

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. Я. КРАСОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИМИРА ВЪ КИЕВѢ.

К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,
ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ.

В. Ф. СНИГИРЕВА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Н. ФЕНОМЕНОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. В. ЯСТРЕБОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ВАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

и

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ VIII.

ФЕВРАЛЬ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

1894.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ФЕВРАЛЬ 1894, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Современное положеніе вопроса о радикальномъ
лѣченіи фиброміомъ матки.

Рѣчь Предсѣдателя, Проф. Д. О. Отта,

произнесенная въ засѣданіи Общества 24-го февраля 1894 года.

Мм. Гг.! Прежде, чѣмъ перейти къ изложенію намѣченнаго мною вопроса, я считаю для себя пріятнымъ долгомъ принести Вамъ, многуважаемые товарищи, благодарность за ту высокую честь, которою Вы меня удостоили, избравъ въ Предсѣдатели нашего Общества. Мнѣ особенно пріятно отмѣтить, что выборъ Вашъ, какъ на это указываетъ значительное большинство избирательныхъ голосовъ, не является дѣломъ случайнымъ, а представляетъ несомнѣнно строго обдуманное рѣшеніе. Указанное обстоятельство, налагая на меня строгую отвѣтственность за веденіе дѣла и служа вмѣстѣ съ тѣмъ наилучшимъ стимуломъ къ выполненію задачъ, возложенныхъ на меня Обществомъ, вмѣстѣ съ тѣмъ однако никоимъ образомъ не даетъ мнѣ права отнести столь лестное отличіе только къ моимъ личнымъ заслугамъ. Въ столь единодушномъ рѣшеніи Общества конечно первенствующую роль играло законное желаніе оцѣнить ту плодотворную дѣятельность, которая при-

ходится на долю лицъ, являющихся моими непосредственными сотрудниками въ разработкѣ вопросовъ отечественной гинекологін. Я говорю прежде всего о товарищахъ, работающихъ вмѣстѣ со мной въ клиническомъ институтѣ, а за послѣднее время и всѣхъ сотрудниковъ по завѣдуемому мною Повивальному Институту. Кромѣ сказаннаго, отмѣченное мною единомысліе Общества служить нагляднымъ выраженіемъ, что наша, хотя относительно еще и юная, корпорація проникнута столь необходимымъ въ каждомъ общественномъ дѣлѣ сознаніемъ, что лишь при дружной работѣ, сплоченности и согласіи, возможно наиболѣе успѣшное достиженіе того руководящаго значенія въ соотвѣтственной научной отрасли, которое составляетъ непремѣнную задачу, стоящаго на высотѣ своего призванія ученаго Общества. Присутствующие со мною согласятся, что указанный фактъ въ жизни Общества не можетъ считаться явленіемъ случайнымъ: многому учить жизнь, но и не меньшимъ въ этомъ отношеніи Общество обязано своимъ руководителямъ.

Первые свои шаги Общество сдѣлало подъ руководствомъ маститаго нашего учителя *А. Я. Крассовскаго*. На сколько ревностно оберегалъ интересы Общества мой предшественникъ, уважаемый *К. Ф. Славянский*, считаю излишнимъ указывать: юбилейное торжество по поводу 25-ти лѣтней ученой его дѣятельности наглядно свидѣтельствуетъ, на сколько Общество умѣетъ цѣнить труды преданныхъ дѣлу лицъ. Вступая нынѣ въ отправленіе обязанностей предсѣдателя Общества, я долженъ считать мою задачу облегченной трудами моихъ предшественниковъ, и поэтому, заканчивая вступительное свое слово, приношу имъ личную свою благодарность. За понесенные же ими труды на пользу общаго дѣла позволяю себѣ выразить имъ благодарность отъ лица всего Гинекологическаго Общества.

Переходя теперь къ изложенію намѣченнаго мною вопроса, я считаю необходимымъ оговориться, что избранная мною тема является, такъ сказать, систематическимъ сводомъ отдѣльныхъ сторонъ вопроса о фиброміомахъ матки, въ особенности со стороны установки показаній при выборѣ того или другаго мѣропріятія при лѣченіи отдѣльныхъ случаевъ, наблюдавшихся

за послѣдніе годы въ моей клинической практикѣ и послужившихъ отчасти темой для отдѣльныхъ сообщеній и демонстрацій въ нашемъ Обществѣ. Такимъ образомъ матеріаль, который мною положенъ въ основаніе тѣхъ выводовъ, коими я буду имѣть честь занять Ваше вниманіе, Вамъ извѣстенъ, и поэтому Ваша оцѣнка приобретаетъ для меня особенное значеніе.

Для того, чтобы составить наиболѣе вѣрную оцѣнку цѣлесообразности соотвѣтственнаго лѣчебнаго приѣма и установить правильное показаніе для примѣненія одного изъ рекомендуемыхъ методовъ, нужно положить въ основу слѣдующія соображенія:

во первыхъ—необходимо вполне точно уяснить себѣ патолого-анатомическую и клиническую стороны того заболѣванія, которое подлежитъ лѣченію; это—главнѣйшее требованіе;

во вторыхъ—нужно хорошо быть знакомымъ съ историческимъ развитіемъ ученія о различныхъ способахъ лѣченія, направленныхъ къ устраненію не только разбираемаго заболѣванія, но и аналогичныхъ ему страданій;

въ третьихъ—для выводовъ о пригодности того или другого лѣчебнаго метода, особенно оперативнаго приѣма, слѣдуетъ руководиться такими данными, которыя собраны согласно правиламъ статистической науки, при чемъ необходимо, чтобы выводы дѣлались по возможности изъ однородныхъ случаевъ.

Въ дальнѣйшемъ своемъ изложеніи я постараюсь придерживаться указаннаго порядка и начну съ анатомической стороны вопроса, по скольку это необходимо для оцѣнки различныхъ лечебныхъ мѣръ, предлагаемыхъ при фиброміомахъ матки.

Такъ какъ этиологическая сторона фиброміомъ матки къ сожалѣнію почти еще совершенно не разработана, а имѣющіяся указанія сводятся на продолжительныя раздраженія частей въ томъ или иномъ видѣ и хроническую гиперемію ихъ, то остается разсмотрѣть лишь уже развившіяся формы заболѣванія. Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ признать патолого-анатомически установленный фактъ, что на фиброміомы слѣдуетъ смотрѣть какъ на *новообразованія*. Слѣдовательно, въ лѣчебномъ отношеніи фиброміома врядъ-ли можетъ составить существенное исключеніе по сравненію съ другими извѣстными намъ новообразовательными процессами аналогичнаго характера.

Изъ этого вытекаетъ, что какъ и при другихъ новообразованіяхъ всякія иные способы, кромѣ непосредственнаго удаленія или разрушенія фиброзной опухоли, (по крайней мѣрѣ при настоящемъ развитіи гинекологіи), представляются крайне мало надежными. Въ тѣхъ же рѣдкихъ случаяхъ, гдѣ подъ вліяніемъ фізіологическихъ процессовъ наблюдается самоизлѣченіе больныхъ и исчезновеніе фиброидовъ, дѣйствующія силы, можно сказать, намъ совершенно не извѣстны, и до сихъ поръ мы не имѣемъ надежнаго средства искусственно воспроизвести ихъ.

Придерживаясь этой точки зрѣнія, цѣлесообразно будетъ въ дальнѣйшемъ изложеніи раздѣлить всѣ лѣчебные приемы на двѣ категоріи: во 1-хъ, на оперативное вмѣшательство, и во 2-хъ, на физическіе и лѣкарственные методы лѣченія; съ разсмотрѣнія этихъ послѣднихъ мы и начнемъ.

Фармакологическія средства, рекомендуемыя для лѣченія фиброміомъ и вводимыя въ организмъ тѣмъ или инымъ способомъ, направлены главнымъ образомъ къ сокращенію сосудовъ и мускулатуры матки (спорынья и ея препараты) и вообще къ уменьшенію содержанія крови въ органахъ малаго таза (*hydrastis canadensis*, его алколоиды и др. подобныя средства).

Вліяніе указанныхъ средствъ безусловно слѣдуетъ считать лишь палліативнымъ. Правда, съ легкой руки *Hildebrandt*'а подкожное введеніе эрготина получило нѣкоторое распространеніе и въ отдѣльныхъ случаяхъ дѣйствительно наблюдается отъ этого средства нѣкоторое благотворное вліяніе на болѣзненные симптомы, но, съ другой стороны, не нужно забывать послѣдствія отъ продолжительнаго употребленія спорыньи на общее состояніе больныхъ, выражающагося въ видѣ, такъ называемаго, эрготинизма. За послѣднее время *Landau* и др. указываютъ не безъ основанія на особенно вредное вліяніе продолжительнаго лѣченія эрготиномъ на сердечную мышцу. Предшествующее лѣченіе эрготиномъ *Landau* даже прямо относитъ къ обстоятельствамъ, неблагопріятно вліяющимъ на прогнозъ послѣ операцій, предпринимаемыхъ при подобныхъ условіяхъ. Въ настоящее время, въ виду указанныхъ соображеній и отсутствія надежныхъ результатовъ отъ лѣченія больныхъ эрготиномъ, сторонниковъ метода *Hildebrandt*'а становится все меньше и меньше.

Остальные терапевтическія средства, какъ то: употребленіе *hydrastis canadensis* и аналогичныхъ ему, а также примѣненіе, такъ называемыхъ, разрѣшающихъ средствъ (іодъ, ртуть и пр.) оказываются еще болѣе безсильными по своему вліянію, чѣмъ препараты спорыньи.

Переходя отъ лѣкарственного лѣченія къ употребленію различныхъ минеральныхъ ваннъ, а также къ примѣненію уже чисто физическихъ факторовъ, какъ то: тепла или холода въ томъ или иномъ видѣ, слѣдуетъ признать и за этими средствами лишь палліативное значеніе, и то, какъ напр., при назначеніи водолѣченія, въ зависимости отъ воздѣйствія ихъ не столько мѣстно, сколько въ смыслѣ улучшенія питанія всего организма.

Наибольшаго вниманія между физическими методами заслуживаетъ электричество, послужившее въ дѣлѣ лѣченія фиброміомъ темой для многочисленныхъ и разностороннихъ наблюденій. Въ настоящее время, когда указанное средство уже перестало быть предметомъ увлеченія и имѣетъ свою исторію, можно сферу его дѣйствія выразить лучше всего словами д-ра *Apostoli*, столь много потрудившагося въ разработкѣ этого способа, заявляющаго, что на методъ лѣченія фиброміомъ электричествомъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на методъ симптоматическаго лѣченія, при помощи котораго зачастую удастся лишь задержать жизнеопасные припадки и такимъ образомъ выиграть время, пока больная не достигнетъ климактерическаго возраста, иногда ведущаго къ самоисцѣленію.

Къ этому слѣдуетъ прибавить, что электро-терапія, прекращая, хотя бы даже и на время, кровопотери, даетъ возможность, улучшая общее состояніе больныхъ, обезпечить имъ лучшее предсказаніе въ случаѣ оперативнаго вмѣшательства. Съ этой стороны, хотя лѣченіе электричествомъ и является мѣрой также палліативной, но должно быть отнесено къ цѣннымъ пріобрѣтеніямъ современной гинекологіи. Къ подобному мнѣнію мы пришли, между прочимъ, и на основаніи своего личнаго опыта. Полнаго исцѣленія отъ гальванизации больныхъ, мнѣ ни разу не пришлось наблюдать, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ и можно было констатировать измѣненіе опухоли: при нѣкоторомъ уменьшеніи опухоли обыкновенно отдѣлы ея выступали болѣе рельефно, вѣроятно въ зависимости отъ уменьшенія тканей, расположенныхъ

между отдѣльными фиброзными узлами. Въ случаяхъ, гдѣ видимому, былъ достигнутъ наилучшій результатъ благостояніе больныхъ, однако не продолжалось болѣе 2—2¹/₂ лѣтъ. Вновь появляющіеся симптомы требовали повторенія лѣченія. На ряду съ указанными съ относительно благопріятнымъ теченіемъ случаями, необходимо отмѣтить однако и такіе, гдѣ вслѣдствіе безрезультатности лѣченія электричествомъ, пришлось прибѣгнуть къ болѣе радикальнымъ мѣропріятіямъ. Признавая болѣе дѣйствительнымъ средствомъ въ числѣ палліативныхъ мѣръ гальванизацию по способу *Apostoli*, я считаю излишнимъ останавливаться на примѣненіи электро-пунктуры, употребленіи каленнаго желѣза, прижиганіи сильно дѣйствующими химическими веществами и тому подобныхъ рискованныхъ и сомнительныхъ въ смыслѣ пользы мѣропріятій.

Резюмируя все сказанное о способахъ лѣкарственного и физическаго лѣченія фиброміомъ матки, неизбѣжно приходимъ къ выводамъ, что *указанными способами радикальное излеченіе фиброміомъ матки представляется дѣломъ совершенно ненадежнымъ!*

Обращаясь теперь къ оперативнымъ способамъ лѣченія, цѣлесообразно будетъ рассмотреть ихъ, раздѣливъ также на двѣ категоріи:

во 1-ю) на такіе способы, гдѣ оперативные приемы непосредственно направлены къ удаленію самого новообразованія и

во 2-ю) на такіе, гдѣ оперативные приемы направлены не непосредственно на опухоль, а на различные отдѣлы полового аппарата въ расчетѣ оказать косвенное вліяніе на самое новообразование. Къ числу такихъ мѣръ слѣдуетъ отнести удаленіе здоровыхъ яичниковъ вмѣстѣ съ яйцеводами, перевязку сосудовъ, питающихъ опухоль, и выскабливаніе слизистой оболочки матки, а также форсированное расширеніе цервикальнаго канала.

Начиная оцѣнку только что упомянутыхъ приемовъ съ удаленія здоровыхъ яичниковъ (*castratio*), необходимо точно установить руководящій въ этомъ методѣ принципъ. При удаленіи яичниковъ, предложенномъ почти одновременно *Batley* емъ и *Hegar* омъ, предполагается, искусственно вызывая преждевременный климаксъ, тѣмъ самымъ уменьшить приливъ крови

къ половому аппарату, и такимъ образомъ содѣйствовать регрессивнымъ процессамъ въ опухоли или по крайней мѣрѣ остановкѣ ея роста. Такого рода расчетъ, положенный въ основу теоріи, во многомъ слѣдуетъ признать несостоятельнымъ, какъ на это указываютъ не только теоретическія соображенія, но и результаты клиническихъ наблюденій. Недоразумѣніе заключается въ томъ, что искусственное вызываніе климакса при фибромиомахъ основывается натомъ распространенномъ взглядѣ, что будто-бы фиброзныя опухоли неизбѣжно исчезаютъ при естественномъ увяданіи половой сферы во время климакса. Нельзя отрицать, что какъ послѣродовое обратное развитіе половых органовъ, такъ и физиологическая атрофія частой въ преклонномъ возрастѣ дѣйствительно иногда ведутъ къ уменьшенію и даже исчезновенію фиброміомъ матки. Но, на ряду съ такого рода относительно рѣдкими фактами, слѣдуетъ отмѣтить, что, благодаря присутствію фиброміомъ, прекращеніе менструальныхъ кровопотерь затягивается на неопредѣленный срокъ, и что въ только что указанные періоды жизни женщины, существованіе фиброміомъ нерѣдко даетъ себя знать особенно тяжкими симптомами. Очевидно, такимъ образомъ, было-бы ошибочно полагаться на климаксъ вообще и въ особенности на вызываемый искусственно: не мало извѣстно такихъ примѣровъ, гдѣ въ надеждѣ на то, что не сегодня—завтра наступитъ менопауза, промедленіе съ раціональнымъ вмѣшательствомъ вполне разрушало здоровье больныхъ и даже стоило имъ жизни.

Обратимся теперь къ современной клинической постановкѣ вопроса. Въ этомъ отношеніи прежде всего слѣдуетъ замѣтить, что даже наиболѣе ярые приверженцы этого метода ограничиваютъ производство указанной операціи лишь такими случаями, гдѣ опухоль не достигаетъ еще большаго размѣра, отличается развитіемъ кровеносныхъ сосудовъ съ преобладающимъ симптомомъ кровопотерь, когда до естественнаго климакса еще приходится ожидать многіе годы, и т. п. ограниченія, суживающія показанія къ этой операціи. *Hegar*, одинъ изъ приверженцевъ операціи, даже ставитъ необходимымъ условіемъ, чтобы до чревосѣченія положеніе яичниковъ было ясно опредѣлено, что какъ извѣстно, при фибромиомахъ далеко не всегда удается. Помимо крайне узкихъ рамокъ, въ которыхъ заклю-

чаются показанія для холощенія, главной причиною все большаго и большаго охлажденія къ операціи удаленія здоровыхъ яичниковъ служить нерѣдко наблюдаемое отсутствіе ожидаемаго отъ операціи результата. Чтобы далеко не ходить за примѣромъ, я сошлюсь на свой докладъ въ одномъ изъ прежнихъ засѣданій Общества: какъ Вы помните, я демонстрировалъ больную, которой за годъ до поступленія въ клиническій институтъ однимъ изъ Петербургскихъ гинекологовъ, очевидно считавшимъ случай подходящимъ для холощенія, была сдѣлана кастрація ради фиброміомы, при чемъ нужно замѣтить, что случай этотъ былъ описанъ какъ вполне излѣченный. Спустя годъ послѣ холощенія указанная больная, истощенная непрерывными кровопотерями, явилась ко мнѣ въ столь жалкомъ видѣ и при столь рѣзкой картинѣ малокровія, сопровождавшагося гидремическимъ отекомъ ногъ, отдышкой и т. п. симптомами, что пришлось съ рискомъ для больной рѣшиться на коренную операцію удаленія всей матки ради спасенія ея жизни.

При оцѣнкѣ холощенія, кромѣ сказаннаго, нельзя оставить безъ вниманія и тотъ фактъ, что ради сомнительнаго успѣха мы съ одной стороны завѣдомо жертвуемъ здоровыми органами, являющимися отличительной частью женскаго организма, и такимъ образомъ искусственно старимъ молодую женщину, съ другой—подвергаемъ ее серьезному риску, сопряженному съ чревосѣченіемъ: не мало извѣстно случаевъ развитія отека въ опухоли, тромбоза сосудовъ и т. п. обстоятельствъ, явившихся прямыми слѣдствіями операціи и стоявшими жизни больной.

И весь этотъ рискъ для достиженія проблематическихъ результатовъ,—примѣненія теоретическихъ соображеній на практикѣ! Малоубѣдительную статистику съ рядомъ такъ называемыхъ успѣшныхъ исходовъ я обхожу молчаніемъ, такъ какъ она въ большинствѣ случаевъ пригодна при оцѣнкѣ лишь непосредственныхъ исходовъ операціи.

Другой методъ косвеннаго воздѣйствія на опухоль, именно перевязка сосудовъ, несомнѣнно основывается на болѣе раціональныхъ теоретическихъ соображеніяхъ, и за послѣднее время рекомендуется *Gottschalck*'омъ, *Küstner*'омъ и др. Опубликованныхъ за послѣднее время случаевъ конечно недостаточно,

чтобы составить себѣ опредѣленное представленіе о пригодности перевязки сосудовъ для радикальнаго излѣченія фиброміомъ матки.

Хотя разбираемый способъ въ смыслѣ уменьшенія прилива крови, какъ непосредственно направленный на сосуды, казалось-бы, и можетъ быть предпочтенъ въ этомъ отношеніи косвенному воздѣйствію при холощеніи, тѣмъ не менѣе прежній безрезультатный опытъ перевязки сосудовъ при иныхъ новообразованіяхъ заставляетъ въ интересахъ дѣла пока относиться къ этому методу съ осторожностью, воздерживаясь отъ преждевременныхъ выводовъ: вѣдь каждое новое средство сопровождается въ началѣ успѣхомъ!

Остальные два упомянутые метода, выскабливаніе слизистой оболочки матки и форсированное расширение цервикальнаго канала, рекомендуемое особенно *Kaltenbach*омъ, должны быть отнесены къ методамъ чисто эмпирическимъ, я бы сказалъ, не имѣющимъ достаточной научной мотивировки. Во всякомъ случаѣ оба эти способа, не направленные на самую опухоль, представляются мѣрами симптоматическими, далеко не надежными и къ тому же иногда и не безвредными (возможность разрыва капсулы и переходъ опухоли въ гангреноценцію и тому под.). Тѣ свѣдѣнія, которыя мы имѣемъ о гиперплазіяхъ слизистой оболочки матки, наглядно указываютъ на прямую зависимость перерожденія слизистой оболочки отъ имѣющейся опухоли; понятно поэтому, что было-бы совершенно нераціонально, удаляя слѣдствіе, оставлять безъ вниманія производящую причину. Если еще допустимо рассчитывать, конечно, только на временное улучшеніе симптомовъ, проявляемыхъ слизистой оболочкой матки при гиперплазіи ея, то въ случаяхъ отсутствія этой гиперплазіи или даже истонченія противъ нормы слизистаго слоя, какъ это несомнѣнно констатируется въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровоточивыхъ фиброміомъ, выскабливаніе является мѣрой ничѣмъ неоправдываемой. Въ виду же того, что заранѣе мы не имѣемъ способа распознать состояніе слизистой оболочки для каждаго отдѣльнаго случая, то и весь методъ слѣдуетъ признать грубо эмпиричнымъ, успѣхъ котораго основанъ на слѣпой случайности. Изъ разбора всѣхъ вышеупомянутыхъ методовъ леченія фиброміомъ становится

очевиднымъ, что ни въ одномъ изъ нихъ мы не имѣемъ надежнаго средства для радикальнаго излеченія больныхъ. Логическимъ выводомъ изъ приведеннаго положенія вытекаетъ, что примѣненіе вышеуказанныхъ способовъ допустимо лишь въ тѣхъ случаяхъ, идѣ, благодаря спеціальнымъ условіямъ, не примѣнима болѣе раціональная терапія, состоящая въ непосредственномъ устраненіи опухоли, какъ причины наблюдаемыхъ расстройствъ. Для болѣе наглядной иллюстраціи сказаннаго не могу воздержаться отъ совѣта въ интересахъ больныхъ, чтобы каждый изъ насъ, поставленный въ необходимость ограничиваться примѣненіемъ одного изъ вышеуказанныхъ средствъ, не увлекался временнымъ успѣхомъ, а при неудачѣ не возлагалъ на примѣняемые мѣры тщетныхъ надеждъ, дабы не пропустить благопріятнаго времени для примѣненія, хотя и болѣе рискованныхъ, но за то вѣрныхъ оперативныхъ мѣропріятій.

Итакъ неизбѣжнымъ выводомъ изъ всего вышеизложеннаго является положеніе, что по крайней мѣрѣ въ настоящее время единственнымъ кореннымъ и надежнымъ лѣченіемъ фиброміомъ матки слѣдуетъ считать непосредственное удаленіе опухоли.

Въ виду такого положенія дѣла, нашей задачей должно быть стремленіе, усовершенствуя отдѣльные оперативные методы, строго выработать показанія къ примѣненію ихъ, сообразуясь съ частностями каждаго случая, вполне отдавая себѣ отчетъ относительно тѣхъ причинъ, отъ которыхъ можетъ зависить неудача въ каждомъ данномъ случаѣ. Постараюсь дать посильный отвѣтъ на намѣченный вопросъ. Начну съ показаній для міомоектоміи:

По отношенію къ показаніямъ для операціи слѣдуетъ указать, что многія неудачи и высокій % смертности при оперативномъ лѣченіи фиброміомъ матки несомнѣнно зависятъ отъ того, что съ одной стороны обыкновенно слишкомъ много времени теряютъ на бесполезное палліативное лѣченіе, съ другой—до сихъ поръ высокій % смертности отъ операціи заставляетъ медлить съ производствомъ таковой, и въ результатѣ оказывается, что больная подвергается операціи, какъ послѣднему средству, достигнувъ полнаго истощенія и расстройства всего организма.

Очевидно, что при подобныхъ условіяхъ a priori много труднѣе ожидать благопріятнаго теченія, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ операція произведена въ болѣе ранній періодъ. Блестящій результатъ, достигаемый въ настоящее время при овариотоміи, несомнѣнно ceteris paribus обязанъ тому, что операція производится въ раннихъ стадіяхъ, лишь только констатировано существованіе опухоли. Запущенная киста, осложненная сращеніями внутреннихъ органовъ и достигшая столь большихъ размѣровъ, что сдавленіемъ органовъ успѣла вызвать истощеніе всего организма, отеки и отдышку и въ настоящее время, при дореденной до совершенства оперативной техники, всегда дастъ несравненно худшій результатъ, чѣмъ своевременно оперированный случай. Подобную аналогію мы обязательно должны допустить и по отношенію къ фиброміомамъ. Хотя въ общемъ кистовидныя образованія яичниковъ и отличаются болѣе быстрымъ ростомъ, чѣмъ фиброзныя опухоли, но съ другой стороны фиброміомы, сопровождающіяся обильными кровотечениями, представляются несомнѣнно болѣе неблагоприятными новообразованіями. Ввиду этихъ соображеній несомнѣнно болѣе раннее оперативное вмѣшательство должно существенно улучшить исходъ операціи. Существеннымъ отличіемъ между фиброміомами матки и кистами яичника является то обстоятельство, что отъ этихъ послѣднихъ самоисцѣленіемъ больныя почти никогда не избавляются, и, въ противоположность фиброміомамъ, въ нихъ несомнѣнно чаще наблюдается переходъ въ злокачественныя новообразованія. Въ виду этого, не смотря на значительную аналогію, показаніе къ оперативному удаленію фиброзныхъ опухолей пока врядъ ли можетъ быть мотивировано *только однимъ присутствіемъ* опухоли. Я бы счелъ возможнымъ показаніе для удаленія фиброміомъ формулировать слѣдующимъ образомъ: такъ какъ мы не имѣемъ иного средства устранить фиброміому, то оперативное вмѣшательство показуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, *гдѣ установлены ростъ и вообще прогрессированіе симптомовъ* заболѣванія. При болѣе раннемъ оперированіи фиброміомъ мы очевидно будемъ имѣть возможность большаго выбора между оперативными методами, что въ свою очередь не безразлично по отношенію къ предсказанію. Въ случаяхъ запущенныхъ, у истощенныхъ больныхъ,

вслѣдствіе большихъ потерь крови, наиболѣе благопріятнымъ моментомъ для операціи должно считаться время, когда у больной, успѣвшей оправиться отъ предшествующей потери крови, наступаетъ новый періодъ кровоотдѣленія.

Въ *выборъ оперативнаго метода*, гдѣ это возможно, несомнѣнно руководящимъ моментомъ долженъ служить принципъ сохраняющей хирургіи; при чемъ очевидно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ приходится пожертвовать одной изъ частей полового аппарата, безусловно слѣдуетъ отдать предпочтеніе, имѣющей для организма большее значеніе. Гдѣ есть малѣйшая возможность сохранить придатки, тамъ слѣдуетъ заботиться о сохраненіи яичниковъ, дабы не лишать больную выгодъ отъ вліянія половой железы на общую экономію организма.

Боязнъ авторовъ (*Koeberlé, Péan*) развитія въ такихъ случаяхъ внутрибрюшныхъ кровотеченій или даже внѣматочной беременности, слѣдуетъ признать недоказаннымъ и идущимъ въ разрѣзъ съ законами общей патологіи.

Прототипомъ консервативнаго лѣченія фиброидовъ матки должно считаться вылуциваніе фиброидовъ подслизистыхъ, малыхъ *per vias naturales* и чревосѣченіе для достигшихъ большаго объема, по типу кесарскаго сѣченія; вылуциваніе межучточныхъ фиброидовъ съ закрытіемъ швами, образовавшагося послѣ вылуциванія, ложа опухоли, и наконецъ удаленіе подсывороточныхъ фиброзныхъ полиповъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ множественными фиброидами, при такъ сказать, фиброматозномъ перерожденіи всей матки, которую нельзя сохранить, влагалищному вырѣзыванію всей матки цѣликомъ или по частямъ (*morseillement*) слѣдуетъ отдавать предпочтеніе передъ чревосѣченіемъ, такъ какъ эта операція при возможности сохраненія яичниковъ должна считаться наилучшей въ прогностическомъ отношеніи. Имѣя случай около 10 разъ такимъ образомъ удалять матку, пораженную фиброидами, я не имѣлъ ни одного смертельнаго исхода. Цѣлесообразность этого я могу еще болѣе подчеркнуть случаями вырѣзыванія матки ради другихъ заболѣваній при 0⁰/о смертности.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіе величины опухоли требуется вскрытіе брюшной полости и гдѣ возможенъ выборъ между полнымъ удаленіемъ матки и надвлагалищной ампу-

- тацією єя, эта послѣдняя, по моему мнѣнію, заслуживаетъ несомнѣннаго предпочтенія. Подобный выводъ я основываю, между прочимъ, на достигнутыхъ мною самимъ результатахъ (4,3% смертности) съ одной стороны ¹⁾, и малоутѣшительныхъ данныхъ (около 30% смертности), опубликованныхъ столь опытнымъ операторомъ, какъ *A. Martin*, съ другой.

Такъ какъ производство надвлагалищной ампутаціи является однимъ изъ наиболѣе частыхъ оперативныхъ приѣмовъ при удаленіи фиброміомъ матки, то я и считаю не лишнимъ остановиться на ней нѣсколько долѣе и отбѣнить отдѣльныя детали операціи въ томъ видѣ, какъ я считаю наиболѣе цѣлесообразнымъ. Внутрибрюшинный способъ лѣченія ножки долженъ быть предпочтенъ внѣбрюшинному, во первыхъ; во вторыхъ—массовыя лигатуры, особенно на боковыя части культи, какъ это раньше мною было сообщено Обществу, а также способъ *Цвейфеля* перевязки всей ножки по частямъ, должны быть предпочтены другимъ болѣе сложнымъ приѣмамъ; въ третьихъ—обязательное обшиваніе культи брюшиной съ закрытіемъ цервикальнаго канала, представляется излишнимъ, при условіяхъ надежной дезинфекціи цервикальнаго канала.

Подобный методъ надвлагалищной ампутаціи, (описанный мною во «Врачѣ» за 1891 г., № 27), я счелъ бы болѣе всего подходящимъ назвать методомъ надвлагалищной ампутаціи матки по типу оваріотоміи, такъ какъ вся разница заключается только въ томъ, что ножка представляется болѣе мясистой и полой.

