

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

МАЙ 1893, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

IX.

КЪ УЧЕНІЮ О ВНѢМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ПРИКРѢПЛЕНІЕ ПЛОДА КЪ ФИБРОЗНОЙ ОПУХОЛИ).

Прив. доц. А. Н. Соловьева.

(Читано 19 марта 1893 г. въ засѣданіи Московскаго Хирург. Общества).

5 февраля сего года я былъ приглашенъ г.г. врачами *С. О. Маньковскимъ* и *Н. А. Скворцовымъ* для совѣта по поводу одного случая внѣматочной беременности. Наканунѣ, т. е. 4 февраля у больной, жены офицера, г-жи Х., было внутреннее кровотеченіе, послѣ котораго развилась острая анемія съ потерей пульса и обморочнымъ состояніемъ. Благодаря принятымъ со стороны г.г. врачей мѣрамъ, пульсъ у больной появился и съ 3-хъ часовъ утра держался на извѣстной высотѣ отъ 120—130 въ 1 м. Я увидалъ большую около 1 часа дня. Она была малокровна, наружные покровы съ желтоватымъ оттѣнкомъ, видимая слизистая оболочка почти бѣлаго цвѣта, пульсъ крайне слабого наполненія, около 130 въ 1 м. Животъ сильно вздутъ, болѣзненъ при дотрогиваніи. При внутреннемъ изслѣдованіи задній сводъ нѣсколько напряженъ, матка вялая, пріоткрыта. Изъ ея полости выдѣляется кровь съ небольшими клочьями ткани, сходной съ decidua. Больная въ сознаніи, жалуется на чувство стѣсненія въ груди, тошноту и жажду.

Изъ анамнеза, любезно доставленнаго мнѣ докторомъ *С. О. Маньковскимъ* видно, что больной 33 года, первыя регулы получила на 15-мъ году; менструировала всегда правильно, черезъ 17 дней и по 5—6 дней. Замужъ вышла на 18 году, До настоящаго заболѣванія имѣла двое родовъ; роды были правильны, послѣдніе около двухъ лѣтъ тому назадъ.

До замужества страдала болями въ области сердца, которыя исчезли отъ пріемовъ бромистыхъ солей. Однимъ изъ главныхъ страданій больной

какъ до замужества, такъ и послѣ него—это внезапно появившіяся и скоропроходящія, схваткообразныя боли въ животѣ, доводившія больную чуть-ли не до обмороковъ. Въ 1886 году, слѣдовательно еще въ двѣш-кахъ, боли эти были настолько сильными, что пришлось прибѣгнуть къ врачебной помощи, при чемъ больная пролежала нѣсколько дней. Причины этихъ схватокъ врачами тогда опредѣлены не были. Кромѣ того больная страдала неправильностями со стороны желудочно-кишечнаго канала, выражавшимися то запорами, то поносами. Сонъ былъ всегда тревожнымъ. Въ общемъ больная никогда не пользовалась хорошимъ здоровьемъ.

Мать больной жива и здорова. Отецъ умеръ въ преклонномъ возрастѣ отъ страданія печени. У бабушки и матери было много дѣтей и всѣ роды были правильны.

Во время настоящей третьей беременности г-жа X. чувствовала себя лучше, чѣмъ въ предшествовавшя, такъ какъ тошнота и рвота были не такъ сильны и продолжительны, какъ предъидущія. вмѣсто этого настоящая беременность сопровождалась *болями въ лѣвой сторонѣ низа живота*. Больная считала себя беременною на пятомъ мѣсяцѣ.

3-го февраля вечеромъ г-жа X. подняла своего ребенка и, почувствовавъ внезапную боль внизу живота, легла. Прележавъ нѣкоторое время, по успокоеніи болей поѣхала въ гости, гдѣ танцевала.

4-го февраля, т. е. на другой день до 10-ти часовъ утра чувствовала себя здоровою, возилась около комода до тѣхъ поръ, пока выдвинувъ ящикъ внезапно почувствовала головокруженіе, сейчасъ же легла въ постель. Приглашенный врачъ Н. А. Скворцовъ нашелъ больную безъ пульса, съ полной картиной остраго малокровія. Въ 3 часа пріѣхалъ домашній врачъ С. Ѳ. Маньковский, который нашелъ больную съ появившимся пульсомъ. Лѣчение состояло въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ возбуждающихъ средствъ. Съ часа ночи производились впрыскиванія подъ кожу въ области груди физиологическаго раствора поваренной соли, вслѣдствіе чего въ мѣстѣ впрыскиванія появилась довольно значительная пигментация кожи, въ видѣ темно-бураго цвѣта пятна, величиною въ ладонь. Черезъ часъ послѣ начала впрыскиваній поваренной соли, пульсъ значительно оправился, сдѣлался хорошо прощупываемымъ и больная окончательно пришла въ сознаніе. Еще съ 11-ти часовъ ночи рѣзко выступили явленія peritonitidis, въ видѣ сильнаго вздутія живота, его болѣзненности при дотрогиваніи и повторной рвоты.

Что касается до діагноза, то уже присутствовавшіе до меня врачи С. Ѳ. Маньковский и Н. А. Скворцовъ опредѣлили внутреннее кровотеченіе, вслѣдствіе разрыва плодывмѣстилицы при эктопической беременности. Этотъ діагнозъ былъ подтвержденъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ выдѣлившихся съ кровью обрывковъ ткани, оказавшихся по строенію кусками отпадающей оболочки.

Какъ уже выше сказано, я былъ приглашенъ товарищами для совмѣстнаго рѣшенія вопроса о дальнѣйшемъ лѣченіи больной, т. е. держаться ли выжидательнаго способа лѣченія или же приступить къ лапаротоміи для удаленія плода, находящагося вѣроятно въ брюшной полости.

Такъ какъ о переѣздѣ больной въ какое либо, подходящее для операціи, помѣщеніе не могло быть и рѣчи, то я предложилъ операцію, отложивши ее до слѣдующаго дня, если больная доживетъ или по крайней мѣрѣ если состояніе ея не ухудшится. Предпринимать лапаротомию въ частной, довольно тѣсной квартирѣ можно было конечно приготовивши хотя бы одну комнату, сообразно съ нашими требованіями.

Съ этою цѣлью одна, самая большая и болѣе свѣтлая комната была переклеена новыми обоями, а въ день операціи, въ теченіи двухъ часовъ опылялась парами карболовой кислоты (посредствомъ пароваго Spray).

Около 1 часа по полудни 6 февраля приступлено къ лапаротоміи съ помощью докторовъ С. Ф. Маньковского, Ф. О. Ратомскаго, И. М. Серебровскаго и Н. А. Скворцова. Больная легко захлороформирована. Инструменты были опущены въ 2^o растворъ *acidi carbolici*, а перевязочный матеріалъ былъ мною привезенъ стерилизованнымъ.

Послѣ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ до брюшины, черезъ послѣднюю можно было видѣть просвѣчивающую темнаго цвѣта кровь, свободно лежавшую въ полости живота. Брюшина вскрыта въ нижнемъ углу раны по зонду, послѣ чего введенными въ рану двумя пальцами я могъ прощупать мелкія части плода, свободно лежавшаго въ полости живота на уровнѣ входа въ тазъ.

Вскрывши брюшину сверху, я извлекъ зародышъ наружу, при чемъ онъ оказался завернутымъ въ оболочки. Пуповина отдѣлилась отъ мѣста своего плацентарнаго прикрѣпленія. Затѣмъ удалено большое количество темныхъ сгустковъ крови, послѣ чего удалось прощупать съ лѣвой стороны матки въ области фаллопиевой трубы, довольно плотное тѣло, величиною въ средній лимонъ, съ одною шероховатою поверхностью, обращенною въ полость живота иверху; къ этой шероховатой поверхности повидимому прикрѣплялась пуповина. Это тѣло было выведено наружу и оказалось снабженнымъ довольно широкою ножкою. Яичникъ оказался неувеличеннымъ и гладкимъ. Сбоку опухоли въ верхней ея части замѣчена, болѣе темнаго цвѣта, тесьма, толщиною въ гусяное перо, принятая нами за часть фаллопиевой трубы.

Имѣя въ виду слабость больной, мы не теряли времени для болѣе подробнаго осмотра и приступили къ удаленію вышеупомянутаго плотнаго тѣла. При перевязкѣ широкой ножки лигатурами оказалось, что наружные ея края держатся лигатурами крѣпко, между тѣмъ какъ промежуточная болѣе тонкая часть ножки (*lig. latum*) *прорѣзывалась лигатурами при малѣйшемъ ихъ затягиваніи.*

Послѣ продолжительныхъ попытокъ все таки удалось наложить здѣсь лигатуры, хотя уже очень глубоко. Эта ткань, т. е. широкая связка была очень отечна, ломка, напоминая свойства злокачественнаго новообразованія при наложеніи на него лигатуръ. Помимо частичныхъ лигатуръ *en masse* на кровоточащій участокъ ножки наложенъ еще обвивной шовъ.

Остановивши кровотеченіе, мы приступили къ промыванію полости брюшины нормальнымъ растворомъ поваренной соли, при чемъ удалено еще

громадное количество сгустковъ, лежавшихъ между петлями тонкихъ кишекъ и затѣмъ полость брюшины осушена стерилизованными салфетками. Серозная оболочка, сильно растянутого газами кишечника представлялась блестящею и темно-краснаго цвѣта.

Операція окончена введеніемъ дренажа въ нижній уголь брюшной раны и закрытіемъ ея тремя глубокими металлическими и нѣсколькими шелковыми, поверхностными швами. Повязка изъ іодоформенной марли и стерилизованной ваты, укрѣпленной марлевыми бинтами. Вся операція вмѣстѣ съ хлороформированіемъ продолжалась около часа.

Послѣоперационный періодъ. Въ теченіе полутора сутокъ изъ дренажа выдѣлялось довольно значительное количество кровяной жидкости; на третій день оно почти совсѣмъ прекратилось. Метеоризмъ все болѣе и болѣе увеличивался, сопровождаясь рвотою, вмѣстѣ съ которою однажды выдѣлилась круглая глиста (*asc. lumbric.*); рвотныя изверженія имѣли каловый запахъ. На третій день поставлена клизма, съ которою вышло довольно значительное количество газовъ. На 4-й день самочувствіе больной довольно недурно; температура въ теченіе всего времени не достигала 37,0, но пульсъ колебался между 110—130 ударами въ 1 м. Рвота продолжается. Брюшная рана чиста.

На пятый день я прѣхалъ къ больной для перемѣны повязки. Оказалось что въ ночь, при явленіяхъ рвоты, наступилъ коляпсъ; метеоризмъ усилился, температура 36,5, больная бредитъ, пульсъ слабъ. Къ вечеру больная скончалась. Аутопсін не было.

Представляя вниманію Общества описаніе этого случая, я позволю себѣ коснуться лѣченія эктопической беременности *послѣ* разрыва плодовмѣстилица.

Какъ извѣстно не всѣ врачи согласны между собою относительно времени, когда слѣдуетъ приступать къ лапаротоміи для извлеченія плода изъ брюшной полости при разрывѣ плодоваго мѣшка, т. е. сейчасъ же послѣ разрыва или же, сообразуясь съ симптомами, вызванными этимъ явленіемъ. Рѣшеніе этого вопроса однако весьма существенно, потому что случаи эктопической беременности, представляющіеся наблюденію врачей все болѣе и болѣе учащаются. Чѣмъ объяснить это явленіе—сказать очень трудно, хотя нужно думать, что оно обязано усовершенствованію нашихъ діагностическихъ пріемовъ съ одной стороны и увеличенію нашихъ научныхъ свѣдѣній съ другой. Въ доказательство можно привести напримѣръ фактъ, что рядомъ съ учащеніемъ наблюденій случаевъ эктопической беременности все рѣже и рѣже приходится слышать и видѣть случаи такъ называемый *haematocele retrouterina*. Смѣшеніе послѣдняго заболѣванія съ внѣ-

маточную беременность въ недавнее прошлое время можно считать очень возможнымъ и вѣроятнымъ, хотя у насъ и нѣтъ цифровыхъ данныхъ, которыми можно было бы доказать это предположеніе.

Играетъ ли роль въ большей частотѣ наблюдений случаевъ внѣматочной беременности—учащеніе заболѣваний женской половой сферы, въ видѣ воспалительныхъ процессовъ какъ самихъ трубъ и яичниковъ, такъ и окружающей ихъ клѣтчатки — сказать съ положительною нельзя. Причиною этого также служить отсутствіе данныхъ для сравненія указанныхъ заболѣваний между собою въ настоящее и прошедшее время. Въ самомъ дѣлѣ, какимъ образомъ доказать на примѣръ, что гоноррейныя заболѣванія встрѣчаются теперь чаще, чѣмъ прежде, какъ это предполагаютъ нѣкоторые изъ врачей.

И такъ, по нашему мнѣнію, больше вѣроятія имѣетъ за себя объясненіе, что съ развитіемъ медицинскихъ свѣдѣній съ одной стороны и усовершенствованіемъ нашихъ діагностическихъ приѣмовъ съ другой, мы можемъ лучше ставить діагнозъ эктопической беременности.

Несмотря однако на все это можно сказать, что случаи *несомнѣнной* діагностики внѣматочной беременности встрѣчаются сравнительно нечасто. Смѣшеніе этого явленія въ первые мѣсяцы съ опухолями трубъ, яичниковъ и окружающей ихъ клѣтчатки вѣроятно нерѣдки, особенно тогда, когда эктопическая беременность рано прекращаетъ свое развитіе, вслѣдствіе смерти зародыша. Такіе случаи при отсутствіи у больной какихъ либо симптомовъ, вызываемыхъ этимъ состояніемъ, должны ускользать отъ наблюденія врачей.

Что же касается до діагноза эктопической беременности послѣ разрыва плодовмѣстности, то въ настоящее время онъ въ большинствѣ случаевъ представляется не особенно труднымъ, если мы будемъ имѣть дѣло съ внезапно появившейся острой анеміей у больной, считавшей себя беременной,

Когда врачъ встрѣчается съ такимъ чистымъ случаемъ, какъ это было напр. въ нашемъ, то первую задачу будутъ заботы объ устраненіи вызваннаго внутреннимъ кровотеченіемъ шока и остановка этого послѣдняго, а второю—предупрежденіе перитонита.

И то, и другое происходит иногда силами природы, что и служит причиною того, что существуютъ защитники выжидательнаго метода лѣченія. Несомнѣнно, однако, что смертность при этомъ способѣ лѣченія громадна.

Для трубной беременности напр. по *Hecker*'у ¹⁾ эта смертность равняется приблизительно 100%, потому что изъ собранныхъ имъ 53 случаевъ выздоровѣла только одна больная, которая въ 1848 г. заболѣла признаками внутренняго кровотечения, а въ 1854 году, послѣ смерти отъ гангренозной пневмоніи, трупъ ея подвергся вскрытію, произведенному проф. *R. Virchow*'ымъ; при этомъ въ полости живота найденъ *litopaedion* послѣ трубной беременности.

Въ нашей литературѣ мы имѣемъ работу *Змигородскаго* ²⁾, въ которой сдѣланъ очень полный обзоръ всѣхъ сочиненій по вопросу объ эктопической беременности. Изъ этого обзора видно, что попытки къ уменьшенію вышеуказанной громадной смертности путемъ болѣе рациональнаго лѣченія относятся ко второй половинѣ текущаго столѣтія.

Какъ я уже сказалъ выше, мы здѣсь не будемъ касаться вопроса лѣченія внѣматочной беременности до разрыва плодовместилища, гдѣ при несомнѣнной діагностикѣ подобнаго страданія существуютъ различные методы, клонящіеся главнымъ образомъ къ умерщвленію плода, хотя, по нашему мнѣнію, оперативное удаленіе будетъ наиболѣе рациональнымъ. Справедливость послѣдняго доказывается данными, полученными, напр., *Д. О. Оттомъ* ³⁾.

По изслѣдованіямъ *К. Змигородскаго* видно, что до 1875 года никто не рѣшался приступать къ производству такой рискованной операціи, при чемъ у *Parry* встрѣчается выраженіе, что до самаго послѣдняго времени раздавались почти единогласно голоса противъ этого рода предпріятія. Однимъ изъ противниковъ операціи для остановки кровотечения вскорѣ послѣ разрыва мѣшка былъ *Veit*, при чемъ онъ говорилъ, что не нашелъ въ

¹⁾ Monatschr. f. Geb. V. XIII, стр. 87.

²⁾ Къ ученію о внѣматочной беременности 1886 г. изъ акуш. клиники проф. К. Ф. Славянскаго.

³⁾ См. «Врачъ» 1893 №№ 1, 2 и т. д.

литературѣ ни одного случая, гдѣ бы этимъ путемъ спасена была жизнь больной.

Времена теперь измѣнились, и по статистикѣ, собранной *К. Змигородскимъ*, мы видимъ, что въ 20 случаяхъ лапаротоміи при разрывѣ мѣшка, только 9 окончились смертью.

Lawson Tait ¹⁾ въ теченіе 1884 и 1885 годовъ оперировалъ 5 разъ и въ 4-хъ получилъ благоприятный результатъ.

Эти данныя конечно значительно ободряютъ къ производству ранней операціи, хотя далеко еще не всѣ врачи въ этомъ отношеніи согласны между собою.

Къ числу горячихъ защитниковъ ранней лапаротоміи принадлежитъ *Schwartz* ²⁾, который произвелъ лапаротомію у больной—настолько слабой, что при разрывѣ брюшныхъ стѣнокъ буквально не вытекло ни капли крови и больная скоро оправилась отъ *schok'a*, а затѣмъ выздоровѣла. Въ дебатахъ по этому вопросу принимали участіе многіе выдающіеся гинекологи Германіи: *Veit, Wiedow, Martin, Frömmel, Winkel, Löhlein* и др.

При этомъ интересенъ фактъ, отмѣченный *Wiedow*'ымъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ эктопической беременности при попыткахъ къ извлеченію мѣшка наружу, *мѣшокъ рвался*.

Для насъ это наблюденіе важно потому, что какъ видно изъ описанія произведенной мною операціи, широкая связка очень легко перерѣзывалась лигатурами, что служило большою помѣхою для остановки кровотока.

Относительно показаній къ операціи при описываемыхъ нами условіяхъ, я позволю себѣ привести еще мнѣніе *Н. Fritsch'a* ³⁾. Говоря о показаніяхъ при эктопической беременности прежде разрыва мѣшка, онъ держится того, что разъ діагнозъ ея установленъ, всегда слѣдуетъ приступить къ операціи. Гораздо труднѣе рѣшить вопросъ въ случаяхъ угрожающаго жизни кровотока, когда врачъ застаётъ больную съ высокой степенью анеміи, почти безъ пульса. Съ научной точки зрѣнія

¹⁾ Verhandlungen der deutsh. Geselsch., f. Gynaek 1888, стр. 74.

²⁾ L. c.

³⁾ Bericht über gynaek. Oper. 1893.

эти случаи просты, для практическаго же врача очень трудны. Научно нужно сказать себѣ, что при истеченіи кровью единственнымъ рациональнымъ лѣченіемъ будетъ остановка кровотеченія, которая можетъ быть произведена только послѣ лапаротоміи. Такимъ образомъ если врачъ хочетъ помочь, то онъ долженъ приступить къ лапаротоміи.

Въ практикѣ дѣло стоитъ однако иначе. Здѣсь многое рѣшается не на правилахъ науки и высшей морали, а на основаніи своевременности или сообразуясь съ обстоятельствами (*opportunität*). Такъ нѣкоторые изъ старыхъ врачей, обрѣзавшись на неблагодарности людей, недовѣрчиво относящихся къ новымъ методамъ, которыхъ они не понимаютъ, руководствуются при лѣченіи тѣмъ, что въ данное время сдѣлать легче. Они отстраняются отъ активного вмѣшательства и говорятъ, что имъ никто не сдѣлаетъ упрека, если больная, какъ отъ удара молніи, умретъ въ 24 часа; при дурномъ же исходѣ операціи публика обвиняетъ врача въ неправильномъ лѣченіи. Кроме того почти каждый практикъ видалъ прежде случаи произвольнаго выздоровленія. Такъ самъ *Fritsch* видѣлъ прежде случаи разрыва трубной беременности, гдѣ больныя оставались чалче жить, чѣмъ умирали. На этомъ основаніи нѣкоторые врачи, основываясь на своемъ опытѣ, будутъ правы, отвергая операцію.

И не смотря на это, по мнѣнію *Fritsch'a*, при угрожающемъ жизни кровотеченіи слѣдуетъ настоятельно совѣтовать операцію, потому что если это не удавалось прежде, то причиною служила неизвѣстность пути спасенія. Теперь извѣстны многія дюжины случаевъ, гдѣ жизнь спасена лапаротоміей. Выздоровленіе достигалось въ отчаянныхъ случаяхъ, несмотря на отсутствіе пульса, на невозможность оперировать чисто, несмотря на то, что, вслѣдствіе необходимости торопиться, приходилось оставлять большое количество кровяныхъ свертковъ. Такимъ образомъ теперь врачъ будетъ смотрѣть неправильно, если не укажетъ умирающей пути къ спасенію и не попытается спасти ее.

Я привелъ слова *Fritsch'a*, съ которымъ въ настоящее время вѣроятно согласно большинство гинекологовъ. По нашему мнѣнію, врачъ при встрѣчѣ съ такими случаями,

хотя въ принципѣ и будетъ держаться оперативной помощи, но кромѣ индивидуальности каждаго отдѣльнаго случая долженъ будетъ принимать во вниманіе и другія условія.

Благодаря любезности прозектора патологической анатоміи Московскаго университета *М. Н. Никифорова* я получилъ отъ него слѣдующее описаніе препарата отъ нашей больной.

«Онъ представляетъ изъ себя грушевидной формы, величиною въ куриное яйцо, кусокъ ткани, микроскопически напоминающій собою мезометрій, богатъ тонкостѣнными сосудами, покрытъ снаружи гладкой серозной оболочкой; у болѣе широкаго конца его находится погруженная на 1 см. въ ткань куска, рыхлая, ворсинчатая, напоминающая своимъ строеніемъ дѣтское мѣсто, масса, съ противоположной стороны сбоку куска прилежитъ и далѣе сливается съ его тканью, кругловатаго очертанія, длиной сантиметра полтора (отрѣзанный на свободномъ краю) придатокъ.

«Подъ микроскопомъ, ткань удаленнаго куска представляется состоящею изъ пучковъ гипертрофическихъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, между которыми находится большое количество кровеносныхъ сосудовъ. Придатокъ оказывается фаллопиевою трубою, ворсинчатая масса—дѣтскимъ мѣстомъ.

«Въ кускѣ нѣтъ полости, соответствующей каналу матки; *труба проходитъ сбоку, затѣмъ погружается въ ткань куска, но и тамъ идетъ близко къ его краю.*

«Можно думать, что удаленный кусокъ представляетъ изъ себя помѣстившійся *in fondo*, близко къ одной изъ трубъ, узелъ подсерозной міомы, на которой произошло развитіе дѣтскаго мѣста (*graviditas abdominalis*). Этотъ узелъ подъ вліяніемъ беременности гипертрофировался, разросся, отгѣснивъ трубку и былъ удаленъ съ частью ея.

«Дать другое толкованіе въ виду неопредѣленности прижизненныхъ данныхъ очень затруднительно».

Къ этому послѣднему мнѣнію *М. Н. Никифорова* я прибавлю, что къ сожалѣнію аутопсія произведена не была, хотя и безъ вскрытія ясно, что мы имѣли дѣло съ *внѣматочной брюшной беременностью, при чемъ зародышъ прикрепился къ фиброзной опухоли, лежавшей въ широкой связкѣ.*

Я уже выше сказалъ, что ломкость ткани при накладываніи лигатуръ на основаніе опухоли (широкая связка) напоминала ломкость, встрѣчающуюся при злокачественныхъ новообразованіяхъ. Оказалось однако, что сдѣланные *М. Н. Никифоровымъ* разрѣзы показали, что

ткань опухоли состояла изъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ, что и подтвердило предварительно высказанное мною уважаемому товарищу предположеніе, что этотъ кусокъ былъ фиброзою опухолью. Ломкость же основанія опухоли зависѣла вообще отъ измѣненій, вызываемыхъ внѣматочною беременностью, какъ это отмѣчаетъ *Wiedow* ¹⁾,

Насколько мнѣ извѣстно, нашъ случай представляется совершенно новымъ. По крайней мѣрѣ мнѣ ни разу не приходилось встрѣтить описанія, гдѣ бы зародышъ прикрѣплялся къ новообразованію. Для меня представляется интереснымъ особенно то обстоятельство, что кровотеченіе наступило только на 5-мъ мѣсяцѣ беременности, потому что оно могло быть только изъ сосудовъ дѣтскаго мѣста, прикрѣпленнаго къ подвижному новообразованію. Правда, плодъ былъ нѣсколько меньше, чѣмъ указываетъ больная, но этому можетъ служить объясненіе, что плодъ при *graviditas extrauterina* всегда менѣ развитъ. Въ нашемъ случаѣ было весьма ясно, что зародышъ былъ мужскаго пола.

Описанный случай кромѣ того говоритъ, по нашему мнѣнію, за раннюю лапаротомію, потому что здѣсь нѣтъ другой возможности остановить кровотеченія, кромѣ удаленія новообразованія, къ которому прикрѣпленъ плодъ. Думаю, что устранить *peritonitis* можно также только этимъ путемъ, потому что дѣтское мѣсто, обращенное въ полость брюшины и приращенное къ новообразованію должно почти безусловно вести къ гибели больной, если не будетъ быстро удалено.

Такъ какъ самымъ неприятнымъ осложненіемъ операци въ нашемъ случаѣ оказалась ломкость ткани широкой связки при наложеніи лигатуръ, то можетъ быть при подобныхъ услояхъ лучше прижигать ножку каленымъ желѣзомъ или же тампонировать кровоточащее мѣсто, выводя конецъ во влагалище, какъ это совѣтуетъ *Д. О. Оттг.*

Въ общемъ можно сказать, что первичная лапаротомія послѣ разрыва плодовместилища представляетъ всѣ неудобства производства такихъ операций при неподходя-

¹⁾ L. c.

щихъ условіяхъ. Больныя же находятся въ такомъ состояніи, что о перемѣщеніи ихъ въ спеціально-хирургическія учрежденія не можетъ быть и рѣчи, а потому приходится довольствоваться тѣмъ, чтобъ по возможности привести частную квартиру въ болѣе или менѣе подходящія къ нашимъ требованіямъ условія. Къ сожалѣнію, это не всегда возможно.

Х.

НѢСКОЛЬКО ЗАМѢЧАНІЙ ПО ПОВОДУ ТЕРАПІИ ВЫКИДЫША ТАМПОНАДОЙ.

Юл. Ос. Аншелесъ.

(Читано въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ 1892г.).

Мм. Гг.! Оставляя въ сторонѣ научную сторону ученія о выкидышѣ, получившую достаточную степень развитія въ современномъ акушерствѣ, я позволю себѣ остановить ваше вниманіе на чисто практической лишь сторонѣ этого вопроса, касающейся терапіи выкидыша.

