

Шифр

п-53

70 605

✓

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

въ С.-Петербурѣ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДО-
ПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

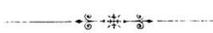
К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,
ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕР-
СТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

Л. Г. ЛВЧУСА,
СЕКРЕТАРЯ
ОБЩЕСТВА.

2308

ТОМЪ VIII.

530



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія С. Н. Худекова. Владимірскаго пр., № 1:

1893.

Оглавление оригинальных статей и казуистики.

	стр.
В. Н. Массень. Къ патогенезу эклампсiи	1
И. М. Львовъ. О влiянiи сыпного тифа на теченiе беременности и утробный плодъ	24
Д. А. Рузи. Къ патологической анатомiи женскихъ половыхъ органовъ при холерѣ	32
А. Я. Крассовскiй. Случай симфизеотомiи	39
А. Н. Соловьевъ. Къ ученiю о повторныхъ лапаротомiяхъ	44
В. А. Бржезинскiй. Краткiй медицинскiй отчетъ о дѣятельности Аку- шерскаго отдѣленiя Гинекологической Клиники проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ за 1888—15 марта—1890 г.	105
М. А. Воскресенскiй. Накопленiе жидкости въ маточной трубѣ при перевязкѣ ея	155
Г. Надеждинъ. Случай перекручиванiя ножки кисты широкой связки съ перемѣщенiемъ опухоли, въ противоположную сторону таза, и приращенiемъ здѣсь	158
А. И. Ивановъ. Къ техникѣ операции консервативнаго кесарскаго съ- ченiя	209
В. А. Бржезинскiй. Къ казуистикѣ кровоизлiянiи въ мочевоы пузырь во время родового акта	221
А. А. Ануфриевъ. Краткiй медицинскiй отчетъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней при Императорскомъ Варшавскомъ Универ- ситетѣ за пятилѣтнiй перiодъ ея дѣятельности съ 1-го января 1869 г. по 1-е января 1874 г.	291
П. Т. Садовскiй. Способъ распространенiя микробовъ изъ полости матки.	324
Г. Прокопьевъ. Рѣдкiй случай измѣненiя позиции подлежащей го- ловки въ полости таза во время родовъ	328
А. Н. Соловьевъ. Къ ученiю о внѣматочной беременности (прикрѣп- ленiе плода къ фиброзной опухоли)	365
Ю. О. Аншелесъ Нѣсколько замѣчанiй по поводу терапiи выкидыша тампонадой	375
Высотскiй. Къ казуистикѣ кисто-карциномъ яичника (cystocarcinoma ov. dupl.)	383

А. А. Литкенсъ. Случай зарощенія влагалища съ образованіемъ haematometra и haematocolpos послѣ первыхъ родовъ	396
В. В. Стргоновъ. Бактеріологическія изслѣдованія полового канала женщины въ различные періоды ея жизни	445
Содержаніе <i>Часть I. Обзоръ литературы.</i> Бактеріологическія изслѣдованія лохий—417, беременныхъ женщинъ—475, здоровыхъ и больныхъ женщинъ вѣкъ беременнаго состоянія—496. <i>Часть II. Наблюденія и опыты.</i> Предметъ и методъ изслѣдованія—506; Изслѣдованіе влагалища новорожденныхъ дѣвочекъ—512; Вліяніе мѣсячныхъ на содержаніе микроорганизмовъ во влагалищѣ и шейкѣ матки у женщинъ—530; Изслѣдованіе влагалища и шейки матки у старухъ—549; Изслѣдованіе влагалища и шейки матки беременныхъ—555; Отношеніе выкидыша къ содержанію бактерій во влагалищѣ и шейкѣ матки—563; Отношеніе влагалищныхъ микробовъ и влагалищной палочки къ стафилококку—572; Стерильность шейки матки и причины, обуславливающія ее—575; Отношеніе вагиты кроликовъ къ гноероднымъ стафилококку и стрептококку—583; Заключение—603.	
В. В. Потѣнно. Отчетъ о моей акушерской дѣятельности въ земствѣ съ февраля 1885 года по январь 1893 года.	621
Е. М. Эліасбергъ. Наблюденія надъ пузырьнымъ заносомъ	684
И. М. Какущинъ. Къ техникѣ вправленія выпавшихъ матки и влагалища при явленіяхъ ущемленія	687
Н. Н. Феноменовъ. 20 случаевъ полного вырѣзыванія матки черезъ рукавъ.	693
М. Д. Гинзбургъ. Туберкулезъ и неукротимая рвота у беременныхъ, какъ показанія къ опороженію матки. Старые и современные способы производства послѣдняго и вліяніе первыхъ на показанія къ этой операціи	707
А. И. Ивановъ. Случай консервативнаго кесарскаго сѣченія при абсолютномъ показаніи	726
Ю. О. Аншелесъ. Къ казуистикѣ уродствъ половой сферы у взрослыхъ женщинъ	732
Гр. Псюровскій. Случай хроническаго послѣродового выворота матки.	737
Г. Кудишъ. Къ казуистикѣ пороковъ развитія женскихъ половыхъ органовъ	745
М. М. Мионовъ. Матеріалы къ вопросу о взаимномъ отношеніи менструаціи и овуляціи	759
Б. И. Фейнбергъ. Активный методъ лѣченія выкидыша, примѣненный въ частной практикѣ.	792
А. П. Заболотскій. Случай неполнаго отрыва дѣвственной плевы	803
В. А. Вастень. Нѣсколько словъ о приготовленіи къ родамъ старухъ первобеременныхъ	810
Н. Ф. Славянскій. Кисты и кистомы яичника	823, 903
В. Н. Массень. Случай отрыва дѣвственной плевы во время родовъ	949

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВЪ.

А) Русскіе.

- Амчиславскій М. С., 83
Ануфриевъ А. А., 291.
Аншлесъ Ю. О., 59, 375, 732.
Артемьевъ, 273.
- Бенисовичъ Н., 350.
Бидеръ Э. Ф., 403, 891.
Борняковскій Н. В., 277.
Боряковскій А. Г., 57.
Бржезинскій В. А., 105, 221.
Бѣлиловскій К. А., 51.
- Вастень В. А., 810.
Веберъ Ф., 83.
Воскресенскій М. А., 57, 61, 155, 269.
Воффъ И. А., 57, 269, 344.
Высокій, 383.
- Гермониусъ А. Б., 247.
Гинзбургъ М. Д., 707.
- Даниловичъ П. О., 194.
Добронравовъ В. А., 279.
Долинскій И. Л., 343.
Драницынъ А. А., 236.
- Жемчужниковъ В., 429.
- Заболотскій А. П., 803.
Заяцкій С. С., 612.
- Ивановъ А. И., 209, 726.
- Иакушкинъ Н. М., 687.
Киселевъ Я. Ф., 360.
Клейнманъ М. О., 344.
Кошкаръ И. А., 235.
Красковскій А., 363.
Красовскій А. Я., 39, 234.
Кудышъ Г., 745.
Кузьминъ П. И., 752.
Кѣглинскій Ф. Ф., 60, 430.
- Левидкій Г. Г., 344.
Литкенсъ А. А., 396.
Львовъ И. М., 24, 438, 439.
- Массень В. Н., 1, 233, 919.
Мионовъ М. М., 759.
Муратовъ А. А., 610, 614.
- Надеждинъ Г., 51 158.
Неселовъ К. Н., 272, 364.
Новицкій А. А., 87, 442.
- Орловъ В. Н., 66.
Оттъ Д. О., 406, 406.
- Парышевъ Д. А. 350.
Писемскій Г., 348.
Попялковскій М. П., 748.
Потѣнко В. В., 621.
Покровскій Гр., 737.
Прокопьевъ Г., 328.
- Рейнъ Г. Е., 345
Розенгардъ М., 429.
Рузи Д. А., 32, 232.
Рутковскій А. В., 233.
- Садовскій П. Т., 324.
Сапѣжко Д. М., 57.
Серебрянскій И. М., 753.
Славянскій К. Ф., 823, 903.
Смирновъ И., 356.
Соловьевъ А. Н., 44, 362, 365.
Строгоновъ В. В., 339, 397, 445, 890.
- Тарабринъ Г., 81.
Тарановъ М. М., 74.
Тяпиковъ В. В., 420, 444, 613.
- Улезко-Строгонова К. П., 407.
- Федоровъ Н. И., 87,
Фейнбергъ Б. И., 792.

Феноменовъ Н. Н., 194, 693.

Холмогоровъ С. С., 279.

Штильмаркъ Г., 65.
Штраухъ М., 72.

Щеткинъ Д. С., 428, 440.

Элиасбергъ Е. М., 684.

Яковлевъ М. П., 277.

Яровой, 347.
Яхонтовъ А., 348.

Б) Иностранные.

Ayres D., 275.

Barker R., 174.
Bérillon, 419.
Boodle L., 183.
Boursier, 609.
Borissowicz G., 442.
Bruchon H., 753.

Cahen-Brach, 83.
Chaput, 85.
Charpentier, 70.
Cramer, 192.
Cremmelin, 183.

Demelin, 424.
Doran A., 189.
Dührssen, 748.

Ehrendorfer, E., 184.

Fehling H., 67.
Frommel R., 78.

Gebhard, 286.
Gillicuddi, 275.
Goldberg, 79.
Gross, 192.
Guinard, 421.

Hasenbalg, 361.

Ingraham H. D., 420

Jacobs, 191, 617.

Janvrin, 287.
Joung A., 274.

Keith Sk., 185.
Kollock C., 276.
Kreutzmann, 63.
Krukenberg G., 64.
Kurtz S., 282.

Landerer, 441.
Le Bee, 363.
Lebensbaum M., 283.
Leopold, 79.
Ludlow O. C., 428.
Lusk Z. I., 424.

Maguire, 182.
Mars A., 425.
Masette P., 617.
Maylard E., 87.
Meinert, 818.
Merttens., 361.
Monod, 188.
Moreau M., 610.
Morisani O., 433, 434, 435, 436.

Nash G., 175.
Neugebauer F., 177.

Olivier Ad., 80

Pelzer C., 63.
Pichevin, 82.
Picqué, 430.
Puech O., 356.

Quénu, 186.

Richardière, 422.
Ries E., 436.
Robinson A. Z., 176.
Roos E., 355.
Rumpe, 357.

Schauta F., 816.
Schwarzwäller, 349.

Teichelmann, 190.

Warszawski, 282.
Wendel, 358.
Westermarck F., 426.

Алфавитный указатель содержания.

А.

- Акушерская статистика Кіева за 1891 г., 57.
 Акушерско-Гинекологическое Общество въ Кіевѣ, отчеты о засѣданіяхъ, 57, 269, 344
 — — — С.-Петербургѣ, отчеты за 1892 г. секретаря—243, редакция—247, казначея 261, библиотекаря—263.
 — — — — протоколы засѣданій: административныхъ № VIII—53, X—265, XI—409, XII—413, XIII—814, XIV—882, XVII—954; научныхъ № 8-й—50, 9-й—232, 10-й—240, 11-й—339, 12-й—397, 13-й—401, 14-й—812, 15-й—884, 16-й—894.
 Акушерство, антисептика въ немъ, 273.
 — асептика въ немъ, 348
 — оперативное. Руководство, 194.
 — электричество въ немъ, 428.
 Аменоррея съ галакторреей, 83
 — электричество при ней, 442.
 Apostoli, его способъ, 185.
 Асцитъ и кисты яичника, дифференциальная діагностика, 188.
 Аутоинокуляція рака, 283.

Б.

- Бактеріологическія изслѣдованія полового канала женщины, 339, 445.
 Беременность, вліяніе сыпного тифа на теченіе ея, 24.
 — вѣматочная, 350, 355, 356, 420.
 — — двойнями, 176.
 — — къ ученію о ней, 365.
 — — чревосѣченіе при ней, 420.
 — и роды при полной цѣлости гимена, 66.
 — и фибромы матки, 421.
 — неукротимая рвота приняея, излѣченная внушеніемъ 419.
 — — — электричество при ней, 748.
 — овариотомія во время нея, 63.

- оспа во время нея, 422.
 — трубная, 175.
 Беременная въ первый разъ, старья, роды у нихъ, приготовленія къ нимъ, 810.
 — суженіе лѣваго венознаго отверстія у нихъ, 424.
 — туберкулозъ и неукротимая рвота у нихъ, 707.
 Брахиотомія, 430.
 — при брeфотоміи, 429.

В. V.

- Варшавская акушерская клиника. Отчеты ея за 1869—1874 гг.—291, за 1888—1890 гг.—105.
 Vitium Jresacianhae при слабости родовыхъ болей, 65.
 Влагалище, выпаденіе его и матки, ущемленіе ихъ, вправленіе, 687.
 — — — — при кистахъ яичника, 609.
 — haematoma его и vulvae, 282.
 — заросшеніе его, 396.
 — искусственное образованіе его, 345.
 — кисты его и гимена, 407.
 — разрывъ его sub coitu, 83.
 — ракъ его 283.
 Влагалищная перегородка, случай ея, 344.
 Влагалищное вырѣзываніе матки, 61, 186, 693.
 Внутрибрюшная опухоль, выдущеніе ея путемъ изсѣченія крестца, 57.
 Внутритрубноя офтальмоленноррея, 350.
 Внушеніе, лѣченіе имъ неукротимой рвоты, 419.
 Вѣматочная беременность, см. беременность.
 Вправленіе выпавшихъ и ущемленныхъ матки и влагалища, 687.
 Vulva, haematoma ея и влагалища, 282.
 Выворотъ матки, 183, 183, 816.
 — — хроническій, 737.
 Выкидышъ, лѣченіе его, 59, 375, 792.

Г, Н.

- Галакторрея, аменоррея съ ней, 83.
 Haematocoele, лѣченіе его, 363.
 Haematoma vulvae et vaginae, 282.
 Haematometra et haematocolpos, 396.
 Гидронефрозъ, чревосѣченіе при немъ, 236.
 Hildebrandt'ова болѣзнь, 438.
 Нупен, беременность и роды при полной цѣлости его, 66.
 — кисты его и влагалища, 407.
 — отрывъ его, 949.
 — — — неполный, 803.
 Hysteropexia abdominalis anterior, 610, 612.
 Глицеринъ, возбужденіе родовой дѣятельности имъ, 63.
 Головка плода, задержаніе ея послѣ декапитациі, 429.
 — — — инструментъ для просверливанія ея, 428.
 — — — предлежащая, измѣненіе позиціи ея во время родовъ, 328.
 Гоноррея у маленькихъ дѣвочекъ, 83.
 Гонорройный сальпингитъ, 190.
 Грыжа, бедренная, яичника, 187.
 — пупочнаго канатика, 343.

Д.

- Двойни при вѣматочной беременно-сти, 176.
 — различіа между ними, 357.
 Декапитация, задержаніе головки плода послѣ нея, 429.
 Дѣтоубійство, 358.
 Дѣтское мѣсто, предлежаніе его, полное, 424.
 Dührssen'овскіе глубокіе надрѣзы, 64, 748.

Е.

Episiocleisis, 752.

З.

- Заносъ, пузырный, 684.
 Зародышевый рахитъ, 349.
 Зарощеніе влагалища, 396.
 Зеркало, ложкообразное, новое, 347.
 Злокачественныя новообразованія матки, 614.

И.

- Исслѣдованіе per rectum, 406.
 Инородныя тѣла въ маткѣ, асептическія, 82.

- Инструментъ для просверливанія головки плода, 428.
 Искусственное влагалище, 345.
 Ихтиоль въ женской практикѣ, 279.

К.

- Кастрация при остеомалачіи, 360.
 Кесарское сѣченіе, 430.
 — — консервативное, 72, 209, 726.
 Кистокарциномы яичника, 383.
 Кисты гммена и влагалища, 407.
 — яичника, выпаденіе матки и влагалища при нихъ, 609, 610.
 — — и кистомы, 823, 903.
 Клоака, оперированная удачно, 440.
 Кормилица, выборъ ея, 80.
 Краниотомія на живомъ плодѣ, 276.
 Крестецъ, изсѣченіе его для вылушенія внутритазовой опухоли, 57.
 Кровоизлианія въ мочевой пузырь во время родовъ, 221.

Л.

- Ламинариі, расширеніе матки ими, 753.
 Лапаротомія, см. чревосѣченіе.
 Ложкообразное зеркало, 347.
 Лѣсныіе выкидыша, 59, 375, 792.
 — haematocoele, 363.
 — неукротимой рвоты внуш-ніемъ, 419.
 — паллативное, рака матки и придатковъ, 287.
 — перегибовъ матки назадъ, 444.
 — — — чревосѣченіемъ, 85.
 — эклампсіи, 275.

М.

- Матка, влагалищное вырѣзываніе ея, 51, 186, 693.
 — выворотъ ея, 183, 183, 816.
 — — — хроническій, 737.
 — выпаденіе ея и влагалища при кистахъ яичника, 609, 610.
 — — — вправленіе ихъ при ущемленіи, 687.
 — инородныя тѣла въ ней, асептическія, 82.
 — миомы ея, чревосѣченія при нихъ, 613.
 — наружное отверстіе ея, расширеніе его, 442.
 — новообразованія ея, злокачественныя, 614.
 — опороженіе ея у беременныхъ при туберкуловъ и неукротимой рвотѣ, 707.

Э.

- Эклампсія, лѣченіе ея, 275.
- патогенезъ ея, 1, 233.
- печень при ней, 356.
- послѣродовая, 182.
- Электричество въ акушерствѣ, 428.
- при аменорреѣ, 442.
- — рвотѣ беременныхъ, 748.
- Эпилепсія, удаленіе придатковъ при ней, 617.

Я

- Ягодицы, поворотъ на нихъ, 275.

- Яичникъ, бедренная грыжа его, 187.
- кистокарциномы его, 383.
- кисты его и асцитъ, дифференціальная діагностика, 188.
- — — выпаденіе влагалища и матки при нихъ, 609, 610.
- — и кистомы его, 823. 903.
- опухоли его, симулировавшія маточный фиброидъ, 189.
- papiloma его и pyosalpinx, 191.
- саркома его, 617.

Важнѣйшія опечатки, замѣченныя въ VII томѣ.

стр.	2	стр.	5	сверху	напеч.	<i>А. Н. Соловьева</i>	слѣд.	чит.	<i>Г. А. Соловьева</i>
>	3	>	4	снизу	>	<i>А. Н. Соловьевъ</i>	>	>	<i>Г. А. Соловьевъ</i>
>	51	>	19	—	>	по всей вѣроятности	>	>	по всей поверхности
>	279	>	4	сверху	>	<i>Комаровъ</i>	>	>	<i>Холмогоровъ</i>
>	398	>	16 и 17	—	>	влагалище	>	>	входъ влагалища
>	450	>	14	снизу	>	синтицемія	>	>	сентицемія
>	479	>	17	сверху	>	участвуютъ	>	>	участвуютъ
>	492	>	11	снизу	>	замѣтить	>	>	замѣтить
>	495	>	22	—	>	патологическомъ	>	>	патологическомъ
>	511	>	3	сверху	>	наружнымъ	>	>	наружныхъ
>	518	>	11	снизу	>	Прививка	>	>	Прививка изъ
>	525	>	19	—	>	печени.	>	>	печени матери.
>	536	>	16	сверху	>	Января	>	>	Февраля
>	—	>	3	снизу	>	^{31/2}	>	>	^{31/2}
>	537	>	7	сверху	>	Пробирка	>	>	1 пробирка
>	539	>	8	снизу	>	іюня	>	>	Мая
>	540	>	12	сверху	>	14—19	>	>	24—29
>	541	>	1	снизу	>	4	>	>	14
>	—	>	11	сверху	>	справа	>	>	слѣва
>	—	>	9	снизу	>	13	>	>	16
>	544	>	3	сверху	>	5	>	>	4
>	551	>	1	снизу	>	слѣлы	>	>	слѣды
>	578	>	16	сверху	>	2	>	>	4
>	—	>	19	—	>	4	>	>	2
>	606	>	6	снизу	>	на	>	>	она
>	607	>	20	—	>	организмъ	>	>	органзмъ
>	759	>	5	—	>	химическіе.	>	>	клиническіе
>	760	>	3 и 15	—	>	<i>Ritchie</i>	>	>	<i>Ritchie</i>
>	761	>	20	сверху	>	дальше G	>	>	стр. 763
>	—	>	12	снизу	>	ни	>	>	не
>	763	>	2	—	>	*)	>	>	1)
>	765	>	14	сверху	>	<i>Ritchie</i> *)	>	>	<i>Ritchie</i>
>	770	>	19	снизу	>	ovphorit.	>	>	oophorit
>	772	>	1 и 2	сверху	>	Salpyngvoopho- rectomia	>	>	Salpyngooopho- rectomia
>	—	>	7	—	>	различныя	>	>	различныя
>	688	>	17	—	>	были	>	>	бывшіе
>	—	>	19	—	>	обильнаго	>	>	обыкновеннаго
>	789	>	9	—	>	менструальнаго	>	>	менструальнаго
>	—	>	2	снизу	>	менструальное	>	>	менструальное

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

ЯНВАРЬ 1893, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

КЪ ПАТОГЕНЕЗУ ЭКЛАМПСІИ.

(Пробная лекція, прочитанная передъ конференціей Военно-Медицинской Академіи 7 ноября 1892 г. для полученія званія приватъ-доцента клиники акушерства и женскихъ болѣзней).

В. Н. Массена.

М. г. Предметомъ моей лекціи служатъ патолого-анатомическія изслѣдованія нѣкоторыхъ органовъ женщинъ, умершихъ въ принадлежкахъ эклампсіи. Отчасти на основаніи этихъ изслѣдованій, подтверждающихъ въ извѣстной мѣрѣ данныя авторовъ, работавшихъ ранѣе надъ этимъ вопросомъ, отчасти же на основаніи результатовъ анализа мочи и нѣкоторыхъ чисто лабораторныхъ наблюденій, я позволю себѣ дать новое объясненіе происхожденія экламптическихъ судорогъ беременныхъ, роженицъ и родильницъ.

Эклампсіей (*gravidarum, parturientium et puerperarum*) называется, какъ извѣстно, симптомокомплексъ особаго рода заболѣванія, характерными чертами котораго являются глубокія разстройства въ двигательной и нервной системѣ. Извѣстно также, что это тяжелое заболѣваніе встрѣчается весьма часто и весьма нерѣдко влечетъ за собой смертельный исходъ. По даннымъ *Löhlein'a* ¹⁾.

¹⁾ *Löhlein H.* Häufigkeit, Prognose und Therapie der puerperalen Eklampsie. Gyn. Tagesfragen. 1891. 2 Heft.

собраннымъ для Германіи, на 52328 родовъ пришлось 325 случаевъ эклампсіи. Это даетъ 1 случай эклампсіи на 161 случай родовъ или эклампсія встрѣчается 0,6% всѣхъ случаевъ родовъ. Смертность же при эклампсіи равна 19,38%. По даннымъ А. Н. Соловьева ¹⁾, одинъ случай эклампсіи приходится на 500 родовъ и при 30% смертности въ припадкахъ этого заболѣванія оказывается, что въ Россіи ежедневно умираютъ отъ эклампсіи семь роженицъ. По даннымъ Павпертова ²⁾, сообщеннымъ на IV съѣздѣ русскихъ врачей въ Москвѣ, на 46,539 родовъ, бывшихъ въ Родовспомогательномъ заведеніи Московскаго Воспитательнаго Дома было 288 случаевъ эклампсіи, что даетъ 1 случай эклампсіи на 162 случая родовъ. Въ другихъ отчетахъ (русскихъ и иностранныхъ) количество родовъ, осложненныхъ эклампсіей, чрезвычайно колеблется (отъ 1:75 до 1:500).

Казалось бы, что такая частота эклампсіи, уносящей въ могилу множество молодыхъ жизней, должна была заставить хорошо ознакомиться съ причинами этого тяжелаго заболѣванія. Не смотря, однако, на то, что уже съ прошлаго столѣтія цѣлый рядъ изслѣдователей пыгается рѣшить вопросъ о сущности экламптическихъ судорогъ, дѣло не пошло дальше болѣе или менѣе вѣроятныхъ гипотезъ и заманчивыхъ догадокъ. Мы нѣсколько знакомы лишь съ тѣми обстоятельствами, которыя, по нашему мнѣнію, такъ или иначе благоприятствуютъ появленію приступовъ эклампсіи. Однако, это страданіе продолжаетъ и въ настоящее время быть не болѣе, какъ *припадомъ*. Какая болѣзнь вызываетъ этотъ припадокъ, какой патогенезъ лежитъ въ основѣ этого припадка,—эти вопросы по прежнему окутаны густымъ мракомъ.

Эклампсія и до сихъ поръ многими считается за уремическій приступъ. Основаніемъ тому, помимо, конечно, сходства въ клинической картинѣ явленій, служило постоянное находженіе въ мочѣ экламптическихъ бѣлка и форменныхъ элементовъ и заболѣваніе почечной ткани, констатированное при вскрытіи. Отсюда понятнo, почему тотъ

¹⁾ Соловьевъ А. Н. По *Heinebaeyer: Frommel's Jahres bericht* за 1891 г., стр. 228.

²⁾ Павпертовъ В. А. *Eclampsia parturientium et puerperarum*. Труды IV съѣзда русскихъ врачей въ Москвѣ. Москва. 1892 г.

историческій путь, по которому шло развитіе ученія объ уремѣ, является отчасти путемъ для эволюціи ученія о патогенезѣ эклампсіи.

Извѣстно, что *Sauvages* (1763 г.) ¹⁾ первый обратилъ серьезное вниманіе на эклампсію и далъ названіе этому страданію. *Demanet* (1797 г.) ²⁾ указалъ на совпаденіе отека съ эклампсіей. Однако, это указаніе было нѣкоторое время забыто, пока, наконецъ, въ 1840 г. *Rayer* ³⁾ не вспомнилъ про это; ему, однако, не удалось дать объясненія нотированной *Demanet* связи между отекомъ и эклампсіей. По свидѣтельству *Frerichs*'а ⁴⁾, *Osiunder* смотрѣлъ на отекъ лица и рукъ, какъ на предвѣстникъ наступающихъ судорогъ. *Dugés*, *Velpeau* и *Montgomery*, высказывались въ такомъ же смыслѣ. Доказательствомъ того у *Frerichs*'а приводятся подлинныя цитаты послѣднихъ четырехъ авторовъ ⁵⁾.

Въ 1843 году *Lever* ⁶⁾ первый констатировалъ бѣлокъ въ мочѣ экламптическихъ и доказалъ постоянную связь между этимъ заболѣваніемъ и появленіемъ бѣлка въ мочѣ беременныхъ, (изъ 10 случаевъ въ 9-ти былъ найденъ бѣлокъ). Наблюденія *Lever*'а были подтверждены изслѣдованіями *Devilliers* и *Regnault* ⁸⁾, которые приписали это явленіе давленію растущей матки на кровеносные сосуды. *Paul Dubois* и *Danzon* ⁹⁾ также находили бѣлокъ

1) *Lantos E.* Beiträge zur Lehre von der Eklampsie und Albuminurie Arch. f. Gynäk. Bd. XXXII.

2) *Lantos*, l. c.

3) *Lantos*, l. c.

4) *Frerichs. F. Th.* Die Bright'she Nierenkrankheit und deren Behandlung. Braunschweig. 1851. Стр. 214, 215.

5) Вотъ эти цитаты: *Dugés*: On l'observe plus particulièrement chez les femmes enceintes, qui sont affectées d'une anasarce considerable, surtout si l'infiltration se propage aux membres supérieurs et à la face.—*Velpeau*: J'ai la conviction, que les femmes infiltrées sont fortement exposées aux convulsions.—*Montgomery*: when this latter form of oedema takes place... it will probably give rise to convulsions at the time of labour.

6) *Lever*. По *Frerichs*'у (l. c.), стр. 217.

7) *Lever* Guy's hospit. rep. Apr. 1843 (по *Frerichs*'у, l. c., стр. 212).

8) *Lantos* (l. c.). *Frerichs* (l. c.)—«Mais un fait très remarquable et essentiel c'est que chez toutes les femmes eclamptiques ontrouve de l'albumine dans les urines. Cette regle ne nous a pas encore paru souffrir d'exception».

9) По *Frerichs*'у (l. c.).

въ мочѣ каждой женщины, страдавшей эклампсіей. *Frerichs* со своей стороны подтверждаетъ открытіе *Lever'a* и говоритъ, что «истинная *ecclampsia parturientium*» является только у беременныхъ, страдающихъ *Bright*'овою болѣзнію почекъ; она (эклампсія) стоитъ съ этой послѣдней болѣзнію въ такой же причинной связи, въ какой вообще судороги и кома находятся въ связи съ брайтовскою болѣзнію; она представляетъ собою результатъ уремическаго отравленія, которому совершенно соответствуетъ по своему способу происхожденія (*Erscheinungsweise*)». Такимъ образомъ *Frerichs* объясняетъ происхожденіе эклампсіи задержаніемъ въ крови мочевины и превращеніемъ ея въ углекислый амміакъ. Однако, за исключеніемъ *Litzmann'a* ¹⁾, *Braun'a* ²⁾ и *Spiegelberg'a* ³⁾, которому удалось доказать въ крови присутствіе углекислаго амміака при эклампсіи, другіе авторы не присоединились къ мнѣнію *Frerichs'a*. Да и сама теорія *Frerichs'a* объ уреміи, подвергнутая разработкѣ и провѣркѣ авторами, въ настоящее время, какъ извѣстно, не имѣетъ за собой права на существованіе, вмѣстѣ съ тѣмъ и теорія эклампсіи, которую *Frerichs*, какъ мы видѣли, отождествляетъ съ уреміей, должна считаться уже исторической.

Теорія *Traube-Munk'a*, объяснявшая уремію механическими причинами (неправильное распредѣленіе воды и крови въ мозгу въ силу чисто физическихъ моментовъ), была приложена и къ эклампсіи. *Rosenstein* ⁴⁾ утверждалъ, что экламптические припадки зависятъ отъ остраго отека и анеміи вещества большаго мозга, являющихся слѣдствіемъ повышенія давленія въ системѣ аорты (сокращенія матки, гипертрофія сердца и проч.) и гидреміи крови.

Съ паденіемъ теоріи *Traube-Munk'a* должна была eo ipso пасть и теорія *Rosenstein'a*, сама по себѣ слабо обоснованная. Во-первыхъ, гидремія крови вовсе не такое частое явленіе у беременныхъ. Далѣе теорія *Rosenstein'a*

¹⁾ *Litzmann*. Deutsche Klinik. 1852. № 19 и сл.

²⁾ *Braun* (*Chiari, Braun und Spät*. Klin. f. Geb. Erlangen. 1855).

³⁾ *Spiegelberg Otto*. Ein Beitrag zur Lehre von der Eklampsie. Ammoniak im Blute. Archiv f. Gynäkol. Bd. I. 1870 г.

⁴⁾ *Rosenstein Siegm.* Monatsschrift. f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten. XXIII. 1861. (Докладъ въ заведеніи Gesellschaft f. Geburtshülfe въ Берлинѣ 8 марта 1861).

совершенно не приложима къ случаямъ пурперальной эклампсiи и, наконецъ, что особенно важно, это то, что при вскрытiи экламптической сплошь и рядомъ находятъ не анемию, а *гиперемiю* мозга и отсутствiе всякаго отека.

Halbertsma ¹⁾, считающiй эклампсiю за уремическiй припадокъ, объясняетъ патогенезъ этого заболѣванiя задержкою нормальнаго мочеотдѣленiя, благодаря сдавливанию мочеточниковъ беременной маткой. Результатомъ сдавливанiя мочеточниковъ является растяженiе ихъ и лоханокъ и нарушенiе секретiи почекъ. Теорiя *Halbertsma*, однако, не была принята наукой, такъ какъ при вскрытiяхъ женщинъ, умершихъ отъ эклампсiи, сплошь и рядомъ не находятъ никакихъ измѣненiй ни со стороны мочеточниковъ и лоханокъ, ни со стороны почечной ткани. Такъ *Löhlein* ²⁾ нашелъ эти измѣненiя лишь 8 разъ на 32 случая эклампсiи; *Schantz* ³⁾ 6 разъ на 28 случаевъ. Кроме того, теорiя *Halbertsma* не объясняла происхожденiя эклампсiи въ раннихъ стадiяхъ беременности и въ раннемъ пурперальномъ периодѣ. Объясненiе развитiя эклампсiи въ позднемъ *puerperium* воспалительными измѣненiями околоматочныхъ частей кажется намъ мало обоснованнымъ.

Теорiя *Spiegelberg*'а объясняетъ происхожденiе экламптическихъ припадковъ циркуляторными разстройствомъ въ кровеносной системѣ почекъ. Измѣненiе изогнутыхъ мочевыхъ канальцевъ находится, по мнѣнiю *Spiegelberg*'а, въ зависимости отъ сосудодвигательныхъ нервовъ, обуславливающихъ спазмъ сосудовъ ⁴⁾.

Изложенными теорiями *Frerichs*'а, *Rosenstein*'а, *Halbertsma* и *Spiegelberg*'а констатировалось тождество эклампсiи съ уремию. Однако, за послѣднее время накопляется все болѣе и болѣе данныхъ, говорящихъ за то, что это тождество лишь чисто внѣшняго характера. Уже и раньше было извѣстно, что не у всякой экламптической можно найти въ мочѣ бѣлокъ. Такъ *Charpentier* ⁵⁾ въ своемъ

¹⁾ *Halbertsma*. Ueber die Aetiologie der Eklampsia puerperalis. Sammlung klin. Vorträge. № 212 (Gynäk. № 59) 1882 г.

²⁾ *Löhlein*. L. с.

³⁾ *Schantz*. По *Lantos*'у I. с.

⁴⁾ По *Лазаревичу*. Курсы Акушерства, 1892; по *Dobrosson*'у. Archiv f. Gynäk. XLIII, стр. 156.

⁵⁾ *Charpentier*. Traité des accouchements 1839. T. I.

«*Traité des accouchements*» приводит 141 случай эклампсии безъ бѣлка. *Ingerslew* ¹⁾ собралъ 106 случаевъ, гдѣ моча не содержала бѣлка, а почки при вскрытіи оказались здоровыми. Последнее наблюдение въ этомъ отношеніи сдѣлано *W. Prutz*'омъ ²⁾, который произвелъ тщательное микроскопическое изслѣдованіе почекъ въ 21 случаѣ смерти отъ эклампсии. Авторъ пришелъ къ тому заключенію, что «въ извѣстномъ смыслѣ почки могутъ быть названы лишь едва уклонившимися отъ нормы».

Въ виду того, что простое отождествленіе эклампсии съ уреміей допускаетъ много возраженій (напр., къ судорогамъ предрасполагаютъ опредѣленныя формы страданія почечной ткани, часто при эклампсии не находится никакихъ измѣненій въ почкахъ),—*Schröder* ³⁾ допускаетъ предположеніе, что экламптический припадокъ, подобно эпилептическому, вызывается анеміей мозга, обусловленной спазмомъ сосудовъ. Причиной же, вызывающей спазмъ сосудовъ, слѣдуетъ по *Schröder*'у считать раздраженіе периферическихъ нервовъ (маточные нервы и давленіе на п. *ischiadicus*).

Примѣненіе бактериоскопическаго метода при изслѣдованіи причинъ различныхъ болѣзней дало возможность нѣкоторымъ изслѣдователямъ отнести эклампсію на счетъ паразитарной причины. *Dolérís* и *Poncey* ⁴⁾ еще въ 1885 г. нашли предполагаемаго чужероднаго этой болѣзни въ мочѣ экламптичекъ. *Blanc* ⁵⁾ въ 1889 г. добылъ его изъ мочи и крови этихъ больныхъ; а *Alex. Faure* ⁶⁾ изъ бѣлыхъ инфарктовъ *placentae*. Слѣдуетъ, однако, сказать, что работы сказанныхъ авторовъ надъ микробомъ эк-

¹⁾ *Ingerslew*. Bidrgtel Eklampsians etc. Kjoebenhav 1879. (по *Schröder*'у: Учебникъ Акушерства, русск. переводъ 1881 г.).

²⁾ *Prutz*. W. Ueber die anatomische Verhalten der Nieren bei der puerperalen Eklampsie. Zeitschr. f. Geburtshülfe. XXIII Bd. Heft. 1 (1892 г.).

³⁾ *Schröder*. L. c., стр. 634.

⁴⁾ *Dolérís et Poncey*. Société de biologie. Juillet 1885 и Févr. 1886.

⁵⁾ *Blanc*. E. Pathogénie de l'éclampsie. Lyon méd. 1889. № 38. Arch. de tocol. 1890 г., стр. 747.

⁶⁾ *Faure, Alexandre*. Ueber Puerperaleklampsie. Arch. f. path. Anatomie. 1891, стр. 177 и сл.

Онъ же. Ueber den weissen Infarkt der menschl. Placenta. *Virchow's Arch.* 1890,

Онъ же. *Virchow's Archiv* Bd. 123, стр. 628.

ламписи пока не привели ни къ какимъ положительнымъ результатамъ, такъ какъ въ нѣкоторыхъ работахъ были погрѣшности обстановочнаго свойства (*Doléris*). Характерной картиной эклампсии при вспрыскиваніи добытыхъ культуръ животнымъ получить не удалось. Значительно лучше со стороны методики обставлена работа *Gerdes*'а ¹⁾, первое сообщеніе о которой появилось при чрезвычайно лестной рекомендаціи *Kaltenbach*'а на страницахъ *Centr. f. Gynäk* въ маѣ текущаго года ²⁾. Въ этой работѣ *Gerdes* сообщилъ, что ему удалось добыть короткую, чрезвычайно подвижную палочку изъ легкихъ, почекъ, печени и крови аорты экламптичекъ и получить чистую культуру. Прививка этой культуры животнымъ дала у мышей родъ нервныхъ явленій (тошнотныя движенія, клоническія и тонические судороги и пр.), крысы, получившія культуру этихъ явленій интоксикаціи не имѣли, а умирали вслѣдствіе «чрезмѣрнаго развитія бацилла въ организмѣ». Токсическое же дѣйствіе культуры у голубей, кроликовъ и морскихъ свинокъ было совсѣмъ ничтожно.

