъ ежедневно отъ 2-хъ до 4-хъ граммъ въ сутки, дозы малыя сравнительно съ дозами, которыя назначаетъ, по словамъ автора, *Fochier*: 18—20 граммъ въ сутки (!). Вопреки мнѣнію *Raillière*'а, авторъ утверждаетъ, что хлораль можно давать также и во время гипертермическаго періода, что привыканіе къ нему долго не наступаетъ, что назначаемый въ соответственномъ разжиженіи (30—40 на 100) онъ легко переносится желудкомъ и что съ одной стороны, отнюдь не доказано, чтобы хлораль могъ быть вреденъ, а съ другой—извѣстны случаи гдѣ онъ спасалъ мать, а часто и плодъ, предупреждая экламптическіе приступы. **С. Маркова.**

145. **Типяновъ. Einige Bemerkungen über die Cholera bei Frauen. (Centralbl. f. Gynaec., 1892, № 40). Холера у женщинъ.**

Съ 15 іюня текущаго года, со дня пріема перваго больнаго холерой въ Саратовскую городск. больницу, по 28 августа поступили 243 женщины, изъ нихъ умерли 121. Отношеніе мужчинъ къ женщинамъ, какъ 1:0,66.

Возрастъ заболѣвшихъ: отъ 1—16 лѣтъ — 30; изъ нихъ умерло 12, т. е. 40%; отъ 17—40 л. — 119, умерло 52, т. е. 44,5%; отъ 41—80 л. — 87, умерло 53, т. е. 60,9%; неизвѣстнаго возраста 7—умерло 4.

Дѣтей поступило 6, изъ нихъ умерло 5; 44 никогда не рожавшихъ, изъ нихъ умерло 20; 22 рожали одинъ разъ, умерло 6; 171 были многорожавшія—умерло 90.

Изъ общаго числа поступившихъ было 7 беременныхъ: 4 въ 3—4 мѣсяцѣ (3 крестьянки, одна мѣщанка), всѣ довольно крѣпкаго сложенія, въ возрастѣ: одна 24 л., двѣ 27 л. и одна 32 л.; двѣ беременныя въ 7 мѣсяцѣ, изъ нихъ одна мѣщанка 26 л. и одна колонистка 29 лѣтъ; одна первобеременная въ 9 мѣсяцѣ, жена больничнаго служителя, 23 л.

Всѣ беременныя поступили въ больницу въ началѣ заболѣванія холерой и у всѣхъ беременность прекратилась какъ только холера стала усиливаться. Родовыя боли у нихъ наступали съ появленіемъ холерныхъ судорогъ; въ одномъ случаѣ абортъ долго не начинался, такъ какъ судороги долго не наступали.

Въ 3-хъ случаяхъ, въ которыхъ плоды шевелились, шевеленіе въ началѣ болѣзни не только не усилилось, а напротивъ, съ паденіемъ силъ матери, оно стало уменьшаться.

Во всѣхъ случаяхъ вскорѣ послѣ наступленія маточныхъ сокращеній замѣчалось небольшое выдѣленіе крови изъ половыхъ частей; только въ одномъ случаѣ кровотеченіе было болѣе обильное.

Періодъ раскрытія проходилъ довольно скоро, слѣдующій же за отсутствіемъ потужной дѣятельности длился долго. Уже до полнаго раскрытія зѣва плоды были мертвые. Во всѣхъ случаяхъ кромѣ одного послѣдъ выдѣлялся вмѣстѣ съ плодомъ. Кровотеченія *postpartum* не замѣчалось.

6 роженницъ умерло, одна *Primipara* осталась въ живыхъ. Послѣродовой періодъ у послѣдней, если исключить незначительность выдѣлений и недостаточность инволюціи матки, протекъ правильно.

При вскрытіи небеременныхъ женщинъ въ маткѣ въ нѣкоторыхъ случаяхъ найдены длинныя сгустки крови; въ двухъ случаяхъ найденъ *haematosalpinx*. У всѣхъ вообще найдена гиперемія серозной оболочки, а въ нѣкоторыхъ въ самой ткани матки констатированы точечныя геморрагіи. Гиперемія эндометрія найдена почти у всѣхъ. Въ беременныхъ маткахъ ткань послѣднихъ всегда была анэмична, а на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда находили большіе сгустки крови.

Микроскопическое изслѣдованіе ткани матки показало отсутствіе инфильтраціи послѣдней бѣлыми кровяными шариками, какъ это бываетъ при эндометритѣ.

Явленія, найденныя въ маткѣ, авторъ объясняетъ механическими причинами. Судороги задерживаютъ обмѣнъ газовъ, мѣшаютъ притоку крови къ периферіи, слѣдствіемъ чего является переполненіе кровью внутреннихъ органовъ, сосуды которыхъ не выдерживаютъ усиленнаго кровянаго давленія и лопаются. Такъ получаютъ вышеописанныя гиперемія и геморрагіи. Безъ сомнѣнія послѣднія въ качествѣ раздражителей могутъ способствовать воспаленію, но оно тогда уже будетъ не первично, а послѣдующее. Въ беременной маткѣ задержанный газообмѣнъ вызываетъ родовыя боли, лопающіеся же сосуды способствуютъ накопленію крови между маткой и послѣдомъ, и оба эти фактора способствуютъ ранневременной смерти плода въ маткѣ.

Въ какой мѣрѣ холерный ядъ самъ по себѣ способствовалъ смерти плодовъ, авторъ сказать не беретъ, но полагаетъ, что указанныя причины вполне достаточны для объясненія этого явленія.

Б. Фейнбергъ.

146. Д. Поповъ. Элефантіазисъ малыхъ половыхъ губъ въ клиническомъ и патологоанатомическомъ отношеніяхъ (Медицина, № 17, 1892 г.)

Elephantiasis arabum чаще всего поражаетъ нижнія конечности, потому наружныя половыя органы мужскіе и женскіе и въ нашемъ климатѣ встрѣчается рѣдко.

По *Mayer'y* большія половыя даютъ 43,5% заболѣваній, а малыя— по автору, примѣнительно къ *Mayer'y*, 10,8%. Эта болѣзненная форма (по *Mayer'y*) наичаще поражаетъ женщинъ въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ.