Слѣдя за ходомъ развитія терапевтическаго отдѣла научной медицины, нельзя не отмѣтить, что въ дѣлѣ научной оцѣнки методовъ врачебнаго вмѣшательства теряется постепенно характеръ субъективности, а таковая оцѣнка начинаетъ становиться въ полной зависимости отъ научно-обставленной доказательности въ дѣлѣ пригодности даннаго метода, причемъ и эта пригодность его должна быть точно по мѣрѣ возможности опредѣлена присушими показаніями и противупоказаніями. При правильной установкѣ послѣднихъ невольно теряется шаблонность въ методахъ лѣченія, столь характерная для добраго стараго времени, — да и въ наше еще время насчитывающая не малое число адентовъ среди врачей-практиковъ, не осмѣливающихся сбросить съ себя тяжкій гнетъ тысячелѣтней рутины.

Въ отдѣлѣ современной акушерской терапіи эта ру-

тинность, къ нашей радости, не находятъ себѣ болѣе мѣста въ силу преимущественно научно-выработанныхъ какъ можно болѣе точныхъ показаній въ дѣлѣ помощи. Этотъ методъ,—методъ установки наивозможно точныхъ научныхъ показаній врачебнаго вмѣшательства,—является краеугольнымъ камнемъ практической медицины и долженъ всегда служить руководящей нитью при дальнѣйшемъ развитіи терапіи.³

По отношенію къ задѣтому нами вопросу о терапіи выкидыша (я буду говорить о «неизбѣжномъ» только выкидышѣ) у насъ, къ сожалѣнію, далеко еще не установилась эта столь желательная точность въ смыслѣ оказанія пособія соотвѣтственно особенностямъ каждаго даннаго случая.

Мнѣ могутъ возразить, что это и не столь важно, что каждый врачъ въ состояніи будетъ самъ оцѣнить особенности каждаго представляющагося ему случая и, руководясь ими, поступать такъ или иначе. Правда, отъ подобной способности ориентироваться среди такой массы всевозможныхъ индивидуальныхъ особенностей зависитъ вся успѣшность врачебнаго призванія, но такія вещи приобрѣтаются путемъ лишь личнаго опыта, требующаго тѣмъ больше времени до его приобрѣтенія, чѣмъ менѣе опредѣленно выставлены научно-выработанныя показанія въ дѣлѣ помощи.

Я возьму на себя смѣлость обратить ваше вниманіе на столь широкое хотя-бы примѣненіе на практикѣ *тампонады* въ случаяхъ выкидыша. Много-ли изъ лицъ, пользующихъ подобной тампонадой, отдаетъ себѣ точный отчетъ въ правильной оцѣнкѣ случаевъ, допускающихъ или исключającychъ, наоборотъ, примѣненіе этого средства,—и средства при томъ далеко, какъ увидимъ ниже, не столь невиннаго, какъ на это привыкли смотрѣть не только люди несвѣдушіе, но и врачи. Въ силу подобнаго взгляда на тампонацію къ послѣдней прибѣгаютъ нерѣдко и безъ должнаго при томъ показанія врача и наши quasi-помощницы, акушерки, отъ которыхъ и невозможно при существующихъ условіяхъ требовать осмысленности въ подачѣ помощи въ силу крайне низкаго, за рѣдкими счастливыми исключеніями, уровня ихъ научной подготовки. Тампонъ въ ихъ рукахъ въ подобныхъ случаяхъ—это

такое зло, которое требует самого энергичнаго протеста.

Популярность, а въ связи съ этимъ и обширное распространение тампонады не покажется страннымъ, если мы вспомнимъ, что въ случаяхъ выкидыша она одновременно исполняетъ двѣ весьма важныя для насъ функции: какъ пробка тампонъ препятствуетъ, во первыхъ, крови изливаться наружу и оказываетъ тѣмъ существенную услугу при столь обильныхъ кровотеченияхъ, съ какими приходится считаться намъ при выкидышахъ; этотъ-же тампонъ, раздражая своимъ присутствіемъ шейку и нижній сегментъ матки, оказываетъ и второе не менѣе важное свое дѣйствіе, усиливая энергію маточныхъ сокращеній, отъ степени проявленія которыхъ зависитъ и все теченіе выкидыша. Въ смыслѣ послѣдняго его дѣйствія на него, кстати сказать, возлагаются зачастую слишкомъ уже большія надежды, въ силу которыхъ тампоны мѣняются за тампонами, отдаляя лишь тѣмъ срокъ неизбежнаго все-же въ немаломъ числѣ случаевъ болѣе активнаго вмѣшательства; но къ этому-то вмѣшательству приходится прибѣгнуть въ силу возникновенія уже цѣлаго ряда осложненій,—наичаще наступившей уже инфекціи, дающей, какъ извѣстно, поводъ къ крайне неопредѣленной прогностикѣ.

Вотъ почему чрезвычайно важно строго отличать тѣ случаи, въ которыхъ тампонада является пособіемъ желательнымъ или возможнымъ, отъ тѣхъ, при которыхъ она ведетъ не только къ неумѣстной потери времени, но, что гораздо важнѣе, при неполной доступности въ частной практикѣ широкаго примѣненія «антисептическаго» метода (объ «асептикѣ» и говорить-то нечего), она является еще моментомъ, способствующимъ возникновенію инфекціи.

Клиническое теченіе выкидыша столь извѣстно, что распространяться о немъ является совершенно излишнимъ. Упомяну только, что въ теченіи выкидыша мы должны строго отличать двѣ возможности, долженствующія имѣть рѣшающее вліяніе на методъ врачебнаго вмѣшательства. Первая возможность представляетъ собою совершенно правильное клиническое теченіе выкидыша, характеризующееся, какъ извѣстно, вкратцѣ въ слѣдующемъ: въ силу того или другаго вліянія плодное яйцо, потерявъ способность къ дальнѣйшему развитію, начи-

наеть постепенно отдѣляться отъ стѣнокъ матки въ толщѣ отпадающихъ оболочекъ, становясь при этомъ все болѣе и болѣе свободными, пока не отдѣлится на всемъ своемъ протяженіи. Внѣшнимъ проявленіемъ описанныхъ явленій выступаютъ обильныя метрорагіи, принимающія въ немаломъ числѣ случаевъ угрожающій характеръ. Отдѣлившись такимъ образомъ, яйцо изгоняющими силами матки начинаетъ, какъ всякое чуждое тѣло, проталкиваться наружу, побѣждая встрѣчающіяся ему на пути сопротивленія. Яйцо вытолкнуто наружу—и клиническое теченіе самого выкидыша закончено. Это—типичная картина теченія «полнаго» выкидыша.

Иначе нѣсколько протекають случаи выкидыша «неполнаго», имѣющаго мѣсто при преждевременномъ разрывѣ плоднаго пузыря. Съ околоплодною жидкостью выскальзывается въ такихъ случаяхъ и зародышъ, оставляя въ полости матки самое плодное яйцо; эти задержавшіяся въ маткѣ части плоднаго яйца въ одномъ рядѣ случаевъ извергаются продолжающимися сокращеніями матки наружу вслѣдъ за преждевременно вышедшимъ зародышемъ, но въ случаѣ пріостановки этихъ маточныхъ сокращеній возможно задержаніе этихъ остатковъ на болѣе продолжительное время, причемъ маточная шейка нѣсколько суживается, хотя и не до первоначальныхъ размѣровъ, главнымъ образомъ у внутренняго зѣва. При послѣднихъ условіяхъ, требующихъ особеннаго вниманія врача, мы должны строго отличать, задержаны-ли всѣ части плоднаго яйца выше внутренняго зѣва или-же, какъ приходится нерѣдко сравнительно наблюдать, часть плоднаго яйца еще до суженія шейки у внутренняго, какъ сказано, зѣва успѣваетъ уже проскользнуть чрезъ зѣвъ, свободно свѣшиваясь въ расширенную полость шейки, или еще даже ниже въ верхній отдѣлъ вагины, находясь при этомъ въ непосредственной связи съ участками, задержавшимися въ полости тѣла матки. Введенный въ такихъ случаяхъ палецъ наталкивается на извѣстной высотѣ въ вагинѣ или, по проведеніи чрезъ легко проходимый для пальца наружный зѣвъ, въ полости шейки на участокъ плоднаго яйца, свѣшивающійся на подобіе удлиненнаго кровянаго сгустка, легко впрочемъ отличимый отъ послѣдняго, не говоря уже объ отличіи въ смыслѣ

осязанія, тѣмъ, что онъ не поддается растиранію, какъ кровяной сгустокъ. Слѣдя пальцемъ по длинѣ данной части плоднаго яйца, мы легко проходили чрезъ всю полость шейки до внутренняго зѣва, чрезъ который пальца провести уже не удастся.

Въ такомъ состояніи дѣло можетъ затянуться при отсутствіи надлежащей помощи на неопредѣленный промежутокъ времени, при чемъ самочувствіе больной при отсутствіи, конечно, осложненій, въ силу крайне незначительныхъ при этомъ потерь крови и отсутствіи болѣе или менѣе болѣзненныхъ «схватокъ», очень мало при этомъ страдаетъ. Послѣднее обстоятельство имѣетъ то практически важное значеніе, что имъ дается поводъ къ слишкомъ выжидательному, если можно такъ выразиться, методу лѣченія, ограничиваясь постоянной смѣной тампона за тампономъ.

Я нѣсколько дольше остановился на послѣдней возможности теченія выкидыша, такъ какъ обычно проводимая при ней терапія должна, по моему, при современномъ состояніи ученія о содержаніи бактерій въ половомъ каналѣ женщины, существенно измѣниться. Не смотря на цѣлый рядъ работъ, и работъ тщательныхъ, по вопросу о содержаніи бактерій въ половомъ каналѣ женщины, вопросъ этотъ не можетъ, къ сожалѣнію, претендовать пока на полную законченность, и главнымъ образомъ относительно распредѣленія микроорганизмовъ по отдѣльнымъ частямъ полового канала и качества самихъ микроорганизмовъ. Одно только стало почти общепризнаннымъ, что и въ нормальномъ состояніи вагина населена не малымъ количествомъ различныхъ видовъ зародышей, главнымъ образомъ въ нижнемъ ея отдѣлѣ; по вопросу-же о содержаніи микробовъ въ полости матки, большинство изслѣдователей считаетъ таковую при нормальныхъ условіяхъ вполне стерильной. Ограниченныя пока, признаться, въ количественномъ отношеніи личныя мои изслѣдованія по этому вопросу, предпріятыя въ акушерской клиникѣ по любезному предложенію высокочтимаго учителя, проф. *Г. Е. Рейна*, за которое не могу не выразить тутъ-же моей глубокой признательности,—эти, говорю я, изслѣдованія безъ исключенія доказывали вѣрность вышеприведенныхъ положеній. За правильность

ихъ говорить, впрочемъ, и цѣлый рядъ общеизвѣстныхъ клиническихъ наблюдений (*Winter*): такъ,—извѣстно уже давно, что различныя мортифицирующіяся новообразованія, какъ гангренозныя, напрымѣрь, міомы, полипы, распадающійся ракъ, легко переходятъ въ гніеніе въ полости вагины, въ полости-же матки подвергаются асептическому лишь некрозу безъ гніенія. Еще важнѣе для насъ давно уже извѣстные по клиническимъ наблюдениямъ факты, что различныя участки ткани, совершенно изолированныя отъ кровообращенія и представляющіе такимъ образомъ превосходный матеріалъ для гніенія, какъ напр.: лоскутки оболочекъ яйца, куски дѣтскаго мѣста, могутъ оставаться въ полости матки на недѣлю и болѣе безъ гніенія ихъ, въ то время какъ такой-же матеріалъ, находясь въ полости вагины, очень скоро начинаетъ подвергаться разложенію.

Клиническія такимъ образомъ наблюденія и бактериологическія изысканія, имѣя исходнымъ своимъ пунктомъ двѣ различныя точки зрѣнія, совершенно сходятся въ конечныхъ своихъ результатахъ, что еще болѣе убѣждаетъ насъ въ ихъ вѣрности.

Если такимъ образомъ все плодное яйцо въ случаѣ выкидыша «полнаго» или задержанные участки его въ случаѣ первой по нашему дѣленію категоріи случаевъ выкидыша «неполнаго» находятся въ полости вполнѣ при нормальныхъ условіяхъ (а о нихъ мы только и говоримъ здѣсь) стерильной, то во второй, наоборотъ, категоріи случаевъ «неполнаго» выкидыша, когда успѣвшіе проскользнуть участки плоднаго яйца свѣшиваются въ полость вагины, условія являются совершенно обратными. При соотвѣтствующемъ промываніи растворами дезинфицирующихъ средствъ мы можемъ, конечно, и полость вагины сдѣлать совершенно стерильной, но для достиженія такой полной стерильности требуется, какъ извѣстно, крайняя тщательность,—вспомнимъ результаты работъ *Steffeck'a* и *Ziegenspeck'a*,—нѣкоторыя необходимыя удобства для манипуляцій и тому подобныя условія, дѣлающія такія тщательныя промыванія трудно,—если и совершенно неудобноисполнимыми въ большинствѣ случаевъ изъ частной практики. Большею частью приходится здѣсь ограничиваться обычными промываніями ва-

гины, далеко не достигающими цѣли своего примѣненія, особенно въ случаяхъ выкидыша, какъ явленія патологическаго, стоящаго въ большинствѣ случаевъ въ причинной связи съ предшествовавшими заболѣваніями половыхъ органовъ, могущими въ свою очередь представить удобныя условія для развитія здѣсь бактеріальныхъ культуръ.

Примѣняя тампонаду изъ матеріала вполне хотя-бы и стерильнаго или дезинфицированнаго, манипулируя при соблюденіи всѣхъ условій, требуемыхъ современнымъ ученіемъ объ антисептическомъ уходѣ, мы все-же исключаемъ въ этихъ случаяхъ возможность лишь занесенія микроорганизмовъ въ полость вагины, какъ въ первую инстанцію, извнѣ самимъ тампономъ или при манипуляціяхъ въ этой области во время тампонаціи, предупреждаемъ такимъ образомъ возможность, такъ сказать, «инфекціи извнѣ». Но разъ не достигнута при этомъ полная стерильность вагины, разъ въ ней осталось хотя и самое ограниченное количество, не говоря уже о патогенныхъ, но способныхъ хотя-бы вызывать разложеніе или гніеніе тканей микроорганизмовъ, мы должны быть всегда на-сторожѣ, такъ какъ возможность инфекціи и инфекціи внутренней, «само-инфекціи», обусловливаемой *предшествовавшими* въ вагинѣ микробами, далеко въ такихъ случаяхъ не пересѣчена; этого послѣдняго условія никогда не должно забывать, по моему, при примѣненіи тампонады.

Пока все плодное яйцо или участки его заключены въ стерильной полости матки, тампонъ въ силу выполненія имъ важныхъ для насъ функций вполне примѣнимъ при отсутствіи, конечно, условій, требующихъ немедленнаго окончанія выкидыша. Свѣшиваніе-же въ полость вагины успѣвшаго проскользнуть участка плоднаго яйца въ случаѣ невозможности примѣненія самой тщательной и полной дезинфекціи вагины (а такіе случаи наиболѣе часты въ частной практикѣ врача) является условіемъ, исключаящимъ на основаніи вышеприведенныхъ соображеній примѣненіе тампонады.

Вводимый въ такихъ случаяхъ тампонъ механически увлекаетъ съ собою содержимое вагины, приближаетъ таковое изъ нижняго отдѣла, наиболѣе, какъ извѣстно, бо-

гатаго содержаніемъ зародышей, къ свѣсившемуся участку плоднаго яйца, могущему служить теперь отличнымъ проводникомъ микроорганизмовъ вверху, въ полость матки. Вмѣсто существовавшего, далѣе, болѣе или менѣе сильнаго тока отдѣленій изъ верхнихъ отдѣловъ полового канала по направленію выводной его линіи, способнаго увлекать за собою до извѣстной степени непрошенныхъ гостей—микробовъ, эти отдѣленія застаиваются теперь надъ тампономъ,—наступаютъ такимъ образомъ наиболѣе благопріятныя условія для ихъ размноженія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и проявленія ихъ вреднаго воздѣйствія.

Къ инфекціямъ подобнаго происхожденія я позволяю себѣ причислить тѣ случаи, каковыя приходилось наблюдать и мнѣ, и по поводу которыхъ я позволилъ себѣ остановить ваше вниманіе на задѣтомъ мною вопросѣ,— тѣ случаи, при которыхъ, не смотря на рѣзко бросающіеся въ глаза симптомы мѣстнаго гніенія, при зловонныхъ отдѣленіяхъ, общее самочувствіе больныхъ мало измѣнено; t° тѣла, правда, повышена и иногда довольно рѣзко, но пульсъ при этомъ мало сравнительно ускоренъ. Тутъ мы имѣемъ повидимому дѣло не съ той формой инфекціи, которая стоитъ въ зависимости отъ воздѣйствія на организмъ патогенныхъ гнойныхъ стафилококковъ и стрептококковъ, а эта форма должна быть скорѣе отнесена къ области интоксикаціи продуктами мѣстнаго разложенія и гніенія. Но и эта форма заболѣванія, не смотря на всю свою сравнительную доброкачественность, должна быть по мѣрѣ возможности предупреждена, что абсолютно несовмѣстимо съ тампонадой, какъ она производится обычно.

И такъ, признавая тампонаду въ случаяхъ выкидыша «полнаго» или и «неполнаго», но съ задержаніемъ остатковъ яйца выше внутренняго зѣва, пособіемъ умѣстнымъ при отсутствіи, конечно, какихъ-либо осложненій,— *это средство въ случаяхъ нахожденія какой-либо части плоднаго яйца ниже внутренняго зѣва должно быть рѣшительно отвергнуто и замѣнено болѣе раціональнымъ, а главное болѣе определеннымъ пособіемъ,—мануальнымъ или инструментальнымъ удаленіемъ остатковъ яйца по предварительномъ расширеніи внутренняго зѣва.*

КАЗУИСТИКА.

VI.

Изъ клиники акушерства и женскихъ болъзней проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетъ.

КЪ КАЗУИСТИКЪ КИСТОКАРЦИНОМЪ ЯИЧНИКА (CYSTOCARCINOMA OVARII DUPLEX).

Д-ра Высотскаго.

Лапаротоміи и, въ частности, оваріотоміи въ наше время стали такимъ зауряднымъ явленіемъ, что даже отдѣльные гинекологи описываютъ ихъ сотнями, причѣмъ детальное описаніе отдѣльныхъ случаевъ является уже нѣкотораго рода исключеніемъ, оправдываемымъ какими-нибудь особенностями клиническаго характера, или измѣненіями въ технику производства операціи, а равно и терапіи.

Не говоря уже про массовое описаніе, но даже въ описаніи и отдѣльныхъ случаевъ мало обращаютъ вниманія на патологоанатомическую разработку получаемыхъ опухолей и другихъ препаратовъ; развѣ-развѣ оговариваются двумя-тремя словами на счетъ макро- и микроскопическихъ свойствъ ихъ.

Руководясь мыслию о необходимости и патологоанатомической разработкѣ препаратовъ, мы охотно взялись за описаніе случая раковой кисты обоихъ яичниковъ, полученной при оваріотоміи проф. *Ястребовымъ*; тѣмъ болѣе, что данный случай интересенъ еще по своей клинической сложности, и трудности точ-

наго и полного діагноза у постели больной: *Kystoma ovarii duplex carcinomatodes* при операціи оказалась осложненной *carcinoma hepatis et peritonitis carcinomatosa*; послѣдній предполагался, впрочемъ, и до операціи, въ виду бывшаго у больной асцита.

Больная С. Гл. явилась въ клинику проф. *Ястребова* съ жалобой на тяжесть въ животѣ, затрудняющую движеніе, на частое и болѣзненное мочеиспусканіе, а также на общій упадокъ силъ и неспособность къ работѣ. Она крестьянка, 45 лѣтъ отъ роду, жила въ деревнѣ, питалась хорошо, работала умѣренно.

Раньше больная страдала перемежающейся лихорадкой, тифомъ и оспой. Родилась отъ первородящей. Первые крови появились на 16-мъ году и сразу установились при 4-хъ недѣльномъ типѣ съ теченіемъ по 5—6 дней; брачная жизнь типа кровей не измѣнила: крови всегда были обильны и съ болями передъ. Половая жизнь началась на 21-мъ году. Беременностей 12, изъ нихъ 10 срочныхъ родовъ и 2 выкидыша на 3-мъ мѣсяцѣ (IX и XI берем.). Первые роды—на 2-мъ году половой жизни, а послѣдніе за 2½ г. до поступленія въ клинику. Теченіе родовъ всегда было правильное; также протекали и послѣродовые періоды, кромѣ послѣдняго, при которомъ больная на 7-й день получила кровотеченіе и проболѣла 3 мѣсяца. Кормила дѣтей всегда сама; живыми родились всѣ 10: 5 мальчиковъ и 5 дѣвочекъ, а теперь въ живыхъ 1 мальчикъ и 4 дѣвочки.

Заболѣла 12 недѣль тому назадъ: началъ увеличиваться животъ, появилось напираніе нанизъ, частыя болѣзненныя и скудныя мочевыдѣленія, при правильномъ опороженіи кишечника и хорошемъ аппетитѣ. Менструировала по прежнему и только теперь 6 недѣль, какъ нѣтъ кровей. Послѣднія регулы были обильнѣй, хотя продолжались тоже число дней, и какъ прежде. Бѣлей у больной нѣтъ. На видъ выглядѣда старше своихъ лѣтъ: сухоощавая, блѣдная, съ вялой кожей, почти безъ жировой подкладки. Склеры слегка иктеричны. Языкъ съ налетомъ по срединѣ Слизистыя оболочки малокровны и нѣсколько синюшны. На височныхъ и плечевыхъ артеріяхъ склероза не замѣтно. Лимфатическія железы ничего особеннаго не представляютъ. Дыханіе поверхностное; въ легкихъ ни перкуторныхъ, ни аускультаторныхъ измѣненій нѣтъ. Сердце нормально и по своимъ размѣрамъ, и со стороны тоновъ. Верхнія границы печени и селезенки выступаютъ на своемъ мѣстѣ, нижнія ни перкуторно, ни пальпаторно не опредѣлимы въ виду асцита, даващаго окружность на высотѣ пушка—97 см. Dist. cr.—19 см., spin.—

26,5; conj. ext.—19 см., при ростѣ—144 см. Наружные половые органы правильны; промежность—4 см. Влагалище разрыхлено, дрябло, задняя стѣнка опущена. Матка нормальна по объему, въ ретрофлексіи, подвижна, плотна и безболѣзненна на ощупь; передняя губа 2-хъ см., задняя 3-хъ; сама влагалищная часть цилиндрической формы, отверстіе маточнаго канала щелевидное. Въ лѣвой только подвздошной области ощупывалась опухоль въ дѣтскую головку величиной. Самопроизвольныхъ болей у больной не было, въ дугласовой складкѣ какихъ либо узловыхъ уплотненій не ощупывалось. Былъ поставленъ діагнозъ раковой кисты лѣваго яичника. На пятый день, по поступленіи въ клинику, была сдѣлана оваріотомія. Операціонный залъ приготовлялся по принятому въ клиникѣ способу: кипящіе 2% растворы карболовой кислоты, наполняющіе паромъ всю комнату, и послѣдующее обмываніе стѣнъ и потолка сильной струей раствора сулемы и карболовой кислоты, съ помощью насоса, причеиъ соединяется дѣйствіе дожда и тумана, и воздухъ комнаты на столько очищается, что бактериологическое изслѣдованіе его, произведенное докторомъ *Анубрїевымъ*, дало только три культуры плѣсневыхъ грибовъ и одну бактерій. Послѣ $\frac{1}{2}$ часоваго хлороформированія, давашаго полный наркозъ, сдѣланъ былъ разрѣзъ по *linea alba* на 16 см. растянутыхъ стѣнонъ живота (на 2 пальца ниже пупка и на 4 не доходя до лобка). Жировой подкладки почти не было, стѣнки живота сильно истончены. За разрѣзомъ брюшины полилась въ обильномъ количествѣ наполнявшая полость живота кровянистая жидкость, выбрасывавшаяся фонтаномъ подъ вліяніемъ получившихся у больрвотныхъ движеній, благодаря чему удалось собрать только нѣсколько этой жидкости. Разрѣзъ брюшины былъ сравненъ съ кожнымъ разрѣзомъ; сама брюшина имѣла свѣтлокориичневый цвѣтъ. Свободно выкатилась опухоль изъ подъ лѣваго края разрѣза, величиной съ голову новорожденнаго ребенка. Наложено было 7 лигатуръ (въ два ряда), причеиъ ими вмѣстѣ съ опухолью, находившейся на мѣстѣ яичника, отдѣлена была концевая часть трубы, срѣзанная вмѣстѣ съ первой. Не кровото-чащая ножка опущена въ полость брюшины. На мѣстѣ праваго яичника также оказалась свободнолежащая опухоль того же характера, консистенціи и вида, но вдвое меньшей величины.

На ножку опухоли съ оставшейся частью не вполне вырѣзаннаго яичника, удаленнаго также съ концевой частью фаллопиевой трубы, наложено восемь лигатуръ. Брюшная полость

очищена съ помощью губокъ. Дугласово пространство оказалось устьяннымъ мелкими раковыми узелками, а вся брюшина—въ состояніи геморрагическаго хроническаго воспаленія. На печени находились бѣлые возвышающіеся надъ ея поверхностью узлы, величиной вдвое больше лѣснаго орѣха, твердой консистенціи.

Рана была зашита 12-ю глубокими и 3-мя поверхностными швами. Наложена сухая повязка съ іодоформомъ. Вся операція съ перевязкой длилась около часу.

Послѣоперационный періодъ протекъ почти безлихорадно: только по вечерамъ въ теченіи 8-ми дней t° поднималась на нѣсколько десятыхъ и ни разу не была выше $37,9^{\circ}$. Въ первые четыре дня были рвоты, боли въ крестцѣ и въ лѣвой паховой области. На 11-й день были сняты уже всѣ швы, при чемъ сращеніе брюшной раны было полное; только изъ двухъ уколовъ выдѣлялся доброкачественный гной. На 14-й день послѣ операціи замѣчено увеличеніе живота, а на 18-й окружность на высотѣ пупка равнялась 78 см. Но самочувствіе больной было еще хорошее. Исчезновеніе дизурии и частаго позыва къ мочеиспусканію являлось самымъ существеннымъ послѣдствіемъ операціи. На 19-й день послѣ операціи больная выписалась.

Тотчасъ послѣ операціи опухоли были взвѣшены: кистокарцинома лѣваго яичника равна была 679 гтм., а праваго—371. Обѣ онѣ имѣли видъ двойныхъ клубней, сухожильно блестящую капсулу и плотную только мѣстами зыблющуюся консистенцію; при разрѣзахъ оказались многополостными и содержащими шарообразные узлы бѣлаго цвѣта и твердой консистенціи. Тутъ же были вырѣзаны куски для микроскопическаго изслѣдованія, которые были положены вмѣстѣ съ опухолями въ спиртъ, наполовину разбавленный водой, а чрезъ сутки все было перенесено въ 96° спиртъ, въ которомъ вырѣзанные куски и находились нѣсколько мѣсяцевъ.

Выпущенная изъ кистъ жидкость, какъ и жидкость брюшной полости, оказалась имѣющей кровянистый цвѣтъ; удѣльный вѣсъ обѣихъ жидкостей былъ равенъ 1,020, какъ это и бываетъ при раковыхъ пораженіяхъ брюшины и т. п. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены набухшія и почти обезцвѣтившіяся красныя кровяныя клѣтки и изрѣдка гнойныя.