Дальнѣйшія наблюденія *Gerdes*'а, произведенныя имъ при второмъ случаѣ смерти отъ эклампсии ³⁾ укрѣпили его въ томъ убѣжденіи, что въ остаткахъ плацентарнаго мѣста въ маткѣ, далѣе въ легкихъ и печени находится палочка эклампсии, которая можетъ быть выдѣлена въ видѣ чистой культуры. Нахожденіе одного и того же микроба въ различныхъ органахъ женщины, умершей отъ эклампсии, дало *Gerdes*'у право заключить, что эклампсия есть болѣзнь заразная, имѣющая спеціальнаго микроба, что зараженіе происходитъ черезъ матку, благодаря, по всей вѣроятности, эндометриту, существовавшему еще до зачатія, и что, наконецъ, тѣ случайныя патологоанатомическія измѣненія, которыя встрѣчаются при эклампсии, происходятъ вслѣдствіе токсиновъ этого микроба. Эти изслѣдованія *Gerdes*'а нуждаются, конечно, въ провѣркѣ. Слѣдуетъ отмѣтить, между прочимъ, то обстоятельство, что *Gerdes* имѣлъ дѣло съ уже не свѣжимъ трупомъ (14 ч.

¹⁾ *Gerdes. E.* Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie *Centr. f. Gynäk.* 1892, № 20.

²⁾ *Kaltenbach.* Zur Pathogenese der puerperalen Eclampsie. *Centr. f. Gyn.* 1892, № 20.

³⁾ *Gerdes.* *Berl. Klin. Wochenschr.* 1892. № 26.

послѣ смерти); въ которомъ какъ въ полости зияющей матки, на мѣстахъ прикрѣпленія бывшей плаценте, такъ и въ толщѣ другихъ шаренихматозныхъ органовъ, легко могли развиваться микробы и *post mortem*. До тѣхъ поръ, пока у живой женщины не будутъ найдены микробы *Gerdes'a* въ крови, или въ свѣжевыдѣлившейся плаценте и въ яичевыхъ оболочкахъ, патогенетическая связь эклампсiи съ этимъ микробомъ будетъ находиться подъ вполне понятнымъ сомнѣніемъ. Въ сожалѣнію, до сихъ поръ, не смотря на то, что послѣ сообщенія *Gerdes'a* прошло около полугода, никакихъ результатовъ провѣрки работы *Gerdes'a* не появилось ¹⁾.

Favre ²⁾, работавшій надъ паразитарнымъ происхожденіемъ эклампсiи, допускаетъ, что микробы, найденные имъ въ бѣлыхъ шфартяхъ плаценте и вызывающіе у животныхъ при вырыскиваніяхъ чистой культуры задержку мочи, конвульсiи и проч., обусловливаютъ и у человѣка развитіе клиническихъ признаковъ эклампсiи путемъ продуктовъ своей жизнедѣятельности. Отсюда *Favre* называетъ эклампсiю—птомаинемію.

Въ послѣднее время, когда вопросъ о птомаинахъ сдѣлался однимъ изъ существенныхъ вопросовъ при изслѣдованіи причинъ болѣзней, такое названіе *Favre'a* является вполне «современнымъ». Другое дѣло, насколько это названіе отвѣчаетъ дѣйствительности; пока же фактовъ въ пользу такого взгляда мало. Тѣмъ не менѣе взглядъ на птомаины, какъ на основную причину заболѣванія эклампсiей становится все болѣе и болѣе распространеннымъ. Согласно съ этимъ возрѣніемъ слѣдуетъ такимъ образомъ допустить, что эклампсiя—болѣзнь заразная. Отраженіе этого взгляда мы находимъ, между

¹⁾ Эта фраза, сказанная мною 7 ноября 1892 г., въ настоящее время (конецъ декабря) уже не имѣетъ основанія. Въ № 51 Centr. f. Gynäk. (24 декабря) появились статьи *S. Haegler'a*: Zur Frage «Eklampsiebacillus» *Gerdes* и *H. Fehling'a*: Zur Eklampsiefrage. *Haegler*, повѣряя наблюденія *Gerdes'a*, нашелъ, что найденный этимъ послѣднимъ бактеріемъ бациллъ эклампсiи есть ничто иное какъ *proteus vulgaris*. Впрочемъ мнѣніе о томъ, что бациллъ *Gerdes'a* есть вѣроятно *prot. vulgaris* было, какъ это видно изъ сообщенія *Haegler'a*, уже а priori высказано *Hofmeister'омъ* (*Fortschritte der Med.* 1892. № 22—23) въ виду того, что *Gerdes* производилъ свои бактеріоскопическія изслѣдованія надъ трупами спустя 11½ ч. послѣ смерти.

²⁾ *Favre*, *A. Virchow's Archiv.* Bd. 123.

прочимъ, въ дебатахъ, происходившихъ въ апрѣлѣ текущего (1892) года въ засѣданіи Société Obstétricale de France (*Hergott, Doléris* и др.)¹⁾. Здѣсь между прочимъ *Doléris* называлъ эклампсію токсеміею. Гдѣ же именно въ организмъ вырабатывается этотъ ядъ, *Doléris* однако, сказать ничего не можетъ.

Изъ приведенной краткой литературной справки относительно тѣхъ главныхъ и оригинальныхъ мнѣній, которые существуютъ въ литературѣ по поводу патогенеза эклампсіи²⁾, такимъ образомъ видно, что: 1) всѣ теоріи сводятся къ 3-мъ главнымъ: уремической (химической и механической), нервной и паразитарной, и 2) что если каждая изъ теорій и объяснила отчасти одинъ или нѣсколько симптомовъ эклампсіи, то не могла объяснить всей совокупности этого страданія. Такимъ образомъ, не смотря на множество почтенныхъ работъ, которымъ посвятилъ себя цѣлый рядъ трудолюбивыхъ наблюдателей, объясненіе патогенеза эклампсіи оставляетъ желать лучшаго. Причиной неудачнаго результата изслѣдованій авторовъ по вопросу о происхожденіи эклампсіи, по нашему мнѣнію, надо считать до нѣкоторой степени то, что съ перваго же шага изслѣдованій отождествили эклампсію съ уреміею и считали, что главный фокусъ страданія находится въ почкѣ. На другіе органы обращалось весьма мало вниманія. Въ протоколахъ вскрытія труповъ женщинъ, умершихъ отъ эклампсіи, лишь неизмѣнно встрѣчались слова: гиперемія, анемія, отекъ, иногда кровоизліяніе. Микроскопическихъ же изслѣдованій различныхъ паренхиматозныхъ органовъ, вѣроятно въ виду того, что макроскопически эти органы представлялись мало или совсѣмъ не измѣненными, — было болѣе чѣмъ недостаточно.

Приблизительно въ такомъ положеніи находился вопросъ о патогенезѣ эклампсіи, когда мы, принимая участіе въ работѣ профессоровъ *Павлова, Нещукаго* и д-ра *Nahn'a*³⁾ надъ ограниченіемъ дѣятельности печени, сдѣлали предположеніе, не играетъ ли какую-нибудь роль печень и при возникновеніи экламптическихъ припадковъ.

¹⁾ *Hergott*. Pathogénie de l'écclampsie. Sem. Méd. 7 Mai 1892, № 24. Annales de Gynécol. Mai 1892, стр. 365 и сл.

²⁾ Ни одна патологическая форма не породила, кажется, столько теорій, какъ эклампсія. Мы позволили привести наиболѣе характерныя теоріи.

³⁾ Архивъ Біологическихъ наукъ. Т. I. Вып. 1.

Мы были наведены на эту мысль тѣмъ, что карбамниновая кислота, которая появляется въ организмѣ животныхъ съ ограниченіемъ дѣятельности печени (наложеніе свища v. v. portae и sauae inf. и перевязка v. portae подѣ печенью), производитъ цѣлый рядъ симптомовъ, весьма напоминающихъ собою эclamптическій припадокъ. Введеніе карбамниновой кислоты въ кровь нормальнымъ животнымъ также влекло за собой рядъ характерныхъ признаковъ отравленія,—которое даже во второстепенныхъ своихъ чертахъ (повышеніе t°, расширеніе зрачковъ и пр.) походило на состояніе эclamптической больной. При объясненіи причинъ образованія карбамниновой кислоты профф. Павловымъ и Пенцикимъ было допущено, что она, образуемая изъ бѣлковъ пищи и при нормальныхъ условіяхъ переходящая въ мочевины, не совершаетъ этого превращенія, благодаря пониженію дѣятельности печени (въ печени пр.-доц. Н. В. Усковъ констатировалъ атрофію).

Ознакомившись подробно въ литературѣ съ новыми патологическими данными при эclamпсіи, мы дѣйствительно встрѣтили указанія на то, что при эclamпсіи страданіе печени выражено въ рѣзкой степени. Что у эclamптическихъ функція печени должна находиться въ ненормальныхъ условіяхъ, необходимо было уже a priori заключить изъ того, что въ извѣстномъ % случаевъ эclamпсія сопровождается ясно-выраженной желтухой и, кромѣ того, какъ подѣ capsula Glissoni, такъ и на поверхности печени часто встрѣчаются кровоизліянія и темныя пятна, иногда значительныя. Эти же кровоизліянія, влекущія за собой даже размягченіе паренхимы, встрѣчаются по Jürgens'у ¹⁾ и въ толщѣ печеночной ткани. Онъ находилъ ихъ въ окружностяхъ долекъ, при чемъ они проникали и между дольками, а иногда занимали центральную часть дольки. Разрушенная путемъ этихъ кровоизліяній печеночная паренхима могла захватываться кровянымъ токомъ и разноситься въ различныя части тѣла. Въ правомъ сердцѣ, напр., можно было часто найти свободный жиръ, бѣлые кровяные шарики и клѣтки печени.

¹⁾ Цитировано по Pilliet. Le foie des eclamptiques. Gazette hebdomadaire de médecine, 1890. № 30.

Что же касается до микроскопической анатомии печени экламптики, то первенство въ изслѣдованіи въ этой области принадлежитъ *Pilliet*, который еще въ 1888 г. ¹⁾ указалъ на характерную картину патологоанатомическихъ измѣненій въ печени. *Pilliet* въ своихъ работахъ по микроскопическому изслѣдованію экламптической печени рисуетъ три фазы, которыя проходитъ заболѣваѣе печени при судорогахъ рожениць. Первая фаза процесса заключается въ расширеніи капилляровъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ воротной веной. Эти расширенные сосуды во второй фазѣ страданія ограничиваютъ собою извѣстные участки печеночной перенхимы, при чемъ клѣтки этой послѣдней въ слѣдствіе давленія расширенныхъ капилляровъ, претерпѣваютъ некротическій процессъ и, распадаясь въ мелкозернистую массу, образуютъ вмѣстѣ съ кровяными шариками и разрушенными капиллярами фокусы, пронизанные вакуолами. Въ третьей фазѣ картина напоминаетъ процессъ образования инфарктовъ и состоитъ въ томъ, что изъ расширенныхъ капилляровъ въ пораженные фокусы начинается выселеніе лейкоцитовъ, которые подвергаются быстрому перерожденію. Однако, дѣло на этомъ не оканчивается. Разъ образовавшись, инфаркты имѣютъ склонность распространяться, сливаться между собою и влекуть за собой путемъ облитерации сосудовъ омертвѣніе участковъ паренхимы. Ихъ другъ отъ друга отдѣляющихъ. Такимъ образомъ получаются обширные секвестры, отграниченные мѣстами паренхимы, проникнутой бѣлыми шариками. Это и дастъ печени тотъ мраморный рисунокъ, который столь часто встрѣчается при эклампсии.

Такова въ краткомъ пересказѣ сущность результатовъ изслѣдованія *Pilliet* и его ученика *Létienné*, найденныхъ на 13 случаяхъ эклампсии. Они были подтверждены *Bouffe de St. Blaise*'омъ ²⁾ и *de Lauradour*'омъ ³⁾. *Bouffe de*

¹⁾ *Pilliet et Létienné*. Lésions du foie dans l'éclampsie. *Pilliet*. Le sinus hépatique de l'éclampsie puerpérale. Nouv. arch. d'obst. III. 1888. Nouv. Archives. IV. 1889.

²⁾ *Bouffe de St.-Blaise*. Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale. Paris. 1891.

³⁾ *De Lauradour*. Contributions à l'étude des lésions du foie dans l'éclampsie puerpérale. Thèse. Paris. 1890.

St. Blaise, написавший под руководством *Pillic* въ 1890 г. большую диссертацию объ анатомическихъ измѣненіяхъ при эклампсїи, говорить, что онъ въ своихъ семи случаяхъ эклампсїи съ математической точностью находилъ все макромикроскопическія измѣненія, указанныя *Pillic*. Въ той же диссертации *Bouffe*'а указывается на патологоанатомическія измѣненія при эклампсїи почти всехъ другихъ паренхиматозныхъ органовъ, при чемъ эти измѣненія въ общемъ носятъ тотъ же деструктивный характеръ, какой имѣется въ печени. Но такъ какъ процессъ въ этихъ органахъ выраженъ значительно слабѣе и не съ такимъ постоянствомъ, какъ въ печени, то *Bouffe* весьма основательно заключаетъ, что при эклампсїи печень страдаетъ всего болѣе.

Наконецъ, послѣдняя работа по вопросу о патологоанатомическихъ измѣненіяхъ паренхиматозныхъ органовъ при эклампсїи принадлежитъ *Schmorl*у¹⁾, который въ 1891 г. посвятилъ этому вопросу на съѣздѣ цѣмскихъ акушеровъ въ Bonn'ѣ специальный докладъ. Исслѣдованія *Schmorl*'я, сдѣланныя въ 15 случаяхъ эклампсїи, въ общемъ подтвердили данныя, найденныя *Pillic*. Кроме анемическихъ и геморрагическихъ некротическихъ гнѣздъ въ печени, *Schmorl* нашелъ некротическія измѣненія въ pancreas и сердечной мышцѣ, воспалительныя измѣненія въ почкахъ и мозговое кровоизліяніе. Во всехъ случаяхъ найдены паренхиматозныя эмболы, имѣвшія происхожденіе частью изъ печени, частью изъ почекъ и pancreas.

Результаты исслѣдованій *Pillic* и его учениковъ были весьма рѣшительной поддержкой нашему апріорному мнѣнію о роли печени при заболѣваніи эклампсическими судорогами. Видѣнная нами экспериментальная картина отравленія карбаминовой кислотой и патологоанатомическія исслѣдованія авторовъ такъ дополняли другъ друга, что апріорное допущеніе, казалось, имѣло свою долю вѣроятности. Тѣмъ не менѣе мы взяли на себя трудъ еще разъ пересмотрѣть подъ микроскопомъ измѣненія паренхиматозныхъ органовъ эклампсическихъ, главнымъ образомъ

¹⁾ *Schmorl*. Pathologisch-anatomische Befunde bei Eklampsie. Verhandl. des t. Gyn. Congr. zu Bonn. 1891.

печени и почки. Съ января 1892 г., благодаря любезности академика *А. Я. Крассовскаго* и д-ровъ *И. А. Долгискаго* и *Д. А. Рузи*, намъ удалось получить въ свое распоряженіе органы отъ 11 женщинъ, умершихъ отъ эклампсіи. Всего нами было изслѣдовано: почки во всѣхъ 11 случаяхъ, печень въ 9 случаяхъ, матка въ 3-хъ случаяхъ, мозгъ въ 2-хъ случаяхъ, фаллопьевы трубы въ одномъ случаѣ и, наконецъ, селезенка и сердце тоже въ одномъ случаѣ. Всего 28 органовъ. Въ большинствѣ нашихъ случаевъ кусочки органовъ, взятыхъ изъ трупа въ теченіи мѣсяца лежали въ *Müller*'овской жидкости. Отсюда послѣ тщательной промывки въ водѣ или послѣ извлеченія хромовыхъ солей по *Hans'у Virchow'у* мы проводили ихъ черезъ спиртъ восходящей концентрации и обезвоживали абсолютнымъ алкоголемъ. Заливались кусочки въ растворъ фотоксиллина. Срѣзы производились микрономомъ *Schantze* и окрашивались глицериновымъ гематоксилинъ-эозиномъ *Renault* или чаще гематоксилинъ-эозиномъ *Ehrlich'a*, просвѣтлялись въ гвоздичномъ маслѣ и резематривались въ канадскомъ бальзамѣ. Не вдаваясь, разумѣется, въ описаніе патологоанатомическихъ особенностей каждаго изъ нашихъ случаевъ, мы приведемъ вкратцѣ результаты нашихъ изслѣдованій относительно каждаго изъ микроскопированныхъ нами органовъ.

Въ *почкахъ* лишь въ одномъ случаѣ можно было констатировать почти нормальное состояніе, такъ какъ дѣло ограничилось лишь острымъ приливомъ крови и набуханіемъ мальпигіевыхъ клубочковъ въ такой степени, что они выполняли собою вполнѣную *Bowman*'овскую капсулу; эпителий же мочевыхъ канальцевъ, равно какъ и другія анатомическія части почки были совершенно здоровы. Въ остальныхъ десяти изслѣдованныхъ нами случаяхъ мы могли отчетливо констатировать паренхиматозное (6 разъ), интерстиціальное (2 раза) и одновременно оба воспаленія (2 раза). Во всѣхъ случаяхъ патологическія измѣненія носили острый характеръ. Слабая степень паренхиматознаго воспаленія выражалась въ помутнѣннн эпителия мочевыхъ канальцевъ, набуханнн ихъ до такой степени, что они почти выполняли просвѣтъ канальцевъ, выдѣленіемъ значительнаго количества отдѣляемаго (бѣлка) и набуханіемъ клубочковъ. Въ болѣе сильныхъ степеняхъ дѣло доходило мѣстами до совершеннаго исчезновенія ядра эпителиальныхъ клѣтокъ, при чемъ вели-

чина этихъ кѣтокъ оставалась близкой къ нормальной. Въ сильныхъ степеняхъ процессы восходили до полного исчезновения ядра кѣтокъ мочевыхъ канальцевъ почти на всемъ протяженіи коркового вещества, при чемъ кѣтки, выстилаяющія канальцы, представлялись въ видѣ гомогенной массы. — хорошо окрашивающейся эозиномъ, — въ которой никакихъ слѣдовъ ядра и границъ отдѣльныхъ кѣтокъ отыскать не удавалось. Слѣдуетъ отмѣтить то обстоятельство, что некротизированныя кѣтки всюду оставались на своихъ мѣстахъ и слущиванія ихъ съ мембраны propria замѣчено не было. Въ указанныя степени паренхиматознаго измѣненія почечной ткани находились исключительно въ корковомъ веществѣ. Эпителій, выстилающій прямые канальцы, равно какъ и петли Henle, были во всѣхъ случаяхъ совершенно нормальнымъ. Что до *Vormann*'овскихъ капсулъ, то во всѣхъ 10 случаяхъ они болѣею частью представлялись набухшими въ болѣе или менѣе рѣзкой степени, иногда заключали въ себѣ незначительное количество свободныхъ кровяныхъ шариковъ, а въ сильныхъ степеняхъ паренхиматознаго нефрита между петлями клубочка и стѣнками капсулы находилось значительное количество мелкозернистаго выпота, отодвигавшаго мѣстами петли въ сторону. Замѣчено также было размноженіе эпителиальныхъ кѣтокъ, выстилающихъ стѣнку клубочка. Интерстиціальныя измѣненія почечной ткани заключались въ мелкокѣточковой инфильтраціи соединительной ткани, то въ поверхностныхъ слояхъ коркового слоя, около самыхъ клубочковъ, то на границѣ коркового и мякотнаго вещества, или среди трубочекъ этого послѣдняго: иногда большія скопленія грануляціонныхъ элементовъ можно было встрѣтить въ стромѣ почечной капсулы, гдѣ находились, между прочимъ, значительныя расширения сосудовъ. Сильная гиперемія сосудовъ находилась, какъ правило, во всѣхъ 11 случаяхъ въ мякотномъ веществѣ по преимуществу, при чемъ въ одномъ случаѣ рядомъ съ грануляціоннымъ воспаленіемъ можно было констатировать и эктимозы, мѣстами весьма значительныя.

Что касается теперь патологоанатомическихъ измѣненій въ *печени*, то лишь въ одномъ случаѣ изъ 9-ти печеночная ткань *in toto* не представила никакихъ серьезныхъ измѣненій; дѣло ограничилось гипереміей съ до-

вольно рѣзко выраженнымъ растяженіемъ капилляровъ. Затѣмъ въ трехъ случаяхъ мы встрѣтили несомнѣнный хроническій интерстиціальныи процессъ, который выражался значительнымъ развитіемъ соединительной ткани по междудольковымъ пространствамъ вокругъ развѣтвленій *v. portae* и др. сосудовъ. Паренхиматозные элементы, однако, въ этихъ случаяхъ не представляли никакихъ рѣзкихъ отклоненій отъ нормы. Далѣе въ двухъ случаяхъ, наряду съ развитіемъ старыхъ интерстиціальныи измѣненій, можно было констатировать и свѣжій процессъ межуточной ткани, выражавшійся въ отложеніи грануляціонныхъ элементовъ вокругъ сосудовъ. Въ печеночныхъ клѣткахъ здѣсь кромѣ рѣзкаго отложенія желчнаго пигмента ничего ненормальнаго констатировать не удалось. Наконецъ, въ трехъ случаяхъ мы могли наблюдать рѣзкія деструктивныя измѣненія печени, которыя имѣютъ настолько характерную картину, что мы позволяемъ себѣ изложить ее нѣсколько подробнѣе.

Первая степень этихъ измѣненій заключается въ ограниченномъ расширеніи капилляровъ периферической части дольки, примыкающей къ междудольковой соединительной ткани и значительно растянутымъ кровью вѣтвямъ *v. portae*. Это расширеніе капилляровъ доходитъ до кровоизліянія въ паренхиму печени и представляется среди окружающей здоровой ткани печени рѣзко окрашеннымъ (эозиномъ) пятномъ. Такія же экхимозы встрѣчаются въ большомъ количествѣ и въ поверхностныхъ слояхъ печеночныхъ долекъ, примыкающихъ къ *capsula Glissoni*. Въ дальнѣйшемъ около геморрагическаго фокуса, помѣщающагося въ толщѣ печеночной паренхимы, начинается растяженіе капилляровъ, окружающихъ еще здоровыя печеночныя клѣтки, которыя благодаря давленію со стороны сосудовъ рѣзко уменьшаются въ своихъ размѣрахъ, сохраняя до времени свое ядро. Вскорѣ, однако, ядро исчезаетъ и некротизованныи участокъ печени, сливаясь съ тѣмъ, гдѣ было кровоизліяніе, образуетъ островокъ умершей ткани въ нѣдрахъ еще здоровой паренхимы. Въ этомъ островкѣ еще можно порой замѣтить нормальное расположеніе и направленіе печеночныхъ клѣтокъ, иногда даже границы отдѣльныхъ клѣтокъ; иногда же, наоборотъ, этотъ островокъ умершихъ элемен-

товъ представляется совершенно гомогеннымъ. Въ дальнейшемъ въ этомъ островкѣ начинаются процессы распада въ мелкозернистую массу, которая всасываясь, оставляетъ послѣ себя вакуолы,—дефекты ткани, какъ разъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ первичное расширеніе капилляровъ и эхимозы изъ нихъ были всего значительнѣе. Такимъ образомъ процессъ въ этомъ случаѣ напоминаетъ картину закупорки сосудовъ. Но иногда образованія лакунъ (дефектовъ) не бываетъ, да и самъ островокъ не носитъ такой рѣзкой обособленности. Въ разныхъ частяхъ дольки встречаются въ такихъ случаяхъ гомогенныя пятна (некротизованная ткань), вокругъ которыхъ слѣдуетъ поясъ, проникнутый уже значительнымъ количествомъ грануляціонныхъ элементовъ, которые отличаются здѣсь въ различныхъ направленіяхъ; многіе изъ нихъ принимаютъ уже веретенообразное очертаніе и получаютъ характеръ стойкой соединительной ткани.

Venae centrales—представлялись во всѣхъ лангахъ случаяхъ очень растянутыми, растяженіе же вѣтвей *portae* представляется даже поройъ чрезвычайнымъ. Въ одномъ нашемъ случаѣ, печеночная ткань оказалась на всемъ ея протяженіи захваченной острымъ паренхиматознымъ процессомъ, который выразился въ некрозъ клеточныхъ элементовъ, съ полной потерей ядра. Эти очаги заболѣваній представлялись подъ микроскопомъ въ видѣ большихъ мутныхъ пятенъ, захватывавшихъ большую или меньшую часть дольки. Надо при этомъ отмѣтить то обстоятельство, что пятна не всегда прилежали непосредственно къ воротной венѣ; иногда клетки, находящаяся здѣсь, сохранились лучше другихъ.

Что касается теперь до другихъ изслѣдованныхъ органовъ (матки, мозга, фаллопиевыхъ трубъ, селезенки и сердца), то въ описаніи ихъ можно быть краткимъ. Всюду, подобно, какъ въ почкахъ и печени, можно было констатировать острый кровоприливъ, съ сильнымъ расширеніемъ сосудовъ. Въ маткѣ (3 случая),—въ одномъ случаѣ найдено—хроническое интерстиціальное воспаленіе, а въ другомъ интерстиціальное воспаленіе носило свѣжій характеръ. Со стороны мышечныхъ элементовъ никакихъ измѣненій не обнаружено. Въ фаллопиевыхъ трубъ найдено громадное расширеніе сосудовъ наружной

части трубы и рыхлой окружающей ея клетчатки съ высе-
селе-ниемъ круглыхъ элементовъ въ междуточную ткань.
Мышечная же ткань, равно какъ и слизистая оболочка.
оказались совершенно нормальными.

Сердце въ одномъ изслѣдованномъ нами случаѣ пред-
ставляло мѣстами помутнѣніе поперечной полосатости и
мутность ядеръ.

Вотъ вкратцѣ тѣ данныя, которыя мы получили при
микроскопическомъ изслѣдованіи органовъ женщинъ, умер-
шихъ въ припадкахъ эклампсіи. Изъ этихъ данныхъ яв-
ствуетъ, что при эклампсіи различные паренхиматозные
органы не остаются безучастными къ заболѣванію, а ре-
агируютъ на него острымъ приливомъ крови. Далѣе, что
въ почкахъ, печени и отчасти въ сердцѣ, маткѣ и фалло-
пиевыхъ трубахъ замѣчается истинное острое воспалитель-
ное состояніе, которое въ почкахъ уже принимаетъ ха-
рактеръ некротическаго измѣненія эпителиальныхъ эле-
ментовъ, а въ печени получается, кромѣ того, развитіе де-
фектовъ ткани и замѣна ея вновь образованной. При этомъ
слѣдуетъ себѣ отмѣтить то обстоятельство, что характеръ
патолого-анатомическихъ измѣненій различныхъ органовъ
(въ частности, напр., почекъ) такого рода, что какъ будто бы
организмъ подвергался отравленію какимъ-либо острымъ
ядомъ.

Наши данныя подтверждаютъ такимъ образомъ мнѣ-
ніе авторовъ (*Pilliet* и др.), что эклампсія влечетъ за со-
бой заболѣваніе всѣхъ органовъ. Въ виду этого причиной
эклампсіи не можетъ быть какая-нибудь мѣстная причина
(въ видѣ, напр., заболѣванія мозга или его оболочекъ), а
какой-нибудь общій моментъ, тотъ агентъ, который, по-
падая въ кровь, разносится по организму и поражаетъ
его во всей его совокупности.

Наши патолого-анатомическія данныя тѣмъ не менѣе
нѣсколько расходятся съ данными авторовъ. Картины,
описанныя *Pilliet* и друг., въ печени мы видѣли только
въ $\frac{1}{3}$ нашихъ случаевъ, въ остальныхъ же констатиро-
вано хроническое интерстиціальное воспаленіе. Не можемъ
мы поддержать и *Prutz*'а, который въ большинствѣ сво-
ихъ случаевъ видѣлъ почки экламптическихъ лишь едва ук-
лонившимися отъ нормы.

Тѣмъ не менѣе для нашего апріорнаго представленія

о значеніи печени при патогенезѣ эклампсїи наши микроскопическія изслѣдованія дали то, что мы предполагали: при эклампсїи печень несомнѣнно находится въ ненормальныхъ условіяхъ своей жизни. Спрашивается теперь, какое же, наконецъ, ближайшее значеніе имѣеть это явленіе для патогенеза эклампсїи?

Лабораторные опыты проф. *Паслова* и *Пенюкаго* показали, какъ мы уже видѣли раньше, связь между состояніемъ печени и появленіемъ въ организмѣ продукта педокисленія бѣлковъ — карбамниновой кислоты. Эти опыты подтвердили такимъ образомъ то значеніе, какое имѣеть печень въ окислительныхъ процессахъ организма. Предположеніе не зависить ли и эклампсія отъ страданія печени — заставило насъ попытаться произвести подробно изслѣдованіе мочи экламптическихъ, съ цѣлью убѣдиться, нѣтъ ли въ мочѣ какихъ нибудь патологическихъ особенностей, которыя бы дали возможность для установленія причинной связи между заболѣваніемъ печени и судорогами роженницъ. Изслѣдованія д-ра *М. Нави*'а въ двухъ случаяхъ, сдѣланныя имъ съ столь любезно по нашей просьбѣ, показали, что въ мочѣ экламптическихъ дѣйствительно находится карбамниновая кислота, но количество ея настолько не велико, что трудно сказать, превосходитъ ли это количество нормальное содержаніе этой соли въ мочѣ.

Отвѣдь д-ра *Нави*'а не дали намъ возможности произвести дальнѣйшія изслѣдованія въ этомъ направленіи. Однако, съ цѣлью рѣшить нашъ вопросъ, — нѣтъ ли вообще въ химическихъ составныхъ частяхъ мочи какихъ либо указаній на отклоненіе отъ нормы окислительныхъ процессовъ, мы рѣшились обратиться къ проф. *А. Пелю*, прося его сдѣлать подробнѣй количественный анализъ мочи одной экламптической, привезенной въ клинику профессора *К. Ф. Славянского* въ глубокой комѣ. Результатъ этого подробнаго анализа представляеть тѣмъ болѣе интереса, что, на сколько намъ извѣстно, подробнаго количественнаго анализа мочи экламптическихъ въ литературѣ не существуетъ. Для анализа клинкой было собрано и отправлено въ лабораторію 400 куб. сант. мочи за 1-яя сутки пребыванія больной въ клиникѣ, во время которыхъ больная разрѣшилась отъ бремени и почти постоянно находилась въ комѣ, из-

рѣдка прерываемой принадлежками эламисіи. Вторая (суточная) порція мочи была собрана за 2-я сутки пребывания больной, когда она уже пришла въ себя, и началось выздоровленіе. Сравнительныя таблицы результатовъ анализа обѣихъ порцій мочи показываютъ какъ характерныя отклоненія мочи нашей больной отъ нормы, такъ и сравнительную разницу въ количественныхъ величинахъ обѣихъ порцій за 1-я и 2-я сутки пребывания больной въ клиникѣ.

Въ первой порціи мочи найденъ осадокъ, состоявшій изъ слизи и содержавшій эпителий, лейкоциты, мелкозернистые, гѣлиновые и восковидные цилиндры. Моча обладала свойствомъ понижать окислительную способность крови. Количество мочевины по *Пелло* = 28,35‰, по *Iron*'у 29,11‰, мочевины 1,14‰, хлористаго натрія 8,40‰, фосфорной кислоты 3,92‰, сѣрной кислоты 2,86‰, общее количество азота 15,58‰. Въ качествѣ ненормальной примѣси констатировано: бѣлокъ—9,23‰, пептонъ (слѣды) и, наконецъ, лейкомаины (въ видѣ основанія) въ 2,74‰. Отношеніе общаго количества сѣрной кислоты къ количеству парныхъ сѣрныхъ кислотъ 2,86 : 0,24 = 11,91 : 1; далѣе отношеніе общаго количества фосфорной кислоты къ количеству глицерино-фосфорной кислоты 4,06 : 0,14 = 29,00 : 1 и, наконецъ, отношеніе общаго количества азота къ количеству азота мочевины 15,58 : 13,58 = 100 : 87,15, что до нѣкоторой степени показывало, что интенсивность окисленія азотистыхъ веществъ значительно ниже нормы.

Ислѣдованіе мочи за 2-я сутки показало: въ осадкѣ то же, что наканунѣ, но безъ восковидныхъ цилиндровъ. пониженіе окислительной способности крови выражено уже не такъ рѣзко. Мочевины по *Пелло* 17,51‰, по *Iron*'у 18,23‰, мочевой кислоты 0,83‰, хлористаго натрія 4,81‰, фосфорной кислоты 1,98‰, сѣрной кислоты 1,76‰, общее количество азота 10,26‰. Бѣлокъ содержался уже въ 0,98‰,—а лейкомаины (въ видѣ основанія) въ 1,48‰. Отношеніе общаго количества азота къ количеству азота мочевины 10,26 : 9,12 = 100 : 88,88.

Данныя ислѣдованія обѣихъ порцій показываютъ намъ, что въ обѣихъ моча оказалась ненормальной. Въ качествѣ патологическихъ примѣсей она содержала бѣ-

докъ и пептогъ и различные виды почечныхъ цилиндровъ. Въ отношеніи же нормальныхъ химическихъ составныхъ частей оказалось, что количество мочевоѣ кислоты въ обѣихъ порціяхъ было значительно больше нормы; далѣе, что та и другая порція содержала значительныя количества лейкоманновъ. Это говорило за то, что промежуточные продукты регрессивнаго метаморфоза бѣлковыхъ тѣлъ были рѣзко повышены въ своемъ количествѣ. Эта недостаточность окислительныхъ процессовъ видна была, между прочимъ, отчасти и въ отношеніи общаго количества азота мочи къ азоту мочевины.

Сравнивая же данныя анализа обѣихъ порцій между собою, мы видимъ, что во 2-й порціи сравнительно съ первой получились измѣненія осадка въ смыслѣ печеночнаго восковидныхъ цилиндровъ; далѣе, что количество бѣлка съ 9,23⁰/₁₀₀ пало до 0,98⁰/₁₀₀, что лейкоманны съ 2,74⁰/₁₀₀ пали до 1,48⁰/₁₀₀, количество мочевоѣ кислоты съ 1,14⁰/₁₀₀ спустились до 0,83⁰/₁₀₀, а хлористаго натрія съ 8,40⁰/₁₀₀ до 4,81⁰/₁₀₀, фосфорной кислоты съ 3,92⁰/₁₀₀ до 1,98⁰/₁₀₀. Наконецъ, что интенсивность окисленія азотистыхъ веществъ, на сколько объ этомъ позволительно судить по отношенію общаго количества азота къ количеству азота мочевины, нѣсколько поднялась (100 : 87,15 и 100 : 88,88).

Такимъ образомъ данныя анализа подтвердили, что въ окислительныхъ процессахъ организма при эклампсѣи имѣется рѣзкое нарушеніе. Имѣя въ виду важное значеніе печени для окислительныхъ процессовъ, слѣдуетъ, быть можетъ, и при эклампсѣи искать въ этомъ органѣ ключъ для объясненія происхожденія эклампсѣи. Благодаря своему патологическому состоянію, она не можетъ проявить той благотворной роли для организма, которая гарантируетъ насъ отъ самоотравленія различными веществами, являющимися, какъ въ видѣ продуктовъ жизнедѣятельности нашихъ клѣточекъ, такъ и химическаго процесса пищеваженія. Карбаминная кислота, образуемая изъ бѣлковыхъ инци, можетъ при такихъ условіяхъ повыситься въ своемъ содержаніи въ крови и произвести отравленіе организма. слѣдуетъ, однако, прибавить, что въ виду отсутствія положительныхъ данныхъ химическаго анализа считать карбаминную кислоту за производящую причину

при эклампсїи, разумѣется, было бы пока преждевременно. Уже съ большею вѣроятностью можно считать лейкомаины, содержащїеся въ мочѣ экламптички почти въ 6 разъ въ большемъ противъ нормы количествѣ ¹⁾, за доказательство отравленїя организма продуктами жизнедѣятельности его клѣточекъ. Съ этой точки зрѣнїя эклампсїю можно было бы донѣкоторой степени назвать *лейкомаиннымъ*.

Что лейкомаины могутъ встрѣчаться въ мочѣ беременныхъ,—это уже давно указано *A. Gautier* ²⁾, который ими объясняетъ различныя первыя разстройства (неукротимая рвота и пр.), встрѣчающїяся при этомъ физиологическомъ состоянїи организма. Какъ извѣстно, эти лейкомаины въ томъ случаѣ, когда они въ недостаточной мѣрѣ разрушаются и выдѣляются (*un poison mal éliminé ou incomplètement brûlé*) изъ организма, пагубно дѣйствуютъ на первыя центры и производятъ цѣлый рядъ патологическихъ разстройствъ.

Что служить первичной причиною накопленїя лейкомаиновъ,—сказать пока невозможно. Быть можетъ отчасти тому причина заключается въ пониженїи окислительной способности крови. «Un moyen (для выдѣленїя лейкомаиновъ) plus puissant», говоритъ *Gautier*, «c'est la combustion continue des leucomaines par l'oxygène du sang. La plupart de ces poisons, en effet, sont fort oxydables». Патологическое же состоянїе одного изъ главныхъ по *Boucharcl'*у ³⁾ нейтрализаторовъ лейкомаиновъ—печени осложняетъ до послѣдней степени ту патологическую картину, которая является слѣдствїемъ самоотравленїя организма лейкомаинами.

Принимая лейкомаины за гипотетическую причину, производящую судороги роженицы, мы могли бы слѣдующимъ образомъ представить себѣ постепенный ходъ развитїя экламптического отравленїя. Въ организмѣ беременныхъ существуютъ какія-то условїя, повидимому, благо-

¹⁾ Это отношенїе, конечно, приблизительное, такъ какъ среднее количественное содержанїе лейкомаиновъ въ *нормальной* мочѣ еще не вполне установлено.

²⁾ *Gautier Armand*. Sur les alcaloïdes dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux. Ptomaines et leucomaines. Paris 1886.

³⁾ *Boucharcl'*. Leçons sur les auto-intoxications. Paris. 1887. Рус. пер. 1889 г., стр. 132, 133.