Причинами появленія ея авторы считаютъ: раздраженіе слизью или гноемъ простаго или гонорройнаго катарра, или секретомъ сифилитическихъ язвъ (*Ferster*); лимфатическимъ тазовымъ токомъ на почвѣ сифилиса вслѣдствіе раздраженія пораженныхъ частей отдѣленіемъ влагалища при разрывѣ промежности (*Veh*); повторныя рожи *Virehof*, *Veizel*.

Изложивъ патологоанатомическую картину на основаніи литературныхъ данныхъ, авторъ подробно описываетъ свой случай, сдѣланную операцію

удаленія опухолей съ малыхъ губъ, мѣшавшихъ большой родить, и сопоставивши свои макро и микроскопическія изслѣдованія съ таковыми же—другихъ авторовъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Малыя половыя губы гораздо рѣже поражаются элефантіазисомъ, чѣмъ большія губы.

2) Элефантіазисъ въ отдѣльныхъ случаяхъ является какъ послѣдствіе лимфангоита.

3) Наружныя половыя органы женщины поражаются этою болѣзнію чаще въ цвѣтущемъ періодѣ половой дѣятельности.

4) Оперативное удаленіе элефантическихъ опухолей съ малыхъ губъ имѣеть полное свое основаніе.

5) Мѣстная реакція пораженнаго болѣзнію органа выражена въ высшей степени энергично и сказывается расширеніемъ лимфатическихъ и венозныхъ сосудовъ, усиленной эмиграціей лимфоидныхъ элементовъ и умноженіемъ фиксированныхъ элементовъ ткани.

Заболотскій.

147- И. М. Львовъ. Слоновое перерожденіе титечныхъ железъ. (Врачъ, 1892 г., № 37.)

Въ виду крайней рѣдкости этого заболѣванія (автору удалось найти въ литературѣ только одинъ случай *Roussaeux* въ *Gazette medicale de Paris*, 1857 г.), я приведу исторію болѣзни снабженную фотографіей дословно: 22 апр. въ гинекологическое отдѣленіе Казанской губернской земской больницы поступила крестьянка Н.; 21 г., средняго сложенія, миловидная, съ нѣжной бѣлой кожей, правильно развитая. Въ дѣтствѣ особенными болѣзнями не хворала; ни наслѣдственныхъ болѣзней, ни сифилиса въ семьѣ нѣтъ. Мѣсячныя съ 14 лѣтъ въ правильные 3-хъ-недѣльные сроки, по 3—5 дней. Замужъ вышла на 20 году и вскорѣ забеременѣла. Родила въ срокъ 5 мѣсяцевъ назадъ. Заболѣла въ концѣ беременности. На 7 мѣсяцѣ замѣтила особенное увеличеніе правой грудной железы съ оплотнѣніемъ кожи вблизи соска. Ни до, ни послѣ появленія этого оплотнѣнія никакой боли въ железнѣ не было; равно не было и никакихъ травматическихъ причинъ, которыя могли повести къ заболѣванію. Начавшееся оплотнѣніе кожи быстро увеличивалось по окружности и въ глубину, значительно увеличивая самую грудную железу (изъ дальнѣйшаго ясно, что авторъ разумѣеть здѣсь грудь *in toto*—титьку; реф.). Послѣдняя начала все болѣе и болѣе отвисать; сосокъ втянулся. Вскорѣ послѣ заболѣванія правой груди, тоже самое началось и въ лѣвой. Однако, до окончанія беременности груди, все таки увеличивались медленно, и болѣзнь не беспокоила больную. Съ окончаніемъ же беременности и родовъ ростъ грудей сразу пошелъ очень усиленно; молока же въ нихъ не было вовсе, такъ что больная не могла кормить ребенка. За послѣднее время грудныя железы увеличились настолько, что больная не могла ходить иначе, какъ поддерживая ихъ руками или подвязывая. Сама она начала довольно сильно худѣть; мѣсячныя послѣ родовъ не появились. Все это и заставило ее обратиться за медицинскою помощью. Питаніе удовлетворительное,

но по складкамъ кожи слѣдуетъ признать, что прежде ено было лучше. Органы груди здоровы. Обѣ грудныя железы (грудн.; реф.) сильно увеличены, отвислы (почти до пупка), не болѣзненны; тяжесть ихъ при подниманіи рукой значительная. Правая грудь больше лѣвой. Кожа, покрывающая грудь, въ верхнихъ отдѣлахъ совершенно нормальна, тонка и блѣдна; въ ней видны налитыя вены. Чѣмъ ближе къ соску, тѣмъ кожа все толще и грубѣе; при этомъ поверхность ея представляется рѣшетовидной отъ расширенныхъ протоковъ салныхъ железъ; мѣстами здѣсь встрѣчаются одиночныя толстыя волосы. Оплотнѣніе и утолщеніе не ограничивается кожей, но идетъ и въ подкожную клѣтчатку, которая въ нижнихъ отдѣлахъ груди, вблизи сосковъ, кажется нѣсколько отечной. Околососковый кружокъ на обѣихъ грудяхъ ясно выраженъ, сильно пигментированъ. съ ясными монгомеровыми тѣльцами; кожа его и подкожная клѣтчатка представляютъ тѣ же измѣненія, какія имѣются и въ прилегающей къ ней кожѣ грудной железы. Соски малы, нѣсколько втянуты, плотны, неболѣзненны. Собственно грудныя железы не увеличены, не болѣзненны; долъчатость ихъ въ верхнихъ отдѣлахъ ясна; внизу же, вслѣдствіе оплотнѣнія кожи и подкожной клѣтчатки, железы прещупываются неясно, причемъ мѣстами можно выяснитъ, что утолщеніе и оплотнѣніе неограничиваются одной подкожной клѣтчаткой. но распространяются и на междольчатую соединительную ткань. Картина одинакова на обѣихъ грудяхъ. Опухшихъ и увеличенныхъ лимфатическихъ железъ нѣтъ, ни вблизи грудныхъ железъ, ни въ подмышечной впадинѣ. Матка въ состояніи гипоплазіи; ничего неправильнаго въ половой сферѣ нѣтъ.