Дальнѣйшая обработка препаратовъ для микроскопическихъ срѣзовъ производилась по слѣд. способу. Куски, величиной въ 3—4 квадр. сант. и толщиною въ $1/2$ сант. однѣ сутки при $t^{\circ} 38^{\circ}$ просвѣтлялись въ гвоздичномъ маслѣ, вторыя сутки пропитыва-

лись въ очищенномъ терпентинѣ и третью въ смѣси наполовину терпентина съ парафиномъ. Затѣмъ они пропитывались при $t^{\circ} 48^{\circ}$ въ парафинѣ, расплавленномъ на водяной банѣ, послѣ чего въ томъ-же парафинѣ застуживались струею холодной воды, а на слѣдующій день приготавливались въ большомъ количествѣ срѣзки съ помощью микронома, которые брались и обрабатывались приклеенными на стеклѣ, по мѣрѣ надобности. Заготовленіе срѣзковъ сразу имѣло тотъ смыслъ, что залитые препараты чрезъ нѣсколько дней дѣлались негодными для срѣзовъ: послѣдніе крошились, скручивались въ трубочки, которыя расправить совсѣмъ не удавалось, да и самыя срѣзки получались толстыми и неровными. Окрашиваніе производилось преимущественно гематоксилиномъ и сафраниномъ, по способу проф. *Лукьянова*, такъ какъ при этомъ получались особенно демонстративные препараты въ отношеніи размноженія клѣтокъ

Макроскопически срѣзки представляли дольчатое строеніе съ круговидными островками различной величины, уменьшающейся къ периферіи яичниковъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи молодая, по характеру строенія, соединительнотканная строма далеко отступала назадъ предъ другими тканевыми элементами эпителиальнаго характера, съ одной стороны, инфильтрировавшими соединительную ткань, наполняя въ видѣ шнуровъ щелевыя ея пространства, при чемъ самыя эпителиальныя клѣтки были малой величины и полигональной формы во всей своей массѣ. А съ другой стороны, эпителиальныя клѣтки представлялись сформированными въ железистую ткань, макроскопически представлявшуюся въ видѣ круговыхъ фигуръ. При этомъ, однѣ альвеолы, выстланныя рядомъ кубическихъ или почти цилиндрическихъ клѣтокъ, были сплошь выполнены клѣтками полигональной формы, мелкими по величинѣ, а въ другихъ альвеолахъ былъ только упомянутый пристѣночный слой, а полость была свободна. Такіе фокусы эпителиальножелезистой ткани обхватывались соединительнотканнвыми кольцами, дававшими внутрь отростки, переплетавшіеся между собой и образывавшіе альвеолярныя пространства, увеличивающіяся къ центру каждаго фокуса. Въ мѣстахъ разлитой инфильтраціи, соединительнотканевые ходы выстланныя эндотелиальными клѣтками, такъ-же какъ и круговидныя фокусы, представляются увеличивающимися къ центральной части опухолей; отсутствіе бугристости на поверхности, съ одной стороны, объясняется разлитой инфильтраціей межточной ткани раковыми элементами, а съ другой, центральнымъ

положеніемъ наибольшихъ раковыхъ узловъ. Видъ же двойныхъ клубней становится легко понятнымъ въ виду положенія двухъ полостей, выполненныхъ значительнымъ количествомъ жидкости. Эти полости, видимо, образовались насчетъ геморрагическихъ фокусовъ, такъ какъ стѣнки ихъ представляются шероховатыми и имѣютъ внутрь идущіе отростки гребневидной и нитевидной формы. При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнокъ однохарактерныхъ, но болѣе мелкихъ полостей, имѣвшихся во взятыхъ для микроскопическихъ срѣзковъ кускахъ, на шероховатой внутренней ихъ поверхности массажи лежали красные кровяные шарики, которые толстыми шнурами шли въ полостные ходы стѣнокъ и постепенно вытѣснялись раковыми элементами; а мѣстами периферическіе остатки инфильтрированной кровяными шариками ткани обособлялись отъ раковой ткани соединительнотканной перепонкой, дававшей серповидные отростки, оканчивающіеся то въ массѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ, лежащихъ на внутренней поверхности полостей, то въ самыхъ полостяхъ, при чемъ соединительная ткань этихъ отростковъ была бѣдна клѣточными элементами.

Между тѣмъ какъ соединительная ткань на периферіи опухоли была очень богата веретенообразными клѣтками, окрашенныя ядра которыхъ сплошь пронизывали соединительнотканые пучки.

Инфильтраціи бѣлыми кровяными шариками нигдѣ не замѣчалось, такъ что ростъ опухолей обусловивался не отложеніемъ воспалительныхъ продуктовъ, а единственно пролифераціею клѣточныхъ элементовъ, входящихъ въ составъ опухоли тканей. Повидимому, и образованіе геморрагическихъ фокусовъ, при общей бѣдности опухолей сосудами, возможно объяснить тою-же чрезмѣрной пролифераціей раковыхъ элементовъ. Когда раковожелезистый узелъ достигалъ такой величины, что количество питательныхъ соковъ, доставляемыхъ сосудами его периферіи чрезъ артеріолы и капилляры, находящіяся въ массѣ узла, становилось недостаточнымъ для центральныхъ раковыхъ элементовъ, эти послѣдніе погибали, сморщивались, и создавали, такимъ образомъ, мѣста наименьшаго давленія и наименьшей резистентности ткани, гдѣ и происходило кровоизліяніе во время менструальныхъ періодовъ, бывшихъ у больной и тогда, когда яичники представлялись уже раковоперожденными. Такое происхожденіе кровоизліяній тѣмъ болѣе возможно, что артеріолы и капилляры такого узла подверга-

ются давлению со стороны размножающихся раковых клѣтокъ, благодаря чему питаніе сосудовъ разстраивается и они дѣлаются болѣе хрупкими.

Въ общемъ, вся гистологическая картина представляла, такимъ образомъ ничто иное, какъ кистокарциному.

При выясненіи характера пролифераціонной дѣятельности клѣтокъ, наибольшее количество данныхъ наблюдалось въ раковыхъ элементахъ: въ ихъ ядрахъ съ помощью гематоксилино-сафраниновой окраски обнаруживалось все разнообразіе каріокINETическихъ фигуръ.

Покоющіяся ядра раковыхъ клѣтокъ представлялись въ видѣ сфероидальныхъ тѣлецъ, рѣзко обособленныхъ отъ неокрашенной нѣжнозернистой протоплазмы клѣточного тѣла. При помощи гематоксилиновой окраски въ нихъ различалась тонковолокнистая сѣть съ центральной сферой, выполненной неокрашивающимся веществомъ, наполняющимъ также и петли сѣти; въ такихъ ядерныхъ фигурахъ ядрышекъ не замѣчалось. Очень возможно, что въ этихъ ядрахъ ядрышки оказывались выпавшими, такъ какъ весьма часто вмѣсто прозрачной центральной сферы находились плазмозомы, около которыхъ иногда оказывались вчетверо меньшія прозрачныя одиночныя зернушки, какъ-бы спаянныя съ первыми. Ядра, отвѣчающія, по своему строенію, шемѣ *Flemming's*а, находились въ большей половинѣ раковыхъ клѣтокъ; этотъ перевѣсъ ихъ надъ другими клѣтками особенно бросался тамъ, гдѣ была разлитая инфильтрація соединительной ткани раковыми элементами (въ шнурахъ, образываемыхъ ими). Въ ядрахъ другой меньшей половины клѣтокъ замѣчался рядъ измѣненій какъ въ строеніи, такъ и въ химическомъ составѣ, если судить по отношенію ихъ къ краскамъ: гематоксилину и сафранину, нѣкоторыя изъ нихъ особенно рѣзко окрашивались какъ гематоксилиномъ, такъ и сафраниномъ. Всѣ эти ядра по своей величинѣ можно расположить въ рядъ постепенно увеличивающихся. При этомъ, чѣмъ больше ядро, тѣмъ яснѣй въ немъ выступаютъ хроматиновыя радіальноидущія нити, а соединяющія ихъ поперечныя становятся все менѣе и менѣе замѣтными. Параллельно съ этимъ ядерная оболочка мѣстами исчезаетъ, а соотвѣтственно концамъ радіальныхъ нитей утолщается, такъ что нѣкоторыя ядра даютъ картину всесторонне звѣздчатой фигуры, безъ всякой оболочки, а только съ пуговчатыми утолщеніями на концахъ лучей. Мѣстами попадались ядра, въ которыхъ толстая хроматиновая нить

представляла видъ вытянутой спирали, идущей концентрически. Ни каріозомъ, ни плазмозомъ, словомъ, ядрышекъ въ этихъ ядрахъ, какъ чего-то обособленнаго, не наблюдалось. По цвѣту среди нихъ были ядра со всѣми оттѣнками, начиная съ синяго чрезъ фіолетовый до сафраниноваго, переходъ въ который представлялся въ высшей степени рѣзкимъ, причемъ и получаются гиперхроматиновыя фигуры, которыя при высокой установкѣ объектива кажутся состоящими изъ зеренъ, передвигающихся при послѣдовательныхъ болѣе глубокихъ установкахъ объектива то къ центру ядра, то кнаружи, что и говоритъ за связь этой фигуры съ гематоксилино-сафраниновой, въ которой замѣчаются радіальныя хроматиновыя нити, соединенныя, какъ это удастся наблюдать, попарно въ дуги, обращенныя верхушкой къ центру ядра и имѣющія на своихъ периферическихъ концахъ пугочатыя или колбовидныя утолщенія. Гиперхроматиновыя фигуры, опоясанныя свѣтлымъ ободкомъ, отличаются отъ предшествовавшихъ, не имѣющихъ такого ободка, своею меньшею величиною; ихъ хроматиновая масса представляется какъ-бы полученнейшей изъ гематоксилино-сафраниновой фигуры, стянутой нѣсколько къ центру ядра, чрезъ что, понятно, самые сегменты должны сдѣлаться толще и ближе находиться другъ отъ друга. И дѣйствительно, тамъ, гдѣ случайно разрѣзъ проходилъ чрезъ гиперхроматиновую фигуру, оставляя на препаратѣ меньшую половину ея, подъ микроскопомъ оказывался сфероидальный сегментъ прозрачнаго вещества, въ которомъ ясно различались сравнительно толстые сегменты съ булавовидными утолщеніями на концахъ, причемъ вершины дужекъ были видны при высокой установкѣ объектива, а концы при болѣе глубокой. Такое объясненіе происхожденія гиперхроматиновыхъ фигуръ становится тѣмъ болѣе вѣроятнымъ, что въ гематоксилино-сафраниновыхъ фигурахъ хроматиновыя нити имѣютъ ясную сафраниновую окраску, но онѣ гораздо тоньше, нѣжнѣе и легко просвѣчиваютъ, отчего при неполной фокусной установкѣ онѣ и придаютъ всей фигурѣ синефіолетовый оттѣнокъ. Укороченіе этихъ тонкихъ нитей хроматина, при его эластичности, особенно хорошо демонстрируемой связующими нитями двойныхъ вѣнчиковидныхъ, описываемыхъ ниже фигуръ, дастъ утолщеніе дужекъ-сегментовъ и объяснить намъ, съ одной стороны, происхожденіе свѣтлыхъ ободковъ вокругъ гиперхроматиновыхъ фигуръ, а съ другой, насыщенную, какъ сафраниновую, такъ и гематоксилиновую окраску, при простой обработкѣ, а тѣмъ болѣе

при сложной-двойной, гдѣ сафраниновый цвѣтъ, конечно, будетъ преобладать и тѣмъ рѣзче, чѣмъ толще сегменты. Да и, кромѣ того, болѣе тѣсное сплоченіе сегментовъ создаетъ и болѣе неблагоприятныя условія для промывки проникшей между ними краски, особенно, если принять во вниманіе, что и самая промывка сафраниновыхъ, напр., препаратовъ преднамѣренно не идетъ дальше удаленія диффузной окраски изъ экстрауклеарныхъ частей препарата, диффузная же окраска ядеръ остается неприкосновенной. Тамъ, гдѣ случайно проходитъ разрѣзъ бритвой чрезъ такую гиперхроматиновую фигуру, оставляя на препаратѣ лишь сфероидальный сегментъ ея и когда облегчаются, такимъ образомъ, условія промывки, уже онъ будетъ выступать менѣе рѣзко, хотя самыя дужки будутъ также представляться насыщено окрашенными ¹⁾.

Гиперхроматиновыя фигуры, болѣе или менѣе круглыя въ полигональныхъ эпителиальныхъ элементахъ и продолговатыя въ цилиндрическихъ пристѣночныхъ клѣткахъ, не вездѣ имѣли одинаковую величину: одиночно лежащія были больше, а попарно лежащія меньше, причемъ послѣднія изрѣдка очень ясно представлялись лежащими въ одномъ клѣточномъ тѣлѣ, почти вдвое увеличенномъ. Къ гиперхроматиновымъ фигурамъ вполне примыкаютъ по окраскѣ ядерныя, зернистыя вѣнчики, которые лежатъ то одиночно—самыя большіе по величинѣ, то попарно и по три, при этомъ величина ихъ уменьшается сообразно со степенью дѣленія. Очень рѣдко попадались фигуры, состоящія изъ четырехъ спаенныхъ и не вполне сформировавшихся вѣнчиковъ. Одиночныя вѣнчики представляли значительное разнообразіе въ отношеніи количества центрального ахроматиноваго вещества и своей ширины, начиная съ тѣхъ, которые имѣли наименьшую центральную ахроматиновую массу и которые болѣе всего напоминали собою гиперхроматиновыя фигуры, они заканчивались вѣнчикомъ съ наибольшею ахроматиновою массою, хроматиновая-же масса располагалась на периферіи и занимала только меньшую половину радіуса сферы, отличаясь своею большею компактностью и болѣе насыщеннымъ краснымъ цвѣтомъ, даже въ сравненіи съ гиперхроматиновыми фигурами. Какъ будто все дѣло происходило такъ, что сегменты, располагаясь въ экваторіальной плоскости, въ тоже время нѣсколько выпрямлялись,

¹⁾ Возможно, конечно, нѣкоторую долю вліянія на насыщенность окраски отнести и насчетъ *предполагаемыхъ* химическихъ измѣненій (Косинскій).

постепенно отодвигаясь къ периферіи и сплетаясь между собой; дужекъ, при этомъ, уже различить нельзя, видны только булаво-видныя ихъ концевыя утолщенія, то выдающіяся внутрь вѣнчика, то кнаружи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда вѣнчики стояли ребромъ къ глазу, они представлялись въ видѣ особенно насыщенныхъ красныхъ то одиночныхъ, то двойныхъ пластинокъ, измѣняющихся въ величинѣ, при различной установкѣ объектива. Наблюдать по бокамъ ребромъ стоящихъ вѣнчиковъ ясныхъ хроматиновыхъ веретенъ, состоящихъ изъ нитей, опирающихся на хроматиновые пластинки, не удавалось; изрѣдка попадались картины, намекающія на существованіе этихъ веретенъ: то масса клѣточного тѣла имѣла треугольную форму съ той и другой стороны экваторіальной пластинки, то у середины самой пластинки наблюдалась кучка неправильно разбросанныхъ неокрашенныхъ зеренъ. Двойные вѣнчики часто оказывались соединенными одной, двумя и тремя хроматиновыми нитями, постепенно утончающимися отъ одного изъ нихъ по направленію къ другому, что указывало на ихъ происхожденіе изъ одного большаго вѣнчика чрезъ разщепленіе. Трехвѣнчиковыя фигуры имѣли сравнительно малые вѣнчики, стоявшіе по отношенію другъ къ другу, какъ грани трехгранной призмы и связанные хроматиновыми нитями, или-же они лежали въ одной плоскости спаянными между собой.

Если теперъ всѣ эти формы измѣненныхъ ядеръ подвести подъ схему, данную *Flemming*’омъ и др. для не прямого дѣленія клѣтокъ, то крупныя ядра съ накопляющимся по радіусамъ хроматиномъ, имѣющимъ еще оболочку, должны быть отнесены къ фазѣ материнскаго клубочка; крупныя гематоксилино-сафраниновыя и гиперхроматиновыя фигуры, гдѣ ядерной оболочки уже нѣтъ, будутъ соответствовать материнской звѣздѣ; крупныя вѣнчковые фигуры—экваторіальной пластинкѣ, распадающейся на два и три вѣнчика, превращающіеся въ малыя гиперхроматиновыя и, послѣдовательно, въ гематоксилино-сафраниновыя фигуры, соответствующія стадіи дочернихъ звѣздъ, и, наконецъ, стадія клубочка будетъ состоять изъ такихъ-же фигуръ, какъ и материнскій клубочекъ, только меньшихъ по величинѣ и расположенныхъ попарно или по три. Такъ что, въ общемъ, явленія каріокинеза въ данной опухоли шли въ раковой ткани обычнымъ для эпителия путемъ; въ частности-же, они представляли нѣкоторыя особенности. Это, во первыхъ, мультиполярное дѣленіе, главнымъ образомъ, на три дочернія каріокинетическія фигуры (вѣнчики) и, во вторыхъ, соединеніе дочернихъ вѣнчиковъ хрома-

тиновыми нитями. Далѣе, врядь-ли возможно уже совсѣмъ скептически отнести къ происхожденію пуговчатыхъ и булавовидныхъ утолщеній на концахъ сегментовъ, всецѣло объясняя ихъ малою пригодностью разведеннаго болѣе, чѣмъ на половину алкоголя, какъ фиксирующаго живыя клѣточные картины вещества, сравнительно съ предлагаемыми концентрированными растворами сулемы или 96° спиртомъ, при которыхъ вслѣдствіе свертыванія и осажденія бѣлковыхъ веществъ тотчасъ-же получается капсула вокругъ уплотняемаго куска и внутрь его попадаютъ уже малыя количества, растворяющіяся въ жидкости уплотняемыхъ тканей. причемъ клѣтки, въ первомъ случаѣ, хотя встрѣчаются съ сильнымъ ядомъ для нихъ, а во второмъ, съ тѣмъ-же разведеннымъ алкоголемъ. А между тѣмъ обработка сулемой получила полныя права гражданства, а алкоголь является первымъ уплотняющимъ веществомъ въ способѣ д-ра *Пржевоскаго*, опубликованномъ имъ въ послѣднее время. Поэтому кажется, что не будетъ большой натяжкой допустить вѣроятную прижизненность упомянутыхъ утолщеній, тѣмъ болѣе, что проф. *Лукьяновъ* въ своихъ изданныхъ лекціяхъ ¹⁾, описывая структуру ядра, говорить о пуговчатыхъ окончаніяхъ нитей остова въ оболочкѣ нормальнаго ядра. Правда, проф. *Лукьяновъ* съ свойственной ему осторожностью не говоритъ вполне утвердительно объ этихъ утолщеніяхъ, но въ препаратахъ данной опухоли булавовидныя утолщенія на концахъ сегментовъ были въ высшей степени демонстративны и на ихъ долю также, отчасти, должна быть отнесена гиперхроматиновая окраска среднихъ каріокинетическихъ фигуръ: они еще больше сближали сегменты между собой и затрудняли промывку препарата.

По указанію проф. *Лукьянова* было обращено вниманіе и на деконструктивныя явленія, существованіе которыхъ въ каріокинетическихъ фигурахъ было доказано въ его лабораторіи *Штейнгаусомъ*. И дѣйствительно, хотя рѣдко, но все-же въ препаратахъ данной опухоли попадались хроматиновые фигуры, гдѣ ребромъ стоящій вѣнчикъ былъ соединенъ хроматиновой нитью съ компактною массою хроматина, величиной втрое меньшею вѣнчика. Въ нѣкоторыхъ ядрахъ все хроматиновое вещество имѣя гиперхроматиновую окраску, состояло изъ зеренъ различной величины, то разрозненныхъ, то соединенныхъ тончайшими хроматиновыми нитями.

¹⁾ 1-я лекція, 7 стр.

Въ эпителиальныхъ раковыхъ клѣткахъ встрѣчались и вѣ-ядерныя включенія, то въ формѣ лунныхъ серповъ, то сфероидальныя, то ввидѣ эллипсоида съ свѣлымъ поясомъ, какъ будто его содержимое отдвинулось ко полюсамъ, оставивъ свѣтлую, мало окрашенную полосу всѣ эти включенія имѣли насыщено красный цвѣтъ.

Въ другихъ тканяхъ опухоли уже не было такого ясно выраженаго каріокинетическаго процесса. Только въ эндотелиѣ, выстилавшемъ расширенныя раковою тканью соединительно тканые ходы, изрѣдка попадались фигуры ясно каріокинетическаго характера: то стадіи дочернихъ звѣздъ, то дочернихъ клубочковъ, приче́мъ, въ послѣднемъ случаѣ, только начинала выступать линія дѣленія увеличеннаго клѣточного тѣла. Но каріокинетическія фигуры въ эндотелиѣ были бѣдны хроматиновыми сегментами, при чемъ нужно замѣтить что утолщеній на своихъ концахъ послѣдніе не имѣли (не смотря на спиртовую обработку). Въ общемъ, всѣ эндотелиальныя ядра представляли большое разнообразіе по величинѣ и формѣ, начиная съ малыхъ почти сфероидальныхъ и кончая большими эллипсоидальными, въ которыхъ блѣднозернистое вещество значительно преобладало надъ хроматиновымъ, представлявшимся ввидѣ очень тонкихъ сафраниново красныхъ нитей, выходящихъ изъ хроматиновыхъ узловъ неправильной формы и расположенныхъ болѣе периферически, чѣмъ центрально.

Въ соединительнотканыхъ пучкахъ, разграничивающихъ опухолевые массы, замѣчалось только разнообразіе насыщенности окраски продолговатыхъ ядеръ веретенообразныхъ клѣтокъ, въ плоскихъ же клѣткахъ очень часто попадалось по два ядра, приче́мъ въ одномъ случаѣ два такихъ ядра, рѣзко выступающихъ по окраскѣ, съ ясными сегментами и оболочками, были соединены съ помощью дугообразно идущей хроматиновой нити. Пролифераціонный процессъ, видимо, существовалъ, но ясныхъ картинъ для выясненія его хода не было.

Этотъ фактъ неполноты и неясности картинъ размноженія во всѣхъ, кромѣ эпителиальной, тканяхъ опухоли даетъ право отрицать эндотелиальную натуру ея и тамъ, гдѣ имѣется разлитая инфильтрація, такъ какъ въ межсоединительнотканыхъ шнурахъ опухоли каріокинетическія фигуры были такъ же полны и имѣли тотъ же характеръ, какъ и тамъ, гдѣ она представляла типическій кистокарциноматозный характеръ ¹⁾.

¹⁾ Картины каріокинеза изъ данной опухоли демонстрировались профессо-

Оцѣнивая всѣ гистологическія данныя съ клинической точки зрѣнія, необходимо признать опухоль данной больной въ высшей степени пролиферирующей и, слѣдовательно, злокачественной, чѣмъ и объясняются всесторонніе метастазы. Но всего этого, въ полности, касающагося какъ степени злокачественности опухоли, такъ и ея метастазовъ, а равно и отсутствія спаекъ съ тазовыми органами, точно діагносировать не было никакой возможности. У больной, какъ упомянуто выше, не было совсѣмъ ни тупыхъ, ни стрѣляющихъ произвольныхъ болей въ тазовой области, свойственныхъ раковымъ пораженіямъ яичниковъ; не было у ней и болей въ правомъ подреберьи, а равно и желтухи. Въ дугласовомъ пространствѣ раковыхъ узловъ *не ощущывалось* и, по *Schröder*'у, не представлялось противупоказаній къ операціи. Въ лѣвой подчлвчичной области наблюдалась твердая железка—начало увеличенія железъ, выставяемое *Froisier*¹⁾, на основаніи 27 случаевъ, сообранныхъ въ литературѣ и изъ своей практики, какъ признакъ ракового пораженія вообще органовъ брюшной полости и какъ противупоказаніе къ хирургическому вмѣшательству. Можно было, конечно, выпустить асцитическую жидкость и тщательнѣй изслѣдовать брюшные органы, опредѣлить составъ самой жидкости и ея высокій удѣльный вѣсъ (1,020), свойственный раковымъ пораженіямъ брюшины; но и тогда мы не вполне ознакомились-бы со всею клинической картиной даннаго случая. А что важнѣе всего, мы ни на шагъ не подвинулись-бы въ опредѣленіи средствъ для облегченія страданій больной: убѣжденіе въ карциноматозномъ характерѣ перитонита, а особенно, въ существованіи метастазовъ въ печени скорѣе бы заставило предполагать чистый раковый характеръ опухолей и ихъ срщенія съ органами таза и, такимъ образомъ, получился бы цѣлый рядъ противупоказаній къ оваріотоміи. А между тѣмъ, лапаротомія, предпринятая съ діагностическою цѣлью и окончившаяся удаленіемъ обѣихъ опухолей яичниковъ, ввиду ихъ свободного положенія несомнѣнно уллучшила общее состояніе больной, избавивъ ее отъ дизуріи и частаго позыва къ мочеиспусканію, что составляло главную жалобу больной.

рамъ: *Ястребову* и *Лукьянову* и прозектору патологоанатомическаго кабинета Варшавскаго университета д-ру *Пржевоскому*.

¹⁾ 1889 г., № 16 Врача, реф. 336.

VII.

СЛУЧАЙ ЗАРАЩЕНІЯ ВЛАГАЛИЩА СЪ ОБРАЗОВАНИЕМЪ НАЕМАТОМЕТРА И НАЕМАТОСОЛПРОС ПОСЛЪ ПЕРВЫХЪ РОДОВЪ.

Д-ра А. А. Литкенса. (Орель).

Въ женское отдѣленіе Орловской губернской больницы 12 февраля 1893 г. поступила крестьянка Шимакова съ жалобой на ростъ живота и сильныя боли въ немъ. Родила первый разъ 6 мѣсяцевъ тому назадъ. Роды трудныя, ребенокъ родился мертвымъ. Послѣ родовъ хворала 3 недѣли. Измѣренія таза дали tr. 29, sp. 25 cr., 26, conj. ext. 16.

Общее состояніе больной хорошее, температура нормальная. временами схватки въ животѣ. Почти на уровнѣ пупка прощупывается плотная опухоль, исходящая изъ таза, малоподвижная, расположенная по средней линіи и напоминающая 2 шара, сидящіе одинъ на другомъ. Палецъ, введенный во влагалище, входитъ только до перваго сустава. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку тотчасъ за сфинктеромъ встрѣчается сегментъ большаго упругаго шара. Было ясно, что я имѣлъ дѣло съ заращеніемъ влагалища и скопленіемъ крови въ выше лежащихъ органахъ. Произведенъ мною горизонтальный разрѣзъ шириною около $3\frac{1}{2}$ стп. Толща ткани, отдѣлявшей нижній отрѣзокъ влагалища отъ верхняго оказалась около 2 сент. Черезъ разрѣзъ вышла масса шоколаднаго цвѣта частью жидкой, а частью тягучей крови. Полость матки промыта сулемой и затампонирована іодоформенной марлей. Черезъ 2 дня марля удалена и матка сократилась почти до нормы. При послѣдующемъ лѣченіи было сдѣлано нѣсколько надрѣзовъ въ узкомъ мѣстѣ влагалища и введены каучуковые расширители. Температура все время нормальная. Черезъ мѣсяць больная выписалась вполне здоровой и способной къ акту coitus.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ восьмой).

ПРОТОКОЛЬ № 12.