пріятствующія накопленію лейкомаиновъ. Заболѣванія печеночной ткани (hepatitis interstitialis chr. и др.), беременной или роженицы могутъ способствовать тому, что накопленіе это достигаетъ значительной интенсивности, при чемъ, не смотря на это, токсическія явленія могутъ проявиться лишь въ видѣ преходящихъ неглубокихъ нервныхъ разстройствъ (недомоганіе, головныя боли, раздражительность, диспепсія, рвота, разстройство зрѣнія). Если-же въ дѣло вмѣшивается первая система, именно, если благодаря какому-либо причинамъ больная приходитъ въ возбужденное состояніе (сильное болевое раздраженіе, психическій инсультъ и проч.), то картина отравленія, благодаря пониженной резистентности первой системы развивается во всей своей полнотѣ. Что организмъ можетъ быть, такъ сказать, пропитанъ ядомъ, который не проявляетъ своего эффекта до тѣхъ поръ, пока первая система находится въ равновѣсіи,—примѣромъ этому можетъ служить наблюдение изъ физиологической лабораторіи проф. Павлова. Одна собака (сука) съ ограниченіемъ дѣятельности печени ничѣмъ не проявляла отравленія карбаминовой кислотой до тѣхъ поръ, пока ей не была произведена бо-
 лѣзненная катетеризація. У другой собаки, также имѣвшей Экковскій свинецъ венъ воротной и нижней полой, острое отравленіе карбаминовой кислотой въ сильнѣйшей степени появилось послѣ того, какъ она въ совершенно до того нормальномъ состояніи была приведена изъ собачника въ комнату лабораторіи, въ которой на ней ранѣе дѣлали опыты ¹⁾. Какъ извѣстно, лейкомаины, произведя токсическій эффектъ вслѣдъ затѣмъ сразу начинаютъ выдѣляться мочей въ больномъ количествѣ. Большое количество лейкомаиновъ въ первой порціи мочи нашей больной является также доказательствомъ того, что отравленіе уже начинаетъ исчезать. Во второй порціи мочи, собранной за то время, когда родильница окончательно вступила на путь выздоровленія, количество лейкомаиновъ, какъ мы видѣли, уже оказалось рѣзко уменьшеннымъ противъ первой порціи, хотя все еще превосходящимъ приблизительную норму.

¹⁾ Архивъ Біологическихъ Наукъ. Т. I. № 4, стр. 416, 418.

Выдѣлялась съ мочей или притекая съ кровью лейкоцитарныя роковымъ образомъ должны раздражать отдѣльные элементы почечной ткани. Если же почечная ткань, какъ это часто случается у беременныхъ, находится и безъ того въ воспалительномъ состояніи (*pernephritis gravidarum*), то можетъ получиться сильное паренхиматозное измѣненіе почечной ткани и связанныя съ этимъ глубокія разстройства секреторной дѣятельности почекъ. Результатомъ этого будетъ то, что выдѣленіе яда изъ организма замедлится, а воздѣйствіе его на организмъ увеличится.

Такимъ образомъ, по нашему мнѣнію, сущность патогенеза эклампсій сводится къ пониженію нормальной окислительной способности организма, результатомъ чего являются ядовитыя вещества, недоокисленные продукты жизнедѣятельности клетокъ.

Мы хорошо понимаемъ, что наши заключенія въ известномъ смыслѣ мало обоснованы, такъ какъ они исходятъ всего изъ двухъ анализовъ мочи. Но сопоставленіе результатовъ нашихъ первыхъ опытныхъ изслѣдованій съ тѣми общезвѣстными клиническими данными эклампсій, которыми мы обладаемъ, говоритъ повидимому за то, что предположеніе наше имѣетъ свою долю вѣроятности. Принимая лейкоцитарную теорію эклампсій намъ становится яснымъ то подромальное состояніе, предшествующее припадкамъ, которое выражается въ видѣ общихъ разстройствъ невропатологическаго характера; сдѣлается понятнымъ почему первые роды, узкій тазъ, двойни, *hydramnion*, затянувшіеся роды, судорожныя и слишкомъ чувствительныя схватки,—словомъ все моменты, представляющіе запросъ на сильную первичную дѣятельность и вызывающія болевой аффектъ,—благоприятствуютъ наступленію припадка эклампсій. Станетъ, наконецъ понятнымъ и то, почему въ *interregium* экламптической припадка развивается постъпсихическаго утомленія и перваго потрясенія (припадокъ у другой больной и пр.). Какъ бы то ни было,—раздѣленія лейкоцитарныя въ мочѣ здоровыхъ и экламптическихъ найдены необходимо и акушерамъ имѣть самое тщательное наблюденіе за этими продуктами, огромное значеніе которыхъ для патологіи несомнѣнно.

Подводя итоги всему нами высказанному относительно

патогенеза эклампсін мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Существенныя патолого-анатомическія измѣненія органовъ при эклампсін находятся въ печени, нѣсколько слабѣе въ почкахъ и другихъ паренхиматозныхъ органахъ.

2) Причиной эклампсін слѣдуетъ, по всей вѣроятности, считать глубокія нарушенія окислительныхъ процессовъ организма. Появляющіяся при этомъ лейкомаиини можно было бы разсматривать, какъ одного изъ факторовъ экламптическихъ судорогъ.

II.

О ВЛІЯНІИ СЫПНАГО ТИФА НА ТЕЧЕНІЕ БЕРЕМЕННОСТИ И УТРОБНЫЙ ПЛОДЪ.

Привать-доцента И. М. Львова.

(Читано въ засѣданіи врачей Казанской губернской земской больницы 21 октября).

Наблюдавшаяся въ концѣ прошлаго и началѣ нынѣшняго года эпидемія сыпнаго тифа въ Казани дала и мнѣ довольно большой матеріалъ для изученія вліянія этой болѣзни на теченіе беременности и утробный плодъ. Еще въ 1867 году д-ръ *Каминскій*¹⁾ далъ намъ схему, какъ вести наблюденія при горячечныхъ болѣзняхъ матери, и вмѣстѣ съ тѣмъ точно установилъ вліяніе брюшнаго тифа на теченіе беременности и утробный плодъ. Именно онъ указалъ, что изъ 98 брюшно-тифозныхъ случаевъ въ 63 беременность была прервана, теченіе самой болѣзни во время беременности было обыкновенное, а послѣ родовъ легко слѣдуетъ кровотеченіе. Далѣе, *Каминскій* выяснилъ, что съ поднятіемъ температуры у матери до 40° появляется опасность и для жизни плода въ видѣ измѣненнаго сердцебіенія и движенія его, указывающихъ на

¹⁾ *Каминскій*, Условія и причины измѣненія сердцебіенія утробнаго дитя при горячечныхъ болѣзняхъ матери. „Московск. Медицинск. Газета“ 1867. № 13.

начало внутривутробной асфиксии плода. Опасность эта возрастала по мѣрѣ поднятія температуры или продолжительнаго ея status quo и дѣло въ этихъ случаяхъ разрѣшалось или перерывомъ беременности или смертью плода безъ окончанія беременности въ данное время.

Runge ¹⁾ провѣряя изслѣдованія *Каминскаго* опытами на кроликахъ, вполне подтвердилъ все выводы его, при чемъ указалъ, что опасность для жизни ихъ плодовъ скоро обнаруживается, когда температура становится выше 41,5 градуса.

Далѣе, по поводу вліянія тифа вообще на беременность мы имѣемъ наблюденія *Sacquin'a* ²⁾. Эти наблюденія обнимаютъ 324 случая тифа, изъ числа которыхъ въ 80 случаяхъ произошелъ выкидышъ и въ 33 случаяхъ преждевременные роды. Отсюда *Sacquin* заключаетъ, что перерывъ беременности происходитъ въ первые мѣсяцы беременности.

Zülzer ³⁾ также наблюдалъ не рѣдко перерывъ беременности при брюшномъ тифѣ, именно изъ 24 случаевъ 14 разъ. Точно также и *Scanzoni* ⁴⁾ говоритъ, что у него изъ 10 случаевъ брюшнаго тифа въ 6 последовалъ перерывъ беременности.

Что касается до другихъ формъ тифа, то относительно возвратной горячки (*typhus recurrens*) мы имѣемъ наблюденія *Weber'a* ⁵⁾, которыя гласятъ, что изъ 63 беременных последовали преждевременные роды у 23. Что же касается до сыпнаго тифа, то про него говорятъ, что при немъ склонность къ выкидышу или преждевременнымъ родамъ меньше всего ⁶⁾.

Что касается до причинъ перерыва беременности, то онѣ должны быть слѣдующія: 1) Самая высокая температура дѣйствуетъ на мышцы матки какъ раздражитель.

¹⁾ *Runge*, Untersuch. üb. d. Einfluss. d. gesst. mütterlich. Temperatur in d. Schwarz. auf d. Leben d. Frucht. Archiv f. Gynaekolog. 1877. XII, 16.

²⁾ *Sacquin*, De l'influenz recipr. de la f. thyph. et de la grossesse. Nancy. 1885 г.

³⁾ *Zülzer*, Monatsch. f. Geburt. B. XXXI.

⁴⁾ *Scanzoni*, Lehrbuch d. Geburt. 4 Aufl.

⁵⁾ *Weber*, in Berlin. klin. Wochens. 1870. № 2-йебр.

⁶⁾ *Zülzer*, l. c.

и вызывает усиленное их сокращение съ последующимъ изгнаниемъ плоднаго яйца. Что это такъ, я кромѣ ссылки на общезвѣстныя физиологическія данныя, подтверждаю слѣдующими фактами: перерывъ беременности отъ этой причины происходитъ обыкновенно въ началѣ болѣзни. — день на 3-й при сыпномъ тифѣ и день на 7—8 при брюшномъ, когда еще не началось послѣдовательное ослабленіе и перерожденіе мышечной ткани. При томъ роды въ этихъ случаяхъ оканчиваются изгнаниемъ живаго плода. 2) Перерывъ беременности наступаетъ вслѣдствіе смерти плода. Плодъ не можетъ умереть отъ высокой температуры, которую онъ получаетъ при горячечныхъ болѣзняхъ матери: смерть его наступаетъ потому, что у плода нормально температура выше температуры матери, а при горячечныхъ болѣзняхъ съ температурой въ 40° температура плода дѣлается чрезмѣрно высокой и онъ умираетъ. При этомъ *Runge* ¹⁾ экспериментально доказалъ, что при медленномъ повышеніи температуры плоды переносятъ, не подвергаясь опасности, очень значительныя повышенія, между тѣмъ какъ при быстрыхъ поднятіяхъ температуры они погибаютъ относительно рано. Кромѣ того, плодъ можетъ погибнуть отъ внутриутробной асфиксіи, если материнская кровь, вслѣдствіе постепеннаго задуженія или вслѣдствіе ослабленія сердечной дѣятельности, не доставляетъ болѣе достаточнаго количества кислорода, необходимаго для внутриутробной жизни плода. Тоже самое подтвердили и *Doleris* ²⁾ и *Doré* ³⁾.

3-й причиной перерыва беременности, въ ранніе сроки ея въ особенности, служитъ кровоизліяніе въ оболочки плода. Таковое явленіе наблюдалось проф. *Славяскимъ* ⁴⁾ при холерѣ и мной при influenza ⁵⁾.

Вотъ тѣ необходимыя литературныя данныя, которыя я считалъ нужнымъ привести для выясненія состоянія вопроса о влияніи горячечныхъ болѣзней матери на тече-

¹⁾ l. c.

²⁾ *Doleris*, Société de Biologie 1883, № 28 п 29.

³⁾ *Doré*, Archives de tocologie 1884, № 3—4.

⁴⁾ *Slavjansky*, Arch. f. Gynäkol. B. IV.

⁵⁾ *Львовъ*, „Медицинское Обозрѣніе“ 1890 г., № 2.

ніе беременности и утробный плодъ. Долженъ при этомъ только добавить, что вопросъ о зараженіи плода инфекціоннымъ началомъ болѣзни матери далеко еще не выясненъ въ настоящее время. Большинство данныхъ, впрочемъ, говоритъ за то, что при цѣлости послѣда и здоровомъ его состояніи микроорганизмы изъ крови матери не переходятъ въ кровь плода. Это подтверждается клинически тѣми фактами, что при перерывѣ беременности дѣти рождаются въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно здоровыми, а у мертворожденныхъ не находится признаковъ той болѣзни, которой страдаетъ мать. Опыты на животныхъ по этому вопросу тоже не дали положительныхъ опредѣленныхъ результатовъ.

Перехожу теперь къ собственнымъ наблюденіямъ, обнимающимъ 84 случая сыпного тифа у беременныхъ въ различные ея сроки. Большинство наблюдений сдѣлано въ частной практикѣ, часть только въ родильномъ Лихачевскомъ домѣ. Нѣкоторыя больныя тифомъ во время беременности были направлены мною въ нашу Земскую больницу и результатъ дѣйствія тифа мнѣ становился извѣстнымъ чрезъ г. врачей, завѣдывавшихъ тифознымъ отдѣленіемъ и въ нѣкоторыхъ случаяхъ обращавшихся ко мнѣ по поводу особенностей процесса родовъ или выкидышей въ таковыхъ случаяхъ.

Большинство моихъ наблюдений произведено надъ женщинами, бывшими во второй половинѣ беременности, именно сюда принадлежатъ 63 беременныя и только 21 женщина были беременны въ первой половинѣ. Изъ анамнестическихъ данныхъ считаю пужнымъ указать на то, что въ числѣ моихъ случаевъ нѣтъ ни одной женщины, ранѣе привычно выкидывавшей или преждевременно рожавшей вследствие какихъ-либо причинъ. Всѣ онѣ до заболѣванія сыпнымъ тифомъ были здоровы и беременность протекала исполнѣ правильно.

Разберу теперь больныхъ сыпнымъ тифомъ во вторую половину беременности. Изъ 63 больныхъ, тифъ съ температурой ниже 40° былъ въ 22 случаяхъ, и съ температурой выше 40° въ 41 случаѣ. Тифъ всегда протекалъ также правильно, какъ бы и въ небеременномъ состояніи. Вліяніе тифа на беременность было замѣчено только въ случаяхъ, протекавшихъ съ температурой выше 40° , въ

случаяхъ же съ температурой ниже 40° никакого вліянія тифа на теченіе беременности замѣчено не было, беременность шла правильно и по окончаніи тифа и родо-разрѣшеніе наступало въ свой нормальный срокъ и живымъ, жизнеспособнымъ и нормального вѣса плодомъ. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда тифъ протекалъ съ температурой выше 40° , замѣтно было вліяніе его на теченіе беременности и жизнь утробнаго плода, выразившееся то въ слабой степени, то въ сильной, смотря по тому, начинался ли тифъ сразу высокой температурой въ 40° , или же таковая температура получалась только для съ 3—5 болѣзни. Въ случаяхъ первой категоріи, когда температура сразу дѣлалась высокой, съ этого же времени нельзя было не обратить вниманія на появленіе схваткообразныхъ болей во всей маткѣ, чувствуемыхъ самой больной и видимыхъ для наблюдателя. При этомъ стѣнки матки дѣлаются легко воспріимчивыми ко всякому раздраженію и быстро отвѣчаютъ на него своимъ сокращеніемъ. Такъ, простое опущиваніе матки быстро вызывало ее сокращеніе; толчки плода тоже самое. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи въ это время нерѣдко можно констатировать подготовленіе къ родовому акту въ видѣ укороченія шейки, раскрытія цервикальнаго канала, формированія плоднаго пузыря и пр. Затѣмъ, при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни или таковая усиленная раздражительность матки стихала,—что совпадало съ безпамятствомъ больной, или же увеличивалось, переходя въ настоящіи родовыя боли: тутъ дѣло оканчивалось перерывомъ беременности. Такого рода перерывъ беременности я наблюдалъ 11 разъ изъ 63 случаевъ сыннаго тифа во 2-й половинѣ беременности, что составляетъ 17,5%. Самый родовой процессъ проходилъ совершенно нормально; осложненій при родахъ не было, за исключеніемъ одного случая довольно сильнаго кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ родовъ. Младенецъ родился живымъ и безъ всякихъ признаковъ болѣзни матери. Послѣродовой періодъ протекалъ правильно, равно и самый тифозный процессъ въ послѣродовомъ періодѣ имѣлъ свое правильное теченіе. Что касается до вліянія на внутритулробную жизнь плода, то оно въ случаяхъ тифа съ температурой въ 40° выражалось усиленіемъ движенія

плода и учащеніемъ его сердцебиеній, каковос состояніе продолжалось или до перерыва беременности, или до періода ослабленія маточныхъ сокращеній. Плацента не представляла видимыхъ измѣненій въ своемъ строеніи.

Въ случаяхъ второй категоріи, когда температура до 40° поднималась постепенно, рѣзкихъ вліяній на теченіе беременности и утробный плодъ не наблюдалось. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ была очевидно усиленная раздражительность мышцъ матки, были очевидны усиленные движенія плода, но они не были болѣзненны для больной и не беспокоили ея. Перерывъ беременности при этомъ былъ 1 разъ—на 9-й день болѣзни и въ концѣ 8-го мѣсяца беременности,—плодъ родился живымъ, но слабымъ, вялымъ и чрезъ 3 дня послѣ рожденія умеръ отъ истощенія; повышенія температуры, увеличенія селезенки, петехій у младенца не было. Послѣдъ представлялся въ этомъ случаѣ блѣднымъ, вялымъ, рыхлымъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи эндотелій ворсинокъ его былъ въ стадіи жироваго перерожденія.

Что касается до срока, въ которомъ наступилъ перерывъ беременности, то въ 5 случаяхъ перерывъ произошелъ въ началѣ 9-го мѣсяца беременности; въ 4—въ половинѣ 8-го мѣсяца и въ 2 случаяхъ—на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Больныя женщины все были въ возрастѣ отъ 25 до 35 лѣтъ.

Переходя къ разсмотрѣнію вліянія сыпнаго тифа на теченіе беременности въ первой ея половинѣ, долженъ замѣтить, что признаки, коими мы можемъ пользоваться для рѣшенія даннаго вопроса, не такъ рѣзки и очевидны. Во первыхъ нельзя наблюдать тѣхъ рѣзкихъ и сильныхъ сокращеній матки, которыя рельефны для второй половины; во 2-хъ отсутствуютъ движенія плода. Но съ другой стороны тутъ выступаетъ новый признакъ—именно появленіе кровянистыхъ выдѣленій изъ матки. Такого рода выдѣленія, появляющіяся во время болѣзни безъ всякихъ причинъ, и сопровождающіяся болями въ спинѣ и внизу живота при оплотнѣннй матки, считаются мною вѣрнымъ признакомъ рѣзкаго вліянія сыпнаго тифа на теченіе беременности. Я наблюдаю 21 женщину съ сыпнымъ тифомъ въ первой половинѣ беременности и въ большинствѣ этихъ случаевъ, именно въ 17 былъ при-

глашенъ именно по поводу появленія кровянистыхъ выдѣленій изъ матки. Беременность была срока 2 мѣсяцевъ въ 3 случаяхъ, срока 3 мѣсяцевъ 7 случаевъ и срока около 4 мѣсяцевъ 11 случаевъ. Сыпной тифъ во всѣхъ случаяхъ былъ рѣзко выраженъ и температура во время моихъ посѣщеній стояла на 40°. Изъ 21 случая въ 14 случаяхъ, т. е. въ 66% послѣдоваль перерывъ болѣзни. Я долженъ при этомъ оговориться, что, быть можетъ, процентъ перерыва беременности въ 1-й и 2-й половинѣ ея не такъ рѣзко различенъ, какъ это видно изъ моихъ данныхъ, но у насъ—акушеровъ должны получаться эти цифры потому, что въ первую половину беременности врачъ-акушеръ приглашается только тогда, когда выступаютъ на видъ рѣзкія уклоненія въ ходѣ болѣзни или появленіи осложненій въ видѣ маточнаго кровотечения, тогда какъ во 2 половину беременности многія женщины съ самаго начала обращаются за помощію врачей-акушеровъ, боясь лечиться безъ вѣдома, чтобы не повредить ходу беременности.

Выкидышъ наступалъ на 5—7 дни сыпнаго тифа и какъ исключеніе только въ одномъ случаѣ на 11 день. Обыкновенно разъ появился день на 3—4 болѣзни. Кровотеченіе не прекращалось, а постепенно усиливалось и оканчивалось изгнаніемъ плоднаго яйца. Въ случаяхъ бурнаго теченія сыпнаго тифа и выкидышъ протекалъ болѣе или менѣе быстро, въ сутки или двое отъ появленія первыхъ кровяныхъ пятенъ, — въ случаяхъ же, гдѣ температура при сыпномъ тифѣ не сразу сильно повышалась, тамъ и теченіе выкидыша было болѣе медленное.

Что касается до причинъ выкидыша, то въ моихъ случаяхъ причиной было кровоизліяніе въ отпадающія оболочки въ 10 случаяхъ и кровоизліяніе въ ткань послѣда въ 11 случаяхъ, при чемъ въ первыхъ случаяхъ абортъ происходилъ на 3 или 4-мъ мѣсяцахъ, а въ послѣднемъ—около 4 мѣсяцевъ беременности. Что касается до характера кровоизліянія въ отпадающія оболочки, то оно было или массовымъ, или разлитымъ точечнымъ. При массовомъ кровоизліяніи въ оболочки происходило значительное утолщеніе въ этомъ мѣстѣ, отдѣленіе отъ матки съ нарушеніемъ питанія зародыша и съ послѣдующимъ изгнаніемъ всего плоднаго яйца цѣлкомъ, не рѣдко

даже безъ разрыва амниа'льнаго мѣшка; зародышъ былъ свѣжъ. Обыкновенно плодное яйцо выдѣлялось само. Въ случаяхъ разлитыхъ, мелкихъ кровоизліяній въ ткань мембраннае deciduae verae, мы встрѣчались съ утолченіемъ всей этой оболочки болѣе или менѣе равномерно; абортъ протекалъ всегда съ сильнымъ кровотеченіемъ, плодное яйцо изгонялось медленно. При микроскопическомъ изслѣдованіи кусочковъ такой мембраннае deciduae мы рядомъ съ точечными геморрагіями встрѣчались съ пропитываніемъ сосѣдней ткани лимфодными тѣлами и съ чрезмѣрнымъ кровенаполненіемъ мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ. Словомъ, мы встрѣчаемся съ картиной Endometritidis haemorrhagicae decidualis, описаннаго при холерѣ проф. *Славинскимъ* и мною при influenza. Особенно интересно было одинъ препаратъ 2-лѣтняго аборта, въ которомъ вся мембрана decidua была усеяна точечными кровоизліяніями, чрезъ что получался очень красивый видъ плоднаго яйца. Препарат этотъ я не могу продемонстрировать вамъ потому, что онъ отъ долгаго лежанія въ спиртѣ потерялъ свой характерный макроскопическій видъ. Въ случаяхъ кровоизліянія въ послѣдъ, мы имѣли его ткань пропитанною свѣжею кровянистою массою.

Итакъ, заканчивая свое сообщеніе, я выставляю на видъ, что и сыпной тифъ также, какъ и другія горячечныя болѣзни матери, не рѣдко ведетъ къ перерыву беременности, при чемъ перерывъ этотъ чаще мною наблюдался въ первой половинѣ беременности. Причиной перерыва въ первой половинѣ беременности служитъ кровоизліяніе въ оболочки или Endometritis decidualis haemorrhagica, а во второй половинѣ перерывъ беременности зависитъ всецѣло отъ вліянія высокой температуры на мышцы матки. Смерть утробнаго плода ни разу не была причиной перерыва беременности, ибо или плодъ родился живымъ, или же, если онъ былъ не жизнеспособенъ или мы имѣли дѣло съ абортomъ, мы встрѣчались съ совершенно свѣжимъ плоднымъ яйцомъ и зародышемъ. Равнымъ образомъ нельзя допустить причину перерыва беременности нарушеніе маточно-плацентарнаго кровообращенія, ибо и въ этихъ случаяхъ мы бы должны встрѣчаться съ внутриутробной смертію плода.—Сыпной тифъ на утробный плодъ вліялъ только своей высокой темпе-

ратурой, вызывая въ немъ извѣстныя измѣненія, характеризующіяся учащеніемъ сердцебіеній и усиленіемъ движеній его. Ни разу не было случая, въ которомъ можно бы было заподозрить переходъ инфекціоннаго начала отъ матери утробному плоду, — слѣдовательно и по отношенію къ сыпному тифу мы должны держаться правила, что микроорганизмы изъ крови матери не переходятъ въ кровь плода, если плацента здорова. Самое теченіе сыпнаго тифа послѣ выкидыша или родовъ продолжается тѣмъ же правильнымъ путемъ, — увеличеніе процента смертности отъ тифа въ послѣродовомъ періодѣ мною не замѣчено. Изъ моихъ наблюденій я знаю, что умерло двѣ женщины въ послѣродовомъ періодѣ отъ сыпнаго тифа, но въ обоихъ этихъ случаяхъ форма сыпнаго тифа съ самаго начала была крайне тяжелой.

III.

КЪ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ ПРИ ХОЛЕРѢ.

(Предварительное сообщеніе).

Д. А. Рузи,

Ординатора Клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф.
К. Ф. Славянскаго.

Воспользовавшись эпидеміей чингуннаго лѣта, мы, по предложенію проф. *К. Ф. Славянскаго*, занялись изслѣдованіемъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ женскихъ половыхъ органахъ при холерѣ. Наблюденія эти представляются тѣмъ болѣе заслуживающими вниманія, что авторы, работавшіе до сихъ поръ въ этомъ направленіи, приходили къ почти противоположнымъ выводамъ.

Въ 1872 году въ Arch. f. Gynaek. Bd. IV помѣщена работа *К. Ф. Славянскаго*, гдѣ онъ на основаніи, какъ макро-, такъ и микроскопическихъ изслѣдованій почти во всѣхъ наблюдаемыхъ имъ случаяхъ, какъ беременныхъ

(2 случ.), такъ и небеременныхъ (12 случ.) нашель воспалительныя измѣненія слизистой оболочки матки и яйцевыхъ оболочекъ—chorion и amnion. Эти воспалительныя измѣненія состояли главнымъ образомъ въ слѣдующемъ: мутное набуханіе и распаденіе эпителиальныхъ элементовъ, мелкоклѣточковая инфильтрація, гиперемія, а также экстрavasаты различной величины, помѣщающіеся, частью въ слизистой оболочкѣ, частью же между ней и muscularis. Совокупность этихъ измѣненій онъ назвалъ геморрагическимъ эндометритомъ. *Queirel* (Nouvelles Archives d'obstetrique et de Gynecologie, 1877, Avril), производившій свои наблюденія исключительно надъ беременными женщинами, пришелъ къ тому выводу, что при холерѣ никогда не появляется геморрагическаго эндометрита.

Однако выводы послѣдняго автора не могутъ считаться доказательными, такъ какъ онъ не даетъ никакихъ патологоанатомическихъ изслѣдованій, а довольствуется только клиническими наблюденіями. Оставляя пока въ сторонѣ литературныя данныя по этому вопросу, тѣмъ болѣе, что работа эта въ свое время появится in extenso, мы переходимъ къ собственнымъ наблюденіямъ.

Материаломъ для нашего изслѣдованія служили половые органы—матки, яичники и трубы—женщинъ, умершихъ отъ холеры. Всѣхъ случаевъ было 30 (27 изъ Александровской больницы въ память 19 февраля и 3 изъ Александровской барачной), изъ нихъ 3 беременных и 27 небеременныхъ. Въ первыхъ трехъ случаяхъ дѣло окончилось мертворожденіемъ, въ одномъ случаѣ на 7 и въ двухъ на 9 мѣс. беременности. Что мы несомнѣнно имѣли дѣло съ холернымъ заболѣваніемъ, это доказывается, какъ результатами, добытыми при вскрытіи, такъ и бактериологическими изслѣдованіями.

Что касается обработки препаратовъ, то она производилась слѣдующимъ образомъ: извлеченная изъ трупа матка вмѣстѣ со своими придатками тщательно обмывалась водой, далѣе она разрѣзалась по своей передней стѣнкѣ, такъ что вся слизистая оболочка представлялась совершенно доступной для макроскопическаго изслѣдованія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ препаратъ уже для невооруженнаго газа представлялъ какой либо интересъ, онъ

пѣликомъ сохранялся въ спиртѣ. Изъ каждаго препарата брались кусочки величиной отъ 1.5 до 2 сантиметровъ. Кусочки вырѣзывались изъ стѣнокъ матки по возможности сквозь всю толщю, а равно и изъ трубъ и яичниковъ. Вырѣзанные изъ каждаго органа кусочки опускались въ *Müller*'овскую или *Flemming*'овскую жидкость, а также въ абсолютный алкоголь.

Послѣ надлежащаго оплотнѣнія, препараты проишты-вались въ теченіе различныхъ сроковъ въ растворахъ аравійской камеди, целлоидина или фотокселина. Полученные при помощи микронома срѣзы окрашивались красящимъ карминомъ *Grenacher*'а, воднымъ растворомъ сафранина, или же къ нимъ примѣнялась двойная окраска гематоксилина съ розиномъ. Изъ окрашенныхъ такимъ образомъ препаратовъ целлоидинъ и фотокселинъ извлекались абсолютнымъ спиртомъ и гвоздичнымъ масломъ, послѣ чего срѣзы заключались въ канадскій бальзамъ. Помимо указанного способа обработки, срѣзы разематри-вались и безъ всякой окраски, просто въ чистой водѣ или глицеринѣ, при чемъ въ случаѣ надобности къ нимъ примѣнялись различныя химическія реакція (іодъ съ іодистымъ кали, methyl-violett, уксусная кислота и друг.).

Изъ всего имѣющагося у насъ матеріала изслѣдованіе до сихъ поръ произведено только въ 16 случаяхъ. Считаемо нужнымъ замѣтить, что все эти случаи относятся къ женщинамъ беременнымъ. При вскрытіи у всѣхъ ихъ найдены характерныя для холеры измѣненія; кромѣ того, въ 7 случаяхъ получены чистые разводки *Koch*'овскихъ запятыхъ, препараты коихъ у насъ сохраняются.

Воздерживаясь пока отъ окончательныхъ выводовъ, мы ограничимся только изложеніемъ тѣхъ макро-и микроскопическихъ измѣненій, которыя намъ удалось подмѣ-тить при нашихъ изслѣдованіяхъ.

По возрасту больныя наши распредѣлялись такимъ образомъ: одна 12 лѣтъ, 10—отъ 23 до 35 л., 4—отъ 36 до 45 л. и одна 65 лѣтъ. Что касается продолжительности болѣзни, то въ двухъ случаяхъ смерть наступила часовъ черезъ 15 отъ начала заболѣванія, 4 больныя умерли въ концѣ первыхъ сутокъ, 9 больныхъ болѣли отъ 3 до 6 сутокъ и наконецъ одна больная скончалась только на 10-я сутки.

Полученные при вскрытіи половые органы макроскопически представляли слѣдующее: Почти во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ въ серозномъ покровѣ замѣчалась гиперемія, подчасъ очень сильная, кромѣ того иногда встрѣчались старые трудноразрывавшіеся перилитропические сращения. Вскрывая полость матки, въ ней почти каждый разъ можно было видѣть большее или меньшее количество крови, частью жидкой, частью свернувшейся. Свертки эти представлялись въ видѣ пленокъ, плотно прилегающихъ къ внутренней поверхности слизистой оболочки. Сама слизистая казалась набухшей, сочной, темно-краснаго цвѣта, перовпой, какъ бы изъязвленной. При болѣе внимательномъ разсматриваніи на поверхности ея замѣчались небольшія кровоизліянія величиной отъ булавочной головки до горошины; почти такія же кровоизліянія встрѣчались и въ мышечномъ слое при разрывѣ стѣнокъ.

Слизистая, а также и мышечная оболочки Фаллопиевыхъ трубъ на поверхности разрыва представлялись темно-краснаго цвѣта, въ нѣкоторыхъ случаяхъ полость ихъ оказывалась значительно растянутой, при чемъ при надавливаніи изъ брюшиннаго конца выдѣлялось довольно значительное количество сукровичной жидкости.

Яичники почти во всѣхъ случаяхъ были сильно увеличены, при разрывѣ насыщенно краснаго цвѣта и содержали довольно часто полости, величиной отъ горошины до куриного яйца, наполненныя мѣстами жидкой, мѣстами свернувшейся кровью.

Микроскопическое изслѣдованіе. Матка. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ сосуды, какъ въ слизистой, такъ и въ мышечной оболочкахъ представляются сильно расширенными и наполненными красными кровяными шариками. Особенно рѣзко это выражено въ слизистой оболочкѣ, въ которой капилляры кажутся въ видѣ ясно выраженной сѣти съ рельефно выступающими ядрами эндотелия стѣнокъ; подобное же выступаніе ядеръ эндотелия замѣчается и въ *intima* болѣе крупныхъ сосудовъ. На ряду съ расширенными сосудами встрѣчаются кровоизліянія самой разнообразной формы и величины съ хорошо сохранившимися кровяными шариками, располагающимися въ межжелезистой ткани; кровоизліянія иногда

настолько обширны, что совершенно ступеиваютъ основную ткань, въ которой онѣ располагаются. Подобныя экстравазаты, помѣщаясь между слизистой и мышечной оболочками, какъ бы отслаиваютъ первую отъ послѣдней. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вокругъ расширенныхъ сосудовъ замѣчались очаги мелкоклѣточной инфильтраціи. Поверхностный эпителий почти вездѣ отсутствуетъ; ткань, лежащая подъ нимъ, мѣстами сильно инфильтрирована лимфоидными элементами, и обнаженная такимъ образомъ отъ эпителия поверхность покрыта сгустками крови, состоящими изъ сѣти фибрина, въ петляхъ котораго заложены то измѣнившіеся, то вполне сохранившіеся кровяные шарики. Эпителиальныя клѣтки железъ представляются какъ бы забухшими, мелкозернистыми и плохо окрашивающимися ядрами, мѣстами они совсѣмъ отстаютъ отъ *membrana propria*; границы между отдѣльными клѣтками не ясны. Просвѣтъ железъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ выполненъ мелкозернистой массой, въ которой кое-гдѣ попадаются отдѣльныя клѣтки цилиндрическаго эпителия. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гиперемія очень сильна, просвѣтъ заполненъ красными кровяными шариками; количество железъ постоянно представлялось значительно уменьшеннымъ, каковое явленіе по большей части зависѣло отъ разрушенія ихъ кровоизліяніями, среди которыхъ разбросаны отдѣльныя клѣтки цилиндрическаго эпителия. Въ тѣхъ немногихъ мѣстахъ, гдѣ сохранился выстилающій слизистую оболочку эпителий, въ немъ замѣчались почти тѣ же измѣненія.

Фаллопьевы трубы. Разсматривая препараты трубъ, находимъ подобную только что описанной микроскопическую картину. Здѣсь наблюдаются тѣ же расширенныя сосуды, кровоизліянія въ слизистую и мышечную оболочки, набуханіе и частичное распаденіе въ мелкозернистую массу эпителия, выстилающаго складки. Мелкоклѣточная инфильтрація, располагающаяся вокругъ сосудовъ, главнымъ образомъ на границѣ слизистой и мышечной оболочки, встрѣчалась здѣсь не часто.

Яичники. Гиперемія и кровоизліянія въ нѣкоторыхъ препаратахъ достигали такой степени, какой намъ не приходилось видѣть въ срѣзахъ изъ матки и губъ. Разрушивъ основную ткань, кровоизліянія эти образуютъ

какъ бы полости различной величины; содержимое послѣднихъ состоитъ изъ сѣти фибрина, волокна котораго по направленію къ периферіи переплетаются на подобіе войлока на столько густо, что образуютъ какъ бы мембранамъ, выстилающую стѣнки; ближе къ центру сѣть эта становится болѣе ясною, причемъ въ петляхъ ея заключены по большей части неизмѣнившіеся кровяные шарики. Остатки разрушенной основной ткани и кровяной пигментъ — въ незначительномъ количествѣ. Кромѣ того встрѣчаются образованія, не имѣющія, повидимому, прямого отношенія къ холерѣ—мелкоклеточное перерожденіе граафовыхъ пузырей и *corroga fibrosa* въ значительномъ количествѣ.

Теперь остается еще сказать нѣсколько словъ относительно измѣненій, касающихся самаго яйца. Клетки *membranae granulosaе* Граафова пузыря, въ которомъ лежитъ яйцо, представляются зернистыми, съ неясными границами; само яйцо занимаетъ почти всю полость фолликула, отдѣляясь отъ клетокъ *membranae* лишь тонкимъ свѣтлымъ ободкомъ и производитъ впечатлѣніе набуханія; при этомъ зернистость настолько сильно выражена, что зародышевой пузырекъ *macula germinativa*—едва замѣтенъ при различныхъ поворотахъ винта въ видѣ темновагой точки.

Вотъ всѣ тѣ измѣненія, которыя нами могли быть констатированы въ случаяхъ, имѣвшихъ острое теченіе. Что касается болѣе затяжныхъ, то въ нихъ измѣненія эпителия выступали въ еще болѣе рѣзкой формѣ, чѣмъ описанныя выше. Кровоизліянія въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣли ту особенность, что красные кровяные шарики мѣстами распадались въ безформенную массу. Стѣнки сосудовъ значительно утолщены на счетъ развитія соединительной ткани. Въ большинствѣ случаевъ въ стѣнкахъ этихъ можно было наблюдать такъ называемое гиалиновое перерожденіе; подобные сосуды являлись въ видѣ однородной, безструктурной, нѣсколько блестящей массы, слабо воспринимающей окраску (гематоксилинъ и эозинъ). Нужно замѣтить, что измѣненія эти важны болѣе всего въ сосудахъ слизистой оболочки, по мѣрѣ же приближенія къ серозному покрову они становятся менѣе рельефными. Далѣе въ нѣкоторыхъ препаратахъ въ толщѣ

слизистой оболочки даже простымъ глазомъ можно было замѣтить особыя гомогенныя, фестончатая образованія, которыя подъ микроскопомъ оказались совершенно аналогичными тѣмъ, которыя найдены въ сосудахъ. Онѣ также безструктурны, прозрачны; не даютъ реакціи съ іодомъ, methyl-violett'омъ, уксуной кислотой и плохо окрашиваются вышеописанными красками. Будутъ ли эти массы—старыя кровоизліянія, маточныя железы или кровеносные сосуды вмѣстѣ съ окружающей тканью, подвергшіеся гіалиновому перерожденію, составить предметъ дальнѣйшаго изслѣдованія.

Что касается бактериоскопическихъ изслѣдованій, то онѣ, къ сожалѣнію, произведены пока въ немногихъ случаяхъ, причемъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ въ толщѣ слизистой оболочки намъ удалось видѣть короткія, толстыя палочки и различныя кокковыя формы, располагающіяся или въ поверхностныхъ кровоизліяніяхъ, или же между клѣтками аденоидной ткани. Косч'овскихъ запятыхъ ни въ одномъ случаѣ мы не видѣли. Считаемо также не лишнимъ замѣтить, что въ одномъ случаѣ намъ пришлось наблюдать такъ наз. Mastzellen *Ehrlich*'а въ довольно большомъ количествѣ.

Препараты были демонстрированы профессорамъ *К. Н. Виноградову* и *К. Ф. Славянскому*.

КАЗУИСТИКА.

I.