Стави дифференціальный діагнозъ между фибромой. разлитой гипертрофіей и слоновою болѣзнію, авторъ исключаетъ первую на основаніи того, что фибромы растутъ необыкновенно медленно и почти всегда въ видѣ отдѣльныхъ бугровъ, сидящихъ подкожно и совершенно подвижныхъ. Разлитая гипертрофія исключается главнымъ образомъ на основаніи быстрого роста опухоли по окончаніи, а не во время беременности. при отсутствіи выработки молока, а также и несоразмѣрностью увеличенія кожи и самой железы. Подойдя путемъ такого исключенія къ діагнозу слоновой болѣзни, автору не оставалось ничего другого, какъ ампутировать обѣ груди, что и было исполнено 26 апр. съ полнымъ успѣхомъ. Гистологическое изслѣдованіе подтвердило распознаваніе. Вѣсъ отнятыхъ грудей = правой 1590 граммъ, а лѣвой 1280.

Рутновскій.

148. **Jacobs. Un cas d'aplasie des organes génitaux.** (Bulletin de la société Belge de gynécologie et d'obstétrique 1892 г. № 7). **Случай порока развитія половыхъ органовъ.**

Jacobs сообщилъ слѣдующій интересный случай въ засѣданіи «Société Belge de gyn. et d'obst. 24 іюля 1892 г.: Х., 24 л., крѣпкаго тѣлосложенія; на 14 г. появились боги внизу живота, которыя, повторяясь периодически (ежемесячно) усиливались и за послѣдніе годы пациентка должна была лежать въ постели по 15 дней каждый мѣсяць. Менструальныхъ кровотеченій не было. Изслѣдованіе: наружныя половыя органы хорошо развиты. Входъ во

влагалище закрыть резистентною и неперфорированною перепонкою (*Hymen imperforatus*). Изслѣдованіе *per rectum*: матка не опредѣляется, прощупываются яичники, немного увеличенны въ объемѣ. Справа и слѣва, около яичниковъ, можно было опредѣлить по небольшой опухоли неболѣзненной и подвижной. Захлороформировавъ большую, *Jacobs* сдѣлалъ разрѣзъ *hymen'a*, при чемъ констатировалъ отсутствіе влагалища. Зондъ, введенный въ мочевоу пузырь, ясно прощупывался пальцемъ при изслѣдованіи *per rectum*. Имѣя въ виду отсутствіе влагалища и предполагал, на основаніи данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи черезъ прямую кишку, отсутствіе матки—авторъ рѣшилъ удалить придатки. Произведена операція; трубы оказались нормально развитыми; яичники увеличены въ объемѣ, кистовидно перерождены, на поверхности нѣсколько серозныхъ кистъ. Двѣ маленькія опухоли, величиною съ орѣхъ, которыя прощупывались около яичниковъ оказались двумя маточными ядрами, соединенныя между собою фиброзоу связкою. Въ данномъ случаѣ, при отсутствіи влагалища, была рудиментарная матка.

А. Лапина.

149. Г. Заксъ. Случай *haemelytrometra unilateralis* при *uterus duplex separatus*. (Медиц. Обзор. 1892 г., т. XXXVII, № 2).

Большая Анна П., 18 л. отъ роду, крестьянка, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія за годъ до поступленія въ Ижевскую земскую больницу замѣтила внизу живота опухоль, постепенно увеличивающуюся и причиняющую сильныя боли, особенно во время регулъ. Первые регулы появились на 14 г. и установились въ 4-недѣльные сроки по 2—3 дня. Наступившая вскорѣ беременность окончилась двухмѣсячнымъ выкидышемъ. Послѣ этого крови снова установились въ правильные сроки и вмѣстѣ съ тѣмъ появились боли въ животѣ, заставившія больную обратиться въ больницу. Произведенное изслѣдованіе было слѣдующее: Внизу живота прощупывается напряженная, шарообразная, мало подвижная опухоль, вершина ея доходитъ до уровня пупка. Немного влѣво отъ срединной линіи прощупывается продолговатое, плотное тѣло величиной съ большой палецъ; тѣло это связано съ опухолью и немного подвижно. Палецъ, введенный во влагалище, почти у самаго входа наталкивается на опухоль, находящуюся въ непосредственной связи съ опухолью, опредѣляемой при наружномъ изслѣдованіи. Шейки матки достичь не удастся. Руководствуясь только что изложенными данными, авторъ діагностировалъ *haemelytrometra unilateralis* вслѣдствіе *atresia vaginalis sinistra*. Съ цѣлью излѣченія въ данномъ случаѣ было произведено опорожненіе мѣшка и образованіе постояннаго отверстія для стока выдѣленій и менструальной крови. Содержимое мѣшка удалялось медленно чрезъ небольшое отверстіе, сдѣланное скальпелемъ въ выпяченной стѣнкѣ влагалища близъ входа. На 4 день проколъ былъ расширенъ на столько, что легко могли пройти два пальца и края разрѣза окаймлены посредствомъ сшиванія слизистой оболочки праваго влагалища съ таковою же лѣваго, бывшаго раньше закрытымъ. Въ теченіи двухъ недѣль больная находилась въ постели, получая вначалѣ *t-gram orii*. На животѣ ледъ. Температура все время нормальна. Наступившія вскорѣ ре-

гулы были обильнѣе прежнихъ и безболѣзненны. Послѣ менструаціи больная встала съ постели. Объективно найдено: Правое влагалище сократилось, шейка прощупывается ясно нѣсколько вправо отъ срединной линіи, соответственное ей тѣло матки продолговатой формы. Черезъ искусственное отверстіе палець попадаетъ въ лѣвое влагалище, стѣнки котораго представляются утолщенными, тѣло матки прощупывается въ лѣвой половинѣ таза. Спустя нѣкоторое время была найдена вполне сформированная шейка лѣвой матки. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи автору привелось снова видѣть больную, при чемъ имъ была констатирована трехмѣсячная беременность правой матки. Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что представляетъ весьма рѣдкую форму двойственного развитія полового канала, известную подъ именемъ *uterus separatus duplex seu didelphys*.

Д. Рузи.

150. Zeiss. Carcinom des Labium minus, der Portio vaginalis und der Mamma. (Centr. f. Gynäk., 1892, № 40). Ракъ малой губы, влагалищной части матки и грудной железы.