Засѣданіе 11-го марта 1893 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 26 членовъ; Вацевичъ, Бадеръ, Брандтъ, Вастень, Верцинскій, Воробьевъ, Гермониусъ, Гриневъ, Даниловичъ, Драницынъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигродскій, Лилъевъ. Массень, Оттъ, Рузи, Савченко, Садовскій, Салмановъ, Стравинскій, Строгоновъ, Урвичъ, Фишеръ А. Р., Эберманъ, Эйхфусъ и 8 гостей.

1) Читанъ протоколь № 11.

По прочтеніи протокола *В. В. Строгонова* просилъ прибавить къ нему слѣдующее:

По поводу сообщенія д-ра *Садовскаго*, я также имѣю возможность сообщить о рядѣ опытовъ съ прививкой патогенныхъ микробовъ кроликамъ.

Цѣлью этихъ прививокъ было выяснитъ вопросъ, находятъ-ли патогенные микробы въ вагинѣ кроличихъ благоприятныя условія для своего существованія, или наоборотъ.

Такого рода опытовъ, на сколько мнѣ извѣстно, еще нѣтъ.

Опыты *Straus'a* и *Sauche Toledo, Pevaire'a* и *Масловскаго* имѣли цѣлью выяснитъ вопросъ, заражаетъ-

ли *staphylococcus* и другіе микробы кроликовъ, морскихъ свинокъ, собакъ и проч., но за судьбой привитыхъ микробовъ они не слѣдили.

Всѣхъ опытовъ сдѣлано мною 21 на 8 кроличихахъ слѣдующимъ образомъ. Послѣ стерилизаціи влагалищнаго входа спиртомъ и эфиромъ, а въ первыхъ 2-хъ опытахъ и растворомъ сулемы, я вводилъ въ вагину кроличихъ платиновой петлей чистую разводку патогенныхъ микробовъ (4 раза *streptococcus pyogenes*, 17 разъ *staphyloc. pyogenes albus* и *aureus*; заразительность стафилококковъ была доказана прививками тѣмъ-же кроличихамъ подъ кожу, причемъ развивались абсцессы). Стафилококки примѣнялись наиболѣе часто потому, что они наиболѣе стойки и наиболѣе часто встрѣчаются въ половомъ каналѣ женщины.

Тотчасъ послѣ введенія я снова стерилизовалъ влагалище и дѣлалъ прививку на желатину изъ влагалища, а затѣмъ разливалъ ее на пластинки. Это дѣлалось ради того чтобы показать, что количество введенныхъ кокковъ значительно и что стерилизація входа влагалища ихъ не уничтожаетъ. Дѣйствительно, на разливахъ развивалось обыкновенно тысячи колоній. Черезъ 1—2 дня снова дѣлались изъ влагалища прививки на желатину и агаръ и разливки. Обыкновенно получалось рѣзкое уменьшеніе бактерій. Такъ въ послѣднихъ 6-ти случаяхъ черезъ 2 дня число развившихся колоній было отъ 4 до 21, причемъ только у одной кроличихи былъ констатированъ гноеродный стафилококкъ. Прививки и разливки, сдѣланныя черезъ 9 дней отъ каждой кроличихи по 6 пробирокъ желатины дали развитіе только нѣсколькихъ колоній микроорганизмовъ, причемъ только у одной кроличихи на разливкѣ и въ одной пробиркѣ получилось развитіе микроба, похожаго на стафилококка. Одинаково поставленные другіе опыты дали приблизительно тѣ же результаты. Подобное уничтоженіе наблюдалось и относительно *streptococcus pyogenes*. Кромѣ того прибавлю, что всѣ кроличихи пользовались во все время опытовъ прекраснымъ здоровьемъ, отъ прививки въ нихъ не было замѣчено никакой перемѣны, за исключеніемъ нѣсколько усиленнаго выдѣленія изъ влагалища въ 5—6 опытахъ. 2 изъ нихъ наблюдались около года, причемъ 1-я 5 разъ подвергалась

прививкамъ и живетъ до сихъ поръ. Черезъ 2 дня послѣ первой прививки, она разрѣшилась доношенными плодами, никакихъ слѣдовъ послѣродового заболѣванія не было. 2-я кроличиха 3 раза подвергалась прививкамъ; послѣ одной изъ нихъ произошло зачатіе, и родоразрѣшеніе послѣдовало во время нормальными плодами.

Я не пытался выяснитъ, чѣмъ обусловливалось это исчезаніе патогенныхъ микробовъ изъ влагалища.

Въ виду того однако, что отдѣленій изъ влагалища все время было очень мало, больше данныхъ думать, что они исчезали вслѣдствіе губельныхъ вліяній на нихъ содержамаго влагалища.

На основаніи этихъ опытовъ, сдѣланы слѣдующія заключенія:

1. Патогенные микробы въ большинствѣ случаевъ быстро исчезаютъ изъ вагины кроличихъ.

2. Введеніе патогенныхъ микробовъ (*staphylococcus* и *streptococcus*) въ вагину кроличихъ не сопровождалось никакимъ видимымъ измѣненіемъ ихъ состоянія.

3. Повторное введеніе давало тотъ-же результатъ.

4. Беременность и роды при этомъ не сопровождались никакими заболѣваніями.

Эти результаты имѣютъ, на мой взглядъ, большое значеніе. Они показываютъ, что одно только присутствіе патогенныхъ микробовъ въ половомъ каналѣ не даетъ права заключить, что въ дальнѣйшемъ наступитъ заболѣваніе.

Нѣкоторые изслѣдователи заявляли, что при доказанномъ присутствіи патогенныхъ микробовъ во влагалищѣ, признаніе самозараженія представляется неизбѣжнымъ. Это далеко не такъ; нужны еще какія-то благопріятныя условія, чтобы наступило зараженіе, въ громадномъ-же большинствѣ случаевъ организмъ обладаетъ способностью устранять этихъ своихъ враговъ.

Протоколъ № 11-й утвержденъ.

2. *Т. П. Серезниковъ* сообщил о случаѣ двойной матки, который онъ наблюдалъ въ Повивальномъ Институтѣ *В. К. Елены Павловны*.

Въ преніяхъ по этому сообщенію участвовали *Д. О. Оттъ* и *А. И. Заминъ*, при чемъ

На вопросъ *Д. О. Отта*, въ томъ, что не было сдѣлано изслѣдованія одновременно двумя зондами для опредѣленія, нѣтъ-ли сообщенія между полостями маточныхъ шеекъ,—*А. И. Заминъ* возразилъ, что подобное изслѣдованіе имѣлось въ виду, но онъ воздержался отъ него по слѣдующимъ соображеніямъ: большая матка (лѣвая) была очень вяла, дрябла, вслѣдствіе недавняго аборта и плохаго обратнаго развитія, правая же, хотя и здоровая; но, вѣроятно, съ очень тонкими стѣнками, такъ какъ, при нормальной для нерожавшей полости (6 см.), представлялась очень вытянутой, малообъемистой. При этомъ мы знаемъ, что при наличности подобныхъ пороковъ развитія очень часто замѣчается рѣзкое отклоненіе отъ нормальнаго строенія стѣнокъ матки. Изслѣдованіе двумя зондами одновременно представляетъ при самомъ осторожномъ манипулированіи довольно грубый insultъ, въ особенности въ виду очень узкаго праваго рукава; поэтому *А. И. Заминъ* ограничился подробнымъ обшлѣдованіемъ пуговкой зонда слизистой оболочки полости шейки и убѣдился, что нигдѣ нѣтъ углубленія, которое могло бы указывать на существованіе отверстія, сообщающагося съ сосѣдней полостью.

Э. Д. О. Оттъ сообщилъ о случаѣ произведенной имъ симфизеотоміи.

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

ПРОТОКОЛЬ № 13.

Засѣданіе 8-го Апрѣля 1893 года.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали почетный членъ А. Я. Крассовскій, 37 членовъ: Бацевичъ, Виддеръ, Влонскій, Виридарскій, Гавронскій, Гермоніусъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій В. Н., Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигродскій, Личкусъ, Марцынkevичъ, Массенъ, Мершъ, Мисевичъ, Оттъ, Полонскій, Поршняковъ, Рачинскій, Родзевичъ, Рузи, Рутковскій, Салмановъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Чагинъ, Швердловъ, Штоль, Штольцъ, Эйхфусъ, Янпольскій и 25 гостей.

1) *К. Ф. Славянскій* открылъ засѣданіе слѣдующими словами:

24-го минувшаго марта мѣсяца въ г. Астрахани умеръ дѣйствительный членъ нашего общества докторъ медицины и акушеръ *Александръ Ерофьевичъ Ваденюкъ*. Покойный товарищъ родился 8 декабря 1850 года въ обстановкѣ православной крестьянской семьи Луцкаго уѣзда Волынской губерніи и въ 1870 году былъ принятъ казеннымъ воспитанникомъ въ Университетъ Св. Владиміра въ г. Кіевѣ, гдѣ и получилъ степень лѣкаря въ 1875 году. Уже сразу по окончаніи курса судьба указала ему путь практическаго врача-акушера; состоя два года ординаторомъ акушерской клиники, онъ въ то время могъ богато пользоваться только практическимъ матеріаломъ, такъ какъ клиника того времени въ Кіевѣ не обладала еще тѣми современными научными пособіями, какими она пользуется въ настоящее время. Въ 1878 году мы встрѣчаемъ

уже А. Е. въ Петербургѣ, состоящимъ ординаторомъ Родовспомогательнаго заведенія, сдающимъ экзаменъ на степень доктора медицины въ нашей Академіи и усиленно занимающимся у постели роженицы изученіемъ вліянія нѣкоторыхъ медикаментовъ на внутриматочный плодъ, изслѣдуя, послѣ того какъ роженица получила то или другое лекарственное вещество, состояніе плода—его сердцебіеніе и затѣмъ новорожденнаго ребенка—его мочу, вѣсъ и особенности его первыхъ дней жизни. Результатомъ этихъ работъ была диссертация покойнаго товарища подъ заглавіемъ «Къ вопросу о вліяніи медикаментовъ на внутриматочный плодъ — вліяніе хинина на плодъ», по защитѣ которой А. Е. былъ удостоенъ Академіею степени доктора медицины въ 1885 году. Въ этомъ же году онъ получилъ назначеніе завѣдывать родильнымъ отдѣленіемъ Астраханскаго приказа общественнаго призрѣнія, имѣющемъ при себѣ повивальную школу.

Вступивъ въ завѣдываніе этимъ отдѣленіемъ уже вполне самостоятельно, мы видимъ на сколько умѣло воспользовался А. Е. своими практическими знаніями въ борьбѣ съ послѣродовыми заболѣваніями и смертностью послѣ родовъ. Начиная съ 1886 года—съ его поступленія % заболѣваній и смертности выражаются слѣдующими цифрами:

1886 г.	15,3 %	заболѣваній	1,10 %	смертности.
1887 »	10,6 »	»	0,0 »	»
1888 »	12,0 »	»	0,86 »	»
1889 »	19,0 »	»	1,49 »	»

Цифры эти безспорно указываютъ на весьма плодотворную борьбу съ заразой въ отдѣленіи больницы и при томъ еще съ повивальной школой.

Какъ практически хорошо образованный акушеръ А. Е. тотчасъ же занялъ первое мѣсто въ частной практикѣ г. Астрахани. Не будучи избалованнымъ съ дѣтства и не имѣя страсти къ наживѣ,

исполняя свой долгъ одинаково честно какъ въ обстановкѣ семей богатыхъ, такъ и въ убогой хижинѣ простолюдина, А. Е. весьма быстро снискалъ общее довѣріе и любовь между мѣстнымъ населеніемъ. Здѣсь, въ далекѣ отъ мѣста его занятій, мнѣ много разъ приходилось слышать отъ бывшихъ его больныхъ весьма лестные отзывы объ его дѣятельности и за послѣдніе годы—годы его болѣзни не мало сожалѣній и опасеній за его дорогую жизнь высказывали люди, знавшіе его па дѣлѣ. Не долго выдержало здоровье А. Е. въ постоянной борьбѣ съ болѣзнями и уже на 43 году жизни его не стало.

Миръ праху твоему, товарищъ, честно и не-утомимо несшій крестъ практическаго врача!

Общество почтило память покойнаго вставаніемъ.

2) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 12.

3) *Э. Ф. Биддеръ* сообщилъ о *случаѣ симфизеотоміи*. 2-го марта въ Родовспомогательное Заведеніе поступила 18-лѣтняя первородящая съ общесъуженнымъ плоскимъ рахитическимъ тазомъ (истинный прямой отъ $7\frac{1}{4}$ до $7\frac{1}{2}$ см.). Роды срочные. Боли,—то слабыя, то судорожныя,—по временамъ совсѣмъ прекращались. Головка—надъ входомъ. Сердцебіеніе плода слышно ясно. Въ такомъ состояніи больная оставалась нѣсколько дней.

7 марта, утромъ, отмѣчено слѣдующее: зѣвъ на 4 поперечныхъ пальца; воды стоятъ; головка надъ входомъ, сердцебіеніе слышно ясно; признаки эндометрита; повышенная температура, гнойныя выдѣленія. Въ тотъ же день вскорѣ сошли воды и головка опустилась на входъ таза. Въ виду подобнаго состоянія больной, явилась необходимость кончить роды возможно скорѣе. Хотя этого и можно было бы достигнуть прободеніемъ головки плода съ послѣдующей краниоклазией, но докладчикъ отказался отъ подобнаго образа дѣйствія потому, что при этомъ пришлось бы пожертвовать жизнью плода. Сохраняющее кесарское сѣченіе, при наличности вышеуказанныхъ условій, было бы неумѣстно; операція же *Porro*, помимо того, что она составляетъ весьма серьезное вмѣшательство, была нежела-

тельна и потому, что больная на всю жизнь осталась бы калѣкой. Такимъ образомъ, единственное пособіе, на которомъ можно было остановиться, было разсѣченіе лоннаго соединенія. Операциа произведена обыкновеннымъ образомъ. Разрѣзъ начать на 2 см. надъ верхнимъ краемъ лона и доведенъ до крайней плоти похотника. Лонное соединеніе разрѣзано на всемъ протяженіи; концы лонныхъ костей разошлись на 1½ см. Нанесенная рана сейчасъ же затампонирована іодоформной марлей. Головка опустилась въ поперечный размѣръ входа. Наложены щипцы захватили ее въ прямомъ размѣрѣ, такъ что она была извлечена въ поперечномъ размѣрѣ таза, причемъ лонныя кости разошлись на 5½ см. Слѣды отъ щипцовъ остались на затылкѣ и личикѣ новорожденнаго, извлеченнаго въ асфиксій, но вскорѣ оживленнаго. По удаленіи тампона — незначительное кровотеченіе, остановленное однимъ швомъ, наложеннымъ на пещеристое тѣло похотника. Затѣмъ приступлено къ зашиванію раны. Концы лонныхъ костей сближены на столько, что между ними оставалась лишь незначительная бороздка. Глубокіе швы захватили и надкостницу. Затѣмъ наложены поверхностные швы и повязка изъ марлевыхъ бинтовъ. Послѣродовой періодъ протекъ благополучно. Больная съ 1-го же дня мочилась сама и чувствовала себя очень хорошо. Температура оставалась повышенной около 4—5 дней, вслѣдствіе нагноенія около уколовъ швовъ. На 6-й день, по удаленіи послѣднихъ, она упала. Небольшія вечернія повышенія появлялись, однако, до 17 дня. На 19-й день больная встала. Сначала она ходила очень боязливо, но теперь, какъ въ этомъ могли убѣдиться и присутствовавшіе, ходить хорошо и самоувѣренно. Поверхность лоннаго соединенія совершенно гладкая; нижній край немного расходится, но само лонное соединеніе почти неподвижно.

А. К. Гермоніусъ замѣтилъ, что ребенокъ, отправленный въ Воспитательный Домъ, случайно попалъ въ его палату; вслѣдствіе этого онъ можетъ сообщить Обществу вѣкоторыя дополнительныя свѣдѣнія. Ребенокъ, при поступленіи, вѣсилъ 2500 грм., при длинѣ въ 46 см. и горизонтальной окружности головки въ 32 см. Вѣсь его съ теченіемъ времени продолжалъ падать; и черезъ 2 недѣли по поступленіи онъ захворалъ катарральнымъ воспаленіемъ легкаго. Въ настоящее время состояніе здоровья его внушаетъ серьезныя опасенія.

Д. О. Оттз отмѣтил тотъ фактъ, что операція увѣнчалась полнымъ успѣхомъ, не смотря на то, что концы лонныхъ костей не были сближены до *полнаго соприкосновенія* (между ними оставалась бороздка).

4) *Д. О. Оттз* показалъ придуманный имъ приборъ для удерживанія въ надлежащемъ неподвижномъ положеніи костей таза послѣ симфизеотоміи. Приборъ этотъ, вѣсомъ въ $3\frac{1}{2}$ ф., состоитъ изъ 2-хъ металлическихъ вогнутыхъ продолговатыхъ чашекъ, внутренняя поверхность которыхъ представляетъ отпечатокъ верхней части бедра соотвѣтственно вертлугамъ; онѣ помѣщаются на бедрахъ и по желанію могутъ быть сближены до надлежащей степени винтомъ на рычагѣ, соединяющемъ чашки. Имѣющіеся ремни, застегивающіеся на пуговкахъ чашекъ, служатъ для удержанія повязки. Внутри чашекъ помѣщаются кожанья, набитыя волосомъ подушки для устраненія давленія на мягкія части. Приборъ этотъ, испытанный докладчикомъ, какъ на больныхъ, такъ и на самомъ себѣ и другихъ лицахъ, вполне удовлетворяетъ своему назначенію.

5) *А. Я. Крассовскій* показалъ, устроенный имъ съ тою-же цѣлью *деревянный приборъ*.

6) *А. А. Драницынъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ слѣдующіе препараты: а) Надвлагалищно срѣзанную матку, вслѣдствіе фиброміомы. вмѣстѣ съ маткою и опухолью вырѣзанъ одинъ яичникъ; другой оставленъ. б) Три вырѣзанныя черезъ влагалище матки, пораженныя ракомъ. в) Препаратъ внѣматочной (трубной) беременности. г) Кровяной сгустокъ, представляющій слѣпокъ всей внутренней поверхности матки и части правой трубы. Слѣпокъ этотъ макроскопически весьма легко можно принять за отпадающую оболочку. Только подъ микроскопомъ выяснилась истинная природа его.

А. Я. Крассовскій спросилъ, по поводу 1-го препарата, почему оставленъ второй яичникъ? Не можетъ ли это обстоятельство въ будущемъ обусловить haematocoele или гематому?

Д. О. Оттз возразилъ, что на основаніи имѣющихся въ наукѣ данныхъ, подобныхъ осложненій ждать нельзя и что, наоборотъ, здоровые яичники слѣдуетъ всегда оставлять, такъ какъ оскопленіе обуславливаетъ преждевременный климахъ со всеми его послѣдствіями.

К. Ф. Славянскій присоединился къ этому мнѣнію, заявивъ еще разъ, что удалить слѣдуетъ только больной органъ; удалить же здоровый изъ боязни,

что онъ, быть можетъ, заболѣеть, нѣтъ никакого основанія. Наоборотъ, если въ какомъ либо органѣ, напр. яичникѣ, рядомъ съ больною тканью существуетъ и здоровый участокъ, то слѣдуетъ по возможности сохранить послѣдній, удаливъ только заболѣвшее. Въ литературѣ нѣтъ ни одного указанія на то, чтобы оставленный яичникъ обусловилъ haematocoele или гематому.

Д. О. Оттз по поводу 3-го препарата замѣтилъ еще приблизительно слѣдующее: я очень радъ, что и проф. *Н. Н. Феноменовъ* признаетъ выскабливаніе (см. «Врачъ» 1893 г., стр. 357) за вполне обоснованное распознавательное средство при иномѣстной беременности. Способъ этотъ, въ свое время впервые примѣненный у насъ мною и вызвавший, какъ извѣстно, много возраженій со стороны нѣкоторыхъ, можетъ въ настоящее время считаться вполне привившимся.

7) *Д. О. Оттз* говорилъ объ оперативной техники случаевъ пузырно-влагалищныхъ свищей съ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала, причемъ показалъ двухъ больныхъ; у первой было полное разрушеніе мочеиспускательнаго канала и значительное поврежденіе задней стѣнки пузыря. Такъ какъ уже до докладчика одинъ изъ провинціальныхъ товарищей примѣнилъ способъ *Rose, obliteratio vulvae rectalis*, но не удачно, то *Д. О. Оттз* пришлось только, такъ сказать, довершить операцію: искусственно образованный кишечно-влагалищный свищъ оказался вполне удовлетворяющимъ цѣли; не удалась только colpocleisis. Закрывъ оперативнымъ путемъ влагалище, докладчикъ далъ больной возможность задерживать мочу на 2—3 часа. У второй больной имѣлась громадная потеря вещества въ передней стѣнкѣ влагалища и уретрѣ. *Д. О. Оттз* произвелъ colpocleisis и episio-kleisis до похотника, оставивъ подъ послѣднимъ лишь небольшое отверстіе, пропускавшее зондъ небольшой толщины. Такимъ образомъ образовался искусственный каналъ, выстланный многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ. Докладчикъ имѣлъ въ виду сначала закрывать это отверстіе целотомъ, но, къ удивленію его, больная и безъ послѣдняго отлично удерживаетъ мочу—тѣмъ лучше, чѣмъ мочи больше. Слѣдуетъ прибавить, что до *Оттз* подобная операція еще никѣмъ не производилась.

8) *Д. О. Оттз* сдѣлалъ сравнительную оцѣнку способовъ ручнаго изслѣдованія черезъ прямую кишку. Какіхъ результатовъ можно добиться при изслѣдованіи однимъ пальцемъ, хорошо извѣстно каждому. Что же касается до изслѣдо-

ванія 2 пальцами, то оно даетъ тѣ же результаты, что и изслѣдованіе полной рукой: можно ощупать полость малаго таза и незначительный участокъ, лежащій выше; но оба послѣднихъ способа изслѣдованія крайне болѣзненны и требуютъ наркоза; изслѣдованіе же всей рукой, кромѣ того, и не безопасно: возможны разрывы сывороточнаго и мышечнаго слоевъ кишки. Остановившись за тѣмъ на тѣхъ способахъ, при которыхъ указательный палецъ вводится въ кишку, а большой во влагалище или наоборотъ и которые всѣмъ извѣстны, докладчикъ обратилъ вниманіе слушателей на слѣдующій способъ: *средній палецъ вводится въ кишку, а указательный во влагалище*. Ощупывать, разумѣется, слѣдуетъ ладонной поверхностью, а не лучевой, какъ это изображено у *Auward'a*. Въ заключеніе *Ottmz* прибавилъ, что данный способъ не исключаетъ, само собою понятно, всѣ остальные: онъ пригоденъ лишь при ощупываніи высоко лежащихъ опухолей.

9) *К. П. Улезко-Строгонова* (изъ клиники *Д. О. Отта*) сдѣлала сообщеніе подъ заглавіемъ: «*Къ патологій кистъ дѣвственной плевы и влагалища*». Больная, 18 л., замужемъ 2 года, не рожала. Мѣсячныя носить по 7 дней, обильныя, сгустками. Года 1½ замѣтила въ области дѣвственной плевы постоянно увеличивавшійся прыщикъ. На передней поверхности дѣвственной плевы, справа, начиная съ середины ея и до самаго верхняго края, упругая опухоль съ лѣсной орѣхъ.

Вблизи, на право-задней стѣнкѣ влагалища, опредѣляется другая, подобная же опухоль, но болѣе плотная. Новообразованія эти удалены *Д. О. Оттомз*. Содержимое кисты дѣвственной плевы оказалось совершенно жидкимъ, цвѣта кофейной гущи. Подъ микроскопомъ оно представляетъ элементы крови, бѣлые и красные шарики, волокнину и зернистые шары. Киста цѣликомъ была заключена въ парафинъ послѣ предварительнаго оплотнѣнія въ 90% и безводномъ спиртахъ. На предъявленныхъ микроскопическихъ препаратахъ видно, что срѣзы, окрашенные квасцевымъ карминомъ, удалось сдѣлать черезъ всю кисту. Толщина стѣнокъ ея около 1½—2 мм. Эпителій дѣвственной плевы вполнѣ сохранился и отчетливо выступаетъ, какъ многослойный плоскій эпителий слизистой оболочки влагалища. Внутренняя же стѣнка кисты сплошь

выстлана однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, мѣстами съ вполне сохранившимися рѣсничками. Подлежащая соединительная ткань то образуетъ невысокіе сосочки, раздѣленные между собой небольшими бухтообразными углубленіями, то идетъ совершенно гладко. Полное отсутствіе мышечнаго слоя. На основаніи вышеизложеннаго докладчица думаетъ, что естественнѣе всего разсматривать данную кисту, какъ ретенціонное образованіе, происшедшее вслѣдствіе закупорки железы, и что ошибочно предполагать, какъ это дѣлалось до сихъ поръ, будто для гименальныхъ кистъ существуетъ лишь одинъ источникъ происхожденія изъ складокъ слизистой оболочки, черезъ сближеніе и спайку ихъ своими гребнями. Микроскопическое изслѣдованіе 2-й кисты показало, что и она образовалась изъ закупоренной железы. Слѣдуетъ замѣтить, что въ русской литературѣ не описано до сихъ поръ ни одного случая гименальной кисты. Въ иностранной же литературѣ ихъ имѣется всего 7.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
За секретаря **А. Гермоніусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № XI.

Административное засѣданіе 11-го марта 1893 г.

Предсѣдательствовалъ **К. Ф. Славянскій.**

Присутствовали 25 членовъ.

1) Казначей Общества, *Н. И. Стравинскій* представилъ слѣдующую «смѣту расходовъ на 1893 годъ»:

Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ	30 р.
Почтовый расходъ	25 »
Переписка протокол. засѣданій Общества	30 »
Канцелярскіе расходы	15 »
Прислугѣ	30 »
Покупка шкафа и переплетъ книгъ . .	100 »
Печатаніе протокол. засѣданій Общества	300 »
Непредвидѣнные расходы	100 »
<u>Итого .</u>	<u>630 »</u>

А. Л. Эберманъ, по поводу смѣты, находитъ, что расходы на печатаніе протоколовъ обходятся дорого, равно и пригласительныхъ карточекъ, что зависитъ отъ печатанія ихъ въ дорогихъ типографіяхъ. *А. Л. Эберманъ* совѣтуетъ обратиться въ типографію Ломковского (Думская улица), который, кромѣ того, обѣщаль 5% скидки для членовъ Врачебнаго Общества взаимной помощи.

Принявъ къ свѣдѣнію это заявленіе, Общество утвердило представленную смѣту.

2) Ревизіонная комиссія изъ членовъ: *И. В. Чернышева, В. А. Вастена* и *Е. Ф. Бацевича* доложила обществу, что, при ревизіи денежной кассы, послѣдняя найдена ими въ должномъ порядкѣ.

3) Ревизіонная комиссія изъ членовъ: *А. Р. Фишера, И. В. Чернышева, К. Г. Змигродскаго* и *Е. Ф. Бацевича* произвела подробную ревизію приходо-расходныхъ

книгъ редакціи «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» за истекшій 1892 годъ, свѣрила ихъ съ оправдательными документами и при этомъ нашла слѣдующее:

а) На приходъ въ теченіе 1892 года поступило три тысячи сто пятьдесятъ восемь рублей пятьдесятъ коп. (3158 р. 50 к.), сравнительно съ предъидущимъ (1891) годомъ—менѣе на 697 р. 13 к.

