

ЖУРНАЛЬ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

ФЕВРАЛЬ 1893, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

КРАТКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ

о дѣятельности Акушерскаго Отдѣленія Гинекологической Клиники проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ за 1888—15 марта—1890 г.

Ординатора клиники

В. А. Б р ж е з и н с к а г о .

Въ жизни нашей клиники можно разсматривать два періода: 1) отъ начала ея существованія до 1885 года и 2) съ 1885 года по настоящее время.

Сравнивая состояніе клиники въ тотъ и другой періодъ, невольно приходится первый періодъ ея существованія характеризовать отсутствіемъ всякихъ намековъ на гигиену, полнымъ неблагоустройствомъ какъ во внѣшней, такъ и внутренней обстановкѣ клиники. Самое уже неудобство мѣстоположенія клиники на большой шумной улицѣ съ ея оживленностью, пылью и т. п.—идеть въ разрѣзъ съ основными требованіями, которыя могутъ быть предъявлены всякому пріюту для больныхъ; затѣмъ отсутствіе всякой вентиляции, особенно въ зимнее и осеннее время,—антисептики, керосинное мрачное освѣщеніе, сырость и недоброкачественность внѣшней атмосферы клиники, благодаря складу картофеля въ подвальномъ помещеніи послѣдней на годъ для всей больницы и т. п.—

все это противорѣчило основнымъ требованіямъ гигиены и все это не могло не отразиться на состояніи здоровья роженицъ и родильницъ, не разъ поступавшихъ въ клинику здоровыми, а оставлявшихъ ее больными или совсѣмъ даже дѣлавшихся жертвами ея антигигиеническаго состоянія. Не далеки еще тѣ времена, когда наша клиника давала иногда больше 10% смертности и среди мѣстныхъ жителей считалась разсадницей родильной горячки; согласно такому убѣжденію и число поступавшихъ роженицъ было очень ограниченное.

Конечно, нельзя вину всего этого приписывать исключительно вліянію чисто внѣшнихъ условий: крупные внѣшніе недостатки клиники, какъ плохая окружающая клинику атмосфера, мѣстоположеніе ея въ оживленной части города и другіе трудно устранимые недостатки существуютъ и по настоящее время, а между тѣмъ дѣятельность клиники въ настоящее время—во второмъ ея періодѣ существованія—представляется совершенно въ иномъ свѣтѣ; естественно поэтому предположить, что прежняя плохая репутация клиники во многомъ обязана также и чисто внутреннимъ условіямъ.

Въ то время, какъ положеніе дѣлъ настоятельно требовало улучшенія внѣшняго состоянія клиники, мысль о громадныхъ затратахъ, которыхъ стоило бы устраненіе крупныхъ внѣшнихъ ея недостатковъ, невольно удерживала и по сіе время удерживаетъ отъ всякихъ крупныхъ реформъ во внѣшней обстановкѣ... Вотъ почему мѣстоположеніе клиники остается такимъ же, внѣшняя ея атмосфера такую же.

Невозможность полного устраненія внѣшнихъ крупныхъ недостатковъ прямымъ путемъ должна была потребовать иного выхода изъ затруднительнаго положенія, въ результатѣ чего явилась мысль, насколько возможно, вредное вліяніе указанныхъ выше внѣшнихъ недостатковъ парализовать улучшеніемъ внутренняго состоянія клиники.

Осуществленіе послѣднихъ плановъ принадлежитъ уже позднѣйшему времени, которымъ собственно и начинается второй періодъ существованія нашей клиники. Съ 15-го марта 1885 г. послѣдняя стала переходить изъ своего первобытнаго состоянія во второй періодъ. Переходъ этотъ совершился постепенно, но въ то же время довольно быстрыми

шагами. Съ этого времени каждый новый годъ существованія клиники вносить съ собой что нибудь новое, лучшее какъ во внѣшнюю обстановку клиники, такъ и во внутреннее ея устройство. Первые годы завѣдыванія клинкою проф. *Н. В. Ястребова* справедливо могутъ быть названы временемъ реформъ, цѣлью которыхъ было стремленіе благоустроить клинику, поставить ее по возможности на почву современной гігіены.

О тѣхъ улучшеніяхъ, которыя сдѣланы въ санитарно-гігіеническомъ отношеніи мы распространяться не станемъ, считая достаточнымъ сослаться на отчетъ д-ра *Федорова* Журн. Акуш. и женск. бол. (т. III, янв. 1889 г.).

По мѣрѣ возможнаго усовершенствованія клиники въ санитарно-гігіеническомъ отношеніи начинаетъ мало по малу измѣняться и все положеніе дѣль; въ то время какъ до 1885 года при маломъ числѣ прибывавшихъ беременныхъ и рожениць $\%$ послѣродовыхъ заболѣваній былъ очень высокъ; во второмъ періодѣ (съ 1885 г.) наоборотъ, — при увеличивающемся постоянно числѣ первыхъ $\%$ послѣродовыхъ заболѣваній низводится до незначительныхъ цифръ.

Послѣднее обстоятельство должно казаться особенно отраднымъ для клиники, если принять во вниманіе то невыгодное положеніе, которое она заняла въ послѣднее время среди учрежденныхъ въ городѣ родильныхъ пріютовъ; послѣдніе начали съ того времени — отчасти согласно положеннымъ для нихъ правиламъ, а отчасти произвольно — сплавлять весь свой патологическій матеріалъ въ клинику, которая такимъ образомъ по необходимости сдѣлалась центральнымъ пріютомъ для тяжело больныхъ, зараженныхъ при неоднократныхъ изслѣдованіяхъ въ городѣ безъ соблюденія надлежащихъ антисептическихъ предосторожностей.

Не смотря на такую исключительность положенія среди пріютовъ, благодаря различнымъ нововведеніямъ въ духѣ современной гігіены, удалось поставить клинику на прочную ногу и снять съ нея то клеймо, которое наложено было на нее мѣстнымъ населеніемъ.

Насколько велико было вначалѣ недовѣріе къ клиникѣ, настолько теперь велики и справедливы надежды, возлагаемыя на нее тяжело больными, которыя, нерѣдко

испытавъ неудачи въ городѣ или пріютахъ, смотрятъ на одну только клинику, какъ на учрежденіе, въ которомъ онѣ навѣрное получаютъ облегченіе отъ своихъ страданій.

При такомъ довѣріи, какимъ пользуется клиника теперь, при той громадной потребности въ акушерской помощи, какая чувствуется въ мѣстномъ населеніи, размѣры нащей клиники далеко не достаточны для того, чтобы могли удовлетворить этой потребности, такъ что недостатокъ помѣщенія можетъ быть названъ едва-ли не самымъ крупнымъ недостаткомъ клиники.

При всемъ желаніи принимать всѣхъ ищущихъ спеціальной помощи клиника поставлена въ необходимость отправлять въ другіе пріюты или домой не только женщинъ, у которыхъ наступленіе родовъ ожидалось за какихъ нибудь 2—3 дня, но и добрую часть роженицъ съ начавшимися уже родовыми болями. Нерѣдко случалось и случается, что въ одинъ день прибываетъ 8—9 роженицъ, тогда какъ все акушерское отдѣленіе нашей клиники можетъ принять только 12 человекъ соответственно числу кроватей,—вотъ почему у насъ нерѣдки случаи, въ которыхъ при наплывѣ такихъ роженицъ, которыя по періоду родового акта никоимъ образомъ не могли быть отправлены въ другіе родильные пріюты, всѣ мѣста, какія только можно себѣ представить въ клиникѣ, какъ операционные столы, подвижная кровать для перевозки больныхъ, кровать въ ванной комнатѣ и даже полъ бывають заняты роженицами и родильницами.

Но при всемъ громадномъ неудобствѣ своего помѣщенія клиника, благодаря своему улучшенному внутреннему устройству, даетъ малый $\%$ заболѣваній и смертности.

Принимая съ одной стороны во вниманіе, что наша клиника въ томъ видѣ, въ какомъ она является теперь, существуетъ сравнительно не долго—съ небольшимъ 7 лѣтъ, а съ другой стороны—связанный съ этимъ интересъ, который должны имѣть для насъ наблюденія за постепеннымъ развитіемъ дѣла, мы по возможности старались въ виду удобства сравненія въ представляемомъ нами отчетѣ, составляющемъ продолженіе отчета д-ра *И. И. Федорова* за прежніе 3 года, придерживаться плана этого послѣдняго.

Общая часть отчета.

За отчетное время (съ 1 января 1888 г. по 15 марта 1890 г.) клинику посѣтили 1075 больныхъ. Исключивъ изъ этого числа 103 гинекологическихъ, 15 явившихся въ послѣдовомъ періодѣ, 18 выписанныхъ неразрѣшившимися,—что въ общемъ составитъ 136,—находимъ, что всего роженицъ, у которыхъ роды отъ начала до конца происходили въ клиникѣ, было 939 или-же, со включеніемъ въ это число и 15 роженицъ, прибывшихъ въ послѣдовомъ періодѣ—954. Принимая во вниманіе число дѣятельныхъ дней въ клиникѣ за наше отчетное время (2 года и 2¹/₂ мѣс.) и таковое за прошлое (2 г. и 9¹/₂ мѣс.), находимъ, что число поступившихъ къ намъ за первый промежутокъ времени значительно превышаетъ таковое за второй. Дѣйствительно, прошлое отчетное время обнимаетъ собою 2 г. и 9¹/₂ мѣс., или 1005 дней (считая въ мѣсяцъ 30 дней); исключая изъ этого числа 86 дней, въ которые клиника была закрыта по случаю ремонта (съ 10 іюля по 27 августа въ 1885 г. и съ 25 іюня по 2 августа въ 1886 г.), получимъ 919 дѣят. дней, въ теченіе которыхъ поступило 979 роженицъ или на одинъ дѣятельный день клиники приходится 1,06 поступленій.

У насъ отчетное время обнимаетъ собою всего 2 г. и 2¹/₂ мѣс., т. е. 795 дней; исключая изъ этого числа 114 недѣятельныхъ дней въ клиникѣ по случаю ремонта (съ 9 іюля по 21 августа въ 1888 г. и съ 1 іюня—10 августа въ 1889 г.), получимъ 681 дѣят. день, въ теченіе которыхъ клинику посѣтило 954 человека, т. е. на 1 дѣятельный день въ клиникѣ приходится 1,40 поступленій. Къ этому числу слѣдовало-бы прибавить еще не малое число получившихъ отказъ за неимѣніемъ свободныхъ мѣстъ въ клиникѣ. Къ сожалѣнію, привести эту цифру не можемъ, такъ какъ запись такихъ больныхъ не велась до послѣдняго времени.

Для болѣе нагляднаго представленія о движеніи больныхъ по годамъ и мѣсяцамъ приводимъ нижеслѣдующую таблицу № 1-й. Какъ видно изъ нея, среднее число поступленій въ мѣсяцъ для 1888 г. равно 33,4, для 1889 г.—43,8 и для 1890—47,2, такъ что отношеніе среднихъ

ТАБЛИЦА № 1. Распределение поступлений больных по месяцам и среднее число дней госпитального лечения.

ГОДЫ.	ПОСТУПИЛО.	Январь.	Февраль.	Март.	Апрель.	Май.	Июнь.	Июль.	Августь.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Итого.	Общее число дней госпитального лечения.	Среднее число дней госпитального лечения.
1888	Беременных .	—	1	1	1	—	1	—	—	1	1	—	1	7	11	1,6
	Рожениц . .	35	27	47	36	33	41	5	12	37	45	29	48	394	2821	7,2
	Итого . .	35	28	48	37	33	42	5	12	38	46	29	49	401	2832	7,1
1889	Беременных .	—	—	—	—	—	—	—	2	4	—	2	—	8	39	5
	Рожениц .	65	52	52	44	25	—	—	33	46	42	40	44	430	2923	7
	Итого . .	65	52	52	44	25	—	—	35	50	42	42	44	438	2962	7
1890 до 15 марта.	Беременных .	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	1,3
	Рожениц . .	50	42	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	115	939	8,1
	Итого .	53	42	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	118	943	8,2
ВСЕГО		153	109	123	81	58	42	5	47	88	88	81	93	957	6737	7

Явившихся въ послѣдовомъ періодѣ 15
 > гинекологическихъ 103
 Итого 1075

чисель поступленій въ мѣсяцъ можетъ быть выражено какъ 1 : 1,3 : 1,4. Среднее общее число мѣсячнаго поступленія за отчетное время = 36,1, такъ что цифра эта въ сравненіи съ таковою въ первые 2 г. и 9^{1/2} мѣс. (30,5) выросла на 5,6, что ясно свидѣтельствуеетъ о возрастающемъ довѣрїи къ клиникѣ и о существованіи большой потребности въ акушерской помощи въ мѣстномъ и окрестномъ населеніи.

Соотвѣтственно увеличенію числа поступающихъ уменьшается и среднее число дней госпитальнаго лѣченія. Въ то время, какъ въ 1885 году оно было равно 12,8, въ 1886—9,5, въ 1887—8,6, въ наши отчетные годы оно измѣняется такимъ образомъ: въ 1888 году—7,1, въ 1889—7, въ 1890—8,2.

Такое постепенное уменьшеніе средняго числа дней госпитальнаго лѣченія объясняется отчасти потребностью выписки здоровыхъ родильницъ раньше положеннаго для нихъ срока съ цѣлью освобожденія мѣсть для вновь поступающихъ; отчасти-же не малое значеніе имѣетъ въ данномъ случаѣ уменьшеніе числа послѣродовыхъ заболѣваній, благодаря чему устраняется необходимость держать родильницъ позже положеннаго для ихъ пребыванія срока; не безъ нѣкотораго вліянія остается и нѣсколько большее въ сравненіи съ прошлыми годами число абортовъ (87 вмѣсто 67), такъ какъ абортировавшія женщины отпущались домой по большей части на 4—5 день послѣ выкидыша. Увеличившуюся среднюю цифру дней госпитальнаго лѣченія за 1890 годъ (8.2) сравнительно съ 1889 (7) на 1,2 можно объяснить только неточностью, такъ какъ цифра эта выведена изъ наблюденій надъ числомъ поступавшихъ больныхъ лишь въ теченіе 2^{1/2} мѣсяцевъ (до 15 марта), а потому и большаго значенія придавать ей не приходится.

Что касается вѣроисповѣданія поступавшихъ въ нашу клинику, то съ этой стороны онѣ дѣлятся такъ:

ТАБЛ. № 2.

Православныхъ 21 или 1,2% общаго числа больныхъ (939).

Католичекъ	767 или 81,7%
Лютеранокъ	32 » 3,4%
Евреекъ	119 » 12,7%
Итого	939 = 100%

По *сословию* роженицы распредѣлялись такъ:

ТАБЛ. № 3.

Мѣщанокъ	105 = 11,2%
Солдатокъ	35 = 3,7%
Купчихъ	3 = 0,3%
Чиновницъ	4 = 0,4%
Дворянокъ	4 = 0,4%
Фабричныхъ	7 = 0,7%
Цѣховыхъ	63 = 6,7%
Крестьянокъ	715 = 76,1%
Разночинцевъ	2 = 0,2%
Неизвѣстнаго сословія	1 = 0,1%
Итого	939 = 100%

Какъ видно изъ прилагаемой таблицы, болѣшій % па-
даетъ на долю крестьянскаго (76,1%) и мѣщанскаго
(11,2%) сословій.

ТАБЛИЦА № 4. По роду занятій:

Наименованіе посту- пившихъ породу за- нятій.	Число душъ.	% общ. числа роженницъ.	Наименованіе поступив- шихъ по роду занятій.	Число душъ.	% общ. числа роженницъ.
Служанокъ	565	60,2	Поденщицъ	8	0,8
Прачекъ	13	1,4	Работницъ гильзъ . . .	2	0,2
Сторожекъ	4	0,4	Гувернантокъ	2	0,2
Боннъ	3	0,3	Помѣщицъ	1	0,1
Прикащицъ	3	0,3	Буфетчицъ	1	0,1
Повитухъ	4	0,4	Конфетницъ	1	0,1
Чиновницъ	4	0,4	Корсетницъ	1	0,1
Переплетчицъ	2	0,2	При сельск. хозяйствѣ.	23	2,4
Торговокъ	5	0,5	При домаш. хозяйствѣ.	88	9,4
Парикмахершъ	2	0,2	При мужъ	158	16,8
Огородницъ	1	0,1	При 1 одныхъ	6	0,6
Швей и портнихъ	37	3,9	При семействѣ	3	0,3
Садовницъ	1	0,1	Неизвѣстныхъ	1	0,1

Итого 939=100%.

Изъ приведенной таблицы видно, что большая часть поступившихъ въ нашу клинику за отчетное время роженицъ принадлежитъ простому люду, живущему въ неблагоприятныхъ условіяхъ, принужденному зарабатывать себѣ пропитаніе тяжелымъ физическимъ трудомъ.

По мѣсту рожденія большая часть нашихъ роженицъ принадлежитъ къ уроженкамъ губерній Царства Польскаго, причемъ большій % приходится на Варшавскую губернію. Среди большинства родившихся въ предѣлахъ Россіи 21 происходятъ родомъ изъ другихъ государствъ Европы.

Для нагляднаго распредѣленія роженицъ по мѣсту ихъ рожденія, приводимъ нижеслѣдующую таблицу:

ТАБЛИЦА № 5.

Наименованіе губерній.	Число уроженокъ данной губ.		Наименованіе губерній.	Число уроженокъ данной губ.	
	числа роженицъ.	% общаго числа роженицъ.		числа роженицъ.	% общаго числа роженицъ.
Варшавская.	308	32,8	Калишская.	45	4,8
Кѣлецкая.	43	4,6	Екатеринославская. .	1	0,1
Ломжинская.	79	8,4	Курская.	1	0,1
Люблинская.	24	2,6	Петербургская.	2	0,2
Петроковская.	86	9,2	Черниговская.	2	0,2
Плоцкая.	119	12,7	Симбирская.	1	0,1
Радомская.	77	8,2	Оренбургская.	1	0,1
Сувалкская.	6	0,6	Казанская.	1	0,1
Сѣдлецкая.	61	6,5	Ярославская.	1	0,1
Виленская.	3	0,3	Смоленская.	1	0,1
Витебская.	3	0,3	Австрія.	13	1,4
Гродненская.	9	0,9	Пруссія.	6	0,6
Ковенская.	3	0,3	Англія.	1	0,1
Минская.	4	0,4	Франція.	1	0,1
			Неизвѣстныхъ.	37	3,9

Итого. 939=100%.

ТАБЛИЦА № 6. По социальному положенію.

Замужнихъ	346=36,8%
Незамужнихъ	593=63,2%

Итого 939=100%

Отношеніе замужнихъ къ незамужнимъ въ нашей клиникѣ = 1 : 1,7 (въ Моск. Родовсп. Завед. въ 1888 году 1 : 1,3; въ род. пріютѣ Голиц. больницы въ Москвѣ за 1888—89 гг. 1 : 0,8).

Что касается *возраста*, то большая часть рожениць имѣла 21—25 лѣтъ. Самая младшая имѣла 16 лѣтъ и была беременна I разъ. Самая старшая изъ рожениць была женщина 46 лѣтъ VIII—рага.

Вообще-же больныя распредѣлялись по возрасту такъ:

ТАБЛИЦА № 7.

	Отъ	Отъ	Отъ	Отъ	Отъ	Отъ	Отъ	Итого.
Возрасть	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—	
Число больныхъ	193	326	220	100	81	18	1	939
Число беременностей	217	517	512	394	379	146	8	2173
На 1 беременную число беременностей	1:1,1	1:1,6	1:2,3	1:3,9	1:4,7	1:8	1:8	1:2,3

Какъ видно изъ прилагаемой таблицы, всѣ почти роженицы возраста отъ 16 до 20 лѣтъ были I—рага. По мѣрѣ увеличенія возраста увеличивается и число беременностей, что ясно можно видѣть изъ отношеній (того и другаго) приведенныхъ въ данной таблицѣ.

Соотвѣтственно увеличенію числа беременностей уменьшается число беременныхъ. Большая часть беременныхъ возраста 16—20 лѣтъ—первородящихъ—падаетъ на незаконно-рождающихъ, по занятію—служанокъ. По мѣрѣ увеличенія числа беременностей уменьшается и число незаконнорождающихъ.

Этими краткими свѣдѣніями мы заканчиваемъ общую часть отчета.

Спеціальная часть отчета.

О беременныхъ.

Какъ уже сказано въ I части отчета, съ 1-го января 1888 г. по 15 марта 1890 г. клинику посѣтило 1075 больныхъ. Въ это число входятъ 103 гинекологическихъ, 15 разрѣшившихся дома или по дорогѣ въ клинику и явившихся вслѣдствіе кровоточенія въ послѣдовомъ періодѣ, 18 беременныхъ и 939 роженецъ.

Беременные распредѣлялись по сроку беременности такъ: на II мѣсяцѣ — 1, на III-мъ — 2, на IV-мъ — 2, на V мѣс. — 1, на VI-мъ — 1, на VII-мъ — 1, на VIII-мъ — 3, на IX-мъ — 6; кромѣ того у одной съ подозрѣвавшейся внѣматочной беременностью срокъ вовсе не опредѣленъ за неимѣніемъ возможности наблюдать за ней вслѣдствіе ея выписки.

Всѣ эти беременныя выписаны были неразрѣшившимися послѣ соотвѣтственной помощи, когда были устранены или по крайней мѣрѣ облегчены тѣ болѣзненные явленія, которыя заставили ихъ обратиться въ клинику. Что же касается этихъ послѣднихъ, то онѣ относятся отчасти къ заболѣваніямъ половой сѣры, отчасти же къ общимъ болѣзненнымъ состояніямъ организма. Одна изъ выписанныхъ изъ клиники неразрѣшившеюся была переведена въ больницу для спеціальнаго лѣченія развившейся у ней дизентеріи. Въ число 18 беременныхъ мы не включаемъ тѣхъ, которыя поступили въ клинику и были оставлены для разрѣшенія, — такихъ больныхъ у насъ было 22, такъ что всего собственно беременныхъ у насъ было за отчетное время 40. Среди причинъ поступленія беременныхъ главное мѣсто занимаетъ «metrorrhagia». Для нагляднаго представленія о другихъ причинахъ поступленія беременныхъ приводимъ нижеслѣдующую таблицу № 8.

Что касается осложненій беременности, то однѣ изъ нихъ относятся къ уклоненіямъ въ развитіи половыхъ органовъ, другія — къ аномаліямъ плоднаго яйца и наконецъ третьи — къ различнымъ случайнымъ заболѣваніямъ какъ половой сѣры, такъ и всего организма вообще. Что касается осложненій первой категоріи, то, какъ видно

изъ нижеприведенной таблицы № 9, въ нихъ входятъ пороки развитія, ненормальныя положенія, воспалительныя состоянія и раненія и наконецъ новообразованія.

ТАБЛИЦА № 8. О беременныхъ.

Наименованіе причины поступленія беременныхъ.	Поступило.	Выскалось неразрѣшив- шимся.	Разрѣши- лось.	Переведено въ больницы города.	Умерло.	Итого.
Dolores spurii.	9	7	2	2	—	9
Metrorrhagia sub gravidit. . . .	21	5	16	—	—	21
Graviditas extrauterina.	1	1	—	—	—	1
Retroflexio uteri gravid. . . .	1	1	—	—	—	1
Incarceratio uteri grav. retrofl.	2	—	2	—	1	2
Oedema et vomitus gravidar. . .	1	—	1	—	—	1
Prolapsus uteri et vaginae. . .	1	1	—	—	—	1
Peritonitis diffusa haemorrh. . .	1	—	1	—	—	1
Dysenteria acuta.	1	—	—	1	—	1
Haematoma vaginae.	1	1	—	—	—	1
Съ педагогич.цѣлью принято. .	1	1	—	—	—	1
Итого.	40	17	22	3	1	40

Въ общемъ пороки развитія встрѣтились за отчетное время въ 19 случаяхъ, что составляетъ довольно значительный процентъ 2,02% въ сравненіи съ прошлыми отчетными годами 0,72%.

Новообразованія, какъ видно изъ той же таблицы № 9, имѣли мѣсто въ 4-хъ случаяхъ, что составляетъ 0,4%—меньше въ сравненіи съ таковымъ по отчету д-ра И. И. Федорова (за 1885—1887 гг.) 1,93%.

Ненормальныя положенія—2,2% (въ прошлые годы 2,64%).

Воспалительныя состоянія и раненія—2,02% (въ прошлые отчетные годы 4,27%).

Всего аномалій половыхъ органовъ за отчетное время было 6,6%, что составляетъ разницу съ таковымъ за прошлые отчетные годы (д-ръ Федоровъ)—9,47% на 2,77%.

Аномаліи хоріона встрѣтились въ 0,2%, т. е. дали вдвое большій % сравнительно съ прошлыми отчетными годами.

Изъ *аномалій околоплодной жидкости* въ 0,2% имѣлось дѣло съ полнымъ отсутствіемъ околоплодной жидкости и въ 2,1% съ *hydramnion*. Послѣдняя аномалія была въ 20 случаяхъ, причемъ только въ 4-хъ она встрѣчалась у первородящихъ, въ остальныхъ же 16-ти—у многородящихъ, такъ что отношеніе случаевъ этой аномаліи у *M-para* и *I-para* равно 4:1.

По отчету д-ра *И. И. Федорова* за прошлые годы *hydramnion* имѣлъ мѣсто въ нашей клиникѣ въ 1,8%.

Въ родильномъ приютѣ Московской Голицинской больницѣ (д-ръ *Иноевскі*) отношеніе числа случаевъ *hydramnion'a* у *M-para* и *I-para* за 1888—89 гг. равно 9,5:1. Въ Акушерской клиникѣ при Императорской Военно-Медицинской Академіи у проф. *К. Ф. Славянскаго* *hydramnion* имѣлъ мѣсто въ 1,5%. Отношеніе числа случаевъ этой аномаліи у *M-para* и *I-para* равно 10:1.

Изъ *аномалій послѣда* самое видное мѣсто занимаетъ *предлежаніе* его, имѣвшее мѣсто 2 раза у *I-para* и 8 разъ у *M-para*,—всего, слѣдоват., въ 10 случаяхъ или 1,1%. Отношеніе числа случаевъ *plac. praeviae* у *I-para* и *M-para* = 1:4. Представляясь по числу случаевъ такою же какъ и въ прошлые отчетные годы (д-ръ *Федоровъ*), по отношенію своему у *I-para* и *M-para* аномалія эта является нѣсколько иною,—именно въ прежніе годы отношеніе это = 1:9 (у насъ 1:4). Полученный нами % случаевъ *plac. praeviae* (1,1%) превышаетъ таковой въ род. приютѣ Моск. Голиц. больн. за 1888—89 гг. 0,9% (д-ръ *Иноевскі*), у д-ра *Сутулина* 0,37%, у д-ра *Львова* 0,4%, у акад. *А. Я. Красовскаго* 0,2 (за 1888 г. 8 случаевъ на 3939 родовъ), у д-ра *Ворффа* (изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*) 0,30%.

Изъ другихъ аномалій послѣда въ 3-хъ случаяхъ у первородящихъ встрѣтилась *добавочная placenta* (0,3%),—такой же % былъ въ прошлые годы.

Известковыя отложенія встрѣтились въ 6 случаяхъ

(0,6^{0/0}), въ прошлые годы—0,9^{0/0}. *Разращеніе соединит. ткани*—0,2^{0/0} (въ прошлые годы 1,2^{0/0}). Въ одномъ случаѣ (0,1^{0/0}) былъ отекъ плаценты. Итого аномаліи плаценты встрѣтились въ 22 случаяхъ, что составляетъ 2,6^{0/0}, т. е. вдвое почти меньшій ^{0/0} сравнительно съ прошлыми отчетными годами.

Аномаліи пуповины за наше отчетное время даютъ 21,6^{0/0} общаго числа родовъ (нѣсколько меньшій ^{0/0} въ сравненіи съ таковымъ за прошлые годы—25,35^{0/0}).

Изъ этого числа аномалій пуповины на первомъ мѣстѣ стоитъ *обвитіе* ея вокругъ различныхъ частей ребенка, которое имѣлось въ 184-хъ случаяхъ или въ 19,6^{0/0} (въ прошлые отчетные годы 20,9^{0/0}). Въ частности пуповина была обвита *вокругъ шеи* въ 62 случаяхъ у I-рага и въ 102—у M-рага; *вокругъ ручки*—въ 2-хъ у M-рага, *вокругъ ножки* 4—у M-рага и 1—у I-рага; *вокругъ туловища*—въ 2-хъ—у I-рага и въ 1-мъ—у M-рага; *вокругъ шеи и ручки*—въ 1-мъ у I-рага; *вокругъ шеи и ножки* въ 1-мъ у I-рага и 2-хъ—у M-рага; *вокругъ шеи и туловища*—въ 1-мъ—у I-рага и въ 4-хъ у M-рага; *вокругъ туловища, ручки и ножки* въ 1-мъ у M-рага.

Итакъ обвитіе пуповины у I-рага имѣло мѣсто въ 68 случаяхъ, у M-рага—въ 116 случаяхъ, или отношеніе этой аномаліи у I-рага и M-рага = 1:1,7. Въ прошлые отчетные годы аномалія эта была въ 83-хъ случаяхъ у I-рага и 123—у M-рага, что составляетъ почти такое же отношеніе 1:1,5.

Изъ другихъ аномалій пуповины *истинные узлы* ея встрѣтились въ 2-хъ случаяхъ или 0,2^{0/0} (1—у I-рага и 1—у M-рага), въ прошлые годы 0,4^{0/0} (4—у M-рага).

Самая *короткая* пуповина имѣла въ длину 7 см.; самая *длинная* 107 см.—не была вовсе обвита.

Insertio velamentosa имѣла мѣсто въ 2-хъ случаяхъ у многородящихъ, что составляетъ 0,2^{0/0} (въ прошлые годы 0,9^{0/0}).

Аномаліи *зародыша* имѣли мѣсто въ 15 случаяхъ, что составляетъ 1,6^{0/0}.—

Остальныя формы осложненій относятся къ *уклоненіямъ со стороны физиологическихъ явленій беременности* и къ случайнымъ заболѣваніямъ, что составляетъ 31^{0/0} общаго числа родовъ (въ прошлые годы 41,57^{0/0}). Всего аномалій поло-

выхъ органовъ за отчетное время было 62, т. е. 6,6⁰/₁₀₀ (въ прошлые годы 9,47⁰/₁₀₀); аномалій плоднаго яйца 249, т. е. 26,5⁰/₁₀₀ (въ прошлые годы 32,07⁰/₁₀₀), аномалій зародыша 15, т. е. 1,6⁰/₁₀₀ (въ прошлые годы 5,84⁰/₁₀₀); уклоненій со стороны физиологическихъ явленій беременности и случайныхъ заболѣваній 290, т. е. 31⁰/₁₀₀ общаго числа родовъ (въ прошлые годы 41,57⁰/₁₀₀). Всего осложненій за отчетное время было 640 (въ прошлые годы 917), что составляетъ разницу на 277 или на 25,1⁰/₁₀₀ (см. табл. № 9).

О роженицахъ.

Какъ видно изъ вѣдомости о роженицахъ (табл. № 10), изъ 939 родовъ за отчетное время 925 было одиночныхъ и 14 многоплодныхъ. Изъ послѣднихъ двое было тройней у IV и XIII-рага и 12 двойней. Отношеніе родовъ многоплодныхъ къ одиночнымъ = 1:66. Одни двойни приходятся на 77 родовъ одиночныхъ (въ прошлые отчетные годы 1:32,7); въ родильномъ пріютѣ Москов. Голицинской больницы у д-ра *Иноевса* за 1888—89 гг. отношеніе это равно 1:56,7, въ Московскомъ Родовспомогат. заведеніи у д-ра *Сутугина* за 1888 г. 1:49,8 (у насъ за 1888 г. отношеніе двойней къ одиночнымъ = 1:77,4), въ Московской Акушерской клиникѣ у проф. *Макъева* въ 1888 г. 1:47, въ клиникѣ проф. *Славянскаго* (д-ръ *Вобфѣзъ*) отношеніе двойней къ одиночнымъ = 1:55,72, тройней 1:3622.

Что касается родовъ тройнями, то представляемый въ нашемъ отчетѣ ⁰/₁₀₀ этихъ родовъ (0,2⁰/₁₀₀) превышаетъ обычную норму 1:6—7000 родовъ.

При классификаціи родовъ по сроку беременности мы считали роды преждевременными, если беременность прерывалась между 28—40-ю недѣлями и выкидышными, если роды наступали раньше 28-й недѣли. *Родовъ преждевременныхъ* за отчетное время было 8,2⁰/₁₀₀, т. е. почти вдвое меньше въ сравненіи съ отчетомъ прошлыхъ годовъ (15,9⁰/₁₀₀), у проф. *Славянскаго* (д-ръ *Вобфѣзъ*) 7,23⁰/₁₀₀, у д-ра *Сутугина* въ Моск. Родовсп. Заведеніи за 1888 годъ 12,7⁰/₁₀₀ (у насъ за 1888-й годъ 9⁰/₁₀₀), у проф. *Макъева* въ Моск. Акушерской Клиникѣ за 1888-й годъ 7,6⁰/₁₀₀; у д-ра *Иноевса* въ родильн. пріютѣ Голицинской больницы въ Москвѣ

ТАБЛИЦА № 10. ВѢДОМОСТЬ О РОЖЕНИЦАХЪ.

