

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

АПРѢЛЬ 1893, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

VII.

КРАТКІЙ МЕДИЦИНСКІЙ ОТЧЕТЪ

клиники акушерства и женскихъ болѣзней при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ за пятилѣтній періодъ ея дѣятельности съ 1-го января 1869 г. по 1-е января 1874 г.

Составленный штатнымъ ординаторомъ (ассистентомъ) той-же клиники

А. А. А н у ф р і е в ы м ъ .

ВВЕДЕНІЕ.

Въ жизни отдѣльнаго научнаго учрежденія также, какъ и въ жизни цѣлаго общества, существуютъ извѣстные періоды, извѣстныя вѣянія и направленія, что вмѣстѣ взятое и составляетъ исторію даннаго учрежденія. Къ такимъ учрежденіямъ, имѣющимъ свою исторію, относятся и университетскія клиники. Исторія этихъ научно-медицинскихъ учреждений обычно имѣетъ, какъ свѣтлые, такъ и темные періоды въ зависимости не только отъ чисто научной постановки дѣла, но часто и отъ постороннихъ, ничего общаго съ наукой неимѣющихъ вліяній. Здѣсь, въ строго научной работѣ, не мѣсто подробно распространяться о такого рода вліяніяхъ, но я желалъ-бы указать на одно изъ нихъ, какъ заслуживающее особеннаго вниманія. Это зависимость клиники отъ городскихъ больницъ; она является въ томъ случаѣ, когда Университетъ

приобрѣтаетъ для клиническихъ цѣлей одно изъ помѣщеній городскихъ больницъ. Если-бы больничное дѣло вообще шло рука объ руку съ клиническимъ и преслѣдовало однѣ и тѣ-же цѣли, тогда разумѣется интересы какъ того, такъ и другаго учрежденія были-бы совершенно тождественны и не противорѣчили-бы одни другимъ. Къ сожалѣнію, дѣло это на практикѣ стоитъ совершенно иначе. Цѣль большинства больницъ заключается въ томъ, чтобы оказать медицинскую помощь по возможности большому количеству бѣднаго больнаго люда населенія и при томъ экономическимъ образомъ, сокращая подчасъ расходы по самымъ необходимымъ статьямъ. Между тѣмъ задачи клиники далеко выходятъ за предѣлы этихъ рамокъ. Цѣль клиническаго дѣла—научный прогрессъ. Ея роль медицинско-педагогическая по преимуществу. Это должно придавать ео ipso и всей клинической обстановкѣ совершенно особый, самостоятельный и независимый характеръ. Наоборотъ, если въ клиническую жизнь врывается больничное вліяніе, тогда нарушается правильное ея теченіе и создается особый полу-больничный полу-клинический ея характеръ съ дуализмомъ власти. Вотъ почему акушерская клиника Варшавскаго Университета со времени основанія послѣдняго въ 1869 году, когда онъ вошелъ въ соглашеніе съ Городскимъ Совѣтомъ объ оставленіи клиники въ Повивальномъ Институтѣ, какъ это было въ Главной Школѣ, сразу поставлена была въ неблагопріятныя условія т. е. въ зависимость отъ больницы Младенца Іисуса, которая слишкомъ поверхностно относилась къ клиническимъ нуждамъ. Керосиновое освѣщеніе, ветхость зданія, отсутствіе водопровода, ванны и другихъ приспособленій для чистаго содержанія роженицы и родильницы не могли не выразиться такимъ высокимъ процентомъ послѣродовыхъ заболѣваній и въ особенности смертности, какой мы имѣемъ за это время. Въ это старое доантисептическое время забывались, или игнорировались самыя элементарныя требованія гигіены, необходимыя въ общежитіи каждаго здороваго человѣка, а не только полу-больнаго, какимъ является роженица и родильница съ ихъ спеціальными особенностями, не смотря на то, что за это время въ акушерской литературѣ прозвучали уже идеи *Semmelweis'a* и *Veit'a*. Нужно собственно удивляться не

высокому проценту заболѣваній и смертности отъ нихъ, а тому обстоятельству, что въ графѣ приѣмнаго журнала за это время можно еще было, хотя и не часто, встрѣтить слово «здоровая».

Едва-ли бы могъ *Le Fort*, познакомившись съ клиникой Варшавскаго Университета въ то время, высказать слѣдующія слова въ 1866 году: «*Les hôpitaux russes pris dans leur ensemble, sont les mieux tenus et les plus satisfaisants de tous les hôpitaux d'Europe*». Университетъ тогда отпускалъ на клинику слишкомъ скудные средства, на которыя трудно было дѣлать какія-либо усовершенствованія и волей-неволей приходилось зависѣть отъ больницы. Къ сожалѣнію, эта зависимость, хотя далеко уже не въ такой степени, существуетъ и въ настоящее время и косвенно отражается на клинической обстановкѣ. Это анахронизмъ, который рано или поздно долженъ быть уничтоженъ.

Разсматривая условія жизни акушерской клиники Варшавскаго Университета съ 1869 года по настоящее время, мы можемъ раздѣлить это время на три періода. Именно: I періодъ съ 1869 года по 1874 годъ доантисептической, когда въ акушерской наукѣ вообще не работалось еще ученія о сущности и профилактикѣ родильной горячки, II періодъ съ 1874 года по настоящее время слѣдовало-бы назвать антисептическимъ, такъ какъ въ этотъ промежутокъ времени начали прививаться по крайней мѣрѣ въ другихъ акушерскихъ клиникахъ новыя научныя понятія о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Такимъ образомъ, смотря на клиническое дѣло съ чисто научной точки зрѣнія, мы получили-бы только два періода, рѣзко отдѣленные одинъ отъ другаго практическими результатами прежнихъ и новыхъ понятій. Но къ Варшавской клиникѣ это дѣленіе оказывается неприменимымъ и вотъ на какихъ основаніяхъ. Дѣло въ томъ, что, хотя воззрѣнія съ 1874 года на сущность родильной горячки, можетъ быть, и начали получать въ Варшавѣ определенную форму, однако приложеніе ихъ на практикѣ встрѣтило громадныя затрудненія съ одной стороны въ недостаткѣ университетскихъ средствъ, а съ другой въ рутинномъ отношеніи къ клиникѣ больницы Младенца Іисуса. Статистическія данныя за этотъ періодъ времени

показываютъ, что заболѣваемость послѣродовыми процес-сами въ это время не только не уменьшилась въ кли-никѣ, но даже увеличилась. Такъ напр.: съ 1869 г. по 1874 г., т. е. въ доантисептическое время вообще въ аку-шерствѣ она равнялась 30,8%, съ 1874 же года по 1877—39,7% и даже съ 1880 г. по 1885 г.—36,7%. Можно-ли слѣдовательно назвать этотъ періодъ антисептическимъ, когда цифры заболѣваній не указываютъ на его суще-ствованіе? Я назвалъ бы это время «переходнымъ доан-тисептическимъ періодомъ» въ отличіе отъ перваго «до-антисептическаго—по существу», такъ какъ научные взгляды 1869 г. и 1874 г. не позволяютъ смѣшивать въ одно эти два періода. Собственно антисептическій періодъ для акушерской клиники Варшавскаго Университета на-чинается съ 1885 года. Съ этого времени происходитъ коренная реформа на прочныхъ антисептическихъ нача-лахъ и борьба съ больничной рутинной. Съ 1885 г. уда-лось сдѣлать на счетъ Университета много преобразованій и усовершенствованій въ клиникѣ и такимъ образомъ выйти до извѣстной степени изъ подъ больничной опеки. Это—періодъ третій, антисептическій по преимуществу.

Въ настоящемъ отчетѣ я, согласно предложеніе проф. *Н. В. Ястребова*, буду разсматривать дѣятельность кли-ники въ доантисептическій періодъ по существу, т. е. со времени основанія клиники—съ 1 января 1869 г. по 1 января 1874 г. Въ это время клиника находилась въ завѣдываніи проф. *Тырховскаго*. Статистическія данныя за время съ 1874 г. по 1885 г.—2 періодъ существова-нія клиники—переходный доантисептическій—вышли въ другой самостоятельный отчетъ, составленный д-ромъ *Павловымъ*. Для составленія отчета, я пользовался, какъ и д-ръ *Павловъ*, данными, занесенными въ пріемный журналъ клиники, такъ какъ воспользоваться клиническими листками, къ сожалѣнію, не представилось возможнымъ въ виду того, что значительная часть изъ нихъ не найдена въ архивѣ клиники. Всѣ записи въ пріемномъ журналѣ акушерской клиники Варшавскаго Университета за этотъ періодъ времени, равно какъ и за послѣдующій по 1885 г., велись на польскомъ языкѣ.

Общія статистическія данныя.

За пять лѣтъ, т. е. съ 1 января 1869 года по 1 января 1874 года всего въ клинику было принято 1548 женщинъ, считая вмѣстѣ роженицъ, родильницъ, беременныхъ и гинекологическихъ больныхъ. По годамъ онѣ распредѣляются такимъ образомъ: въ 1869 году было принято—317, въ 1870—355, въ 1871—289, въ 1872 году—290 и въ 1873—297. Изъ нихъ было принято роженицъ за всѣ пять лѣтъ—1332, беременныхъ—160, послѣродовыхъ—39 и гинекологическихъ 17 больныхъ. Изъ беременныхъ разрѣшилось въ клиникѣ—13, переведено въ больницы города—12, изъ нихъ 8 въ больницу Мл. Іисуса и 4 въ б. Св. Лазаря съ венерическими болѣзнями; выписано неразрѣшившимися—132, одна умерла, не разрѣшившись, и двѣ беременныя остались на слѣдующій 1874 годъ. Изъ послѣродовыхъ больныхъ, принятыхъ вскорѣ послѣ родовъ, было: послѣ срочныхъ—11, послѣ преждевременныхъ—9, послѣ аборта—12 и необозначенныхъ—7, а всего—39. Изъ разрѣшившихся въ клиникѣ 1345 и принятыхъ послѣ родовъ—39, т. е. изъ 1384 родильницъ заболѣло болѣзнями септического характера—427, общими болѣзнями—82, болѣзнями послѣродовыми несептического характера—46, а всего—555. Изъ нихъ переведено въ больницы города—135, умерло отъ болѣзней септического характера—102, отъ болѣзней послѣродовыхъ несептического характера—17 и отъ общихъ болѣзней—8, итого—127; выписано частью съ улучшеніемъ, частью въ томъ-же состояніи 293 родильницы. Выписано родильницъ здоровыхъ—829. Родовъ одиночныхъ за отчетное время было—1321, многоплодныхъ—25, изъ нихъ: двойней—24 и тройней—1. Срочныхъ родовъ—1056, раньше срока—289, изъ послѣднихъ преждевременныхъ—215 и выкидышныхъ—74. Всего дѣтей родилось за отчетное время—1371, изъ нихъ мальчиковъ—768, дѣвочекъ—582 и полъ неизвѣстенъ вслѣдствіе ранняго періода беременности въ 21 случаѣ. Мертвыхъ дѣтей родилось всего—259, изъ нихъ мацерированныхъ и гнилыхъ—115, рожденныхъ въ асфиксіи и неживленныхъ—78 и 66—мертвыхъ безъ какихъ либо особыхъ признаковъ. Живыхъ родилось всего—1112 дѣтей.

ГЛАВА I.

О беременныхъ.

Всего беременныхъ, какъ сказано выше, за отчетное время было принято въ клинику 160, или 10,3% общаго числа больныхъ. По годамъ онѣ распредѣляются такъ: въ 1869 году 40, въ 1870 году — 37, въ 1871 г.—34, въ 1872 г.—20 и въ 1873 году—29. Первобеременныхъ было принято всего 54 и повторно беременныхъ—106. Такимъ образомъ наибольшее число беременныхъ состояло въ 1869 году и наименьшее въ 1872 году. По числу же беременностей наибольшее число приходится на повторно беременныхъ.

Что касается срока беременности, то изъ предложенной ниже таблицы видно, что на II-мъ мѣсяцѣ было принято 4, на III-мъ мѣс.—10, на IV-мъ 7, на V-мъ 7, на VI-мъ—7, на VII—31, на VIII-мъ м.—52 и на IX м. 31 беременная. У одной беременной срокъ неизвѣстенъ.

Изъ приведенной таблицы мы видимъ, кромѣ того, что наибольшее число беременныхъ было принято на VIII-мъ м-цѣ и преимущественно m-para и наименьшее на II м-цѣ, исключительно m-para. Что касается формъ заболѣваній, съ которыми поступили беременныя въ клинику, то онѣ видны изъ слѣдующей таблицы.

Такимъ образомъ, изъ таблицы видно, что у наибольшаго числа принятыхъ беременныхъ—55 причина поступленія не обозначена. Слѣдующая группа по числу принадлежитъ беременнымъ, принятымъ съ ложными болями—17, за нею идетъ группа съ маточными кровотечениями—14, затѣмъ съ ушибами—12, послѣ съ *retroflexio uteri gravidi*—8, съ бронхитомъ 5 и съ сифилисомъ—3. Остальныя группы, за исключеніемъ одного случая эклампси, принадлежать по преимуществу беременнымъ, принятымъ съ общими формами, и колеблются между 1 и 2 случаями. Изъ этихъ послѣднихъ формъ заслуживаетъ вниманія одна. именно поступившая съ *cholera asiatica*, 21 годъ, III-para на IX м-цѣ въ 1872-году, когда въ Варшавѣ была холера; она была переведена въ тотъ же день въ больницу Младенца Иисуса неразрѣшившеюся. При обзорѣ беременныхъ, принятыхъ въ клинику, невольно бросается въ глаза столь большое число ихъ, не смотря на то, что клиника располагала только 12-ю кроватями для родильницъ.

ВѢДОМОСТЬ № 1. О беременных съ указаніемъ срока беременности.

ГОДА.	1869.		1870.		1871.		1872.		1873.		Итого.		Всего.
Срокъ бере- менности.	Б Е Р Е М Е Н Н О С Т И.												
	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	
I.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II.	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	4	4
III.	1	4	—	1	—	—	1	2	1	—	3	7	10
IV.	—	1	—	3	1	—	—	2	—	—	1	6	7
V.	1	—	1	3	—	—	—	1	—	1	2	5	7
VI.	3	2	2	1	1	2	—	1	—	5	6	11	17
VII.	5	7	3	7	2	1	1	2	2	1	13	18	31
VIII.	2	9	3	5	5	10	3	5	5	5	18	34	52
IX.	—	4	4	3	3	8	1	1	3	4	11	20	31
Неизвѣст.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Итого по годамъ.	12	28	13	24	12	22	6	14	11	18	54	106	106

Причина столь значительнаго количества принятыхъ беременных въ варшавскую акушерскую клинику за разбираемое нами время кроется въ недостаткѣ поступающихъ роженицъ, а вмѣстѣ съ этимъ и въ недостаткѣ матеріала для педагогическихъ цѣлей. Беременные женщины принимались прямо съ тѣмъ, чтобы заполнять свободныя отъ роженицъ и родильницъ мѣста, такъ какъ въ нѣкоторые мѣсяцы въ клиникѣ было всего 17—19 роженицъ.

Вообще, въ это сравнительно недавнее прошлое, когда въ Варшавѣ не имѣли еще и понятія о родильныхъ пріютахъ и въ то же время въ ней считалось около 400 тысячъ народонаселенія, число родовъ въ клиникѣ было очень скудное, напр. всего 249 — 259 въ годъ. Очевидно въ населеніи существовала боязнь къ родильному дому въ виду постоянной эндеміи въ немъ родильной горячки

ВѢДОМОСТЬ № 2. О беременных съ указаніемъ формъ
заболѣванія ихъ.

№	ФОРМЫ ЗАБОЛѢВАНІЙ.	Г О Д Ы.					С П Т О Г О
		1869.	1870.	1871.	1872.	1873.	
1	Dolores spurii.	—	7	2	3	5	17
2	Не обозначено.	14	12	14	4	11	55
3	Metrorrhagia.	6	4	—	2	2	14
4	Pneumonia.	1	—	—	—	—	1
5	Pneumonia et morbus Brig- htii.	—	—	—	1	—	1
6	Status typhoideus. . . .	1	—	—	—	—	1
7	Cystitis catarrhalis. . .	1	—	—	1	—	2
8	Contusio.	5	4	2	—	1	12
9	Gastroenteritis.	1	—	—	—	—	1
10	Febris typhoidea.	1	—	—	—	—	1
11	Oedema pulmonum. . . .	1	—	—	—	—	1
12	Gastroenteritis et Metror- rhagia.	1	—	—	—	—	1
13	Vitium cordis.	1	1	—	—	—	2
14	Pleuro-pneumonia. . . .	1	—	—	—	—	1
15	Общая слабость.	1	—	1	—	—	2
16	Varices et haemorrhagia.	1	—	—	—	—	1
17	Blepharitis.	1	—	—	—	—	1
18	Contusio labii majoris dextri	1	—	—	—	—	1
19	Retroflexio uteri gravidi.	1	—	1	4	2	8
20	Prolapsus vaginae. . . .	1	—	—	—	—	1
21	Bronchitis.	—	2	2	—	1	5
22	Perimetritis.	—	2	—	—	—	2
23	Contusio et hernia ingui- nalis.	—	1	—	—	—	1
24	Epistaxis.	—	1	—	—	—	1
25	Pleuritis.	—	1	1	—	—	2
26	Laryngitis catarrhalis. .	—	1	—	—	—	1
27	Scabies.	—	1	1	—	—	2
28	Rheumatismus uteri. . .	—	—	1	—	—	1
29	Erysipelas cruris. . . .	—	—	1	—	—	1
30	Ulcus cruris.	—	—	1	—	—	1
31	Condylomata acuminata.	—	—	1	—	—	1
32	Neuralgia intercostalis. .	—	—	1	—	—	1
33	Eclampsia.	—	—	1	—	—	1
34	Lues.	—	—	1	1	1	3
35	Gastricismus.	—	—	1	—	1	2
36	Epilepsia.	—	—	1	—	—	1
37	Colitis catarrhalis. . . .	—	—	—	1	—	1
38	Cholera asiatica.	—	—	—	1	—	1
39	Variola.	—	—	—	1	—	1
40	Morbus Brightii.	—	—	—	1	—	1
41	Vulnus capitis.	—	—	—	—	1	1
42	Descensus uteri gravidi.	—	—	1	—	1	2
43	Hysteriasis.	—	—	—	—	2	2

и столь высокаго процента смертности отъ послѣдней. По этому проф. *Тырховскій*, вступивъ на кафедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней во вновь открытый Университетъ хлопоталъ передъ послѣднимъ, чтобы онъ измѣнилъ § 42-й Устава Повивальнаго Института и позволилъ принимать беременныхъ для педагогическихъ цѣлей. Эта просьба проф. *Тырховскаго* и была исполнена. Въ позднѣйшее же время, когда условія въ клиникѣ измѣнились и роженицъ стало поступать значительно больше, акушерская клиника принуждена была удовлетворять нуждамъ города въ смыслѣ подачи акушерской помощи роженицамъ и сократить пріемъ беременныхъ прямо въ ущербъ педагогическимъ интересамъ.

Что касается патологическихъ уклоненій въ теченіи беременности, то мы имѣемъ только двѣ помѣченныя аномаліи: Hydramnion и placenta praevia. Перваго осложненія записано всего 7 случаевъ, что составляетъ 0,5% общаго числа родовъ. У другихъ авторовъ частота этой аномаліи колеблется отъ 0,6% до 16,7% (*Иноесъ*). Такая разница въ процентахъ обуславливается тѣмъ обстоятельствомъ, что одни авторы всякое болѣе обыкновеннаго скопленіе околоплодныхъ водъ считаютъ за hydramnion, другіе же только рѣзко выраженныя формы его. Напр., у *Benicke* чистота hydramnion'a выражена отношеніемъ = 1:34, при чемъ средній вѣсъ дѣтей равенъ 3530 grm., что едва ли можетъ быть при hydramnion'ѣ. Всѣ наши случаи hydramnion'a наблюдались у m-para, что вполне подтверждаетъ мнѣніе *Clintock'a*, который указываетъ на преобладающую частоту этой аномаліи у многородящихъ (28:5). Что касается пола дѣтей при hydramnion, то въ 6-ти случаяхъ плоды были мужскаго пола и въ одномъ женскаго. Отношеніе обратное, чѣмъ у того же *Clintock'a*. Placenta praevia наблюдалось всего въ 12 случаяхъ: три у 1—para и 9 у m-para, что составляетъ 0,9% общаго числа родовъ, или отношеніе = 1:112,1. Это отношеніе является значительно больше, чѣмъ въ другихъ русскихъ и заграничныхъ клиникахъ, напр.: у *Schwarz'a* оно равно = 1:1564, у *Парышева* = 1:300,2, у *Еськова* = 1:464,5. За послѣдующія годы эта аномалія въ варшавской клиникѣ встрѣчалась еще чаще; въ отчетѣ д-ра *Федорова* отношеніе выведено 1:98,2.

ГЛАВА II.
О роженицахъ.
ВѢДОМОСТЬ № 3.

Вѣдомость разрѣшившимся № 3.	Г О Д Ы.										Итого.		Всего.	Отношенія между Г-р. и М-р.	% въ отнош. къ общ. числу родов.
	1869.		1870.		1871.		1872.		1873.						
	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.			
Разрѣшилось.	110	149	139	173	105	144	94	178	90	163	535	807	1345	100 : 150	100,0
Родовъ одиночныхъ.	107	142	138	170	104	143	93	176	89	158	531	789	1320	100 : 148	98,1
Родовъ многоплодныхъ.	3	7	1	3	1	1	1	2	1	5	7	18	25	100 : 257	1,8
Родовъ срочныхъ.	84	117	119	134	85	112	70	133	71	133	429	629	1058	100 : 147	78,6
При нихъ дѣтей.	87	121	119	136	86	112	70	133	71	133	433	635	1068	100 : 147	79,4
Родовъ преждевременныхъ.	24	20	15	30	15	25	15	36	13	22	82	133	215	100 : 162	15,9
При нихъ дѣтей.	24	22	16	31	15	26	16	37	14	24	85	140	225	100 : 165	16,7
Выкидышныхъ родовъ.	2	12	5	9	5	7	9	9	6	10	27	47	74	100 : 174	5,5
При нихъ дѣтей.	2	13	5	9	5	7	9	10	6	12	27	51	78	100 : 189	5,8
Изъ дѣтей:															
Мертвыхъ.	5	8	6	5	1	6	6	14	4	11	22	44	66	100 : 200	4,9
Мацерированныхъ и гниlostныхъ.	12	14	7	20	4	13	4	16	8	17	35	80	115	100 : 228	8,5
Рожденныхъ въ асфиксiи и неоживленныхъ.	6	12	15	9	4	8	4	10	5	5	34	44	78	100 : 129	5,8
Всего родилось:															
Мальчиковъ.	62	87	87	98	56	84	55	97	50	92	310	458	768	100 : 148	57,1
Дѣвочекъ.	51	62	51	73	48	59	36	82	39	75	225	357	582	100 : 159	43,3
Поль неизвѣстенъ.	—	1	2	5	2	2	4	1	2	2	10	11	21	100 : 110	1,6
Всего дѣтей.	113	156	140	176	106	145	95	180	91	169	545	826	1371	100 : 151	100,0

Всего разрѣшилось за отчетное время въ клиникѣ 1345 женщинъ, изъ нихъ 1-para—538 и m-para 807. Выражая количество первородящихъ и многородящихъ въ процентахъ, мы получаемъ первыхъ 40% и вторыхъ 60%, или отношеніемъ 1—para къ m-para=1:1.5. Отношеніе это такое же, какъ въ клиникѣ проф. *Славянскаго* по отчетамъ д-ра *Агафонова* и *Парышева*. Изъ другихъ С.-Петербургскихъ родовспомогательныхъ заведеній мы имѣемъ у *Гугенбергера* 1 para 28.2%, m-para=71.7% или отношеніе=1:2.5; по *Тарновскому* 1-para 34.7% m-para 64.8%, или отношеніе=1:1.8. У *Биддера* и *Сутугина* за 15 лѣтъ это отношеніе выведено равнымъ 1:1.7. У *Шмидта* изъ Маріинскаго родовспомогательнаго заведенія 1:2.1. Изъ иностранныхъ авторовъ у *Hecker'a* мы имѣемъ 1-para=41.45%, m-para=58.55%, у *Winckel'a* 1—para 50.6% m-para 49.4%; у *Olshausen'a* 1 para 53.2% и m-para 46.8%, у *Kezmaraky* 1-para 45.98% и m-para 54.01%. Если мы примемъ за среднее отношеніе въ родильныхъ домахъ, по крайней мѣрѣ русскихъ, 1-para къ m-para, какъ 1:2, то мы увидимъ, что первородящихъ въ нашей клиникѣ (за исключеніемъ клиники проф. *Славянскаго*) было больше этой средней величины. Съ другой стороны извѣстно, что заболѣваемость среди первородящихъ гораздо чаще, чѣмъ среди многородящихъ, слѣдовательно наше отношеніе 1-para къ m-para мы должны отмѣтить какъ одинъ изъ факторовъ, вліявшихъ на процентъ послѣродовыхъ заболѣваній и смертностей отъ нихъ.