б) Сумма расхода за отчетный годъ равняется четыремъ тысячамъ тремъ стамъ одному рублю шестидесяти шести копѣйкамъ (4301 р. 66 к.), противъ предшествовавшаго года—болѣе на 405 р. 66 к.

в) Число подписчиковъ: иногороднихъ — 328, городскихъ—30, всего 358, сравнительно съ предъидущимъ годомъ на 18 больше.

г) Приходо-расходныя книги и, вообще, счетоводство конторы редакціи ведутся правильно.

д) Коммиссія считаетъ долгомъ напомнить, что редакціи «Журнала» надлежитъ получить изъ кассы Акушерско-Гинекологическаго Общества 27 р. 80 к., за дополнительное напечатаніе протоколовъ № I и I за 1890 годъ (см. протоколъ засѣданія 16-го апрѣля 1892 г.).

е) А равно редакціи слѣдуетъ озаботиться полученіемъ съ нѣкоторыхъ авторовъ печатавшихся въ «Журналѣ» статей возмѣщенія расходовъ по изготовленію для нихъ, по особому ихъ желанію, увеличеннаго числа отдѣльныхъ оттисковъ, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходило до 300 вмѣсто обычныхъ 50.

ж) Въ заключеніе коммиссія должна замѣтить, что крупный дефицитъ за отчетный годъ, равняющійся 1143 р. 16 к., вызванъ, съ одной стороны, и при томъ преимущественно, уменьшеніемъ прихода, а съ другой стороны, въ меньшей степени, увеличеніемъ расхода. Уменьшеніе прихода произошло, не смотря на возрастаніе числа подписчиковъ, между прочимъ вслѣдствіе не поступления субсидіи отъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ размѣрѣ 300 рублей. Сумма расхода увеличилась, главнымъ образомъ, вслѣдствіе значительнаго увеличенія объема «Журнала» за отчетный годъ изданія, сравнительно съ предшествовавшимъ, не смотря на то, что редакціи удалось значительно удешевить, какъ печатаніе, броншуровку, такъ и бумагу для «Журнала»; если бы расходы по

изданію послѣдняго производились по цѣнамъ предъидущихъ лѣтъ, то дефицитъ увеличился бы еще приблизительно на 500 рублей.

4) Избрана коммиссія изъ членовъ *А. К. Гермоніуса, К. І. Змигородскаго, А. Р. Фишера, В. И. Штольца* и *Б. Г. Янпольскаго* для отысканія средствъ на покрытіе дефицита по изданію «Журнала».

5) Коммиссія изъ членовъ *В. А. Вацена* и *Е. Ф. Бацевича* доложила, что при ревизіи библіотеки, произведенной 11 марта, вещи, принадлежація Обществу и значащіяся по книгѣ для записи ихъ, а равно потребованныя книги оказались въ наличности.

6) Предложены въ члены общества:

Сережниковъ, Григорій Петровичъ, докторъ медицины. Предложенъ *А. И. Замшинымъ*, *Д. О. Оттомъ* и *К. Ф. Славянскимъ*.

Долинскій, Иванъ Лукичъ, лѣкарь. Предложенъ *А. И. Замшинымъ*, *В. Н. Массеномъ* и *Д. О. Оттомъ*.

Жураковский, Маріанъ Конрадовичъ, лѣкарь. Предложенъ *Е. Ф. Бацевичемъ*, *А. П. Заболотскимъ* и *А. Р. Фишеромъ*.

Хростовскій, Лукіанъ Ипполитовичъ, докторъ медицины. Предложенъ *А. К. Гермоніусомъ*, *А. П. Заболотскимъ* и *А. Р. Фишеромъ*.

7) Избраны въ дѣйствительные члены:

Петрашкевичъ, *Иванъ Осиповичъ*, лѣкарь. Родился въ 1847 году, первоначальное образованіе получилъ въ Виленской гимназій, послѣ окончанія которой въ 1864 году поступилъ въ 1865 году въ Медико-Хирургическую Академію. Получивъ званіе лѣкаря въ 1870 году поступилъ земскимъ врачомъ въ Опочекій уѣздъ Псковской губерніи. Затѣмъ въ 1871 году опредѣленъ сверхштатнымъ медицинскимъ чиновникомъ при Медицинскомъ Департаментѣ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ. Въ 1872 г. поступилъ врачомъ въ СПб. Родовспомогательное Заведеніе, гдѣ пробылъ въ качествѣ сверхштатнаго ординатора и преподавателя до 1879 года. Съ тѣхъ поръ занимается частною акушерскою практикою въ гор. Вильнѣ. Изъ научныхъ трудовъ напечаталъ въ протоколахъ Императорскаго Виленскаго Медицинскаго Общества «О количественномъ измѣненіи красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ во время беременности и въ послѣродовомъ состояніи».

Какушкинъ Николай Михайловичъ, лѣкарь. Родился въ Тамбовѣ въ 1863 году, среднее образованіе получилъ въ Тамбовской гимназій. Въ 1882 году поступилъ на медицинскій факультетъ Харьковскаго университета, откуда перешелъ на медицинскій факультетъ Московскаго университета въ

1884 г., гдѣ и окончилъ курсъ въ 1887 году. Съ осени 1887 года по декабрь 1892 года служилъ при Тамбовской губернской земской больницѣ ординаторомъ и преподавателемъ фельдшерской школы. Кромѣ того, съ 1889 г. по 1892 г. включительно былъ санитарнымъ гор. Тамбова врачомъ. Въ настоящее время (съ конца января 1893 года) состоитъ врачомъ для командировокъ при императорскомъ С.-Петербургскомъ Воспитательномъ Домѣ и прикомандированъ Медицинскимъ Департаментомъ Мин. Вн. Дѣлъ къ Императорской Военно-Медицинской академіи для держанія экзамена на доктора медицины.

Напечаталъ слѣдующія работы:

1. Двуйодистая ртуть при сифилисѣ носа.
2. Случай предлежанія послѣда.
3. Два вида маточныхъ пессаріевъ, употребляемыхъ въ народной медицинѣ.
4. Случай гематомы большой губы и влагалища.
5. Что сдѣлано въ нашей больницѣ земствомъ для акушерства?
6. Случай отравленія индійской коконлей.
7. Къ этиологіи влагалищныхъ кровотеченій во время беременности.
8. Случай отсутствія матки и влагалища.
9. Случай раненія половыхъ органовъ у беременной.
10. Къ казуистикѣ поворотовъ при предлежаніи послѣда.
11. Проникающій разрывъ матки во время родовъ.
12. Нѣсколько наблюденій надъ температурой и пульсомъ во время беременности, родовъ и послѣродового періода.
13. Оскопленіе при фиброміомахъ матки.
- 14—16. Отчеты терапевтическихъ отдѣленій Тамбовской больницы за 1889, 1890 и 1891 г.г.
17. Отчетъ о поѣздкахъ въ село Гиртово съ цѣлью принятія мѣръ противъ дифтерита.
18. Роды тройнями, осложненные эклампсіей.
18. Къ вопросу о половой дѣятельности женщинъ гор. Тамбова.
20. Санитарные отчеты по 1 части гор. Тамбова за 1889 и 1890 годы.
21. Къ исторіи эпидемій въ Кирсановскомъ уѣздѣ. Дифтеритъ въ селѣ Калашѣ.
22. О присасывающей силѣ постоянного влагалищнаго орошенія.
23. Отчетъ Пріюта св. Елизаветы въ Тамбовѣ за 1891 годъ.
24. Амбулаторія Тамбовской больницы въ 1891 году.

За Предсѣдателя **Дм. Оттъ.**
За Секретаря **А. Гермоніусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № XII.

Административное засѣданіе 22-го Апрѣля.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали почетный членъ А. Я. Крассовскій и 29 членовъ: Байковъ, Бацевичъ, Вѣлиловскій, Вастень, Воробьевъ, Гермоиусъ, Горайскій, Даниловичъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигродскій, Какушкинъ, Личкусъ, Масень, Оттъ, Поршняковъ, Ростовскій, Рузи, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Стравинскій, Чагинъ, Черневскій, Чернышевъ, Швердловъ, Штольць.

1) А. И. Байковъ поблагодарилъ Общество за честь, оказанную ему поздравленіемъ въ день его 25-лѣтняго юбилея. Присутствовавшіе покрыли слова А. И. рукоплесканіями.

2) Предсѣдатель назначенной 11 марта комиссіи по поводу дефицита по изданію «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней», В. И. Штольцъ прочелъ слѣдующій докладъ названной комиссіи: назначенная въ засѣданіи 11 марта комиссія, собравшись 5 апрѣля, обсудила два вопроса: а) о способахъ покрытія составившагося къ 1 января 1893 года дефицита по изданію «Журнала акушерства и женскихъ болѣзней» въ размѣрѣ 1143 р. 16 к. и б) о тѣхъ мѣрахъ, которыя могли бы предотвратить возможность дефицита на будущее время.

Подробно разсмотрѣвъ эти вопросы, комиссія пришла къ слѣдующимъ заключеніямъ: а) шестилѣтній опытъ изданія Обществомъ «Журнала» не позволяетъ рассчитывать, чтобы имѣющійся крупный дефицитъ могъ быть покрытъ излишками прихода надъ расходомъ въ ближайшемъ будущемъ, такъ какъ предвидѣть сколько нибудь рѣзкаго увеличенія числа подписчиковъ нѣтъ основаній, сократить же замѣтно расходы по изданію, повидимому, также не представляется возможнымъ безъ ущерба для «Журнала». Такимъ образомъ Обществу, какъ собственнику «Журнала», остается прибѣгнуть къ экстреннымъ источникамъ для покрытія указаннаго дефицита. Единственнымъ источникомъ такого рода, въ глазахъ комиссіи, является касса Общества. Изъ представленнаго каз-

начеемъ *Н. И. Стравинскимъ* отчета о состояніи послѣдней къ 1 января 1893 г. видно, что Общество располагаетъ капиталомъ въ 3215 р. 13 к., каковая сумма составила за 7 лѣтъ существованія Общества, во-первыхъ, изъ *единовременныхъ* (25 р.) взносовъ членовъ-учредителей—въ суммѣ около 1500 р., во-вторыхъ, изъ *единовременныхъ* (8 р.) взносовъ вступавшихъ по избраніи членовъ—въ суммѣ около 800 р., и въ-третьихъ, изъ ежегодныхъ остатковъ вслѣдствіе превышенія *текущихъ* доходовъ надъ расходами. Признавая суммы двухъ первыхъ категорій какъ бы неприкосновенными, составляющими основной денежный фондъ Общества, комиссія предлагаетъ остатки отъ *текущихъ* поступленій въ количествѣ 900 рублей употребить на покрытіе дефицита, остающуюся же часть послѣдняго въ размѣрѣ 243 р. 16 к. включить въ смѣту расходовъ по изданію «Журнала» на текущій 1893 годъ.—Комиссія считаетъ долгомъ обратить при этомъ вниманіе Общества на заявленіе казначея *Н. И. Стравинскаго*, что въ недоимкѣ за членами Общества числится 881 р.; исправное поступленіе этихъ денегъ въ кассу Общества, вмѣстѣ съ указанными 900 рублями, не только позволило бы свободно покрыть *весь* дефицитъ по изданію «Журнала», но оставило бы кромѣ того сумму, превышающую годичный расходный бюджетъ Общества.

б) Обращаясь ко второй части своей задачи—о предотвращеніи дефицита на будущее время, комиссія, позволяя себѣ лишь въ общихъ чертахъ высказать пожеланіе возможнаго соблюденія экономіи по изданію «Журнала», не считаетъ себя однако въ правѣ указывать редакціи пути къ уменьшенію расходовъ: уже за прошлый 1892 годъ стоимость печатанія «Журнала», бумаги, брошюровки, изготовленія отдѣльныхъ оттисковъ и пр. удешевлена въ значительной степени (по нѣкоторымъ статьямъ до 40%), уменьшать объемъ «Журнала» путемъ отказа авторамъ въ помѣщеніи присылаемыхъ ими статей за недостаткомъ мѣста—комиссія считаетъ не особенно желательнымъ, хотя бы потому, что такая мѣра рискуетъ оказаться плохимъ коммерческимъ расчетомъ и повлечь за собою паденіе подписки, не говоря уже о другихъ соображеніяхъ болѣе отвлеченнаго свойства. *А. Я. Крассовскій*, въ своей рѣчи 21 января 1889

года, какъ нельзя болѣе справедливо поставилъ изданіе «Журнала» въ одну изъ основныхъ заслугъ нашему Обществу. Въ виду этого комиссія полагаетъ, что Обществу надлежитъ напрячь всѣ свои силы, чтобы остаться на высотѣ своей задачи и принять всѣ зависящія отъ него мѣры для преуспѣянія своего органа. Съ этою цѣлью комиссія считаетъ прежде всего желательнымъ установленіе болѣе органической живой связи между членами Общества и «Журналомъ». Изъ отчета *А. К. Гермонюса* мы знаемъ, что въ 1892 году 156 членовъ Общества выдѣлились изъ себя только 43 подписчика на «Журналъ»; это явленіе никоимъ образомъ не можетъ считаться нормальнымъ; чтобы устранить его, комиссія предлагаетъ, по примѣру многихъ другихъ ученыхъ Обществъ, выпускающихъ свои періодическія изданія, обязательно получаемыя каждымъ членомъ, увеличить размѣръ ежегоднаго членскаго взноса съ 5 р. до 10 р., съ тѣмъ, чтобы каждый дѣйствительный членъ Общества получалъ «Журналъ» бесплатно.—Тогда годовая смета «Журнала» въ круглыхъ числахъ приметъ приблизительно такой видъ: сторонніе подписчики дадутъ 2600 р., дополнительные взносы членовъ Общества—750 р., изъ кассы Общества за печатаніе протоколовъ—300 р., итого поступленій въ годъ—3650 р. Разсчитывая стоимость изданія каждаго листа «Журнала» (со всѣми накладными расходами) приблизительно въ 50 р., редація будетъ въ состояніи выпустить въ годъ болѣе 70 печатныхъ листовъ, или въ среднемъ 6 листовъ въ мѣсяцъ.

Если Обществу угодно будетъ принять это предложеніе комиссіи, то въ такомъ случаѣ, на основаніи примѣчанія къ § 45 Устава, предстоить ходатайствовать въ установленномъ порядкѣ объ измѣненіи § 17 Устава Общества, придавъ ему слѣдующую редакцію:

«§ 17. Каждый дѣйствительный членъ, по своемъ избраніи, вноситъ въ кассу Общества единовременно восемь рублей и, кромѣ того, ежегодно дѣлаетъ членскій взносъ въ размѣрѣ десяти рублей, причемъ онъ получаетъ бесплатно всѣ изданія Общества (см. § 43).

Примѣчаніе 1-е. Лица, внесшія въ кассу Общества единовременно 100 рублей, платятъ затѣмъ только пять рублей за право полученія изданій Общества.

Примѣчаніе 2-е. Дѣйствительные члены Общества, пока не сдѣлають денежнаго взноса за текущій годъ, изданій Общества не получаютъ; не сдѣлавшіе-же взноса заистекшій годъ лишаются, кромѣ того, права присутствовать въ административныхъ засѣданіяхъ Общества; не сдѣлавшіе взноса за два истекшихъ года, послѣ двукратнаго напоминанія (даваемого казначеемъ Общества въ январѣ и февралѣ) считаются сложившими съ себя званіе члена Общества».

Въ обсужденіи доклада комиссіи участвовали: Е. Ф. Вацевичъ, Н. И. Стравинскій, В. И. Штольць, А. П. Заболотскій, В. А. Бастень, К. И. Горайскій и А. К. Гермоніусъ.

Предѣдатель, *К. Ф. Славянскій*, поставилъ на разрѣшеніе Общества слѣдующій вопросъ:

Принимаетъ-ли Общество предложеніе комиссіи употребить на покрытіе дефицита указанные комиссіей 900 рублей?

Всѣ присутствовавшіе, за исключеніемъ *Н. И. Стравинскаго*, высказались за то, чтобы указанные комиссіей 900 рублей употребить на покрытіе дефицита, составившагося къ 1-му января 1893 г., по изданію «Акушерства и Женскихъ болѣзней».

Что-же касается остающейся части дефицита въ размѣрѣ 243 р. 16 к., то эту сумму предложили внести отъ себя *А. Я. Крассовскій* и *К. Ф. Славянскій*.

Общество приняло это предложеніе.

Обсужденіе объ измѣненіи § 17 Устава отложено до слѣдующаго административнаго засѣданія.

Предѣдатель, сообщивъ Обществу, что съ лекціи *Е. Ф. Вацевича* на памятникъ *Semmelweis'a* собрано 137 руб., предложилъ поблагодарить лектора за взятый имъ на себя трудъ.

Общество охотно исполнило предложеніе предѣдателя дружными рукоплесканіями.

Избраны въ дѣйствительные члены Общества:

Долинскій, Иванъ Лукичъ, лѣкарь. Происходитъ изъ дворянъ Подольской губерніи. Родился въ 1854 году. Кончилъ курсъ въ Кишиневской гимназіи. Поступилъ въ Кіевскій Университетъ на медицинскій факультетъ, откуда перевелся въ Медико-Хирургическую Академію, въ которой окончилъ курсъ въ 1876 году. Во время турецкой войны былъ ординаторомъ въ

военно-временномъ госпиталѣ въ Болгаріи, послѣ кампаніи вышелъ въ отставку, поступилъ ассистентомъ въ Николаевскую дѣтскую больницу, гдѣ прослужилъ 4 года, занимался въ С.-Петербургскомъ Воспитательномъ Домѣ въ качествѣ экстерна въ теченіи 3-хъ лѣтъ и въ лѣчебницѣ Человѣколюбиваго Общества, нынѣ временно закрытой, въ качествѣ штатнаго ординатора; нынѣ состоитъ старшимъ ординаторомъ Повивальнаго Института, гдѣ завѣдуетъ новорожденными дѣтьми. Докторскій экзамень окончилъ въ 1892 году. Въ Обществѣ Русскихъ Врачей сдѣлалъ сообщеніе объ случаѣ цереброспинальнаго менингита съ демонстраціей патолого-анатомическихъ препаратовъ; въ Гинекологическомъ Обществѣ сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «грыжа пупочнаго канатика у новорожденной, чревосѣченіе, выздоровленіе, демонстрація больной».

Состоитъ дѣйствительнымъ членомъ С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества и Общества дѣтскихъ врачей.

Жураковскій, Маріанъ Конрадовичъ, докторъ медицины. Потомственный дворянинъ, римско-католическаго вѣроисповѣданія, уроженецъ Кіевской губ., родился въ 1861 г. Среднее образованіе получилъ въ кіевской 3-й гимназіи, высшее—въ университетѣ св. Владимира, который окончилъ въ 1889 году со степенію лѣкаря. Въ октябрѣ того же года поступилъ врачомъ-экстерномъ въ С.-Петербургское Родовспомогательное Заведеніе, гдѣ состоитъ и до настоящаго времени. Съ ноября 1891 г. занимается въ клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней профессора К. Ф. Славянскаго, въ которой исполняетъ обязанности частнаго ординатора. Въ 1891 г. выдержалъ при Императорской Военно-Медицинской Академіи установленное испытаніе на степень доктора медицины.

Хростовскій, Лукіяна Ипполитовичъ. Докторъ медицины. Родился въ 1859 г. Среднее образованіе получилъ въ Сувалкской классической гимназіи, высшее—въ Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ, который окончилъ въ 1886 году со степенію лѣкаря съ отличіемъ (cum eximia laude); въ 1887 г. тѣмъ-же университетомъ утверждёнъ въ званіи уѣзднаго врача. Въ 1889 г. пріѣхалъ въ С.-Петербургъ съ цѣлью дальнѣйшаго усовершенствованія въ наукахъ; въ теченіе 1889—90 и 1890—91 гг. исполнялъ обязанности ординатора въ клиникѣ акушерства и женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянскаго при Императорской Военно-Медицинской Академіи; въ 1890 г. сдалъ экзамены на степенъ доктора медицины. Въ настоящее время состоитъ ординаторомъ Екатеринославской губенской земской больницы, гдѣ завѣдуетъ гинекологическимъ отдѣленіемъ и родильнымъ покоемъ. Въ за сѣданіи 3-го октября 1891 г. Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ сдѣлалъ предварительное сообщеніе о hysteropectia abdominalis anterior (см. Журналъ акуш. и женск. бол., 1891, № 11, стр. 933), а затѣмъ въ началѣ 1892 г. защитилъ диссертацию на степенъ доктора медицины, подъ заглавіемъ: «Hysteropectia abdominalis anterior intraperitonealis при заднихъ смѣщеніяхъ матки», Спб. 1891.

Сережниковъ, Григорій Петровичъ. Докторъ медицины, сынъ войскаго старшины области войска Донскаго, православнаго вѣроисповѣданія,

родился въ 1857 году, сентября 29 дня. Среднее образованіе получилъ въ Новочеркасской классической гимназіи. Въ 1878 году поступилъ въ Императорскій Московскій Университетъ на медицинскій факультетъ, въ которомъ и окончилъ курсъ со степенью лѣкаря и званіемъ уѣзднаго врача.

Съ 1883 по 1887 годъ служилъ земскимъ врачомъ въ Сальскомъ округѣ Донской области. Въ теченіе 1887—88 учебнаго года занимался практиче-ски въ клиническомъ институтѣ Великой Княгини Елены Павловны и слу-шалъ повторительные курсы для врачей въ томъ-же институтѣ. Въ 1888—89 году выдержалъ экзамены при Военно-Медицинской Академіи на сте-пень доктора медицины; въ 1890 г. при Академіи-же защитилъ диссер-тацію подъ заглавіемъ: «Клиническіе матеріалы къ ученію о мочегонныхъ. Вліяніе наперстянки и калийной селитры на обмѣнъ азота въ качествен-номъ и количественномъ отношеніяхъ у здоровыхъ людей». Въ 1889 году зачисленъ сверхштатнымъ младшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Ме-дицинскомъ Департаментѣ, а съ 1890 года по настоящее время состоитъ на службѣ при С.-Петербургскомъ повивальномъ институтѣ.

За Предсѣдателя **Дм. Оттъ.**

За Секретаря **А. Гермоніусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

66. D-r Bérillon. Vomissements incoercibles de la grossesse traités avec succès par la suggestion. (Arch. de Tocologie et de Gynécol., Mars, 1892). Неукротимая рвота при беременности, излѣченная внушеніемъ.

Больная обратилась къ автору на 7-ой недѣлѣ беременности. Съ самаго начала беременности у нея обнаружались тошноты и 3—4 дня спустя появилась рвота; желудокъ не воспринимаетъ никакой пищи, хотя бы въ самомъ маломъ количествѣ.

Въ прошломъ больной и въ ея наслѣдственности слѣдуетъ отмѣтить: алкоголизмъ—со стороны отца (умеръ 42 лѣтъ отъ роду), нервность со стороны матери (умерла на 23-мъ году); у больной всегда наблюдались неправильности со стороны пищеварительной системы, (до 13 лѣтъ она не могла ѣсть мяса), бывали нервные припадки (? реф.) безъ потери сознанія. Родила 6 разъ и 4 раза выкинула.

Послѣдняя беременность также сопровождалась неукротимой рвотой, прекратившейся только съ окончаніемъ беременности. Всѣ обычно употребляемыя средства были тогда испробованы безуспѣшно, такъ что на этотъ разъ больная сочла лишнимъ принимать какія-нибудь лѣкарства. Слѣдуетъ замѣтить, что больная послѣдній годъ ѣла очень много и обжорливо, дошла до того, что вставала даже ночью для ѣды; нѣсколько дней тому назадъ она съ цѣлью остановить рвоту стала употреблять чай съ ромомъ. Авторъ прибѣгъ къ внушенію: подъ гипнозомъ, которому больная поддалась не безъ нѣкотораго сопротивленія, ей запрещено рвать и внушено ѣсть по пробужденіи плотную пищу и воздерживаться отъ спиртныхъ напитковъ. Явившись черезъ 3 дня послѣ этого, больная заявила, что рвоты у нея больше не было, о чемъ достаточно ясно говорилъ и видъ больной. Она была снова загипнотизирована, что на этотъ разъ удалось легко. Промель уже мѣсяцъ и рвота больше не возобновлялась: больная, подъ вліяніемъ внушенія, сопротивляется всѣми силами всякому позыву къ рвотѣ.

Л. Шейнисъ.

67. H. D. Ingraham. A brief report of three cases of ectopic pregnancy (New-York Medical Journal, 1892, December 31). Краткій отчет о 3-хъ случаяхъ внѣматочной беременности.

Въ первомъ случаѣ больная намѣренно скрывала исторію своей болѣзни, нарочно давала сбивчивыя данныя и этимъ до крайности затрудняла діагнозъ. Когда сдѣлался яснымъ разрывъ плоднаго мѣшка въ брюшной полости, больная воспротивилась всякому хирургическому вмѣшательству и погибла. Во второмъ случаѣ разрывъ плоднаго мѣшка также произошелъ въ брюшной полости, кровь излилась, скопилась въ Дугласовомъ пространствѣ и осумковалась. Эвакуація кровяной кисты *per vaginam* завершилась выздоровленіемъ больной. Въ третьемъ случаѣ плодный мѣшокъ разорвался въ широкой связкѣ и яйцо сейчасъ-же погибло. Хотя въ такихъ случаяхъ обыкновенно происходитъ, какъ извѣстно, самопроизвольное всасываніе, авторъ предпочелъ, однако, прибѣгнуть къ чревосѣченію. Большая выздоровѣла. Примѣненіе электричества при внѣматочной беременности, по мнѣнію автора, не только бесполезно, но можетъ приводить къ печальнымъ исходамъ. Д-ръ Moore утверждаетъ, что къ внѣматочной беременности обнаруживаютъ особенное предрасположеніе тѣ женщины, которыя въ теченіе долгаго времени были безплодны, и приводитъ нѣсколько случаевъ въ пользу своего мнѣнія. Д-ръ I. E. Janvrin настаиваетъ на законности, даже необходимости пробнаго чревосѣченія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ имѣется хотя малѣйшій намекъ на внѣматочную беременность. Въ настоящее время никто не колеблется производить лапаротомію при діагносцированномъ сальпингитѣ; съ несравненно большимъ правомъ не должно колебаться прибѣгать къ чревосѣченію при всякой внѣматочной беременности. **В. Наплянскій.**

68. В. В. Тияковъ. Случай чревосѣченія при внѣматочной беременности. (Медиц. Обзор. 1893. № 3).

24 февраля 1893 года, поступила въ больницу мѣщанка, 27 лѣтъ, почти безъ пульса, при $t^{\circ} 40^{\circ} C.$, съ жалобами на головокруженіе, жестокія боли внизу живота, кровянистое истеченіе изъ половыхъ частей въ теченіи послѣдняго мѣсяца, и проч. Изъ распроса выяснилось, что она рожала одинъ разъ, на 20 году жизни; послѣ родовъ была больна 3 м-ца. $2\frac{1}{2}$ м-ца тому назадъ регулы прекратились, появилась боль внизу живота, а въ послѣдствіи присоединилось кровянистое истеченіе изъ половыхъ органовъ; за 2 дня до поступленія въ больницу появилось кровотеченіе, больная потеряла силы. Объективно: животъ внизу болѣзненъ, лѣвая паховая область припухшая; матка увеличена, плотна, чувствительна, почти неподвижна; длина полости матки 8 см. Своды уплощены. Лѣвая труба и яичникъ прощупываются въ видѣ сплошной опухоли съ неясной флюктуаціей. Справа и сзади матки опухоль плотная, неподвижная, съ головою новорожденнаго. — Діагнозъ: внѣматочная беременность, разрывъ плоднаго мѣшка.