Вѣдомость разрѣшившимся.	1888 г.		1889 г.	
	I—para.	M—para.	I—para.	M—para.
Разрѣшилось.	151	243	192	238
Родовъ одиночныхъ.	151	236	191	237
> многоплодныхъ.	—	7	1	1
> законныхъ.	25	127	33	121
> незаконныхъ.	126	116	159	117
> срочныхъ.	123	199	165	198
При нихъ дѣтей.	123	203	165	199
Родовъ преждевременныхъ.	15	29	11	14
При нихъ дѣтей.	16	33	12	14
Выкидышныхъ родовъ.	12	16	16	26
При нихъ дѣтей.	12	16	16	26
Мертвыхъ дѣтей (жизнеспособныхъ).	16	45	14	26
{ Мертвыхъ немацерирован.	9	24	8	15
{ Мадерир. и гниlostныхъ.	5	12	2	6
Изъ нихъ { Родившихся въ асфиксіи и не- оживленныхъ.	2	1	1	1
{ Родившихся живыми, но вскорѣ умершихъ.	—	8	3	4
Всего родилось { Мальчиковъ.	76	151	112	130
{ Дѣвочекъ.	72	100	79	101
Поль неизвѣстенъ.	2	2	2	8
Всего дѣтей.	150	253	193	239

Роды и осложнения родового акта.

1890 г. до 15 марта.		Итого.		Всего.	Отношение между I—рага и M—рага.	% въ отношеніи къ числу родовъ.
I—рага.	M—рага.	I—рага.	M—рага.			
52	63	395	544	939	100 : 137	100,0
50	60	392	533	925	100 : 135	98,6
1	4	2	12	14	100 : 600	1,4
10	30	68	278	346	100 : 408	36,8
42	33	327	266	593	100 : 81	63,1
40	50	328	447	775	100 : 136	82,5
40	53	328	455	783	100 : 138	83,3
5	3	31	46	77	100 : 148	8,2
5	4	33	51	84	100 : 154	8,9
7	10	35	52	87	100 : 148	9,2
8	10	36	52	88	100 : 144	9,3
1	2	31	73	104	100 : 235	11,0
—	1	17	40	57	100 : 235	6,0
1	—	8	18	26	100 : 225	2,7
—	—	3	2	5	100 : 66	0,5
—	1	3	13	16	100 : 433	1,7
28	33	216	314	530	100 : 115	56,1
23	27	174	228	402	100 : 131	42,8
2	7	6	17	23	100 : 283	2,4
53	67	396	559	955	100 : 141	101,7

за 1888—89 гг. 10,2⁰%, у д-ра *Львова* въ Лихачевскомъ родильномъ отдѣленіи 6,6⁰% (съ сентября 1888 г. по сентябрь 1888 г.)

Выкидышныхъ родовъ за отчетное время было 9,2⁰% (въ прошлые отчетные годы 6,8⁰%), у проф. *Макьева* въ Акуш. клиникѣ Московскаго Унив. за 1888 годъ 1,76⁰% (у насъ за 1888 г. 7,1⁰%), у д-ра *Вовфа* (изъ клиники проф. *Славянскаго*) 3,06⁰%, у д-ра *Сутугина* въ Москов. Родовсп. Завед. за 1888 г. 1,3⁰%, у д-ра *Иноевса* въ родильномъ приютѣ Голицинской больницы въ Москвѣ 1,2⁰%, у д-ра *Львова* (въ Казани) 2,2⁰%. Итакъ ⁰% выкидышей въ нашей клиникѣ значительно превышаетъ таковой въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ, что легко можетъ быть объяснено преобладаніемъ у насъ незаконныхъ родовъ.

Разсматривая отношеніе числа разрѣшеній мальчиками къ таковому—дѣвочками, находимъ, что на 100 мальчиковъ приходится 76 дѣвочекъ, т. е. дѣвочекъ меньше сравнительно съ прошлыми отчетными годами (100:88,65). У д-ра *Иноевса* отношеніе мальчиковъ къ дѣвочкамъ = 100:89,9; у проф. *Макьева*—100:96,3; у д-ра *Сутугина* приблизительно столько-же; у д-ра *Вовфа* (изъ клиники проф. *Славянскаго*) 100:111,5 (отнош. дѣв. къ мальчик.).

Что касается другихъ свѣдѣній о родахъ и осложненіяхъ родового акта, то о нихъ отдѣльно говорить не будемъ, считая достаточнымъ сослаться на таблицу № 10.

Положеніе и предлежаніе плода.

Какъ видно изъ вѣдомости № 11, черепныя предлежанія встрѣтились въ 87,7⁰%, лицевыя—въ 1,3⁰%, тазовыя въ 6,7⁰%, поперечныя въ 3,4⁰%. Сравнительно съ соответственными цифрами отчета д-ра *Федорова* ⁰% черепныхъ предлежаній въ наше отчетное время представляется большимъ на 4,7⁰%, лицевыхъ на 0,5⁰%, между тѣмъ какъ ⁰% тазовыхъ предлежаній и поперечныхъ въ наше отчетное время нѣсколько меньше,—именно тазовыхъ на 2⁰% а поперечныхъ на 1,6⁰%.

Сравнивая вышеприведенныя цифры съ таковыми другихъ отчетовъ, находимъ, что у доктора *Иноевса* въ родильномъ приютѣ Голиц. больн. въ Москвѣ за 1888—

89 гг. $\%$ черепныхъ предлежаній (93,5) превышаетъ $\%$ нашей клиники (87,7) на 5,8, уступая $\%$ —у другихъ предлежаній; такъ напр., лицевыхъ вмѣстѣ съ лобными у него 0,4; тазовыхъ 4,8 $\%$, поперечныхъ 1,3 $\%$.

У д-ра *Сушугина* въ Моск. Родовсп. завед. за 1888 г. черепныхъ предлежаній 88,5 $\%$, лицевыхъ 0,6 $\%$; ягодичныхъ 5,6 $\%$ поперечныхъ 1,2 $\%$, слѣдовательно, и здѣсь только $\%$ черепныхъ предлежаній нѣсколько больше нашего (на 0,8).

У проф. *Макьеса* въ Моск. Акуш. клиникѣ за 1888 г. черепныя предлежанія имѣли мѣсто въ 93,6 $\%$, лицевыя и лобныя въ 0,7 $\%$, тазовыя въ 4,58 $\%$, поперечныя въ 1,02 $\%$, такъ что преобладающій $\%$ сравнительно съ нашимъ и здѣсь падаетъ на черепныя предлежанія.

У д-ра *Львова* въ Лихач. отдѣленіи черепныхъ—95,1 $\%$, лицевыхъ 0,2 $\%$, тазовыхъ 3,83 $\%$ поперечныхъ—0,87 $\%$ —разница, слѣдовательно, въ томъ-же.

У д-ра *Восфа* въ клиникѣ проф. *Славянскаго* затылочныхъ предлежаній 93,7 $\%$, тазовыхъ 4,36 $\%$, косыхъ и поперечныхъ 0,95 $\%$ лицевыхъ 0,45 $\%$ общаго числа родовъ.

Отношеніе поперечно-косыхъ предлежаній къ продольному у него равно 1:104,2, у насъ—1:18,1.

И такъ сравнительно съ другими родильными учрежденіями наша клиника представляетъ большій $\%$ уклоненій отъ нормальнаго положенія младенцевъ при родахъ.

По нашему мнѣнію, главная причина этого заключается въ преобладающемъ въ нашей клиникѣ числѣ узкихъ тазовъ (см. ниже). Последнее обстоятельство нельзя не поставить также въ связи съ числомъ осложненій родового акта, приведенныхъ въ вѣдомости № 12.

Объ осложненіяхъ родового акта (къ табл. № 12).

Переходя къ осложненіямъ родового акта, мы должны остановиться прежде всего на вопросѣ о суженіи таза—аномаліи, дающей въ нашей клиникѣ наибольшій $\%$ и ставящій ее въ исключительное, по мнѣнію д-ра *Восфа* (изъ клиники проф. *Славянскаго*), положеніе.

ТАБЛИЦА № 12. ВЪДОМОСТЬ О

НАИМЕНОВАНИЕ ФОРМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ.	1888 г.		1889 г.	
	I-para.	M-para.	I-para.	M-para.
Узкій тазъ	28 (60)	78 (101)	70 (66)	96 (47)
Преждевременное излитіе водъ	27	41	48	34
Задержаніе оболочекъ	—	3	2	2
Предлож. и выпаденіе пуповины	5	9	8	13
Выпаденіе ручекъ	4	9	2	9
» ножекъ	—	—	—	1
» ручекъ и ножекъ	—	1	—	1
» ручекъ, ножекъ и пуповины	—	1	—	1
» ручекъ и пуповины	1	3	—	—
Кровотеченіе во время родовъ	25	22	18	31
Разрывъ промежности	38	16	91	14
» клитора	—	—	—	—
» подъ клиторомъ	8	3	5	2
» малыхъ губъ	6	1	7	—
» большихъ губъ	6	1	6	2
» сводовъ влагалища	1	—	—	—
» передн. стѣнки влагалища	8	3	4	3
» боков. стѣнокъ влагалища	20	3	21	4
» задней стѣнки влагалища	2	—	17	5
» тѣла матки	—	1	—	2
» шейки матки	1	—	—	—
» port. vagin. вправо	44	60	20	20
« port. vagin. влѣво	69	69	43	48
» port. vagin. кзади	—	—	3	5
Множественные разрывы	9	23	69	103
Отрывъ передней губы матки	—	—	1	1
» задней губы матки	—	—	—	1
Спазмотическія боли	1	10	2	6
Слабыя боли	7	3	31	27
Вытяженіе нижняго сегмента	—	4	3	4
Эклампися	1	1	6	—
Stricture orif. int. uteri	—	1	1	—

ЛОЖНЕНІЯМЪ РОДОВАГО АКТА.

1890 г. до 15 марта.		И Т О Г О.		Всего осложненій.	%о ослож- неній къ числу родовъ.	Отношеніе осложненій у I-рага и M-рага.
I-рага.	M-рага.	I-рага.	M-рага.			
10 (16)	11 (27)	103 (142)	185 (175)	293 (317)	31,2 (64,9)	1 : 1,7
17	9	92	84	176	18,7	1 : 0,9
1	—	3	5	8	0,8	1 : 1,6
2	1	15	23	38	4,0	1 : 1,5
1	5	7	23	30	3,2	1 : 3,2
—	—	—	1	1	0,1	0 : 1
—	—	—	2	2	0,2	0 : 2
—	—	—	2	2	0,2	0 : 2
—	—	1	3	4	0,4	1 : 3
4	6	47	59	106	11,3	1 : 1,2
18	2	148	32	180	19,2	1 : 0,2
—	—	—	—	—	—	—
1	1	14	6	20	2,1	1 : 0,4
5	1	18	2	20	2,1	1 : 0,1
4	1	16	4	20	2,1	1 : 0,25
—	—	1	—	1	0,1	1 : 0
—	—	12	6	18	1,9	1 : 0,5
7	2	48	9	57	6,0	1 : 0,2
5	—	24	5	29	3,0	1 : 0,2
—	—	—	3	3	0,3	0 : 3
1	—	2	—	2	0,2	2 : 0
2	—	66	80	146	15,5	1 : 1,2
15	10	127	127	254	27,0	1 : 1
1	—	4	5	9	0,9	1 : 1,2
17	24	95	150	245	26,0	1 : 1,6
—	—	1	1	2	0,2	1 : 1
—	—	—	1	1	0,1	0 : 1
3	1	6	17	23	2,4	1 : 2,8
8	11	46	41	87	9,3	1 : 2,9
—	—	3	8	11	1,2	1 : 2,6
2	—	9	1	10	1,0	9 : 1
—	—	1	1	2	0,2	1 : 1

ТАБЛИЦА № 13. Узкіе тазы, опредѣленные по Conjug diagonals.

ВЕЛИЧИНА CONJUG. VERAE.	1888 г.			1889 г.			1890 г. до 15 марта.			Итого.		В С Е Г О.	Общій % узкихъ тазовъ по отношенію къ общему числу родовъ.	Отношеніе числа узкихъ тазовъ у I—рага и M—рага.	
	Ч и с л о б е р е м е н н о с т е й.														
	I—рага.	M—рага.	Всего.	I—рага.	M—рага.	Всего.	I—рага.	M—рага.	Всего.	I—рага.	M—рага.				
Отъ 5 до 6 см.	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	0,1	1 : 0	
» 6,1— 7 »	—	—	—	1	1	2	—	—	—	1	1	2	0,2	1 : 1	
» 7,1— 8 »	7	16	23	9	10	19	2	—	2	18	26	44	4,7	1 : 1,4	
» 8,1— 9 »	10	33	43	23	49	72	2	3	5	35	85	120	12,8	1 : 2,6	
» 9,1— 10 »	11	29	40	37	36	73	5	8	13	53	73	126	13,4	1 : 1,4	
Итого. .	28	78	106	70	96	166	10	11	21	108	185	293	31,2	1:1,7	

Въ своемъ отчетѣ д-ръ *Vosfiß*, приводя цифры узкихъ тазовъ различныхъ родильныхъ учреждений, дѣлаетъ особенное удареніе на цифрѣ, полученной д-ромъ *Федоровымъ* для нашей клиники (64%), давшей ему, между прочимъ, поводъ къ сужденію объ индивидуальности составителей отчетовъ.

Признавая отчасти вліяніе на большую или меньшую частоту данной аномаліи различія мѣстныхъ условій, указывая также на нетвердо установленныя понятія о нормальномъ и ненормальномъ въ отношеніи узкихъ тазовъ, д-ръ *Vosfiß* все таки не можетъ согласиться съ такой разницей въ частотѣ узкихъ тазовъ какъ 1 и 25% въ (иностранныхъ отчетахъ), а также ему, конечно, удивительна разница между 9,38% (у д-ра *Vosfiß*) и 64% (у д-ра *Федорова*).

Не смотря на такую громадную разницу въ цифрахъ, приведенныхъ тѣмъ и другимъ авторомъ, индивидуальность д-ра *Федорова* сказалась только въ томъ, что онъ за критеріумъ суженія принималъ *conj. extern 19* и меньше 19, а не 18 и 18, какъ д-ръ *Vosfiß* и др. авторы.

Но если изъ приведеннаго д-ромъ *Федоровымъ* числа узкихъ тазовъ оставить только тазы съ *conj. ext. 18* и меньшей 18 (по примѣру д-ра *Vosfiß*), то и тогда получится цифра далеко превышающая таковую д-ра *Vosfiß* (28%).

Какъ извѣстно, для полученія точныхъ размѣровъ, которые возможно было бы сравнить съ такими же размѣрами другихъ субъектовъ, весьма важно придерживаться одного и того же способа измѣренія; кромѣ того, для болѣе правительнаго сужденія о степени неправильности таза важно измѣрять наиболѣе необходимые и наиболѣе доступные размѣры, гдѣ, между прочимъ, менѣе всего могло-бы сказаться «вліяніе индивидуальности» лица измѣряющаго.

У большинства, если не у всѣхъ авторовъ, принято измѣреніе *dist. spinar.*, *dist. cristar.* и *conj. ext.*, которое производится по извѣстному всѣмъ способу.

При измѣреніи этихъ діаметровъ таза, какъ оно, по видимому, ни просто, легче всего проявить свою «индивидуальность», что намъ кажется возможнымъ даже у опытныхъ спеціалистовъ.

Дѣйствительно, здѣсь многое зависить отъ толщины

подкожного слоя измѣряемой женщины, отъ степени надавливанія ножками циркуля на припаятые для полученія указанныхъ размѣровъ точки таза, отъ степени подвижности покрововъ на указанныхъ мѣстахъ и сопряженнаго съ этимъ соскальзыванія ножекъ циркуля и т. п.

У большинства авторовъ принимается *Baudelocque*'овскій размѣръ исходнымъ пунктомъ для сужденія объ аномалiяхъ таза—суженiи его, между тѣмъ какъ *conj. diagonalis*, болѣе доступная измѣренiю и болѣе важная, почти игнорируется, измѣряется же только въ случаяхъ рѣзкаго уклоненiя таза отъ нормы (д-ръ *Восффъ*).

Одни изъ авторовъ считаютъ за критерiй суженiя таза *conj. extern.* 18, другiе меньше 18, третьи 18,5, четвертые 19 и т. д., и каждый получаетъ свои числа суженiй и каждый правъ съ своей точки зрѣнiя.

Принимая за норму прямого размѣра таза *conj. ext.* = 20, мы правы во всякомъ случаѣ не меньше *Восффа*.

Въ сущности же дѣла о большой точности сужденiя о степени суженiя таза по наружной конъюгатѣ не можетъ быть и рѣчи.

Что касается измѣренiй данныхъ размѣровъ таза въ связи съ наблюденiемъ за механизмомъ родовъ, то и этотъ способъ со стороны правильности заключенiя объ аномалiи таза хотя и болѣе точенъ, но во всякомъ случаѣ менѣе удобенъ во 1-хъ потому, что механизмъ родовъ зависить не только отъ размѣровъ таза, но и отъ размѣровъ подлежащей части, норма для которой установлена еще далеко не точно, отъ силы и характера потугъ и т. п.; во 2-хъ, потому, что за механизмомъ всѣхъ безъ исключенiя родовъ едва ли возможно прослѣдить точно, шагъ за шагомъ, даже при наличности достаточнаго числа лицъ врачебнаго персонала, не говоря уже о полной невозможности веденiя дѣла однимъ лицомъ, которое могло бы свои впечатлѣнiя надъ особенностями каждаго даннаго случая записывать въ родильные листки и затѣмъ на равнѣ съ прочимъ устранить «влiянiе индивидуальности» составителя отчета объ узкомъ тазѣ, согласно желанiю, выраженному д-ромъ *Восффомъ*. Желанiе это, конечно, вполне несправедливое, но къ сожалѣнiю едва ли исполнимое. Съ послѣднимъ мнѣнiемъ, смѣемъ надѣяться, согласится всякій, въ томъ числѣ и д-ръ *Восффъ*, который

при всемъ желаніи передать въ отчетѣ только свои личныя впечатлѣнія, счелъ необходимымъ воспользоваться и впечатлѣніями другихъ надъ извѣстною частью приведенныхъ имъ 3366 родовъ.

У насъ, по мѣрѣ возможности, поставляется за правило у всякой роженицы, не имѣющей выдающихся аномалій въ строеніи костной системы, измѣрять слѣдующіе размѣры: distant. spin. ant., dist. cristar., conj. extern. и, если позволяютъ еще періодъ родовъ и характеръ данной аномаліи таза, conj. diagonal.

Кромѣ того записываются въ родильные листки особенности механизма родовъ, если таковыя существуютъ. Въ случаяхъ невозможности опредѣленія conjug. diag. до родовъ, мы опредѣляемъ ее въ послѣродовомъ періодѣ, при выпискѣ родильницы, соблюдая, конечно, при этомъ строжайшимъ образомъ правила антисептики, и только изъ сопоставленія данныхъ измѣренія и наблюденія за механизмомъ родовъ, записанныхъ въ свое время, выводимъ извѣстное заключеніе объ аномаліи таза, или его нормѣ.

При наличности видимыхъ отступленій отъ нормы въ строеніи костной системы роженицы мы принимаемъ во вниманіе всѣ размѣры, указанные въ приведенной д-ромъ Федоровымъ въ его отчетѣ, формы родильныхъ листовъ нашей клиники.

Измѣреніемъ тазовъ и наблюденіемъ за механизмомъ родовъ у насъ занимаются исключительно врачи, посвятившіе значительную часть времени на подготовку въ этомъ дѣлѣ, испытанные въ этомъ отношеніи. Въ своихъ отчетахъ мы приводимъ цифру узкихъ тазовъ, опредѣленныхъ главнымъ образомъ по conj. diagonal. въ связи съ другими размѣрами, и только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ почему бы то ни было измѣреніе диагональной конъюгаты было упущено, мы пользовались величиной наружной конъюгаты, изъ которой получали истинную отнятіемъ отъ ея величины 9 см.

Намъ, по крайней мѣрѣ, кажется, что при нашемъ способѣ опредѣленія суженія таза легче избѣгается вліяніе индивидуальности составителя отчета на значительность цифры данной аномаліи. Располагая часть тазовъ (по степени суженія) по conj. ext., мы, какъ и д-ръ Федоровъ, принимаемъ за критеріумъ суженія conj. extern. 19.

Послѣ этого краткаго отступленія въ сторону, мы возвратимся снова къ своей задачѣ, сказавъ въ заключеніе, что большой % узкихъ тазовъ по нашимъ отчетамъ является слѣдствіемъ дѣйствительно громаднаго—богатаго матеріала въ нашей клиникѣ по вопросу о суженномъ тазѣ, обязаннаго больше, какъ намъ кажется, чисто мѣстнымъ условіямъ. Здѣсь же замѣтимъ кстати, что если не все, то по крайней мѣрѣ большее число узкихъ тазовъ въ нашей клиникѣ принадлежитъ уроженкамъ Привисляпскаго края.

Примѣчаніе. Истинную конъюгату мы высчитываемъ изъ діагональной помощью отнятія отъ величины послѣдней 1,5—1,80 см. при нормальномъ, общесуженномъ и простомъ плоскомъ тазахъ и 2 см.—при рахитическомъ. Вообще же, при высоко стоящемъ мысѣ, мы отсчитываемъ больше, при низкостоящемъ—меньше (въ указанныхъ предѣлахъ). При кососуженныхъ тазахъ и др., гдѣ вообще діагон. конъюгата, а вмѣстѣ съ тѣмъ и истинная, какъ неопредѣляющія собою наиболѣе суженнаго мѣста, не имѣютъ значенія, мы ихъ не измѣряемъ, принимая во вниманіе въ такихъ случаяхъ наиболѣе суженные размѣры, служащіе мѣстомъ наибольшаго препятствія родовому акту. И такъ на 939 родовъ въ нашей клиникѣ за отчетное время суженіе таза, какъ видно изъ прилагаемой таблицы № 13, имѣло мѣсто въ 293 случаяхъ. Считаемо необходимымъ прибавить, что данная цифра выведена на основаніи точныхъ измѣреній *conj. verae* по *conj. diag.* въ связи съ другими общепринятыми размѣрами таза. Не можемъ не упомянуть, что въ 3-хъ-4-хъ десятикахъ случаевъ безспорно узкихъ тазовъ (судя по механизму *conj. diagon.* не была измѣрена, причеиъ большая часть такихъ упущенныхъ измѣреній падаетъ на роды съ разрывомъ промежности; измѣреніе *conj. diagon.* въ такихъ случаяхъ сейчасъ послѣ родовъ до перинеоррафії было упущено вслѣдствіе кровотеченія и др. причинъ, при выпискѣ же родильницы измѣреніе не было произведено изъ боязни разорвать молодую спайку сросшейся промежности. Эти случаи не вошли въ только что приведенное число (293) узкихъ тазовъ.

Хотя опредѣленіе *conj. verae* по *conj. ext.* не точно и не можетъ служить точкою опоры при распредѣленіи

тазовъ по степени ихъ суженія, тѣмъ не менѣе, имѣя въ виду съ одной стороны, что нѣкоторые авторы въ своихъ отчетахъ опредѣляютъ количество узкихъ тазовъ по conj. ext., а съ другой—не сомнѣваясь нисколько въ томъ, что значительная часть матеріала по вопросу о суженіи таза, кромѣ указаннаго, ускользаетъ благодаря указанной лишь причинѣ, мы считаемъ не лишнимъ привести двѣ таблицы (13—14) и указать въ одной изъ нихъ распределеніе тазовъ по степени ихъ суженія, выведенной точно по conj. vera (изъ conj. diag.), а въ другой—по conj. vera, выведенной изъ conj. ext. Въ число этихъ послѣднихъ входитъ не мало такихъ тазовъ, которые надо было бы причислить къ узкимъ на основаніи механизма родовъ, но которые однако не причислены къ точно опредѣленнымъ суженнымъ тазамъ исключительно потому, что по той или другой причинѣ не была измѣрена conj. diagon.

Какъ видно изъ прилагаемыхъ таблицъ, точно измѣренныхъ узкихъ тазовъ за отчетное время у насъ было 293 на 939 родовъ, что составляетъ 31,2%. Если же сюда включить и тѣ тазы, степень суженія которыхъ выведена изъ conj. vera, высчитанной по conj. ext. въ связи съ наблюдениемъ за механизмомъ родовъ (317 тазовъ), то въ общемъ получится 610 тазовъ, или 64,9% общаго числа.

ТАБЛИЦА № 14. Распределеніе тазовъ по степени ихъ суженія (Conj. verae выведена изъ Conj. ext.).

Величина Conj. verae.	5—6.	6,1—7	7,1—8	8,1—9	9,1—10	Итого.	Всего.	% общаго числа ро- довъ.
I—para	—	1	9	50	82	142	317	33,76
M—para	—	1	6	57	111	175		

Сравнивая число узкихъ тазовъ за наше время съ таковымъ за прошлые отчетные годы, находимъ, что наша цифра превышаетъ послѣднюю на 0,9%. Въ отчетахъ другихъ авторовъ, принимавшихъ за критерій conj. ext. 18 стм., мы встрѣчаемся съ гораздо меньшимъ %-мъ

узкихъ тазовъ. Такъ у д-ра *Иноевса* (если считать узкими тазы съ conj. ext. 18 и 19 стм.), въ 1888 году $\%$ узкихъ тазовъ = 25,2, а въ 1889 г. — 22,6 $\%$; у д-ра *Сутугина* за 1888 г. — 1,8 $\%$; у проф. *Максва* за 1888 г. — 2,3 $\%$; у д-ра *Львова* (Лихач. отдѣленіе Казанской земской больницы) за 1888 г. — 21 $\%$; у д-ра *Войфа* — 9,38 $\%$; въ Дрезденской клиникѣ за 1888 г. узкихъ тазовъ съ conj. vera 9 стм. было 30,9 $\%$, а ниже 9 стм. — 6,8 $\%$.

Итакъ даже $\%$ точно измѣренныхъ узкихъ тазовъ въ нашей клиникѣ превышаетъ $\%$ тазовъ, суженіе которыхъ выведено было изъ conj. ext. въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ.

Значительное число узкихъ тазовъ въ нашей клиникѣ не остается безъ вліянія и на $\%$ другихъ осложненій родового акта, какъ на выпаденіе пуповины, конечностей, преждевременное излитіе околоплодныхъ водъ и т. п. Что касается послѣдняго осложненія, то *преждевременное излитіе водъ* даетъ значительный $\%$ въ нашей клиникѣ (18,7 $\%$), почти одинаково часто встрѣчалась, какъ у I—para, такъ и у M—para.

У д-ра *Иноевса* преждевременное излитіе околоплодныхъ водъ имѣло мѣсто въ 25,2 $\%$ (въ 1888 г.) и 19,5 $\%$ (въ 1889 г.).

У д-ра *Войфа* (изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*) ранневременное излитіе околоплодныхъ водъ имѣло мѣсто въ 14 случаяхъ на 3622 родовъ, что даетъ около 0,4 $\%$. (Д-ръ *Войфъ* ранневременнымъ излитіемъ водъ считаетъ излитіе ихъ до появленія родовыхъ болей). У насъ въ прошлые отчетные годы — 27,6 $\%$.

Выпаденіе пуповины встрѣтилось въ 4 $\%$; выпаденіе пуповины вмѣстѣ съ конечностями 0,6 $\%$. У академ. *А. Я. Крассовскаго* эта аномалія имѣла мѣсто въ 14 случаяхъ на 3939 родовъ, или 0,3 $\%$ (въ 1888 г.); у д-ра *Иноевса* въ 1888 г. — 1,2 $\%$, въ 1889 г. — 0,9 $\%$; у д-ра *Сутугина* 52 на 4572 родовъ или 1,1 $\%$ (въ 1888 г.); у проф. *Максва* за 1888 г. — 0,3 $\%$; у д-ра *Войфа* предлежаніе и выпаденіе пуповины встрѣтилось 19 разъ, что даетъ 0,5 $\%$ общаго числа родовъ; выпаденіе конечностей у него же 20 разъ. Такимъ образомъ $\%$ этого рода осложненія родового акта въ нашей клиникѣ превышаетъ таковой въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ.

Выпаденіе конечностей за отчетное время имѣло мѣсто въ 4,1%. У акад. *Крассовскаго* за 1888 г.—9 на 3939 родовъ; у д-ра *Сутугина* 9 на 4572 родовъ.

Разрывы промежности имѣли мѣсто въ нашей клиникѣ въ 19,2% (въ прошлые годы 26,6%); у д-ра *Иноевса* въ 1888 г.—3,6%, въ 1889 г.—3,5%; у *Крассовскаго* за 1888 г.—223 раза на 3939 родовъ, т. е. около 5,7%, у д-ра *Сутугина*—около 0,4%; у проф. *Макъева* за 1882 г.—2,3%; у д-ра *Вогффа* 9,9%.

Сравнительно большою % разрыва промежности въ нашей клиникѣ объясняется преобладаніемъ узкихъ тазовъ и соотвѣтственно съ этимъ—числа оперативныхъ пособій, при которыхъ большею частью и происходили разрывы.

Большое вліяніе на % даннаго осложненія при родахъ имѣло и то обстоятельство, что поддерживаніемъ промежности съ цѣлью упражненія занимались всегда ученицы повивальнаго института и сельскія повитухи, поступающія въ школу безъ всякой предварительной подготовки.

Изъ другихъ осложненій родоваго акта *ruptura uteri* въ приведенной выше таблицѣ показана въ 0,3%. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ разрывъ произошелъ еще на дому. Чтобы наглядно представить, какъ часто клиника по необходимости должна бываетъ принимать больныхъ уже умирающихъ, мы считаемъ не лишнимъ привести болѣе подробное описаніе нашихъ трехъ случаевъ.

I случай. Больная прибыла въ клинику 12 марта 1888 г. въ 2½ часа пополудни. Беременна 9-й разъ. Изъ прежнихъ родовъ—6 было своевременныхъ и 2 окончились абортми (на 3-мъ и 5-мъ мѣсяцахъ беременности). Больная прибыла изъ дому (послѣ изслѣдованія акушеркой) въ опасномъ состояніи: она очень слаба, пульсъ 150, дыханіе частое. При изслѣдованіи оказалось слѣдующее: сердцебиенія плода нѣтъ. Половые органы отечны. Слизистая оболочка introitus—въ экхимозахъ. Влагалище широкое, нѣсколько отечное. На задней стѣнкѣ влагалища въ области стараго рубца отъ прежде существовавшаго разрыва промежности II ст. находится продольный разрывъ слизистой оболочки.

Матка вполне открыта. Задняя губа совершенно изглажена и соотвѣтственно мысу имѣется поперечный неправильный разрывъ родоваго канала, чрезъ который въ одну изъ маточныхъ потугъ плодъ вышелъ въ брюшную полость.

Размѣры таза: dist. spinar. 27, dist. cristar. 32; conj. ext. 21. Судя по наружному опухванію живота, плодъ былъ очень великъ. Сдѣлана ла-

паротомія. Извлеченъ плодъ мужскаго пола въсомъ въ 6860 grm. Длина его 63 см., прямая окружность головки 39, косая—42. Прямой размѣръ 12,5; б. косой 14, м. косой 11; б. поперечный 10, м. поперечный 9. Окружность плечиковъ 50, поперечный размѣръ ихъ 18; окружность ягодницъ 39, поперечный размѣръ ихъ 11,5. Грудной размѣръ 9 см.

Послѣдъ. Въсь 980 grm.; м. и б. размѣры его 19. Длина пуповины 90 см.

Послѣ осмотра съ извлеченіемъ ребенка оказалось значительное кровоизліяніе въ брюшную полость, разрывъ матки въ области шейки сзади продольный, переходящій въ области задняго свода въ неправильный поперечный. На матку наложено 18 швовъ, проведенъ дренажъ во влагалище, наложено 21 шовъ на брюшную рану.

Послеоперационный періодъ.

I-й день. 12 марта. T° = 36 — 37,1—37. П. = 160—140—148 Дых. = 60—44—44. II-й день. 13 марта. T° = 37,4—37,4—38. П. = 144—144—148 Дых. = 40—40—40. 13 марта въ 6¹/₂ ч. вечера больная умерла.

II случай. Больная, 6-й разъ беременная, имѣвшая 5 своевременныхъ нормальныхъ родовъ, прибыла въ клинику (10 января въ 9 часовъ утра) изъ дому послѣ изслѣдованія тамъ акушеркой. Боли, по ея словамъ, начались 8 января. Воды отошли 9-го въ 3 ч. пополудни. Размѣры таза: dist. spinar. 25, dist. crist. 28; conj. ext. 18, conj. vera 8,5 см. Въ клинику больная прибыла въ состояніи колыяса. Pulsus filiformis—120, температура 35,5; конечности холодныя, ціанотичныя. На вопросы отвѣчаетъ съ трудомъ. Жалобъ никакихъ.

При наружномъ изслѣдованіи живота послѣдній вздуть, въ области матки—тимпанить. Тѣло матки прощупывается вправо отъ средней линіи. Мелкія части плода прощупываются подъ кожей по средней линіи. Головка надъ входомъ подвижна. Изъ матки выдѣляется въ обильномъ количествѣ жидкая кровь. По словамъ больной, боли у нея прекратились 9 января въ 10 часовъ вечера и не было ихъ уже цѣлую ночь.

