

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

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

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 ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ VIII.

МАРТЪ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

МАРТЪ 1894, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Изъ Гинекологическаго Отдѣленія проф. Отта
въ Клиническомъ Институтѣ Великой Кня-
гини Елены Павловны.

Объ вопросу объ асептическомъ методѣ при
операцияхъ.

В. В. Строганова.

Въ послѣднее время взамѣтъ антисептическаго метода при операцияхъ въ незараженныхъ тканяхъ всё чаще и чаще примѣняются методы стерилизаціонный и асептической. Въ отдѣленіи проф. *Отта*, въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, послѣдніе методы примѣняются уже нѣсколько лѣтъ, и въ общемъ замѣчается болѣе благоприятное теченіе послѣоперационнаго періода, болѣе частое полученіе *primae intentionis* ранъ—этого идеала хирурговъ, какъ при большихъ, такъ въ особенности при пластическихъ операцияхъ.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію результатовъ моихъ изслѣдованій, я останавлиюсь на выясненіи, что я разумѣю подъ этими методами.

Стерилизаціонный методъ требуетъ предварительнаго примѣненія ряда дезинфицирующихъ пріемовъ, имѣющихъ цѣлью

привести въ обезпложенное состояніе не только окружность раны, но и всего что съ нею можетъ находиться въ соприкосновеніи. При этомъ предполагается, что нормальныя ткани не имѣютъ микробовъ подъ эпителиальнымъ покровомъ. Вслѣдствіе этого съ момента разрѣза устраняются всѣ дезинфицирующія вещества, которые признаются вредно дѣйствующими на жизненность тканей и способность ихъ къ самозащитѣ, а съ поверхностью раны и внутреннихъ органовъ приходятъ въ соприкосновеніе лишь стерильные предметы.

Достиженіе такого состоянія въ идеальномъ смыслѣ представляется крайне труднымъ и даже почти невозможнымъ. Если стерилизація твердыхъ вещей и даже жидкостей можетъ быть достигнута, то стерильное состояніе воздуха—этого крайне легко движущагося вещества—можетъ быть достигнуто лишь на короткое время. Въ самомъ дѣлѣ, выдѣливъ бактерій изъ воздуха въ извѣстной комнатѣ, мы достигаемъ стерильнаго состоянія его лишь при условіи герметическаго закупориванія ея, а такъ какъ это представляется невозможнымъ, то и получается новое загрязненіе воздуха черезъ щели въ окнахъ, дверяхъ, полѣ и потолкѣ. Каждый человѣкъ носитъ вокругъ себя атмосферу микробовъ и съ приходомъ его въ стерильную комнату послѣдняя уже дѣлается содержащей микроорганизмы. Это загрязненіе воздуха въ особенности должно быть велико, напр., при большой аудиторіи.

Для стерилизаціи воздуха примѣняется главнымъ образомъ механическій принципъ осажденія микробовъ изъ воздуха мелкими частицами воды, получаемыми или пульверизаціей или же наполненіемъ комнаты паромъ до насыщенія, до образованія тумана, который осаждаясь на полъ, увлекаетъ за собою всѣ бактеріи, находящіяся въ воздухѣ, какъ это практикуется въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, въ Александровской общинѣ сестеръ милосердія, Обуховской больницѣ и т. д.

Въ Кіевскомъ Университетѣ для стерилизаціи воздуха примѣняется тотъ же механическій принципъ, лишь съ тою разницей, что мелкая водяная пыль получается отъ паденія струи воды на подставленное препятствіе. О стерилизаціи другихъ предметовъ говорить не буду, какъ о предметѣ общеизвѣстномъ.

При такъ называемомъ асептическомъ методѣ не стремятся достигнуть стерилизаціи. Устраняють лишь септическія начала и ставятъ больного въ условія наибольшей чистоты и опрятности въ обыденномъ смыслѣ этого слова. Очевидно, при такомъ способѣ много микробовъ остается жизнеспособными и нельзя даже безусловно исключить случайнаго присутствія септическихъ началъ; тѣмъ не менѣе и при такихъ условіяхъ въ хирургической практикѣ теченіе послѣоперационнаго періода представляется вполне благопріятнымъ.

Не менѣе интересными представляются результаты примѣненія асептического метода при родахъ. На роженицу смотрятъ въ настоящее время какъ на хирургическую больную. Какъ извѣстно, во влагалищѣ женщины имѣется масса бактерий, а при заболѣваніяхъ тамъ зачастую встрѣчаются и патогенныя (что впрочемъ возможно, какъ исключеніе, и при нормальномъ состояніи). Тѣмъ не менѣе при родахъ веденныхъ по асептическому методу, не примѣняютъ никакихъ спринцеваній, и, слѣдовательно, не пытаются даже убить микроорганизмы полового канала. Не смотря на то результаты этого метода у многихъ авторовъ оказались болѣе благопріятными, чѣмъ съ примѣненіемъ дезинфицирующихъ спринцеваній. Очевидно, что присутствіе бактерий какъ таковыхъ не всегда мѣшаетъ нормальному заживленію многочисленныхъ ранъ, получающихся при нормальныхъ родахъ.