Разрѣшившіяся въ клиникѣ женщины по годамъ распредѣляются слѣдующимъ образомъ: въ 1869 г.—259, въ 1870—312, въ 1871—249, въ 1872—272 и въ 1873 г.—253. Слѣдовательно наибольшее число ихъ было въ 1870 году и наименьшее въ 1871 году. Число разрѣшившихся постепенно, какъ видно, уменьшалось, начиная съ 1870 года. Что касается общаго числа поступленій роженницъ, беременныхъ и послѣродовыхъ больныхъ по мѣсяцамъ и годамъ, то мы видимъ изъ приложенной ниже таблицы, что наименьшее число поступленій было въ августѣ мѣсяцѣ, и наибольшее въ мартѣ.

Въ вѣдомости 4-й взято общее ²²число поступленій больныхъ, исключая гинекологическихъ, слѣдовательно въ него входятъ 39 послѣродовыхъ больныхъ и 160 бе-

ВѢДОМОСТЬ № 4. Распределенія поступленія больныхъ по мѣсяцамъ за 5 лѣтъ.

Г О Д Ы.	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сент.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Всего.	И Т О Г О.													
	П О Ч Т Ы С Л У Б Е Р Е М Е Н Н О С Т И.																										
	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.		М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.
1869.	15	14	19	18	9	17	3	16	10	21	6	12	4	19	10	13	9	15	14	13	15	10	10	17	124	185	309
1870.	14	18	20	18	16	23	16	11	11	19	12	10	12	19	9	12	10	20	10	17	14	11	11	22	155	200	355
1871.	14	19	7	23	11	15	7	15	14	17	7	11	9	10	9	7	7	10	12	13	12	19	10	10	119	169	288
1872.	6	21	10	14	13	24	7	18	9	12	10	13	5	12	5	13	8	12	11	13	7	17	9	18	100	187	287
1873.	14	18	8	18	12	23	10	20	6	8	7	18	9	24	8	11	9	9	5	11	7	15	8	14	103	189	292
Всего.	63	90	64	91	61	102	43	80	50	77	42	64	39	84	41	56	43	66	52	67	55	72	48	81	601	930	1531
Итого.	153		155		163		123		127		106		123		97		109		119		127		129		—		1531

ременныхъ. Мы не думаемъ, чтобы отъ этого произошла большая ошибка въ опредѣленіи характера поступленій, такъ какъ съ одной стороны 39 послѣродовыхъ больныхъ было принято черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ, съ другой же стороны беременныя распредѣляются такъ равномерно по мѣсяцамъ, что общій характеръ родоразрѣшеній по мѣсяцамъ отъ этого нисколько не измѣняется. Небольшая разниа получается только въ цифрахъ.

Если мы распредѣлимъ всѣхъ поступившихъ (исключ. гинеколог.) по временамъ года, то получимъ слѣдующее:

Мартъ — 163	Июнь — 106	Сентябрь — 109	Декабрь — 129
Апрѣль — 123	Июль — 123	Октябрь — 119	Январь — 153
Май — 127	Августъ 97	Ноябрь — 127	Февраль — 155
413	326	355	437.

Слѣдовательно весною поступленіе было—413, лѣтомъ 326, осенью 355 и зимою 437. Изъ этихъ цифръ мы видимъ, что хотя онѣ и довольно близко подходятъ другъ къ другу, но во всякомъ случаѣ наименьшее число поступающихъ наблюдалось въ лѣтніе мѣсяцы и наибольшее въ зимнія. Этотъ фактъ замѣченъ и въ другихъ родильныхъ домахъ какъ у насъ въ Россіи, такъ и за границей. Безъ сомнѣнія тутъ играютъ роль во первыхъ ремонтровка родильныхъ домовъ въ лѣтнее время и въ слѣдствіе этого ограниченіе пріема роженицъ, а во вторыхъ, можетъ быть, отсутствіе холодовъ даетъ возможность женщинамъ изъ бѣднаго класса рожать лѣтомъ и дома, такъ какъ въ это время, особенно днемъ, во время родовъ часть семьи можетъ быть выведена на улицу, чѣмъ устраняется до извѣстной степени скученность и связанныя съ нею неудобства для роженицы. То обстоятельство, что на февраль и мартъ падаетъ наибольшее число поступленій, какъ бы указываетъ на нѣкоторую зависимость начала родовъ съ весеннимъ зачатіемъ. Но отъ какихъ либо положительныхъ выводовъ по данному вопросу мы воздерживаемся и соглашаемся съ мнѣніемъ д-ра Шмидта, что условія, при которыхъ работаютъ родильные дома большихъ городовъ такъ разнообразны и уменьшеніе и увеличеніе числа родовъ въ нихъ зависитъ на столько отъ санитарныхъ, экономическихъ и другихъ причинъ, что вы-

водить результаты изъ этихъ цифръ, было-бы немного смѣло. Средняя цифра поступленій больныхъ въ каждый мѣсяцъ за всѣ пять лѣтъ равна 25,5.

Что касается возраста разрѣшившихся, то оказывается, что самая младшая была въ 1873 г.—14 лѣтъ, беременная 1-й разъ, и самая старшая въ 1869 г.—50 лѣтъ, беременная 21-й разъ. Самый больший процентъ поступившихъ приходится на возрастъ отъ 21—25 лѣтъ, = 30,12% и на возрастъ отъ 26 до 30 = 25,45%. Наибольшая плодовитость изъ женщинъ послѣдняго возраста = 7, съ каковою наблюдалась одна только поступившая. Всѣ остальные въ этомъ возрастѣ не превышали указанной цифры. Въ возрастѣ отъ 16—20 лѣтъ наибольшее число наблюдалось беременных 1-й разъ, въ возрастѣ 21—25 лѣтъ—2-й разъ (одна была беременная 8 разъ), рѣдко 3-й разъ; отъ 26—35 л.—3—4 раза; отъ 31—35 л.—3, 4, 5 разъ, отъ 36—40 л.—4, 5, 10-й разъ; отъ 41—50 л.—5, 7, 10 и одна 21-й разъ. Такимъ образомъ, съ увеличеніемъ возраста увеличивалось и число беременностей. Самое большое число беременностей имѣли двѣ: одна 45 лѣтъ, беременна 13-й разъ и другая—50 лѣтъ, берем. 21-й разъ.

Плодовитость остальныхъ женщинъ видна изъ слѣдующей таблицы. Взяты въ расчетъ роженицы, беременныя и тѣ только изъ принятыхъ послѣродовыхъ, гдѣ возрастъ и число беременностей помѣчены:

	отъ Возрастъ 16—20 л.	отъ 21—25 л.	отъ 26—30 л.	отъ 31—35 л.	отъ 36—40 л.	отъ 41—45 л.	отъ 46—50 л.	Ито- го
Число боль- ныхъ .	297	451	386	175	152	31	5	1497
Число бере- менностей .	462	756	1006	676	785	171	52	3908
На 1 бере- менную чис- ло беремен- ностей . .	1:1,5	1:1,7	1:2,6	1:3,9	1:5,2	1:5,5	1:10,4	1:3,013

Умичныхъ родовъ, по дорогѣ въ клинику, помѣчено всего 9 случаевъ, что составляетъ 0,6% всѣхъ разрѣшившихся; изъ нихъ въ 7 случаяхъ у m-para, въ одномъ неизвѣстномъ по числу беременности и въ одномъ у 1-para. Всѣ эти родильницы, за исключеніемъ одной не болѣли въ клиникѣ, и выписаны здоровыми. Одна получила peritonitis universalis и умерла.

Многоплодныхъ родовъ было 25, изъ нихъ двойней 24 и тройней одинъ случай, что вмѣстѣ составляетъ на общее число родовъ 1,8%, или отношенія двойней къ числу одиночныхъ родовъ, какъ 1:56,1 и отношеніе тройней = 1:1346. Если мы сравнимъ это отношеніе нашей клиники съ другими родовспомогательными заведеніями въ Россіи и заграницей, то увидимъ, что оно болѣе всего приближается къ С.-Петербургскимъ и Московскимъ родильнымъ домамъ и значительно разнится отъ другихъ европейскихъ родильныхъ учреждений, исключая Богеміи. У *Биддера* отношеніе двойней къ числу одиночныхъ родовъ выведено равнымъ 1:46 и тройней = 1:4354. По *Гугенбергу* отнош. двойн. = 1:44—45 и тройней = 1:267. У *Парышева* отнош. двойн. = 1:44,4. У *Hecker'a* въ Мюнхенской клиникѣ, отношенія двойней = 1:75, у *Veit'a* на 13 милліоновъ родовъ въ Пруссіи получилось отношеніе = 1:89; въ Мекленбургъ-Шверинѣ, приходится одни многоплодные роды на 68,9 родовъ одиночныхъ. Въ Дублинѣ, по *Collins'у*, отнош. = 1:63; по общей Баварской статистикѣ *Hecker'a* на 5 милліоновъ родовъ, отношеніе = 1:60,4. По *Kleinwächter'у* для Богеміи = 1:51. Если мы примемъ также во вниманіе позднѣйшую статистику изъ нашей клиники д-ра *Федорова*, въ которой отношенія многоплодныхъ родовъ къ одиночнымъ выведено, какъ 1:32,7, величину значительно превышающую таковую-же за разбираемое нами время, то мы вправѣ высказать предположеніе, что плодovitость польскихъ женщинъ въ среднемъ наиболѣе приближается къ плодovitости русскихъ женщинъ, какъ принадлежащихъ къ общей славянскій расѣ, и значительно разнится отъ плодovitости представительницъ германской націи, для которой она равна въ среднемъ по *Spiegelberg'у* отношенію 1:80. Судя по приведеннымъ отчетамъ, первое мѣсто по плодovitости слѣдуетъ отвести Россіи, а затѣмъ уже другимъ государствамъ.

Двойни наблюдались 7 разъ у 1-рага и 17 разъ у m-рага. Случай тройней у m-рага. Что касается пола дѣтей, то пять разъ были разнополые плоды и 19 однополые; изъ послѣднихъ, въ 13 случаяхъ плоды женскаго пола и въ шести мужскаго. Въ случаѣ тройней было: 2 плода мужскаго пола и одинъ женскаго. При много-

плодныхъ беременностяхъ въ 7 случаяхъ, оба плода родились въ черепномъ предлежаніи, въ 13-ти случаяхъ одинъ плодъ головнымъ концомъ, другой тазовымъ, изъ послѣднихъ въ 8 случаяхъ ягодицами и въ 5-ти ножками. Затѣмъ въ одномъ случаѣ одинъ плодъ родился въ черепномъ предлежаніи, другой въ поперечномъ. Въ 2-хъ случаяхъ предлежаніе одного плода неизвѣстно, а другаго 1-го) черепное, II-го) поперечное. Наконецъ, въ одномъ случаѣ оба плода родились въ ягодичномъ предлежаніи. При тройняхъ плоды родились: одинъ въ черепномъ, другой въ ножковомъ и третьяго плода предлежаніе неизвѣстно.

Преждевременными родами нами считались такіе, которые прервали беременность между 28 и 40-й недѣлями; *выкидышными-же*, когда роды наступали раньше 28-й недѣли. Всего преждевременныхъ родовъ за отчетное время было 215, или 15,9%, причемъ у I-рага ихъ наблюдалось 82 раза и у m-рага 133, слѣдовательно отношеніе первыхъ къ послѣднимъ = 1:1,6. Интересно, что процентъ преждевременныхъ родовъ за прежніе годы совершенно совпадаетъ съ таковымъ-же за позднѣйшее время, выведеннымъ въ отчетѣ д-ра *Федорова*. Вообще-же онъ выше, чѣмъ въ другихъ русскихъ и заграничныхъ родильныхъ домахъ. Такъ, въ С.-Петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи преждевременныхъ родовъ наблюдалось — 9,2%, въ Московскомъ — 8,9%. Въ повивальномъ институтѣ по *Гугенбергеру* — 5,1% и въ акушерской клиникѣ проф. *Славянского* — 8,9%. Въ Маріинскомъ родовспомогательномъ домѣ по *Шмидту* — 11,9%. У *Oesterlen'a* — 4,9—5,0%. У *Winkel'a* — 9—10%. Такимъ образомъ нашъ процентъ наиболѣе приближается къ проценту, выведенному д-ромъ *Шмидтомъ* для Маріинскаго родильнаго дома.

Выкидышей всего было 74, что составляетъ 5,5% общаго числа родовъ, причемъ у I-рага онъ наблюдался въ 27 случаяхъ и у m-рага въ 47; отношеніе 1-хъ ко 2-мъ = 1:1,7. Величина тоже большая, чѣмъ напр. у *Биддера* — 2,7%, *Шмидта* — 4,5%, *Агафонова* — 3,2% и другихъ.

Что касается пола всѣхъ родившихся дѣтей, то оказывается, что на 100 мальчиковъ приходится 68 дѣво-

ВѢДОМОСТЬ № 5. Положеній и предлежаній плода при родахъ.

№ 4. 1893.

17

2

Положеніе.	ПРЕДМЕ- ЖАНІЕ.	Г О Д Ы.										Общее число дан- наго предлежанія у I-рага.	% отношеніе дан- наго предлежанія у I-рага.	Общее число дан- наго предлежанія у I-рага.	Общее число дан- наго предлежанія у M-рага.	% отношеніе дан- наго предлежанія у M-рага.	Общее число дан- наго предлежанія у M-рага.	Общее число пред- лежаній у I-рага и M-рага.	% отношеніе предле- жаній къ общему ихъ числу у I-рага и M-р.	Общее число дан- наго положенія у I-рага и M-рага.						
		Б Е Р Е М Е Н Н О С Т Ь.																								
		1869.		1870.		1871.		1872.		1873.																
		I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.	I-р.	M-р.															
Продольное.	Голов- нымъ кон- цомъ.	черепное	95	128	122	141	89	120	79	145	77	119	462	468	85,90%	510	653	2	662	79,90%	742	1115	2	1130	82,30%	1252
		лобное .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2				—					7				
	Тазо- вымъ кон- цомъ.	ягодичн.	10	12	11	15	3	4	5	10	4	12	33	42	7,70%		53	80	9,70%	86		122	8,80%			
		ножков.	—	1	3	3	2	3	2	10	2	10	9				27			36						
	Плс- чомъ.	попереч- ное .	4	9	—	6	4	10	1	7	3	7	12	14	2,60%		14	39	47	5,70%		51	61	4,50%		
косое .		—	—	—	—	—	2	2	4	—	2	2	8			10		60			40%					
Косо-по- перечное.	Неопредѣленное	3	3	3	10	5	5	6	3	4	18	21	21	3,80%	39	39	4,70%	21	39	60	40%					
	Итого . .	113	156	140	176	106	145	95	180	91	171	—	545	1000%		—	828	1000%	—	1373	1000%					
Отношеніе про- дольнаго поло- женія къ косо- поперечному .													510 : 14 = = 100 : 2,7		742 : 47 = = 100 : 6,3		1252 : 61 = = 100 : 4,8									

чекъ, величина меньшая, чѣмъ въ другихъ русскихъ родильныхъ домахъ, гдѣ на 100 мальчиковъ приходится около 91—95 дѣвочекъ.

Разсматривая различныя положенія плода при одичныхъ и многоплодныхъ родахъ мы находимъ, что черепныхъ предлежаній было всего 1115, что составляетъ 81,2% общаго числа предлежаній. Если мы изъ этого числа вычтемъ 59 случаевъ, въ которыхъ позиція не была опредѣлена, то мы получимъ 1056 случаевъ 1-й и 2-й позиціи, при чемъ I-й позиціи было 772 случая и II-й—284, или отношеніе=1:2,7. Тазовыхъ предлежаній наблюдалось всего 122 случая, или 8,8%, изъ которыхъ въ 86-ти случаяхъ было полное ягодичное предлежаніе и въ 36-ти неполное (ножковое). Косо-поперечныхъ 61 или 4,5%. Лицевыхъ—13 или 0,9%. Лобныхъ 2 случая или 0,1%. Неопредѣленныхъ предлежаній 60 или 4%. Сравнивая эти цифры съ цифрами другихъ клиникъ, мы видимъ, что неправильныя положенія плода въ нашей клиникѣ встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ въ другихъ. Такъ напр. у *Биддера* число черепныхъ предлежаній = 92,3%; лицевыхъ — 0,5%; предлежаній тазовымъ концомъ—5,7%; косыхъ положеній 0,8%. У *Spiegelberg'a*—97,3% черепныхъ предлежаній, 0,3 лицевыхъ, 1,59% — тазовыхъ и 0,78% поперечныхъ. У *Крассовскаго*—89,6% черепныхъ, тазовыхъ — 5,3%, лицевыхъ 0,7% и поперечныхъ 1,2%. У *Шмидта*—головныхъ положеній — 90,6%, изъ нихъ лицевыхъ—0,2%, лобныхъ 0,05%, тазовыхъ—4,7% и поперечныхъ 1,2%. Эта сравнительная частота неправильныхъ положеній плода главнымъ образомъ должна быть объяснена болѣе частыми, чѣмъ въ другихъ клиникахъ, случаями узкаго таза, такъ какъ аномаліи положенія плода вродѣ напр. лицевого, лобнаго, поперечнаго главнымъ образомъ зависятъ отъ укороченія размѣровъ тазоваго кольца. Къ сожалѣнію, въ настоящемъ отчетѣ по недостатку данныхъ мы не въ состояніи были представить статистику суженій таза за отчетное время.

Раздѣленіе по видамъ каждой позиціи мы также оставили, такъ какъ во многихъ случаяхъ они совсѣмъ не обозначены.

Изъ осложненій родового акта мы могли только отмѣтить, какъ видно изъ вышеприведенной вѣдомости, слѣ-

ВѢДОМОСТЬ № 6. Осложненій родового акта.

ОСЛОЖНЕНІЯ.	1869.					1870.					1871.					1872.					1873.					Всего осложненій у 1-р.	Отнош. данного осложн. къ числу родовъ у 1-р.	Всего осложненій у М-р.	Отнош. данного осложн. къ числу родовъ у М-р.	Всего осложненій у 1-р. и М-р.	°/о отнош. осложненій къ числу родовъ.	Простое отношеніе даннаго осложненія къ общему числу родовъ.
	Беременность.																															
	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.												
Eclampsia. .	3	2	9	0	0	3	6	0	3	0	21	1:25,6	5	1:161,4	26	1,8	1:51,7															
Ruptura uteri. . .	—	—	—	1	—	2	1	1	—	—	1	1:538	4	1:201,7	5	0,3	1:269															
Выпаденіе пуповины. .	1	1	7	9	—	2	—	2	1	3	9	1:59,8	17	1:47,5	26	1,8	1:51,7															
Выпад. мелкихъ частей плода. . .	—	1	—	—	1	1	1	1	2	3	4	1:134,5	6	1:134,5	10	0,7	1:134,5															
Итого.	4	4	16	10	1	8	8	4	6	6	35	—	32	—	87	—	—															

дующія: эклампсію, разрывъ матки, выпаденіе пуповины и мелкихъ частей плода. Остальные осложненія такъ рѣдко встрѣчаются и такъ поверхностно записаны, что по нимъ невозможно дѣлать статистическихъ выводовъ. Случаевъ эклампсіи встрѣтилось за разбираемые годы 26, что на 1345 родовъ составляетъ 1,8°. Процентъ значительно болѣе, чѣмъ въ другихъ русскихъ клиникахъ. Такъ у *Биддера* и *Гугенбергера* имѣемъ этотъ процентъ = 0,4°. У *Шмидта* и *Столыпинскаго* = 0,5°.

Разрывовъ матки наблюдалось 5 случаевъ (4 случая у m-рага и 1 у 1-рага), что составляетъ = 0,3°. Три больныя были доставлены уже съ разрывомъ матки и два случая произошли въ клиникѣ. Изъ двухъ послѣднихъ въ одномъ случаѣ накладывались шнцы, въ другомъ сдѣланъ поворотъ и экстракція плода. Головка плода при экстракціи извлечена кефалотрибомъ. Выпаденіе пуповины встрѣтилось 26 разъ, что составляетъ 1,8°. Выпаденіе мелкихъ частей плода въ 10-ти случаяхъ, или 0,7°. Частое сравнительно съ другими русскими клиниками выпаденіе пуповины у насъ также говоритъ въ пользу частоты суженія таза среди роженицъ. Такъ у

Биддера оно встрѣтилось 1 на 124 родовъ, или въ 0,8%. У *Шмидта* 22 случая на 4061 род., или 0,5%. Въ Казанской клиникѣ 0,7%. Процентъ выпаденій мелкихъ частей вычисленъ у *Красовскаго* = 0,1%, у *Парышева* въ 1,0%.

ВѢДОМОСТЬ № 7. Оперативныхъ пособій при родахъ.

РОДЪ ОПЕРАЦИИ.	1869. 1870. 1871. 1872. 1873. Итого.												Всего операций у 1 р. и М-р.	о/о отношение къ числу родовъ.	Простое отношение къ числу родовъ.
	БЕРЕМЕННОСТЬ.														
	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.	1-р.	М-р.			
Forceps.	5	2	9	4	6	8	9	4	11	6	40	24	64	4,4	1:21,01
Versio.	1	8	—	7	4	8	6	11	1	9	12	43	55	3,8	1:24,4
Perforatio et cranioclasia.	—	1	—	2	—	2	1	—	—	—	1	5	6	0,4	1:224,2
Embryotomia.	2	1	—	—	1	1	—	3	1	—	4	5	9	0,6	1:149,4
Extractio foetus.	2	10	4	9	4	9	10	16	1	20	21	64	85	5,9	1:15,8
Extractia placentae.	5	2	2	2	3	3	1	8	3	8	14	23	37	2,6	1:36,3
Итого.	15	24	15	24	18	31	27	42	17	43	92	164	256	17,7	—

Изъ 1345 родоразрѣшеній въ 1089 случаяхъ роды окончились силами природы, т. е. въ 75,02% и въ 256 случаяхъ съ искусственной помощью, что составляетъ 17,7%. Этотъ процентъ кажется съ перваго взгляда слишкомъ небольшимъ, особенно по сравненію съ процентомъ позднѣйшихъ лѣтъ, выведеннымъ д-ромъ *Федоровымъ*, гдѣ онъ равенъ 51,4%. Но мы должны сдѣлать оговорку, что нашъ процентъ оперативныхъ пособій исключительно относится къ родоразрѣшающимъ большимъ операціямъ и въ него не входятъ подготовительныя операціи, которыя въ общемъ журналѣ въ прежніе годы совсѣмъ не помѣчены. Такимъ образомъ, приходится сравнивать и при томъ относительно наши пифры не съ общимъ процентомъ оперативныхъ пособій (51,4%) въ отчетѣ д-ра *Федорова*, а съ процентомъ родоразрѣшающихъ операцій, который =

=37,7%. Цифра все-таки больше, чѣмъ вдвое превышающая нашу. Но съ другой стороны, если мы будемъ разсматривать родоразрѣшающія операціи за прежніе годы по группамъ и будемъ ихъ сравнивать съ группами операцій другихъ русскихъ родильныхъ домовъ, то мы замѣтимъ, что число операцій въ нашей клиникѣ было все-таки больше, чѣмъ въ этихъ послѣднихъ. Такъ напр., *щипцы* были наложены за отчетное время въ 64 случаяхъ, что составляетъ = 4,4%, между тѣмъ у *Красовскаго* процентъ этотъ = 2,4%, у *Сутугина* = 2,5%, у *Шмидта* = 3,9%, у *Столыпинскаго* = 3,1%, у *Агафонова* = 1,6% и т. д. *Поворотовъ* произведено всего 55 или 3,8%, тогда какъ у *Красовскаго* — 1,2%, у *Сутугина* — 1,4%, у *Шмидта* = 1,4%, у *Агафонова* = 1,1%. *Перфораций и краніоклязій* = 6 или 0,4% — единственный процентъ, который приближается или сходенъ съ таковымъ же въ другихъ клиникахъ. У *Шмидта* тоже — 0,4%, у *Красовскаго* — 0,5%, у *Сутугина* — 0,1%. Эмбриотоміи 9, или 0,6%. У *Красовскаго* — 0,1%, у *Сутугина* — 0,09%. Ручное извлеченіе послѣда помѣчено въ 37 случаяхъ, что составляетъ 2,6%. Извлеченіе плода въ 85 случаяхъ, или 5,9%.

