

# ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ СЕДЬМОЙ.

СЕНТЯБРЬ 1893, № 9.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

### ХІІІ.

#### 20 СЛУЧАЕВЪ ПОЛНАГО ВЫРѢЗЫВАНІЯ МАТКИ ЧЕРЕЗЪ РУКАВЪ.

Проф. Н. Феноменова,

Въ 1890 г. я описалъ 23 случая полнаго вырѣзыванія матки <sup>1)</sup>; въ настоящей статьѣ я привожу описаніе случаевъ, оперированныхъ въ періодъ времени съ 28 октября 1890 г. по 16 февраля 1893 г. Всѣхъ операций за это время произведено 20. Въ хронологическомъ порядкѣ производства, онѣ располагаются слѣдующимъ образомъ.

1. Больная, 36 л. Рожала 3 раза. Больна  $\frac{1}{2}$  года. Жалуется на кровотеченія и бѣли. При изслѣдованіи: влагалищная часть увеличена, задняя губа грибовидно разрослась, консистенція характерная (хрящеватая и ломкая ткань), легко кровоточитъ. Слизистая сводовъ—не участвуетъ въ страданіи. Матка нѣсколько увеличена. Распознаваніе: канкрондъ шейки матки. 23 августа 1890 г. операция. Продолжительность ея 36 мин. Послѣоперационный періодъ безлхорадочный.

2. Больная, 38 л. Беременна была 5 разъ. Считаетъ себя больною 9 мѣсяцевъ; жалуется на перемежающіяся кровотеченія и бѣли. При изслѣдованіи: влагалищная часть увеличена, бугриста, частію изъязвлена, легко кровоточитъ, ткань ломкая. Матка немного увеличена, своды свободны.

<sup>1)</sup> Врачъ 1890 г. № 47.

Распознавание: канкроидъ шейки матки. 4 сентября операция. Послеоперационный период безлихорадочный.

3. Больная, 35 л. Рожала 2 раза, 1 разъ двойни. Больна  $\frac{1}{2}$  года. Жалуются на кровотечения, появляющіяся черезъ 1—2 нед. Въ промежуткахъ между кровотечениями—сильныя бѣли. При изслѣдованіи: влагалищная часть увеличена, грибовидна; нижній полюсъ ея изъязвленъ. Изъязвление переходитъ и на слизистую влагалища въ заднемъ сводѣ. Матка слегка увеличена. Распознавание: канкроидъ шейки. 7 сентября 1890 г. операция. Послеоперационный период безлихорадочный.

4. Больная, 42 л., беременна была 12 разъ. Считаетъ себя больной 10 мѣсяцевъ; жалуются на бѣли и, послѣднія три мѣсяца, на кровотечения. При изслѣдованіи: р. v. увеличена, изъязвлена; язва легко кровоточитъ, ткань характерной консистенціи. Распознавание: канкроидъ шейки. 15 сентября 1890 г. произведено полное удаление матки. Послеоперационный периодъ безъ осложненийъ.

5. Больная 52 л. Родила 5 разъ. Больна 9 мѣсяцевъ. Жалобы—на кровотечение, появившееся черезъ 3 года послѣ *climaxterium'a*. Бѣли съ запахомъ. При изслѣдованіи: влагалищная часть увеличена, плотна, зѣвъ пропускаетъ палець, края его не ровны. Черезъ зеркало: въ окружности зѣва, по преимуществу со стороны слизистой канала шейки, видна характерная раковая язва, идущая довольно глубоко въ цервикальный каналъ (воронкообразно); легко кровоточитъ, мѣстами покрыта клочками омертвѣлой тканн, отдѣляемое язвы съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ. Матка немного увеличена; инфильтраціи въ окружающей клѣтчаткѣ не замѣчается. Распознавание: канкроидъ шейки матки. 28 сентября 1890 г. операция. Удаление матки затруднилось присутствіемъ многочисленныхъ и довольно крѣпкихъ сращеній въ заднемъ дугласѣ. Послеоперационный периодъ безлихорадочный.

6. Больная, 46 л., многорожавшая. Жалуются на кровотечение и боли. При изслѣдованіи: р. v. увеличена, изъязвлена, язва кратерообразна, легко кровоточитъ, ткань ломкая. Распознавание: канкроидъ шейки матки. Матка немного увеличена. Своды свободны отъ инфильтрата. 18 января 1891 г. удалены матка и правые придатки. Въ яичникѣ мелкоклеточное перерождение. Послеоперационный периодъ безлихорадочный. Выздоровление замедлилось, вслѣдствіе *ischias* (правой стороны); однако при соответственномъ лѣченіи эта болѣзнь прошла и больная выписалась въ удовлетворительномъ состояніи. Въ ноябрѣ 1892 г. я видѣлъ больную. Рецидива нѣтъ.

7. Больная, 47 л. Беременна была 7 разъ. Съ 14 лѣтъ менопауза. Жалуются на появляющіяся безъ порядка кровотечения и бѣли, нѣсколько времени назадъ появилась боль въ лѣвой ногѣ. При изслѣдованіи: р. v. въ видѣ гриба, ткань характерной раковой консистенціи; нижняя поверхность р. v. изъязвлена, легко кровоточитъ. Рѣзкое утолщеніе лѣвой крестцовоматочной связки. Распознавание: канкроидъ шейки матки. 27 февраля 1891 г. операция. Продолжительность операции 45 мин. На сколько можно было судить при операциі, инфильтратъ не ограничился лѣвой крестцовоматочной связкой, а распространился и на клѣтчатку, окружающую *rectum*. Течение послѣ-

операционного периода почти безлихорадочное. Въ половинѣ 3-й недѣли, по отпадении лигатуръ, поверхность раны отлично гранулируетъ. Въ началѣ 4-й недѣли у лѣваго угла раны появились подозрительныя мѣста. При изслѣдованіи черезъ гестимъ найдено увеличеніе лимфатическихъ железъ и инфильтратъ клѣтчатки слѣва, на довольно значительномъ протяженіи. Общее состояніе больной представляеть рѣзкія явленія кахекеи (раковой). Въ концѣ втораго мѣсяца возвратъ на мѣстѣ операціи. Въ виду безнадежнаго общаго состоянія больной отъ дальнѣйшаго оперативнаго вмѣшательства пришлось отказаться.

8. Больная, 38 лѣтъ, беременна была 3 раза; больна около года, жалуется на кровоточеніе и бѣли, по временамъ боли внизу живота. При изслѣдованіи: р. vag. увеличена, въ окружности зѣва большая язва, имѣющая видъ кратера, легко кровоточить. Матка не увеличена, своды свободны. Распознаваніе: канкрондъ шейки матки (изслѣдованъ кусочекъ ткани подъ микроскопомъ). 10 мая 1891 г. операція; удалена только матка. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный.

9. Больная, 33 л. Беременна была 6 разъ. Явилась съ жалобами на бѣли и боли внизу животу и поясницѣ. Регулы довольно правильны. Послѣдній мѣсяць ихъ не было. При изслѣдованіи: влагалищная часть увеличена, бугриста и характерной консистенціи. Пораженіе занимаетъ почти только переднюю губу. Слизистая сводовъ совершенно свободна. Матка увеличена въ объемъ, дно нѣсколько закруглено; консистенція тѣла и дна тѣтсовая и рѣзко различается отъ консистенціи шейки. Распознаваніе: канкрондъ шейки матки. Принимая во вниманіе, что раковое пораженіе занимаетъ ограниченное пространство, что нашей больной всего 33 года и что у нея мѣсячныя бывшія до сихъ поръ правильными, остановилсь, я объяснилъ сопутствующія увеличеніе матки и измѣненіе ея консистенціи *беременностью* ранняго срока. 17 сентября 1891 г. произведена операція. Безъ особнхъ затрудненій удалена матка и лѣвосторонніе придатки. Операція 35 мин. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный (2 раза  $t^{\circ}$  до  $38^{\circ}$ ). По разрывѣ матки въ ней найдено плодное яйцо, приблизительно 4-хъ недѣльнаго возраста. Въ лѣвомъ яичникѣ истинное желтое тѣло.

10. Больная, 49 л. Беременна была 13 разъ (2 раза двойни). Менопауза почти 7 лѣтъ. За это время кровоточеніе было 1 разъ. Съ апрѣля 1891 г. кровоточеніе п бѣли. При изслѣдованіи найдено: р. v. увеличена, бугриста, на нижнемъ полюсѣ изъязвлена. Язва кратерообразна, ткань характерной консистенціи, легко кровоточить. Слизистая рукава нормальна. Матка слегка увеличена, инфильтрата сводовъ незамѣтно. Распознаваніе: канкрондъ шейки матки. 3 октября 1891 г. операція. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный.

11. Больная, 41 г., родила 1 разъ. Не менструировала съ 37 л.; мѣсяца 3 назадъ появилось неправильное кровоточеніе и бѣли. При изслѣдованіи: р. vag. увеличена, ткань хрящевой консистенціи и хрупкая. Поверхность р. v. въ окружности зѣва изъязвлена и легко кровоточить. Матка увели-

чена, своды, повидимому, свободны. 20 сентября 1891 г. удалена матка. Въ послѣоперационномъ періодѣ два раза повышеніе t°. до 38,2.

12. Больная, 38 л. Беременная была 4 раза. Больна около 1/2 г. Жалуются на неправильныя кровотечения и бѣли. При изслѣдованіи: р. v. увеличена, хрящеватой и ломкой консистенціи, нижній полюсъ р. v. изъязвленъ. Матка небольшая, подвижная. Своды свободны. Распознаваніе: канкрюидъ шейки матки. 28 апрѣля 1892 г. операція. Удалена только матка. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный.

13. Больная, 36 л. Рожала 7 разъ. Считаетъ себя больной около 2-хъ лѣтъ. Жалуются на бѣли и небольшія кровотечения post coitum. При изслѣдованіи р. v. увеличена, нижняя поверхность изъязвлена, легко кровоточить. Матка немного увеличена. Слизистая сводовъ не поражена. Распознаваніе: канкрюидъ шейки матки. 28 мая 1892 г. операція. Удалена только матка. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный.

14. Больная, 25 л. Не рожавшая. Регулы съ 21 г. Съ 17 лѣтняго возраста у больной бывали правильныя, ежемѣсячныя, *носовыя* кровотечения, продолжавшіяся 2—3 дня. Такъ было до начала менструаціи. Съ наступленіемъ послѣдней носовыя кровотечения прекратились; регулы приходили правильно въ теченіи цѣлаго года. За тѣмъ безъ видимыхъ причинъ, года 4 назадъ, появилось кровотеченіе (въ срокъ регулъ) и продолжалось изо дня въ день въ теченіи 6 мѣсяцевъ. По поводу этихъ кровотеченій сдѣлано было въ нашей клиникѣ выскабливаніе полости матки съ послѣдующимъ выпрыскиваніемъ (однокрытымъ) раствора t-rae iodii пополамъ со спиртомъ. Кровотеченія прекратились и въ теченіи цѣлаго года кровотеченій (resp. регулъ) вовсе не было. Затѣмъ появившіяся регулы стали приходять черезъ недѣлю, гинулись по 2—2 1/2 нед. и бывали довольно обильны; иногда выходили свертки. По поводу этихъ кровотеченій больная не разъ обращалась въ клинику. Здѣсь было примѣнено лѣченіе горячей водой (рукавныя спринцованія и промываніе полости матки), выпрыскиваніе въ полость матки различныхъ лѣкарственныхъ веществъ: t-rae jodii, spirit vin.; растворъ полторохлористаго желѣза, ихтіоль и проч.; примѣнялась тампонація полости іодоформной марлей; дѣлались методически подкожныя выпрыскиванія эрготина; повторено было выскабливаніе полости и проч. Но вся эта терапия совместно съ назначившимися различными лѣкарственными веществами внутрь (желѣзо, препараты спорыньи, extr. hydrastis canad., extr. Hamamelis virginica, extr. Bursae pastoral, et cet. et cet.), давала очень скоропреходящій эффектъ. Кровотеченіе останавливалось на 1 1/2—2 нед., иногда только уменьшалось въ количествѣ, но большею частію оставалось безъ всякаго измѣненія.

Больная въ высшей степени малокровна, жалуется на постоянныя головокруженія, по временамъ обмороки, сопровождающіеся, по свидѣтельству родныхъ, судорогами, одышкою, сердцебиеніемъ. Особенно за послѣднее время больная настолько ослабѣла и обезсилѣла, что съ трудомъ встаетъ съ постели, появились отеки. При изслѣдованіи: органы грудной полости въ порядкѣ; анемическій шумъ у верхушки. Печень и селезенка не увеличены. Наружныя половыя органы нормальны; матка не увеличена, подвижна. зѣвъ въ видѣ не-



большой поперечной щели. Придатки матки безъ замѣтныхъ измѣненій; <sup>10</sup> тѣла нормальна. Внѣшній видъ большой напоминаетъ скорѣе восковую фигуру, чѣмъ живого человѣка. Распознаваніе: угрожающая анемія, вслѣдствіе постоянныхъ маточныхъ кровопотерь (*endometritis haemorrhagica*?). Въ терапевтическомъ отношеніи—остановка кровотеченія являлась какъ *indisatio vitalis*. Въ виду неэффективности выше перечисленныхъ мѣръ—можно было ожидать успѣха только отъ хирургическаго вмѣшательства. Оно могло быть двойное: или кастрація, или полное вырѣзываніе матки. Я выбралъ послѣднее, исходя изъ того соображенія, что двусторонняя кастрація, хотя и сопровождается остановкою мѣсячныхъ кровотеченій, но далеко не всегда. Очень не рѣдко мнѣ приходилось видать случаи, гдѣ не смотря на удаленіе яичниковъ и трубъ—мѣсячныя продолжали приходить правильно, но крайней мѣрѣ въ теченіи нѣсколькихъ (3—4) лѣтъ, а одна изъ оперированныхъ, хотя и не совсѣмъ правильно, менструируетъ вотъ уже шестой годъ. Слѣдовательно, разсчитъ на терапевтическій эффектъ этой операціи, въ данномъ случаѣ, былъ не особенно проченъ. Здѣсь требовалась и немедленная и полная остановка дальнѣйшихъ кровопотерь. А этого я разсчитывалъ достигнуть непосредственнымъ удаленіемъ кровоточащаго органа. 12 мая 1892 г. произведена операція; удалена только матка, придатки оставлены. Послѣопераціонный періодъ безлихорадочный. При изслѣдованіи матки, кромѣ не рѣзкихъ явленій эндометрита ничего особеннаго не найдено. Въ декабрѣ 1892 г. я видѣлъ оперированную; она не узнаваема. Внѣшній видъ цвѣтущій, значительно пополнила, чувствуетъ себя прекрасно; жалобъ никакихъ.

15. Больная, 41 г. Беременна была 9 разъ. Жалуется на бѣдія бѣли около 8 мѣсяцевъ; 6 мѣсяцевъ назадъ появилось кровотеченіе. При изслѣдованіи: р. vag. увеличена, довольно плотной, ломкой консистенціи, изъязвлена; язва легко кровоточитъ, мѣстами покрыта клочками омертвѣлой ткани, отдѣляемое съ гнилостнымъ запахомъ. Матка почти нормальной величины; инфильтраціи сводовъ не замѣтно. Распознаваніе: канкроидъ шейки матки. 1 сентября 1892 г. сдѣлана операція (въ хирургическомъ отдѣленіи губернской земской больницы). Удалена только матка. Послѣопераціонный періодъ безлихорадочный.

16. Больная, 59 л. Беременна была 3 раза. Менструація прекратилась 8 лѣтъ назадъ. Больна около 8 мѣсяцевъ. Жалуется на бѣли. Съ мѣсяцъ назадъ появились кровотечения. При изслѣдованіи: рукавъ укороченъ, явленія старческой атрофіи (*atrophia senilis*). Передняя губа почти совсѣмъ язвенно разрушена. Язва легко кровоточитъ, консистенція ткани хрящеватая и ломкая. Матка не увеличена. Клѣтчатка передняго свода (маточно-пузырная) кажется инфильтрованной; другіе своды свободны. Распознаваніе: канкроидъ шейки матки. 21 октября 1892 г. сдѣлана операція; въ виду узкости рукава (старческая атрофія) разрѣзана была промежность по *garhe* и задняя стѣнка рукава (въ *introitus* и немного выше). Это обезпечивало значительную свободу дѣйствій. Удалена только матка. Послѣопераціонный періодъ безъ осложненій.

17. Больная, 51 г., многорожавшая. Считает себя больной около 4 лѣтъ и жалуется на кровотечения. Вначалѣ появляясь въ видѣ меноррагій, кровотечения за послѣдніе три года приняли неправильный характер и появлялись на столько часто, что свободный промежутокъ у больной бывалъ рѣдко въ 1 недѣлю, а чаще въ 4—5 дней. Подъ вліяніемъ обильныхъ кровопотерь, больная сдѣлалась очень малокровна; пользовавшимся врачомъ распознана была міома передней стѣнки матки. Противъ кровотечения больной назначаемъ былъ цѣлый рядъ средствъ внутрь, но это не приносило значительной пользы. Два года назадъ больная поступила въ клинику, гдѣ поставленъ былъ діагнозъ—*metritis et endometritis haemorrhagica* и произведено выскабливаніе полости матки съ послѣдующимъ неоднократнымъ вырыскиваніемъ спиртнаго раствора іода. Это лѣченіе избавило больную отъ кровотечения, но не надолго. Годъ спустя кровотечения возобновились съ прежней силой и общее состояніе больной ухудшилось, появились нѣкоторыя психическія расстройства, въ зависимости отъ малокровія мозга (по мнѣнію психіатровъ) и больная должна была поступить въ психіатрическую казанскую окружную лѣчебницу. Изъба въ виду безуспѣшность предшествовавшего лѣченія и необходимость избавить больную отъ дальнѣйшихъ кровопотерь, я рѣшилъ произвести вырѣзываніе матки. Матка хотя и была значительно больше нормальной, тѣмъ не менѣе извлечь ее черезъ рукавъ (довольно широкій) казалось возможнымъ. 18 ноября 1892 г. произведена операція: удалена только матка, придатки съ обѣихъ сторонъ найдены нормальными. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный. Въ настоящее время (мартъ 1893 г.) оперированная пользуется отличнымъ здоровьемъ, психика ея въ полномъ порядкѣ, какъ и до послѣдняго заболѣванія. Выѣшній видъ весьма удовлетворительный.

18. Больная, 47 л., родила 5 разъ и 1 разъ выкинула; послѣдніе роды 10 лѣтъ назадъ. До послѣдняго времени менструировала довольно правильно, но нѣсколько мѣсяцевъ назадъ регулы стали путаться и приходилъ черезъ 2—1 недѣли, а иногда промежутки между кровотечениями 3—4 дня. Появились бѣли. Больная начала худѣть. При гинекологическомъ изслѣдованіи: влагалищная часть увеличена, смотритъ взадъ и влѣво. Консистенція ея хрупкая; поверхность бугристая, легко кровоточитъ при изслѣдованіи. Зѣвъ обезображенъ; на мѣстѣ его изъязвленія. При зеркалѣ: поверхность влагалищной части и язва чисты, отдѣляемое безъ запаха. Матка увеличена, плотіе нормальной, подвижность ограничена. Распознаваніе: каккровидъ шейки матки. 8 декабря 1892 г. произведено полное удаленіе матки. Операція прошла гладко. Послѣоперационный періодъ почти безлихорадочный (2 раза 38°). Къ концу 3-й недѣли сняты всѣ швы.

19. Больная, 50 лѣтъ. Беременна была 6 разъ, одинъ разъ выкинула. Считаетъ себя больной 3 года, причемъ рассказываетъ, что около этого времени регулы стали путаться и приходили черезъ 2—1½—1 недѣли. Въ промежуткахъ бывали бѣли. Года полтора назадъ бѣли получили окрашенный (сукровичный) характеръ; появился запахъ. Къ этому недавно присоединились боли внизу живота и крестцѣ. При изслѣдованіи: влагалищная часть

увеличена въ окружности; на мѣстѣ зѣва большая кратерообразная язва, ткань характерной хрупкой консистенціи, кусочки ткани легко отламываются пальцемъ. Отдѣленіе съ запахомъ. Матка увеличена въ объемѣ, подвижность ея ограничена. Въ области передняго свода замѣчается инфильтрація клетчатки. Такая же инфильтрація опредѣляется и по направленію обычныхъ крестцовоматочныхъ связокъ, впрочемъ не на большомъ протяженіи ихъ.

Распознаваніе: канцеръ шейки матки. 22 декабря произведено полное удаленіе матки. Операция значительно была затруднена присутствіемъ инфильтраціи, однако, повидному, удалось удалить всѣ подозрительныя мѣста. Послѣ удаленія матки небольшое кровотечене изъ правой культи, остановленное наложеніемъ одной лигатуры. Послѣоперационный періодъ безлихорадочный. Къ 4 января 1893 г. сняты всѣ швы. 13 февраля оперированная вышлася; рана закрылась рубцомъ почти на всемъ протяженіи.

20. Больная, 38 л. Рожала 3 раза, въ срокъ. Считаетъ себя больной съ декабря прошлаго (1892) г., при чемъ рассказываетъ, что въ августѣ у нея прекратились регулы, а въ декабрѣ открылось кровотеченіе, которое продолжается и по день поступленія въ клинику (9 февраля 1893 г.). По временамъ бывають боли въ поясницѣ и внизу живота. При изслѣдованіи: влагалищная часть незначительно увеличена, на мѣстѣ зѣва язва воронкообразной формы, края язвы хрупкой консистенціи легко отламываются, изъязвленіе идетъ по направленію канала шейки; поверхность слизистой влагалищной части почти не изъязвлена, только справа у зѣва замѣтно распространеніе процесса въ видѣ полудунія, но на небольшомъ протяженіи. Матка почти нормальныхъ размѣровъ, свода свободны. Микроскопическое изслѣдованіе даетъ картину канкроида. Поверхность язвы покрыта клочковатыми массами (поверхностно) омертвѣлой тканію, отдѣленія язвы съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ. По очищеніи язвы 16 февраля 1893 г. произведено полное удаленіе матки. Во время отдѣленія матки отъ пузыря, въ виду распространенія инфильтраціи по направленію канала шейки, я считалъ болѣе выгоднымъ держаться не столь близко къ маткѣ, какъ обыкновенно. При этомъ въ одномъ мѣстѣ пораненъ былъ пузырь. Пораненіе тотчасъ же было замѣчено и рана зашита 3-мя швами, концы которыхъ коротко обрѣзаны. Швы проведены съ такимъ расчетомъ, чтобы нитки не прошикали черезъ слизистую пузыря въ его просвѣтъ. Но отдѣленіи пузыря я захватилъ брюшину передняго дугласова пространства и тонкими швами соединилъ ее съ краемъ влагалищной раны сзади. Такимъ образомъ рана пузыря была закрыта погружнымъ швомъ и задняя стѣнка его (пузыри) одѣта листкомъ брюшины. Въ остальномъ теченіи операциіи не представляло уклоненій. Операция продолжалась 45 минутъ. Послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно. Что касается мочеиспусканія, то первый день и часть слѣдующаго, замѣчалась небольшая примѣсь крови къ мочѣ. Больная мочилась все время сама. На 2-й день были частые позывы на мочеиспусканіе, но вскорѣ прекратились (*t-ra canab. indic*) и дальнѣйшихъ нарушеній въ отпращиваніи мочевого пузыря не замѣчалось. На 10 день удалена

марля изъ рукава. Швы сняты постепенно. Последніе 6 марта. 18 марта больная выписалась. Почти на всемъ протяженіи раны хорошей рубецъ.