25 февраля. Чревосѣченіе. Лѣвая труба оказалась цѣлой, но растянutoй, вмѣсто яичника найдена большая, разрушенная полость, зародышъ и дѣтское мѣсто помѣщались въ дугласовомъ пространствѣ; зародышъ 2— $2\frac{1}{2}$

мѣсяцевъ. Правые придатки нормальны; лѣвые придатки удалены; полость таза промыта растворомъ сулемы 1:2000 и запудрена йодоформомъ. Послѣ операционный періодъ безъ осложнений. Черезъ 2 мѣсяца выписалась здоровой.

Свою статью авторъ заканчиваетъ нѣсколькими замѣчаніями о происхожденіи и лѣченіи заматочной кровяной опухоли. Авторъ полагаетъ, что здѣсь была яичниковая беременность.

Ф. Краснопольскій.

69. Guinard. Fibromes utérins et grossesse. (7-e Congrès Français de Chirurgie, séance du 7 avril. Semaine Médicale, № 23, 1893).

Фибромы матки и беременность.

Больная, 33 лѣтъ отъ роду, вступила въ госпиталь Saint-Louis (Парижъ) въ августъ 1892 года, на 3-мъ мѣсяцѣ своей беременности. Изъ предшествовавшихъ беременностей 3 окончились своевременными и совершенно правильными родами, дѣти живы; 4-я беременность окончилась мертворожденіемъ, при чемъ потребовалось наложеніе щипцовъ. Передъ прекращеніемъ послѣднихъ регулъ—обильныя меноррагіи и легкая лейкоррея. Поступила въ больницу съ жалобами на очень сильныя боли въ животѣ. При изслѣдованіи найдены двѣ опухоли: одна занимаетъ лѣвую fossam iliacam, переходитъ за пушокъ и по своей консистенціи напоминаетъ беременную матку, другая опухоль, твердая и гораздо менѣ подвижная, лежитъ въ полости малаго таза съ правой стороны. Между этими двумя опухолями прощупывается правый яичникъ, чувствительный къ давленію.

Діагнозъ: фиброма, прикрѣпленная къ правому боку матки. Родоразрѣшеніе per vias naturales невозможно, въ виду чего рѣшено произвести операцию.

6-го сентября, по вскрытіи брюшной полости оказалась заключенная въ правой широкой связкѣ фиброма, величиною съ головку новорожденнаго ребенка.

Послѣ разрѣза широкой связки опухоль вылушена, на ножку наложена крѣпкая шелковая лигатура, связка шита. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений. Больная выписалась черезъ мѣсяцъ съ беременной маткой, принявшей нормальное положеніе. Беременность продолжала развиваться и въ срединѣ 8-го мѣсяца пациентка благополучно родила.

Изъ этого случая авторъ заключаетъ, что при строгой антисептикѣ можно безъ ущерба для развитія и теченія беременности, производить чрезовсѣченія даже изъ-за прилегающихъ къ маткѣ опухолей малаго таза. Нѣкоторые авторы совѣтуютъ, правда, ждать конца беременности и тогда произвести кесарское сѣченіе, но эта операциа является въ данныхъ условіяхъ менѣ радикальной, такъ какъ она не избавляетъ больную отъ ея опухоли.

Кесарское сѣченіе оказывается цѣлесообразнымъ только при опухоли, сливающейся съ нижнимъ сегментомъ матки и занимающей всю полость таза,

какъ это представилось въ случаѣ, о которомъ *Picqué*¹⁾ недавно сообщилъ въ *Société de Chirurgie*.

Но тамъ, гдѣ область, занимаемая фибромой, доступна черезъ брюшную полость или черезъ влагалище, слѣдуетъ безъ всякихъ колебаній рѣшиться на удаленіе опухоли во время беременности. Это рѣшеніе будетъ принято еще съ большимъ основаніемъ при интралигаментарной опухоли, которая только при-мыкаетъ къ маткѣ (какъ въ нашемъ случаѣ).

Vautrin приводитъ три случая беременности, осложненной фибромами и по поводу пособій замѣчаетъ, что интерстиціальныя фибромы чаще другихъ вызываютъ угрожающіе припадки, требующіе оперативнаго вмѣшательства. Ему пришлось оперировать въ такихъ условіяхъ 33-лѣтнюю женщину, на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, сдѣлана была лапаротомія съ надвлагалищной гистеректоміей, больная умерла черезъ два дня. Однако на основаніи литературы вопроса нельзя сказать, чтобы гистеректомія представляла больше опасности во время беременности, но во всякомъ случаѣ на это пособіе слѣдуетъ смотрѣть какъ на оперцію *de nécessité*, подвергающую опасности жизнь матери, тогда какъ *myometomia* чаще показана, не опасна и дала уже не мало хорошихъ результатовъ, пропорція которыхъ значительно возросла за послѣднее время.

Л. Шейнисъ.

70. *Richardière*. La variole pendant la grossesse à l'Hôpital d'Aubervilliers pendant l'année 1892. (*Union Médicale*, № 22 et 23, 1893).

Оспа во время беременности.

По мнѣнію большинства авторовъ, оспа при беременности особенно опасна для матери и еще больше для плода; смерть плода, перерывъ беременности, а послѣ родовъ кровотеченія и инфекція, часто влекущая за собою смертельный исходъ, — таковы печальные результаты, приписываемые вліянію этой болѣзни на беременность и утробный плодъ, не говоря уже о томъ, что и беременность въ свою очередь отражается пагубнымъ образомъ на самомъ теченіи оспы, предрасполагая къ геморрагической формѣ этой болѣзни.

Существуютъ однако значительныя разногласія между статистиками различныхъ авторовъ относительно частоты выкидыша при оспѣ; такъ, въ наблюденіяхъ *Lothar Meyer*'а изъ 37 беременныхъ выкинуло только 4, у *Esterle* изъ 15 случаевъ одинъ только разъ послѣдовалъ выкидышъ, тогда какъ *Talamon* наблюдалъ перерывъ беременности 14 разъ на 24 случая.

Въ виду такого неопредѣленнаго состоянія вопроса авторъ счелъ небезъинтереснымъ привести и свои наблюденія, обнимающія 13 случаевъ оспы у беременныхъ въ различные сроки.

Изъ 13-и беременныхъ больныхъ оспой, поступившихъ съ 1 февраля по 25 декабря 1892 года въ госпиталь d'Aubervilliers (Парижъ): выздоровѣло безъ перерыва беременности, продолжавшей развиваться совершенно правильно, — 7; выкинули — 3, при чемъ 2 изъ нихъ умерли въ тотъ же день; родили

¹ См. мой рефератъ въ *Ж. Ак. и Ж. Б.* 1893 г. , стр.

въ срокъ и во время оспы—2; наконецъ, одна женщина, 32 лѣтъ, умерла въ 4-мъ мѣсяцѣ беременности нѣсколько часовъ спустя по вступленіи въ госпиталь, отъ несомнѣнной *variola haemorrhagica* (метехин, haemoptysis, haematuria, etc.), аборта не было, при вскрытіи—въ полости матки найденъ мертвый 4—5 мѣсячный плодъ, внутриматочнаго кровоточенія нѣтъ, плацента отдѣляется легко, трубы наполнены кровью. Изъ 200 оспенныхъ больныхъ, наблюдавшихся въ теченіи прошлаго года въ госпиталѣ d'Aubervilliers, это былъ *единственный* случай *variola haemorrhagicae*, но выводитъ отсюда, что беременность предрасполагаетъ къ геморрагической формѣ этой болѣзни, было-бы еще слишкомъ поспѣшно.

Изъ наблюденій остальныхъ 12-и больныхъ, заимствуемъ только слѣдующія данныя:

Изъ 7 женщинъ, у которыхъ вліяніе оспы на беременность ничѣмъ не сказалось: 4 были въ 6 мѣсяцѣ беременности, въ возрастѣ 20, 25 и 28 лѣтъ (у одной возрастъ не показанъ); 2 беременныя въ 4 мѣсяцѣ, 17 и 20 лѣтъ; одна беременная въ 2—3 мѣсяцѣ, 28 лѣтъ.

Во всѣхъ случаяхъ было отмѣчено, какъ особенность, то обстоятельство, что слизистая *vulvae* была покрыта множествомъ оспинъ.

Изъ *трѣхъ* абортотъ: 2 послѣдовало при *variola confl.*, у одной 33-лѣтней, на 6-й недѣлѣ беременности и у другой, 32 лѣтъ, въ 6-мъ мѣсяцѣ беременности. Выкидыши наступили всего за нѣсколько часовъ до смерти матери, такъ что печальный исходъ никакъ нельзя отнести на счетъ перенеральной инфекции, которая могла осложнить оспу: въ обоихъ случаяхъ тяжелая форма болѣзни сама по себѣ причинила почти одновременную смерть матери и плода. При вскрытіи матка не представляла никакихъ особенно замѣтныхъ поврежденій. Третья больная, 22 лѣтъ, во 2 мѣсяцѣ беременности, выкинула на 8-й день послѣ появленія сыпи, при чемъ за изгнаніемъ плода послѣдовала обильная метроррагія; черезъ 3 дня — повышеніе температуры (39,5) и явленія инфекции, но благодаря внутри-маточной антисептической инъекціи угрожающіе симптомы исчезли; черезъ 2 дня послѣ этого — новое повышеніе температуры, но уже болѣе слабое, потребовавшее вторичную внутри-маточную инъекцію. Пациентка выздоровѣла.

Изъ *двухъ* больныхъ, родившихъ въ срокъ: одна, 24 лѣтъ, родила до появленія сыпи, на 2-й день послѣ первыхъ продромовъ болѣзни; выздоровѣла безъ всякихъ осложненій, симптомовъ родильной горячки не было, высокая ^т обусловливалась самымъ теченіемъ болѣзни. Заболѣвшая на 11-й день послѣ родовъ, оспой, новорожденный тоже выздоровѣлъ. У другой больной, 27 лѣтъ, легкіе срочные роды на 7-й день сыпи, мертворожденіе; слабое повышеніе температуры на 3-й и на 8-й день послѣ родовъ; внутри-маточныя инъекціи; выздоровѣла. Произведенное вскрытіе плода не дало возможности установить причины его смерти; оспенныхъ пустулъ на кожѣ плода не было.

Интересно, что явленія инфекции были вообще очень рѣдки и незначительны во всѣхъ случаяхъ, не смотря на нагноеніе обильныхъ пустулъ, покрывавшихъ кожу и внѣшніе половые органы въ особенности.

Въ заключеніе авторъ приводитъ терапію оспы у беременныхъ въ томъ видѣ, какъ она примѣнялась у него въ госпиталѣ. Все лѣченіе состояло въ антисептикѣ: ежедневныя сублиматныя ванны, причемъ больныя съ очень сильной сыпью брали 2 ванны въ день. Внѣшніе половые органы покрывались марлевыми компрессами, часто смачиваемыми при помощи пульверизатора растворомъ сулемы 1 на 1000.

Два раза въ день влагалищныя инъекціи сулемой (1 : 2000).

Это лѣченіе, начатое во время беременности, продолжалось и послѣ родовъ или выкидыша. Внутри-маточныя впрыскиванія дѣлались только въ случаѣ значительнаго повышенія температуры, гдѣ онѣ дали превосходные результаты: все угрожающіе симптомы быстро исчезали.

Сулема переносилась больными очень хорошо, исключая только въ одномъ случаѣ, гдѣ у больной появился stomatitis, такъ что пришлось замѣнить сулему Kali hypermangan.

Л. Шейнисъ.

71. Demelin. De l'insertion vicieuse du placenta; variété dite complète.
(Société Obstétricale de France, séance du 5 avril. Semaine Médicale, № 21, 1893). **О такъ называемомъ полномъ предлежаніи дѣтскаго мѣста.**

Авторъ привелъ 40 случаевъ placenta praeviae completae, наблюдавшихся въ Парижскихъ госпиталяхъ. Результаты вскрытіи (ихъ было сдѣлано 8, изъ коихъ 4 самимъ авторомъ или въ присутствіи его) и клиническое изслѣдованіе доказываютъ, что полное или центральное предлежаніе placentae несомнѣнно существуетъ. Шейка въ такихъ случаяхъ оказывается, противъ ожиданій, мало напряженной, вѣроятно, по причинѣ ея чрезвычайной сосудистости, такъ что и разрывы шейки во время родовъ составляютъ явленіе совершенно исключительное. Предсказаніе при placenta praevia completa крайне не благопріятно для матери, но еще больше для ребенка: смертность равняется 80% для дѣтей и 35% для матерей. Самымъ лучшимъ приемомъ лѣченія авторъ считаетъ цервикально-влагалищную тампонацію, которую можно дѣлать, между прочимъ, и посредствомъ различнаго рода баллоновъ.

Fochier обращаетъ особенное вниманіе на баллонъ *Champetier*, который, по его мнѣнію, долженъ измѣнить всю обычную терапію предлежанія placentaе. Поворотъ по способу *Braxton Hicks'a*—очень хорошій приемъ, но онъ не всегда легко удается. Относительно введенія баллона *Champetier*, *Fochier* поднимаетъ вопросъ, слѣдуетъ-ли вводить баллонъ въ полость открытаго уже яйца или же между дѣтскимъ мѣстомъ и нижнимъ сегментомъ матки.

Л. Шейнисъ.

72. Z. J. Lusk. Mitral stenosis in pregnancy (New-York Medical Journal, 1893, January 14). Суженіе лѣваго венознаго отверстия у беременныхъ.

Авторъ приводитъ нѣсколько случаевъ изъ своей практики, въ которыхъ митральный стенозъ явился серьезнымъ осложненіемъ беременности. По мнѣнію автора, врачъ долженъ себя поставить непреложнымъ правиломъ — про-

изводитъ тщательное изслѣдованіе сердца во всякомъ попадающемъ ему случаѣ беременности. При наличности суженія венознаго отверстія до 5-го мѣсяца беременности рациональнѣе всего прибѣгать къ искусственному выкидышу. Если первые признаки сердечнаго страданія обнаруживаются на 6-мъ мѣсяцѣ, то плодъ обыкновенно не переживаетъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Дѣти матерей, страдающихъ сердечными пороками, вообще обречены на непродолжительную внѣутробную жизнь или бываютъ поражены различными пороками развитія. При наступленіи коллапса у беременных и роженицъ, авторъ прибѣгаетъ къ осторожному примѣненію хлороформа (sic) до обнаруженія его возбуждающаго дѣйствія; хлороформъ не только ведетъ къ немедленному улучшенію состоянія больной, но и облегчаетъ возможность всякихъ дальнѣйшихъ акушерскихъ мѣропріятій. *F. W. Ross* утверждаетъ, что опасность выкидыша сердечныхъ больныхъ такъ же велика, какъ и опасность срочныхъ родовъ, такъ какъ порокъ сердца является весьма серьезнымъ осложненіемъ какой-бы то ни было родовой дѣятельности. *T. W. Higgins*, наоборотъ, того мнѣнія, что поздніе мѣсяцы беременности гораздо болѣе опасны, такъ какъ сердечные пороки у беременных прогрессируютъ съ каждымъ мѣсяцемъ и замѣтно истощаютъ больныхъ; возбужденіе искусственныхъ родовъ даетъ тѣмъ болѣе благопріятное предсказаніе, чѣмъ лучше общее состояніе сердечныхъ больныхъ. *John Cronyn* обращаетъ вниманіе на то, что хлороформъ при сердечномъ коллапсѣ, дѣйствительно показанъ, такъ какъ онъ уменьшаетъ крайнюю раздражительность и возбужденность сердца, и этимъ именно дѣйствуетъ благопріятно. Онъ особенно предостерегаетъ отъ примѣненія наперстянки у беременныхъ. *S. F. Armstrong* привелъ случай одной женщины, страдающей суженіемъ венознаго отверстія и благополучно родившей 5-хъ дѣтей, находящихся въ вождѣленномъ здравіи.

В. Наплянскій.

73. А. Mars. Przypadek porodu u osoby ciepiacej na wade serca. (Przegląd lekarski, 1893, № 11). Случай родовъ у сердечной больной.

Н. N. 21-го года, первобеременная, страдаетъ недостаточностью двустворчатаго клапана. Начиная съ 3-го мѣсяца беременности припадки со стороны сердца, а именно одышка и сильнѣйшее сердцебіеніе, становились все болѣе и болѣе грозными. Съ теченіемъ беременности состояніе больной, не смотря на всѣ терапевтическія мѣропріятія, все болѣе ухудшалось; малѣйшее движеніе больной вызывало у нея мучительную одышку и сердцебіеніе. Уступая настойчивому желанію больной, рѣшено было выжидать до конца беременности. Въ 9-мъ мѣсяцѣ беременности въ состояніи больной, внезапно и вопреки всякимъ ожиданіямъ, стало замѣчаться значительное и все прогрессирующее улучшеніе, а именно по мѣрѣ оцусканія дна матки и вступленія головки плода въ малый тазъ. Она могла даже расхаживать по комнатамъ безъ всякой одышки и сердцебіенія. 12-го ноября 1892, въ 1 часъ дня начались роды. Раскрытіе маточной шейки уже приближалось къ концу; но къ 9-ти часамъ вечера потуги стали частыми, болѣзненными, родовой актъ пере-

сталь подвигаться впередъ, пульсъ малый, частый (112), общее безпокойство и возбужденность. Дано внутрь 15 капель *t-rae strophant.* Авторъ рѣшилъ окончить роды щипцами, расширивъ предварительно внутреннее маточное устье баллономъ *Braun'a*, и, въ крайнемъ случаѣ, надрѣзываніемъ краевъ *ostii interni.* Желая успокоить общее раздраженное состояніе и сдѣлать потуги болѣе рѣдкими, авторъ далъ большой внутрь 10 капель *t-rae opii simplicis* Благодаря послѣдней, большая не только успокоилась и начала засыпать въ промежуткахъ между потугами, сдѣлавшимися болѣе рѣдкими, но и роды неожиданно, вновь начали подвигаться впередъ, благодаря усиленію и большей дѣйствительности потугъ. Черезъ часъ зѣвъ добровольно раскрылся вполне, и послѣ разрыва пузыря головка вступила во влагалище. Во 2-мъ періодѣ родовъ роженица снова стала жаловаться на боли въ грудной клѣткѣ, наступила синюха, одышка, пульсъ частый (130), едва ощутимый. Поэтому авторъ поспѣшилъ окончить роды щипцами, и извлекъ живую, доношенную дѣвочку вѣсомъ въ 4000 grm. 3-ій періодъ родовъ и послѣродовое теченіе нормальны. Размѣры сердца съ каждымъ днемъ уменьшались: во время беременности сердечная тупость доходила до праваго края грудины, чрезъ нѣсколько дней послѣ родовъ сердце не выстукивалось за ея лѣвымъ краемъ. Систолическій шумъ надъ верхушкой выслушивался по прежнему. Описанный случай выдвигаетъ на видъ одно обстоятельство, на которое до сихъ поръ никто не обратилъ должнаго вниманія, а именно значительное улучшеніе грозныхъ припадковъ у сердечныхъ больныхъ въ 9-мъ мѣсяцѣ беременности, вполне объяснимое опусканіемъ дна матки и вступленіемъ головки младенца въ малый тазъ, особенно у первородящихъ. Цѣлесообразность примѣненія анестезирующихъ средствъ во время родовъ, не смотря на сердечные пороки, обыкновенно служащіе непреложнымъ противопоказаніемъ къ ихъ употребленію, извѣстна уже многимъ (см. статью д-ра *L. F. Lusk'a*: «*Mitral Stenosis in pregnancy*», реферированную въ этомъ журналѣ). Данный случай намъ показываетъ, что еще лучше и безопаснѣе, чѣмъ хлороформъ, дѣйствуетъ въ подобныхъ случаяхъ опій.

В. Каплянскій.

74. F. Westermarck. Experimentelle Untersuchungen über die Wehentätigkeit des menschlichen Uterus bei der physiologischen Geburt. (Skandinavisches Arch. für Physiologie. 1893). Потужная дѣятельность челоѣческой матки при физиологическихъ родахъ. Экспериментальное изслѣдованіе.

Статья *Westermarck'a* раздѣляется на пять главъ съ историческимъ введеніемъ. Въ послѣднемъ цитируются работы *Schatz'a* ¹⁾, *Pouillet* ²⁾, *Polailon* ³⁾, *Acconci* ⁴⁾, *Dönnhoff'a* ⁵⁾.

¹⁾ Arch. f. Gynäk. 1872. Bd. III, стр. 58.

²⁾ Archives de Tocologie. Fevrier 1880.

³⁾ Arch. de Physiologie 1880, стр. 1.

⁴⁾ Sulla contrazione e sull'inerzia dell'utero, Torino 1891.

⁵⁾ Arch. f. Gynäk. 1892. B. XLII, стр. 305.

Въ первой главѣ *Westermarck* описываетъ и представляетъ рисунки маточнаго катетера и пузыря, которые онъ примѣнялъ при своихъ опытахъ, затѣмъ соединеніе маточнаго катетера съ манометромъ и рисуемымъ аппаратомъ, установку аппарата и т. д. Во второй главѣ установка опытовъ. Въ третьей самые опыты. Въ четвертой родовыя паузы и наконецъ въ 5-й вопросъ идетъ о потугахъ.

На основаніи своихъ опытовъ, произведенныхъ въ стокгольмской клиникѣ, *Westermarck* пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Продолжительность родовой паузы въ началѣ періода разверзанія наибольшая. Въ срединѣ этого періода она дѣлается меньше и достигаетъ своего minimum'a къ концу періода разверзанія и во время періода изгнанія.

2) До тѣхъ поръ, пока объемъ маточнаго содержимаго не измѣненъ, внутриматочное давленіе остается неизмѣненнымъ отъ одной родовой паузы до другой.

3) При разрывѣ оболочекъ происходитъ уменьшеніе объема маточнаго содержимаго, чѣмъ обуславливается уменьшеніе давленія при слѣдующей родовой паузѣ.

4) Послѣ этого уменьшенія давленія послѣднее во время слѣдующихъ родовыхъ паузъ стремится снова повыситься до прежней высоты. Однако это достигается только въ рѣдкихъ случаяхъ, отчасти вслѣдствіе того, что во время потугъ, послѣ разрыва пузыря, околоплодная вода выливается въ большемъ или меньшемъ количествѣ, отчасти же отъ того, что ребенокъ спускается все глубже и глубже въ тазъ и объемъ маточнаго содержимаго уменьшается съ каждой потугой.

5) Выраженіе болѣе сильнѣе при большемъ внутриматочномъ давленіи.

6) Кривая потуги сначала поднимается медленно, затѣмъ довольно быстро и наконецъ снова медленно до maximum'a. Въ теченіи болѣе или меньше короткаго времени, среднимъ числомъ 8 сек., она стоитъ на этомъ maximum'ѣ и затѣмъ падаетъ сначала медленно, затѣмъ въ теченіи 5—25 сек. быстрѣе, а въ концѣ крайне медленно, оставляя за собой длинно-вытянутый хвостъ.

7) Мъ маточномъ мускулѣ замѣчаются остатки укороченія.

8) Частота потугъ въ началѣ раскрытія при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ постепенно увеличивается и достигаетъ своего maximum'a къ концу періода разверзанія и во время періода изгнанія.

9) Частота уменьшается при продолжительныхъ и сильныхъ потугахъ.

10) Продолжительность потугъ во время раннихъ стадій родовъ меньше и достигаетъ своего maximum'a въ послѣднихъ стадіяхъ.

11) Внутриматочное давленіе потугъ увеличивается въ теченіе родовъ и достигаетъ своего maximum'a къ концу ихъ.

12) Маточный мускулъ имѣетъ надобность въ нѣкоторомъ времени для отдыха послѣ сильной работы. Это выражается тѣмъ, что послѣ одной или нѣсколькихъ сильныхъ потугъ наступаетъ или болѣе слабая потуга или болѣе продолжительная пауза.

А. Н. Соловьевъ.

75. **O. C. Ludlow. The Use of Electricity in Midwifery** (New-York Medical Journal, 1893: January 14). **O примѣненіи электричества въ акушерствѣ.**

Авторъ говоритъ только о фарадическомъ токъ, и разсматриваетъ его тройкое дѣйствіе на беременную: 1) успокаивающее дѣйствіе на общую нервную систему, 2) возбужденіе мышечныхъ сокращеній, 3) способность фарадизаціи предупреждать и останавливать маточныя кровотеченія. Фарадическій токъ весьма полезенъ тогда, когда хлороформъ, хлораль-гидратъ или морфинъ болѣе непримѣнимы, вслѣдствіе идиосинкразіи или слабости больной, вслѣдствіе достиженія максимальныхъ дозъ этихъ лѣкарствъ безъ надлежащаго эффекта, наконецъ, когда всякое внутреннее средство извергается рвотой. Успокаивая общую нервную раздражительность, фарадизація, въ противоположность поименованнымъ внутреннимъ средствамъ, не задерживаетъ хода родового акта, не расслабляетъ матки, а вызываетъ, наоборотъ, болѣе могучія и дѣйствительныя маточныя сокращенія. Съ успокаивающей цѣлью фарадическій токъ долженъ дѣйствовать непрерывно въ теченіе 10—15 минутъ, и быть средней силы, чтобы роженица не ощущала никакой боли. Еще болѣе вѣрной и постоянной, чѣмъ успокаивающее дѣйствіе, представляется способность фарадическаго тока усиливать и возбуждать маточныя сокращенія, поэтому онъ показуется во всѣхъ случаяхъ слабости родовой дѣятельности, недостаточной для изгнанія плода: фарадизація дѣлаетъ потуги менѣе частыми, но болѣе могучими и дѣйствительными. Дѣйствіе эрготина медленно и трудно дозируемо; фарадизація же дѣйствуетъ моментально и можетъ быть самымъ точнымъ образомъ дозирована, причемъ продолжительность дѣйствія равняется времени ея примѣненія, безъ всякихъ послѣдствій. Эрготинъ вызываетъ спазматическія сокращенія матки, истощающія мать и опасныя для плода; фарадизація же производитъ ритмическія сокращенія съ интервалами, соответствующія натуральнымъ потугамъ. Наконецъ, фарадизація оказываетъ незамѣнимыя услуги при умѣренныхъ послѣродовыхъ кровотеченияхъ. Что касается способа примѣненія фарадизаціи, то положительный электродъ въ видѣ покрытой гигроскопической бумажной матеріей мѣдной пластинки, прикрѣпляется къ крестцово-поясничной области поясомъ или биндажемъ, а отрицательный электродъ въ видѣ насаженной на ручку плоской губки прикладывается къ животу. Необходимо принимать во вниманіе, чтобы электрическій токъ не проходилъ какъ разъ черезъ головку плода.

В. Каплянскій.

76. **Д. С. Щеткинъ. Инструментъ для просверливанія головки плода.** (Медич. Обозр. 1893. № 3).