Констатированъ проникающій разрывъ матки. Въ виду послѣдняго, случившагося уже 12 ч. т. н., причеъ ягодницы *мертваго* плода находились въ брюшной полости, произведена была подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ перфорация предлежащей головки и краниоклазія ея. При извлеченіи плода туловище его нормального поворота не сдѣлало и прошло въ полость таза въ поперечномъ діаметрѣ. Послѣдъ оказался находящимся въ полости брюшины и извлеченъ легкимъ потягиваніемъ за пуповину.

При осмотрѣ матки съ окончаніемъ родовъ найденъ былъ разрывъ на передней поверхности шейки поперечный, заходящій въ боковыя стороны.

Роды окончены 10 января въ 10 ч. утра. Послѣ родовъ t° 34,6. P. = 130, дых. 60. 10 января въ 7 ч. вечера больная умерла.

III случай. Больная, 7-й разъ беременная, имѣвшая 6 родовъ срочныхъ, совершенно правильныхъ, привезена въ клинику 17 февраля изъ деревни, гдѣ была изслѣдована сельской повитухой. По дорогѣ въ клинику была въ приютѣ, гдѣ послѣ изслѣдованія ея акушеркой получила отказъ въ приѣмѣ за неизмѣнимъ мѣста. Въ клинику прибыла въ агоническомъ состояніи. T° 33,6 $^{\circ}$, пульсъ не прощупывается. Размѣры таза: dist. spinar. 26,5; dist. crist. 30,5; conj. ext. 17,5; conj. diag. 11,25. Положеніе ребенка—2-е поперечное передній видъ, съ выпаденіемъ правой ручки. Влагалище разрыхлено; матка вполне открыта; воды прошли 15 февраля. Правый бокъ надъ входомъ въ тазъ. Въ шейкѣ матки разрывъ на задней и правой боковой стѣнкѣ ея. Изъ наружныхъ половыхъ органовъ выдѣляется въ значительномъ количествѣ темная жидкая кровь. Животъ вздутъ и болѣзненъ при пальпаціи. По средней линіи спереди до высоты пупка прощупывается крупная тѣстоватая опухоль—тѣло матки; вправо отъ нея—крупное плотное тѣло—головка плода; въ области scrobiculi cordis—мелкія части плода, который такимъ образомъ представлялся вышедшимъ изъ полости матки въ cavum peritonei.

Диагнозъ—Ruptura uteri completa sub partu съ выходомъ плода въ брюшную полость.

Терапія. Въ виду того обстоятельства, что плодъ правымъ бокомъ съ выпавшею во влагалище ручкою находился еще въ полости матки, остальная же часть его помѣщалась въ брюшной полости, представлялась возможность къ родоразрѣшенію больной per vias naturales, что и было выполнено безъ хлороформнаго наркоза (въ виду опаснаго состоянія больной) роженицы такимъ образомъ: благодаря близкому предлежанію шейки плода справа, заложень крючекъ Wega's и въ 2 приѣма сдѣлана декапитация. Туловище легко было извлечено потягиваніемъ за ручку, а головка выведена крючкообразно заложенымъ въ ротъ ея пальцемъ. Послѣдъ удаленъ изъ полости матки рукою.

Роды такимъ образомъ тянулись 2 сутокъ. Извлеченъ плодъ муж. пола, вѣсомъ въ 3200 grm., длиною въ 52 см., размѣромъ своей головки не превышающій нормы. Смерть родильницы 17 февраля въ 10 3 / 4 ч. утра.

Итакъ, всѣ 3 больныя съ разрывомъ матки, прибыли въ клинику уже въ безнадежномъ состояніи, затративъ дорогое въ такихъ случаяхъ время на бесполезное пребываніе дома или въ приютахъ. Приведенные 3 случая разрыва матки наглядно подтверждаютъ, какъ часто клиника въ силу своего исключительнаго положенія между другими родильными приютами, бываетъ поставлена въ необходимость изъ своего операціоннаго стола, противъ его дѣйствительнаго назначенія, дѣлать смертныя одры

для прибывающихъ въ агоніи умирающихъ больныхъ и затѣмъ, по справедливому выраженію д-ра *Федорова*, выполнять въ отчетѣ графу «умершія».

Такимъ образомъ разрывъ матки за отчетное время встрѣтился въ нашей клиникѣ въ 0,3% общаго числа родовъ. Сравнивая это число съ таковымъ другихъ родильныхъ учреждений, находимъ, что напр. у проф. *Мактева* въ Моск. клиникѣ за 1888 г. это осложненіе родоваго акта имѣло мѣсто 1 разъ на 907 родовъ, т. е. 0,1%; у д-ра *Сутугина* въ Моск. Родовсп. Завед. за 1888 г.—2 на 4572 родовъ; у акад. *А. Я. Крассовскаго* 2 на 3939 родовъ; у д-ра *Водфа* (изъ клиники проф. *Славянскаго*) 6 на 3366 родовъ. Въ нашей клиникѣ въ прошлые отчетные годы (д-ръ *Федоровъ*) были въ 0,7% разрывы тѣла матки и 0,3%—шейки матки.

Что касается другихъ осложненій родового акта, то изъ нихъ можно указать на *спазмотическія боли* и *слабыя боли*, изъ которыхъ первыя у насъ встрѣтились въ 2,4%, вторыя въ 9,3%. У акад. *А. Я. Крассовскаго* въ 1888 г. спазмотическія боли встрѣтились 16 разъ на 3939 родовъ, т. е. 0,4%. У д-ра *Сутугина*—83:4572, т. е. 1,8% (спазмот.), слабыя боли 416 или 9,1%; у проф. *Мактева* спазм. боли 1,2%; у д-ра *Иноевса* спазм. боли—въ 1888 г.—0,8%, слабыя боли 4,6%, а въ 1889 г.—0,9% (спазмот.) и 9,7% (слабыя боли); у д-ра *Водфа* спазмот. боли имѣли мѣсто всего въ 3 случаяхъ, а слабыя въ 127 или въ 3,5% всѣхъ родовъ.

Итакъ, % указанныхъ осложненій въ нашей клиникѣ превышаетъ таковой у другихъ авторовъ; только у д-ра *Иноевса* за 1889 г. % спазмотическихъ болей нѣсколько превышаетъ нашу.

Значительный % даннаго осложненія приходится поставить въ связь съ одной стороны съ значительнымъ %-омъ узкихъ тазовъ, съ другой—съ значительнымъ %-омъ случаевъ *hydramnion'a*, какъ извѣстно, весьма часто служащаго причиной выпаденія мелкихъ частей плода; кромѣ того не малое вліяніе имѣютъ и многоплодные роды. Наконецъ къ осложненіямъ, занимающимъ болѣе видное мѣсто въ родовомъ актѣ слѣдуетъ отнести *эклампсію*. Последняя встрѣтилась у насъ 10 разъ (или въ 1% общаго числа родовъ) во время родовъ и 2 раза или 0,2% въ

послѣродовомъ періодѣ,—слѣдовательно всего 12 разъ или 1,2%. Изъ этого числа только 1 разъ эклампсія наблюдалась у М—рага, 11 же. у І—рага. Изъ 12 случаевъ эклампсіи 2 окончились летально (т. е. въ 16,6% общаго числа этого осложненія).

По отчету д-ра *Федорова* за прошлые отчетные годы эклампсія имѣла мѣсто въ 2,2%,—7 разъ у І—рага и 15—у М—рага.

У проф. *Крассовскаго*—40 на 3939 родовъ, т. е. 1%; у проф. *Макѣва* 4 : 907 или 0,4%; у д-ра *Сутугина* 40 : 4572 или около 0,9%; у д-ра *Иноева* за 1888 г.—1 : 747, а въ 1889 г.—1 : 774; у д-ра *Львова* 1 : 498 или 0,2%; у д-ра *Восфа* (изъ клиники проф. *Славянскаго*) 33 : 3622 или 0,91%, причемъ у послѣдняго автора эклампсія встрѣтилась у І—рага въ 7 разъ чаще, чѣмъ у М—рага.

Что касается причины такого повышеннаго числа даннаго осложненія въ нашей клиникѣ за прошлые и нынѣшніе отчетные годы сравнительно съ таковымъ другихъ родильныхъ учрежденій, то отысканіе ея принадлежитъ будущему,—когда, быть можетъ, выяснится вообще этиологія эклампсіи. Весьма возможно, что въ этиологіи этого заболѣванія среди другихъ условій не малую роль играетъ суженіе таза и связанное съ нимъ механическое раздраженіе родового канала. Въ пользу этого, повидимому, говоритъ болѣе частое появленіе эклампсіи во время родовъ и болѣе ея частое появленіе у первородящихъ.

Этимъ мы и заканчиваемъ краткій разборъ осложненій родового акта.

Изъ вѣдомости родовъ съ оперативнымъ пособіемъ.

Какъ уже сказано выше, соотвѣтственно большому числу осложненій родового акта, наша клиника даетъ и большой % оперативныхъ пособій.

На 939 родовъ за отчетное время у насъ было 713 операций, изъ которыхъ, какъ показываетъ таблица 15-я, 286 разъ имѣли мѣсто большія акушерскія операции (30,5%). Изъ послѣднихъ *поворотъ* на ножки или ножку встрѣтился въ 42-хъ случаяхъ (4,5% общ. числа родовъ)—3 раза—у І—рага и 39 разъ—у М—рага. Пока-

ТАБЛИЦА № 15. ВЪДОМОСТЬ ОПЕРАТИВНЫМЪ ПОСОБИЯМЪ

НАЗВАНІЕ ОПЕРАТИВНЫХЪ ПОСОБІЙ.	Отъ 5—6 стм.		Отъ 6,1—7 стм.		Отъ 7,1—8 стм.		Отъ 8,1—9 стм.	
	Б		Е		Р		М	
	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.
Versio in pedes	—	—	—	—	—	4	2	12
Extr. foetus totalis	—	—	—	—	1	3	5	14
Forceps	—	—	—	—	8	10	18	23
Perforatio { Преллежащ. головки	—	—	1	3	5	6	2	10
	—	—	—	—	—	1	1	2
Cranioclasia	—	—	1	3	5	4	2	11
Embryotomia	—	—	—	—	—	1	1	1
Sectio Caesarea	1	—	—	—	—	—	—	—
Laparotomia	—	—	—	—	—	—	—	—
Incisio orif. ext. uteri	—	—	—	—	—	2	1	—
Extractio partialis foetus	—	—	—	—	—	2	1	4
Extractio placentae et ov. resid.	—	—	—	1	3	2	6	9
Repositio funic. umbilic.	—	—	—	—	—	1	1	5
Repositio extremitatum	—	—	—	—	1	4	2	7
Expressio foetus по Kristell.	—	—	—	—	5	—	2	2
Colpo-perineorrhaphia	—	—	2	1	15	4	40	14
Diruptio velamentorum	—	—	—	—	2	4	5	12
Excochleatio uteri	—	—	—	3	1	2	—	1
Episiotomia superfic.	—	—	—	—	—	—	1	—
Episiorrhaphia	—	—	—	—	—	—	—	—
Dilatatio portio. vag. uteri	—	—	—	—	—	—	1	1
Вправление ущемленной берем. ре- трофлексированной матки	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого	1	—	4	11	46	50	91	128
ВСЕГО	1		15		96		219	

ВЪ СВЯЗИ СЪ ДАННОЮ ВЕЛИЧИНОЮ CONJ. VERAE.

Отъ 9,1— 10 стм.		Отъ 10,1— 11 стм.		Размѣръ не опредѣл.		Итого.		Всего опера- цій.	% по отноше- нію къ числу операций.	% по отноше- нію къ числу родовъ.	Число операций большихъ и ма- лыхъ.	% по отноше- нію къ числу родовъ.
Н		О		Т		Б.						
Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.					
1	13	—	10	—	—	3	39	42	5,9	4,5	286	30,5
5	16	1	15	—	—	12	48	60	8,4	6,4		
17	9	11	2	1	—	55	44	99	13,9	10,5		
2	3	2	1	—	1	12	24	36	5,0	3,9		
1	—	—	—	—	—	2	3	5	0,7	0,5		
1	3	1	2	—	1	10	24	34	4,8	3,6		
—	1	—	4	—	—	1	7	8	1,1	0,9		
—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,1	0,1		
—	—	—	1	—	—	—	1	1	0,1	0,1		
—	—	—	—	—	—	1	2	3	0,4	0,3		
2	5	1	7	—	—	4	18	22	3,1	2,3		
10	17	4	9	—	6	23	44	67	9,4	7,1		
1	—	—	—	—	—	2	6	8	1,1	0,9		
—	2	1	1	—	—	4	14	18	2,5	1,9		
3	4	3	4	—	—	13	10	23	3,2	2,4		
43	15	61	14	2	—	163	48	211	29,6	22,5	427	45,5
6	10	6	10	—	—	19	36	55	7,7	5,9		
—	1	1	2	1	1	3	10	13	1,8	1,4		
—	1	—	—	—	—	1	1	2	0,3	0,2		
—	—	1	—	—	—	1	—	1	0,1	0,1		
1	—	—	—	—	—	2	1	3	0,4	0,3		
—	—	—	—	—	1	—	1	1	0,1	0,1		
93	100	93	82	4	10	332	381	713	100,0	—	713	75,93
193		175		14		713		—	—	—	713	75,93

заніями къ этой операціи были: въ 21-мъ случаѣ—поперечное положеніе плода, причѣмъ 18—съ выпаденіемъ пуповины и конечностей; въ 19-ти случаяхъ поворотъ былъ произведенъ при черепныхъ предлежаніяхъ; показаніемъ къ нему служили въ 3-хъ случаяхъ *placenta praevia margin*, въ 1-мъ—*placenta praevia centralis*, въ 3-хъ—*strictura pelvis*, въ 10-ти—выпаденіе мелкихъ частей и пуповины; въ 1-мъ—при лобномъ и въ 1-мъ при лицевомъ предлежаніяхъ съ выпаденіемъ мелкихъ частей плода. Всего поворотъ въ нашей клиникѣ за отчетное время имѣлъ мѣсто въ 4,5% общаго числа родовъ.

Сравнительно съ прошлыми отчетными годами (д-ръ *Федоровъ*)—6,3%—напѣ % нѣсколько меньше, соотвѣтственно меньшему числу осложненій родового акта.

При сравненіи %-а данной операціи въ нашей клиникѣ съ таковымъ отчетовъ другихъ авторовъ мы находимъ слѣдующее: у акад. *А. Я. Крассовскаго* % этой операціи (49:3939) = 1,2%; у д-ра *Сутугина* (82:4572) = 1,8%; у д-ра *Иновска* за 1888 г.—1,9%; въ 1889 г.—1,9%; у д-ра *Львова* 5:498, т. е. приблизит. 1,0%; у проф. *Матвева*—16:907 или 1,7%; у д-ра *Водѣва* (изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*) 1,1% (внутренній поворотъ) и 5:3366 или 0,1% (наружн. поворотъ).

Итакъ, % названной операціи въ нашей клиникѣ значительно превышаетъ таковой въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ.

II. *Щипцы* были наложены въ 99 случаяхъ или 10,5% общаго числа родовъ (въ прошлые годы нѣсколько меньше—9,5%).

Причиной наложенія щипцовъ въ 47-ми случаяхъ была слабость потугъ при нормальномъ вставленіи головки, въ 12-ти случаяхъ—при *Naegele*'вскомъ отклоненіи, въ 2-хъ—при судорожныхъ потугахъ, въ 5-ти—при эклампсіи, въ 14—съ диагностическою цѣлью, въ 2-хъ—при выпаденіи пуповины, въ 2-хъ—при выпаденіи ручки; 4 раза при лобномъ, 3—при лицевомъ предлежаніяхъ (вслѣдствіе слабости потугъ); въ 3-хъ случаяхъ—при вытяженіи нижняго отрѣзка матки, въ 3-хъ случаяхъ щипцы были наложены вслѣдствіе ослабленія сердечбіенія ребенка и наконецъ 2 раза щипцы наложены были на ягодицы при суженіи таза.

Сравнивая $\%$ данной операціи въ нашей клиникѣ (10,5) съ таковымъ другихъ авторовъ, находимъ слѣдующее: у акад. *А. Я. Крассовскаго* этотъ $\%$ = $(101 : 3939) = 2,6\%$; у проф. *Макъева*— $21 : 907$ или $2,3\%$; у проф. *К. Ф. Славянскаго* (д-ръ *Восфа*) $2,8\%$; у д-ра *Сутугина*— $125 : 4572$, т. е. $2,7\%$; у д-ра *Иноевса* за 1888 г.— $2,4\%$; за 1889 г.— $3,2\%$; у д-ра *Львова* (въ Казани) $45 : 498$ или 9% .

Итакъ, что касается данной операціи, то и она въ нашей клиникѣ даетъ гораздо больший $\%$ сравнительно съ другими.

III. *Перфорация* имѣла мѣсто въ $4,4\%$ общаго числа родовъ, причемъ $3,9\%$ падаетъ на перфорацию подлежащей и $0,5\%$ —послѣдующей головки. Изъ указаннаго числа этой операціи послѣдняя въ $2,9\%$ была произведена на мертвыхъ и въ $1,5\%$ на живыхъ. Операція эта была произведена въ слѣдующихъ случаяхъ: 1—при рѣзкомъ рахитическомъ тазѣ, 1—при сильномъ отклоненіи *Litzmann'a*, 3—при сильномъ *Naëgele'*вскомъ отклоненіи, 7—при сильномъ растяженіи нижняго отрѣзка, 14—при значительномъ суженіи таза, 4—при ягодно-ножковомъ предлежаніи на послѣдующую головку, 3—при лобномъ, 2—при лицевомъ предлежаніи, 1—при гидроцефалии, 2—при *placenta praevia centralis* и *marginal.* 1—при *ruptura uteri*, наконецъ 2—при заднеушномъ вставленіи головки.

Перфорация сопровождалась извлеченіемъ ребенка помощью *краниокласта* въ $3,6\%$.

Сравнительно съ прошлыми отчетными годами ($6,4\%$) у насъ $\%$ этой операціи представляется меньшимъ (на 2%), что легко объясняется уменьшеніемъ числа осложненій родового акта въ наше отчетное время.

Въ отчетахъ другихъ авторовъ мы находимъ слѣдующіе $\%$ -ы этой операціи: у акад. *А. Я. Крассовскаго*— $17 : 3939$, т. е. приблизительно $0,4\%$; такой-же $\%$ и у д-ра *Иноевса* за 1888 г.; у него-же за 1889 г.— $0,7\%$; у д-ра *Сутугина* $0,5\%$; у проф. *Макъева* $5 : 907$, т. е. $0,5\%$; у д-ра *Львова* $8 : 496$, т. е. около 2% ; у д-ра *Восфа*— $0,8\%$. Въ Берлинской клиникѣ $1,08\%$, въ Гальской— $1,12\%$, въ Лейпцигской $1,77\%$, въ Инсбрукской— $0,46\%$.

IV. *Эмбриотомія* въ нашей клиникѣ была произведена 8 разъ, т. е. въ 0,9% общаго числа родовъ.

Показаніемъ къ ней въ 7 случаяхъ были запущенныя поперечныя положенія съ выпаденіемъ мелкихъ частей; въ 1-мъ-же операція была произведена при 1-мъ черепномъ—при извлеченіи плечиковъ вздутаго газами мацерированно-гнилостнаго плода. Изъ 8-ми случаевъ эмбриотоміи 2 раза операція была произведена надъ мацерированнымъ плодомъ и 2—надъ гнилостнымъ.

За прошлые отчетные годы (д-ръ *Федоровъ*) эмбриотомія имѣла мѣсто въ нашей клиникѣ въ 0,6%.

У акад. *А. Я. Крассовскаго*—5 : 3939 или приблизительно 0,1%; у д-ра *Львова* 1 : 496 или 0,2%; у д-ра *Сутугина*—1 : 4572 или 0,02%. У д-ровъ *Иноевса*, *Маклева* и *Вольфа* мы не находимъ ни одного случая этой операціи.

V. *Кесарское сѣченіе* за отчетное время имѣло мѣсто 1 разъ—на живой (0,1%) при абсолютномъ суженіи таза у I—рага 20 лѣтъ при 1-мъ черепномъ. Размѣры таза: dist. spinar. 23; dist. crist. 20; conj. ext. 15,5; conj. diagonal. 7; conj. vera 5 стм. Особенности: Ankylosis праваго тазобедреннаго сустава, полуанкилозъ лѣваго. Ноги сдвинуты внутрь, правая мало подвижна.

Тазъ сильно наклоненъ, такъ что изслѣдованіе per vaginam весьма трудно; плоскость половой щели—подъ весьма острымъ угломъ къ плоскости горизонта.

Случай летальный для матерн. Ребенокъ извлеченъ живой.

Въ прошлые отчетные годы операція Кесарскаго сѣченія была произведена 3 раза (0,3%)—на мертвыхъ.

У д-ра *Сутугина* въ 1888 году названная операція встрѣтилась 3 раза на 4572 родовъ, т. е. приблизительно въ 0,07%. У проф. *К. Ф. Славянскаго* (д-ръ *Вольфъ*)—4 раза на 3366 родовъ или 0,1% (1—по консервативному способу и 3—по способу *Porro*).

VI. *Laparotomia* у насъ встрѣтилась 1 разъ или въ 0,1%—при разрывѣ матки, описанномъ выше подъ цифрою I. Въ отчетѣ д-ра *Федорова* мы встрѣчаемся съ 0,2% этой операціи.

VII. Наконецъ къ числу большихъ акушерскихъ операцій въ нашей клиникѣ остается отнести полную *экс-*

тракцию плода за тазовой конецъ, которая была произведена 60 разъ или въ 6,4%,—слѣдовательно меньше сравнительно съ таковымъ въ отчетѣ д-ра *Федорова* (10,3%) на 3,9%.

Пониженіе %-а этой операциі въ наше отчетное время объясняется меньшимъ %-мъ тазовыхъ предлежаній и операций поворота сравнительно съ таковымъ въ отчетѣ д-ра *Федорова*.

У акад. *А. Я. Красовскаго* полная экстракція встрѣтилась 30 разъ на 3939 родовъ, т. е., приблизительно, въ 0,8%; у д-ра *Сутугина* 49:4572, или, приблизительно, 1,1%; у д-ра *Иноевса* за 1888 г.—3:747, т. е. 0,4%, за 1889 г.—11:774 или 1,4%; у проф. *Макъева* 58:907 или 6,3% (въ отчетѣ проф. *Макъева* мы не находимъ подраздѣленія данной операциі на полную и неполную экстракцію); у д-ра *Львова* полное извлеченіе имѣло мѣсто въ 4-хъ случаяхъ на 498 родовъ, т. е. въ 0,8%; у д-ра *Водяга*—0,7%.

Послѣдней операцией заканчивается, такимъ образомъ, серія большихъ акушерскихъ операций, число которыхъ=286, что составляетъ 30,5%.

Надъ каждой изъ болѣе мелкихъ акушерскихъ операций, число которыхъ доходитъ до 427 или 45,5%, мы не станемъ останавливаться, считая достаточнымъ сослаться на таблицу № 15.

И такъ, на 939 родовъ въ нашей клиникѣ за отчетное время приходится 713 операций, что составляетъ 75,9% общаго числа родовъ. Процентъ этотъ въ сравненіи съ таковымъ въ отчетѣ д-ра *Федорова* (81,5%) понизился на 5,6%. Послѣднее обстоятельство, какъ уже сказано выше, зависитъ отъ меньшаго числа осложненій родового акта въ наше отчетное время.

Сравнивая общій % оперативныхъ пособій при родахъ въ нашей клиникѣ съ таковымъ отчетомъ другихъ авторовъ, находимъ: у акад. *А. Я. Красовскаго* за 1888 г. на 3939 родовъ пришлось 702 операциі, что составляетъ приблизительно 17,8%; у проф. *Макъева* — 157:907 или 17,3%; у д-ра *Сутугина* за 1888 г. 1174:4572, т. е. около 25,7%; у д-ра *Львова* 309:498 или приблизительно 62%.

Какъ видно изъ приведеннаго сравненія, наша клиника располагаетъ болѣе богатымъ процентомъ оператив-

ныхъ пособій, что, конечно, находится въ связи съ болѣе обильнымъ числомъ различныхъ осложненій, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить суженіе таза, какъ самое крупное осложненіе, влекущее за собою массу другихъ осложненій родового акта, требующихъ для устраненія различныхъ оперативныхъ приѣмовъ (выпаденіе пуповины и конечностей, неправильныя положенія, раннія воды и другія осложненія).

О родильницахъ.

Какъ сказано выше, родильницъ, роды которыхъ отъ начала и до конца происходили въ клиникѣ, было за отчетное время 939. Изъ нихъ родильницъ, легко заболѣвшихъ простыми септическими формами, какъ показываетъ таблица 16-я, было 64, легко заболѣвшихъ смѣшанными общими и септическими болѣзнями 3 (табл. 19) и легко заболѣвшихъ смѣшанными общими и септическими формами 5 (табл. 20), т. е. всего заболѣвшихъ легкими септическими формами было 72, что составляетъ 7,6% общаго числа родовъ.

Тяжело заболѣвшихъ простыми септическими формами было 6,—заболѣвшихъ смѣшанными общими и септическими болѣзнями (табл. 19) было 2,—итого тяжело заболѣвшихъ септическими формами было 8, т. е. 0,8% общаго числа родовъ. Сравнивая полученныя цифры съ таковыми отчета д-ра *Федорова* за прошлые годы, гдѣ цифра первыхъ = 11%, а вторыхъ 0,9%, мы видимъ, что въ наше отчетное время процентъ послѣродовыхъ заболѣваній при одинаковомъ почти числѣ больныхъ въ сравненіи съ прежними годами значительно понизился.

Смертность у насъ равняется 0,5% (по отчету д-ра *И. И. Федорова* 0,6%).

Здоровыхъ родильницъ, подъ которыми мы разумѣемъ всѣхъ женщинъ, не имѣвшихъ никакихъ болѣзней и ни одного повышенія t_0 было 571, т. е. 60,8% (по отчету д-ра *Федорова* за прошлые годы 50,7%).

Сравнивая полученныя нами цифры съ таковыми другихъ авторовъ, находимъ слѣдующее: у акад. *А. Я. Красовскаго* за 1888 г. послѣродовыхъ септическихъ болѣзней было 720 (на 3939 родовъ); но въ это число входятъ

388 случаевъ «febricula». Въ своемъ отчетѣ мы не причисляемъ повышений то безъ всякихъ мѣстныхъ явленій къ септическимъ болѣзнямъ, а потому, вычитая изъ приведенныхъ въ отчетѣ *А. Я. Крассовскаго* 720 септическихъ формъ 388 febriculae, получимъ 332 на 3939, т. е. 8,4% общаго числа родовъ, слѣдовательно %, равный общему % тяжелыхъ и легкихъ септическихъ заболѣваній въ нашей клиникѣ.

Смертность у него 14:3939 или приблизительно 0,4%.

У проф. *Макъева* послѣродовыхъ заболѣваній въ тѣсномъ смыслѣ 9,9%, локализованныхъ 6,8%; смертность 0,55%.

У д-ра *Сутугина* за 1888 г. 600 послѣродовыхъ заболѣваній, или, исключивъ изъ этого числа 258 случаевъ febriculae,—342 на 45 72 или около 0,2% (?).

У д-ра *Львова* за 1888 г.—5%, смертность 0. У д-ра *Иноевса* за 1888 г.—3,7%, смертность 0; въ 1889 г. у него-же—1,2%, смертность 0,13%.

У д-ра *Восфа* послѣродовыхъ заболѣваній 7,2%, умерло 0,53%; лихорадившихъ 14,2%.

Для болѣе нагляднаго сравненія % болѣзней родильницъ въ нашей клиникѣ съ таковымъ отчетовъ другихъ авторовъ, приводимъ помѣщенную выше таблицу № 17. Хотя въ ней мы помѣстили и цифры, взятые изъ отчетовъ д-ровъ *Иноевса*, *Львова* и *Восфа*, но сравнивать ихъ съ своими не можемъ въ виду совершенно иной группировки у нихъ сравнительно съ нашею.

У д-ра *Иноевса* напр., родильницы распредѣлены на 1) здоровыхъ, 2) болѣвшихъ непослѣродовыми формами, 3) лихорадившихъ, 4) болѣвшихъ послѣродовыми формами, 5) умершихъ отъ послѣродовыхъ формъ и 6) умершихъ отъ послѣродовыхъ формъ. Послѣродовыя формы, такимъ образомъ, не раздѣлены на септическія и несептическія, какъ это сдѣлано у насъ. Такая же почти группировка и у д-ра *Львова*. Д-ръ *Восфъ* дѣлитъ родильницъ на лихорадившихъ и болѣвшихъ послѣродовыми формами, кромѣ того, родильницъ, заболѣванія которыхъ локализовались въ другихъ органахъ (не половыхъ), онъ выдѣлилъ въ особую группу «болѣвшихъ непослѣродовыми формами»,—такъ что и у него группировка иначе, чѣмъ у насъ.

ТАБЛИЦА № 16. ВѢДОМОСТЬ О РОДИЛЬНИЦАХЪ. Течение послѣ-
родового періода и его осложненія.

	Г О Д Ы.			В С Е Г О.	‰
	1888.	1889.	1890. до 15 марта.		
Родильницъ здоровыхъ.	261	244	66	571	60,8
» легко забол. простыми септич. формами.	23	31	10	64	6,8
» тяжело забол. простыми септич. формами.	3	2	1	6	0,6
Умерло изъ нихъ.	—	2	1	3	0,3
Забол. послѣродов. несептич. болѣзн.	7	10	1	18	1,9
Умерло изъ нихъ.	1	1	—	2	0,2
Забол. смѣш. (послѣрод. несепт. и септ.) формами.	1	4	—	5	0,5
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ общими болѣзнями. . .	18	25	4	47	5,0
Умерло изъ нихъ.	2	2	1	5	0,5
Заболѣвш. смѣш. (общими и септич.) болѣзнями.	2	3	—	5	0,5
Умерло изъ нихъ.	—	2	—	2	0,2
Однократно лихорад. безъ мѣстныхъ явленій.	8	30	3	41	4,4
Повторно лихорадило безъ мѣстныхъ явленій.	27	22	3	52	5,5
Кратковременно лихорадившихъ при трещинахъ сосковъ, нагрубаній гру- дой, ссадинахъ и т. п.	44	59	27	130	13,8

ТАБЛИЦА № 17. Сравнительная вѣдомость заболѣваній и смертности родильницъ (въ ‰).

	Варш. Акушер. клиника за 1885—87 гг. съ 15 марта 1885 г.	Варш. Акушер. клиника за 1888—90 гг. до 15 марта.	С.-Петербургское Родовспомогательное Заведеніе за 1888 г.	Московская Акушерская клиника за 1888 г.	Московское Родовспомог. Заведеніе за 1888 г.	Родильн. приютъ Москов. Голлиц. болы. за 1888 г.	Тамъ же за 1889 г.	Лихачевское отдѣленіе Казанской земской больницы.	Акуш. Клиника С.-Петерб. Военно-Медиц. Академіи 1884—90 гг.
Родильницъ здоров.	50,7	60,8	78,33	88,4	71,3	74,0	86	91,74	—
» лихорад. безъ мѣстн. явл. . . .	26,3	23,7	9,85	3,1	5,6	20,7	10,6	2,0	14,2
» заболѣвшихъ послѣродов. септич. формами. . . .	12,1	7,4	8,42	6,8	7,4 *	3,7	1,2	5,0	} 7,2
» забол. послѣродовыми несепт. формами. . . .	2,5	1,9	0,83	2,5 ¹⁾	4,4 ¹⁾	—	—	—	
Заболѣвшихъ общ. болѣзнями. . . .	6,0	5,0	2,5	1,2	3,09	1,4	1,3	3,26	—
Умерло отъ септич. послѣродов. бол.	0,6	0,3	0,35	0,3	0,19	—	0,13	—	} 0,53
Умерло отъ несепт. послѣродов. забл.	0,9	0,2	0,12	0,2	0,2	—	—	—	
Умерло отъ общихъ болѣзней. . . .	0,6	0,5	1,0	0,1	0,2	0,26	0,26	—	
Забол. смѣш (послѣродов. несептич. и септич.) форм.	1,2	0,5	—	—	—	—	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	0,5	—	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣло смѣшан. (общ. и септич.) болѣзнями. . . .	0,7	0,5	—	—	—	—	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—
Общая смертность.	3,0	1,2	0,5	0,55	0,59	0,26	0,39	0	—

¹⁾ Изъ общаго числа послѣродовыхъ несептическихъ заболѣваній (530) мы высчитали 329 *rupturae perinei*, не зачисленные въ нашемъ отчетѣ въ эту категорию заболѣваній. * Изъ общаго числа септическихъ заболѣваній (600) мы высчитали 258 случаевъ *febriculae sine localisatione*. т. к. въ своемъ отчетѣ мы поставили повышенія t° особо, не относя ихъ въ группу послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній. ‰ вычисленъ соотвѣтственно полученной отъ вычитанія цифры.