ГЛАВА III.

О родильницахъ.

Едва-ли есть другая статистика въ медицинѣ болѣе поразительная и болѣе поучительная, какъ акушерская, именно статистика послѣродовыхъ заболѣваній за прежніе и новые годы. Она служитъ блестящимъ выраженіемъ съ одной стороны періода неразгаданныхъ тайнъ природы и заблужденій человѣческаго ума и съ другой періода гениальныхъ открытій въ біологіи вообще и въ патологіи въ частности. Прошло около полустолѣтія съ тѣхъ поръ, какъ знаменитый венгерецъ *Ignaz Philipp Semmelweis* высказалъ свой взглядъ на сущность родильной горячки, но мы только теперь, обозрѣвая отчеты родильныхъ домовъ за прежнее и настоящее время, преклоняемся передъ его гениальнымъ умомъ и примѣняемъ на практикѣ его глубокіе взгляды. «Они послужили, говоритъ проф. Фе-

номеновъ, краугольнымъ камнемъ, на которомъ воздвигнуто стройное зданіе современнаго ученія о заболѣваніяхъ ранъ и проч. Предсказанное и столь желанное имъ время наступило: противугниlostный методъ сдѣлался общимъ достояніемъ и носить имя... *Листера*». Дѣйствительно, вся заслуга въ наукѣ о заболѣваемости ранъ не вполне справедливо приписана англичанину *Листеру*. Впрочемъ, англичанамъ принадлежитъ первенство въ томъ отношеніи, что они первые указали на факты переноса пуэрперальной инфекціи врачами и бабками отъ одной роженицы къ другой (*Willis, Denman, von Swieten*). Не смотря на доказательность воззрѣній *Semmelweis'a*, выразившюся въ пониженіи процента послѣродовыхъ заболѣваній и смертности въ вѣнской клиникѣ для ученицъ акушерской школы, его ученіе около 30 лѣтъ не находило себѣ мѣста въ родильныхъ домахъ. И сколько жертвъ унесено въ могилу за этотъ періодъ челоѣческой косности, пока наконецъ открытія *Pasteur'a* и *Koch'a* не пролили новаго свѣта въ эту полусвѣщенную область медицины.

Достаточно сказать, что по отчетамъ *Boehr'a* (*Zeit. für Geb. und Gynaecol.* III. Bd. 1878 г.) и изъ записки Берлинской комиссіи по изслѣдованію послѣродовой горячки оказалось, что изъ двухъ возрастовъ людей, число умершихъ отъ послѣродовой горячки женщинъ въ возрастѣ половой зрѣлости болѣе, чѣмъ число женщинъ, умершихъ отъ оспы и холеры вмѣстѣ всѣхъ возрастовъ. Въ 1875 г. изъ 60,209 умершихъ въ возрастѣ половой зрѣлости женщинъ—7,213 или 12,01% умерло отъ послѣродовой горячки. Тоже самое мы находимъ у *Ingerslev'a* о смертности отъ послѣродовой горячки въ Даніи (*Spiegelberg*). Просматривая пріемные журналы нашей клиники за прежніе года, невольно поражаешься частотой заболѣваній пуэрперальными процессами и смертности отъ нихъ. Прекрасно рисуется это время проф. *Fritsch* такъ: «кто изъ старыхъ ассистентовъ любого родовспомогательнаго заведенія забудетъ то мрачное доантисептическое время, когда появлялся нежеланный гость — эпидемія родильной горячки? Быстро подъ рядъ заболѣвали родильницы. Послѣ легкихъ родовъ являлся потрясающій ознобъ. Лихорадка росла, животъ вздувался и дѣлался болѣзненнымъ. Наружные половые органы припухали. Послѣродовое отдѣ-

леніе приобрѣтало дурной запахъ. Сознаніе помрачалось, языкъ покрывался корой; лицо получало желтушный оттѣнокъ. При исчезающемъ пульсѣ, ускоренномъ дыханіи и расширенныхъ зрачкахъ наступала смерть! Что дѣлали мы тогда? Ничего или почти ничего».

Мы невольно сдѣлали это маленькое вступленіе въ нашей статистикѣ къ главѣ о родильницахъ, чтобы рельефнѣе оттѣнить доантисептический періодъ въ акушерствѣ. Къ сожалѣнію, даже и въ настоящее время приходится видѣть случаи, въ которыхъ способъ веденія родовъ и всей обстановки при нихъ, а также понятія лицъ, окружающихъ роженицу, не слишкомъ далеко ушли отъ этого доантисептического періода. Человѣчество обыкновенно встряхивается и начинаетъ принимать мѣры отъ появленія внезапныхъ эпидемій, напр. холеры, и не замѣчаетъ тайнаго врага, который медленно и незамѣтно уноситъ въ могилу тысячи жертвъ въ цвѣтущемъ возрастѣ ежегодно, какимъ является родильная горячка, между тѣмъ это врагъ, съ которымъ всегда можно справиться. Перейдемъ теперь къ нашему отчету.

Всѣ 1384 родильницы провели послѣродовой періодъ, какъ показано въ таблицѣ № 8.

Изъ приводимой таблицы мы видимъ, что септическими формами заболѣло 30,8% всѣхъ родильницъ и умерло изъ нихъ 7,4%. Считая заболѣвшихъ общими болѣзнями и болѣзнями послѣродовыми несептического характера и послѣродовыми септического характера, общій процентъ заболѣвшихъ будетъ=40,1% и общій процентъ смертности—9,2%. Разбить пуэрперальныя формы заболѣваній на группы, напр. на легко и тяжело заболѣвшихъ, намъ не представилось возможнымъ, такъ какъ въ журналѣ указаны опредѣленные только формы заболѣваній безъ какихъ-либо помѣтокъ о тяжести ихъ, или легкости. Ниже мы приведемъ эти формы заболѣваній. Какъ-бы тамъ ни было, сравнивая наши цифры заболѣваемости и смертности съ цифрами другихъ родовспомогательныхъ учреждений, мы видимъ, что хотя цифры заболѣваній сходятся съ другими клиниками и даже меньше нѣкоторыхъ, за то процентъ смертности превосходитъ таковой-же не только въ русскихъ родильныхъ домахъ, но и заграницей.

ВѢДОМОСТЬ № 8. Теченія послѣродоваго періода.

РОДЪ ЗАБОЛѢВАНІЙ.	Г О Д Ы.																Итого.		% I-para.	% M-para.	Всего заболѣло I-para и M-para за 5 лѣтъ.	% по отношенію къ общ. числу родовъ.	% за послѣдующіе го- ды съ 1874 г. по 1877 г.				
	1869.				1870.				1871.				1872.											1873.			
	Б Е Р Е М Е Н Н О С Т Ь.																										
	I-para.	M-para.	Всего.	Общій %.	I-para.	M-para.	Всего.	Общій %.	I-para.	M-para.	Всего.	Общій %.	I-para.	M-para.	Всего.	Общій %.	I-para.	M-para.									
Родильницъ здоровыхъ	54	114	168	62,4	86	128	214	66,7	61	98	159	62,3	48	101	149	54,2	40	99	139	52,6	289	540	20,9	30	829	59,9	48,9
Заболѣвшихъ общими бо- лѣзнями	5	15	20	7,4	4	15	19	5,9	4	4	8	3,1	5	10	15	5,4	3	17	20	7,6	21	101	1,5	7,3	82	5,9	6,2
Умерло изъ нихъ	1	—	1	0,4	—	1	1	0,3	1	1	2	0,8	—	1	1	0,4	1	2	3	1,1	3	5	0,2	0,4	8	0,6	0,5
Заболѣло нессептически- ми послѣродов. фор- мами	5	3	8	2,9	5	2	7	2,2	1	7	8	3,1	2	13	15	5,4	1	7	8	3	14	32	1	2,3	46	3,3	5
Умерло изъ нихъ	1	—	1	0,4	2	1	3	0,9	—	6	6	2,3	2	3	5	1,8	—	2	2	0,7	5	12	0,4	0,8	17	1,2	0,7
Заболѣло септическими формами	51	22	73	27,1	46	35	81	25,2	42	38	80	31,1	41	55	96	34,9	47	50	97	36,7	227	200	16,4	14,4	427	30,8	39,7
Умерло изъ нихъ	12	8	20	7,4	20	8	28	8,7	9	9	18	7	11	9	20	7,3	8	8	16	6,7	63	39	4,5	2,8	102	7,4	6,9
Переведено въ больницы города	16	8	24	8,9	15	15	30	9,3	17	9	26	10,2	13	16	29	10,5	14	12	26	9,8	75	60	5,4	4,3	135	9,7	6,5
бщее число заболѣв- шихъ и %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	555	40,1	50,9
Общее число умершихъ и %	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	127	9,2	8,1

Весьма важнымъ представляется то обстоятельство, какъ видно изъ отчета д-ра *Павлова* за послѣдующіе годы, что процентъ заболѣваемости, начиная съ 1874 года, т. е. начала антисептической эры въ акушерствѣ не только не уменьшался, но напротивъ увеличивался. Напримѣръ, въ 1881 году заболѣваемость родильницъ достигала еще 64%, а въ 1882 году смертность была = 9%. 64% септическихъ заболѣваній въ то время, когда въ Московской акушерской клиникѣ они низведены были уже на 12,45%! Эти цифры наглядно указываютъ намъ, какое гнѣздо свила себѣ доантисептическая рутина вмѣстѣ съ септической инфекціей въ Варшавской акушерской клиникѣ. Прошло всего только 10 лѣтъ съ тѣхъ поръ, а какъ много измѣнилось въ жизни клиники! Современные отчеты изъ нашей клиники за эти послѣднія 10 лѣтъ самыя краснорѣчивыя доказательства научнаго переворота. Въ доантисептическій періодъ у *Гугенбергера* изъ Московскаго родильнаго дома съ апрѣля 1870 года до конца 1871 года мы имѣемъ процентъ заболѣваній = 57,8%. У *Шмидта* изъ Маріинскаго род. дома около 56,7% на 3349 родильницъ. Нашъ процентъ заболѣваемости можно сравнивать съ вышеприведенными таковыми-же процентами изъ другихъ клиникъ только приблизительно, такъ какъ у насъ процентъ этотъ на самомъ дѣлѣ долженъ быть выше, если принять во вниманіе, что въ журналъ заносились только опредѣленные и болѣе тяжелыя формы заболѣванія. Во всякомъ случаѣ, если заболѣваемость въ Варшавской клиникѣ за отчетное время приближалась или была ниже такого-же въ другихъ клиникахъ, за то смертность въ ней была поразительно высока и исключительная. Она болѣе всего приближается къ родовспомогательнымъ заведеніямъ Парижа и въ числѣ этихъ послѣднихъ уступаетъ только смертности въ Lariboisière, гдѣ она равна была = 7,9%. Для сравненія мы приводимъ таблицу смертности другихъ родильныхъ заведеній въ Россіи и за границей по отчету *Гугенбергера*.

Что касается общей заболѣваемости и смертности родильницъ въ Варшавской клиникѣ за отчетное время, то мы видимъ изъ приложенной ниже таблицы, что наибольшая заболѣваемость и смертность наблюдалась въ зимніе мѣсяцы и преимущественно въ январѣ мѣсяцѣ:

Смертность въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ.

МѢСТО И ВРЕМЯ.	Родилы.	Умерло.	На 1000	А В Т О Р Ы.
1. С.-Петербургъ.				
а) Повивальный Институтъ за 25 л. съ 1845 г. по 1870 г.	18,518	633	34,12	а) Гугенбергеръ, адрессъ Этлингеру по случаю 25 лѣтн. юбилея Спб. 24-го Апрѣля 1870 г.
б) Родовспомогательное Зав. Воспит. дома за 31 г. съ 1840 г. по 1872 г.	41,225	2,034	49,31	б) Биддеръ и Сутугинъ, отчетъ и тоже за 1872 г. Тарновскаго Спб. 1872 и 1874 г.
в) Родильное Отдѣленіе Калинкинской Городской Больницы за 15 л. съ 1845 г. по 1860 г. .	1,288	20	15,53	в) Гугенбергеръ, отчетъ Повив. Инст. Спб. 1863 г., стр. 194.
Итого въ С.-Петербурб.	61,031	2,687	44,02	
2. Москва.				
а) Родовспом. Заведеніе Воспит. Дома за 42 г. съ 1833 г. по 1874 г. .	88,993	2,812	31,60	а) Гугенбергеръ, извлеченіе изъ Журнала Род. Зав. Воспит. Дома.
б) Университ. Клиника за 19 л. съ 1855 г. по 1874 г.	14,382	413	28,71	б) Филатовъ, письм. сообщеніе 12 Январ. 1876 г.
Итого въ Москвѣ.	103,375	3,225	31,19	
3. Парижъ.				
а) Maternité за 63 г. съ 1802 г. по 1864 г. . .	106,704	8,124	50,55	Tarnier—Husson, Gazette des hopiteaux. 1866 г № 38, p. 151.
б) Clinique за 34 (?) г. съ 1835 г. по 1864 г. . .	24,295	1,143	47,04	
в) St. Antoine за 54 г. съ 1811 г. по 1864 г. . .	5,204	349	67,06	
г) Hôtel. Dieu за 63 г. съ 1802 г. по 1864 г. . .	25,314	831	32,83	

МѢСТО И ВРЕМЯ.	Родильн.	Умерло.	На 1000.	А В Т О Р Ы.
д) St. Louis за 58 л. съ 1807 г. по 1864 г. . . .	19,038	780	41,00	
е) Lariboisière за 54 г. съ 1811 г. по 1864 г. . . .	5,022	395	78,65	
Итого въ Парижѣ.	239,577	11,622	48,50	

4. Лондонъ.				
а) City Lying in Hospital за 15 л.	7,030	90	12,80	а) Spiegelberg. M. f. G. Bd. VII, p. 201 et seq.
б) General Lying in Hos- pital за 22 г.	4,426	140	31,65	б) тотъ же.
в) British Lying in Hos- pital за 15 л.	1,625	17	10,46	в) тотъ же.
г) Queen Lying in Hos- pital за 35 л.	7,736	202	26,00	г) Brodis. M. f. G. Bd. XXIV, p. 260.
Итого въ Лондонѣ.	20,817	449	21,56	

5. Дублинъ.				
Родовспомогат. Завед. за 98 л. съ 1757 г. по 1854 г.	176,147	2,106	12,00	Leon Lefort, Sur les ma- ternités. Paris 1866 p. 21.

6. Вѣна.				
а) Родильн. клин. за 80 л. съ 1784 г. по 1863 г. . . .	296,659	11,243	38,00	а) I. Späth, Wiener med. Jahr. 1864 г.
б) Родильн. клин. за 10 л. съ 1864 г. по 1873 г. . . .	77,759	1,312	17,00	б) С. Браун, письм. сообщ. 2 Января 1876 г.
Итого въ Вѣнѣ. .	374,418	12,555	33,53	

МѢСТО И ВРЕМЯ.	Родильн.	Умерло.	На 1000.	А В Т О Р Ы.
7. Прага. Родильн. клин. за 15 л. съ 1848 г. по 1862. . .	41,477	1,383	33,34	Vierteljahresschr. 1863 p. 89.
8. Берлинъ. Родовспомогат. Завед. за 19 л. съ 1829 г. по 1847 г. Клиника за 49 л. съ 1810 г. по 1859 г.	3,828 5,731	99 109	25,86 19,00	Busch. N. Z. f. G. V. 83. VIII. 62. M. f. G. III— VIII. 363. Credé. M. f. G. XV. 192
9. Дрездинъ. Родовспомогат. Завед. за 50 л. съ 1814 г. по 1864 г.	15,356	356	24,22	Grenser. M. f. G. XXVII. 158.
10 Вюрцбургъ. Родовспом. Завед. за 40 л. съ 1805 г. по 1845 г.	6,139	101	16,45	Hofmann. N. Z. f. G. XXVII. 7.
11. Майнцъ. Родовспом. Зав. за 42 г. съ 1806 г. по 1848.	7,739	41	5,29	F. M. Kilian. N. Z. f. G. XXX. 214.
Итого. . . .	1,055,635	34,733	33,00	

76 заболѣваній или 13,7% и 22 случая смерти или 17,3% общаго числа смертныхъ случаевъ и наименьшая въ лѣтніе мѣсяцы, изъ этихъ послѣднихъ самая малая приходится на іюнь мѣсяць, въ который наблюдалось 34 заболѣванія или 5,9% и 5 случаевъ смерти или 3,9%.

ВѢДОМОСТЬ № 9.

ЗАБОЛѢВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РОДИЛЬНИЦЪ

ПО МѢСЯЦАМЪ.

ВѢДОМОСТЬ № 9. Заболѣваемости и

ФОРМЫ ЗАБОЛѢВАНІЙ И СМЕРТНОСТЬ.	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.						
	Б Е Р Е М Е Н Н О С Т Ь.											
	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.
Заболѣвшихъ общ. болѣзн.	—	1	2	4	—	4	—	—	—	1	—	1
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ несеptic. послѣрод. форм.	1	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ septic. форм.	5	3	7	2	6	—	1	2	6	1	3	3
Умерло изъ нихъ.	1	2	—	—	—	—	1	—	2	1	1	3
Заболѣвшихъ общ. болѣзн.	—	2	—	3	1	2	—	1	—	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ несеptic. форм.	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ septic. форм.	4	7	7	1	7	5	4	2	2	3	4	—
Умерло изъ нихъ.	2	3	3	—	4	2	2	—	1	2	—	—
Заболѣвшихъ общ. болѣзн.	1	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	1
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Заболѣвшихъ несеptic. форм.	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
Умерло изъ нихъ.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
Заболѣвшихъ septic. форм.	4	3	5	9	4	2	4	3	4	5	2	2
Умерло изъ нихъ.	1	1	1	2	2	—	1	1	1	—	—	—
Заболѣвшихъ общ. болѣзн.	1	2	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ несеptic. форм.	—	1	—	1	1	1	—	1	—	1	—	2
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Заболѣвшихъ septic. форм.	5	16	3	1	3	5	1	3	3	1	4	2
Умерло изъ нихъ.	2	4	1	—	3	2	1	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ общ. болѣзн.	1	2	—	2	1	1	—	1	—	—	—	1
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Заболѣвшихъ несеptic. форм.	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Умерло изъ нихъ.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Заболѣвшихъ septic. форм.	6	6	3	5	7	9	8	3	—	3	4	4
Умерло изъ нихъ.	2	2	2	—	—	2	1	—	—	—	—	—
Беременныхъ умерло.	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Итого заболѣло въ каждый мѣсяцъ за всѣ 5 лѣтъ.	28	48	28	29	32	31	18	20	18	17	17	17
Умерло.	8	15	7	3	11	7	6	4	5	5	1	4

смертности родильницъ по мѣсяцамъ.

Июль.		Августъ.		Сентябрь.		Октябрь.		Ноябрь.		Декабрь.		Итого.		Г О Д Ы.
Б Е Р Е М Е Н Н О С Т Ь.														
Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	Г-р.	М-р.	
—	1	—	—	—	2	2	1	1	—	—	—	5	14	1869
—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	
—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1	—	5	4	
—	2	3	3	5	3	6	2	5	1	4	—	51	22	
—	1	1	—	3	1	—	—	1	—	2	—	12	8	1870
—	1	—	1	—	—	1	3	1	1	1	1	4	15	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	5	2	
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	1871
2	3	1	3	4	5	1	4	7	2	3	2	46	37	
1	—	—	—	2	—	—	—	3	—	—	2	18	9	
—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	4	4	
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1872
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	1	7	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	
1	—	7	2	2	1	3	5	5	3	1	3	42	38	
—	—	2	—	—	—	—	2	1	—	—	2	9	8	1873
1	1	—	1	—	1	—	1	—	2	1	—	5	10	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
1	—	—	1	—	1	—	2	—	2	—	—	2	13	
—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	1	4	1874
3	6	4	3	3	5	6	1	3	8	3	4	41	55	
—	1	1	—	1	1	1	—	1	—	—	1	11	9	
—	1	1	1	—	1	—	1	—	4	—	2	3	17	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	2	1875
—	—	—	2	—	1	1	—	—	1	—	—	1	7	
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	
3	9	2	1	7	2	—	5	2	2	3	1	45	50	
2	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	1	8	8	1876
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
12	25	20	18	22	25	20	26	26	25	19	14	260	295	
4	2	5	2	6	6	1	3	7	3	6	6	67	60	

Если, для выясненія вопроса, какое вліяніе имѣетъ число поступленій роженицъ и родильницъ на количество заболѣваній и смертности отъ нихъ, представить себѣ таблицу за всѣ пять лѣтъ по мѣсяцамъ, въ которой графически, помощью кривыхъ, изображена эта зависимость, то окажется, что кривая заболѣваемости не вполнѣ совпадаетъ съ кривой количества поступившихъ больныхъ. Такъ напр., въ августѣ и сентябрѣ наблюдалось наименьшее число поступленій, между тѣмъ заболѣваемость была значительная. Болѣе правильности замѣчается между числомъ поступленій и смертности и въ свою очередь между заболѣваемостью и смертностью. Кромѣ того, въ январѣ мѣсяцъ за всѣ годы наблюдалась правильность между количествомъ больныхъ и между заболѣваемостью и смертностью и особенно между заболѣваемостью и смертностью, т. е. чѣмъ больше было заболѣваній, тѣмъ больше и смертность отъ нихъ. Въ мартѣ прямая зависимость между количествомъ больныхъ и смертностью. Въ февралѣ мѣсяцъ смертность оказывалась наименьшею, не смотря на значительное число поступленій. Изъ такой таблицы виденъ былъ бы одинъ только неоспоримый фактъ, что чѣмъ ближе къ лѣтнимъ мѣсяцамъ приближаются кривыя, тѣмъ онѣ болѣе падаютъ т. е. число больныхъ, а вмѣстѣ съ ними заболѣваемость и смертность начинаютъ уменьшаться. Напротивъ въ августѣ и сентябрѣ кривая поступленій медленно поднимается, между тѣмъ кривыя заболѣваемости и смертности рѣзко дѣлаютъ скачекъ вверхъ. Одна изъ вѣроятныхъ причинъ такого явленія кроется въ тѣхъ новыхъ условіяхъ, которыя создаются въ клиникѣ въ осеннее и весеннее время. Весною, когда начинаются экзамены какъ для студентовъ, такъ и для ученицъ акушерской школы, учащійся персоналъ начинаетъ все рѣже и рѣже посѣщать клинику, а вмѣстѣ съ этимъ начинаетъ сокращаться число изслѣдованій роженицъ и возможность прививать и разносить инфекцію. Наоборотъ, въ осеннее время съ наплывомъ учащихся увеличивается число изслѣдованій, а вмѣстѣ съ нимъ и возможность инфицировать роженицъ. Въ разбираемое нами время, когда учащіеся не имѣли понятія объ антисептикѣ, и студенты являлись нерѣдко въ акушерскую клинику изъ анатоми-

ческаго театра, само собою разумѣется, создавались весьма удобные пути для распространѣнія эндемїи родильной горячки.

Формы послѣродовыхъ заболѣваній септического характера, а равно количество родильницъ, заболѣвшихъ тою или другою формою, видны изъ нижеприведенной вѣдомости № 10.

ВѢДОМОСТЬ № 10. Послѣродовыя заболѣванія септического характера.