Если сравнить употребляемый мною методъ супровагинальной ампутаціи матки, то легко провести аналогію между сдѣланными усовершенствованіями въ оперативной technikѣ при оваріотоміи. Отъ внѣбрюшиннаго способа мы совершенно отказались. Гѣмостазъ достигается массовыми (всего 2—4) лигатурами. Оставленное при оваріотоміи обшиваніе брюшиной ножки культи исключено и въ нашемъ методѣ. Послѣоперационный уходъ, періодъ послѣоперационнаго выздоровленія и почти такой-же результатъ операціи какъ и при оваріотоміи представляютъ громадную аналогію.

¹⁾ См. мой докладъ на V Съѣздѣ русскихъ врачей въ память *Пирогова* въ хирургической секціи.

Упомянутый способ, отличающийся отъ полной экстирпации матки тѣмъ, что оставляется маточная шейка, представляетъ слѣдующія выгоды: вся операція, напоминая овариотомію, отличается большой простотой во первыхъ; во вторыхъ—благодаря этому, она можетъ быть окончена въ меньшій срокъ, вслѣдствіе чего больная подвергается меньшему риску; въ третьихъ—гэмостазъ получается вполне надежный, въ четвертыхъ—отверстіе, сообщающее брюшную полость съ влагалищемъ несравненно меньше, чѣмъ при полной экстирпации, благодаря чему оно много быстрее закрывается, и брюшная полость оказывается изолированной въ самый короткій срокъ; въ пятыхъ—при указанномъ методѣ несравненно меньше шансовъ поранить смежные органы, а также получить ненормальные фиксаціи кишечныхъ петель; и наконецъ въ шестыхъ—уходъ послѣ операціи проще, чѣмъ при экстирпации всего органа путемъ чревосѣченія.

Показаніемъ къ полному удаленію всей матки путемъ чревосѣченія или комбинированнымъ способомъ служатъ тѣ случаи, въ которыхъ новообразование, неограничиваясь верхнимъ отдѣломъ шейки и тѣломъ матки, захватываетъ влагалищную и надвлагалищную часть шейки матки; или тѣ случаи, гдѣ вообще оставленіе шейки, пораженной какимъ либо злокачественнымъ процессомъ или содержащей какое либо септическое начало, можетъ вредно отозваться на дальнѣйшемъ состояніи больныхъ.

Остается коснуться тѣхъ фиброміомъ, которыя, неизмѣняя существенно матку, врастаютъ въ толщу связочнаго аппарата или вѣдряются въ тазовую клетчатку. При подобныхъ опухоляхъ показуется расщепленіе ихъ ложа, вылученіе опухоли съ послѣдовательнымъ дренированіемъ и тампонаціей или зашиваніемъ полученнаго дефекта, сообразуясь съ обстоятельствами каждаго отдѣльнаго случая.

Заканчивая этимъ сегодняшнюю мою рѣчь, я долженъ констатировать, что всѣ тѣ усовершенствованія, которыя намъ дало послѣднее время въ области оперативной техники лѣченія фиброміомъ и трезвое отношеніе ко всѣмъ остальнымъ способамъ лѣченія этого страданія, даютъ мнѣ право высказать предположеніе, что въ настоящее время мы можемъ смотрѣть съ меньшимъ страхомъ на страданіе еще до послѣдняго

времени внушавшее намъ столь большія затрудненія въ борьбѣ съ нимъ. Не сомнѣваюсь также, что расширяя показанія къ оперативному вмѣшательству и оперируя въ раннихъ стадіяхъ, такъ сказать, профилактически, при первыхъ намекахъ на прогрессированіе процесса, мы уже теперь вступаемъ на тотъ путь, который намъ обезпечить не менѣ блестящіе результаты, чѣмъ достигаемые при удаленіи кистъ яичниковъ.

II.

ИЗЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Чревосѣченіе при частичныхъ зарощеніяхъ родоваго канала.

Д-ра М и х и н а.

Въ числѣ пороковъ развитія женскихъ половыхъ органовъ очень видное мѣсто занимаютъ прирожденные частичныя зарощенія родоваго канала, хотя наблюдающіеся рѣдко, но влекущія за собой очень серьезныя послѣдствія для здоровья и жизни заболѣвшаго субъекта. Зарощенія эти, или, вѣрнѣе сказать, недоразвитія просвѣта родоваго канала, могутъ встрѣчаться во входѣ во влагалищѣ, на протяженіи рукава, или же въ каналѣ шейки матки. Кромѣ того, онѣ могутъ осложняться въ нѣкоторыхъ случаяхъ еще скопленіемъ крови въ трубахъ. Что касается до происхожденія этихъ формъ пороковъ развитія, то въ настоящее время всѣ уже изслѣдователи сходятся во мнѣніи, что причиной ихъ служитъ или слипчивое воспаленіе стѣнокъ рукава еще въ утробной жизни плода, или неполное слитіе Мюллеровыхъ нитей съ облитераціей полости одной изъ нихъ или обѣихъ вмѣстѣ.

Одинаковыя послѣдствія съ этими пороками развитія влекутъ за собой, несомнѣнно, случаи приобрѣтеннаго зарощенія влагалища или матки, которые являются или какъ результаты бывшихъ язвенныхъ процессовъ въ родовыхъ путяхъ, или же какъ результаты травмы ихъ. Эти пороки развитія довольно

долгое время до наступления половой зрѣлости остаются незамѣченными даже и самими больными, такъ какъ нормальныя отдѣленія матки отходятъ въ столь незначительномъ количествѣ, что, скопляясь въ половыхъ путяхъ, онѣ рет се не могутъ вызвать такихъ тягостныхъ симптомовъ, которые могли бы обратить на себя вниманіе больной, какъ это мы видимъ на тѣхъ же субъектахъ съ наступленіемъ поры полного физическаго развитія организма, полной функціи половой системы. При наступленіи времени первой же менструаціи мы получаемъ у такихъ больныхъ полную картину аменореи съ постоянно, съ каждой менструальной порой, все усиливающимися болями, (въ случаяхъ полного закрытія просвѣта влагалища или матки), или же картину дисменореи—при атрезіи одной только половины раздвоеннаго канала полового аппарата. Обыкновенно боли эти идутъ прогрессивно усиливаясь, а затѣмъ къ нимъ присоединяется и появленіе опухоли въ маломъ тазу, которая увеличивается одновременно и пропорціонально усиленію болей. Если мѣсто атрезіи находится во влагалищѣ, то прежде всего появляется haematocolpos вышележащей, неразрощенной части его затѣмъ къ нему присоединяется и haematometra, иногда въ сопровожденіи haematosalpinx'a, а иногда безъ какихъ либо замѣтныхъ измѣненій въ фалопіевыхъ трубахъ.

Такъ какъ въ настоящее время, послѣ капитальныхъ работъ *Leopold'a*, можно считать вполне выясненнымъ, что кровь, во время менструаціи, выдѣляется не только слизистой оболочкой матки, но также и слизистой трубы, то этимъ самымъ мы получаемъ ключъ къ вопросу о происхожденіи haematosalpinx: это послѣднее явленіе можетъ развиваться только тогда, когда ostium uterinum соотвѣтственной трубъ окажется закрытымъ, какъ это было описано въ случаяхъ: *Mayer'a* ¹⁾, *Näcke* ²⁾, *Göze'a* ³⁾ и др., или до такой степени суженнымъ, какъ это видно въ случаяхъ *Krocker'a* ⁴⁾, *Locatelli* ⁵⁾, *Bryk'a* ⁶⁾ *Billroth'a* ⁷⁾.

¹⁾ Ueber die Verdoppelung der Gebärmutter und ihre Complicationen mit Schwangerschaft und einseitiger Atresie. Inaugural. Dissert. Zurich, 1883.

²⁾ Uterus bicornis septus, Vagina partim septa etc. Arch. f. Gyn., Bd. IX, p. 471.

³⁾ Ein Fall der Uterus bicornis, Haematometra u. s. w. Inaugural. Dissert. Tübingen, 1879.

⁴⁾ Casper's Wochenschrift, 1845, S. 688.

⁵⁾ Gasetta medicina di Milano, 1847, April.

⁶⁾ Wiener medicinische Wochenschrift, 1865, S. 261.

⁷⁾ Jahresberichte der chirurgische Klinik in Zürich, 1860—67, S. 352.

Schroeder'a ¹⁾), что менструальной крови нѣтъ выхода и она, постепенно растягивая стѣнки трубы, доводитъ ихъ, наконецъ, до разрыва съ летальнымъ, въ большинствѣ случаевъ, исходомъ для больной ²⁾).

I. Veit (Ueber Haematosalpinx, Berlin) предлагаетъ для разрѣшенія вопроса о происхожденіи haematosalpinx вообще, обращать вниманіе на состояніе orificii abdominalis соотвѣтственной трубы: если это отверстіе открыто, (*Veit* не признаетъ внутриматочнаго перехода яйца изъ одной трубы въ другую), то нужно предположить graviditas tubaria, а если закрыто, то haematosalpinx. Справедливъ, или нѣтъ этотъ взглядъ,—покажетъ будущее; а пока мы, основываясь на патологической анатоміи до сихъ поръ описанныхъ случаевъ, можемъ прійти къ заключенію, что conditio, sine qua non образованія всякаго haematosalpinx есть закрытіе или сильное суженіе просвѣта маточнаго конца трубы и врядъ ли правы тѣ, (*Ohlshausen, Hildebrandt, Breisky* etc.), которые думаютъ, что haematosalpinx можетъ образоваться, вслѣдствіе обратнаго поступленія крови изъ растянутой матки въ трубу, такъ какъ микроскопическій видъ вырѣзанныхъ при чревосѣченіяхъ и вскрытіяхъ препаратовъ совершенно не располагаетъ къ такого рода заключенію. Справедливость предыдущаго взгляда на образованіе haematosalpinx'a доказываютъ также и такіе случаи, (*Zannini* ³⁾), *Weiss* ⁴⁾) и случай проф. *Kehrer'a* ⁵⁾), гдѣ, послѣ оперативнаго пособія (*Kehrer*), или послѣ самостоятельнаго вскрытія зарощенія влагалища (*Zannini*), или, наконецъ, вскрытія опухоли чрезъ прямую кишку (*Weiss*) произошло самопроизвольное излѣченіе; несомнѣнно, что въ данныхъ случаяхъ существовало совершенно свободное соединеніе полостей матки и трубъ, и менструальная кровь могла безпрепятственно изливаться изъ трубъ въ матку ⁶⁾).

Простые случаи haematocolpos, или haematometrae, или того и другаго вмѣстѣ могутъ существовать, относительно говоря,

¹⁾ Zeimsen's Handbuch, 8 Auflage, Bd. X, S. 47, 1887.

²⁾ Къ сожалѣнію далеко не во всѣхъ работахъ указано состояніе маточнаго конца канала трубъ.

³⁾ *Breisky*. Krankheiten der Vagina, Stuttgart, 1886, S. 21.

⁴⁾ Prager medicinische Wochenschrift, 1878, № 22.

⁵⁾ *Fuld*. Archiv für Gynäkologie, Bd. XXXIV.

⁶⁾ См. ниже послѣдній случай проф. *Толочинова*.

довольное долгое время и во всякомъ случаѣ дольше тѣхъ случаевъ, когда къ нимъ еще присоединяется и haematosalpinx, такъ какъ тонкостѣнная труба, не обладающая большою эластичностью и удоборастяжимостью, какъ vagina, а также и не могущая, путемъ гипертрофіи мышечныхъ элементовъ своихъ стѣнъ, противустоять постоянно и ежемѣсячно все усиливающемуся напору крови изнутри, весьма скоро лопаются, какъ это видно изъ случаевъ: *Münk'a* ¹⁾, *Rose* ²⁾, *Plater'a* ³⁾, *Hemman'a* ⁴⁾, *Moog'a* ⁵⁾ и др. Правда, что на ряду съ этими случаями можно встрѣтить въ литературѣ и такіе (*Heyfelder* ⁶⁾, *Mayer* ⁷⁾), гдѣ больныя доживали до 29—30 лѣтъ, но въ такихъ случаяхъ въ содержимомъ трубъ почти всегда оказывалась примѣсь гноя, что даетъ намъ возможность разсматривать эти случаи haematosalpinx'a, какъ послѣдующее заболѣваніе по отношенію къ имѣющемуся haematocolpos или haematometra.

Въ эту же послѣднюю категорію, мнѣ кажется, возможно отнести и случаи чистаго haematosalpinx'a, которые, вѣроятно, всегда бывають приобрѣтенные, но не прирожденные, (*Terillon* ⁸⁾, случай д-ра *Зейделя* ⁹⁾), сообщенный въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ проф. *Славянскимъ*, *Bröse* ¹⁰⁾, *Pol Rüge* ¹¹⁾, *Ziesmeister* ¹²⁾, *Kümel* ¹³⁾, *Mendes de Léon* ¹⁴⁾, *Kümel* ¹⁵⁾, *Walter* ¹⁶⁾, *Jacobs* ¹⁷⁾, *Walter* ¹⁸⁾).

Просматривая литературныя данныя по интересующему насъ вопросу, мы находимъ ужасающую смертность; изъ 46 слу-

¹⁾ London medicinische Gasette, 1847, Bd. 27, p. 867.

²⁾ A. a. o. S. 429.

³⁾ Felicit Platteri observationum libri tres, Basileae, 1614, Bd. I, p. 241.

⁴⁾ Medicinisch-chirurgische Aussätze historischpractischen Inhaltes. Berlin 1788, S. 68.

⁵⁾ Lancet. 1839/40, vol. I.

⁶⁾ Rust's Handbuch der Chirurgie, Bd. II, S. 487, 1830.

⁷⁾ См. выше id

⁸⁾ Bulletin de therapie. Paris, 1887, p. 390.

⁹⁾ Врачъ, 1887 г., № 9, стр. 219.

¹⁰⁾ Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitzung, am 8 März, 1889.

¹¹⁾ Idem, Sitzung am 10 Mai 1889.

¹²⁾ Geburtshülfe—Gynaekol. Gesellsch. im Wiën, Sitz am 2 Juli 1889.

¹³⁾ Versammlungen der Geburtshülflichen Gesellschaft. zu Hamburg, Sitz am 2 April. 1889.

¹⁴⁾ Nederlend. tijdschr. v. Gineskunde, 1888, № 2.

¹⁵⁾ Gynäkologische Gesellsch. zu Hamburg, Sitzung von 10 Juni. 1890.

¹⁶⁾ Centralbl. f. Gyn., 1891, p. 90.

¹⁷⁾ Gynäkol. Gesel. in Brüssel.

¹⁸⁾ Zur. Kasuistik. der Hämatosalp.—Jnaugural. Dissert. Giessen., 1890.

чаевъ (см. статью *Fuld'a* въ Arch. f. Gyn. Bd. XXXIV), лѣченныхъ проколомъ или разрѣзомъ зарощеній, летально окончились 37 случаевъ, что составляетъ 80.2⁰/₀ смертности. По *Henning'u* ⁰/₀ смертности=82, 8⁰/₀; къ этимъ даннымъ я, съ своей стороны, изъ другихъ литературныхъ источниковъ могу добавить еще слѣдующіе: *Akontz* ¹), *Pinkney* ²), *Paloillon* ³), *Valantino* ⁴), *Сутуинъ* ⁵), *Flammarion* ⁶), *Heliodor Swiecicki* ⁷) и *К. Θ. Славянский* ⁸), изъ которыхъ случаи—*Valantino* и *Flammarion'a* окончились летально, а въ 6 остальныхъ, что составляетъ 75⁰/₀, воспослѣдовало выздоровленіе.

Въ архивѣ нашей клиники я нашелъ слѣдующіе случаи:

1) X. Л. А—ерь, 17 лѣтъ: atresia vaginalis, haematocolpos. 20/і 83, сдѣлана проф. *Лазаревичемъ* пункція зарощенія троакаромъ *Maisonneuve'a*, а 8/іи больная выписалась совершенно здоровой. 2) Э. Ф—анъ, 17 лѣтъ. atresia vaginae, haematocolpos, haematometra; 14/і 78. сдѣланъ проф. *Лазаревичемъ* проколъ зарощенія троакаромъ; чрезъ 3 дня появился параметритъ; 5/іи выписалась здоровой. 3) Е. Ч—ева, 19 лѣтъ, atresia vaginae, haematocolpos, haematometra; 7/хп 79 года сдѣлана проф. *Лазаревичемъ* пункція зарощенія троакаромъ; 11 хп вторично введена трубка троакара; образовался периметритъ; 15/хп еще разъ введена трубка, — периметритъ усилился; 5/і 80 года больная переведена на Сабурову дачу (въ земскую больницу). 4) Т. Р—фе, 19 лѣтъ, atresia vaginae, не менѣе 3 ст. въ средней части ея, haematometra, haematosalpinx; 30 і 90 г. сдѣланъ проф. *Толочиннымъ* проколъ зарощенія vaginae троакаромъ, расширеніе отверстія ножомъ, промывка полости 2⁰/₀ растворомъ *Ac. carbolicі* и послѣдующее растягиваніе отверстія расширителями *Busch'a*. При разрѣзѣ выдѣлилась шоколаднаго цвѣта слизисто-кровянистая густая жидкость; 11/хп выписалась, чувствуя себя хорошо, при чемъ ей было предложено ходить въ клинику для бужированія вновь образованнаго влагалища, чего больная, однако не исполнила; вслѣдствіе этого отверстіе заросло черезъ 2 мѣсяца, и 25 і 92 г. больная снова явилась въ клинику съ тѣми же явленіями, что и въ 1-й разъ. 6/іи ей сдѣланъ былъ проф. *Толочиннымъ* 2-й разрѣзъ зарощенія; послѣдующее растягиваніе его расширителями *Hegar'a* и промываніе полости 4⁰/₀ растворомъ *Ac. borici*; 28/іи больная выписалась. Дальнѣйшая судьба ея осталась неизвѣстной. 5) А. Тв—бова, 27 л., atresia vaginae, haematocolpos haematometra; 30/і 93 г. сдѣланъ проф. *Толочиннымъ* разрѣзъ зарощенія vaginae въ поперечномъ направленіи и раздвиганіе пальцемъ клѣтчатки между влагалищемъ и мочевымъ пузыремъ. Послѣ выхода густой жидкости шоколаднаго цвѣта, заложена

¹) Kolozvári aróostermes zettudomangi éstesito 1891.

²) Harrisburg; Amer. journal of obstetrics, 1886, Mai, p. 481.

³) Revue de chirur., № 4—7, 1887.

⁴) Je Raccagliatore, 1885, № 2—3.

⁵) „Врачъ“, 1887, № 9, ст. 219.

⁶) Gasette de Gynäkologie, 1886, № 17.

⁷) „Врачъ“, 1893, № 43.

⁸) „Врачъ“, 1888, № 12.

иодоформенная марля. Ли увеличенъ разръзъ метротомомъ *Cachet* и полости промыта 4° растворомъ борной кислоты. Дальнѣйшее расширеніе отверстія зеркалами; осложненіе параметритомъ; 22-ю выписалась изъ клиники: вновь образованное влагалище пропускаетъ палець.

Такимъ образомъ изъ 5 случаевъ, лѣченныхъ въ нашей клиникѣ проколомъ и разръзомъ, ни одинъ летально не окончился. Отчего же зависитъ такая разница въ $\frac{0}{100}$ смертности? По статистикѣ *Fuld'a* послѣдняя = 80,2° а, по *Henning'u* = 82,8°/о; изъ другихъ вышеприведенныхъ мною случаевъ = 25°/о и, наконецъ, въ нашей клиникѣ = 0°/о. Способы оперирования въ существенныхъ чертахъ мало чѣмъ разнились другъ отъ друга; слѣдовательно, причину того, или другого исхода операціи нужно искать скорѣе всего въ патологической анатоміи каждаго отдѣльнаго случая.

И дѣйствительно, разсматривая скорбный списокъ всѣхъ летально окончившихся случаевъ, мы находимъ, что только въ незначительномъ числѣ случаевъ (*Maisonneuve* ¹⁾, *Billroth* ²⁾, *Lehman* ³⁾, *Bandl* ⁴⁾), смерть воспослѣдовала отъ общаго септического зараженія, въ другихъ же случаяхъ вездѣ, скорѣе послѣ операціи опорожненія расширенной полости влагалища или матки, или того и другого вмѣстѣ, послѣдовали разрывъ растянутыхъ одной или обѣихъ трубъ. Сюда слѣдуетъ отнести слѣдующіе случаи: *Paget* ⁵⁾, *Marchant et Massé* ⁶⁾, *Gosselin* ⁷⁾, *Routh* ⁸⁾, *De Haen* ⁹⁾, *Mattheysen* ¹⁰⁾, *Brodie* ¹¹⁾, *Krocker* (см. в.), *Locatelli* (см. в.), *Schuch* ¹²⁾, *Besnier* ¹³⁾, *Busch* ¹⁴⁾, *Nelaton* ¹⁵⁾, *Bryk* (см. в.), *Keller* ¹⁶⁾, *Bandl* ¹⁷⁾, *Breisky* ¹⁸⁾

¹⁾ Gasette des hôpitaux. 1862, p. 86 et 98.

²⁾ *Breisky*, S. 26.

³⁾ а. а. о.; S. 29.

⁴⁾ а. а. о. S. 34.

⁵⁾ *Leicester*, British medical Journal, 1859, 23 July, und bei *Steiner*. S. 698.

⁶⁾ Journal de Médecine de la Lonar inferieure, T. XXVI.

⁷⁾ Gazette des hôpitaux, 1867, № 57, 14 Mai.

⁸⁾ London Obstetrical Transactions, 1871, vol. XII, p. 34.

⁹⁾ Ratio medicandi 1765, p. VI, E. III, Cap II, p. 48.

¹⁰⁾ Schmidt's Jahrbücher, 1836, № 4.

¹¹⁾ Lancet 1839/40, vol I, p. 329.

¹²⁾ Wochenblatt der Zitschrift der Gesellschaft der Wiener Aerzte, 1857, Jahrg. III, 497.

¹³⁾ Bulletin de la Société anatomique de Paris, Juni 1858, T. III, p. 286.

¹⁴⁾ Allgemeine medicinische Centralzeitung 1862, S. 599.

¹⁵⁾ Gazette des hôpitaux, 1856, № 88, p. 350.

¹⁶⁾ Ueber einen Fal von Atresia vaginae congenita, Inaugural. Dissert. Kiel, 1874.

¹⁷⁾ Krankheiten der Tube, Ligamente u. s. w. in *Billroth's* deutsches Chirurgie, Lieferung 59, S. 38, Stuttgart, 1886.

¹⁸⁾ а. а. о.; S. 29.

" 1), *Martin* 2), *Mo* 3), *Billroth* (см. в.), *Schroeder* (см. в.), *Czermy* 4), *Décès* 5), *Beronius* 6), *Santesson* 7), *Engel* 8), *Holst* 9), *Wilms* 10), *Näcke* (см. в.), *Winckel* 11), *Göz* (см. в.), *Neugebauer* 12) и 13), *Flammarton* (см. в.), и *Valentino* (см. в.), что составляет 86,10% смертности отъ разрыва трубъ вскорѣ послѣ прокола зарощеннаго мѣста полового канала.

Кромѣ приращенныхъ зарощеній влагалища и матки, въ литературѣ есть также сообщенія о случаяхъ приобрѣтенныхъ зарощеній ихъ; таковы случаи: *Mattheysen* (см. в.) и *Billroth* (см. в.). Относительно же способа происхожденія облитерациі трубъ одни указываютъ, какъ на причину ихъ, на хроническій катарръ ихъ слизистой оболочки, другіе (*Mayer*) на торсію ихъ, или перетяжку.

Способы оперативнаго пособія при зарощеніяхъ полового канала описаны слѣдующіе:

I. при *hymen imperforatus*: 1) разрѣзь (*Marchant et Massé*) (см. в.), *I. Rope* (см. в.), *Amann* 14); 2) проколъ: *Есуповъ* 15), *W. H. Pinkney* (см. в.); 3) частичное вырѣзываніе плевы.

II. При зарощеніяхъ влагалища: 1) проколъ троакаромъ (*Paget* см. в.); *Gosselin* (см. в.); *Bryk* (см. в.), и др. — 2) проколъ съ послѣдующей катетеризаціей полости (*Routh* (см. в.); *Keller* (см. в.) и др.); 3) проколъ и расширеніе отверстія литотомомъ (*Maisonneuve* (см. в.) и др.); 4) разрѣзь и расширеніе зеркалами (*Czermy* (см. в.) и др.); 5) проколъ троакаромъ *Мезонёва* (*Иазаревичъ* (см. в.), *Neugebauer* (см. в.), *Flammarton* (см. в.); 6) проколъ съ прополаскиваніемъ полости дезинфицирующими растворами (*Rose* (см. в.) и др.); 7) *Ger-
mann* и *Henning* (см. в.) прокалывали и ежедневно бужиро-

1) Idem.

2) *Rose*, S. 427, 434.

3) Bericht im Centr. f. Gyn. 1878, Bd. II, S. 512.

4) *Simon Augur.* — Dissert.

5) Bulletin de la Société anatomique, Juillet 1854, mitgetheilt von *Bernutz*, Clinique médicale sur les maladies des femmes. (Paris. 1860). T. I, p. 59.

6) Preussische Medicalzeitung, 1862, № 33, S. 259.

7) Preussische Vereinszeitung, 1857, S. 224.

8) Medicinische Jahrbücher des Oesterreichischen Staates, 1847, Bd. 59, S. 189.

9) Beiträge zur Gynäkol. u. Geburtsh., Tübingen, 1865. Heft I, S. 63.

10) См. *Rose*, S. 423.

11) 51 Veransammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Cassel.

12) и 13) Einseitige Hämatoma bei zweigetheiltem Uteruswaginkanale. Arch. für Gynäkologie, 1871, S. 246.

14) Münchener medicin. Wochenschr. 1882, № 52.

15) Меднц. Обозр. 1886, № 1.

вали отверстіе вязальными спицами; 8) *I. Rope*, проколотъ *hymen imperforatus*, выжимая осторожно содержимое родового канала. 9) При зарощеніи шириной, не болѣе 2 — 3 сент., вырѣзывалась центральная часть его и затѣмъ слизистая оболочка выше и ниже лежащихъ частей влагалища сшивалась.

Кромѣ оперированія со стороны влагалища, нѣкоторые (*Hausmann*) предлагали прокалывать чрезъ брюшные покровы; другіе (*Brown*, *Scanzoni*, *Kaltenbach*) черезъ *rectum* и наконецъ, нѣкоторые (*Simon*) черезъ мочевой пузырь. *Hausmann*, *Winckel*, *Fritsch* и *Schroeder* совѣтовали также предварительный проколъ растянутыхъ трубъ чрезъ брюшныя стѣнки, а затѣмъ уже операцію *per vaginam*.

Такимъ образомъ, изъ этого краткаго перечня различныхъ способовъ оперированія различныхъ авторовъ мы видимъ, что всѣ они не приводятъ къ желаемому результату, и эта несостоятельность ихъ зависитъ отъ того, что всѣ случаи, осложненные скопленіемъ менструальной крови въ трубахъ, даютъ въ результатѣ во многихъ случаяхъ разрывъ этихъ послѣднихъ вскорѣ послѣ операціи, такъ какъ сильно растянутыя трубы почти всегда бываютъ сращены воспалительными перемычками съ окружающими частями, такъ что растянутая матка, иногда влагалище, сокращаясь послѣ освобожденія отъ своего кровянистаго содержимаго, тянутъ за собой сращенныя по периферіи съ окружающими частями трубы, а въ результатѣ всего этого и получается гиртуга этихъ послѣднихъ. На этомъ основаніи, когда, съ развитіемъ ученія объ антисептикѣ, операція въ брюшной полости потеряла свой злобѣщій характеръ, она была предложена и къ разсматриваемымъ нами случаямъ—(*Schroeder*, *Winckel*, *Breisky*, *Kehrer* и др.). Первымъ на этомъ поприщѣ выступилъ *Schroeder* (*Zeitschrift für Geb. u. Gyn.* 1881, Bd. VIII), хотя д-ръ *Zeidel* въ *Сарептѣ* (сообщено *К. Θ. Славянскимъ* во *Врачѣ*, 1887 г., № 9, стр. 219) сдѣлалъ въ 1874 году лапаратомию по поводу *haematosalpinx* со вшиваніемъ въ рану брюшной стѣнки пораженной трубы и послѣдующимъ дренированіемъ; тоже сдѣлали *Mendes de Leon* ¹⁾ и *Terillon*. ²⁾

¹⁾ *Nederl. v. Genees Kunde* 1888, № 2.

²⁾ *Bulletin de thérapie*, Paris, 1887, p. 390.

Въ 5 случаяхъ: *I. Schramm*'а ¹⁾, *Pol'я Ruge* ²⁾, *Brös*'а ³⁾, *Э. Биддера* ⁴⁾ и *Требинскаго* ⁵⁾, лапаротомія была сдѣлана по елучаю ошибочнаго діагноза; сюда же слѣдуетъ отнести и случай *К. Θ. Славянскаго* ⁶⁾, гдѣ лапаротомія была сдѣлана въ случаѣ зарощенія влагалища по подозрѣнію въ haematosalpinx, но такъ какъ таковаго не оказалось, то брюшная рана была закрыта, а зарощеніе излѣчено проколомъ. *Schramm* ⁷⁾ сдѣлалъ изсѣченіе per laparotomiam обѣихъ растянутыхъ трубъ послѣ того какъ больной была 4 раза сдѣлана пупкція зарощенія vaginae. *Jacobs* ⁸⁾ на Гинекологическомъ Съѣздѣ въ Брюсселѣ демонстрировалъ больную, которой по поводу фибромиомы, осложненной haematosalpinx, 3 раза было сдѣлано чревосѣченіе.

Lodewijks ⁹⁾ удачно оперировать per laparotomiam haematosalpinx у беременной. *Leopold* въ своей статьѣ: Ueber Blutansammlung im verschlossenen Uterusvaginalkanale u. die Salpingotomie ¹⁰⁾ сообщаетъ два случая чревосѣченій: 1) при полной атрезіи vaginae съ haematosalpinx; 2) кастрація и сальпинготомія праваго рудиментарнаго рога и haematosalpinx той же стороны. *Ziesmeister* ¹¹⁾ демонстрировалъ препаратъ haematosalpinx bilateral., извлеченный путемъ лапаротоміи. *Kümmel* ¹²⁾ демонстрировалъ препаратъ haematosalpinx, экстирпированный имъ путемъ чревосѣченія. *Kümmel* ¹³⁾ демонстрировалъ препаратъ haematosalpinx bilateral., извлеченный путемъ лапаротоміи при чемъ одна труба оказалась лопнувшей, и полость живота была наполнена сгустками крови. *H. Walter* ¹⁴⁾ описалъ два случая haematosalpinx, излѣченные чревосѣченіемъ. *Terillon* ¹⁵⁾ сообщилъ случаи haematosalpinx bilateralis, излѣченный лапа-

¹⁾ Centr. f. Gyn. 1892, стр. 962.