ТАБЛИЦА № 18. Вѣдомость заболѣвшимъ общими формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНИ.	Г о д ы.			Заболѣло во вре- мя беременности.	Заболѣло въ періо- дъ послѣродовомъ.	Выздоравлило.	Перенесено въ больница города.	Умерло.
	1888.	1889.	1890 до 15 мар- та.					
Anaemia acuta	1	—	—	1	—	—	—	1
Lues	4	2	1	7	—	2	5	—
Phlegmone cruris	—	1	—	1	—	—	1	—
Broncho-pneumonia. Нае- мoptoe	—	1	—	1	—	1	—	—
Psoriasis	1	2	—	3	—	3	—	—
Ruptura uteri	1	1	—	2	—	—	—	2
Oedema pulmonum	1	1	—	2	—	—	—	2
Bronchitis acuta	—	2	—	—	2	2	—	—
Pediculosis et lues	—	1	—	1	—	—	1	—
Erysipelas extr. infer. Phlegmone bullosa et gangrenos	—	3	—	3	—	1	2	—
Phthisis pulmonum	1	2	1	4	—	1	2	1
Abscessus pharyngis	—	1	—	1	—	1	—	—
Periproctitis. Fistula rec- talis	—	1	—	—	1	1	—	—
Nephritis. Eclampsia	—	1	—	1	—	1	—	—
Typhus abdominalis	—	1	1	1	1	—	2	—
Ulcera cruris	1	1	—	2	—	2	—	—
Gastro-duodenitis catar- rhalis. Icterus	—	1	—	1	—	1	—	—
Insuffic valv. mitralis. Нае- мoptoe	—	1	—	1	—	—	1	—
Enteritis catarrhalis	1	1	—	—	2	2	—	—
Mastitis traumatica	—	1	—	1	—	1	—	—
Pleuritis	—	—	1	—	1	—	1	—
Erythema pudend. et extr. infer	1	—	—	1	—	1	—	—
Elephantiasis. Telangioc- todes	1	—	—	1	—	1	—	—
Eczema pudendorum	1	—	—	1	—	1	—	—
Peritonitis	1	—	—	1	—	—	1	—
Condylomata acuminata	1	—	—	1	—	1	—	—
Phlegmone femoris et trombosis venarum	1	—	—	1	—	1	—	—
Ambustio faciei. Ulcera cruris	1	—	—	1	—	1	—	—
Mastitis purulenta	1	—	—	1	—	1	—	—
Итого	19	25	4	40	7	26	16	5

ТАБЛИЦА № 19. Вѣдомость заболѣвшими смѣшанными (общ. болѣзн. и сепсис.) формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г о д ы.			Заболѣло во вре- мя беременности.	Заболѣло въ періо- дѣ послѣродовомъ.	Выписалось.	Переведено въ больницу города.	Умерло.
	1888.	1889.	1890 до 15 мар- та.					
Mercurealismus (colpitis et gingivitis ulcerosa), oophoritis dext.; bron- chitis et gastritis catar- rhalis	—	1	—	—	1	1	—	—
Retroflexio uteri gravidi, incaeratio ejus, cysti- tis acuta, peritonitis su- bacuta	—	1	—	1	—	—	—	1
Laryngitis, perivaginitis, synchondritis sacro- iliaca, ischias	1	—	—	—	1	—	1	—
Ruptura uteri. Septicae- mia	—	1	—	1	—	—	—	1
Rheumatismus. Vaginitis granulosa	1	—	—	1	—	—	1	—
Итого . . .	2	3	—	3	2	1	2	2

ТАБЛИЦА № 20. Вѣдомость заболѣвшими смѣшанными (послѣродовыми неинфекціонными болѣзнями и сепсисомъ) формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г о д ы.			Заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницу города.	Умерло.
	1888.	1889.	1890 до 15 мар- та.				
Pelveo-cellulitis, perinephritis ascendens, Cystitis suppurati- va, fistula vesico-vagin. . . .	1	—	—	1	—	1	—
Fistula vesico-uterina. Parame- tritis, pelveo-cellulitis	—	1	—	1	—	1	—

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г о д ы.			Заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницы го- рода.	Умерло.
	1888.	1889.	1890 до 15 мар- та.				
Parametritis. Erythema mercurial.	—	1	—	1	1	—	—
Parametaitis. Eczema perinei bullos mercuriale. Vaginitis mercurial.	—	1	—	1	1	—	—
Endometritis levis et bvenchitis acuta	—	1	—	1	1	—	—
Итого	1	4	—	5	3	2	—

ТАБЛИЦА № 21. Вѣдомость заболѣвшимъ послѣродовыми несептич. характера формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г о д ы.			Всего заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницы го- рода.	Умерло.
	1888.	1889.	1890 до 15 мар- та.				
Anaemia acuta post partum	1	2	—	3	3	—	—
Atonia uteri et anaemia post partum	1	2	1	4	2	—	2
Bronchitis exacerbata	1	—	—	1	1	—	—
Mania puerperalis. Anaemia	2	—	—	2	—	2	—
Mercurialismus. Hysteriasis	1	—	—	1	1	—	—
Eclampsia	—	2	—	2	2	—	—
Prolapsus ani	1	—	—	1	1	—	—
Mercurialismus	—	4	—	4	4	—	—
Haematoma vaginae	—	2	—	2	2	—	—
Итого	7	12	1	20	16	2	2

ТАБЛИЦА № 22. Вѣдомость заболѣвшимъ легкими и тяжелыми септич. формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г о д ы.			Всего заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницы города.	Умерло.
	1888.	1889.	1890 до 15 марта.				
Ulcera puerperalia	5	6	3	14	14	—	—
Parametritis	1	5	2	8	8	—	—
Symphysitis et ulcera pudendorum	—	1	—	1	1	—	—
Endometritis septica et parametritis incip. sin.	—	1	—	1	1	—	—
Endometritis colli uteri diphtheritica	—	1	—	1	1	—	—
Endometritis	8	7	—	15	15	—	—
Endometritis decidualis putrida . .	3	1	—	4	4	—	—
Peritonitis septica	—	2	—	2	—	—	2
Paravaginitis et parametritis . .	—	1	—	1	1	—	—
Endo-parametritis	—	1	—	1	1	—	—
Mastitis incipiens	1	1	—	2	2	—	—
Metritis colli et corporis	1	—	—	1	1	—	—
Metritis colli chr. Endometritis .	1	—	—	1	1	—	—
Endometritis et vaginitis gonorrhoeica	1	—	—	1	1	—	—
Endometritis placentaris, parametritis	1	—	—	1	1	—	—
Ulcera puerperalia, symphysitis. Piaemia	1	—	—	1	—	1	—
Vaginitis granulosa, endometritis septica, perim	1	—	—	1	2	—	—
Parametritis et oophoritis dext. .	—	—	2	2	1	—	—
Colpitis traumatica	2	6	—	8	8	—	—
Septicaemia	—	—	1	1	—	—	1
Endometritis puerperalis et symphysitis	—	—	2	2	2	—	—
Endometritis puerperalis et parametritis	—	—	1	1	1	—	—
Итого	26	33	11	70	66	1	3

Сравнивая цифры, указывающія $\%$ заболѣваній и смертности въ нашей клиникѣ за отчетное время съ таковыми за прошлые отчетные годы (д-ръ *Федоровъ*), мы видимъ, что въ наше время $\%$ здоровыхъ родильницъ увеличился на 10%. Соответственно этому $\%$ септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній уменьшился съ 12,1% до 7,4%; несептическихъ—съ 2,5% до 1,9%; общихъ—съ 6% до 5%. Общая смертность сдѣлалась тоже значительно меньшею: вмѣсто 3%—1,2%.

Если сравнить наши цифры заболѣваній и смертности съ таковыми другихъ авторовъ, то, какъ видно изъ приведенной выше таблицы № 17, онѣ во многомъ мало разнятся отъ послѣднихъ.

Полагая, что другіе авторы (у которыхъ группировка послѣродовыхъ заболѣваній иная, чѣмъ у насъ) въ графу заболѣвшихъ септическими или несептическими формами вносятъ, какъ чистыя септическія заболѣванія, ничѣмъ не осложненные, такъ и смѣшанныя формы (съ общими и несептическими), мы считаемъ необходимымъ изъ своихъ цифръ взять сумму, значеніе которой было-бы тождественно съ таковымъ другихъ авторовъ.

Общій $\%$ септическихъ заболѣваній родильницъ въ нашей клиникѣ, высчитанный соответственно только что высказанной цѣли, равенъ 8,4%.

Представляясь такимъ образомъ гораздо меньшимъ сравнительно съ $\%$ -мъ прошлыхъ отчетныхъ лѣтъ, онъ въ то-же время мало разнится отъ $\%$ этихъ заболѣваній въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ, лучше устроенныхъ при своихъ достаточныхъ средствахъ, чѣмъ наша клиника.

Въ то время, какъ другія родильныя учрежденія кромѣ положенныхъ на нихъ отъ казны средствъ имѣютъ еще массу побочныхъ источниковъ въ видѣ крупныхъ пожертвованій и при всемъ томъ являются почти вполне независимыми въ своемъ управленіи, наша клиника вполне лишена какъ посторонней матеріальной поддержки, такъ и независимости. Въ то время, какъ другія учрежденія—богатыя—не стѣсняются ни выборомъ, ни временемъ выбора не только необходимыхъ для лѣченія больныхъ средствъ, но и такихъ, которыя далеко выходятъ изъ круга необходимыхъ, наша клиника нерѣдко не можетъ

во время получить самых обыкновенных и дешевых вещей, хотя-бы, напимѣрь, льду.

Лѣкарство, хотя-бы очень необходимое въ данную минуту, можетъ быть получено у насъ только лишь къ вечеру—и то не въ такомъ количествѣ, въ какомъ оно прописано, а нерѣдко въ значительно уменьшенномъ.

Мы такимъ образомъ стѣснены въ выборѣ количества лѣкарства и должны въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ примѣняться скорѣе не къ требованіямъ состоянія здоровья больной, а къ требованіямъ, предъявляемымъ намъ правленіемъ больницы, отъ которой наша клиника зависитъ въ хозяйственномъ отношеніи.

Приобрѣтать-же лѣкарства во всѣхъ трудныхъ случаяхъ изъ городскихъ аптекъ мы не можемъ въ виду крайней ограниченности нашихъ средствъ.

Мало того, при обсужденіи успѣховъ клиники за послѣднее время, необходимо принять во вниманіе исключительное положеніе ея среди городскихъ пріютовъ, о которыхъ уже было сказано нѣсколько словъ выше.

Надобно имѣть въ виду также и то обстоятельство, что къ намъ поступаютъ въ очень частыхъ случаяхъ роженицы, которыя по дорогѣ въ клинику побывали уже у нѣсколькихъ акушеровъ и въ нѣсколькихъ пріютахъ и къ намъ приходятъ уже зараженными при изслѣдованіи въ городѣ безъ соблюденія надлежащихъ антисептическихъ предосторожностей.

Насколько велико вліяніе изслѣдованія больныхъ въ городѣ на $\%$ послѣродовыхъ заболѣваній видно изъ нижеслѣдующей таблицы № 23.

Послѣдняя наглядно представляетъ, что главная масса септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній какъ въ легкой формѣ своего проявленія, такъ и въ тяжелой падаетъ на родильницъ, подвергавшихся до поступленія въ клинику изслѣдованію въ городѣ, между тѣмъ какъ среди родильницъ категоріи неизслѣдованныхъ $\%$ легко заболѣвшихъ септическими формами 4,2 $\%$ общаго числа родильницъ этой группы.

Тяжелыхъ септическихъ заболѣваній среди женщинъ этой категоріи, равно какъ и смертности не было ни одного случая,—всѣ-же они падаютъ именно на больныхъ,

ТАБЛИЦА № 23.

Вѣдомость заболѣвшимъ сепсисомъ и умершимъ отъ него въ связи съ вопросомъ, была ли роженица до поступления въ клинику изслѣдована кѣмъ-нибудь въ городѣ, или нѣтъ, а также—разрѣшилась ли она силами природы, или же ей была оказана оперативная помощь.

	И з с л ѣ д о в а н н ы я .						Н е и з с л ѣ д о в а н н ы я .					
	Оперирован- ныя.	% общаго числа этой категорй.	Неоперир.	% общ. числа этой катего- рй (исслѣд.).	И т о г о .	% общаго числа родовъ.	Оперирован- ныя.	% общаго числа неиз- слѣдован.	Неоперир.	% общаго числа неиз- слѣдован.	И т о г о .	% общаго числа родовъ.
Число разрѣшившихся	180	56,4	139	43,6	319	34,0	189	30,5	431	69,5	620	66
Легко забол. септич. формами (въ % по отнош. къ числу данной группы).	28	8,7	11	3,4	39	12,2	14	2,2	12	1,9	26	4,2
Тяжело забол. септич. формами.	3	0,9	3	0,9	6	1,8	—	—	—	—	—	—
Число умершихъ.	1	0,3	2	0,6	3	0,9	—	—	—	—	—	—

подвергавшихся уже неоднократно изслѣдованію въ городѣ.

Таково настоящее клиники.

Въ будущемъ-же съ улучшеніемъ и внѣшней обстановки, и внѣшнихъ условій настанетъ еще болѣе свѣтлый періодъ для клиники, на что мы считаемъ себя вправѣ рассчитывать послѣ того уже, что въ сравнительно очень короткій промежутокъ времени клиника наша успѣла сдѣлать такой большой шагъ впередъ.

V.

Изъ лабораторіи Общей Патологіи проф. В. В. Подвысоцкаго въ Кіевѣ.

НАКОПЛЕНІЕ ЖИДКОСТИ ВЪ МАТОЧНОЙ ТРУБѢ ПРИ ПЕРЕВЯЗКѢ ЕЯ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МИКРОСКОПИЧЕСКІЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

М. А. Воскресенскаго.

Начатыя мною изслѣдованія подъ руководствомъ профессора *К. Ф. Славянскаго* въ 1891 году были напечатаны подъ заглавіемъ: «по поводу накопленія жидкости въ маточной трубѣ» ¹⁾ и «*experimentelle Untersuchungen über die Pio und Hydrosalpinxbildung bei den Thieren*» ²⁾. Въ этихъ работахъ указано, что, вопреки мнѣнію проф. *Kehrer'a* и затѣмъ *Landau*, наступаетъ кистовидное скопленіе жидкости въ фаллопиевой трубѣ кролика при простой перевязкѣ ея шелковой ниткой.

Теперь я получилъ возможность продолжать свою работу о *Hydrosalpinx'* въ лабораторіи Общей Патологіи проф. *В. В. Подвысоцкаго*, и мною было сдѣлано въ 1892 г. 48 опытовъ на кроликахъ и кошкахъ. Операции производи-

¹⁾ Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней. № 9, 1891 г.

²⁾ Centralblatt für Gynaekologie. № 42, 1891 г.

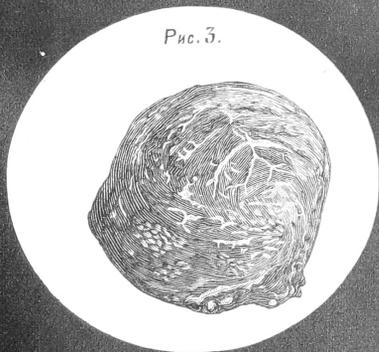
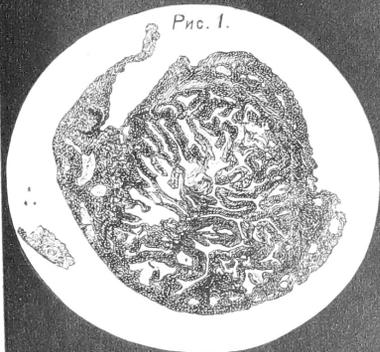
лись въ особой операціонной, асептической комнатѣ, устроенной въ Кіевской лабораторіи; маточныя трубы перевязывались, сообразно первоначальному плану, шелковой лигатурой—въ двухъ мѣстахъ, въ одномъ брюшинномъ концѣ, и въ одномъ маточномъ концѣ. Для этой цѣли животное привязывалось къ столику *Czermak'a*, въ большинствѣ опытовъ наркотизировалось хлороформомъ, и, послѣ рѣза живота по средней линіи, трубы перевязывались шелковой лигатурой, заранѣе прокипяченной въ растворѣ сулемы. Животныя хорошо переносили операцію, и затѣмъ убивались начиная съ 1-го дня послѣ производства искусственной атрезіи.

Вскрытіе убитыхъ животныхъ въ первые дни послѣ операціи показало, что скопленіе жидкости въ маточной трубѣ рѣзче всего выражено при двойной перевязкѣ ея, слабѣе при перевязкѣ брюшнаго конца трубы (соответственно клинической формѣ болѣзни, извѣстной подъ названіемъ *Hydrosalpinx profluens*), и наконецъ закрытіе мѣста перехода рога въ трубу — маточнаго конца оставалось безъ всякаго вліянія на образованіе скопленія жидкости въ маточной трубѣ. Все это вполне подтверждаетъ мои опыты 1891 года, произведенные подъ руководствомъ профессора *К. Ф. Славянского*.

Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ накопленія жидкости въ маточной трубѣ въ первые дни послѣ производства операціи (назовемъ — ранній *Hydrosalpinx*) производилось надъ кусочками трубы, которые для оплотнѣнія лежали нѣсколько дней въ жидкости *Flemming'a*, а потомъ заключались въ 5% фотоксидинъ. Срѣзы дѣлались при помощи микротомы *Reichert'a*, окрашивались сафраниномъ, и еще шкоро-индиго-карминомъ. Для сравненія были приготовлены также препараты изъ нормальной трубы кролика и кошки. Въ этихъ нормальныхъ препаратахъ складки маточной трубы выполняютъ просвѣтъ ея, называясь въ различныхъ направленіяхъ.

Микроскопическое изслѣдованіе ранняго *Hydrosalpinx'a* показало, что складки трубы разворачиваются, какъ и надобно было предполагать, для расширенія просвѣта маточной трубы (см. рисунокъ) при накопленіи водяночной жидкости.

Болѣе подробное разсматриваніе, при сильномъ увели-



Х. В. Р. О.

чений, сосудовъ и складокъ маточной трубы въ периодѣ ранняго Hydrosalpinx'a дало картину расширенныхъ венозныхъ сосудовъ, а кромѣ того усиленное выдѣленіе слизи цилиндрическими эпителиальными клѣтками оболочки маточной трубы.

Настоящее краткое сообщеніе является лишь фактомъ, свидѣтельствующимъ продолженіе работы о Hydrosalpinx'ѣ, а болѣе полное изслѣдованіе ранняго и поздняго скопленія жидкости въ маточной трубѣ при вызываніи искусственной атрезии ея будетъ закончено мной въ недалекомъ будущемъ.

РИСУНКИ:

- № 1. Препаратъ нормальной трубы кролика въ средней части.
 - № 2. Препаратъ ранняго Hydrosalpinx'a кролика средней части.
 - № 3. Препаратъ нормальной трубы кошки въ средней части.
 - № 4. Препаратъ ранняго Hydrosalpinx'a кошки средней части.
-

КАЗУИСТИКА.

III.

СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУЧИВАНІЯ НОЖКИ КИСТЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ СЪ ПЕРЕМѢЩЕНІЕМЪ ОПУХОЛИ ВЪ ПРОТИВОПОЛОЖНУЮ СТОРОНУ ТАЗА И ПРИРОЩЕНІЕМЪ ЗДѢСЬ.

Д-ра Г. Надеждина.

Ученіе о перекручиваніи ножки опухолей придатковъ матки (яичниковъ, пароварія, широкихъ связокъ, трубы) представляется еще далеко не законченнымъ. Между прочимъ, весьма интересный вопросъ о причинѣ перекручиванія остается до сихъ поръ открытымъ ¹⁾. Этотъ вопросъ, какъ извѣстно, рѣшался весьма различно.

Перекручиваніе не приписывали какой-либо одной и притомъ постоянной причинѣ, а различнымъ и случайнымъ: неравномѣрный ростъ опухоли, присутствіе въ животѣ другихъ опухолей, въ томъ числѣ и беременной матки, опорожнение беременной матки, растянутого мочей пузыря, наполненной каломъ прямой кишки, механическое вліяніе promontorii на положеніе опухоли, выходящей изъ малаго таза въ брюшную полость, измѣненіе положенія тѣла и особенно быстрыя движенія женщины, перистальтическія движенія кишекъ и вздутіе ихъ газами ²⁾, причемъ одинъ авторъ ставилъ на первый планъ ту или другую изъ указанныхъ причинъ. При этомъ въ самомъ направленіи перекручиванія не находили какой-либо опредѣленности, постоянства. Только *Cario* ³⁾ склонялся къ принятію извѣстной опредѣленности, счи-

¹⁾ *Olshausen*. Болѣзни яичниковъ, 87 стр. и нижецитируемыя работы *Küstner'a* и *Mickwitz'a*.

²⁾ *Ibid*, стр. 87—88.

³⁾ Цитирую по *Mickwitz'у*, см. ниже.

тая главной причиной вращеніе кисты вокруг продольной оси гесп. перекручиванія ножки, мгновенное дѣйствіе брюшнаго пресса при одностороннемъ положеніи кишекъ. Отчасти и *Thorn*¹⁾ былъ склоненъ принять, что вращеніе кисты чаще бываетъ снаружи. Но въ прошломъ 1891 году изъ Дерптской клиники проф. *Küstner*'а вышли двѣ работы, самого *Küstner*'а²⁾ и д-ра *Mickwitz*'а³⁾, которые на основаніи одного и того же клиническаго матеріала (37 оваріотомій *Küstner*'а) доказываютъ совершенную законность въ направленіи перекручиванія и постоянство причины, производящей послѣднее. Они, во первыхъ, думаютъ, что перекручиваніе встрѣчается несравненно чаще, чѣмъ до сихъ поръ указывалось. Тогда какъ *Sp.-Wells* находилъ ихъ въ 2,4%, *Tornton* 9,5, *Rokitansky* 13%, *Schröder* 14%, *Olshausen* 6,3%, *Howitz* 23,2%, *Freund* 37,5%)—*Küstner* нашелъ 20 перекручиваній на 36 всѣхъ случаевъ оваріотомій, если понимать перекручиваніе въ широкомъ смыслѣ, по *Freund*у, т. е. считая за перекручиваніе поворотъ до 90%. Но даже, если понимать перекручиваніе въ клиническомъ смыслѣ, которое ведетъ къ нарушенію питанія въ опухоли (для чего по *Mickwitz*'у требуется не менѣе 180°), то и въ такомъ случаѣ перекручиваніе наблюдалось у *Küstner*'а въ 17 случаяхъ на 36, т. е. въ 47,2%. Эту громадную разницу своихъ цифръ съ другими, они объясняютъ, во 1-хъ, тѣмъ, что другіе операторы просматривали тѣ случаи, гдѣ не было рѣзкихъ послѣдствій перекручиванія до или при операціи, или рѣзкихъ анатомическихъ измѣненій опухоли, во 2-хъ, особыми условіями Дерптской клиники, куда, по неразвитости населенія, женщины обращаются не ради опухоли въ животѣ, а ради болѣе или менѣе тяжелыхъ припадковъ, вызываемыхъ ею и обусловливаемыхъ по преимуществу перекручиваніемъ ножки.

Но если бы послѣдняя причина имѣла крупное значеніе, то при оваріотоміяхъ русскихъ хирурговъ перекручиваніе встрѣчалось бы не рѣже, чѣмъ въ Дерптской клиникѣ. А между тѣмъ, оно отмѣчено сравнительно рѣдко.

Такъ, по *Соловьеву*⁴⁾, въ случаяхъ проф. *Красовскаго* оновстрѣ-

1) Idem.

2) Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquirter Ovarialtumorstiele.
3) Ueber die anatomische und klinische Bedeutung der Stieltorsion. Ein casuistischer Beitrag zur pathologie der Eierstockgeschwülste. 1892 г.

4) Цитирую по *Mickwitz*'у.

5) Перекручиваніе ножки кисты яичника въ ряду настоятельныхъ показаній къ оваріотоміи. Журн. акушерства и женскихъ болѣзней 1887 г., стр. 207.

чается въ 6,2%, проф. Рейна въ 9,5%, проф. Славянскаго въ 8,3%, проф. Склибосовскаго въ 2,8%; на всѣ же 736 случаевъ оваріотомій, собранныхъ д-ромъ Матвѣевымъ въ 2,5%. И въ дальнѣйшихъ сообщеніяхъ оваріотомій перекручиванія указываются рѣдко. Такъ, на 61 оваріотомію проф. Крассовскаго¹⁾, оно отмѣчено 6 разъ, т. е. приблизительно въ 10%; на 33 оваріотоміи д-ра Сутугина²⁾ 2 раза, т. е. въ 6,6%; на 54 оваріотоміи проф. Склибосовскаго³⁾ 4 раза, т. е. въ 7,3%; на 83 оваріотоміи проф. Феноменова⁴⁾ 3 раза, т. е. въ 3,6%; на 20 оваріотоміяхъ Цаднера⁵⁾ ни одного перекручиванія; во всѣхъ случаяхъ указанныхъ хирурговъ и докторовъ Березницкаго⁶⁾, Тышко⁷⁾, Грамматикати⁸⁾, Соловьева⁹⁾, Халафова¹⁰⁾, Леневица¹¹⁾ ихъ отмѣчено 17 на 300 оваріотомій, т. е. въ 5,6%. Далѣе, проф. Küstner и д-ръ Mickwitz выводятъ такое правило: продольное вращеніе опухоли, обусловливающее перекручиваніе ножки, совершается изнутри—кнаружи, т. е. для правой опухоли слѣва направо, или по движенію часовой стрѣлки, если смотрѣть сверху спереди, а для лѣвой въ обратномъ направленіи.

Эту законность, по ихъ мнѣнію, имъ удалось найти, благодаря тому, что они послѣдовательно отмѣчали направленіе перекручиванія, чего другіе не дѣлали. По отношенію къ случаямъ русскихъ оваріотомій съ перекручиваніемъ ножки, послѣднее вполнѣ справедливо, если судить по обнародованнымъ оваріотоміямъ.

Такъ, на всѣ оваріотоміи при перекрученной ножкѣ въ книгѣ д-ра Матвѣева¹²⁾ ни разу не указано направленіе перекручиванія. Въ позднѣйшихъ сообщеніяхъ, указанныхъ выше, также направленіе перекручиванія не указано за исключеніемъ одного

1) Тотъ же журналъ. 1888 г. № 10 и 11 и 1892 г. № 2 и 3.

2) 55 чревосѣченій, произведенныхъ въ Москвѣ.

3) Отчетъ клиники съ 1884 г.—по 1890 г.

4) Врачъ 1888 г. № 1—3. 34 чревосѣченія. Врачъ 1890 г. № 16—19. Сто чревосѣченій.

5) Врачъ 1890 г. № 48. 35 чревосѣченій.

6) Журн. акуш. и женск. бол. 1888 г. стр. 645. 5 случаевъ оваріотомій.

7) Idem. 1892 г. № 7—9. 12 чревосѣченій.

8) Врачъ 1888 г. 19—20. 5 случаевъ оваріотомій.

9) Мед. Обозр. XXIX Т. 679 стр.

10) Мед. Обозр. Т. XXIX. 365 стр.

11) Хир. Вѣст. 1890 г. стр. 448.

12) Матеріалы къ вопросу объ оваріотоміи въ Россіи. 1886 г. Диссертація.

случая (№ 33 д-ра *Сутугина* ¹⁾); оно не указано даже въ отдѣльныхъ сообщеніяхъ случаевъ оваріотоміи, показаніемъ къ коимъ было перекручиваніе ножки (*Соловьева* ²⁾, *Заяцкаго* ³⁾, *Прокофьевой* ⁴⁾, проф. *Отта* ⁵⁾), за исключеніемъ случая д-ра *Шуринова* ⁶⁾). Очевидно, на эту сторону дѣла обращалось мало вниманія.

Въ случаяхъ *Küstner*'а на 10 перекручиваній лѣвостороннихъ кисть было 7 по указанному правилу и 3 противъ; изъ 7 правостороннихъ 6 по правилу и 1 противъ. Разъ перекручиваніе ножки совершается по правильному порядку, то, ясно, искать причину его въ указанныхъ случайныхъ обстоятельствахъ нельзя. *Küstner* эту причину видитъ въ одностороннемъ вліяніи кишечъ, которыя лежатъ всегда внутри—сзади отъ кисты и при своихъ растяженіяхъ и движеніяхъ всегда производятъ давленіе на нее въ направленіи внутри—сзади кпереди—кнаружи, т. е. въ направленіи указаннаго вращенія кисть. *Mickwitz*, соглашаясь съ этимъ, находитъ нужнымъ допустить и другія причины, какъ постоянныя, такъ и случайныя. Къ первымъ онъ относитъ вліяніе сокращеній поперечныхъ мышцъ живота, которыя, въ силу неподвижнаго укрѣпленія снаружи (у скелета), тянутъ мышечную пластину и кисту, лежащую подъ нею, внутри—кнаружи. Ко вторымъ онъ относитъ указанныя случайныя обстоятельства и вліяніемъ ихъ, между прочимъ, объясняетъ перекручиваніе противъ указаннаго правила, если эти причины дѣйствуютъ въ направленіи, обратномъ постояннымъ причинамъ и сильнѣе ихъ. Энергичному сокращенію указанныхъ мышцъ, а иногда совмѣстному одинаковому вліянію какой-либо изъ случайныхъ причинъ онъ приписываетъ быстрое и обширное вращеніе кисты, геср. перекручиваніе ножки, каковое необходимо признать для объясненія острой клинической картины перекручиванія. Я позволилъ себѣ подробно остановиться на этомъ вопросѣ, чтобы имѣть право сказать, какъ важно подробное сообщеніе случаевъ перекручиванія ножки кисты, хотя бы даже ради установленія законности въ этомъ явленіи и его причины. Но, конечно, есть въ вопросѣ о перекручиваніи и другія темныя стороны, которыя могутъ быть выяснены изъ отдѣльныхъ сообщеній. Послѣднія

¹⁾ Цитированная работа.

²⁾ Цитированная работа.

³⁾ Медицинское Обозрѣніе 1891 г. № 12.

⁴⁾ Журн. акуш. и жен. бол. 1891 г. стр. 737.

⁵⁾ Тотъ же журн. 1892 г. стр. 757.

⁶⁾ *Idem.* 1888 г. стр. 575.

въ нашей русской литературѣ тѣмъ болѣе умѣстны, что таковыхъ въ ней весьма мало, не смотря на громадное количество совершаемыхъ оваріотомій. Имѣя все это въ виду, а равно и то, что мой случай среди таковыхъ же имѣетъ нѣкоторыя интересныя особенности, я и позволяю себѣ подробно изложить его. Онъ—слѣдующій.