СЛУЧАЙ СИМФИЗЕТОМИИ

ПРОИЗВЕЛЪ

А. Я. Крассовскій.

Паціентка Ел. Ис., мѣщанка, 23 лѣтъ, второрождающая, поступила въ Родовспомогательное заведеніе за № 1988 ноября 17-го въ 2 часа ночи съ зѣвомъ открытымъ на три пальца, съ цѣлымъ околоплоднымъ пузыремъ.

Первый разъ она родила въ срокъ въ нашемъ-же заведеніи 14-го апрѣля 1891 года. Роды продолжались 39 час. 40 мин. Родовыя боли вначалѣ были довольно сильныя, но затѣмъ ослабѣли, почему при зѣвѣ, открытомъ на $4\frac{1}{2}$ п. п. и истекшихъ водахъ, наложены были щипцы на головку, вступившую только небольшимъ сегментомъ своимъ во входъ таза; при первыхъ же тракціяхъ щипцы соскользнули, причемъ сзади выпала петля пуповины; вторичная попытка извлеченія щипцами также была неудачна, и такъ какъ пуповина перестала пульсировать, то произведена была перфорация головки плода и затѣмъ краниоклазія. Извлеченная хорошо развитая, доношенная, дѣвочка вѣсила безъ мозга 2300 граммъ.

Роженица слабого тѣлосложенія, плохого питанія, съ каріозными зубами, 130 см. роста. Грудь довольно плоская, на реберныхъ хрящахъ имѣются рахитическія четки. Нижнія конечности искривлены; правое колѣно отчасти покрываетъ лѣвое; большеберцовыя кости изогнуты вперед и внутрь, гребешки ихъ рѣзко выдаются.

Животъ отвислый, окружность его 94,0 см.; отъ лобка до пупка 20,0, до дна матки 45,0 и до мечевиднаго отростка 46,0 см. Положеніе плода 1-е затылочное. Головка надъ входомъ, подвижна; зѣвъ открытъ на 3 п. Обѣ безъимянные линіи, при изслѣдованіи однимъ пальцемъ, легко прощупываются на всемъ протяженіи; также легко достигается и мысь. *Conjugata diagonalis* 9,0; *conjug. vera* 7,5. Окружность таза 80,0. *Dist. spinar.* 23,0; *dist. cristar.* 24,0; *dist. trochanter.* 27,0; *conjug. ext.* 15,0.

Въ 2 час. 50 мин. ночи въ половыхъ частяхъ показался плодный пузырь, почему онъ былъ прорванъ, причеиъ истекло умѣренное количество водъ. Зѣвъ снался. Въ теченіи слѣдующихъ 8 часовъ, до 11 час. дня, роды нисколько не подвинулись впередъ, не смотря на хорошія сильныя боли; головка оставалась подвижною во входѣ, швовъ и родничковъ различить не было возможности по причинѣ довольно большой родовой опухоли; зѣвъ *in statu quo*. Сердцебіеніе плода ясно и отчетливо.

Принимая во вниманіе неудачныя попытки извлеченія плода щипцами при первыхъ родахъ, я счелъ не рациональнымъ испытать наложеніе таковыхъ и при настоящихъ родахъ. По общепринятымъ правиламъ предстояла одна изъ двухъ операций: консервативное кесарское сѣченіе, или прободеніе головки живого плода съ послѣдующею кроніоклазіею. Въ замѣнь этихъ операций, я предпочелъ прибѣгнуть къ сѣченію лоннаго сочлененія, къ операциі, которую настоятельно совѣтовалъ, въ теченіи послѣднихъ 10 лѣтъ, примѣнять въ подобныхъ случаяхъ профес. *Morisoni* въ Неаполѣ, а въ настоящее время проф. *Pinard* въ Парижѣ. Операциа произведена мною 11-го ноября въ 11 час. 30 мин. дня подъ хлороформомъ, при соблюденіи антисептики. Роженица помѣщена на операционномъ столѣ въ положеніи, практикуемомъ при наложеніи щипцовъ. Послѣ предварительнаго опорожненія мочеваго пузыря, сбриванія волосъ на лобкѣ и дезинфекціи растворомъ сулемы, какъ его самага, такъ и наружныхъ дѣтородныхъ органовъ, а равно и влагалища, я сталъ между ногами роженицы, лицомъ къ лицу ея, и сдѣлалъ, по продолженію бѣлой линіи (по линіи *sternoclitoridea*), брюшнымъ скапелемъ разрѣзъ кожи и подкожной вѣтчатки, начиная отъ верхняго края лоннаго сочлененія и оканчивая его недоходя около 1,0 см. до клитора. Дойдя послѣдними разрѣзами до передней поверхности лоннаго хряща, я расширилъ рану вверхъ и проникъ послѣднимъ сѣченіемъ черезъ прямую мышцу. Удлиненіе разрѣза необходимо настолько, чтобы можно было помѣ-

стить указательный палецъ, которымъ я прощупалъ ligament. arc. pubis и верхній край лоннаго сочлененія, въ видѣ небольшого углубленія, расположеннаго между двумя бугорками. Ощупавъ заднюю поверхность лоннаго сочлененія и убѣдившись, что подъ пальцемъ имѣется хрящевая ткань, я отодвинулъ, насколько можно было, влѣво мочеиспускательный каналъ, введеннымъ въ него металлическимъ катетеромъ, затѣмъ повторными сѣченіями брюшистымъ скалпелемъ спереди назадъ и сверху внизъ я легко разъединилъ хрящъ на $\frac{2}{3}$ его длины, во время чего два помощника удерживали тазъ съ боковъ. При послѣдовавшей довольно сильной родовой боли послышался громкій трескъ, причемъ тазъ, какъ бы развалился въ стороны, а концы лонныхъ костей разошлись на 3,0 см.; головка сразу опустилась въ широкую часть малаго таза, а зѣвъ раскрылся настолько, что отъ него остался только передній край. Вслѣдъ за расхожденіемъ лонныхъ костей появилось обильное венозное кровотеченіе въ глубинѣ нижней части раны, вѣроятно вслѣдствіи разрыва пещеристыхъ тѣлъ похотника. Въ виду этого, для скорѣйшаго окончанія родовъ, наложены были щипцы Busch'a; тремя легкими тракціями извлечена живая дѣвочка.

Во время извлеченія щипцами, головка, находившаяся въ правомъ косомъ размѣрѣ, сильно выпячивала своимъ правымъ темяннымъ бугромъ прилегавшія мягкія части въ просвѣтъ между концами лонныхъ костей, благодаря чему къ концу извлеченія они разошлись на 6,5 см., при этомъ, несмотря на то, что два помощника все время удерживали съ боковъ тазъ, слышенъ былъ глухой трескъ гдѣ-то въ глубинѣ таза, какъ бы въ области праваго крестцовоподвздошнаго сочлененія. Вслѣдъ за извлеченіемъ младенца, концы лонныхъ костей сблизились приблизительно на половину. Сдавливаніемъ таза съ боковъ можно было сблизить концы разъединеннаго сочлененія почти до соприкосновенія.

Кровотеченіе изъ разорванныхъ вѣроятно пещеристыхъ тѣлъ похотника не уступало плотной тампонаціи раны; противодействию тампону, произведенное пальцемъ, введеннымъ во влагалище, тоже было безуспѣшно; кровь продолжала вытекать толстою струею, почему дѣлаемы были попытки наложить лигатуры; но такъ какъ постоянно сочившаяся, какъ изъ губки, кровь не позволяла перевязать кровоточащее мѣсто въ глубинѣ раны *in situ*, то пальцемъ со стороны влагалища я старался приблизить кровоточащее мѣсто къ краямъ раны, причемъ палецъ не-

ожиданно проскользнула через стѣнку влагалища въ рану. По наложеніи шелковой лигатуры кровотеченіе прекратилось. Обрѣзавъ коротко лигатуру, она погружена въ рану.

Сближивъ концы лонныхъ костей приблизительно до 1,0 см., рана зашита 5 глубокими шелковыми швами. По выхожденіи послѣда рана запудрена іодоформомъ, покрыта іодоформированною марлею и кускомъ ваты, поверхъ которой наложено нѣсколько ходовъ марлевого бинта и затѣмъ вся повязка укрѣплена крахмально-марлевымъ бинтомъ. Разрывъ передней стѣнки влагалища зашитъ нѣсколькими швами. Вся операція длилась 45 мин.

Роды продолжались: 1 и 2 срокъ 27 часовъ; 3 и 4—9 ч. 5 м. и 5-й срокъ 15 м., всего 36 ч. 20 м.; въ родильнѣь пробыла 10 ч. 20 м.

Извлеченная живая доношенная дѣвочка вѣсила 3410 грм.; длина ея 48,0 см. Окружность головки по прямому размѣру 34,0; большой поперечный размѣръ ея 9,5 см. По наведеннымъ справкамъ новорожденная по настоящее время находится въ вожделенномъ здравіи.

Въ *послѣродовомъ періодѣ* температура дважды была повышена: вечеромъ на 6 день до 38,3, когда появились припадки цистита, и ночью 11 день до 38,0, когда имѣлись припадки задержки очищеній; за исключеніемъ этихъ двухъ повышеній, температура въ первые 12 дней колебалась утромъ между 36,5 и 37,5, и вечеромъ между 36,9 и 37,7, въ слѣдующіе дни большихъ колебаній температуры не было.

Съ 5 по 10 день имѣлись припадки цистита, причемъ моча вытекала произвольно черезъ отверстіе мочеиспускательнаго канала, подмачивала повязку, почему послѣднюю приходилось часто мѣнять.

На 9-й день сняты швы — рана зажила первымъ натяженіемъ; позднѣе сняты швы съ передней стѣнки влагалища.

Обратное развитіе матки совершалось медленно.

Больная, по природѣ слабоумная женщина, въ первые дни послѣ родовъ была очень безпокойна, кричала, бредила, спала плохо и короткое время; на вопросы отвѣчала отдѣльными звуками, не понимая того, объ чемъ ее спрашивали. Со второй недѣли она успокоилась, стала иногда сознательно отвѣчать на вопросы. Главнымъ образомъ она жаловалась на боль въ правомъ колѣнѣ и затѣмъ на боль въ крестцѣ и въ затылкѣ, что повидимому зависѣло отъ постоянно горизонтальнаго положенія съ вытянутыми и связанными нижними конечностями.

Область лоннаго сочлененія все время была мало чувствительна, даже при глубокомъ давленіи. На 6 и 15 день при изслѣдованіи опредѣлено было расхожденіе нижняго конца лоннаго сочлененія на 1,0—1,5 см. На третьей недѣли позволено было сидѣть въ постели. На 20 день она встала, на ногахъ держалась слабо, сдѣлала нѣсколько шаговъ не ощущая боли въ тазу; на слѣдующій день она уже лучше ходила, держалась крѣпко на ногахъ, ходила мало, замѣтно переваливаясь съ боку на бокъ. При изслѣдованіи замѣчается нѣкоторая подвижность въ лонномъ сочлененіи.

Конечно, по одному случаю нельзя дѣлать какихъ либо выводовъ, но принимая во вниманіе случаи неаполитанскихъ, французскихъ и нѣмецкихъ врачей, окончившіеся также благопріятно, можно предсказать этой операціи хорошую будущность. Въ настоящее время необходимо собирать матеріаль для установки показаній и оцѣнки самой операціи, а также для выработки цѣлесообразнаго ухода за оперированной.

Пока я намѣренъ прибѣгать къ сѣченію лоннаго сочлененія въ случаяхъ, когда имѣются показанія къ прободенію головки живаго плода, или условныя показанія къ кесарскому сѣченію.

Что касается предосторожностей при производствѣ операціи, то кромѣ возможнаго пораненія мочеиспускательнаго канала и мочеваго пузыря, слѣдуетъ обратить вниманіе на рыхлость и дряблость влагалища, благодаря чему, какъ въ нашемъ случаѣ, можетъ произойти продыравленіе передней стѣнки влагалища, какъ во время остановки кровотока изъ пещеристыхъ тѣлъ похотника, такъ и при прохожденіи головки, подъ вліяніемъ вдавленія влагалища темяннымъ бугромъ въ просвѣтъ между концами лонныхъ костей; пораненіе само по себѣ не могущее имѣть особеннаго вліянія на исходъ операціи, но во всякомъ случаѣ нежелательное.

Щипцы до операціи не были мною испытаны изъ убѣжденія, что всѣ подобныя попытки могутъ только дискредитировать операцію.

Большая демонстрирована Акушерско-Гинькологическому Обществу въ С.-Петербургѣ 17-го декабря 1892 года.

II.

КЪ УЧЕНІЮ О ПОВТОРНЫХЪ ЛАПАРОТОМІЯХЪ.

Приватъ-доцента А. Н. Соловьева. (Москва).

(Читано въ засѣданіи Московскаго хирургическаго общества 2 декабря 1892 г.)

Современное стремленіе къ консервативной лапаротоміи при гинекологическихъ операціяхъ представляетъ знаменіе времени. Оно явилось какъ реакція противъ увлеченій, которыми страдали не мало врачей, благодаря успѣхамъ лапаротоміи, вслѣдствіе которыхъ вскрытіе брюшной полости сдѣлалось почти безнаказаннымъ.

Если мы припомнимъ, что въ настоящее время удаленіе трубъ и яичниковъ при воспаленіяхъ этихъ органовъ, повидимому, далеко оставило позади себя удаленіе новообразованій, то сдѣлается понятнымъ, что нѣкоторые врачи задумались надъ результатами операцій.

Въ самомъ дѣлѣ *кастрацією* женщина дѣлается неспособнымъ къ выполненію главной своей функціи, предназначенной ей природою, т. е. дѣторожденію.

Подробныя показанія къ кастраціи какъ извѣстно выработаны *Hegar*'омъ. Впослѣдствіи однако они были далеко расширены и, повидимому, благодаря тому, что *Charcot* нашелъ способъ останавливать истероэпилептические припадки прижатіемъ яичника. Тогда конечно явилась мысль, что если дѣйствительно прижатіе яичниковъ останавливаетъ припадки, то значить они служатъ причиною припаdkовъ, а потому лучше ихъ удалять совсѣмъ. Нельзя сказать, чтобъ надежды на этотъ способъ оправдались, и нужно думать, что много и очень много женщинъ лишились яичниковъ безъ всякой пользы относительно прекращенія страданія, для котораго предпринималась операція.

Въ настоящее время это увлеченіе повидимому проходитъ и строго выработанныя показанія *Hegar*'а снова выступаютъ на первый планъ. Кардинальнымъ условіемъ кастраціи или ова-

різкоміи *Hegar* ставить *могущее быть доказаннымъ увеличеніе яичника.*

Съ усовершенствованіемъ оперативной техники, мы видимъ теперь стремленіе къ сохраненію органа, если не всего, то только его части. Первая мысль относительно сохраненія хотя части органа принадлежит *Schroeder*'у. Затѣмъ вопросъ этотъ подробнѣе разработанъ *Martin*'омъ.

Въ то же время мы видимъ еще большее стремленіе къ консервативной лапаротоміи въ Америкѣ.

Въ 1887 г. *Hadra* описываетъ операцію—*solutio adhaesionum perimetricalium*, состоящую только въ разрушеніи сращеній безъ удаленія органовъ. Такимъ образомъ, если яичники закутаны въ сращенія, то предлагается освободить ихъ и оставить на мѣстѣ. Прекрасные результаты такой операціи подтверждены многими другими врачами, а изъ нашихъ соотечественниковъ проф. *К. Ф. Славянскимъ.*

Къ сожалѣнію однако, существующій матеріаль еще недостаточенъ для правильнаго его рѣшенія.

Здѣсь я позволю себѣ привести одинъ случай произведенной нами оваріотоміи, гдѣ вскорѣ пришлось приступить къ удаленію и другаго яичника, заболѣваніе котораго вызывало рядъ симптомовъ, послужившихъ показаніемъ къ повторной лапаротоміи.

Въ послѣдней книжкѣ Медицинскаго Обозрѣнія (№ 21, 1892), докторъ *П. М. Серебровскій* описалъ первую нашу операцію, причемъ она значится подъ № 4. На этомъ основаніи желающіе ближе познакомиться съ этой операціей могутъ ее найти въ указанной статьѣ. Здѣсь же я ограничусь лишь краткимъ изложеніемъ этого случая.

Г-жа Ч., 28 лѣтъ, поступила въ мою лѣчебницу 7 іюня 1892 г., съ жалобами на боль и опухоль въ правой сторонѣ низа живота. Замужъ вышла 19 лѣтъ, пять разъ родила; послѣдніе роды 2 года тому назадъ.

Регулы были всегда болѣзненны. Послѣ послѣднихъ родовъ они затягиваются до 2-хъ недѣль и сопровождаются отхожденіемъ большаго количества кровяныхъ сгустковъ.

При изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено, что матка лежитъ дномъ влѣво отъ лоннаго соединенія, причемъ вся матка находится почти въ горизонтальномъ положеніи съ шейкою, обращенною вправо.

Справа отъ матки прощупывается опухоль, величиною съ большой апельсинъ, нѣсколько подвижная, на широкомъ осно-

ваніи и съ жидкимъ содержимымъ. Нижній сегментъ опухоли лежитъ низко и прощупывается черезъ правый сводъ.

Опредѣливши интралигаментарную кистому яичника я предложилъ больной операцію, которая и произведена 17-го іюня сего года.

Загрудненіе при операціи состояло въ сращеніяхъ кишекъ съ брюшными стѣнками и въ выпираниіи кишечныхъ петель черезъ нижній уголь брюшной раны, вслѣдствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ отъ рвотныхъ движеній. Кишечныя петли извлечены наружу и обернуты въ теплыя салфетки.

Самая опухоль лежала глубоко въ тазу на широкомъ основаніи. Отдѣленіе опухоли начато съ наложенія лигатуръ отъ верхняго края матки, послѣ предварительнаго разрушенія сращеній опухоли съ тазовою брюшиною; затѣмъ лигатуры наложены на *lig. infundibulopelvisca*, при чемъ захваченъ и наружный конецъ фаллопиевой трубы. Затѣмъ опухоль приподнята пальцами, введенными позади ея для разрушенія болѣе глубокихъ сращеній. Въ это время замѣчено небольшое истеченіе гноя въ задній дугласовъ промежутокъ; гной вытекалъ изъ опухоли черезъ отверстіе стѣнки, сдѣланное при отдѣленіи сращеній. Удаливъ гной и полживъ около отверстія іодоформенный тампонъ изъ марли, я быстро сдѣлалъ разрѣзъ по передней стѣнкѣ капсулы, въ которой заключена опухоль, и вынулъ послѣднюю изъ ея ложа. Затѣмъ на основаніе оставшагося мѣшка наложенъ рядъ лигатуръ и мѣшокъ вырѣзанъ надъ этими лигатурами. Полость таза немедленно и обильно промыта нормальнымъ растворомъ поваренной соли. При обсушиваніи замѣчено паренхиматозное кровотеченіе изъ правой заднебоковой поверхности матки, на мѣстѣ бывшихъ сращеній ея съ окружающими тканями. Кровотеченіе остановлено обвивнымъ швомъ. Сращеніе задней поверхности матки съ прилегающей кишечной петлей было разрушено пальцами. Въ заднемъ дугласовомъ промежуткѣ тоже паренхиматозное кровотеченіе изъ ложныхъ перепонокъ, для остановки котораго введенъ провизорный тампонъ на время проведенія основныхъ швовъ на края брюшной раны.

Прежде чѣмъ приступить къ закрѣпленію этихъ швовъ, провизорный тампонъ былъ удаленъ, при чемъ оказалось, что кровотеченіе все таки продолжается, хотя и въ небольшомъ количествѣ, на этомъ основаніи я ввелъ другой іодоформенный марлевый тампонъ и вывелъ одинъ его конецъ въ нижній уголь раны. Кромѣ того надъ этимъ тампономъ введенъ еще дренажъ,

послѣ чего брюшная рана закрыта 7 металлическими глубокими или основными и нѣсколькими поверхностными шелковыми швами. Самымъ нижнимъ швомъ захваченъ и наружный конецъ дренажной трубки.

Лѣвый яичникъ, оказавшійся при осмотрѣ нормальнымъ, оставленъ на мѣстѣ. Не останавливаясь на подробностяхъ уже опубликованнаго послѣоперационнаго періода я скажу только, что больная выписалась здоровою 21-го іюля.

Когда г-жа Ч. пріѣхала домой, то черезъ двѣ недѣли у нея появились регулы съ болями и продолжались 8 дней. Передъ слѣдующими регулами боли появились уже за 7 дней; эти регулы длились довольно сильно въ теченіе недѣли, при чемъ боли достигли въ это время наибольшей интенсивности. 8-го октября кончились третьи регулы, при чемъ боли достигли еще большей силы, сопровождалась сильнымъ знобомъ и выхожденіемъ большихъ кровяныхъ сгустковъ.

Октября 13-го больная снова вернулась въ Москву и поступила въ лѣчебницу съ просьбой удалить другой яичникъ, который, по опредѣленію видѣвшаго ее врача, оказался увеличеннымъ.

При осмотрѣ больная представлялась значительно пополнѣвшею, съ хорошимъ цвѣтомъ лица и съ бодрымъ духомъ, несмотря на предполагавшуюся необходимость операціи.

При изслѣдованіи матка представлялась увеличенною и въ нормальномъ положеніи.

Съ лѣвой ея стороны прощупывалась круглая, болѣзненная опухоль, величиною въ грецкій орѣхъ и принадлежавшая яичнику. Опухоль отчасти опустилась внутреннимъ и нижнимъ своими сегментами въ задній дугласовъ промежутокъ.

22-го октября произведена повторная лапаротомія съ цѣлью удалить и лѣвый яичникъ. Имѣя въ виду, что во время послѣдней операціи у захлороформированной больной были постоянные позывы на рвоту, несмотря на то, что она хорошо спала, мы сдѣлали ей теперь предъ хлороформированіемъ подкожное впрыскиваніе $\frac{1}{5}$ грана морфія. Результаты оказались прекрасными, потому что больная скоро заснула и кишечный каналъ оставался спокойнымъ во все время операціи.

Разрѣзъ кожи проведенъ сбоку и слѣва прежняго рубца, который былъ совершенно подвиженъ надъ подлежащими тканями. Разрѣзъ начать на три поперечныхъ пальца ниже пупка и проведенъ до лоннаго соединенія. Затѣмъ мы прошли по внутренней сторонѣ апоневроза musc. recti abdominis. Fascia transversa оказа-

лась сращенною съ брюшиною, а къ этой послѣдней, по вскрытіи брюшины, оказался приращеннымъ большой сальникъ.

Всѣ разрѣзы ведены по желобоватому зонду, а затѣмъ по пальцу, которымъ осторожно отстранялся сальникъ. Книзу брюшины покрывали только кишечныя петли, которыя отчасти были также склеены съ нею; здѣсь брюшина была разорвана двумя пальцами. Эти послѣдніе введены въ полость малаго таза и когда я достигъ яичника, то оказалось, что онъ заключенъ въ сращенія, по разрывѣ которыхъ черезъ брюшную рану вытекла серозная жидкость съ примѣсю крови. Послѣ разрушенія сращеній яичникъ вмѣстѣ съ фаллопіевою трубою выведенъ наружу, при чемъ оказалось, что наружный конецъ послѣдней обращенъ внутрь и самый яичникъ повернуть вокругъ своей оси. Послѣдній представлялся величиною въ грецкій орѣхъ съ жидковатымъ на ощупь содержимымъ. Послѣ проведенія 4-хъ лигатуръ подъ основаніе яичника и перегнутой фаллопіевою трубы, оба органа удалены ножницами и полость таза промыта нормальнымъ растворомъ поваренной соли.

Паренхиматозное кровотеченіе изъ ложныхъ перепонокъ было остановлено тампономъ, затѣмъ послѣ осушенія тазовой полости брюшная рана соединена двумя металлическими основными и нѣсколькими поверхностными шелковыми швами.

Больная быстро оправилась послѣ операціи. На десятый день сняты всѣ швы, а 10 ноября она выписалась здоровою.

При разрѣзѣ яичника оказалась такъ называемая *apoplexia ovarii*, вслѣдствіе перекручиванія его ножки.

Случай этотъ, по нашему мнѣнію, представляетъ интересъ особенно въ смыслѣ консервативной лапаротоміи.

Больная вторично поступила въ лѣчебницу черезъ три мѣсяца послѣ первой операціи, жалуясь на боли въ животѣ, особенно во время регулъ. Съ каждой менструаціей эти боли усиливались. Кромѣ того она жаловалась на лихорадочное состояніе, котораго однако при тщательной термометріи мы не могли констатировать, такъ какъ температура оказалась нормальной. Воспалительныя явленія въ видѣ жидкости въ полости малаго таза и многочисленныхъ сращеній лежащихъ тамъ органовъ указывало однако, ^к что ощущеніе разслабленій и болей внизу живота особенно къ вечеру имѣли свое основаніе.

Основываясь на этихъ боляхъ, съ одной стороны, и на довольно быстромъ увеличеніи яичника, съ другой, мы могли сдѣлать предположеніе, что и этотъ яичникъ претерпѣваетъ иден-

тичное кистовидное перерождение. Какъ на основаніи опыта другихъ, такъ и на основаніи своего собственнаго мы знаемъ, что исходы при интралигаментарныхъ кистомахъ яичника, сравнительно съ кистами, сидящими на ножкѣ, даютъ гораздо худшее предсказаніе. Вотъ почему мы рѣшили приступить къ удаленію опухоли прежде, чѣмъ она достигнетъ большихъ размѣровъ.

Оказалось однако, что мы имѣли дѣло съ кровоизліяніемъ въ паренхиму яичника и перегнутою фаллопиевою трубою, которыя укрѣплены въ этомъ не нормальномъ положеніи сращеніями.

Съ точки зрѣнія консервативной хирургіи намъ слѣдовало бы разрушить сращенія, разрѣзать въ продольномъ направленіи яичникъ, очистить его отъ кровяныхъ сгустковъ и сшивши кѣгуткомъ снова уложить органы на свое мѣсто. Однако подобный способъ дѣйствія могъ бы потребовать третьей лапаротоміи и т. д.

Само собою разумѣется, что лишать женщину способности дѣторожденія крайне не желательно, а потому консервативная лапаротомія заслуживаетъ съ нашей стороны глубокаго вниманія и сочувствія. Вотъ почему намъ кажется, что каждый единичный случай, касающійся этого животрепещущаго въ настоящее время вопроса, представляетъ большой интересъ въ смыслѣ показаній къ удаленію или сохраненію яичника вполне или только отчасти.

Будущему и, вѣроятно, очень недалекому принадлежитъ его выясненіе и нужно думать, что благодаря консервативной лапаротоміи многія женщины останутся способными къ продолженію рода.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ СЕДЬМОЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 8.

Засѣданіе 26-го Ноября 1892 г.

Предсѣдательствовалъ **К. Ф. Славянскій.**

Присутствовали 35 членовъ: Баскинъ, Вацевичъ, Виддеръ, Брандтъ, Ва-стенъ, Верцинскій, Воробьевъ, Гермониусъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Добро-вольскій В. Н., Добровольскій С. П., Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Личкусъ, Марцынкевичъ, Массень, Оттъ, Піотровичъ, Родзевичъ, Рузи, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Салмановъ, Стельмаховичъ, Стра-винскій, Ульрихъ, Фишеръ А. Р., Чернышевъ, Швердловъ, Шмидтъ, Шур-новъ и 19 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 7.

2) *В. А. Вастенъ* показаль слѣдующіе препараты:
1) *множественную міому матки, удаленную черезъ вла-галище.* Операция представляла интересъ, помимо опу-холи, еще и въ томъ отношеніи, что 44-хъ-лѣтняя боль-ная ни разу не родила; при узкомъ, слѣдовательно, ру-кавѣ и свода, вслѣдствіе предшествовавшихъ воспаленій, представлялись укороченными и неподвижными, такъ что опущеніе матки при вытягиваніи было очень незначи-тельно. Пришлось долго отыскивать въ заднемъ сводѣ брюшину, оба листка которой были сращены между со-

бою. 2) *Міому матки, величиною съ голову 6-ти-мѣсячнаго ребенка, удаленную надвлагалищнымъ срѣзываніемъ.* Больная, 51 г., была принята въ Обуховскую больницу съ распознаваніемъ: киста яичника. Въ нижней части живота опредѣлялась ясно зыблившаяся опухоль, верхушка которой была на 2 поперечныхъ пальца выше пупка. Введеннымъ, до производства внутренняго изслѣдованія, катетеромъ выпущено 2600 к. с. катарральной мочи; опухоль пропала. При внутреннемъ же изслѣдованіи оказалось, что вся полость малаго таза занята опухолью; до шейки матки съ трудомъ можно достигнуть спереди; она прижата къ верхней части лоннаго соединенія. Опухоль довольно легко редрессируется. Спустя нѣкоторое время опухоль была удалена. 3) *Лопнувшую правую беременную трубу.* Гольная, ни разу не рожавшая и не выкидывавшая, поступила въ Обуховскую больницу съ кровотеченіемъ, продолжавшимся уже 12 дней и появившимся черезъ 6 недѣль послѣ послѣднихъ срочныхъ мѣсячныхъ. Кровоизліяніе въ полости малаго таза, ограниченное спаявшимися петлями тонкихъ кишекъ и сальникомъ. Яичникъ не былъ удаленъ. 4) *Кисту мѣваго яичника, съ голову новорожденнаго ребенка, покрытую по всей вѣроятности ложными перепонками. Стѣнки кисты, вслѣдствіе известковаго отложенія, совершенно плотны и звучать при постукиваніи. Въ содержимомъ полости найдено много кристалловъ холестеарина. Вслѣдствіе тонкости и вялости брюшныхъ покрововъ больной, костяную, такъ сказать, плотность кисты можно было опредѣлить и до операціи.*

3) *Д. О. Оттъ* показалъ: а) дермоидную кисту и б) лопнувшую беременную трубу.

4) *Е. О. Марцынкевичъ* показалъ препаратъ пузырянаго заноса.

5) *К. А. Бѣлловскій* сдѣлалъ сообщеніе, подъ заглавіемъ: «9 случаевъ чревосвѣченія въ Петропавловской, Акмолинской области, городской больницы». Сообщеніе это напечатано въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней» (№ 12, 1892 г.).

6) *Д-ръ Надеждинъ* сообщилъ «о случаѣ оваріотоміи при перекрученной ножкѣ опухоли, съ одновременнымъ ущепленіемъ и приращеніемъ послѣдней въ противоположной

сторонѣ таза». Больная, 32 л., 2 раза рожавшая, поступила въ больницу съ жалобами на боли внизу живота. При дальнѣйшемъ наблюденіи выяснилось, что имѣется кистовидное новообразованіе праваго яичника, ножка котораго быстро перекрутилась; это обстоятельство обусловило кровоизліяніе, увеличеніе опухоли и ограниченный перитонитъ, вслѣдствіе котораго смѣстившаяся опухоль приросла въ лѣвой сторонѣ таза. Оваріотомія. Извлеченная опухоль величиною въ дѣтскую (2—3 лѣтъ) головку. Ножка ея, идущая справа на лѣво, перекручена въ $1\frac{1}{2}$ раза по направленію движенія часовой стрѣлки (если смотрѣть сверху-спереди); она состоитъ изъ широкой связки, связки яичника и трубы. Последняя отъ перекручиванія совсѣмъ атрофировалась до перерыва. Сама опухоль состоитъ изъ 2-хъ частей: большой, въ $1\frac{1}{2}$ —2 кулака, кисты—пароваріальной и плотной, овальной, въ $1\frac{1}{2}$ куриныхъ яйца, массы—увеличеннаго яичника, съ множествомъ мелкихъ, наполненныхъ кровью кистъ, и кровоизліяніемъ въ остовъ. Больная выздоровѣла. Въ заключеніе докладчикъ подробно разобралъ литературу вопроса.

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

ПРОТОКОЛЬ № VIII.

Административное засѣданіе 26 октября 1892 года.

Предсѣдательствовали: **К. Ф. Славянскій.**

Присутствовали 23 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № VII.

2) Общество постановило, кромѣ двухъ обязательныхъ редакторовъ «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней» (предсѣдателя и секретаря), просить еще академика А. Я. Крассовскаго остаться редакторомъ названнаго Журнала и на 1893 г.

3) *Д. О. Оттъ* сдѣлалъ заявленіе по поводу предстоящей Всероссийской Гигіенической Выставки, причемъ сказалъ слѣдующее:

Въ одномъ изъ весеннихъ засѣданій этого года Гинекологическое Общество удостоило выбрать меня своимъ представителемъ для организаціи на предстоящей гигиенической выставкѣ отдѣльной группы по акушерству и женскимъ болѣзнямъ. Въ силу извѣстныхъ обстоятельствъ я прошу позволенія изложить передъ Обществомъ въ сегодняшнемъ-же засѣданіи, въ какомъ положеніи стоитъ самый вопросъ объ участіи Общества въ выставкѣ, и въ заключеніе я хотѣлъ-бы дать отчетъ о томъ, что мною было сдѣлано со времени моего избранія въ качествѣ делегата отъ Общества. Начну съ изложенія историческаго хода событій: послѣ того, какъ Общество порѣшило, что въ интересахъ русскаго акушерства и женскихъ болѣзней было-бы желательнo организовать при выставкѣ отдѣльную группу, оно уполномочило меня войти въ сношеніе по этому вопросу съ бюро предстоящей выставки и, буде бюро выставки согласится, то возложить на меня заботы по устройству намѣченной группы. Порученіе Общества было мною исполнено. Собраніе представителей выставки подъ предсѣдательствомъ *А. Л. Эбермана*, въ которое былъ приглашенъ и я, нашло возможнымъ удовлетворить ходатайство нашего общества, что мною и было заявлено на ближайшемъ засѣданіи Общества, на которомъ присутствовалъ и *А. Л. Эберманъ*, выразившій, какъ и слѣдовало ожидать, готовность содѣйствовать задуманному предпріятію, и распорядившійся о присылкѣ мнѣ черезъ секретаря выставки необходимыхъ бланковъ, программъ, циркулярныхъ заявленій и вообще всего необходимаго для безотлагательнаго осуществленія организаціи группы акушерства и женскихъ болѣзней; при этомъ секретарь выставки снаб-

диль меня, какъ видно изъ приложеннаго письма, указаніями на счетъ приглашенія отдѣльныхъ лицъ и ученыхъ обществъ для участія въ выставкѣ. Получивъ указанныя полномочія, за непродолжительный срокъ со времени послѣдняго весенняго засѣданія Общества я успѣлъ сдѣлать слѣдующее для организаціи нашей группы:

Во 1-хъ—черезъ секретаря выставки мною посланъ рядъ циркулярныхъ приглашеній ученымъ обществамъ, спеціальнымъ учрежденіямъ и отдѣльнымъ представителямъ нашей спеціальности принять участіе въ проектированной выставкѣ. Это циркулярное письмо было напечатано тектографическимъ способомъ послѣ предварительной редакціи секретаремъ выставки, къ которому я обратился во избѣжаніе какихъ-либо недоразумѣній, причѣмъ секретаремъ и были сдѣланы нѣкоторыя измѣненія текста согласно съ правилами и формальностями официальной переписки.

Во 2-хъ—частью лично, частью письменно я снесся со всѣми профессорами акушерства русскихъ университетовъ, въ томъ числѣ и въ Финляндіи, прося выставить употребляемые ими инструменты, оперативную обстановку и т. под. Съ подобнымъ-же предложеніемъ я обратился и къ нѣкоторымъ иностраннымъ профессорамъ; многіе изъ нихъ уже выразили готовность принять участіе въ выставкѣ. Особенно сочувственно откликнулся, между прочимъ, проф. *Sänger*, приславшій уже заявленіе о своихъ экспонатахъ. Кромѣ представителей науки, нѣкоторые изъ фабрикантовъ, къ которымъ я обращался, изъявили желаніе участвовать въ выставкѣ, напр. извѣстная берлинская фирма *Windler's, Stielc* изъ Стокгольма и мн. др.

Осенью я отправился въ Брюссель на Гинекологическій конгрессъ, гдѣ мною и были переданы приглашительные циркуляры не только всѣмъ участникамъ конгресса, но и всѣмъ экспонентамъ, принимавшимъ участіе въ акушерско-гинекологической выставкѣ, устроенной въ Брюсселѣ при международномъ конгрессѣ гинекологовъ. Въ настоящее время я уже получилъ нѣсколько заявленій о желаніи участвовать въ проектированной акушерской группѣ. Въ такомъ положеніи обстояло дѣло до моего возвращенія изъ-за границы.

При изложеніи дальнѣйшихъ событій мнѣ, къ сожалѣнію, приходится занести крайне неприглядную темную страничку въ бытовую лѣтопись нашего Общества. На первыхъ же шагахъ моей дальнѣйшей дѣятельности мнѣ пришлось наткнуться на препятствія довольно печальнаго свойства, особенно если принять во вниманіе, что препятствія эти исходили не отъ посторонняго дѣлу лица, а отъ товарища, состоящаго и понынѣ дѣйствительнымъ членомъ нашего Общества д-ра *И. М. Гарновскаго*, стоящаго вмѣстѣ съ тѣмъ во главѣ больничнаго отдѣла предстоящей гигиенической выставки. Возвращаясь какъ то изъ Царскаго Села вмѣстѣ съ д-ромъ *В. В. Строгоновымъ*, мнѣ пришлось столкнуться съ *А. Л. Эберманомъ*, который мнѣ передаетъ бумагу, составленную, по заявленію д-ра *Гарновскаго*, на имя Гинекологическаго Общества, а другой экземпляръ на мое имя. Содержаніе бумаги по смыслу было то же, что и въ замѣткѣ, появившейся въ прилагаемомъ номерѣ «Нов. Вр.», смыслъ которой, какъ Вы лично можете убѣдиться, во всякомъ случаѣ идетъ въ раз-

рѣзъ съ интересомъ и начинаніями нашего Общества. Прочитавъ предложенную мнѣ д-ромъ *А. Л. Эберманомъ* бумагу я заявилъ ему, что подобная корреспонденція безусловно вредитъ дѣлу и благимъ начинаніямъ Общества, а такъ какъ содержаніе прочитанной бумаги производитъ на меня печатлѣніе, что она вызвана соображеніями чисто личнаго свойства, то я и просилъ д-ра *Эбермана* не настаивать на принятіи мною бумаги (такъ какъ въ противномъ случаѣ я не могъ бы оставить дѣла безъ разъясненія) и убѣдить д-ра *Тарновскаго*, что я нисколько не стремлюсь узурпировать у него власть и его престижъ въ качествѣ завѣдующаго больничнымъ отдѣломъ, и, что организовавъ свою группу, я готовъ ступежаться по выполненіи порученія возложеннаго на меня Обществомъ. Весь этотъ разговоръ происходилъ въ присутствіи д-ра *Строгонова. А. Л. Эберманъ*, вполнѣ соглашаясь съ моими доводами, взялся переговорить съ д-ромъ *Тарновскимъ*. Затѣмъ прошло болѣе двухъ мѣсяцевъ; ни Обществу, ни мнѣ указаннаго выше заявленія не присылали, я продолжалъ вести оффиціальную переписку по выставкѣ, и полагалъ, что благоразуміе взяло верхъ и, что указанный инцидентъ исчерпанъ,—тѣмъ болѣе, что еще на дняхъ я получилъ приглашеніе на засѣданіе Общества охраненія народнаго здравія, назначенное для обсужденія вопроса объ открытіи выставки весною 1893 года.