Къ автору лѣтомъ 1887 года явилась г-жа St., хорошо сложенная и упитанная деревенская женщина, 38 лѣтъ, мать тринхъ дѣтей, съ жалобой на опуханіе наружныхъ половыхъ частей, замѣченное впервые 5 мѣсяцевъ тому назадъ, но до послѣдняго времени не причинявшаго ей никакихъ страданій. Приблизительно 4 недѣли какъ эта опухоль мѣшаетъ ей ходить и причиняетъ боль. Опухоль сидѣла въ правой малой губѣ, въ нижней ея части, была шероховата и величиной въ лѣсной орѣхъ, съ внутренней стороны изъязвлена. Паховыя железы свободны. Предполагаютъ былъ ракъ и вся губа Пакеленомъ ампутирована, послѣ чего больная, поправившись, черезъ 8 дней уѣхала домой. Микроскопъ подтвердилъ діагнозъ. До февраля текущаго года больная была здорова. Въ 1890 году она родила и послѣ кормленія у ней на лѣвой грудной железнѣ остался узелъ, который только 3 мѣсяца тому назадъ далъ себя знать, вызвавъ колотья въ железнѣ во время мѣсячныхъ. Съ тѣхъ поръ колотья сдѣлались постоянными и отражаются въ подмышечную область. Въ февралѣ этого года мѣсячныя, до сихъ поръ правильныя, стали чрезвычайно обильны и не правильны, появилось чувство тяжести въ животѣ и давленіе на низъ.

Больная приписывала свое недомоганіе наступленію климактерія и къ врачу не обращалась. Когда же наступили сильное исхуданіе тѣла, упадокъ силъ и вонючее выдѣленіе съ дизуріей и сильными болями въ узлѣ грудной железы, больная 15 августа этого года явилась къ Z.

Констатируется: рубецъ на мѣстѣ малой губы не представляетъ измѣненій, паховыя железы также; на влагалищной части неоперируемая, кратерообразная, раковая опухоль; въ лѣвой грудной железнѣ раковый узелъ, близкій къ распаду; двѣ инфильтрованные подмышечныя железы. Измѣненій въ другихъ органахъ не найдено.

Б. Фейнбергъ.

151. Гохъ. Влагалищное вырѣзываніе матки по поводу множественной фиброміомы. (Протоколы общества практич. врачей въ Ригѣ, засѣданіе 18-го марта 1892 года; St.-Petersb. medic. Wochenschr., 1892, № 18).

Больная 41 года, не рожавшая; много лѣтъ страдаетъ маточными кровотечениями; систематическое лѣченіе подкожными впрыскиваніями эрготина; повторное выскабливаніе матки съ удаленіемъ фиброидовъ величиною до волошскаго орѣха. Въ ноябрѣ 1891 г. матка, по величинѣ соответствующая 2 мѣсяцамъ беременности, вслѣдствіе подслизистой фиброміомы, вырѣзана черезъ влагалище; послѣ операциі — коалясъ; клистиръ изъ раствора поваренной соли; на 10 день—38,3°; затѣмъ—параметритъ, марантическіе тромбозы обѣихъ нижнихъ конечностей; 19-го января изъ влагалища выдѣлился большой тампонъ, пролежавшій въ Douglas'овомъ пространствѣ со дня операциі, послѣ чего лихорадка прекратилась. Больная поправилась.

А. Фишеръ.

152. И. М. Львовъ. Удаленіе кистъ ячниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. (Врачъ, 1892 г., №№ 11—12).

Вопреки распространенному мнѣнію авторовъ о преимуществахъ *laparotomiae* передъ *colpotomia* въ лѣченіи названныхъ заболѣваній, авторъ статьи горячо высказывается за послѣднюю, опредѣляя показанія для нея слѣдующими случаями: а) кисты ячниковъ, до дѣтской головки, лежація въ заднемъ Douglas'овомъ пространствѣ и тамъ ущемленныя или сросшіяся съ сосѣдними частями; б) большыя Фаллопеевы трубы и ячники или широкія связки матки en masse, когда онѣ крѣпко сросшены съ окружающими частями и нѣсколько опущены кзади; в) большыя ячники, опущенные кзади, хотя бы и подвижныя. Операциія производится въ спинно-ягодичномъ положеніи больной, подъ хлороформнымъ наркозомъ, при обычныхъ предварительныхъ и во время операциі обеззараживающихъ предосторожностяхъ (во время операциі авторъ употребляетъ растворъ трихлоръ іода 1 : 2000—3000). По низведеніи матки зъ влагалищную часть музейскими щипцами, удерживаемыми помощникомъ, разрѣзается задній сводъ сразу вмѣстѣ съ брюшиной. Разрѣзъ, смотря по надобности, обшивається или нѣтъ. Затѣмъ пальцами раздѣляются оращенія и выводятся въ рану части, подлежащія удаленію, которыя и удаляются послѣ предварительнаго накладыванія шелковыхъ лигатуръ; широкія связки возлѣ матки обыкновенно перевязываются въ два пучка и въ два ряда, между которыми и разрѣзаются; на брюшной же конецъ раны обыкновенно накладывается одна лигатура. Тампонада рукава не обязательна. Послѣоперационный періодъ непродолжителенъ и не труденъ: 3 дня пузырь со льдомъ на животъ и строгая діета, съ 4 дня молоко и бульонъ, спринцеванія рукава не ранѣе какъ съ 5 дня и далѣе черезъ каждыя 3 дня; на 9—15 день больныя уже встаютъ съ постели. Авторъ оперировалъ съ полнымъ успѣхомъ, этимъ способомъ 9 случаевъ: въ 3 удалилъ кисты ячниковъ, въ 3 удалилъ и ячники и трубы съ обѣихъ сторонъ, въ 2 съ одной стороны и въ 1 удалилъ одну фаллопееву трубу.

Рутковскій.

153. В. В. Тияковъ. Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. (Врачъ, 1892 г., № 38).