²⁾ Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitz. am 10 Mai, 89.

³⁾ Gesell. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 1889, 8. III.

⁴⁾ Журн. Ак. и Женск. Бол., 1889 г., № 1.

⁵⁾ Centr. f. Gyn. 1887, № 49.

⁶⁾ Врачъ, 1882, № 12.

⁷⁾ Edinburger medicin. Journal, 1884, T. XXX, p. 204.

⁸⁾ Centr. f. Gyn., 1891, стр. 117.

⁹⁾ Nederland. tijdschr. v. Verlask. en Gynäkol., 1890, II.

¹⁰⁾ Archiv für Gynäkologie, Bd XXXIV, Hft 3.

¹¹⁾ Geburtshülfflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien, Sitzung am 2 Juli 1889.

¹²⁾ Verhandlungen der Geburtshülff. Gesell. zu Hamburg. Sitz. am 2 April. 1889.

¹³⁾ Jdem. Sitzung am 10 Juni 1890.

¹⁴⁾ Sur Kasuistik der Haematosalpinx. Inaugural. Dissert. Giesen. 1890.

¹⁵⁾ Revue de Chirurgie, 1887, T. VII, p. 71.

ротоміей. *Skene-Keith* ¹⁾ сообщилъ случай двусторонней haematosalpinx, излѣченный per laparotomiam. *Trzelicky* ²⁾ дренировалъ матку черезъ vagin'у, а растянутую кровью трубу черезъ брюшную стѣнку.

Howits ³⁾ и *G. Thomas* ⁴⁾ сдѣлали пришиваніе матки къ брюшной стѣнки и дренированіе ея.

Изъ русской литературы, кромѣ вышеприведеннаго случая *Славянскаго*, я могу привести еще слѣдующіе случаи: 1) по поводу заболѣванія трубъ было сдѣлано проф. *Славянскимъ* излѣченіе трубъ per laparotomiam ⁵⁾ и 2) проф. *Н. Ф. Толочиновымъ* въ частной лечебницѣ докторовъ *Фукса* и *Данилевскаго* (въ Харьковѣ). Исторія послѣдняго случая такова:

Больная Прасковья Г—шева, 42 лѣтъ, замужемъ 18 лѣтъ, на второмъ году замужества страдала „воспаленіемъ“ матки, яичниковъ и катарромъ мочевого пузыря, послѣ чего у нея остались постоянныя боли внизу живота, особенно усиливающіяся во время менструаций, 7 лѣтъ назадъ была сдѣлана дисцизія шейки матки, послѣ чего боли уменьшились. До замужества регулы шли совершенно правильно: послѣ же замужества онѣ шли въ различныя промежутки и всегда сопровождались довольно сильными болями. Послѣднія регулы были 3/xi 93 г. Жалуется на часто появляющіяся кровянистыя бѣли, боли (особенно въ правомъ паху), частые обмороки и общій упадокъ силъ. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: съ правой стороны матки, слегка кнерели, ощущается опухоль, величиной съ яблоко, удлинненной формы, эластической консистенціи. Правый яичникъ увеличенъ, слегка болѣзненъ. Подобныя же измѣненія, только въ меньшемъ размѣрѣ, найдены и на лѣвой сторонѣ. Положеніе и форма матки правильны, она слегка увеличена и нѣсколько болѣзнена. 10/xii проф. *Толочиновымъ* была сдѣлана операція, при чемъ были удалены трубы и яичники. Правая труба оказалась довольно сильно, растянутой тягучей, густой, шоколаднаго цвѣта, кровянисто-слизистой массой; лѣвая—съ тѣми же измѣненіями, но въ значительно меньшихъ размѣрахъ. Правый яичникъ съ нѣсколькими серозными кистами, величиной до горошины, расположенными какъ по периферіи его, такъ и въ толщѣ; лѣвый—сильно сморщенъ и плотѣе нормальнаго. Постъопераціонное теченіе осложнилось появленіемъ гнойнаго паротита. Въ настоящее время больная здорова.

Проф. *Славянскій* сообщилъ въ Рус. Хирургич. Обществѣ *Пирогова* ⁶⁾ объ одномъ случаѣ hydrometr'ы, излѣченномъ имъ

¹⁾ Edinburg. medic. Journal, 1885, April—December.

²⁾ „Ein durch Laparotomie geheilter Fall von Hämatom. u. Hämatosalp.“ Centr. f. Gyn., 87, XI, 790.

³⁾ Centralblatt für Gynäkologie, 1882,

⁴⁾ Centralbl. f. Gyn. 1882, № 19.

⁵⁾ „Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней“, 1882 г., Т. I.

⁶⁾ Врачъ, 1884 г., № 18.

путемъ лапаротоміи, съ изсѣченіемъ трубы и части растяну-
таго рога другой матки.

Въ 1887 году проф. *В. В. Сутунымъ* ¹⁾ было сдѣлано съ полнымъ успѣхомъ удаление per laparotomiam придатковъ матки, съ частичнымъ изсѣченіемъ и самой матки вслѣдствіе діагноза: «врожденное зарощеніе нижней половины влагалища, haematocolpos въ верхпей половинѣ ея, haematometra и hămatosalpinx bilateralis».

Подобная же операція была сдѣлана съ благополучнымъ исходомъ въ 1889 году въ Пятигорскѣ ч. препод. Хар. Уни-
верс. *Н. Д. Гивронскимъ* ²⁾: надвлагалищная ампутація матки (по *Schroeder'y*) съ оскотпленіемъ, при діагнозѣ: полное руди-
ментарное развитіе влагалища, hămatometra, hămatosalpinx dextra, pelvioperitonitis.

Ч. преподав. *Львовымъ* ³⁾ была сдѣлана лапаротомія по по-
воду пріобрѣтеннаго зарощенія, оставшагося послѣ тяжелаго
сыпнаго тифа, осложнившагося омертвеніемъ стѣнокъ влага-
лища. При этомъ сначала было предпринято образованіе искус-
веннаго влагалища, но попытка не удалась, и больной, у ко-
торой за это время успѣлъ уже развиться hămatosalpinx, было
сдѣлано чревосѣченіе съ удаленіемъ обоихъ придатковъ, изъ
которыхъ въ лѣвой трубѣ оказался hămatosalpinx. Матка была
оставлена statu quo, ввиду трудности отдѣленія ея плотныхъ,
крѣпкихъ сращеній съ сосѣдними частями, а также и изъ
боязни найти гной въ ея содержимомъ.

Д-ромъ *Воскресенскимъ* ⁴⁾ было сдѣлано чревосѣченіе съ
удаленіемъ матки, лѣвый рогъ которой оказался съ жидкимъ
серознымъ содержимымъ, и обоихъ придатковъ, причемъ пра-
ваго яичника совсѣмъ не оказалось.

Въ нашей клиникѣ первое чревосѣченіе по поводу зарощенія
родового канала сдѣлано было проф. *Толочиновымъ* въ
1893 году 15/х. Исторія этого случая такова:

Больная, Василиса С—чная, 18 лѣтъ, крестьянка дѣвица; 2 года
назадъ появились molimina menstrualia; въ это же время она стала стра-

¹⁾ Врачъ, 1887 г., № I, стр. 15.

²⁾ Отдѣльный оттискъ изъ XXXIV протокола рус. Бальнеол. Общ. въ
Пятигорскѣ. Засѣданіе 12/VI 89 г.

³⁾ Врачъ, 1893 г., № 28—29.

⁴⁾ Врачъ, 1893 г., № 42.

дать запорами, частыми позывами на мочеиспускание и рвотой во время его. Въ послѣдніе 3—4 мѣсяца стала замѣчать присутствіе въ животѣ опухоли, постоянно увеличивающейся. Въ клинику поступила 27/ix. Влагалище тотчасъ надъ hymen'омъ оказывается зарощеннымъ. Per rectum прощупывается значительно увеличенная матка, упруго-эластической консистенціи, круглой формы. Влагалище зарощено, повидимому, на всемъ своемъ протяженіи, или же остаются только своды его. Діагнозъ полное недоразвитіе влагалища, *hämatometra*. 15/x сдѣлано чревосѣченіе съ надвлагалищной ампутаціей матки и удаленіемъ придатковъ. Отверстіе маточныхъ концовъ трубъ проходимо для зонда, самыя трубы, а также и яичники не измѣнены. 7 xi больная выписалась совершенно здоровой. При гистологическомъ изслѣдованіи стѣнки вырѣзанной матки оказалось: слизистая оболочка въ состояніи легкаго катарра; мышечныя волокна гипертрофированы, соединительная ткань между ними склеротически измѣнена.

Просматривая всѣ собранные нами случаи чревосѣченій при зарощеніяхъ родовыхъ путей, мы видимъ, что изъ 33 чревосѣченій, сдѣланныхъ различными операторами и при различныхъ обстановкахъ, ни одно не кончилось летально, тогда какъ при оперированіи этихъ случаевъ проколомъ или разрѣзомъ, на 61 случай было 40 случаевъ съ летальнымъ исходомъ, что составляетъ 65,6% смертности.

Такимъ образомъ, изъ всего собраннаго мною матеріала, я считаю возможнымъ вывести слѣдующія заключенія:

1) При зарощеніяхъ влагалища, будутъ ли онѣ врожденныя или пріобрѣтенныя, съ слѣдующимъ накопленіемъ менструальной крови въ полостяхъ родового канала, операція образованія искусственнаго влагалища возможна только тогда, когда: а) есть полная увѣренность въ отсутствіи *hämatosalpinx'a* и приращенія его къ сосѣднимъ частямъ, и б) когда зарощеніе *vagin'ы* занимаетъ не болѣе $\frac{1}{3}$ длины ея, иначе вновь образованное влагалище не оправдастъ возлагаемыхъ на него надеждъ, какъ это было и при попыткѣ искусственнаго образованія влагалища съ пересадкою кожи на его стѣнки, и тѣхъ опасностей, которымъ подвергалась больная при оперированіи въ клѣтчаткѣ параметрія. Первое изъ этихъ условій должно быть соблюдаемо и при оперированіи при такъ называемомъ *hymen imperforatus*.

2) Въ случаяхъ когда на ряду съ существующей атрезіей на протяженіи родовыхъ путей, *hämatometra* и *hämatoocolpos*,

діагносцирована также и hāmatosalpinx, во всѣхъ этихъ случаяхъ показаніе къ чревосѣченію несомнѣнно.

3) На столько же несомнѣнно показаніе къ чревосѣченію и при діагнозѣ одного только hāmatosalpinx.

III.

Медицинскій отчетъ о дѣятельности Акушерскаго Отдѣленія гинекологической клиники проф. Н. В. Ястребова при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ за 1890 (съ 15/III), 1891 и 1892 (до 15/III) гг.

Ординатора клиники В. А. Бржезинскаго.

Приступая къ продолженію медицинскаго отчета за новый 2-хъ лѣтній періодъ дѣятельности акушерской клиники при Варшавскомъ Университетѣ, я не буду уже останавливаться на подробностяхъ, касающихся ея внѣшняго и внутренняго устройства, такъ какъ считаю достаточными и тѣ свѣдѣнія по этому вопросу, которыя вкратцѣ были изложены мною въ отчетѣ за 1888—1889—1890 гг. до 15/III (см. Журналъ Акуш. и Женск. бол. за февраль, 1893 г.). Все сказанное тамъ приложимо и въ данномъ мѣстѣ, такъ какъ направленіе, начавшееся, какъ мы указали въ своемъ мѣстѣ, съ 1885 года—со времени вступленія на акушерскую кафедру проф. *Н. В. Ястребова*—обнимаетъ собою и нынѣшніе отчетные годы. Въ данномъ мѣстѣ можно развѣ отмѣтить тотъ фактъ, что правильныя понятія о необходимости примѣненія строгой дезинфекціи при веденіи родовъ и послѣродоваго періода, понятія, которымъ прочный фундаментъ былъ положенъ въ 1885 г.—въ настоящее время успѣли еще болѣе проникнуть въ сознаніе каждаго приступающаго къ роженію. Только этимъ правильнымъ пони-

маніємъ всей важности асептического и антисептического веденія родовъ и послѣродоваго періода можно объяснить тотъ отрадный фактъ, что ‰ заболѣваній и смертности все болѣе и болѣе понижается, не смотря на увеличеніе числа родовъ (при чемъ клиника иногда бываетъ вынуждена вслѣдствіе недостатка числа кроватей помѣщать роженицъ и родильницъ на полу).

Общая часть отчета.

За отчетное время, т. е. съ 15/III 90 г. по 15/III 92 г. клинику посѣтило 1056 человекъ. Исключивъ изъ этого числа 18 беременныхъ, выписанныхъ неразрѣшившимися, 18 родильницъ, у которыхъ роды произошли или дома, или по дорогѣ въ клинику, и 87 гинекологическихъ,—что въ общемъ составить 123, получимъ 933, куда, между прочимъ, входитъ еще 12 прибывшихъ въ послѣдовомъ періодѣ; высчитывая и послѣднее число изъ полученнаго выше (933) получимъ 921—число, соответствующее общему числу роженицъ, у которыхъ по крайней мѣрѣ 2-й и 3-й періоды родовъ протекли въ клиникѣ. Если сравнить число поступленій за нынѣшнее отчетное время съ таковымъ за прошлые годы (см. нашъ отчетъ въ Журн. Ак. февраль, 93 г.), то замѣтимъ постепенное нарастаніе числа поступленій. Какъ видно изъ прошлаго отчета съ 15/III 1888 по 15/III 1890 года нашу клинику посѣтило 939 роженицъ, теперь же 921—разница лишь на 18 человекъ.

Но при небольшой кажущейся разницѣ въ числахъ поступленій за тотъ и другой отчетные періоды, разница эта выступаетъ гораздо рѣзче, если принять въ расчетъ число дѣятельныхъ дней въ клиникѣ въ тотъ и другой періоды. Дѣйствительно, настоящій 2-хъ лѣтній отчетный періодъ значительно сокращается, если мы выбросимъ изъ него все число недѣятельныхъ дней, въ которые по случаю ремонта зданія больные вовсе не принимались. Такихъ недѣятельныхъ дней было въ 1890 году (съ 15/III) 11 дней въ іюнѣ, 31 день въ іюлѣ, 7 дней въ августѣ, т. е. всего 49 дней. Въ 1891 году недѣятельныхъ дней было: 20 въ іюнѣ, 31 въ іюлѣ и 14 въ августѣ—итого 65 дней.

Всего недѣятельныхъ дней за отчетные 2 года было 114. Всего отчетныхъ дней (съ 15/III 90 по 15/III 92 г.) 720, (считая въ мѣсяцъ 30 дней), изъ которыхъ дѣятельныхъ дней за вычетомъ изъ этого числа 114 недѣятельныхъ, останется 606. За это время къ намъ поступило 921 роженица, т. е. на одинъ дѣятельный день въ клиникѣ приходится 1,52 поступленій, тогда какъ въ прошлые отчетные года, число дневныхъ поступленій равно было 1,40, а въ 1885—1888 (отчетъ д-ра Федорова) 1,06 поступленій.

Такимъ образомъ, при одинаковыхъ внѣшнихъ и внутреннихъ условіяхъ клиники, при одинаковыхъ ея размѣрахъ и т. п., число поступленій постепенно нарастаетъ. Какъ въ прежнемъ своемъ отчетѣ, такъ и въ настоящемъ мы, къ сожалѣнію, не имѣемъ возможности привести не малую цифру больныхъ, прибывшихъ къ намъ съ наступившими уже родами, но отправленныхъ въ другіе родильные пріюты по недостатку мѣстъ въ клиникѣ, такъ какъ записи подобныхъ отказовъ у насъ начали вестись только въ послѣднее время (въ 1893 г.).

Для болѣе нагляднаго представленія о движеніи больныхъ по годамъ и мѣсяцамъ приводимъ нижеслѣдующую таблицу № 1, изъ которой видно, что среднее число поступленій въ дѣятельный мѣсяцъ для 1890 г. = 41,7; для 1891 г. = 46,6; для 1892 г. = 43,6

Отношеніе среднихъ чиселъ поступленій въ мѣсяцъ можетъ быть выражено какъ 1:1,12:1,05.

Общее число средняго поступленія въ мѣсяцъ за отчетное время = 43,9,—цифра, которая въ сравненіи съ таковою въ прошлые отчетные годы (36,1) выросла на 7,8. Послѣднее обстоятельство указываетъ на постепенно развивающееся въ сознаніи мѣстнаго и окрестнаго населенія довѣрія къ клиникѣ.

Параллельно увеличенію числа поступающихъ въ клинику при уменьшенномъ числѣ дѣятельныхъ дней послѣдней, уменьшается и среднее число дней госпитальнаго лѣченія. Такъ въ 1890 г. съ 15 марта общее число проведенныхъ 354 роженицами дней было 2388 или на каждую роженицу приходится 6,7 дней пребыванія въ клиникѣ. Въ 1891 году 458 роженицъ провели въ клиникѣ 3050 дней, или среднее число

Распределе́ніе беременныхъ, роженницъ, родильницъ и въ послѣдовомъ

Годъ.	Мѣсяцы.	Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.
1890 г. съ 15/III	Роженницъ	—	—	21	29	52	18	—
	Беременныхъ	—	—	—	2	1	—	—
	Послѣдовыхъ	—	—	—	1	—	—	—
	Родильницъ	—	—	2	2	1	2	—
	Гинекологическихъ	—	—	2	5	3	—	—
	Итого	—	—	25	39	57	20	—
1891 г.	Роженницъ	47	50	65	47	47	8	—
	Беременныхъ	—	1	2	—	—	—	—
	Послѣдовыхъ	—	—	—	—	—	—	—
	Родильницъ	—	—	—	—	—	2	—
	Гинекологическихъ	5	8	4	2	7	—	—
	Итого	52	59	71	49	54	10	—
1892 г. до 15/III.	Роженницъ	37	50	22	—	—	—	—
	Беременныхъ	2	1	1	—	—	—	—
	Послѣдовыхъ	1	2	2	—	—	—	—
	Родильницъ	—	—	2	—	—	—	—
	Гинекологическихъ	4	6	3	—	—	—	—
	Итого	44	59	30	—	—	—	—
Всего поступленій		96	118	126	88	111	30	—

ца № 1.

периодъ прибывшихъ, по мѣсяцамъ и среднее число поступленій въ день.

Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.	Итого.	Общее число дней дѣятель- ности кли- ники.	Среднее число дней дѣятель- ности кли- ники.	Общее число дней госпиталь- наго леченія.	Среднее число дней госпиталь- наго леченія.
44	34	54	49	53	354			2388 : 354 =	= 6,7
1	2	1	1	1	9				
1	1	2	—	1	6				
—	—	1	—	2	10				
—	7	4	3	5	29				
46	44	62	53	62	408	249	1,64		
26	36	46	44	42	458			3050 : 458 =	= 6,7
—	—	2	—	—	5				
—	—	1	—	—	1				
—	4	—	—	—	6				
5	3	3	3	5	45				
31	43	52	47	47	515	297	1,74		
—	—	—	—	—	109			633 : 109 =	= 5,8
—	—	—	—	—	4				
—	—	—	—	—	5				
—	—	—	—	—	2				
—	—	—	—	—	13				
—	—	—	—	—	133	75	1,77		
77	87	114	100	109	1056	621	1,70		

дней проведенных каждой роженицей = 6,7. Наконецъ, въ 1892 году до 15/ш клинику посѣтило 109 роженицъ, проведенныхъ въ общемъ 633 дня, или на 1 роженицу приходится 5,8 дней пребыванія въ клиникѣ.

Если сравнить полученные результаты съ таковыми прошлыхъ отчетныхъ лѣтъ, то замѣтимъ, что среднее число проведенныхъ каждою роженицею дней въ клиникѣ въ нынѣшніе отчетные годы значительно меньше, чѣмъ въ прошлые (въ 1888 г.—7,1; въ 1889 г.—7; въ 1890 г. = 8.2).

Какъ видимъ, съ каждымъ годомъ понижается среднее число дней госпитального лѣченія,—это обстоятельство зависитъ главнымъ образомъ отъ того, что при нарастающемъ все болѣе и болѣе числѣ поступающихъ въ клинику, послѣдняя по своимъ размѣрамъ оказывается все такою же недостаточною, чтобы удовлетворить потребностямъ мѣстнаго и окрестнаго населенія въ акушерной помощи. Не говоря уже о громадномъ числѣ отправляемыхъ по недостатку мѣстъ въ клиникѣ, въ другіе родильные пріюты или прямо домой, клиника не въ состояніи вмѣстить тѣхъ, которыя по періоду родового акта не могли быть отправлены для разрѣшенія ни въ одно изъ выше указанныхъ мѣстъ. Будучи поставлена, такимъ образомъ, въ необходимость принимать больше положеннаго нормою больныхъ, она, конечно, должна сокращать и число дней пребыванія родильницъ въ клиникѣ съ цѣлью очистки мѣстъ для вновь прибывающихъ.

Что касается *въроисповѣданія* нашихъ роженицъ, то съ этой стороны онѣ дѣлятся такъ, какъ представляетъ таблица № 2, изъ которой видно, что самый большой $\frac{9}{10}$ (82,3) падаетъ на католичекъ и евреекъ, доказывая этимъ самымъ, что клиника наша удовлетворяетъ потребностямъ главнымъ образомъ уроженокъ Царства Польскаго, что подтверждается также таблицею распредѣленія поступившихъ по мѣсту рожденія (см. таблицу № 4). Изъ послѣдней между прочимъ видно, что больше $\frac{1}{3}$ части роженицъ составляютъ уроженки Варшавской губерніи, остальная же $\frac{1}{3}$ принадлежитъ или къ уроженкамъ, хотя другихъ губерній Царства Польскаго, но временно проживавшихъ въ Варшавѣ, или же къ пріѣзжимъ въ Варшаву изъ окрестныхъ деревень спеціально для родоразрѣшенія. Последнее

объясняется отчасти желаніемъ найти необходимую и бесплатную помощь, а быть можетъ, отчасти, и тяжкимъ экономическимъ состояніемъ жителей деревень, ищущихъ иногда по необходимости теплое помѣщеніе и соотвѣтственную пищу въ тяжкую минуту родовъ.

Таблица № 2.

Православныхъ	19	или	2 ⁰ / ₀	общаго числа больныхъ (931).
Католичекъ	766	»	82,3	» » »
Лютеранокъ	19	»	2,0	» » »
Евреекъ	122	»	13,1	» » »
Неизв. вѣроисп.	5	»	0,5	» » »
Итого	931	»	100 ⁰ / ₀	» » »

По сословію роженицы распредѣлялись такъ:

Таблица № 3.

Мѣщанокъ	105	11,3	⁰ / ₀
Солдатокъ	7	0,8	»
Купчихъ	5	0,5	»
Чиновницъ	—	—	»
Дворянокъ	5	0,5	»
Фабричныхъ	45	5	»
Цѣховыхъ	52	5,6	»
Крестьянокъ	612	65,7	»
Разночинцевъ	48	5,2	»
Неизвѣстнаго сословія	52	5,6	»
Итого	931	100	⁰ / ₀

Таблица № 4.

Распредѣленіе роженицъ по мѣсту рожденія.

Наименованіе губерній.	Число уроженокъ каждой губ.	Наименованіе губерній.	Число уроженокъ каждой губ.
Варшавская	329	Ковенская	1
Калишская	47	Минская	1
Кѣлецкая	45	Черниговская	1
Ломжинская	64	С.-Петербургская	3
Люблинская	25	Олонецкая	2
Петроковская	70	Казанская	1
Плоцкая	124	Тульская	2
Радомская	84	Тифлисская	2
Сувалская	8	Курляндская	1
Сѣдлецкая	55	Галиція	2
Волынская	1	Германія	5
Подольская	2	Австрія	2
Виленская	3	Неизв. губерн.	41
Гродненская	10	Итого	931

Таблица № 5.

Распределение рожениц по роду занятий:

Р О Д Ъ З А Н Я Т І Й.	Число роже- ницъ.	Р О Д Ъ З А Н Я Т І Й.	Число роже- ницъ.
Служанокъ	536	Повитухъ	1
Поденщицъ	17	Пастушекъ	1
Прачекъ	16	При мужъ состоящихъ .	138
Швей и портнихъ. . .	46	При родныхъ состоящихъ	13
Кружевницъ.	1	При семействъ состоящихъ	22
Чернорабочихъ	85	При сельскомъ хозяйствѣ	
Фабричныхъ рабочихъ .	25	состоящихъ	3
Торговокъ	14	Проститутокъ	1
Купчихъ	5	Неимѣющихъ опредѣлен-	
Актрисъ	2	ныхъ занятій	5
		Итого	931

Распребляя роженицъ по *сословіямъ* видимъ, что, какъ и въ прошлые отчетные годы, болѣйшій 0/о ихъ принадлежить къ крестьянскому и мѣщанскому сословіямъ (см. таблицу № 3). Большая часть роженицъ по *роду занятія* составляется служанками и чернорабочими, — слѣдовательно людьми, живущими въ плохихъ условіяхъ и добывающими себѣ пропитаніе тяжелымъ физическимъ трудомъ (таблица № 5). Лицъ привилегированнаго сословія весьма мало. На этихъ же людей падаетъ и главный 0/о незаконнорождающихъ. Послѣднія составляютъ большую часть общаго числа роженицъ нашей клиники, именно 586 (331 первородящихъ и 255 многородящихъ), тогда какъ законнородившихъ было 345 (78 первородящихъ и 267 многородящихъ).

Уже изъ приведенныхъ чиселъ видно, что изъ незаконнорождавшихъ большая часть приходится на І—рага, а изъ законнорождавшихъ на М—рага. Но нагляднѣе эти отношенія видны въ таблицѣ № 6, которая показываетъ, что по мѣрѣ увеличенія числа беременностей быстрѣе уменьшается относительное число незамужнихъ, чѣмъ замужнихъ. Такая же связь видна и между социальнымъ положеніемъ и возрастомъ роженицъ. Чѣмъ старше возрастъ, тѣмъ меньше число незаконнорождающихъ и на оборотъ (см. таблицу № 7). Что же касается возраста, то большая часть поступавшихъ приходится на возрастъ отъ 20—30 лѣтъ, что видно изъ таблицы № 8; слѣдовательно

самый плодородный; но не малое число наших роженицъ (183 изъ 931, т. е. 19,7%) было въ возрастѣ юномъ—до 20 лѣтъ, изъ чего мы имѣемъ полное право заключить, что половая жизнь у дѣвушекъ въ Царствѣ Польскомъ начинается сравнительно рано. Самая младшая изъ нихъ была дѣвушка 16 лѣтъ и была I—рага, самая старшая была 46 лѣтъ XI—рага и, какъ исключеніе изъ общаго правила, незамужняя. Отношеніе же I—рага къ M—рага у насъ 1:1,3, что значительно уклоняется отъ нормы, установленной у насъ въ Россіи въ родильныхъ домахъ и клиникахъ, а также и заграничныхъ, и наоборотъ,—близко, подходит къ такому-же отношенію, полученному нами въ отчетѣ прошлыхъ лѣтъ (1:1,37).

Таблица № 6.

Зависимость между числомъ беременностей и числомъ замужнихъ и незамужнихъ:

Число беременностей.	Замужнихъ.	Незамужнихъ.	Всего.
I	84	327	411
II	84	211	295
III	46	34	80
IV	39	9	48
V	25	1	26
VI	22	—	22
VII	13	1	14
VIII	11	1	12
IX	7	—	7
X	6	1	7
XI	3	1	4
XII	1	—	1
XVI	1	—	1
XIX	2	—	2

Спеціальная часть отчета.

О беременныхъ.

Въ общей части отчета указано уже было, что съ 15 марта 1890 года по 15 марта 1892 года клинику посѣтило 1056 человекъ, въ число которыхъ входятъ 86 гинекологическихъ, 18 родильницъ, 12 въ послѣдовомъ періодѣ прибывшихъ, 18 беременныхъ, выписанныхъ неразрѣшившимися и 921 роженица. Въ число этихъ послѣднихъ мы включили и 69 беременныхъ,

оставленныхъ въ клиникѣ до разрѣшенія. Распредѣляя беременныхъ какъ послѣдней категоріи (оставленныхъ для разрѣшенія въ клиникѣ), такъ и первой (выписанныхъ неразрѣшившимися) по времени беременности, находимъ, что на второмъ мѣсяцѣ было 5 беременныхъ, на 3—10, на 4—8, на 5—4, на 6—17, на 7—16, на 8—18, на 9 мѣсяцѣ 7; срокъ беременности неизвѣстенъ у 2-хъ. Итого 87 (см. таб. № 9).

Таблица № 7.

Распредѣленіе роженницъ во возрасту и соціальному положенію.

ЛѢТА.	Замужнихъ.		Всего замужнихъ	Незамужнихъ.		Всего незамужнихъ.	Итого.
	I—рага.	М—рага.		I—рага.	М—рага.		
Отъ 16—20 .	23	8	31	137	15	152	183
» 21—25 .	35	41	76	140	96	236	312
» 26—30 .	13	98	111	48	96	144	255
» 31—35 .	3	47	50	6	32	38	88
» 36—40 .	4	50	54	—	12	12	66
» 41—45 .	—	20	20	—	3	3	23
» 46—50 .	—	—	—	—	1	1	1
Неизвѣстн. возраста . . .	—	3	3	—	—	—	3
Итого	78	267	345	331	255	586	931

Таблица № 8.

Распредѣленіе роженницъ по возрасту.

Лѣта роженницъ.	Число беременностей.		
	I—рага.	М—рага.	Всего.
Отъ 16—20 лѣтъ	160	23	183
» 21—25 »	175	137	312
» 26—30 »	61	194	255
» 31—35 »	9	79	88
» 36—40 »	4	62	66
» 41—45 »	—	23	23
» 46—50 »	—	1	1
Возрастъ неизвѣстный . .	—	3	3
Итого . .	409	522	931

Изъ 87 беременныхъ было 18, у которыхъ роды были вовсе неначаты, причиною же ихъ поступленія въ клинику, были различныя болѣзненные явленія, какъ имѣвшія извѣстное отношеніе къ ихъ беременности, такъ и неимѣвшія ничего общаго съ нею. Всѣ онѣ были выписаны до разрѣшенія

послѣ того, какъ болѣзненные явленія, заставившія ихъ обратиться въ клинику, были соотвѣстственными мѣрами вовсе устранены, или по крайней мѣрѣ значительно облегчены.