Признавая копьевидный перфораторъ *Blot* довольно цѣлесообразнымъ инструментомъ, авторъ однако на основаніи личнаго опыта и теоретическихъ рассужденій находитъ излишнею способность его раскрываться; разрушить содержимое черепа гораздо удобнѣе длиннымъ корнцангомъ, а увеличивать отверстіе въ черепѣ раздвиганіемъ вѣтвей пѣтъ нужды, такъ какъ отверстіе и безъ упомянутого акта является достаточно большимъ,

какъ для удаленія мозга, такъ и для введенія внутренней ложки кранио-власта. Поэтому авторъ видоизмѣнилъ инструментъ такимъ образомъ, что длина его осталась прежнею, но онъ не раскрывается, а состоитъ изъ цѣльнаго куска стали съ металлической ручкой. Конецъ инструмента острый, грани отточены такъ, что онъ при осторожномъ употребленіи не рѣзаетъ, отростки сдѣланы въ 1 см. длины. Самая широкая часть копы равняется 19 mill.; по вѣсу онъ легче перфоратора *Blot*. Съ точки зрѣнія антисептики и удобства чистки онъ превосходить послѣдній, а тѣмъ болѣе трепановидные прободники. Инструментъ свой авторъ называетъ «черепосверлитель» и, какъ показываетъ названіе, отверстіе въ черепѣ производится не колющими движеніями инструмента, а сверлящими, т. е. роторными движеніями вокругъ продольной оси инструмента.

Ф. Краснопольскій.

77. В. Жемчужниковъ. Случай долговременнаго задержанія головки плода въ полости матки послѣ декапитаци. (Прот. зас. акуш.-гинеко. общ. въ Кіевѣ; годъ 5-ый, томъ 5-ый. Вып. 9 и 10).

Авторъ приводитъ подробную исторію больной, страдающей опухолью, исходящею изъ области крестцовой кости, величиною съ дѣтскую голову, плотной фиброзной консистенціи, на столько сѣзвившей передне-задній размѣръ таза, что послѣдній равнялся едва 2—2¹/₂ см. Въ силу такого сѣзженія, при 6-ыхъ родахъ послѣдующая головка не могла быть извлечена, и, послѣ декапитаци, оставлена въ полости матки; спустя три мѣсяца, больная поступила въ клинику проф. Рейка, причемъ въ продолженіи этого времени кости черепа задержанной головки произвольно выдѣлялись, что сопровождалось лихорадочнымъ состояніемъ.

Пособіе оказанное больной, состояло въ удаленіи не успѣвшихъ элиминироваться костей (2 темянныя, части лобныхъ и часть верхнечелюстной), причемъ одна изъ поименованныхъ костей продырявила переднюю стѣнку маточной шейки и на половину торчала изъ влагалищнаго свода.

Къ статьѣ приложены рисунки, поясняющіе отношеніе органовъ таза, а также изображающіе черепныя кости, какъ произвольно элиминировавшіяся, такъ и удаленныя въ клиникѣ.

Ф. Краснопольскій.

78. М. Розенгартъ. Нѣкоторыя литературныя данныя къ вопросу о брахіотоміи при брѣфотоміи. (Прот. засѣд. акуш.-гинеко. общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, томъ 5. Вып. 9 и 10).

Разсмотрѣвъ литературу даннаго вопроса, авторъ пришелъ къ слѣд. выводамъ:

1. При запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ съ выпаденіемъ ручки нѣтъ достаточныхъ основаній для предварительнаго вылушенія выпавшей ручки.

2. Послѣдовательная брахіотомія послѣ декапитаци для прохожденія туловища также не имѣетъ достаточныхъ основаній.

3. При мертвомъ плодѣ и при сильныхъ степеняхъ сѣзженія таза, или

при крайне боковомъ отклоненіи нерастяжимой маточной шейки, позво-
тельно сдѣлать послѣдовательную брахіотомію, если ручка (не выпавшая еще)
мѣшаетъ прохожденію тудовища.

4. При живомъ плодѣ и при сильныхъ степеняхъ суженія таза, слѣ-
дуетъ предпочитать кесарское сѣченіе или операцію *Porro*.

Ф Краснопольскій.

79. Ф. Ф. Кѣтлинскій. Къ вопросу объ операціи отнятія выпавшей ручки.

(Прот. засѣд. акуш.-гинекол. Общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, томъ 5, вы-
пуски 9 и 10).

Авторъ описываетъ случай, въ которомъ по его мнѣнію, отнятіе ручки
было показаннымъ и необходимымъ. Случай этотъ слѣд.: женщина съ узкимъ
тазомъ, содж. ext.=15 см; diagonalis=10,5; рождаетъ 3-ій разъ; первые
роды кончились преждевременно живымъ ребенкомъ, вторыя—изсѣченіемъ
плода. Роды продолжаются 2 сутокъ, воды прошли около сутокъ тому назадъ;
ребенокъ во второмъ косомъ положеніи; выпала лѣвая ручка; сердцебіеніе
плода не выслушивается, плечо вколочено, нижній сегментъ матки растянута.
Предпринять поворотъ подъ хлороформомъ, съ трудомъ удавалось провести
 $\frac{1}{2}$ руки, чему мѣшали тетаническія сокращенія матки; вправить выпавшую
ручку не удавалось; поэтому произведена экзартикуляція въ локтевомъ су-
ставѣ, послѣ чего плечо моментально было продвинуто въ ниже-заднюю
часть матки, и поворотъ совершенъ, съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Новорож-
денная, безъ признаковъ жизни, положена въ лоханку у ногъ оператора, въ
то время какъ послѣдній занялся отдѣленіемъ дѣтскаго мѣста; но ребенокъ
оказался живымъ, заявивъ о своей жизни толчкообразными струйками крови
изъ перерѣзанной *art. brachialis*; немедленно артерія перевязана, наложена
повязка; вслѣдъ за тѣмъ дыханіе ребенка установилось, съ трахеальными
хрипами.

И мать, и ребенокъ, остались въ живыхъ.

Ф. Краснопольскій.

80. Picqué. Opération césarienne suivie de succès pour la mère et pour
l'enfant. (Gaz. des Hôpitaux 1893, № 37). Кесарское сѣченіе съ
благополучнымъ исходомъ для матери и для ребенка.

Исторія этого случая вкратцѣ такова: Г-жа Б., 37 лѣтъ, слабого здо-
ровья, менструируетъ съ 17 лѣтъ необильно но правильно; мочеиспусканія
всегда были нѣсколько затруднены.

Замужемъ 10 мѣсяцевъ, послѣдняя менструація 25 сентября 1891 года.
Спрошенный въ началѣ беременности врачъ діагносцировалъ фиброміому, за-
нимающую всю полость таза, и совѣтовалъ прервать беременность, на что боль-
ная не согласилась.

При изслѣдованіи авторомъ въ іюнѣ 1892 года найдено:

Пальпація—полость таза занята твердой неподвижной массой; положеніе
плода поперечное, головка влѣво, мелкія части вправо, спинка обращена впе-
редъ. Кромѣ того, въ правомъ углу матки прощупывается фиброзная опухоль

величиною съ куриное яйцо. Сердцебіенія плода слышны у пупка и немного выше.

Внутреннее изслѣдованіе показало: объемистая масса занимаетъ всю полость таза, рукавъ какъ бы сдвинуть сверху внизъ; до шейки матки съ трудомъ можно достигнуть — она находится очень высоко, слѣва и спереди (какъ бы при перегибѣ назадъ беременной матки). Опухоль находится въ тѣсной связи съ маткой и занимаетъ надвлагалищную часть шейки.

Отекъ нижнихъ конечностей и наружныхъ половыхъ частей. Одышка. Въ мочѣ нѣтъ бѣлка.

Авторъ высказался за необходимость кроваваго вмѣшательства, того же мнѣнія были *Champetier de Ribes* и проф. *Tarnier*.

16-го іюня больная поступила въ «*Maternité de l'hôpital Tenon*» и операція была назначена на 23 іюня. За нѣсколько дней до своего поступления въ больницу г-жа Б. стала чувствовать боли въ поясницѣ. 22 іюня въ 2 часа ночи — разрывъ пузыря, довольно сильныя боли, возобновляющіяся черезъ равныя промежутки времени. Выскикиваніе 5 миллиграммъ морфія успокоило боли и больная остальную часть ночи спала.

Послѣ обычныхъ приготовленій больной, операція произведена 23-го іюня *Picqué* при *Poszi*, *Nelaton*'ѣ и *Champetier de Ribes* въ качествѣ ассистентовъ.

Разрѣзъ передней брюшной стѣнки до пупка; передняя стѣнка матки обнажена, но матка оставлена мѣстѣ. Тарлатановыя компрессы введены подъ брюшную стѣнку, чтобы избѣжать проникновенія жидкости въ полость брюшины.

Осторожный разрѣзъ матки по срединной линіи и длиною въ 16 сантиметровъ. *Placenta praevia, caesarea*; разрѣзъ попалъ на прикрѣпленіе послѣда, но постепенное во время разрѣза наложеніе щипчиковъ на кровотоочившія мѣста и быстрое извлеченіе послѣда съ значительною частью оболочекъ — свели кровотеченіе къ возможному *minimum*'у. За головку извлеченъ живой ребенокъ (дѣвочка) и вслѣдъ за этимъ удалена оставшаяся часть разорванныхъ оболочекъ.

Полость матки промыта очень горячей кипяченой водой и матка очень скоро пришла въ сокращенное состояніе; внутренняя ея поверхность вытерта марлевыми компрессами. Матка зашита, безъ предварительной мышечной резекціи, 11-ю глубокими шелковыми швами, не захватывающими ея слизистой оболочки, и 48-ю поверхностными: полость матки такимъ образомъ очень тщательно закрыта. Брюшная рана зашита этажнымъ швомъ. Вся операція продолжалась 1¹/₂ часа и состояла только въ одномъ кесарскомъ сѣченіи (изъ передней стѣнки матки была вылучена фиброміома величиною съ орѣхъ).

Авторъ даетъ затѣмъ подробности послѣоперационнаго періода, на которыхъ было бы слишкомъ долго останавливаться: въ общемъ, все послѣоперационное теченіе хорошее, температура колебалась между 37,1 и 37,6 (максимумъ); послѣродовыя отдѣленія нормальны. Повязка снята на 13-ый день, рана зажила первымъ натяженіемъ.

14-го іюля, т. е. на 22-й день оперированная встала. 19-го іюля изслѣдованіе показало: полость таза выполнена фиброзной опухолью, сливающейся съ маткой; опухоль обращена вправо, едва переходитъ черезъ срединную линію влѣво и доходить до 4—5 поперечныхъ пальцевъ надъ симфизомъ. Опухоль подвижна, тѣсныхъ срощеній ни съ брюшными стѣнками, ни съ стѣнками таза какъ будто нѣтъ. Съ того дня, какъ больная встала—замѣчается легкая боль въ лѣвой fossa iliaca и отекъ правой ноги.

Мочеспусканіе и дефекаціи нормальны.

Новорожденная находится въ вожденномъ здравіи.

Г-жа Б. выписалась 21-го іюля. Авторъ снова видѣлъ пациентку: боль, которую она чувствовала при ходьбѣ, исчезла; общее состояніе здоровья превосходно.

По поводу выбора операціи авторъ замѣчаетъ, что съ введеніемъ симфизеотоміи показанія къ кровавымъ вмѣшательствамъ путемъ чревосѣченія значительно сузились, они однако остаются во всей силѣ при заполняющихъ тазъ фиброміомахъ нижняго сегмента матки, потому что при наличности такихъ условій—операціи, разрушающія цѣлость плода, какъ и симфизеотомія несомнѣнно недостаточны и имѣются, слѣдовательно, безусловныя показанія къ кровавому вмѣшательству черезъ чревосѣченіе.

Въ данномъ случаѣ автору предстояло выбирать между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операціей Рогго, но въ виду невозможности немедленно удалить опухоль, онъ предпочелъ кесарское сѣченіе, предоставляя себѣ въ будущемъ удалить фиброміому черезъ влагалище.

Въ заключеніе авторъ останавливается на нѣкоторыхъ деталяхъ оперативной техники. Предупрежденіе кровотеченій и избѣжаніе проникновенія околоплодной жидкости въ полость брюшины составляютъ, какъ извѣстно, два важныя условія для успѣха операціи. Съ цѣлью удовлетворить второму изъ этихъ условій—*Müller, Leopold* совѣтуютъ выводить матку наружу. Авторъ находитъ однако болѣе удобнымъ оперировать *in situ*, что настоятельно совѣтуетъ и *Lucas-Championnière*.

Что касается кровотеченій, то для предупрежденія ихъ *Eitzmann* предложилъ провизорную эластическую лигатуру, но при операціи *in situ*—наложеніе эластической лигатуры становится трудноисполнимымъ и увеличиваетъ шансы на инфекцію.

Къ тому же авторъ и не видитъ никакой необходимости въ предварительномъ наложеніи эластической лигатуры: все дѣло въ достаточно многочисленномъ и опытномъ персоналѣ, обезпечивающемъ постепенное во время разрѣза матки наложеніе пинцетовъ на кровоточащія мѣста и въ быстромъ удаленіи послѣда. Словомъ для упрощенія оперативной техники авторъ считаетъ нужнымъ отвергнуть какъ эластическую лигатуру такъ и способъ *Müller'a*. Маточный разрѣзъ долженъ быть сдѣланъ по срединной линіи и имѣть въ длину 15—18 сантиметровъ для болѣе удобнаго маневрированія. При тщательно сдѣланномъ разрѣзѣ—края раны матки правильны и мышечная резекція (*Leopold*) оказывается совершенно излишней.

Для шва можно пользоваться какими угодно нитками, исключая впрочемъ

серебряныя. Въ описанномъ случаѣ для всѣхъ швовъ употребленъ былъ шелкъ.

Изъ безчисленнаго множества способовъ накладыванія маточнаго шва авторъ рѣшительно отвергаетъ всѣ слишкомъ упрощенные способы (напр. способъ *Terrier* и *Fritsch'a*), гдѣ нисколько не заботятся о томъ, чтобы края раны брюшины такъ же плотно прилегали другъ къ другу, какъ и края самого маточнаго разрѣза: по мнѣнію автора, двойной рядъ швовъ (швы глубокіе и поверхностные) абсолютно необходимъ. Успѣхъ и безопасность операціи находятся въ тѣсной зависимости отъ прочности швовъ.

Л. Шейнисъ.

81. O Morisani. Sulla pelviotomia e sui rapporti alla sinfisiotomia. (Annali di ostetricia et ginecologia 1893, gennaio I). Объ операціи разсѣченія лонныхъ костей и ея отношеніи къ симфизеотоміи.

Prof. *Morisani*, весь свой вѣкъ потрудившійся надъ воскрешеніемъ изъ незаслуженнаго забвенія операцій симфизео- и пельвиотоміи, въ особености симфизеотоміи, настаиваетъ на несмѣшиваніи этихъ двухъ операцій, на незамѣнимости одной другой, такъ какъ каждая изъ нихъ имѣетъ свою особую цѣль, свои особыя показанія. Творцомъ пельвиотоміи слѣдуетъ считать знаменитаго неаполитанскаго акушера второй четверти текущаго столѣтія, *Gennaro Galbiati*, который въ своей книгѣ («*La Pelviotomia. Raggugliamento di una nuova operazione di chirurgia, che può con vantaggio sostituire alla cesarea*», Napoli, 1832) предлагаетъ вмѣсто кесарскаго сѣченія, давшаго въ это время колоссальный процентъ смертности, разсѣкать, кромѣ лоннаго сочлененія, одну или обѣ вѣтви лонныхъ или сѣдалищныхъ костей, создавая такимъ образомъ изъ передней половины тазоваго кольца какъ бы широкія двойныя ворота для свободнаго, безпрепятственнаго выхода головки плода. *Galbiati* экспериментально произвелъ пельвиотомію на 2-хъ трупахъ роженицъ (г-жъ *A. Lombardi* и *C. de-Angelis*) и два раза прибѣгъ къ этой операціи на живыхъ. Печальные исходы пельвиотоміи какъ для матерей, такъ и дѣтей повергли ее на время въ совершенное забвеніе. Въ 1863 году *Morisani* принялся за тщательное и всестороннее изученіе пельвиотоміи, и убѣдился, что эта операція напрасно выкинута за бортъ изъ акушерской практики. Пельвиотомія можетъ оказать значительныя услуги при соблюденіи слѣдующихъ условій: 1) она должна быть производима въ началѣ родовъ, до разрыва оболочекъ; 2) разсѣкать кости необходимо на обѣихъ сторонахъ; 3) должно слѣдовать методу оперирования, описанному авторомъ (*Morisani*, «*Die restringimenti del bacino*, есс.» Napoli, 1863); 4) концы раздѣленныхъ костей должны быть тщательно прилажены; 5) во все время заживленія костныхъ ранъ тазъ долженъ быть иммобилизованъ крахмальнымъ или лучше проволочнымъ аппаратомъ. Такимъ образомъ пельвиотомія создаетъ въ передней половинѣ тазоваго кольца совершенно новый, искусственный путь для выхода плода, такъ какъ отпиленные куски костей, сдѣлавшись благодаря разсѣченію лоннаго сочлененія, вполне подвижными, поварачиваются какъ на шарнирахъ и ста-

новятся въ вертикальное положеніе къ оставшимся кускамъ лонныхъ костей; симфизеотомія же, входящая какъ частный моментъ въ составъ пельвіотоміи, только расширяетъ естественные пути. Показаніями для симфизеотоміи служатъ, какъ это твердо установлено *Morisani*, суженія *conjugat. ver.* отъ 67 мм. до 81 мм., т. е. тѣ случаи, когда обыкновенно прибѣгаютъ къ прободенію головки живаго плода или къ кесарскому сѣченію при такъ называемомъ *относительномъ* показаніи. Пельвіотомію же можно производить только при суженіяхъ *conjug. ver.* ниже 67 мм., какъ замѣну кесарскаго сѣченія, которое въ такихъ случаяхъ *абсолютно* показано. Симфизеотомія съ теченіемъ времени получить подабающее ей распространеніе и тогда устранитъ совершенно относительныя показанія къ кесарскому сѣченію. Насколько суждено пельвіотоміи замѣнять *sectionem caesaream*—покажетъ будущее.

В. Каплянскій.

82. O. *Morisani*. Sulla combinazione della sinfisiotomia con parto prematuro e con la embriotomia (Annali di ostetricia e ginecologia, № 1, 1893). О соединеніи симфизеотоміи съ искусственнымъ возбужденіемъ преждевременныхъ родовъ и эмбриотоміей.

Въ 1864 году извѣстный неаполитанскій хирургъ *P. Facolucci* предложилъ при сильныхъ степеняхъ суженія таза, во избѣжаніе кесарскаго сѣченія, комбинировать симфизеотомію съ преждевременными искусственными родами (при живомъ плодѣ) и эмбриотоміей (при мертвомъ плодѣ). *Morisani* рѣшительно возстаетъ противъ такого рода комбинаціи. Если, положимъ, *conjug. ver.* = 54 мм., то, производя симфизеотомію, мы удлинимъ конъюгату до 64 мм., или даже 71 мм., что совершенно, правда, достаточно для извлеченія семимѣсячнаго плода. Размягченіе костей и разрыхленіе тканей половыхъ органовъ на 7-мъ мѣсяцѣ беременности также достаточно для того, чтобы безпрепятственно производить разсѣченіе лоннаго сочлененія, не повреждая связокъ крестцово-подвздошныхъ сочлененій. Но, принимая во вниманіе съ одной стороны громадную смертность семимѣсячныхъ плодовъ и ту опасность, которой роженица подвергается при одновременномъ производствѣ двухъ операцій—возбужденія преждевременныхъ родовъ и симфизеотоміи, съ другой стороны значительно улучшившееся за послѣднія десятилѣтія предсказаніе при кесарскомъ сѣченіи, мы должны отдавать преимущество послѣдней операціи предъ комбинаціей *Facolucci*. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда при *conjug. ver.*, не многимъ меньшей 67 мм. роды на 7-мъ или 8-мъ мѣсяцѣ самопроизвольно начались, слѣдуетъ прибѣгать къ симфизеотоміи, какъ это неоднократно и съ блестящимъ успѣхомъ было выполнено авторомъ. Еще менѣе одобряетъ *M.* предложенную тѣмъ же *Facolucci* комбинацію эмбриотоміи съ симфизеотоміей при мертвомъ плодѣ. Техника эмбриотоміи за послѣднее время настолько усовершенствовалась, что новѣйшіе плододобывающіе инструменты (базіотрибо-кранио-клясть и др.) легко извлекаютъ плодъ при какомъ угодно суженіи таза, безъ всякой симфизеотоміи; кромѣ того введеніе плододобывающихъ инструментовъ и манипулированія ими послѣ разсѣченія лоннаго сочлененія мо-

жетъ имѣть весьма печальныя послѣдствія, въ особенности по отношенію къ крестцово-подвздошнымъ сочлененіямъ. По мнѣнію *M.*, границы показаній къ симфизеотоміи строго опредѣлены — именно суженія *conjug. ver.* отъ 67 мм. до 81 мм.; всякія попытки къ расширенію области ея примѣненія могутъ лишь дискредитировать эту операцію, въ высшей степени благотворную въ предѣлахъ ея показаній, установленныхъ авторомъ.

В. Наплянскій.

83. O. Morisani. Alcune considerazioni sulla pratica della sinfisiotomia (Annali di ostetricia e ginec. 1893 г. № 1). Нѣсколько словъ о техникѣ симфизеотоміи.

Prof. *Leopold*, описывая свои два удачныхъ случая симфизеотоміи (*Centralblatt für Gynec.*, 1892, № 30), предлагаетъ нѣсколько видоизмѣненій метода этой операціи, выработаннаго авторомъ. *Leopold* считаетъ ненужнымъ перерѣзку *ligam. triangularis s. arcuati inferioris pubis*, и излишнимъ разсѣченіе всего протяженія лоннаго сочлененія. Л. ограничивается раздѣленіемъ $\frac{1}{2}$ или $\frac{3}{4}$ всего сочлененія (такъ поступилъ и академикъ *A. Я. Красовскій*, Реф.), уже дающимъ расхожденіе концовъ лонныхъ костей на 3 ст., которое тѣмъ болѣе достаточно, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ приходится имѣть дѣло съ тазами плоскими и рахитическими, суженными только во входѣ, и съ нормальными размѣрами полости, въ которую головка въ крайнемъ случаѣ можетъ быть впихнута помощью наружныхъ приемовъ. *Morisani* никакъ не можетъ согласиться съ этимъ упрощеніемъ техники симфизеотоміи. Многолѣтняя практика показала автору, что безъ разрѣзыванія *ligamenti arcuati infer.* не получается достаточнаго увеличенія таза; въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ авторъ нечаянно оставилъ эту связку, ее пришлось перерѣзать впослѣдствіи для возможности извлеченія головки младенца, которая оставалась подвижной надъ тазовымъ кольцомъ. Разсѣченіе этой связки необходимо для поворачиванія къ наружи лонныхъ костей и ихъ приспособленія къ размѣрамъ головки. Случай *Leopold*'а потому и кончился удачно, что головка младенца, изгоняемая энергическими сокращеніями матки, сама нарушила цѣлость связки, отклонила въ обѣ стороны лонныя кости и пробила себѣ путь наружу. Наконецъ никакого выигрыша не получается отъ сохраненія этой связки такъ какъ разсѣченное на всѣмъ протяженіи лонное сочлененіе, какъ показываютъ многочисленныя наблюденія, сростается вполнѣ въ 10—15 дней безъ всякихъ осложнений и послѣдствій. Всѣ эти возраженія полностью относятся и къ частичному сѣченію лоннаго сочлененія. Такъ *Zweifel* (*Centralbl. f. Gyn.*, 1892, № 14), начавъ симфизеотомію по *Leopold*'у съ половиннаго сѣченія междулоннаго хряща, долженъ былъ окончить ее по *Morisani* полнымъ разсѣченіемъ не только хряща, но и *ligam. arcuat. infer.*, въ виду того, что головка оставалась подвижной надъ входомъ таза, и не поддавалась внизъ даже при наложеніи щипцовъ *Tarnier*.

В. Наплянскій.

84. O. Morisani. Sulla applicazione del forcipe dopo la sinfisiotomia. (Annali di ostetr. e ginecol., 1893, № 1). О наложеніи щипцовъ послѣ симфизеотоміи.

Автору ставили въ упрекъ необходимость слишкомъ частаго наложенія щипцовъ послѣ проповѣдываемой имъ операціи. Въ дѣйствительности же щипцы, по мнѣнію *M.*, далеко несоставляютъ необходимаго дополненія къ симфизеотоміи. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ операція производится при надлежащемъ показаніи (сѣуженіе *conjug. ver.* отъ 67 до 81 mm.) размѣры головки плода настолько соотвѣтствуютъ расширившемуся входу таза, что изгнаніе плода вполне можетъ быть предоставлено однѣмъ силамъ природы, при условіи, конечно, что маточныя сокращенія сохраняютъ свою нормальную силу и правильность. Но именно послѣднее условіе часто, къ сожалѣнію, отсутствуетъ, въ зависимости отъ хлороформнаго наркоза или истощенія силъ роженицы. Въ такихъ случаяхъ поневолѣ приходится прибѣгать къ щипцамъ, наложеніе которыхъ, выполненное цѣлесообразно и съ соблюденіемъ надлежащихъ предосторожностей, ничуть не ухудшаетъ благопріятнаго предсказанія ни для матери, ни для младенца, какъ это явствуетъ изъ богатой собранной авторомъ статистики.

В. Каплянскій.

85. Emil Ries. Klinische und anatomische Studien über Zurückbildung der puerperalen Uterus (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV B. I. H.)
Клиническія и анатомическія изслѣдованія относительно обратнаго развитія послѣродовой матки.

Ries останавливается на двухъ мало затрогивавшихся вопросахъ относительно развитія матки въ послѣродовомъ періодѣ: какъ долго остается открытымъ внутренній зѣвъ, и отъ какихъ условій зависитъ болѣе или менѣе раннее закрытіе его, и какъ выражается клинически обратное развитіе мѣста бывшаго прикрѣпленія послѣда? Съ этой цѣлью были изслѣдованы 46 родильницъ на 5—16 день съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ, изъ нихъ 26 I parae, 20 multiparae, 6 преждевременныхъ родовъ, остальные срочные. Результаты изслѣдованій изложены въ таблицахъ съ указаніемъ возраста, числа родовъ, продолжительности каждаго изъ періодовъ родовъ и т. д. Закрытіе внутренняго зѣва, по наблюденіямъ *Ries'a* въ нормальныхъ случаяхъ совершается между VIII и XII днями и совпадаетъ обыкновенно съ бѣлыми лохіями и низкимъ стояніемъ дна матки, хотя по этимъ послѣднимъ явленіямъ нельзя дѣлать вывода относительно того, закрыты ли зѣвъ или нѣтъ. Повидимому при обильныхъ лохіяхъ (количество ихъ неизмѣнялось) зѣвъ дольше остается открытымъ. Число родовъ не вліяетъ на проходимость зѣва, но время прерыванія беременности имѣетъ большое значеніе въ томъ смыслѣ, что зѣвъ закрывается тѣмъ скорѣе, чѣмъ раньше прерывается беременность (послѣ выкидышей на IV—VI день).