Настоящая статья является вполне основательнымъ возраженіемъ на статью д-ра *Львова*: *удаленіе кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище*, помѣщенную въ 11 и 12 №№ Врача за текущій годъ. Не отъ забвенія, какъ это думаетъ д-ръ *Львовъ*, затерялась эта операція, а потому что у хирурговъ не создалось увѣренности въ ея пользѣ; главною помѣхою всегда являлись сращенія, которымъ д-ръ *Львовъ* не придаетъ серьезнаго значенія, отрицая возможность какъ значительнаго кровотеченія при осторожномъ раздѣленіи перемычекъ, такъ и существованія крѣпкихъ перемычечныхъ сращеній съ салникомъ или кишками. Не можетъ авторъ согласиться съ д-ромъ *Львовымъ* и въ томъ, что при кольпотоміи поле операціи для руки и глазъ яснѣе, чѣмъ при чревосѣченіи; при наличности сращеній совсѣмъ напротивъ и вслѣдствіе этого, приступая къ кольпотоміи, нельзя быть увѣреннымъ, что удастся удалить все, что нужно удалить. 9 удачныхъ случаевъ д-ра *Львова* авторъ не считаетъ достаточной защитой кольпотоміи, ибо всѣ удаленныя части были достаточно подвижны, т. е. не было сильныхъ сращеній. Если бы д-ръ *Львовъ* призналъ сращенія противопоказаніемъ кольпотоміи, то съ этой оговоркой она могла бы получить право существованія, какъ операція, замѣняющая въ нѣкоторыхъ случаяхъ чревосѣченіе.

Рутковскій.

154. И. М. Львовъ. Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. Статья вторая. (Врачъ, 1892 г., № 46).

Дѣлая нѣсколько отвѣтныхъ замѣчаній на статью *В. В. Тиякова*, авторъ къ описаннымъ уже 9 случаямъ кольпотоміи прибавляетъ еще 3: 1) Родила въ срокъ 4 раза, послѣ 3-хъ родовъ—5 лѣтъ назадъ, болѣла около 2 мѣсяцевъ; послѣ 4-хъ родовъ—3 года назадъ; болѣзненные явленія (боли внизу живота, кровотеченія и бѣли) усилились и сдѣлались постоянными. Матка увеличена, наклонена впередъ, плотна, болѣзненна при движеніи и давленіи, почти неподвижна. Справа и сзади около нея опухоль, до кулака величиною, круглая, упругая, немного болѣзненная и неподвижная. Правая кольпокистосальпично-эктомія. Послѣоперационный періодъ гладкій. 2) Родила 5 разъ и 2 раза выкинула. Больна 1 годъ, съ послѣдняго выкидыша; боли, бѣли сильныя и продолжительныя мѣсячцыя (черезъ 1—2 недѣли по 2 недѣли), а за послѣднее время постоянное кровотеченіе. Матка увеличена плотна, болѣзненна, въ правильномъ положеніи, подвижна. Правая широкая связка болѣзненна, особенно въ брюшномъ концѣ; правый яичникъ увеличенъ до средняго апельсина; смѣщенъ къзади, плотно упругъ, болѣзненъ и почти неподвиженъ; труба неболѣзненна. Кольпоовариозектомія и выскабливаніе въ одинъ пріемъ. Послѣоперационный періодъ съ нагноеніемъ и лихорадкой, выздоровѣла на 23 день, въ настоящее время уже беременна. 3) Родила 2 раза и 1 разъ выкинула. Больна 7 мѣсяцевъ послѣ того, какъ подняла тяжесть.

Боли внизу живота, особенно справа, бѣли, усиленные мѣсячныя. Матка въ правильномъ положеніи, немного увеличена, болѣзненна при движеніи и давленіи; подвижность ограничена. Справа и сзади тѣстоватая, очень болѣзненная, неподвижная опухоль; въ ней можно различить отдѣльную плотно упругую опухоль, къ которой спереди, отъ матки идетъ расширенная, утолщенная и болѣзненная Фаллопіева труба. Послѣ 8-дневнаго противовоспалительнаго и разрѣшающаго лѣченія обозначилось, что имѣется кистозноперерожденный правый яичникъ, величиною въ среднее яблоко, болѣзненный и неподвижный, и хроническій сальпингитъ, особенно выраженный въ брюшномъ концѣ, гдѣ онъ нѣсколько сращенъ со стѣнками таза и яичникомъ, образуя правую трубно-яичниковую опухоль. Правая кольцо-оваріо-сальпинго-эктомія. Послѣ-перационный періодъ вполне гладкій.

Рутковскій.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

И. П. ЛАЗАРЕВИЧЪ. Курсъ акушерства. Изданіе второе, совершенно переработанное и пополненное. 1892 г.

Д-ра Б. И. Фейнберга.

Воспитанные на заграничныхъ учебникахъ, мы, русскіе врачи, съ радостью привѣтствуемъ появленіе всякаго самостоятельнаго русскаго учебника, а тѣмъ болѣе такого, который представляется съ одной стороны плодомъ громадной теоретической эрудиціи, съ другой выраженіемъ опыта, пріобрѣтеннаго въ теченіи «четыре-рехъ десятковъ лѣтъ» практической дѣятельности. Курсъ акушерства проф. *И. П. Лазаревича* поэтому неминуемо и вполнѣ заслуженно обратитъ на себя вниманіе не только специалиста-акушера, но и всякаго русскаго врача, пожелающаго изъ него черпать наставленія и указанія для своей трудной и отвѣтственной практической акушерской дѣятельности.

«Курсъ акушерства» почтеннаго профессора настолько само-бытенъ, въ такой мѣрѣ отличается отъ другихъ *ходячихъ* учебниковъ акушерства, что сравненіе его съ какимъ либо изъ нихъ почти невозможно. Самобытность эта видна во всемъ, и въ задачѣ учебника, и въ распредѣленіи матеріала въ немъ заключающагося, и въ освѣщеніи научныхъ фактовъ и, наконецъ, въ тѣхъ, по истинѣ, непереваримыхъ терминахъ (мохнатка, скидка блоны, чревоайцесѣченіе), которые авторъ пытается ввести въ русскомъ акушерствѣ. Начну съ задачи учебника. Послѣдній, говоритъ авторъ, долженъ «служить: для первоначальнаго изу-

ченія науки, какъ руководство при занятіяхъ въ клиникѣ, для разъясненія случаевъ частной акушерской практики, для справокъ съ критически обработанными частями науки и, наконецъ, ради литературныхъ указаній» (стр. XX, т. I).