Таблица № 9.

Распределение беременных по времени беременности:

Время.	Число беременных.
На II мѣсяцѣ	5
» III »	10
» IV »	8
» V »	4
» VI »	17
» VII »	16
» VIII »	18
» IX »	7
» ? »	2
Итого	87

Причины поступления беременных относятся отчасти къ заболѣваніямъ половой сферы, отчасти же къ общимъ болѣзненнымъ состояніямъ организма, что нагляднѣе всего представляетъ таблица № 10, изъ которой видно, что главной причиной поступленія беременных, выписанныхъ вполнѣ въ разрѣшенія ихъ, были ложныя боли, а оставленныхъ въ клиникѣ для разрѣшенія—маточныя кровотеченія; послѣднія принадлежатъ главнымъ образомъ женщинамъ, абортировавшимъ, къ числу которыхъ и принадлежитъ большая часть беременных оставленныхъ въ клиникѣ для разрѣшенія.

Таблица № 10.

О беременных:

Наименованіе причинъ поступленія беременных.	Поступило.	Выписалось не-разрѣшив-шимися.	Разрѣшилось.	Переведено въ больницы до-город.	Умерло до-город.	Итого.
Metrorrhagia	27	1	26	—	—	27
Dolores spurii	54	16	38	—	—	54
Lues	2	—	1	1	—	2
Graviditas extraut. . .	2	—	2	—	1	2
Eclampsia	1	—	1	—	1	1
Dolores spurii et Me- trorrhagia	1	1	—	—	—	1
Итого	87	18	68	1	2	87

Что же касается терапіи ложныхъ болей въ нашей клиникѣ, то она состоитъ главнымъ образомъ въ предписаніи полного покоя беременной и тщательнаго наблюденія за правильностью работы кишечника. Какъ вспомогательное средство при неподающихся этому лѣченію ощущеніяхъ боли, мы употребляемъ клизму изъ 10 капель настойки опія. Въ большинствѣ случаевъ этого немногого вполне достаточно было для успокоенія, заставившихъ беременную обратиться за помощію въ клинику, болѣзненныхъ припадковъ.

Что касается осложнений беременности вообще, то однѣ изъ нихъ относятся къ отклоненіямъ въ развитіи половыхъ органовъ, другія—къ аномаліямъ плоднаго яйца и наконецъ третьи—къ различнымъ случайнымъ заболѣваніямъ какъ половой сферы, такъ и всего организма вообще.

Къ числу осложнений первой категоріи, какъ показываетъ таб. № 11, мы относимъ пороки развитія, ненормальные положенія, воспалительныя состоянія и раненія и наконецъ—новообразованія.

Пороки развитія. Что касается пороковъ развитія, то они въ настоящіе отчетные годы имѣли мѣсто въ 10 случаяхъ, что составляетъ 1⁰/₁₀ общего числа родовъ,—слѣдовательно меньшій ⁰/₁₀, чѣмъ въ прошлые отчетные годы (2,02⁰/₁₀) и большій, чѣмъ былъ по отчету д-ра *Федорова* (0,72⁰/₁₀) за 1885 г. (съ 15/III) до 1887 г. включительно.

У д-ра *Шмидта* (отчетъ Маринскаго Родовспом. дома съ 1881 по 1891 г.) на 5419 роженицъ болѣе важныя аномаліи развитія полов. органовъ имѣли мѣсто въ 3 случаяхъ (uterus bicornis unicollis 1, uterus duplex bicornis cum vagina duplici 1, множественные соски 1, hymen trabeculi formis 1). Въ отчетахъ проф. *Мактева* за 1891 и 1893 гг., д-ра *Львова* (Лихач. Родил. Отдѣленіе Казанской Земской больницы) за 1891 и 1892 гг., д-ра *Восфа* (Акуш. Клин. проф. *Славинскаго*) за 1891 г., д-ра *Иносова* (Родил. Пріют. Голицинской Больн. въ Москвѣ) мы не находимъ указаній на ⁰/₁₀ пороковъ развитія половыхъ органовъ.

Что касается *новообразованій*, то они имѣли мѣсто въ 2 случаяхъ или 0,2⁰/₁₀ общего числа родовъ (въ прошлые отчетные годы 0,4⁰/₁₀).

Ненормальные положенія встрѣтились въ 21 случаѣ или 2,1⁰/₀ (въ прошлые отчетные годы 2,2⁰/₀).

Воспалительныя состоянія и раненія въ 3 случаяхъ или 0,3⁰/₀ (въ прошлые отчетные годы 2,02⁰/₀).

Всего аномалій половыхъ органовъ за отчетное время было 37 или 4⁰/₀ (въ прошлые отчетные годы 6,6⁰/₀).

Что касается *аномалій плоднаго яйца*, то къ нимъ относятся: аномаліи хоріона, около-плодной жидкости, послѣда, пуповины и зародыша.

Первая изъ этихъ *аномалій (хоріона)* за отчетное время не встрѣтилась ни разу (въ прошлые годы 1888—89 и 90 до 15/ш она имѣла мѣсто въ 0,2⁰/₀).

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, по отчету д-ра *Вольфа*, съ 1884 по 1891 г. аномалія хоріона имѣла мѣсто 6 случаяхъ: 3 *мухома chorii* и 3 *mola carnosae*.

Аномаліи *околоплодной жидкости* имѣли мѣсто въ 32 случаяхъ (3,4⁰/₀), въ прошлые отчетные годы 2,3⁰/₀. Въ трехъ (0,3⁰/₀) случаяхъ воды были въ ничтожномъ количествѣ и въ 29 (3,1⁰/₀) имѣлъ мѣсто *hydramnion*. ⁰/₀ послѣдней аномаліи въ нынѣшніе отчетные годы значительно превышаетъ таковой въ прошлые (2,1⁰/₀), именно аномалія эта встрѣтилась въ 10 случаяхъ у I—рага и въ 19 у M—рага, такъ что отношеніе частоты ея у M—рага и I—рага=19:10 или почти 2:1, тогда какъ въ прошлые отчетные годы это отношеніе выражалось какъ 4:1.

По отчету д-ра *Вольфа* (1884—1891 г.г.) *hydramnion* даетъ 1,5⁰/₀ общаго числа родовъ; у д-ра *Иноевса* за 1891 г. 7,9⁰/₀. У д-ра *Львова* (Мед. отч. по Лихач. род. отд. Каз. Земск. Бол. за время отъ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г.) *hydramnion* встрѣтился 2 раза на 792 родовъ. Значительная разница въ процентномъ отношеніи данной аномаліи по отчетамъ различныхъ авторовъ происходитъ главнымъ образомъ отъ того; что до сихъ поръ далеко не установленъ предѣлъ наполненія плоднаго пузыря, за которымъ количество около-плодной жидкости должно считаться превышающимъ норму. Въ то время какъ одни считаютъ за норму количества около-плодной жидкости 1 klgrm, другіе—1½ klgrm. Кромѣ того

во многихъ случаяхъ умѣреннаго (если такъ можно выразиться) hydramnion'a, когда большаго разстройства въ родовой дѣятельности матки не происходитъ, аномалія эта—остается вовсе незамѣченной.

Изъ *аномалій послѣда* самую важную и самую частою является предлежаніе дѣтскаго мѣста, которое, какъ показываетъ таблица № 11, даетъ наибольшій % всѣхъ неправильностей этой категоріи. Аномалія эта въ наше отчетное время имѣла мѣсто въ 12 случаяхъ, или 1,3% общаго числа родовъ, слѣдовательно нѣсколько чаще сравнительно съ прошлыми отчетными годами (10 случ. или 1,1%). Въ одномъ случаѣ она была у I—рага и въ 11 у M—рага, т. е. и въ данномъ мѣстѣ преобладаніе этой аномаліи у M—рага оказалось такимъ же, какъ и въ прошлые отчетные годы. Отношеніе случаевъ placenta praevias у I—рага и M—рага = 1:11 (въ прошлые отчетные годы, 1:4). Въ 5 случаяхъ placenta имѣла прикрѣпленіе краевое, въ 4—боковое и въ 3—имѣла центральное прикрѣпленіе. Что касается послѣднихъ, то въ 1 изъ нихъ placenta praevia centralis имѣла мѣсто у I—рага, 28 л., при черепн. предлеженіи, гдѣ послѣ поворота на ножки и послѣдующей экстракціи былъ извлеченъ недоношенный живой ребенокъ мужскаго пола. Мать здорова. Въ 2 остальныхъ, бывшихъ у VII—рага, 37 л. (при 2 косомъ задн. видѣ), и VIII—рага, 37 л. (при второмъ черепн.) и оконченныхъ тоже поворотомъ съ экстракціей, былъ летальный исходъ какъ для матерей, которыя доставлены были, особенно первая, въ агоніи, такъ и для дѣтей. У одной изъ этихъ роженицъ, послѣ совершенія поворота, выпала во влагалищѣ плацента, которая передъ экстракціей, была выведена совсѣмъ наружу. Въ обоихъ случаяхъ роженица была доставлена въ клинику уже безъ фетальнаго сердцебіенія. Изъ 5 случаевъ plac. praev. marginal. одинъ, бывший у, 39 лѣтней, VII—рага, при 1 черепн., гдѣ placenta занимала $\frac{3}{4}$ окружности зѣва, окончился летально для матери и для ребенка (послѣ поворота и экстракц.). Другой, у 40 л., XVI—рага, доставленной безъ пульса, окончился летально. Ребенокъ мадерированный. Остальные 3 протекли благополучно, въ 1 только ребенокъ былъ въ асфиксіи и неоживленъ, въ остальныхъ двухъ живые.

Наконецъ изъ 4-хъ случаевъ *plac. praev. lateralis* одинъ окончился летально (послѣ поворота изъ I черепн.) для матери, но благопріятно для ребенка. Остальные 3 окончились благопріятно для матерей, при чемъ въ одномъ ребенокъ былъ недоношенный на 5 мѣс., въ одномъ (послѣ поворота изъ 2-го попер.) ребенокъ мертвый и наконецъ въ 1-мъ случаѣ ребенокъ живой (при 1-мъ чер. передн. в. и самопроизв. род.).

Подводя итогъ всему сказанному относительно подлежащаго дѣтскаго мѣста, находимъ, что изъ 12 случаевъ этой аномаліи, 5 окончились летально для матерей (всѣ послѣ поворота), а 7 имѣли благопріятный исходъ (4 послѣ поворота и 3 послѣ самопроизв. род.)

Что касается смертности дѣтей, то изъ 12 случаевъ *placentae praeviae* только 3 протекали съ благопріятнымъ исходомъ для дѣтей, въ одномъ случаѣ ребенокъ былъ мертвый мацерированный, въ одномъ на V м. нежизнеспособный, остальные же 7 родились мертвыми.

И такъ для матерей смертность составляетъ 41,6% общаго числа случаевъ *placentae praeviae* и 0,5% общаго числа родовъ; для дѣтей же (исключая 1 мацерированнаго. 1 нежизнеспособнаго V мѣс. ребенка)—30% всѣхъ рожденныхъ и жизнеспособныхъ дѣтей и 0,3% общаго числа родовъ. Такимъ образомъ въ настоящіе отчетные годы число случаевъ данной аномаліи превышаетъ таковое въ прошлые отчетные годы. Довольно большой % этого осложненія, какъ намъ кажется, вѣрнѣе всего можно объяснить тѣмъ, что подобные случаи, являясь самыми опасными, требующими немедленной помощи, направляются почти исключительно въ центральное родильное учрежденіе, каковымъ является у насъ клиника.

Одинъ случай подлежащаго плаценты приходится у насъ на 77,6 родовъ вообще.

Въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго (отчетъ д-ра *Ворффа*) съ 1884 г. по 1891 г. *placenta praevia* дала 14 случаевъ, или 0,38% общаго числа родовъ, или изъ каждаго 258,7 родовъ въ одномъ была данная аномалія, слѣдовательно у насъ она слишкомъ въ 3 раза чаще.

Въ клиникѣ проф. *Макъева* въ 1890 году былъ 1 случай *plac. praev. (lateralis)* на 598 разрѣшившихся, что составляетъ

0,17⁰/₀ общаго числа родовъ. У него же въ 1891 году плас. праев. была 2 раза на 817 родовъ или 0,14⁰/₀.

У д-ра *Шмидта* (отчетъ Маріинскаго Родовсп. Дома за 10 лѣтъ отъ 1881 г. по 1891 г.) пласент. праев. была 13 разъ на 5419 родовъ или въ 0,2⁰/₀.

У д-ра *Львова* (въ Лихач. отдѣл. Казанск. земск. больн.), съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г. на 698 родовъ 2 случая плас. праев. (margin.) и съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г. одинъ случай плас. праев. centr. на 782 родовъ.

У д-ра *Июссва* въ 1890 году было 5 случаевъ плас. праев. (одинъ разъ бок. и 4 центральн.) или въ 0,6⁰/₀ съ 2 летальными исходами.

У него же въ 1892 г. предлежаніе послѣда было 4 раза на 916 рож., изъ нихъ въ 3-хъ—краевое, всего 0,4⁰/₀.

И такъ приведенный нами ⁰/₀, данной аномаліи послѣда (1,3⁰/₀) значительно превышаетъ таковой другихъ родильныхъ учреждений.

Что касается другихъ аномалій послѣда, то о нихъ мы не будемъ говорить отдѣльно, считая достаточнымъ сослаться на соответственную графу таблицы № 11, изъ которой видно, что въ общемъ аномаліи послѣда имѣли мѣсто въ 4,5⁰/₀ общаго числа родовъ, слѣдовательно, больше сравнительно съ пропю-годнимъ отчетнымъ временемъ (2,3⁰/₀).

Изъ аномалій пуповины первое мѣсто по частотѣ и важности занимаетъ обвитіе ея около различныхъ частей ребенка, дающее въ общемъ 168 случаевъ или 18,0⁰/₀ общаго числа родовъ—нѣсколько меньше чѣмъ въ прошлые отчетные годы (19,6⁰/₀). Въ частности пуповина была обвита вокругъ шеи въ 68 случаяхъ у I—рага и въ 81—у M—рага,—вокругъ шеи и туловища 3 раза у I—рага и 9—у M—рага; вокругъ ножки и плеча 1—у M—рага; вокругъ ручки 1—у M—рага; въ 2-хъ случаяхъ (1—у I—рага и 1—у M—рага) пуповина была обвита вокругъ шеи и туловища 8—образно.

И такъ обвитіе пуповины у I—рага имѣло мѣсто въ 74-хъ случаяхъ, у M—рага въ 94 случаяхъ, или отношеніе этой аномаліи пуповины у I—рага и M—рага=1:1,3—(въ прошлые отчетные годы 1:1,7). Относительно другихъ аномалій пуповины ссылаемся на таблицу № 11. Въ общемъ аномаліи пупо-

вины даютъ 29,5⁰%, слѣдовательно—больше, чѣмъ въ прошлые отчетные годы (21,6⁰%).

Аномалии зародыша въ нынѣшніе отчетные годы имѣли мѣсто въ 5 случаяхъ или 0,5⁰%. Одну изъ болѣе интересныхъ составляетъ *xurhorrati*. Последнее уродство наблюдалось у 24-хъ лѣтней II—рага, у которой первые роды были правильные, одиночные—дѣвочкою.

Большая прибыла въ клинику съ висѣвшими снаружи половой щели 3-мя ножками (2 изъ нихъ до колѣнъ и 3-я только стопа) послѣ попытокъ акушерки потягиваніемъ за ножки въ теченіи $\frac{1}{2}$ ч. дома извлечь дѣтей. 2 ножки были обращены своею заднею поверхностью вверхъ; 3-я, стопа, дорсальною поверхностью была обращена вверхъ.

При тракціяхъ за 2 первыя конечности одинъ ребенокъ опустился до ягодницъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ опускалась и 3-я конечность и была повыше колѣна, когда и обнаружено было уродство. Захвачены были 3 ножки и при потягиваніи за нихъ выведены были ягодницы второго плода и 4 конечность, принадлежащая послѣднему, вытянутая вдоль туловища. Дальнѣйшими тракціями за 4 конечности оба плода изведены были до нижнихъ краевъ лопатокъ верхняго плода. Дальнѣйшія тракціи оказались неэффективными и приступлено было къ освобожденію ручекъ, что удалось произвести въ слѣдующемъ порядкѣ: правую 1-го ребенка и правую второго; лѣвую второго плода и лѣвую перваго плода. По освобожденіи ручекъ головки были извлечены въ 1 тракцію за ножки, при чемъ расположеніе ихъ оказалось слѣдующее: головка 1 плода въ экстензіи и подбородкомъ опиралась на темя головки 2 плода, головка же послѣдняго, расположенная ниже первой, флексирована, и лбомъ помѣщалась въ шейной области, а лицомъ прикасалась къ передней грудной поверхности 1 плода. При такомъ расположеніи плодовъ общій *processus xurhoideus* былъ вытянутъ до уровня рукоятки грудины. Головка 2 плода первая выкатилась изъ подъ промежности; а затѣмъ вышла и головка 1 плода ¹⁾. Пуговина одна прикрѣплена къ нижней части общей эпигастриальной области обоихъ плодовъ. Разрывъ позвоночника 1 плода въ межлопаточной области.

Изъ другихъ аномалій зародыша 1 разъ встрѣтилась *haemicephalia* у I рага 18 лѣтъ, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Родившійся уродъ—женск. пола, 2600 grm. вѣса и 49 см. длиною—мертвый. Въ плацентѣ—отложеніе известковыхъ солей. Кровоизліяніе въ оболочкахъ. Пуговина 22,5 см.

Затѣмъ 1 разъ наблюдалась *ascania* у 32 лѣтней II рага на VIII мѣс. Положеніе плода до отхода водъ—1 попер. зад-

¹⁾ *Примѣчаніе.* 1 плодомъ мы называемъ болѣе длиннаго 46 см.—въ 1 ягодничномъ и раньше появившагося наружу 2 конечностями, а 2 плодомъ—болѣе короткаго—44 см., во 2 ягод. и выступавшаго изъ половой щели одною конечностью—стопой. Оба вѣсятъ 3540 grm. Дѣвочки.

ній видъ. Съ отходомъ водъ положеніе перемѣнилось въ 1 черепное. Ребенокъ женскаго пола, недоношенный (оставленъ въ кабинетѣ).

Наконецъ по 1 разу наблюдались hydrocephalia и fissura ossis parietalis. Этими краткими замѣчаніями мы и заканчиваетъ обзоръ аномалій въ организмѣ матери и въ плодномъ яйцѣ.

Остальныя формы осложненій беременности относятся къ уклоненіямъ со стороны физиологическихъ явленій беременности и къ случайнымъ заболѣваніямъ. Подробно останавливаться на нихъ мы не находимъ особенной надобности, считая достаточнымъ сослаться на краткій перечень ихъ въ соотвѣтственномъ мѣстѣ, таблицѣ № 11.

Всего послѣднія формы осложненій беременности даютъ 29,3⁰/о общаго числа родовъ—нѣсколько меньше сравнительно съ прошлыми отчетными годами (31⁰/о). Всего же осложненій беременности за отчетное время было 704 или 75,6⁰/о общаго числа родовъ, т. е. значительно больше, чѣмъ въ прошлые отчетные годы (68,2⁰/о, см. табл. № 11).

Этими краткими свѣдѣніями мы заканчиваемъ общій обзоръ явленій, касающихся беременности и теперь переходимъ къ разсмотрѣнію особенностей, касающихся родоваго акта.

(Продолженіе слѣдуетъ).

IV.

Изъ Гинекологическаго Отдѣленія проф. Отта въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

Жъ патологіи кистъ дѣвственной плевы и влагалища.

Женщины-врача К. Улезко-Строгоновой.

Въ прошломъ году я имѣла честь сообщать Гинекологическому Обществу 3 случая влагалищныхъ кистъ съ подробнымъ описаніемъ ихъ макро-и микроскопическаго строенія и, разсмотрѣвъ вопросъ объ этиологіи влагалищныхъ кистъ, какъ онъ стоитъ въ русской и иностранной литературѣ, сдѣлала попытку установить наиболѣе вѣроятный этиологическій моментъ для каждого изъ приведенныхъ случаевъ.

Вначалѣ нынѣшняго учебнаго года мнѣ пришлось наблюдать въ практикѣ проф. *Отта*, у одной и той же больной 2 кисты—дѣвственной плевы и влагалища. Обѣ кисты были экстирпированы и предложены мнѣ проф. *Оттомъ* для микроскопическаго изслѣдованія.

Кисты дѣвственной плевы представляютъ крайнюю рѣдкость, и въ русской литературѣ, насколько мнѣ извѣстно, не было описано ни одного такого случая, а въ иностранной—только 7. Два изъ нихъ описаны *Büstelberger*омъ (*Archiv*

für Gynaec. Bd. XXII. S. 427; *Winkel* въ своемъ руководствѣ упоминаетъ именно объ этихъ случаяхъ); одинъ—*Döderlein*омъ (Archiv für Gynaekol. Bd. XXIX, стр. 284; два—*Ziegenspeck*омъ изъ клиники *Winkel*я (Archiv für Gynaec. Bd. XXXIII, S. 161); одинъ—*Schäffer*омъ и наконецъ, 7-й случай *Gört*я (Archiv für Gyn. VII Bd. S. 381). Изъ 7 названныхъ случаевъ 6 были найдены у новорожденныхъ дѣвочекъ и только случай *Gört*я—у взрослой замужней и рожавшей женщины.

Мой случай также отъ взрослой замужней, но не рожавшей женщины.

Что же касается тончайшаго анатомическаго строения, то онъ рѣзко отличается отъ всѣхъ вышеприведенныхъ случаевъ, и потому, расширяетъ и дополняетъ установившійся взглядъ на происхожденіе кистъ дѣвственной плевы.

Bästelberger изъ Мюнхенской клиники сообщаетъ о двухъ случаяхъ гименальныхъ кистъ у новорожденныхъ дѣвочекъ. Въ обоихъ случаяхъ кисты были небольшія, съ чечевичное зерно, и помѣщались на наружной поверхности *hymen*а; содержимое ихъ—ороговѣвшій плоскій эпителий и детритъ. Внутренняя поверхность кистъ при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось покрытой плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ. Авторъ объясняетъ ихъ происхожденіе черезъ постепенное сближеніе складокъ слизистой оболочки *hymen*а, пока, наконецъ, онѣ не соединятся своими гребнями и не образуютъ замкнутую кисту.

Döderlein описываетъ подобную же кисту у новорожденной, величиной съ лѣсной орѣхъ, и помѣщавшуюся на передней поверхности *hymen*а вверху и справа.

Внутренняя стѣнка ея, какъ и въ случаѣ *Böstelberger*а, выстлана плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ и содержимое состоитъ изъ отслоившихся элементовъ его. По мнѣнію *Döderlein*а, нерѣдко у новорожденныхъ физиологически можно констатировать сверху на передней поверхности *hymen*а справа и слѣва или съ одной только стороны маленькія углубленія. Онъ думаетъ, что эти углубленія могутъ подать поводъ къ образованію гименальныхъ кистъ. Ямочки постепенно углубляются, края складки слизистой оболочки *hymen*а, ограничивающіе ее, сближаются и спаиваются, ссущивающійся эпите-

лій задерживается и такимъ образомъ ^{сжимается} ~~получается~~ замкнутая киста, наполненная элементами плоскаго эпителия.

Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, также и у *Görl'*я, на внутренней стѣнкѣ кисты, констатированъ плоскій многослойный эпителий, какъ и у первыхъ двухъ авторовъ.

Перехожу теперь къ изслѣдованному мною случаю. Больная С., 18 л., замужемъ 2 года, нерожала, *menstrua* носить по 7 дней, обильныя, сгустками. Года 1^{1/2} замѣтила въ области *hymen'*а постепенно увеличивающійся прыщикъ.

При осмотрѣ на передней поверхности *hymen'*а, справа, начиная съ середины его и до самаго верхняго края, замѣчается опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ, эластической консистенціи. Вблизи нея на право задней стѣнкѣ влагалища констатируется другая подобная же опухоль, но болѣе плотная на ощупь.

Проф. *Оттомъ* діагносцированы *cystae hymenis et vaginae*. Обѣ онѣ были вылучены подъ кокаиномъ; наложены швы; *prima intentio*.

Опишу сначала кисту *hymenis*. При вскрытіи, содержимое оказалось совершенно жидкимъ, цвѣта кофейной гущи. Постоявши нѣкоторое время, оно даетъ осадокъ. Подъ микроскопомъ представляетъ элементы крови, бѣлые и красные шарики, фибринъ и зернистые шары. Красные шарики частью вполне сохранившіеся, частью сложившіеся въ монетные столбики, частью измѣнившіе свою первоначальную форму на овальную, угловатую и т. д.

Приготовляя препараты для микроскопическаго изслѣдованія, я старалась по возможности сохранить эпителий *hymenis*, чтобы удобнѣе сравнить его съ внутреннимъ покровомъ стѣнки кисты. Желательно было также получить срѣзы черезъ всю толщю кисты, тѣмъ болѣе, что величина ея давала для этого полную возможность. Киста цѣликомъ была заключена въ парафинъ, послѣ предварительнаго уплотнѣнія въ 90% и абсолютномъ спиртахъ. Какъ видно на микроскопическихъ препаратахъ, срѣзы удалось сдѣлать черезъ всю кисту, окрашивались они квасцовымъ карминомъ. Толщина стѣнокъ около 1^{1/3} - 2 mm. Эпителий *hymenis* вполне сохранился и отчетливо выступаетъ, какъ многослойный плоскій эпителий слизистой

оболочки влагалища. Внутренняя же стѣнка кисты сплошь выстлана однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, мѣстами снабженнымъ вполне сохранившимися рѣсничками.

Подлежащая соединительная ткань то образуетъ невысокія сосочки, раздѣленные между собою небольшими бухтообразными углубленіями, то идетъ совершенно гладко. Полное отсутствіе мышечнаго слоя.

Такъ какъ стѣнка кисты построена относительно просто, безъ мышечныхъ слоевъ, а также покрыта не простымъ, а мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, то возможность происхожденія ея изъ остатковъ Мюллерава канала, съ большою вѣроятностью, исключается. Существованіе же сосочковаго слоя объясняется слѣдующимъ образомъ. Углубленіе между сосочками можно разсматривать, какъ остатки мѣшеччатыхъ впячиваній, свойственныхъ влагалищнымъ железамъ. Уменьшеніе этихъ впячиваній и даже полное исчезновеніе ихъ обуславливается, вѣроятно, не одинаковымъ сопротивленіемъ, которое оказываютъ окружающія ткани внутреннему давленію кисты.

Слѣдовательно, естественнѣе всего разсматривать данную кисту, какъ ретенціонное образованіе, происшедшее черезъ закупорку железы.

Preuschen (*Virchow's Archiv*, B. 70) доказалъ существованіе железъ для слизистой оболочки влагалища, и хотя въ нижнихъ $\frac{2}{3}$ его онѣ встрѣчаются крайне рѣдко, но все же присутствіе ихъ не исключено совершенно.

Если же *hymen* разсматривать, какъ слизистую оболочку влагалища, то для него возможны всѣ тѣ же источники происхожденія кистъ, какъ и для слизистой оболочки влагалища.

Такимъ образомъ, на основаніи описаннаго мною случая можно сдѣлать заключеніе, что ошибочно было принимать для гименальныхъ кистъ единственный источникъ происхожденія, какъ это дѣлалось до сихъ поръ въ литературѣ, именно изъ складокъ слизистой оболочки черезъ сближеніе и спайку ихъ своими гребнями.

Что касается до 2-й кисты, найденной въ стѣнкѣ влагалища у этой же больной, то по размѣрамъ она немного меньше первой и довольно плотная. При вскрытіи выдѣляется густая,

тягучая коллоидная масса кофейнаго цвѣта. Подъ микроскопомъ кровяные элементы, какъ и въ первомъ случаѣ, не въ болѣе измѣненномъ состояніи.

Обрабатывалась для микроскопическаго изслѣдованія, также какъ и первая киста.

Срѣзы прошли черезъ всю кисту, какъ это видно на препаратахъ. Эпителій слизистой оболочки влагалища вполне сохраненъ. Внутренняя стѣнка кисты представляетъ рѣзко выраженные сосочки, образующіеся соединительно-тканнымъ слоемъ и раздѣляющіеся между собою мѣшечкатыми углубленіями.

Повсюду на поверхности сосочковъ и въ углубленіяхъ между ними виденъ хорошо сохранившійся однослойный цилиндрическій мерцательный эпителий и только въ одномъ мѣстѣ, на сравнительно очень ограниченномъ пространствѣ, ясно различается плоскій многослойный эпителий, замѣщающій собою въ этомъ мѣстѣ цилиндрическій. Послѣдній по сосѣдству съ плоскимъ многослойнымъ кажется укороченнымъ, почти кубическимъ.

За соединительно-тканнымъ слоемъ стѣнки кисты видны мышцы, но они располагаются только въ одномъ направленіи, такъ что на микроскопическихъ препаратахъ получается впечатлѣніе, что киста находится въ мышечныхъ слояхъ влагалища.

Микроскопическое строеніе разсматриваемой кисты даетъ намъ основаніе, какъ и въ первомъ случаѣ, предположить, что здѣсь дѣло идетъ также о ретенціонной кистѣ, происшедшей изъ железы. Присутствіе плоскаго многослойнаго эпителія на ряду съ однослойнымъ цилиндрическимъ не только не противорѣчитъ, но даже подтверждаетъ это предположеніе, если допустить, что закупорка произошла гдѣ нибудь на протяженіи выводнаго протока, который, по наблюденіямъ *Preuschen'a*, выстланъ плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ, и поэтому часть его сохранилась въ кистѣ на ряду съ цилиндрическимъ мерцательнымъ.

Такое предположеніе, мнѣ кажется, болѣе вѣроятнымъ, чѣмъ предположеніе проф. *Лебедева* (*Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaecol.*, Bd. VII, p. 324), который, описывая подобный же случай, объясняетъ присутствіе плоскаго многослойнаго эпи-

телія рядомъ съ цилиндрическимъ, особой наклонностью послѣдняго въ кистяхъ пролиферировать, дѣлаться многослойнымъ и, подѣ вліяніемъ все увеличивающагося въ кистѣ давленія, утолщаться и переходить въ плоскій многослойный.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ:

Рис. I. Поперечный разрѣзь стѣнки кисты дѣвственной плевры:

A—цилиндрическій мерцательный эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность стѣнки кисты.

B—плоскій многослойный эпителий слизистой оболочки hymenis.