Теперь я перехожу къ описанію условій, при которыхъ были произведены мои изслѣдованія въ Гинекологическомъ Отдѣленіи Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны. Признавая принципиально-стерилизаціонный методъ за наиболѣе совершенный, мы направляли всѣ усилія къ его осуществленію. Инструменты кипятились въ содовомъ растворѣ въ аппаратѣ *Schimmelbusch*'а. Шелкъ повторно кипятился въ растворѣ сулемы, а передъ операціей въ обезпложенномъ растворѣ соли. Операционное поле и руки хирурга очищались по методу *Fürbringer*'а. Физиологическій растворъ соли троекратно кипятился въ особо-устроенномъ бакѣ (описанномъ мною во «Врачѣ» № 32, 1892 г.). Перевязочный матеріалъ, прилежавшій непосредственно къ ранѣ, стерилизовался нагреваніемъ до 150° въ теченіе $\frac{3}{4}$ —1 часа въ жестяной коробкѣ.

Для тампонацій же брюшной полости примѣнялась преимущественно марля, предварительно прокипяченная нѣсколько разъ.

Для тампонацій влагалища примѣнялась іодоформенная марля, а при опытахъ дезинфекціи влагалища иногда также и стерилизованная сухимъ жаромъ. Воздухъ операціонный очищался увлажненіемъ пола обыкновенной водой и пульверизаціей паровымъ пульверизаторомъ въ теченіе часа непосредственно передъ операціей, а въ послѣднее время наполненіемъ комнаты паромъ до образованія густаго тумана, который осѣдая увлекаетъ находящіеся въ воздухѣ частицы.

Теперь я перейду къ результатамъ бактериологическаго изслѣдованія. Остановлюсь на фактахъ наиболѣе интересныхъ.

Прежде всего объ изслѣдованіи воздуха во время операцій.

Выставляя чашки *Petri* во время операцій недалеко отъ больной, а иногда и въ различныхъ мѣстахъ операціонной комнаты, я всегда безъ исключенія могъ констатировать развитіе микробовъ въ количествѣ 20—100 и болѣе колоній, осѣвшихъ на каждую чашку въ періодъ времени отъ $\frac{1}{2}$ часа до 2-хъ часовъ. Обыкновенно я бралъ отъ 6 до 12 чашекъ съ поверхностью 20—36 квадр. сант., въ которыя разливалъ агаръ-агаръ и желатину. Количество колоній было тѣмъ больше, чѣмъ болѣе оставались чашки непокрытыми.

Провѣрка стерильности перевязочнаго матеріала лишь въ исключительныхъ случаяхъ давала развитіе бактерій, что могло быть объяснено случайнымъ загрязненіемъ во время опыта.

Наибольшій интересъ представляютъ изслѣдованія тампоновъ, вложенныхъ въ брюшную полость черезъ отверстіе брюшной раны; конецъ ихъ выводился обыкновенно черезъ задній зводъ влагалища или черезъ брюшную рану. Удаленіе ихъ производилось между 3 и 6 днемъ, когда и дѣлались прививки на желатину и агаръ-агаръ, а иногда и микроскопическіе препараты.

Всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ 13, въ числѣ которыхъ были hydronephrosis, кисты яичника и вѣматочная беременность. Въ 3-хъ случаяхъ надвлагалищныхъ ампутацій per laparatomiam съ цѣлью удаленія фиброміомъ матки было сдѣлано бактериологическое изслѣдованіе іодоформеннаго фитиля,

лежавшаго въ каналѣ оставшейся части матки и лишь небольшою поверхностью имѣвшаго соприкосновеніе съ брюшной полостью.

Во всѣхъ случаяхъ получалось развитіе микробовъ на питательныхъ средахъ, а зачастую они находились и на микроскопическихъ препаратахъ.

Должно прибавить, что случаи эти были завѣдомо асептичны и, слѣдовательно, брюшная полость ихъ была стерильна до операціи, что и было констатировано въ нѣкоторыхъ случаяхъ непосредственнымъ изслѣдованіемъ. Очевидно, развитіе бактерій въ тампонахъ произошло послѣ операціи.