ФОРМЫ ЗАБОЛѢВАНІЯ.	Число болѣн.	ФОРМЫ ЗАБОЛѢВАНІЯ.	Число болѣн.
Metroperitonitis.	32	Endometritis.	98
Metroperitonitis et peritonitis universalis.	6	Perimetritis et perioophoritis. .	5
Perimetritis.	130	Ulcus puerperale.	15
Gangraena nosocomialis (?). . .	1	Endometritis et metroperitonitis.	4
Peritonitis universalis.	46	Metroperitonitis et pyaemia . .	1
Endo et perimetritis puerperalis.	31	Endometritis et pyaemia. . .	4
Endometritis et peritonitis uni- versalis.	4	Peritonitis universalis et pyaemia.	5
Perimetritis et peritonitis uni- versalis.	3	Perimetritis et pyaemia. . . .	6
Metrophlebitis.	1	Perimetritis et erysipelas. . . .	1
Septicaemia.	4	Pyaemia.	9
Endometritis et phlegmosia alba dolens.	2	Parametritis.	2
Endometritis et septicaemia. . .	1	Endometritis et ulcus puerperale.	3
Parametritis et pyaemia. . .	1	Phlegmosia alba dolens.	2
Peri-parametritis.	3	Febris puerperalis.	5
		Peritonitis et septicaemia. . . .	1
		Thrombus vaginae.	1
		Итого.	427

VIII.

СПОСОБЪ РАСПРОСТРАНЕНІЯ МИКРОБОВЪ ИЗЪ ПОЛОСТИ МАТКИ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗСЛѢДОВАНИЕ.

П. Т. Садовскаго.

(Предварительное сообщеніе).

За послѣднее время появилось стремленіе прослѣдить съ бактериологической точки зрѣнія половой каналъ какъ у здоровыхъ, такъ и у больныхъ женщинъ; послѣдовательно были произведены изслѣдованія влагалища, цервикальнаго канала и полости матки, но окончательные результаты этихъ работъ не доказали судьбу и способы дальнѣйшаго распространенія найденныхъ микробовъ. Въ виду этого намъ было предложено проф. *Славянскимъ* заняться этимъ вопросомъ экспериментальнымъ путемъ, а именно: впрыскивая чистыя культуры гноеродныхъ микробовъ въ полость матки животныхъ.

Для впрыскиваній мы брали культуру желтаго стафилококка, проведенную черезъ животное и провѣренную на желатинѣ; изъ нея приготавлилась эмульсія на физиологическомъ растворѣ путемъ растиранія въ стерилизованныхъ стаканчикахъ, по примѣру растиранія мозговъ для *Pasteur'*овскихъ прививокъ.

Для полной увѣренности въ здоровомъ состояніи полового канала, мы брали морскихъ свинокъ не рожавшихъ и не бывшихъ еще съ самцемъ, и только возможность получить такихъ завѣдомо здоровыхъ животныхъ заставила насъ отказаться отъ болѣе крупныхъ и потому болѣе удобныхъ для опытовъ животныхъ, какъ то: собакъ.

Впрыскиванія производились слѣдующимъ образомъ. Предварительно наружныя части обмывались растворомъ сулемы 1:1000 и такимъ же растворомъ проспрыцовы-

валось влагалище; затѣмъ сулема нейтрализовалась насыщеннымъ растворомъ соды. Вводя затѣмъ стерилизованное зеркало, мы брали прокаленной проволокой бактериологическія пробы изъ влагалища, и во всѣхъ случаяхъ пробныя прививки послѣ такой стерилизаціи влагалища оставались безплодными. Постепенно увеличивая размѣры зеркалъ, мы улавливали въ просвѣтѣ влагалищную часть, которая обтиралась стерилизованной ватой. Наружный зѣвъ у морскихъ свинокъ представляется въ видѣ крайне незначительнаго углубленія, но, несмотря на это, игла шприца совершенно свободно входитъ въ него, и лишь въ области внутренняго зѣва, при введеніи иглы, оказывалось незначительное сопротивленіе, которое легко преодолевалось, причемъ получалось ощущение проскакиванія конца шприца, совершенно подобное ощущенію, получаемому при расширеніи *Negar'*овскими расширителями шейки матки. Игла вводилась приблизительно на 1 см., считая отъ наружнаго зѣва, и направлялась болѣе въ правую сторону изъ желанія попадать въ правый рогъ матки. По введеніи иглы надѣвался шприцъ и слабымъ надавливаніемъ вырыскивалась эмульсія.

Сначала мы вводили полный шприцъ, но затѣмъ ограничивались половиной его, устраняя, такимъ образомъ, гипотетическую возможность насильственнаго проталкиванія эмульсии черезъ трубу въ полость брюшины. Послѣ впрыскиванія свинки проживали около мѣсяца и, лишь за день до смерти, у нихъ появлялась нетвердость походки, свинка становилась скучна и околѣвала. Вскрытіе производилось на другой же день и лишь въ 3 случаяхъ — на четвертый день. Обыкновенно вырѣзывалась матка съ придатками и возможно большимъ количествомъ окружающей рога ткани. На ряду со вскрытіемъ брались изъ полости праваго рога, полости брюшины, а въ иныхъ случаяхъ и изъ паренхиматозныхъ органовъ бактериологическія пробы, которыя, въ большинствѣ случаевъ, давали культуру желтаго стафилококка.

Затѣмъ изслѣдовались микроскопически куски, взятые, какъ изъ половыхъ, такъ и изъ другихъ паренхиматозныхъ органовъ. Всѣ куски клалась въ 70% спиртъ, откуда перекладывались въ абсолютный и уплотнялись въ фотоксилинѣ. Окрашивались препараты для бактериологи-

ческихъ изслѣдованій растворомъ *Löffler'a*, фуксиномъ и по *Gram'у*—гистологически-квасцовымъ карминомъ; просвѣтлялись препараты гвоздичнымъ масломъ и заливались въ канадскій бальзамъ.

Главнѣйшія измѣненія при патологоанатомическихъ вскрытіяхъ заключались *макроскопически* въ слѣдующемъ:

Брюшина представлялась, въ большинствѣ случаевъ, сильно инъецированной, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ—пропитанною бурюю жидкостью.

Клѣтчатка возлѣ роговъ и мочеваго пузыря являлась какъ бы студенистой, отеочною съ мѣстными точечными кровоизліяніями.

Матка и, главнымъ образомъ, рога ея были утолщены, особенно правый рогъ; просвѣтъ расширенъ, стѣнки насыщено краснаго цвѣта также съ мѣстными точечными кровоизліяніями. Яичники въ нѣкоторыхъ случаяхъ представлялись какъ бы увеличенными, а въ одномъ случаѣ, гдѣ онѣ прилегалъ близко къ абсцессу печени,—былъ какъ бы пропитанъ гноемъ.

Въ паренхиматозныхъ органахъ, какъ то: въ печени—наблюдался абсцессъ, въ селезенкѣ—увеличеніе объема ея, въ почкахъ—мутное набуханіе, а въ легкихъ—инфаркты.

Микроскопическое изслѣдованіе производилось преимущественно пока только надъ рогами матки. Въ общемъ микроскопическая картина была слѣдующая; сосуды какъ въ самихъ рогахъ, такъ и въ окружающей клѣтчаткѣ сильно расширены, стѣнки ихъ представляются нѣсколько утолщенными; по мѣстамъ наблюдаются довольно обширныя кровоизліянія, нѣкоторыя совсѣмъ свѣжія, другія же болѣе старыя, состоящія изъ сѣти фибрина, въ петляхъ которой заложены распадающіеся форменные элементы крови; кромѣ того въ этихъ кровоизліяніяхъ имѣются остатки разрушенной подлежащей ткани. Мелкоклѣтчатковая инфильтрація мѣстами рѣзко выражена въ видѣ отдѣльныхъ очаговъ и располагается какъ въ клѣтчаткѣ, такъ и въ толщѣ стѣнки роговъ, преимущественно вкругъ сосудовъ. Что касается железистаго аппарата, то здѣсь замѣчается сильная зернистость цилиндрическаго эпителія, выстилающаго просвѣтъ железъ; по мѣстамъ границы между отдѣльными клѣтками сглажены, отдѣльныя клѣтки распались въ мелкозернистую массу, а въ

нѣкоторыхъ железахъ просвѣтъ ихъ выполнить частью форменными элементами крови, частью мелкозернистою, сильно преломляющею свѣтъ массою; кое гдѣ железистый эпителий отстаётъ отъ подлежащей ткани.

При бактериоскопическомъ изслѣдованіи препаратовъ, больше чѣмъ въ половинѣ изслѣдованныхъ случаевъ, могутъ быть опредѣлены микробы, совершенно тождественные съ тѣми, которые были вводимы въ полость матки. Они представляются въ видѣ очень мелкихъ кокковъ, располагающихся, большею частью, группами. Кокки лежатъ преимущественно въ щеляхъ между волокнами соединительной ткани роговъ и параметрія, частью же располагаются въ толщѣ самой ткани. Наблюдаются также группы кокковъ и по периферіи сосудовъ.

Вотъ вкратцѣ результаты, полученные отъ десяти впрыскиваній. Мы видимъ совершенно ясно выраженные воспалительные процессы какъ въ самихъ рогахъ, такъ и въ окружающей ихъ клѣтчаткѣ. Воспалительный процессъ не ограничивается только мѣстомъ травмы, такъ какъ трудно допустить, чтобы инструментъ, какъ бы осторожно не вводимый, не произвелъ, хотя бы слущиванія поверхностнаго слоя эпителия, но процессъ этотъ распространяется почти по всему половому тракту какъ по направленію вверхъ, такъ и въ стороны.

Вводимые микробы проникаютъ черезъ толщу роговъ въ клѣтчатку, преимущественно при посредствѣ лимфатическихъ щелей; такимъ образомъ, мы можемъ допустить, что микробы могутъ проникать въ околوماتочную клѣтчатку не только по протяженію—*per continuitatem*, но и сквозь толщу стѣнокъ, если имѣется нарушеніе цѣлости покрововъ, и производить въ клѣтчаткѣ тотъ или иной видъ воспаленія.

Мы удерживаемся пока отъ болѣе подробнаго изложенія выводовъ и разбора литературы, касающейся этого вопроса, такъ какъ настоящее сообщеніе есть только краткій перечень фактовъ. Болѣе же подробное изложеніе послѣдуетъ *in extenso*—въ свое время.

КАЗУИСТИКА.

V.

*Изъ Акушерско-гинекологической клиники проф. Голочинова
въ Харьковъ.*

РѢДКІЙ СЛУЧАЙ ИЗМѢНЕНІЯ ПОЗИЦІИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ГОЛОВКИ ВЪ ПОЛОСТИ ТАЗА ВО ВРЕМЯ РОДОВЪ.

Ординатора клиники

Г. Прокопьева.

Въ прошломъ 1892 году въ родильномъ отдѣленіи Харьковской акушерской клиники наблюдалось нѣсколько интересныхъ случаевъ. Одинъ изъ этихъ случаевъ мнѣ пришлось провести и его, съ разрѣшенія глубокоуважаемаго профессора *Н. Ф. Голочинова*, я нахожу нелишнимъ описать, такъ какъ онъ представляетъ нѣкоторыя, рѣдко встрѣчающіяся и мало извѣстныя, особенности относительно механизма родовъ. Въ этомъ случаѣ имѣлось такъ называемое заднезатылочное предлежаніе, при которомъ произошло измѣненіе позиціи головки, уже опустившейся въ полость таза.

Какъ извѣстно, при заднихъ видахъ затылочныхъ предлежаній, при дальнѣйшемъ ходѣ родовъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ малый родничекъ поворачивается впередъ, такъ какъ изгоняющая сила концентрируется на затылкѣ и вмѣстѣ съ противоѣдѣствіемъ задней стѣнки таза и тазоваго дна заставляетъ его повернуться впередъ. Вращеніе это можетъ наблюдаться у дна таза и продолжается въ его выходѣ; зависитъ это отъ того, въ какой моментъ начнется усиленное сгибаніе головки.

Сравнительно рѣдко встрѣчается отступленіе отъ этого механизма, состоящее въ томъ, что головка, стоящая вначалѣ родовъ

съ обращеннымъ кзади затылкомъ, прорѣзывается, не обращаясь затылкомъ кпереди. Наблюдается это по *Spiegelberg'y* ¹⁾ на 100 черепныхъ предлежаній 1—2 раза, по *Kehrer'y* ²⁾ на 75 черепныхъ предлежаній 1 разъ, по *Hecker'y* ³⁾ на 58,5 черепныхъ предлежаній 1 разъ.

Само собою разумѣется, механизмъ прорѣзыванія головки съ обращеннымъ кзади затылкомъ долженъ быть иной, чѣмъ нормально.

K. Werth ⁴⁾ принимаетъ два способа прорѣзыванія головки при заднихъ видахъ затылочнаго предлежанія.

При одномъ способѣ пригибанія головки подбородкомъ къ груди не происходитъ. Тутъ на стоящей во входѣ въ тазъ или на вступившей уже въ верхній отдѣлъ полости таза головкѣ при изслѣдованіи найдемъ большой родничекъ, глубже стоящій на проводной оси таза или близко отъ нея, малый же родничекъ, или съ трудомъ, или совсѣмъ не достижимъ. При дальнѣйшемъ теченіи лобъ обращается къ симфизу, большой родничекъ занимаетъ центральное положеніе въ просвѣтѣ канала, и прорѣзываніе головки происходитъ такимъ образомъ, что лобъ большею своею частью появляется подъ лонной дугой, упирается тутъ корнемъ носа (переносьемъ), а изъ-за промежности выкатывается затылокъ. Послѣ освобожденія затылка изъ-подъ лонной дуги освобождается постепенно личико. Словомъ, механизмъ этотъ весьма сходенъ съ прорѣзываніемъ головки при лобныхъ предлежаніяхъ.

При этомъ способѣ головка прорѣзывается прямымъ своимъ размѣромъ, почему и конфигурація ея совершенно иная, чѣмъ при обыкновенномъ механизмѣ: тутъ прямой размѣръ укороченъ, а вертикальный удлинень, лобъ и затылокъ круто поднимаются кверху. Головная опухоль образуется на переднемъ углу обращенной впередъ темянной кости, иногда въ области большаго родничка или даже еще нѣсколько дальше кпереди.

При второмъ способѣ прорѣзыванія головки съ обращеннымъ кзади затылкомъ пригибаніе головки подбородкомъ къ груди не нарушено, но препятствіе для механизма внутренняго поворота

¹⁾ Учебникъ акушерства Шпигельберга, переводъ 1879 г., стр. 162.

²⁾ Учебникъ акушерства Шредера, переводъ 1888 г., стр. 166.

³⁾ Тамъ-же.

⁴⁾ *Abweichungen in dem Verlauf der zweiten und dritten Cardinalbewegung.* Richard Werth. (Handbuch der Geburtshülfe D. P. Müller I Band 1888 г.).

ограничено. Затылокъ въ этихъ случаяхъ первоначально обращенъ къ заднему концу перваго или втораго косаго діаметра и совершаетъ въ дальнѣйшемъ отсюда болѣе короткій путь по крестцовой впадинѣ. По окончаніи ротации большой родничекъ стоитъ нѣсколько ниже нижняго края симфиза, затылокъ же соотвѣственно нижнему концу крестца. При прорѣзываніи головка упирается верхнимъ отрѣзкомъ лба въблизи большого родничка подъ лонною дугою, а изъ-за промежуности выкатывается затылокъ.

Послѣдній способъ нѣкоторые авторы признають единственно нормальнымъ при заднезатылочныхъ предлежаніяхъ, и этому виду прорѣзыванія головки слѣдуетъ подражать при наложеніи въ такихъ случаяхъ щипцовъ.

При этомъ способѣ головка прорѣзывается размѣромъ, близко подходящимъ къ тому, которымъ она прорѣзывается нормально, т. е. малымъ косымъ, конфигурація головки или совсѣмъ не отличается отъ конфигураціи головки при нормальномъ ходѣ родовъ, или мало. Теперь переходжу къ данному случаю.

1 февраля 1892 года въ 11 часовъ пополудни явилась въ Харьковскую акушерскую клинику мѣщанка А. М. съ жалобою на схваткообразныя боли въ поясницѣ и внизу живота.

А. М. происходитъ отъ здоровыхъ родителей, изъ которыхъ отецъ умеръ 16 лѣтъ тому назадъ еще молодымъ (38 л.) отъ горячки, а мать еще жива и здорова. Въ семьѣ у нихъ было 9 дѣтей, изъ которыхъ живы только 2 брата, а остальные умерли маленькими. Причину смерти только одного брата знаетъ: принимавшая бабка плохо перевязала пуповину, и ребенокъ умеръ отъ кровотеченія изъ пуповины; причину смерти остальныхъ членовъ семьи не знаетъ. Сама А. М. въ дѣтствѣ перенесла 6-ти недѣль оспу, 7-ми лѣтъ корь, 8½ лѣтъ скарлатину и 10 лѣтъ дифтеритъ. Взрослою дѣвушкою всегда отличалась здоровьемъ. Регулы у нея появились, когда ей исполнилось 15 лѣтъ, были 3 дня, не обильны и безъ болей. Послѣ этого наступилъ промежутокъ въ цѣлый годъ, въ продолженіи котораго регулъ не было. Чрезъ годъ регулы явились во 2-й разъ и затѣмъ, установившись, повторялись чрезъ 3 недѣли на 4, продолжались по 4 дня, всегда были обильны и первые два сопровождались сильною болью внизу живота, а затѣмъ боль утихала.

Два года тому назадъ вслѣдствіе поднятія тяжести проболѣла съ мѣсяць: была сильная боль въ животѣ, появились запоры,

такъ что безъ слабительнаго или клизмы стула не было, явилась рѣзъ при мочеиспусканіи. Черезъ мѣсяць подѣ влияніемъ лѣченія въ больницѣ выздоровѣла.

Послѣдніе два года чувствовала себя здоровою. Первый coitus былъ въ послѣднихъ числахъ апрѣля 1891 года, а чрезъ 4 дня появились регулы, которыя были въ послѣдній разъ, и А. М. забеременѣла. Беременность протекала нормально. Первое движеніе ребенка не замѣтила. 1-го февраля 1892 года съ утра начались боли въ животѣ и поясницѣ, но рѣдко и не сильныя. Въ 11 часовъ утра она упала на лѣстницѣ съ высоты 6-ти ступенекъ внизъ навзничъ; послѣ этого боли усилились и особенно съ 6-ти часовъ пополудни, такъ что заставили А. М. отправиться въ клинику.

А. М. 19-ти лѣтъ отъ роду, ростомъ 168 сант. Женщина крѣпкаго тѣлосложенія, съ хорошо развитою подкожною жировою клѣтчаткою; костный скелетъ уклоненій отъ нормы не представляетъ, окраска кожи нормальная. На лицѣ слѣды бывшей оспы. Грудныя железы упруги, полушаровидной формы, железистое вещество ихъ хорошо развито. Сосокъ и околососковый кружокъ сильно пигментированы. Есть вторичный ареола и монгомеровы железки. Сосокъ цилиндрической формы, удобенъ для захватыванія. При надавливаніи у основанія соска изъ грудной железы выдавливается сѣровая жидкость—молозиво.

Животъ увеличенъ соотвѣтственно концу 10-го мѣсяца беременности; бѣлая линія пигментирована, особенно выше пупка, пупокъ выпяченъ; въ нижней части живота замѣтны свѣжія рубцовыя полосы синебагроваго цвѣта.

При ощупываніи живота находимъ, что покровы его напряжены, матка яйцевидной формы, дно ея пальца на 2 ниже processus ensiformis и наклонено вправо. Внизу живота прощупывается предлежащая часть—голова, стоящая уже плотно во входѣ таза; вправо отъ бѣлой линіи и кзади прощупывается спинка, по бѣлой линіи и влѣво отъ нея выше пупка прощупываются мелкія части.

Вправо отъ бѣлой линіи ниже пупка выслушивается сердцѣбіеніе 132 удара въ минуту, а въ лѣвомъ паху ясно маточный шумъ дующаго характера.

Измѣреніе живота:

Окружность основанія груди	81 сант.
Наибольшая окружность живота чрезъ пупокъ	93 "
Отъ лобка до ложечки	41 "
" " " пупка	20 "

„ spina iliaca ant. sup. dextra до ложечки . . .	31 смнт.
„ „ „ „ пупка . . .	19 „
„ spina iliaca ant. sup. sinistra „ ложечки . . .	34 „
„ „ „ „ пупка . . .	20 „
Высота матки	24 „
Ширина матки	21 „

Сокращенія матки повторяются чрезъ 5 мин. и длятся секундъ 40—45.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ найдено слѣдующее: половая щель слегка зіяетъ, малыя губы выдаются изъ за большихъ, задняя спайка большихъ губъ цѣла, hymen въ видѣ лоскутовъ, половыя части припухши, ціанотичны.

Измѣреніе таза: Distantia spinarum	25 сант.
„ cristarum	28 „
„ intertrochanterica	33 „
Conjugata externa	20,5 „
Окружность большого таза	89 „

При изслѣдованіи per vaginam ¹⁾ въ 9 часовъ утра 2-го февраля было найдено слѣдующее: стѣнки рукава разрыхлены, влажны, влагалищная часть сглажена, зѣвъ открытъ пальца на 3 съ лишнимъ, края зѣва еще существуютъ, достижимы, плодный пузырь цѣлъ, во время сокращеній матки напрягается, во время паузы чрезъ пузырь прощупывается головка, стоящая плотно во входѣ таза, а на ней влѣво и впередъ большой родничекъ и стрѣловидный шовъ, идущій въ правомъ косомъ діаметрѣ.

На основаніи наружнаго и внутренняго изслѣдованія діагнозъ былъ таковъ: первороженница въ 1-мъ періодѣ родовъ (періодъ раскрытія), положеніе плода головно-продольное 2 позиція задній видъ. Чтобы способствовать повороту затылка напередъ, роженицу положили на правый бокъ.

Около 10 часовъ утра изслѣдованіе было произведено профессоромъ Н. Ф. Толочиновымъ, подтвердившимъ мой діагнозъ.

Около 12 часовъ дня 2 февраля у роженицы изъ половыхъ частей стала появляться кровь. Изслѣдованіе per vaginam по-

1) Изслѣдованіе было произведено мною, старшею акушеркою, двумя студентами и ученицею.

казало полное открытіе зѣва, пузырь цѣль, головка прошла входъ, большой родничекъ по прежнему влѣво впередъ. Предполагая, что выдѣленіе крови зависитъ отъ ранниго отдѣленія плаценте вследствие натяженія и опусканія пузыря, я рѣшилъ порвать пузырь, что и произведено было въ 12 часовъ дня.

Послѣ отхожденія водъ сокращенія матки стали энергичнѣе, продолжались секундъ 50—60, а промежутокъ между ними минутъ 5—3. Роженица стала жилиться, жалуясь на напирание въ задъ.

Исслѣдованіе, произведенное въ 1 часть дня, показало, что головка въ выходѣ таза, стрѣловидный шовъ въ прямомъ размѣрѣ выхода, прощупать роднички уже не удалось, такъ какъ на головкѣ образовался отекъ.

Въ 30 мин. 2-го пополудни половая щель стала по немногу раскрываться и въ ней показываться во время потугъ небольшой сегментъ головки. Роженица положена на лѣвый бокъ, и въ такомъ положеніи начато поддерживаніе промежности. Съ этого времени во время потугъ иногда изъ половой щели стало появляться грязно-зеленаго цвѣта отдѣленіе, между тѣмъ какъ выслушиваніе сердцебіенія плода не указывало на угрожающую ему опасность.

Врѣзываніе головки происходило постепенно: сначала изъ подъ правой вѣтви лонной дуги показалась передняя половина правой темянной кости съ находящеюся на ней опухолью, затѣмъ стрѣловидный шовъ, передняя половина лѣвой темянной кости, область большого родничка и верхняя часть лобной кости. Верхнею частью площадки лба головка уперлась подъ лонною дугою, а изъ за промежности стали показываться задняя половина темени и затылокъ. Въ это время для предупрежденія разрыва промежности была произведена *episiotomia bilateralis*. По выходѣ затылочнаго бугра, головка стала разгибаться, и изъ подъ лонной дуги показались надбровныя дуги, переносье, носъ и все личико. Прорѣзавшись головка повернулась личикомъ къ правому бедру матери. На шеѣ оказались 2 петли пуповины, которыя были ослаблены и переброшены чрезъ головку. Затѣмъ изъ за промежности выкатилось лѣвое плечико, а изъ подъ лонной дуги правое плечико, при чемъ кисть правой руки лежала на шеѣ съ лѣвой стороны; наконецъ, вышло все туловище.

Родившійся мальчикъ былъ вѣсомъ 3450,0, длина его 49 сант., окружность головки 33 сант., прямой размѣръ головки

10 с., поперечникъ большой 9 с., малый 8 с., большой косою 12 с., малый 10 с. На правой темянной кости была опухоль.