16-го іюня 1892 г. въ хирургическое отдѣленіе Гатчинскаго Госпиталя Дворцоваго Вѣдомства поступила больная г-жа М., служащая на желѣзной дорогѣ, 32-хъ лѣтъ. Больная малаго роста, вообще довольно слабого сложенія, но до замужества была удовлетворительнаго питанія. На 16-мъ году у М. явились регулы, которыя повторялись въ правильные сроки, были средней силы и продолжительности и безъ болей. Замужъ вышла на 27-омъ году. Черезъ годъ послѣ того (на 28-омъ году) родила въ первый разъ благополучно, безъ всякихъ послѣродовыхъ осложненій; встала на 9-ый день. Ребенка кормила сама приблизительно годъ, или нѣсколько болѣе. Спустя около 2-хъ мѣсяцевъ послѣ родовъ у М. появились бѣли, довольно сильныя, заставившія больную обратиться къ акушеру (на 4—5-мъ мѣсяцѣ послѣ родовъ). Послѣдній при изслѣдованіи нашелъ развивающуюся кисту праваго яичника. Въ правой сторонѣ таза гораздо раньше этого времени (до беременности еще) была болѣзненность. Черезъ 1—2 недѣли другой врачъ нашелъ діагнозъ этотъ весьма сомнительнымъ и предположилъ беременность въ началѣ. Беременность, дѣйствительно, черезъ нѣкоторое время выяснилась окончательно, и больная родила черезъ 16 мѣсяцевъ послѣ первыхъ родовъ (т. е. черезъ 12—11 мѣсяцевъ послѣ указанного изслѣдованія акушера и черезъ 11¹/₂—10, наконецъ, черезъ 9¹/₂ мѣсяцевъ послѣ изслѣдованія другого врача). До самыхъ родовъ были только умѣренные бѣли. Вторые роды прошли, какъ и первые, благополучно. И 2-го ребенка М. кормила сама цѣлый годъ. Послѣ отнятія ребенка, регулы явились только черезъ 6 мѣсяцевъ: во время беременности и послѣ родовъ больная была тѣлесно и душевно изнурена, благодаря тяжелымъ житейскимъ условіямъ; регулы повторялись черезъ 5—6 недѣль и были обильны настолько, что больная послѣ нихъ ослабѣвала. Вскорѣ по отнятіи 2-го ребенка снова явились бѣли, которыя съ нѣкоторыми колебаніями въ силѣ (въ общемъ—въ умѣренной степени) продолжались до сего дня. Въ это время общее питаніе стало довольно удовлетворительнымъ, но нервная система сдѣлалась раздражительной. Въ послѣднее время больная стала

замѣчать въ самой нижней части живота, болѣе въ правой сторонѣ, кругловатую, безболѣзненную, подвижную „шишку“, величиною съ кулакъ. Въ мартѣ сего 1892 года, въ промежутокъ регуль, у М. внезапно явились сильныя боли въ правой—нижней сторонѣ живота, заставившія больную лежать и исчезнувшія только черезъ сутки. Передъ этимъ М. часто поднимала своего 3¹/₂-лѣтняго ребенка, какъ во время, такъ и послѣ регуль; къ тому же она очень часто соскакивала на ходу (тихомъ) поѣзда, приближавшагося къ станціи. 14-го іюня снова явились также внезапно, утромъ сильныя боли во всей нижней части живота, больше справа. Одновременно разстройство общаго здоровья, умѣренно-повышенная температура, нѣкоторое вздутіе живота, рвота съ желчью и отсутствіе испражнений (въ теченіи 3-хъ сутокъ). Докторъ *Бьльшевъ*, вскорѣ приглашенный къ больной, кромѣ этого нашелъ въ нижней, больше въ правой сторонѣ живота, кругловатое тѣло величиною приблизительно въ сельтерскую бутылку, легко-подвижное, безболѣзненное, или, по крайней мѣрѣ, не рѣзко болѣзненное. Заболѣванію предшествовали нѣкоторыя особыя условія: во 1) больную не слабило 3 дня; во 2) съ 1-го по 7-е іюня, т. е. за недѣлю до болѣзни, у М. были особенно обильныя съ большими сгустками крови, регулы, хотя М. рѣшительно исключаетъ всякую вѣроятность *graviditatis*; въ 3) послѣднюю недѣлю больной пришлось усиленно работать и много беспокоиться, что вмѣстѣ съ регулами порядочно ослабило ее. Какъ во время регуль, такъ и послѣ нихъ, М. обычно ходила, даже, какъ и раньше, соскакивала съ тихо идущаго поѣзда, многократно поднимала своего ребенка, который сталъ еще тяжелѣе. Не смотря на покойное положеніе и ледъ, боли въ теченіе полутора сутокъ усилились; больную не прослабило, и остальные болѣзненные явленія не проходили. 16-го іюня утромъ, М., при сильныхъ боляхъ внизу живота, была доставлена въ госпиталь. Она довольно худа и блѣдна. Температура повышена, пульсъ слабовать и учащенъ. Въ органахъ груди ничего ненормальнаго не замѣчается. Мочеиспусканіе и моча нормальны. М. жалуется на боли внизу живота, на то, что лежаніе на спинѣ, поворачиваніе изъ одного положенія въ другое, сгибаніе и разгибаніе ногъ въ тазобедренномъ суставѣ болѣзненны. Животъ въ общемъ мало вздутъ, даетъ обычный тимпаническій тонъ и не болѣзненъ, какъ самъ по себѣ, такъ и при давленіи, за исключеніемъ нижней его части. Здѣсь замѣчается легкое продольно-слабо-овальное возвышеніе, между пупкомъ

и малымъ тазомъ, болѣе въ правой сторонѣ. Здѣсь же тупой тонъ на ограниченномъ овальномъ пространствѣ, которое не достигаетъ вверху уровня пупка на 1—1½ поперечныхъ пальца, внизу переходитъ въ малый тазъ и заходитъ влѣво нѣсколько за среднюю линію. Соответственно этому въ брюшной полости прощупывается плотноватое (не твердое), округленное, не бугристое, весьма болѣзненное тѣло, почему и не изслѣдована его подвижность. Въ виду утомленія больной отъ лежанія на спинѣ и изслѣдованія, въ послѣднемъ сдѣланъ перерывъ, и больной позволено лечь на бокъ. По той же причинѣ не удалось нарисовать на животѣ очертанія указанного тѣла; но въ скорбномъ листѣ во время перерыва сдѣланъ схематическій рисунокъ положенія опухоли. При возобновленномъ (приблизительно чрезъ часъ лежанія больной на лѣвомъ боку) изслѣдованіи, указанное тѣло опредѣляется гораздо большей своей частью въ лѣвой сторонѣ. Во влагалищѣ много слизи. Стѣнки его нѣсколько разрыхлены. Влагалищная часть матки утолщена, рыхла, съ мелкими неровностями на слизистой. Матка подалась кпереди. Границы ея сзади нельзя опредѣлить при существующей болѣзненности, но верхняя граница прощупывается. Матка показалась нѣсколько увеличенной и мягче обыкновеннаго. Существуетъ небольшая подвижность ея сверху внизъ и въ стороны, причемъ не замѣтно передачи движеній на указанное тѣло. Своды нормальны, но при давленіи кверху на правый, ощущается болѣзненная плотность. Вообще же, нельзя было съ ясностью обслѣдовать какъ органовъ малаго таза, такъ и указанного овальнаго тѣла, въ виду значительной болѣзненности. Флюктуація въ овальномъ тѣлѣ не была отмѣчена въ 1-й день. Температура вечеромъ 38,5°.

На другой день (17-го іюня) боли сильнѣе, хотя ограничиваются указаннымъ тѣломъ, которое занимаетъ то же мѣсто слѣва, но стало нѣсколько больше. Отмѣчена флюктуація. Животъ болѣе вздутъ, не слабитъ. Появилось умѣренное маточное кровотеченіе. Моча стала задерживаться. Т° 37,9 вечеромъ.

На 3-й день (18-го іюня) боли слабѣе и ограничиваются указаннымъ тѣломъ. Животъ еще болѣе вздутъ. Ночью прослабило. Т° 38,2 вечеромъ.

На 4-й день (19-го іюня) животъ не вздутъ. Опухоль въ одномъ положеніи. Т° 37,4 вечеромъ.

На 5-й день (20-го іюня) опухоль кажется еще нѣсколько большею и болитъ по прежнему. Т° 37,4 вечеромъ.

На 6-й день (21-го іюня) опухоль еще нѣсколько увеличилась

и попережнему болѣзненна, больше всего въ лѣвомъ паху. Она рѣзче выступаетъ на опавшемъ животѣ, занимая то же мѣсто. Совершенно ясная флюктуация въ верхнихъ $\frac{2}{3}$ опухоли. Шприцемъ Праваца получилась водянистая розовая жидкость, дающая при кипяченіи обильные сгустки. Т° 37,6 вечеромъ. Въ этотъ день докторъ *Бьльшевз* замѣтилъ, что опухоль въ настоящемъ видѣ гораздо больше, чѣмъ была при первомъ осмотрѣ больной.

На 7-й день (22-го іюня) опухоль въ одномъ положеніи, но менѣ болѣзненна. Кровотеченіе прекратилось. Т° вечеромъ 37,1.

На 8-й день (23-го іюня) животъ не вздутъ, опухоль несравненно менѣ болѣзненна и изслѣдованіе было свободнѣе. Опухоль слѣва и неподвижна, какъ и матка. Пройти между ними сзади не удавалось и онѣ здѣсь какъ бы плотно прилегаютъ одна къ другой, но сверху и съ боковъ очертанія матки опредѣляются довольно ясно. Тѣло ея отклонено кпереди. Съ правой стороны, нѣсколько выше уровня дна матки, не ясно прощупывается плотноватое, продолговатое тѣло, съ ощупываемымъ верхнимъ краемъ, слѣва незамѣтно сливающееся съ опухолью, болѣзненное при давленіи. Анализируя эту совокупность явленій, я пришелъ къ слѣдующему заключенію: имѣется кистовидное новообразованіе праваго яичника, ножка коего быстро перекутилась и вызвала кровоизліяніе, увеличеніе опухоли, ограниченный опухолью перитонитъ, поведшій къ сращенію смѣстившейся въ лѣвую сторону опухоли. Матка отгѣснена опухолью кпереди и, по всей вѣроятности, сращена съ нею. Указанное продолговатое тѣло, идущее отъ правой стороны таза къ опухоли, вѣроятно ножка послѣдней.

24-го іюня 1892 г., мной сдѣлана оваріотомія при участіи товарищей — *Бьльшева* и *Колтакова*. Обычная въ этихъ случаяхъ подготовка больной. Операция сдѣлана въ весьма благоустроенной и чисто содержимой операционной. (Подготовка къ операциіи необходимыхъ предметовъ, больной и дѣйствующихъ лицъ производилась въ сосѣдней комнатѣ, назначенной исключительно для этой цѣли и весьма чисто содержимой). Перевязочный матеріалъ, полотенца, фартуки и т. п., были стерилизованы. Губки не употреблялись; рана и брюшная полость очищались кусочками ваты, завернутой въ марлю, и марлевыми салфетками. (Всѣ участники операциіи непосредственно передъ нею приняли ванну и одѣлись во все чистое, а сверху—въ стерилизованное). Животъ вскрытъ по срединной линіи послойнымъ разрѣзомъ начинавшимся на 3 поперечныхъ пальца ниже пупка

и кончавшимся непосредственно надъ лобкомъ. Брюшина ошибочно принята за поверхность матки и была отдѣлена пальца на 2 поперечныхъ въ обѣ стороны въ своей средней трети. Однако я скоро убѣдился въ ошибкѣ и вскрылъ брюшину въ нижней части разрѣза, гдѣ она казалась мнѣ свободной; отсюда она была разрѣзана по пальцу, который предварительно (легко) отдѣлялъ ее отъ сращеній съ подлежащимъ новообразованіемъ. Обнаженная опухоль имѣла темно-фіолетовый цвѣтъ. Отдѣливъ легко на нѣкоторомъ пространствѣ свѣжія сращенія ея съ брюшной стѣнкой, я выпустилъ троакаромъ изъ подлежащей кисти коричневую водянистую жидкость. Такъ какъ другихъ кистъ не было замѣтно, съ другой стороны, опухоль уменьшилась достаточно для извлеченія, то троакаръ былъ вынутъ и отверстие закрыто окончатými щипцами Фрейнда. Вытягивая пальцами опухоль, я постепенно и легко отдѣлялъ ее отъ свѣжихъ сращеній по всей поверхности. При этомъ часть опухоли, приращенная слѣва наиболѣе глубоко, оторвалась и осталась тамъ на своихъ сращеніяхъ. Всѣ ткани опухоли были рыхлы, а эта особенно: она представляла мягкую, губчатую, темно-бурую массу, похожую на кровяной свертокъ. При разрывѣ излилось небольшое количество крови, но только едва-ли свѣжей: по крайней мѣрѣ, мнѣ она показалась измѣнившееся, въ родѣ той, какая найдена въ полостяхъ опухоли. При извлеченіи послѣдней вытянута наружу 2 петли тонкихъ кишекъ, завернутыхъ немедленно въ сулемованныя марлевья салфетки. Такія же салфетки все время клались между опухолью и брюшною полостію. Послѣ полного извлеченія опухоли оказалось, что указанное тѣло, шедшее справа на лѣво, представляло ножку ея, перекрученную въ полтора раза по направленію движенія часовой стрѣлки (если смотрѣть сверху—спереди). Ножка была раскручена соотвѣтствующими поворотами опухоли; въ наиболѣе узкомъ мѣстѣ она была палеца въ два шириной. Она перевязана въ двѣ части толстыми шелковыми (іодоформными) лигатурами и подъ ними одной общей, послѣ чего перерѣзана на 1 см. выше лигатуръ. Однако оказалось, что лигатуры слишкомъ притягивали одна къ другой двѣ крайнія части опухоли, одну, идущую снутри, отъ матки, и другую, идущую снаружи, чѣмъ тѣло матки нѣсколько притягивалось вправо. Эти двѣ части перевязаны ниже отдѣльно, прежнія же лигатуры удалены. Только по отдѣленіи опухоли, я вполне убѣдился, что отъ нея оторвался кусокъ; теперь онъ былъ осторожно концами пальцевъ отдѣленъ отъ сращеній и извлеченъ.

Лѣваго яичника не удалось видѣть, да я нарочно его и не искалъ. Брюшная полость не промывалась, а вытерта марлевыми салфетками. По вправленіи кишекъ, рана сшита шелковыми глубокими и поверхностными швами. Но нижняя часть раны осталась не зашитой: черезъ нее проходилъ іодоформно-марлевый тампонъ въ $1\frac{1}{2}$ пальца толщиной, введенный въ заднее дугласово пространство. Тампонъ состоялъ изъ многихъ, длинныхъ, узкихъ полосокъ, сложенныхъ параллельно въ пучекъ, обернутый снаружи болѣе широкой полосой. На животъ наложена антисептическая, давящая повязка. Опухоль величиной въ дѣтскую (2-хъ—3-хъ лѣтъ) головку. Она состоитъ изъ простой кисты, въ $1\frac{1}{2}$ —2 кулака величиною, изъ Фаллопіевой трубы, идущей по верхней ея поверхности, тѣсно къ ней прилегающей, наконецъ, изъ плотной, неправильной формы части, величиною въ $1\frac{1}{2}$ куриныхъ яйца, лежащей книзу отъ трубы и книзу кнутри отъ кисты. Стѣнки кисты состоятъ изъ 2-хъ оболочекъ, чрезвычайно слабо соединенныхъ рыхлой, широкопетливой соединительной тканью: внутренняя—тонкая, на внутренней поверхности гладкая, но не ровная, а покрытая низкими возвышеніями, то мелкими—кругловатыми, съ небольшимъ углубленіемъ въ серединѣ (бородавчатыми), то большими, тонкими кольцевидными. Наружная оболочка болѣе плотная и покрыта брюшиной. Въ толщѣ этой оболочки проходитъ Фаллопіева труба, длины вершка въ $3\frac{1}{2}$, дугообразно изогнутая, постепенно отъ маточнаго къ брюшинному концу расширяющаяся, отъ толщины гусянаго пера до поперечника въ $1\frac{1}{2}$ пальца, оканчивающаяся бахромкой на самой поверхности кисты. У маточнаго конца, въ мѣстѣ перекрещиванія своего, труба конусообразно заостряется и прерывается; здѣсь каналъ на протяженіи сантиметровъ 2-хъ не проходимъ для самаго тонкаго зонда. Далѣе кнаружи каналъ все болѣе расширяется, наконецъ, снова круто суживается предъ бахромками, между коими онъ открывается отверстіемъ въ карандашъ, или въ гусяное перо шириною. Труба, тѣсно соединенная съ наружной пластинкой стѣнки кисты, внутренней своей частью удаляется какъ отъ кисты, такъ и отъ упомянутого плотнаго тѣла: между ними находится пластинка малоизмѣненной широкой связки. Плотная масса состоитъ въ свою очередь изъ 2-хъ частей: лежащая кзади отъ Фаллопіевой трубы—овальная, а передне-нижняя неправильной формы съ вогнутостью, въ которую входила выпуклость предъидущей при перекручиваніи. Обѣ состоятъ изъ основы, особенно рыхлой въ нижней неправильной

массѣ, и множества заложенныхъ въ ней полостей, величиною отъ грецкаго орѣха до горошины и меньше. Эти полости (какъ и полость трубы), равно и межтканые промежутки переполнены сгустившеюся, дегтеобразной кровью. Оторвавшіеся куски оказались частями особенно рыхлой нижней массы.

Для микроскопическаго изслѣдованія, весь препаратъ былъ доставленъ мною въ клинику акушерства и женскихъ болѣзней проф. *Славянскаго*.

Кусочки, приблизительно въ 1 смт. величиною, были взяты изъ стѣнки самой кисты вмѣстѣ съ прилежавшей къ ней широкой связкой, изъ фаллопиевой трубы, изъ яичника и изъ массы находящейся между пластинами широкой связки.

Кусочки были положены сперва въ 70° спиртъ на двое сутокъ, затѣмъ на сутки въ абсолютный спиртъ и сдѣланные срѣзы окрашивались въ квасцевомъ карминѣ *Grenacher'a*. Микроскопическое изслѣдованіе, произведенное д-ромъ *Брандтгъ*, показало слѣдующее.

На препаратахъ, сдѣланныхъ изъ стѣнки кисты, видно, что основу составляетъ нѣжная соединительная ткань довольно богатая клѣтками. Промежутки между отдѣльными волокнами соединительной ткани нѣсколько расширены. Кое гдѣ пробѣгаютъ небольшого калибра сосуды, наполненные кровяными шариками. По мѣстамъ имѣются небольшіе очаги мелкоклѣтчаточковой инфильтраціи, располагающихся преимущественно вокругъ нѣсколько расширенныхъ сосудовъ. Внутренняя поверхность изслѣдуемой стѣнки, высланная по мѣстамъ еще сохранившимся цилиндрическимъ, кое гдѣ мерцательнымъ эпителиемъ, ядра котораго прекрасно окрашиваются въ нѣжнофіолетовый цвѣтъ.

Срѣзы, сдѣланные изъ красной хрупкой массы, заключенной между пластинами широкой связки, оказались состоящими изъ мелкой сѣти фибрина, частью сохраненнаго, частью подвергшагося жировому распаду. Петли этой сѣти наполнены кровяными шариками и мелкозернистымъ распадомъ. Въ частяхъ ближе прилегающихъ къ внутренней поверхности широкихъ связокъ, сѣть фибрина гуще, кровяныхъ тѣлецъ больше, ближе же къ центру преобладаетъ болѣе мелкозернистая масса, состоящая изъ разрушенныхъ волоконъ параметральной клѣтчатки и распавшихся фибрина и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Кромѣ того, по полю зрѣнія встрѣчаются и крупныя жировыя клѣтки въ довольно большомъ количествѣ.

Препаратъ окрашивается квасцевымъ карминомъ очень плохо.

На срѣзахъ, приготовленныхъ черезъ всю толщю трубы видно, что слизистая оболочка почти совершенно отсутствуетъ и только кое гдѣ видны сохранившіяся складки слизистой оболочки. Просвѣтъ трубы наполненъ кровяными тѣльцами, между которыми разбросаны удѣлѣвшія еще клѣтки цилиндрическаго эпителія слизистой оболочки трубы.

Вся масса, выполняющая просвѣтъ трубы, заложена въ сѣть, состоящую изъ волоконъ фибрина. Эта сѣть особенно густа и располагается въ видѣ отдѣльныхъ наслоеній въ мѣстахъ прилеганія къ разрушенной слизистой оболочкѣ. Въ стѣнкахъ трубы имѣются обширныя кровоизліянія, сильное расширеніе сосудовъ и по мѣстамъ въ толщѣ мышечнаго слоя вокругъ сосудовъ наблюдается мелкоклѣточковая инфильтрація.

На свободной поверхности кортикальнаго слоя яичника кое гдѣ сохранились цилиндрическія эпителиальныя клѣтки. Въ самомъ кортикальномъ слоѣ, состоящемъ изъ плотной соединительной ткани, въ очень ограниченномъ количествѣ встрѣчаются Граафовы пузыри, сильно расширенныя сосуды и геморагіи, достигающія очень большой величины. Точно такіе же сильно расширенныя сосуды и обширныя геморагіи имѣются и въ части яичника, приближающейся къ *hilus ovarii*. Кроме того встрѣчаются полости различной величины, окруженныя волокнистой соединительною тканью и наполненныя слабозернистою массою, въ которой встрѣчаются одиночныя железки, какъ бы цилиндрической формы, съ сильно окрашивающимся ядромъ. Въ нѣкоторыхъ полостяхъ находится также значительное количество красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

На основаніи подобныхъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, нужно допустить, что удаленная опухоль есть пароваріальная киста; массы между пластинками широкой связки представляютъ собою ничто иное какъ кровяные сгустки, образовавшіеся вслѣдствіе кровоизліянія между петлями параметральной клѣтчатки. Въ трубѣ—*haematosalpinx*, а въ яичникѣ—мелкокистовидное перерожденіе Граафовыхъ пузырей и сильная гиперемія съ кровоизліяніями въ строму самаго яичника.

Ножка кисты, слѣдовательно, состояла изъ широкой связки, связки яичника и трубы. Послѣдняя отъ перекручиванія совсѣмъ атрофировалась до перерыва.

Послѣоперационное теченіе было хорошо и кончилось выздо-

ровленіемъ больной. Въ немъ я нахожу нужнымъ отмѣтить слѣдующія обстоятельства.

Температура ¹⁾ въ первый вечеръ 37,7, далѣе ниже 37,5, за исключеніемъ 17—20 дней по операціи, когда лихорадка зависѣла несомнѣнно отъ цистита, вызваннаго продолжительной катетеризаціей. Животъ все время не былъ вздутъ и не болѣлъ. Языкъ не былъ сухъ или замѣтно обложенъ. Вырвало только въ 1-й день 2 раза: одинъ послѣ приема опія, другой отъ дѣйствительно отвратительнаго запаха іодоформной марли, обработанной сѣроуглеродомъ. Моча выдѣлялась въ первые два дня въ маловатомъ, потомъ въ достачочномъ и нормальныхъ качествахъ, до времени развитія цистита, Швы (сняты на 10-й и на 14-й дни) не вызвали никакой реакціи. Рана срослась первично (за исключеніемъ, конечно, мѣста тампона). Тампонъ не вызвалъ собственно нагноенія: стѣнки окружающаго его канала представляли здоровыя грануляціи, чрезвычайно мало дававшія выдѣленія. На 10-й день (первая перемѣна повязки), вынуты съ небольшимъ усиліемъ, по одиночкѣ ^{2/3} всѣхъ полосокъ тампона, что обошлось безъ всякаго кровотеченія, но сопровождалось замѣтной болью. На 14-й день вынута остальная часть тампона; въ каналъ вставленъ дренажъ и рана ежедневно разъ промывалась и перевязывалась. Съ 6-го дня больная начала ѣсть. Черезъ мѣсяць по операціи рана выполнилась и большей частью зарубцевалась. На 33-й день больная выбыла поздоровѣвшей, съ небольшою раночкой, скоро совсѣмъ зажившей.

Если судить по извѣстной мнѣ казуистикѣ, случаи перекручиванія ножки кисты, распознаннаго до операціи, рѣдки. Докторъ *Соловьевъ* ²⁾ изъ иностранной литературы указываетъ на 16 таковыхъ; изъ русской—ни одного. Въ напечатанныхъ съ того времени отдѣльныхъ случаяхъ оваріотоміи и цѣлыхъ серій та-

¹⁾ Температура, пульсъ и дыханіе въ первые дни были слѣдующіе:

	Температура.		Пульсъ.		Дыханіе.	
	Утромъ	Вечеромъ.	Утромъ.	Вечеромъ.	Утромъ.	Вечеромъ.
1-й	37,4—37,7		—	98	—	23
2-й	36,9—37,4		92	— 96	18	— 18
3-й	36,4—37,1		86	—104	18	— 22
4-й	36,8—37,1		82	— 88	18	— 22

²⁾ Указанная работа. ИГ А. и ж. б. 1887 г.

жовыхъ я могъ найти только указанные 5 случаевъ: *Заяцкаго* 1, *Шуринова* 1, *Прокофьевой* 2, и проф. *Отта* 1; всего съ моимъ случаемъ и *Соловьева* будетъ 7. Между изобилующимъ перекручиваніемъ ножки овариотоміями *Kustner'a* только въ двухъ перекручиваніе было распознано до операціи (№ 8 и 37).

Это указываетъ, что перекручиваніе чаще совершается хронически и не сопровождается острыми явленіями, принуждающими больныхъ немедленно обращаться къ врачебной помощи, и что, съ другой стороны, даже острое перекручиваніе не всегда даетъ типичные симптомы. Такъ, повидимому, въ 169-й овариотоміи проф. *Красовскаго* и 33-й *Сутугина* перекручиваніе было свѣжее, равно и во 2-мъ случаѣ *Заяцкаго*, однако до операціи оно не было діагносцировано, въ первомъ случаѣ, во второмъ діагносцирована брюшная беременность, въ третьемъ высказано нѣсколько предположеній, но именно не на счетъ перекручиванія ножки. — Во всѣхъ діагносцированныхъ случаяхъ были на лицо типическіе признаки перекручиванія, за исключеніемъ случая *Шуринова*, гдѣ перекручиваніе было съ большой вѣроятностью распознано на основаніи ничѣмъ другимъ необъяснимаго асцита, при несомнѣнномъ существованіи опухоли яичника. Но и нѣкоторые другіе случаи имѣли свои особенности. Такъ, въ случаѣ д-ра *Заяцкаго* можно было при обычномъ гинекологическомъ изслѣдованіи *прощупать перекручиваніе ножки, опредѣлить его направленіе и количество оборотовъ.* Это чуть-ли не unique въ своемъ родѣ. Первый изъ случаевъ *Прокофьевой* замѣчательнѣе тѣмъ, что въ теченіе болѣзни, время отъ времени повторялись приступы, напоминавшіе приступы почечныхъ камней; при этомъ каждый разъ опухоль увеличивалась. Въ моемъ случаѣ особенное было то, что по ходу дѣла и даннымъ ручнаго изслѣдованія можно было съ нѣкоторой вѣроятностью предположить перемѣщеніе опухоли въ противоположную сторону таза. Такое перемѣщеніе бываетъ, повидимому, весьма рѣдко. Мнѣ извѣстны 2 таковыхъ случая: первый случай *Röhrig'a* ¹⁾, гдѣ кистозно-перерожденный и претерпѣвшій дальнѣйшія дегенеративныя измѣненія, вслѣдствіе перекручиванія ножки, лѣвый яичникъ былъ смѣщенъ впереди пузыря вправо, въ область горизонтальной вѣтви лобковой кости; второй случай *Заяцкаго*, гдѣ съ голову взрослого цисто-фибро-саркома *лѣваго* яичника съ

1) *Olshausen*. Болѣзни яичниковъ, стр. 91.

перекрученной ножкой была смѣщена и приращена къ правой половинѣ живота ¹⁾. Повидимому подобный случай описываетъ *Crushier*, гдѣ пароваріальная киста съ перекрученной ножкой «облегла матку такимъ образомъ, что затрудняла оттокъ крови изъ нея» ²⁾.—Въ моемъ случаѣ и въ нѣкоторыхъ другихъ, въ противоположность мнѣнію, что простыя кисты рѣдко перекручиваются, киста была однополостная и несомнѣнно интралигаментарная. Въ первомъ случаѣ *Заяцкаго* была также однополостная киста яичника. Въ случаѣ проф. *Отта* была трубно-пароваріальная киста; пароваріальная киста указана въ одномъ случаѣ (33) *Сутугина*, въ нѣсколькихъ случаяхъ *Kustner*'а и указанномъ—*Crushier*. Въ остальныхъ были или многополостныя, или болѣе плотныя (дермоидъ, кисто-саркома) новообразованія яичника. Въ томъ, что пароваріальныя кисты подвергаются перекручиванію, ничего нѣтъ удивительнаго, ибо хотя таковыя опухоли чаще лежатъ внутри широкой связки, около шейки матки, но могутъ имѣть и длинную ножку ³⁾. Въ моемъ случаѣ Фаллопіева труба была несомнѣнно расширена, хотя и умѣренно, и наполнена сгустившеюся кровью (*hydrosalpinx*), хотя только внутренній конецъ ея закрытъ, наружный же открытъ на ширину гусиного пера, или карандаша. Является вопросъ: какъ могла при такомъ условіи скопиться кровь? Возможно думать, что расширение уже существовало до кровоизліянія, и кровь, вытѣснивъ содержимое трубы, заняла его мѣсто: и въ томъ и въ другомъ случаѣ оправдывалось бы мнѣніе нѣкоторыхъ авторовъ (*Kehrer*, *Landau* ⁴⁾), что кистовидное расширение трубы возможно при закрытіи только одного маточнаго конца ея. Но возможно допустить и острое расширение (кровоизліяніемъ) трубы, наружный конецъ коей закрылся свѣжими перитонитическими сращеніями.—Въ указанныхъ случаяхъ, гдѣ было отмѣчено направленіе скручиванія, въ 3-хъ (*Сутугина*, *Заяцкаго* и *Шуринова*) оно было какъ разъ обратное тому, какое должно бы быть по *Kustner*'у, и только въ моемъ оно соотвѣтствовало его теоріи. Какъ бы то ни было, тяжелые подъемы; частые скачки въ одномъ направленіи неволью заставляютъ

¹⁾ Цитированная работа Заяцкаго.

²⁾ *Пруссацкая*. Краткій обзоръ гинекологической литературы за 1884 г. Мед. Обозр. Т. XXIV, стр. 244.

³⁾ *Oshausen*. Болѣзни яичниковъ, стр. 149.

⁴⁾ *Воскресенскій*. По поводу накопленія жидкости въ маточной трубѣ. Журналъ акуш. и женск. болѣзней. 1891 г.

принять ихъ во вниманіе для объясненія рѣзко и внезапно выразившихся явленій перекручиванія.

Хотя перитонитическія явленія у моей больной замѣтно стали стихать, увеличеніе опухоли остановилось и больной, повидимому, не грозила неминуемая опасность, однако, я рѣшилъ удалить новообразование. Во 1) нельзя было ручаться, что возстановившееся (слабое) равновѣсіе въ питаніи опухоли не нарушится снова, подъ вліяніемъ даже ничтожныхъ причинъ, что могло бы повести, между прочимъ, къ пагубнымъ регрессивнымъ процессамъ: нагноенію, или гангренѣ; во 2) опухоль въ столь ненормальныхъ условіяхъ непремѣнно поддерживало бы извѣстное время раздраженіе въ брюшной полости, разстройство кровообращенія и воспалительныя явленія вокругъ себя; въ 3) опухоль все равно, рано или поздно, нужно было бы удалять, только при худшихъ условіяхъ: большую и крѣпче сращенную по всей своей поверхности. Для иллюстраціи опасностей, указанныхъ въ пунктахъ 1-мъ и 3-мъ, я приведу весьма характерный 37-ой случай *Kustner'a* 1). Изъ омертвѣвшей отъ перекручиванія кисты путемъ эмболіи развился двухсторонній гнилостный плевритъ. Овариотомія не окончена, благодаря полному сращенію опухоли съ окружающими частями брюшной полости. Больная умерла отъ плеврита.

Соображая все, замѣченное мной при операціи, и обсуждая свойства извлеченной опухоли, я склоненъ думать, что ко времени операціи въ ней питаніе было или совершенно прекращено, или существовало въ самой слабой степени, такъ что больной грозили опасности, вытекающія изъ омертвѣнія опухоли.

1) См. цитированная работа *Mickwitz'a*.

РЕФЕРАТЫ.

19. **Ridgway Barker. Placental localization by abdominal palpation** (N. Y. Med. Journ. June 18, 1892). **Опредѣленіе мѣста прикрѣпленія послѣда при помощи пальпаціи живота.**

Взгляды различныхъ авторовъ на возможность опредѣлить мѣсто прикрѣпленія плаценты посредствомъ пальпаціи диаметрально расходятся. Въ то время какъ *Spencer* считаетъ это вполне возможнымъ и въ 7 случаяхъ ручнымъ внутриматочнымъ изслѣдованіемъ подтвердилъ свой діагнозъ, поставленный на основаніи пальпаціи живота, другіе, не менѣе опытные и добросовѣстные гинекологи, не могутъ похвалиться тѣмъ же успѣхомъ. Такъ *Duncan* совершенно отрицаетъ эту возможность, а съ другой стороны *Galabin* не только вполне согласенъ съ *Spencer*'омъ, но возводитъ даже такую возможность въ правило. *Barnes* соглашается съ *Spencer*'омъ по-видимому только для тѣхъ случаевъ, когда послѣдъ прикрѣпленъ въ верхнемъ поясѣ матки и на передней стѣнкѣ ея («when the placenta is situated in the upper zones and in front of the uterus»), въ такихъ случаяхъ, говоритъ онъ, стѣнка матки утолщена и выдается надъ уровнемъ ея общей гладкой поверхности.

Итакъ различные авторитеты въ отношеніи этого вопроса защищаютъ диаметрально противоположныя, по-видимому взаимно-непримиримыя мнѣнія. Но эта непримиримость, по мнѣнію автора, только кажущаяся: она не касается сути дѣла, а, быть можетъ, простирается отъ разности условій, при которыхъ производили свои изслѣдованія тотъ или другой гинекологъ. Достаточно напр. предположить, что *Spencer* въ тѣхъ случаяхъ, когда ему удавалось пальпаціею діагносцировать *placenta praevia*, имѣлъ дѣло съ женщинами съ тонкими брюшными стѣнками, а беременныя *Duncan*'а имѣли толстый жировой слой, сильно затрудняющій всякое изслѣдованіе брюшныхъ органовъ (къ сожалѣнію, авторъ не говоритъ, на чемъ основываетъ такое неравномѣрное распределеніе богатствъ между *Spencer*'омъ и *Duncan*'омъ. Реф.). Примиривъ (?) такимъ образомъ два противоположные взгляда, авторъ даетъ правило для діагносцированія *insertionis anterioris et posterioris*: «Если большая часть матки выдается надъ мѣстомъ соединенія съ нею трубъ, то и послѣдъ прикрѣпленъ къ передней стѣнкѣ и наоборотъ» (When the major portion of the uterus is anterior to the insertion of the tubes, the placenta is anterior, and *vice versa*).

Чаще всего этот способ применялся для определения placenta praeviae, потому что здесь наиболее важна ранняя постановка верного диагноза, могущаго предотвратить серьезные опасности для матери и для плода. Вот именно в этих случаях мы не смеем полагаться на один этот способ, но должны, как и при кесарском сечении, прибегнуть и ко всем другим способам, преподанным Leopold'омъ.

Резюме автора таково: пальпация живота для определения локализации послѣда можетъ быть применяема только при тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ и только какъ добавочный къ другимъ способъ.

Не смотря на весь авторитетъ Spencer'a, авторъ не вѣритъ ему въ томъ, чтобы ощупываніемъ можно было определить край послѣда, имѣющій форму сегмента круга, въ которомъ все до того темно для ощупывающей руки, что съ трудомъ удается определить головку или другую какую часть плода.

Ф. Кюнъ.

20. Gifford Nash. Tubal gestation; rupture in to peritoneal cavity; abdominal section; recovery. (Brit. Med. Journ. July 23, 1892). Трубная беременность; разрывъ въ полость брюшины; чревосѣченіе; выздоровленіе.