Матка оказалась открытой въ 36 случ., полость всегда шире внутренняго зѣва, стѣнки гладкія, мягкія, за исключеніемъ мѣста прикрѣпленія послѣда, покрытаго буграми большей или меньшей величины и различной плотности, иногда же лишь слегка шероховатаго. Возможность констати-

рывать мѣсто прикрѣпленія послѣда *Ries* считаетъ единственнымъ характернымъ признакомъ послѣродового періода. Плотныя ядра бугровъ образуются закупоренными сосудами, которые, не обладая сократительной способностью, кажутся выстоящими изъ мышечной стѣнки, одѣтой слизистой оболочкой; кровь, вытекающая при отдѣленіи послѣда, образуетъ болѣе мягкіе опушки вокругъ старыхъ тромбовъ, иногда эти мягкія массы грибовидно покрываютъ все мѣсто прикрѣпленія послѣда и спускаются въ шейку, такъ что на первый взглядъ производятъ впечатлѣніе полипа. Для микроскопическаго изслѣдованія съ поверхности бугровъ отдѣлялись пальцемъ куски, что удавалось безъ боли и кровотеченія, хотя въ поздніе сроки и не безъ труда; лохи доставались пальцемъ же изъ цервикальнаго канала. Подробное описаніе микроскопическихъ препаратовъ сгустковъ *Ries* располагаетъ по порядку дней послѣродового періода (V—XI) и приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: Попадающіяся въ сгусткахъ и лохяхъ мышечныя клѣтки указываютъ на отсутствіе мѣстами, именно около тромбовъ, слизистой оболочки; на счетъ выдѣленія этихъ мышцъ надо отнестись уменьшеніе въ объемѣ послѣродовой матки. Гигантскія клѣтки наблюдались въ мышечномъ веществѣ и въ децидуальной оболочкѣ по разу. Железы въ первые дни представляютъ узкій извилистый просвѣтъ, лишены эпителія или покрыты плоскимъ эпителиемъ; наряду съ этимъ въ нихъ встрѣчаются клѣтки разбухшія, съ большими отростками, лишенные способности окрашиваться и стоящія на пути къ разрушенію. Съ дальнѣйшимъ ходомъ обратнаго развитія эти клѣтки уступаютъ мѣсто нормальнымъ кубическимъ, а впослѣдствіи и цилиндрическимъ эпителиальнымъ. Поверхностный эпителий, наблюдающійся съ IX дня, представляется частью кубич., частью совершенно плоскимъ. Формы эпителиальныхъ клѣтокъ въ различныхъ стадіяхъ наглядно изображены на рисункахъ. Разбуханіе эпителія железъ, зависящее отъ слизистаго перерожденія, указываетъ на возобновленіе дѣятельности железъ, просвѣтъ становится шире, слизь выдѣляется на поверхность и приподымаетъ отложившіеся сгустки. Membrana propra железъ не наблюдается, межжелезистая ткань состоитъ по большей части изъ децидуальныхъ клѣтокъ, подвергающихся слѣдующимъ измѣненіямъ: 1) жировому перерожденію съ послѣдовательнымъ распадомъ; 2) гиалиновому перерожденію, причемъ гиалиновое вещество выталкивается изъ клѣтки, а сама клѣтка, уменьшившись въ объемѣ, остается жизнеспособной, или вся клѣтка выдѣляется на поверхность, или же перерожденная клѣтка остается на мѣстѣ, что служитъ причиной endometritidis p. abort. и децидуальныхъ полиповъ; 3) сморщиванію клѣтокъ и превращенію ихъ въ соединительно тканныя; послѣднее измѣненіе не доказано; возможно, что всѣ децидуальныя клѣтки погибаютъ и замѣщаются круглыми клѣточками, превращающимися въ соединительную ткань. Нельзя однако по состоянію децидуальныхъ клѣтокъ и эпителія железъ судить о стадіи послѣродового періода. Въ большинствѣ сосудовъ замѣчается гиалиновое перерожденіе стѣнокъ, въ нѣкоторыхъ неправильное разрастаніе эндотелія, мѣстами же отсутствіе его; въ суженномъ просвѣтѣ помѣщается распадъ, сѣти фибрина и кровяные ша-

рики. Васкуляризація тромба замѣчена лишь на одномъ препаратѣ. Въ глубинѣ тромбовъ проходятъ щели, съ трудомъ отличимыя отъ сосудовъ, служація, быть можетъ, для циркуляціи соковъ. Распадъ стустковъ обусловливаетъ качество и количество лохій, такъ какъ всѣ составныя части тѣхъ и другихъ одинаковы, и съ теченіемъ послѣродового періода, когда лохіи становятся бѣдными клѣточными элементами, количество стустковъ въ маткѣ уменьшается. При медленномъ обратномъ развитіи слизистой оболочки стустки задерживаются до первой менструаціи, которая можетъ дать поводъ къ сильному кровотеченію, если при этомъ открываются не вполне затромбированные сосуды. Отдѣленію остатковъ deciduae способствуютъ кровезащипы, наблюдающіяся въ глубинѣ отпадающей оболочки и обусловливаемыя застоємъ, вызваннымъ въ свою очередь массой закупоренныхъ сосудовъ. Въ виду связи клиническихъ явленій съ найденными анатомическими измѣненіями *R.* въ случаяхъ съ продолжительными кровяными лохіями предлагаетъ пальцемъ изслѣдовать полость матки и удалять встрѣчающіеся въ ней стустки или обрывки deciduae, такъ какъ этотъ способъ даетъ лучшіе результаты въ смыслѣ обратнаго развитія матки, чѣмъ выжидательная терапия. Кроме того, оставаясь въ полости матки и покрываясь наслоеніями свертывающейся крови, обрывки deciduae могли бы дать начало настоящимъ плацентарнымъ полипамъ.

А. Пекарская.

86. И. М. Львовъ. О лучшемъ уходѣ за пуповиннымъ остаткомъ. (Медиц. Обозр. 1893, № 3).

Каждый изъ существующихъ способовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ обладаетъ извѣстными достоинствами и недостатками. Такъ, прежній способъ автора (присыпки смѣсью 10 ч. magisterii bismuthi и 1 ч. йодоформа), обладая свойствомъ вызывать сухую мумификацію пуповиннаго остатка, не сопровождающуюся ни раздраженіемъ, ни отдѣленіемъ, представляетъ то неудобство, что отпаденіе пуповиннаго остатка происходитъ не раньше 6—7 дней, а нерѣдко затягивается до 10, въ силу чего сплошь и рядомъ приходится отпускать матерей съ неотдѣлившимся пуповиннымъ остаткомъ у плода. При другихъ способахъ (перевязка гипсомъ, талкомъ, маслянистыми веществами), хотя отпаденіе пуповиннаго остатка происходитъ рано, но получается влажная мумификація съ загрязненіемъ раны; скорѣе всего пуповинный остатокъ отпадаетъ при перевязкѣ маслянистыми веществами. Работою д-ра *Холмогорова* между прочимъ выяснено, что въ отпадающей пуповинѣ микроорганизмы, какъ патогенные, такъ и непатогенные, всегда присутствуютъ, не причиняя вреда новорожденному, стало быть отъ перевязочнаго матеріала не требуется особенно сильныхъ противугнилостныхъ средствъ. Лучшіе результаты даетъ способъ *Артемьева* (перевязка гигроскопической ватой безъ купанья до отпаденія пуповины). Отыскивая средство, которое бы удовлетворяло цѣли—скараго отпаденія пуповины при правильномъ заживленіи пупочной раны, авторъ остановился на глицеринѣ. Примѣняется онъ слѣдующимъ образомъ: послѣ ванны пуповинный остатокъ вытирается до суха: тонкій компрессъ изъ ги-

гроскопической ваты смазывается глицериномъ до общей влажности, избѣгая излишка и этимъ компрессомъ пуповина наглухо окутывается и прибинтовывается бинтомъ; ребенокъ не кушаетъ до отпаденія пуповины. Глицеринъ, какъ средство гигроскопическое и обеззараживающее, съ одной стороны, извлекаетъ влагу изъ пуповины, съ другой, не допускаетъ къ ней микроорганизмовъ. При этомъ способѣ пуповинный остатокъ отпадаетъ на 4-й, рѣже 5-й день; ни красноты, ни раздраженія, ни выдѣлений изъ пупочной раны не наблюдается. По отпаденіи пуповины дѣлается ванна, пупочная рана присыпается порошокомъ *magisterii bismuthi* и забинтовывается.

Способъ этотъ примѣненъ авторомъ болѣе чѣмъ въ 500 случаяхъ съ неизмѣнно хорошимъ результатомъ.

Ф. Краснопольскій.

87. И. М. Львовъ. Болѣзнь *Hildebrandt'a* (*penis captivus s. vaginismus superior*) (Врачъ 1893 г. № 1).

Подъ этимъ названіемъ разумѣется тотъ видъ вагинизма, который не сопровождается ни чрезмѣрной чувствительностью входа во влагалище, ни судорогой запирающей мышцы. Этотъ видъ вагинизма заключается въ судорожномъ сжатіи стѣнокъ рукава въ зависимости отъ сокращенія *m. levatoris ani*. Наблюденію автора представился одинъ такой случай: интеллигентная больная 21 года, жалуется на боли во время совокупленія и у нея и у мужа. Регулы съ 14 лѣтъ, черезъ 3 недѣли по 4 дня—безъ неправильностей. Замужемъ 1¹/₂ года. Ни психо, ни невропатической наслѣдственности нѣтъ. Ни половыхъ желаній, ни полового удовлетворенія до первой беременности больная не испытывала. Первая беременность безъ видимыхъ причинъ оборвалась на 6-ти мѣсяцахъ, ребенокъ родился живымъ, но вскорѣ умеръ. Признаковъ сифилиса у плода и въ послѣдѣ не было найдено (къ сожалѣнію, изъ статьи не видно, было ли вскрытіе или нѣтъ). Послѣ родовъ больная узнала, что такое половое желаніе и половое удовлетвореніе. Затѣмъ больная стала замѣчать, что вслѣдъ за введеніемъ полового члена во влагалищѣ происходило какое то неопредѣленное сжатіе, продолжавшееся не болѣе минуты; далѣе удовлетвореніе наступало очень рано,—почти одновременно съ окончаніемъ сжатія. Въ дальнѣйшемъ теченіе сжатіе все успливалось, желаніе и удовлетвореніе ослаблялись, присоединились сильныя боли въ половомъ членѣ мужа во время этихъ сжатій и явилось нарушеніе половой жизни со всѣми его послѣдствіями. При изслѣдованіи, палецъ введенный въ рукавъ сантиметра на 3—4, почувствовалъ сжатіе со всѣхъ сторонъ въ видѣ кольца, сопровождавшееся обычнымъ для больной ощущеніемъ совокупленія. Сжатіе это продолжалось не болѣе 1¹/₂ минуты; такое сжатіе получалось при каждомъ введеніи пальца, если только введеніе это было отдѣлено отъ предыдущаго промежуткомъ времени не менѣе 5 минутъ. Матка на введеніи пальца реагируетъ также сокращеніемъ. Если сейчасъ же вслѣдъ за введеніемъ пальца въ рукавъ, другой палецъ ввести въ прямую кишку, то наблюдается: во 1-хъ приподнятіе послѣдняго, во 2-хъ большее его сжатіе и въ 3-хъ прекращеніе судороги въ рукавѣ (если палецъ

въ задній проходъ ввести раньше, то судорогъ въ рукавѣ не получается). Другія данныя изслѣдованія показали наличность 5 мѣсячной беременности.

Съ точки зрѣнія этиологии, авторъ признаетъ свой случай чистымъ центральнымъ нейрозомъ. Въ такой диагностикѣ его укрѣпляютъ слѣдующія данныя: постепенное развитіе болѣзни и передача раздраженія на матку, — перерывъ 1, а также и 2 беременности, которая прервалась также безъ всякихъ видимыхъ поводовъ со стороны больной.

Что касается лѣченія, то, отбрасывая насильственное растяженіе, невротомію и мевректомию, авторъ останавливается на хлороформированіи, электричествѣ и приѣмѣ *Генрихсена* (введеніе пальца въ задній проходъ); наиболѣе же пригоднымъ авторъ считаетъ гипнозъ, который въ своемъ случаѣ онъ отложилъ до окончанія беременности, назначивъ временно: бромистое золото по 0,01 на приѣмъ 3 раза въ сутки, теплыя рукавныя спринцеванія и возможное ограниченіе половыхъ сношеній, прибѣгая къ приѣму *Генрихсена*. Нѣкоторое улучшеніе получилось, но раздражительность матки осталась прежнею и беременность вскорѣ прервалась. Если по окончаніи послѣродового періода болѣзненные явленія возобновятся, то авторъ примѣнитъ электричество и гипнозъ.

Рутковскій.

88. Д. С. Щеткинъ. Удачно оперированная клоака послѣ гангрены наружныхъ половыхъ органовъ, промежности, части прямой кишки и мочевого пузыря. (Медиц. Обозр. 1893. № 1).

У женщины 60 л., послѣ обширной гангрены, половые органы представляли слѣд. картину: большія и малыя губы отсутствуютъ, отъ лѣвой малой губы виситъ небольшой кусокъ. Дефектъ, получившійся отъ гангрены, окаймленъ рубцомъ, остатокъ мочевого пузыря непосредственно примыкаетъ къ стѣнкѣ прямой кишки въ томъ мѣстѣ, гдѣ нарушена ея цѣлость. Черезъ отверстіе въ передней стѣнкѣ кишки выпала слизистая оболочка задней и прикасается къ слизистой пузыря. Больная, понятно, не удерживаетъ мочу и калъ. Оперативное пособіе состояло въ слѣд.: произведено окровавленіе изъ подъ клитора въ видѣ 2 расходящихся полосъ; эти полосы шли кнаружи отъ рубца, къзади сходились, направляясь по рубцу, и сливались на мостикѣ, существовавшемъ на мѣстѣ кишечно-влагалищной стѣнки; окровавленные поверхности невозможно было соединить другъ съ другомъ, поэтому съ обѣихъ сторонъ, отступя кнаружи, проведены ослабляющіе разрѣзы, параллельно окровавленію, и кожа отсепарована отъ подлежащей клѣтчатки; тогда окровавленные поверхности соединены шелковыми и металлическими швами.

Окровавленные поверхности срослись первымъ натяженіемъ. Въ результатѣ получилась клоака, состоящая изъ остатка мочевого пузыря, прямой кишки, а также рубцовъ, образовавшихся на мѣстѣ погибшихъ органовъ и тканей; моча идетъ періодически черезъ задне-проходное отверстіе. Эффектъ операціи, въ смыслѣ задержанія мочи, кала и газовъ полный; существованіе оперированной сносное.

Ф. Краснопольскій.

89. Landerer. Eine seltene Form von Missbildung des Uterus. (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. XXIV B. I H). Рѣдная форма порока развитія матки.

Больная, 23 лѣтъ, никогда не менструировавшая, 4 года страдала *polimena menst.*, за послѣднее время ставшими болѣе сильными и продолжительными. Наружные органы и влагалище нормальны, шейка направляется вверх, вперед и вправо, слѣва вверху отъ шейки отходить плотный тяжъ толщиной въ палець, длиной см. въ 3, идущій, постепенно истончаясь, къ лѣвому яичнику, величиной съ куриное яйцо; справа въ связкѣ прощупывается твердое образованіе, величиною съ бобъ; правый яичникъ плотный, не увеличенъ, у тазовой стѣнки. Зондъ проникаетъ въ цервикальный каналъ на 3 см. Поставленъ діагнозъ однорогой матки съ развитымъ лѣвымъ рогомъ, причеиъ осталось невыясненнымъ, почему зондъ проникалъ лишь на 3 см. въ цервикальный каналъ. Предположено сдѣлать кастрацію, однако больная вскорѣ умерла отъ общаго милліарнаго туберкулеза. При вскрытіи найденъ туберкулезный перитонитъ, полость матки растянута творожистой слизью и отдѣлена отъ цервикальнаго канала плотной перегородкой. Между правой трубой, начинающейся ниже лѣвой, и полостью матки лежитъ мышечный пучокъ, шириной въ 1 см., безъ какого бы то ни было отверстія; отъ этого мышечнаго пучка отходить правая яичниковая связка, лѣвая же начинается, какъ обыкновенно, отъ лѣваго края матки ниже трубы. Шейка нормальна, *placae palmarae* на передней и задней стѣнкахъ вполне развиты. Въ данномъ случаѣ надо полагать, что маточная полость образовалась изъ лѣваго Мюллерова хода, правый же остался въ зачаточномъ состояніи; расхожденіе роговъ происходитъ приблизительно на 1 см. выше внутренняго зѣва, слѣдовательно остановка въ развитіи наступила въ то время, когда Мюллеровы ходы уже тѣсно прилегли другъ къ другу. Но и лѣвый ходъ потерпѣлъ остановку въ развитіи—именно судя по мѣсту препятствія, въ нижней части отдѣла, изъ котораго должно было развиться тѣло матки, или же во всей части, предназначенной къ образованію шейки. Противъ послѣдовательно развившагося зарощенія говоритъ отсутствіе анамнестическихъ указаній на маточное заболѣваніе, мѣсто зарощенія въ области внутренняго зѣва, возрастъ больной, равно какъ и отсутствіе рубцовой ткани въ перегородкѣ между шейкой и маткой; этотъ послѣдній признакъ исключаетъ также *atresiam cong. consec.* Хотя остатковъ лѣваго хода въ стѣнкѣ шейки подъ микроскопомъ и не найдено, тѣмъ не менѣе въ виду направленія цервикальнаго канала, составляющаго какъ бы продолженіе зачаточнаго праваго рога, L. склоняется въ пользу развитія шейки изъ одного лишь праваго Мюллерова хода. Такимъ образомъ получилась перекрестная атрезія каналовъ, и собственно говоря, данный порокъ развитія не представляетъ собой однорогой матки, такъ какъ съ этимъ понятіемъ связано полное развитіе одного изъ Мюллеровыхъ ходовъ, поэтому L. предлагаетъ назвать описанный случай *uterus sinistrocornis dextrocollis*.

А. Пекарская.

90. А. А. Новицкій. Примѣненіе гальваническаго тока при отсутствіи мѣсячныхъ (amenorrhoea). (Врачъ 1893 г. № 6).

9 случаевъ, въ которыхъ авторъ примѣнялъ этотъ методъ, могутъ по распознаванію быть раздѣлены на слѣдующія категории: 5 случаевъ атрофіи послѣ родовъ (1 послѣ выкидыша), 1 случай атрофіи у не рожавшей женщины, 2 случая атрофіи у дѣвицъ и 1 случай дѣтской матки. Авторъ примѣнялъ гальваническій токъ отъ 12—30 элементовъ *Leclanche* съ силой тока въ 20—35 МА. Число сеансовъ въ приведенныхъ случаяхъ простиралось отъ 5 до 20. Въ одномъ случаѣ электризаціи предпослано выскабливаніе слизистой оболочки матки съ предварительнымъ расширеніемъ канала шейки Нѣгаг'овскими бужами. Отбросивъ этотъ случай, въ остальныхъ 8 авторъ получилъ слѣдующіе результаты: въ 5 случаяхъ мѣсячныя не появлялись вовсе, въ 1, появившись, они исчезли снова и во 2-хъ мѣсячныя появлялись правильно въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ (болѣе давнихъ наблюденій, за исключеніемъ случая послѣ выскабливанія, гдѣ эффектъ держится 1 годъ, не имѣется.

Рутковскій.

91. T. Boryssowicz. Stałe rozszerzenie ujścia zewnętrznego macicy, zapotrzebowania przewiazania bocznych ścian dolnego odcinka części pochwowej (Medycyna, 1893, № 9). Стойкое расширеніе наружнаго маточнаго отверстія посредствомъ перевязки боковыхъ стѣнокъ нижняго отрѣзка влагалищной части (Dilatatio ostii externi uteri ope ligaturae).

Стойкое расширеніе канала маточной шейки съ цѣлю излѣчить безплодіе или болѣзненные мѣсячныя начало примѣняться еще съ начала прошлаго столѣтія. Но всѣ предложенные до сихъ поръ методы *discisionis portiois vaginalis* оставляютъ за собой желать многого и, по словамъ *Schroeder'a*, „производятъ либо слишкомъ незначительное, либо чрезмѣрное расширеніе наружнаго отверстія, всегда при этомъ обезображивая влагалищную часть“. Остроумный способъ, предлагаемый докторомъ *Boryssowicz'емъ*, удовлетворяетъ, повидимому, всѣмъ требованіямъ, какія можно предъявить къ этой операціи, особенно при неувеличенной или даже уменьшенной влагалищной части. Больная помѣщается въ коленно-локтевомъ положеніи (*à la vache*) или на столѣ съ выдвинутымъ за край стола крестцомъ. Послѣ надлежащаго противугнистнаго омыванія операціоннаго поля, послѣднее обнажается *Симон'овскимъ* зеркаломъ и подѣмниками, матка посредствомъ захватыванія передней губы Мюзеескими щипцами низводится внизъ. Въ матку вводится маточный катетеръ автора, состоящій изъ двухъ отдѣльныхъ подвижныхъ браншъ, которыя расширяютъ каналъ шейки и отдѣляютъ ее переднюю стѣнку отъ задней. Отклонивъ влагалищную часть вправо, операторъ вкалываетъ въ лѣвый ея бокъ на $1\frac{1}{2}$ — 2 ст. выше наружнаго маточнаго отверстія большую иглу *Hagedorn'a* со вдѣтой въ нее толстой двойной шелковой нитью. Игла съ нитью проводится между браншами катетера, и выкалывается изъ праваго бока влагалищной части на симметричной высотѣ, т. е. на $1\frac{1}{2}$ — 2 ст. выше *ostii externi uteri*. Концы двойной нити уравни-

ваются чрезъ ушко иглы съ обоихъ боковъ *portion. vag.*; маточный катетеръ, въ просвѣтъ котораго лежитъ какъ разъ середина нити, вынимается, и вдвое сложенная нить перерѣзывается у ушка иглы и равно въ серединѣ, такъ что получающіяся 4 одинаковой длины нитки, продѣтыя по двѣ чрезъ каждый бокъ влагалищной части. На каждой сторонѣ завязывается по одной лигатурѣ въ хирургической узелъ и затягивается наивозможно крѣпче, чтобы не дать освободиться захваченнымъ въ узелъ тканямъ; концы этой лигатуры обрѣзываются коротко. Оставшіяся 2 нитки также завязываются, но не въ полный хирургической узелъ, и концы ихъ оставляются для того, чтобы можно было покрѣпче и надлежащимъ образомъ ихъ затянуть на 3-й день послѣ операци. Благодаря такого рода двойной лигатурѣ на каждой сторонѣ, захваченныя въ узелъ ткани обязательно облитерируются безъ всякихъ осложнений и послѣдствій и всѣ 4 нитки добровольно отпадаютъ на 15—18 день послѣ операци, оставляя наружное маточное отверстіе въ видѣ поперечной щели съ двумя овальными углубленіями по бокамъ. Описанный методъ расширенія *ostii externi uteri* можно комбинировать съ одновременно производимыми другими оперативными приемами: выскабливаніемъ полости матки, расширеніемъ канала шейки или *ostii interni uteri*. Расширеніе наружнаго отверстія, выполняемое по изложенному способу, обнаружило въ 30-ти случаяхъ, оперированныхъ авторомъ и другими врачами (*Karlinski*мъ, *Kuniewicz*емъ и *Thieme*), слѣдующія достоинства:

- 1) Операциа можетъ быть произведена при помощи одного лишь ассистента.
- 2) Она требуетъ немного времени, всего нѣсколькихъ минутъ, такъ какъ всѣ оперативныя манипуляціи сводятся къ низведенію матки, къ прокалыванію влагалищной части и завязыванію 4-хъ нитей.
- 3) Оперативный приемъ легокъ, простъ и не требуетъ отъ оперирующаго большаго навыка.
- 4) Вся операциа безболѣзненна и производится безъ наркоза, или въ крайнемъ случаѣ при мѣстной анестезіи 10⁰/₀ растворомъ кокаина; только при наличности вагинизма или психическаго разстройства приходится прибѣгать къ хлороформированію.
- 5) Операциа не вызываетъ почти никакого кровотеченія и не требуетъ тщательнаго тампонированія влагалища, которое при обыкновенныхъ методахъ *discisionis portion. vagin.* причиняетъ больнымъ столько безпокойствъ и страданій.
- 6) Пооперационное лѣченіе состоитъ, послѣ окончательной перевязки влагалищной части, только въ прополаскиваніяхъ влагалища, и не подвергаетъ больной неоднократнымъ безпокоющимъ манипулированіямъ, какъ при другихъ методахъ (введенія зеркаль, кусковъ марли до маточной шейки, прижиганія послѣдней и т. д.).
- 7) Наконецъ при описанномъ способѣ оперированія никогда не приходится повторять операциі по истеченіи извѣстнаго срока времени, какъ это весьма часто имѣетъ мѣсто при другихъ методахъ

В. Каплянскій.

92. Типяковъ, В. В. Къ вопросу о лѣченіи перегибовъ матки кзади
(Медицин. Обзор., № 17, 1892).

Матка подвижна и эластична, и сохраняетъ свое положеніе и конфигурацію частью своими связками, но больше всего напряженіемъ брюшнаго пресса. Болѣзни самой матки и окружающихъ ее органовъ измѣняютъ ея фигуру и положеніе ея въ тазу. Измѣненіе фигуры ея измѣняетъ кровообращеніе, питаніе ея и вызываетъ разстройство во всемъ организмѣ, сказываясь массою болѣзненныхъ явленій. Особенно тяжелые припадки вызываютъ загибы матки кзади. Страданія матки и придатковъ ея вызываютъ раздраженіе брюшины, получаютъ болѣе или менѣе значительныя сращенія съ окружающими органами, что еще болѣе измѣняетъ кровообращеніе и питаніе органовъ таза, и это еще болѣе ведетъ къ загибу.

Для лѣченія прежде примѣнялись особенно кольца и массажъ.

Авторъ при загибахъ безъ сращеній признаетъ лучшимъ средствомъ кольца и массажъ при податливыхъ сращеніяхъ, иначе массажъ вреденъ отъ могущей быть травмы. Укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ не дало тѣхъ результатовъ, которыхъ ожидали. Лучшимъ способомъ авторъ считаетъ операцію *Koeberle*, вшиваніе матки послѣ выпрямленія ея въ брюшную рану. Операція хоть и опасна, но она даетъ возможность дѣйствовать смѣло *ad oculos*. Однако, сращенія бываютъ иногда такъ велики, что ставятъ врача въ затрудненіе дѣлать операцію или ограничиться палліативами. Авторъ оперировалъ въ 3 случаяхъ при сильныхъ сращеніяхъ чрево-сѣченіемъ. Дальнѣйшее лѣченіе—ванны и массажъ. Полное выздоровленіе и беременность одной изъ оперированныхъ, бывшей до того безплодной. Въ 10 случаяхъ сращеній при загибахъ назадъ, авторъ отдѣлялъ сращенія черезъ разрѣзъ задняго свода рукою при спинномъ положеніи. Техника проста, кровотеченій у него не было, раны зажили первымъ натяженіемъ. Въ 8 изъ этихъ случаевъ, загибы были послѣродовые. Одна оперирована на 3 мѣсяцѣ беременности съ сохраненіемъ ея послѣ 2 выкидышей отъ загиба. Въ 9 случаяхъ послѣ операціи успѣшно примѣненъ массажъ, ранѣе не приносившій пользы. Одна 27-лѣтняя забеременѣла. У 8 загибы матки ничтожны, тяжелые припадки исчезли и отпавленія половыя нормальны.

А. Заболотскій.

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