Черезъ 10 мин. послѣ выхода плода послѣдъ былъ удаленъ по Credé вслѣдствіе появившагося кровотеченія. Длина пуповины 67 сант. Промежность цѣла.

Послѣродовый періодъ протекалъ вполне нормально, и на 8 день родильница, вполне здоровая, выписалась изъ клиники вмѣстѣ съ ребенкомъ, у котораго опухоль на головкѣ исчезла дня черезъ 3—4 послѣ родовъ. Остановимся теперь нѣсколько на аномалии механизма родовъ данного случая. Вначалѣ родовъ діагнозъ былъ поставленъ такой: задній видъ 2-й позиціи темяннаго предлежанія, ходъ же прорѣзыванія головки говоритъ за то, что предъ нами задній видъ 1-й позиціи темяннаго предлежанія. Слѣдовательно, здѣсь, во 1-хъ, головка уже въ полости таза измѣнила позицію: изъ задняго вида 2-й позиціи темяннаго предлежанія головка перешла въ задній видъ 1-й позиціи темяннаго предлежанія, при чемъ она сдѣлала переходъ по крестцу; во 2-хъ, головка не повернулась кпереди затылкомъ, а прорѣзалась въ заднемъ видѣ.

Такое отступленіе въ механизмѣ родовъ по справедливости можно назвать рѣдкимъ. Въ доступной мнѣ литературѣ за 5 послѣднихъ лѣтъ я не нашелъ ни одного подходящаго случая.

Нѣтъ указаній на это и у большинства руководствъ по акушерству: *Schröder'a*, *Winckel'я*, *Краковского*, *Лазаревича*. Только *Spiegelberg*¹⁾ отчасти дѣлаетъ намекъ на возможность подобнаго механизма прорѣзыванія головки; онъ говоритъ: „случается иногда наблюдать обратныя движенія затылка, даже совершенное измѣненіе позиціи головки внутри тазовой полости“. У *Werth'a*²⁾ находимъ нѣсколько больше указаній. Онъ также допускаетъ измѣненіе позиціи всего плода, благодаря которому плодъ изъ первой позиціи темяннаго предлежанія переходитъ во вторую и обратно. Почти всегда при этомъ измѣненіи позиціи спинка дѣлаетъ переходъ по задней стѣнкѣ матки. Измѣненіе позиціи, весьма часто наблюдаемое во время беременности, послѣ начала родовъ бываетъ крайне рѣдко. Если происходитъ это измѣненіе позиціи во время родовъ, то легче оно совер-

¹⁾ Учебникъ акушерства Шпигельберга, переводъ 1879 г., стр. 163.

²⁾ Abweichungen in dem Verlauf der zweiten und dritten Cardinalbewegung. Richard Werth. (Handbuch der Geburtshülfe D. P. Müller I Band 1888 г.).

шается при еще подвижно стоящей надъ входомъ таза головкѣ, чѣмъ тогда, когда головка уже вступила въ полость таза. Въ послѣднемъ случаѣ почти постоянно совершается это измѣненіе позиціи головки раньше, чѣмъ головка пройдетъ чрезъ вторую годжевскую параллель.

Теперь надо выяснитъ причины, почему въ такихъ случаяхъ не совершается вращеніе затылка, а, значить, и малаго родничка впередъ. Но раньше этого я коснусь вопроса, отчего зависитъ это вращеніе затылка кпереди. Вращеніе головки около продольной оси объясняютъ обыкновенно вліяніемъ плоскостей костянаго таза, такъ: *Baudelocque* ¹⁾ приписывалъ это вращеніе вліянію задней плоскости таза. *Jorg, Fritsch* и *Баландинъ* ²⁾ объясняютъ это вращеніе вліяніемъ плоскостей боковой стѣнки таза. По *Spiegelberg*'у ³⁾ это вращеніе происходитъ только въ нижнемъ отдѣлѣ тазовой полости и обусловливается съ одной стороны направленіемъ задняго отрѣзка *Plana inclin oss. ischii* и въ особенности противодѣйствіемъ выдающихся сѣдалищныхъ остей, которыя заставляютъ часть, лежащую кпереди отъ нихъ, поворачиваться впередъ, часть же, лежащую кзади отъ нихъ, по направленію къ крестцовой выемкѣ; съ другой стороны—сопротивленіемъ тазоваго дна, которое, отклоняя направленіе головки кпереди, прежде всего дѣйствуетъ въ этомъ смыслѣ, конечно, на ту часть ея, что лежитъ всего глубже.

По *Schröder*'у ⁴⁾ это вращеніе обусловливается сопротивленіемъ тазоваго дна. *Depaul* ⁵⁾ отрицалъ вліяніе плоскостей малаго таза на вращеніе головки около продольной оси и вообще признавалъ недостаточнымъ всѣ теоріи, объясняющія вращеніе затылка кпереди; онъ высказался просто безъ всякаго объясненія, что головка и все туловище плода повертываются около продольной оси и что положеніе туловища есть результатъ положенія головки. *В. В. Сутугинъ* въ своей статьѣ „необходимыя измѣненія въ ученіи о механизмѣ родовъ при предлежаніяхъ затылкомъ“ говоритъ: „при изложеніи ученія о механизмѣ родовъ головкой все вниманіе авторовъ обращено лишь

¹⁾ В. Сутугинъ. Необходимыя измѣненія въ ученіи о механизмѣ родовъ при предлежаніяхъ затылкомъ. Врачъ № 2-хъ за 1886 годъ.

²⁾ Тамъ-же.

³⁾ Учебникъ акушерства Шпигельберга, переводъ 1879 г. стр. 148.

⁴⁾ Учебникъ акушерства Шредера переводъ 1883 г., стр. 160.

⁵⁾ В. Сутугинъ. Необходимыя измѣненія въ ученіи о механизмѣ родовъ при предлежаніяхъ затылкомъ. Врачъ № 2 за 1886 годъ.

на соотношеніе головки плода къ тазовому каналу роженицы и мало или, можно сказать, совершенно не обращается вниманіе на положеніе туловища плода въ маткѣ. Между тѣмъ туловище плода, какъ значительная часть массы извергаемаго маткой тѣла, остается въ довольно тѣсномъ соединеніи съ головкой и, очевидно, не можетъ не вліять на движеніе головки въ тазу“. Далѣе онъ говоритъ тамъ же: „на основаніи приведенныхъ мною фактовъ вѣрнѣе установить ученіе, обратное высказанному *Depaul*’емъ, а именно: что не потому туловище плода повертывается вокругъ продольной оси, что повертывается головка, а наоборотъ, что головка поворачивается затылкомъ впередъ потому, что все туловище плода скручивается по его длиннику. Ничтожный уклонъ боковыхъ плоскостей малаго таза не можетъ быть признанъ за единственную причину поворота затылка сбоку впередъ; поворотъ этотъ отчасти происходитъ и отъ скручиванія оси плода“.

Того же мнѣнія и *Olshausen*, ¹⁾ который утверждаетъ, что во многихъ случаяхъ вращеніе туловища ведетъ за собою вращеніе головки.

Schwarz ²⁾ вполне согласенъ съ *Olshausen*’омъ и въ доказательство приводитъ тѣ случаи, въ которыхъ при переднетемянныхъ положеніяхъ укладываніемъ роженицы на соответствующій бокъ достигаютъ поворота спинки впередъ и создаютъ такимъ образомъ нормальное положеніе.

Однако вращеніе головки около продольной оси нельзя поставить въ совершенную зависимость отъ вращенія туловища вокругъ той же оси. У *Spiegelberg*’а ³⁾ касательно этого находимъ слѣдующее: „въ поворотѣ подлежащей части около продольной яйцевой оси участвуетъ и тѣло плода, такъ какъ выпрямленіе его, обусловленное маточными сокращеніями, встрѣчаетъ неодинаковое противодѣйствіе со стороны передней и задней его поверхностей. Но присоединяющійся къ поступательному движенію тѣла поворотъ не можетъ быть полнымъ, потому что часть, которая выше всѣхъ стоитъ въ тѣлѣ матки, отстаётъ въ своемъ вращательномъ движеніи отъ самой нижней части приблизительно на 30° (*Schatz*). Результатомъ этого является перекручиваніе плоднаго цилиндра“.

Проф. Н. Ф. Толочиновъ объясняетъ вращеніе головки во-

¹⁾ и ²⁾ Врачъ № 45 за 1889 годъ. Реф.

³⁾ Учебникъ акушерства Шпигельберга, перев. 1879 г., стр. 149.

кругъ вертикальной оси при затылочныхъ предлежаніяхъ тѣмъ, что конечная точка приложенія силъ находится на затылкѣ, а всѣ тѣла, которыя имѣютъ на какомъ-либо концѣ точку приложенія силы при движеніи по наклонной плоскости, каковою при родахъ является задняя стѣнка таза, этимъ концомъ и стремятся поворачиваться кпереди. Вообще, слѣдуетъ признать, что вращеніе головки затылкомъ напередъ при темныхъ предлежаніяхъ совершается тамъ, гдѣ существуютъ нормальныя условія родового акта, а именно: 1) достаточное сопротивленіе со стороны таза, обуславливающее нормальное отношеніе между его каналомъ и предлежащею головкою; 2) нормальная величина головки при правильномъ тазѣ; 3) правильное членорасположеніе плода; 4) ясно выраженное вначалѣ родовъ сгибаніе головки; 5) нормальная длина пуповины; 6) достаточная сила сокращеній матки и брюшнаго пресса.

Понятно отсюда, что если отсутствуетъ какое либо изъ этихъ условій, то вращеніе затылка напередъ можетъ не совершиться. Причины, вслѣдствіе которыхъ не происходитъ вращеніе затылка кпереди и которыя мы находимъ у разныхъ авторовъ, можно объяснить отсутствіемъ того или другаго изъ вышеприведенныхъ условій вращенія затылка кпереди, такъ: по *Spiegelberg*'у ¹⁾ при маленькой головкѣ и широкомъ тазѣ можетъ не быть вращенія затылка напередъ. Подтвержденіемъ его мнѣнія служить статистика *Hecker*'а ²⁾, у котораго на 259 дѣтей, родившихся въ заднезатылочномъ предлежаніи наблюдалось 10 нежизнеспособныхъ, 55 недоношенныхъ, но жизнеспособныхъ.

Dubois ³⁾ вывелъ заключеніе изъ опыта, который онъ произвелъ на трупѣ умершей до родовъ, что уменьшенная резистентность мягкаго тазоваго дна не въ состояніи больше направлять затылокъ къ лонной дугѣ и поэтому облегчается возможность родовъ лбомъ впередъ. Въ пользу этого мнѣнія говоритъ то обстоятельство, что у *Kehrer*'а ⁴⁾ на 67 случаевъ этого способа прорѣзыванія головки 47 разъ это встрѣтилось у многороженицъ, гдѣ резистентность мягкаго тазоваго дна, безъ сомнѣнія, уменьшена.

¹⁾ Учебникъ акушерства *Шпигельберга*, перев. 1879 г., стр. 162.

²⁾ и ³⁾ *Abweichungen in dem Verlauf der zweiten und dritten Cardinalbewegung*. Richard Werth. (Handbuch der Geburtshülfe D. P. Müller I. Band 1882 г.

⁴⁾ Тамъ же.

Затылокъ можетъ не поворачиваться кпереди вслѣдствіе короткости пуповины, такъ: д-ръ *Беллинъ* ¹⁾ описалъ 3 случая изъ Харьковской акушерской клиники, которые говорятъ въ пользу вліянія обвитія пуповины кругомъ шейки плода, на измѣненіе плодоложенія и изложеніе нормальнаго хода родового механизма. Въ одномъ случаѣ произошло измѣненіе плодоложенія во входѣ въ тазъ, во второмъ при выходѣ плода изъ половой щели, въ третьемъ въ полости малаго таза.

Къ числу этиологическихъ моментовъ неповорачиванія затылка кпереди въ числѣ многихъ другихъ авторовъ *Werth* ²⁾ относитъ также предлежаніе конечностей подлѣ головки.

Въ нашемъ случаѣ, гдѣ размѣры таза были нормальные, младенецъ былъ доношенный, гдѣ нельзя также допустить уменьшенной резистенціи мягкаго тазоваго дна, такъ какъ предъ нами была женщина перворождающая, причиною какъ неповорачиванія затылка кпереди, такъ и измѣненія позиціи головки, надо признать укороченіе пуповины и неправильное членорасположеніе плода, а именно: опущеніе правой верхней конечности, кисть которой лежала на шеѣ съ лѣвой стороны, какъ описано выше. При такомъ положеніи правой ручки на лѣвой сторонѣ шеи ручка, находясь на правой сторонѣ безъимянной линіи, неминуемо должна была препятствовать правильному движенію головки, что могло поддерживаться также до извѣстной степени значительнымъ укороченіемъ пуповины, дважды обвитой вокругъ шейки младенца.

При прохожденіи головки затылкомъ кзади чрезъ полость таза вышеупомянутое расположеніе правой ручки на лѣвой сторонѣ шеи, увеличивая сопротивленіе съ правой стороны таза, способствовало въ полости таза переходу головки изъ второй позиціи въ первую, а послѣ прорѣзыванія головки наружному повороту личика къ правому бедру матери, вмѣсто вращенія личика въ лѣвую сторону, какъ это можно было ожидать. Въ происхожденіи этого ненормальнаго движенія головки также слѣдуетъ допустить вліяніе укороченной вслѣдствіе обвитія вокругъ шеи пуповины.

¹⁾ *Беллинъ*. Вліяніе обвитія пуповины на измѣненіе плодоложенія при родахъ и на механизмъ родовъ. Медицинскій вѣстникъ 1874 г. № 1 и 17.

²⁾ *Abweichungen in dem Verlauf der zweiten und dritten Cardinalbewegung. Richard Werth. (Handbuch der Geburtshülfe D. P. Müller I Band 1888 г.).*

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ восьмой).

ПРОТОКОЛЬ № 11.

Засѣданіе 25-го февраля 1893 г.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 38 членовъ: Ваньковский, Бацевичъ, Биддеръ, Вѣляевъ, Вастень, Веберъ, Впридарскій, Воробьевъ, Гермоиусъ, Гессъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Заминъ, Зачекъ, Змгородскій, Краснополскій, Круковичъ, Лилъевъ, Личкусъ, Лопатинскій, Мас-сенъ, Мершъ, Піотровицъ, Поповъ, Поршняковъ, Рачковскій, Рузи, Сав-ченко, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Чернышевъ, Швердловъ, Штольцъ, Янпольскій и 37 гостей.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ 9 и 10.

2) *В. В. Строгоновъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ загла-віемъ: «*Бактеріологическія изслѣдованія полового канала женщины*». По предложенію проф. *Д. О. Отта*, докладчикъ изслѣдовалъ въ бактериологическомъ отношеніи по-ловой каналъ новорожденныхъ дѣвочекъ (см. журналъ аку-шерства и женскихъ болѣзней, 1892 г., стр. 985), взрос-лыхъ женщинъ во время мѣсячныхъ и выкидыша и ста-рухъ, къ этому впослѣдствіи были еще присоедилены от-дѣлы изслѣдованія шейки беременныхъ, когда результаты изслѣдованія докладчика оказались значительно иными, чѣмъ у другихъ авторовъ. Результаты, добытые при из-слѣдованіи *во время мѣсячныхъ* — слѣдующіе: 1) Влага-

лице непосредственно передъ, послѣ и во время мѣсячныхъ содержать массу микроорганизмовъ, какъ и внѣ этого періода. 2) Количество ихъ въ однихъ случаяхъ уменьшается, въ другихъ увеличивается, находясь повидимому въ связи съ тѣмъ, какія формы имѣются во влагалищѣ, а также съ характеромъ самой крови и большимъ или меньшимъ застоємъ послѣдней въ рукавѣ. 3) Кислая влагалищная реакція въ сводахъ обыкновенно при мѣсячныхъ дѣлается щелочной. 4) При изслѣдованіи шейки безъ обеззараживанія влагалищной части, питательныя среды въ половинѣ случаевъ остаются безплодными, хотя на микроскопическихъ препаратахъ и попадаютъ отдѣльные микробы. 5) При обеззараживаніи же влагалищной части, большая часть шеекъ оказывается не содержащей микроорганизмовъ. 6) Реакція шейки щелочная. — Выводы, основанные на результатахъ изслѣдованія *10 старухъ*, — слѣдующіе: 1) Влагалище во всѣхъ случаяхъ содержитъ громадное количество микроорганизмовъ. 2) Встрѣчаются представители различныхъ формъ: палочки, кокки и диплококки. 3) Палочки старухъ, преобладая иногда въ болѣе *нормальныхъ* случаяхъ, представляются гораздо меньшими, чѣмъ у беременныхъ. 4) Реакція влагалища слабо-кислая, возлѣ шейки — часто нейтральная, а иногда и щелочная. 5) Разжижающіе желатину микробы встрѣтились только въ одномъ случаѣ, при выпаденіи матки. 6) Содержимое изъ половины шеекъ не дало развитія микробовъ на агарѣ и желатинѣ. 7) При выпаденіи матки (3 случая) всѣ шейки оказались, хотя и въ маломъ количествѣ, загрязненными микробами. 8) Реакція шейки щелочная. — *Беременныхъ* докладчикъ изслѣдовалъ въ количествѣ 11 человекъ, изъ нихъ 4 перво и 7 повторно беременныхъ. Одна имѣла разрывъ промежности 3-й степени, другая — предлежаніе послѣда, третья была на 1-мъ мѣсяцѣ беременности. Выводы: 1) Въ рукавѣ беременныхъ всегда находятъ массу микробовъ. 2) Преобладающая форма въ нормальныхъ случаяхъ — палочка (влагалищная палочка *Döderlein'a*), но кромѣ нея обыкновенно бываютъ и кокки, опредѣляемые главнымъ образомъ путемъ развонокъ на питательныхъ средахъ. 3) Разжижающіе желатину микробы (а слѣдовательно гноеродный гроздекоккъ) встрѣчаются относительно рѣдко (9:2) и въ незначительномъ количествѣ. 4) Сприн-

цеваніе и ненормальное состояніе рукава измѣняютъ нормальное содержаніе бактерій. 5) Реакція влагалища въ беременномъ состояніи представляется рѣзко кислой. 6) Кромѣ микробовъ подъ микроскопомъ обыкновенно видны эпителиальныя клѣтки и бѣлые кровяные шарики. 7) Шейка матки въ нормальномъ состояніи, въ бѣльшей части случаевъ, не содержитъ микроорганизмовъ. Если микробы и находятся въ ней, то обыкновенно въ крайне ничтожномъ количествѣ. 8) Она имѣетъ щелочную реакцію. 9) Во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ не было найдено въ шейкѣ разжижающихъ желатину микробовъ. 10) Подъ микроскопомъ кромѣ слизи видны обыкновенно не многочисленныя клѣточные элементы: эпителиальныя клѣтки шейки, иногда влагалища и кровяные шарики. 11) Наружный зѣвъ, слѣдовательно, является въ большинствѣ случаевъ границей частей имѣющихъ микробы отъ не имѣющихъ ихъ.—*Выкидышавшихъ* женщинъ докладчикъ изслѣдовалъ 9 (17 изслѣдованій). Выводы: 1) Въ рукавѣ выкидышающихъ женщинъ всегда имѣются микроорганизмы. 2) Встрѣчаются палочки, кокки и диплококки. Чѣмъ случай ближе къ нормѣ—тѣмъ больше палочекъ; при противоположныхъ же условіяхъ, въ особенности при спринцеваніяхъ, кокки и диплококки увеличиваются въ количествѣ. 3) Реакція влагалища отклоняется отъ обыкновенно кислой въ сторону щелочности. При большомъ количествѣ крови—она была щелочная, при меньшемъ—нейтральная, а иногда и слабокислая. 4) Шейка въ большинствѣ случаевъ имѣла микроорганизмы, такъ какъ изслѣдовавшіеся случаи были патологическими, причемъ имѣли мѣсто внутриматочныя пріемы. 5) Чѣмъ меньше было послѣднихъ или чѣмъ больше времени протекало съ ихъ примѣненія, тѣмъ меньше встрѣчалось микроорганизмовъ. 6) Реакція шейки всегда щелочная.

Для рѣшенія, наконецъ, вопроса: *есть ли въ нормальной шейкѣ микроорганизмы*, докладчикъ изслѣдовалъ 47 женщинъ, нѣкоторыхъ изъ нихъ по 4 раза; у 22-хъ шейка оказалась свободною отъ микробовъ. Если, однако, изъ числа 47 исключить случаи заведомо больныхъ, то получимъ слѣдующіе цифры: изъ 31 изслѣдованной, у 23 (74,2%) шейка оказалась не содержащей микроорганизмовъ. А, если прибавить, что и въ остальныхъ случаяхъ

развитіе микробовъ было очень ограниченное, что способъ обеззараживанія былъ очень слабый (бережный), что изслѣдованію подвергался только нижній отдѣлъ шейки, самый, слѣдовательно, благопріятный для зараженія, то можно придти къ слѣдующему выводу: *нормальная шейка въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ не содержитъ микро-организмовъ.*—Дальнѣйшія изслѣдованія докладчика доказали, что 1) слизь шейки убиваетъ микробы и что бактеріи влагалища вырабатываютъ кислоту, ослабляющую болѣзнетворные микробы. Въ концѣ-концевъ, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) Влагалище женщинъ содержитъ микробы отъ первыхъ часовъ жизни до послѣднихъ дней. 2) Чаще всего встрѣчаются палочки, но имѣются и другія формы, въ особенности при заболѣваніяхъ. 3) Реакція влагалища бываетъ въ началѣ слабо-кислой, затѣмъ кислотность усиливается, мѣняясь при щелочныхъ отдѣленіяхъ матки на нейтральную и щелочную и у старухъ, наконецъ, представляется слабо-кислой. 4) Шейка матки, въ нормальныхъ случаяхъ не содержитъ микроорганизмовъ. 5) Реакція ея щелочная. 6) Слизь шейки убиваетъ микробы. 7) Бактеріи влагалища вырабатываютъ кислоту, ослабляющую вредоносные микробы.

3) *Н. Т. Садовскій* (изъ клиники проф. *К. Ф. Славянского*) показалъ *препараты изъ матки морскихъ свинокъ послѣ впрыскиванія въ полость ея чистой разводки желтаго гроздекока*. На препаратахъ видно мелкоклѣточковое пропитываніе, кровоизліянія, расширеніе и утолщеніе стѣнокъ сосудовъ и зернистое перерожденіе железнстаго эпителія. Бактеріологическое изслѣдованіе показало присутствіе въ ткани матки и въ околوماتочной клѣтчаткѣ микробовъ, тождественныхъ съ впрыснутыми, причемъ они распространяются преимущественно по лимфатическимъ щелямъ.

4) *Д. А. Воробьевъ* (изъ отдѣленія *В. А. Вастена* при Обуховской больницѣ) показалъ: а) *двурогоую матку*, добытую отъ женщины, рожавшей въ срокъ 5 разъ и умершей отъ эклампсін, на почвѣ нефрита, послѣ послѣднихъ родовъ. Предъявленный препаратъ представляетъ *uter. bicorn. dupl.*, рога котораго одинаково хорошо развиты. Беременнымъ былъ лѣвый рогъ. Въ небеременномъ оказалась отпадающая оболочка. Шейка и рукавъ

одиночные. б). Плодное яйцо, соответствующее концу 2-го мѣсяца беременности и задержавшееся въ полости матки 5 мѣсяцевъ; больная считала себя беременной на 7-мъ мѣсяцѣ.

б) Д-ръ *Домашевичъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ: а) двѣ надвлагалищно сръзанные, по способу *Д. О. Отта*, матки ради фиброміомъ и б) препаратъ *атрофической эндометрита*: при вскрытіи матки оказался только остатокъ полости ея въ видѣ пуговки. Микроскопическіе препараты полости предъявлены Обществу.

б) А. Ф. *Брандтъ* показалъ *два ретенціонныя кисты трубъ съ гнойнымъ содержимымъ*; одна изъ нихъ величиною съ голову новорожденнаго, другая значительно меньше. Онѣ вырѣзаны проф. *К. Ф. Славянскимъ* у женщины никогда не рожавшей и отрицавшей зараженіе со стороны мужа. Интересно, что въ данномъ случаѣ *сращеній не оказалось*. Бактеріологическое изслѣдованіе доказало отсутствіе микробовъ въ гноѣ. Докладчикъ думаетъ, что причиной заболѣванія слѣдуетъ считать скрытый переломъ. Микроскопическіе препараты показаны Обществу.