Если исключить сборный учебникъ по акушерству *P. Muller'a*, въ которомъ участвуетъ много авторовъ и предназначенный лишь для специалистовъ, то, думаю, наврядъ ли найдется учебникъ, равный по ширинѣ задачи, курсу акушерства проф. *Лазаревича*, наврядъ ли найдется авторъ, который взялся бы въ одномъ трудѣ *самоллично* отвѣтствовать такимъ разнороднымъ требованіямъ: одновременно служить и младенцу, и убѣленному сѣдиною старцу, и студенту, впервые вступающему въ акушерскую клинику, и акушеру *par profession*, дѣлающему научныя въ этой области изысканія. Именно въ силу многосторонности этой задачи, я думаю, и происходятъ тѣ недочеты учебника, которые дѣлаютъ его съ одной стороны мало подходящимъ для начинающаго изучать акушерство и наврядъ-ли вполне соответствующимъ законнымъ требованіямъ специалиста-акушера.

Изложеніе «*руководства*» на 1126 страницахъ съ 740 рисунками, съ ссылками на авторовъ, начиная со времени Гипократа до послѣднихъ дней, безъ, хотя-бы, наружнаго (шрифтъ) разграниченія важнаго отъ не важнаго, научно установленнаго отъ спорнаго взгляда—это, мнѣ кажется, очень крупный недочетъ, который немало устраситъ «руководимаго», съ естественной робостью приступающаго къ изученію невѣдомой ему до толѣ отрасли науки.

Особенно же вышеуказанное неудобство усугубляется тѣмъ, что причина, породившая объемъ книги, кроется не въ свойствѣ матеріала, не въ количествѣ излагаемыхъ обязательныхъ фактовъ, а главнымъ образомъ въ *ширинѣ* изложенія. Не лишне ли напр. для начинающаго вся статья «особности тазовъ» (стр. 73, т. I), трагующая о совершенно нормальномъ тазѣ «*вс идея*»; не непроезводительный ли это будетъ трудъ для начинающаго запоминать всѣ 31 изображенія гимена, помѣщенные въ главѣ того же названія (стр. 95, т. I). Не есть-ли это слишкомъ ужъ большое недоверіе къ фантазіи читателя, хотя бы непосвященнаго еще въ таинства акушерства, что авторъ, для наглядности, счелъ нужнымъ, въ двухъ рисункахъ, изобразить и круглыя и продолговатыя груди у 23-хъ-лѣтней дѣвицы (стр. 136, т. I)? Не будетъ ли это также усердіемъ не въ мѣру распространиться на 3-хъ печатныхъ страницахъ (стр. 237—240, т. I) о рубцовыхъ

полосахъ на покровахъ живота у беременныхъ? Если «данныя, получаемья постукиваніемъ живота беременныхъ могутъ быть найдены и при ощупываніи его и этимъ послѣднимъ способомъ даже вѣрнѣе.....», какъ вполне справедливо замѣчаетъ почтенный профессоръ, то зачѣмъ же, спрашивается, понадобилось посвятить этому способу изслѣдованія цѣлую главу (стр. 243, т. I) въ три печатныхъ страницы? Что, затѣмъ далѣе, инструментальнаго и поучительнаго въ исторіи болѣзни, изложенной въ статьѣ «шумъ преждевременнаго дыханія» и т. д. (стр. 267, т. I), при чемъ даже указано, что «родильный срокъ прошелъ нормально, мать сама кормила». Развѣ этотъ шумъ могъ вызвать патологическій родильный срокъ или могъ такъ или иначе воздѣйствовать на выдѣленіе грудныхъ железъ? Нѣчто еще болѣе иллюстрирующее *ширину* изложенія мы встрѣчаемъ въ статьѣ «узкость шейки» (стр. 80, т. II). Въ послѣдней изложены двѣ исторіи болѣзни.

Сущность перваго случая состоитъ въ томъ, что отверстіе матки не расширилось вслѣдствіе того, что шейка была отклонена назадъ и потому потуги были безуспѣшны; во второмъ же случаѣ имѣлись упругость и неподатливость самой ткани шейки, ради которыхъ авторъ неоднократно, но безуспѣшно дѣлалъ надрѣзы до тѣхъ поръ, пока *Пирогова*, призванный на консультацію, не произвелъ эту маленькую операцію, съ достоюльнѣйшимъ умѣніемъ. Не взирая на крайне малый интересъ, который представляютъ эти случаи, они изложены на двухъ печатныхъ страницахъ съ деталями вродѣ ниже приводимыхъ: «одинъ весьма опытный акушеръ и другой еще молодой не могли открыть маточнаго рыльца» (первый случай) или «и г-жа Е., по ея словамъ, стала жить съ мужемъ, какъ съ сыномъ»... «Г-жа Е. только однажды сблизилась съ мужемъ и тогда соитія не произошло», однако, «2-го ноября въ 12 часовъ ночи» (какая точность!) «начались потуги». Насколько такія детали пригодны для руководства, предоставляю судить читателю, смѣю однако думать, еслибъ вмѣсто нихъ, въ отдѣлѣ терапіи данныхъ случаевъ, почтенный авторъ, хотя бы вкратцѣ, упомянулъ о высокихъ до родовъ надрѣзахъ шейки матки, онъ гораздо болѣе удовлетворилъ бы любознательнаго читателя.

Но помимо общаго вреда, наносимаго учебнику отмѣченной шириной изложенія, послѣдняя обусловливаетъ еще и недостаточность фактическихъ данныхъ. Возьмемъ для примѣра главу «воспаленія рукава и шейки» (стр. 117. т. II). Въ ней описаны

и изображены три «снаряда» самага автора для рукавныхъ душъ, нигдѣ и никѣмъ не употребляемыхъ, но объ Эсмарховской кружкѣ, единственномъ вездѣ употребляемомъ снарядѣ, даже не упомянуто. Въ статьѣ «выкидь» (стр. 297, т. II), начиная съ ученія *Guillemeau* (1621 годъ), со взглядами котораго авторъ вполне солидаренъ, и кончая *деревянною* (!) ложкою *Буяльскаго* (1852 г.), предназначенной для выскабливанія матки, все дышетъ преданіями старины глубокой. Кюретка *Récamier*, ложка *Simon'a*—единственные инструменты для вышеуказанной цѣли, съ которыми „руководимый“ встрѣтится въ клиникѣ—объ нихъ почтенный профессоръ забылъ упомянуть. Забылъ онъ также подѣлиться съ читателемъ своими личными взглядами, или взглядами другихъ авторовъ на ранневременное активное вмѣшательство при лѣченіи аборта, а между тѣмъ этотъ вопросъ современенъ, интересенъ и породилъ цѣнную литературу¹⁾.