Оказалось однако, что я ошибся въ своемъ предположеніи, доказательствомъ чего служить прилагаемый померъ газеты «Нов. Вр.». Очевидно помѣщенная замѣтка не можетъ считаться за вымыселъ корреспондента и составляетъ лишь новую форму создать препятствіе къ осуществленію мною постановленія нашего Общества организовать при выставкѣ спеціальную группу акушерства и женскихъ болѣзней, имѣющую составить часть больничнаго отдѣла. Я сдѣлалъ съ своей стороны все, что могъ для устраненія печальныхъ недоразумѣній, а также для оправданія довѣрія, которымъ меня удостоило Общество въ качествѣ своего уполномоченнаго. Сужденіе по этому вопросу принадлежитъ впрочемъ самому Обществу; съ своей стороны я полагаю, что при тѣхъ обстоятельствахъ, на которыя мною было указано, врядъ ли въ дальнѣйшемъ я буду имѣть возможность принести общему дѣлу пользу въ той мѣрѣ, какъ я бы этого хотѣлъ. Поэтому я обращаюсь къ Обществу освободить меня отъ возложенной на меня обязанности и поручить дальнѣйшее веденіе дѣла какому либо другому выборному лицу. Для того же, чтобъ отъ перемѣны представителя Общества не пострадала организація намѣченной группы, я, съ полной готовностью, не только согласенъ посвятить моего преемника въ настоящее положеніе дѣла, но, буде онъ пожелаетъ, и въ дальнѣйшемъ оказывать посильное содѣйствіе.

Предсѣдатель отъ имени Общества просилъ *Д. О. Отта* перемѣнить рѣшеніе и не отказываться отъ организаціи акушерской группы.

Д. О. Оттъ. Отъ принятаго мною рѣшенія я отступиться не могу, оно строго обдуманно, и поэтому настоятельно прошу освободить меня отъ приня-

таго полномочія. Я всегда готовъ принести свой трудъ на пользу общаго дѣла и служить Обществу, но считаю бесполезнымъ и не могу себѣ позволить тратить время на корреспонденціи и препирательства личнаго самолюбія, не имѣющія никакого отношенія къ взятымъ мною на себя обязательствамъ передъ Обществомъ.

За отказомъ *Д. О. Отта*, делегатомъ отъ Общества избранъ *Е. Ф. Вацевичъ*.

4) За недостаточнымъ числомъ присутствовавшихъ членовъ—баллотировка не состоялась.

Предсѣдатель **К. Славянскій**.

Секретарь **Л. Личкусь**.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО въ КІЕВѢ.

(Сообщ. И. А. Вольфъ).

Засѣданіе 9-го Октября 1892 г.

А. И. Красковскій, по просьбѣ отсутствовавшего изъ города *К. М. Сатъжко*, показалъ обществу больную, у которой д-ръ *Сатъжко* путемъ изсѣченія нижней части крестца вылуцилъ внутригазовую опухоль, оказавшуюся при микроскопическомъ изслѣдованіи саркомой; послѣоперационное теченіе осложнилось небольшимъ кровотеченіемъ послѣ снятія повязки и образованіемъ свища, излѣченного выскабливаніемъ; въ настоящее время больная чувствуетъ себя прекрасно. Данная больная интересна еще въ томъ отношеніи, что она дважды уже была показана обществу, какъ рѣдкій примѣръ долговременнаго задержанія въ полости матки отдѣленной отъ туловища головки (см. прот. № 38 и 40). Случай этотъ будетъ еще подробнѣе сообщенъ обществу.

М. А. Воскресенскій продемонстрировалъ макроскопическій препаратъ матки, удаленной имъ путемъ чревосѣченія въ Черниговѣ 23-го сентября 1892 г. у еврейки 53-хъ лѣтъ. Больная давно страдала кровотеченіями; два года т. н. докладчикъ произвелъ у нея выскабливаніе слизистой оболочки полости матки (полипозный эндометритъ) и высокую ампутацію шейки, при чемъ удалено 6^{1/2} стм. ткани, ¹/₂ стм. пошло на ножку и длина матки равнялась послѣ операциіи 3 стм.; при изслѣдованіи пальцемъ полости матки, опухоли никакой не найдено. Кровотеченія было прекратились, но черезъ годъ снова появились; при изслѣдованіи прощупывается какая-то опухоль, величина матки 10^{1/2} стм. При чревосѣченіи удалена матка съ яичниками и правая труба, ножка вшита въ брюшную рану; послѣоперационное теченіе хорошее. При осмотрѣ препарата найдена водянка яичника и опухоль величиною въ небольшое куриное яйцо, исходящая изъ задней и лѣвой стѣнки матки; при микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли проф. *В. В. Подвысоцкимъ* опредѣлена миома съ железистыми разраженіями (fibroma adenomatousum).

Въ преніяхъ участвовали *Красковскій*, *Нееловъ* и *Рейнъ*. *Красковскій* полагаетъ, что въ данномъ случаѣ лучше было прибѣгнуть къ расширенію матки и вылуценію опухоли. *Нееловъ* указалъ, что возрастъ больной позволялъ предположить злокачественное новообразование.

Проф. *Рейнъ* находитъ, что, хотя съ принципіальной точки зрѣнія желательнѣе удаленіе одной только опухоли, но нѣкоторыя особенности данного случая оправдываютъ образъ дѣйствія докладчика.

А. Г. Боряковскій сообщилъ «о результатахъ акушерской статистики

г. Кіева за 1891 годъ» (докладъ статистической комисіи кiev. акуш.-гинеко. общества). Прежде чѣмъ приступить къ изложенію первыхъ результатовъ неполнительной дѣятельности статистической комисіи, докладчикъ въ краткихъ чертахъ изложилъ всю исторію возникновенія и постепеннаго развитія дѣятельности комисіи, весь ходъ подготовительныхъ работъ ея, на которыя были потрачены первые 4 года ея существованія. Интересующіеся подробностями всѣхъ тѣхъ трудностей и препятствій, съ которыми пришлось встрѣтиться комисіи, могутъ все это найти въ протоколахъ общества, въ засѣданіяхъ котораго комисія неоднократно выступала со своими сообщеніями и предложеніями. Благодаря любезному содѣйствію г-на врачебнаго инспектора *В. Н. Савновскаго* была произведена въ 1890 году регистрація повивальныхъ бабокъ и повитухъ г. Кіева и въ концѣ этого-же года розданы акушеркамъ статистическія книжки, по типу, выработанному д-ромъ *Боряковскимъ*, а врачамъ-акушерамъ соотвѣтствующія статистическія карточки. Свѣдѣнія, заключающіяся въ означенныхъ книжкахъ, поступившихъ обратно къ врачебному инспектору по истеченіи срока, на который онѣ были выданы, и послужили матеріаломъ для настоящаго доклада; отъ врачей ни одной статистической карточки не поступило. Практика показала, что статистическія книжки для повивальныхъ бабокъ требуютъ нѣкоторыхъ измѣненій; образцы исправленной докладчикомъ книжки будутъ разосланы къ слѣдующему засѣданію членамъ общества и по утвержденіи ими книжки будутъ отпечатаны и разосланы акушеркамъ.

Отъ 56 бабокъ (36% всего числа зарегистрированныхъ бабокъ) поступило 75 книжекъ, изъ нихъ 2 безъ всякихъ записей и одна съ надписью: «неграмотна, а потому ничего не записывала». Описано случаевъ 891—родовъ 842 (94,5%) и выкидышей 49 (5,5%); самый большій процентъ родовъ приходится на 20—29 лѣтъ, а именно 62,3%; первородящихъ было 224 (26,6%), многородящихъ 618 (73,4%). Размѣры таза отмѣчены въ 3-хъ случаяхъ и въ 11 случаяхъ есть общія указанія, хотя и не подкрѣпленныя цифрами; всѣ эти случаи были подъ наблюденіемъ врача. Срочныхъ родовъ было 660 (78%), преждевременныхъ 37 (4,4%), перерзвѣлыхъ 4 (0,4%) и неизвѣснаго срока 141; родовъ двойнями 13 (1,5%). Въ 49% случаевъ роды продолжались менѣе 6 часовъ; болѣе 48 часовъ роды продолжались въ 9 случаяхъ (1,2%). Физиологическихъ родовъ 684 (81,3%), патологическихъ 158 (18,7%). Слабость потугъ отмѣчена въ 4,1% случаевъ, раннее отхожденіе водъ 2,4%, разрывовъ промежности 2%, тазовыхъ предлежаній 1,6%; эклампсія встрѣтилась 3 раза (0,3%), выворотъ и выпаденіе матки 1 разъ (0,1%), поперечное положеніе 4 раза (0,5%), предлежанія дѣтскаго мѣста 2 раза (0,2%). Щипцы примѣнены 9 разъ (1%), внутрѣнный поворотъ 4 раза (0,5%), искусственно вызваны преждевременные роды посредствомъ бужа 1 разъ при общесъуженномъ тазѣ и 1 разъ произведенъ заблаговременно наружный поворотъ и фиксація обыкновеннымъ бинтомъ для беременныхъ при ягодичномъ предлежаніи (срочные роды, телянное предлежаніе). Послѣродовой періодъ протекъ физиологически 598 разъ (71%) и патологически 244 раза (29%); послѣднія цифры не совсѣмъ точны,

такъ какъ напр. одна бабка въ цѣломъ рядѣ случаевъ смѣшивала слова «сложненіе» и «осложненіе».

Приглашеніе врача отмѣчено въ 92 случаяхъ (10,7%).

Выкидышей было 49 (5,5%), у первородящихъ 26,5% и у многородящихъ 73,5%; лихорадило въ послѣродовомъ періодѣ 47%; врачъ былъ приглашенъ въ 34,7% всѣхъ случаевъ выкидыша.

Если къ даннымъ повивальныхъ бабокъ прибавить цифры, заключающіяся въ отчетахъ больничныхъ учреждений, представившихъ свои цифры къ настоящему засѣданію, то мы увидимъ, что зарегистрировано всего 1406 случаевъ, т. е. $\frac{1}{5}$ часть всѣхъ родовъ, бывшихъ въ Кіевѣ въ 1891 году (по отчету санитарнаго врача *Гамалія*), въ томъ числѣ родовъ 1331 (94,7%) и выкидышей 75 (5,3%), физиологическихъ родовъ 960 (78%) и патологическихъ 270 (22%); послѣродовыхъ заболѣваній 25,4%, умерло матерей 8 (0,6%), (одна отъ острой анеміи, 3 отъ общей послѣродовой инфекціи и 4 отъ непосредственныхъ заболѣваній). Смертность новорожденныхъ 6%.

Выразивъ благодарность повивальнымъ бабкамъ за ту массу кропотливаго труда, которая ими потрачена при составленіи статистическихъ книжекъ, комиссія предлагаетъ обществу придти на помощь акушеркамъ учрежденіемъ повторительныхъ курсовъ для нихъ и улучшеніемъ формы статистическихъ книжекъ.

Въ заключеніе комиссія предлагаетъ обществу: 1) ходатайствовать предъ правительствомъ объ обязательномъ доставленіи повивальными бабками статистическихъ свѣдѣній по формѣ, выработанной обществомъ; 2) ходатайствовать о включеніи дѣятельности повитухъ подъ тотъ-же надзоръ, какой установленъ для повивальныхъ бабокъ; 3) раздѣлить городъ на акушерскіе районы; 4) принять мѣры къ скорѣйшему учрежденію филантропическаго дамскаго кружка (см. прот. общ. за 1889 г.).

Вслушавъ частныя замѣчанія нѣкоторыхъ изъ членовъ общество постановило войти по вопросамъ, возбужденнымъ статистической комиссіей съ представленіями къ соответствующимъ властямъ и благодарить за труды статистическую комиссію и въ особенности докладчика.

Ю. Амшелева (изъ Бердичева) прочель «о терапіи выкидыша». Докладчикъ различаетъ выкидышъ «полный», когда выдѣляется все плодное яйцо, и «неполный», когда часть оболочекъ задерживается въ полости матки, при чемъ послѣ выдѣленія самаго зародыша оболочки могутъ цѣликомъ или частью задерживаться въ полости матки выше сократившагося внутренняго зѣва или же часть оболочекъ можетъ опуститься ниже и свѣшываться въ полость шейки или влагалища. Исходя изъ того положенія, что полость матки стерильна, въ шейкѣ-же и въ особенности во влагалищѣ найдено много микроорганизмовъ, въ томъ числѣ и патогенныхъ, докладчикъ полагаетъ, что при «полномъ» выкидышѣ или «неполномъ», но съ задержаніемъ оболочекъ выше внутренняго зѣва, тампонада является пособіемъ умѣстнымъ при отсутствіи, конечно, какихъ-либо осложнений, при второй же разновидности «неполнаго» выкидыша тампонада должна быть рѣшительно отвергнута и замѣнена болѣе рациональнымъ пособіемъ—ручнымъ

или инструментальнымъ удаленіемъ задержанныхъ частей оболочекъ, въ соответствующихъ случаяхъ послѣ расширенія внутренняго зѣва.

М. А. Воскресенскій по поводу этого доклада замѣтилъ, что вопросъ о терапіи выкидыша давнымъ давно рѣшенъ и что единственнымъ правильнымъ методомъ леченія хроническаго выкидыша онъ считаетъ оперативное его леченіе.

Проф. *Г. Е. Рейнъ*, возражая д-ру *Воскресенскому*, сказалъ, что во многихъ случаяхъ тампонада является самымъ рациональнымъ и наиболее соответствующимъ физиологической точкѣ зрѣнія лѣченіемъ выкидыша, хотя въ случаяхъ, требующихъ немедленной помощи, приходится прибѣгать къ оперативному лѣченію, которое сравнительно съ тампонадой представляетъ значительно большія опасности.

Засѣданія 30-го октября 1892 г.

А. Г. Боряковский прочелъ сообщеніе *Ф. Ф. Кьтлинскаго* подъ заглавіемъ: дѣйствительно-ли нужно «поддерживать промежность»? Приведя текстъ *Richard'a и Werth'a* (*Handbuch P. Müller'a Bd. I. S. 484*), опредѣляющій), къ чему собственно мы должны стремиться при поддержаніи промежности, авторъ находитъ, что передѣлать что-нибудь въ эластичности тканей въ $\frac{1}{4}$ —1 часъ мы не можемъ, съ другой стороны, хотя при посредствѣ спорыньи и наркотическихъ мы и можемъ повліять на большую или меньшую *vis a tergo*, но что о фармацевтическомъ воздѣйствіи въ «поддержаніи промежности» классики ничего не говорятъ; совѣтуютъ задерживать поступательное движеніе головки—это возможно, но толку въ этомъ мало, такъ какъ это не предохраняетъ отъ разрывовъ. Смыслъ имѣютъ способы *Ritgen'a и Fasslinder'a*, но ими нельзя достигнуть цѣлей, которыя изложены въ цитатѣ *Werth'a*, да помимо того при нихъ часто получаютъ надрывы слизистой оболочки прямой кишки. вмѣсто поддержанія промежности можно посоветовать: 1) употребленіе масла или мазей, а также карболовыхъ или сулемовыхъ очень теплыхъ компрессовъ, которые, увеличивая гиперемію, уменьшаютъ шансы, потому что безкровная ткань разрывается скорѣе; 2) *episiotomiam* по *Eichelberg'у* и *Scanloni*. Поддерживаніе промежности можно оставить скачующимъ акушеркамъ вмѣстѣ съ легкимъ смазываніемъ живота масломъ.

Въ преніяхъ участвовали *Боряковский, Рейнъ, Савинъ* и *Воскресенскій*. *Боряковский* раздѣляетъ весь матеріалъ на двѣ группы: большую физиологическую и меньшую патологическую (старыя первороженницы, рубцы на промежности, опухоли, сифилисъ и т. д.); относительно первой группы случаевъ оппонентъ присоединяется къ мнѣнію *Кьтлинскаго*, что поддерживать промежность излишне, хотя рука должна всегда находиться наготовѣ на промежности, чтобъ принять рождающійся плодъ, во второй группѣ случаевъ поддержанія промежности цѣлесообразно, но само число предложенныхъ для

этого методовъ неказываетъ, что вполне подходящаго для всѣхъ случаевъ нѣтъ. Заслуживаетъ вниманія способъ подготовительнаго растягиванія промежности, предложенный *Trestrail* емъ. Обычный способъ поддерживанія промежности, при которомъ она сдавливается между головкой плода и рукой, помимо обезкровливанія, имѣетъ еще неудобство въ томъ, что промежность при этомъ растягивается неравномѣрно.

Проф. *Рейнз* придаетъ большое значеніе опытности лица, поддерживающаго промежность, и полагаетъ, что неумѣлое поддерживаніе можетъ принести больше вреда, чѣмъ пользы, но отказаться совершенно отъ поддерживанія промежности даже въ физиологическихъ случаяхъ невозможно, такъ какъ поддерживаніе предохраняетъ по крайней мѣрѣ отъ болѣе глубокихъ разрывовъ.

Савинз полагаетъ, что поддерживаніе промежности не является необходимымъ условіемъ, такъ какъ изъ 20 случаевъ уличныхъ родовъ (10 у первородящихъ), которые ему пришлось наблюдать, ни въ одномъ не произошло разрыва промежности. *Воскресенскій* спросилъ, какъ поступилъ-бы д-ръ *Боряковскій* при очень быстромъ теченіи родовъ и отсутствіи другихъ показаній со стороны промежности и входа во влагалище? Д-ръ *Боряковскій* отвѣтилъ, что такіе роды съ точки зрѣнія предсказанія для промежности онъ считалъ-бы патологическими и потому поддерживалъ-бы промежность.

М. А. Воскресенскій сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ «о полномъ вырѣзываніи матки чрезъ влагалище» (ауторефератъ). Техника оперированія, проведенная имъ въ 10 случаяхъ, заключается въ томъ, что послѣ отдѣленія передняго и задняго свода на боковые своды и связки накладываются лигатуры en masse; первая лигатура должна захватить arteriam uterinam, а вторая arteriam spermaticam. Отдѣленіе сводовъ совершается безкровно и представляется сравнительно легкимъ. Матка при сильномъ влеченіи ея вытаскивается за дно чрезъ разрѣвъ въ переднемъ сводѣ и послѣ отдѣленія параметрій она помѣщается вся наружу внѣ половыхъ частей, удерживается только корнями широкихъ связокъ. *М. А. Воскресенскій* находилъ этотъ способъ оперированія заслуживающаго вниманія по своей простотѣ и удобоисполнимости при маломъ числѣ персонала. 10 больныхъ оперированныхъ по этому способу всѣ выздоровѣли; изъ нихъ у 7 былъ cancer, у 1-й adenoma и у 2-хъ fibroma uteri. Послѣ изложенія исторій болѣзни и демострированія вырѣзанныхъ матокъ этихъ 10 случаевъ, докладчикъ сообщилъ еще одинъ случай, гдѣ раковоперожденная матка удалена имъ безъ боковыхъ лигатуръ, а съ постепенной перевязкой сосудовъ во время отдѣленія сводовъ отъ матки—послѣдній случай окончился смертью и на вскрытіи была найдена гипостатическая пневмонія обоихъ легкихъ.

Что касается рецидива, то первая изъ оперированныхъ по вышеизложенному методу прожила 1 годъ послѣ операнія а остальные, оперированныя лѣтомъ 1892 года, здоровы и по настоящее время. Всѣ операнія произведены въ Черниговской губернской земской больницѣ.

Въ преніяхъ участвовали *Нееловз, Рейнз, Санъжко.*

Н. К. Нееловз просилъ докладчика объяснить ему нѣкоторыя детали оперативной техники, которой онъ придерживался.

Г. Е. Рейно полагаетъ, что центръ тяжести въ вопросѣ о полномъ вырѣзываніи матки лежитъ не въ возможно полной остановкѣ кровотоchenій во время операціи, къ чему, очевидно, главнымъ образомъ стремился докладчикъ, а въ предупрежденіи возможности рецидива; въ послѣднемъ отношеніи заслуживаетъ вниманія сочетанный способъ *Richelot* съ обжиганіемъ *Raequelin*'овскимъ аппаратомъ культи; вообще, каленое желѣзо при леченіи злокачественныхъ новообразованій справедливо играетъ большую роль, на что обратилъ вниманіе еще недавно *Schröder* и *C. Braun*. Будущность предстоитъ и сакральному методу, при которомъ поле операціи болѣе свободно и возможно удалить и инфильтрированныя железы.

К. М. Савьжко находитъ, что дѣйствіе жара проникаетъ не глубоко и съ точки зрѣнія хирургіи, вообще, рациональнѣе всего сочетанный способъ удаленія матки чрезъ влагалище и чревосѣченіемъ, такъ какъ при этомъ можно видѣть хорошо границы новообразованія и одновременно удалить всѣ железы, что крайне важно.

М. А. Воскресенскій полагаетъ, что при экстирпаціи матки оперировать по общимъ хирургическимъ законамъ въ виду исключительныхъ условий операціоннаго поля невозможно и что предварительная остановка кровотоchenія играетъ при этомъ немаловажную роль. Кромѣ того лигатура *en masse* имѣетъ еще то значеніе, что при ней захватывается и потомъ отдѣляется много ткани, что играетъ извѣстную роль и въ вопросѣ о рецидивѣ.

Г. Е. Рейно считаетъ лигатуру *en masse* неудобной въ томъ отношеніи, что она не позволяетъ отдѣлять связки сколь возможно дальше отъ краевъ матки, не всегда можетъ быть хорошо затянута и втягиваетъ въ себя много ткани, что еще болѣе суживаетъ поле операціи. Конечно, для хирурга, работающаго при невоплѣ достаточной обстановкѣ, иногда очень важно заблаговременно обезопасить себя отъ кровотоchenія во время операціи.

Въ административной части засѣданія живой обмѣнъ мыслей вызвало обсужденіе карточки для собиранія статистическихъ свѣдѣній отъ повивальныхъ бабокъ; за позднимъ временемъ окончаніе разсмотрѣнія статистической карточки отложено до слѣдующаго засѣданія.

РЕФЕРАТЫ.

1. **Kreutzmann. Ovariectomy during pregnancy of two succesfal cases** (The American Journal of obst., August. 1892). Два случая овариотоміи во время беременности, съ благополучнымъ исходомъ.

Kreutzmann сообщаетъ о двухъ овариотоміяхъ, произведенныхъ во время беременности, съ благополучнымъ исходомъ.

Случай I. В., 32 л., многорожавшая и была нѣсколько выкидышей. Въ іюль 1892 г. обратилась за совѣтомъ въ «San-Francisco Polyclinic» вслѣдствіе отсутствія регуль въ продолженіи 6 недѣль.

Диагнозъ: беременность на второмъ мѣсяцѣ и киста праваго яичника на длинной ножкѣ, величиною съ голову новорожденнаго ребенка. Операция произведена 24-го августа. Извлечена однополостная киста, наполненная свѣтлою жидкостью; трубы нормальны.

Послѣоперационный періодъ безъ осложненій. Беременность продолжала правильно развиваться и въ мартѣ пациентка благополучно родила.

Случай II. S., 28 л., Н.—рага, обратилась въ мартѣ 1892 г. за совѣтомъ къ д-ру *Kreutzmann*, который діагносцировалъ двухмѣсячную беременность и кисту лѣваго яичника. Операция 22-го марта. Удалена многополостная киста. Послѣоперационный періодъ безъ осложненій. Авторъ видѣлъ пациентку: беременность развивается и общее состояніе здоровья вполне удовлетворительно.

А. Лапина.

2. **C. Peizer. Erregen der Wehenthätigkeit durch intrauterine Injection von Glycerin.** (Arch. f. Gyn. XLII, H. 2). Возбужденіе родовой дѣятельности внутриматочными впрыскиваніями глицерина.

Разсмотрѣвъ вкратцѣ существующія способы возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и находя ихъ не вполне цѣлесообразными и безопасными для матери и плода, авторъ приводитъ свои наблюденія надъ примѣненіемъ глицерина въ Кельвскомъ родовспомогательномъ заведеніи съ цѣлью возбужденія и усиленія родовой дѣятельности матки: изъ приведенныхъ исторій родовъ видно, что внутриматочными впрыскиваніями гли-

церина цѣль эта достигается быстро. безъ малѣйшаго вреда для матери или плода и безъ всякаго измѣненія обычнаго механизма родовъ, при чемъ глицеринъ, предъ другими обыкновенно врыскиваемыми жидкостями, имѣетъ большое преимущество въ своихъ антисептичекихъ свойствахъ. Впрыскиваніе производится при посредствѣ обыкновеннаго хирургическаго шприца, вмѣстимостью въ 150 грм. и соединеннаго посредствомъ резиновой трубки съ катетеромъ *Mercier*, вводимымъ въ полость матки по задней ея стѣнкѣ; для того, чтобъ избѣжать поступленія воздуха въ полость матки, катетеръ вводится при постоянномъ истеченіи изъ него глицерина, такъ что въ матку попадаетъ всего около 100 грм. глицерина; чтобъ устранить обратный оттокъ жидкости, вся процедура производится въ коленно-локтевомъ или Sims'овскомъ боковомъ положеніи роженицы. Дѣйствіе глицерина объясняется отчасти отслойкой яйцевыхъ оболочекъ, происходящей при его впрыскиваніи, отчасти его высушивающими свойствами, благодаря которымъ уменьшается количество околоплодныхъ водъ и отслойка оболочекъ идетъ еще дальше; несомнѣнно, что помимо этого глицеринъ непосредственно раздражаетъ внутреннюю поверхность матки и такимъ образомъ вызываетъ сокращеніе ея. Правильныя схватки наступаютъ вскорѣ послѣ врыскиванія.

И. Воффъ.

3. G. Krukenberg. Ueber Dührssen's ¹⁾ tiefe Cervix-und Scheiden-Damm-Einschnitte, (Arch. f. Gyn. Bd. XLII, II. 1). О Dührssen'овскихъ глубокихъ надрѣзахъ шейки, влагалища и промежности.

Авторъ сообщаетъ два случая, гдѣ онъ нашель показаннымъ примѣненіе *Dührssen*'овскихъ надрѣзовъ; первый случай интересенъ еще тѣмъ, что роды и послѣродовой періодъ были осложнены воспаленіемъ почки.

Случай I. Первородящая, 30 лѣтъ, жена врача; послѣдняя менструація 8-го сентября 1890 г.; съ 16-го мая по временамъ схваткообразныя боли внизу живота, съ 25 мая частый позывъ на мочеиспусканія, моча мутная, содержитъ гнойныя тѣльца. бѣлка нѣтъ, погрѣсающій ознобъ, t° вечеромъ до 39,8°. При изслѣдованіи авторомъ 27-го мая найдено: влагалище поразительно узкое, въ особенности въ верхнихъ частяхъ, шейка не сглажена, головка глубоко въ тазу; моча очень мутна, богата лейкоцитами, красныхъ кровяныхъ шариковъ и цилиндровъ нѣтъ, послѣ фильтраціи найдено небольшое количество бѣлка; область правой почки при надавливаніи очень болѣзненна. 28-го мая, въ 4 часа утра прошли воды, зѣвъ началъ раскрываться; t° вечеромъ въ прямой кишкѣ 35,6°, пульсъ 88—100, явлений коляиса нѣтъ. 29-го мая въ часъ ночи зѣвъ совершенно открытъ, на границѣ верхней и средней трети влагалища кольцообразное рубцовое суженіе; просвѣтъ влагалища здѣсь не болѣе трехъ-марковой монеты; врожденное ли это суженіе или оно явилось послѣдствіемъ перенесеннаго

¹⁾ Arch. f. Gyn. XXXVII, S. 26. Centrbl. f. Gyn 1890. S. 245

въ молодости тяжелаго тифа—не удалось выяснитъ. Многочисленные надрѣзы кольцеобразнаго рубца не дали никакого эффекта; съ трехъ часовъ схватки стали слабѣть, t° въ 6 ч. утра $35,8^{\circ}$ (въ прямой кишкѣ), пульсъ 120; область правой почки очень чувствительна. Подъ хлороформнымъ наркозомъ ножомъ надрѣзано справа сзади влагалища во всю длину, начиная отъ кольца суженія; въ томъ же направленіи надрѣзана и промежность. При извлеченіи щипцами пронзательный разрывъ промежности и влагалища въ направленіи сдѣланныхъ надрѣзовъ, причемъ на разстояніи 2-хъ сант. отъ заднепроходнаго отверстія разорвана на небольшомъ протяженіи прямая кишка. Всѣ разрывы и надрѣзы сшиты. Съ 6-го іюня температура и пульсъ нормальные, моча чище, область правой почки болѣе не болѣзненна; разрывъ влагалища сросся первымъ натяженіемъ, шовъ промежности мѣстами разошелся, причемъ образовалась небольшая промежностно-кишечная фистула, которая чрезъ 12 дней совершенно закрылась. Ребенокъ—дѣвочка, 1300 грм. вѣсу, вполне здоровъ.

Случай II. Первородящая, 35 лѣтъ, замужемъ съ 21 года, 12 лѣтъ тому назадъ страдала воспаленіемъ матки, периметритомъ и двухстороннимъ бофоригомъ, продолженіи долгаго времени лѣчилась прижиганіями шейки адскимъ камнемъ; послѣдняя менструація 25 ноября 1890 г.; злоупотребляла подкожными впрыскиваніями морфія, особенно во время беременности, многочисленные абсцессы отъ впрыскиванія на передней поверхности бедеръ. 31-го августа утромъ начались схватки, шейка сгладилась, зѣвъ открытъ на 2 сант.; затѣмъ схватки прекратились и начались снова только 1-го сентября послѣ отхожденія водъ; не смотря на довольно хорошія схватки зѣвъ больше не раскрывался. Принимая во вниманіе возрастъ роженицы, неподатливость шейки и влагалища, невозможность провести безгноивно роды при болѣе продолжительности ихъ (вскрывшіеся абсцессы на бедрахъ), рѣшено окончить роды по *Dührssen*'у: ножницами *Siebold*'а надузана шейка вплоть до сводовъ во всѣ четыре стороны, наложены щипцы, вслѣдствіе затруднительности извлеченія сдѣланъ еще правосторонній надрѣвъ влагалища и промежности и извлеченъ плодъ вѣсомъ въ 3750 грм. Надрѣвы влагалища и промежности сшиты и срослись первымъ натяженіемъ; послѣродовой періодъ протекъ безлихорадочно. При изслѣдованіи черезъ 7 недѣль найдено, что разрѣзы на шейкѣ срослись.

Хотя ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ не существовало непосредственной опасности ни для матери, ни для плода, тѣмъ не менѣе авторъ считаетъ свой образъ дѣйствія вполне цѣлесобразнымъ. И. Воефъ.

4. Г. Штильмаркъ. *Vinum Ipecacuanhae bei Wehenschwäche.* (St.-Petersb. medic. Wochenschr. 1892, № 18). *Vinum Ipecacuanhae* при слабости родовыхъ болей.

Не такъ давно *Drapes* („Quarterly therap. review») предложилъ *vinum Ipecacuanhae* въ количествѣ 2 — 3 приемовъ по 10 — 15 капель, какъ хорошее средство при слабости родовыхъ болей для возбужденія совершенно правильныхъ сокращеній матки. Въ настоящемъ своемъ сообще-

ни авторъ приводитъ исторію однихъ родовъ, гдѣ это средство было применено съ полнымъ успѣхомъ.—IV—рага, 23 лѣтъ; предшествовавшіе трое родовъ протекли легко и быстро; въ настоящемъ случаѣ за 3 недѣли до срока безъ видимой причины прошли воды, послѣ чего были 2 — 3 схватки; на другой день—зѣвъ пропускаетъ 2 пальца, 2-е затылочное положеніе, головка въ полости таза, болѣе нѣтъ; общія ванны, горячіе влагалитичныя души и т. п. втеченіе 1¹/₂ сутокъ не были въ состояніи возбудить родовую дѣятельность матки; дано два приѣма vini іресасуапае по 15 капель съ промежуткомъ въ 1¹/₂ часа, послѣ чего появились энергичныя сокращенія матки совершенно нормальнаго (не судорожнаго) характера, которыя однако черезъ нѣсколько часовъ опять стихли; въ виду бывшей рвоты дано только 5 капель vini іресасуапае,—схватки возобновились и черезъ два часа родился ребенокъ (безъ всякихъ слѣдовъ асфиксін); произвольный выходъ послѣда; нормальный послѣродовой періодъ.

А. Фишеръ.

5. Орловъ В. Н. Случай беременности и родовъ при полной цѣлости гимена (Медицина № 26, 1892 года).

Марта 21 текущаго года была принята въ клинику роженица, 25 лѣтъ, живущая половую жизнью второй годъ съ мужчиною 20 лѣтъ. Менструируетъ она правильно съ 13 лѣтъ черезъ 3 недѣли по 5 дней и послѣднія крови имѣла 13 іюня.

Осмотръ далъ: наружные половые органы нормальны, на мѣстѣ дѣвственной плевы находится мясистая отечная перепонка, закрывающая собою весь входъ во влагалитице, она синевата мѣстами бѣлесовата и выпячивается впередъ въ видѣ гребешка; длина ея отъ уретры до задней спайки 4 см., ширина 3 и толщина ¹/₂ см.; на границѣ задней трети ея съ средней замѣтенъ бѣловатый полукруглый валикъ; справа отъ срединной линіи въ этой перепонкѣ, на срединѣ между уретрой и задней спайкой, на шероховатой поверхности величиною въ гривенникъ находится отверстіе, пропускающее во влагалитице только тонкій зондъ. Это отверстіе было такъ скрыто складками отечной плевы, что сначала принято за «hymen imperforatus». При изслѣдованіи плева вдавливалась во влагалитице на 5 см. Per rectum рукавъ ничего необычнаго не представлялъ.

Измѣренія живота и таза ничего неправильнаго не дали. Положеніе плода первое, предлежаніе головкою, которая per rectum опредѣлилась во входѣ въ тазъ; пузырь цѣль и паливался хорошо.

Температура больной 37,3 пульсъ 56, дыханій 28 въ мин. Сокращенія матки черезъ 3 минуты достаточно сильны.

Въ 12 ч. 45 м. дня стали отходить черезъ отверстіе плевы воды довольно сильной струей. Въ 2 ч. дня головка стала бомбировать промежность и растягивать плеву. Въ 3 ч. схватки ослабѣли, являлись рѣже, почему дано chinini muriatici gr X.

Въ 3 ч. 30 м. во время схватки по желобоватому зонду сдѣлалъ ножницами разрѣзъ назадъ къ спайкѣ и впередъ вправо отъ уретры. Обильное кро-

вотеченіе остановлено прижатіемъ ватнаго тампона и затѣмъ сдѣланы боковые разрѣзы. Кровь при этомъ остановлена реан'пинцетами и слѣва шелковой лигатурой. Вслѣдъ за разрѣзами большимъ сегментомъ показалаея головка. Въ виду слабости схватокъ примѣненъ способъ *Cristeller'a* съ разрывомъ влагалища и промежности второй степени. Въ 4 ч. 5 м. родился ребенокъ, а въ 4 ч. 10 м. вышла и послѣдъ. Влагалищный разрывъ зашитъ непрерывнымъ кетгуттовымъ швомъ, на промежностный, прошедшій правѣ *garhe*, положенъ 4 узловатыхъ шелковыхъ шва и непрерывный кетгуттовый,—въ виду кровотоечения по снятіи пинцетовъ, близъ уретры.

При выпискѣ на 14 день найдено: рукавъ развитъ правильно; влагалищная часть широка, коротка, съ довольно глубокимъ разрывомъ слѣва; матка въ переднемъ сводѣ небольшая, безболѣзненная, плотная; своды безболѣзненны и свободны.

Авторъ, указывая на рѣдкость такихъ случаевъ, какъ по узкости и незамѣтности отверстія, такъ и по толщинѣ плены, замѣчаетъ, что данный случай вѣроятно врожденный, ибо въ анамнезѣ указаній на заболѣваніе нѣтъ и рубцовой ткани не найдено. Онъ считаетъ свой случай интереснымъ и потому еще, что имъ доказываея несостоятельность взгляда нѣкоторыхъ авторовъ, считающихъ необходимымъ условіемъ для оплодотворенія попаданіе сѣмени прямо въ цервикальную слизь. Здѣсь плева служила препятствіемъ для этого, такъ что сѣмя проникло или помощію перистальтики рукава или самостоятельно пройдя длинный путь по рукаву до матки.

Терапію авторъ рекомендуетъ крестообразный разрѣзъ во время вѣзыванія подлежащей части, которая должна служить тампономъ при кровоточеніи изъ разрѣзовъ. Разрѣзы ограждаютъ отъ центрального разрыва и устраняютъ нежелательные разрывы самой плены.

А. Заболотскій.

6. Н. Fehling. Die künstliche Frühgeburt in der Praxis (Berliner klinische Wochenschrift 1892, № 25). Искусственные преждевременные роды въ частной практикѣ.

Къ сожалѣнію, благами *Lister'*овскаго ученія объ антисептикѣ, говоритъ *Fehling*, гинекологія воспользовалась въ значительно большихъ размѣрахъ, чѣмъ акушерство. Изъ акушерскихъ же операций кесарскому сѣченію ученіе *Lister'a* принесло больше пользы, чѣмъ щипцамъ и перфораци. Желательно потому было бы, чтобы въ будущемъ искусственные преждевременные роды подъ вліяніемъ анти-и асептики дали бы какъ для матери, такъ и для плода лучшіе результаты, чѣмъ въ настоящее время и тогда только это оперативное пособіе въ состояніи будетъ замѣнить, какъ кесарское сѣченіе при условныхъ показаніяхъ, такъ и перфорацию. Сѣтуя на то, что искусственные преждевременные роды крайне мало примѣняются и доказывая это баденской статистикой, согласно которой въ этой странѣ на 1000 родовъ едва ли приходятся одни искусственные преждевременные роды, *Fehling* объясняетъ это явленіе стремленіемъ врачей и специалистовъ бравировать цѣлыми рядами лапаротомій, ими произведенныхъ.