На вопросъ *Д. О. Отта* не было ли въ данномъ случаѣ указаній на то, что раньше бывший гидросальпинксъ перешелъ затѣмъ въ піосальпинксъ, докладчикъ отвѣтилъ отрицательно.

7) *И. Л. Долинскій* показалъ дѣвочку, имѣвшую послѣ рожденія *грыжу пупочнаго канатика*, съ змѣльенинъ. Сдѣланное въ Повивальномъ Институтѣ чрезовѣщеніе кончилось вполнѣ благополучно.

Описавъ свой случай, докладчикъ остановился подробно и на литературѣ вопроса.

Предсѣдатель *К. Славянскій*.

За секретаря *А. Гермоніусъ*.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО въ КІЕВѢ.

(Сообщ. д-ръ И. А. Воффъ).

Засѣданіе 29-го января 1893 г.

І. М. О. Клейнманъ сообщилъ о «случаѣ влагалищной перегородки, послужившей препятствіемъ во время родовъ». Мясистая перегородка, толщиною въ гусиное перо, шедшая отъ передней стѣнки влагалища, къ задней, препятствовала поступательному движенію ребенка, находившемуся во второмъ ногоположеніи переднемъ видѣ. При извлеченіи ребенка перегородка зацѣпилась сначала за ягодичную складку, а затѣмъ за правую подмышечную впадину; она была перерѣзана ножницами между двумя лигатурами.

Проф. Рейнз замѣтилъ, что обыкновенно такія перегородки, особенно прирожденные, легко растягиваются и не служатъ препятствіемъ къ родамъ; будучи травматическаго происхожденія и состоя изъ рубцовой ткани, они тоже подъ влияніемъ беременности разрыхляются и пріобрѣтаютъ эластичность, дающую имъ возможность въ достаточной мѣрѣ растянуться; въ случаяхъ, встрѣтившихся въ практикѣ оппонента, такія перегородки никогда не служили серьезнымъ препятствіемъ къ родамъ. Образъ дѣйствія докладчика въ данномъ случаѣ былъ вполнѣ цѣлесообразенъ.

П. Г. Г. Левицкій продемонстрировалъ больную съ «кифотическимъ тазомъ». Больная, 22 лѣтъ, въ концѣ второго года жизни упала съ постели, послѣ чего только спустя годъ начала ходить; со времени паденія стала развиваться горбъ, который увеличивался непрерывно до 14 лѣтъ; 20-ти лѣтъ вышла замужъ, беременна была 1 разъ, роды очень трудные, продолжались 28 часовъ и окончены краниоклазіей, послѣ неудачной попытки наложенія щипцовъ; послѣдствіемъ родовъ осталась пузырно-влагалищная фистула, зашитая въ кievской акушерской клиникѣ. У больной имѣется пояснично-крестцовый кифозъ, обуславливающий различныя деформациі во всемъ скелетѣ, особенно-же въ тазу. Размѣры таза: d. sp. 25,5; cr. 27; tr. 29; прямой выходъ 10 см., поперечный 5,75 (измѣрены двумя способами—Schöder'a и Breisky'го). По мнѣнію докладчика, это самый узкій изъ описанныхъ въ Россіи кифотическихъ тазовъ и 6-й по степени суженія изъ извѣстныхъ вообще въ акушерской литературѣ. Что касается терапіи родовъ при такого рода тазахъ, то самое лучшее для матери и плода при своевременномъ діагнозѣ—преждевременные роды.

А. И. Красковскій заявилъ, что и ему недавно встрѣтился кифотическій тазъ, гдѣ во время родовъ произошелъ разрывъ матки. (Случай этотъ будетъ подробно сообщенъ Обществу). Почему въ числѣ терапевтическихъ приѣмовъ не указана докладчикомъ и симфизеотомія?

Проф. Рейнз полагаетъ, что докладчикъ, хотя и весьма тщательно производившій свои измѣренія, придаетъ чересчуръ большое значеніе своимъ цифрамъ и на основаніи ихъ классифицируетъ свой тазъ; не надо забывать,

что измѣренія произведены на живой женщинѣ, а не на скелетизированномъ тазѣ. На степень суженія выхода таза указываетъ и то, что въ выходѣ едва помѣщались 2 поперечныхъ пальца и что при операціи зашиванія фистулы невозможно было ввести обыкновеннаго зеркала *Sims's'a*, а пришлось воспользоваться самой меньшей моделью этого зеркала, имѣющейся въ клиникѣ. Взглядъ, что при такого рода тазахъ весьма желательна операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, вполне основателенъ. Что касается симфизеотоміи, то для рѣшенія вопроса о пригодности этой операціи нужны еще многочисленныя и продолжительныя, главное продолжительныя наблюденія. Подтвержденіемъ того, что вліяніе этой операціи не всегда благоприятное, можетъ служить слѣдующее наблюденіе оппонента: у больной при трудныхъ родахъ были наложены щипцы, послѣ родовъ остался пузырно-влагалищный свищъ, зашитый въ Вѣнѣ; въ настоящее время больная жалуется на недержаніе мочи; лонныя кости у нея разошлись, такъ что между ними вмѣщается ладонь, на мѣстѣ расхожденія болѣзненность; походка больной валкая, нѣсколько затрудненная; имѣется значительное выпаденіе влагалища съ опущеніемъ матки. Можетъ быть при дальнѣйшемъ наблюденіи больныхъ, подвергшихся симфизеотоміи, будутъ встрѣчаться и такія послѣдствія. Впрочемъ, нельзя не сказать, что при кифозахъ эта операція имѣетъ еще больше показаній, чѣмъ при другихъ формахъ суженій таза.

III. Проф. Г. Е. Рейнз демонстрировалъ больную послѣ операціи *«искусственного образованія влагалища путемъ пересадки кожныхъ лоскутковъ»*. Вопросъ объ образованіи искусственнаго влагалища дебатировался уже однажды въ обществѣ по поводу доклада д-ра *Шалиты*; въ настоящее время оживленный обмѣнъ мыслей въ обществахъ и спеціальной прессѣ вызвалъ новый методъ проф. *Снегирева*, которому докладчикъ не намѣренъ подражать: влагалище должно быть искусственно создаваемо только путемъ пересадки обширныхъ лоскутовъ кожи и слизистой оболочки. Такая попытка въ кievской клиникѣ была уже дѣлаема однажды д-ромъ *М. К. Сатъэко* который, образовавъ на мѣстѣ недостающаго влагалища кровавымъ путемъ соотвѣтствующей величины каналъ, выстлалъ его слизистой оболочкой, удаленной у другой больной при операціи кольпорафіи; вначалѣ лоскуты прижили, но потомъ появилось нагноеніе, лоскуты отдѣлились и влагалище (вновь образованный каналъ) уничтожилось. У настоящей больной съ полнымъ отсутствіемъ влагалища и зачаточной матки 2 мѣс. т. наз. на мѣстѣ влагалища былъ кровавымъ путемъ образованъ каналъ, вмѣщавшій 3 пальца и длиною въ 8,5 см.; въ эту полость путемъ поворота вокругъ оси пересажены 2 лоскута кожи—одинъ съ ягодицы длиною въ 7 см. и шириною въ 1½ см., другой съ внутренней поверхности большихъ срамныхъ губъ длиною въ 4 см. и шириною въ 1 см.; лоскуты эти пересажены на боковыя стѣнки вновь образованнаго канала и прикрѣплены шелковыми швами; съ одной стороны они сохранили связь съ матерной почвой; каналъ затампонированъ іодоформенной марлей. Теченіе безлихорадочное; чрезъ 16 дней тампоны удалены, лоскуты прижили; влагалище уменьшилось до 7,25 см.; на 37-й день лоскуты вполне прижили; отъ нихъ въ стороны идутъ эпите-

мальные ростки, длина влагалища 5,75 см. 8 января 93 г., съ щѣлю покрыть остальную часть влагалища пересажены на переднюю стѣнку влагалища 3 лоскута кожи безъ подкожной клѣтчатки, срѣзанные бритвой съ бедра и укрѣпленные шелковыми швами; лоскуты прижили. 20 января на заднюю стѣнку влагалища пересажены еще 2 островка кожи съ внутренней поверхности бедра; длина влагалища 5,5 см. Въ настоящее время всѣ лоскуты прижили, за исключеніемъ одного, нѣсколько смѣщеннаго въ сторону при смѣнѣ тампоновъ; длина передней стѣнки влагалища 6,5 см. Какое будетъ окончательный результатъ данной операціи пока еще трудно сказать, одно можно замѣтить, что, повидимому, лоскуты, соединенные однимъ концомъ съ матерной почвой, могутъ быть съ большимъ успѣхомъ и пользой употребляемы при этой операціи, чѣмъ вполне вырѣзанные лоскуты.

Въ преніяхъ участвовали д-ра *Пономаревъ*, *Красковский*, *Флейшеръ*, *Шалита* и проф. *Лазаревичъ*.

Пономаревъ спросилъ докладчика, почему онъ при вторичной пересадкѣ тоже не пришилъ лоскутовъ, соединенныхъ матерной почвой, чѣмъ, можетъ быть, удалось бы избѣжать такого сокращенія вновь образованнаго канала.

Красковский напомнилъ, что въ кievской акушерской клиникѣ еще въ одномъ случаѣ была сдѣлана пересадка слизистой оболочки при рубцовомъ служеніи влагалища.

А. К. Флейшеръ спросилъ докладчика, почему онъ бралъ такіе узкіе лоскуты? при болѣе широкихъ лоскутахъ, а слѣдовательно и при большемъ соединеніи ихъ съ матерной почвой, они скорѣе бы прижили и ими легче можно бы выстлать весь новообразованный каналъ, что предохранило бы его отъ столь сильнаго послѣдовательнаго сокращенія.

Проф. *Рейнс* отвѣтилъ, что узкіе лоскуты легче приладить, что играетъ большую роль въ вопросѣ о приживленіи лоскута.

Шалита предлагаетъ, что при низкихъ атрезіяхъ лоскуты нужно брать широкіе, при высокихъ—узкіе. Прилаживать лоскуты къ трубкѣ довольно трудно: оппонентъ предлагаетъ дѣлать операцію въ два сеанса: образовать каналъ и заатамонировать его на сутки йодоформенной марли, а затѣмъ уже производить пересадку лоскутовъ, причемъ кровотеченіе изъ стѣнокъ канала уже не будетъ препятствовать прилаживанію лоскутовъ.

Проф. *Лазаревичъ* находитъ, что операція докладчика, очевидно, преслѣдовала лишь цѣли косметическія и цѣли удовлетворенія возможности супружескаго сожитія, но ни та, ни другая цѣль не достигнута. Оппонентъ всегда удивлялся большимъ, рѣшающимся на операцію ринопластики, такъ какъ въ концѣ концовъ операція еще болѣе обезображивала ихъ; тоже можно сказать и объ операціи образованія искусственнаго влагалища, такъ какъ цѣль ея—дать организму недостающій органъ — не можетъ быть достигнута. Операція эти—интересный научный экспериментъ, но практическаго значенія не имѣютъ и являются только послѣдствіемъ увлеченія оперативнымъ методомъ.

Проф. *Рейнс* отвѣтилъ, что, при разборѣ показаній къ данной операціи, нужно поставить принципиальный вопросъ, имѣетъ ли право хирургъ вмѣ-

шиваться съ активнымъ пособіемъ для восстановленія хотя бы части недостающихъ функцій, не имѣя возможности восстановить ихъ цѣликомъ? На этотъ вопросъ отвѣтъ можетъ быть только положительный и при такомъ рѣшеніи вопроса вмѣшательство хирурга для восстановленія носа или влагалища не только показано, но является одной изъ благороднѣйшихъ его обязанностей.

При современномъ развитіи оперативной техники и примѣненіи принциповъ безгноястнаго оперированія, риска для больной нѣтъ почти никакого, и конечный результатъ можетъ вполнѣ вознаграждать больную и оператора; съ другой стороны, каждому врачу-практику приходилось переживать тяжелыя минуты, отказывая больнымъ съ недостаточнымъ влагалищемъ во всякой помощи и тѣмъ лишая ихъ возможности избѣгнуть семейныхъ раздоровъ, ведущихъ иногда, въ концѣ концовъ, даже къ преступленію. При *hæmatocolpos* мы имѣемъ жизненное показаніе къ данной операциі, при неразвитой маткѣ отсутствіе влагалища поддерживаетъ истерическія и нейрастеническія явленія, которыя значительно падаютъ послѣ успѣшной операциі. Современные великіе хирурги, очевидно, придерживаются тѣхъ же взглядовъ на восстановленіе, по возможности, функцій организма и правильныхъ формъ человѣческаго тѣла. Я видѣлъ у *Lister'a* клиновидное изсѣченіе костей ноги у рабочаго, до того исполнявшаго свои профессиональныя обязанности—операциа вполнѣ безопасная была произведена исключительно съ цѣлью возможно полнаго восстановленія функцій обезображенныхъ органовъ. Мнѣ кажется, что этотъ взглядъ, дающій право хирургическаго вмѣшательства съ цѣлью восстановленія хотя бы части физиологическихъ функцій органа, оправдываетъ и операцию восстановленія недостающаго влагалища. Операциа эта должна производиться, съ какой бы точки зрѣнія—практической или теоретической—ни разсматривали этотъ вопросъ.

Флейшеръ. Клиновидное сѣченіе костей дѣлается только съ цѣлями восстановленія функцій органовъ. Ринопластикой помимо цѣли косметической достигается и цѣль физиологическая: дается возможность вдыхаемому воздуху, при прохожденіи болѣе длиннаго пути, согрѣться и потерять взвѣшанныя въ немъ твердыя частицы. При операциі докладчика у больной продѣлана щель не годная ни для какихъ отправленій и чѣмъ болѣе сужатся эта щель въ будущемъ, тѣмъ лучше для больной.

Проф. *Лазаревичъ* полагаетъ, что операциа восстановленія влагалища можетъ имѣть только одно показаніе — возможность достигъ продолженія рода. Разъ эта цѣль не достижима—операциа не выдерживаетъ критики.

Проф. *Рейнгъ* заявилъ, что въ общихъ чертахъ высказалъ уже свой принципиальный взглядъ на дѣло; не считая свои доводы опровергнутыми, онъ находитъ вполнѣ законнымъ и необходимымъ дальше продолжать разработку вопроса объ искусственномъ образованіи влагалища по изложенному здѣсь плану.

IV. Д-ръ *Яровой* демонстрировалъ усовершенствованное имъ ложкообразное зеркало съ переднимъ подъемникомъ, которое устроено такъ что можетъ держаться во влагалищѣ любой ширины, не будучи удерживаемо руками.

РЕФЕРАТЫ.

50. Г. Писемскій и А. Яхонтовъ. Къ вопросу о примѣненіи безгнилостнаго способа при родахъ. (Прот. засѣд. акуш.-гинеколог. общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, томъ 5. Вып. 9 и 10).

Приведя литературныя данныя, авторы переходятъ къ собственнымъ наблюденіямъ надъ сравнительными достоинствами противогнилостнаго и безгнилостнаго способовъ веденія родовъ. Наблюденія авторовъ обнимаютъ 149 случаевъ; изъ нихъ 100 проведено при безгнилостной обстановкѣ, 49—при противогнилостной. По первому способу велись исключительно вполнѣ здоровыя роженицы, до поступленія въ клинику никакъ не изслѣдованныя; на долю второго способа пришлось сомнительные случаи, а также роды, потребовавшіе оперативнаго вмѣшательства; при безгнилостномъ способѣ роженица не подвергалась дезинфицирующимъ спринцованіямъ, ни во время родовъ, ни въ послѣродовомъ періодѣ; ограничивались лишь обмываніемъ наружныхъ половыхъ частей мыломъ и сулемой (1:1000)

Въ 100 случаяхъ родовъ, проведенныхъ по безгнилостному способу, послѣродовой періодъ прошелъ нормально въ 93 случаяхъ (включая сюда однократныя повышенія t° безъ видимыхъ заболѣваній); по сравненію съ предыдущими годами при безгнилостномъ методѣ роды дали вдвое лучший результатъ противъ самаго неблагоприятнаго въ этомъ отношеніи 1889 г., въ которомъ получилось 14,46% заболѣвшихъ родильницъ и 0,62% умершихъ.

Изъ 7 заболѣвшихъ родильницъ въ 3 былъ mastitis, въ 2—colpitis traumatica, въ 1—endometritis, развившійся на 6-й день post partum, и въ 1—parametritis incipiens, осложненный колитомъ. Процентъ заболѣваемости, полученный авторами, значительно превышаетъ такой же процентъ у Leopold'a; это объясняется тѣмъ, что у Leopold'a совсѣмъ не производится внутреннее изслѣдованіе роженицъ, чѣмъ устраняется возможность занесенія заразныхъ веществъ извъ.

Авторы пришли къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Безгнилостное веденіе нормальныхъ родовъ даетъ результаты не только не хуже, но даже лучше, чѣмъ противогнилостное.

2. Въ примѣненіи къ акушерству профилактика должна стремиться къ тому же, какъ и въ хирургіи брюшной полости, т. е. по возможности ограж-

дать родовые пути от занесенія въ нихъ микробовъ, а не убивать ихъ тамъ введеніемъ противогнилостныхъ веществъ.

3. Безгнилостный способъ долженъ состоять въ строгой внѣшней и личной антисептикѣ и возможно рѣдкомъ внутреннемъ изслѣдованіи; послѣднее особенно относится къ низшему медицинскому персоналу.

4. Какъ въ хирургіи заживленіе ранъ, такъ и въ акушерствѣ веденіе родовъ по безгнилостному способу болѣе приближается къ идеалу, ибо скорѣе отвѣчаетъ условіямъ фізіологическаго теченія.

5. Безгнилостный способъ менѣе обременителенъ для роженицы и персонала, и тамъ, гдѣ роды ведутся не врачомъ, онъ даетъ болѣе гарантій противъ зараженія извнѣ.

6. Какъ въ хирургіи противогнилостный способъ показанъ при зараженныхъ ранахъ, безгнилостный—при чистыхъ и здоровыхъ, такъ и въ акушерствѣ—при нормальныхъ родахъ показанъ безгнилостный, а въ случаяхъ, гдѣ есть уже инфекція, нужно пользоваться противогнилостнымъ.

7. Вопросъ о дѣйствительномъ значеніи химическихъ противогнилостныхъ веществъ въ примѣненіи къ хирургіи и акушерству нуждается еще въ обстоятельныхъ клиническихъ и лабораторныхъ изслѣдованіяхъ.

Ф. Краснопольскій.

51. **Schwarzwäller. Ueber sogenannte fötale Rachitis.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIV B. I. H. 1). **О такъ называемомъ зародышевомъ рахитѣ.**

Мнѣнія по вопросу о зародышевомъ рахитѣ далеко не сходятся. Доказательными могутъ считаться лишь микроскопически изслѣдованные случаи. *Gurlt* первый описалъ случай съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ и пришелъ къ заключенію, что врожденнаго рахита нѣтъ. Разсматривая литературу даннаго вопроса, *Schwarzwäller* указываетъ на то, что во многихъ случаяхъ имѣлась лишь остановка въ развитіи костей (*Bidder, Scharlau*); немало случаевъ описано подъ видомъ излѣченнаго зародышеваго рахита (*Winkler, Kehrer, Fischer, Biscamp*), но по мнѣнію *Kossowitz*'а для оплотнѣнія рахитическихъ костей нужно гораздо больше времени, чѣмъ весь періодъ утробной жизни. *Fürgens* по поводу собственнаго случая *osteomalaciae congen.* считаетъ возможнымъ и другіе случаи зародышеваго рахита объяснить остеомаляціей же, давшей остановку роста костей въ длину съ послѣдовательнымъ склерозомъ короткихъ и изогнутыхъ костей; но и онъ ставитъ вопросъ, не слишкомъ ли коротка утробная жизнь для развитія и излѣченія остеомаляціи. *Schwarzwäller* изслѣдовалъ микроскопически двухъ доношенныхъ, мертворожденныхъ младенцевъ, матери которыхъ не страдали ни сифилисомъ, ни рахитомъ. Длина тѣла меньше нормальной—42—44 см.; кожа толста, богата жиромъ, но не болтающаяся. Въ I сл.—эпифизы сильно вздуты, тазъ плоскій, грудная кость выдается, нижнія конечности коротки и неуклюжи, на голенихъ желобоватая вдавленія съ переломомъ костей, вѣроятно, вслѣдствіе обвитія пуповины. Во II сл.—по 6 пальцевъ на нижнихъ и верхнихъ конечностяхъ, голова кажется очень большой и уродливой (окр. 31, всѣ размѣры ниже

нормы), лобъ выдается, асцитъ. Микроскопическое изслѣдованіе еще болѣе доказываетъ, что эти случаи не имѣютъ ничего общаго съ рахитомъ—поясъ пролиферирующаго хряща чрезвычайно узокъ, діафизы склерозированы, корковый слой утолщенъ, мозговые пространства сведены на ничтожныя величины. Причиной подобной остановки въ развитіи костей въ первомъ случаѣ можно считать обвитіе пуповины вокругъ плода въ нѣсколько разъ, что вызвало сдавливаніе конечностей и нарушеніе плацентарнаго кровообращенія.

А. Пекарская.

52. Д. А. Парышевъ. Внутритрубное заболѣваніе плода офтальмо-бленнорреею. (Врачъ 1892 г. № 47.).

Наиболѣе вѣроятнымъ временемъ зараженія плода офтальмобленнорреей является то, когда лицевая часть плода во время родовъ наиболѣе тѣсно соприкасается съ растянутыми стѣнками матки и влагалища, а потому это заболѣваніе всего чаще выражается на 3—4 день послѣ родовъ (3—4 дня инкубационнаго періода). Гораздо болѣе рѣдки тѣ случаи, гдѣ ребенокъ уже родится съ ясно выраженнымъ заболѣваніемъ. Автору привелось наблюдать такой случай: у здоровой, никогда не страдавшей болями, 4 рождающей 24 лѣтней женщины, имѣвшей послѣднія регулы за 8 мѣсяцевъ до родовъ, за три дня до родовыхъ болей начали стекать воды. Считая себя не смотря на это все-же совершенно здоровой, она продолжала тяжелую работу кухарки и не отказывалась отъ половыхъ сношеній. Тотчасъ же послѣ рожденія слабенькой, недоношенной дѣвочки было замѣчено ясное бленнорроевое заболѣваніе глазъ ея съ обильнымъ присутствіемъ гонококковъ *Neisseria* въ гною, которыхъ однако не удалось найти въ послѣродовыхъ отдѣленіяхъ матери. Ребенокъ погибъ въ началѣ 5 сутокъ отъ катаррального воспаленія легкихъ на почвѣ желтухи съ послѣдующими гипостазисами. Условіями благопріятствующими зараженію въ данномъ случаѣ были,—главнымъ образомъ преждевременное вскрытіе пузыря, а также малая сопротивляемость плода вслѣдствіе его недоразвитости. Главной предохранительной мѣрой въ такихъ случаяхъ авторъ считаетъ постановку беременной послѣ преждевременнаго излитія водъ въ такія-же условія, въ какихъ находится всякая роженица, а вообще разумной предохранительной мѣрой противъ офтальмобленнорреи новорожденныхъ будетъ частое спринцеваніе рукава во время родовъ растворомъ сулемы 1:2000. Въ клиникѣ А. И. Лебедева, благодаря такой мѣрѣ, за періодъ времени съ сентября 1884 по ноябрь 1892 года, на 1047 родовъ былъ одинъ (не считая описываемаго) случай офтальмобленнорреи т. е. 0,09%.

Рутковский.

53. Бенисовичъ Н. Къ вопросу о вѣматочной беременности. (Хирург. Вѣст. Декабрь 1892 г.).