Такимъ образомъ изъ всѣхъ (20) оперированныхъ не умерла ни одна. Хотя вывести изъ этого заключеніе объ абсолютной безопасности операциі влагалищнаго вырѣзыванія матки—было бы, конечно, несправедливо. Тѣмъ не менѣе можно утверждать, что съ этой стороны примѣненіе операциі не должно встрѣчать возраженія. Къ этой операциі должны быть примѣнены всѣ тѣ разсужденія, которыя примѣнимы и ко всѣмъ вообще операциямъ на женской половой сферѣ, при которыхъ приходится вскрывать глубоко подбрюшинную клетчатку и брюшину. Главная опасность состоитъ въ возможности зараженія, но эта опасность *можетъ* быть сведена на *minimum* при соблюденіи общезвѣстныхъ принциповъ современнаго производства операций, но возможность смертнаго исхода остается всетаки хотя бы въ видѣ случайности, отъ которой никто, полагаю, не можетъ считать себя застрахованнымъ. Вотъ въ виду этого, несмотря на весьма благопріятную цифру исходовъ разбираемой операциі, я всетаки считаю ее (операцию) серьезной, и, по разъ навсегда принятому обыкновенію, не утаиваю отъ больныхъ истиннаго значенія предлагаемаго пособія и сопряженнаго съ нимъ риска.

Окончательные результаты операциі представляются въ слѣдующемъ видѣ: изъ 18 случаевъ, оперированныхъ по поводу рака, въ 9 нѣтъ возврата до сихъ поръ, въ 3-хъ возвратъ (черезъ 12 мѣсяц., 7 мѣсяц. и 5 мѣсяц.). Относительно 3-хъ оперированныхъ точныхъ свѣдѣній не имѣется. Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ возврата нѣтъ,— по операциа выполнена сравнительно весьма недавно (въ сентябрѣ, ноябрѣ 1892 и февралѣ 1893 г.). Изъ случаевъ оперированныхъ мною ранѣе (съ 1886 г.) въ 1-мъ нѣтъ возврата болѣе 7 лѣтъ, въ 2-хъ—4 года, въ 3-хъ отъ 4—3 лѣтъ и т. д. Одна оперированная въ 1886 г. въ теченіи 5½ лѣтъ была совершенно здорова, въ половинѣ 6-го года показались признаки возврата и нѣсколько мѣсяцевъ спустя больная умерла. Инфильтрація появилась не на мѣстѣ влагалищнаго рубца, а вѣроятно на мѣстѣ бывшихъ культей широкихъ связокъ и шла по на-

правленію къ брюшной полости. Смерть при явленіи истощенія. Вскрытія не было, такъ какъ больная лѣчилась и умерла у себя на дому.

Припимая во вниманіе приведенныя данныя, я допускаю возможность стойкаго или, если угодно, кореннаго излѣченія рака матки вышеназваннымъ путемъ. Да и случаи возврата *тысколько мѣтъ* спустя я отношу въ рядъ благопріятныхъ результатовъ операціи. Они, во всякомъ случаѣ, оправдываютъ рискъ операціи, который, какъ видѣли уже выше, и самъ по себѣ не особенно великъ.

Слѣдуетъ замѣтить здѣсь однакоже, что длительные свободные отъ возврата промежутки (2—3 г.) мнѣ приходилось наблюдать не только послѣ полнаго вырѣзыванія матки, но и послѣ глубокаго (высокаго) вырѣзыванія шейки съ частью окружающей клѣтчатки.

Эту операцію въ названныхъ случаяхъ я выполнялъ обыкновенно при помощи аппарата Пакелена, рассчитывая на дѣйствіе калильнаго жара на близлежащія ткани, можетъ быть находящіяся уже на пути къ инфильтраціи или въ начальномъ періодѣ ея. Этотъ способъ коническаго вырѣзыванія (выжиганія) шейки матки я примѣнялъ много разъ и не вижу причинъ раскаиваться въ этомъ или быть не довольнымъ имъ. Не разъ во время операціи приходилось вскрывать брюшину дугласова пространства частью преднамѣренно, частью въ силу необходимости случайно. Это не останавливало дальнѣйшаго хода операціи, по окончаніи которой вскрытый отдѣлъ брюшины очищался вытираніемъ и въ него вводился тампонъ (дренажъ) изъ іодоформенной марли. Никакихъ дурныхъ послѣдствій отъ этого я не наблюдалъ, что касается кровотеченія, то оно встрѣчалось далеко не всегда, не смотря на то, что разрѣзь вверху приходился у самаго внутренняго зѣва, или весьма немного не доходя до него. Если появившееся кровотеченіе не уступало дѣйствию жара, то, не теряя времени, оно прочно было останавливаемо наложеніемъ массовыхъ лигатуръ, обыкновенно со вколomъ и выколomъ чрезъ слизистую рукава. Не останавливаясь на разборъ сравнительнаго значенія и достоинствъ обѣихъ операцій, мнѣ кажется, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полное удаленіе матки представляетъ какія либо болѣе или менѣе значительныя затрудненія, а распространеніе процесса ограничивается

только областью шейки, можно считать показанной операцио частичнаго удаленія матки.

Изъ всѣхъ операций 19 произведено въ Гинекологической Клиникѣ Императорскаго Казанскаго Университета, 1 въ Хирургической Госпитальной Клиникѣ профессора *В. И. Разумовскаго* (въ земской больницѣ). Приготовленія и обстановка операций были тѣ же, какъ это описано мною въ 1890 г. (Врачъ № 47).

Во всѣхъ случаяхъ я начиналъ операцио съ разрѣза задняго свода, съ послѣдующимъ вскрытiемъ дугласова пространства. Мотивы этого образа дѣйствiй уже изложено мною въ цитированныхъ выше сообщенiяхъ. Пришивъ двумя-тремя стежками брюшину къ стѣнкѣ рукава въ области разрѣза, я, подъ руководствомъ пальцевъ, накладываю съ обѣихъ сторонъ крѣпкiя лигатуры, которыя обхватываютъ lig. sacrouterin. Затянувъ лигатуры и разрѣзавъ связки, я доканчиваю отдѣленiе сводовъ рукава отъ матки круговымъ разрѣзомъ. Предварительное обкалыванiе и разрѣзъ связокъ даетъ возможность значительно смѣстить матку внизъ и получить свободный доступъ къ вышележащимъ отдѣламъ широкихъ связокъ. По окончанiи круговаго разрѣза, я стараюсь проникнуть черезъ пузырноматочное пространство въ переднiй дугласъ. Это, по моему, одинъ изъ важныхъ и серьезныхъ моментовъ операции, могущiй повести къ пораненiю мочеваго пузыря (въ моихъ случаяхъ пузырь былъ пораненъ въ случ. № 20). При отысканiи брюшины передняго дугласова пространства въ затруднительныхъ случаяхъ, я и въ этой серiи операций неоднократно пользовался Braun'овскимъ крючкомъ; вводя его черезъ рану въ заднiй дугласъ и перебросивъ черезъ матку, помѣщая конецъ крючка въ переднiй дугласъ и, потягивая за крючекъ, могъ видѣть мѣсто нахожденiя крючка и легко опредѣлить толщину слоя ткани, отдѣляющей его отъ поверхности разрѣза. Мнѣнiе мое относительно этого приѣма остается то же самое, какъ это высказано было и раньше (1. с.). По вскрытiи дугласова пространства, я прошиваю широкую связку (обыкновенно правую), раздѣливъ ее на участки, подобно тому, какъ это дѣлается при прошиванiи ножки при овариотомiи. Каждый прошитый участокъ разрѣзывается, и матка дѣлается все болѣе и болѣе подвижной, а выпол-

неніе операціи все болѣе и болѣе легкимъ. По отдѣленіи правой широкой связки, матка легко извлекается изъ брюшной полости и прошивание лѣвой широкой связки идетъ сверху внизъ. Связка также раздѣляется на пучки. Удаливъ матку и притягивая за нитки прошитыя и перевязанныя части, я осматриваю рану, съ цѣлю убѣдиться въ отсутствіи кровоточенія. Если гдѣ нибудь есть кровоточащія мѣста, то они обкальваются. Обыкновенно, однако, если операція шла гладко, кровоточеній не только не приходится наблюдать, послѣ удаленія матки, а и во все время операціи потеря крови нерѣдко можетъ быть въ высшей степени ничтожна. Въ этомъ я вижу несомнѣнную выгоду способа операціи съ предварительнымъ прошиваніемъ и употребленіе лигатуръ вообще въ сравненіи съ примѣненіемъ (вмѣсто нитъ) кровоостанавливающихъ пинцетовъ (*Richelot, Péan* и др.). А это обстоятельство для нѣкоторыхъ случаевъ можетъ имѣть огромное значеніе. Такъ, напр., нашъ случай № 14. Оперированная была до такой степени обезкровлена и слаба, что всякая, даже сравнительно небольшая, потеря крови могла быть для нея гибельной.

Во всѣхъ случаяхъ этой серіи, рана не зашивалась, а прямо тампонировалась йодформенной марлей, верхній конецъ которой помѣщался въ брюшной полости. Въ заключеніе накладывается на животъ (на первые 2—3 дня) давящая повязка. Больныя очень хорошо переносятъ повязку и гораздо меньше жалуются на неприятное ощущеніе и боль въ животѣ въ случаяхъ, сопровождающихся рвотой послѣ операціи. Уходъ за оперированными простъ до элементарности. Покойное положеніе, иногда ледъ на животъ (смотря по самочувствію больной), воздержаніе отъ пищи и питья въ первый день, въ случаѣ жажды — кусочки льду, при рвотѣ — тоже. Иногда, впрочемъ, ледъ плохо переносится и рвота уступаетъ горячему питью (чай). Это замѣчаніе еще съ большимъ правомъ относится къ операціи чревосѣченія <sup>1)</sup>. Мочится больная сама, катетера слѣдуетъ, по возможности, избѣгать. Даже въ случаѣ пораненія пузыря во время операціи, я предпочиталъ

<sup>1)</sup> П. Феноменовъ. 100 чревосѣченій, 2-я серія. Врачъ 1890 г.

обходиться безъ помощи катетера. Послѣ мочеиспусканія половая щель обсушивается ватой. Больныя лежатъ до 10—11 дня. Около этого-же времени извлекается марля изъ рукава, рукавъ промывается или очищается черезъ зеркало и снимаются нѣсколько легко доступныхъ нитокъ. Остальныя удаляются постепенно въ теченіе 6—7 дней.

До сихъ поръ всѣ мои операціи полнаго удаленія матки (около 50) были произведены черезъ рукавъ. Другихъ способовъ съ образованіемъ искусственныхъ путей къ маткѣ, каковы: промежностный методъ, предложенный *O. Zuckerkandl* емъ <sup>1)</sup>, (*extirp. perinealis*), видоизмѣненный сакральный методъ *Kraske* и парасакральный (*Zuckerkandl* я, *Wolfler* а <sup>2)</sup>) и различныя видоизмѣненія этихъ методовъ (*Hegar*, *Czerny* и др.),—я не примѣнялъ и притомъ *принципально*. Эти методы, давая, по мнѣнію авторовъ, быть можетъ, большій просторъ для удаленія пораженныхъ частей, именно при раковыхъ новообразованіяхъ, не выдерживаютъ критики. Ибо здѣсь одно изъ двухъ, или а) распространеніе процесса таково, что имѣется полная возможность выполнить удовлетворительно операцію черезъ рукавъ или, при кажущейся невозможности удаленія черезъ рукавъ, б) пораженіе заходитъ такъ далеко, что оперативное вмѣшательство въ столь энергичной формѣ.— по мнѣнію моему, излишне, такъ какъ все-таки нельзя быть достаточно увѣреннымъ въ полномъ удаленіи всѣхъ пораженныхъ мѣстъ. А что въ отношеніи легкости производства всѣ шансы на сторонѣ операціи черезъ рукавъ, то противъ этого совсѣмъ нельзя спорить. Съ моей точки зрѣнія эти способы могутъ идти въ замѣну влагалищному только въ исключительныхъ случаяхъ, напр.—недостаточность доступа къ маткѣ черезъ рукавъ (суженія, пороки развитія рукава и т. п.), если разрывомъ задней стѣнки его и промежности нельзя считать достижъ необходимой свободы дѣйствій.

Послѣдующее заживленіе рапы идетъ очень быстро и къ концу 3 недѣли образуется хорошій рубецъ. Избыточное образованіе грануляцій приходится видѣть все-

<sup>1)</sup> Wiener Med. Press. 1889.

<sup>2)</sup> Wiener klin. Wochenschr. 1889.



ма рѣдко. Въ такихъ случаяхъ—прижиганіе (*Racquinin*) обыкновенно скоро ведетъ къ рубцеванію. Въ отношеніи пици я не считаю нужнымъ особенно стѣснять больныхъ опредѣленнымъ режимомъ. Что пица должна быть легко варима и питательна,—это понятно само собою. Опорожненіе кишечника, если не происходитъ произвольно, производится помощью промывательныхъ изъ простой воды или легкихъ слабительныхъ на 5—6 день, а въ случаѣ надобности (вздутіе живота, чувство тяжести и т. п.) и раньше.

Показаніемъ къ операциі въ 18 случаяхъ служилъ ракъ матки. Умѣстность операциі полного удаленія матки при раковыхъ новообразованіяхъ въ настоящее время не оспаривается. Въ нашихъ случаяхъ анатомическій діагнозъ былъ—канкроидъ. Изъ осложненій можно указать на совмѣстное существованіе канкроида шейки матки и беременности (случ. № 9-й). Дѣло шло о беременности 4—5 недѣль, и я смотрѣлъ на беременность, какъ на осложненіе основного страданія и не только не видѣлъ въ этомъ противопоказанія къ коренной операциі, но наоборотъ, считалъ, что фактомъ беременности устанавливается необходимость операциі, по возможности, безотлагательная. Мотивы такого рѣшенія, между прочимъ, исходятъ изъ слѣдующихъ соображеній: 1) беременность и послѣродовой періодъ представляютъ весьма благоприятныя условія для прогрессивнаго развитія раковаго новообразованія матки, а потому откладывать лѣченіе основного страданія—нельзя; 2) хотя при частичномъ вырѣзываніи шейки беременной матки, беременность и можетъ не нарушаться въ своемъ теченіи, но никогда нельзя быть увѣреннымъ, что раковое новообразованіе удалено цѣлкомъ и что раннія стадіи инфильтраціи не находятся выше пояса операциі. А это, въ свою очередь, при данныхъ условіяхъ, грозитъ очень быстрымъ возвратомъ; 3) въ техническомъ отношеніи, я не предвидѣлъ особыхъ затрудненій, такъ какъ величина матки допускала извлеченіе черезъ рукавъ, а возможность сравнительно большихъ кровопотерь (по случаю беременности) я рассчитывалъ устранить тщательнымъ обкалываніемъ и предварительнымъ наложеніемъ лигатуръ; наконецъ, 4) мнѣ были извѣстны вполне успѣшныя случаи полного удаленія беременной матки черезъ

рукавь (напр. *Hofmeier* и др.). Операция въ моемъ случаѣ прошла очень гладко. Недавно я видѣлъ оперированную; она здорова. Жалобъ на половую сферу нѣтъ.

Въ остальныхъ 2-хъ случаяхъ показаніемъ къ операціи служили длительныя и неуступавшія обычнымъ способамъ лѣченія (даже и хирургическимъ)—маточныя кровотеченія. Такъ какъ въ обоихъ случаяхъ дѣло шло о такой степени малокровія, дальнѣйшее усиленіе котораго, по моему мнѣнію, угрожало жизни больныхъ, то я считалъ вполне умѣстнымъ и законнымъ удалить кровоточащій органъ—матку. На основаніи этого показанія операция полного удаленія матки чрезъ рукавь неоднократно была уже примѣняема и съ хорошими результатами (*A. Martin, Schauta*). Впервые, сколько мнѣ извѣстно, оперировать по этому поводу *A. Martin*<sup>1)</sup>. До 1884 г. операция выполнена была имъ въ 5 случаяхъ, одинъ окончился смертью, вслѣдствіе коллапса, вызваннаго предшествовавшими обильными кровопотерями. Во избѣженіе такихъ исходовъ, очевидно, слѣдуетъ рѣшаться на операцію во-время, а не откладывать ее до тѣхъ поръ, пока обезкровливаніе больной дойдетъ до такой степени, что надежды на выздоровленіе остается весьма мало. При этомъ необходимо принять въ вниманіе и то, что какъ сама операция, такъ и неизбежный наркозъ при ней—весьма не безразличны.

Въ случаяхъ *A. Martin*'а и въ нашемъ № 7 операция произведена была въ климактерическомъ возрастѣ. Это облегчаетъ терапевтическую задачу, ибо, рѣшаясь на операцію, мы удаляемъ органъ, сдѣлавшійся (и помимо болѣзненнаго состоянія) уже неспособнымъ къ чадородной функціи. Этимъ устраняемъ возраженіе, что оперативнымъ вмѣшательствомъ мы де уродуемъ женщину, лишаемъ ее естественнаго назначенія ея и пр. и проч. Въ другомъ случаѣ (№ 14) оперирована была совсѣмъ молодая (25 лѣтъ) женщина. Здѣсь приведенное возраженіе было бы, пожалуй, умѣстно, но такая постановка вопроса можетъ имѣть только общее, принципиальное значеніе, а задача клинки—индивидуализировать встрѣчающіеся случаи. Вотъ почему я думаю, что и въ своемъ случаѣ, примѣняя операцію *ad hoc*, я поступилъ вполне правильно.

1) *Patholog. u. Therapie d. Frauenkrankh. Wien 1885.*

## XIV.

# ТУБЕРКУЛЕЗЪ И НЕУКРОТИМАЯ РВОТА У БЕРЕМЕННЫХЪ КАКЪ ПОКАЗАНІЯ КЪ ОПОРОЖНЕНІЮ МАТКИ. СТАРЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ ПРОИЗВОДСТВА ПОСЛѢДНЯГО И ВЛІЯНІЕ ПЕРВЫХЪ НА ПОКАЗАНІЯ КЪ ЭТОЙ ОПЕРАЦИИ.

Д-ра мед. М. Д. Гинзбурга (Харьковъ).

## I.

Литература названныхъ болѣзней, преимущественно казуистика, разраслась до значительныхъ размѣровъ, но показанія къ оперативному лѣченію ихъ почти вовсе не разработаны; новыя сообщенія о такихъ случаяхъ, особенно съ летальнымъ исходомъ, мало попадающія въ печать, послужать къ выясненію пользы искусственнаго законнаго перерыва беременности въ нихъ.

*1-е наблюдение.* Г-жа А., 19 лѣтъ, выше средняго роста, до замужества и первые мѣсяцы послѣ того пользовалась цвѣтущимъ здоровьемъ. Съ наступленіемъ первой беременности, съ 8-й недѣли у ней появилась рвота, принявшая вскорѣ характеръ неукротимой. Изслѣдованіе въ началѣ заболѣванія показало: органы груди и полости живота—здоровы, матка въ легкой антеверзіи, нѣсколько болѣзненна, придатки ея—нормальны. Лѣченіе велось сначала мною, потомъ совмѣстно съ консультантами. Изъ употреблявшихся средствъ упомяну: бромъ, кокаинъ (по  $\frac{1}{2}$  грана, нѣск. разъ въ день) мѣстно: ледъ на животъ, смазываніе янчисомъ; профессоръ..., считая антеверзію причиною рвоты, производилъ нѣкоторое время редрессацію матки, но также безуспѣшно. Я и другой товарищъ предлагали въ началѣ 4-го мѣсяца беременности производство искусственнаго, законнаго выкидыша, но упомянутый профессоръ совѣтовалъ все подождать этимъ. Къ концу 4-го мѣсяца у больной, не переносившей никакой пищи и питья и дошедшей до высокой степени истощенія появились кашель и лихорадка. Покойный профессоръ *Лашкевичъ* опредѣлялъ, что у ней туберкулезъ легочныхъ верхушекъ. Состояніе больной быстро ухудшалось: появились гипостазы нижнихъ долей легкихъ и черезъ нѣсколько дней она умерла при явленіяхъ отека легкихъ въ началѣ 5-го мѣсяца беременности. Въ анамнезѣ указаній на туберкулезъ въ ея семьѣ не было.

*2-е наблюдение.* Г-жа Б., высокая, худая 22-лѣтняя женщина, замужемъ 1-й годъ. Приглашенный къ ней по случаю 2-хъ мѣсячнаго отсутствія регуль для опредѣленія предполагавшейся беременности, я, кромѣ увеличенія матки, соответственно сказанному сроку, не нашелъ никакихъ измѣненій ни въ половыхъ органахъ, ни въ груди. На появившіяся у ней черезъ нѣкоторое время тошноты и рвоты она смотрѣла, какъ на необходимую принадлежность беременности и не лѣчилась. Съ 7-го мѣсяца она начала лихорадить, худѣть, кашлять. Пользовавшіе ее врачи—терапевты признали, что у нея начинается туберкулезъ; акушерскій осмотръ указалъ на беременность двойнями. Роды прошли гладко; но послѣ родовъ поврежденіе легкихъ быстро усиливалось. На 4-й недѣлѣ послѣ родовъ г-жу В. отвезли въ Ялту, ради климатическаго лѣченія, но ничто не помогло: больная вскорѣ умерла тамъ при явленіяхъ вѣзко выраженной острой бугорчатки легкихъ.

Дѣти ея, переданныя кормилицѣ, живы; оба мальчика,—слабые, плохо-развитые; у одного—опухшія мидалевидныя и шейныя железы, частый бронхитъ и глухота вслѣдствіе бывшаго отита.

*3-е наблюдение.* Г-жа В., 27 л., мать трехъ дѣтей, нѣжнаго сложенія, малокровная. Въ первые мѣсяцы 4-й беременности заболѣла лихорадкой съ большими колебаніями температуры, съ апирексіями неправильнаго типа. Въ концѣ 2-хъ недѣль отъ начала болѣзни у ней пронзошелъ выкидышъ, на 4-мъ мѣсяцѣ. Меня пригласили къ ней по случаю задержанія послѣда и незначительнаго кровотеченія. Послѣдъ оказался уже отдѣлившимся и опустившимся во влагалище, только часть оболочекъ была ущемлена у внутренняго отверстія; небольшого потягиванія плаценты было достаточно для извлеченія ея и оболочекъ изъ рукава.

Въ анамнезѣ были указанія на наследственное предрасположеніе къ туберкулезу. Профессоръ, пользовавшій больную, опредѣлилъ у ней острую бугорчатку легкихъ съ плевритомъ, которая быстро усиливаясь, свела больную въ могилу недѣлю черезъ три послѣ выкидыша.