Если къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ приступить не раньше

35 недѣли беременности и не позже 37 недѣли, если затѣмъ ухотъ за новорожденнымъ послѣ операциіи будетъ болѣе тщательнѣе, чѣмъ обыкновенно послѣ рожденія плода, то нѣтъ сомнѣній, что операциіа дастъ прекрасные результаты.

Изъ показаній къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ на первомъ планѣ стоятъ узкіе тазаы. Въ то время какъ при плоскихъ простыхъ и рахитическихъ тазахъ *Conjug. vera* рѣдко бываетъ ниже 8 см., результаты операциіи при общесъуженныхъ тазахъ менѣе благоприятны, потому что нельзя руководствоваться одной только истинной конъюгатой, такъ какъ тутъ играютъ важную роль и другіе размѣры таза и величина и степень сжимаемости дѣтской головки. При *Conjug. vera* менѣе 7 см. не слѣдовало бы приступать къ этой операциіи. При болѣе рѣдкихъ формахъ ненормальныхъ тазовъ вообще трудно установить точныя показанія.

Слѣдующими за тѣмъ показаніями могутъ служить ретроцервикальные фиброиды, старые эксудаты и опухоли костей таза. Противопоказана операциіа при кистахъ яичниковъ и неоперативныхъ раковыхъ новообразованіяхъ.

Очень затруднительны показанія при болѣзняхъ матери и плода. Показана операциіа при паренхиматозномъ и интерстициальномъ нефритѣ, какъ въ угоду матери, съ прекращеніемъ беременности которой заболѣваніе почекъ можетъ улучшиться, такъ и въ угоду плода, могущаго погибнуть отъ измѣненія въ послѣдѣ вследствие заболѣванія почекъ матери. Болѣзни сердца и легкихъ крайне рѣдко послужатъ поводомъ къ вызыванію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Острыя инфекціонныя заболѣванія по *Fehling's* у не могутъ служить показаніемъ къ операциіи, ибо плодъ выдерживаетъ продолжительное время высокія температуры.

Вообще искусственные преждевременные роды преимущественно примѣнны у многоорождающихъ, ибо теченіе первыхъ родовъ составляетъ одно изъ самыхъ существенныхъ анамнестическихъ данныхъ при рѣшеніи приступить къ оперативному вмѣшательству. И семейное положеніе больной должно быть принято въ расчетъ, т. е. замужняя она или дѣвица, ибо несообразнымъ кажется «*внушить*» дѣвицѣ желаніе имѣть живого ребенка и ради этого сдѣлать кесарское сѣченіе тамъ, гдѣ показаны искусственные преждевременные роды.

Раньше чѣмъ приступить къ операциіи обязательно убѣдиться въ томъ живъ-ли плодъ, ибо при мертвомъ плодѣ крайне рѣдко придется прибѣгнуть къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Затѣмъ далѣе требуется тщательное неоднократное измѣреніе таза. Не только разстоянія между *Spinaeil.*, *Cristae*, *Trochanteres* и *Conj. ext.* должны быть извѣстны, но и разстоянія между *Spin. sup. ant. dextr.* и *Spin. post. sin.* и обратно очень важны при подозрѣніи на узость таза; не слѣдуетъ также упустить измѣренія поперечника выхода таза. Самое важное это внутреннее измѣреніе таза, причемъ приходится обращать особое вниманіе на костныя возвышенія лоннаго соединенія и *Synspondrosis sacroiliaca*, на двойной мысъ и т. д. Финаломъ служить измѣреніе *Conjug. verae*.

Въ такой же мѣрѣ важно имѣть ясное представленіе о величинѣ плода вообще и въ особенности о величинѣ подлежащей головки, для достиженія

чего пальцами обѣихъ рукъ измѣряется затылочно-лобный размѣръ головки. При предлежаніи другихъ частей плода слѣдуетъ наружными ручными приѣмами превратить это положеніе въ черепное.

Приступая къ изложенію способовъ вызванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, *Fehling* раньше всего останавливается на предложеніи *Prochownik'a* примѣнить у женщинъ въ послѣднихъ 10—12 недѣляхъ беременности діетическое лѣченіе (*Entfellungscur*), результатомъ котораго является значительное уменьшеніе, какъ вѣса плода, такъ и въ объемѣ головки. Совмѣстно съ другими способами *Fehling* не отказывается воспользоваться и предложеніемъ *Prochownik'a*.

Первымъ условіемъ къ возбужденію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ должна быть проходимость внутреннего зѣва на 1—2 пальца. Это достигается лучше всего душами изъ теплой воды (*Kiwisch*). слѣдуетъ избѣгать горячихъ душъ въ 40°, ибо они сильно высушиваютъ рукавъ, стѣнки его дѣлаются неподатливыми. О способѣ *Schrader'a*: 35 градусныя души въ перемежку съ 6 градусными, *Fehling* личнаго опыта не имѣетъ, но по указанію Марбургской клиники они примѣняются не безъ пользы.

У перворождающихъ употребленіе душъ иногда оказывается недостаточнымъ, поэтому приходится прибѣгнуть къ *Laminaria*.

Мнѣнія *Баландина*, что вагинальныя души уменьшаютъ возбудимость матки *Fehling* не раздѣляетъ. Въ случаяхъ, когда ни души, ни *laminaria* не приводятъ къ желанному результату приходится прибѣгнуть или къ цервикальному кольпоринтеру или къ введенію въ шейку матки тампона изъ іодоформированной марли или же къ отсепарированію плоднаго мѣшка отъ стѣнокъ нижняго отрѣзка матки (*Hamilton*). Если ни одно изъ указанныхъ способовъ не ведетъ къ цѣли, остается разорвать околоплодный пузырь (*C. Braun*).

При примѣненіи способа *Krause*, *Fehling* предлагаетъ ввести бужъ (№ 10) не по передней или задней стѣнкѣ матки (мѣсто сидѣнія послѣда), а сбоку.

Предсказаніе для матери *Fehling* ставитъ въ зависимость отъ анти или асептического веденія операціи,— для плода — отъ черепнаго предлежанія его. Въ подкрѣпленіе послѣдняго онъ приводитъ изъ диссертациі *Rössing'a* слѣдующія данныя.

Изъ 62 дѣтей въ черепномъ положеніи родились живыми 92%, вынн-сались живыми 71%, изъ 23 же дѣтей въ ягодичномъ положеніи родилось живыми 75,7%, выписаны живыми только 33%. Принимая это во вниманіе онъ совѣтуетъ всякое предлежаніе плода наружными приѣмами превратить въ черепное. Въ случаяхъ, гдѣ съ самаго начала родовыя боли слабы и мало дѣйствуютъ на раскрытіе матки, врачъ можетъ быть заставленъ наложить высокіе щипцы или даже перфорировать. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ сдѣлать поворотъ по *Braxton Hicks* какъ только шейка будетъ раскрыта пальца на два, чтобы впослѣдствіи, если для этого представится необходимость, извлечь плодъ за ранѣе уже низведенную ножку.

Б. Фейнбергъ.

7. **Charpentier De la symphyséotomie.** (Communication à l'Académie de Médecine; Séances du 15 et 22 mars 1892; Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol, №№ 5—6. 1892). **О симфизеотоміи,**

Идеаломъ акушерской операціи при узкихъ тазахъ можно признать такую только, которая бы спасала мать и дитя. Кесарское сѣченіе въ наше время даетъ самые лучшие результаты, но по самой благопріятной изъ всѣхъ статистикѣ *Leopold'a* до 1890 г., изъ 28 случаевъ смертность дѣтей 0, смертность же матерей 8,6 на 100. Стало бытъ эта операція не есть идеальная. Такою авторъ признаетъ симфизеотомію, исторію которой коротко излагаетъ по *Bouchacourt'у*, заявляя, что операція эта была сдѣлана въ первый разъ во Франціи въ 1655 г. *La Courode* на трупѣ для извлеченія плода, а на живой—предложилъ ее въ 1768 г. студентъ *Sigault*, но произведена была лишь въ 1774 г. *Domenic'омъ Ferrara* ¹⁾. Изъ Франціи операція эта перешла въ Италію и другія государства, подвергаясь разнымъ видоизмѣненіямъ и улучшеніямъ. Въ Италіи операція всегда практиковалась и въ настоящее время она тамъ преподается. По статистикѣ, собранной *Morisani*, приводится 172 доселѣ извѣстныхъ случаевъ симфизеотоміи, въ томъ числѣ послѣдняя статистика *Spinelli* съ 1888 г. даетъ 24 случая, давшіе 0 смертности матерей и 0,04% смертности дѣтей, изъ нихъ одно дитя умерло черезъ 12 ч.

Ислѣдованія на трупахъ даютъ послѣ разсѣченія симфиза произвольное расхожденіе костей на 6—8 м.м., и, давя на бедра, можно, не разрывая мягкихъ частей, раздвинуть ихъ отъ 4—8 см. По ислѣдованіямъ *Baudeloqu'a* и другихъ расширеніе симфиза даетъ на каждый см. прямого діаметра около 2 м.м. Косые діаметры увеличиваются хотя и неравномѣрно, но больше, чѣмъ прямой, и поперечные достигаютъ половины расширенія, но чрезмѣрное расширеніе ведетъ къ вывороту въ сакральныхъ сочлененіяхъ. Всѣ современные итальянскіе акушеры допускаютъ увеличеніе всѣхъ діаметровъ какъ въ входѣ, такъ и въ выходѣ таза. Изложивъ ислѣдованія на трупахъ, авторъ излагаетъ новѣйшіе способы производства операціи.

Gallioti, употребляетъ серповидный ножъ, который проводитъ снизу вверхъ подъ связками въ направленіи суставнаго хряща и однимъ взмахомъ разсѣкаетъ ихъ.

Corboni, измѣнивши общій итальянскій способъ *Novi*, *Morisani* и *Martini*, дѣлаетъ поперечный разрѣзъ кожи на 3 см. выше лобка, вводитъ бистурей съ очень узкимъ, прямымъ лезвіемъ сверху внизъ до нижняго края симфиза и легкими шоловидными движеніями дѣлаетъ разрѣзъ.

Piccini, начиная надъ клиторомъ, разрѣзаетъ мягкія части, затѣмъ разрѣзаетъ связки и сочлененія спереди назадъ и сверху внизъ.

Novi дѣлаетъ брюшиннымъ бистурею по срединной линіи разрѣзъ мягкихъ частей до симфиза въ 3 см., начиная на 1 см. выше лобка;

¹⁾ Самъ *Sigault* сдѣлалъ ее въ первый разъ подъ руководствомъ *Alphons'a Lenoу* на живой лишь въ 1777 г.

находить указательнымъ пальцемъ лѣвой руки вдавленіе между костями, обнажаетъ его пуговчатымъ бистуреемъ, который проводитъ позади симфиза до нижняго края его и разрѣзаетъ снизу вверхъ связки и хрящъ; хрустъ и потеря сопротивленія указываютъ на конецъ операціи. Послѣ родовъ зашиваетъ рану, кладетъ двойную укрѣпляющую тазъ повязку, которую мѣняють 2 раза въ день, и позволяетъ встать только на 40—50 д., когда заживленіе бываетъ полное.

Morisani примѣняетъ поперечную кровать и хлороформъ, въ пузырь вводитъ катетеръ, употребляетъ согнутый бистурей съ пуговкой. Разрѣзъ оный дѣлаетъ почти на сѣм. выше лобка, въ 3 сѣм. длиною, доходитъ постепенно до сочлененія, проскальзываетъ бистуреемъ по задней сторонѣ симфиза до нижняго его края, разрѣзаетъ сзади напередъ, снизу вверхъ и ждетъ родовъ. Если схватки слабы или головка долго не опускается, тогда накладываетъ щипцы. Послѣ родовъ по наложеніи швовъ, при помощи спеціальнаго аппарата дѣлаетъ тазъ неподвижнымъ и накладываетъ для прочности гипсовую повязку.

Spinelli своимъ инструментомъ, состоящимъ изъ стебля съ двумя тупыми параллельными вѣтвями съ дѣленіями, между которыми двигается косою рѣзакъ опускающійся помощью бѣгуна на опредѣленную глубину, сразу ударомъ по ручкѣ разрѣзаетъ хрящъ, сядя на него инструментъ верхомъ.

Pinard, кладя большую на поперечную кровать и вставъ справа, дѣлаетъ краской мѣтку, потомъ тонкимъ и короткимъ бистуреемъ ведетъ его наклонно по вертикальной линіи на 8—10 сѣм. до клитора, гдѣ разрѣзъ отклоняется въ сторону, входитъ затѣмъ въ рану пальцемъ, и защищаетъ имъ пузырь. Ощупавъ бугорокъ, разрѣзаетъ симфизъ сверху внизъ и спереди къзади и, опредѣливъ пальцемъ, что кости разошлись, раздвигаетъ бедра, кладетъ временную повязку и принимается за акушерское дѣло.

Разница между способами производства операціи очень мала—она заключается въ томъ, что одни пальцами отдѣляютъ ткани, другіе штъ. Только одинъ разрѣзаетъ симфизъ спереди назадъ, но связки сверху внизъ. Рану обычно зашиваютъ кетгутowymi швами, послѣ чего накладывается повязка. Уходъ состоитъ въ спринцованіи сулемовымъ растворомъ рукава 3 раза въ день. Обыкновенно употребляютъ растворъ 1:2000, потомъ 1:3 и 4 тысячи. Заживленіе наступаетъ черезъ мѣсяць, 6 недѣль и даже иногда на 7—15 день.

Всѣ итальянскіе акушеры единогласно признають симфизеотомию за операцію легкую, простую, дающую скорое выздоровленіе.

Изложивъ способы и уходъ, авторъ приводитъ статистику, собранную авторами. Итоги смертности матерей и дѣтей у всѣхъ различны, и самыя неблагопріятныя являются въ періодѣ примѣненія строгой антисептики. Смертность матерей 38,88 на 100, дѣтей 27,77 на 100. Самую благопріятною является статистика *Spinelli*. Изъ 24 оперированныхъ (3 дѣлали операцію второй разъ) спасены всѣ, дѣтей умеръ 1 черезъ 12 ч.

Возраженіе, что послѣ симфизеотоміи женщины остаются калѣками, опровергается фактами. Авторъ самъ видѣлъ нѣкоторыхъ изъ опериро-

ванныхъ и между ними второразную, спустя 2¹/₂ мѣсяца послѣ операціи, и нашла ея тазъ и движенія нормальными. Женщина эта по-прежнему хозяйничаетъ и носитъ тяжести. Изъ приведенныхъ 24 случаевъ осложненія послѣ операціи наблюдались: нагноеніе 2 швовъ 1 разъ, легкая послѣродовая лихорадка 1 разъ и 2 раза какія то «патологическія послѣдствія родовъ, вылъченные усѣбно внутриматочными инъекціями».

Относительно показаній къ симфизотоміи авторы расходятся въ опредѣленіи границъ и условій, при наличности которыхъ она обязательна. Цель ея сохранитъ мать и ребенка, стало бытъ она показана, когда раздвиганіемъ симфиза помогаютъ окончить родамъ силами природы, легкими щипцами или поворотомъ. При слишкомъ узкомъ тазѣ симфизотомія противопоказана, ибо операція, слѣдующія за нею, могутъ внести опасность. Противопоказана она и при тазѣ, позволяющемъ нормальное родоразрѣшеніе. Она показана, когда дитя живо.

Novi такъ формулируетъ показаніе: при тазѣ съ conjug. 9,5 щипцы или поворотъ. При срочныхъ родахъ, при діаметрѣ 8,8 тоже щипцы, но при неудачѣ и въ случаѣ знанія, что прежде дѣти родились мертвыми—симфизотомія. Авторъ не соглашается на примѣненіе щипцовъ при не срочной беременности, а рекомендуетъ произвести въ 8¹/₂ или самое раннее въ 8 мѣсяцевъ—искусственные преждевременные роды. При тазѣ 8,1 до 6,7 при живомъ плодѣ обязательно симфизотомія, а затѣмъ по одному надо жатъ разрѣшенія, по другимъ щипцы, лишь бы шейка позволяла, а при мертвомъ плодѣ—эмбриотомія.

Беременность не дошедшая до срока: на 7 мѣсяцѣ искусственные преждевременные роды и симфизотомія при неудавшихся щипцахъ.

Дальше итальянскіе акушеры расходятся. *Morisani* и его школа допускаютъ 6,7 см., какъ крайній предѣлъ для симфизотоміи; *Novi* 5,4 см. въ соединеніи съ искусственными преждевременными родами, ниже этого, при живомъ плодѣ, въ срокъ кесарскаго сѣченія, при мертвомъ симфизотомію съ эмбриотоміей.

Разбирая статистики разныхъ авторовъ, *Charpentier* заявляетъ, что большая смертность матерей и дѣтей по нѣкоторымъ статистикамъ зависитъ оттого, что симфизотомія дѣлалась уже на большихъ, измученныхъ щипцами, поворотами и проч. и, какъ признаетъ *Morisani*, потому, что операторы переступали границы и оперировали при условіяхъ, не оправдывавшихъ операцію.

Заболотскій.

Э. М. ф.-Штраухъ. Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt.; (St.-Petersb. medic. Wochenschr., 1892, № 23.; сообщено въ Обществѣ русскихъ врачей въ Москвѣ 17-го апрѣля 1892 г.). **Случай сохраняющаго кесарскаго сѣченія.**

Г-жа Ч., 26 лѣтъ; слабого здоровья; начала ходить на 6-мъ году жизни; первая менструація—на 12 году, вышла за-мужъ на 19-мъ и тотчасъ-же забеременѣла. Первые роды, продолжавшіеся 46 часовъ, окончены краниото-

мією въ Родовспомогательномъ Заведеніи Моск. Воспит. Дома; вторая беременность искусственно прервана авторомъ въ концѣ 24-й недѣли,—родился живой ребенокъ, умершій черезъ 7 недѣль отъ врожденной слабости; третью беременность авторъ прервалъ на 36-й недѣлѣ, причѣмъ роды окончены труднымъ положеніемъ щипцовъ на подвижную надъ входомъ въ тазъ головку,—родилась дѣвочка въ асфиксін, оживлена. Настоящая, четвертая, беременность протекала слѣдующимъ образомъ: послѣднія регулы между 7 и 10 марта 1891 г.; первыи движенія плода—21 іюля; только 30 ноября (т. е. въ концѣ 38-й недѣли) беременная обратилась къ автору. Изслѣдованіе: ростъ больной—138 см.; явные слѣды рахита; отвислый животъ; размѣры таза: Sp. II.=25,8, Cr. II.=27,5, Troch.=29, Conj. ext.=17, Conj. diag.=8,8; окружность таза=82; 1-е затылочное положеніе; головка велика, подвижна надъ входомъ, не можетъ быть низдавлена въ полость таза. Въ виду того, что время для искусственныхъ преждевременныхъ родовъ съ надеждою получить живого ребенка уже было пропущено, авторъ предложилъ беременной на выборъ краніотомію или кесарское сѣченіе, причѣмъ она рѣшительно высказалась въ пользу послѣдняго и была отпущена съ наставленіемъ явиться съ наступленіемъ первыхъ родовыхъ болей, или если-бы преждевременно прошли воды. Черезъ 9 дней (9-го декабря) она прибыла въ лѣчебницу автора уже послѣ 11 часовъ продолжающихся схватокъ, съ зѣвомъ на 2 пальца и дѣльными водами. Черезъ 1¹/₂ часа, послѣ предварительнаго подкожнаго впрыскиванія 0,2 Extracti secal. Wernichi, приступлено къ кесарскому сѣченію. По разрѣзѣ передней брюшной стѣнки матка выведена наружу, вокругъ ея шейки положенъ эластическій жгутъ, но не затянутъ; быстро вскрыты матка и плодный пузырь, и за предлежащую въ разрѣзѣ правую ягодницу извлеченъ живой ребенокъ; стѣнка матки, имѣвшая въ моментъ ея вскрытія едва ¹/₂ см. въ толщину, теперь хорошо сократилась и стала разъ въ 8 толще; такъ какъ изъ праваго края маточной раны кровоточила довольно значительная артерія, то эластическій жгутъ былъ затянутъ; дѣтское мѣсто, прикрѣпившеся къ задней стѣнкѣ матки, и оболочки легко извлечены рукою. Матка зашита 12-ю глубокими шелковыми швами, не захватывавшими ея слизистой оболочки; жгутъ снять, послѣ чего на кровоточившія еще мѣста наложены 10 частью полу-глубокихъ, частью поверхностныхъ швовъ; матка опущена въ брюшную полость, а брюшная рана зашита 30 ю шелковыми швами. Вѣсъ ребенка—3400 грм.; длина—48 см.; разстояніе между плечиками—12,5; между вертелами 9,5; окружность головки—34,8; большой косою размѣръ—14; малый косою—12; большой поперечный—9,5; малый поперечный—8,5. Въ послѣоперационномъ теченіи единственное повышеніе t° черезъ 10 часовъ до 38,2; къ 16-му дню сняты всѣ швы, брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ; на 20-й день оперированная встала; а черезъ 2 дня вышла изъ лѣчебницы.

Въ заключеніи авторъ высказываетъ слѣдующія соображенія:

1) Сохраняющее кесарское сѣченіе—операция легкая, такъ какъ она типична и строго анатомична («rein anatomisch»). Особенныя неожиданности, какъ напр. при оваріотоміи, не встрѣчаются при ней.

2) Если можно ждать, то всегда слѣдуетъ приступать къ операціи при разившейся уже родовой дѣятельности.

3) Чтобы обезпечить себѣ хорошія сокращенія матки во время и послѣ операціи, необходимо за $\frac{1}{4}$ часа до начала послѣдней вырисунуть подъ кожу большую дозу эрготина.

4) Если послѣ выведения беременной матки изъ брюшной полости кишки не выпадаютъ, то провизорное закрытіе швомъ верхняго угла брюшной раны излишне.

5) Слѣдуетъ признать несомнѣнно ошибочнымъ плотное затягиваніе эластическаго жгута раньше вскрытія матки. Прекращенный притокъ крови нарушаетъ правильныя сокращенія матки, столь необходимыя для остановки кровотечения. Лишь въ томъ случаѣ, если по опороженіи матки кровотеченіе продолжаетъ быть значительнымъ, жгутъ долженъ быть затянутъ, но лишь на столько, на сколько это безусловно необходимо для остановки кровотечения.

6) Весьма полезно во время операціи почаще осматривать наружныя половыя части въ виду возможности болѣе значительнаго кровотечения изъ половыхъ органовъ, чѣмъ это желательно.

7) Безразлично, по какому способу накладывается маточный шовъ; все дѣло въ томъ, чтобы края раны матки и брюшины на всемъ протяженіи плотно прилегали другъ къ другу, и чтобы не оставалось ни малѣйшаго кровотечения.

8) Если приходится оперировать при цѣломъ плодномъ пузырьѣ и не инфицированномъ содержимомъ матки, то вытираніе послѣдней *обеззараживающими* веществами по меньшей мѣрѣ бесполезно; равно излишне энергичное механическое стираніе внутренней поверхности матки.

9) Послѣродовыя отдѣленія послѣ сохраняющаго кесарскаго сѣченія очень скудны, такъ какъ онѣ происходятъ только изъ полости тѣла матки, тогда какъ послѣ родовъ *per vias naturales* въ образованіи ихъ участвуютъ еще надорванная шейка матки и влагалище.

А. Фишеръ.

9. М. М. Тарановъ. Къ ученію о центральныхъ разрывахъ промежности. (Медицина, № 1—3, 1892 г.).

Разбирая признаки, которыми авторы опредѣляютъ центральный разрывъ промежности, а именно нарушеніе цѣлости всѣхъ ея тканей въ центральной части съ сохраненіемъ задней снайки половой щели и заднепроходнаго отверстія, авторъ говоритъ, что ими понятіе о центральномъ разрывѣ промежности не исчерпывается и предлагаетъ формулировать его такъ: «центральный разрывъ есть такое поврежденіе промежности, которое, локализуясь въ центрѣ ея, нарушаетъ цѣлость или всей ея толщи, или отдѣльныхъ слоевъ этой толщи, и въ то же время отдѣляется участками не поврежденной ткани, какъ отъ половой щели, такъ и отъ задняго прохода». Первые онъ предлагаетъ называть проникающими, вторые непроникающими разрывами, при чемъ послѣдніе предлагаетъ дѣлить на три вида: 1) *поврежденіе только кожи*, 2) *поврежденіе только стѣнки влагалища* и 3) *оба эти вида вмѣстѣ при цѣ-*

лости промежуточных между ними тканей. Однако для полной характеристики и этого мало, ибо иногда разрывы идут на соседних части: на губы влагалища, ягодицы и т. д., если только слайка и заднепроходное отверстие дѣлы. Это тоже центральные разрывы, но только больших размѣров. Но даже, когда задвѣается и половая щель и sphincter онъ предлагаетъ считать за центральные, только осложнившіеся разрывомъ этихъ отверстій. Отсюда онъ и *проникающіе и не проникающіе* центральные разрывы дѣлитъ на *простые*, не выходящіе за область промежности, и на осложненные. Признавая такое дѣленіе правильнымъ теоретически, авторъ признаетъ, что практически это неудобно, ибо тогда въ одну группу попадутъ и простые трещины и такія, которыя нарушаютъ цѣлость наружнаго жома и всей кишечно-рукавной стѣнки, а значеніе ихъ для здоровья женщины различно, почему онъ вводитъ рубрику «осложненные центральные разрывы».

Далѣе, сдѣлавъ краткій историческій обзоръ опубликованныхъ случаевъ центрального разрыва, и указавъ, что онъ могъ собрать въ доступной ему литературѣ всего 100 случаевъ—90 иностранныхъ и 10 русскихъ—и заявивъ, что случаи эти публикуются именно потому, что въ ученіи о центральныхъ разрывахъ многое еще не ясно, что въ этиологін и въ лѣченіи авторы не сходятся и самое опредѣленіе ихъ не точно.

Затѣмъ авторъ приводитъ три исторіи болѣзней.

1) Первородящая, 23 л., перенесшая 2 года передъ тѣмъ тифъ, съ нормальными размѣрами таза, но съ высокою промежностью. Беременность съ судорогами въ ногахъ на послѣднемъ мѣсяцѣ. Положеніе плода первое затылочное. Первый періодъ длился 10 ч. 7 м. Схватки сильныя были черезъ 3—4 м. вначалѣ, позднѣе—черезъ 2—3 м. по 1—1^{1/2}. Черезъ 18 м. послѣ полного открытія, при прежнемъ характерѣ схватокъ, начала вѣзывать; все шло обычно, но вдругъ одна сильная схватка и рѣзкое туженіе роженицы повлекло разрывъ, не смотря на тщательную поддержку. При проведеніи черезъ половую щель головки и плечиковъ, разрывъ не увеличился. Второй періодъ длился 28 м. Вѣсъ ребенка 3580 grm., длина 50 см. Окружность головки: прямая 36, косая 31, вертикальная 31; размѣры: прямой 12, б. косой 14,5, м. косой 10, б. поперечный 9, м. поперечный 7, вертикальный 9,5. Окружность плечъ 40, поперечный размѣръ ихъ 24,5, ягодицы 31, поперечникъ ихъ 10,5, грудной 10. Разрывъ 3 см. отъ сфинктера, но не доходитъ до задней слайки на 2 см. Влагалищный разрывъ въ нижнемъ отрѣзкѣ расходится въ 2 вѣтви—правая 6 см., лѣвая 5. По средней линіи рукава кзади сохранилась полоска неповрежденной ткани, подъ которою соединяются обѣ вѣтви разрыва. Швы наложены шелковые, лѣченіе обычное, заживленіе на 8 день.

2) Первородящая, 18 л., страдала золотухой и корью. Беременность правильная кромѣ судороги въ лѣвой ногѣ на послѣднемъ мѣсяцѣ. Роды начались 23 февраля въ 11^{1/2} ч. ночи дома на ногахъ. Роженица была отправлена въ пріютъ по поводу кровотечения; въ пріютѣ найдено, что ручки мла-

денца идутъ впереди головки черезъ задній проходъ. Передъ отпавкой въ пріютъ роженица имѣла стулъ въ теченіи часа.

24 февраля въ 3 ч. дня найдено: промежность сильно выпячена, напряжена, не истончена мясста, синевато-блѣднаго цвѣта. Половая щель узка и смѣщена впередъ, губы толсты, плотны, напряжены, изъ нея выдается незначительный сегментъ затылка плода. Anus вытянута въ поперечномъ направленіи въ видѣ щели. окаймленной валикомъ, слегка отечной, но нигдѣ не поврежденной ткани. Въ задней части промежности сейчасъ за Anus разрывъ промежности полулунной формы съ вогнутостью къзади, откуда торчитъ петля непудьсирующей пуповины. Палецъ черезъ него проходитъ вовлагалище и находитъ възади петли пуповины и ручки плаода, а впереди головку въэкстензиіи. Къ задней части разрыва прилегаеть полоска сильно напряженной ткани около 2 см. ширины; между этой полоской и задней стѣнкой разрыва съ трудомъ проникаеть палецъ. Прямая кишка и задняя спайка цѣлы. Потуги рѣдки, но энергичны и отодвигаютъ къпереди половую щель, не раскрываая ее и раскрываютъ разрывъ. Послѣ неудачи раскрыть половую щель и вывести головку руками, была сдѣлана эннзіотомія и роды легко окончены безъ увеличенія разрыва, спавшагося тотчасъ-же. Недоношенный мальчикъ вѣсилъ 2080 gm. Длина 46,5 см. Окружность головки: прямая 32, косая 34,75, вертик. 30,5; размѣры: прямой 10, б. косой 12, м. косой 8,5; б. поперечный 8, м. 7, вер. 8. Окружность плечъ 30, поперечный ихъ 10,25, ягодицы 25, поперечникъ 8, рудной 6,5. 3 м. спустя вышелъ послѣдъ черезъ половую щель. Измѣренія таза въ клиникѣ: Sp. 24,5, Cr. 26,75, Conj. 17,5 tr. 30; прямой размѣръ выхода 10,75, поперечный 10,5. Отекъ краевъ раны помѣшалъ зашиванію промежности. Съ 3—6 д. температура была повышенная, съ 9—11 также. Это обусловливалось дурнымъ состояніемъ раны; края раны омертвѣвали, увеличивая размѣры ея вслѣдствіе разрушенія мышечнаго мостика. Съ 10 д. остановилось омертвѣніе и рана стала гранулировать съ краевъ. 9 апрѣля сдѣлана операція. Влагалищная рана зашита кетгутovýmъ этажнымъ швомъ. а промежностная 7 шелковыми швами. Не смотря на всѣ предосторожности, рана зажила со свищемъ, пропускающимъ въ рукавъ обыкновенный наконечникъ. Свищъ позднѣе внѣ клиники зажилъ, образовавъ рубецъ.

Въ третьемъ случаѣ незамужняя первородящая, 19 л., крѣпкая, упитанная и страдавшая рахитомъ въ дѣтствѣ, менструиреть съ 13 л. правильно, черезъ 3—4 недѣли по 3 д. Беременность протекла правильно и родовыя боли начались въ полночь 27 марта 1891 года, а въ клинику поступила 28 марта, въ 9 ч. 25 м. утра. Размѣры таза: Sp. 24,5, C. 26,75, tr. 28, Conj. ext. 16,75, Conj. diag. до верхн. мыса 11,5, нижняго—11. Наружные половые органы нормальны, промежность 4,5 см. Предлежаніе головою. Въ моментъ разрыва пузыря, при полномъ открытіи, головка установилась въ переднемъ видѣ перваго затылочнаго положенія. Схватки средней силы и частоты. Первый періодъ длился 18 ч. 10 м.; второй 2 ч. 56 м., въ томъ числѣ прорѣзываніе въ 26 м. Въ концѣ послѣдняго на промежности, пересѣкая garhe, образовалось продолговатое темнокрасное

пятно, которое увеличивалось съ каждой схваткой, а во время прорѣзыванія личика на мѣстѣ пятна произошелъ разрывъ, мгновенно дошедшій до края промежности, вправо отъ задней спайки. Живая дѣвочка вѣсила 3570 grm. Ростъ 51 см., окружность головки прямая 37, косая 31,5, вертикальная 33; размѣры ея: прямой 12,5, б. косой 14,75, м. косой 10, б. поперечный 9, м. поперечный 7, вертикальный 11. Окружность плечиковъ 39, поперечный 14, грудной 9,5. Окружность ягодицъ 30, поперечный размѣръ ихъ 10.

Разрывъ промежности сирава отъ задней спайки шелъ косвенно къзади и влѣво, гармонируя съ пятномъ. Отъ середины промежности круто идя къпереди и влѣво, не доходить до $\frac{1}{4}$ см. до края, образуя здѣсь мостикъ, соединяющій заднюю спайку съ вульварнымъ концомъ. На лѣвой губѣ поверхностный разрывъ въ 4 см. Операція сдѣлана черезъ 15 ч. послѣ родовъ. По окровавленіи раны наложено 6 шелковыхъ швовъ на губу, 4 рукавныхъ и 3 промежностныхъ шелковыхъ шва. Средній изъ нихъ прорѣзался и кожа здѣсь не срослась, остальные раны зажили первымъ натяженіемъ. Швы сняты на 7 и 8 дни.

По собраннымъ авторомъ свѣдѣніямъ изъ русскихъ отчетовъ большихъ родильныхъ домовъ приходится одинъ центральный проникающій разрывъ на 2500 родовъ.

Относительно причинъ центральныхъ разрывовъ авторъ на основаніи литературныхъ указаній замѣчаетъ, что онѣ многочисленны и что авторы относительно ихъ расходятся: одни (*Moreau*) выдвигаютъ на первый планъ: задніе виды замысловатыхъ предлежаній, неправильности половой щели и значительную длину промежности; другіе (*Duparque*) изъ вышеуказанныхъ причинъ выставляютъ неправильности половой щели; *Флоринскій* ставитъ главною сильную вогнутость и значительное отклоненіе къзади.

Charpentier, Birnbaum, Scanzoni, Лазаревичъ ставятъ значительную высоту симфиза и отсюда неправильное положеніе щели, значительную длину промежности и значительную силу и неправильность сокращеній матки, а всѣ прочія причины второстепенны.

Мнѣнія авторовъ о предупреждающихъ разрывъ мѣрахъ, равно какъ и о лѣченіи образовавшихся разрывовъ тоже различны.

Въ виду такого разнообразія взглядовъ, нерѣдко противорѣчивыхъ, авторъ для рѣшенія вопроса изучалъ всѣ доступные ему факты, числомъ 100, и пришелъ къ слѣдующему. Условія со стороны матери: 1) возрастъ отъ 19—26 л.; 2) питаніе и тѣлосложеніе хорошія; 3) первородящія значительно преобладаютъ; 4) съ неправильнымъ тазомъ чаще, а изъ неправильныхъ же тазовъ чаще: недостаточное наклоненіе таза, значительная высота симфиза, значительная узость лонной дуги; 5) промежности или длинныя или плотныя; 6) уклоненіе щели отъ нормы—узость и неподатливость; 7) иногда чрезмерная плотность дѣвственной плевы и 8) сильныя и частыя сокращенія матки и брюшнаго пресса.

Со стороны плода: преобладаніе головныхъ положеній и малыя головки даютъ чаще разрывы.

И, наконецъ, нераціональная помощь или отсутствіе ея.

Относительно предупрежденія разрывовъ всѣ употребляемыя мѣры должны имѣть каждая свое показаніе.

Лѣченіе. Простые разрывы, безъ нарушенія цѣлости влагалищной или кишечной стѣнки, могутъ заживать сами собою; невыгода здѣсь только—медленность заживленія, почему и выгоднѣе оперативное лѣченіе, которое даетъ заживленіе первымъ натяженіемъ. Оперативныя при заживленіи неудачи даже при простыхъ разрывахъ обуславливаются недостаточно точной оцѣнкой степени измѣненія тканей промежности при родахъ и недостаточное соединеніе тканей при операцин, почему въ каждомъ случаѣ надо рѣшать: немедленно оперировать или выжидать.

Относительно техники операцин и сохраненія уцѣлѣвшихъ мостиковъ ткани промежности или разрыва ихъ руководствоваться не столько жизненностью этихъ тканей, сколько доступностью поля операцин и удобствами ея.

А. Заболотскій.

10. R. Frommel. Zur Prophylaxe der Wochenbettserkrankungen. (Deutsche medic. Wochenschr., 1892, № 10). Къ профилактикѣ послѣродовыхъ заболѣваній.

Хотя за послѣдніе годы въ области акушерской антисептики достигнуты весьма существенные результаты, нельзя однако отрицать, что нѣкоторыя стороны этого дѣла до сихъ поръ не могутъ считаться окончательно рѣшенными; сюда должны быть отнесены главнымъ образомъ подвергавшіеся оживленному обсужденію за послѣднее время вопросы о значеніи профилактической дезинфекцин и объ ограниченіи внутренняго изслѣдованія рожениць. Авторъ, на основаніи матеріала Эрлангенской акушерской клиники, старается подойти къ рѣшенію этихъ спорныхъ практическихъ вопросовъ, тѣсно связанныхъ съ современнымъ положеніемъ нашихъ знаній относительно бактериологін внутреннихъ половыхъ органовъ беременныхъ и рожениць («самозараженіе»).

Съ 1-го апрѣля 1887 г. по 15-е ноября 1890 г. въ клиникѣ было 559 родовъ; во всѣхъ случаяхъ роженица при поступленіи, по возможности, получала общую ванну, переодѣвалась въ чистое бѣлье и только затѣмъ переводилась въ родильный покой; здѣсь ей производилось тщательное обмываніе наружныхъ половыхъ органовъ и окружающихъ частей мыломъ и водою и обеззараживаніе ихъ растворомъ сулемы (1:2000), послѣ чего влагалище, помощью двухъ введенныхъ рядомъ съ кончикомъ пальцевъ, вымывалось тѣмъ-же сулемовымъ растворомъ; въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ такое спринцованіе отъ времени до времени повторялось. Послѣродовая заболѣваемость за означенный періодъ времени колебалась по годамъ отъ 5¹/₂ до 7¹/₂%, причемъ въ число заболѣвшихъ вносилась каждая родильница хотя бы съ однократныхъ повышеніемъ t° свыше 38,0°. Умерло за то-же время пять родильницъ, изъ которыхъ въ четырехъ случаяхъ смертельный исходъ зависѣлъ отъ случайныхъ причинъ, не имѣющихъ ничего общаго съ септическимъ зараженіемъ (эмболія легочной артеріи на 8-й день послѣ ро-

довъ, двусторонняя крупозная пневмонія, carcinoma vulvae inoperabilis— смерть черезъ нѣсколько недѣль послѣ родовъ, смерть отъ внутренняго кровотечения при множественныхъ фиброміомахъ матки черезъ 2 часа послѣ родовъ), а пятая родильница, умершая отъ септицеміи, была доставлена въ клинику уже зараженной.