Замужняя, 40 лѣтъ, мать 8 дѣтей, изъ которыхъ младшему 5 лѣтъ. Всѣ роды срочны и нормальны. Два года тому назадъ замѣтила у себя подвижную опухоль въ правой половинѣ живота, вызывавшую тянущія боли и неправильности со стороны кишечника. При изслѣдованіи 13 января опухоль эта была признана за правую подвижную почку; но съ лѣвой стороны ретровертированной матки прощупывалась другая весьма чувствительная опухоль съ голубиное яйцо, которая была принята авторомъ за лѣвый гиперэмированный смѣстившійся яичникъ.

Послѣдніи мѣсячныя были 25 ноября; вмѣсто ожидавшихся 25 декабря регуль было только очень незначительное кровотеченіе.

17 января внезапный приступъ жестокой боли въ животѣ и рвота, лѣвосторонняя опухоль (предполагавшійся яичникъ) значительно увеличилась. 21 января такой же приступъ съ поносомъ, холоднымъ потомъ и быстрымъ упадкомъ силъ. При изслѣдованіи 22 янв. лѣвосторонняя опухоль прощупывалась не такъ ясно; на ея мѣстѣ ощущается болѣе разлитая припухлость; матка увеличена, шейка разрыхлена, зѣвъ открытъ. Ночью появились потугообразныя болз, а на слѣдующій день авторъ нашелъ въ постели большой высохшую оболочку.

Диагнозъ разрыва беременной трубы былъ поставленъ на основаніи слѣдующихъ признаковъ:

- 1) Послѣднія регулы были 7^{1/2} недѣль тому назадъ, т. е. это есть періодъ, въ который наибчаще происходятъ разрывы.
- 2) Имѣлась съ лѣвой стороны матки чувствительная опухоль, границы которой потомъ стали менѣе ясны.
- 3) Матка увеличена, шейка мягка, зѣвъ открытъ.
- 4) Нагрубаніе грудей.

5) Выраженный коллапсъ—признакъ внутренняго кровотеченія.

6) Изверженіе deciduae.

Доказательствомъ же, что разрывъ былъ внутрибрюшинный, служатъ:

1) Сильный коллапсъ, свидѣтельствующій объ обильномъ кровотеченіи.

2) Быстрое появленіе перитонита.

3) Отсутствіе массы въ какой-либо сторонѣ таза, давящей на rectum, какъ это авторъ наблюдалъ во всѣхъ случаяхъ разрыва между листовъ широкой связки.

Произведенное 23 янв. Dr. *Boxall* чрезвѣщеніе вполне подтвердило діагнозь автора: полость брюшины содержала значительное количество темной жидкой и свернувшейся крови; изъ расширенной трубы (при удаленіи ея она разорвалась) излилась околоплодная жидкость и вышелъ плодъ длиною въ 3 дюйма. Правая подвижная почка была вправлена и удержана in situ бандажемъ. Больная покинула постель на 16 день, вполне выздоровѣвъ.

Ф. Кюнь.

21. A. L. Robinson. A case of twin extra-uterine pregnancy. (N. Y. Med. Journ. June 18, 1892). Случай внѣматочной беременности двойнями.

Ф. К., 27 лѣтъ, multipara; послѣднія регулы 4 нбр. 1891 г.; обратилась къ автору въ срединѣ января 1892 г. съ слѣдующими жалобами: послѣ только что перенесеннаго ею гриппа, который чрезвычайно изнурилъ ее, появилась по утрамъ рвота, которая дѣлается по немногу постоянною и не уступаетъ никакимъ лѣкарствамъ. Пришлось даже прибѣгнуть къ питанію per rectum. Слабость въ высокой степени и изнурительная бессонница. Въ виду такого «status praesens» и найденнаго авторомъ у пациентки nephritis incipiens, являлось необходимымъ произвести искусственный выкидышъ. Чрезъ нѣсколько дней выдѣлилось нѣсколько небольшихъ кровяныхъ сгустковъ, но кровотеченія не было.

Произведенное 6 февр. подъ энопромъ изслѣдованіе дало: слизистая оболочка влагалища интензивно фіолетоваго цвѣта; въ каналъ шейки вставился слизисто-кровяной сгустокъ, который и удаленъ; цервикальный каналъ расширенъ для изслѣдованія полости матки; разстояніе отъ os ext. до дна матки = $5\frac{1}{4}$ дюйм.; полость же матки содержала только кровяные сгустки. У ostium uterinum правой фаллопиевой трубы замѣчалась шероховатость. — Авторъ и D-r *Montgomery Prussel*, вмѣстѣ производившіе изслѣдованіе, рѣшили, что, вѣроятно, плодъ умеръ въ маткѣ, подвергся мацерации и частичному всасыванію, а остатки его вышли вмѣстѣ съ вышеупомянутыми сгустками, количество которыхъ было, вѣроятно, больше, чѣмъ предполагаетъ сама больная.

Хотя послѣ этого изслѣдованія рвота и стала рѣже, но не прекращалась совсѣмъ. Питаніе per rectum, gastrica и sedativa мало помогали дѣлу. Продолжались и боли въ правой fossa iliaca и легкія маточныя кровотеченія. Отъ поры до времени матка изслѣдовалась и изъ нея удалялись всѣ кровяные сгустки.

Такъ шло дѣло до 17-го февр., когда у больной внезапно появились въ правой fossa iliaca жестокія боли, отдававшія въ крестецъ и походив-

шія на родовыя боли. При значительномъ кровотеченіи она выкинула плодъ до прихода автора. Прострація, t° 102°, пульсъ 120, слабый. Кровотеченіе остановлено эрготиномъ подкожно, водкой и digitalis внутрь. На слѣдующее утро, во время визита автора, больная безъ боли и при незначительномъ кровотеченіи выкинула второй плодъ. При выскабливаніи затѣмъ матки были удалены крупные кровяные сгустки, куски оболочекъ и небольшой кусокъ плаценты, который съ трудомъ удалось отдѣлить отъ мѣста прикрѣпленія его въ маточномъ отверстіи правой трубы.

Оба плода имѣли видъ приблизительно 14-ти недѣльнаго развитія; длина ихъ равнялась 5 слишкомъ дюймамъ, но видимо они подвергались сильному сдавленію и поэтому нѣсколько вытянулись въ длину. Головки ихъ представляли безформенныя массы, на пальцахъ рукъ и ногъ кожистые ногти. Полъ неразличимъ.

Кровотеченія продолжались ежедневно; отъ поры до времени изъ полости матки удалялись кровяные сгустки, кромѣ которыхъ она ничего не содержала. Электричество, эрготинъ, adstringentia и styptica мало помогали. Слабость больной все увеличивалась, постоянная тошнота и частая рвота продолжались, t° колебалась между нормою и 99,5°, а пульсъ отъ 95—105, слабый.

Состояніе больной не допускало и не оправдывало чревоученія, которое авторъ имѣлъ въ виду произвести для удаленія оболочекъ и послѣда.

23-го февр. послѣ легкаго озноба t° повысилась до 102,5°, пульсъ 130, дыханіе 30. Животъ вздутъ и тимпаниченъ, жестокія боли по всему животу, рвота участилась. Словомъ наступила картина перитонита. 1-го марта больная умерла «отъ астеніи», какъ говорятъ авторъ и прибавляетъ: «если бы не слабость, обусловленная гриппомъ, должно думать, что пациентка выздоровѣла бы («But for debility caused by *la grippe* it is believed the patient would have recovered»).

Посмертное вскрытіе не было дозволено.

Ф. Кюнъ.

22. Fr. Neugebauer. Kilka slow o wskrzeszeniu cięcia lonowego czyli symphyseotomio przez szkołę polozniczą Neapolitanską. (Medycyna, 1892, №№ 34—37, 46—53.). Нѣсколько словъ о возрожденіи, благодаря Неаполитанской школѣ акушеровъ, операціи симфизеотоміи.

Авторъ, основываясь главнымъ образомъ на докладѣ Парижской академіи ѣздившаго въ Италію специально для изученія симфизеотоміи *Charpentier'a* [«De la *symphiséotomie*.» Extrait du Bulletin de l'Académie de Médecine (séances du 15 et 22 Mars 1892, 36 стр.)] дѣлаетъ весьма обстоятельный литературно-историческій обзоръ способовъ производства, показаній, значенія и будущности этой операціи, воскресшей, благодаря Неаполитанскимъ акушерамъ, изъ забвенія и привлекающей теперь все большее вниманіе медицинскаго міра. Гиппократъ еще указывалъ на то, что «лонныя кости въ концѣ беременности расходятся въ правую и лѣвую стороны» (Hippocrate, De natura pueri). *Riolanus* (Manuel anatom., p. 626) и *Ambroise Paré* (Oeuvres, Livre 24, Chap. 13), равно какъ и

Galenus, упоминаютъ даже о томъ, что въ древности разрѣзывали даже молодымъ дѣвушкамъ лонное соединеніе съ цѣлью облегчать имъ въ будущемъ роды. Страшная смертность отъ кесарскаго сѣченія съ давнихъ поръ наводила акушеровъ на мысль о симфизеотоміи. По *Крассовскому* (Операт. акуш., 3 изданіе 1885, стр. 624) впервые произвелъ симфизеотомию на трупѣ по смерти роженицы д-ръ *Jean Claude de la Couvre* въ Варшавѣ въ 1585 году. *Winckel* впрочемъ указываетъ на 1654, а *Charpentier* на 1655 годъ.

Jean René Sigault въ 1768 году предложилъ Парижской Академіи операцию симфизеотоміи, какъ замѣну кесарскаго сѣченія, но не встрѣтилъ никакого сочувствія. Убѣжденный, однако, въ правотѣ своихъ взглядовъ. *Sigault* 2-го октября 1777 года произвелъ симфизеотомию у г-жи *Souchot*, V-рага, у которой до сихъ поръ дѣти всегда погибали во время родовъ. Какъ ребенокъ, такъ и мать остались живы и здоровы. Операциа вызвала *Sigault*'а героемъ дня. Возникъ горячій споръ между сторонниками симфизеотоміи съ одной стороны, и кесарскаго сѣченія съ другой. *Alphonse Le Roy* предпринялъ цѣлый рядъ изслѣдованій на трупахъ и доказалъ, что при отведеніи бедеръ и пригибаніи ихъ къ животу можно довести расхожденіе лоннаго соединенія до 2¹/₂ дюйм. Тотъ же *Le Roy* подробно описалъ случай *Sigault*'а («Recherches historiques et pratiques sur la section de la symphyse du pubis, pratiquée pour suppléer à l'opération césarienne le 2 Octobre 1777 sur la femme Souchot. Paris 1778»), и убѣдился, что у г-жи *Souchot* расхожденіе лобковыхъ костей простиралось до 2¹/₂ дюйм. Въ слѣдующемъ же 1778 году, 21 февраля д-ръ *Després* произвелъ симфизеотомию въ Saint-Paul de Léon въ Бретани при весьма узкомъ тазѣ съ conj. vera всего въ 40—44 мм.; ребенокъ погибъ, но мать выздоровѣла. Въ томъ же 1778 году было произведено въ Парижѣ 5 симфизеотомій. Случаи болѣе или менѣе удачныхъ симфизеотомій все болѣе и болѣе участились во Франціи. Не смотря на это, знаменитый *Baudelocque* въ отдѣльной брошюрѣ: («An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis ossium pelvis secanda?» Paris, 1776) рѣзко высказывается противъ *Sigault*'а, утверждая, что оперированная почти всегда погибаетъ вслѣдствіе поврежденій важныхъ внутреннихъ органовъ, что разсѣченіе лоннаго соединенія неминуемо влечетъ за собой разрывъ крестцово-подвздошныхъ связокъ, что наконецъ даже расхожденіе лобковыхъ костей въ 2¹/₂ дюйм. недостаточно для благополучнаго окопчанія родовъ при значительномъ суженіи таза. Къ мнѣнію *Baudelocque*'а присоединили свои авторитетные голоса М-me *Lachapelle*, *P. Dubois*, *Desormeaux*, *Velpeau*, *Facquemier*, *Cazeaux* во Франціи, *Hunter*, *Osborne* и *Denman* въ Англии, *Naegele*-отецъ, *Kilian*, *Scanzoni* и др. въ Германіи. Анагема *Baudelocque*'а и его единомышленниковъ тяготѣла надъ симфизеотоміей во всей Европѣ,—за исключеніемъ одной Италіи. Д-ръ *Domenico Ferrara*, познакомившись съ идеей *Sigault*'а во время своего студентчества въ Парижѣ, еще за три года до *Sigault*'а, именно въ 1774 году, удачно выполнилъ симфизеотомию въ Италіи; за *Ferrara* послѣдовали *Fucssi* 1779,

Personè 1781, *Giovanetti* 1783, *Paletta*, *Mannini*, *Cattolica*, 1829, *Balocchi* 1834, *Carbona* 1842 (см. *Charpentier*, Учебникъ Акушерства 1890, 2-е издание, стр. 928). За послѣдніе годы снова горячо взялись въ Италіи за симфизеотомию д-ра: *Galbiati*, *Faccolucci*, *Novi*, *Piccinini*, *Palasciano*, *Sogliano*, *Rossi*, *Signorini*, *Giovanini*, *Ponzetta*, *Galigani*, *Cucca*, *Vincenzo Lauro*, *Spinelli*, главнымъ же образомъ *Morisani*, настоящій апостолъ симфизеотоміи, неутомимой энергіи и неустаннымъ трудамъ котораго, начиная съ 1863 года вплоть до настоящаго времени мы болѣе всего обязаны возрожденіемъ этой операціи, общающей со временемъ сдѣлаться благотѣльнѣйшимъ акушерскимъ пособіемъ. *Morisani* опубликовалъ цѣлый рядъ работъ по этому вопросу: 1) Въ 1863 году: «*Dei restringenti del bacino* и т. д.» Napoli, tesi di concorso; 2) «*Sulla sinfisiotomia*» *Annali di Ostetricia*, Milano 1881, стр. 615; 3) «*Ancora sulla sinfisiotomia*»—*Annali di Ostetricia*, Anno 1886; 4) «*Sempre della sinfisiotomia, novi casi con commenti*», *ibid.* 1888; 5) «*Sulla sinfisiotomia*»—*Riforma Medica*, Napoli 1892, part. I, VIII.—Далѣе *Morisani* кромѣ подробнаго доклада на Лондонскомъ медицинскомъ конгрессѣ 1881 года опубликовалъ еще 3 обстоятельныхъ статистики: 1-я обнимаетъ 80 случаевъ отъ 1777 до 1858 г.,—50 новыхъ случаевъ отъ 1866 до 1880 года; 3-я—18 случаевъ отъ 1881 до 1886 года. За *Morisani* слѣдуетъ *Piccinini*, горячо защищавшій симфизеотомию на международномъ медицинскомъ конгрессѣ въ Женевѣ 1876 г. («*Della sinfisiotomia eseguita nel mettodo sottocutaneo per il dottore Piccinini da Asti*»), далѣе *Balocchi*, который въ своемъ «*Manuale completo di Ostetricia*», Milano 1859, стр. 639, обращаетъ особенное вниманіе читателей на симфизеотомию, *Faccolucci*, впервые предложившій соединить лонное разсѣченіе съ вызываніемъ преждевременныхъ родовъ или съ эмбриотоміей и мн. друг.

Подробный историческій обзоръ симфизеотоміи составилъ *Bouchacourt* въ статьѣ «*Pubiotomie*» въ «*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*». Paris 1889. Проф. *Charpentier* въ 1891 году тщательно изучилъ симфизеотомию въ Италіи, и вернувшись въ Парижъ громко поднялъ свой голосъ въ защиту этой несправедливо отвергнутой и забытой во Франціи операціи. Первымъ принялся за дѣло *Pinard* и въ текущемъ году 3 раза дѣлалъ симфизеотомию съ счастливымъ исходомъ. Въ Германіи первымъ обратилъ вниманіе на поднятый *Charpentier*'омъ вопросъ *Leopold* въ Дрезденѣ, и 2 раза удачно примѣнялъ симфизеотомию, 3-ю операцію въ Германіи выполнилъ *Freund* въ Страсбургѣ, 4-ю *Wehle*.—Вопросъ о томъ, насколько увеличиваются отъ лоннаго разсѣченія размѣры таза, впервые изслѣдовалъ экспериментально *Bouchacourt* на трупахъ и пришелъ къ заключенію, что на каждый сантимет. расхожденія лобковыхъ костей приходится около 2 милл. увеличенія прямого передне-задняго размѣра таза; слѣдов. удаляя лобковыя кости на 5—6—3 см., что вполне возможно и безопасно, мы увеличиваемъ conj. ver. на 15—16 мм. Точно такъ же увеличиваются косые и поперечные размѣры таза. Въ послѣднее время *Pinard* вмѣстѣ съ *Vernier* и проф. *Farabeuf* омъ предприняли изслѣдованіе таза

для проверки *Bouchacourt'a* и пришли къ такимъ же выводамъ: 1) размѣры какъ входа, такъ и полости, и выхода таза увеличиваются, и при томъ довольно значительно. 2) Симфизеотомія умѣло и разумно примѣняемая не вызываетъ ни поврежденій важныхъ органовъ, ни отдѣленія переднихъ связокъ крестцово-подвздошныхъ суставовъ, какъ это утверждаютъ противники операціи. Въ одномъ таѣзъ съ конъюгатой въ 10,8 см. послѣдняя, благодаря расхожденію лобковыхъ костей на 6 см. увеличилась до 12,2 см., т. е. на 14 мм. *Morisani* обращаетъ особенное вниманіе на то обстоятельство, что какъ только разсѣченіе лобкового соединенія окончено, передне-задній размѣръ тазоваго входа перестаетъ существовать, а вмѣсто него мы имѣемъ дѣло съ двумя косыми размѣрами, соединяющими средину *promontori'a* съ свободными концами лонныхъ костей. Послѣдніе не только удаляются одинъ отъ другаго, но и поднимаются кверху и впереди по мѣрѣ своего расхожденія, благодаря чему, по выраженію *Morisani*, вся задача акушера сводится къ тому, чтобы направить головку плода въ передній отдѣлъ таза, который будетъ тѣмъ шире и просторнѣе, чѣмъ болѣе расходятся лобковыя кости. Главнѣйшіе способы производства операціи суть слѣдующіе: старинный методъ *Sigault'a*; методъ *Alfons'a Leroy*, подкожный методъ, симфизеотомія съ распиливаніемъ костей или *pubiotomia*, поднакостничная симфизео-или пубіотомія, *symphisiotomie preventive Ollier'a* и друг.; всѣ эти способы подробно описаны въ вышеупомянутой статьѣ *Bouchacourt'a*. *Galliati* придумалъ особый серповидный ножикъ, извѣстный подъ названіемъ *palcetta di Galliati*, однимъ размахомъ котораго снизу кверху онъ разрѣзываетъ подлобковыя связки и междууставный хрящъ. *Spinelli* изобрѣлъ очень цѣлесообразный симфизеотомъ, помощью котораго онъ разомъ разрѣзываетъ лонное сочлененіе сверху до низу. Симфизеотомъ *Spinelli* состоитъ изъ двухъ стальныхъ прутьевъ, раздѣленныхъ на см., между которыми находится косо-срѣзанный ножикъ, или стальная пластинка съ заостреннымъ косымъ краемъ; по прутьямъ передвигается посредствомъ винта никелированная стальная надставка, дающая возможность установить ножъ на желаемую высоту.

Вообще производство симфизеотоміи настолько просто и легко, что ее возможно выполнить любымъ операціоннымъ ножомъ, не придерживаясь того или другаго изъ предложенныхъ авторами методовъ и инструментовъ. Обратимся теперь къ статистическимъ даннымъ, тщательно собраннымъ итальянскими акушерами. Полнѣе всѣхъ представляются вышеупомянутыя 3 статистики *Morisani*, которыя мы и разсмотримъ.

Первая статистика обнимаетъ всѣ извѣстные случаи, отъ 2-го октября 1777 г., дня операціи *Sigault'a*, до 1858 г., относится къ до-антисептической эпохѣ и имѣетъ для насъ лишь историческій интересъ. На 80 операціяхъ умерло матерей 28, осталось въ живыхъ 52 (смертность 31,25%), на 81 ребенокъ (въ одномъ случаѣ были близнецы) умерло 45 (смертность 51,85%), въ живыхъ осталось 33, судьба 3-хъ неизвѣстна. По отношенію къ степени суженія таза эти 80 случаевъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ: conjug. ver. 8,8 см.—1 случай, 8 см.—4 случая. Conjug. vera—7,4 см.

1 случай,—7,3 см.—3 случая, 7,2 см.—1, 7,1 см.—1, 6,9 см.—3, 6,7 см.—18 случаевъ, 6,5 см.—1, 6,3 см.—3, 6,1 см.—17, 5,4 см.—2,—5,1 см.—2, 4,8 см.—1, 4,5 см.—1, 4,4 см.—1, случай, въ которомъ мать все-таки осталась жива. а только ребенокъ погибъ. Въ 18 случаяхъ степень суженія таза не указана. Въ 3-хъ случаяхъ *exostosis pelvicae* погибло 2 матери, а дѣти погибли всѣ. Въ 2-хъ случаяхъ *osteomalaciae* умерла одна мать, дѣти погибли оба. Причинами смерти были *peritonitis* и *endocarditis*, а именно *endocarditis infectiosa* почти во всѣхъ случаяхъ. Осложненія операциі были слѣдующія: 5 разъ *incontinentia urinae*, 3 раза пузырно-влагалищные свищи, 1 разъ выпаденіе матки, 1 разъ маточное кровотеченіе *ex atonia*. Положеніе плода: 53 раза — правильно-черешное, 1 разъ—черешное съ выпаденіемъ ручки, 1 разъ—съ выпаденіемъ пуповины, 7 разъ ягодичное, 2 раза—ножное, 5—лицевое, 4—плечевое, 3 раза—предлежаніе плеча, ручки и пуповины. Операциі пробныя или выполненныя предъ симфизиотоміей были слѣдующія: поворотъ—6 разъ, поворотъ и щипцы 7, поворотъ, щипцы и краниотоміи—1, одни щипцы—10, острый крючекъ—2 раза, одна краниотомія—1.

Вторая статистика *Morisanі* отъ 1866 до 1880 обнимаетъ 50 случаевъ; всѣ операциі были сдѣланы въ Неаполь при болѣе или менѣе строгомъ соблюденіи антисептики. Изъ 50 операциі оставось въ живыхъ матерей 41 и дѣтей—41. Такимъ образомъ, благодаря антисептикѣ смертность матерей сразу понизилась отъ 31,25% до 18%, а смертность дѣтей съ 51,85% на 18%. По отношенію къ степени суженія таза эти 50 случаевъ представляютъ слѣдующее: *conjug. ver.* 8,1 см.—13 случаевъ, *conjug. ver.* 7,4 см.—15, 6,9 см.—4,6,4 см.—15, 6,6 ст.—1, 6,1 см.—2. Такимъ образомъ maximum суженія во 2-й серіи случаевъ составляетъ 6,1 см., въ первой же серіи 7 женщинъ имѣли *conj. ver.* отъ 5,4 до 4,4 см., кромѣ того 3 раза было *exostosis pelvis*, 2 раза—суженіе выхода, 2 раза—остеомаляція, въ 18 случаяхъ размѣры таза были неизвѣстны. Слѣдовательно, уменьшеніе во 2 серіи случаевъ смертности матерей на $\frac{1}{4}$, а дѣтей на $\frac{2}{3}$, обуславливается не только антисептикой, но и болѣе разумной постановкой показаній къ операциі. Положеніе плода было: 43 раза—черешное, 3 раза—ягодичное, 2—плечевое, а въ 2 случаяхъ положеніе не указано.

Третья статистика *Morisanі* отъ 1881 до 1886 г. заключаетъ всего 18 случаевъ. Матерей погибло 8 (смертность 38,33%), дѣтей—5 (смертность—27,77%). *Conjug. vera* въ 7-ми случаяхъ равнялась 8,1 см., въ 5-ти—7,4 см., въ 1—68 см. въ 3—6,7 см.

Такимъ образомъ результаты 3-й серіи случаевъ гораздо болѣе печальны. чѣмъ 2-й, что зависитъ отъ особенныхъ, непривычныхъ обстоятельствъ, при которыхъ послѣднія 18 операциі были сдѣланы; такъ въ 2 случаяхъ къ операциі приступили тогда, когда родильница была уже совершенно истощена послѣ многократныхъ попытокъ извлечь плодъ щипцами или поворотомъ, далѣе въ одномъ случаѣ имѣло мѣсто маточное кровотеченіе *ex atonia*, въ другомъ—общее зараженіе крови (*abscessus pelvicus*, *tetanus*), далѣе *spondylolistesis*, *endometritis gangraenosa* и т. д.

Последнюю статистику представилъ *Spinelli*, ассистентъ *Morisani*. Изъ 24 случаевъ остались въ живыхъ всѣ матери и всѣ дѣти. 12 операций было сдѣлано *Morisani*, 5 — *Novi*, остальные — *Spinelli* и его помощниками.

Conjug. vera равнялась въ 1 мъ случай—9 см., въ 1—8,8 см. 1—8,1 см., въ 1—8 см., въ 2—7,8 см., въ 2-хъ—7,5 см., въ 1—7,4 см., въ 1—7,2 см., въ 9—7 см., въ 1—6,9 см., въ 1—6,7 см., въ 1—6,6 см., въ 1—6,5 см., наконецъ въ 1—6,3 см. Изъ 24-хъ женщинъ двѣ были оперированы дважды. Болѣе благоприятные, болѣе блестящіе результаты и вообразить трудне.

Каковы же суть показанія къ симфизеотоміи?

Наиболѣе подходящими случаями, по единогласному мнѣнію всѣхъ итальянскихъ акушеровъ, представляются умѣренно-суженные тазы съ конъюгатой отъ 8,8 см., maximum, до 6,7 см. minimum. *Morisani*, *Lauro*, *Spinelli*, *Caruso* строго придерживаются низшаго предѣла К въ 6,7 см., другіе же, какъ *Novi*, *Martini*, *Cicca* отодвигаютъ эту границу суженія таза гораздо дальше, именно К въ 5,4 см. При этомъ симфизеотомію можно комбинировать съ возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ, щипцами, эмбриотоміей или кефалотриксией. Первый акушеръ, заинтересовавшійся симфизеотоміей внѣ предѣловъ Италіи, былъ д-ръ *Robert Parris* изъ Филадельфіи, опубликовавшій брошюру: «The revival of symphysiotomy in Italy», въ которой онъ собралъ 57 операций, сдѣланныхъ отъ 1886 до октября 1892 г. въ Италіи, Франціи, Германіи и Америкѣ: осталось въ живыхъ 53 матери и 48 дѣтей. *Morisani* отправилъ въ 1891 году своего ассистента *Spinelli* въ Парижъ, гдѣ тотъ послѣ устнаго доклада демонстрировалъ собравшимся ad hoc 10 октября Парижскимъ акушерамъ операцию симфизеотомію на трупѣ. Проф. *Charpentier* по возвращеніи изъ Италіи представилъ Парижской Академіи весьма подробный докладъ, привлекшій къ себѣ вниманіе всего медицинскаго міра и изъ котораго заимствованы почти всѣ вышеназложенныя данныя. *Charpentier* копчаетъ свой докладъ слѣдующими словами: «не представляйте, господа, только чужимъ краямъ воспользоваться благодѣніями той операциі, которая составляетъ собственно наше изобрѣтеніе. Привѣщайте почаще симфизеотомію, которая избавляетъ васъ отъ необходимости прибѣгать къ эмбриотоміи или кесарскому сѣченію и даетъ вамъ возможность почти навѣрно спасти жизнь двухъ существъ, вамъ довѣрившихъ свою судьбу. Не забывайте о томъ, что симфизеотомія даетъ вамъ въ руки средство уменьшить до minimum'a смертность дѣтей, а наша Франція болѣе, чѣмъ кака-либо другая страна, зоветъ къ себѣ всѣхъ, всѣхъ рѣшительно сыновъ своихъ, въ какомъ бы возрастѣ они не находились».

В. Каплянскій

23. Maguire. Puerperal eclampsia (Austr. Med. Gaz. 1892, July). Eciampsia puerperalis.

Mrs. E., 36 лѣтъ; 7 роды, окончившіеся скоро и совершенно нормально. Последъ вышелъ черезъ нѣсколько минутъ послѣ младенца. На слѣдующее

утро приступъ жестокихъ конвульсій, которыя продолжались еще 3 дня по нѣсколько разъ въ день, прерываясь на нѣсколько часовъ періодами сна и дремоты. Потеря сознанія: не узнавала мужа и родныхъ, не помнила ничего о своемъ родоразрѣненіи; припадки истеріи. Подъ влияніемъ лѣченія—клизмы, хлоралгидратъ, бромъ—больная стала поправляться, и съ уменьшеніемъ количества лохий приступы эклампсіи совершенно исчезли. Въ авамнезѣ авторъ не могъ найти никакой этиологической причины для появленія эклампсіи. Моча не была изслѣдована, потому что больная выдѣляла мочу подъ себя (все время? *реф.*). «Единственная заслуживающая вниманія причина («the only assignable cause») есть то, что беременная до родовъ была часто и по многу сырой айвы безъ видимаго вреда для своего кишечника».

Въ заключеніе авторъ спрашиваетъ, всегда-ли эклампсія есть септическое заболѣваніе и не можетъ-ли она происходить и отъ другихъ причинъ.

Ф. Кюнь.

24. **Cremmelin. A case of complete inversion of the uterus, or inversion of the third degree.** (Austr. Med. Gaz. May, 1892). **Случай полнаго выворота матки или выворотъ 3-й степени.**

Mrs. N., 33 лѣтъ, multipara; 13 февр. срочные роды; такъ какъ послѣдъ былъ плотно прикрѣпленъ, то необразованная бабка - повитуха стала тянуть за пуповину, вслѣдствіе чего былъ выворотъ, прошедшій сначала незамѣченнымъ. Но, когда на слѣдующій день роженица, не мочившаяся цѣлыя сутки, встала для этой цѣли съ постели, произошло выпаденіе матки. Авторъ, приглашенный 15 февр., нашель матку выступающею изъ половой щели на 6—8 дюймовъ, частичный выворотъ влагалища, легкое кровотеченіе, пульсъ частый, жестокія боли въ животѣ.

Попытки къ вправленію матки остались безуспѣшными, и больную пришлось перевести въ госпиталь. 16-го удалось ввести матку во влагалище; наложенъ широкій бинтъ для предупрежденія новаго выпаденія. Въ 21-му, когда матка уже претерпѣла нѣкоторую инволюцію, полученъ былъ репозиторъ (*Aveling's*), и подъ хлороформомъ была вставлена наибольшая чашечка («cup») его, а 23-го была ввинчена уже наименьшая чашечка, такъ какъ матка держалась повидимому плотно въ нормальномъ своемъ положеніи.

2 марта пациентка съ приспособленнымъ пессаріемъ покинула госпиталь, вполне довольная своимъ состояніемъ.

Ф. Кюнь.

25. **G. Boodle. Inversion of the uterus—three day's duration.** (Austr. Med. Gaz. May, 1892). **Выворотъ матки, продолжавшійся три дня.**

20 февр. авторъ былъ приглашенъ въ глухую колонію («settlement») въ 30 миляхъ отъ его мѣста жительства для подаенія помощи женщинамъ, страдавшимъ «задержкою выдѣленій вслѣдствіе какой-то остановившейся въ родовомъ каналѣ массы, сильными болями въ животѣ и маточными кровотечениями»; все это произошло послѣ родовъ (вполнѣ нормальныхъ по словамъ повитухи),

имѣвшихъ мѣсто 3 дня тому назадъ. Больная, 23 лѣтъ, I para. Пульсъ 136, кожа горяча на ощупь (авторъ забылъ захватить съ собою градусникъ).

Между большихъ губъ выдавалась масса, похожая на разложившуюся плаценту, но которая при изслѣдованіи оказалась вывороченною маткою, покрытою цѣлою стѣю зловонныхъ ключевъ и сгустковъ.

Во время хлороформированія вдругъ произошла остановка дыханія, такъ что пришлось отказаться отъ полного наркоза. Очистивъ матку отъ разлагающихся ключевъ и оболочекъ, авторъ приступилъ къ попыткѣ вправленія, которая однако не увѣчалась успѣхомъ, потому что матка тотчасъ-же опять опускалась и выпадала, причѣмъ по рукамъ его кровь лилась потоками («I could feel the blood flowing in gushes over my arm»). Тогда, придавъ больной полубоковое положеніе («semi-prone position»), авторъ повторилъ попытку; въ этотъ разъ ему безъ особаго труда постепенными манипуляціями удалось вправить матку до того, что вся она прошла черезъ возстановленную шейку такъ, что рука осталась замкнутою въ полости матки; этимъ обстоятельствомъ авторъ воспользовался, чтобы впрыснуть въ полость матки нѣсколько унцъ *lig. ferri perchlor. fort. diluti*; подъ кожу былъ впрыснутъ эрготинъ. Послѣ полутора-часоваго сна пациентка проснулась съ чувствомъ значительнаго облегченія. Черезъ нѣсколько часовъ, въ теченіе которыхъ она удерживалась въ томъ же полубоковомъ положеніи, появилось первое безболѣзненное мочеиспусканіе; кровотеченіе прекратилось.

И въ дальѣйшемъ выздоровленіе шло безъ перерывовъ.

Изъ анамнеза выяснилось, что уже до родовъ она ощущала какъ-бы выпираніе изъ половой щели какого-то тѣла, особенно при натуживаніи.