Подобные случаи представляютъ много сходства съ инфекционными цуэрпериальными процессами; что они могутъ быть смѣшаны, признаетъ и проф. *Paul Müller* <sup>1)</sup>.

Въ моей записи больныхъ за 27 лѣтъ практической дѣятельности отмѣчены еще многіе случаи туберкулеза у родильницъ; ограничиваюсь 3 приведенными, какъ типическими и безъ осложненій длительными параметритами, пачноеніями и т. п.

## II.

Въ началѣ 1890 г. въ *Semaine medicale* (№ 4, отъ 22 (10) января), появилась корреспонденція о засѣданіи Лондонскаго акушерскаго общества 20 января того же года,

на которомъ д-ръ *William Duncan* <sup>2)</sup> сообщилъ о произведенномъ имъ выкидышѣ у жены врача, 27 лѣтъ, на 3-мъ мѣсяцѣ ея беременности, по случаю туберкулеза. Болѣзнь началась у ней до замужества, 4 года назадъ; послѣ первыхъ родовъ (на 10 мѣс. послѣ замуж.) болѣзнь утихла; послѣ 2-хъ родовъ, черезъ 16 мѣсяцевъ отъ первыхъ, здоровье ея еще болѣе ухудшилось: она пролежала 3 мѣсяца въ постели. Приостановившаяся у ней болѣзнь на 1 1/2 года чахотка рецидивировала съ наступленіемъ 3-й беременности; въ это время у ней замѣчались: каверна въ лѣвой верхушкѣ, крентитирующіе хрины въ правой верхушкѣ и у основанія лѣваго легкаго. Доктора *Allchin* и *Charles*, пользовавшіе ее, признали, что дальнейшее теченіе беременности сократить ея жизнь. Соглашаясь съ ихъ мнѣніемъ, *William Duncan* произвелъ у ней выкидышъ: онъ расширилъ каналъ маточной шейки *Hegar*'овскими дилататорами, до № 22, удалилъ пальцемъ яйцо, подчистилъ острою ложечкой остатки оболочекъ, промылъ матку, вложилъ въ нее палочку изъ 20 гранъ іодоформа и загампонировалъ. Операция, произведенная подъ анестезіей хлороформомъ, длилась 25 минутъ. Больная выздоровѣла и черезъ 3 недѣли уѣхала изъ Лондона домой.

Сообщеніе *W. D.* вызвало въ акушерскомъ обществѣ оживленныя пренія. Д-ръ *Engelmann*, референтъ *Centralbl. f. Gynäkologie*, резюмировалъ эти дебаты такимъ образомъ: молодые члены общества: *Napier*, *Routh*, *Herman* (и проф. *Wallace*) раздѣляли взгляды *William Duncan*'а: старики: *Mathews Duncan*, *Plaisfair*, *Priestley* не соглашались съ докладчикомъ, считая не доказаннымъ вредное вліяніе беременности на туберкулезъ. Просмотрѣвъ сообщеніе *William Duncan*'а въ подлинникѣ, я прибавлю къ резюме д-ра *Engelmann*'а немногое. *Plaisfair* призналъ, что *W. D.* поступилъ правильно, рѣшившись на абортъ по консультациі съ двумя товарищами и сдѣлавъ о томъ докладъ обществу. При значительномъ развитіи чахотки въ ранніе мѣсяцы беременности, *Plaisfair* оправдалъ бы абортъ; но если допустить это въ началѣ заботѣванія, то иные врачи могутъ злоупотреблять такимъ показаніемъ, прикрываясь именемъ *W. Duncan*'а. *Plaisfair* и *Cullingworth* не думаютъ, чтобы абортъ увеличилъ шансы къ

жизни чахоточной. *Jamisson, M. Duncan* и *Priestley* заявили, что старое учение о приостановкѣ чахотки у беременных до сихъ поръ не опровергнуто и имъ известна одна только попытка въ этомъ родѣ французскаго доктора *Gaulard'a*. Въ концѣ преній *W. Duncan* добавилъ къ своему сообщенію слѣдующее: абортъ сопряженъ для туберкулезной съ меньшею опасностью, чѣмъ роды и *puerperium*; въ первые мѣсяцы беременности онъ считаетъ полезнымъ опорожненіе матки не только при усиленіи, но и при остановкѣ болѣзни, такъ какъ послѣдняя можетъ быстро ухудшиться во всякомъ періодѣ беременности. Въ поздніе мѣсяцы, при ухудшеніи болѣзни, слѣдуетъ немедленно прервать беременность; при остановкѣ болѣзни—онъ ждалъ бы почти до нормальнаго срока ея и вызвалъ бы тогда быстрые роды (расширеніе зѣва и щипцы или поворотъ, т. е. *accouchement forcé*, но не кровавымъ путемъ). Въ каждомъ случаѣ беременности у туберкулезной раньше, чѣмъ рѣшиться на перерывъ ея, надо обсудить это на консультаціи съ товарищами, которые и раздѣлять моральную отвѣтственность съ операторомъ. *W. Duncan* и проф. *Wallace* не знаютъ ни единого сочиненія, гдѣ бы указывалось, какъ поступать въ подобныхъ случаяхъ.

Докладъ *W. Duncan'a* побудилъ меня поискать въ литературѣ указанія относительно этого предмета, дабы выяснить себѣ, какой терапіи держаться при туберкулезѣ у беременныхъ, и вотъ результаты этихъ изысканій.

*Herard* <sup>3)</sup>, президентъ Парижской медицинской академіи, написалъ въ 1888 г. вмѣстѣ съ профес. *Cornil* и *Hanot* объемистое сочиненіе о бугорчаткѣ легкихъ. Они указываютъ, что мнѣніе о приостановкѣ чахотки у беременныхъ мы унаслѣдовали отъ врачей прошлаго и начала XIX столѣтій, преимущественно отъ *Cullen'a*, слова котораго воспроизводились цѣлымъ рядомъ ученыхъ: *Franc, Dugés, Andral, Portal, Desormeau, P. Dubois, Montgomery, de-Gardien, Gendrin, Capuron, Mauriceau, Louis, Stolz, Robert, Hervieux, Geneau-de-Mussy, Vigla, A. Dubois*, сочиненія которыхъ (18-и) цитируются у *Herard'a, Cornil'a* и *Hanot*.

Противъ этого мнѣнія выступили въ 1850 г. *Grisolle* <sup>3)</sup>, представившій описаніе 27 наблюдений, и позднѣе *Ortega* <sup>10)</sup>,

опубликованной 95 случаев, въ которыхъ беременность имѣла дурное вліяніе на болѣзнь: послѣдняя протекала у беременныхъ быстро, иныя не доносили до срока, а во время и вскорѣ послѣ родовъ многія умирали.

Болѣе другихъ вопросъ этотъ разработалъ проф. *Hermann Lebert* <sup>4)</sup>, выводы котораго основаны на подувѣчныхъ клиническихъ и патолого-анатомическихъ наблюденіяхъ въ Цюрихѣ, Парижѣ и Бреславлѣ. Привожу вкратцѣ выдержки изъ нихъ.

Если у дѣвушки бугорчатка остановилась, она вновь проявится при первой или одной изъ слѣдующихъ беременностей. Дѣти такихъ женщинъ или умираютъ вскорѣ, или вырастаютъ золотунными, или становятся тоже туберкулезными.

Изъ 7 такихъ родильницъ 2 умерли на 10-й и 11-й дни послѣ разрѣшенія, 5—между 5-й и 10-й недѣлями послѣ родовъ, при общей продолжительности болѣзни у нихъ отъ 4½ до 10 мѣсяцевъ.

Изъ 25 точно-прослѣженныхъ случаевъ туберкулеза у беременныхъ, 76% умерло къ концу 1-го года послѣ родовъ.

Внутри-утробное зараженіе плода *Lebert* видѣлъ у людей однажды <sup>5)</sup>; у обезьянъ—очень часто. Изъ множества

<sup>4)</sup> Внутри-утробное зараженіе плода туберкулезомъ доказано теперь экспериментально. Такъ, проф. *Hergott* <sup>5)</sup> впрыснулъ морской свинкѣ околоплодную жидкость туберкулезной самоубійцы и, по вскрытіи свинки черезъ 71 дни, у ней найдена бугорчатка легкихъ.

Д-ръ *Aréraguel* привилъ кроликамъ и свинкамъ куски послѣда туберкулезной женщины, частицы легкихъ и печени ея 7-ми мѣсячнаго плода. По вскрытіи привитыхъ животныхъ, у нихъ оказались коховекія бациллы (Врачъ 18:3, № 7, стр. 193).

Д-ръ *Hünertmann* описываетъ слѣдующее: у 25-лѣтней здоровой женщины произошелъ выкидышъ на 5 мѣсяцѣ. Первые дни все шло хорошо, потомъ появился тяжелый цуэрсеральный процессъ съ одышкою и родильница умерла. Въ гноѣ фаллопиевыхъ трубъ, въ налетѣ маточной полости и въ тромбѣ одного большаго сосуда маточной стѣнки нашли коховекія бациллы, тогда какъ въ стѣнкахъ матки ихъ не было. Это указываетъ пути зараженія больныхъ и на возможность внутри-утробнаго зараженія плода. (*Semaine medicale*, 1893, № 16).

Исторія болѣзни туберкулезной женщины, околоплодную жидкость которой проф. *Hergott* впрыснулъ свинкѣ, стоитъ того, чтобы сказать о ней пару словъ: она разрѣшилась въ клиникѣ въ 1-й разъ, будучи совершенно здоровой; при 2-ой беременности, черезъ два года, она была принята въ клинику по при-

вскрытыхъ имъ дѣтей, умершихъ отъ разныхъ болѣзней, meningitis tuberculosa встрѣчалась довольно часто.

Статьи *Grisolle*'я, *Ortega* и *H. Lebert* вызвали множество подтверждающихъ сообщеній; я назову только имена авторовъ: *Dubreuil*, *Bauhaud*, *Caresme*, *Budin*, *Charpentier*, *Namiar*, *Cruveilhier*, *Brouardel* (эти 8—цитированы у *Herard*), *Hergott* <sup>5)</sup> и приводимые имъ: *Pidoux*, *Peter*, *Tarnier*, *Petiaux*, *Borgesio*, *Martinetti*, *Chiara*, *Hecker*, *Buhl*, *Waltrabsky*, *Leopold* <sup>6)</sup>, *Stehberger* <sup>7)</sup>; *Spiegelberg*, *Schröder*, *C. Braun* (цитир. у д-ра *Зейдлера*), *Winckel* <sup>8)</sup> (съ указан. у него *Rokitansky*, *Heimbs*, *Flinth*, *Gaulard*) и *Paul Müller* <sup>1)</sup>.

Последній указываетъ, что старое ученіе о приостановкѣ туберкулеза у беременныхъ не вѣрно и что, наоборотъ болѣзнь, у нихъ ускоряется. Родовыя боли у такихъ больныхъ нерѣдко бываютъ слабыми, а у многихъ наблюдаются сильныя кровотеченія. По *Winckel*'ю послѣ-родовой періодъ и кормленіе сводитъ въ могилу  $\frac{3}{4}$  всѣхъ туберкулезныхъ женщинъ; изъ дѣтей ихъ 23% являются на свѣтъ мертворожденными и 13% — слабыми, умирающими въ раннемъ дѣтствѣ. Роды такихъ женщинъ опасны со стороны мышечныхъ напряженій и кровотеченій, почему *Winckel* совѣдуетъ ускорять у нихъ окончаніе родовъ.

Изъ русскихъ ученыхъ я укажу на проф. *И. П. Лазаревича* <sup>9)</sup>: «Бугорчатка, осложненная беременностью, — говоритъ онъ, — въ первой половинѣ задерживается въ своемъ развитіи, *послѣ 4-хъ мѣсяцевъ быстро ухудшается*» \*). Далѣе укажу на докладъ д-ра *Зейдлера* <sup>10)</sup> въ Спб. акуш.-гинеко. общ. о болѣзняхъ, которыя даютъ врачу право указать женщинамъ средства къ предотвращенію зачатія. Къ такимъ болѣзнямъ д-ръ *Зейдлеръ* относитъ: бугорчатку, болѣзни сердца и высокую степень анеміи. До-

---

чинѣ туберкулеза съ непрерывнымъ кашлемъ; чтобы облегчить ей приподыманье въ постели для откашливанія мокроты, привязали къ перекладнѣ кровати короткую веревку съ петлею на концѣ. Однажды, на разсвѣтѣ, послѣ кратковременной отлучки изъ комнаты приставленной къ больной ученицы-акушерки, постель больной оказалась пустою: несчастную женщину нашли на полу, мертвою, повѣсившеюся на высотѣ всего 15 сантиметр. отъ пола! Она провела при почти невѣроятной силѣ воли самоубійство, предпочитая его мучительной смерти отъ чахотки!

\*) Подчеркнуто мною.



кладъ этотъ былъ принятъ сочувственно членами общества; для меня въ немъ важны подтвержденія вреда беременности для туберкулезныхъ, признанныя какъ д-ромъ *Зейдлеромъ*, такъ и другими членами общества.

### III.

Приведенныхъ фактовъ, полагаю, достаточно для опроверженія довольно распространеннаго еще мнѣнія о приостановки чахотки у беременныхъ (послужившаго главнымъ аргументомъ для порицанія предложенія д-ра *William'a Duncan'a* старыми сочленами Лонд. акуш. общества).

Впрочемъ выводъ о вредѣ беременности для туберкулезныхъ не доказываетъ еще, чтобы перерывъ ея былъ полезенъ для такихъ больныхъ, какъ это извѣстно относительно болѣзней почекъ, эклампсiи и т. п.

Вопросъ этотъ слишкомъ новъ, чтобы его доказать фактически. А priori, уже устраненiемъ беременности и производимаго ею вреда мы принесемъ больнымъ несомнѣнную пользу подобно тому, какъ вырѣзыванiемъ раковопораженной маточной шейки и т. д., хотя при туберкулезѣ мы устраняемъ не причины его, а только условiя, ускоряющiя его развитiе.

Мнѣ могутъ возразить, что при искусственномъ выкидышѣ тоже бываетъ послѣродовой перiодъ болѣе вредный, чѣмъ сама беременность.

Но искусственный законный выкидышъ, проведенный по правиламъ современной техники и со всѣми антисептическими предосторожностями, не сопровождается ни болями, ни истощенiемъ организма, ни кровоточенiями, ни септическими послѣродовыми заболѣванiями, ни медленнымъ обратнымъ развитiемъ матки—нерѣдкими спутниками самопроизвольныхъ выкидышей или родовъ.

Въ доказательство сошлюсь на точныя наблюденiя *Dührssen'a* <sup>11)</sup>: при выскабливанiи матки въ первые три мѣсяца беременности кровотеченiе не превышаетъ одной столовой ложки, а на 4—5 мѣсяцахъ—50-ти граммъ; въ послѣродовомъ перiодѣ кровоточенiя при этомъ методѣ совсѣмъ нѣтъ и дѣло ограничивается небольшимъ отдѣленiемъ сукровицы въ первые 3—5 дней, что съ поло-

жительностью указываетъ на быстрый ходъ послѣродовой инволюціи матки.

При такихъ условіяхъ искусственный абортъ не можетъ ослабить организма больной, *а ранній перерывъ беременности*, устраняя весь вредъ ея и послѣродоваго періода при срочныхъ родахъ, *долженъ принести туберкулезной несомнѣнную пользу.*

#### IV.

*Неукротимая рвота беременныхъ.* Я не коснуся здѣсь теоріи, причины неукротимой рвоты, составляющей симптомъ разныхъ заболѣваній половой сферы или даже другихъ органовъ беременности (проф. *Славянский* <sup>12</sup>). Многие стараются уложить все случаи этой болѣзни въ одну этиологическую рамку, превознося дѣйствіе предложенныхъ ими средствъ, соответствующихъ ихъ взглядамъ на причину рвоты.

Такъ, въ 1891 г. профессора *Kaltenbach* <sup>30</sup>) и *Ahlfeld* <sup>31</sup>), затѣявшіе болѣе чѣмъ смѣшную полемику изъ-за первенства указанія на зависимость неукротимой рвоты отъ истерики, и д-ръ *Хазанъ* <sup>32</sup>), оспаривающій у обоихъ пальму первенства въ упомянутомъ открытіи, — предлагаютъ лѣчить все случаи этой рвоты, какъ истерику, шаблонно. Другіе, приписывая эту болѣзнь раздраженію нервовъ матки, передаваемому рефлекторно рвотному центру въ продолговатомъ мозгу и оттуда желудку, почему и назначаютъ во всехъ случаяхъ средства, притупляющія рефлексы, какъ кокаинъ, предлагаемый д-рами *Нейштубе* <sup>12</sup>), *Theophil Jaffe* <sup>13</sup>) и др. Многие предлагаютъ для этой цѣли электричество въ разныхъ формахъ (д-ръ *Попялковскій* <sup>14</sup>), *extr. hydrastis* (д-ръ *Федоровъ. П. Н.*, въ Харьковѣ <sup>15</sup>); *menthol* (*Gottschalck*) и т. д. Изъ эмпирическихъ средствъ *hydrastis*, *menthol* дали въ моей практикѣ отрицательные, противу-истерическія средства и изъ мѣстныхъ — ледъ на животъ дали мнѣ блестящіе результаты.

Каждый случай неукротимой рвоты слѣдуетъ индивидуализировать, отыскать причину ея; когда это удастся, лѣченіе будетъ успѣшно. Но у многихъ беременныхъ отклоненія отъ нормы въ маткѣ или другихъ органахъ на

столько незначительны, что ими нельзя объяснить упорность рвоты, а обычное лѣченіе не помогаетъ, у больныхъ начинается опасное истощеніе.

*Hyperemesis gravidarum* должно бы вызвать въ организмѣ измѣненія, какъ вообще неполное голоданіе <sup>16)</sup>. Изъ обширной литературы вопроса о голоданіи, въ которомъ многія лучшія изслѣдованія принадлежатъ русскимъ профессорамъ (*Манасеину, Пашутину, Афанасьеву*) и ихъ ученикамъ, мы знаемъ, что у голодающихъ также встрѣчаются пораженія почекъ и легкихъ (туберкулезъ (*Porter*), гангрена), какъ и при неукротимой рвотѣ; но послѣдняя, кромѣ того, влечетъ еще разстройства иннервации сердца и параличъ его (*Fleischlen* <sup>17)</sup>, *Fereol*, *Denos*), не соответствующія степени истощенія организма.

Поэтому здѣсь слѣдуетъ прибѣгнуть къ искусственному законному выкидышу возможно раньше, не допуская беременныхъ до крайняго истощенія, когда и выкидышъ не предотвратитъ смертельной развязки, какъ это подтверждается многими наблюденіями (2 *Leopold'a*, *Coë*, *Crug'a*, д-ра *Брюно* и др., см. указ. казунстики неукр. рв. за 1882—1892).

Такъ какъ по закону мы можемъ произвести искусственный законный выкидышъ только по совѣщанію съ другими врачами, то часто, по разногласію консультантовъ, рѣже по несогласію больной или ея родныхъ, мы теряемъ много времени и допускаемъ беременную до такого изнуренія, когда и производство выкидыша не спасетъ уже больную (мое I-ое наблюденіе, случай д-ра *Th. Jaffe*, *Хазана* и др.).

Проф. *Горвицъ* <sup>18)</sup>, возмущаясь спорами консультантовъ, спрашиваетъ: «чѣмъ обуславливаются эти разногласія во взглядахъ, стойшія и постоянно еще стоящія жизни столькимъ беременнымъ?»

*На это*, кромѣ указываемой прежними авторами трудности опредѣленія момента, когда нельзя уже болѣе ждать опоросженіемъ матки, *больше всего вліяло въ прошлыя десятилѣтія несовершенство техники и антисептики.*

Сравните описаніе этой операціи въ любомъ учебникѣ или журнальной статьѣ семидесятыхъ, даже въ началѣ восьмидесятыхъ годовъ. Сошлюсь на мою же статью <sup>19)</sup> въ 1873 году (Военно-медиц. журналъ, мартъ). Послѣ

предварительныхъ теплыхъ рукавныхъ душей, расширение матки 1—3 сжатыми губками, пока внутреннее отверстие пропустить 1—2 пальца, на что требовалось 1—2 дня. Затѣмъ—повторные сеансы отдѣленія зародышевого пузыря отъ стѣнки матки зондомъ съ цѣлью вызвать сокращенія матки (еще 1—2 дня), для усиленія послѣднихъ, при начавшемся уже выкидышѣ, назначался эрготинъ подкожно или въ клизмахъ (не внутрь—по причинѣ рвоты); дальше—ручное извлеченіе зародышевого мѣшка или, при самопроизвольномъ изверженіи содержимаго матки, удаленіе остающихся въ ней частицъ послѣда или оболочекъ, причемъ часто пальцемъ оказывалось невозможнымъ захватить въ углахъ матки баллотирующіе тамъ куски, которые и оставались въ ней; а при разложеніи ихъ, мы впрыскиваніемъ въ матку Брауновскимъ шприцемъ (въ 1—2 драхмы смкости) дезинфицирующаго раствора ( $\frac{1}{4}\%$  *kalii hypermanganicæ*, или  $1\frac{1}{2}$  хлор. желѣза съ водою) старались обезвредить ихъ.

Десять лѣтъ спустя, въ 1882 г., люди, стоявшіе тогда на высотѣ современной имъ науки (наприм. проф. *М. И. Горвицъ*<sup>18</sup>), примѣняли для производства законнаго выкидыша способы, мало отличавшіеся отъ описанныхъ мною въ 1873 г.

Такъ какъ оперативные приемы при производствѣ законнаго выкидыша и при лѣченіи кровотеченія, или септическихъ заболѣваній, обусловленныхъ самопроизвольнымъ выкидышемъ,—почти одинаковы, то и при послѣднихъ мы испытывали тѣ же техническія затрудненія, что и при первыхъ. Поэтому я воспользуюсь описаніями техникъ какъ при искусственномъ, такъ и при случайномъ выкидышахъ, чтобы отбѣнить болѣе рѣзко разницу между прежними и современными способами.

Я приведу для этого нѣсколько строкъ изъ статьи проф. *Толошнова*<sup>20</sup>): «Къ терапіи задержанія частей послѣда послѣ родовъ и выкидыша», напечатанной въ 1879 г. Въ первыхъ 16-ти случаяхъ своей казуистики проф. *Толошновъ* примѣнялъ обычные въ то время способы: расширение сжатыми губками, ручное удаленіе остатковъ. Въ 17-мъ же мы встрѣчаемъ переходъ къ новой терапіи. Вотъ суть его: сильное кровотеченіе послѣ выкидыша, повторившееся въ теченіи мѣсяца 2 раза.