Рис. II. Поперечный разрѣзь стѣнки влагалищной кисты:

A—цилиндрическій мерцательный эпителий, выстилающій полость кисты;

B—участокъ плоскаго многослойнаго эпителія, лежащій рядомъ съ цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ на внутренней поверхности кисты;

C—плоскій многослойный эпителий слизистой оболочки влагалища.



ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ПРОТОКОЛЬ № 18.

Засѣданіе 30-го декабря 1893 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 38 членовъ: Баденичъ, Бѣлиевъ, Вастень, Веберъ, Виридарскій, Даниловичъ, Добронравовъ, Драницинъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Зингерскій, Какушкинъ, Личкусъ, Маршанкевичъ, Массенъ, Мисевичъ, Оленинъ, Пассоверъ, Петровъ, Полонскій, Поршняковъ, Ратекій, Рачинскій, Рейнъ, Рузи, Рымша, Савченко, Соколовскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Федоровъ, Феноменовъ, Фишеръ, А. Р., Швердловъ, Шуттенбахъ, Эйхфусъ, и 45 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 17.

2) В. Н. Массенъ сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ—
«*Дальнѣйшія данныя относительно патогенеза эклампсін*». Въ одной изъ своихъ предшествовавшихъ работъ по тому же вопросу онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) существенныя патолого-анатомическія измѣненія при эклампсін находятся въ печени; нѣсколько слабѣе онѣ выражены въ почкахъ и другихъ паренхиматозныхъ органахъ. 2) Причиной эклампсін слѣдуетъ, по всей вѣроятности, считать глубокія нарушенія окислительныхъ процессовъ въ тѣлѣ. Появляющіеся при этомъ

лейкомаши можно было бы разсматривать, какъ одну изъ причинъ экламптическихъ судорогъ. — Тогда, однако, химическая сторона данныхъ докладчика опиралась всего на два изслѣдованія мочи въ одномъ случаѣ эклампсiи. Съ тѣхъ поръ ему удалось наблюдать еще 5 случаевъ эклампсiи и получить въ свое распоряженіе данныя химическихъ изслѣдованій мочи, произведенныхъ проф. *А. В. Целемъ*. Результаты изслѣдованія (со включеніемъ и прежняго случая) были представлены докладчикомъ въ видѣ таблицы. Моча изслѣдовалась во время эклампсiи и затѣмъ вторично, когда эклампсiя уже оканчивалась, и больная начинала уже выздоравливать.

Въ мочѣ всѣхъ больныхъ, во время эклампсiи, оказались бѣлокъ, лейкоциты и цилиндры, т. е., имѣлось на лицо несомнѣнное страданіе почекъ. Содержаніе бѣлка въ одномъ случаѣ достигало до 22,64⁰/₁₀₀. Мочевина въ двухъ случаяхъ, во время эклампсiи, содержалась въ повышенномъ противъ нормы количествѣ, послѣ же эклампсiи содержаніе ея рѣзко упало значительно ниже нормы. Въ остальныхъ 4 случаяхъ содержаніе мочевины, какъ во время, такъ и послѣ эклампсiи было значительно меньше нормы, при чемъ обращаютъ на себя вниманіе случаи III и VI, въ которыхъ содержаніе мочевины было особенно ничтожно: 7,5⁰/₁₀₀ и 5,19⁰/₁₀₀. Мочевая кислота въ первыхъ двухъ случаяхъ выдѣлялась, во время эклампсiи, значительно больше нормы, а послѣ эклампсiи спустилась приблизительно до нормальнаго количества; въ случаѣ IV содержаніе мочевой кислоты тоже было повышено противъ нормы, но незначительно; послѣ эклампсiи оно тоже уменьшалось. Въ остальныхъ же 3-хъ случаяхъ (III, V, VI) содержаніе мочевой кислоты было лишь нѣсколько меньше нормы, и это тѣмъ болѣе интересно, что въ случаяхъ III и VI наблюдалось одновременно и незначительное количество мочевины. Въ тоже время выдѣляемость мочевой кислоты (опредѣлявшаяся отношеніемъ мочевой кислоты къ количеству фосфорной кислоты въ видѣ фосфорнонатріевой соли) была во всѣхъ случаяхъ (изслѣдованы 4 случая) больше нормы; только въ случаѣ VI, во время эклампсiи, эта выдѣляемость не переходила за норму. Содержаніе хлористаго натрія въ 4-хъ случаяхъ, какъ во время, такъ и послѣ эклампсiи, было ниже нормы; въ 3-хъ же —

почти нормально. Фосфорная кислота лишь въ 1-мъ изслѣдованіи изъ 11 была нѣсколько больше нормы; въ 2-хъ содержаніе ея оказалось нормальнымъ, а въ 8-ми—значительно ниже нормы. Содержаніе сѣрной кислоты, въ общемъ, держалось въ предѣлахъ нормы. Указавъ затѣмъ на то, что $\frac{0}{100}$ содержаніе бѣлка по окончаніи эклампсіи значительно уменьшилось, при одновременномъ уменьшеніи и даже полномъ исчезновеніи цилиндровъ, докладчикъ замѣтилъ: «не доказываетъ ли это, что отравляющее вещество имѣетъ весьма преходящее вліяніе на почки и что съ устраненіемъ его послѣднія довольно быстро возвращаются къ нормѣ: и, дѣйствительно, микроскопическія изслѣдованія показали, что патолого-анатомическія измѣненія почекъ при эклампсіи касаются исключительно эпителія коркового слоя; измѣненій со свойствами омертвѣнія, какъ въ печени, здѣсь не бываетъ».

Весьма интересно содержаніе лѣйкомаиновъ: оно во всѣхъ случаяхъ было выше нормы, при чемъ наименьшее количество ихъ во время эклампсіи было 1,22, т. е. приблизительно въ $2\frac{1}{2}$ раза больше нормы, а наибольшее 6,54, т. е., въ 13 разъ больше нормального. Во всѣхъ случаяхъ далѣе, замѣчалось рѣзкое уменьшеніе лѣйкомаиновъ послѣ эклампсіи, что указываетъ на связь между приступами эклампсіи и клѣточковымъ окисленіемъ. Только въ одномъ случаѣ лѣйкомаиновъ послѣ эклампсіи было больше, чѣмъ во время эклампсіи. Но эта больная и до сихъ поръ представляетъ картину самоотравленія и лежитъ въ клиникѣ еще съ повышенной температурой. Все вышеизложенное, по словамъ докладчика, подтверждаетъ высказанное имъ годъ тому назадъ предположеніе, что при эклампсіи имѣется глубокое нарушеніе въ окислительныхъ процессахъ тѣла: пониженное количество мочевины рядомъ съ усиленнымъ противъ нормы выдѣленіемъ мочевой кислоты говорятъ за то, что бѣлковыя вещества въ силу какихъ-то причинъ не могутъ доходить до крайнихъ степеней окисленія и выдѣляются въ недокисленномъ видѣ, именно въ видѣ мочевой кислоты. Это между прочимъ самымъ краснорѣчивымъ образомъ подтверждается и тѣмъ, что, согласно съ данными изслѣдованія, окисленныхъ азотистыхъ веществъ во всѣхъ случаяхъ было значительно меньше нормы. Далѣе, количество лѣйкомаиновъ въ тѣлѣ, при

эклампси, громадно повышается; вырабатываемые и распространяемые при такихъ условіяхъ по всему тѣлу лейкомаины эти несомнѣнно оказываютъ общее отравляющее вліяніе. Причина столь рѣзкаго нарушенія химизма, по мнѣнію докладчика, несомнѣнно кроется въ печени, которая при эклампси такъ сильно измѣняется въ своемъ строеніи; между тѣмъ въ печени, какъ извѣстно, совершается выработка мочевины и превращаются, дѣлаются безвредными лейкомаины. Что въ печени, а не въ другомъ какомъ либо органѣ слѣдуетъ искать источникъ зла, ясно, между прочимъ, и изъ того, что гнилостное броженіе въ кишкахъ почти во всѣхъ случаяхъ значительно больше нормы, несомнѣнно, вслѣдствіе нарушенія пищеваренія. Страданіе же паренхимы печени связано, какъ показали изслѣдованія *Гонадзе* и *Эйера*, съ пониженіемъ способности ея разрушать ароматическія вещества, образующіяся въ кишкахъ и поступающія въ кровь воротной вены. Отсюда ясно, что нарушеніе отравленія такого органа, какъ печень, должно вести къ глубокимъ растройствамъ питанія и даже къ смерти. Признавая, такимъ образомъ, за источникъ эклампси страданіе печени, докладчикъ не умаляетъ, однако, rozpoзнавательнаго значенія и изслѣдованія мочи на бѣлокъ. «Бѣлокъ укажетъ намъ, что почка страдаетъ. и наше дѣло разобрать дальше, представляется ли это страданіе первичнымъ, какъ при чистомъ нефритѣ, или же вторичнымъ какъ при страданіи печени». Въ послѣднемъ случаѣ необходимо принять всѣ мѣры, чтобы предовратить надвигающуюся бѣду—эклампсию, а именно: стараться о введеніи большого количества кислорода въ тѣло, примѣнять средства, которыя помогаютъ окислительнымъ процессамъ въ тѣлѣ (здѣсь, можетъ быть, не лишнее было бы напомнить и о сперминѣ), назначить строгую діету съ полнымъ исключеніемъ мяса, (такъ какъ извѣстно, что мясная пища можетъ стать отравой при ограниченной дѣятельности печени) и, наконецъ, устранить отъ больной всѣ тѣлесныя и душевныя раздраженія (роды подъ хлороформомъ). Докладчикъ думаетъ, что всѣ эти мѣры сократятъ все еще значительный % смертности отъ эклампси. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь, 1894 г., стр. 3).

3) *А. Р. Рымица* показали нѣкоторые болѣе интересные препараты, полученные отъ больныхъ, оперированныхъ въ декабрѣ истекшаго года въ гинекологическомъ отдѣленіи Женской Обуховской Больницы, а также *больную съ рѣдкою формою пузырно-влагалищнаго свища*: 1) *2¹/₂ мѣсячная внематочная беременность правой трубы*. Послѣ разрыва плоднаго мѣшка кровь излилась въ свободную отъ срощенія брюшную полость, гдѣ распространилась на подобіе водянки (асцита). Черезъ 12 часовъ послѣ разрыва трубы докладчикъ произвелъ чревосѣченіе на въ высшей степени обезкровленной больной, у которой пульсъ почти не прощупывался. Вся брюшная полость найдена переполненною кровяными сгустками и жидкой кровью; брюшинный конецъ правой трубы, раздутый до величины большей груши, лежалъ вполнѣ свободно между несклеенными петлями кишекъ. Мѣсто разрыва, съ 2 копѣечную монету, съ рванными краями вело въ полость плоднаго мѣшка, въ глубинѣ котораго лежали дѣтское мѣсто и плодъ мужскаго пола; длина послѣдняго отъ темени до крестца $5\frac{1}{2}$, а отъ темени до пятки 7 см. 2) *2¹/₂ мѣсячная внематочная беременность лѣвой трубы*. И здѣсь плодный мѣшокъ помѣщался, главнымъ образомъ, въ брюшинномъ концѣ трубы, который, будучи растянутъ до большой груши, свободно лежалъ въ брюшной полости. Чрезъ девять часовъ послѣ разрыва плоднаго мѣшка *В. А. Вастень* произвелъ чревосѣченіе на сильно обезкровленной больной. На брюшинной оболочкѣ плоднаго мѣшка находились въ трехъ мѣстахъ надрывы, покрытые сгустками — въ двухъ съ горошину, въ 3-мъ — (на задней поверхности) съ копѣйку. Въ плодномъ мѣшкѣ найденъ плодъ прикрѣпленный на длинной тонкой пуповинѣ къ дѣтскому мѣсту, сидѣвшему на внутренней поверхности мѣшка. Длина плода отъ темени до крестца $4\frac{1}{4}$, а отъ темени до пятки $5\frac{1}{2}$ см. 3) *Кистовидная опухоль* на длинной ножкѣ, довольно плотная, почковидная, съ синеватой гладкой, но не ровной поверхностью, длиною въ 20, а шириною въ 9—13 см. Удалена *В. А. Вастеномъ* двѣ недѣли тому назадъ. Къ одному изъ краевъ этой опухоли, недалеко отъ ножки, шелъ длинный плотный тяжъ, толщиною въ мизинецъ; тяжъ этотъ при осмотрѣ оказался приросшимъ чревовиднымъ отросткомъ. Ножка опухоли непосредственно переходила въ

правый mesosalpinx, гдѣ помѣщались отдѣльно отъ нея правые труба и яичникъ. На разрѣзѣ опухоли замѣтно много большихъ сосудовъ и очень много полостей различной величины: отъ каленаго до грецкаго орѣха, съ перегородками въ видѣ плотныхъ перекладинъ; мѣстами попадаетъ и сплошная ткань. Полости опухоли наполнены кровянистой жидкостью. Микроскопическое изслѣдованіе не закончено; можно только сказать, что данная опухоль злокачественная, раковая, ибо микроскопическіе срѣзы представляютъ картину рака; первичной же ткани въ нихъ пока найти не было возможно. Слѣдуетъ добавить, что больная 39 лѣтъ, не особенно хорошаго питанія, но безъ ясно выраженныхъ признаковъ худосочія. Въ полости малаго таза было около двухъ столовыхъ ложекъ розовой водяночной жидкости. 4) Больная М. К., замужняя, крестьянка, 26 л., уроженка С.-Петербургской губ., поступила въ гинекологическое отдѣленіе Женской Обуховской Больницы, жалуясь на полное недержаніе мочи. Изъ анамнеза видно, что она родила 1 разъ, 5 лѣтъ назадъ, въ присутствіи деревенской бабки. Роды были трудные, продолжались 5 сутокъ, послѣ чего родился доношенный, но мертвый ребенокъ. Вслѣдъ за окончаніемъ родовъ появилось непроизвольное мочеиспечение. По словамъ больной, кровянистыхъ послѣродовыхъ очищеній не было ни капли. Въ продолженіи первыхъ двухъ лѣтъ послѣ родовъ больная постоянно лежала, лихорадила и крайне похудѣла; мѣсячныхъ за все это время не было; нижняя часть живота вздулась; въ ней появилась опухоль, которая медленно увеличивалась. Постоянная боль внизу живота и въ поясницѣ. По прошествіи двухъ лѣтъ, по выраженію больной, «вдругъ что то лопнуло въ животѣ», и чрезъ прямую кишку выдѣлилась масса черной, вонючей, отчасти свернувшейся, отчасти же жидкой крови. Опухоль внизу живота исчезла. Больной тогда сдѣлалось легче; она встала съ постели и стала поправляться. Въ послѣдніе три года мѣсячныя приходятъ неправильно: чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ, съ болью въ поясницѣ. Больная сама ощупываетъ надъ лобкомъ увеличивающійся желвакъ; при выдѣленіи изъ задняго прохода черной крови желвакъ этотъ уменьшается и затѣмъ исчезаетъ. Промежность цѣла; отъ мочеиспускательнаго канала остался только незначительный мостикъ,

менше сантиметра шириною. Остальная часть уретры и шейка пузыря вполне разрушены, вследствие чего мочевой пузырь выпадает хронически гиперэмированной слизистой оболочкою въ рукавъ, при чемъ край мочевого пузыря приросъ къ задней стѣнкѣ рукава недалеко отъ входа, такъ, что рукавъ представляетъ слѣпой мѣшокъ, переходящій сверху въ пузырь. Такимъ образомъ, сводовъ нѣтъ, шейка матки тоже не ощущается. Черезъ кишку опредѣляется приросшая къ передней стѣнкѣ прямой кишки нижняя поверхность влагалищной части, а соответственно наружному зѣву матки имѣется ямка, изъ которой, какъ это видно при осмотрѣ кишечнымъ зеркаломъ, выдѣляется слизь. Размѣры таза: ости 25, тазб. 28, верт. лоп. 31, наружный прямой 16 $\frac{1}{2}$ см. У больной въ продолженіи послѣднихъ 10 недѣль не было мѣсячнаго. Жалуется на боль внизу живота и поясницѣ. Надъ лобкомъ ощущается плотная, мало подвижная матка, съ большою грушею. Распознаваема haematometra. Маточнымъ зондомъ, введеннымъ чрезъ кишку въ ямку, было разрушено перепончатое зарощеніе у наружнаго зѣва, послѣ чего зондъ вошелъ свободно въ полость матки на 15 см. Вслѣдъ за тѣмъ стала чрезъ прямую кишку выдѣляться черная кровь; вмѣстѣ съ тѣмъ тѣло матки мало по малу уменьшилось до нормальной величины.

На вопросъ *Г. Е. Рейна* объ исходѣ оперированныхъ больныхъ *А. Р. Рымина* сказала: у больной, которая была оперирована вслѣдствіе кистовидной раковой опухоли, послѣоперационное теченіе прошло вполне гладко, и больная теперь уже ходитъ. Что же касается до двухъ больныхъ, оперированныхъ вслѣдствіе внематочной беременности, то, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ время не терпитъ и каждый часъ дорогъ, приходится оперировать немедленно, безъ предварительныхъ приготовленій. И въ этихъ обоихъ случаяхъ операція была произведена вечеромъ, послѣ того, какъ операторъ и помощникъ все утро провели въ отдѣленіи съ больными разнаго рода. Несмотря на это, у одной изъ больныхъ послѣоперационное теченіе прошло безъ малѣйшей реакціи, и она въ настоящее время уже на ногахъ. Вторая больная, думается, оправилась бы отъ остраго малокровія, такъ какъ она прожила послѣ операціи 2 $\frac{1}{2}$ сутокъ и чувствовала себя первое время довольно сносно.

но присоединился острый гнилостный перитонитъ. Въ данномъ случаѣ было очень желательно отложить операцію до слѣдующаго утра, такъ какъ и докладчикъ и помогавшій ему при операціи товарищъ утромъ того же дня имѣли дѣло съ очень тяжелыми гнилостными больными; но никого не было подъ рукой, чтобы замѣнить того или другаго; а между тѣмъ малокровіе было столь сильное (пульсъ въ 11 часовъ ночи уже не прощупывался), что откладывать операцію не было никакой возможности.

Г. Е. Рейнъ замѣтилъ, что въ 1-мъ случаѣ вѣматочной беременности, кончившемся смертію отъ гнилостнаго зараженія, послѣднее могло быть занесено не операторомъ и не его помощникомъ, а попасть въ брюшную полость изъ разорванной трубы; вѣдь труба находится въ сообщеніи, черезъ матку и рукавъ, съ вѣшнимъ міромъ, и въ нее, слѣдовательно, могутъ попасть гнилостныя начала. Это обстоятельство тоже должно, между прочимъ, пробуждать насъ поступать при вѣматочной беременности по возможности активно, ибо при подобномъ заболѣваніи больныя могутъ умереть не только отъ малокровія, но и отъ гнилостнаго зараженія. Таковы, напр., случаи *Бяляева*.

4) А. А. Драницинъ (изъ клиники Д. О. Отта) показалъ слѣдующіе препараты: а) *Многopолостную железистую кисту, удаленную на 5-мъ мѣсяцѣ беременности*. Хотя опухоль была сращена съ сальникомъ и стѣнками живота, но операція оказалась не трудною. Беременность сохранилась, больная въ настоящее время вполне здорова. б) *Большую, пораженную фиброміомами матку, удаленную чрезъ влагалище*. Больную раньше, въ другомъ мѣстѣ, подвергли выскабливанію, но безъ успѣха: кровотеченіе продолжалось. Въ настоящее время больная здорова. Яичники у нея не удалены. в) *Два удаленныя по способу Д. О. Отта, матки, пораженныя фиброміомами*. Въ этихъ 2-хъ случаяхъ удалены и кистовидно-перерожденные придатки. Обѣ больныя поправились.

5) А. И. Замининъ показалъ *вырѣзанную имъ черезъ влагалище матку, вслѣдствіе пораженія шейки послѣдней канкротомъ*. Больная поправилась.

6) Н. И. Рачинскій (изъ клиники Д. О. Отта) показалъ: а) *больную, у которой пораженная ракомъ матка удалена 8¹/₂ лѣтъ тому назадъ*; возврата до сихъ поръ нѣтъ; б) *больную, перенесшую 10 мѣсяцевъ тому назадъ симфизіотомію*; больная эта отлично ходитъ и чувствуетъ себя вообще вполне здоровою.

7) *В. В. Строгановъ* показалъ *оперированныхъ имъ кроликовъ, у которыхъ между концами растянутыхъ лонныхъ костей прижвлены куски реберъ* (отъ кроликовъ же). Сращеніе у всѣхъ получилось вполне прочное.

Г. Е. Рейнъ, Н. Н. Феноменовъ и С. К. Оленинъ по поводу больной, показанной *Н. И. Рачинскимъ*, сообщили и о своихъ случаяхъ влагалищнаго вырѣзыванія матки ради рака, въ которыхъ вотъ уже 6—8 лѣтъ нѣтъ возврата. Они думаютъ, что подобныхъ больныхъ можно считать вполне излѣченными.

Д. О. Оттъ по поводу показанныхъ препаратовъ и больныхъ сказалъ еще слѣдующее: 1½ года тому назадъ онъ произвелъ овариотомію на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Больная доносила до срока и теперь вполне здорова. Что касается до возврата послѣ полного влагалищнаго вырѣзыванія матки, пораженной ракомъ, то, помимо показанной Обществу больной, онъ насчитываетъ еще много другихъ, которыя здоровы послѣ операции 4—5—7 лѣтъ. Наконецъ, что касается до трубной беременности, то онъ убѣжденъ въ безусловной необходимости дѣятельнаго вниманія и весьма сожалѣетъ, что раньше не во всѣхъ случаяхъ придерживался этого образа дѣйствія, ибо болѣзнь именно въ этихъ случаяхъ осложнялась перитонитомъ.

8) *С. Т. Виридарскій* сообщилъ *О случаѣ симфизіотоміи* произведенной въ повивальномъ институтѣ. Глухонѣмая роженица 25 л., поступила въ повивальный институтъ 26/xi 1893 г. Въ дѣтствѣ перенесла тяжелый тифъ и страдала англійской болѣзью. Первые мѣсячныя на 16-мъ году приходили черезъ 24—25 дней; въ послѣдній разъ были въ февралѣ, такъ что беременность, по расчету, была около 40 недѣль. Времени перваго движенія плода роженица не помнила. Тазъ: ости 24; гребни 26,5, вертлюги 30; наружный прямой 17; наклонная конъюгата 9—9,25 см. Безъимянные линіи обѣихъ сторонъ достигаются очень легко. У лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія небольшой костный наростъ. На крестцѣ характерныя для англійской болѣзни измѣненія. Словомъ: обществууженный, замѣтно рахитическій тазъ. Наибольшій объемъ живота 92 см. Высота дна матки надъ лоннымъ соединеніемъ 40 см. Сердцебіеніе плода—справа, нѣсколько ниже пупка. Головка подвижна надъ входомъ въ тазъ; спинка вправо, мелкія части влѣво. Шейка матки неполнѣ сглажена; наружный зѣвъ едва пропускаетъ палецъ. Боли слабыя. Только на 3 сутки пребыванія больной въ родильномъ покоѣ началось замѣтное усиленіе родовой дѣятельности; схватки сдѣлались чаще, продолжительнѣе и болѣзненнѣе. Въ началѣ 3-хъ сутокъ, при зѣвѣ въ 2 пальца, прошли

воды. Къ концу 3-хъ сутокъ отмѣченъ уже судорожный характеръ родовыхъ болей, вслѣдствіе чего сдѣлано подкожное впрыскиваніе морфія и данъ хлороформъ. Въ это время, на 2^{1/2} пальца ниже пупочной линіи, стало ясно обозначаться Bandl'евское кольцо. Температура и пульсъ нормальны. Сердцебіеніе плода слышно хорошо. Головка все еще подвижна надъ входомъ въ тазъ; на ней значительная головная опухоль. Зѣвъ матки открытъ на 3 поперечныхъ пальца. Въ виду полной безуспѣшности родовой дѣятельности почти въ теченіи 4-хъ сутокъ, а также усиливавшейся опасности, какъ для плода, такъ и для самой матери (довольно высокое стояніе кольца *Bandl'*я), рѣшено было, при имѣвшейся на лицѣ невозможности самороднаго окончанія родовъ, приступить къ симфизиотоміи, такъ какъ желательно было сохранить жизнь плода. Операция произведена 30/xi *Д. О. Оттомъ*. Разрѣзъ надъ лоннымъ соединеніемъ въ 4 см. длиною, разсѣчены кожа и подкожная кѣлѣчатка; кровотеченіе при этомъ умѣренное. Лонное сочлененіе разрѣзано снаружи вглубь, при чемъ лонныя кости разошлись на 2 см. Головка захвачена и съ большимъ трудомъ извлечена щипцами; лонныя кости разошлись при этомъ на 5 см. Довольно значительный разрывъ передней стѣнки влагалища вверхъ и вправо обусловилъ значительное кровотеченіе, остановленное наложеніемъ швовъ. На кожную рану также наложены швы. Разсѣченное лонное соединеніе рѣшено было соединить самостоятельнымъ костнымъ швомъ. Для этой цѣли съ каждой стороны разошедшихся лонныхъ костей черезъ всю ихъ толщю просверлены для проведенія лигатуры необходимыя отверстія. Вслѣдъ за проведеніемъ крѣпкой шелковой нити черезъ сдѣланные трубчатые отверстія приступлено къ завязыванію выше наложенныхъ швовъ на мягкія части. Когда большинство швовъ уже было завязано и пришлось завязать костную лигатуру, узелъ послѣдней не вплотную пришелъ къ соединяемымъ костямъ и захватилъ смежныя размятыя ткани. Лигатура оказалась мало стянутой и слѣдовательно, не отвѣчающей своему назначенію; поэтому она была удалена, а такъ какъ для новаго наложенія таковой потребовалось бы снять всѣ ранѣе наложенные швы, то въ данномъ случаѣ рѣшено было отказаться отъ непосредственнаго соединенія костей. Для необходимой же неподвижности

костей таза пришлось ограничиться примѣненіемъ сдавливающего аппарата *Д. О. Отта*. Въ виду того, что во время операціи былъ вскрытъ участокъ клѣтчатки, непосредственно прилежающій къ лону (пространство *Retzii*), на заживленіе котораго первымъ натяженіемъ трудно было рассчитывать, была введена полоска іодоформной марли въ качествѣ дренажа. Въ послѣ-операционномъ періодѣ больная лихорадила. Въ настоящее время (26-й день послѣ операціи) она находится еще въ приборѣ, но изслѣдованіе лонныхъ костей, какъ снаружи, такъ и черезъ влагалище, показываетъ, что между ними произошло уже хорошее соединеніе. Лихорадка прекратилась и больная чувствуетъ себя вполне удовлетворительно. Извлеченный въ глубокой асфиксін плодъ умеръ на другой день, какъ показало вскрытіе отъ спаденія (ателектаза) легкихъ. Размѣры его слѣдующіе: длина 48, прямой размѣръ головки 10, большой косой 12, малый косой $9\frac{1}{2}$, размѣръ плечъ 11, груди 8, окружность головки 34, груди 30,5 см. Вѣсъ 2630 грм. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь 1894 г., стр. 23).