Кромѣ вышеуказанныхъ неудобствъ въ руководствѣ, посвященномъ главнымъ образомъ начинающему, я бы указалъ еще на одно немаловажное—на увлеченіе автора пособіями и инструментами, имъ придуманными.

Излагать напр. «плодоизвлеченіе щипцами» на 50 страницахъ (580—631 стр. т. II), изъ которыхъ безъ малаго 40 страницъ посвящено щипцамъ автора—это называется «des Guten zu viel», ибо съ такимъ балластомъ начинающій едва-ли въ состояніи будетъ справиться, едва ли онъ также въ состояніи будетъ судить о томъ, правъ ли нашъ маститый акушеръ *А. Я. Крассовскій*, отрицающій пригодность щипцовъ проф. *Лазаревича*, или послѣдній, защищающій свое дѣтище (см. выводъ о моихъ щипцахъ, стр. 639, т. II). Для характеристики увлеченія автора собственными изобрѣтеніями, я бы привелъ еще слѣдующее: въ статьѣ «гигіена за новорожденнымъ» (стр. 476, т. II) авторъ говоритъ: »я указалъ было на повязку, устроенную для поддержанія ребенка въ ванночкѣ, но эта повязка оказывалась неудобною изъ». Къ послѣднему слову приведенной фразы прибавлена цифра 13, т. е. ссылка на литературу. Мало того, что почтенный профессоръ считаетъ нужнымъ оповѣщать о неудобной повязкѣ только потому, что она имъ придумана, онъ еще отсылаетъ читателя къ литературному источнику для болѣе под-

¹⁾ Iührssen. Zur Pathologie und Therapie des Abortus. Arch. f. Gyn. T. 3, стр. 161.

робнаго знакомства съ этой самой негодной повязкой. Комментарій, надѣюсь, не требуются!

Въ отдѣлѣ «физиологія беременности» мы встрѣчаемъ главу «маточный зондъ» (стр. 277, т. I), въ которой на двухъ печатныхъ страницахъ описаны и изображены кривой и прямой зондъ автора, съ точнымъ указаніемъ расположенія на нихъ выемокъ и бугорковъ, съ оповѣщеніемъ, что они могутъ быть изготовлены изъ благородныхъ и неблагородныхъ металловъ. Только одного недостаетъ: указанія, показано ли *всякую* беременную изслѣдовать зондомъ, или допускается иногда и исключеніе!

Небезынтересно также указать на то, что передача научныхъ взглядовъ другихъ авторовъ не всегда соответствуетъ точному смыслу изложеннаго послѣдними. Такъ въ статьѣ «чрезмѣрная рвота беременныхъ» (стр. 363, т. II) профессоръ *Лазаревичъ*, цитируя *Горвица* ¹⁾, говоритъ: «Г. находилъ правильнымъ показаніе къ возбужденію искусственнаго выкида, когда беременная уже доходила до крайняго истощенія отъ голоданія, когда количество мочи у нея ежедневно уменьшалось и т. д., но такое состояніе обыкновенно во всякомъ случаѣ и послѣ операціи уже ведетъ къ смертельному исходу». Изъ приведеннаго я, поневолѣ, заключаю, что проф. *Лазаревичъ* или совсѣмъ не читалъ цитируемаго имъ труда, или, по меньшей мѣрѣ, не дочиталъ его до конца, ибо на стр. 89 того же труда курсивомъ сказано: «во всѣхъ тѣхъ случаяхъ неукротимой рвоты беременныхъ, гдѣ напрасно были примѣняемы рекомендуемые въ подобныхъ случаяхъ средства и гдѣ, на основаніи извѣстныхъ клиническихъ явленій, имѣемъ основаніе опасаться за жизнь больной, то показаніе къ искусственному прерванію беременности совершенно умѣстно и рационально. *Операція эта сулитъ тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ, чѣмъ приступлено къ ней болѣе заблаговременно*».

Перехожу теперь ко второй части задачи «курса акушерства» проф. *Лазаревича*, къ стремленію автора, чтобъ этотъ курсъ могъ служить «для справокъ съ критически обработанными частями науки» и коснусь сразу двухъ главъ: обеззараженія (стр. 491, т. II) и родильной горячки (стр. 409, т. II), какъ имѣющихъ тѣсную органическую между собою связь. По прочтеніи этихъ двухъ главъ невольно напрашивается вопросъ о той науч-

1) О неукротимой рвотѣ беременныхъ. 1882 г.

ной пользы, которая простекла бы отъ полной замѣны того, что въ нихъ изложено, тѣмъ, чего въ нихъ недостаетъ. А въ нихъ недостаетъ всей сущности современнаго ученія объ анти- и асептикѣ; въ нихъ отсутствуютъ бактериологическія изслѣдованія выдѣленій половыхъ органовъ здоровыхъ и больныхъ родильницъ (*Doederlein Bunn, Ommz, Winter, Артемьевъ, Черневскій, Бацевичъ, Хазанъ*); въ нихъ ничего не говорится о зараженіи и самозараженіи (*Szabo, Fehling, Steffeck, Замшинъ, Масловскій*), не упоминается даже названіе того микроорганизма (*streptococcus pyogenes*), которому приписываютъ послѣднюю горячку. Въ нихъ забыты труды *Leopold'a* объ ограниченіи внутренняго изслѣдованія въ акушерствѣ; въ нихъ отсутствуетъ статистика заболѣваемости и смертности отъ родильной горячки, какъ въ иностранныхъ, такъ и въ русскихъ (Якубъ, Славянскій, родильныхъ домахъ. Словомъ, отсутствуетъ значительно больше, чѣмъ присутствуетъ. Неудивительно поэтому, что изложенное въ этихъ словахъ, какъ и во многихъ другихъ, никакъ не можетъ быть названо *современнымъ* и не можетъ соответствовать вышеуказанной задачѣ курса акушерства почтеннаго профессора.