Послѣ безуспѣшнаго назначенія кровоостанавливающихъ средствъ и эрготина подкожно, произведено расширеніе матки сжатыми губками; но палецъ нельзя было провести до дна матки. Вырыснута *t-ra jodi*, безъ пользы. Черезъ 2 недѣли снова сильное кровоточеніе, до 1½ фунтовъ за разъ. Вторичное расширеніе матки (чѣмъ — не указано, вѣроятно тѣми же сжатыми губками) и, соскабливаніе оставшихся частичекъ послѣда ложкой *Sims'a* съ вырыскиваніемъ *t-ra jodi*. Кровоточеніе прекратилось; но со 2-ой недѣли послѣ операциі, вслѣдъ за нравственнымъ потрясеніемъ, развился *perioophoritis* правой стороны, прекратившійся черезъ мѣсяць.

Д-ръ А. А. *Муратовъ* <sup>21)</sup>, пр.-доц. въ Москвѣ, описалъ въ 1882 году производившееся имъ для удаленія изъ матки частицъ послѣда при запущенныхъ выкидышахъ съ септическимъ заболѣваніемъ расширеніе матки створчатыми металлическими дилататорами *M. Sims'a*, при чемъ сеансъ такого расширенія длился до 4-хъ часовъ *сряду!* съ 10 минутными паузами между каждымъ 2—3 полуоборотами винта. Во время расширенія матка промывалась дезинфицирующими жидкостями изъ прригатора.

Въ томъ же 1882 г. проф. *Толочиновъ* <sup>20</sup> (b и c), въ статьѣ: «Къ терапіи выкидыша», упомянувъ о предложеніи *Spiegelberg'a* удалять остающіяся въ маткѣ частицы послѣда острою ложкой и объ употребленіи *Zweifel'em* въ такихъ случаяхъ корнцанга, говоритъ: «Мы предпочитаемъ указательный палецъ всякимъ инструментамъ, предлагаемымъ для этой цѣли». Впрочемъ, какъ я указалъ уже, проф. *Толочиновъ* еще съ 1878 г. началъ переходить уже отъ ручнаго удаленія частицъ послѣда къ острой ложкѣ и замѣнять сжатые губки ламинаріями.

Въ Медицин. отчетѣ Спб. родовспомогат. заведен. за 1877—1880 г.г., появившемся въ печати въ 1884 г., *Bidderъ* <sup>22)</sup> упоминаетъ, что острая ложечка никогда не употреблялась тамъ при выкидышахъ.

И такъ, прежде производство искусственнаго законнаго выкидыша въ первые мѣсяца беременности длилось долго, изнуряя еще болѣе и безъ того ослабленную больную; мы не могли быть увѣрены въ асептикѣ не только покупныхъ губокъ, но даже своего приготовленія; *Горвицъ* <sup>23)</sup>, *Haustann* <sup>24)</sup>; при возможности полного удаленія частицъ по-

слѣда, недоступныхъ для пальца, мы часто по долгу были беспомощными зрителями сильнѣйшихъ кровотеченій или септическихъ процессовъ, не умѣя быстро удалить изъ матки источника ихъ, что и заставляло врачей 15, даже 10 лѣтъ назадъ относиться слишкомъ боязненно къ операціи искусственнаго законнаго выкидыша и, изъ опасенія потерять больную во время операціи, во избѣжаніе нареканій, предоставитъ ее мучительной смерти отъ голоданія вслѣдствіе неукротимой рвоты или отъ нервнаго истощенія.

Оттого и статистика этой болѣзни у старыхъ авторовъ показываетъ очень большую смертность. *Dubois* наблюдалъ 20 случаевъ смерти; *Cartaga* изъ 117 случаевъ бур. гр. насчитывалъ 103 смертельныхъ и только 14 выздоровленій! У *Joulin*'а изъ 121 случая показано 49 летальныхъ или 41%; у *Сутыгина* изъ 59 сл. 28 смертельныхъ или 47%; у *Торвица* изъ 12-и наблюденій 5 летальныхъ или 41,6%<sup>15)</sup>.

Производство искусственнаго законнаго выкидыша даже въ старое время, не смотря на все несовершенство техники и антисептики, давало лучшіе результаты, чѣмъ выжиданіе.

Такъ у *Clintock*'а изъ 36 оперативныхъ случаевъ выздоровѣли 27 или 75%; изъ 72 выздоровленій, отмѣченныхъ у *Joulin*'а, въ 41 случаѣ или 56,8% больныя были этимъ обязаны искусственному перерыву беременности.

Можно-ли сравнить технику прежняго времени съ современнымъ выскабливаніемъ матки, которымъ мы теперь можемъ удалить содержимое ея въ первые мѣсяцы беременности въ четверть часа, при соблюденіи строжайшей антисептики не только наружныхъ половыхъ частей и рукава, но и полости матки, благодаря катетеру *Fritsch*'а или вытиранію полости (*essouvillogage*'у), съ быстрымъ расширеніемъ матки тегарами у рожавшихъ или медленнымъ, ламинаріями, у нерожавшихъ? Воспалительныя заболѣванія матки или ея придатковъ не служатъ противопоказаніемъ выскабливанію, какими онѣ прежде считались для расширенія матки губками; при недостаткѣ помощниковъ — можно оперировать безъ нихъ, посредствомъ зеркала *Cusco* (*Borell*<sup>25)</sup>. *Теръ-Григоріануз* оперировалъ при всякой обстановкѣ, даже при лежаніи больной на полу<sup>26)</sup>!

Современная техника опорожнения матки по простотѣ и безопасности доведена до такого совершенства, что операція эта получила широкое распространеніе не только среди специалистовъ университетскихъ центровъ, но и среди массы провинціальныхъ врачей. *Это, полагаю, должно повліять на учащеніе производства искусственнаго законнаго выкидыша при неукротимой рвотѣ и другихъ болѣзняхъ вообще и въ частности на болѣе раннее производство операціи, когда жизнь больной неукротимой рвотой можетъ быть положительно спасена этою операціей, а не ждать его, какъ въ бывшя времена, когда выздоровленіе станетъ сомнительнымъ или прямо невозможнымъ, не смотря на операцію.*

Вліяніе это уже сказалось въ появляющихся въ послѣдніе годы частыхъ сообщеніяхъ о производствѣ искусственнаго законнаго выкидыша какъ при hyperemesis gravidarum, такъ и при нефритѣ, кровотеченияхъ, туберкулезѣ (*W. Duncan'a*), болѣзняхъ сердца (случай *Doleris'a* въ Парижѣ, вызвавшій протесты *Pajot, Geniot* и др.). Въ указателѣ литературы я привожу рядъ этихъ случаевъ, которыхъ съ 1882—1892 насчитываю 245 съ 22 кончившимся смертельно, въ томъ числѣ 7, не смотря на операцію.

## V.

Опорожненіе матки путемъ выскабливанія удобоисполнимо въ первые три мѣсяца беременности; позднѣе зародышъ и послѣдъ такъ велики, что удаленіе ихъ изъ матки выскабливаніемъ невозможно; тутъ необходимо вызвать изверженіе ихъ маточными сокращеніями или достигнуть такого расширенія канала маточной шейки, чтобы можно было свободно провести въ матку два пальца для ручнаго извлеченія плода и послѣда.

а) При случайныхъ неполныхъ выкидышахъ въ эти мѣсяцы и недостаточномъ открытіи канала маточной шейки, *при наличии кровотеченій, но безъ повышенія температуры*, слѣдуетъ затампонировать матку, но не по старинному, т. е. безъ предварительной дезинфекціи половыхъ органовъ и безъ заркала, при чемъ скорость введенія тампона и безъ обнаженія больной считалась идеа-

ломъ искусства, хотя такая тампонація не всегда обезпечивала отъ кровотеченій; по правиламъ новѣйшей антисептики тампонація требуетъ предварительной дезинфекціи наружныхъ половыхъ органовъ и рукава, обнаженія маточной шейки желобоватымъ зеркаломъ, захватываніемъ ее пулевыми щипцами; затѣмъ мы начинаемъ тампониrowаніе, обыкновенно іодоформенной марлей, введеніемъ куска ее въ шейку и выполненіемъ ею сначала задняго свода, потомъ остальной части рукава (*Хазанъ*). Такой тампонъ механически препятствуетъ истеченію крови кнаружи, способствуетъ образованію кровянаго свертка и вызываетъ маточныя сокращенія, содѣйствуя изгнанію содержимаго матки тѣмъ болѣе, что матка, упирався въ тампонъ, сокращается сильнѣе, чѣмъ безъ него.

б) *Если абортующая лихорадитъ*, то слѣдуетъ приступить прямо къ расширенію матки; у рожавшихъ—гегарами, у не-рожавшихъ — асептическими ляминаріямп. Введеніе послѣднихъ съ тампонаціей рукава или одно послѣднее средство часто вызываетъ маточныя сокращенія, которыми изгоняется содержимое матки или достигается расширеніе шейки, позволяющее ручное (иногда корнцангомъ) удаленіе плода и послѣда.

Вмѣсто ляминарій можно расширить матку по способу *Vulliet*, введеніемъ шариковъ іодоформенной марли. Д-ръ *Соловьевъ* <sup>27)</sup>, изъ клиники проф. *Славянскаго*, описалъ 2 случая опорожненія матки: разъ—по причинѣ неукротимой рвоты, другой разъ—при начавшемся выкидышѣ съ лихорадочнымъ состояніемъ; оба раза по способу *Vulliet*'а. Процессъ продолжался 3<sup>1/2</sup> дня.

с) Для вызыванія искусственнаго законнаго выкидыша, начиная съ 5-го мѣсяца беременности, можно примѣнять уже способы, рекомендуемые для производства преждевременныхъ родовъ: бужами, впрыскиваніемъ ко дну матки (мы предпочитаемъ наконечникъ проф. *Лазаревича*, т. е. съ однимъ отверстіемъ на концѣ вмѣсто нѣсколькихъ). Въ послѣднее время д-ръ *Pelzer* <sup>28)</sup> рекомендуетъ вмѣсто воды брать для впрыскиванія въ матку глицеринъ: онъ производитъ большее отслоеніе яичевыхъ оболочекъ, чѣмъ вода и раздражаетъ внутреннюю поверхность матки, будучи въ то же время антисептической жидкостью. Впрыскиваютъ глицеринъ катетеромъ *Mercier* (эластическимъ), въ количе-



ствѣ 150.0 (resp. 100 граммъ, остальное разольется до введения катетера въ матку), въ лѣво-боковомъ положеніи.

Иногда при случайныхъ выкидышахъ въ 4 и 5 мѣсяцахъ встрѣчаю затрудненія особаго рода. Расскажу два такіе случая.

Лѣтъ 10 назадъ меня пригласили ночью на окраину города къ больной сильнымъ кровоотеченіемъ, по причинѣ выкидыша. При моемъ осмотрѣ длинная маточная шейка первобеременной на V-мъ мѣсяцѣ была плотно вышолена большою головкою плода. Пальцами ни извлечь головку, ни пройти за внутреннее отверстіе съ цѣлью поворота плода на ножку не удавалось; кромѣ зеркала *Cusco* и корнцанга со мною не было другихъ инструментовъ. После повторныхъ безуспѣшныхъ попытокъ къ извлеченію зародыша, я послалъ за жившимъ ближе къ той окраинѣ города товарищемъ-акушеромъ, проси его принести ножницеобразный перфораторъ; онъ пріѣхалъ безъ перфоратора и, подшучивая надъ моимъ затрудненіемъ въ такомъ случаѣ, попробовалъ свое искусство, но также потерпѣлъ неудачу. Тогда я назначилъ больной маленькую клизму съ опиумъ и хлоралемъ (gutt. X + gr. XV на 5 i воды). Черезъ  $\frac{1}{4}$  часа новая попытка пройти пальцемъ за внутреннее отверстіе привела къ желаемой цѣли, вѣроятно, благодаря расслабленію спазмодически-сжатого до того внутренняго отверстія. Я произвелъ поворотъ на ножку съ извлеченіемъ плода и послѣда, безъ насилія. Puerperium прошло съ умѣренной лихорадкою, оставивъ *subinvolutionem et endometritidem*, отъ которыхъ больная избавилась черезъ 2—3 года. Двѣ слѣдующія беременности также кончились у нея выкидышемъ; при послѣднемъ, года два назадъ, я удалилъ остатки оболочекъ острою ложечкой и эта дама теперь совершенно здорова.

У другой, при выкидышѣ въ IV мѣсяца, головка плода также плотно выполняла капаль маточной шейки. Въ тѣ, до-антисептическіе года я имѣлъ на правомъ указательномъ пальцѣ ноготь, замѣнившій мнѣ иногда острую ложку при удаленіи изъ матки остатковъ послѣда. Мнѣ же я прорвалъ покровы черепа на одномъ изъ швовъ и, захвативъ черепъ крючкообразно-загнутымъ пальцемъ изнутри, извлекъ плодъ.

Для подобныхъ случаевъ полезно имѣть съ собою какой-нибудь инструментъ для прободенія головки; корнцангъ можетъ замѣнить выкидышные щипцы *Levret* (лучше изъ многихъ подобныхъ, по *Горвицу*<sup>29</sup>), служившіе и вмѣсто дилатора) или другіе инструменты для этой цѣли, составляющіе нынѣ историческій балластъ.

Мнѣ 2 раза уже пришлось примѣнить у постели больныхъ изложенные мною взгляды на туберкулезъ и на неукротимую рвоту у беременныхъ.

4-е наблюд. Весною 1890 г., ко мнѣ обратилась жена врача, лѣтъ 30-ти, на 9—10 недѣлѣ ея беременности. Она болѣе десяти лѣтъ уже больна

чахоткой. Ея первые роды, лѣтъ 9 назадъ, осложнились, кромѣ туберкулеза легкихъ и гортани, эклампсией на почвѣ нефрита, почему и были окончены мною щипцами. Длинные промежутки между беременностями давали ей возможность поправляться. Въ настоящую беременность пріостановившійся у ней туберкулезъ рецидивировалъ: замѣчались каверна въ правой, бронхіальное дыханіе и притупленіе въ лѣвой верхушкѣ, съ умѣреннымъ лихорадочнымъ состояніемъ (38—38,5). При этомъ она страдала тошнотой и полнымъ отвращеніемъ отъ пищи. Одинъ изъ пользовавшихся ее врачей предложилъ произвести у ней искусственный законный выкидышъ. Для рѣшенія этого вопроса мужъ ея пригласилъ на консиліумъ меня и д-ровъ П. Ф. Рейнгардтъ и Рындовскаго, Д. Ф. Мы согласились, что при дальнѣйшемъ теченіи беременности пораженіе легкихъ неизбежно убьетъ больную и что абортъ можно спасти ее, гестр. пріостановить развитіе чахотки. Д-ръ П. Ф. Рейнгардтъ тутъ же произвелъ у больной выскабливаніе матки, съ незначительнымъ расширеніемъ шейки гегарами; потеря крови была у ней ничтожная. Послѣродовой періодъ прошелъ хорошо: бывшее до того лихорадочное состояніе прекратилось, появился аппетитъ и больная поправилась. Черезъ 2 недѣли она дѣлала уже прогулки около 2-хъ верстъ пѣшкомъ и до сихъ поръ находится въ сносномъ состояніи здоровья.

Старшая дочь этой дамы больна туберкулезомъ костей (колѣннаго сустава).

*5-е набл.* Жена врача, средняго возраста, беременная во 2-ой разъ, на VI мѣсяцѣ. Послѣ случайной простуды, обнаружившейся кратковременнымъ лихорадочнымъ состояніемъ и ревматическими болями въ мышцахъ, у ней появилась рвота, принявшая въ короткое время характеръ неукротимой. Мужъ ея и д-ръ ... назначали разные средства, но ничто не помогло; тогда они, считая необходимымъ искусственный законный выкидышъ, пригласили на консиліумъ меня и еще одного сотоварища. Кромѣ нѣкоторой болѣзненности матки при давленіи, мы не нашли причины этой рвоты и согласились, что дальнѣйшее пробованіе разныхъ эмпирическихъ средствъ будетъ бесполезно; а въ виду продолжавшагося уже 2 недѣли голоданія беременной и увеличивавшагося съ каждымъ днемъ истощенія ея, слѣдовало поторопиться опороженіемъ матки. Послѣднее принялъ на себя д-ръ ... и произвелъ вырскиваніемъ ко дну матки воды, по способу проф. Лазаревича. Вырскиваніе вызвало сильныя схватки, которыми черезъ 6 часовъ были изгнаны изъ матки незрѣлый плодъ и плацента; рвота прекратилась. Послѣродовой періодъ прошелъ гладко.

И такъ, благодаря установленію болѣе раціональныхъ взглядовъ на отношеніе беременности къ туберкулезу и на неукротимую рвоту, нефритъ и другія болѣзни, осложняющія беременность и благодаря усовершенствованію техники и антисептики операціи опороженія матки, многія

беременные, обрекавшіяся въ былое время на смерть, нынѣ могутъ быть спасены своевременнымъ производствомъ легкой и безопасной операци.

#### А. Источники.

1) *Paul Müller*. Handbuch d. Geburtshülfe (въ сотруднич. со мног. друг. професс. подъ ред. P. Müller'a). Stuttgart, 1888, Bd. II, p. 905.

2) *William Duncan*. Should pregnancy be terminated prematurely in cases of phthisis? Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XXXII, 1891. p. 7. Тоже въ рефератахъ: а) *Semaine medicale* 1890, № 4, p. 31; б) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1891, № 52, p. 1057; в) *Lancet*, 1890, p. 134.

3) *Herard, Cornil et Hanot*. La phtisie pulmonaire. Paris 1888; 2-me, edit., F. Alcan (*Grisolle*, Arch. general. de medec. 1850).

4) *Hermann Lebert*, prof. in Breslau. Ueb. Tuberculose der weibl. Geschlechtsorgane und über d. Einfluss d. Weib. Geschlechtslebens auf d. Entwicklung und d. Verlauf der Tuberculose. Arch. f. Gynäkol., Bd. IV, Berlin, 1872, p. 457.

5) *Alphonse Hergott* (проф. акуш. кл. въ Нанен). Annales de Gynecologie, 1891, VII—VIII. Тоже въ рефератъ: *C. f. G.* 1892, № 7, p. 135.

6) *Leopold*, prof. Ueb. d. Künstliche Frühgeburt bei hoffnungsloser Erkrankung der Mutter, Arch. f. Gynäkol, 1879, p. 299.

7) *Stehberger*. Lex regia und Kanstliche Frühgeburt, Arch. f. Gyn., Bd. I, Hf. 3, 465 (1870 г.).

8) *F. Winckel*, prof. in München. Lehrb. d. Geburtsh. Leipzig, 1889, p. 251.

9) *И. П. Лазаревичъ*, проф. Курсъ акушерства, 2-е изд. Спб., 1892, т. II, стр. 377.

10) *Д-ръ Зейдлеръ*. Журн. акуш. и ж. бол., 1889, V, стр. 329.

11) *Dührssen*, Zur Pathologie und Therapie des Abortus, Arch. f. Gynäk. Bd. XXXI, p. 112 (по рефер. въ Мед. Обзор. 1888 г., т. XXIX, стр. 10—76).

12) *Д-ръ Нейштубе*, Hyperemesis gravidarum. Журн. акуш. и ж. бол. 1891, № 12 и 1892, кн. I, стр. 39.

13) *Theophille Jaffe*, Hyperemesis gravidarum. Volkman's Saml. Klin. Vorträge. № 305, Leipzig, 1888.

14) *Д-ръ Попляковский*. Электричество при рефлект. рвотѣ берем. Мед. Об. 1892 г. № 23, стр. 1035.

15) *Д-ръ Н. П. Федоровъ* (въ Харьковѣ). Къ вопросу о чрезмѣрн. рвотѣ беременныхъ и средство противъ нея. Труды Харьк. медиц. общ. 1890, вып. II, стр. 163.

16) Реальная энциклопедія профессоровъ *Эйленбурга* и *М. И. Афанасьева*, статья «Голоданіе», т. V, Спб., 1892, стр. 387—428.

17) *Flaischlen*, *C. f. G.*, 1890, p. 333 и 814.

18) *М. Ис. Горвицъ*, проф. акуш. въ Спб. О неукротимой рвотѣ беременныхъ. Лекціи, читанныя въ Военно-Медиц. Академіи, 1882 Спб. *Его же*:

Zur Lehre von der künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft (Künstl. Frühgeburt und Abortus), Giessen 1881, p. 68—92.

19) *М. Д. Гинзбургъ*. Искусственный выкидышъ, произведенный по причинѣ неукротимой рвоты механическимъ путемъ. Протоколы Воронежскаго медицинскаго общества за 1871—1872 г., 4-й г., *Воронежъ 1873*, стр. 100—107 (сообщено на засѣданіи Общ. Ворон. врачей 15 сент. 1872 г.) и Военно-Медицинскій журналъ, 3-я кн., 1873 г.

20) *Толочиновъ Н. Ф.*, проф.: а) «Къ терапіи задержанія частей послѣда послѣ родовъ и выкидыша». Киевскіи университет. извѣстія 1879, отд. отд., стр. 38; б) «Къ терапіи выкидыша», Международная клиника, 1882, № 7 и в) Выскабливаніе слизиет. обол. полости матки, тамъ же 1882, № 9.

21) *А. А. Муратовъ*, прив.-доц. въ Москвѣ. О лѣченіи запущенныхъ, осложненныхъ выкидышей. Международная клиника 1883, кн. V, стр. 1—14.

22) *Биддеръ*. Aus d. Gebäranstalt d. Erziehungshauses zu St-Petersb. f. d. Jahre 1877—1880. По реферату въ Centralbl. f. Gynäk, 1884, № 39, p. 622.

23) *Горвицъ, М. И.*, проф. Клиническія записки по гинекологіи. Слб., 1871, стр. 63 и слѣд.

24) *Haussmann*. Kann d. Erweiterung d. verengten Muttermundes durch d. Press Schwamm die Empfängniss erleichtern? (позложеніе исторіи и вреда сжат. губокъ). Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk., Bd. III, Hft. 2, p. 311.

25) *Borell*, по реф. въ Журн. акуш. и ж. бол., 1890, стр. 382.

26) *Теръ-Грегорианцъ* (въ Тифлисѣ). Beiträge zur Abortenbehandlung. C. f. G., 1891, p. 865, № 43.

27) *А. Соловьевъ*. Отч. о засѣд. акуш.-гинеко. общ. въ Слб., C. f. G. 1889, p. 318.

28) *Pelzer*. Возбужденіе родовой дѣят. вн.-мат. впр. глицерина. Журн. акушер. и ж. бол., 93, 1, стр. 63.

29) *Горвицъ, М. И.*, проф. Опытъ учения о выкидышѣ. Слб., 1865, стр. 162 и слѣд.

30) *Prof. Kallenbach*. Hyperemesis gravidarum. Centralbl. f. Gyn., 1891, p. p. 537. 585.

31) *Prof. Ahlfeld*. Hyperemesis gravidarum, ptyalismus, hysteric. Centralbl. f. Gyn., 1891, p. 329 и 540.

32) *Д-ръ Хазанъ* (Гродно). Ueb. Hyperemesis gravidarum C. f. G., 1891 p. 541 и 1887, p. 25.