Затѣмъ съ 15-го ноября 1890 г. авторъ, оставивъ въ силѣ всѣ прочія предупредительныя мѣры (въ томъ числѣ и самое педантичное обеззараживаніе рукъ и инструментовъ—«субъективная дезинфекція»), отмѣнилъ влагаліщныя спринцованія роженицъ и такимъ образомъ до 11-го декабря 1891 г. провелъ 197 родовъ; въ началѣ все шло вполне благополучно: около сотни родовъ протекали безъ единственнаго серьезнаго послѣродового заболѣванія; въ маѣ же прошлаго года въ клинику поступила роженица, изслѣдованная до того постороннею акушеркою,—на 2-й день послѣ легкихъ родовъ она задохордилась, а на 4-й умерла отъ перитонита; въ августѣ вторая родильница заболѣла и весьма быстро умерла при явленіяхъ септического зараженія; въ декабрѣ такимъ-же образомъ погибла третья родильница; во всѣхъ трехъ случаяхъ былъ найденъ streptococcus pyogenes aureus; заболѣваемость за это время выразилась 11,1⁰/о.

Такой неудачный опытъ приводитъ автора, вопреки его прежнимъ воззрѣніямъ къ тому выводу, что профилактическое обеззараживаніе полового канала роженицъ необходимо, особенно въ такихъ клиникахъ, какъ Эрлангенская, гдѣ, при небольшомъ матеріалѣ и сравнительно многочисленномъ персоналѣ учащихся (студентовъ и повивальныхъ ученицъ), приходится иногда на одну роженицу до 60—70 изслѣдованій за все время родовъ.

Что касается ограниченія внутренняго изслѣдованія роженицъ, то авторъ считаетъ это *prim desiderium* недостижимымъ для тѣхъ родовспомогательныхъ заведеній, которыя въ то-же время служатъ учебнымъ цѣлямъ.

А. Фишеръ.

11. Leopold u. Goldberg. Zur Verhütung des Kindbettfiebers. (Deutsche medic. Wochenschr., 1892, № 13). Къ предупрежденію родильной горячки.

Авторы, на основаніи богатаго матеріала Дрезденской клиники (въ 1891 г.—1487 родовъ), приходятъ къ инымъ выводамъ, чѣмъ *Frommet* (см. предъидущій рефератъ): съ отмѣною влагаліщныхъ спринцованій при нормальныхъ родахъ теченіе послѣродового періода улучшилось. А также L. считаетъ возможнымъ въ громадномъ большинствѣ нормально-протекающихъ родовъ обходиться безъ внутренняго изслѣдованія, сохраняя за нимъ право на существованіе лишь въ тѣхъ незначительныхъ размѣрахъ, которые представляются необходимыми въ цѣляхъ преподаванія; въ тѣхъ-же цѣляхъ онъ значительно усовершенствовалъ приемы наружнаго изслѣдованія беременныхъ и роженицъ (см. Журналъ акуш. и женск. бол., 1891, стр. 512. *Реф.*).

Оставляя въ сторонѣ подробности реферируемой статьи, мы приведемъ изъ нея лишь слѣдующія данныя, имѣющія рѣшающее значеніе. Если исключать изъ статистики всѣ оперативные и, вообще, патологическіе роды, то

послѣродовая заболѣваемость и смертность отъ септическихъ формъ выразится слѣдующими цифрами: изъ числа подвергавшихся профилактическимъ влагалищнымъ спринцованіямъ и внутреннему изслѣдованію во время родовъ—заболѣли 1,26% и умерли 0,20%; безъ спринцованій, но подвергавшихся внутреннему изслѣдованію—заболѣли 0,88% и умерли 0,15%; не подвергавшихся ни спринцованіямъ, ни внутреннему изслѣдованію—заболѣли 0,65% и умерли 0,07%.

Въ заключеніе авторы слѣдующимъ образомъ формулируютъ принципы, веденія нормальныхъ родовъ: возможное ограниченіе внутренняго изслѣдованія съ широкимъ примѣненіемъ наружнаго, строжайшая субъективная дезинфекція и полное устраненіе запаса грязи съ наружныхъ половыхъ органовъ, съ этою цѣлью—педантичное обмываніе и обеззараженіе послѣднихъ и окружающихъ частей, повторяемое передъ каждымъ внутреннимъ изслѣдованіемъ; промыванія влагалища въ *нормальныхъ* случаяхъ скорѣе вредны, чѣмъ полезны.

А. Фишеръ.

12. Ad. Olivier. Du choix d'une nourrice (Archives de Tocologie et de Gynécologie, 1892, Avril). О выборѣ кормилицы.

Авторъ прежде всего указываетъ на тѣ качества, которыми должна обладать хорошая кормилица. Она не должна быть моложе 20 лѣтъ, иначе она не достаточно опытна и не достаточно сильна для кормленія ребенка. Кромѣ того молоко женщины отъ 16 до 20 лѣтъ содержитъ относительно мало воды и сахара, а много казеина и жира, по составу приближается къ коровьему молоку и трудно переваривается. Съ другой стороны, кормилица должна быть не старѣе 35 лѣтъ, потому что въ этомъ возрастѣ въ молоко женщины много воды и мало плотныхъ составныхъ веществъ; такое молоко мало питательно. Важное значеніе имѣетъ время разрѣшенія женщины отъ бремени. Лучше всего брать кормилицей женщину не раньше, какъ черезъ 3 мѣсяца послѣ ея родовъ. Замѣчено, что у новорожденныхъ, которыхъ кормятъ женщины, только что разрѣшившіяся отъ бремени, пищевареніе плохо весь первый мѣсяць, а иногда и часть втораго. Другое неудобство: въ теченіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ у родильницы продолжаютъ выдѣляться лохія серозныя и даже кровянистыя, а иногда открываются и настоящія регулы; и то и другое до нѣкоторой степени вредно отражается на ребенкѣ. Кромѣ того, первичныя проявленія сифилиса у ребенка обнаруживаются не ранѣе 4—6 недѣль послѣ рожденія. Но не слѣдуетъ брать кормилицей женщину спустя шесть мѣсяцевъ послѣ ея родовъ. Молоко такой кормилицы не всегда хорошо переваривается новорожденнымъ, благодаря относительно большому содержанию въ немъ жира и, къ тому же, можетъ преждевременно изсякнуть. По возможности не брать въ кормилицы первородящую: груди ея еще не вполне развиты. Тяжелыя душевныя волненія, вызываемыя разлукой съ ребенкомъ и мужемъ, переживаемыя впервые, отражаются на ней сильнѣе, чѣмъ въ послѣдующіе роды. Сверхъ того женщина, выкормившая уже своего ребенка, обладаетъ большей опытностью въ уходѣ за дѣтми. Но, конечно, если

первородящая въ физическомъ отношеніи превосходить многородящую, то ее слѣдуетъ предпочесть. Женщина, только что окончившая кормить, не годится въ кормилицы, потому что для втораго выкармливанія у нея можетъ не хватить молока.

Изслѣдованіе кормилицы должно быть какъ мѣстнымъ, такъ и общимъ. Въ первомъ важнѣе всего изслѣдованіе груди. Не всегда большія груди изобилуютъ молокомъ; количество послѣдняго обуславливается развитіемъ железистой ткани. Мягкія и обвислыя груди обыкновенно совпадаютъ съ плохо развитыми грудными железами. Сосокъ долженъ быть не слишкомъ толстъ, не слишкомъ малъ, не вдавленъ, безъ трещинъ и слабжепъ значительнымъ количествомъ отверстій. При надавливаніи молоко должно брызнуть струей на подобіе снопа. Для изслѣдованія лучше всего брать молоко спустя 2—3 минуты, какъ ребенокъ началъ сосать грудь. Качество молока, на взглядъ, опредѣляется его прозрачностью или густотой, его манерой стекать со стекла (водянистое или жирное). Совѣтуютъ также на вкусъ пробовать молоко: оно должно быть сладко, нѣсколько приторно, до нѣкоторой степени напоминать подслащенную воду. Въ виду того, что въ практикѣ изслѣдованіе молока производится большею частію наскоро (?), болѣе точные способы изслѣдованія (лактометромъ и т. п.) примѣняются обыкновенно вполнѣ въслѣдствіи, уже по выборѣ кормилицы. Затѣмъ авторъ говоритъ объ изслѣдованіи кормилицы съ патологической точки зрѣнія. Главнымъ образомъ обратить вниманіе, нѣтъ ли *сифилиса* и *туберкулеза*; разузнать о здоровьѣ мужа и родителей ея. Поискать признаковъ *золотухи*: блефарита, увеличенныхъ железъ, эскориаций въ носу и т. п. Полость рта и зѣва заслуживаютъ также большаго вниманія. Вообще, удостовѣриться въ вполнѣ удовлетворительномъ состояніи здоровья кормилицы. Въ заключеніе необходимо подвергнуть осмотру ребенка кормилицы. Свѣжій цвѣтъ кожи, упитанность, нормальный вѣсъ ребенка—лучшія доказательства достаточнаго количества и хорошаго качества молока его матери.

С. Маркова.

13. Тарабринъ Г. Нѣсколько данныхъ о половой дѣятельности крестьянокъ Таганрогскаго округа Области Войска Донскаго. (Зем. Врачъ. № 19—20, 3 июня 1892).

Авторъ опросилъ 1,328 женщинъ исключительно крестьянокъ, всегда жившихъ въ деревнѣ, о началѣ регулъ и оказалось, что въ среднемъ оно соотвѣтствуетъ 16,47 года. Эти данныя ближе всего подходятъ къ наблюденіямъ *Никольскаго* въ Тамбовскомъ уѣздѣ, *Ливена* въ Россіи вообще и проф. *Славянскаго* въ Михайловскомъ уѣздѣ Рязанской губерніи.

Средняя длительность менструальнаго періода 3,5 дня, при чемъ на 13 правильныхъ менструацій приходится одна неправильная. Такое благопріятное отношеніе авторъ объясняетъ тѣмъ, что большинство женщинъ являлось къ нему не съ болѣзнями половой сферы, а съ разными другими, и отдаленностью мѣста наблюденій отъ города, который дѣйствуетъ растлввающимъ образомъ.

Средняя продолжительность межменструального періода равна 25,49 дня. Изъ 961 наблюдений средний возраст выхода замужь равняется 19,25 года.

272 опроса показали, что средний возраст прекращения регуль 44,96.

Свои наблюдения авторъ игнорируетъ такъ: 1) половое развитіе наступаетъ довольно поздно и позднее чѣмъ въ нѣкоторыхъ болѣе сѣверныхъ мѣстностяхъ и ставитъ это въ связь съ дурными гигиеническими условіями: плохимъ питаніемъ исключительно растительной пищей и непосильной работой, особенно лѣтомъ; 2) эти же условія вліяютъ и на сравнительно раннее прекращеніе регуль.

А. Заболотскій.

14. Pichevin. Tolérance de l'uterus pour les corps étrangers aseptiques.

Danger des tentes-éponges dilatrices préparées dans le commerce.

Nouvel. archiv. d'obstetr. № 4. 1892). Выносливость матки по отношенію къ асептическимъ инороднымъ тѣламъ. Опасность расширительныхъ корпій и губокъ, приготовляемыхъ для продажи.

Авторъ рекомендуетъ быть осторожнѣе при примѣненіи предметовъ для расширенія матки, находящихся въ продажѣ, въ виду плохой обработки ихъ или въ силу простой ошибки фабриканта, и приводитъ по этому поводу одно свое наблюденіе, сдѣланное за три года передъ тѣмъ.

Женщина 32 л., могучаго здоровья, перенесшая въ дѣтствѣ корь, менструируетъ съ 18 л. по 3—4 дня несильно, безъ болей, правильно. Послѣ выхода замужь 22 л. менструируетъ по 4—5 дней съ болями и между регулами являются боли, которыя въ 82 г. стали обильнѣе. Съ этого времени при регулахъ боли въ правомъ бедрѣ. Въ 1885 г. установленъ діагнозъ воспаленія яичниковъ. Въ слѣдующемъ году врачъ дѣлаетъ для чего-то расширение матки. За 5 мѣсяцевъ передъ поступленіемъ къ *Doleris*'у у больной явились боли внизу живота справа, усиливающіяся при регулахъ, а въ промежутки легкая болѣзненность въ тѣхъ-же мѣстахъ и иногда боли. Регулы стали обильнѣе и съ болями въ первый день и запоры. Объективно: влагалищная часть увеличена (4—5 см.), шейка мягка, матка велика, въ anteflexio, подвижность ея ограничена справа, длина полости 9 см. Слѣва отъ матки, отдѣльно отъ нея, принадлежа придаткамъ, прощупывается твердая опухоль, объемъ которой опредѣлить не удастся. Діагнозъ: oophoro-salpingitis chronica.

7 февраля 1889 г. двусторонняя инцизия, выскабливаніе и введеніе laminariae; тоже 9 и 10 съ обычной антисептикой. 11 заложена губка, 13—новая губка, которая вслѣдствіе спазма внутреннего зѣва, наблюдававшегося и раньше, удалена 14 съ трудомъ. Матка промыта слабымъ растворомъ сулемы. Съ 15 матка тампонируется іодоформной марлей. 20 констатировано уменьшеніе опухоли и съ этого-же дня марля, смоченная въ іодоформированномъ глицеринѣ закладывается и въ матку и въ рукавъ. Нѣтъ ни болей, ни истеченій. До 9 марта, когда больная выписалась, ей дѣлають антисептическія рукавныя промыванія.

Спустя недѣлю больная явилась въ клинику съ жалобой на вытеканіе

зловонной жидкости, начавшееся по окончаніи лѣченія. Въ виду существованія прежней опухоли, можно было-бы признать, что истеченіе шло за счетъ опорожненія кисты трубы, но позднѣе хирургъ удалилъ изъ матки кузовъ губки, оторвавшійся и оставшійся въ ней вѣроятно съ 14 февраля, когда губка была извлечена съ такимъ трудомъ, хотя во все время пребыванія больной въ клиникѣ ничто не указывало на присутствіе въ маткѣ спороднаго тѣла, что вѣроятно зависѣло отъ антисептическихъ инъекцій. Когда были прекращены инъекціи, губка сдѣлалась очагомъ заразы, что говоритъ конечно какъ бы противъ опорожненія трубы, и вопросъ объ немъ остался нерѣшеннымъ, ибо больная больше не показывалась въ клинику. Дѣлая изъ этого факта выводы, авторъ между прочимъ замѣчаетъ, что удаленная губка казалась ему цѣлою. Въ случаяхъ труднаго удаленія губки авторъ совѣтуетъ подозрѣвать, что нѣчто осталось въ маткѣ отъ губки, осматривать послѣднюю внимательно и дѣлать при нуждѣ изслѣдованія полости, а губки готовить самому. **Заболотскій.**

15. Ф. Веберъ. Ein Fall von Amenorrhœ mit Galaktorrhœ. (St.-Petersb. medic. Wochenschr., 1892, № 33). Случай аменорреи съ галакторреей.

У здоровой, крѣпкой, очень полной, замужней, не рожавшей женщины 35 лѣтъ отъ роду, всегда правильно менструировавшей (по 5 дней черезъ 4 недѣли) съ 12-лѣтняго возраста, внезапно безъ всякой видимой причины прекратились регулы, при чемъ въ обѣихъ грудныхъ железахъ появилось молоко, которое она въ виду тягостнаго чувства напряженія должна была сцеживать; изъ правой груди въ сутки выдѣлялось около полу-стакана, а изъ лѣвой даже цѣлый стаканъ молока; груди при этомъ замѣтно не увеличались. Черезъ 3 мѣсяца такого состоянія больная обратилась къ автору, который при гинекологическомъ изслѣдованіи нашелъ необыкновенно маленькую, атрофическую, совершенно подвижную матку, придатки—безъ измѣненія; въ области второго и третьяго грудныхъ позвонковъ—незначительная чувствительность. О дальнѣйшей судьбѣ больной автору ничего неизвѣстно. **А. Фишеръ.**

16. М. С. Амчиславскій. Разрывъ рукава во время совокупленія («Врачъ» 1892 г., № 46).

Разрывы рукава во время совокупленія очень рѣдки, нѣкоторые авторы даже сомнѣваются въ ихъ возможности. Авторъ приводитъ случай разрыва задняго свода, произошедшаго во время перваго совокупленія черезъ 2½ мѣсяца послѣ нормальныхъ первыхъ родовъ. Принадлежность и больной и ея мужа къ интеллигентному классу даетъ автору увѣренность, что поврежденіе произошло именно отъ совокупленія. **Рутковскій.**

17. Cahen-Brach. Die Urogenitalblenorhoe (Gonorrhoe) der kleinen Mädchen. (Deutsche medic. Wochenschr., 1892, № 32). Гоноррея у маленькихъ дѣвочекъ.

Съ тѣхъ поръ, какъ vulvo-vaginitis у маленькихъ дѣвочекъ стала про-

являться какъ эпидемически, такъ и эндемически, на это заболѣваніе стали обращать особенное вниманіе. Первый былъ *Pott* (1883), который указалъ на то, что это заболѣваніе зиждется на инфекціи трипернымъ ядомъ, привитымъ матерями или близкими родными; послѣдствіе и другіе авторы: *Widmark*, *Cséri*, *Fränkel*, а въ новѣйшее время *Prochownik*, *Pott*, *Dusch* и *Spacht* въ половой сферѣ такихъ дѣвочекъ находили диплококкъ, весьма похожій на гонококкъ *Neisser*'а. Въ 1889 году *Steinschneider* въ 5 случаяхъ дѣтской vulvo-vaginitis несомнѣнно доказалъ присутствіе гонококковъ. Авторъ по способу *Steinschneider*'а, изслѣдовавъ 21 дитя, въ возрастѣ отъ 2—10 лѣтъ, пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

Этіологическимъ моментомъ заболѣванія во многихъ случаяхъ было то обстоятельство, что дѣти спали съ матерями, страдающими fluor albus, или кто либо изъ ближайшаго сосѣдства ребенка болѣлъ гнойнымъ истеченіемъ изъ половой сферы. Въ семи случаяхъ доказано было насиліе надъ дѣвочками, въ трехъ—зараженіе въ больницѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ авторомъ былъ найденъ диплококкъ *Neisser*'а.

Инкубационный періодъ въ одномъ случаѣ равнялся 2—3 днямъ. Въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе начинается безъ предвѣстниковъ; вначалѣ замѣчается незначительное слизистое выдѣленіе, которое уже черезъ 1—2 дня становится обильнымъ и гнойнымъ. У болѣе крѣпкихъ дѣтей выдѣленія были больше, чѣмъ у слабыхъ. На наружныхъ половыхъ органахъ замѣчались послѣдствія нечистоплотности и скопленія гноя: краснота слизистой оболочки, образованіе струпуевъ и экземъ. Все это, какъ и жжение во время мочеиспусканія, уступало обмыванію и присыпкѣ наружныхъ половыхъ частей. Иногда гноеетеченіе продолжалось мѣсяцами, но не давало никакихъ осложнений. Въ 18 случаяхъ оказалось, что гной находится въ мочеиспускательномъ каналѣ. При давленіи со стороны anus и perineum по направленію къ переди и къ верху изъ orificium externum urethrae выдѣлялась капля, состоявшая сплошь изъ гонококковъ. Заболѣваніе vulvae и бартолиновой железы скорѣе можетъ быть сведено къ раздраженію гноемъ слизистой оболочки, чѣмъ специфическому мѣстному заболѣванію, ибо оно скоро уступало одному, другому обмыванію. Изъ этого видно, что излюбленное мѣсто гонорреи—это мочеиспускательный каналъ. Произошла ли инфекція отъ нечистой губки, грязнаго полотенца и т. д. или отъ дигитальныхъ манипуляцій или, наконецъ, въ рѣдкихъ случаяхъ, отъ попытки совокупленія—это для этиологіи данныхъ случаевъ безразлично; во всѣхъ этихъ случаяхъ впервые заражаются vulva и urethra, что, между прочимъ, доказалъ и *Skutsch*, описавшій триперную эпидемію у маленькихъ дѣвочекъ въ Позенѣ (1890 годъ). Источникомъ заразы была купальня. Изъ вторичныхъ явленій надо отмѣтить Colpitis, выразившаяся въ интензивной краснотѣ и набуханіи слизистой оболочки. Заражалась ли слизистая оболочка цервикальнаго канала, сказать трудно, ибо изслѣдованіе зеркаломъ такихъ дѣтей затруднено; при простомъ осмотрѣ у болѣе взрослыхъ дѣтей истеченія изъ orif. ext. uteri не замѣчалось. Кратковременность болѣзни говорить противъ заболѣванія слизистой оболочки матки.

Скоро проходившей катарр мочевого пузыря авторъ видѣлъ одинъ только разъ. У одной 6-ти-лѣтней дѣвочки 14 дней послѣ инфекціи замѣченъ былъ метастазъ въ третьемъ лѣвомъ metacarpo-phalang'альномъ суставѣ.

Что касается терапіи данныхъ случаевъ, то какъ антисептическія вприскиванія, такъ и вкладываніе іодоформныхъ бужей оказались неэффективными. Мало пользы приносило лѣчение уретрита адстрингирующими средствами (Iodoform, Thallin, Tannin, Argent. nitricum). Авторъ применялъ внутри Oleum ligni santali (3×3—5 gtt. p. d.). Только при сильномъ гноетеченіи прополаскивался рукавъ,—въ болѣе легкихъ случаяхъ назначались ванны и присыпка наружныхъ частей. Надо слѣдить, чтобы малолѣтнія дѣти не переносили инфекціи въ глаза. **Б. Фейнбергъ.**

18. Chaput. Traitement de la rétroflexion par la laparotomie. (Semaine Medicale № 17, 1892). Лѣченіе загиба матки назадъ путемъ чревосѣченія.

Авторъ считаетъ лапаротомію лучшимъ хирургическимъ средствомъ противъ искривленія матки назадъ. До нея онъ совѣтуетъ испробовать лѣченіе пессаріями, особенно въ случаяхъ, гдѣ придатки здоровы и матка подвижна, небольшой величины и заболѣваніе не острое. Въ случаяхъ осложненія метритомъ, разрывомъ промежности — слѣдуетъ сначала излѣчить ихъ и затѣмъ примѣнить пессарій. Разбирая оперативныя методы лѣченія ретрофлексіи, авторъ дѣлитъ ихъ на слѣдующія категоріи: операціи влагалищныя, операціи *Alexandr'a*, *hystéropexia* и лапаротомія.

Методы, производимые черезъ влагалище, отрицаются имъ вполне: шовъ *Schüking'a* черезъ дно матки проводится à l'aveugle и притомъ ранится мочевою пузырью, а иногда и кишки; долгое пребываніе швовъ благоприятствуетъ инфекціи. Способъ *Nicolitis*—пришиваніе задней губы послѣ ампутаціи къ задней стѣнки матки то же, что вбиваніе гвоздя въ палатку, по словамъ *Trélat*. Операція же укороченія черезъ задній Дугласъ маточно-крестцовыхъ связокъ (*Sänger, Byford*) или фиксированія дна матки на promontorium (*Freund*) крайне трудны и не позволяютъ изслѣдовать, а въ случаѣ нужды удалить придатки.

Операція *Alexandr'a*, состоящая въ выпрямленіи матки, вытягивая круглыя связки и пришивая ихъ, почти совершенно потеряла свое значеніе послѣ открытія операціи *hystéropexi'i*, въ виду крайне трудной техники, особенно у жирныхъ субъектовъ; иногда она невыполнима, если связки атрофированы и подверглись жировому перерожденію; кромѣ того швы плохо держатъ и рана легко заражается. Не говоря о довольно частыхъ случаяхъ, въ которыхъ подъ хлороформомъ выясняется невозможность выпрямить матку и приходится отказываться отъ операціи; бываетъ, что производятъ только кажущееся исправленіе, такъ какъ многіе авторы довольствуются лишь приподниманіемъ дна матки пальцемъ, введеннымъ въ задній сводъ. Операція эта непригодна во всѣхъ случаяхъ острыхъ воспаленныхъ загибовъ. Можно было бы приподнимать матку введеннымъ въ ея полость инструментомъ, но въ подобномъ случаѣ приподнимается передняя стѣнка ея,

а не дно, и если въ данный моментъ укоротить круглыя связки, то этимъ лишь увеличится загибъ, а не исправится. Наконецъ, круглыя связки, какъ видно изъ опубликованныхъ авторомъ случаевъ, могутъ снова вытянуться и искривленіе вернется; или же бываетъ, что не смотря на выпрямленіе, боли все-таки остаются.

Искривленіе матки назадъ можно назвать болѣзью, только если оно вызвано или осложнено заболѣваніемъ придатковъ, метритомъ, пельви-перитонитомъ или опухолью, развившейся въ самой ткани матки или же около нея. Главный недостатокъ операціи *Alexandr'a* заключается въ томъ, что она не даетъ возможности заняться этими заболѣваніями и въ случаѣ нужды удалить ихъ.

Операція *hysteropexia*, по автору, очень легкая операція и смертность отъ нея почти равна нулю. Главное ея преимущество заключается въ томъ, что ее можно совмѣстить съ удаленіемъ заболѣвшихъ придатковъ и выяснитъ темный діагнозъ; и авторъ считаетъ эту возможность гораздо важнѣе пришиванія матки. Эта идея принадлежитъ *Lucas Championnièr'u* и онъ ее высказалъ въ 1889 году въ хирургическомъ обществѣ, описывая случай излѣченія большой постъ кастраціи безъ *hysteropexi'i*. Въ трехъ случаяхъ *Lucas Championnière, Routier* и *Tuffier* постъ кастраціи безъ *hysteropexi'i* искривленіе матки назадъ не возвращалось, у автора тоже имѣются два случая, опубликованные въ Гинекологическомъ обществѣ. Въ числѣ недостатковъ *hysteropexi'u* авторъ приводитъ частые позывы на мочеиспусканіе въ стоячемъ положеніи и боли при увеличеніи беременной матки.

Сравнивая просто лапаротомию съ операціей пришиванія матки, авторъ указываетъ на отсутствіе вышеуказанныхъ недостатковъ при первой и приводитъ въ доказательство четыре случая оперированныхъ имъ, приводить къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Неболѣзненное искривленіе матки назадъ не требуетъ никакого лѣченія.

2) *Retroflexio uteri*, осложненная метритомъ или выпаденіемъ, не требуетъ первоначальнаго лѣченія осложненийъ.

3) Слѣдуетъ испытать цессаріи при *retroflexi'яхъ* мало болѣзненныхъ и подвижныхъ и въ случаяхъ успѣха ограничиться имъ.

4) Операція *Alexandr'a* часто трудно исполнима и не въ состояніи исправить искривленіе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ неправильное положеніе возвращается или боли остаются, не смотря на исправленіе. Эта операція не помогаетъ при заболѣваніи придатковъ, что случается наиболѣе часто.

5) *Hysteropexi'a* гораздо предпочтительнѣе, благодаря предварительной лапаротоміи, она допускаетъ исправленіе органа и удаленіе придатковъ при показаніяхъ къ тому. Она не всегда необходима и имѣетъ нѣкоторые недостатки.

Лапаротомія предпочтительнѣе *hysteropexi'i*, представляя оператору выборъ между простой кастраціей, кастраціей съ фиксацией ножекъ въ брюшной ранѣ и простой фиксацией (гистеропексія или внутрибрюшное укороченіе круглыхъ связокъ).

П. Садовскій.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

- . А. Новицкій. Способы родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ. Сравнительная оцѣнка ихъ съ точки зрѣнія современной антисептики. — Изъ академической акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева.—Диссертация на степень д-ра медицины. С.-Петербургъ, 1892 г.

Штатнаго доцента И. И. Федорова. (Варшава).

Всякій научный трудъ, къ какой бы области знанія онъ ни относился, обязательно требуетъ отъ автора его наличности слѣдующихъ необходимыхъ условий: 1) научнаго опыта или научной правоспособности, 2) вполне выработанной научной критики и 3) обязательно строго-научной честности, въ смыслѣ хотя бы совершенной объективности при передачѣ констатируемыхъ фактовъ или наблюдаемыхъ явленій. Только удовлетворяя всѣмъ этимъ требованіямъ, авторъ и можетъ разсчитывать на то, что выводы его изслѣдованій дѣйствительно послужатъ къ выясненію истины въ интересахъ того или другаго затронутого вопроса. Тенденціозность же въ рѣшеніи научныхъ вопросовъ, стремленіе во что бы то ни стало доказать апріорное положеніе и подвести свои выводы къ заранее намѣченной цѣли не только никогда не служили, да и не могутъ служить достаточною гарантіею противъ обвиненій автора, если не въ преднамѣренномъ искаженіи истины, то по меньшей мѣрѣ въ безплодныхъ софистическихъ упражненіяхъ при отысканіи ея.

Недавно вышедшая изъ клиники проф. А. И. Лебедева диссертация д-ра А. А. Новицкаго, претенціозное заглавіе которой выписано выше, принадлежитъ именно къ числу такихъ научныхъ работъ, отрицательныя качества кото-

рыхъ въ упомянутомъ смыслѣ рѣзко бросаются въ глаза, но которыя въ то же время представляются весьма поучительными, какъ любопытный образчикъ той легкости, съ какою юные прозелиты науки игнорируютъ правду и, свободные отъ всякой научной критики, не задумываясь являются проповѣдниками какого-либо случайнаго направленія или взгляда въ наукѣ, считая этотъ взглядъ за сущность даннаго состоянія самой науки.

Д-ръ *А. А. Новицкій* касается въ своей работѣ одного изъ самыхъ сложныхъ вопросовъ въ акушерствѣ—вопроса о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ. Чтобы внести къ эту область хоть малѣйшій лучъ свѣта, необходимо: или пополнить пробѣлы относительно методовъ точнаго опредѣленія даннаго механическаго несоотвѣтствія между плодомъ и тазомъ матери и такимъ образомъ дать возможность въ каждомъ случаѣ болѣе или менѣе точно ставить прогнозъ родовъ и выбирать методы родоразрѣшенія; или же путемъ статистическаго анализа выяснить условія и показанія въ примѣненіи того или другого терапевтическаго метода, какъ наиболѣе выгоднаго въ интересахъ матери и ребенка, а слѣдовательно и наиболѣе научнаго.

Послѣдній путь избралъ и д-ръ *Новицкій*, имѣя своею цѣлю «оцѣнить *sine ira* достоинства той или другой акушерской операціи на основаніи статистическаго матеріала своего и другихъ авторовъ и въ концѣ представить показанія для каждой изъ нихъ съ точки зрѣнія современной антисептики» (стр. 8).

Уже въ самомъ опредѣленіи автора той «скромной задачи», какую онъ преслѣдуетъ въ своей работѣ, для читателя устанавливается и та точка зрѣнія, примѣнительно къ которой долженъ быть оцѣниваемъ данный научный трудъ, какъ относящійся къ медико-статистическимъ опытамъ въ разрѣшеніи научнаго вопроса. Непосредственныя же достоинства подобнаго рода изслѣдовацій опредѣляются, какъ извѣстно, съ одной стороны качествами статистическаго матеріала, подлежащаго анализу, а съ другой—уменьемъ автора правильно и научно вести этотъ анализъ и честно относиться къ показаніямъ статистическихъ фактовъ.

Что касается требуемыхъ качествъ статистическаго матеріала, то въ этомъ отношеніи важно, чтобы матеріалъ этотъ былъ полученъ путемъ полной, точной и однообразной регистраціи и при томъ въ достаточномъ количествѣ. А желающему заняться изслѣдованіемъ такого матеріала необходимо прежде всего сто-

ятъ на уровнѣ современнаго состоянія того вопроса, къ изученію котораго онъ такимъ образомъ приступаетъ, а также обладать искусствомъ и совершенно особымъ тактомъ, чтобы умѣть отличать въ представляющихся цифрахъ истинное отъ ложнаго; изслѣдователь долженъ кромѣ того быть особенно осторожнымъ и осмотрительнымъ въ своихъ выводахъ, чтобы путемъ числовыхъ заблужденій и софизмовъ не затемнять отыскиваемой истины.

Каковъ же матеріаль въ диссертациі д-ра *Новицкаго*? Такъ называемый, его собственный, или клинической матеріаль обнимаетъ всего только 113 случаевъ узкаго таза, изъ коихъ въ 83-хъ сл. наступили самопроизвольные роды и въ 30 случаяхъ оказана оперативная помощь: 14 щипцовъ, 3 поворота на ножки, 8 перфораций, 2 преждевременныхъ искусственныхъ родовъ и 4 кесарскихъ сѣченія. Собранный различными наблюдателями въ теченіи почти 7 лѣтъ, причемъ на долю самого д-ра *Новицкаго* приходится едвали 16 случаевъ ¹⁾, матеріаль этотъ, при своемъ относительно ничтожномъ количествѣ, лишенъ такимъ образомъ одного изъ самыхъ важныхъ качествъ для статистическихъ выводовъ—это однообразія въ оцѣнкѣ индивидуальныхъ особенностей каждаго случая, что особенно цѣнно въ освѣщеніи такого вопроса, какъ терапія родовъ при узкомъ тазѣ.

Недостатокъ этотъ повидимому сознаетъ на стр. 45-й и самъ авторъ, когда заявляетъ, «что статистическія данныя тогда только могутъ имѣть цѣну, если онѣ для каждой операціи берутся изъ одного и того же времени, даже изъ одной и той же обстановки, причемъ эти данныя непременно должны быть въ достаточномъ количествѣ, выводить же $\%$ отношеніе изъ 2—3 случаевъ, конечно нельзя». Но это только повидимому, на дѣлѣ же д-ръ *Новицкій* на основаніи своихъ 2—3 случаевъ свободно устанавливаетъ показанія къ методамъ родоразрѣшенія и такимъ образомъ явно впадаетъ въ противурѣчіе и съ самимъ собою и съ основными требованіями статистики. Поступаетъ онъ такъ въ виду какихъ-то особенно цѣнныхъ качествъ, присущихъ его матеріалу и выкупающихъ съ лихвою упомянутые его недостатки; по крайней мѣрѣ на стр. 7 сказано: «при такомъ количествѣ матеріала, не особенно выдающемся по числу, я могу

¹⁾ Д-ръ *Новицкій* состоитъ ординаторомъ академической акушерской клиники съ ноября 1890 г. (см. Curriculum vitae); съ ноября же 1890 г. число родоразрѣшившихся съ узкимъ тазомъ было 16. (См. таблицу родовъ).

похвалиться его замѣчательно точной и тщательной обработкой: при небольшой величинѣ нашей клиники каждый случай родовъ (а тѣмъ болѣе чѣмъ нибудь осложненный) проходить черезъ руки не одного только завѣдующаго родильнымъ покоемъ, а иногда черезъ руки всего врачебнаго персонала клиники».

Пусть это и особенный по своимъ качествамъ матеріалъ, мы все-таки не допускаемъ, чтобы столь даже высокія качества его давали столь же исключительное право д-ру *Новицкому* основывать на нихъ свои заключенія и такимъ образомъ отрицать, «чтобы этотъ матеріалъ непременно долженъ быть въ достаточномъ для того количествѣ». Да и самое расхваливаніе матеріала, по нашему мнѣнію, не только не увеличиваетъ качество его по сравненію съ матеріаломъ изъ другихъ клиникъ, такъ какъ всякій клинической матеріалъ отличается тѣми же особенностями регистраціи, но даже и не застраховываетъ его отъ наличия тѣхъ недостатковъ, какіе уже во всякомъ случаѣ недопустимы съ точки зрѣнія клинической оцѣнки. Какъ на образчикъ «замѣчательно точной и тщательной клинической обработки матеріала», мы позволимъ себѣ указать здѣсь, что изъ 113 случаевъ узкаго таза только въ 18 была измѣрена с. *diagonalis* и ни въ одномъ случаѣ не определена величина с. *vera*; что единственнымъ критеріемъ при оцѣнкѣ степени суженія служилъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ Боделоковскій размѣръ; по наружнымъ размѣрамъ определялась и форма узкаго таза. По крайней мѣрѣ въ диссертациіи нигдѣ нѣтъ прямыхъ указаній на то, чѣмъ руководствовался авторъ при зачисленіи своихъ 24-хъ случаевъ таза въ рубрику плоскаго и 59—общесуженнаго (стр. 24). За то имѣются нѣкоторыя данныя думать, что наружнымъ размѣрамъ дѣйствительно придавалось здѣсь большее, если не исключительное значеніе, чѣмъ другимъ болѣе цѣннымъ въ этомъ случаѣ факторамъ. Такъ, случай подъ № 85 съ размѣрами 25, 27^{1/2}, 30—18, 10 и съ механизмомъ вставленія головки плода болѣе по типу общесуженнаго таза отнесенъ къ плоскимъ тазамъ, а случаи подъ № 87 и 94 съ размѣрами 23, 25, 29, 18^{1/2}, 10 и 24, 26, 29^{1/2}—19 при механизмѣ вставленія по типу плоскаго помѣчены какъ общесуженные тазы. И въ нашихъ случаяхъ (на стр. 164 нашей диссертациіи), гдѣ тазъ съ меньшими наружными размѣрами (25, 24, 17, 10,5, 8,5—9,0) по механизму родовъ помѣченъ плоскимъ, а тазъ съ размѣрами 27, 25, 19, 11, 9,0, въ силу того же механизма—общесуженнымъ, и гдѣ д-ръ *Новицкій* склоненъ почему-то усматривать «нѣ-

который произволь въ зачисленіи этихъ тазовъ» къ упомянутымъ формамъ, вѣроятно руководствуясь также оцѣнкою только наружныхъ размѣровъ.

Едва ли слѣдуетъ при этомъ доказывать, что принципъ въ оцѣнкѣ формы суженія, принятый д-ромъ *Новицкимъ*, не только не наученъ, но и прямо ложенъ, а матеріаль его такимъ образомъ зарегистрированный не имѣетъ никакого значенія для дальнѣйшихъ изъ него выводовъ.