9) *Е. Б. Димантъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «*Опытное изслѣдованіе о вліяніи стѣненія лоннаго соединенія на размѣры таза*». Въ одномъ рядѣ случаевъ тазы вырѣзывались изъ трупа; при этомъ докладчикъ не считалъ нужнымъ во время изслѣдованія укрѣплять крестецъ, дабы имѣть возможность судить объ его движеніяхъ, объ измѣненіи положенія его въ пространствѣ подъ вліяніемъ расширенія таза. Въ другомъ рядѣ случаевъ измѣреніе дѣлалось на трупѣ *in situ*, тазы не вырѣзывались; крестецъ, слѣдовательно, оставался въ соединеніи съ позвоночникомъ. Для наблюденія брались тазы изъ труповъ женщинъ, вовсе не рожавшихъ, рожавшихъ и умершихъ вскорѣ послѣ родовъ. Концы лонныхъ костей послѣ разсѣченія лоннаго соединенія разводились до различныхъ степеней помощію расширителя, снабженнаго винтомъ и скалой. Параллельно съ производствомъ измѣреній обращалось вниманіе на подвижность сочлененій таза и на состояніе связочнаго прибора. При этомъ въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалась небольшая подвижность концевъ лонныхъ костей еще и до разрѣза лона. Тотчасъ послѣ разсѣченія лоннаго соединенія концы лонныхъ костей очень часто сами расходились нѣсколько въ сторону,

оставляя промежутокъ въ 0,5 стм. слишкомъ. Иногда такого самороднаго расхожденія не было вовсе; одинъ разъ получился промежутокъ въ 1 стм., и одинъ разъ почти 1,5 стм. При разведеніи лонныхъ костей на 4—5 стм. получался разрывъ сумочной связки крестцево-подвздошнаго сочлененія; но у женщинъ умершихъ послѣ родовъ (у родильницъ), разведеніе можно было увеличивать до 6—7 стм., при чемъ только при послѣдней степени разведенія получался разрывъ вышеупомянутой сумки. Разрывъ сумочной связки наступалъ не въ обѣихъ сочлененіяхъ одновременно. Обыкновенно раньше происходилъ разрывъ на одной сторонѣ; и только при дальнѣйшемъ расширеніи рвалась соотвѣтственная связка и на другой сторонѣ. Рядомъ съ этимъ обстоятельствомъ слѣдуетъ поставить другое, а именно неравномѣрное расхожденіе боковыхъ костей таза: обѣ кости отходятъ въ стороны, но одна быстрѣе другой; то вторая кость совсѣмъ останавливается на время и неравномѣрность еще увеличивается, то отстававшая кость догоняетъ ушедшую, чтобы затѣмъ опять отстать и т. д. Разрывъ сумочной связки почти всегда наблюдался раньше на той сторонѣ, на которой отхожденіе безымянной кости въ сторону было больше. Въ послѣродовыхъ тазахъ равномѣрность расхожденія боковыхъ стѣнокъ таза встрѣчалась чаще и, при дальнѣйшемъ расширеніи, держалась дольше, чѣмъ въ тазахъ непослѣродовыхъ. Одновременно съ вышеизложеннымъ наблюдалась разница и въ *высотѣ* стоянія обѣихъ лонныхъ костей, приблизительно на 0,5 стм. При этомъ кость, ниже стоявшая, обыкновенно помѣщалась также нѣсколько впереди сосѣдней кости, стоявшей немного выше и кзади. Достойно вниманія, что ниже и впереди почти всегда стояла кость, болѣе ушедшая въ сторону. Это обстоятельство легко можетъ ускользнуть отъ вниманія при нѣкоторой равномѣрности расхожденія костей. По этому въ тазахъ послѣродовыхъ оно не такъ бросается въ глаза. Расширеніе таза производилось постепенно: сантиметръ за сантиметромъ. При каждомъ новомъ расширеніи таза на 1 стм. (а, слѣдовательно, и при каждомъ новомъ измѣненіи формы таза) опять опредѣлялись всѣ размѣры; докладчикъ привелъ, однако, только среднія величины прибавки къ первоначальнымъ размѣрамъ таза, полученные при одной лишь изъ степеней расширенія, а именно при расхо-

деніи концевъ лонныхъ костей на 6 см. Онъ остановился на этой степени расширенія потому, что до этой величины можно, повидимому, расширять послѣродовой тазъ безъ риска нарушить цѣлость связочнаго прибора. Для наглядности докладчикъ представилъ свои цифры въ видѣ таблицы, которую и предъявилъ обществу. Изъ этой таблицы видно, что *прямой* размѣръ входа, при упомянутой степени расширенія таза, увеличивается почти на 1,5 см. Въмѣстѣ съ тѣмъ величина прибавки къ *прямымъ* размѣрамъ таза уменьшается по мѣрѣ приближенія отъ входа къ выходу таза: чѣмъ ниже прямой размѣръ таза, тѣмъ величина прироста, при той же степени расширенія таза больше. *Поперечные* размѣры нарастаютъ гораздо быстрѣе прямыхъ; при этомъ прибавка къ первоначальной величинѣ поперечнаго размѣра, очевидно, тѣмъ больше, чѣмъ дальше данный размѣръ отстоитъ отъ крестца и чѣмъ ближе онъ къ лону. Только это обстоятельство исключительно и вліяетъ на величину прироста поперечнаго размѣра; мѣсто же послѣдняго въ томъ или другомъ отдѣлѣ таза не имѣетъ въ этомъ отношеніи никакого значенія. Изъ сказаннаго не трудно понять, что при разведеніи лонныхъ костей наибольшій поперечный размѣръ входа, въ концѣ концевъ, долженъ перемѣститься впередъ, въ направленіи отъ мыса къ лону. Механическое значеніе этого обстоятельства очевидно. Совершенно также, какъ поперечный размѣръ входа, и наибольшее разстояніе между гребнями подвздошныхъ костей не остается постоянно между первоначальными конечными точками измѣренія, а, по мѣрѣ расширенія таза, перемѣщается на 1—2 см. впередъ. *Косые* размѣры по величинѣ прироста занимаютъ средину между поперечными и прямыми. При этомъ, говоритъ докладчикъ, достойно вниманія слѣдующее обстоятельство: «Обычно измѣряемый косой размѣръ входа часто составляетъ въ тоже время и наибольшій косой, т. е. другого большаго размѣра въ косомъ направленіи въ плоскости входа не оказывается. Еще чаще по безымянной линіи, между крестцево-подвздошнымъ сочлененіемъ и конечной точкой измѣренія поперечника входа, находится точка, болѣе отстоящая отъ передней конечной точки косаго размѣра, чѣмъ крестцовоподвздошное сочлененіе: миллиметра на 2—3. Слѣдовательно, въ косомъ направленіи оказывается

еще одинъ большій размѣръ. Но такъ какъ разница въ величинѣ этихъ двухъ размѣровъ незначительна, то обыкновенно этотъ большій размѣръ врядъ-ли играетъ какую нибудь замѣтную роль. Не то, однако, наблюдается послѣ расширения таза. Этотъ наибольшій косой размѣръ, по мѣрѣ расширения таза, нарастаетъ гораздо быстрѣе обычнаго косаго размѣра. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ этого наибольшаго размѣра до расширения таза не было вовсе, онъ послѣ расширения таза появляется. Тогда какъ обычно измѣряемый косой размѣръ, отъ крестцовоподвздошнаго сочлененія до подвошнолоннаго бугра, даетъ прибавку въ 1,7 см., «наибольшій» косой размѣръ даетъ прибавку въ 2,9 см. При этомъ задняя конечная точка этого размѣра перемѣщается по безымянной линіи къ конечной точкѣ измѣренія наибольшаго поперечника». Указавъ, далѣе, на то, что безымянные кости, при расширеніи таза, несравнено большими своими передними частями удаляются одна отъ другой, а небольшими задними или верхне-задними отрѣзками подвздошныхъ костей сближаются, измѣняя извѣстнымъ образомъ фигуру *Michaelis*'а докладчикъ графически изобразилъ перемѣщеніе точки, лежащей на симфизѣ, при различныхъ расширеніяхъ таза. Въстѣ съ тѣмъ онъ указалъ на то, что при разрѣзѣ лона и разведеніи лонныхъ костей происходитъ и вращеніе крестца вокругъ поперечной оси такимъ образомъ, что основаніе его поддается назадъ, а верхушка впередъ. Одновременнымъ участіемъ обѣихъ этихъ условій, заключилъ докладчикъ, можно объяснить выше отмѣченное слабое увеличеніе прямыхъ размѣровъ по мѣрѣ приближенія къ выходу таза. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь, 1894 г., стр. 13).

Е. Ф. Бациевичъ сказалъ: „Въ изслѣдованіяхъ докладчика относительно измѣненій размѣровъ въ разсѣченныхъ по лонному соединенію тазахъ, при искусственномъ расширеніи послѣднихъ, не видно плана и акушерской мысли, такъ какъ самыя важныя условія упущены совершенно или недостаточно оцѣнены. Такъ, размѣры акушерской конъюгаты, важность и значеніе которой велики тѣмъ болѣе, что, по разсѣченіи лона, ихъ дѣлается изъ одной—2, совершенно неприведены. Относительно измѣненій угла, образуемое задней поверхностью лоннаго соединенія съ истиннымъ прямымъ размѣромъ,—угла, который, какъ извѣстно въ узкихъ (плоскихъ) тазахъ очень острый и обуславливаетъ всю трудность извлеченія, а также разрывы и отрывы мягкихъ частей, какъ

это имѣло мѣсто и въ только что прочитанномъ случаѣ симфизіотоміи,—тоже ничего не сказано; между тѣмъ очень важно знать и очень важно въ механическомъ отношеніи, что безъимянные кости, послѣ разсѣченія лона, могутъ производить ротаціонныя движенія, подобно ребрамъ при дыхательныхъ движеніяхъ. Затѣмъ оппонентъ сомнѣвается, чтобы въ плоскостуженномъ тазѣ, при рѣзкой короткости крестцево-вертлужнаго размѣра (*distancia sacroctyloidea*), при почти подъ прямымъ угломъ загибающейся отъ крестца безъимянной линіи, при влающемъ въ полость таза крестцѣ и отвороченныхъ назадъ и вверхъ крыльяхъ крестца, подвздошныя кости могли подаваться впередъ и внизъ (какъ въ случаяхъ докладчика); буде же они поладутся, то оппонентъ сомнѣвается, чтобы при этомъ получились измѣненія размѣровъ, подобныя тѣмъ, которыя представлены д-ромъ *Димантомъ*.

Н. М. Какушкинъ сказалъ: „При оцѣнкѣ результатовъ тѣхъ или другихъ опытовъ должна приниматься въ расчетъ и самая постановка опытовъ, которая должна стоять, по возможности, ближе къ жизни, т. е., къ условіямъ наблюдающимся на живомъ,—въ данномъ случаѣ, слѣдовательно, къ условіямъ, имѣющимся во время прохожденія плода черезъ родовыя каналы. Принимая во вниманіе указанную докладчикомъ подвижность къ крестцево-подвздошнымъ сочлененіямъ въ отвѣсномъ направленіи и имѣя въ виду особенности его расширителя, подвижность вѣтвей котораго слишкомъ мало ограничена въ разныхъ направленіяхъ и въ которомъ концы вѣтвей расходятся, при расширеніи, по дугѣ, а не по прямой линіи, я сомнѣваюсь, не вызвать ли расширитель нѣкоторыхъ движеній костей, несоотвѣтствующихъ тѣмъ, какія наблюдаются во время родовъ послѣ симфизіотоміи“.

М. М. Мироновъ замѣтилъ слѣдующее: „Я хочу сказать, пользуясь сообщеніемъ о случаѣ симфизіотоміи, вѣсколько словъ по поводу этой операціи, относительно которой я имѣю довольно обширныя личныя наблюденія. Эта операція производитъ впечатлѣніе далеко не изящной. Операція, дающая сплошь и рядомъ обширныя поврежденія мягкихъ частей, операція, послѣ которой нерѣдко наблюдается не только не вполне плотное соединеніе тазоваго кольца, но даже полное расхожденіе костей таза, операція, послѣ которой почти всегда теченіе послѣ-родоваго періода осложняется лихорадкой—такая операція оставляетъ желать еще многого. И, дѣйствительно, на съѣздѣ французскихъ акушеровъ (1893 г.), точно также какъ и на послѣднемъ съѣздѣ нѣмецкихъ гинекологовъ въ Бреславлѣ, многіе, даже изъ бывшихъ защитниковъ симфизіотоміи, выступили противъ нея. Изъ послѣднихъ *Leopold*, получившій довольно неблагоприятные результаты отъ симфизіотоміи, предложилъ дѣлать въ соотвѣтственныхъ случаяхъ предупреждающій поворотъ, сохраняя плодный пузырь помощію кольцеобразнаго *Braun'a* до полнаго раскрытія маточнаго зѣва. Наблюденія, сдѣланныя въ его клиникѣ, показали, что при наклонной конъюгатахъ въ 9 см. удавалось получать при сказанномъ поворотѣ живыхъ дѣтей, вѣсомъ до 4000 грм. Только что сдѣланное сообщеніе наводитъ меня на мысль, не было ли бы и въ данномъ случаѣ удобнѣе примѣнить предупреждающій поворотъ“.

Н. Н. Феноменовъ замѣтилъ, что и онъ въ послѣднее время произво-

диль опыты на трупахъ, съ цѣлью изучить измѣненія, происходящія въ тазу послѣ разрѣза лоннаго соединенія. Необходимо помнить, что во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ при разведеніи лонныхъ костей, сумочная связка оказывается еще цѣлой, въ самомъ составѣ могутъ существовать уже глубокія пораженія (напр. отслойка хрящей). Въ общемъ, однако, нужно допустить, что симфизиотомія легка въ техническомъ отношеніи и, вѣроятно, не будетъ уже болѣе вычеркнута изъ ряда акушерскихъ пособій. Задача наша сводится теперь къ тому чтобы выработать точныя показанія для ея примѣненія. Самъ *Н. Н.* полагаетъ, что она умѣстна только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ истинный прямой размѣръ входа въ тазъ равняется или почти равняется 8 см., такъ какъ не слѣдуетъ упускать изъ виду, что лонныя кости не должны быть разводимы болѣе, чѣмъ на 6 см., если мы не хотимъ получить грубыхъ поврежденій въ крестцовоподздошныхъ сочлененіяхъ. Что касается до замѣчанія д-ра *Миронова* относительно предупреждающаго поворота, то подобный образъ дѣйствія врядъ ли заслуживаетъ подражанія. Во всякомъ случаѣ такое „ученіе“, по которому въ цѣломъ рядѣ случаевъ примѣняется однородное шаблонное пособіе, сводящее всѣ наши показанія и условія на „нѣтъ“, не можетъ быть названо „акушерскимъ“. Въ заключеніе *Н. Н.* сдѣлалъ нѣсколько техническихъ замѣчаній относительно доклада д-ра *Диманта*.

9) *Н. Н. Оедоровъ* (изъ Варшавы) сдѣлалъ сообщеніе «*О примѣненіи электричества по способу Александрова при леченіи женскихъ болѣзней*». Примѣнивъ названный способъ, съ апрѣля истекшаго года, въ завѣдуемой имъ клиникѣ въ 60 случаяхъ пара- и периметритовъ и въ 11 случаяхъ упорныхъ перелойныхъ заболѣваній, докладчикъ получилъ блестящіе результаты, на основаніи чего и совѣтовалъ этотъ способъ присутствовавшимъ. (Докладъ этотъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней: январь, 1894 г., стр. 28).

Нѣсколько замѣчаній по этому поводу сдѣлалъ *В. Н. Массенъ*.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № XVII.

Административное засѣданіе 30-го декабря 1893 г.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 36 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № XVI.

2) Избраны въ дѣйствительные члены:

1) *Димантъ*, Ефимъ Бенсіоновичъ, лѣкарь. Общее образованіе получилъ въ Одесской 2-й гимназіи, а медицинское въ Императорскомъ Харьковскомъ Университетѣ, гдѣ окончилъ курсъ въ 1889 году со званіемъ лѣкаря и уѣзднаго врача. Послѣ окончанія курса работалъ при Одесской больницѣ. Въ 1891 году изучалъ акушерство въ Повивальномъ Институтѣ въ С.-Петербургѣ, а затѣмъ—гинекологию въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

2) *Мацневскій*, Казиміръ Фелиціановичъ, родился въ Гроленской губ.; среднее образованіе получилъ въ Сѣдлецкой гимназіи, а университетское—въ Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ, который окончилъ въ 1889 г. со званіемъ лѣкаря; съ апрѣля мѣсяца 1889 г. сталъ заниматься акушерствомъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи; съ сентября же 1892 г. перешелъ въ Повивальный Институтъ Великой Княгини Екатерины Михайловны, гдѣ и по настоящее время состоитъ врачомъ-ассистентомъ.

3) *Хмара-Барщевскій*, Емануилъ Петровичъ, православнаго вѣроисповѣданія, изъ дворянъ Смоленской губ. Родился въ 1865 г. Среднее образованіе получилъ въ С.-Петербургской 6 й гимназіи, по окончаніи которой, поступилъ въ Военно-Медицинскую Академію, гдѣ пробылъ 5 лѣтъ. Въ 1890 году, въ маѣ, былъ принятъ въ С.-Петербургское Родовспомогательное Заведеніе, въ которомъ находится и до сихъ поръ. Въ февралѣ 1893 года допущенъ конференціей Военно-Медицинской Академіи къ держанію экзаменовъ на степень доктора медицины.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.

Секретарь Л. Личкусъ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 1.

Годишное засѣданіе 18-го января 1894 года.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 72 члена: Андреевъ, Баскинъ, Бацевичъ, Брандтъ, Бѣлиловскій В. А., Бѣлиловскій К. А., Бѣляевъ, Вастень, Верпинскій, Виридарскій, Воловскій, Гермоніусъ, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Добрадинъ, Добровольскій, Долинскій, Драницынъ, Димантъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Кирѣевъ, Крейтцеръ, Круковичъ, Лебедевъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Мартыновъ, Марцынкевичъ, Масловскій В. Ф., Массень, Мацѣевскій, Мершъ, Миллеръ, Мароновъ, Мисевичъ, Оттъ, Петровъ, Піотровичъ, Полонскій, Полотебновъ, Поршняковъ, Раденскій И. И., Ралецкій Р. К., Рачинскій, Ростковскій, Рузи, Рунге, Рутковскій, Рымша, Саловскій, Салмановъ, Сережниковъ, Смольскій, Стравинскій, Строгановъ, Сутугинъ, Тарновскій, Урвичъ, Фишеръ А. Р., Фраткинъ, Чагинъ, Черневскій, Швердловъ, Шмидтъ, Штольцъ, Шутевбахъ, Эйхфусъ, Явпольскій и 15 гостей.

1) По открытіи г-мъ Предсѣдателемъ засѣданія, слово представлено Секретарю Общества *Л. Г. Ливкусу*, который прочелъ:

ГОВОДОЙ ОТЧЕТЪ

о дѣятельности Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за 1893 годъ. (Восьмой годъ).

Мм. Гг.! Съ 18 января 1893 года по настоящее время Общество потеряло двухъ членовъ: Илью Федосѣевича *Баландина*, умершаго 4 августа 1893 г. и Александра Ерофѣевича *Ваденюка*, умершаго 24 марта 1893 года. За это же время избраны въ дѣйствительныя члены 15: Петръ Александровичъ *Антиповъ*, Веняминъ Александровичъ *Бѣлиловскій*, Кесарь

Александровичъ *Бѣлиловскій*, Ефимъ Бенсіоновичъ *Димантъ*, Иванъ Лукичъ *Долинскій*, Маріанъ Кондратьевичъ *Жураковский*, Николай Михайловичъ *Какушкинъ*, Иванъ Ивановичъ *Казминъ*, Казиміръ Фелиціановичъ *Мацневскій*, Матвѣй Максимовичъ *Мироновъ*, Иванъ Осиповичъ *Петрашкевичъ*, Адамъ Ромуальдовичъ *Рымина*, Григорій Петровичъ *Серезниковъ*, Эммануилъ Петровичъ *Хмара-Барцевскій* и Лукьянъ Ипполитовичъ *Хростовскій*. Такимъ образомъ число членовъ Общества, равное въ прошломъ году 156, за этотъ годъ возросло до 164; изъ нихъ двое—А. Я. *Красовскій* и К. Ф. *Славянский*—почетные и двое—*Нейсбауеръ* въ Варшавѣ и *Ансардъ* въ Парижѣ— члены корреспонденты; остальные же 165 суть дѣйствительные члены Общества; изъ этого числа въ настоящее время въ составѣ Общества находятся 52 члена учредителя. По имѣющимся свѣдѣніямъ 112 членовъ (въ томъ числѣ двое почетныхъ) живутъ въ Петербургѣ и 57 (въ томъ числѣ двое членовъ корреспондентовъ) внѣ его.

Всѣхъ засѣданій въ истекшемъ году было 17, изъ нихъ 9 научныхъ, 7 административныхъ и 1—посвященное чествованію 25-лѣтней врачебно-научной дѣятельности Предсѣдателя Общества, *К. Ф. Славянскаго*.

Въ научныхъ засѣданіяхъ были сдѣланы нижеслѣдующіе доклады:

1) Рѣчь товарища предсѣдателя *Д. О. Отта*—Къ патологій кровотеченій, обусловленныхъ внѣматочною (трубною) беременностью.

2) *В. В. Строгановъ*—Бактеріологическія изслѣдованія полового канала женщины.

3) *Д. О. Оттъ*—Объ оперативной teknikѣ случаевъ пузырно-влагалищныхъ свищей съ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала, съ демонстраціей двухъ больныхъ.

4) *Д. О. Оттъ*—Сравнительная оцѣнка способовъ изслѣдованія черезъ прямую кишку.

5) *Н. І. Рачинскій*—Послѣдствія частичной резекціи и перерѣзки маточныхъ роговъ у кроликовъ, съ демонстраціей препаратовъ.

6) *И. С. Домашевичъ*—Послѣдствія перерѣзки между двумя лигатурами трубъ кроличихъ, съ демонстраціей препаратовъ.

7) *В. Н. Массенъ*—Дальнѣйшія данныя относительно патогенеза эклампсін.

8) *Е. Б. Димантъ*—Опытное изслѣдованіе о вліяніи разсѣченія лоннаго соединенія на размѣры таза.

9) *И. И. Федоровъ*—О примѣненіи электричества по способу *Александрова* при лѣченіи женскихъ болѣзней.

Кромѣ того были сдѣланы слѣдующія казуистическія сообщенія:

1) *И. Л. Долинскій*—Случай грыжи пупочнаго канатика, съ демонстраціей больной.

2) *Г. И. Сережниковъ*—Случай двойной матки.

3) *Д. О. Оттъ*—Случай симфизіотоміи, съ демонстраціей больной ¹⁾.

4) *Э. Ф. Биддеръ*—Случай симфизіотоміи, съ демонстраціей больной.

5) *К. И. Улезко-Строгонова*—Къ патологіи кистъ дѣвственной плевы и влагалища, съ демонстраціей препаратовъ.

6) *В. Н. Массенъ*—Случай опухоли десны верхней челюсти у новорожденной, съ демонстраціей препарата.

7) *Н. М. Какущинъ*—Къ технику въправленія выпавшихъ матки и влагалища при явленіяхъ ущемленія.

8) *В. В. Строиновъ*—Къ патологіи Фаллопиевыхъ трубъ, съ демонстраціей препаратовъ.

9) *Э. Ф. Биддеръ*—Случай симфизіотоміи, съ демонстраціей больной.

10) *А. И. Заболотскій*—Случай отрыва дѣвственной плевы, съ демонстраціей рисунка.

11) *В. Н. Массенъ*—Случай отрыва дѣвственной плевы, съ демонстраціей рисунка.

12) *С. Т. Виридарскій*—Случай полного разрыва матки во время родовъ, съ демонстраціей препарата.

13) *А. Р. Рымша*—Случай пузырно-влагалищнаго свища.

14) *С. Т. Виридарскій*—Случай симфизіотоміи.

Сверхъ того нижепоименованныя лица показали слѣдующіе препараты, приспособленія и больныхъ:

¹⁾ Эта же больная черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ операціи была показана Обществу *Н. И. Рагинскимъ*.

1) *И. Т. Садовскій*—препараты изъ матки морскихъ свинокъ послѣ впрыскиванія въ полость матки чистой разводки желтаго гроздекокса.

2) *Д. А. Воробьевъ*.—а) препаратъ двурогой матки, б) плодное яйцо конца 2-го мѣсяца беременности, задержавшееся въ полости матки 5 мѣсяцевъ.

3) *И. С. Домашевичъ*.—а) 2 надвлагалищно срѣзанныя матки ради фиброміомъ, б) препаратъ атрофическаго эндометрита.

4) *А. Ф. Брандтъ*.—2 ретенціонныя кисты трубъ съ гнойнымъ содержимымъ.

5) *Д. О. Оттъ*.—а) приборъ для удержанія въ надлежащемъ неподвижномъ положеніи костей таза послѣ симфизіотоміи, б) препараты изъ раково-перерожденнаго яичника съ характерными кокцидіями, в) больную послѣ влагалищнаго удаленія матки (по способу *Réan'a*), пораженной множественными фиброміомами, г) надвлагалищно срѣзанную матку, вслѣдствіе пещеристой фиброміомы передней стѣнки ея, д) кистовидное заболѣваніе яичника, осложненное раковымъ перерожденіемъ, е) дермоидную кисту съ кровоизліяніемъ въ полости, вслѣдствіе перекручиванія ножки, ж) вырѣзанную черезъ влагалище, по способу *Réan'a*, матку, пораженную множественными фиброміомами, з) вырѣзанную черезъ влагалище раково перерожденную матку, и) подсывороточную фиброміому, удаленную чревосѣченіемъ, і) *три* препарата внѣматочной (трубной) беременности.

6) *А. Я. Крассовскій*.—приборъ для удержанія въ надлежащемъ неподвижномъ положеніи костей таза послѣ симфизіотоміи.

7) *А. А. Драницынъ*.—а) кровяной сгустокъ, представляющій слѣпокъ всей внутренней поверхности матки и части правой трубы, б) 2 препарата внѣматочной (трубной) беременности, в) 4, вырѣзанныя черезъ влагалище матки, пораженныя ракомъ, г) 4, по способу *Д. О. Отта*, надвлагалищно срѣзанныя матки ради фиброміомъ, д) 2 пароваріальныя кисты, е) многополостную желѣзистую кисту, удаленную на 5-мъ мѣсяцѣ беременности, ж) вырѣзанную черезъ влагалище, пораженную фиброміомами матку.

8) *В. В. Строгановъ*—а) 3 вырѣзанныя черезъ влагалище матки, пораженныя ракомъ, б) кроликовъ, у которыхъ между концами разсѣченныхъ лонныхъ костей прижвлены куски реберъ кроликовъ же.

9) *Н. I. Рачинскій*—2 вырѣзанныя черезъ влагалище, пораженныя ракомъ матки, б) 2 надвлагалищно срѣзанныя, по способу *Д. О. Отта*, матки ради фиброміомъ, в) больную, у которой пораженная ракомъ матка удалена 8¹/₂ лѣтъ тому назадъ.

10) *В. А. Вастень*—а) 3 дермидныя кисты, б) вырѣзанную черезъ влагалище матку, вслѣдствіе рака задней губы, в) препаратъ матки, удаленной надвлагалищнымъ срѣзываніемъ.

11) *К. Ф. Мацѣевскій*—а) надвлагалищно-удаленную, по способу *Д. О. Отта*, матку, вслѣдствіе множественныхъ фиброміомъ, б) многополостную железистую кисту обонхъ яичниковъ.

12) *А. Р. Рымина*—а) 2 препарата внѣматочной (трубной) беременности, б) кистовидную злокачественную (раковую) опухоль.

13) *А. II. Замининъ*—вырѣзанную черезъ влагалище, пораженную ракомъ, матку.

Мы видимъ, такимъ образомъ, что дѣятельность Общества въ истекшемъ году была относительно обширна и весьма разнообразна. Нѣкоторые практическіе вопросы, какъ напримѣръ, лѣченіе внѣматочной беременности, лѣченіе рака матки, благодаря неоднократному обсужденію и обилію показанныхъ препаратовъ, были разобраны и выяснены довольно подробно, въ предѣлахъ, разумѣется, имѣющихся теперь научныхъ свѣдѣній. Другіе же не менѣе важныя вопросы подлежатъ, по моему мнѣнію, еще дальнѣйшему изученію и изслѣдованію. Въ этомъ отношеніи нужно указать на симфизиотомію. Правда, мы имѣли возможность не только ознакомиться съ новыми успѣшно произведенными операціями, но и съ результатами весьма интересныхъ опытныхъ изслѣдованій, но все же вопросъ этотъ во многихъ отношеніяхъ остается открытымъ и представляетъ не мало еще спорныхъ сторонъ. Къ такимъ же вопросамъ, подлежащимъ еще дальнѣйшей работѣ, я отношу и ученіе объ эклампсіи. Не останавливаясь, далѣе, на другихъ докладахъ, хорошо къ тому же знакомыхъ

присутствующимъ, я полагаю, что и безъ того можно сказать, что Общество въ научномъ отношеніи находилось на высотѣ своего призванія и, если большинство докладовъ и носило казуистическій характеръ, то не слѣдуетъ забывать, что другіе за то были результатомъ продолжительной и усердной работы. Что бы покончить, наконецъ, съ научною дѣятельностью Общества, считаю не лишнимъ указать на то, что «Журналъ» нашъ благополучно закончилъ 7-й годъ своего существованія. Изъ вопросовъ, разбиравшихся въ административныхъ засѣданіяхъ и заслуживающихъ быть отмѣченными въ годовомъ отчетѣ, слѣдуетъ упомянуть о постановленіи, по которому рѣшено ходатайствовать объ измѣненіи § 17 Устава Общества.

2) Казначей Общества *Н. И. Стравинскій* доложилъ:

ОТЧЕТЪ

о приходѣ и расходѣ суммъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за 1893 годъ (восьмой).

Приходъ.	Руб. Коп.
Къ 1 января 1893 года состояло 26 билетовъ II Восточнаго займа, по 100 руб., (считая по цѣнѣ покупки) 2595 руб. 19 коп. и наличными 619 р. 94 коп., итого	3215 13
Недоимокъ за предшествующіе годы поступило	264
За 1893 годъ поступило 69 членскихъ взносовъ, по 5 р., и отъ двухъ членовъ Общества получено 5 р., итого	350
Въ счетъ 1894 года уплочено членскихъ взносовъ	12
Отъ вновь поступившихъ членовъ Общества 10 единовременныхъ взносовъ	80
Получено отъ почетныхъ членовъ нашего Общества <i>А. Я. Красовскаго</i> и <i>К. Ф. Славянскаго</i> , пожертвовавшихъ на уплату дефицита по изданію „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ въ 1892 г., по 121 руб. 58 коп., итого	243 16
Процентовъ за 1893 годъ съ 26 билетовъ II Восточнаго займа 130 руб., а за учетомъ купоннаго налога 6 р. 50 к., получено	123 50
Получено процентовъ за 1893 годъ съ суммы находившейся на текущемъ счету въ <i>банкирской конторѣ Г. Вавельберга</i>	6 70
Итого поступило въ теченіи 1893 года 1079 р. 36 к., что вмѣстѣ съ оставшейся суммою отъ предшествовавшихъ лѣтъ составляетъ	4294 49

Расходъ.

Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ на засѣданія Общества	30	
Переписка протоколовъ засѣданій Общества для печати	15	
Почтовый расходъ	13	40
Деревянный ящикъ для храненія книгъ принадлежащихъ библіотекъ Общества	12	
Канцелярскіе расходы	9	50
Уплочено редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней“ за печатаніе протоколовъ засѣданій Общества въ 1893 году	300	
Выдано редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней“ на покрытіе дефицита по изданію журнала за 1892 годъ	1143	16
Уплочено прислугѣ	28	
Мелкіе расходы	9	35
Итого	1560	41

Приходъ въ 1893 году вмѣстѣ съ суммою оставшагося отъ прежнихъ лѣтъ	4294	49
Расходъ въ 1893 году	1560	41

Осталось къ 1 января 1894 года 2734 08

Такимъ образомъ денежные средства Общества къ 1 января 1894 года состоятъ изъ 26 билетовъ II Восточнаго займа, по 100 руб., за №№: 37587, 106430, 108051, 144919, 149315, 165207, 166247, 176372, 177622, 226172, 229055, 232988, 236879, 259448, 285171, 290555, 290556, 290557, 294232, 302284, 309759, 309827, 310324, 315624, 321081, 400847 (находятся на храненіи въ государственномъ банкѣ), считая по цѣнѣ покупки	2595	19
Находится въ кассѣ	138	89
Итого	2734	08

Вышеизложенныя цифры вполне убѣждаютъ, что прошлый годъ принадлежитъ къ исключительнымъ въ жизни нашего Общества.

Расходы оказались чрезмѣрными, они вдвое больше дохода за 1893 годъ.

Подобная ненормальность бюджета вызвана была необходимостью покрыть дефицитъ по изданію «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за 1892 годъ въ количествѣ 1143 руб. Столь значительный расходъ нарушилъ прогрессивное развитіе денежных средствъ Общества. За истекшій годъ мы видимъ уменьшеніе капитала на 481 руб. Это первый годъ въ нашемъ

Обществѣ столь неблагопріятный въ матерьяльномъ отношеніи; слѣдуетъ надѣяться, что онъ будетъ послѣднимъ. Необходимо принять мѣры, чтобы избѣгнуть въ будущемъ громаднѣхъ дефицитовъ по изданію журнала, отражающихся разорительно на незначительномъ капиталѣ Общества.