## В. Казуистика неукр. рвоты за послѣдніе 11 лѣтъ.

1882. *Кубасовъ*, Вр. Вѣд., № 40—43 и Мед. Об., XI, стр. 700. (3 случая).—*Partick*, C. f. G., № 23, p. 357. *Stocker*, ibid., № 37, p. 589 (по 1 сл.).

1883. *Львовъ М. В.*, 1.—*Космовскій* Вр. В., 7.

1885. *Weiss, Holz*. C. f. G., 1885, p. 53.

1885. *Engelmann*. C. f. G., p. 397.

1887. *Bränniche*. Мед. Об., XXVII, p. 1207 (1 сл.). *Видеманъ* въ Слб., C. f. G., p. 279 (2 сл. иск. вык., вызд.). *Thomas Smith*, ibid., p. 8 (1 сл. иск. вык. съ вызд.). *Хазанъ*, ibid., p. 25. *Greuser*, ibid., p. 26 (1 сл. иск. вык. съ

вызд., 3 — друг. сред.). *Bode*, *ibid.*, p. 26 (1 летальн. сл. послѣ самопр. вык.). *Klotz* (30 сл. хур. гр. 21 вызд. послѣ исправ. смѣщенія, 4 вык. самопр. съ смерт. исх. въ 2-хъ изъ нихъ). *Meinert*, *ibid.*, p. 26 (2 сл., изъ нихъ 1 летальн.).

1888. *Проф. Склифасовскій*. Журн. и акуш. ж. бол., стр. 943. (сл. неукр. рв., конч летально вел. неумѣтн. кастраціи и гнил. зараженія, рефер. проф. Славянскаго). *Синайскій*, *ibid.*, (1 лет. сл. послѣ иск. вык. на VI мѣсяцѣ). *Corneille St. Marc*, *ibid.*, p. 760. *Ahlfeld*, Мед. Об.; XXX, p. 269 (5 случ.).

1889. *Jaggard*, C. f. G., p. 44 (иск. вык. на V мѣс., вызд.). *Papp*, *ibid.*, p. 63. *Zweifel*, *ibid.*, p. 228 (иск. вык. рвота не прекратилась, смерть). *Temperl*, *ibid.*, p. 260 (иск. преждевр. роды. см. отъ родильн. горячки). *Stocker*, *ibid.* (иск. вык. при 3-хъ берем. сряду). *Rose*, *ibid.*, p. 491: *A. Соловьевъ* (изъ кл. проф. Славянскаго), *ibid.*, p. 318 (иск. вык. пом. тампонаціи, вызд.). *A. H. Соловьевъ*, пр.-доц. въ Москвѣ, Труды ак.-гин. общ. въ М., № 3, 4. *Geniot, Ferol. Semaine medicale*, pp. 19 и 357.

1890. *Küderlen*, C. f. G., p. 81. *Flaischten, P. Ruge*, *ibid.*, p. p. 333 и 814 (3 иск. вык., изъ нихъ 1 смерт.; 2 сл. хур. смерт. безъ опер.). *Gottschalk*, *ibid.*, p. 335. *Wissel*, *ibid.*, 504. *Rokilansky*, p. 858. *Felsenreich*, *ibid.*, 858. *Kaltenbach*, *ibid.*, 892. *Wertheimer*, *ibid.*, p. 927 (иск. вык. 2 раза у той же женщ., 3-й разъ хур. гр. излѣч. безъ операц.).—*Безуловъ*, Мед. Об., т. XXXIV, p. 608 (попытка къ иск. вык. при неукр. рв., излѣчившая болѣзнь). *Сурженико* и *Эмасбергъ*, Мед. Об., т. XXXIII, p. 153. (иск. вык. при неукр. рвотѣ вел. пузырн. заносовъ чер. 6 час. колыясь, выкаблыв. и медл. вызд.). *Mitschel*, Ж. ак., p. 620 (2 сл. неукр. рв., 1 иск. вык.).

1891. Соч. *Ahlfeld'a, Kaltenbach'a, Хазана* уп. выше, C. f. G. p. p. 329, 540, 537, 585. *Carney*, *ibid.*, 78. *Fruitnight*, p. 429 (4 случ.). *Gr. Hewitt*, *ibid.*, p. 622 (89 случ.: 73 смѣщенія, 6 восп. матки). *Erismann, Reismann*, *ibid.*, p. 623 (по 2 сл. летальн., 2 вызд.). *Tattet* *ibid.*, p. 684 (1 сл. иск. вык. при неукр. рв. съ колыясь, вызд.). *Coë, Crug*, *ibid.*, p. 684 (по 1 сл. иск. вык. съ смерт. исх.). *Kraetzer*, *ibid.*, 688. *Cohnstein*, p. 737 (2 случ.). *Gebé*, p. 816. *Goffe*, *ibid.*, p. 816 (1 сл. иск. вык. съ вызд.). *Lohmer*, *ibid.*, 876 (много случ. 1 иск. вык., вызд.). *Schütz*, *ibid.*, p. 876 (2 сл. иск. вык.). *Kirk*, *ibid.*, p. 879. *Ractler*, *ibid.*, p. 860 (3 сл. иск. вык.).

*Воффъ*, Медиц. Отч. акуш. кл. проф. Славянскаго съ 1834—1891 гг. дисерт., Спб. 1881, стр. 105 (1 случ. по сп. *Vulliet*, вызд.). *Брюно*, изъ поликли. проф. Рейна. Труды кievск. ак. гин. общ., вып. 7 и 8. p. 149 (иск. вык. при коматозн. соет., смерть). *Личкусъ*, 1 сл. иск. вык. съ смерт. исх., цитир. у Нейштубе, Ж. ак. и ж. бол., 1891 г., кн. 12-я, 1892 г., кн. 1-я, стр. 37. *Львовъ*, Медиц. отч. Лихачевского отд., Казань, 1891.

1892. *G. Braun*. C. f. G., p. 194. *W. Fischel*, *ibid.*, p. 444. *Keil*, *ibid.* p. *Grenser*, *ibid.*, p. 505. *Георгій Соловьевъ*, изъ кл. проф. Макѣва, *ibid.* (предупрежд. отъ произв. иск. вык. при неукр. рв. на почвѣ множ. нейрита). *Проф. Феноменовъ*, опер. акуш., Казань, 1892, стр. 63 (1 сл. иск. вык. на V мѣсяцѣ, вызд.). *Познанская* (неукр. рв. при внѣ-маточн. берем., вызд.). Ж. акуш. и ж. бол., 1892, XII, стр. 1232. *Choteau*, *ibid.*, p. 1235.

# КАЗУИСТИКА.

## Х.

*Из акушерско-гинекологической клиники проф. Н. Ф. Толчинова.*

### **СЛУЧАЙ КОНСЕРВАТИВНАГО КЕСАРСКАГО СЪЧЕНІЯ ПРИ АБСОЛЮТНОМЪ ПОКАЗАНІИ.**

Ординатора клиники А. И. Иванова.

8 января 1893 г. въ Акушерскую клинику поступила беременная О. Т.

*Anamnesis.* Беременная О. Т. происходитъ отъ отца-горбатаго карлика и матери-женщины средняго роста; имѣла брата-карлика, умершаго отъ дифтерита, сестру, умершую отъ неизвѣстной причины и брата здороваго и живущаго въ настоящее время, оба послѣдніе ничѣмъ отъ обыкновенныхъ людей не отличались. Мать беременной послѣ смерти мужа вышла замужъ вторично и имѣла еще двухъ здоровыхъ дѣтей и два выкидыша; умерла она отъ скоротечной чахотки. Въ дѣтствѣ беременная ничѣмъ особеннымъ не страдала, ходить начала въ концѣ втораго года и значительно отставала въ ростѣ отъ своихъ сверстниковъ. 13 лѣтъ получила *menstrua*, которыя вскорѣ послѣ появленія установились и приходили правильно черезъ 4 недѣли, были не обильны, безболѣзненны и шли 3—4 дня. Половой жизнью живетъ съ 20 лѣтъ. Послѣднія мѣсячныя имѣла съ 22 по 26 апрѣля 1892 года. Первые мѣсяцы беременности протекли нормально. Въ началѣ августа впервые почувствовала движеніе плода; въ сентябрѣ и октябрѣ испытывала частыя тошноты; въ теченіи всего ноября мѣсяца страдала кашлемъ, съ этого же времени страдаетъ упор-

ными запорами, которые устраняет слабительными, и нарушением мочеотделения: частое мочеиспускание иногда с рвзью; с конца декабря страдала частой рвотой особенно по утрам и постоянной тошнотой, которых нѣтъ только въ продолженіи послѣднихъ дней.

*Status praesens.* Беременная дворянка, 22 лѣтъ, очень малаго роста (106 см.), 125 ф. вѣсу, съ дряблой мускулатурой и плохо развитымъ подкожножирнымъ слоемъ; видимыя слизистыя оболочки блѣднорозоваго цвѣта. Волосистость тѣла плохо развита. Скелеть, кромѣ очень малаго роста, представляетъ рѣзкія неправильности: голова по отношенію ко всему туловищу очень велика; хотя обѣ половины ея и симметричны, но она представляется угловатой; зубы рѣзко выдаются впередъ; *pectus carinatum*; лѣвая нижняя конечность нѣсколько короче правой и сильно изогнута внутрь; подкрестцовая ямка сильно выражена; нижняя часть крестца и копчикъ рѣзко заворачиваются впередъ. Лицо беременной старообразно, съ обильнымъ отложеніемъ пигмента.

Животъ увеличенъ и конусообразно выдается впередъ; пупокъ слегка выпяченъ; *linea alba* пигментирована; на кожѣ живота масса рубцовыхъ полосъ розоваго цвѣта. Форма матки овальная; дномъ матка отклонена въ лѣвую сторону. Въ лѣвой половинѣ матки прощупывается спинка, въ правой мелкія части плода, головка плода надъ входомъ въ тазъ, подвижна. Сердцебиеніе плода выслушивается съ лѣвой стороны ниже пупка въ количествѣ 144 въ 1 минуту; съ обѣихъ сторонъ низа живота выслушивается маточный шумъ. Измѣреніе живота дало слѣдующіе результаты:

Окружность у основанія груди . . . . .	68 см.
Наибольшая окружность . . . . .	90 "
Отъ лобка до <i>proc. ensiformis</i> . . . . .	44 "
" " до пупка . . . . .	23 "
Отъ <i>sp. ant. sup. dextra</i> до <i>proc. ensif.</i>	31 "
" " " " до пупка . . . . .	26 "
" " " " <i>sin.</i> до <i>proc. ensif.</i>	33 "
" " " " до пупка . . . . .	27 "
Высота дна матки надъ лобкомъ . . . . .	22,5 "
Ширина матки . . . . .	19 "

Груды умѣренно развиты; соски мало выражены; *areolae* пигментированы; монгомеровы тѣльца въ небольшомъ количествѣ.

Правая ягодица развита больше лѣвой. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей оказалось: большія губы хорошо развиты, малыя значительно выдаются изъ-за большихъ и сильно пигментированы; клиторъ плохо развитъ, вульва надорвана въ нѣсколькихъ мѣстахъ, входъ въ рукавъ цианотически окрашенъ.

Внутреннее изслѣдованіе показало, что слизистая оболочка рукава разрыхлена, *columna rugarum* сохранены. Шейка слегка укорочена, *orificium externum* пропускаетъ конецъ пальца. Черезъ передній сводъ прощупывается головка, подвижно стоящая надъ входомъ въ тазъ. *Promontorium* и верхняя часть крестца значительно вдаются въ полость таза. Измѣреніе таза показало слѣдующее:

Dis. spin. . . . .	19,5	cm.
„ crist. . . . .	21	„
„ intertr. . . . .	25,5	„
Conj. externa . . . .	14	„
„ diag. . . . .	7,5	„
„ vera . . . . .	5,25	„
Окружность таза	71	„

Въ виду рѣзкой аномаліи скелета произведенное измѣреніе частей его дало:

Размѣры головы: прямой . . . . . 21 cm.  
поперечный . . . . . 14 „

Окружность ея черезъ прямой размѣръ . . . 53 „  
„ „ „ большой косою . . . 20,5 „

Высота черепа—13,5 cm.

Длина рукъ—50 cm.

Длина правой ноги отъ *sp. ant. sup.* до наружной ладыжки—54 cm., тотъ же размѣръ лѣвой ноги—53 cm.

Длина *ossis sterni*—16 cm.

Переднезадній размѣръ груди—17 cm.

Расстояніе отъ 7-го шейнаго позвонка до крестца — 28 cm.

Поперечникъ плечъ—28 cm.

Общесостояніе, здоровья за исключеніемъ *hyperidrosis pedum*, удовлетворительно. *T<sup>o</sup>*—нормальна. Пульсъ 80 въ 1 м.

Мочи 1000 к. с. въ сутки, уд. вѣсъ ея 1015, бѣлку и сахару не содержитъ.

Какъ видно изъ данныхъ *status praesentis* и *anamnesis*, беременная О. Т. находится на послѣднемъ мѣсяцѣ беременности и такъ



какъ она имѣеть общесъуженный (4-я степень сѣуженія) плоскій рахитическій тазъ, то рѣшено было выжидать родовъ и при началѣ ихъ произвести кесарское сѣченіе, на что отъ беременной получено было полное согласіе.

Дальнѣйшее теченіе беременности было совершенно нормальное; лѣченіе было направлено противъ потливости ногъ.

Съ 25 января О. Т. стала испытывать легкія тянущія боли въ полснищѣ, а 30 января съ утра появились рѣдкія, но правильныя схваткообразныя боли и кровянистыя отдѣленія. Изслѣдованіе, произведенное вечеромъ этого числа, показало: шейка сглажена, зѣвъ открытъ на два поперечныхъ пальца. Потуги являются черезъ каждыя 30—45 минутъ и длятся по 20—25 секундъ. Измѣреніе живота дало:

Окружность у основанія груди	. 68 см.
Наибольшая окружность живота	92 „
Высота дна матки надъ лобкомъ	22 „
Ширина матки . . . . .	20 „

Такъ какъ изслѣдованіе показало, что роды начались, то роженицу стали готовить къ операциі, для чего кишечникъ былъ очищенъ клизмами, лобокъ сбрить и О. Т. приняла двѣ мыльныхъ ванны.

Въ 9 ч. 15 м. вечера 30 января приступлено было къ производству кесарскаго сѣченія. Когда О. Т. была захлороформирована, брюшныя покровы вымыты и дезинфицированы, то кугельцангомъ были разорваны яйцевыя оболочки и подъ кожу впрыснуто 3 грана *Extr. secalis cognuti aquosi*; затѣмъ послойно были разрѣзаны брюшныя покровы по *lin. alba* между пупкомъ и не доходя двухъ см. до лобка; послѣ того какъ открылась передняя поверхность матки, брюшиной разрѣзъ былъ продолженъ на три поперечныхъ пальца выше пупка и матка выведена была наружу, а брюшныя покровы за нею были сведены кугельцангами. Подъ матку подведенъ былъ эластическій жгутъ, нижній сегментъ матки былъ сдавленъ руками ассистента, а операторъ быстро вскрывалъ матку и яйцевыя оболочки по средней линіи. Когда вскрыта была матка, обнаружена была подлежащей лѣвая ручка плода; заведеннымъ за паховой сгибъ пальцемъ были извлечены ягодицы, а затѣмъ и весь плодъ, который скоро былъ отдѣленъ отъ матери и переданъ въ руки акушерки. Послѣ того удаленъ былъ послѣдъ со всѣми оболочками и на ниж-

немъ сегментъ матки зятянуть былъ эластическій жгутъ, кровотечение было минимальное. Послѣ того какъ полость матки посредствомъ губки была освобождена отъ остатковъ deciduae, приступлено было къ зашиванію матки, при чемъ наложено было 10 глубокихъ брюшно-мышечныхъ и 11 поверхностныхъ брюшно-брюшинныхъ шелковыхъ швовъ, а затѣмъ былъ снятъ эластическій жгутъ; небольшое отдѣленіе крови изъ разрыва матки потребовало наложенія еще двухъ поверхностныхъ швовъ. По прекращеніи отдѣленія крови изъ разрыва матки произведена была по общимъ правиламъ кастрація, а затѣмъ матка, согрѣтая горячими салфетками, опущена была въ полость живота; вскорѣ послѣ этого было замѣчено плохое сокращеніе матки и отдѣленіе крови изъ половой щели, вслѣдствіе чего подъ кожу впрыснуто было еще 1½ gr. Extr. Secal. corn. aquosi, а матка энергично растиралась руками, послѣднія манипуляціи скоро вызвали сокращенія этого органа и прекращеніе отдѣленія крови изъ половой щели.

При зашиваніи брюшной раны на брюшину былъ наложенъ непрерывный кетгутовый шовъ, а на брюшные покровы 27 металлическихъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Рана присыпана была іодоформомъ и наложена антисептическая повязка. Оперированная уложена въ согрѣтую постель, а на животъ положенъ ледъ.

Ребенокъ былъ извлеченъ живымъ и вполне доношенымъ, мужскаго пола, вѣсомъ 3150 граммъ и 46 см. длины.

Послѣоперационное теченіе въ продолженіи двухъ первыхъ недѣль ничѣмъ не осложнялось, но на 15-й день родильница начала испытывать въ правой половинѣ живота боль, t° поднялась къ вечеру до 37,7° при пульсѣ 100; на утро 16-го дня t° поднялась до 39,1°, а пульсъ былъ 114; изслѣдованіе открыло эксудатъ въ правомъ параметринѣ; назначенъ былъ согрѣвающий компрессъ и покой; къ вечеру t° пала до 37,6°, пульсъ былъ 96. Въ послѣдующіе дни t° не поднималась, эксудатъ сталъ быстро оплотнѣвать и рассасываться, такъ что черезъ недѣлю можно было констатировать самые незначительные остатки его.

Швы сняты на 14-й день послѣ операціи. Ребенка О. Т. не кормила; пробыла въ клиникѣ до 5-го марта и выписалась вполне здоровой. Ребенокъ жилъ и правильно развивался.

Представленный случай консервативнаго кесарскаго сѣченія есть третій, произведенный при абсолютномъ показаніи профессоромъ *Н. Ф. Толочиновымъ*. Техника этой третьей операціи от-

личается отъ двухъ описанныхъ <sup>1)</sup> мною только тѣмъ, что вмѣстѣ съ кесарскимъ сѣченіемъ произведена была и кастрація.

Хотя въ литературѣ и извѣстны случаи повторнаго кесарскаго сѣченія даже до 4-хъ разъ на одной и той же женщинѣ, но подвергать послѣднюю лишній разъ такой серьезной операціи, не смотря на небольшой % смертности, довольно рискованно. Между тѣмъ какъ кастрація, произведенная вмѣстѣ съ кесарскимъ сѣченіемъ, очень мало осложняетъ ходъ операціи и нисколько, по крайней мѣрѣ въ нашемъ случаѣ, не вліяетъ на обратное развитіе матки и вообще на послѣоперационное теченіе, въ то же время гарантируетъ отъ послѣдующаго зачатія.

Идея о предотвращеніи на будущее время беременности у женщинъ, которымъ въ силу аномаліи таза приходилось производить кесарское сѣченіе, не могла не явиться уже давно, особенно въ старое до-антисептическое время, когда % смертности равенъ былъ 56—60 и даже 76% въ самыхъ умѣлыхъ и счастливыхъ рукахъ. И дѣйствительно еще въ началѣ настоящаго столѣтія д-ръ *Blundell* <sup>2)</sup> въ виду предотвращенія зачатія предлагалъ послѣ кесарскаго сѣченія перерѣзывать яйцеводы.

Въ настоящее время многіе акушеры говорятъ о необходимости кастраціи при операціи консервативнаго кесарскаго сѣченія; послѣднее примѣнимо конечно только у беременныхъ съ 4-ой степенью суженія таза, при операціи съ условнымъ показаніемъ производить кастрацію было бы не научно, такъ какъ преждевременные роды, вызванные въ извѣстные періоды беременности, въ огромнѣйшемъ большинствѣ случаевъ спасаютъ мать и дѣти остаются живы, хотя конечно только при извѣстныхъ обстановкахъ и рациональномъ уходѣ за ними, да и операція разсѣченія лоннаго сочлененія въ настоящее время представляетъ менѣе опасности.

<sup>1)</sup> См. Ж. А. и Ж. Б. 1893 г. мартъ. «Къ техникѣ операціи консервативнаго кесарскаго сѣченія».

<sup>2)</sup> См. Красовскій. Оперативное акушерство. Изд. 1885 г., стр. 600.

## XI.

### КЪ КАЗУИСТИКЪ УРОДСТВЪ ПЛОВОЙ СФЕРЫ У ВЗРОС- ЛЫХЪ ЖЕНЩИНЪ.

Д-ръ Ю. О. Аншелесъ. (Бердичевъ.)

#### 1. *Atresia ani vaginalis (vestibularis).*

Больная Двоя Ш., 19 лѣтъ отъ роду, еврейка, обратилась ко мнѣ съ жалобой на безплодіе.

При разспросѣ больной получилъ я отъ нея слѣдующія свѣдѣнія: менструировать больная начала на 13 году жизни; регулы установились сразу, но появлялись у нея черезъ 5—6 недѣль, продолжаясь дней по 5; крови всегда теряла при мѣсячныхъ много,—крови жидкой, безъ сгустковъ,—бывали и боли внизу живота, въ области поясицы и въ пахахъ какъ до наступленія, такъ и во время истеченія менструальныхъ кровей. 3 года тому назадъ вышла замужъ за человѣка молодого, 21 года, и вполне, по словамъ больной, здороваго. Со времени замужества типъ менструа установился болѣе правильный: черезъ каждыя 4 недѣли по 5 дней, не столь обильныя, какъ во время ея дѣвчества, и совершенно безболѣзненныя. Послѣднія регулы имѣла больная за недѣлю до прихода ко мнѣ, продолжались онѣ обычные 5 дней, были безболѣзненны и не обильны. За всѣ 3 года ея замужества регулы ни разу не задержались. *Sterilitas*—единственная жалоба больной.

При вопросѣ о томъ, не переносила ли она какихъ-либо заболѣваній въ дѣтствѣ, больная передала мнѣ, что она помнитъ себя всегда здоровой, но что на 3-ьемъ мѣсяцѣ ея жизни сдѣлана была ей покойнымъ профессоромъ Караваевымъ операція образованія искусственнаго задняго прохода, но безуспѣшно. Актъ дефекаціи происходитъ у нея „черезъ передній какъ бы проходъ“. Фекальныя массы твердыя удерживаетъ больная хорошо, жидкія же и газы кишечные не могутъ быть задержаны при выдѣленіи волею больной. Болей при актѣ дефекаціи она не чувствуетъ, съ положеніемъ своимъ въ этомъ от-

ношеніи вполне свыклась и говоритъ мнѣ объ этомъ только потому, что я спросилъ ее о здоровьѣ ея въ дѣтствѣ.

Больная средняго роста, шатенка, съ хорошо развитою костною и мышечною системами. Подкожный слой жира умеренно развитъ. Груды развиты хорошо; по общему виду своему больная представляетъ собою хорошо сформированную женщину.