Кромѣ своего матеріала д-ръ *Новицкій* въ широкихъ размѣрахъ пользуется матеріаломъ другихъ авторовъ; причемъ въ началѣ своей работы онъ обѣщаетъ отнестись къ этому матеріалу съ должною критикою, чтобы привести его путемъ предварительной обработки къ необходимому однообразію хотя бы въ оцѣнкѣ самаго суженія и его степеней. Такъ, на стр. 5-й, читаемъ: «въ матеріаль, собранномъ разными лицами и въ разное время, непременно должна быть установлена какая либо постоянная цифра, ниже которой тазъ долженъ считаться узкимъ. Мы должны признать, что требуется пересмотръ также и исторіи родовъ при тазакъ, которыхъ соп. ext. выше 18 см.».

Но это доброе намѣреніе автора дальше 5 стр. его диссертациі не простирается; оно оставляетъ д-ра *Новицкаго*, какъ только онъ приступаетъ къ своеобразному анализу этого матеріала. Д-ръ *Новицкій* беретъ здѣсь все, что только ни попадаетъ подъ руку, беретъ безъ критики и безъ разбору, здѣсь уже не только нѣтъ и въ поминѣ „установленной всѣми акушерами границы суженія соп. ext. въ 18 см.“, но берется даже матеріаль несомнѣнно принадлежащій къ нормальнымъ тазамъ, какъ напр. 87 случаевъ *Winckel*'я, 239 случаевъ *Determann*'а, изъ которыхъ только 182 случая относятся къ узкому тазу, 29 случаевъ *Voßfa*, гдѣ лишь 15 случаевъ суженія, 83 *Löhm*'а съ 13 случаями нормальныхъ тазовъ и т. д.; наконецъ, что менѣ всего понятно и логично, д-ръ *Новицкій* пользуется также матеріаломъ, который даже и съ его точки зрѣнія, негоденъ для сравненія, какъ матеріаль Варшавской клиники, «теряющій, по выраженію автора, въ своемъ значеніи благодаря неточности и произволу въ его оцѣнкѣ» (стр. 6).

А между тѣмъ, кстати замѣтить, матеріаль этотъ не только фигурируетъ въ диссертациі д-ра *Новицкаго* на самомъ видномъ мѣстѣ, но и служитъ ему въ то же время основаніемъ не только для сравненія, но и для выводовъ.

Такимъ образомъ уже при бѣгломъ знакомствѣ съ матеріа-

ломъ, положеннымъ въ основаніи работы д-ра *Новицкаго*, едвали можно говорить серьезно о научномъ значеніи всѣхъ выводовъ ея, а тѣмъ болѣе допускать, что авторъ подобнаго медикостатистическаго анализа знакомъ хотя бы съ главными требованіями статистики, какъ науки точной, которая руководствуется при своихъ изслѣдованіяхъ тѣми же правилами и приѣмами, какія составляютъ самое существенное и главное status всякаго рода научныхъ анализовъ. При ближайшемъ же изученіи статистическихъ приѣмовъ, допущенныхъ д-ромъ *Новицкимъ* въ спеціальной части его работы, приходится все болѣе и болѣе убѣждаться въ томъ, что авторъ ея не только не искусно, а сплошь да рядомъ и беззащѣнно выбираетъ цифровыя доказательства въ пользу того или другого предвзятаго афоризма или положенія.

Спеціальная часть диссертациі раздѣлена на 2 отдѣла: въ первомъ разсматривается терапия родовъ при относительно узкомъ тазѣ, во второмъ при абсолютно узкомъ, причѣмъ первый отдѣлъ распадается на 2 группы: I—гдѣ разсматриваются способы родоразрѣшенія при тазахъ небольшого суженія (conj. vera до 8,5 ctm.); II—способы родоразрѣшенія при тазахъ значительнаго суженія (наименьшая conj. vera 6,5 ctm.).

Такая группировка матеріала, быть можетъ, и вѣрная въ своемъ принципѣ, не выдерживаетъ и самой слабой критики въ отношеніи матеріала д-ра *Новицкаго*, гдѣ ни въ одномъ случаѣ нѣтъ точно высчитанной conj. verae, большинство же не имѣетъ даже и conj. diagonalis. А потому положительно недоумѣваешь, почему, напр., въ первую группу перваго отдѣла занесены авторомъ 83 случая произвольныхъ родовъ съ conj. ext. отъ 15 до 19 ctm. включительно, преждевременные роды съ conj. diag. въ $9\frac{3}{4}$ ctm., и всѣ случаи щипцовъ съ conj. diagonalis отъ 11 до 9 ctm. (8 тазовъ) и conj. ext. отъ 17—19 ctm. (6 тазовъ); между тѣмъ какъ во 2-й группѣ (conj. vera отъ 8,5 до 6,5 ctm.) находятся всѣ случаи перфораций съ conj. diagonalis отъ 11—9 ctm. и 3 случая Кесарскаго сѣченія при с. diag въ 10?! Точно также и относительно матеріала заимствованнаго, д-ръ *Новицкій* какъ въ первой, такъ и во второй группѣ не только разсматриваетъ безразлично всѣ случаи тазовъ съ conj. vera отъ 10,0 до 5,5 ctm. включительно, но и случаи, къ узкому тазу вовсе не относящіяся, а равно и такіе случаи, гдѣ не имѣется ни какихъ данныхъ причислять ихъ по величинѣ суженія къ той или другой группѣ, какъ напр., случаи *Calderini*, *Breus'a*, *Dührssen'a*,

Fehling'a, *Gönnner'a* и многих других авторовъ; при этихъ тазяхъ нѣтъ даже отмѣченной величины *conj. ext.*

А между тѣмъ д-ръ *Новицкій* старается увѣрить читателя, что онъ дѣлаетъ сравнительную оцѣнку методовъ родоразрѣшенія и строитъ свои выводы относительно терапіи узкаго таза, строго основываясь на данныхъ изъ матеріала, принадлежащаго къ соответственной группѣ тазовъ по степени ихъ суженія въ *conj. vera* (стр. 51).

Изъ способовъ родоразрѣшенія «при тазяхъ небольшого суженія (*conj. vera* до 8.5 см.)» д-ръ *Новицкій* разбираетъ: произвольные роды, щипцы, поворотъ на ножки и преждевременные искусственные роды.

Относительно произвольныхъ родовъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) «большинство родовъ при узкомъ тазѣ оканчиваются произвольно; въ нашей клиникѣ произвольные роды составляютъ 73%, вообще же по статистическимъ даннымъ этотъ % = 60». Выводъ этотъ, какъ полученный изъ всѣхъ случаевъ родоразрѣшенія при узкомъ тазѣ безъ ограниченія степени суженія, является совершенно произвольнымъ для группы тазовъ съ небольшимъ суженіемъ. Приводимыя же доказательства въ пользу 2-го вывода: «произвольные роды есть наиболѣе благоприятный для матери и для плода способъ родоразрѣшенія» и *по существу* своему не точны. Такъ, «въ нашихъ случаяхъ, говоритъ д-ръ *Новицкій*, роды произвольные дали 0% смертности матерей и 2,4% смертности дѣтей; при различныхъ же операціяхъ смертность матерей 0, а дѣтей 11%» (стр. 52). На повѣрку же оказывается, что при самопроизвольныхъ родахъ умерло 7,2% дѣтей, а при различныхъ операціяхъ изъ 30—11 или 36,6%¹⁾. Точно также и относительно клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*, гдѣ смертность матерей при операціяхъ = 10,9%, а не 13,6%, какъ у д-ра *Новицкаго*.

«Мнѣ кажется, заключаетъ авторъ далѣе, что эти цифровыя данныя должны убѣдить каждаго акушера, гдѣ только возможно, выжидать произвольнаго окончанія родовъ, а не прибѣгать къ профилактическому повороту на ножки и извлеченію. Мы предлагаемъ выжиданіе только до тѣхъ поръ, пока оно

1) Считая въ томъ числѣ и перфорациі, при выдѣленіи же 7 случаевъ послѣдней операціи смертность дѣтей = 17,8%.

является безопаснымъ для матери и для плода; въ противномъ же случаѣ, если головка, хотя бы самымъ незначительнымъ сегментомъ вставилась во входъ таза, то не слѣдуетъ колебаться наложить на нее щипцы“ (стр. 52). Столь категорическое отрицаніе профилактическаго поворота въ пользу высокихъ щипцовъ является выводомъ автора совершенно таки неожиданнымъ, по крайней мѣрѣ на основаніи тѣхъ цифровыхъ данныхъ, на которыя д-ръ *Новицкій* ссылается, какъ на весьма убѣдительныя для каждаго акушера.

Эти данныя приведены д-ромъ *Новицкимъ* въ 2 таблицахъ (стр. 50 и 51). Въ первой таблицѣ собрано изъ 18 авторовъ 803 случая наложенія щипцовъ при тазахъ, гдѣ *conj. vena* отъ 10.0 до 6,5 *cm* (339 сл.), *conj. diagonalis* отъ 12.0 до 8,5 *cm*. (136 сл.) и гдѣ размѣры вовсе не показаны (423 сл.). На основаніи этого съ бору да съ сосенки собраннаго матеріала и критикою не очищеннаго д-ръ *Новицкій* вычисляетъ % отношеніе смертности матерей въ 3,6% и дѣтей въ 17,8%.

Подобнымъ же образомъ составлена таблица и для поворота, гдѣ изъ 410 случаевъ этой операціи, имѣвшей мѣсто при тазахъ съ *s. vena* до 6,5 *cm*. включительно (243 сл.), съ *s. diagonalis* отъ 10,5 до 8,5 *cm*. (20 сл.) и въ 147 сл. безъ указаній величины суженія, выводится смертность для матерей въ 2,9% и для дѣтей въ 31,3%. О профилактическомъ же поворотѣ авторъ не только не упоминаетъ ни единымъ словомъ, но даже безразлично смѣшиваетъ между собою всѣ случаи этой операціи, въ силу какихъ бы показаній послѣдняя произведена не была, хотя бы и при нормальномъ тазѣ, какъ въ 13 случаяхъ *Löhmanna*.

Сопоставляя всѣ эти факты, невольно задаешься вопросомъ: 1) Почему же д-ръ *Новицкій* полученные результаты относительно щипцовъ и поворота при узкомъ тазѣ вообще (до 6,5 *cm*. включительно) и даже при тазахъ нормальныхъ приурочиваетъ къ терапіи въ границахъ суженія до 8,5 *cm*.? 2) Въ силу какихъ соображеній онъ такъ категорически отрицаетъ профилактическій поворотъ, анализомъ котораго авторъ не занимался вовсе, если выводы его таблицъ скорѣе говорятъ въ пользу этой операціи, а не противъ?

И въ самомъ дѣлѣ, если смертность матерей при щипцахъ = 3,6%, а при поворотѣ лишь 2,9%, даже по *Новицкому*, то почему же слѣдуетъ отдавать предпочтеніе первой операціи? Развѣ для того, чтобы увеличивать % отношеніе осиротѣвшихъ семействъ?

Точно также и данные изъ другой таблицы (стр. 53), приведенной специально въ защиту преимущественнаго значенія операціи высокихъ щипцовъ, гдѣ смертность матерей 4,39%, т. е. почти въ 2 раза больше, чѣмъ послѣ поворота, развѣ эти данные могутъ объяснить, почему авторъ высказывается противъ поворота и рекомендуетъ щипцы? Я не говорю уже о томъ, что самая цифра 4,39% выведена здѣсь не правильно, такъ какъ д-ръ *Новицкій* неизвѣстно почему въ общее число „высокихъ щипцовъ при узкомъ тазѣ“ зачислилъ также случаи *Calderini* 193, *Winckel*'я 87 и *Breus*'а 51.

Впрочемъ эти высокія цифры смертности матерей при щипцахъ далеко не смущаютъ д-ра *Новицкаго* въ правильности его выводовъ; онъ съ удивительною находчивостію разрѣшаетъ въ этомъ случаѣ видимое противорѣчіе при помощи слѣдующаго остроумнаго статистическаго соображенія: если-де цифра смертности матерей при высокихъ щипцахъ дѣйствительно представляется большею таковой же при поворотѣ, то виною въ томъ не щипцы, а случайно замѣшавшіяся въ таблицу статистическія данныя *Nögel*'я и *Calderini*; «если исключить цифры *Nögel*'я и *Calderini*, то смертность матерей ограничится 1,14%, а дѣтей 15,6%» (стр. 53).

Продѣлавъ столь простую, а главное, столь плодотворную по своимъ результатамъ въ смыслѣ быстрого и рѣшительнаго пониженія % смертности матерей и дѣтей статистическую операцію, д-ръ *Новицкій* далѣе уже смѣло заявляетъ, что «наложеніе щипцовъ составляетъ не только *безопасную* для жизни женщины операцію», но даже болѣе того, операція эта прямо-таки «*благодѣтельная*» и ею слѣдуетъ пользоваться, «ради спасенія жизни плода и жизни матери при высокостоящей во входѣ *до 7,0 ctm. суженнаго таза* головкѣ». Только необходимо при этомъ всегда накладывать щипцы *Breus*'а, такъ какъ: 1) «самъ д-ръ *Новицкій* исключительно употребляетъ эти только щипцы и во всѣхъ случаяхъ (всего 1 случай за время ординаторства автора въ клиникѣ и 13 случаевъ вообще) находилъ ихъ удовлетворяющими всѣмъ требованіямъ» благодѣтельнаго инструмента, т. е. на 13 наложеній было 15,4% соскальзываній, вслѣдствіе чего пришлось замѣнить его щипцами *Simpson*'а, и на 11 удачныхъ примѣненій 9,9% смертности дѣтей! во 2-хъ же) какъ можно убѣдиться въ томъ «изъ сопоставленія достоинствъ двухъ наиболѣе рекомендуемыхъ щипцовъ—прямыхъ параллельныхъ (*Лазаревича* и *Федорова*) и *Breus*'а», потому

слѣдуетъ предпочитать послѣдній инструментъ, т. е. *Breus'a*, что при немъ смертность матерей 3,1%, а при прямыхъ параллельныхъ 2,0%, да и то несуществующій въ дѣйствительности, какъ увидимъ ниже!!

Впрочемъ статистическій методъ доказательства въ пользу щипцовъ *Breus'a* до того любопытенъ въ смыслѣ допускаемыхъ д-ромъ *Новицкимъ* нѣкоторыхъ комбинацій при выборѣ матеріала, а главное въ подтасовкѣ цифръ и выводовъ, что мы позволимъ себѣ разобрать его подробнѣе.

Прежде всего д-ръ *Новицкій* почему-то здѣсь именно, т. е. въ своихъ сравнительныхъ таблицахъ относительно щипцовъ прямыхъ парал. и *Breus'овскихъ* (стр. 54 и 55) *забываетъ подсчитать % смертности матерей*, ограничиваясь лишь нотированіемъ абсолютной цифры этой смертности, но не забываетъ обратить вниманіе читателя исключительно на % отношеніе поврежденій мягкихъ частей матери и на смертность дѣтей, входя такимъ образомъ въ противурѣчіе самъ съ собою, «что при нынѣшнемъ антисептическомъ методѣ въ акушерствѣ всѣ поврежденія и разрывы мягкихъ частей матери, которыми часто сопровождается наложеніе щипцовъ, заживаютъ вполне и не приносятъ опасности матери» (стр. 52).

Далѣе, пользуясь для сравнительной оцѣнки прямыхъ пар. щипцовъ данными Варшавской клиники, д-ръ *Новицкій* приводитъ эти данныя изъ нашей диссертациі въ неточномъ видѣ, такъ, у насъ на стр. 153—167 и др. отмѣчено поврежденій (клиническихъ) у 35 роженицъ, причемъ разр. пром.—21, влагалища, маточной шейки и зѣва—28, матерей умерло—0; у д-ра же *Новицкаго* читаемъ: «на 49 случаевъ разр. промежности—21, шейки и влагалища—34 и матерей умерло—1». *Не точно также приведены имъ данныя и относительно своихъ случаевъ: вмѣсто 11 случаевъ наложенія щипцовъ Breus'a—13 и вмѣсто 2 соскальзываній (№№ 88 и 93) только—1.*

Кромѣ того, отдавая почему-то предпочтеніе нашему матеріалу, онъ игнорируетъ данныя ч. пр. *Львова* относительно прямыхъ щипцовъ, а относительно щипцовъ *Breus'a* выпускаетъ 27 случаевъ *Braun'a*, статистика котораго, кстати замѣтить, представляется въ этомъ отношеніи гораздо болѣе цѣнною, чѣмъ статистика самого *Breus'a*, какъ въ смыслѣ точнаго опредѣленія степени суженія таза, такъ и въ смыслѣ показаній, чего нѣтъ у *Breus'a*.

Такимъ образомъ если бы д-ръ *Новицкій* не упустилъ изъ

виду подсчитать % смертности матерей, то % этот невольно обратил бы на себя вниманіе читателя и притомъ далеко не въ пользу щипцовъ *Breus'a*, при которыхъ на 63 случая было 2 смерти или 3,1% противъ несуществующаго 1 случая на 49 наложеній прямыхъ параллельныхъ щипцовъ. Если бы д-ръ *Новицкій* принялъ во вниманіе случаи *Львова* (17) и *Braun'a* (27), а наши данныя отмѣтилъ правильно, согласно съ оригиналомъ, тогда бы и единственное доказательство въ пользу щипцовъ *Breus'a*—сравнительно меньшій % поврежденій шейки и влагалища, а также и меньшая смертность дѣтей—исчезло само собою, такъ какъ разрывовъ шейки при *Breus'a* щипцахъ получилось бы 21,4%, а при прямыхъ—10,4%, и смертность дѣтей—при *Breus'a* 16,0%, а при прямыхъ 10,6%.

Столь свободный на этотъ разъ подборъ статистическаго матеріала, д-ръ *Новицкій* какъ-бы старается замаскировать столько же неудачною, сколько и неожиданною вылазкою противъ насъ лично, вѣроятно по поводу нерасположенія нашего къ щипцамъ *Breus'a*. Не сочувствуя вообще идеѣ, чтобы изслѣдователь входилъ въ непосредственную оцѣнку наблюдаемыхъ явленій и фактовъ, «во избѣжаніе произвольныхъ толкованій», д-ръ *Новицкій* не допускаетъ также возможности и съ нашей стороны правильнаго распознаванія причины смерти дѣтей при наложеніи щипцовъ и готовъ признать нашу «Вѣдомость умершимъ дѣтямъ» скорѣе за продуктъ произвольнаго толкованія, чѣмъ согласиться съ ея данными непосредственнаго наблюденія. Въ свое время (Врачъ 1892 г.) мы имѣли уже случай, не будучи знакомы съ диссертациею д-ра *Новицкаго*, доказать ему, что тѣ данныя, какія цитируются *Новицкимъ*, какъ принадлежащія намъ, въ дѣйствительности являются продуктомъ фантазіи самого *Новицкаго*. Здѣсь же мы позволимъ себѣ добавить, что заключительная тирада д-ра *Новицкаго* о тенденціозности нашихъ толкованій причинъ смерти дѣтей („отсюда ясно, какъ тенденціозно объясненіе д-ра *Федорова*: гдѣ ребенокъ извлеченъ мертвымъ при наложеніи щипцовъ другой конструкціи — тамъ имъ приписывается вся вина“) основана также на данныхъ, какихъ вовсе не имѣется въ нашей «Вѣдомости», гдѣ на 12 случаевъ наложенія щипцовъ другой конструкціи въ 7 причинною смерти дѣтей отмѣнены различныя осложненія въ состояніи здоровья матерей и въ теченіи самаго родового акта, слѣдовательно причины, ничего общаго со щипцами не имѣющія.

Закончивъ свой анализъ относительно примѣненія щипцовъ при суженіи таза до 8,5 см., д-ръ *Новицкій* вдругъ почему-то мѣняетъ ранѣе высказанный взглядъ свой на значеніе поворота и „по собраннымъ имъ даннымъ“ заключаетъ на этотъ разъ, что „операція эта все-таки даетъ удовлетворительные результаты для ребенка при суженіяхъ таза небольшемъ, какъ 8,5 см., и особенно при плоскомъ тазѣ“. А въ виду этого „поворотъ на ножки мы можемъ, говоритъ авторъ далѣе, рекомендовать только при этомъ незначительномъ суженіи (8,5 см.) и то лишь при pl. praevia, выпаденіи пуповины и пр.“ (стр. 57).

Къ сожалѣнію, д-ръ *Новицкій* почему-то совершенно умалчиваетъ на этотъ разъ о „собранныхъ имъ данныхъ“ въ пользу „удовлетворительныхъ при поворотѣ результатовъ для ребенка“ и такимъ образомъ вынуждаетъ читателя—каждаго акушера вѣрить ему на слово, равно какъ и оставляетъ совершенно открытымъ вопросъ о терапіи родовъ при той же pl. praevia, выпаденіи пуповины и пр. въ случаяхъ суженія ниже 8,5 см. плоскаго таза и до 8,5 см. общесуженнаго. За то д-ръ *Новицкій* подробно распространяется по вопросу, «что дѣлать въ случаѣ, гдѣ, не смотря на сильныя маточныя сокращенія, по отхожденіи водъ, головка все таки остается подвижною надъ входомъ въ тазъ и роды затягиваются?» Вопросъ этотъ онъ разрѣшаетъ такъ: „если со стороны плода являются показанія къ окончанію родовъ, между тѣмъ какъ мать остается здоровою, слѣдуетъ для спасенія плода прибѣгнуть къ кесарскому сѣченію; если же показанія къ окончанію родовъ являются со стороны роженицы, тогда должно роды окончить или кесарскимъ сѣченіемъ или перфорациею плода, смотря по состоянію здоровья матери“ (стр. 57).

Но какія же, спросимъ мы, показанія со стороны плода при здоровьи матери могутъ потребовать кесарскаго сѣченія ради спасенія самаго плода? Неужели-же асфиксія его вслѣдствіе причинъ, нарушающихъ правильный газообмѣнъ, какъ напр. при сдавленіи выпавшей пуповины, преждевременномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста? Но вѣдь предсказаніе при асфиксіи во всякомъ случаѣ является сомнительнымъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, ускоряя роды, мы сокращаемъ продолжительность данного состоянія плода, а потому думаемъ, что едва-ли мыслящій акушеръ рѣшится въ своей терапіи слѣдовать совѣту д-ра *Новицкаго*, т. е. дѣлать кесарское сѣченіе при выпавшей пуповинѣ и такимъ образомъ выходить изъ границы такихъ мѣръ, которыя не сопряжены съ большимъ вредомъ для матери ради спасенія

сомнительной жизни ребенка. Тѣмъ болѣе же трудно согласиться въ этомъ случаѣ съ авторомъ, что онъ не предпосылаетъ какихъ-либо доказательствъ въ пользу разумности данной терапіи, т. е., что при кесарскомъ сѣченіи по поводу асфиксии ребенка спасено дѣтей больше, чѣмъ при другихъ методахъ родоразрѣшенія.

То же самое и относительно показаній со стороны матери, *требующихъ или кесарскаго сѣченія или перфорации, смотря по состоянію ея здоровья*. Если здоровье матери хорошее, то какія же показанія со стороны роженицы могутъ потребовать кесарскаго сѣченія? Не обозначая въ этомъ случаѣ точно показаній къ этой операциіи, д-ръ *Новицкій* вѣроятно толкуетъ ихъ въ самомъ широкомъ смыслѣ, по крайней мѣрѣ такъ можно судить по слѣдующему его заявленію на стр. 61: „при тазѣ съ соңі не ниже 8,5 см. и притомъ у женщинъ многорожавшихъ, у которыхъ прежніе роды срочные оказывались неблагопріятными для ребенка, — вотъ тѣ не многіе случаи, гдѣ искусственные преждевременные роды могутъ вытѣснить операцию кесарскаго сѣченія».

Почему же преждевременные роды у 1-рага вообще и у п-рага ниже 8,5 см. даютъ для матери и для плода худшіе результаты, чѣмъ кесарское сѣченіе, да и такъ ли это на самомъ дѣлѣ? — Статистическія данныя, которыя собраны въ таблицѣ на стр. 60 относительно преждевременныхъ родовъ, со смертностью матерей въ 1,56% и дѣтей въ 31,5%, не только не доказываютъ вышеприведеннаго положенія автора, но и противурѣчаютъ ему, особенно при сравненіи ихъ съ данными, собранными тѣмъ же д-ромъ *Новицкимъ* относительно кесарскаго сѣченія, гдѣ смертность матерей = 20,9%. Въ той и другой статистикѣ собраны случаи самыхъ разнообразныхъ степеней суженія таза (стр. 69).

Болѣе подробно авторъ говоритъ о кесарскомъ сѣченіи во 2-мъ отдѣлѣ 1-й главы, гдѣ касается специально вопроса о выборѣ между перфорациею плода и кесарскимъ сѣченіемъ матери; а также и во 2-й главѣ, посвященной анализу операциіи законнаго выкидыша вмѣстѣ съ кесарскимъ сѣченіемъ при абсолютномъ суженія таза.

Мы не станемъ входить въ подробный разборъ выводовъ автора по существу относительно предпочтенія кесарскаго сѣченія перфорации и законному выкидышу, на что уже обращено было вниманіе акушерской критики въ лицѣ почтеннаго д-ра *Штольца* (*Журналь Ак. и жен. бол.* 1892 г. № 7), я отмѣчу лишь, что д-ръ *Новицкій* и здѣсь не менѣе свободно

пользуется статистическими доказательствами, по произволу упражняясь въ подборѣ и сопоставленіи ихъ. Такъ, напр., на стр. 69 онъ заявляетъ: «что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кесарское сѣченіе производилось на здоровыхъ женщинахъ, при благоприятной обстановкѣ, тамъ смертность только 3,33%»; а на стр. 81 и 82 читаемъ: «что, гдѣ кесарское сѣченіе производилось при соблюденіи всѣхъ требованій современной антисептики, тамъ оно даетъ (уже) почти 0 смертности», что, при переводѣ на общестатистическій языкъ, означаетъ 1:49 или 2,0%! Далѣе, на стр. 84 смертность опять возрастаетъ: «изъ 50 случаевъ кесарскаго сѣченія, собранныхъ *Замшинымъ* и мною, окончилось смертностью всего 4 или 8%; если же исключить изъ статистики *Замшина* 1 случай на зараженной уже роженицѣ и 1, *гдѣ состояніе матери до операции неизвѣстно*, то смертность матерей послѣ операции, произведенной при надлежащихъ условіяхъ, выразится 4%». Рядомъ съ этими относительными величинами, авторъ, не задумываясь, приводитъ и абсолютныя величины, какъ, *Zweiffel*'я 22 кесарск. сѣченія съ 1 случаемъ смерти, *Schauta* 15 случаевъ съ 0 случ. смерти и т. д., какъ будто-бы такія величины могутъ имѣть какое либо значеніе въ смыслѣ доказательства!

Какой изъ вышеприведенныхъ цифръ д-ръ *Новицкій* отдастъ предпочтеніе, трудно сказать; каждая изъ нихъ фигурируетъ, смотря по обстоятельствамъ, какъ наиболѣе вѣрная изъ всѣхъ. Вѣря непогрѣшимости своихъ статистическихъ доказательствъ, д-ръ *Новицкій* свободно предоставляетъ цифрамъ рѣшать участь дѣтей и матерей, на свою же долю беретъ лишь простую роль общаго счетчика, такъ какъ «*при общемъ счетѣ лучше избѣжать произвольныхъ толкованій*» (стр. 56). А потому и вопросъ о выборѣ между перфорациею плода и кесарскимъ сѣченіемъ матери при суженіяхъ до 6,5 см. разрѣшается имъ крайне просто, а главное такъ легко.

Избѣгая «произвольныхъ толкованій» д-ръ *Новицкій* подсчитываетъ изъ литературы безразлично всѣ попавшіеся ему подъ руку случаи перфораций плода, вычисляетъ % смертности матерей, сравниваетъ затѣмъ такимъ образомъ полученную цифру 11,9% съ минимальною изъ своихъ цифръ смертности при кесарскомъ сѣченіи 0% и—разрѣшеніе вопроса готово (стр. 81).

А всѣ ли случаи подсчитанныхъ имъ перфораций относятся къ узкому тазу, всѣ ли онѣ сдѣланы въ границахъ суженія до 6,5 см. и во всѣхъ ли на головкѣ предлежащей—все это мало интересуется счетчика: это уже не входитъ въ его компетенцію,

такъ какъ здѣсь начинается область «толкованій». А между тѣмъ указанная обстоятельство имѣютъ весьма существенное значеніе въ правильномъ освѣщеніи затронутаго вопроса и ужъ во всякомъ случаѣ выдѣленіе чистыхъ случаевъ хотя бы относительно узкаго таза, не потребовало бы отъ д-ра *Новицкаго* настолько сложной работы, чтобы можно было заподозрѣть его въ «произвольности толкованій». Думается также, что д-ръ *Новицкій* могъ бы выдѣлить и случаи перфораций на головкѣ предлежащей, какъ единственно годные для сравненія съ кес. сѣченіемъ, потому что вѣдь никто же никогда не дѣлалъ этой операціи взамѣнъ прободенія головки послѣдующей. Точно также никто не заподозрилъ бы автора въ произвольности, если бы онъ за одно уже исключилъ бы и случаи, гдѣ перфорация была сдѣлана при разрывахъ матки, такъ какъ случаи эти едва ли даже и могутъ быть сравниваемы съ кес. сѣченіемъ, которое, какъ извѣстно всѣмъ и каждому, тоже никогда и никѣмъ не производилось при подобномъ осложненіи родовъ, да и примѣненіе его не выполнимо тамъ, гдѣ ранѣе сама природа уже предупредила акушера производствомъ этой операціи.

Смѣшивать же операцію кес. сѣченія съ чрезвосѣченіемъ при разрывахъ матки да еще послѣ извлеченія плода *per vias naturales*, это уже доказываетъ, что д-ръ *Новицкій* слишкомъ увлекся ролью общаго счетчика чтобы обращать свое вниманіе на смыслъ и значеніе установившихся въ акушерствѣ понятій съ терминологіею ихъ. Впрочемъ, быть можетъ, авторъ здѣсь является въ роли новатора относительно этой терминологіи, тогда зачѣмъ же приписывать другому то, чего тотъ никогда и нигдѣ не высказывалъ. Такъ, напр., на стр. 86 д-ръ *Новицкій* пишетъ: «что касается кес. сѣченія, то д-ръ *Федоровъ* приводитъ 3 случая, оперированныхъ до 15-го марта 1889 г.—Какъ видно изъ диссертациі д-ра *Федорова*, всѣ эти роженицы были доставлены въ клинику съ разрывами матки и уже въ агоніи; дѣти также были мертвыми до операціи; здѣсь кес. сѣченіе дѣлалось лишь для того, чтобы извлечь ребенка изъ чрева матери, не обращая вниманія ни на ту, ни на другую жизнь. Разумѣется, такіе случаи вообще нельзя ставить въ счетъ, а уже тѣмъ менѣе основывать на нихъ какіе либо выводы относительно значенія кес. сѣченія».

Не имѣющей подъ руками моей диссертациі можетъ дѣйствительно повѣрить д-ру *Новицкому* на слово, что все сказанное имъ о кесарскомъ сѣченіи при разрывахъ матки взято изъ нашей работы. Ничуть не бывало; все это лишь плодъ авторской фан-

тазиі самого д-ра *Новицкаго*, въ чемъ легко убѣдиться изъ ниже-слѣдующаго: 1) Упомянутые 3 случая помѣщены у насъ въ таблицѣ разрѣшившихся при помощи *Embryotomia et Caeratotomia*, что же касается кес. сѣченія, то ни одного такого случая мы въ диссертациі своей не приводимъ. 2) Изъ упомянутыхъ 3 случаевъ: у роженицы № 156—1885 г. было сдѣлано чревосѣченіе по случаю выхожденія плода въ брюшную полость, а затѣмъ произведена *amputatio uteri supravaginalis*; больная прожила 4 сутокъ послѣ того; у роженицы № 172—1887 г. предварительно *плодъ былъ извлеченъ per vias naturales*, а затѣмъ произведено чревосѣченіе (въ виду сильнаго внутренняго кровотеченія изъ маточной раны); больная прожила 5 сутокъ; въ случаѣ подъ № 352—1886 г. операція чревосѣченія произведена послѣ смерти роженицы въ силу выполненія буквы закона, что понятно само собою. Такимъ образомъ изъ 3 случаевъ, въ 2-хъ операція была выполнена въ интересахъ жизни матерей, которыя и оставались въ живыхъ до 5 сутокъ. 3) На основаніи вышеизложеннаго само собою понятно, что *мы никоимъ образомъ не могли дѣлать какіе либо выводы относительно кес. сѣченія по поводу вышеприведенныхъ случаевъ чревосѣченія и такихъ дѣйствительно не дѣлаемъ.*

Въ заключеніи мы позволимъ себѣ привести еще одинъ примѣръ, какъ д-ръ *Новицкій*, избѣгая «произвольныхъ толкованій», и такимъ образомъ, не вдумываясь въ значеніе статистическихъ цифръ, вносить въ свои выводы цифровыя заблужденія, словомъ—избѣгая *Сциллы*, попадаетъ въ *Харибду*.

«Не признавая кес. сѣченія, пишетъ д-ръ *Новицкій* далѣе, д-ръ *Федоровъ* получилъ 4,3% перфорациі плода, число нигдѣ и никѣмъ не полученное». Цифру эту (4,3%) д-ръ *Новицкій* особенно подчеркиваетъ, какъ доказательство несомнѣннаго злоупотребленія въ Варшавской клиникѣ перфорациею плода. Въ своемъ отвѣтѣ д-ру *Новицкому*¹⁾ мы уже имѣли возможность отмѣтить, что выводъ, основанный на абсолютномъ числѣ перфораций, есть выводъ софистическій, ненаучный; здѣсь же въ дополненіе къ сказанному приведу лишь слѣдующее сопоставленіе данныхъ относительно частоты примѣненія перфораций плода при узкомъ таѣ въ клиникѣ Варшавской и академической проф. *А. И. Лебедева*, гдѣ, по заявленію д-ра *Новицкаго*, операція эта не только

¹⁾ С. м. газета *Врачъ*, 1892 г.

не составляла операції увлеченія, но производилась съ крайнимъ выборомъ. И что же? «На 113 случаевъ узкого таза перфорация понадобилась въ 8 случаяхъ или 7,08%», пишетъ д-ръ *Новицкій* на стр. 12; и—«всего на 847 случаевъ узкого таза перфорация понадобилась въ 67 случаяхъ или въ 7,8%», отмѣчено у насъ на стр. 319 нашей диссертациі.

Результатъ поразительно тождественный! Небольшая разница въ цифрахъ получится даже и въ случаѣ, если оцѣнку нашего матеріала подвести подъ оцѣнку д-ра *Новицкаго*, т. е. взять случаи узкихъ тазовъ съ с. ext. въ 18 см., гдѣ нѣтъ измѣренной с. diag., при наличности же послѣдней случаи меньше 11 см. и наконецъ всѣ тазы, гдѣ механизмъ родовъ указывалъ на механическое несоотвѣтствіе между головкою и размѣрами тазоваго входа; всего такихъ случаевъ въ нашемъ матеріалѣ 466, изъ коихъ на долю перфорациі приходится 45 или 9,6%. По сравненіи же этихъ цифръ съ % отношеніемъ числа перфорациі хотя бы въ клиникѣ *Braun'a*, оказывается, что у послѣдняго на 444 случ. узкого таза перфорациі 56 или 12,6%.

И такъ, не располагая ни личнымъ опытомъ въ изученіи узкого таза, ни научнымъ тактомъ въ примѣненіи методовъ медикостатистическаго анализа, д-ръ *Новицкій* не далъ себѣ труда ближе познакомиться даже съ исторіею вопроса, къ разрѣшенію котораго приступилъ. «Считая (для себя) излишнимъ подробно разбирать тѣ литературныя произведенія», которыя представляютъ положеніе вопроса объ узкомъ тазѣ въ доасептическое время, такъ какъ-де «они обстоятельно были собраны въ свое время *Michaelis'омъ* и *Litzmann'омъ* и затѣмъ повторены д-ромъ *Федоровымъ*» (стр. 8), д-ръ *Новицкій* тѣмъ самымъ уже обнаруживаетъ свое незнакомство съ работами *Michaelis'a*, и тѣмъ болѣе *Litzmann'a*.

Если бы д-ръ *Новицкій* ближе познакомился съ литературою вопроса хотя бы по *Litzmann'у*, тогда навѣрно онъ избѣжалъ бы той ереси, какая высказывается имъ относительно состоянія ученія объ узкомъ тазѣ въ доасептическое время, и не обвинялъ бы такъ смѣло акушеровъ прежняго времени, какъ дѣлаетъ это теперь. И въ самомъ дѣлѣ, бросая ретроспективный взглядъ на состоянія ученія объ узкомъ тазѣ въ доасептическое время, д-ръ *Новицкій* заявляетъ: «что съ введеніемъ антисептики сразу данъ былъ толчекъ къ болѣе правильному и болѣе точному изученію патологіи и терапіи узкого таза»

(стр. 11—12). Читая эти строки, невольно задаешься вопросом: какимъ это образомъ антисептика могла поспособствовать болѣе правильному и болѣе точному изученію патологіи таза? Не тѣмъ ли, что благодаря антисептикѣ % умирающихъ послѣ родовъ доведенъ до минимума и патологическіе кабинеты въ настоящее время лишились возможности пополнить свои музеи рѣдкими формами патологическихъ тазовъ?! Да, наконецъ, развѣ изученіе патологіи таза во всѣхъ деталяхъ послѣдовало не ранѣе введенія антисептики? Работы *Michaelis*'а и *Litzmann*'а, работы въ этомъ отношеніи классическія, развѣ онѣ появились не въ періодъ времени отъ 50 до 70 годовъ, когда объ антисептикѣ едва только начали говорить?

И зачѣмъ такъ беззастѣнчиво исказить исторію акушерства, заявляя кромѣ того, «что до антисептики оперировали на удачу, и только благодаря удачѣ получали *иногда* счастливые результаты!» (стр. 10).

Нѣтъ; не акушеры доасептического періода оперировали на удачу, а д-ръ *Новицкій*, основываясь якобы на современномъ состояніи новѣйшаго акушерства, вноситъ въ терапію его принципъ счастья или удачи (не удался выжидательный методъ, авось удадутся щипцы, а нѣтъ—можно на удачу сдѣлать кесарское сѣченіе). Прежніе акушеры, не будучи знакомы съ антисептикою, по крайней мѣрѣ вѣрили въ акушерство, какъ въ науку, и благодаря ихъ трудамъ послѣднее возникло въ формѣ полного систематическаго ученія, д-ръ *Новицкій* же низводитъ его на степень ловкаго лишь фокусничества.