Авторъ обращаетъ вниманіе на громадное преимущество въ такихъ случаяхъ полубокового положенія, которому одному онъ приписываетъ быстрый и блестящій успѣхъ второй своей попытки вправленія. **Ф. Кюнь.**

26. E. Ehrendorfer. Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom in der Gebärmutter. (Arch. f. Gyn. Bd. XLII H. 2). Объ одновременномъ пораженіи матки фиброміомой и ракомъ.

Просматривая литературу послѣднихъ лѣтъ мы встрѣчаемъ все большее и большее число случаевъ, гдѣ при изслѣдованіи удаленной, путемъ-ли чревосѣченія или чрезъ влагалище, матки находили совмѣстное существованіе фиброміомы и рака или саркомы, при чемъ до операциіи была діагностирована только одна изъ этихъ опухолей; вообще, по статистическимъ даннымъ послѣднихъ лѣтъ, одновременное пораженіе матки доброкачественной и злокачественной опухолью явленіе сравнительно далеко не столь рѣдкое, какъ могло-бы казаться (*A. Martin* напр. на 205 экстирпацій міомъ матки въ 9 случаяхъ нашель одновременно и ракъ). Въ виду крайней важности своевременно правильно діагностировать такіе случаи авторъ подробно описываетъ 4 изъ нихъ, встрѣтившіеся въ его практикѣ, и на основаніи ихъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Въ виду частоты одновременнаго существованія фиброміомы и рака

(саркомы) матки слѣдуетъ съ клинической точки зрѣнія обратить большее вниманіе на значеніе этой комбинаціи.

2. При экстирпациі фиброміомъ (hysteromyomectomy), тотчасъ-же послѣ удаленія опухоли, до рѣшенія вопроса о дальнѣйшемъ уходѣ за ножкой, слѣдуетъ обратить вниманіе, не поражено-ли тѣло матки ракомъ. Нѣсколько глубокихъ разрѣзовъ чрезъ всю толщу стѣнокъ матки, которыми будетъ вскрыта полость ея, дадутъ большею частью возможность невооруженнымъ глазомъ опредѣлить болѣе или менѣе распространенное злокачественное перерожденіе.

3. При одновременномъ существованіи фиброміомы и рака матки или, если только имѣются на лицо данныя, заставляющія подозрѣвать ракъ, слѣдуетъ оставить всякія размысленія о способѣ ухода за ножкой и удалить всю матку, какъ это дѣлается при ракѣ шейки ея.

4. Ни одинъ изъ методовъ ухода за ножкой, въ особенности-же вибрюшинный методъ, при раковомъ перерожденіи слизистой оболочки тѣла матки, даже послѣ основательнаго вырѣзыванія окружающихъ частей и прижиганія полости ножки, не даютъ увѣренности, что возврата не будетъ; рецидивъ же въ этихъ случаяхъ большею частью не оставляетъ никакой надежды на спасеніе.

5. Если при существованіи фиброміомы матки, въ особенности во время, близкое къ окончательной пріостановкѣ менструаціи, т. е. въ 50-хъ годахъ жизни, появляется обильное, одянистое, слизистое, грязноватое отдѣленіе или сильныя кровотеченія съ схваткообразными, мучительными болями, то подозрѣніе на одновременное существованіе злокачественнаго перерожденія слизистой оболочки матки является вполне обоснованнымъ; въ такихъ случаяхъ лучше отказаться отъ всякаго симптоматическаго лѣченія и гдѣ только возможно, приступить къ радикальной операціи.

6. На основаніи дальнѣйшихъ наблюденій было-бы очень интересно опредѣлить, встрѣчается-ли ракъ матки въ соединеніи съ фиброміомой чаще, чѣмъ одинъ ракъ.

Все сказанное о ракѣ матки относится равнымъ образомъ и къ саркомѣ матки.

И. Воффъ.

27. Skene Keith. Total disappearance of a fibroid tumour after D-r Apostoli's treatment. (Brit. Med. Journ. July 9, 1892 г.). Полное исчезновеніе фиброзной опухоли послѣ лѣченія по способу Apostoli.

Діагнозъ фиброида матки былъ поставленъ на основаніи слѣдующихъ данныхъ: N.N., 29 лѣтъ, со времени рожденія своего единственнаго ребенка, которому теперь 10 лѣтъ, никогда не чувствовала себя вполне хорошо. Общая слабость, dysmenorrhoea; боли къ періоду регуль съ каждымъ разомъ все усиливаются; мѣсячныя становятся все обильнѣе, какъ по количеству, такъ и по продолжительности: въ каждый періодъ менструальный она расходуетъ отъ 50—70 салфетокъ. При первомъ посѣщеніи автора, въ іюль 1889 г., пациентка отъ слабости съ трудомъ ходила. жалуюсь на постоянныя боли внизу

живота. При изслѣдованіи найдено, что тазъ выполненъ фиброзною опухолью матки.

Было предпринято лѣченіе по способу *Apostoli*: 30 сеансовъ, по 5 минутъ каждый; сила тока = 88 МА. Начато это лѣченіе на дому у пациентки; но уже къ концу лѣченія больная была въ состояніи проходить пѣшкомъ къ автору и обратно (каждый конецъ = 2 мил.). Опухоль значительно уменьшилась въ величинѣ; ясное улучшение здоровья во всѣхъ отношеніяхъ.

При изслѣдованіи въ февр. 1891 г. (болѣе года спустя) найдено: небольшая, здоровая, слегка ретровертированная матка, полость которой = 2¹/₂ дюйм. Самочувствіе отличное; боли отсутствуют; межменструальные періоды удлиняются, сами регулы дѣлаются все скуднѣе и вмѣсто прежнихъ 50—70 салфетокъ требуютъ теперь только 3—4.

Въ началѣ 1892 г. авторъ опять видѣлъ свою бывшую пациентку, которая продолжаетъ пользоваться цвѣтущимъ здоровьемъ.

Подвергая сравнительной оцѣнкѣ лѣченіе фибридовъ матки по способу *Apostoli* и кастраціею, авторъ возмущается этимъ послѣднимъ способомъ, который онъ называетъ «шагомъ назадъ» въ наукѣ (it is a decidedly retrogressive step). Если ни способъ *Apostoli*, ни кастрація не заставляютъ исчезать значительной опухоли, а только останавливаютъ ростъ ея и облегчаютъ симптомы, то все же способъ *Apostoli* имѣетъ то громадное преимущество предъ оваріотоміею, что онъ не калѣчитъ женщины и не лишаетъ ее пола. Способъ лѣченія, при которомъ нѣкоторое улучшение покупается цѣною искалѣченія и удаленія другаго здороваго органа, такой способъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть названъ совершеннымъ (perfect). Часто бываетъ, что какой нибудь способъ восхваляется и находитъ вообще примѣненіе только потому, что мы не имѣемъ другаго лучшаго способа. Тоже можно сказать и о лѣченіи маточныхъ фибридовъ кастраціею: оваріотомія могла сойти за удачный способъ (a good procedure), пока мы не имѣли въ рукахъ способъ *Apostoli*, которому суждено сдѣлать оваріотомію (при лѣченіи маточныхъ опухолей) достояніемъ исторіи.

«Впрочемъ, заканчиваетъ авторъ, нѣтъ способа лѣченія, который былъ бы лучшимъ для всѣхъ случаевъ» («No one plane of treatment is the best far every case»).

Ф. Кюнь.

28. Quenu. Hystérectomie vaginale dans les lésions des annexes. (Société de Chirurgie Séance 27 Avril. Semaine Medicale № 23, 1892). Влагалищное вырѣзываніе матки при пораженіяхъ придатковъ.

Авторъ демонстрировалъ матку, удаленную у женщины очень слабой, 29 лѣтъ отъ роду, вслѣдствіе піосальпингита. Удаленіе было произведено черезъ влагалище по методу *Péan*'а, способомъ описаннымъ *Müller*'омъ для экстирпацій матки при ракъ. *Müller*, какъ извѣстно, производитъ срединный разрѣзъ матки для облегченія перевязки широкихъ связокъ. Авторъ дѣйствовалъ слѣдующимъ образомъ: вскрывши задній сводъ, онъ оттягиваетъ матку внизъ и по мѣрѣ опущенія ея, онъ разрѣзаетъ ее и до-

ходить такимъ образомъ до дна матки, послѣ чего онъ вскрываетъ боковыя скопленія гноя; въ его случаѣ оказалось до полутора литровъ гноя. Больная не потеряла ни капли крови и выздоровѣла.

Segond заявилъ, что онъ сдѣлалъ 109 экстирпацій—84 при воспаленіяхъ придатковъ и 25 при фибромахъ. Операциі при тазовыхъ нагноеніяхъ можно раздѣлить на 3 категоріи: 1) матка легко опускается, тогда ее можно разрѣзать гдѣ угодно и какъ угодно; 2) матка имѣетъ видъ фиксированной, но опускается легко—самые частые случаи, и 3) матка совершенно неподвижна—очень рѣдкіе случаи, авторъ встрѣтилъ только 3—4 раза. Во второй категоріи случаевъ способъ, примѣняемый *Quenu*, восхитителенъ, но можетъ быть замѣненъ частичнымъ удаленіемъ, а именно клиновиднымъ вырѣзываніемъ матки. Этотъ же способъ единственно пригоденъ въ случаяхъ третьей категоріи. При срединномъ разрѣзѣ матки кровотеченія не бываетъ, но при обыкновенномъ частичномъ удаленіи бываетъ только въ началѣ операциі и тотчасъ же прекращается.

Routier также часто примѣнялъ срединный разрѣзъ матки и никогда не видѣлъ кровотеченія. Этотъ способъ очень облегчаетъ низведеніе матки и онъ предлагаетъ его примѣнять и въ случаяхъ третьей категоріи. По отдѣленіи придатковъ онъ употребляетъ зажимы вмѣсто лигатуръ, въ виду легкаго инфицированія послѣднихъ.

Quenu согласенъ съ *Segond*омъ во всемъ, но думаетъ, что нельзя игнорировать кровотеченіе при началѣ операциі, его больная при потерѣ 100 gr. крови не выжила бы.

П. Садовскій.

29. E. Maylard. Strangulated hernia of the left ovary in the femoral region. (Brit. Med. Journ. 1892, Apr. 9). Ущемленная бедренная грыжа лѣваго яичника.

Пациентка дѣвица, 25 лѣтъ. Впервые замѣтила у себя небольшую опухоль въ лѣвомъ паху лѣтомъ 1888 г. Появленіе этой опухоли сопровождалось частыми позывами на мочеиспусканіе и невозможностью опорожнить пузырь. Горизонтальное положеніе и давленіе на опухоль заставляли исчезать не только опухоль, но и сопутствующія ей явленія со стороны мочевого пузыря. Величина опухоли равнялась бобу.

Но 14 марта 1891 г. вновь появившаяся опухоль уже не могла быть вправлена ни пациенткою, ни пользовавшимся ее врачомъ. Авторъ, приглашенный для консультаціи, нашелъ: тотчасъ ниже лѣвой Пупартовой связки, въ области бедренныхъ грыжъ, чувствительную опухоль въ половину большого куриного яйца, дававшую при ощупываніи впечатлѣніе скорѣе плотной опухоли, чѣмъ опухоли съ жидкимъ содержимымъ. Общее состояніе больной удовлетворительно; со стороны желудка и кишекъ ни запора, ни рвоты; жалуется только на боль ниже лѣваго паха.

Къ 21 марта опухоль увеличилась, кожа надъ нею стала краснѣе. t° 100°F. Рѣшена операциа подѣ хлороформомъ.

Послѣ послойнаго разрѣза включительно у грыжевого мѣшка, введенный палецъ ошупалъ ущемляющее кольцо, которое было разсѣчено; далѣе

изслѣдующій палецъ проникъ въ брюшную полость, ощупывая подъ собою arteriam iliacam ext. По наложеніи лигатуры на ножку опухоли она была отдѣлена. Рана зажила вяло, но въ общемъ выздоровленіе шло хорошо.

Вырѣзанная опухоль подъ микроскопомъ оказалась яичникомъ, на одной сторонѣ котораго находилась величиною съ лѣсной орѣхъ киста, наполненная жировидною массою въ смѣси съ кровью. Содержимое грыжевого мѣшка, т. е. яичникъ былъ сращенъ со стѣнками грыжевого мѣшка вслѣдствіе слипчиваго воспаленія.

По возрасту пациентки и по комплексу болѣзненныхъ явленій авторъ считаетъ этотъ случай единичнымъ въ своемъ родѣ; по крайней мѣрѣ онъ не нашелъ аналогичнаго въ литературѣ этого вопроса. (Robert Barnes. Amer. Journ. of Obstetr. vol. XVI, № 1, и E. Owen-British Med. Journ. 1873, vol. II, p. 690) ¹⁾.

Ф. Кюнь.

30. **Monod. Difficulté du diagnostic différentiel de l'ascite et de certains kystes de l'ovaire.** (Société de Chirurgie Séance 25 mai. Semaine Medicale № 28, 1892). **Трудность дифференціальной діагностики между асцитомъ и нѣкоторыми кистамм яичниковъ.**

Большая, у которой была сдѣлана влагалищная экстирпація матки по поводу рака, обратилась къ автору съ жалобами на увеличеніе живота. Предположивъ рецидивъ на брюшинѣ съ асцитомъ, авторъ произвелъ пункцію причемъ было выпущено отъ 14 до 15 литровъ довольно густой жидкости.

Черезъ нѣкоторое время жидкость снова наполнилась, тогда произведенная лапаротомія показала массу неудаляемыхъ разраженій на днѣ малаго таза и рана закрыта. Жидкость снова быстро набралась и сдѣланъ былъ цѣлый рядъ проколовъ. Большая обратилась къ *Terrier*, который діагноцировалъ кисту яичника. Въ виду такой діагностики, авторъ снова произвелъ лапаротомію, причемъ снова констатировалъ разраженія въ маломъ тазу, рука его свободно достигла діафрагмы, но на пути нигдѣ не встрѣтила кишекъ; слѣдуя по стѣнкѣ ему съ трудомъ удалось опредѣлить стѣнку кисты, которую можно было отдѣлить слѣва; слѣдуя этому пути онъ совершенно отдѣлилъ весь мѣшокъ. Ножку было очень трудно переводить вслѣдствіе массы сращеній отъ бывшей ранѣ экстирпаціи. Лигатуры были наложены на ошупь. Больная послѣ операціи чувствуетъ себя хорошо.

Изслѣдованіе жидкости могло показать присутствіе кисты, но бывшая операція рака матки объясняетъ заблужденіе автора.

Bouilly никогда не наблюдалъ большихъ асцитовъ при рецидивахъ рака на брюшинѣ, которые локализируются главнымъ образомъ въ маломъ тазу и мало распространяются на peritoneum брюшной полости.

Terrier поставилъ діагнозъ кисты, на основаніи рѣдкости асцитовъ при рецидивахъ рака матки. кромѣ того анамнезъ больной и описаніе характера жидкости, трудность ея удаленія, наконецъ прямое изслѣдованіе, показавшее отсутствіе кишекъ, болѣе говорило въ пользу кисты, чѣмъ асцита.

¹⁾ См. также Ж. А. и Ж. Б. 1892, № 3, стр. 257. (Прим. редакціи).

Ему приходилось тоже нѣсколько разъ заблуждаться, но изслѣдованіе жидкости дало бы точные патогномоническіе признаки заболѣванія.

Pallailon затруднялся поставить діагностику большой опухоли у 20-лѣтней туберкулезной дѣвушки съ огромнымъ увеличеніемъ живота особенно въ нижней части. Все таки была діагносцирована киста яичника. Стѣнки ея при операціи оказались до такой степени сросшимися съ брюшными стѣнками, что ихъ невозможно было отдѣлить.

Дѣло шло о однополостной кистѣ яичника, содержащей 18 до 20 литровъ жидкости, но имѣя въ виду предшествующія явленія у больной и огромные размѣры живота особенно въ нижней его части, можно было думать объ ненормальномъ асцитѣ вслѣдствіе туберкулеза брюшины.

Routier оперировалъ недавно больную, которую въ продолженіи 15 лѣтъ видѣли *Courty*, *Spencer Wells* и *de Savoia* (изъ Рио-Жанейро), причемъ всѣ діагносцировали фиброміому матки. 4 года какъ у нея началъ расти животъ; 16 мѣсяцевъ тому назадъ ей сдѣлали пункцію и выпустили 25 литровъ жидкости, затѣмъ сдѣлали еще нѣсколько пункцій и два вырыскиванія іода, которыя сопровождались тяжелыми припадками. Недавно появились симптомы уреміи. Будучи приглашенъ, *Routier*, на основаніи предъидущихъ діагносцированій, опредѣлилъ фиброміому съ асцитомъ.

При вскрытіи живота ясно были видны глубокіе карманы, такъ что *Routier* предположилъ кисту и вернувшись къ стѣнкѣ сталь отдѣлять ее отъ брюшины; отдѣлившіи уже большой кусокъ брюшины, онъ замѣтилъ, что здѣсь имѣлась киста безъ ножки, по всей вѣроятности, широкой связки. Больная къ несчастью умерла спустя 5 часовъ послѣ операціи.

Lucas-Championnière замѣтилъ, что дифференціальная діагностика между асцитомъ и кистой яичника считается легкой; въ нѣкоторыхъ случаяхъ это справедливо, но иногда она становится почти невозможной. Случаи *Routier* и *Monod* доказываютъ, что даже при открытой брюшной полости возможна ошибка, поэтому не слѣдуетъ легко относиться къ вопросу о дифференціальной діагностикѣ этихъ двухъ заболѣваній.

П. Садовскій.

31. Alban Doran. Two cases of small ovarian tumours simulating uterine fibroid; removal; recovery (Brit. Med. Journ. June 4, 1892).

Два случая небольшихъ яичниковыхъ опухолей, симулировавшихъ маточный фиброидъ.

Оба сообщаемые авторомъ случая имѣютъ слѣдующій клинической и хирургической интересъ: въ обоихъ — опухоль была не велика и такъ тѣсно соединена съ маткою, что матка и опухоль двигались вмѣстѣ; это заставляло подозрѣвать существованіе маточнаго фиброида. Съ другой стороны, возрастъ (30 и 24 года) пациентокъ и сравнительно быстрый ростъ опухоли говорили въ пользу яичниковаго заболѣванія, хотя опять таки фиброиды могутъ являться и у молодыхъ женщинъ и расти быстро, тѣмъ болѣе что показанія самихъ пациентокъ относительно роста опухоли обыкновенно весьма ошибочны и рѣдко заслуживаютъ полного довѣрія. При такихъ условіяхъ эксплораторное чрево-

сбъченіе не только оправдывалось, но и было прямо показано. Результатъ операціи дѣйствительно показалъ, что дальнѣйшее выжиданіе только увеличивало бы опасность позднѣйшей операціи. Яичниковая опухоль не можетъ быть удалена достаточно рано, и это правило дѣлается еще болѣе обязательнымъ для хирурга, когда бимануальное изслѣдованіе и зондъ указываютъ на тѣсное соединеніе опухоли съ маткою. Удаленіе большой яичниковой опухоли съ весьма короткою ножкою или безъ ножки представляетъ чрезвычайно серьезную операцію.

Такъ именно и было въ этихъ двухъ случаяхъ: удаленный у 30-лѣтней Е. Л. правый яичникъ вѣсилъ $1\frac{1}{2}$ фунта (по удаленіи изъ него жидкаго содержимаго), имѣлъ толстую и весьма короткую ножку, при обильныхъ сращеніяхъ съ окружающими органами; внутреннее строеніе его представляло: трабекулы, ограничивающія альвеолярныя пространства, наполненныя коллоиднымъ веществомъ. Лѣвый яичникъ съ разорвавшейся во время операціи кистой и утолщенная лѣвая труба были также удалены.

Во второмъ случаѣ у 24-лѣтней К. К., $1\frac{1}{2}$ года тому назадъ замѣтившей у себя опухоль въ животѣ, былъ удаленъ правый яичникъ, вѣсившій $11\frac{1}{2}$ унцъ. Онъ представлялъ изъ себя опухоль съ весьма неправильною поверхностью, былъ сращенъ съ двумя петлями кишекъ и съ брыжейкою и снаружи на половину покрытъ широкою связкою. Опухоль представлялась ясно раздѣленною (широкою перегородкою изъ плотной фиброзной ткани) на двѣ доли, изъ которыхъ одна представляла однополостную кисту съ обильными папилломатозными разраженіями на внутренней стѣнкѣ; другая доля—многополостная киста съ сосочковыми разраженіями въ полостяхъ, близко расположенныхъ къ отверстію трубы. Лѣвый яичникъ носилъ начальныя слѣды такого же перерожденія. Стѣнки трубъ представляли явленія старой воспалительной инфилтраціи (*salpingitis interstitialis*). Всѣ придатки были удалены.

Послѣоперационное теченіе въ обоихъ случаяхъ нормальное и выздоровленіе обѣихъ пациентокъ полное.

Ф. Кюнъ.

32. Teichelmann. Notes of case of gonorrhoeal salpingitis. (Austr. Med. Gaz. June 15, 1892). Случай гонноройнаго сальпингита.

І. Д., 19 лѣтъ, проститутка. Менструировать неправильно и съ умѣренными болями начала 13 лѣтъ. На 14 году перенесла тяжелый дифтеритъ. Годъ тому назадъ имѣла выкидышъ, послѣ котораго *molimina* усилились. Два мѣсяца тому назадъ половые органы припухли, стали очень чувствительны, моченспусканіе стало болѣзненно и появилось обильное гнойное выдѣленіе. Подъ вліяніемъ лѣченія, направленнаго противъ гонорреи, всѣ эти явленія отчасти улучшились, отчасти и совсѣмъ исчезли; но появились новые симптомы: жестокія боли внизу живота, вздутіе его, рвота, $t^{\circ} 100^{\circ}$, отсутствіе аппетита и слабость.

При изслѣдованіи матка оказалась фиксированною и повидимому въ ретрофлексіи, позади нея плотная очень чувствительная къ давленію опухоль
Діагнозъ: *salpingitis gonorrhoeica*.

12 окт. 1891 г. Лапаротомія и удаленіе правой трубы и яичника; съ лѣвой стороны придатки оказались здоровыми, безъ сращеній, почему и оставлены.

На 24 день послѣ операціи пациентка выписалась здоровою.

При изслѣдованіи удаленныхъ придатковъ на нихъ повсюду видны были старыя фиброзныя сращенія и признаки совершенно свѣжаго воспаленія. Серозный покровъ ихъ гиперэмированъ съ многочисленными петехиальными пятнами. Брюшной конецъ трубы не былъ закупоренъ, но фимбріи припухли, налиты. При разрѣзѣ трубы изъ нея вытекло небольшое количество жидкаго гноя.

Микроскопическое изслѣдованіе трубы показало только признаки, свойственные вообще катарральному воспаленію слизистыхъ оболочекъ.

Ф. Кюнъ.

33. Jacobs. Pyosalpinx et papillome des ovaires. (Bulletin de la société Belge de gynecol. et d'obstetrique. 1892. N-os 1 et 2) Pyosalpinx и papilloma яичниковъ.

Г-жа X., 43 л., multipara, всегда пользовавшаяся хорошимъ здоровьемъ сообщила д-ру Jacobs: шесть мѣсяцевъ тому назадъ почувствовала боли въ области яичниковъ, которыя усиливались съ теченіемъ времени; животъ постепенно увеличивался въ объемѣ. Появились другіе болѣзненные симптомы: бессонница, отсутствие аппетита, затрудненная дефекація, а также мочеиспусканіе. Наружное изслѣдованіе: животъ значительно увеличенъ въ объемѣ и въ нижней части прощупывается опухоль; скопленіе жидкости въ брюшной полости.

Внутреннее изслѣдованіе: шейка матки мала отклонена назадъ; позади гѣла матки прощупывается малоболѣзненная, неподвижная и флюктурирующая опухоль, выполняющая малый тазъ, придатки матки нельзя было опредѣлить.

Діагнозъ: киста яичника. Лапаротомія 8-го янв. 1892 г. По вскрытіи брюшины оказалось, что опухоль—фаллопиева труба, сильно растянутая жидкостью, съ тонкими стѣнками. Наложивъ лигатуру на уточненную часть, которая прилежала къ маткѣ и отдѣливъ сращенія, Jacobs удалил опухоль. Другая труба найдена здоровою. Яичники папилломатозны и удаленіе было затруднительно вслѣдствіе сращеній съ кишками; сращенія были отдѣлены термокаутеромъ *Miculicz'a*. Наложены швы на брюшную рану. Удаленная опухоль (фаллопиева труба) была растянута серозно-гнойною жидкостью до значительныхъ размѣровъ, высота опухоли = 22 cent. какъ показало измѣреніе. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений. Черезъ 17 дней пациентка выписалась и общее состояніе здоровья найдено удовлетворительнымъ.

А. Лапина.

34. **Gross. Contribution à l'étude des fibro-myomes du ligament large** (Sixième Congrès de Français de Chirurgie. Semaine Medicale № 19). **Къ учению о фиброміомахъ широкой связки.**

Плотные опухоли широкой связки встрѣчаются крайне рѣдко и мало изучены. *Virchow* первый указалъ на возможность прямого развитія фиброміомъ изъ тканей широкой связки. *Schetelig, Langenbeck, Gayet, Billroth, Schroeder, Tedenert* и др. наблюдали интралигаментарныя фиброміомы безъ связи съ маткой. Фиброміомы на ножкѣ гораздо демонстративнѣе, но встрѣчаются еще рѣже; до сихъ поръ опубликовано было только 5 случаевъ: *Mikulicz'a, Sängner'a, Borker'a, Biflinger'a* и *Dorran'a*. Авторъ удалилъ фиброміому на ножкѣ вѣсомъ 2500 граммъ изъ правой широкой маточной связки. По мѣсту происхожденія, авторъ соглашается съ *Sängner'омъ*, считая таковымъ мышечныя волокна широкой связки. Діагностика ставится очень трудно и только въ случаѣ *Breisky* она была поставлена правильно, другіе же авторы смѣшивали съ опухолью яичника. Опухоли эти удаляются, если онѣ снабжены ножкой—какъ яичниковыя, если же таковой нѣтъ, то онѣ должны быть разсматриваемы какъ подперитонеальныя опухоли матки.

П. Садовскій.

35. **T. Cramer: Parametritis abscedens bei einem 12 jährigem Mädchen** (Deutsche med. Wochenschr., 1892, № 33). **Parametritis abscedens у 12 лѣтней дѣвочки.**

Заболѣваніе начинается головными болями, длящимися 2 дня, затѣмъ выступаютъ на первый планъ коликообразныя боли въ животѣ, съ болевymi ощущеніями при пальпации въ области Colon descendens. Оніи только незначительно и кратковременно уменьшаютъ боль и вслѣдствіе этого прополаскиваніе кишечника невозможно. Принятіе *Ol. Ricini* вызываетъ рвоту. Теплыя припарки уменьшаютъ коликообразныя боли только во время примѣненія ихъ. Какъ только онѣ охлаждаются боли усиливаются. Такой Status продолжается съ 7 сентября до 15-го, когда появилась явно сплюснутая дефекація. Діагностицируется стенозъ кишки. Не смотря на примѣненіе наркотическихъ средствъ коликообразныя боли настолько мучительны, что ребенокъ мечется въ кровати и кричитъ благимъ матомъ. Новое изслѣдованіе показываетъ усиленную чувствительность въ лѣвой паховой области, въ правой болѣзненность значительно меньше. Вслѣдствіе этого кромѣ стеноза кишки предполагается воспалительный процессъ брюшины этой мѣстности. Изслѣдованіе подъ наркозомъ показало: абсцессъ въ лѣвомъ заднемъ сводѣ, который выдается больше кзади и вдавливаютъ переднюю стѣнку гесті въ просвѣтъ кишки. Пробный проколъ въ заднемъ сводѣ. Извергается въ большомъ количествѣ зеленый пихорозный гной. Трубка троакара оставляется въ отверстіи абсцесса. Назначаются теплыя ванны и теплыя припарки изъ льнянаго сѣмени. Коликообразныя боли послѣ пункціи значительно уменьшаются; появился аппетитъ. 20 сентября вновь наступаютъ боли вслѣдствіе застоя истеченія. 23 сентября вторичная пункція. Значительное облегченіе всѣхъ симптомовъ. Въ послѣдующіе дни мѣсто прокола опять заросло и боли возобнови-

лись, но 27 сент. во время дефекаціи выдѣлилась масса гноя. Съ тѣхъ поръ больная стала медленно поправляться. 15 октября послѣдній разъ выдѣлился гной. На слѣдующій день температура упала до 36,5°. Черезъ 3 мѣсяца послѣ начала заболѣванія больная стала посѣщать школу.

Что касается этиологін параметритовъ у дѣтей, то она крайне темна. Ни *Schröder*, ни *Bandl*, ни *Fritsch* даже не упоминаютъ этого заболѣванія у не менструирующихъ еще дѣвочекъ. Объ инсультѣ въ половой сферѣ въ данномъ случаѣ и рѣчи быть не могло, ибо дѣвственная плева была цѣла и невредима. Въ анамнезѣ имѣются слѣдующія данныя: за 18 дней до заболѣванія дѣвочка эта упала на улицѣ такъ, что ударившись лѣвымъ бокомъ покатила нѣсколько разъ. Это сотрясеніе вызвало перемѣну въ настроеніи ребенка, бывшаго раньше веселымъ, и жалобы на боль въ животѣ, которая къ сентябрю такъ значительно усилилась. Авторъ отмѣчаетъ, какъ причинный моментъ, еще запоры, которыми больная всегда страдала. Сильное сотрясеніе во время паденія при переполненномъ кишечникѣ могло вызвать значительное отслоеніе эпителия гесті и такимъ образомъ дать доступъ инфекціи къ тазовой клѣчаткѣ и этимъ путемъ вызвать, имѣвшійся въ данномъ случаѣ, абсцессъ.

Б. Фейнбергъ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

ПРОФ. Н. Н. ФЕНОМЕНОВЪ Оперативное акушерство. Лекціи, читанныя студентамъ Императорскаго Казанскаго Университета съ 10 таблицами литографированныхъ рисунковъ. Казань 1892 г.

Д-ра И. О. Даниловича,

До сихъ поръ въ русской литературѣ существовало только одно оригинальное руководство оперативнаго акушерства, на которомъ и воспитывались цѣлыя поколѣнія русскихъ врачей и акушеровъ. Это—капитальный трудъ академика *А. Я. Крассовскаго* («Оперативное акушерство со включеніемъ ученія о неправильностяхъ женскаго таза»), выдержавшій уже 4 изданія. Несомнѣнные и общепризнанные качества этого руководства: полнота, подробное и ясное изложеніе cadaго оперативнаго приѣма, а также показаній и противопоказаній, подробныя историческія и литературныя указанія и т. д. дѣлаютъ его классическимъ и настольною книгою cadaго спеціально изучающаго акушерство. Но для студентовъ и практическихъ врачей пользоваться руководствомъ академика *Крассовскаго* довольно трудно, такъ какъ изученіе его требуетъ много времени, которымъ студенты и практическіе врачи обыкновенно не располагаютъ. Этимъ, по моему мнѣнію, объясняется довольно значительное число переводныхъ краткихъ учебниковъ оперативнаго акушерства (*Stahl*) по лекціямъ *Hegar'a*, (*Schauß'a*, *Fritsch'a* и др.), появляющихся въ печати.

Появленіе этихъ переводныхъ учебниковъ доказываетъ несомнѣнно существующую у врачей потребность въ краткомъ сжатомъ учебникѣ оперативнаго акушерства, который бы требовалъ меньше времени для изученія и, знакомя съ главнѣй-

шими приемами, давалъ руководящую нить для практической дѣятельности врача.

Вотъ этой-то задачѣ въ высокой степени удовлетворяетъ курсъ оперативнаго акушерства проф. *Н. Н. Феноменова*. При томъ руководство это, помимо другихъ прекрасныхъ качествъ, о которыхъ сейчасъ будетъ упомянуто, отличается отъ переводныхъ (исключительно нѣмецкихъ) главнымъ принципомъ, положеннымъ въ основу практической дѣятельности врача-акушера. Принципъ этотъ состоитъ въ томъ, чтобы, прибѣгая къ оперативному пособію, постоянно имѣть въ виду возможное сохраненіе жизни и здоровья матери, плода же постольку, поскольку спасеніе его не грозитъ опасностью жизни или здоровью матери. Принципу этому нельзя не сочувствовать, такъ какъ для громаднаго большинства случаевъ дальнѣйшая судьба дѣтей несомнѣнно зависитъ отъ здоровья матери: въ состояніи она вскормитъ своего ребенка грудью, онъ можетъ выжить; если же она не въ состояніи кормить, ребенокъ почти навѣрное погибаетъ. Принципъ неизмѣримо большаго значенія жизни и здоровья матери сравнительно съ жизнью утробнаго плода довольно давно установился въ Англіи; въ Германіи же, Франціи и у насъ въ Россіи постоянно поддерживается принципъ такъ сказать равноправности жизни матери и плода. На основаніи этого послѣдняго принципа, особенно въ послѣднее время, появляется много предложеній, направленныхъ къ спасенію дѣтей, хотя-бы въ ущербъ жизни или здоровью матерей; таковы—щипцы на высокостоящую головку, глубокіе надрѣзы при мало раскрытомъ или даже не раскрытомъ зѣвѣ (*Dührssen*), кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи, симфизеотомія и т. д. при которыхъ несомнѣнно спасается нѣкоторая часть дѣтей, но зато значительная часть матерей платится продолжительнымъ разстройствомъ здоровья, а иногда и жизнью.