При изслѣдованіи гинекологическомъ оказалось слѣдующее: брюшныя стѣнки равномерно напряжены, повышенной чувствительности нигдѣ не представляютъ; при надавливаніи ничего ненормальнаго не прощупывается; тонъ тимпанической. Наружныя половыя части хорошо и правильно сформированы, покрыты въ достаточномъ количествѣ волосами. Промежности собственно нѣтъ, но въ кожѣ сантиметра на 2 кзади отъ задней спайки большихъ губъ имѣется углубленный рубецъ,—слѣдъ въ дѣтствѣ сдѣланной большой операціи образованія задняго прохода. Зондъ входитъ въ это углубленіе на  $\frac{1}{2}$  сант. *Numen perforatus*.

Задняя стѣнка влагалища у входа въ него образуетъ какъ бы клапанъ, по приподыманіи котораго открывается щелевидный входъ въ довольно широкую полость съ дряблыми стѣнками, переходящую непосредственно въ *rectum*. На границѣ этого перехода ощупывается кольцевидное, болѣе плотное въ стѣнкахъ залегающее мышечное образованіе,—видимо *sphincter ani internus*. Полость эта глубиною въ 4 сантиметра. Самый входъ во влагалище, разъ не приподнять клапанъ, открывающій входъ въ гест'альную полость, равно и какъ и самое влагалище на всемъ его протяженіи не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы ни по величинѣ своей, ни по формаціи. Перегородка между влагалищемъ и гест'альной полостью, т. е. задняя стѣнка *vaginae* довольно плотна, представляется со стороны влагалища шероховатой, со стороны полости—гладкой; *columna rugarum posterior* выражена весьма слабо. У входа во влагалище перегородка эта до того плотно примыкаетъ къ задней стѣнкѣ входа въ гест'альную полость, что послѣдняя совершенно незамѣтна глазу; въ силу же имѣющагося притомъ въ данномъ случаѣ углубленнаго рубца на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ нормальному положенію *anus'a*, аномалію формаціи послѣдняго легко можно бы въ данномъ случаѣ просмотрѣть, тѣмъ болѣе, что вся повѣсть объ операціи въ дѣтствѣ передана была мнѣ по во-

просу уже о характерѣ и времени образованія втянутаго рубца на мѣстѣ anus'a.

Въ дальнѣйшемъ изслѣдованіи получились у этой больной данныя для діагноза цервикальнаго эндометрита, при чемъ ни со стороны шейки матки, ни со стороны тѣла матки и ея придатковъ нигдѣ уклоненій въ развитіи констатировать не удастся.—На основаніи указанныхъ данныхъ изслѣдованія порокъ развитія у больной Двояси Ш. долженъ быть отнесенъ къ случаямъ *atresiae ani vaginalis*, собственно *vestibularis*. Наслѣдственность исключается. Въ виду сравнительной рѣдкости случаевъ *atresiae ani* считаю описанный случай достойнымъ вниманія товарищей.

## 2. *Defectus genitalium internorum.*

Больная Бася К., 26 лѣтъ, еврейка, обратилась ко мнѣ съ совѣтомъ по поводу обычнаго у нея постояннаго отсутствія мѣсячныхъ (*amenorrhoea*) и бесплодія (*sterilitas*).

Больная передала мнѣ, что въ дѣтствѣ она была совершенно здорова; мѣсячныхъ кровей ни разу за всю свою жизнь не имѣла. Есть у нея еще 3 сестры, но тѣ имѣютъ и крови и беременѣютъ; никто изъ ея родственницъ, насколько больная знаетъ, такимъ недугомъ не страдали. Одно время какъ-то, когда ей было лѣтъ 15—16, больная страдала нѣкоторое время аперіодическими приливами крови къ головѣ, при чемъ, во время этихъ приливовъ, по разсказу больной, у нея краснѣло все тѣло, появлялись одновременно поносы тогда съ рѣзью въ животѣ; бывали боли и въ поясницѣ, но не правильно чередовавшіяся. Вышла замужъ больная на 18 году жизни за человѣка здороваго, однихъ лѣтъ съ нею. Половая жизнь ея въ первые годы супружества составляла источникъ невыносимыхъ нравственныхъ страданій и физической боли. (Больная скрывала и до сихъ поръ продолжаетъ скрывать сознаваемый ею какой-то физическій недостатокъ въ половыхъ ея органахъ отъ родныхъ своихъ и мужа). Мужъ больной, по словамъ ея, никогда не имѣлъ сношенія ни съ какою другою женщиною, весьма наивенъ, довѣряетъ ей; на замѣчанія его относительно затрудненій, испытываемыхъ имъ при *coitus*'ѣ, больная успокаиваетъ его тѣмъ, что, вѣроятно, у всѣхъ такъ. Въ началѣ супружеской жизни, въ продолженіи 2—3 лѣтъ, *coitus* абсолютно являлся для нея пыткой; до того онъ былъ болѣзненъ; постепенно эта пол-

ная невозможность свершенія coitus'a переходила во все болѣе и болѣе относительную;—и за послѣднее время coitus остается все-таки мало удовлетворяющимъ какъ ее, такъ и мужа ея, болѣзненъ. Чувство сладострастія ей вполне понятно и свойственно.

Больная—блондинка высокаго роста, хорошо сложена съ вполне оформленными грудями, таліей. Выраженіе лица и весь складъ тѣла — женственное.

При изслѣдованіи гинекологическомъ оказалось слѣдующее: брюшныя стѣнки напряженія нормальнаго; наружныя половыя части недоразвиты, малыя губы въ видѣ ничтожной складочки, mons Verenis слегка покрыта волосами; нигдѣ никакого слѣда образованія, соотвѣтствующаго hymen'у; клиторъ развитъ хорошо; отверстіе мочеиспускательнаго канала нормальной величины; промежность длиною въ  $3\frac{1}{2}$  стм. Влагалище представляется въ видѣ дряблага слѣпаго мѣшка, глубиною въ  $2\frac{1}{2}$  стм., но могущаго быть растянутымъ въ глубь до 6—7 стм. при давленіи пальцемъ на дно этого слѣпаго мѣшка-влагалища, легкая при этомъ болѣзненность; при растяженіи болѣе быстро болѣзненность сильнѣе.

При бимануальномъ изслѣдованіи чрезъ описанный мѣшокъ-вагину и брюшныя стѣнки или чрезъ прямую кишку и брюшныя стѣнки не удается прощупать ничего, что соотвѣтствовало бы маткѣ и ея придаткамъ. (Изслѣдованія чрезъ мочевой пузырь не произвелъ).

Полная почти невозможность свершенія coitus'a при рѣзкихъ боляхъ въ первые годы супружеской жизни больной, постепенное улучшеніе въ этомъ направленіи, дошедшее къ настоящему времени до сравнительно сноснаго еще для больной половой жизни,—все это говоритъ, по моему, за то, что на ряду съ отсутствіемъ матки и ея придатковъ у данной больной было и полное отсутствіе влагалища, но что частыми усиленными coitus'ами въ теченіи 8-лѣтней супружеской жизни больной постепенно вдавливавшимися мягкими частями образовался слѣпой мѣшокъ, весьма не длинный при условіяхъ покоя и достаточно уже растяжимый (до 7 сант.) при давленіи пальцемъ, а слѣдовательно и при coitus'ѣ. Обычно при анатомическихъ условіяхъ, какія существовали у нашей больной, coitus совершается чрезъ мочеиспускательный каналъ, при посредствѣ и путемъ постепеннаго расширенія котораго penis прокладываетъ себѣ путь въ мочевой пузырь. Въ данномъ случаѣ отверстіе

уретры представляется вполне нормальнымъ. Въ виду этихъ соображеній я думаю, что наиболѣе соответствующимъ діагнозомъ клиническимъ даннаго случая представится *defectus genitalium internorum*. Въ смыслѣ практическомъ образовавшійся слѣпой мѣшокъ имѣеть существенно-важное значеніе для больной, давая ей возможность пользоваться до извѣстной хотя степени, если не семейною, то жизнью супружескою. Представляетъ ли данный случай полное отсутствіе внутреннихъ половыхъ органовъ и въ смыслѣ анатомическомъ, а не рудиментарное лишь ихъ развитіе—рѣшить гораздо труднѣе; данныя какъ изслѣдованія, такъ и анамнеза говорятъ хотя и не абсолютно, но все-же болѣе клонятся въ сторону полного отсутствія внутреннихъ половыхъ органовъ и въ смыслѣ анатомическомъ: приливы крови къ головѣ, покраснѣніе кожи, на что указываетъ больная при анамнезѣ о состояніи ея здоровья во время ея дѣвчества,—явленія эти врядъ-ли можно отнести на счетъ бывшихъ въ началѣ *molimina menstrualia* ихъ аперіодичность,—да дальнѣйшее теченіе случая,—говорить за какое либо другое заболѣваніе|характера, быть можетъ, и сосудодвигательнаго и стоящаго даже въ связи съ общимъ развитіемъ «половымъ» (если можно такъ выразиться по отношенію къ данному случаю) больной нашей,—но это не *molimina menstrualia* въ истинномъ смыслѣ и значеніи этого слова.

---



## ХІІ.

*Изъ Акушерско-Гинекологической клиники профессора Н. Ф. Голочинова.*

### СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКАГО ПОСЛѢРОДОВАГО ВЫВОРОТА МАТКИ. (INVERSIO UTERI PUERPERALIS CHRONICA.)

Ординатора Гр. Поюровскаго.

Не смотря на то, что во всѣхъ руководствахъ Акушерства и Женскихъ болѣзней довольно обстоятельно трактуется объ острыхъ и хроническихъ послѣродовыхъ выворотахъ матки, однако далеко не всякому, даже и очень занятому акушеру-гинекологу, приходится имѣть дѣло съ больными, одержимыми этимъ страданіемъ. Въ любомъ изъ руководствъ, въ каждой статьѣ, посвященной этому вопросу, указывается на крайнюю рѣдкость послѣродоваго выворота и приводятся десятки и даже сотни тысячъ родовъ, имѣвшихъ мѣсто въ различныхъ родильныхъ домахъ, при чемъ не наблюдалось ни одного случая выворота матки. Такъ напр., *Winckel* <sup>1)</sup> на болѣе чѣмъ 17000 случаевъ родовъ не наблюдалъ ни одного случая послѣродоваго выворота матки; по *Spiegelberg*'у <sup>2)</sup>, на 190000 родовъ въ Дублинскомъ родильномъ домѣ наблюдался всего одинъ случай выворота, а въ Вѣнѣ, въ клиникѣ проф. *C. v. Braun*'а на 280.000 не наблюдался ни разу (*Breus* <sup>3)</sup>); въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ домѣ, въ С.-Петербургѣ, за послѣднія 48 лѣтъ его существованія не было ни одного случая послѣродоваго выворота <sup>4)</sup>. Въ просмотрѣнномъ мною архивѣ Харьковской Акушерско-Гинекологической клиники за послѣднія 25 лѣтъ также не оказалось ни одного случая послѣродоваго выворота матки.

<sup>1)</sup> Dr. F. Winckel, Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig. 1889. s. 753.

<sup>2)</sup> Отто Шпигельбергъ. Учебникъ Акушерства. 2-е (Русское) издание 1885 г. стр. 659.

<sup>3)</sup> Breus. Wien. med. Wochschr. За 1882 г. № 7., Centralbl. f. Gynäk. 1882. стр. 495.

<sup>4)</sup> Вастень. Медицинскій Вѣстникъ 1883 г.

Совершенно иные результаты получимъ мы, если дадимъ себѣ трудъ заглянуть въ медицинскіе журналы послѣднихъ лѣтъ. Такъ, въ просмотрѣнной мною литературѣ за послѣднія 5—6 лѣтъ, чуть ли не въ каждомъ томѣ имѣется по нѣсколько сообщений, трактующихъ о случаяхъ острыхъ или хроническихъ выворотовъ матки съ тѣмъ или инымъ исходомъ болѣзни.

Такое кажущееся противорѣчіе между тѣмъ, что даетъ статистика родильныхъ домовъ, и тѣмъ, что мы находимъ въ литературѣ, очень не трудно объяснить, если принять во вниманіе, что выворотъ матки, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, представляетъ собою послѣдствіе дурно проведенныхъ родовъ, при которыхъ пособіе оказывается лицами, плохо подготовленными въ научномъ отношеніи, или и совершенно не имѣющими никакой подготовки (простыя бабки). Такія лица очень часто предпринимаютъ различныя грубыя манипуляціи, въ особенности въ третьемъ послѣдовомъ періодѣ родовъ.

Что роды служатъ наиболѣе частымъ этиологическимъ моментомъ выворотовъ матки, доказывается данными, приводимыми въ монографіи *Crosse'a* <sup>1)</sup>, изъ коихъ видно, что на 400 собранныхъ имъ случаевъ выворота матки, — 350 имѣли непосредственною причиною родовой актъ и только 50 случаевъ обусловливались причинами, не имѣвшими никакого отношенія къ акту дѣторожденія. Изъ просмотрѣнныхъ мною 70-ти исторій выворотовъ матки и краткихъ рефератовъ ихъ, обнародованныхъ въ доступной мнѣ литературѣ <sup>2)</sup> за послѣднія 6 лѣтъ, 60 изъ нихъ находятся въ зависимости отъ родоваго акта и только 10 имѣютъ своимъ этиологическимъ моментомъ другія причины. Въ значительномъ большинствѣ, изъ этихъ 60 случаевъ послѣродоваго выворота матки, прямо указывается на грубыя, неосторожныя манипуляціи въ третьемъ періодѣ родовъ, какъ на непосредственную причину, послужившую толчкомъ къ образованію выворота.

Нашъ случай, въ этиологическомъ отношеніи, относится къ этой именно категоріи выворотовъ матки.

Случай этотъ слѣдующій:

Анна Л., мѣщанка города Ставрополя Кавказскаго, 22 лѣтъ, поступила въ Харьковскую Акушерско-Гинекологическую кли-

<sup>1)</sup> Crosse. См. руководство къ Патолог. и терапіи женск. половой сферы М. Горвица, ч. 2-я, вып. 1-й, 1876 г., стр. 794.

<sup>2)</sup> Журн. Акуш. и Женск. бол., Врачъ, Centralbl. für Gynäkologie.

нику 27-го ноября 1891 г. съ жалобами на постоянныя кровото-  
ченія изъ половыхъ органовъ въ теченіе послѣднихъ трехъ  
лѣтъ.

Изъ разсказа ея мы узнаемъ, что она происходитъ изъ здоро-  
вой семьи, въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ  
и никогда, кромѣ легкихъ простудъ, ни чѣмъ не болѣла. Мен-  
струируетъ съ 15 лѣтъ, всегда правильно черезъ 3 недѣли на  
4-ю, по 5 дней, безъ всякихъ болей; крови отдѣлялись  
всегда въ умѣренномъ количествѣ. 17-ти лѣтъ вышла за-  
мужъ и продолжала менструировать такъ же, какъ и до за-  
мужества. Мужъ больной вполне здоровъ. Въ началѣ второго  
года своего замужества А. Л. забеременѣла, при чемъ бере-  
менность протекала вполне нормально: больная чувствовала  
себя все время прекрасно и ни тошнотами, ни какими либо  
другими непріятными осложненіями не страдала. Роды насту-  
пили въ срокъ и продолжались, по словамъ больной, всего 12  
часовъ (отъ начала родовъ до рожденія плода). Силами приро-  
ды родился живой, доношенный младенецъ. Простая повитуха,  
помогавшая ей при родахъ, не дождалась однако произвольна-  
го выхода послѣда, а вошла рукой въ рукавъ и съ такой силой  
потянула за пуповину, что больная почувствовала, какъ у нея  
внутри что-то оборвалось. Что было дальше—больная не знаетъ,  
такъ какъ съ нею случился глубокій обморокъ и она пришла  
въ сознаніе только на второй день послѣ родовъ. А. Л. про-  
лежала послѣ родовъ въ постели  $\frac{1}{2}$  года и въ теченіе этого  
времени непрерывно теряла кровь; кромѣ того, первыя недѣ-  
ли послѣ родовъ, у нея была лихорадка, вздутіе и сильная бо-  
лѣзненность живота; однако, ни тошнотъ, ни рвотъ у больной  
не было. А. Л. оставила постель только черезъ полъ-года по  
слѣ родовъ. Кровотеченія къ этому времени хотя и уменьшились,  
но все же не прекращались вполне и сильно ослабляли боль-  
ную; характеръ ихъ однако нѣсколько измѣнился: три недѣли  
кровь отдѣлялась въ большомъ количествѣ, иногда со сгустка-  
ми, а затѣмъ кровотеченія смѣнялись выдѣленіями, только  
слегка окрашенными кровью въ розовый цвѣтъ; отдѣленія эти  
продолжались недѣли двѣ, а потомъ наступало опять кровоте-  
ченіе. Такъ шло дѣло въ теченіе всѣхъ трехъ послѣднихъ лѣтъ.  
Во время этихъ періодическихъ кровотеченій больная страдала  
сильнымъ вздутіемъ живота, головными болями, болями внизу  
живота, чувствомъ напиранія на тазовое дно и затрудненнымъ  
мочеотдѣленіемъ. За пособіемъ больная обратилась только по

оставленіи постели, т. е. через  $\frac{1}{2}$  года послѣ родовъ. Мѣстные врачи, однако, ограничивались только назначеніемъ внутреннихъ средствъ, отъ которыхъ больная не получала никакого облегченія, почему и рѣшилась наконецъ послѣдовать совѣту одного изъ врачей «отправиться въ Харьковъ».

Анна Л. блондинка, средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой нѣсколько атрофированы; костная система уклоненій отъ нормы не представляетъ; грудные и брюшные органы также нормальны. Рѣзко выраженная блѣдность лица и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Наружные половые органы развиты правильно: малыя губы выдаются изъ-за большихъ, слегка пигментированы; клиторъ развитъ умѣренно; промежность цѣла. Въ рукавѣ, на разстояніи 1—2 сантиметровъ отъ входа его, изслѣдующій палецъ наталкивается на довольно плотное, легко кровоточащее съ бархатистой поверхностью тѣло, величиной нѣсколько болѣе куриного яйца. Тѣло это по направленію вверхъ, къ наружному зѣву матки, постепенно суживается, образуя какъ бы ножку фибрознаго полипа; толщина этой ножки, приблизительно, около 2—3 сантиметровъ. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи оказывается, что стѣнки растянутаго маточнаго зѣва по всей своей окружности переходятъ непосредственно въ ткань выдающагося изъ него тѣла, образуя какъ бы неглубокую бороздку, въ чемъ легко убѣдиться какъ при дигитальномъ изслѣдованіи, такъ и при изслѣдованіи маточнымъ зондомъ. Производя двойное ручное изслѣдованіе черезъ рукавъ и наружные брюшные покровы, можно легко убѣдиться въ отсутствіи матки на ея обычномъ мѣстѣ и, наоборотъ, ясно удастся прощупать легкое воронкообразное вдавленіе тотчасъ за растянутымъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ. При изслѣдованіи зеркалами Sims'a оказывается, что выдающееся въ просвѣтъ рукава темно-краснаго цвѣта, съ бархатистой поверхностью, тѣло имѣетъ грушевидную форму; по угламъ, у нижняго конца этого тѣла, съ правой и лѣвой его стороны замѣчаются два небольшихъ, симметрично расположенныхъ, точечныхъ углубленія—маточныя отверстія фаллопиевыхъ трубъ.

На основаніи данныхъ, полученныхъ какъ путемъ объективнаго изслѣдованія, такъ и путемъ распроса больной, былъ поставленъ діагнозъ полнаго хроническаго послѣродоваго выворота матки.

На другой день по поступленіи больной въ клинику, т. е. 28 ноября, была произведена первая попытка вправить матку

ручными приёмами безъ наркоза больной, но никакихъ удовлетворительныхъ результатовъ этой попыткой добиться не удалось. Проспринцевавъ послѣ этого рукавъ 2% растворомъ карболовой, а затѣмъ 4% растворомъ борной кислоты, своды рукава были выполнены 10% іодоформенной марлей, тѣло инвертированной матки также закрыто той же марлей, а вся остальная часть рукава была туго набита тампонами изъ стерелизованной гигроскопической ваты. Въ виду болей, ощущаемыхъ больной въ нижней части живота, послѣ неудавшейся попытки ручнаго вправления, ей былъ положенъ на нѣсколько часовъ пузырь со льдомъ на низъ живота.

Дальнѣйшее лѣченіе, вплоть до 8 декабря, заключалось въ примѣненіи кольпейринтера, при чемъ, для удержанія матки въ центральномъ положеніи, т. е. съ цѣлью препятствовать маткѣ отклоняться къ той или другой стѣнкѣ рукава, своды туго тампонировались іодоформенной марлей. Разъ въ сутки рукавъ тщательно проспринцевывался растворами карболовой и борной кислотъ, точно также и кольпейринтеръ, передъ каждымъ новымъ введеніемъ его, тщательно вымывался мыломъ и клался на четверть часа въ растворъ сулемы 1 : 1000. Количество жидкости, служившей для наполненія кольпейринтера, равнялось 350, а послѣдній разъ 450 граммамъ. Для наполненія кольпейринтера брался 4% растворъ борной кислоты.

Въ теченіе всѣхъ 10 дней, въ которые примѣнялся кольпейринтеръ, больная чувствовала себя хорошо: кольпейринтеръ переносился ею довольно легко; температура во все это время была совершенно нормальна и только 2-го и 3-го декабря поднималась по вечерамъ до 38,5° и 38°, падая по утрамъ до 36,6°; всѣ же остальные дни температура держалась въ предѣлахъ нормы: утромъ 36,8°—37,1°, вечеромъ 37°—37,5°. Только 2-го и 3-го декабря, т. е. въ дни повышенія температуры, больная чувствовала боли внизу живота и, благодаря этому, довольно плохо проводила ночь. 8 декабря, подъ наркозомъ, была произведена проф. *Н. Ф. Толочиновымъ* вторая, энергичная попытка вправить матку ручными приёмами, оказавшаяся также безуспѣшной, какъ и первая. Больная была выведена изъ наркоза; рукавъ тщательно продезинфицированъ и затампонированъ іодоформенной марлей и ватными тампонами; на низъ живота положенъ пузырь со льдомъ.

Въ виду того, что 10-дневное примѣненіе кольпейринтера, также какъ и двукратная попытка ручнаго вправления, не дали

никакихъ благопріятныхъ результатовъ—было рѣшено приступить къ ампутаціи инвертированной матки.

Со дня второй попытки ручнаго вправленія (8 декабря) и до дня, въ который приступлено было къ операціи (15 декабря), температура все время держалась въ предѣлахъ нормы: утромъ  $36,6^{\circ}$ — $37^{\circ}$ , вечеромъ  $37^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$ ; лѣченіе заключалось въ ежедневныхъ прополаскиваніяхъ и въ тугой тампонадѣ рукава іодоформенной марлей и стерелизованными ватными тампонами. Тампонада служила теперь, съ одной стороны, какъ дальнѣйшая попытка вправленія инвертированной матки, съ другой—какъ кровоостанавливающее средство, такъ какъ больная, и безъ того сильно анемичная, продолжала терять кровь, хотя и въ небольшомъ количествѣ.