Разнообразіе взглядовъ на діагностику и лѣченіе вѣматочной беременности и необходимость собрать и обработать казуистическій матеріалъ, чтобы этимъ путемъ установить точное распознаваніе и указать лучшіе методы лѣченія, побудили автора сообщить наблюдавшійся имъ случай. Но

прежде сообщенія его авторъ даетъ краткій историческій очеркъ, въ которомъ излагаетъ взгляды авторовъ разныхъ періодовъ на вѣматочную беременность, коротко же приводитъ статистику частоты вѣматочной беременности и взгляды авторовъ на этиологию ея: закупорка фаллопиевыхъ трубъ (*Fritsch, Virchow, Hecker*), вызванная воспалениями, перегибами и фиксациями ихъ, ложными перепонками; послѣродовыя заболѣванія брюшины, налеты въ трубѣ (*Leopold, Beck, Wyder*), препятствовавшіе вхожденію яйца въ матку; внутрістѣпочными фибромы матки (*Olshausen, Roth von Macdonald*), препятствовавшія, повидимому, поступленію въ нее яйца; гнойныя заболѣванія, вѣроятно, (*Martin*) вліяють или потерю рѣсничнаго эпителия, замедляюще движенье яйца, или инфильтраціею стѣнокъ, уменьшающе просвѣтъ трубы; кратковременное набуханіе слизистой оболочки трубы, болѣе низкое положеніе брюшиннаго конца сравнительно съ маточнымъ концомъ ея (*Pallen Freund*); недоразвившіяся (инфантильныя) трубы съ ихъ загибами и пр.

На основаніи литературныхъ же данныхъ авторъ дѣлаетъ классификацію разныхъ видовъ вѣматочной беременности: 1) *graviditas tubaria*; 2) *gravid. ovarialis* и 3) *gravid. abdominalis*, при чемъ *tubaria* оная подраздѣляетъ на: а) *gravid. tubaria propria*, б) *gravid. tubo—uterina s. interstitialis*, в) *gravid tubo—abdominalis* и г) *tubo—ovarialis*, заявляя, что по авторамъ, *gr. tubaria propria* есть самая частая форма вѣматочной беременности. Существованіе *gravid. ovarialis* и *gravid. abdominalis* одно время оспаривалось, но теперь онѣ обѣ безусловно доказаны и всѣми признаны. Сдѣлавши этотъ очеркъ, авторъ излагаетъ исторію вѣматочнаго имъ случая.

2 мая 1891 г. поступила больная. 24 л., менструирующая съ 16 л. правильно черезъ 4 нед. по 3—5 дня. Замужъ вышла 21 г. и на первомъ же году родила доношеннаго ребенка. Роды шли двое сутокъ; послѣдъ удаленъ искусственно. Послѣ родовъ болѣла 2 мѣсяца и послѣ того все время хворала. Послѣ родовъ крови держались по 6—7 дней. были болѣе обильными, но срочны. За 10 недѣль до поступленія были послѣднія крови и вскорѣ больная почувствовала себя беременной, но при этомъ появились боли внизу живота, въ крестцѣ, вздутость живота и запоры. За двѣ недѣли до поступленія явились кровавыя пятна и боли живота обострились настолько, что уложили больную въ постель, и въ послѣдніе два дня было нѣсколько обмороковъ; жалуются на боли въ животѣ, крестцѣ, частые позывы мочиться и на слабость.

Больная средняго тѣлосложенія. блѣдна, пульсъ 96, малъ, дыханіе поверхностное, животъ умѣренно вздутъ, слегка болѣзненъ, но боль сильна въ правомъ *hypogastrium*, которое значительно напряжено, приглушенный звукъ внизу живота и тупой слѣвъ въ *hypogastrium*. Изъ рукава небольшія кровавыя отдѣленія, стѣнки его рыхлы и мягки; *portio vaginalis* обращена къзади; тѣло въ дѣтскій кулакъ, мало подвижно, сливается съ неясно ограниченою припухlostью у правой широкой связки, правый и задній своды напряжены и очень чувствительны. 4 мая ночью послѣ потужныхъ болей съ небольшими кровями выдѣлилась *decidua*.

6 мая у больной легкая желтуха кожи. Надъ правой пупартовой связкой на 4 пальца выступает ограниченная, тѣстоватая, малочувствительная опухоль, которая при внутреннемъ изслѣдованіи оказывается принадлежащею правой широкой связкѣ. Матка стала меньше, отодвинута слегка влѣво, подвижнѣе, зѣвъ закрытъ, небольшое кровянистое отдѣленіе изъ рукава.

До 20 мая больная жаловалась на боли внизу живота и колотье въ боку. Опухоль за это время заняла почти весь hypogastrium, имѣетъ круглую форму, плотно-эластическую консистенцію и въ нижней части бугриста, чувствительна и неподвижна. Влагалищная часть обращена кзади и вправо, тѣло матки окружено опухолью и отдѣльно прощупать его нельзя.

3 іюня показались въ небольшомъ количествѣ крови, а 5—рвота, длившаяся до 13 числа.

18 іюня снова явились крови. Опухоль болѣе подвижна, величиною въ кулакъ. Portio vaginalis прижата книзу влѣво.

2 іюля 38,6, наружно опухоль больше кулака, расположена подъ правой пупартовой связкой, нечувствительна. Тонъ здѣсь тупой. Двуручно найдено: опухоль малоподвижна, безболѣзненна, занимаетъ широкую маточную связку и цилиндрическимъ отросткомъ располагается позади правой горизонтальной вѣтви лобковой кости. Лѣвый край ея сращенъ съ маткой, тѣло которой рыхло, безъ рѣзкихъ контуровъ и отодвинуто влѣво. Влагалищная часть сдвинута внизъ и слегка вправо.

Отъ оперативной помощи больная наотрѣзъ отказалась и переведена на лиманъ. За это время лѣченіе было противовоспалительное, разрѣшающее и припадочное. Въ теченіи 6 н. проведенныхъ больною на лиманѣ опухоль значительно выросла и за двѣ недѣли до выхода стала чувствовать шевеленіе плода.

Въ началѣ осени у больной найдено: опухоль по средней линіи и стоитъ выше пупка, слышно сердцебіеніе плода, матка рыхла, величиною отвѣчаетъ 3 мѣсяцамъ беременности.

Въ концѣ ноября явились родовыя боли и длились около двухъ сутокъ, явилось молоко въ грудяхъ, а изъ матки выдѣлялось большое количество крови, которое длилось недѣлю. Съ прекращеніемъ схватокъ исчезло движеніе плода.

31 декабря 1891 г. при поступленіи снова въ больницу найдено: на видъ здорова, всѣ отправленія нормальны, только при дефекаціи легкія схватывающія боли въ животѣ. Вся нижняя часть живота занята круглою, гладкою, плотно-эластическою, безболѣзненною опухолью, стоящею на 2 пальца выше пупка, а нижнимъ краемъ упирается въ лонную дугу, отъ которой съ нѣкоторымъ насиліемъ можетъ быть приподнята немного кверху, но въ стороны движеніе очень ограничено. Тонъ по опухоли тупой, съ боковъ и сверху тимпаничный. Наибольшая окружность живота по опухоли 86 ст. Входъ въ рукавъ слегка гиперемированъ, слизистая рукава слегка темно-фіолетовая, разрыхлена, изъ рукава выдѣляется немного серозно-кровянистой жидкости. Portio vaginal. по срединной линіи слегка отодвинута къ крестцу, зѣвъ слегка приоткрытъ. Матка небольшая, въ anteflexio, слегка

подвижна и прилегаетъ задней стороной къ нижнепередней части опухоли, вдающейся въ малый тазъ. Т° нормальна, пульсъ 80. Моча мутная отъ содержанія фосфорно-кислыхъ солей.

8 февраля 1892 г. наканунѣ операциі больная вдругъ почувствовала сильную боль во всемъ животѣ и подпираніе подъ ложечку, область epigastrii вздулась. Пульсъ сталъ малъ и частъ.

Операция. Опухоль оказалась слабо склеенною съ сальникомъ, верхняя периферія не свободна, свѣжія сращенія легко удалены рукой, но въ лѣвой подвздошной оказались сращенія съ S-романитъ, разорванныя пальцами, при чемъ выдѣлилась жидкость, смѣшанная съ бѣлыми гноевидными хлопьями. Стѣнка мѣшка оказалась здѣсь продыравленною въ нѣсколькихъ мѣстахъ и покрытою плотно сидящимъ фибринознымъ налетомъ. Отверстія снутри прикрыты прижатою къ нимъ головкою плода. Справа при отдѣленіи пальцами сращеній брызнуло немного прозрачной жидкости. Кзади сращенія болѣе крѣпкія, въ видѣ тяжей, перерѣзаны между двумя лигатурами. Стѣнки мѣшка оказались здѣсь покрытыми концентрическими рядами соединительнотканыхъ слоевъ. Выведенный мѣшокъ сидѣлъ на короткой и широкой ножкѣ, въ которой заключалась правая трубка, перерѣзанная между лигатурами. По перерѣзкѣ сращеній съ маткою, послѣ наложенія лигатуры мѣшокъ удаленъ. Дугласово пространство было свободно, придатки не изслѣдованы за массою ложныхъ оболочекъ. Рана послѣ туалета брюшной полости зашита глубокими и поверхностными швами; въ нижнемъ ея углу заложенъ стеклянный съ іодоформ. марлей дренажъ, идущій въ Дугласово пространство, а между 2 и 3 швами снизу выведена изъ лѣвой подвздошной полоска іодоформенной марли. Пульсъ при операциі былъ очень малъ, а къ концу и совсѣмъ не ощутимъ. Послѣ пробужденія пульсъ поднялся. Къ вечеру тяжесть въ груди и мучительный кашель.

Опухоль представляла мѣшокъ въ большую голову. Наружная поверхность ея покрыта разной толщины ложными перепонками. На нижней лѣвой периферіи найдены отверстія, неправильно изорванной формы, прикрыты прилегающей головкою. Въ мѣшкѣ найдено немного околоплодной жидкости съ vernix caseosa. Плодъ доношенный, не мацерированный, съ нормальнымъ членорасположеніемъ, оказался въ первомъ положеніи, плотно охваченный мѣшкомъ. Головка и верхняя часть тѣла покрыты толстымъ слоемъ vernix caseosa; длина его (дѣвочка) 39, наибольшая окружность головки 33 и длина пуповины 38 см.

Течение лихорадочное, т° в. до 38, 6, при пульсѣ до 120. На 6 сутки швы сняты, изъ уколовъ идетъ гной. На 11 день рана внизу разошлась на 3 пальца, т° в. 39. 29 февраля помѣчено новое расхождение раны, а 2 марта подъ кокаиномъ по освѣженіи краевъ положенъ матрасный шовъ, а въ нижній уголокъ раны вмѣсто дренажа введены кетгутуовыя нити. 9 Марта снова помѣчено расхождение раны и рвоты. 12 марта помѣчено паденіе т°, а 1½ мѣсяца спустя рана зарубцевалась, и при выпискѣ больная имѣла совершенно здоровый видъ. Разбирая признаки болѣзни, авторъ ставитъ

вѣроятный діагнозъ правосторонней абортивной трубной беременности, что и подтвердилось какъ теченіемъ ея, такъ и операціей.

Излагая вопросъ о лѣченіи вѣматочной беременности, авторъ, согласно съ большинствомъ авторовъ, различаетъ 3 періода ея: 1) до жизнеспособности плода, 2) отъ жизнеспособности до смерти плода или до нормальнаго срока беременности и 3) послѣ смерти плода или нормальнаго срока окончанія беременности. Сообразно съ этимъ онъ, приводя статистику авторовъ, перечисляетъ способы лѣченія. Чтобы сдѣлать вѣматочную беременность безвредною, надо или убить плодъ или удалить его. *Проколъ плоднаго мѣшка* опасенъ кровотеченіями и часто не достигаетъ цѣли, ибо плодъ продолжаетъ жить. *Высѣкиваніе морфія* не всегда убиваетъ плодъ, и иногда отравляетъ мать. Электричество достигаетъ цѣли только до 4 мѣсяцевъ, а позднѣе оно ненадежно. Самымъ надежнымъ, хотя и опаснымъ способомъ является ранняя laparotomia, которую въ первый разъ примѣнилъ въ 1883 г. *Ж. Veit*, а всего имъ до 1890 г. сдѣлано 16 лапаротомій съ потерей 2 больныхъ. Такимъ образомъ вопросъ о примѣненіи чревосѣченія въ раннемъ періодѣ не осложненной вѣматочной беременности рѣшенъ, но авторы расходятся во взглядахъ на осложненную разрывомъ плоднаго мѣшка. Одни считали такіе случаи за что то въ родѣ *poli me tangere*, ибо оперировать такихъ анемичныхъ опасно; другіе выжидали, рассчитывая, что всосавшись кровь восстановитъ силы больной, и можетъ наступить произвольное излѣченіе; указывалось на трудность операцій безъ приготовленія, гдѣ придется, безъ антисептики, что, пока дѣлается лапаротомія, больная можетъ умереть отъ анеміи и проч.; все это заставило признать право гражданства за операціей и въ подтвержденіе приводится статистика, собранная *Schauta*, въ которой помѣщено 121 случай операцій при разрывѣ съ внутреннимъ кровотеченіемъ, съ потерей 19 женщинъ, тогда какъ безъ операцій умерло 115 и выздоровѣло 7. Спѣшить особенно съ операціей при разрывѣ, кромѣ очень рѣдкихъ случаевъ, и приводитъ какъ доказательство, что, пока сдѣлана будетъ операція, больная умретъ, — нельзя, ибо ранній срокъ наступленія смерти 16 ч.

Разногласіе авторовъ при осложненной вѣматочной беременности въ болѣе позднемъ періодѣ ея еще значительнѣе. Одни совѣтуютъ выжидать, ибо опасность отъ разрыва уже миновала, но выжиданіе, въ случаѣ интралигаментарнаго развитія беременности, не выгодно для операцій; поэтому многіе авторитеты высказываются за операцію. Послѣ 30 недѣль вѣматочный плодъ жизнеспособенъ. По этому пункту одни, боясь кровотеченій, если случайно разрывъ пройдетъ по плацентѣ, совѣтуютъ ждать смерти плода, и вѣрность своего положенія подкрѣпляютъ статистикой смертей при операціяхъ при живомъ и мертвомъ плодѣ, другіе ставятъ операцію обязательною, разъ плодъ жизнеспособенъ, и подкрѣпляютъ свой взглядъ новѣйшей статистикой, давшей хорошіе результаты. Авторъ только считаетъ необходимымъ для спасенія плода вскрывать мѣшокъ только послѣ полнаго освобожденія его и послѣ предварительной перевязки *ligamentum infundibulopelvicum* съ идущими въ немъ *vasa spermatica*, и анастомозы между *arteria uterina* и *spermatica*,

въ свободномъ мѣшкѣ легче прощунать плаценту и обойти ее при разрѣзѣ, а сосудовъ для газообмѣна плода еще будетъ достаточно.

Старые врачи, въ случаѣ смерти плода, чаще ожидали петрификаціи (lithopedion) его и ничего не предпринимали, но теперь, въ виду массы фактовъ гибели больныхъ при нагноеніи отъ истощенія, піеміи и септицеміи, установился взглядъ оперировать, какъ только установлена смерть плода, ибо иначе ложные роды могутъ вызвать разрывъ мѣшка съ грозными его послѣдствіями. По минованіи же бурныхъ явленій родовъ, при хорошемъ состояніи больной, слѣдуетъ ждать операции до запусканія сосудовъ плаценты, каковое наступаетъ спустя 6—8 недѣль по смерти плода.

А. Заболотскій.

54. E. Roos. Fall af ektopiskt hafvandeskap. Laparotomi. Helsingfors. (Finska läkaresällskapetets handlingar, 1892, № 10). Случай внѣматочной беременности. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.

Больная, 32 лѣтъ, явилась къ автору въ концѣ мая съ подозрѣніемъ на какую-то опухоль живота. Замужемъ 6 лѣтъ, беременна не была. Съ конца прошлаго года стала страдать кровотечениями и болями внизу живота. При изслѣдованіи больная оказалась хорошо упитанной женщиной. Въ животѣ прощупывается опухоль, заходящая на 3 пальца выше пупка и напоминающая при изслѣдованіи беременную матку; спинка плода вправо, мелкія части влѣво. Сердцебіеніе удалось слышать лишь самое короткое время, справа отъ пупка, а при повторной аускультациі и вовсе не было слышно. Влагищная часть мягка и разрыхлена. Въ переднемъ и заднемъ сводѣ ощущается сопротивленіе, болѣе мягкое, чѣмъ головка плода. Диагнозъ: беременность, осложненная предлежаніемъ дѣтскаго мѣста или эндометритомъ.

Состояніе пациентки было удовлетворительно до 12 іюня, когда она внезапно почувствовала сильныя боли и схватки. Призванный врачъ опредѣлялъ разрывъ плоднаго мѣшка при внѣматочной беременности, которую онъ подозревалъ ужъ и раньше, такъ какъ въ концѣ декабря, при изслѣдованіи больной, онъ нашелъ у нея въ правомъ подчревіи опухоль, величиной съ куриное яйцо, характеръ которой онъ тогда опредѣлить не могъ. Больная блѣдна, въ коленяхъ; частая рвота.

По перенесеніи ея въ больницу, произведено чревосѣченіе чрезъ 5 часовъ послѣ начала болей. Разрѣзъ живота отъ симфиза почти до мечевиднаго отростка. Въ полости живота очень много частью жидкой, частью свернувшейся крови.

Въ нижней половинѣ раны выступало яйцо въ видѣ гладкой, темно-синей опухоли, имѣвшей въ лѣвой своей стѣнкѣ маленькое, сильно кровоточившее отверстіе. Сальникъ прирощенъ къ верхней и передней поверхности яйца и снабжаетъ его довольно большими сосудами. Сращенія быстро разрушены, послѣ чего яйцо, лежавшее между кишечными петлями, совершенно легко и вполне вылушено. Мертвый плодъ конца 7-го или начала 8-го мѣсяца; плацента атрофирована. Яйцо лежало непосредственно надъ маткой и придатками, нѣсколько вправо. Отъ нихъ оно отдѣлялось ложными перепонками, не

будучи однако ни въ малѣйшей степени приращено ни къ одному изъ половыхъ органовъ. Придатки нормальныя; матка величиной съ гусиное яйцо, тѣстовата. Послѣ удаленія изъ брюшной полости яйца и всей крови кровотеченіе не возобновлялось; швы не накладывались. Брюшная рана зашита этажнымъ швомъ. Операция въ техническомъ отношеніи была легка; антисептика—лизоломъ. Больная, остававшаяся нѣсколько разъ безъ пульса, получила 3 вырѣскиванія эфиромъ. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное. Рана зажила первымъ натяженіемъ. Пациентка выписалась 7 іюля здоровой.

Авторъ, вопреки господствующимъ теперь взглядамъ на вопросъ, думаетъ, что въ данномъ случаѣ ему пришлось имѣть дѣло съ *первичною* брюшною беременностью.

А. Гермоніусъ.

55. И. Смирновъ. Случай продолжительнаго пребыванія плода въ брюшной полости при внематочной беременности. (Прот. засѣд. акуш.-гинеко. общ. въ Кіевѣ, годъ 5, томъ 5, выпускъ 9 и 10).

Автору пришлось наблюдать 60-лѣтнюю старуху, у которой изъ свища брюшныхъ стѣнокъ выдавались двѣ темныя косточки. Исторія больной такова: рожала 3 раза, 2 раза въ срокъ и разъ преждевременно; имѣла 2 выкидыша. Около 30 лѣтъ тому назадъ ~~она~~ забеременѣла; родовыя боли наступили въ срокъ, но плодъ не родился; черезъ 5 дней боли и кровотеченіе прекратились; 10 лѣтъ тому назадъ черезъ влагалище вышло нѣсколько косточекъ плода, что повторялось еще нѣсколько разъ, а въ 1889 году образовался нарывъ брюшныхъ стѣнокъ, черезъ который выдѣлились кости черепа.

При слѣдующемъ посѣщеніи (спустя 10 дней) авторъ не нашелъ въ брюшной полости ни одной косточки; на мѣстѣ нарыва образовался противуестественный задній проходъ. Больная умерла.

Ф. Краснопольскій.

56. P. Puech. La foie des éclamptiques. (Nouveau Montpellier Médical, № 5. 1-er Septembre, 1892). **Печень при эклампсін.**

Авторъ на основаніи случаевъ, описанныхъ въ литературѣ, разбираетъ вопросъ объ участіи въ симптомахъ и измѣненіи ткани печени при эклампсін. Въ смыслѣ частоты находимыхъ измѣненій на вскрытіяхъ можно съ положительностію сказать, что онѣ присутствуютъ съ математической точностію въ каждомъ случаѣ. Микроскопически печень представляется желтаго цвѣта съ экхимотическими пятнами, какъ на поверхности ея, такъ и въ глубинѣ ткани; окраска и величина кровоизліяній измѣняются въ зависимости отъ степени заболѣванія.

Микроскопически можно отмѣтить 3 стадіи: сперва картину тромбоза капилляровъ около воротъ печени съ расширеніемъ межлобулярныхъ капилляровъ; затѣмъ некротическія измѣненія въ печеночной ткани, сжатой тромбированными сосудами и наконецъ—картина инфаркта. Бактеріологически найдены различнаго рода микробы.

Разбирая патогенезъ измѣненій, авторъ приводитъ всѣ существующія 4 теоріи: нервную, механическую, химическую и бактеріологическую, но ни на одной изъ нихъ не останавливается.

Съ точки зрѣнія клинической картины, измѣненія въ печени характеризуются болями въ правой подреберной области, головными болями и желтухой, но не постоянно; въ случаяхъ, осложненныхъ желтухой замѣчены болѣе глубокія измѣненія въ печени и потому ихъ должно считать болѣе тяжелыми.

Резюмируя, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ двумъ выводамъ:

1) Печень во всѣхъ случаяхъ эклампсін постоянно подвергается измѣненіямъ.

2) Эти измѣненія имѣютъ собственное теченіе, и носятъ совершенно особый характеръ, не встрѣчающійся ни при какой другой болѣзни.

П. Садовскій.

57. Rumpe. Ueber einige Unterschiede zwieschen eineiigen und zweieiigen Zwillingen. (Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22. Hf. 2. 1891 г.).
О нѣкоторыхъ различіяхъ между двойнями, происшедшими изъ одного яйца или изъ двухъ яицъ.

Авторъ, разбирая случаи двойней изъ Марбургской и Дрезденской клиникъ, а также изъ его частной практики и литературныхъ данныхъ, всего 145 случаевъ (изъ нихъ 101 изъ двухъ яицъ и 44 изъ одного яйца), приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1) При обоого рода двойняхъ всегда перевѣсъ значительный на сторонѣ мальчиковъ, особенно великъ при двойняхъ изъ двухъ яицъ.

2) Двойни изъ 2-хъ яицъ происходятъ преимущественно отъ матерей въ среднемъ возрастѣ отъ 26—30 лѣтъ; двойни же изъ одного яйца происходятъ одинаково часто во всякомъ возрастѣ, можетъ быть нѣсколько чаще въ болѣе раннемъ и болѣе позднемъ возрастѣ (до 25 лѣтъ и послѣ 35 л.).

3) Двойни изъ 2-хъ яицъ бываютъ чаще у многоорождающихъ, — отъ 1-го яйца одинаково часто у перво и многородящихъ.

4) Двойни изъ одного яйца въ среднемъ менѣе развиты, чѣмъ изъ 2-хъ яицъ. Нужно предполагать, что это обуславливается какъ извѣстнымъ первичнымъ предрасположеніемъ, такъ и болѣе недостаточнымъ питаніемъ черезъ общую плаценту.

5) Разница въ вѣсѣ между обоими плодами при двойняхъ изъ одного яйца гораздо большая чѣмъ изъ 2-хъ яицъ.

6) При двойняхъ изъ одного яйца болѣе тяжелый плодъ рождается всегда прежде; изъ 2-хъ яицъ одинаково часто какъ болѣе развитой и менѣе развитой.

7) При двойняхъ изъ одного яйца черепное предлежаніе встрѣчается чаще, чѣмъ изъ 2-хъ яицъ; точно также при первыхъ поперечное положеніе вдвое рѣже, чѣмъ при вторыхъ. Основаніемъ сказаннаго въ 6 и 7 § авторъ видитъ въ болѣе свободной подвижности двойней изъ одного яйца, обусловленной большей растяжимостью раздѣляющей ихъ перегородки — одноплодной оболочки — и большимъ количествомъ околоплодныхъ водъ.

8) Выкидыши и преждеврем. роды болѣе присущи двойнямъ изъ одного яйца, чѣмъ изъ 2-хъ. Внутриматочная смерть одного плода встрѣчается въ 3 раза чаще при первомъ, что объясняется большимъ количествомъ и

чаще встрѣчающимися при первомъ аномаліями въ аппаратѣ кровообращенія.