Въ прошломъ году поступило 15 новыхъ членовъ, однако доходъ за 1893 годъ оказался меньше предшествовавшаго года, что зависитъ отъ не уплаты членскихъ взносовъ многими членами нашего Общества. По 1 января сего года 84 члена, т. е. половина всего состава Общества, не уплатили своихъ взносовъ, а многіе изъ нихъ по нѣсколько лѣтъ подрядъ не исполняютъ своей обязанности въ отношеніи Общества. Недоимки растутъ съ каждымъ годомъ и къ 1-му января сего года достигли значительной суммы 897 руб. Не смотря на это, Общество наше послѣ восьмилѣтняго существованія достаточно окрѣпло и къ счастью обладаетъ уже значительнымъ контингентомъ лицъ, горячо интересующихся дѣлами его и принимающихъ дѣятельное участіе въ дальнѣйшемъ научномъ и матерьяльномъ развитіи Общества.

3) Библіотекарь Общества *И. О. Даниловичъ* прочелъ:

О Т Ч Е Т Ъ

о библіотекѣ **Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за 1893 годъ.**

Наибольшее поступленіе въ библіотеку было отъ редакціи журнала «Акушерства и Женскихъ болѣзней», такъ какъ въ отчетномъ году поступили журналы за 1891 и 1892 годы. Всего журналовъ поступило:

а) Русскихъ 11:

1) Акушерка, 2) Архивъ психіатріи, 3) Военно-медицинскій журналъ, 4) Врачъ, 5) Вѣстникъ Судебной медицины, 6) Вѣстникъ офталмологіи, 7) Больничная газета Боткина, 8) Земскій врачъ, 9) Медицинское обозрѣніе, 10) Новости терапіи и 11) Хирургическій Вѣстникъ.

б) Французскихъ 16:

- 1) Annales d'Orthopédie 1891, 92.
- 2) Archives de tocologie et de gynécologie 1891.
- 3) Bulletins de l'Académie de médecine 1891, 92.
- 4) Bulletins et mémoires de la Société obstétricale et gynécologique 1891, 92.
- 5) L'Électrothérapie 1891, 92.
- 6) France médicale 1891.
- 7) Gazette de Gynécologie 1891, 92.
- 8) Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier 1891.
- 9) Gazette médicale de Strassbourg 1891.
- 10) Journal d'accouchements 1891.
- 11) Journal de médecine et de chirurgie pratiques 1891.
- 12) Journal de médecine de Paris 1891, 92.
- 13) Nouveau Montpellier médical 1892.
- 14) Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie 1891, 92.
- 15) Progrès médicale 1891.
- 16) Semaine médicale 1891, 92.

в) Нѣмецкихъ 6:

- 1) Berliner klinische Wochenschrift 1891.
- 2) Centralblatt für Chirurgie 1891, 92.
- 3) Centralblatt für Gynaekologie 1891, 92.
- 4) Deutsche medicinische Wochenschrift 1891.
- 5) Frauenarzt 1889, 90.
- 6) St.-Petersburger medicinische Wochenschrift 1891.

г) Англійскихъ 4:

- 1) Australasian medical Gazette 1891, 92.
- 2) Britisch medical Journal 1891.
- 3) Journal of the american medical association 1891.
- 4) New-York medical Journal 1891.

д) Польскихъ 6:

- 1) Gazeta lekarska 1891.
- 2) Kronika lekarska 1892.
- 3) Medycyna 1892.

- 4) Przegląd lekarski 1891.
- 5) Pamiętniki Towarzystwa lekarskiego 1892.
- 6) Zdrowie 1892.

е) Итальянскихъ и испанскихъ 4:

- 1) Anales di Obstetricia, Gynecopathia, Pediatria 1891.
- 2) Coimbra medico 1891.
- 3) Correio medico de Lisboa 1891.
- 4) Cronica medica 1891. 92.

ж) Чешскихъ и румынскихъ 4:

- 1) Casopis lekaru ceskych 1891.
- 2) Zdrovotnieky Vestnik 1891.
- 3) Progressul medical roman 1891.
- 4) Spitalul 1891.

з) Финскихъ 1:

1) Finska lekare skapetshandtingar 1892; слѣдовательно всего 52 журнала. Къ сожалѣнію, такъ какъ журналы эти предназначались редакціею для сотрудниковъ журнала акушерства, то полные комплекты встрѣчаются въ видѣ исключенія.

Непосредственно въ библіотеку поступили слѣдующія книги и брошюры:

1) *И. Н. Грамматикати*—Основы къ изученію акушерства и женскихъ болѣзней. Томскъ 1893.

2) *М. Н. Мотрохинъ*—Къ патологической гистологій яичниковъ. Дисс. Спб. 1893 г.

3) *Труды* Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Москвѣ 1892 г., т. 1 и 2.

4) *Сообщенія и протоколы* засѣданій С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества за 1892 г.

5) *Труды* Русскаго Медицинскаго Общества при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ IV.

6) *Сборникъ* трудовъ врачей Спб. Родовспомогательнаго заведенія. Спб. 1893.

7) *Труды* перваго съѣзда Кавказскихъ врачей, т. II.

8) *Отчетъ* дѣтской больницы св. Ольги въ Москвѣ за 1892 г.

9) *Протоколы* засѣданій и *сообщенія* Воронежскаго медицинскаго Общества за 1890—92 г.

Кромѣ того изъ Военно-Медицинской Академіи получено 96 диссертаций.

Наконецъ, отъ редакціи журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней получено на храненіе 195 экземпляровъ VI тома журнала за 1892 годъ.

Всего въ настоящее время имѣется въ библіотекѣ слѣдующее количество экземпляровъ журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней за первыя шесть лѣтъ изданія его:

I	тома	за	1887	годъ	85	экземпляровъ
II	»	»	1888	»	150	»
III	»	»	1889	»	152	»
IV	»	»	1890	»	110	»
V	»	»	1891	»	190	»
VI	»	»	1892	»	195	»

Сверхъ того въ отчетномъ году сдано въ редакцію, для продажи подписчикамъ, по 10 экземпляровъ каждого изъ первыхъ пяти томовъ.

4) Выбывающій по Уставу Предсѣдатель Общества *К. Ф. Словянской* сказалъ слѣдующее прощальное слово:

Почтенные товарищи—члены Акушерско-гинекологическаго Общества! Хотя я и имѣлъ уже случай благодарить Васъ, но сегодня, въ моей прощальной рѣчи, позвольте мнѣ выразить Вамъ еще разъ мою искреннюю, сердечную благодарность за то, что Вы мой праздникъ 9-го декабря сдѣлали своимъ праздникомъ и придали ему такой характеръ торжества, что съ избыткомъ вознаградилую скромную двадцатипятилѣтнюю дѣятельность на поприщѣ врача и педагога. И такъ еще разъ благодарю Васъ.

Сегодня, согласно нашему Уставу, я долженъ покинуть почетный постъ Предсѣдателя Общества, и, благодаря Вашему выбору меня въ почетные члены нашего Общества, столь для меня лестнаго, я дѣлаю это съ болѣе легкимъ сердцемъ и еще разъ привѣтствую мудрый параграфъ нашего Устава, требующій черезъ каждые два года обновленія Правленія Общества въ лицахъ предсѣдателя и его товарища.

Такая смѣна лицъ полна глубокаго смысла и должна быть весьма плодотворна. Появленіе новыхъ, свѣжихъ руководящихъ силъ Общества, если они окажутся имѣющими достаточное

напряженіе, невольно отразится благотворно на организмъ Общества, если же нѣтъ, то Общество наше въ настоящее время на столько представляетъ здоровый организмъ, что двухлѣтнее заболѣваніе его можетъ считаться болѣзнью эфемерной—скоро преходящей. Въ случаѣ какъ положительномъ, такъ и отрицательномъ Общество избѣгаетъ столь вредной тихой, покойной бездѣятельной жизни, ведущей, какъ извѣстно, такъ легко къ чрезмѣрному ожирѣнію съ его столь губительными послѣдствіями для cadaго организма.

И такъ сегодня Вамъ предстоятъ выборы новыхъ Предсѣдателя и его Товарища. Прослуживъ Обществу ровно 8 лѣтъ, постоянно находясь въ его Правленіи, я имѣю честь просить Васъ, почтенные товарищи, освободить меня на будущее двухлѣтіе отъ какихъ бы то ни было обязанностей и не выбирать меня ни на какую должность; причины тому лежатъ въ томъ, что я долженъ отдать все свое время снова педагогической дѣятельности и не буду имѣть ни минуты свободной, которую я могъ бы выдѣлить не въ ущербъ учебнымъ занятіямъ.

Въ теченіе послѣдняго двухлѣтія научная дѣятельность нашего Общества шла весьма удовлетворительно и достаточно оживленно, какъ Вы это слышали въ только что прочитанномъ отчетѣ секретаря. Административныя засѣданія отличались также полною сдержанностью и солидарностью всѣхъ присутствовавшихъ членовъ Общества. Нельзя, однако, не отмѣтить, до извѣстной степени, довольно прискорбнаго факта, когда вслѣдствіе требованій несогласныхъ съ достоинствомъ Общества, мы должны были отказаться имѣть свой собственный, самостоятельный отдѣлъ на Всероссійской Гигіенической выставкѣ. Но, господа, это была только небольшая тучка, омрачившая за эти два года ясный горизонтъ отношеній другъ къ другу членовъ Общества. Намъ удалось, однако, соблюдая извѣстное хладнокровіе отдѣлаться отъ этой тучки, не выдавъ грозы въ засѣданіяхъ Общества.

За разбираемый періодъ времени Общество наше могло оказать помощь осуществленію идеи видѣть еще одинъ памятникъ врачу среди шумныхъ улицъ большого города. На предложеніе международнаго организаціоннаго комитета о постановкѣ въ Буда-Пештѣ памятника *Semmelweiss'sy* Общество

откликнулось тѣмъ, что, по его порученію, одинъ изъ нашихъ членовъ прочелъ публичную лекцію о значеніи *Semmelweis's*а какъ о врачѣ, принесшемъ облегченіе и избавленіе отъ, бывшихъ почти всегда смертельными, заболѣваній здоровой, рождающей матери, и пролившемъ яркій свѣтъ на все послѣдовательное ученіе о зараженіяхъ хирургическихъ больныхъ вообще. Эта лекція д-ра *Е. Ф. Бацевича* дала чистаго сбору 137 р. Деньги эти вмѣстѣ съ пожертвованіями студентовъ V курса нашей академіи были мною посланы по назначенію и въ настоящій моментъ я имѣю честь передать росписку въ полученіи ихъ проф. *Elischer*’омъ, председателемъ международной комиссіи въ Буда-Пештѣ.

Наше Общество за это время не оставалось также чуждымъ къ тѣмъ полнымъ смысла, скромнымъ праздникамъ, которые составляютъ празднованія двадцатипятилѣтней дѣятельности какъ отдѣльныхъ лицъ, такъ и цѣлыхъ Обществъ. Мы принимали участіе въ привѣтствіяхъ, посылая депутаціи съ поздравленіями по поводу юбилеевъ членовъ нашего Общества: д-ра *А. И. Байкова*, проф. *Э. О. Биддера*, д-ра *В. В. Сутушина* и д-ра *В. И. Штольца*, равно какъ выразили свой товарищескій привѣтъ, поздравительною телеграммою, Воронежскому Медицинскому Обществу, и затѣмъ сами пережили торжество 9 декабря, на которое, въ свою очередь, откликнулись многочисленныя медицинскія Общества и тѣмъ показали на сколько наше Общество въ короткій срокъ своего существованія заслужило симпатіи своихъ старшихъ товарищей.

Два года тому назадъ въ моей вступительной рѣчи Предсѣдателя Общества я впередъ благодарилъ Гг. членовъ за удачный, по моему мнѣнію, подборъ членовъ правленія; въ настоящее время, говоря уже à posteriori, я могу сказать только, что мое предположеніе вполне оправдалось. Я не могу не поблагодарить товарища предсѣдателя, проф. *Д. О. Отта* за ту энергію и постоянную готовность вносить въ наши засѣданія научныя вклады, какими мы въ избытокъ пользовались въ эти два года, равно какъ и всегда образцово составленные протоколы засѣданій Общества вызываютъ, съ моей стороны, большую благодарность секретарю Общества, *Л. Г. Ливкусу*.

Почтенные товарищи-члены Акушерско-Гинекологическаго

Общества, желаю вамъ отъ всего сердца успѣха въ дальнѣйшей жизни Общества. Я твердо увѣренъ, что выборы, къ которымъ Вы сейчасъ приступите, дадутъ вполнѣ энергичное, богатое научными силами, вполнѣ парламентарное и единодушно преданное благу Общества правленіе.

Fabrum esse suae quemque fortunae.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.

Секретарь Личкусъ.

ПРОТОКОЛЬ № I.

Административное засѣданіе 18-го января 1894 года.

Предсѣдательствовалъ **К. Ф. Славяскій**.

Присутствовали 72 члена.

1) Согласно § 9 Уст. Общ. произведены выборы въ члены Правленія на слѣдующее двухлѣтіе 1894—1895 г.г. Закрытою баллотировкою, изъ предложенныхъ предварительными записками, оказались избранными: въ Предсѣдатели Общества—*Д. О. Оттъ*, въ Товарищи Предсѣдателя—*В. И. Штольцъ*. Единогласно, *per acclamatione*, и за отказомъ другихъ предложенныхъ отъ баллотировки, избраны: въ секретари *Л. Г. Личкусъ* и въ казначеи—*Н. И. Стравинскій*. Въ Библіотекари избранъ *А. П. Заболотскій*.

Избраніе новаго состава Правленія привѣтствовано рукоплесканіями.

2) Предложенъ въ дѣйствительные члены Общества Анастасій Александровичъ *Сичинскій* (предложенъ *Стравинскимъ*, *Славянскимъ* и *Личкусомъ*).

Предсѣдатель **Дм. Оттъ**.

Секретарь **Личкусъ**.

СПИСОКЪ

членовъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ за первые 8 лѣтъ, до 18 января 1894 г.

а) Почетные члены:

Крассовскій, Антонъ Яковлевичъ, съ 86 г., чл. учр.
Славянскій, Кронидъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.

б) Дѣйствительные члены:

Агафоновъ, Сергѣй Николаевичъ, съ 86 г.
Алексенко, Николай Демьяновичъ, съ 88 г.
Андреевъ, Николай Юстиновичъ, съ 86 г., чл. учр.
Андреевъ, Николай Павловичъ, съ 86 г.
Аятиповъ, Николай Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
Антиповъ, Петръ Александровичъ, съ 93 г.
Вайковъ, Андрей Ивановичъ, съ 86 г.
†Баладинъ, Ильа Федосѣевичъ, съ 86 г., чл. учр.
Балинскій, Михаилъ Ивановичъ, съ 86 г.
Баньковскій, Владиславъ Александровичъ, съ 86 г.
Баскинъ, Самуиль Захаровичъ, съ 86 г.
Бацевичъ, Евгеній Феликсовичъ, съ 86 г.
†Башкировъ, Сергѣй Александровичъ, съ 90 г.
Биддеръ, Эрнестъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
Блонскій, Иванъ Яковлевичъ, съ 89 г.
Большесольскій, Павелъ Константиновичъ, съ 87 г.
Брандтъ, Александръ Федоровичъ, съ 91 г.
Бутчикъ, Владиміръ Тимофѣевичъ, съ 92 г.
Бѣлиловскій, Венѣяминъ Александровичъ, съ 93 г.
Бѣлиловскій, Кесарь Александровичъ, съ 93 г.
Бѣляевъ, Викторъ Семеновичъ, съ 90 г.
Бѣляевъ, Яковъ Петровичъ, съ 87 г.
†Ваденюкъ, Александръ Ерофѣевичъ, съ 87 г.
Васильевъ, Николай Ивановичъ, съ 86 г.
Вастень, Владиміръ Александровичъ, съ 86 г., чл. учр.

Веберъ, Фридрихъ Даниловичъ, съ 86 г., чл. учр.

Вертеръ, Андрей Леонтьевичъ, съ 88 г.

Верцинскій, Урбанъ Эдуардовичъ, съ 90 г.

Виридарскій, Сергѣй Тимоновичъ, съ 86 г.

Воловскій, Казиміръ Альбертовичъ, съ 87 г.

Воробьевъ, Дмитрій Александровичъ, съ 89 г.

Воскресенскій, Михаилъ Александровичъ, съ 89 г.

Воффъ, Исидоръ Алексѣевичъ, съ 90 г.

Гавронскій, Николай Денисовичъ, съ 88 г.

†Гарфункель, Яковъ Борисовичъ, съ 86 г.

Генрихсенъ, Карлъ Романовичъ, съ 88 г.

Гермоніусъ, Александръ Карловичъ, съ 89 г.

Гессъ, Николай Федоровичъ, съ 86 г.

Гешвендъ, Александръ Александровичъ, съ 86 г.

Горайскій, Константинъ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.

Грамматикати, Иванъ Николаевичъ, съ 86 г., чл. учр.

Гриневальдъ, Отто Оттовичъ, съ 86 г., чл. учр.

Гриневъ, Леонидъ Ильичъ, съ 86 г.

†Гугенбергеръ, Федоръ Карловичъ, съ 86 г., чл. учр.

Даниловичъ, Иванъ Осиповичъ, съ 86 г., чл. учр.

Димантъ, Ефимъ Бенсіоновичъ, съ 93 г.

Добрадинъ, Павелъ Алексѣевичъ, съ 89 г.

Добровольскій, Вацлавъ Николаевичъ, съ 90 г.

Добровольскій, Станиславъ Ивановичъ, съ 91 г.

Добронравовъ, Варнава Алексѣевичъ, съ 86 г.

Добрынинъ, Петръ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.

†Довнарловичъ, Ярославъ Францевичъ, съ 86 г., чл. учр.

Долинскій, Иванъ Лукичъ, съ 93 г.

Дралицынъ, Алексѣй Алексѣевичъ, съ 91 г.

Еремѣевъ, Анатолій Андріановичъ, съ 86 г.

†Еськовъ, Сергѣй Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.

Желтухинъ, Василій Васильевичъ, съ 86 г.

Жураковскій, Маріанъ Конрадовичъ, съ 93 г.

Заболотскій, Алексѣй Павловичъ, съ 88 г.

Замшинъ, Андрей Ивановичъ, съ 88 г.

Зачекъ, Мечиславъ Маркеловичъ, съ 86 г.

Заяицкій, Сергѣй Свиридоновичъ, съ 88 г.

Зейдлеръ, Петръ Николаевичъ, съ 89 г.

Земацкій, Іосифъ Фрайцевичъ, съ 90 г.

Змигродскій, Казиміръ Іосифовичъ, съ 86 г.

- Иноевъсь, Константинъ Харлампіевичъ, съ 86 г.
- Казьминъ, Иванъ Ивановичъ, съ 93 г.
- Какушкинъ, Николай Михайловичъ, съ 93 г.
- Кирѣвъ, Дмитрій Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Краснопольскій, Федоръ Петровичъ, съ 91 г.
- Крейтцеръ, Робертъ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Круковичъ, Іосифъ Адамовичъ, съ 90 г.
- Кузнецкій, Петръ Васильевичъ, съ 89 г.
- Лазаревичъ, Иванъ Павловичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Лабенскій, Петръ Степановичъ, съ 86 г.
- Ланинъ, Ілья Ивановичъ, съ 88 г.
- Лебедевъ, Алексѣй Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Ливенъ, Павелъ Павловичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Лилѣвъ, Федоръ Николаевичъ, съ 87 г.
- Личкусъ, Лазаръ Григорьевичъ, съ 86 г.
- Лопатинскій, Осипъ Григорьевичъ, съ 86 г.
- †Маевскій, Адольфъ Ивановичъ, съ 87 г.
- Мазуркевичъ, Александръ Ксенофонтовичъ, съ 88 г.
- Макѣвъ, Александръ Матвѣевичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Мартыновъ, Александръ Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Марцынкевичъ, Евгеній Осиповичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Масловскій, Иванъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Масловскій, Василій Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Массенъ, Василій Николаевичъ, съ 88 г.
- Матвѣвъ, Владиміръ Алексѣевичъ, съ 86 г.
- Мацѣвскій, Казиміръ Фелиціановичъ, съ 93 г.
- Мершъ, Готлибъ Генриховичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Миллеръ, Виталій Яковлевичъ, съ 88 г.
- Мионовъ, Матвѣй Максимовичъ, съ 93 г.
- Мисевичъ, Антонъ Игнатъевичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Нейштубе, Петръ Тимсфѣевичъ, съ 88 г.
- Олевинъ, Сергѣй Константиновичъ, съ 90 г.
- Орнатскій, Василій Ивановичъ, съ 90 г.
- Оттъ, Дмитрій Оскаровичъ, съ 86 г., чл. учр.
- Пассоверъ, Леонидъ Петровичъ, съ 87 г.
- Петровъ, Василій Степановичъ, съ 91 г.
- Піотровичъ, Ѳома Ивановичъ, съ 86 г.
- Поваринъ, Михаилъ Инокентьевичъ, съ 88 г.
- Полонскій, Болеславъ Игнатъевичъ, съ 86 г.

- Полотебновъ, Сергій Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Поповъ, Александръ Васильевичъ, съ 90 г.
 Поржецкій, Владиміръ Юліановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Поршняковъ, Николай Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Радецкій, Иванъ Ивановичъ, съ 88 г.
 Радецкій, Рудольфъ Кондратьевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Ракѣвъ, Андрей Платоновичъ, съ 86 г.
 Рачинскій, Николай Іеронимовичъ, съ 91 г.
 Рачковскій, Петръ Ивановичъ, съ 88 г.
 Рейнъ, Георгій Ермолаевичъ, съ 88 г., чл. учр.
 Рентельнъ, Карлъ-Отто-Владиміровичъ, съ 86 г.
 Репревъ, Александръ Васильевичъ, съ 86 г.
 Родзевичъ, Болеславъ Адамовичъ, съ 89 г.
 Ростковскій, Оома Яковлевичъ, съ 87 г.
 Рудольскій, Леонидъ Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Рузи, Дмитрій Александровичъ, съ 91 г.
 Рунге, Георгій Карловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Рутковскій, Александръ Васильевичъ, съ 91 г.
 Рымша, Адамъ Ромуальдовичъ, съ 93 г.
 Рясенцевъ, Іосифъ Марковичъ, съ 86 г.
 Савченко, Оеодоръ Іосифовичъ, съ 90 г.
 Садовскій, Петръ Тимофеевичъ, съ 91 г.
 Салмановъ, Николай Антоновичъ, съ 86 г.
 Семяниниковъ, Александръ Александровичъ, съ 88 г.
 Сережниковъ, Григорій Петровичъ, съ 93 г.
 Смольскій, Иванъ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Смоленскій, Иванъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Соколовскій, Людвигъ Ігнатъевичъ, съ 86 г.
 Соловьевъ, Александръ Николаевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Соловьевъ, Афанасій Семеновичъ, съ 87 г.
 Стельмаховичъ, Николай Матвѣевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Стравинскій, Николай Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Строгоновъ, Василій Васильевичъ, съ 90 г.
 Сутугинъ, Василій Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Сченсновичъ, Василій Васильевичъ, съ 88 г.
 Сыромятниковъ, Иванъ Михайловичъ, съ 86 г.
 Тарновскій, Ипполитъ Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Толочиновъ, Николай Филипповичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Ульрихъ, Владиміръ Андреевичъ, съ 86 г.
 Урвичъ, Борисъ Осиповичъ, съ 86 г.

- Федоровъ, Иванъ Ивановичъ, съ 88 г.
 Феноменовъ, Николай Николаевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Фишеръ, Андрей Романовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Фишеръ, Болеславъ Адамовичъ, съ 87 г.
 Франкъ, Дмитрій Александровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Фраткинъ, Борисъ Анисимовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Хмара-Барцевскій, Эммануилъ Петровичъ, съ 93 г.
 Хростовскій, Лукьянъ Инокентьевичъ, съ 93 г.
 Хрщоновичъ, Александръ Казиміровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Цѣхановецкій, Сигизмундъ Владиміровичъ, съ 86 г.
 Цырскій, Леонардъ Игнатьевичъ, съ 87 г.
 Чагинъ, Алексѣй Александровичъ, съ 88 г.
 Черневскій, Эдуардъ Францевичъ, съ 86 г.
 Чернышевъ, Иванъ Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Чошинъ, Григорій Александровичъ, съ 86 г.
 Шабельскій, Семенъ Федоровичъ, съ 92 г.
 Швердловъ Иванъ Львовичъ, съ 90 г.
 Шлезингеръ, Оскаръ Александровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Шмидтъ, Александръ Эдуардовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Штоль, Карлъ Германовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Штольцъ, Владиміръ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Шуриновъ, Михаилъ Александровичъ, съ 86 г.
 Шуттенбахъ фонъ-, Николай Густавовичъ, съ 91 г.
 Щеткинъ, Дмитрій Сергѣевичъ, съ 90 г.
 Эbermanъ, Александръ Леонтьевичъ, съ 90 г.
 Эйхфусъ, Альбертъ Ричардовичъ, съ 91 г.
 Янпольскій, Борисъ Григорьевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Ястребовъ, Николай Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.

с) Члены-корреспонденты:

- Нейгебауеръ, Францъ Людовиковичъ, съ 87 г.
 Dr Auvard (Paris), съ 88 г.

СПИСОКЪ

Членовъ Правленія за прошлые годы:

Предсѣдатель. Тов. Предсѣд. Секретарь. Казначей. Библіотекаръ.

1886}	Крассовскій	Славянскій	Смольскій	Стравинскій
1887}				
1888}	Славянскій	Тарновскій	Смольскій	Стравинскій Даниловичъ
1889}				
1890}	Крассовскій	Славянскій	Смольскій	Стравинскій Даниловичъ
1891}				
1892}	Славянскій	Оттъ	Личкусъ	Стравинскій Даниловичъ
1893}				

Составъ Правленія на 1894—1895 годы.

Предсѣдатель—Профессоръ Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны и Директоръ Повивальнаго Института, докторъ медицины Дмитрій Оскаровичъ **Оттъ**.

Товарищъ Предсѣдателя—Профессоръ Судебной Медицины въ Военно-Юридической Академіи, докторъ медицины Владиміръ Ивановичъ **Штольцъ**.

Секретарь—Старшій Преподаватель Акушерства при Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ, докторъ медицины Лазарь Григорьевичъ **Личкусъ**.

Казначей—Врачъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, докторъ медицины Николай Ивановичъ **Стравинскій**.

Библіотекаръ—Ординаторъ клиники профессора К. Ф. Славянскаго, докторъ медицины Алексѣй Павловичъ **Заболотскій**.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ польской акушерско-гинекологической литературы.

1. А. Rosner. Фиброміомы и беременность. (Przegląd lekarski, 1893, №: 39—41).

Поучительный случай *laparotomyotomy* и при нераспознанной беременности, осложненной многочисленными большими фиброміомами, описываетъ д-ръ Alex. Rosner изъ клиники Prof. Madurowicz'a въ Краковѣ.