Кольпейринтеръ былъ оставленъ какъ потому, что онъ не оказывалъ какого либо благопріятнаго дѣйствія, такъ главнымъ образомъ и потому, что въ послѣдніе дни его примѣненія отдѣленія, не смотря на тщательно проводившуюся антисептику, начали приобрѣтать очень дурной запахъ и на слизистой оболочкѣ инвертированной матки появились въ значительномъ количествѣ ссадины и пленки грязновато-желтаго цвѣта.

15 декабря, какъ уже сказано выше, приступлено къ операціи, ампутаціи инвертированной матки (*Amputatio uteri inversi*). Больная была захлороформирована; рукавъ тщательно продезинфицированъ растворами сулемы (1:5000) и карболовой кислоты (2%) и операціонное поле широко раскрыто зеркалами Sims'a; матка у дна захвачена Мюзеевскими щипцами и низведена возможно ниже; затѣмъ, иглой Гепнера у основанія (ножки) инвертированной матки, приблизительно на 1 сантиметръ ниже желоба, образуемаго наружнымъ маточнымъ зѣвомъ, проведены черезъ всю толщину маточной шейки три крѣпкихъ лигатуры изъ толстаго (№ 12-й) плетенаго шелка, которыя, будучи скрещены другъ съ другомъ такъ, какъ это дѣлается при перевязкѣ ножки кисты,—были крѣпко затянуты и завязаны; отступивъ послѣ этого сантиметра на  $1\frac{1}{2}$  внизъ отъ мѣста перевязки инвертированной матки, нѣсколько ниже (resp. выше) внутренняго зѣва, поперечнымъ разрѣзомъ было отдѣлено дно и верхняя часть тѣла матки. Разрѣзъ былъ сдѣланъ такъ, что поверхность его образовала какъ бы конусъ, верхушкой обращенный вверхъ, къ воронкѣ. Концы перерѣзанныхъ фаллопиевыхъ трубъ были перевязаны отдѣльно. Сшиваніе краевъ раны произведено такимъ образомъ, что сначала

былъ наложенъ на брюшинный покровъ рядъ узловатыхъ швовъ изъ тонкаго (№ 4-й) шелка, а потомъ рядомъ глубокихъ, проходившихъ черезъ всю толщу стѣнокъ культи, и поверхностныхъ узловатыхъ швовъ изъ болѣе толстаго (№№ 8-й и 6-й) шелка были соединены края культи. Форма культи получилась такая же, какъ и при надвлагалищной ампутаціи матки (по *Schroeder*'у), только въ обратномъ видѣ. По окончаніи операціи рукавъ былъ вповь проспирцованъ растворами сулемы и карболовой кислоты и затампонированъ іодоформенной марлей и ватными тампонами. Больная была выведена изъ наркоза и перенесена въ палату. На низъ живота положенъ пузырь со льдомъ, который продолжали держать въ теченіе первыхъ двухъ сутокъ въ виду болей, ощущавшихся больноі внизу живота и, въ особенности, въ лѣвой паховой области. 17 декабря А. Л. была перетампонирована въ первый разъ послѣ операціи, при чемъ культи оказалась уже вправившейся; наружный маточный зѣвъ имѣлъ видъ широкой поперечной щели, свободно пропускавшей конецъ указательнаго пальца; изъ канала начавшей формироваться шейки выдѣлялось слизисто-гнойное, окрашенное кровью, отдѣленіе.

Дальнѣйшее послѣоперационное лѣченіе, вплоть до 26 декабря, заключалось въ ежедневномъ промываніи рукава растворомъ 2% карболовой и 4% борной кислотъ и въ тампонадѣ рукава іодоформенной марлей. Больная чувствовала себя хорошо: аппетитъ и сонъ были удовлетворительны, температура, пульсъ и дыханіе въ предѣлахъ нормы; отдѣленія постепенно приняли чисто гнойный характеръ.

26 декабря вечеромъ, при легкомъ ознобѣ, температура поднялась до 39,7°, пульсъ 102.

27 декабря утромъ t° 38°, вечеромъ 39°. Больная жаловалась на общую слабость, головную боль и боль внизу живота, въ особенности съ лѣвой стороны.

Назначенъ пузырь со льдомъ на низъ живота, а внутрь солинокислый хининъ по 5 гранъ, 3 раза въ день.

Слѣдующіе два дня температура держалась въ предѣлахъ нормы.

30 декабря вечеромъ ознобъ, температура 40°, пульсъ 108 въ м.

31 декабря утромъ температура 39°, вечеромъ 39,2°.

Къ прежней терапіи больноі прибавлено еще постоянное орошеніе рукава 4% растворомъ борной кислоты, примѣнявшееся въ теченіе недѣли.

Слѣдующіе три дня температура хотя и была еще повышена, но замѣтно начала падать и къ 4-му января 1892 года пала до нормы, оставаясь таковою вплоть до выписки больной изъ клиники, т. е. до 24 января 1892 г.

Выше упомянутое поднятіе температуры обуславливалось лѣвостороннимъ параметритомъ, образованіе котораго совпало какъ разъ съ временемъ нагноенія и отдѣленія наложенныхъ на маточную культю швовъ. 18 января отошелъ и предварительно наложенный на ножку инвертированной матки цѣпоччатый шовъ, а 24-го больная чувствовала себя уже настолько окрѣпшей, что пожелала выписаться изъ клиники.

При осмотрѣ больной въ день ея выписки оказалось, что *portio vaginalis uteri* длиною около 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сантиметровъ, почти цилиндрической формы; зѣвъ, въ видѣ поперечной щели, имѣетъ два боковыхъ доходящихъ почти до сводовъ надрыва, съ трудомъ пропускаетъ конецъ пальца. Лѣвосторонній параметритъ подъ вліяніемъ горячихъ рукавныхъ впрыскиваній и іодоформенныхъ суппозиторіевъ, примѣнявшихся съ 6 января вплоть до выписки больной, всосался безслѣдно. Остатокъ матки совершенно подвиженъ и безболѣзненъ.

Для полноты исторіи болѣзни Анны Л. считаю нужнымъ прибавить, что ткань ампутированной части матки была очень плотна и при попыткахъ произвести реинверсію на свѣжемъ препаратѣ добиться этого вполнѣ не удавалось, не смотря на примѣненіе довольно значительной силы, т. е. полной реинверсии даже на вырѣзанной маткѣ достигнуть не удалось, хотя на брюшинной поверхности удаленной части матки не было и слѣдовъ какихъ бы то ни было сраженій.

Микроскопическое изслѣдованіе ампутированной части матки обнаружило почти полное исчезновеніе слизистой оболочки матки и маточныхъ железъ, расширеніе кровеносныхъ сосудовъ и утолщеніе стѣнокъ ихъ, въ особенности артерій, расширеніе лимфатическихъ и лимфатическихъ пространствъ и небольшое увеличеніе интерстиціальной соединительной ткани; мышечная ткань матки особыхъ измѣненій не представляетъ. Словомъ, обнаружены измѣненія, указывающія на существовавшее кровопереполненіе маточныхъ сосудовъ, въ зависимости отъ затрудненнаго оттока крови и лимфы въ инвертированной маткѣ и на хронической метритъ.

Такимъ образомъ нашъ случай, какъ это видно изъ только что приведенной исторіи болѣзни, въ этиологическомъ отно-



шеніи принадлежитъ къ наиболѣе часто встрѣчающимся формамъ выворотовъ и, слѣдовательно, иного какого либо интереса, кромѣ рѣдкости своей, не представляетъ. Эта то рѣдкость выворотовъ матки вообще и побудила меня описать имѣвшійся въ нашей клиникѣ случай.

Въ заключеніе считаю не лишнимъ обратить вниманіе товарищей на цѣпотчатый шовъ, примѣненный въ данномъ случаѣ проф. *Н. Ф. Толочиновымъ*, вмѣсто горячо рекомендуемой эластической лигатуры <sup>1)</sup>, и никѣмъ, на сколько мнѣ извѣстно изъ литературныхъ данныхъ, въ подобныхъ случаяхъ еще не примѣнявшійся. Шовъ этотъ, давая возможность оперировать такъ же безкровно, какъ и при примѣненіи эластическаго жгута, имѣетъ предъ послѣднимъ то громадное преимущество, что при цѣпотчатомъ швѣ намъ нечего бояться соскальзыванія лигатуры (эластической). Обстоятельство это особенно важно въ томъ именно случаѣ, если намъ придется имѣть дѣло съ легко рвущоюся тканью инвертированной матки, гдѣ слѣдовательно закрытіе швомъ поверхности разрѣза окажется невозможнымъ.

### XIII.

*Изъ родильнаго пріюта при Лѣчебницѣ Общества Кременчугскихъ врачей.*

## КЪ КАЗУИСТИКѢ ПОРОКОВЪ РАЗВИТІЯ ЖЕНСКИХЪ ПОЛОВЫХЪ ОРГАНОВЪ.

Женщины-врача Г. Кудишъ.

*Случай* 1-й. 26 Мая 1892 года въ родильный пріютъ при Лѣчебницѣ Общества Кременчугскихъ врачей, поступила беременная С. Ц. для оперативнаго пособія по слѣдующему поводу. С. Ц., будучи замужемъ за первымъ мужемъ 12 лѣтъ, страдала все это время безплодіемъ, во второй разъ вышла замужъ полгода тому назадъ и, заподозрѣвъ у себя беременность послѣ 4-хъ мѣсячнаго отсутствія регуль, обратилась по этому поводу къ мѣстному врачу (въ Черкассахъ), который, констатиро-

<sup>1)</sup> См. частная патологія и терапія женскихъ болѣзней проф. К. О. Славянского. Томъ 1-й. 1888 г.

вавъ 4-хъ мѣсячную беременность, указаль на необходимость операціи для того, чтобы роды могли произойти безпрепятственно.

При изслѣдованіи беременной, матка найдена увеличенной соответственно 4-хъ мѣсячной беременности. Наружныя половыя части не представляютъ ничего ненормальнаго, кромѣ какъ у нерожавшей, полулунный. На разстояніи около 1½ см. отъ входа въ рукавъ палець натъкается на толстую, идущую сзади напередъ, перегородку, дѣлящую рукавъ на двѣ половины, лѣвую и правую. Кверху эта перегородка почти достигаетъ до *portio vaginalis*. Ткань перегородки переходитъ непосредственно въ ткань передней и задней стѣнокъ рукава, при чемъ въ задней своей части перегородка значительно толще, чѣмъ въ передней и внизу толще, нежели вверху. Правый отдѣлъ рукава помѣстительнѣе лѣваго и палець, введенный въ первый, хотя и съ трудомъ можетъ быть выведенъ въ послѣдній. Въ средней части перегородки прощупываются небольшія уплотненія величиною съ горошину. На 5-й день по поступленіи беременной въ пріютъ описанная перегородка была удалена по предварительномъ наложеніи на нее двухъ лигатуръ, по возможности ближе къ передней и задней стѣнкамъ рукава. На оставшіеся незначительные участки наложены швы. Удаленная часть перегородки длиною около 2-хъ см. при ближайшемъ разсмотрѣніи оказалась состоящей изъ соединительной ткани, а упомянутые узелки при разрѣзѣ содержали кашицеобразную массу, подобную содержимому атеромъ. На 8-й день швы были удалены, а остатки перегородки успѣли уже почти инволюироваться. Мы имѣли, стало быть, дѣло съ порокомъ развитія съ такъ называемой *vagina partim septa* или точнѣе *vagina septa infra simplex*.

*Случай 2-й.* М. К., беременная на 8-мъ мѣсяцѣ, обратилась въ Амбулаторію Лѣчебницы 13-го декабря 1892 г. съ жалобой на то, что у нея изъ половыхъ путей торчитъ какое-то тѣло, которое мѣшаетъ ей ходить. При осмотрѣ найдено было слѣдующее: изъ половыхъ путей выступастъ опухоль, сплюснутая съ боковъ и суженная по направлевію къ рукаву, такой приблизительно формы и величины какъ четверть апельсина. Поверхность опухоли гангренифицируетъ, кромѣ сверху и съ боковъ сохраненъ, какъ у нерожавшей, снизу его нѣтъ. Опухоль составляетъ какъ бы непосредственное продолженіе *columnae rugarum posterioris*. Вытянувъ опухоль наружу, можно видѣть совершенно ясно границу перехода гангренозной части опухоли

въ здоровую ткань. Беременная въ продолженіе всей беременности чувствовала себя совершенно здоровой, но, по ея словамъ, за нѣсколько дней до поступленія въ пріютъ при поднятіи тяжести вдругъ почувствовала, какъ постороннее тѣло выступило у нея изъ половыхъ путей. Весьма возможно, что беременная (деревенская дѣвушка) приняла эту опухоль за плодъ и стала вытягивать ее руками, что и могло вызвать ея омертвѣніе. По принятіи беременной въ родильный пріютъ опухоль въ тотъ же день была удалена по предварительномъ наложеніи двухъ лигатуръ на основаніе ея, раздѣленное на два пучка. На верхнюю часть раненой поверхности наложено 3 шва, а нижняя, въ виду прорѣзыванія швовъ при завязываніи ихъ вслѣдствіе дряблости тканей, оставлена безъ швовъ; влагалище затампонировано. Кровотеченіе было умѣренное. На 9-й день беременная выписалась здоровой.

Случай этотъ представляетъ повидимому врожденную гипертрофію части вульвы и прилежащаго участка задней стѣнки рукава, значительно развившуюся подъ вліяніемъ беременности, въ чемъ окончательно убѣждаетъ то обстоятельство, что у ребенка этой женщины, родившагося въ пріютѣ (въ январѣ 1893 года), также имѣется гипертрофія задняго участка вульвы, который даже выступаетъ изъ половыхъ губъ.

---

## РЕФЕРАТЫ.

---

### 101. Попялковскій, М. И. Электричество при рефлекторной рвотѣ беременныхъ (Медиц. Обзор. № 23, 1892 г.).

Авторъ, перечисляя способы фарадизація и гальванизація, примѣнявшіеся разными авторами, указывая мѣста приложенія электродовъ, форму ихъ, комбинацію дѣйствія ими, силу тока и длительность сеансовъ, заявляетъ, что онъ примѣнялъ шейную гальванизацію при помощи изобрѣтеннаго имъ фиксаціоннаго электрода, который удобенъ тѣмъ, что, благодаря своей дугообразной формѣ, не сдавливаетъ дыхательное горло, стало быть не затрудняетъ дыханіе, фиксируясь при помощи ленты, затягивающейся пряжкой на задней поверхности шеи. Катодъ авторъ помѣщалъ на подложечную область. Сдѣлавши 3 наблюденія, исторіи которыхъ авторъ приводитъ, и получивши во всѣхъ благопріятные результаты, онъ заявляетъ, что гальванизація шейной области весьма успѣшно понижаетъ раздражительность желудка. Отмѣчая фактъ, что по замыканіи тока пульсъ сильно учащается, думаетъ, вопреки взгляду *Apostoli*, что тутъ *per vi vagi* не при чемъ. Пробы электризація до и послѣ ѣды даютъ автору право заключать, что электризація до ѣды выгоднѣе, ибо желудокъ ею подготавливается къ приему и удержанію пищи, понижая раздражительность его, и благотворно дѣйствуетъ на психику больныхъ, которыя безбоязненно ѣдятъ, считая себя предохраненными отъ рвоты электричествомъ.

А. Заболотскій.

### 102. Dührssen. Der Werth der tiefen Cervix—u. Scheidendamm-Einschnitte in der Geburtshülfe. (Archiv f. Gynäk. т. 44, стр. 413). Значеніе глубокихъ надрѣзовъ на шейкѣ матки, на влагалищѣ и на промежности въ акушерствѣ.

Цитированнымъ трудомъ *Dührssen* заканчивается цѣлый рядъ обстоятельныхъ работъ по вопросу о значеніи вышеуказанныхъ надрѣзовъ во время родовъ. Первая работа появилась въ 1890 г. (Arch. f. Gyn. т. 37, тетр. 1), затѣмъ слѣдовали продолженія и въ *Therapeut. Monatshefte* за май 1890 г. и въ Берлинскомъ акуш. обществѣ (*Centr. f. Gyn.* 1890, стр. 245 и 283)

и на междунар. конгрессѣ въ Берлинѣ (Arch. f. Gyn. т. 39, стр. 128). Въ статьѣ же: «Beitrag. zur Anatomie Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri» (Arch. f. Gynäk. т. 41, тетр. 2) *Dührssen*, доказывая, что у старыхъ перворождающихъ въ ткани влагалищной части матки имѣется либо прирожденная, либо приобретенная недостаточность эластическихъ волоконъ (Altersschwund der elastischen Fasern), приходитъ къ заключенію, что, въ виду сказанныхъ измѣненій, механическое расширеніе шейки матки нерационально и что въ соответственныхъ случаяхъ необходимо кровавое расширеніе ея. Въ статьѣ же «Ueber Eclampsie» (Arch. f. Gyn. т. 42 и 43) авторъ доказываетъ пригодность и цѣлесообразность своего метода родоразрѣшенія при названномъ осложненіи родового акта. Въ послѣднемъ же своемъ трудѣ *Dührssen*, собравъ весь матеріалъ за 4<sup>3</sup>/<sub>4</sub> года и слѣдя за дальнѣйшей судьбой оперированныхъ, отвѣчаетъ на разные вопросы, возникшіе во время преній по поводу предложеннаго имъ новаго метода родоразрѣшенія.

Но чтобы хотя вкратцѣ познакомить читателя съ сущностью ученія *Dührssen*'а мнѣ приходится вернуться къ первой его работѣ.

Надрѣзами, говоритъ *Dührssen*, въ случаяхъ неподатливости зѣва достигаются: 1) болѣе скорое окончаніе родовъ путемъ силъ потугъ; 2) избѣжаніе угрожающаго разрыва шейки матки; 3) возможность немедленнаго оперативнаго окончанія родовъ. Къ первой группѣ относятся случаи *Atresiae* или *Conglutinationis orif. ext. uteri*; ко второй группѣ—случаи истонченія нижняго отрѣзка матки, т. е. цервикальнаго канала при закрытіи зѣва. Въ третью группу *D.* вноситъ случаи первыхъ двухъ группъ, но въ болѣе позднемъ періодѣ родового акта и случаи недостаточнаго открытія зѣва или вслѣдствіе первичной слабости потугъ, или ранневременнаго излитія водъ.

Переходя затѣмъ къ самимъ надрѣзамъ на шейки матки, *D.* въ различіе отъ надрѣзовъ примѣнявшихся и рекомендовавшихся до него, признаетъ только такіе надрѣзы, которые идутъ отъ *orif. ext. uteri* до прикрѣпленія шейки матки къ сводамъ (*bis zum Ansatz der Scheide*), числомъ 4: два по бокамъ, одинъ спереди и одинъ сзади, этимъ устраняя всякое препятствіе для скорого и успѣшнаго окончанія родовъ. Впрочемъ не всегда *D.* примѣняетъ 4 надрѣза, а смотря по интенсивности препятствія онъ въ извѣстныхъ случаяхъ ограничивается и двумя только надрѣзами. Изъ способа надрѣзовъ и цѣли, которая имъ преслѣдуется, видно, что центръ тяжести лежитъ въ случаяхъ третьей группы, т. е. въ случаяхъ, гдѣ показано скорѣе оперативное окончаніе родовъ и этому окончанію мѣшаетъ недостаточное открытіе зѣва.

*Вообще же расширеніе orif. ext. uteri посредствомъ надрѣзовъ имѣетъ только смыслъ въ томъ случаѣ, если не только внутренній зѣвъ, но и вся надвлагалищная часть шейки матки уже открыты.*

Практическое значеніе этого способа говоритъ *Dührssen* становится яснымъ при взглядѣ на то, какъ обыкновенно ведутся роды при недостаточно открытомъ зѣвѣ. При показаніяхъ къ окончанію родовъ у перворождающей со стороны плода большая часть акушеровъ ничего не дѣлаетъ. Другіе же,

особенно въ Англии и Америкѣ, накладываютъ щипцы или въ соответственныхъ случаяхъ дѣлаютъ экстракцію за ножки. Въ обоихъ случаяхъ, какъ при выжидательномъ методѣ, такъ и при активномъ, плодъ постоянно погибаетъ, или вслѣдствіе продолжительности родовъ, или вслѣдствіе труднаго извлеченія. Въ обоихъ опять таки случаяхъ и мать подвергается опасности—въ первомъ отъ возможности инфекціи (длительность родовъ), а во второмъ отъ разрывовъ шейки матки, идущихъ иногда гораздо дальше прикрѣпленія къ рукаву. Если же показаніемъ къ окончанію родовъ въ такихъ случаяхъ является состояніе матери, то и тутъ щипцы, или экстракція за ножки, не даютъ лучшихъ результатовъ, какъ для матери, такъ и для плода. Многіе даже перфорируютъ и, уже пожертвовавъ плодомъ при экстракціи краниопластомъ, получаютъ иногда глубокій разрывъ шейки матки.—«*Если собирать,*—говоритъ *Dührssen,*—*тѣ случаи, гдѣ только вслѣдствіе неподатливости мягкихъ частей, на первомъ планѣ, вслѣдствіе неподатливости зъва, или мать, или плодъ, или оба вмѣстѣ погибли, мы получили бы большіе цифры.*

Совѣтуя примѣненіе своего способа надрѣзовъ при выпаденіи пуповины у перворождающихъ, при эклампсін, при предлежаніи послѣда, главнымъ же образомъ при ранневременномъ излитіи водъ, и у *старыхъ перворождающихъ*, D. исключаетъ случаи, осложненные новообразованиями гениталій, суженіями рукава, Анаемія perniciosa, Choreia, болѣзнями сердца, легкиихъ, инфекціонными болѣзнями, маляріей, желтухой, сифилисомъ, хроническимъ нефритомъ и наконецъ осложненные разрывомъ пуповины.

Какъ извѣстно, всѣ авторы, писавшіе о родахъ у старыхъ перворождающихъ, указываютъ на значительную смертность послѣднихъ и дѣтей, находящуюся въ зависимости отъ слабости потугъ и неподатливости мягкихъ родовыхъ путей. Послѣдствія указанныхъ двухъ причинъ D. совѣтуетъ устранять глубокими надрѣзами. Вопросъ опоканіи къ надрѣзамъ на влагалищную часть матки. D. ставитъ также въ зависимость отъ конфигураціи таза. Только при легкихъ степеняхъ суженія послѣдняго, гдѣ препятствіемъ къ скорому окончанію родовъ главнымъ образомъ является недостаточное открытіе зъва, онъ прибѣгаетъ къ надрѣзамъ, либо для профилактическаго поворота, либо для наложенія щипцовъ. Причемъ D. совѣтуетъ при фиксированной но высоко стоящей головкѣ прибѣгнуть къ способу *Hofmeier's*а (наружными приемами вдавливать головку въ тазъ).