9) Неправильности развитія плода и патологическія состоянія его несравненно чаще встрѣчаются при двойняхъ изъ одного яйца, чѣмъ изъ 2-хъ. Последніе не представляютъ въ этомъ отношеніи разницы отъ временныхъ однимъ плодомъ.

10) Наслѣдственность по отношенію двойней повидимому касается только происхожденія изъ 2-хъ яицъ.

На двуплодную берем. изъ 2-хъ яицъ авторъ смотритъ какъ на нормальное явленіе, двуплодную же берем. изъ 1-го яйца онъ считаетъ явленіемъ патологическимъ; основанія для этого онъ видитъ въ крайней ихъ рѣдкости (1 на 600, 700 родовъ), болѣе ранній и болѣе поздній возрастъ рождающихъ, иногда отсутствіе одного амниона, большое число неправильностей плода, большая разница въ развитіи обоихъ плодовъ, чрезмѣрно большое и чрезмѣрно малое количество водъ, частая внутриутробная смерть одного плода и наконецъ очень рѣдкая наслѣдственность.

Б. Фраткинъ.

58. Wendel. Ein Beitrag zur Lehre vom Kindesmorde. (Inaug. diss. Dorpat. 1892). Къ ученію о дѣтоубійствѣ.

На основаніи матерьяла 71—91 судебно-медицинскихъ вскрытій новорожденныхъ въ разныхъ періодахъ, произведенныхъ проф. *Керберомъ* въ Дерптѣ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно признаковъ новорожденности, зрѣлости ребенка внѣ утробной жизни и причины смерти: 1) Загрязненіе кожи первороднымъ каломъ, кровью, сыровидною смазкою, какъ признаки новорожденности, встрѣчались по чисто мѣстнымъ условіямъ сравнительно рѣдко, чаще можно было найти сыровидную смазку въ локтевыхъ и паховыхъ складкахъ. Пуповина (остатокъ) болѣею частью окazyвалась не перевязаной, а какъ бы оборванной. 2) Средняя длина зрѣлыхъ новорожденныхъ 50,8, вѣсъ—средній 2778. Малый средній вѣсъ доношенныхъ новорожденныхъ незаконныхъ, авторъ объясняетъ главнымъ образомъ психическимъ состояніемъ подобныхъ беременныхъ, оказывающимъ несомнѣнно вліяніе на питаніе плода. Къ тому же эстонскія новорожденныя вообще меньше по вѣсу. Но автору приходится еще принять во вниманіе уменьшеніе въ вѣсѣ вслѣдствіе высыханія трушиковъ. 3) Средняя величина костнаго ядра (въ нижней части эпифиза бедра) 5,4 mm., minimum 0,5 mm., maximum 9 mm. По *Wendel*ю величина костнаго ядра болѣе 5 mm. за малыми исключеніями соотвѣтствуетъ длинѣ плода болѣе 50 сант. Но кромѣ этого соотвѣтствія онъ отрицаетъ всѣ остальные, приписываемыя извѣстной величинѣ ядра. 4) Самымъ главнымъ признакомъ внѣутробной жизни плода—легочная проба, при чемъ приходится принимать въ соображеніе и другія измѣненія въ легкихъ: объемъ, цвѣтъ, консистенція, содержаніе крови, поверхность разрѣза. Изъ его матерьяла, только въ 31,1% легкія содержали воздухъ на столько, что отдѣльныя мелкія части плавали, во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ большіе или меньшіе участки легкихъ были безвоздушны; въ 10,5% проба легкихъ дала отрицательный результатъ. Отличіе воздуходержащихъ

легкихъ отъ плавающихъ на водѣ вслѣдствіе развитія гніющихъ газовъ заключается въ томъ, что послѣднія можно заставить погрузиться наколомъ видимыхъ гнилостныхъ пузырьковъ и выдавливаніемъ изъ нихъ воздуха. Крайне интересенъ приводимый авторомъ случай, при 11 часовой жизни ребенка и несомнѣнныхъ признакахъ, хотя слабого, дыханія. Проба легкаго оказалась отрицательной. *Wendel* объясняетъ это явленіе такимъ образомъ, что при медленномъ умираніи, легкое потеряло большую часть воздуха, такъ какъ ребенокъ экспирировалъ больше воздуха, чѣмъ инспирировалъ. (Легкія могли стать безвоздушными вслѣдствіе всасыванія воздуха въ самихъ легкихъ, какъ объясняетъ *Ungar. Ref.*). 5) О пробѣ *Breslau* (плаваніе желудка и кишекъ) авторъ отзывается, какъ о хорошемъ вспомогательномъ способѣ для опредѣленія внѣтробной жизни ребенка и до нѣкоторой степени ея продолжительности (чѣмъ дальше по кишечному тракту распространяется воздухъ, тѣмъ дольше жилъ ребенокъ по рожденіи); она въ исключительныхъ случаяхъ на свѣжихъ трупикахъ, при отрицательной легочной пробѣ можетъ съ громадною вѣроятностью одна указать на рожденіе ребенка живымъ. У недоношенныхъ дѣтей сравнительно часто проба *Breslau* получалась положительная при отрицательной легочной пробѣ. 6) Причина насильственной смерти (у доношенныхъ дѣтей) чаще всего задушеніе одно или съ различнаго рода поврежденіями черепа; задушеніе посредствомъ закрытія наружныхъ воздухоносныхъ отверстій мягкими предметами 33;—въ 9,5% удушеніе; задушеніе посредствомъ введенія пальца въ ротъ; одинъ задушенъ введеніемъ комка соломы въ зѣвъ; трое задохлись въ фекальныхъ массахъ, изъ нихъ двое брошены въ отхожее мѣсто, а 3-й упалъ туда при быстрыхъ родахъ въ отхожемъ мѣстѣ; двое зарыты въ землю живыми, у одного изъ нихъ, зарытаго въ песчаномъ грунтѣ, песчинки найдены въ нижнихъ воздухоносныхъ путяхъ. Затѣмъ идутъ причины смерти: кровоизліянія въ ткань мозга съ раненіемъ черепа или безъ него, недостатокъ ухода, вліяніе холода. Двое умерли отъ кровотеченія: одинъ изъ разрѣза черепныхъ покрововъ, принятыхъ акушеркой за плодный пузырь, другой изъ неперевязанной пуповины, отрѣзанной у самого пупочнаго кольца. Говоря о насильственныхъ поврежденіяхъ черепа, *Wendel* приводитъ на основаніи его матеріала отличительнымъ признакомъ подобныхъ трещинъ отъ произвольныхъ, бывающихъ иногда при быстрыхъ родахъ и значительной тонкости черепныхъ костей съ одновременнымъ дефектомъ въ окостѣніи,—отсутствіе при послѣднихъ поврежденіяхъ черепныхъ покрововъ иногда надкостницы, твердой и даже мягкой мозговыхъ оболочекъ и ихъ расположеніе. Произвольныя находятся въ видѣ гуслей всегда въ темянныхъ костяхъ и идутъ отъ стрѣловиднаго шва къ темянному бугру, въ исключительныхъ только случаяхъ бываютъ въ затылочной кости отъ ламбдовиднаго шва къ затылочной чешуѣ. Кровоизліянія въ полости черепа не насильственные могутъ быть также при быстрыхъ родахъ, но тогда отсутствуютъ сказанныя поврежденія черепныхъ покрововъ и другія. Насчетъ посмертныхъ явленій авторъ въ 80% нашелъ подплевральные и подперикардіальные экхимозы; особеннаго діагностическаго значенія сами по себѣ они не имѣютъ. Очень интересны казуистическіе случаи.

Б. Фраткинъ.

59. Я. Ф. Киселевъ. О кастраціи при остеомалациі. (Больничная газета Воткина 1892 г. № 50 и 51).

Остеомалациі сводится главнымъ образомъ на измѣненія въ костяхъ,— онѣ теряютъ свои минеральныя вещества и на ряду съ этимъ происходятъ рѣзкія измѣненія и въ органическомъ строѣ костей и въ костномъ мозгу— и кость и костный мозгъ размягчаются. На ряду съ этимъ происходятъ дегенеративныя измѣненія и въ мышечной системѣ. Клиническая картина сначала выражается болями въ разныхъ частяхъ скелета, скорою утомляемостью, усиленіемъ рефлексовъ; затѣмъ, при сильномъ развитіи, искривленіями костей, упорными катаррами дыхательныхъ и пищеварительныхъ путей; больные гибнутъ при явленіяхъ маразма. Тянется болѣзнь отъ 1 года до 10 лѣтъ и поражаетъ главнымъ образомъ женщинъ, уже рожавшихъ. Ни бѣдность, ни продолжительное кормленіе, повидимому, не имѣютъ значенія. Что касается этиологіи разбираемаго заболѣванія, то здѣсь имѣются самыя разнообразныя взгляды авторовъ: одни ставятъ остеомалацию въ зависимость отъ известковаго голоданія, другіе отъ растворенія минеральныхъ составныхъ частей молочной, третьи угольной кислотой въ зависимости отъ стаза; *Пашутинъ* считаетъ остеомалацию особымъ дегенеративнымъ процессомъ костей ткани, *Кереръ* говоритъ, что остеомалациі происходитъ отъ кислоту производящихъ бактерій. Такимъ образомъ сущность болѣзни остается невыясненной, но довольно твердо установленнымъ можетъ считаться тотъ фактъ, что у женщинъ она имѣетъ связь съ половой функцией: во время регулъ процессъ ухудшается, а появляется онъ обыкновенно во время или вскорѣ послѣ беременности (нельзя не оговорить здѣсь того факта, что остеомалациія наблюдается и у нерожавшихъ, а также и у мужчинъ и дѣтей). Такая связь съ беременностью тѣмъ хуже, что въ общемъ плодovitость остеомалатическихъ женщинъ выше средней. Самостоятельная приостановка процесса весьма рѣдка и смертность отъ остеомалациі по статистикѣ *Litzmann'a* и *Henning'a* достигала до 80%. Такъ грустно обстояло дѣло до появленія операціи *Porro*, по методу котораго *Baumann* оперировалъ 44 остеомалатическихъ женщинъ и изъ нихъ послѣ операціи поправились 26, но 5 изъ нихъ вскорѣ погибли отъ постороннихъ заболѣваній, а 21 оправилась отъ остеомалациі. Этотъ успѣхъ навелъ *Fehling'a* на мысль попробовать лѣчить остеомалацию кастраціей и онъ описалъ 9 случаевъ, изъ которыхъ одна больная погибла отъ перитонита, а остальные 8 поправились отъ остеомалациі. На основаніи этихъ своихъ случаевъ *Fehling* считаетъ остеомалацию трофическимъ неврозомъ костей, зависящимъ отъ процессовъ въ половой сферѣ и, главнымъ образомъ, въ яичникахъ. Автору привелось наблюдать въ Маріинской больницѣ больную 26 лѣтъ, у которой первые симптомы болѣзни—боли въ рукахъ и ногахъ появились 5 лѣтъ назадъ, послѣ первыхъ родовъ, а въ рѣзкой степени болѣзнь проявилась во 2-й половинѣ 1) 3-й беремен-

1) Очевидная опечатка въ подлинникѣ: въ первой половинѣ беременности,—ибо иначе къ 17 марта беременность не могла быть 4½ м.

ности въ концѣ 1890 года. Больная пользовалась лѣченіемъ фосфоромъ въ клиникѣ проф. *Попова*, но безъ успѣха и 17 марта 91 года пѣ клиникѣ проф. *Лебедева* ей былъ произведенъ искусственный выкидышъ на 4¹/₂ м. 12 мая 1892 года *В. В. Сутугинъ* произвелъ кастрацію, но въ данномъ случаѣ операція эта не принесла эффекта. Послѣоперационный періодъ прошелъ вполне гладко, но болѣзненный процессъ не только не пріостановился, но замѣтно прогрессируетъ въ теченіе тѣхъ 5 мѣсяцевъ, которые прошли со дня операціи. Къ сожалѣнію, авторъ не указываетъ, перестала-ли его больная менструировать или нѣтъ. **А. Рутковскій.**

60. I. Merttens. Ein durch seine Aetiologie seltener Fall von Blasenscheidenfistel. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. B. XXIV H. 1.). Рѣдкій по своей этиологіи случай пузырно-влагалищной фистулы.

32 лѣтняя здоровая женщина правильнаго сложенія поступила въ Марбургскую клинику съ пузырно-влагалищной фистулой. Изъ анамнеза выяснилось, что она рожала 4 раза нормально, на третьи же сутки пятыхъ родовъ приглашенные врачи нашли весь просвѣтъ рукава закрытымъ плотной перепонкой, которая была ими перерѣзана, причемъ въ разрѣзъ попалъ сначала мочевой пузырь; роды окончены щипцами, послѣродовой періодъ осложнился обильнымъ кровотеченіемъ и продолжительной лихорадкой.—Влагалище короткое, portio vag. не прощупывается, въ передней стѣнкѣ находится отверстіе, ведущее въ пузырь, у задняго края отверстія виденъ маленькій свищъ, пропускающій зондъ въ матку, нѣсколько ниже фистулы—втянутое углубленіе, за которымъ можно опухать нижнюю часть шейки. Матка мала, въ anteversio, на задней стѣнкѣ ея сидитъ опухоль, величиной съ кулакъ. шейка узка и тонка. На основаніи этихъ данныхъ проф. *Ahlfeld* высказалъ слѣдующія предположенія: фиброма, находящаяся вблизи шейки и фиксированная мысомъ, препятствовала съ самаго начала родовъ опусканію зѣва, вслѣдствіе чего изгоняющая сила дѣйствовала на переднюю стѣнку шейки, растягивая и выпячивая ее, причемъ опустилась и часть пузыря; вѣроятно, кромѣ того, зѣвъ отличался неподатливостью; возможно, что имѣлось дѣло и съ conglutinatione orificii ext. многородящей. Хотя склейки между стѣнками влагалища, по всей вѣроятности, и не было, но передняя стѣнка такъ плотно придавливалась къ задней головкой, что изслѣдующій палецъ не могъ пройти между ними.—Въ виду узкости и рубцоватаго измѣненія стѣнокъ влагалища и присутствія фибромы, которая могла бы оказать вредное вліяніе на послѣдующую беременность и роды, больной произведена kolpocleisis. **А. Пекарская.**

61. Hasenbalg. Zweifel tene Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIII. Heft I.). Двѣ рѣдкія опухоли женскихъ половыхъ органовъ.

Авторъ описываетъ фиброзный полипъ, величиною въ яблоко, псходившій короткой ножкой толщиною въ мизинецъ изъ задней правой стѣнки влагалища и выполнявшій задній сводъ.—Діагнозъ сталъ особенно яснымъ

при потягиваніи опухоли пупевыми щипцами. На основаніе пожки наложена лигатура и затѣмъ вся опухоль удалена.

2-й случай, также крайне рѣдкій: фиброміома lig. rotundi. При изслѣдованіи въ лѣвомъ параметріи прощупывается гладкая твердая опухоль величиною въ гусиное яйцо, соединенная съ маткою широкою ножкою. Поставленъ діагнозъ: плотная опухоль яичника. При лапаротоміи яичникъ съ его mesovarium найденъ подъ опухолью. Опухоль помѣщается между листками широкой связки, круглая связка, потерявъ свой брюшинный покровъ, теряется въ опухоли. При вытягиваніи опухоли напрягается часть круглой связки, идущей отъ опухоли къ паховому каналу. Опухоль легко вылушена и удалена. Полное выздоровленіе. Интересно также, что въ одной части этой опухоли найдено отложеніе известковыхъ солей. **Б. Фраткинъ.**

62. А. Н. Соловьевъ. Къ казуистикѣ прободеній матки при введеніи инструментовъ въ ея полость. (Мед. Обзор. № 21, 1892).

Ссылаясь на пробѣлы о прободеніи стѣнки матки инструментами въ руководствахъ *Auvard'a*, *Hofmeier'a* и *Zweifel'a*, авторъ приводитъ изъ своей практики слѣдующій случай.

25 сентября 1892 г. изъ показаній 24 лѣтней больной выяснилось: первыя регулы на 14 году безъ болей, установились сразу, приходили черезъ 3 н. по 7 д. На 20 г. вышла замужъ и на первомъ же году родила, второй разъ родила за 7 н. передъ заболѣваніемъ. Воды отошли за 1½ сутокъ, но роды были нормальны и на 9 день больная встала. На 13 день явилось кровотеченіе сгустками и длилось 4 дня, послѣ которыхъ встала съ постели, что вызвало новое кровотеченіе. Больная пробыла въ постели 5 недѣль. Кровотеченія за это время то появлялись, то исчезали. 14 сентября встала, ибо три дня кровотеченій не было, а вытекала только желтоватая жидкость. Съ 17 сентября снова появлялись то кровянистыя отдѣленія, то сгустки.

При осмотрѣ найдено: сложеніе умѣренное, блѣдна, брюшные покровы тонки, вялы, матка въ retroflexio, велика, вяла, безболѣзненна, подвижна, справа отъ нея яичникъ въ грецкій орѣхъ, подвижный и слегка болѣзненный. Въ раскрытый зѣвъ проникаетъ верхушка пальца. Крови мало.

Спустя нѣсколько часовъ приступлено къ расширенію матки ради діагноза и возможнаго выскабливанія по правиламъ строгой антисептики. Послѣ катетера для промыванія ложечка *Recamier* прошла свободно, но за внутреннимъ зѣвомъ встрѣтилось легко пройденное препятствіе и ложка шла такъ глубоко, что превышала видимую длину матки, почему она была выведена и введенъ металлическій гнуційся зондъ, который уперся вѣроятно въ переднюю стѣнку и не пошелъ. Снова введена ложечка. Слѣдовавшая за движеніемъ ее чрезъ брюшные покровы рука прощупала ее въ области дна матки, виѣ ея полости. Ложка была выведена, сдѣлано осторожное выскабливаніе стѣнокъ, при чемъ удалены куски слизистой оболочки и мелкіе, черные старые кровяные сгустки. При промываніи матки жидкость изъ катетера *Fritsch'a* вытекала свободно чрезъ нижнее отверстіе его. Операцию больная перенесла хорошо;

матка стала плотною на ощупь, кровотечение остановилось. Больная въ 3 дня приняла 60 gr. спорыньи.

Прободение произошло въ моментъ прохожденія ложкой вышеуказаннаго препятствія, при чемъ не было ни боли, ни реакціи позднеѣ.

Воздерживаясь отъ объясненія болѣзненнаго процесса, авторъ только констатируетъ фактъ болѣзненнаго прободенія, отсутствіе реакціи, предполагаетъ, что прободение произошло на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда и рекомендуетъ при выскабливаніи особенную осторожность.

А. Заболотскій.

63. А. Красковскій. Къ вопросу о лѣченіи заматочной кровяной опухоли. (Прот. зас. акуш.-гинеколог. общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, выпуски 9 и 10).

Авторъ сообщаетъ 3 случая заматочной кровяной опухоли; въ первыхъ двухъ случаяхъ примѣнено оперативное лѣчение (разрѣзъ опухоли черезъ влагалище), въ третьемъ—выжидательное. Во всѣхъ трехъ случаяхъ наступило полное выздоровленіе. Показаніемъ къ оперативному вмѣшательству послужило: въ первомъ случаѣ замедленное всасываніе опухоли (въ теченіи мѣсяца не уменьшилась), во второмъ—боли вслѣдствіе сдавленія тазовыхъ органовъ; въ третьемъ случаѣ излившаяся кровь быстро всосалась (покой, ледъ, ихтіоль и проч.). Что касается этиологіи, то въ первыхъ двухъ случаяхъ авторъ подозреваетъ вѣматочную беременность, въ третьемъ за причину принимаетъ физиологическую гиперемію полового аппарата во время регулъ въ связи съ какимъ-либо измѣненіемъ кровеносныхъ сосудовъ; относительно послѣдняго случая авторъ допускаетъ, что заматочная опухоль образовалась вторичнымъ путемъ, т. е. сначала произошло свободное кровоизліяніе въ брюшную полость и только послѣдовательно излившаяся кровь отторглась ложными перепонками отъ вышедшихъ частей брюшной полости.

На основаніи этихъ случаевъ авторъ дѣлаетъ слѣд. выводы:

1) При нагноеніи, медленномъ всасываніи или при сильныхъ явленіяхъ сдавленія органовъ таза, кровяная заматочная опухоль подлежитъ оперативному лѣченію.

2) Изъ оперативныхъ методовъ въ этихъ случаяхъ разрѣзъ опухоли черезъ влагалище представляется однимъ изъ наиболѣе удобныхъ и безопасныхъ.

3) Оперативное вмѣшательство въ значительной мѣрѣ сокращаетъ продолжительность болѣзни.

Ф. Краснопольскій.

64. Le Bec. Suppurations pelviennes. (Gazette médicale de Paris, 1892, № 71). Тазовыя нагноенія.

Относительно оперативнаго лѣченія этихъ случаевъ мнѣнія разныхъ операторовъ расходятся: одни превозносятъ гистерэктомію, другіе признають только лапаротомию. Авторъ приверженецъ способа оперированія черезъ влагалище, но безъ удаленія матки, а помощью вскрытія влагалищныхъ сводовъ, если гнойный мѣшокъ помѣщается въ тазу. Если же послѣдній находится высоко въ брюшной полости, то авторъ, не колеб-

лась, прибѣгаетъ къ лапаротоміи. Въ то же время онъ утверждаетъ, что безъ операціи можно излѣчить важныя разстройства, послѣдствія бывшихъ гнойныхъ воспаленій. Если послѣ нихъ остаются стойкія сращения и уплотненія придатковъ, производящія вколачиваніе (?) тѣла матки въ тазъ, то авторъ совѣтуетъ массажъ по способу *Brandt'a* и электризацію по усовершенствованному методу *Apostoli*. Въ подтвержденіе своихъ словъ онъ приводитъ 3 исторіи болѣзни.

1) У больной, перенесшей 20 л. т. н. тазовой перитонитъ и обостреніе его 14 л. т. н., большая опухоль въ правомъ сводѣ, неподвижная матка и плотный, опущенный лѣвый сводъ; острые боли, общее состояніе скверное, регулы неправильны. Послѣ 47 сеансовъ массажа, матка сдѣлалась подвижной, уплотненіе осталось только въ видѣ маленькаго орѣха, регулы стали правильны. И черезъ 3 года все находилось въ такомъ положеніи.

2) Лѣтъ 20 тому назадъ больная имѣла 2 абортан тазовой перитонитъ, оставившій по себѣ сильныя боли, плотную опухоль. Послѣ сеансовъ электризаціи (отъ 50 до 80 *milliamperes*) прошли боли, осталось одно маленькое уплотненное ядро, матка подвижна.

3) Послѣ 1-хъ родовъ у больной былъ перитонитъ; въ заднемъ сводѣ—плотная, болѣзненная опухоль; отъ 2-хъ сеансовъ электризаціи она исчезла. Послѣ того было 2 правильныхъ родовъ, боли не возвращались.

Если же въ сводѣ ощущается флюктуирующій мѣшокъ, то авторъ вскрываетъ его и вставляетъ дренажъ; разрѣзъ дѣлается по возможности вертикально или поперечно и поближе къ шейкѣ матки; операція проста, брюшина не вскрывается.

Если существуетъ нѣсколько гнойныхъ мѣшковъ, которые не удается сообщить между собой, если появляются упорныя фистулы, то *hysterec-tomia* неизбежна.

С. Маркова.

65. Н. К. Нееловъ. Отчетъ по Гинекологическому отдѣленію Кіево-Кириловской больницы, съ 1-го іюня по 1 сентября 1891 года.—

(Прот. засѣд. акуш.-гинекол. общ. въ Кіевѣ. Годъ 5, томъ 5 вып. 9 и 10).

Къ 1-му іюня въ отдѣленіи состояла 31 больная; за отчетный періодъ времени вновь поступило: съ бол. наружныхъ половыхъ органовъ—7, съ бол. мочеполовыхъ орг.—1, съ бол. матки—15, съ бол. трубъ и яичниковъ—4, съ болѣзнями тазовой брюшины и клѣтчатки—8, *varia*—4 и акушерскихъ случаевъ—4. Гинекологическихъ операцій авторомъ произведено 27, въ томъ числѣ: *extirpatio uteri totalis per vaginam*—1 (выздоровленіе), *extirpatio uteri per laparotomiam* по комбинированному способу *Treub's'a*—1 (смерть) и *Salpingotomia*—1 (выздоровленіе).

Ф. Краснопольскій.

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