Лекціи проф. *Н. Н. Феноменова* изложены прекраснымъ языкомъ,—чрезвычайно живымъ и яснымъ. Изъ оперативныхъ методовъ авторомъ излагаются главнымъ образомъ тѣ, которые наиболѣе вѣрно и безопасно для матери достигаютъ цѣли, но каждый такой приемъ описанъ подробно и ясно. Показанія къ каждой изъ главныхъ операцій: щипцамъ, повороту, краниотоміи и т. д. указаны очень точно, причемъ авторъ старается установить рѣзкую границу, гдѣ кончается показаніе къ одной операціи и начинается показаніе къ другой. Читаются эти лекціи легко и съ большимъ интересомъ, благодаря прекрасному

изложенію, живої критикѣ методо́въ, какъ принимаемыхъ, такъ и отвергаемыхъ авторомъ, а также благодаря краткимъ историческимъ и казуистическимъ очеркамъ.

Въ виду указанныхъ достоинствъ курса оперативнаго акушерства я не рискую ошибиться, если скажу, что появленіе его составитъ цѣлую эпоху не только въ русской акушерской литературѣ, вообще бѣдной оригинальными трудами, но и въ дѣятельности врачей, которые проникшись взглядами, проводимыми въ немъ, будутъ менѣ колебаться въ выборѣ показаній къ операціи въ каждомъ данномъ случаѣ трудныхъ родовъ и, не блуждая отъ одной операціи къ другой, навѣрное будутъ дѣйствовать бережнѣе, покрайней мѣрѣ въ отношеніи матери.

Не со всѣми взглядами и предложеніями автора можно однако согласиться, точно также въ курсѣ нѣтъ нѣкоторыхъ появившихся въ послѣдніе годы очень практичныхъ приѣмовъ, облегчающихъ ту или другую операцію. Впрочемъ объ этомъ будетъ упомянуто при разборѣ отдѣльныхъ операцій, къ которому я и перехожу.

Обычнаго дѣленія акушерскихъ операцій на подготовительныя и родоразрѣшающія авторъ не придерживается и излагаетъ отдѣльно каждую операцію, группируя отдѣльные приемы и операціи скорѣе по цѣли, для которой они производятся.

Изложенію собственно оперативнаго акушерства предпосланъ краткій, но мастерски написанный очеркъ состоянія акушерства въ древнѣйшія времена и возникновенія въ нашемъ столѣтіи идеи объ антисептикѣ, а также краткая біографія творца этой идеи *F. Ph. Semmelweis's*а.

Изъ дезинфицирующихъ средствъ рекомендуется главнымъ образомъ карболовая кислота (2—3% растворъ); сулемою авторъ пользуется для ограниченнаго операціоннаго поля (Р. v., каналъ шейки и т. под.), допускаетъ рукавное спринцеваніе ею, для полости же матки вовсе ея не употребляетъ. Какъ матеріаль для швовъ рекомендуется стерилизованный и сохраняющійся въ спиртѣ шелкъ и кѣгутъ (съ *ol. Juniperi* или хромовой кислотой).

Изъ способовъ искусственнаго возбужденія преждевременныхъ родовъ рекомендуются главнымъ образомъ горячіе души, введеніе бузей и способъ *Tarnier*, причѣмъ для введенія въ полость матки какъ бужа, такъ и прибора *Tarnier* совѣтуется примѣненіе желобоватыхъ зеркалъ и пулевыхъ щипцовъ, въ видахъ необходимости дезинфекціи канала шейки, а также для

болѣ легкаго введенія буза или прибора *Tarnier*. Изъ показаній къ этой операціи указывается остеомалаяція, не встрѣчающаяся въ числѣ показаній въ другихъ руководствахъ.

Изъ способовъ искусственнаго выкидыша авторъ примѣняетъ слѣдующій: Обнаживъ влагалищную часть при помощи желобованныхъ зеркалъ и захвативъ ее пулевыми щипцами, онъ расширяетъ каналъ шейки стеклянными расширителями, затѣмъ обводитъ зондъ вокругъ плоднаго яйца и тампонируетъ полость матки и рукавъ іодоформною марлей. Если яйцо не выйдетъ вслѣдъ за удаленіемъ тампона, то тампонація полости матки повторяется, пока плодное яйцо не опустится въ каналъ шейки. когда оно удаляется пальцемъ или ложечкой *Martin'a*. Предлагаемый способъ несомнѣнно можетъ привести къ цѣли, но онъ далеко не безъупреченъ. Съ одной стороны въ первые два мѣсяца непонятно употребленіе зонда. Самъ авторъ говоритъ, что въ это время зондомъ нельзя навѣрное отдѣлать плодное яйцо отъ стѣнокъ матки, такъ какъ зондъ можетъ помѣститься между *decidua vera* и *reflexa* и скользнуть по нимъ, не затронувъ *d. serotina*. Слѣдовательно въ это время гораздо проще и вѣрнѣе прибѣгнуть не къ зонду, а къ острой ложечкѣ, которая навѣрное разрушитъ плодное яйцо и почти навѣрное удалитъ всю *decidua*. Съ другой стороны, начиная съ 3-го мѣсяца беременности. мерзко родовую дѣятельность можно вызвать отдѣленіемъ плоднаго пузыря отъ стѣнки матки и при помощи зонда. Если же это не приводитъ къ цѣли, и приходится прибѣгнуть къ раскрытію матки, то за *laminae*ей остается то преимущество, что при примѣненіи ея получается большее разрыхленіе тканей и легче проникнуть пальцемъ до пузыря, чтобы разорвать его и удалить плодное яйцо.

Разрѣзъ маточнаго зѣва авторъ рекомендуетъ дѣлать при помощи желобоватыхъ зеркалъ, такъ какъ при этомъ легче обеззаразить операціонное поле и контролировать кровотеченіе. Эпизиотомію онъ совершенно отвергаетъ, такъ какъ во 1-хъ не считаетъ доказаннымъ, что-бы она предупреждала разрывъ промежности, и во 2-хъ не видитъ преимуществъ ранъ большихъ губъ передъ разрывами промежности, которые послѣ сшиванія срастаются какъ правило.

При изложеніи поворота авторъ, не видя особенныхъ преимуществъ отъ выбора той или другой руки при различныхъ положеніяхъ плода, а также въ виду запутанности, а иногда и прямой противоположности совѣтовъ различныхъ школъ, совѣ-

туеть всегда пользоваться тою рукою, которою оперирующей лучше владѣть (слѣдовательно для большинства людей — правою), разрывать оболочки (герр. d. мѣсто при центральномъ прикрѣпленіи) всегда въ зѣвѣ, отыскивать ножку длиннымъ или французскимъ путемъ и захватывать первую попадающуюся ножку за голень полною рукою. Все ученіе о поворотѣ сводится такъ сказать къ идеальной простотѣ, какъ это впрочемъ сдѣлано уже и *Fritsch*'емъ. Комбинированный поворотъ по *Braxton-Hicks*'у вообще отвергается авторомъ за исключеніемъ лишь нѣкоторыхъ случаевъ *placentae graeviae* при податливомъ, хотя мало открытомъ зѣвѣ и легко достижимыхъ ножкахъ. Профилактическій поворотъ на ножку при узкихъ (герр. плоскихъ) тазахъ, который со временъ *Osiander*'а не разъ находилъ горячихъ защитниковъ и столь же ярыхъ противниковъ и который въ послѣднее время снова настоятельно рекомендуется различными нѣмецкими авторами (*Schröder*, *Schauta*, *Nagel* и др.), разбирается довольно подробно и категорически отвергается.

Извлеченіе плода при ножныхъ и ягодичныхъ положеніяхъ дѣлится на 4 момента, будто бы для выгоды начинающихъ, хотя трудно понять, чѣмъ можетъ быть мотивировано раздѣленіе извлеченія до пупка и отъ пупка до лопатокъ ¹⁾ тѣмъ болѣе, что извлеченіе за ягодицы излагается отдѣльно. Вообще изъ изложенія этой операціи можно составить представленіе, будто какъ только родилась ножка, нужно, хотя и медленно, дѣлать экстрацію (даже въ промежутки между болями, чтобы не затягивать родовъ), между тѣмъ какъ по характеру всего курса едва ли входитъ въ намѣреніе автора рекомендовать такой пріемъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ выпала или низведена ножка; неполное открытіе зѣва также повидимому не считается противопоказаніемъ для извлеченія за ножку.

Послѣ освобожденія первой ручки для того, чтобы повернуть другое плечико кзади, совѣтуется пріемъ *Scanzoni*, т. е. вталкиваніе туловища кверху и мелкія вращательныя движенія его вокругъ продольной оси. Поворачиваніе за освобожденную ручку отвергается, и вовсе не упоминается самый обыкновенный способъ—введеніе двухъ пальцевъ между плечикомъ плода

¹⁾ Авторъ говоритъ, что при этомъ дѣленіи онъ имѣлъ въ виду точнѣе обозначить время, когда слѣдуетъ приступить къ 3-му моменту—освобожденію ручекъ (стр. 139), но это очевидное недоразумѣніе, такъ какъ этотъ моментъ отъ дѣленія на 3 или 4 срока не измѣняется.

и передней стѣнкой таза, причемъ плечико поворачивается въ крестцовую впадину, между тѣмъ этому способу меньше всего можно сдѣлать какой-либо упрекъ. Если ручки вытянуты вдоль головки или запрокинуты за головку, то совѣтуется сдѣлать сильную тракцію книзу,—совѣтъ не всегда полезный, такъ какъ при немъ легко можетъ произойти ущемленіе передней ручки между головкой и лоннымъ соединеніемъ, и освобожденіе ея вовсе не удастся, между тѣмъ какъ безъ сильнаго потягиванія книзу требуется вѣдь только войти выше, т. е. ввести поль-руки или даже руку.

На важность отдавливанія дна матки книзу во время извлечения младенца обращается должное вниманіе, но не упоминается о способѣ выжиманія непосредственно послѣдующей головки, предлагаемомъ *Winckel*емъ, *A. Martin*омъ и др.

Что касается номенклатуры способовъ освобожденія послѣдующей головки, то въ послѣднее время она сдѣлалась предметомъ довольно подробныхъ изысканій для установленія, кого считать творцомъ общепринятаго въ настоящее время способа. Поэтому немного страннымъ кажется дѣленіе, принимаемое авторомъ, именно: 1) Способъ *Smellie*, состоящій только въ сгибаніи головки; 2) пражскій, отвергаемый авторомъ; 3) способъ *Smellie-Veit*'а и 4) способъ *M-me Lachapelle*. Оба послѣдніе отличаются, какъ извѣстно, лишь тѣмъ, что въ одномъ пальцы руки, введенной во влагалище, прикладываются къ верхней челюсти, въ другомъ къ нижней, и оба эти способа описаны у *Mauriceau*. Поэтому справедливѣе было бы соединить оба способа въ одинъ и придать ему имя перваго, предложившаго его.

Извлеченіе за ягодицы излагается отдѣльно отъ ручного извлеченія вообще въ виду конечно рѣдкости этой операціи и техническихъ затрудненій при ней. При этомъ дается совѣтъ низводить ножку во всѣхъ случаяхъ, гдѣ ягодицы стоятъ надъ входомъ таза. Если-же ягодицы стоятъ въ полости таза, то совѣтуется вводить въ пахъ лишь одинъ палецъ и извлекать за тотъ пахъ, который достижимъ, или за оба; зато совершенно изгоняется употребленіе тупого крючка, щипцовъ и петель. Для случаевъ, гдѣ плодъ завѣдомо мертвый, допускается тупой крючекъ.

Соглашаясь вполне, что низведеніе ножки при ягодичныхъ положеніяхъ оказываетъ весьма благопріятное вліяніе на дальнѣйшее теченіе родовъ, я думаю, что низведеніе ножки можно бы рекомендовать не только при ягодицахъ, стоящихъ надъ

входомъ, но даже во входѣ и ниже, если только ножки достаются двумя пальцами, введенными въ зѣвъ. Что-же касается пальца, исключительно рекомендуемаго авторомъ для извлеченія за пахъ, то это инструментъ не безупречный. Обыкновенно передній пахъ легче достигается, но извлекать за него, подражая естественному механизму родовъ, т. е. параллельно лонному соединенію, невозможно; приходится отдавливать пахъ кзади и на это (т. е. на прижатіе задней ягодицы къ крестцовой кости) теряется почти вся сила, между тѣмъ какъ при помощи напр., петли или крючка тракціямъ можетъ быть придано болѣе правильное направленіе и эффектъ достигается съ меньшей силой.

Отдѣлъ о щипцахъ изложенъ очень ясно и снабженъ многими хорошо исполненными рисунками, показывающими различные моменты наложенія щипцовъ и извлеченія ими головки при различныхъ условіяхъ (задніе виды, лицевыя положенія и т. д.), причемъ рекомендуются исключительно щипцы *Simpson's*.

Правила введенія и замыканія щипцовъ изложены весьма подробно и въ общемъ не отличаются отъ общепринятыхъ, только послѣ введенія первой ложки рекомендуется поручать ее для удерживанія помощнику, хотя едвали когда либо встрѣчается необходимость въ этомъ, такъ какъ она и сама хорошо держится. Вообще допускается наложеніе щипцовъ только въ поперечномъ размѣрѣ таза, когда головка стоитъ *zangenrecht*¹⁾ или въ косомъ размѣрѣ, противоположномъ тому, въ которомъ стоитъ стрѣловидный шовъ. Всякія поворачиванія головки щипцами отвергаются. При поперечномъ стояніи головки совѣтуется выжиданіе, пока головка не повернется въ косої размѣрѣ. При заднихъ-же видахъ черепныхъ положеній совѣтуется накладывать щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза и при тракціяхъ подводить подъ лонную дугу область большого родничка, причемъ головка должна прорѣзаться малымъ косымъ размѣромъ. Поворачиванія головки щипцами (способы *Lange* и *Scanzoni*) отвергаются. Если-же во время тракцій затылокъ обнаруживаетъ наклонность поворачиваться кпереди, то совѣтуется разомкнуть щипцы и во время 2—3 схватокъ примѣнять способъ Кристеллера; затѣмъ, когда затылокъ повернется кпереди,—продолжать извлеченіе головки щипцами какъ при переднемъ видѣ.

¹⁾ Не могу не обратить вниманіе на маленькую странность: у автора всздѣ встрѣчается выраженіе *in Zangenrecht* (въ щипцовомъ правѣ?) вмѣсто обычнаго нѣмецкаго *zangenrecht* (удобно для щипцовъ).

Изложивъ приблизительно въ такомъ видѣ ученіе о щипцахъ, авторъ очень горячо ратуетъ противъ наложенія ихъ на головку, стоящую поперечно въ тазу, и вообще противъ стремленія исправить при помощи щипцовъ положеніе головки. Во главѣ возраженій противъ такого стремленія выставляется тезисъ, что щипцы—инструментъ лишь влекущій, но отнюдь не предназначенный для исправленія положеній. Допуская атипическое (косое) наложеніе щипцовъ на головку, стоящую косо въ полости таза, авторъ самъ повидимому отступаетъ отъ поставленнаго тезиса и кромѣ того признаетъ, что при извлеченіи щипцами необходимо «не нарушать того механизма, съ помощью котораго совершаются роды естественнымъ путемъ» (стр. 199). Задніе виды черепныхъ положеній, какъ извѣстно, обычно переходить въ передніе, и кромѣ того извлеченіе головки въ переднемъ видѣ совершается гораздо легче и съ меньшими поврежденіями для матери, нежели при заднемъ. Отсюда понятно стремленіе превращать задніе виды въ передніе, появившееся чуть не со времени введенія щипцовъ (*Smellie, Solayrès* и др.) и выразившееся въ двухъ способахъ искусственнаго поворота затылка кпереди: *Lange* и *Scanzoni*. Авторъ, какъ упомянуто уже, отвергаетъ какъ эти способы, такъ и наложеніе щипцовъ при поперечномъ стояніи головки, но возраженія приводимыя имъ, не представляются мнѣ особенно доказательными. Относительно поперечнаго стоянія головки онъ указываетъ, что бываютъ «условія, которыя *исключаютъ возможность и необходимость поворота въ данное время*». Соглашаясь, что это примѣнимо къ случаямъ плоскаго таза, пока головка проходитъ входъ таза, не вижу однако причины, почему, если-бы къ концу такого прохожденія боли совершенно ослабѣли, не примѣнить косое наложеніе щипцовъ, какъ и при косо стоящей головкѣ, и не захватить головку такимъ образомъ, чтобы затылокъ навѣрное повернулся кпереди.

Относительно заднихъ видовъ черепныхъ положеній авторъ полагаетъ, что при исправленіи положенія головки щипцами родовымъ путемъ наносятся сильныя травмы. Но вѣдь поперечные и задніе виды черепныхъ положеній обычно переходятъ въ передніе, причемъ головка произвольно поворачивается на $\frac{1}{4}$ даже $\frac{1}{2}$ окружности, притомъ въ любомъ отдѣлѣ полости малаго таза, не причиняя особенныхъ травмъ, головка-же со щипцами, наложенными по бокамъ ея, въ сущности представляетъ тотъ-же объемъ, какъ и безъ щипцовъ. Наконецъ авторъ задніе виды счи-

тасть повидимому положеніемъ совершенно нормальнымъ, на стр. 201 онъ говоритъ: «природа въ теченіи долгаго времени употребляла усилія для того, чтобы, примѣняясь съ условіямъ даннаго таза и головки, создать такую конфигурацію, которая требуется при заднемъ видѣ, а Вы вдругъ заставляете ее насильственно родиться въ переднемъ видѣ». Это возраженіе примѣнимо развѣ къ нѣкоторымъ сравнительно рѣдкимъ случаямъ косою или частично суженнаго таза, гдѣ затылокъ, какъ наиболѣе объемистая часть головки, можетъ помѣститься только въ крестцовой впадинѣ; большею-же частью задніе виды образуются благодаря случайнымъ обстоятельствамъ во время родового акта, напр., опущенію лобнаго бугра и подхожденію его подъ лонную дугу.

Способы *Lange* и *Scanzoni* отвергаются въ большинствѣ учебниковъ оперативнаго акушерства ¹⁾ во 1-хъ какъ рѣдко ведущіе къ цѣли, и во 2-хъ вслѣдствіе того, что считаются слишкомъ опасными. Но, какъ уже сказано, опасенія разрывовъ влагалища преувеличены, и значеніе ихъ при соблюденіи чистоты и возможности спиванія также не особенно велико. Между тѣмъ во многихъ случаяхъ, гдѣ при заднемъ видѣ головка не поддается при тракціяхъ щипцами, ее обыкновенно удается щипцами-же повернуть затылкомъ впередъ и дальнѣйшее извлеченіе въ переднемъ видѣ совершается легко и съ меньшимъ вредомъ для матери и плода, чѣмъ еслибы извлеченіе продолжалось въ заднемъ видѣ. Это доказываетъ между прочимъ статистика С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія, опубликованная за 1885—1888 годъ *В. И. Миллеромъ* ²⁾. *H. Fritsch*, въ первыхъ изданіяхъ своей клиники оперативнаго акушерства, отвергавшій исправленіе положеній головки щипцами, въ послѣднемъ изданіи говоритъ ³⁾: Этотъ способъ (*Scanzoni*) въ умѣлыхъ и осторожныхъ рукахъ даетъ отличные результаты. Я всегда боялся учить этому способу, такъ какъ неопытный легко надѣлаетъ поврежденій». Далѣе тотъ-же авторъ прибавляетъ, что при этомъ способѣ онъ никогда не видѣлъ разрывовъ рукава даже при большихъ головкахъ.

¹⁾ См. напр. Шаута. Очеркъ основъ оперативнаго акушерства Сиб. 1885 стр. 232 Fehling. Handbuch für Geburtshülfe т. III. стр. 146—149 и др.

²⁾ О примѣненіи щипцовъ при заднемъ видѣ затылочныхъ и темянныхъ положеній. Журналъ акушерства и жен. бол. 1890 г. № 2 и 3.

³⁾ H. Fritsch. Klinik der geburtshülflichen Operationen 4 издание Halle 1888. стр. 77.

Положеніе щипцовъ на головку, стоящую надъ входомъ таза, а равно на послѣдующую головку, справедливо отвергается. За щипцами *Tarnier*, *Brcuss'a*, *Лазаревича* и т. д. авторъ также не признаетъ особенныхъ преимуществъ.

Въ главѣ о *Craniotomi* и рекомендуются общепринятыя методы операціи (перфораторомъ *Leissnig-Köwisch'a* или *Blot*, но при высоко (подвижно) стоящей головкѣ дается совѣтъ оперировать, сдѣлавъ предварительно головку доступной зрѣнію при помощи желобоватыхъ зеркалъ. Но такъ какъ употребленіе зеркалъ требуетъ много помощниковъ, то въ случаѣ отсутствія ихъ авторъ совѣтуетъ по крайней мѣрѣ захватить кожу высокостоящей головки музейскими щипцами, а затѣмъ уже дѣлать прободеніе колющимъ инструментомъ. При этомъ самъ авторъ говоритъ, что способы эти не прививаются въ практикѣ и выражаетъ нѣкоторое удивленіе по этому поводу. Но, мнѣ кажется, удивляться тутъ нечему: если имѣются надежные ассистенты то прободеніе головки приборомъ *Leissnig-Köwisch'a*—дѣло 2—3 минутъ, между тѣмъ, чтобы обнажить высокостоящую головку желобоватыми зеркалами и вырѣзать кусокъ кожи съ головки, рискуя поранить свисающія стѣнки рукава, понадобится 10—15 минутъ съ тѣмъ, чтобы затѣмъ употребить тѣ-же 2—3 минуты на выпиливаніе кости. При недостаткѣ же ассистентовъ, хотя музейскіе щипцы и фиксируютъ головку, но едвали въ достаточной мѣрѣ, особенно если дѣйствовать колющимъ инструментомъ *Blot*, такъ какъ требуется довольно значительная сила, чтобы проколоть имъ кость; если же вколоть его въ шовъ или родничекъ, то отверстіе можетъ или перемѣститься, или оказаться недостаточнымъ.

Такъ какъ мы видѣли выше, что условія для наложенія щипцовъ значительно служены, наложеніе ихъ допускается лишь на головку, стоящую *zangenrecht* или почти *zangenrecht*, то въ замѣнъ этого расширены показанія къ прободенію головки. Такъ въ числѣ показаній имѣется эклампсія на томъ основаніи, что если выжидать условій для наложенія щипцовъ, то ухудшится предсказаніе для матери (число припадковъ?), дѣтей же и безъ того много погибаетъ при эклампсіи. Соглашаясь вполнѣ, что скорое окончаніе родовъ часто оказываетъ благоприятное вліяніе на эклампсію, тѣмъ не менѣе думаю, что прободеніе головы можетъ потребоваться лишь въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ при завѣдомо мертвомъ плодѣ, въ остальныхъ же случаяхъ эклампсіи поразительно быстро раскрытія зѣва можно

обыкновенно достигнуть равнымъ вскрытіемъ околоплоднаго пузыря (о чемъ авторъ не упоминаетъ), а вѣдь все дѣло въ этихъ случаяхъ въ достаточномъ раскрытіи зѣва, такъ какъ большою частью эклампсія наблюдается у первородящихъ, у которыхъ головка къ началу родовъ стоитъ въ полости малаго таза. Чтобы зѣвъ быстрѣе раскрывался послѣ перфорациі, чѣмъ послѣ разрыва пузыря во 1-хъ не доказано, а во 2-хъ эти два приѣма не-соизмѣримы по отношенію къ младенцу.

При узкомъ тазѣ и *endometritis sub partu* авторъ совѣтуетъ возможно раннее прободеніе.

Отдѣлъ объ *Embryotomii* и одинъ изъ лучшихъ въ курсѣ оперативнаго акушерства и выгодно отличается отъ того-же отдѣла у другихъ авторовъ. Декапитация *Braun'*овскимъ крючкомъ рекомендуется только въ тѣхъ случаяхъ, если шейка очень легко достижима, вообще же предпочтеніе отдается декапитациі при помощи искривленныхъ ножницъ. Между прочимъ предлагаются для этой цѣли ножницы собственаго изобрѣтенія—короткія, крѣпкія, слегка искривленные по ребру, съ длинными рукоятками, снабженными внутри пружиною. Для извлеченія головки послѣ декапитациі рекомендуется ввести два пальца въ ротъ и захватить культию мюзеевскими щипцами. Какихъ-либо значительныхъ выгодъ отъ декапитациі передъ раздѣленіемъ позвоночника на любомъ другомъ мѣстѣ, особенно въ поясничной области, авторъ не видитъ. Для послѣдней операціи (*Spondylotomia*) онъ совѣтуетъ пользоваться или ножницами или декапитационнымъ крючкомъ, для извлеченія нижней части туловища рекомендуетъ захватить ее 2—3 мюзеевскими щипцами. Вездѣ въ отдѣлѣ объ *embryotomii* настоятельно рекомендуется предпочитать эту операцію трудному повороту, но не упоминается о жизни плода, хотя помимо спасенія младенца присутствіе сердцебіенія его обыкновенно служитъ хорошимъ указаніемъ на возможность поворота безъ вреда для матери.

Изложеніе операціи кесарскаго сѣченія въ общемъ не отличается отъ общепринятаго способа. Названіе этой операціи „по *Sänger'y*“ авторъ считаетъ неудачнымъ. Различнымъ способамъ паложенія швовъ на матку особеннаго значенія не придается, требуется только, чтобы края раны хорошо прилепали другъ къ другу. Относительно жгута авторъ совѣтуетъ наложить его передъ разрѣзомъ матки, но не затягивать; затягивается же жгутъ лишь въ случаѣ появленія сильнаго кровотеченія при разрѣзѣ матки.

При операціи *Porro* излагается какъ внутробрюшинный, такъ и внѣобрюшинный методъ ухода за ножкой; при внѣобрюшинномъ рекомендуется эластическій жгутъ. Предпочтеніе отдается конечно внутробрюшинному способу, но при немъ не придается особеннаго значенія способу обеззараживанія слизистой оболочки шейки, въ случаѣ же инфекціи совѣтуется удалять матку со всей шейкой. Особенное вниманіе обращается на зашиваніе культи (этажный шовъ или глубокіе и поверхностныя швы), а также на лигатуры на поверхности разрѣза широкихъ и круглыхъ маточныхъ связокъ. Культи перевязывается выше жгута лигатурою *en masse*, затѣмъ крупныя сосуды перевязываются отдѣльно.

Относительно показаній къ кесарскому сѣченію авторъ справедливо допускаетъ эту операцію лишь при абсолютныхъ показаніяхъ (тазы съ С. v. меньше 5.5—6 смтр. или съ наростами на стѣнкахъ и при ретроцервикальныхъ міомахъ), при разѣ матки совѣтуется полное удаленіе матки вмѣстѣ съ шейкою. Изъ условныхъ показаній кесарское сѣченіе допускается авторомъ лишь при остеомалиціи и въ случаѣ непремѣннаго желанія матери имѣть живаго ребенка (а не вынужденнаго согласія ея на операцію). Вообще же кесарское сѣченіе при условныхъ показаніяхъ подвергается строгому осужденію, причемъ авторъ подвергаетъ довольно подробному критическому разбору различныя взгляды и предложенія, высказывавшіяся въ послѣднее время по поводу условныхъ показаній къ этой операціи.

Точно также авторъ подвергаетъ весьма строгому осужденію симфизеотомію. О новѣйшихъ попыткахъ со стороны *Pinarđ'a Leopold'a*, *Zweiffel'*я и другихъ возстановить эту операцію, авторъ не упоминаетъ, такъ какъ случаи указанныхъ авторовъ опубликованы послѣ изданія курса. Между тѣмъ операція со введеніемъ антисептики и асептики потеряла прежній свой страшный характеръ, технически не трудна и допускаетъ рожденіе живаго младенца при весьма значительномъ суженіи таза. Хотя хрящевой лоннаго соединенія, судя по одному случаю этой операціи, произведенному *А. Я. Крассовскимъ* 17 ноября 1892 г. сростается неполнѣ, тѣмъ не менѣе черезъ 17—20 дней послѣ операціи не остается никакихъ болѣе при ходьбѣ и никакого разстройства движенія.

Въ главѣ о выпаденіи пуповины авторъ совѣтуетъ вправлять ее лишь въ томъ случаѣ, если зѣвъ мало открытъ и выпала не-

большая петля. Въ большинствѣ же случаевъ рекомендуется не терять время на попытки къ исправленію и приступать прямо къ повороту на ножку.

Въ курсъ оперативнаго акушерства включенъ отдѣлъ о кровотеченияхъ тотчасъ послѣ родовъ и ихъ лѣченіи. При кровотеченіи ex atonia uteri рекомендуется главнымъ образомъ выдавливаніе сгустковъ, ручное удаленіе какъ ихъ, такъ и оставшихся частей послѣда, и горячій душъ, которому отдается предпочтеніе передъ холоднымъ, такъ какъ онъ не отнимаетъ тепла отъ организма больной и справедливо считается очень могущественнымъ средствомъ; наконецъ сжатіе матки двуручнымъ способомъ или даже введеніе руки въ полость матки.

За тампонаціей матки по способу *Dührssen's* признается нѣкоторое значеніе напр. при частичной атоніи, при атоніи же всей матки способъ этотъ не считается вполне надежнымъ. Какъ *ultimum refugium* въ отчаянныхъ случаяхъ кровотечения авторъ указываетъ на чревосѣченіе и даже на выворотъ матки во влагалище и ампутацію ея послѣ предварительнаго наложенія жгута.

При кровотеченіи изъ разрыва шейки матки одинаково рекомендуются какъ тампонація кровоточащаго мѣста и рукава йодоформною марлей, такъ и швы на разрывѣ.

Всѣ разрывы, происшедшіе во время родовъ какъ на шейкѣ матки, такъ и въ рукавѣ, на губахъ и промежности конечно рекомендуется зашивать, причемъ техника зашиванія ничѣмъ особеннымъ не отличается.

Въ курсу оперативнаго акушерства приложено 10 таблицъ рисунковъ. Рисунки въ числѣ 34 исполнены очень отчетливо и наглядно объясняютъ различные моменты наложенія щипцовъ и извлеченія ими головки при различныхъ условіяхъ (задніе виды, тазовыя положенія и т. д.), далѣе различные моменты при поворотѣ и послѣдующемъ извлеченіи плода. Перфорацин головки посвящено 6 рисунковъ, изъ нихъ 4 инструментамъ и 2 способамъ прободенія головки при помощи американскихъ зеркалъ. На рис. 29-мъ представленъ перфораторъ *Leisnig Kiwisch's* стараго образца очень сложный со множествомъ винтиковъ и деревянной ручкой, чистка котораго крайне хлопотлива.

Въ заключеніе могу лишь пожелать курсу оперативнаго акушерства проф. *Н. Н. Феноменова* возможно широкаго распро-

страненія и выразить еще разъ увѣренность, что, пользуясь совѣтами преподаваемыми въ этомъ курсѣ, врачи будутъ гораздо меньше колебаться въ выборѣ той или другой операціи, и благодаря этому не одна тысяча роженицъ будетъ спасена отъ смерти или тяжелаго заболѣванія.

Редакторы: { А. Крассовскій.
 { К. Славянскій.
 { Л. Личкусь.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

„ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛѢТОПИСЬ“ (ГОДЪ III-й)

выходитъ каждыя 2 мѣсяца по слѣдующей программѣ:

- 1) Самостоятельныя статьи и работы по всеѣмъ отдѣламъ хирургіи.
- 2) Рефераты статей по хирургіи и относящимся къ ней отдѣламъ врачебныхъ знаній, съ обращеніемъ преимущественнаго вниманія на русскія работы по хирургіи.
- 3) Критика и библиографія.
- 4) Описаніе новыхъ хирургическихъ инструментовъ, приборовъ и повязокъ—съ рисунками.
- 5) Отчеты о дѣятельности русскихъ и иностранныхъ хирургическихъ обществъ и съѣздовъ.
- 6) Разныя извѣстія.
- 7) Протоколы хирургическаго общества въ Москвѣ.
- 8) Объявленія.

Статьи просить адресовать на имя проф. **Н. В. Склифасовскаго** (Москва, Пречистенка, Штатный пер., д. № 24), или **П. И. Дьяконова** (Москва, Тверская ул., д. Гиршманъ, бывш. Пороховщикова). Статьи, гдѣ-либо напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, производить сокращенія и нѣкоторыя измѣненія въ присылаемыхъ для напечатанія статьяхъ. Авторы статей получаютъ гонораръ въ размѣрѣ отъ 25 р. до 30 р. за листъ. Кромѣ того, авторы самостоятельныхъ работъ получаютъ 25 отдѣльныхъ экземпляровъ своей статьи.

Подписка на „**Хирургическую Лѣтопись**“ принимается въ редакціи (Москва, Тверская ул., д. Гиршманъ, кв. П. И. Дьяконова); въ книжныхъ магазинахъ Ланга (Москва, Кузнецкій мостъ, домъ князя Гагарина) и Карцева (Москва, Мясницкая ул., Фуркасовскій пер., домъ Обидиной).

Цѣна за годъ съ пересылкой и доставкой 7 р.

Цѣна за объявленія, помѣщаемыя въ „**Хирургической Лѣтописи**“—10 р. за цѣлую страницу и 6 р. за половину страницы и менѣе. Рекламы и объявленія о тайныхъ средствахъ не принимаются.

Редакторы: { Проф. **Н. В. Склифасовскій**.
 { Пр.-Доц. **П. И. Дьяконовъ**.