Техника надрѣзовъ на влагалищную часть матки по *Dührssen*'у слѣдующая: взявъ край наружнаго зъва между среднимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки, правой рукой дѣлаются надрѣзы обыкновенными Зибольдовскими ножницами. Но подобная техника иногда не достаточна, особенно при растяжимости и тонкости краевъ. Въ такихъ случаяхъ D. захватываетъ край зъва, который подлежитъ надрѣзу двумя пулевыми щипцами и тогда только подъ контролемъ пальцевъ надрѣзаетъ. Надрѣзы эти никогда не зашиваются. Кровотеченіе послѣ надрѣзовъ было всегда крайне ограниченное болѣе обильная потеря крови бывала слѣдствіемъ атоніи матки.

*Взъ случаяхъ,*—говоритъ *D.*,—*гдѣ показаны глубокіе надрѣзы на*

*влаг. ч. матки, ими одними во большинство случаев ограничиться нельзя.* По устранении препятствия со стороны наружного зъва, наступает задержка къ скорому окончанию родов со стороны рукава и промежности, которая при нормальномъ теченіи родового акта медленно растягиваются. При наложеніи же щипцовъ на высокостоящую головку, скорому извлеченію послѣдней препятствуютъ не растяженные еще рукавъ и промежность, главнымъ образомъ—*Levator ani* и *Constrictor cunni*. Во избѣжаніе глубокихъ разрывовъ *D.* не довольствуется поверхностными надрѣзами въ *Introitus vaginae*. Натянувъ головку щипцами, *D.* дѣлаетъ глубокіе (4 см.) надрѣзы по направленію къ *Tube: a ischii*. Кожный разрѣвъ на промежности не превышаетъ 2 см. Разрѣзы ножемъ *D.* предпочитаетъ такимъ ножницами. По удаленіи этого препятствія щипцы всегда немедленно удавались. Надрѣзы эти конечно по удаленіи послѣда зашивались.

Въ послѣднемъ своемъ трудѣ (*Arch. f. Gyn. T. 44*) *D.*, собравъ свой матеріаль за 4<sup>3</sup>/<sub>4</sub> года, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Въ глубокихъ надрѣзахъ на шейку матки въ соединеніи съ инцизиями во влагалище-промежность или въ пользованіи только послѣдними мы имѣемъ методъ, устраняющій препятствіе при недостаточно открытыхъ мягкихъ частяхъ родового канала. Этотъ методъ при правильномъ употребленіи его и должной антисептикѣ не опасенъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ предварительно роженица не была заражена.

Глубокими надрѣзами во влагалищную часть матки мы можемъ избѣгнуть перфорации живаго плода или ожидающія произвольной смерти послѣдняго, можемъ избѣгнуть кесарскаго сѣченія и искусственныхъ преждевременныхъ родовъ тамъ, гдѣ препятствіемъ къ окончанію родовъ главнымъ образомъ служитъ недостаточность открытія влагалищной части матки.

Въ 28 случаяхъ авторъ, предпочтивъ свой методъ надрѣзовъ, избѣгъ перфорации плода, замѣнивъ ее 24 раза щипцами, 2 раза поворотомъ и экстракціей, 1 разъ извлеченіемъ за ножку. Результаты: умерли 1 мать и 1 плодъ, что = 3,7%. Смертность матерей такимъ образомъ равна или даже ниже, чѣмъ при перфорации, смертность же дѣтей меньше на 96,3%.

Надрѣзами на влагалище-промежность мы избѣгаемъ форсированныхъ извлеченій щипцами, вслѣдствіе которыхъ въ большинствѣ случаевъ дѣти погибаютъ, а матерямъ наносятся глубокіе разрывы. Изъ 29 такихъ случаевъ смертность дѣтей была 0, смертность матерей 6,9%. *Единственнымъ показаніемъ къ глубокимъ надрѣзамъ на влаг. ч. матки и влагалище-промежность, которое во большинство случаевъ имѣетъ мѣсто при эклампсiи, при преждевременномъ излитіи воды и у старыхъ перворождающихъ, должно служить опасеніе за жизнь матери или плода.*

Существеннымъ условіемъ удачіи оперативнаго окончанія родовъ въ такихъ случаяхъ должны быть отсутствіе болѣе значительной узости таза и слишкомъ большой головки. Значительно также способствуетъ удачѣ скорого окончанія родовъ вдавливаніе высокостоящей головки въ тазъ и косое наложеніе щипцовъ.

Что касается техники инцизий на шейку, авторъ советуетъ 4 надрѣза до сводовъ—первый сзади, затѣмъ 2 боковыхъ, послѣдній спереди. На влагалище-промежность D. советуетъ одинъ глубокий надрѣзь между anus и Tuberculi ischii dextrum. Рукавный надрѣзь зашивается непрерывнымъ катгуттовымъ швомъ, промежностная рана—обыкновенными узловатыми, но глубокими швами.

**Б. Фейнбергъ.**

**103. Кузьминъ, П. И. Случай операціи episcleisis при fistula vesico-uretro et recto-vaginalis (Медиц. Обзор. № 23, 1892 г.)**

Малое число случаевъ операціи episcleisis и споры по поводу ея заставили автора сообщить свое наблюденіе.

Въ фабричную больницу 31 мая 1892 г. поступила больная, страдающая недержаніемъ мочи и кала. Рожала за три года передъ тѣмъ; роды длились трое сутокъ, ребенокъ родился мертвый. Вскорѣ послѣ родовъ больная замѣтила недержаніе мочи и кала.

Объективно найдено: больная распространяетъ сильный фекальный и мочевой запахъ. Покровы обѣихъ поверхностей большихъ губъ, промежность и внутренняя поверхность бедеръ покрыты экзематозной сыпью и обилуютъ болѣзненными ссадинами. Изъ половой щели постоянно выдѣляются мелкіе кусочки кала, истекаетъ моча; на промежности зарубцевавшійся разрывъ 1-й степени. Входъ въ рукавъ сѣужень рубцевыми тяжкамъ такъ, что съ трудомъ проводится палець, а стѣнки рукава представляютъ сплошную рубцевую поверхность. Уретра вся разрушена, лишь у наружнаго отверстія сохранилась полоска ткани шириною въ вазальную спицу. Тотчасъ за входомъ въ рукавъ находится спереди неправильной формы широкое отверстіе, пропускающее палець въ пузырь; сзади такое же отверстіе ведетъ въ прямую кишку, на 3 см. выше этихъ отверстій палець встрѣчаетъ рубцовое кольцо діаметромъ въ гусиное перо. Влагалищная часть недоступна, изслѣдованіе крайне болѣзненно. Размѣры таза: conjugata externa = 15,5, distans spin. = 23, crist. = 23,5, troch. = 27.

Первые 2 недѣли лѣчили отъ экземы и ссадинъ. 11 іюля сдѣлана подъ хлороформомъ операція: на передневнутренней поверхности большихъ губъ были очерчены съ обѣихъ сторонъ скальпелемъ двѣ полоски ткани въ палець шириной, сходявшіяся вверху надъ клиторомъ, внизу на промежности; отмѣченный такъ кожный лоскутъ удаленъ частью скальпелемъ съ удаленіемъ промежностнаго рубца. Окровавленные поверхности соединены двойнымъ швомъ по *Склифасовскому* (для мочевого пузыря), что сейчасъ же сказалось прекращеніемъ выдѣленія мочи и газовъ, не смотря на сильное натуживаніе больной. Въ задній проходъ вставленъ толстый дренажъ, чрезъ который пошли моча, калъ и кровянистая слизь. 3 дня давался опій, потомъ клизма. На 9 день сняты швы. Рана зажила per primam кромѣ 3 то-



чечныхъ отверстій, черезъ которыя шли газы и моча. Прижженные липсомъ, онѣ въ нѣсколько дней закрылись. Дренажъ удаленъ. Первое время больная жаловалась на сильныя боли въ промежности и частые позывы мочиться, но черезъ  $\frac{1}{2}$  мѣсяца боли исчезли, моча задерживалась больной на 3—4 часа.

Авторъ по поводу этой удачной операціи заявляетъ, что она въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ и не давать цистита, который ей ставится въ упрекъ, и на ряду съ этимъ рекомендуетъ для герметичности закрытія раны шовъ *Склифасовскаго*, дающій заживленіе первымъ натяженіемъ.

**А. Заболотскій.**

**104. Н. Bruchon. Dilatation utérine avec des laminaires. Perforation incomplète de la lèvre postérieure du col. (Nouv. Arch. d'Obstétr. et de Gynéc. № 5, 1892). Расширеніе матки ламинаріями. Неполная перфорація задней губы шейки.**

Авторъ, сообщая исторію болѣзни одной больной, которой онъ, по поводу бывшихъ у ней эндометрита шейки и тѣла матки и лѣвосторонняго катаррального сальпингита, дѣлалъ расширеніе ламинаріями полости матки ради выскабливанія, совѣтуетъ брать ламинаріи такой длины, чтобы онѣ соответствовали длинѣ полости матки и чтобы наружный конецъ палочки выдавался изъ цервикальнаго кольца на  $\frac{1}{2}$  сантиметра. Несоблюденіе этого правила вызвало у автора почти полное прободеніе задней губы шейки. Послѣ второго сеанса расширенія, когда заложены были въ матку двѣ палочки ламинаріи, по удаленіи ихъ, передъ выскабливаніемъ авторъ нашелъ, что ткань задней губы разрушена, уцѣлѣли только слизистыя оболочки со стороны влагалища. Антефлексированная матка при введеніи ламинаріи была выпрямлена, палочка прошла и уперлась однимъ концемъ въ дно матки, а другимъ, вслѣдствіе короткости своей, въ заднюю губу. Матка и шейка, стремясь принять свое обычное положеніе, снова образовали уголь, наружный конецъ твердой палочки уперся въ губу и пробуравилъ ее, такъ какъ сопротивленіе тканей ея менѣе сопротивленія дна матки.

**А. Заболотскій.**

**105. Серебрянскій, И. М. Четыре чревосѣченія, произведенныя при различныхъ заболѣваніяхъ внутреннихъ женскихъ половыхъ органовъ. (Медиц. обозр., № 21, 1892).**

*1) Хроническій правосторонній сальпингитъ. Періоофоритъ. Ароплексія и кистовидное перерожденіе праваго яичника. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.*

У больной 32 лѣтъ первыя крови пришли 14 лѣтъ, полгода отсутствовали, а потомъ являлись правильно черезъ 3 недѣли по 5 дней, иногда съ болями. Половую жизнь начала 17 лѣтъ, родила одного 10 лѣтъ назадъ.

Семь лѣтъ страдает болями, съ августа 1890 г. лихорадкой, схваткообразными болями, при обильныхъ регулахъ, укладывающихъ больную въ постель, болями въ пахахъ и запорами. Лѣчилась два мѣсяца; въ это время кровей не было; но съ 27 апрѣля 1891 г. по 20 мая, хотя скудно, шли безъ перерыва. Въ августѣ 1891 г. сдѣлана *perineoplastica*. Съ 30 августа лѣчилась электричествомъ. 20 Августа сеансъ длился, по словамъ больной, 1 ч. 45 м., вызвавшій боли внизу живота на трое сутокъ. Съ 7 октября схваткообразныя боли, лихорадка съ 40°, доходившею до 40, двѣ недѣли и кровотечение 7 дней. Лежала 4 мѣсяца въ больницѣ, 5 мѣсяцевъ тому назадъ. Больная истощена; матка въ *retropositio*, увеличена, подвижность ограничена, разрывъ шейки, «безъссадинъ», справа отъ матки опухоль въ грецкій орѣхъ, слѣва въ волошскій, обѣ опухоли болѣзненны. Полость матки увеличена, зондированіе даетъ капли крови изъ *orific. ext.*

7 февраля операція; полный хлорофор. наркозъ. Разрѣзъ на 3 пальца, ниже пупка до симфиза, въ виду напряженія брюшнаго пресса, боковые—надъ симфизомъ, и извлеченіе части кишекъ съ прикрытіемъ ихъ теплыми салфетками, по трудности доступа къ правой опухоли, и подушка подъ крестецъ. Опухоль эластичная, блестящая, темнокрасная, флюктуирующая лежала вблизи матки въ широкой связкѣ и состояла изъ трубы и яичника. Лигатуры на *lig. infundibulo-pelvicum* и между маткой и опухолью. Проколъ шприцемъ Праваца далъ немного соломенно-желтой жидкости. Проколъ троакарромъ далъ темнокрасную жидкость. Наложены лигатуры полулунно выуклостью внизъ на широкую связку и опухоль отрѣзана ножницами; небольшое кровотечение остановлено обвивнымъ швомъ. Полость брюшины обмыта теплымъ растворомъ поваренной соли 6:1000, провизорный тампонъ изъ іодоформной марли, кишки вложены обратно и прикрыты подушечкой. Сократившійся правый *m. rect. abdominalis* отрѣзанъ. Провизорный тампонъ удаленъ. Наложены 3 глубокихъ серебряныхъ шва и нѣсколько шелковыхъ поверхностныхъ. Послѣоперационный періодъ шель гладко и на 17 день больная выписана.

Удаленный яичникъ въ большой грецк'й орѣхъ былъ кистовидно перерожденъ и обвитъ утолщенною трубою, прикрѣпленною къ нему сращеніями, въ большой полости его старый плотный кровяной сгустокъ. Брюшина покрывавшая опухоль утолщена.

2) *Многокамерная киста праваго яичника. Небольшія сращенія съ сальникомъ. Овариотомія. Выздоровленіе.*

Больная 32 л., съ жалобами на слабость и опухоль въ животѣ, менструируетъ съ 13 л., черезъ 4 н. по 5 дн., замужемъ съ 17 лѣтъ, рожала одинъ разъ, преждевременно, на 20 г., послѣ чего кровоточила мѣсяць. 7 лѣтъ назадъ на первомъ мѣсяцѣ абортировала. Опухоль по срединѣ живота замѣтила въ августѣ 1891 г. Въ Ноябрь скудныя, 5 дневныя регулы пришли на 2 недѣли раньше и потомъ не показывались. Въ январѣ и февралѣ 1892 года опухоль росла быстро и заняла лѣвую сторону живота, гдѣ ощущались схваткообразныя боли.

Больная истощена, блѣдна. Окружность асимметричнаго живота по пупку  $101\frac{1}{2}$  см. отъ меча до пупка 25 и отъ пупка до лобка 23. Прощупываются неясно три кругловатыхъ гладкихъ опухоли—одна вверху и двѣ внизу и четвертая около пупка величиною въ орѣхъ. Опухоли флюктуируютъ. Влагалищная часть отодвинута впереди, мягка, дно матки не опредѣляется, надъ заднимъ сводомъ прощупывается нижній отрѣзокъ опухоли, которому передается флюктуация нижней опухоли.

18 марта 1892 г. сдѣланъ проколь, выпущено 2500 куб. см коллоидной жидкости съ уменьшеніемъ нижней опухоли, которая была на завтра уже почти прежней величины. 20 марта операція подъ хлороформомъ, длившаяся  $1\frac{1}{2}$  ч. Разрѣзъ на 2 пальца выше пупка и на 3 выше лобка. Небольшія сращенія съ салъникомъ. Оказалась киста праваго яичника. Ножка en masse перевязана шелковой лигатурой, отрѣзана опухоль и киста опущена въ тазъ. Полость промыта растворомъ поваренной соли 6 : 1000. Брюшная рана зашита 5 глубокими серебряными швами и 7 поверхностными шелковыми, дренажъ въ нижній уголъ раны, повязка изъ марли и ваты, вываренныхъ въ растворѣ двуводистой ртути 1 : 4000. Пѣвязка мѣнялась до снятія швовъ 2 раза. На 6 день удаленъ дренажъ, на 8 швы, рана зажила per primam, на 15—больная встала съ постели;  $t^{\circ}$  повышалась первые три дня, maximum ся 38,7. Опухоль вѣсила 13 ф., состояла изъ 3 нерѣзко разграниченныхъ опухолей съ небольшими опухолями внутри каждой.

3) *Хроническій двусторонній салъпингитъ, періоофоритъ, кистовидное перерожденіе яичника. Чревосъченіе съ удаленіемъ придатковъ матки. Выздоровленіе.*

27 лѣтняя больная жалуется на боли внизу живота во время и послѣ регуль и на боль въ правой ногѣ; менструируетъ правильно съ 13 лѣтъ, черезъ 3 н. по 6 д. съ болями, которыя съ 80 г. стали сильнѣе и осложнились болью въ ногѣ. Въ 86 г. сдѣланъ разрѣзъ шейки матки; боли остались; въ 90 г. явились бѣли; въ 91 г. крови стали приходить на 8—10 дней раньше, а съ іюня боли усилились, сдѣлались лихорадка и тошнота; въ сентябрѣ было 17 дней кровотеченіе, послѣ котораго лѣченіе электричествомъ урегулировало крови и ослабило боли; съ января 92 г. лѣчилась въ лѣчебницѣ, гдѣ сдѣланы выскабливаніе и ампутація шейки, боли въ животѣ и въ ногѣ остались. Съ боковъ матки найдены опухоли въ грецкій орѣхъ, болѣзненные—особенно правая.

Операція подъ хлороформомъ 5 іюня 1892 г. Разрѣзъ ниже пупка на 2 пальца и выше лобка на два же пальца. Брюшина разрѣзана на столько, чтобы ввести три пальца. Въ области грубъ и яичниковъ сращенія; въ полости брюшины серозная жидкость, окрашенная пзмѣнившимся кровянымъ пигментомъ, брюшина, покрывающая сосѣднія петли кишекъ тускла, темно-краснаго цвѣта, яичники (правый больше) увеличены и кистовидно перерождены. При извлеченіи киста праваго яичника лопнула и жидкость излилась

въ брюшину, трубы оказались утолщенными и расширенными. Наложены лигатуры en masse на трубы и частичныя на lig. lata, трубы и яичники удалены, полость промыта соленымъ растворомъ 6 : 1000, рана зашита 3 серебряными глубокими и шелковыми поверхностными швами и іодоформная повязка.

Послѣоперационное теченіе дало повышеніе t° только на второй и 4 день до 37,6. Швы сняты на 7 день, и на 12 больная встала съ постели. Периодическія боли въ ногѣ временами еще появлялись

4) *Межсвязочная киста, правосторонній гнойный салпингитъ, значительныя сращенія. Чревоистеніе съ удаленіемъ кисты и больной трубы. Выздоровленіе.*

28 лѣтняя жалуется на боли и опухоль въ животѣ справа. Первые регулы 13 л., годъ потомъ не являлись, и установившись приходили черезъ 2 на 3-ю и длились по 8 дней обильно съ болями. По выходѣ замужъ 19 лѣтъ крови стали являться черезъ 3 н. Беременна была 5 разъ. Рожала 4 раза. Первый разъ на 4 году замужества, послѣдній за годъ 11 мѣсяцевъ до поступленія. 4 беременность абортировала на 3 мѣсяцѣ. Послѣ послѣднихъ родовъ регулы стали длиться по 2 н. обильные со сгустками. Въ іюлѣ 91 г. крови остановились на 3½ мѣсяца. Въ февралѣ 1892 г. была лихорадка и боли внизу живота. Объективно найдено: влагалищная часть отклонена вправо, дно матки влѣво, причеиъ сама матка лежитъ почти горизонтально. Справа отъ матки величиною въ апельсинъ опухоль почти гладкая, плотная, слегка подвижная, немного флюктуирующая.

Операция подѣ хлороформомъ длилась 1½ часа. Разрѣзъ отъ пупка до лѣба. Разрѣзъ брюшины былъ затрудненъ сращеніями серознаго покрова кишекъ съ такимъ же брюшныхъ стѣнокъ и кишки сильно напирали, почему были выведены наружу и прикрыты теплыми салфетками. Опухоль, по отдѣленіи сращеній съ тазовой брюшиной и наложеніи лигатуръ на lig. infundibulo-pelv., при чемъ захваченъ и наружный конецъ трубы, приподнята рукой и при этомъ замѣченъ гной изливавшійся изъ кисты вслѣдствіе разрѣза при отдѣленіи сращеній. Гной удаленъ; капсула опухоли вскрыта по передней поверхности, опухоль почковидной формы вылущена, на основаніе мѣшка наложена лигатура и онъ отрѣзанъ. Полость таза промыта солянымъ растворомъ. Наложены обвивной шовъ на мѣстѣ разорванныхъ сращеній матки съ окружающими тканями, гдѣ оказалось паренхиматозное кровотеченіе. Разорвано пальцемъ сращеніе задней стѣнки матки съ кишкой. Въ виду паренхиматознаго кровотеченія въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, введенъ марлевый провизорный тампонъ. Пелость по укладкѣ кишекъ снова промыта растворомъ соли. Провизорный тампонъ замѣненъ полосой іодоформной марли. Наложены 7 глубокихъ серебряныхъ и 10 шелковыхъ поверхностныхъ швовъ съ дренажемъ въ Дугласъ черезъ нижній уголь раны, гдѣ выведенъ и конецъ марлевой полоски. Повязка наложена іодоформная.

Опухоль состояла изъ 2 мѣшковъ—въ одномъ гной, въ другомъ свѣтлая жидкость. Мѣшокъ опухоли состоялъ изъ широкихъ связокъ и части Фаллопиевой трубы, въ которой оказался гной.

Послѣоперационный періодъ протекалъ съ лихорадкой;  $t^{\circ}$  в. достигала въ первый день до 39,8 и на 9-й 38,5. На 6 день удаленъ дренажъ, на 7 день сняты глубокіе, на 8 и поверхностные швы;  $t^{\circ}$  поддерживалась, вѣроятно, появившимъ въ брюшину гноемъ, инфильтратами надъ правой пупартовой связкой подъ кожей, идущимъ къ дренажному отверстию около уколовъ швовъ, тампономъ и застоємъ въ дренажѣ. Рана зажила первымъ натяженіемъ кромѣ отверстия дренажа, которое закрылось черезъ мѣсяць, и тогда же больная выписана.

**А. Заболотскій.**

---

Редакторы: 

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

# ОБЪЯВЛЕНІЯ.

---

## УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ

ИМПЕРАТОРСКАГО

КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1894 ГОДЪ.

**Въ Ученыхъ Запискахъ** помѣщаются:

**I. Въ отдѣлѣ наукъ:** ученныя изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованные факультетами труды постороннихъ лицъ.

**II. Въ отдѣлѣ критики и библиографіи:** профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертациі, представляемыя въ Казанскій Университетъ, и на студенческія работы, представляемыя на елисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и за границей книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библиографическіе отзывы и замѣтки.

**III. Университетская лѣтопись:** извлеченія изъ протоколовъ, засѣданій Совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспогательныхъ учреждений при Университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому Университету, обзоренія преподаванія, распредѣленія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

**IV. Приложенія:** университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературныя съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнаруженные.

**Ученныя Записки** выходятъ періодически шесть разъ въ годъ книжками въ размѣрѣ не менѣе 15 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями **6 руб.**, съ пересылкою **7 р.** Отдѣльныя книжки можно получать въ редакціи по **1 руб. 50 к.** Подписка принимается въ Правленіи Университета.