И статью «эклампсія» (стр. 387, т. II) трудно бы назвать современной. Вся патолого-анатомическая часть этого заболѣванія крайне недостаточно обработана. Нѣтъ указанія ни на работу *Landois* ¹⁾, согласно которой вся сущность эклампсіи сводится къ вліянію креатина и креатинина на головной мозгъ при такъ называемой *Schwangerschaftsniere*, ни на работы *Favre и v. Herf* ²⁾, выдумавшихъ такъ называемую «*eclamptische Labilität*». Ничего не говорится о пораженіи печени (*Pillet, Letienne, Bouffe de St Blaise*) ³⁾, ни о бациллярной теоріи эклампсіи (*E. Gerdes*) ⁴⁾, а между тѣмъ послѣдніе два взгляда составляютъ въ настоящее время жгучій вопросъ въ акушерствѣ.

Перейду затѣмъ къ статьѣ «искусственное возбужденіе родовъ» (стр. 502, т. II). О болѣзняхъ матери или плода, могущихъ служить показаніемъ къ возбужденію родовъ, почтенный авторъ говоритъ слѣдующее: «къ таковымъ болѣзненнымъ состояніямъ относятся: болѣзни, угрожающія задушеніемъ, вслѣд-

¹⁾ Deutsche med. Wochenschrift 1887. № 31.

²⁾ Centralb. f. Gyn. 1892. № 12.

³⁾ Цитируется по реферату Массена. Ж. ак. и ж. бол. 1892 г. июнь.

⁴⁾ Centr. f. Gyn. 1892. № 20 и Deutsche med. Woch. 1892. № 26.

ствіе давленія со стороны живота на грудобрюшную преграду; общія судороги и неукротимая рвота». Не глухо ли это и мало «для справокъ съ критически обработанными частями науки»? Развѣ заболѣваніе почекъ, поводъ, какъ извѣстно, далеко не рѣдкій къ прерванію беременности, тоже входитъ въ категорію болѣзней, угрожающихъ задушеніемъ? Вообще вопросъ объ искусственномъ возбужденіи родовъ при внутреннихъ болѣзняхъ ¹⁾, какъ имѣющій громаднѣйшій практическій интересъ, достоинъ быть гораздо большаго вниманія. Не лишень за то оригинальности и новизны поводъ къ прерванію беременности: *предупрежденіе разрыва промежности!* «Въ одномъ моемъ случаѣ вполне оправдалось такое показаніе», говоритъ почтенный авторъ. Въ отдѣлѣ предсказанія къ искусственному возбужденію родовъ мы тщетно искали статистическихъ данныхъ. Вскользь только приводится пессимистическій взглядъ *Wiener'a* на жизнеспособность дѣтей послѣ этой операціи, но о сравнительной статистикѣ *Dohrn'a*, *Calderini*, *Fehling'a* ²⁾ и др. не говорится ни слова, а между тѣмъ цитированные авторы приходятъ совершенно къ другимъ выводамъ.

Въ статьѣ о щипцахъ, несмотря на то, что имъ посвящено 50 страницъ, статистика наложенія и послѣдствій щипцовъ для матери и плода ³⁾ также отсутствуетъ.

Въ статьѣ «кесарское сѣченіе» (стр. 659, т. II) вся литература вопроса объ условномъ показаніи къ этой операціи изложена въ 12 строкахъ, а это, мнѣ кажется, для такого жгучаго въ акушерствѣ вопроса недостаточно.

Отъ вопроса, породившаго такую громадную литературу, неудобно, казалось бы, отдѣливаться голословными фразами вродѣ: «для нихъ (чревосѣченій) не нужно быть акушеромъ, а только, руководствуясь зрѣніемъ, смѣло дѣйствовать въ качествѣ современнаго хирурга». Гораздо убѣдительнѣе бы, напр., было указаніе хотя бы на то, что *Leopold* ⁴⁾, не взирая на свои блестящіе результаты, теперь суживаетъ рамки этого оперативнаго пособия *ad maximum*.

«Срокъ послѣ дорожденія (стр. 352, т. I) также обставлень до-

¹⁾ Lohlein. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. 13, стр. 407.

²⁾ Berliner Congress 1890. C. f. Gyn. 1890.

³⁾ Fehling. Handb. d. Geb. v. P. Muller T. III стр. 152. u. Munchmeyer Arch. f. Gyn. 1889. T. 3 стр. 1.

⁴⁾ Arch. f. Gyn. 1889. T. 34, стр. 301.

вольно скудными литературными данными. (Отсутствуют напр. диссертация Даниловича, работа Хазана¹⁾, работа Zinssiah'a²⁾; въ вопросѣ объ анализѣ крови у беременныхъ и родильницъ не приведенъ очень обстоятельный трудъ R. Schroeder'a³⁾ и т. д.

Не желая выходить изъ рамокъ краткаго обзора, я ограничусь приведенными примѣрами, какъ доказательствомъ, съ одной стороны, несовременности изложенія многихъ главъ учебника, съ другой—недостаточности литературныхъ данныхъ. Вполнѣ такимъ образомъ поддерживая высказанное вначалѣ о *сомнительной пригодности «курса акушерства», какъ руководства вообще и въ частности для экзаменаціонныхъ црлей, и объ относительномъ только достоинствѣ его въ качествѣ справочной книги*⁴⁾, я перехожу къ общей характеристикѣ.... Почтенный трудъ проф. Лазаревича разнится отъ многихъ другихъ полнѣйшимъ отсутствіемъ шаблона, являющагося характерной чертой большей части учебниковъ. Мало также учебниковъ акушерства, въ которыхъ личность автора такъ ярко бы выдѣлялась, какъ въ курсѣ акушерства уважаемаго профессора. Своеобразность толкованія того или другаго научнаго факта, таковое же освѣщеніе тѣхъ или другихъ явленій, во многомъ не соответствующее «последнему слову науки», находятся, можетъ быть, въ зависимости отъ того, что авторъ считаетъ нужнымъ излагать только то, въ чемъ онъ самъ успѣлъ убѣдиться, обучать только тому, что съ теченіемъ времени и опыта стало quasi его личнымъ научнымъ достояніемъ.

1) Samml. klin. Vortr. v. Volkmann N. T. № 52.

2) Arch. f. Gyn. 1889. T. 34, стр. 255.

3) Arch. f. Gyn. 1891. T. 39 стр. 306.

4) Старая литература.