24 мая 1892 года обратилась въ клинику 5 рага. 30 лѣтъ, у которой вскорѣ послѣ послѣднихъ родовъ, въ январѣ 1891 года, появилась въ животѣ опухоль, въ послѣдніе мѣсяцы растущая особенно быстро и замѣтно. Животъ неправильно выпуклый, такъ какъ чрезъ наружные покровы обрисовываются нѣсколько опухолей: одна между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, другая меньшая, величиной въ небольшое яблоко, около пупка, и, наконецъ, выше пупка еще двѣ опухоли, съ правой и лѣвой стороны. Главная опухоль надъ лоннымъ соединеніемъ имѣетъ гладкую, эластичную, какъ бы флюктуирующую поверхность, и простирается кверху на 3 пальца ниже пупка, влѣво—до *spina anterior superior*, вправо на 3 поперечныхъ пальца за среднюю линію. Перкуторный звукъ надъ опухолями притупленный, въ лѣвомъ подреберѣ тимпанический. Подвижность ихъ незначительна. Размѣры отъ лоннаго соединенія до пупка 20 cm., до мечевиднаго отростка—39 cm. Окружность живота 94 cm. Влагалищная часть нормальной консистенціи, длиной въ фалангу пальца, съ отверстіемъ въ видѣ поперечной щели. Движенія опухоли не сообщаются пальцу, лежащему на шейкѣ матки. Формы и положенія матки не удается опредѣлить. Стѣнки влагалища темнорозовыя, заднія гладка, на перед-

ней видны *colutinae gigantum*. Металлическій зондъ *Valleix*'а входитъ въ надлежащемъ направленіи, и показываетъ, что матка на 12 мм. длиннѣ нормальной. *Распознаваніе колебалось между опухолью яичника и фиброміомами матки*. 30 мая—операция. По разрѣзѣ брюшныхъ стѣнокъ, сдѣланомъ выше и ниже пупка, длиной въ 20 см., оказалось, что опухоль, прорывавшаяся между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ, есть *ничто иное, какъ беременная 5 мѣсяцевъ матка*, отличающаяся при томъ болѣе мягкой консистенціей, чѣмъ окружающее ее новообразование; послѣдняя отходить отъ матки прямо надъ Фаллопиевой трубой и состоитъ изъ 3 отдѣльныхъ опухолей: одной надъ правымъ пахомъ, другой—въ правомъ подреберьѣ, третьей—въ лѣвомъ подреберьѣ. Рѣшено выдѣлить опухоль, оставивши беременную матку, что и было удачно исполнено. Послѣоперационное теченіе прошло какъ нельзя лучше. Но 11/VI вдругъ появились сильныя боли внизу живота, t^0 38,6°, пульсъ 128. Боли скорѣ приняли правильный родовой характеръ, влагалищная часть начала сглаживаться, и въ часъ ночи того-же дня родился живой плодъ, соответствующій по развитію 5 $\frac{3}{4}$ мѣсяца беременности. Кровотеченія нѣтъ. Черезъ нѣсколько дней появилось въ лѣвой околomаточной клетчаткѣ скопленіе гноя, которое поддерживало высокую t^0 до 39,3°; былъ сдѣланъ разрѣзъ, гной выпущенъ, рана зажила, и 21/VI больная выписалась изъ больницы совершенно здоровой. Ошибки въ распознаваніи беременности, осложненной фиброміомами, особенно въ первые ея мѣсяцы, бываютъ сплошь и рядомъ. Въ одномъ случаѣ *Depaul* неоднократно зондировалъ матку, не распознавши беременности, и только чрезъ нѣсколько часовъ послѣ послѣдняго зондированія послѣдовалъ выкидышъ. Подобныя же ошибки сдѣлали *Meadows*, *Péan*, *Rob*, *Barnes*, *Paterson*, *Granville*, *Bantock*, *Karstroem* и др. (см. *Hanser*, Archiv für Gynäcologie, XVI. 1891), при чемъ только *Péan* оставилъ нетронутой беременную матку (*консервативный методъ*), всѣ же другіе авторы вырѣзали ее вмѣстѣ съ опухолью (*радикальный методъ*). Въ вышеизложенномъ случаѣ нельзя считать причиной выкидыша ни зондированія, послѣ котораго прошло уже благополучно цѣлыхъ 19 дней, ни самыхъ оперативныхъ приѣмовъ, такъ какъ во время операціи и сшиванія раны не замѣчено было никакихъ маточныхъ сокращеній, которыя указывали бы на раздраженіе матки, и только на 13-й день послѣ операціи появились родовыя боли. *Послѣднія, по мнѣнію автора, были вызваны раздраженіемъ брюшины, вследствие натяженія свежихъ сращеній въ окружности маточной раны, натяженія,*

обусловленнаго увеличеніемъ въ объемъ беременной матки. Увеличеніе матки въ объемѣ можно было доказать объективнымъ изслѣдованіемъ. Вслѣдствіе натяженія срастающейся маточной раны образовался ограниченный периметритъ, который, раздражая маточную мускулатуру, вызвалъ сокращенія матки, повлекшія за собой на 13-й день послѣ операціи изгнаніе плоднаго яйца. Авторъ собралъ во всей медицинской литературѣ 23 случая (включая и свой) *laparotomy-motomiae conservativae*, гдѣ были удалены фиброміомы, но оставлена беременная матка съ надеждой спасти такимъ путемъ и мать и младенца. Первую операцію выполнилъ *Péan*, 2-ю—*Thornton*, затѣмъ 5 разъ сдѣлалъ эту операцію *Martin*, 2 раза *Frommel* и по одному разу *Schröder*, *Hegar*, *Studgaard*, *Landau*, *Odger*, *Barnes*, *Gondau*, *Houtier*, *Homan*, *Bergt*, *K. Braun*, *Küstner* и *Bidder*. Изъ этихъ 23-хъ случаевъ погибло 7 матерей (30,4%), осталось въ живыхъ 16 (69,6%),—дѣтей осталось въ живыхъ 9 (39,1%). Выкидышей было 9. Въ 4-хъ случаяхъ (1—*Péan*'а и 3—*Martina*) выкидышъ произошелъ между 1 и 4-мъ днемъ послѣ операціи, вѣроятно вслѣдствіе оперативной травмы; въ остальныхъ случаяхъ причина болѣе поздняго прерыванія беременности была вѣроятно такая же, какъ въ реферированномъ случаѣ: раздраженіе брюшины, вслѣдствіе натяженія срастающейся раны, отъ увеличенія въ объемѣ беременной матки. Такимъ образомъ при операціи удаленія фиброміомъ съ оставленіемъ беременной матки, до сихъ поръ спасено 69,6% матерей, и 39,1% младенцевъ. *В. Каплянскій.*

2. **T. Solmann. Cіaza w macicy podwójnej.** (Medycyna 1893, XX 5—6). **Случай чревосѣченія при беременности въ двурогой маткѣ, ошибочно принятой за graviditas extra-uterina.**

31 мая 1892 года поступила въ хирургическую клинику больницы Святаго Духа—Людвига Гер., 20 лѣтъ, присланная изъ Люблина д-ромъ *Яворовскимъ*. Больная съ 13 лѣтъ начала носить регулы, повторяющіяся чрезъ каждыя 4, 5, 6 недѣль и продолжающіяся 4—5 дней. Гер. вышла замужъ 2½ года тому назадъ, и вскорѣ забеременѣла; беременность продолжалась 12 недѣль и окончилась выкидышемъ. Съ этого времени мѣсячныя стали чрезвычайно болѣзненными, появились боли въ крестцѣ, потеря полового влеченія, бессонница. Примѣненіемъ внутриматочной гальванизации удалось ослабить дисменноррейныя боли. Съ мая мѣсяца 1891 года мѣсячныя прекратились; прогрессивное увеличеніе живота и другіе, сопутствующіе беременности признаки, какъ-то:

тошнота, рвота, припухавіе грудей, начинавшихъ выдѣлять молоко, пигментація *lineae albae*, наконецъ увѣренія больной въ томъ, что она ощущаетъ движенія плода, все вмѣстѣ заставило предположить наступленіе новой беременности. 30 апрѣля прошлаго года, т. е. чрезъ 10½ мѣсяцевъ послѣ прекращенія мѣсячныхъ, больная обратилась къ врачамъ въ Люблинѣ, безпокоясь за наступленіе ожидаемыхъ родовъ, и жалуясь на чувство тяжести и боли въ животѣ. Общее состояніе больной удовлетворительное. Животъ по формѣ и величинѣ подходитъ къ 8 мѣсяцу беременности. При изслѣдованіи чрезъ влагалище передній и лѣвый своды оказались сильно выпуклыми, горячими, влагалищная часть направлена кзади, маточное устье пропускало конецъ пальца. Выслушиваніе живота не обнаруживало ни движеній плода, ни сердцебиенія, ни другихъ какихъ-либо шумовъ. При изслѣдованіи *per rectum* прощупывалось грушевидное тѣло на задней поверхности шарообразной опухоли. Наружно-внутреннее изслѣдованіе давало въ опухоли ощущеніе зыбленія. Въ ночь со 2 на 3 мая больная почувствовала сильныя натужныя боли въ животѣ, не прерывавшіяся въ теченіи 2 сутокъ, при чемъ изъ влагалища выдѣлялась кровянистая жидкость. Маточное устье постепенно раскрывалось, шейка все болѣе сглаживалась, и въ полости матки можно было ощупать кругловатое тѣло, величиной въ куриное яйцо, по консистенціи напоминавшее послѣдъ и прикрѣплявшееся къ передней стѣнкѣ; отдѣленіе и выведение этого тѣла изъ родовыхъ путей удалось легко. Матка послѣ этого уменьшилась почти вдвое, потуги прекратились, влагалищная часть приняла нормальную форму и маточное устье закрылось, но животъ все-таки остался значительно увеличеннымъ. Подъ микроскопомъ полученная изъ матки ткань обнаруживала строеніе, похожее на міому, resp. на decidua съ многочисленными круглыми и веретенообразными клѣтками. 12 мая д-ръ *Яворовскій* сдѣлалъ пробный проколъ брюшной опухоли, и добылъ 4 унціи темновато-кровоянистой жидкости, послѣ чего опухоль приняла менѣе шарообразную, болѣе неправильную форму. Подозрѣвая вѣматочную беременность, онъ направилъ больную въ клинику проф. *Косинскаго*, при подробномъ изслѣдованіи котораго оказалось слѣдующее.

Т° 39° С., пульсъ 96, слабый. Въ легкихъ и сердцѣ никакихъ отклоненій отъ нормы: печень и селезенка нѣсколько смѣщены кверху. Животъ значительно увеличенъ соотвѣтственно 8-му мѣсяцу беременности. Окружность живота на уровнѣ пупка 82 сант., разстояніе отъ мечевиднаго отростка до пупка 17 сант., отъ пупка до лоннаго сочлененія 18 сант. По бѣ-

лой линіи на три сант. выше лобковаго соединенія видѣтъ слѣдъ отъ произведенной пункции. Подъ толстыми и напряженными брюшными покровами прощупывается опухоль круглой формы съ гладкой поверхностью, плотная въ нижней части и слегка флюктуирующая въ верхней: внутри опухоли ощущается шарообразная твердая масса. Верхняя граница опухоли доходитъ до половины разстоянія между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, а внизу опухоль позади лоннаго соединенія опускается въ полость малаго таза. Перкуторный тонъ надъ опухолью вездѣ тупой, подвижность ея весьма ограничена. Наружныя половыя части правильно развиты. Влагалище обширное, *columnae rugarum* не сглажены. Влагалищная часть направлена вправо и къзади, наружный зѣвъ закрытъ. Въ переднемъ и лѣвомъ сводахъ ощущается опухоль, мягкая, флюктуирующая, болѣзненная и горячая на ощупь. Длина полости матки 8 сант.; зондъ направляется вправо и къзади. Черезъ зеркало видна въ переднемъ и лѣвомъ сводѣ выпуклость, покрытая сильно покраснѣвшей, напряженной, гладкой слизистой оболочкой, нигдѣ не представляющей какого либо отверстия или углубленія. Мочевой пузырь переполненъ мочей. Субъективныя жалобы больной сводятся на постоянныя потуги, сильныя боли въ животѣ и частые позывы къ мочеиспусканію. На основаніи всѣхъ данныхъ изслѣдованія былъ поставленъ проф. Косинскимъ діагнозъ „*graviditas extrauterina*“, а присутствіе гноя въ лѣвомъ сводѣ и лихорадочное состояніе указывали, по мнѣнію профессора, на нагноеніе плоднаго мѣшка, находящееся, быть можетъ, въ связи съ произведенной 2 недѣли тому назадъ пробной пункцией. Съ начала, было, уже рѣшили вскрыть нарывъ въ лѣвомъ сводѣ, и расширивъ разрѣзъ, достать и вывести плодный мѣшокъ *per vaginam*. Но чрезвычайная трудность вывести дсношенный плодъ чрезъ влагалищный разрѣзъ, и возможность при этомъ внутрибрюшиннаго разрыва плоднаго мѣшка заставили отказаться отъ первоначальнаго намѣренія и приступить 3-го іюня къ чревосѣченію, послѣ того какъ проколомъ флюктуирующей опухоли въ лѣвомъ сводѣ добытъ былъ слизисто-кровянистый гной. Разрѣзъ брюшныхъ покрововъ былъ сдѣланъ по *linea alba* отъ пупка до лоннаго соединенія. По вскрытіи брюшины обрисовалась гладкая, синеватаго цвѣта поверхность опухоли, по внѣшнимъ признакамъ весьма похожая на беременную матку. Брюшной разрѣзъ былъ удлиненъ на 3 см. выше пупка, и вся опухоль, при положеніи больной на боку, была разсѣчена вдоль сверху до низу. Оказалось, что опухоль представляетъ ни что иное, какъ беременную матку.

Плодъ находился въ косомъ, почти поперечномъ положеніи, мацерированный, со слѣдами гниlostнаго разложенія. Дѣтское мѣсто довольно сильно приросло къ нижней части матки слѣва. По выведеніи наружу матки, въ тазовой полости оказалась другая матка нормальной формы и величины, соединенная съ правой трубой и правымъ яичникомъ, точно также, какъ оперированная матка съ лѣвыми трубой и яичникомъ. Мѣсто соединенія обѣихъ матокъ находилось нѣсколько ниже внутренняго устья каждой изъ нихъ. Лѣвая влагалищная часть представляла гнойникъ, прощупывавшійся въ лѣвомъ сводѣ. Проф. *Косинскій* для остановки кровотеченія обшилъ матку, затѣмъ отрѣзалъ ее на границѣ двухъ верхнихъ третей съ нижней, а оставленную часть дренировалъ чрезъ влагалище, и, укрѣпивши ее тремя иглами *Bantok'a*, вшилъ въ нижнемъ концѣ раны брюшныхъ покрововъ. Противугниlostная повязка и іодоформный тампонъ во влагалище. Вечеромъ t^0 38° С., пульсъ 112, слабый. Частыя рвоты, сильныя боли въ животѣ, безпокойное состояніе, которое на слѣдующій день еще ухудшилось. Обильныя кровотечения изъ обшитыхъ краевъ матки, остановленныя помощью обкалыванія и накладыванія пасты изъ хлористаго цинка на маточную культю. Состояніе больной все ухудшалось и 9 іюня, на 7 день послѣ операціи, больная скончалась при явленіяхъ гниlostнаго воспаленія брюшины.

Протоколъ вскрытія, произведеннаго д-ромъ *Зелинскимъ*, гласить слѣдующее:

Женщина правильнаго сложенія, но крайне исхудавшая, общіе покровы землисто-желтаго цвѣта, со скуднымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. Надъ лоннымъ соединеніемъ операціонная рана безъ слѣдовъ нагноенія, сросшаяся вполне. Сердце и легкія нормальны, только правое легкое имѣетъ всего двѣ доли. Полость брюшины выполнена жидкостью, имѣющей каловый запахъ. Самая брюшина мутная, покраснѣвшая и покрыта липкой волокнистой массой. Такой же массой склеены между собой петли кишокъ. Слѣпая кишка непосредственно прилегаетъ къ прямой, сросшись съ ней рубцово-волокнистой тканью, а спереди обѣ кишки приращены къ половымъ органамъ. Кишки раздуты газами, какъ серозная, такъ и слизистая оболочки сильно покраснѣвшія. На слизистой оболочкѣ тонкихъ кишокъ, на разстояніи 40 сант. отъ двѣнадцатиперстной, находятся 4 язвы: двѣ переднія круглой формы, 3—4 mm. въ діаметрѣ, съ сѣро-желтыми краями—сквозныя, проникающія въ полость брюшины; двѣ заднія, эллиптическія, длиной въ 1—1½ сант., шириной въ 3—4 mm., дохо-

дять только до мышечной оболочки. На разстояніи $1\frac{1}{2}$ метра отъ этихъ язвъ видна еще одна прободающая язва. (*Peritonitis stercoralis acuta e perforatione ulcerum toxicorum intestini tenui. Enteritis acuta toxica (sublimatosa?)*). *Cicatrices post pelvipеритонитидем*). Слизистая желудка и кишекъ блѣдна. Селезенка малая, дряблая, блѣдная (анаемія). Печень также анемична. Лѣвой почки и надпочечной железы нѣтъ совершенно; такъ же на мочевомъ пузырьѣ нѣтъ и слѣда отъ устья лѣваго мочеточника; на слизистой оболочкѣ *Licoutod*'ова треугольника нѣтъ никакого углубленія на лѣвой сторонѣ. Правая почка увеличена почти вдвое и имѣетъ въ длину 115 mm., въ ширину 85 mm. и въ толщину 48 mm. Положеніе почки, какъ и мочеточника, правильное. Двѣ матки, изъ которыхъ каждая имѣетъ свою влагалищную часть и свои внутреннія и наружныя отверстія, переходить въ общій рукавъ. Разстояніе между правымъ и лѣвымъ наружнымъ зѣвомъ доходятъ до 8 mm. Оси обѣихъ матокъ образуютъ между собой почти прямой уголъ.

Въ описанномъ случаѣ причиной смѣшиванія беременности въ двурогой маткѣ съ *graviditas extratermina* явилось то обстоятельство, говоритъ авторъ, что лѣвая влагалищная часть совершенно изгладилась, а наружный ея зѣвъ заросъ, вслѣдствіе воспалительнаго процесса и образованія гнойника, такъ что о существованіи другой матки трудно было догадаться.

В. Каплянскій.

3. Alex. Rosner. Z. Kasuistyki cięcia cesarskiego (Pzegląd lekarski, 1893, №№ 9—10). **Къ казуистикѣ кесарскаго сѣченія.**

26 іюня 1892 года поступила въ клинику V рага, 30 лѣтъ, съ начавшимися уже родами и отошедшими водами. Роженица страдаетъ около года какой то опухолью въ поясничной области, которая причиняетъ ей сильную боль въ поясницѣ и лѣвой ногѣ; послѣдняя ротирована кнутри и затрудняетъ ходьбу. Позиція плода первая, предлежаніе черепное. Маточныя сокращенія часты и болѣзненны. На два поперечныхъ пальца ниже пупка—сократительное кольцо *Schroeder*'а, отдѣляющее твердое и тетанически сокращенное тѣло матки отъ чрезмѣрно растянутого и сильно истонченнаго нижняго отрѣзка; состояніе матки, слѣдовательно, близко къ разрыву. Налѣво отъ поясничныхъ позвонковъ видны двѣ продолговатоовальные опухоли, величиной каждая въ кулакъ, лежащія одна за другой, гладкія, мягкія и непосредственно между собой соединенныя; флюктуация отъ одвой опухоли переходитъ на дру-

гую. Вся опухоль неподвижно срослась съ подлежащими костями таза, но кожа надъ ней съ просвѣчивающими расширенными венами свободно передвигается и собирается въ складки. Опухоль начинаетъ выпячивать заднюю стѣнку влагалища уже на протяженіи 3 сант. отъ *introitus vaginae*, такъ что вся полость малаго таза выполнена ею. Въ виду поэтому совершенной невозможности рожденія младенца *per vias naturales*, проф. *Мадуровичъ* въ тотъ же день, 26 іюня, произвелъ кесарское сѣченіе, съ наложеніемъ эластического жгута на шейку матки. Новорожденный младенецъ, мужскаго пола, съ рѣзко уплощенной, вслѣдствіе давленія опухоли, правой теменной костью, не совсѣмъ доношенный: вѣсъ 2890 grm., длина 49 cm. Большой данъ внутрь опій и назначена жидкая діета. На 4-й день послѣ операціи появились повторныя рвоты, сначала содержимымъ желудка, потомъ желчью и наконецъ каловыми массами. Переполненіе S—romani каломъ замѣчалось еще во время операціи. Въ виду обнаружившейся непроходимости кишечнаго канала, приступлено къ высокимъ *Hegar'*овскимъ промывательнымъ, которыми вызвали обильнѣйшій стулъ. Рвота прекратилась и больная успокоилась. Послѣродовыя очищенія все время весьма скудны. При первой перемѣнѣ повязки на 5-й день послѣ операціи оказалось, что нижніе два кожныхъ шва прорѣзались, и края брюшной раны въ ея нижнемъ отдѣлѣ омертвѣли на протяженіи 2 сант. Рана обмыта сулемой, покрыта іодоформной марлей и коллодіумомъ, и окружена холодными компрессами. 5-го іюля t^0 поднялась до 39^0 , пульсъ 128. Края раны оказались омертвѣвшими на большемъ протяженіи. 6-го іюля чрезъ средину брюшной раны видно стало отверстіе, ведущее въ полость брюшины съ лежащими въ немъ кишечными петлями. Немедленно произведено было окровавленіе краевъ и зашиваніе этого отверстія. 10-го іюля эти швы также прорѣзались, и къ брюшинному отверстию оказалась крѣпко приросшей петля тонкихъ кишекъ съ сѣрой, шероховатой поверхностью. Вправить петлю въ брюшную полость не удалось; отверстіе брюшины вмѣстѣ съ кишкой промыто 3% карболовымъ растворомъ, засыпано іодоформомъ и покрыто асептической повязкой, подъ которой оно постепенно и заростало. Опухоль между тѣмъ все увеличивалась. Микроскопическое изслѣдованіе кусочка опухоли, добытаго при пробномъ проколѣ толстымъ троакаромъ, указало на веретенообразно клѣточную саркому—*sarcoma fusocellulare*. 2-го августа больная, по требованію мужа, оставила клинику, и уѣхала къ себѣ на родину, гдѣ она чрезъ 3 недѣли умерла при весьма быстромъ ростѣ новообразо-

ванія. Младенецъ здоровъ. Случаевъ кесарскаго сѣченія при саркомахъ, берушихъ начало изъ тазовыхъ костей, описано во всей медицинской литературѣ всего 5. Данный случай представляетъ 6-й.

В. Каплянскій.

4. Dr. Mikolaj Warman. Przyczynę do leczenia poronien, osnuty natle 250 wypadkow. (Gazeta lekarska, 1894, № 3). **Къ учению о лѣченіи выкидышей.**

Различіе мнѣній относительно лѣченія выкидышей послужило автору поводомъ написать данную статью. Въ наукѣ встрѣчаются два теченія: *Brennecke, Heinrichius, Dührssen, Kleinmacher, Fehling* и друг. видятъ въ затынувшемся задержаніи плоднаго яйца въ маточной полости во время выкидыша, не говоря уже о кровотеченіи, явную опасность не только для здоровья (недостаточное обратное развитіе), но и для жизни больной, почему рекомендуютъ активное оперативное вмѣшательство. *Schroeder, Winckel, Olshausen, Хазанъ*, на основаніи патологическихъ и клиническихъ данныхъ, утверждаютъ совершенно противное и вѣрятъ въ полное выздоровленіе при самопроизвольномъ выкидышѣ, почему и ограничиваются выжидательнымъ лѣченіемъ.

Въ началѣ статьи авторъ предпосылаетъ слѣдующія соображенія: при лѣченіи выкидышей мы располагаемъ такимъ количествомъ различныхъ средствъ фармакологическихъ и оперативныхъ, что иногда трудно разобраться въ нихъ и рѣшить, которое изъ нихъ въ томъ или другомъ случаѣ болѣе дѣлесообразно; въ особенности, если принять во вниманіе, что зачастую приходится наталкиваться на случаи начинающагося несвоевременнаго прекращенія беременности, крайне затруднительные въ діагностическомъ и прогностическомъ отношеніяхъ. При кровотеченіи, боляхъ, даже значительно открытомъ зѣвѣ, мы не въ состояніи констатировать степень нарушенія анатомической связи плоднаго яйца съ организмомъ матери. О состояніи же самаго плода, какъ и о угрожающихъ беременности этиологическихъ моментахъ, еще труднѣе составить себѣ какое нибудь представленіе.

Нерѣдко мы лишены возможности отчетливо дифференцировать начинающійся выкидышъ отъ временнаго отклоненія въ теченіи нормальной беременности и поэтому часто возникаетъ неувѣренность въ составленіи плана дѣйствій и въ рѣшеніи вопроса: слѣдуетъ ли въ данномъ случаѣ, опасаясь кровотечения и крайняго упадка силъ больной, приступать къ немедленному выдѣленію яйца, или же ограничиться только выжиданіемъ. Подоб-

наго рода, въ діагностическомъ и прогностическомъ отношеніяхъ, крайне сомнительные случаи выкидышей (*abortus imminens*) встрѣчаются довольно часто, по крайней мѣрѣ, на 250 случаевъ выкидышей, наблюдавшихся авторомъ въ теченіи послѣднихъ 6-ти лѣтъ, встрѣтилось 104, т. е. 41,01%. Изъ этихъ 104 больныхъ едва у трехъ беременность продлилась до ея естественнаго окончанія безъ ущерба для здоровья матери и плода. Откинувъ изъ этого числа еще 17 заносовъ, остается 84 случая, въ которыхъ сохранить беременность не было возможности *).

Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ отсутствуютъ какіе либо положительные свѣденія о состояніи плода, авторъ придерживается мнѣнія *Schroeder*'а, что въ таковыхъ слѣдуетъ поступать такъ, какъ будто бы мы были увѣрены въ жизни плода, и, цитируя *Winkel*'а, высказывается за выжидательный способъ лѣченія. Затѣмъ, критически разбирая и оцѣнивая какъ прежніе, такъ и современные методы лѣченія авторовъ, въ особенности возстаётъ противъ правила, предписывающаго оставлять больную неподвижно въ кровати на неопредѣленное время. Онъ называетъ это правило варварскимъ, такъ какъ долговременнымъ опытомъ убѣдился, что, не принося никакой пользы больной, долговременное лежаніе лишаетъ аппетита, сна, что влечетъ за собою общій упадокъ силъ и питанія. Резкія боли заставляютъ больную лежать безъ всякаго принужденія, при незначительныхъ же кровотеченіяхъ, больные въ большинствѣ случаевъ неохотно слѣдуютъ совѣту врача хранить продолжительное спокойствіе и тайкомъ, не только разгуливаютъ, но и выходятъ на улицу, а одна изъ больныхъ автора предприняла даже 32 часовое путешествіе по желѣзной дорогѣ и вернувшись домой абортировала. Въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, автору, настойчиво заставлявшему больныхъ лежать въ кровати, не удалось сохранить ни одной беременности, причемъ процессъ изверженія плода силами природы затягивался чрезвычайно долго. Путемъ послѣдовательнаго наблюденія авторъ пришелъ къ убѣжденію, что въ большемъ числѣ случаевъ умѣренные движенія у себя дома, разумѣется въ извѣстныхъ предѣлахъ, въ 1-хъ, не усиливаютъ кровотеченія, во 2-хъ, предохраняютъ отъ разстройства и упадка питанія и въ 3-хъ дѣйствуютъ весьма благотворно на психику больной, что крайне важно.

*) Объ исходѣ остальныхъ 146 изъ 250, наблюдавшихся имъ случаевъ выкидышей, авторъ во всей своей статьѣ вовсе не упоминаетъ. (Рефер).

Въ числѣ мѣръ предупреждающихъ выкидышъ, и облегчающихъ его теченіе, если таковой начался, авторъ ставитъ на главный планъ урегулированіе кишечныхъ отравленій, которыя нерѣдко бываютъ нарушены въ беременности и во время выкидыша. Въ числѣ средствъ, дѣйствующихъ успокоительно на матку, помимо опиатовъ, продолжительное примѣненіе которыхъ вредно отзывается на организмъ больной, авторъ чрезвычайно хвалитъ асафетиду, вновь предложенную итальянскими акушерами. Въ формѣ суппозиторій *per rectum*, *Asa foetida* быстро устраняетъ судорожные, болѣзненные сокращенія матки. Въ принципѣ соглашаясь съ мнѣніемъ *Schroeder'a*, авторъ считаетъ продолжительные, но не обильные кровотечения, сопровождающіе выкидышъ не только что не опасными ни для здоровья, ни для жизни абортирующей, но до извѣстной степени, полезными, такъ какъ послѣ нихъ плодное яйцо выдѣляется обыкновенно въ цѣлости, если можно такъ выразится, болѣе нормально, чѣмъ при активномъ вмѣшательствѣ. По этому при подобныхъ кровотеченияхъ, авторъ заботится лишь объ усиленномъ питаніи больной. Тѣмъ не мѣнее, авторъ далекъ отъ мысли искать спасенія для больной въ упадкѣ дѣятельности сердца и обморокахъ ея, при которыхъ кровотеченіе само собою пріостанавливается,—нѣтъ, въ случаяхъ угрожающаго кровотеченія, онъ рекомендуетъ дѣятельное участіе, но при этомъ безусловно отвергаетъ всякіе попытки къ оперативному удаленію яйца изъ полости матки. Основаніемъ къ подобному мнѣнію служатъ слѣдующіе данные: въ частной, да еще въ сельской практикѣ, не говоря уже объ отсутствіи асептики и помощниковъ, врачъ не можетъ быть въ томъ увѣренъ, что онъ, оперируя при сказанныхъ условіяхъ, опорожнитъ на чисто всю полость матки отъ ея содержимаго. Неудачные же попытки къ извлеченію яйца изъ матки, оканчивающіеся оставленіемъ его частей въ полости, ухудшаютъ во всѣхъ отношеніяхъ состояніе больной. Поэтому авторъ при сильныхъ кровотеченияхъ держится симптоматическаго лѣченія, ограничиваясь тампонаціей рукава лентами іодоформенной марли по способу *Хазана* и при открытомъ зѣвѣ употребленіемъ спорынья. При подобномъ лѣченіи онъ достигалъ, за весьма малыми исключеніями, удачныхъ результатовъ. Авторъ признаетъ за тампономъ только кровоостанавливающее дѣйствіе, но ни въ какомъ случаѣ не смотритъ на него какъ на средство способствующее, или ускоряющее выкидышъ, поэтому при слабыхъ кровопотеряхъ, авторъ считаетъ тампонаду положительно безцѣльной, даже вредною. Въ теченіи

последнихъ трехъ лѣтъ, прибѣгая къ тампонаціи, авторъ ни разу не наблюдалъ вторичнаго кровотеченія, при чемъ безкровное теченіе выкидышей служило доказательствомъ того, что усилія матки къ изверженію содержимаго, отличаясь замѣчательной систематичностью, ни мало не уклонялись отъ фізіологической нормы акта родовъ.

Если тампонъ не слишкомъ объемистъ и не производитъ чрезмернаго давленія на окружающіе ткани и маточные придатки, явленія раздраженія и боли отсутствовали вовсе. Судорожные боли тоже не наблюдались. Нарушеніе цѣлости спайки яйца съ маткою и образованіе въ сосудахъ пробокъ шло исподволь, затѣмъ слѣдовало нѣсколько энергичныхъ, болѣзненныхъ сокращеній, которыя и выталкивали плодное яйцо цѣликомъ наружу. Если случайно послѣдній актъ совершится въ присутствіи врача, то легкимъ давленіемъ на сокращающуюся матку черезъ покровы живота можно способствовать ускоренію процесса выдѣленія. Обыкновенно же приходится находить яйцо лежащимъ въ рукавѣ, или вытолкнутымъ совсѣмъ наружу и съ тампономъ вмѣстѣ. Чѣмъ позднѣе періодъ беременности, тѣмъ теченіе выкидыша благопріятнѣе, плодное яйцо извергается пѣликомъ. До 3 мѣсяца беременности, или до окончательнаго сращенія *deciduae verae* съ *dec. reflexae*, остающіеся въ полости послуты *verae* служатъ нерѣдко причиною повторныхъ кровотеченій и недостаточнаго обратнаго развитія матки. Въ запущенныхъ случаяхъ авторъ признаетъ выскабливаніе острой ложкой безусловно необходимымъ. Въ свѣжихъ случаяхъ довольствуется тампонаціей полости матки по *Dührssen* у, вмѣстѣ съ назначеніемъ препаратовъ спорыньи внутрь.

Авторъ ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ ни разу не наблюдалъ септического зараженія, причѣмъ изъ 16 лихорадящихъ у 14 причиною повышенія температуры были кишечные завалы, съ устраненіемъ коихъ температура постепенно понизилась до нормы. Въ 2 остальныхъ случаяхъ въ крови были найдены *plasmodii malariae*. Поступая шаблонно, изъ числа 16 лихорадящихъ, у 11 авторомъ совершена была операція выскабливанія, чѣмъ однако желаемое немедленное исчезновеніе лихорадки достигнуто не было, такъ какъ оказалось, что причиною повышенія температуры была не матка и не содержимое въ оной, а переполненный кишечникъ.

Хотя малочисленность наблюденій и не можетъ имѣть рѣшающаго значенія въ пользу выжидательнаго метода лѣченія послѣдовательной лихорадки у выкинувшихъ, но все таки, авторъ, на основаніи 16 указанныхъ наблюденій полагаетъ, что безъ установки

этіологическихъ моментовъ, обусловливающихъ лихорадку, не слѣдуетъ немедленно приступать къ операціи выскабливанія ради только лихорадки.

Въ заключеніе, авторъ упоминаетъ объ одномъ, часто съ успѣхомъ примѣняемомъ имъ, весьма дѣйствительномъ и крайне удобопримѣнимомъ въ частной практикѣ средствѣ отъ угрожающихъ послѣдствій остраго малокровія, встрѣчающагося столь часто во время выкидышей, потери сознанія, пульса, etc., а именно: вливаніе въ прямую кишку раствора одной чайной ложки кухонной соли въ одномъ литрѣ воды.

Б. Полонскій.