Я считаю возможнымъ даже утверждать, что въ настоящее время при томъ уровнѣ знаній, которыми мы обладаемъ, мы и не въ состояніи обезпечить въ теченіе нѣсколькихъ дней стерильность влагалищныхъ тампоновъ, а слѣдовательно, и брюшныхъ, проведенныхъ концемъ во влагалище. Такого рода взглядъ я основываю на непосредственномъ изслѣдованіи. Занимаясь изученіемъ способовъ дезинфекціи полового канала, я изслѣдовалъ, какъ долго влагалище женщины остается стерильнымъ послѣ примѣненія практикуемаго въ Клиническомъ Институтѣ способа дезинфекціи полового канала. Этотъ способъ, какъ это было мною уже раньше описано, состоитъ въ вытираніи влагалищ двумя омыленными пальцами подъ непрерывнымъ орошеніемъ раствора сулемы 1:2000. Оказалось, что влагалище остается стерильнымъ 17 часовъ. *Döderlein* и *Steffeck* при своемъ способѣ получили стерильность на меньшій срокъ. Чтобы устранить вліяніе матки, полость которой я не дезинфицировалъ, были сдѣланы тѣ же опыты на женщинахъ съ вырѣзанной маткой. Оказалось, что и у нихъ стерильность получалась приблизительно на тотъ же срокъ. Слѣдовательно, тампоны, конецъ которыхъ выведенъ во влагалище, по истеченіи этого срока должны терять свою стерильность, что и подтверждается вышеописанными наблюденіями.

А между тѣмъ послѣоперационное теченіе больныхъ идетъ вполне благопріятно. Укажу для примѣра на влагалищныя экстирпаціи всей матки (въ Клиническомъ Институтѣ ихъ сдѣлано около 70 съ 0% смертности и почти всегда съ гладкимъ теченіемъ), при чемъ нѣсколькими тампонами выполняется все ра-

ненное пространство и влагалище. Обыкновенно самый глубокий тампонъ извлекается на 9—10 сутки и лишь поверхностные смѣняются въ первые дни, смотря по насыщенію ихъ отдѣляемымъ раны и влагалища.

Эти наблюденія представляютъ, по моему мнѣнію, значительный интересъ. Оказывается, что при стерилизаціонномъ методѣ въ ранѣ и тампонахъ также можно найти микроорганизмы, какъ и при примѣненіи способа *Lister'a*. Извѣстно вѣдь, что *Lister* первоначально былъ убѣжденъ въ полномъ отсутствіи микробовъ подъ его повязкой и только послѣдующія наблюденія доказали неосновательность этого заключенія. Теперь тоже самое приходится констатировать и относительно стерилизаціоннаго метода. Очевидно, этотъ методъ приноситъ пользу не абсолютнымъ уничтоженіемъ бактерій, а лишь относительнымъ.

Кромѣ того, при асептическомъ способѣ завѣдомо неубиваютъ всѣхъ бактерій, а при асептическомъ веденіи родовъ безчисленное множество бактерій находится во влагалищѣ. Тѣмъ не менѣе результаты и при этихъ условіяхъ получаются блестящіе. Очевидно, кромѣ присутствія бактерій нужны еще какія-то благоприятныя условія, способствующія ихъ размноженію. Если силы самозащиты одолѣваютъ болѣе слабаго микроба, человѣкъ остается здоровъ, если микробъ побѣждаетъ, человѣкъ заболѣваетъ. Однимъ словомъ, должно принимать во вниманіе и другой важный факторъ, силы самозащиты организма, на что только въ послѣднее время стали обращать особенное вниманіе. Въ этомъ направленіи открываются все новые и новые факты. Въ послѣднее время мнѣ удалось доказать, что слизь шейки матки дѣйствуетъ убивающимъ образомъ на патогенныя бактеріи, что мѣсячныя крови и, вѣроятно, послѣродовыя отдѣленія способствуютъ обезпложенному состоянію шейки матки, даже въ области наружнаго зѣва. Кромѣ того, при введеніи гноероднаго стафилококка въ рукавъ кроликовъ, было замѣчено мною быстрое исчезновеніе ихъ изъ нея—уже на 2-й день развились лишь единичныя колоніи, въ то время какъ тотчасъ по введеніи развивались сотни колоній на питательныхъ средахъ.

Относительно же влагалища женщинъ выяснено, что тамъ преобладающей формой микробовъ является палочка, обладаю-

щая способностью убивать патогенныя бактеріи. *Döderlein* ¹⁾ вводилъ патогенныхъ микробовъ во влагалище женщинъ и замѣчалъ быстрое исчезновеніе ихъ изъ него. (*Strauss* и *Sau-chez Toledo* ²⁾ вводили палочки сибирской язвы, гнилостные вибрионы и золотистый гноеродный гроздевикъ въ матку только что родившихся свинокъ, кроликовъ, мышей и крысъ не получая при этомъ никакого заболѣванія). Очевидно, и здѣсь имѣются новые факторы самозащиты организма.

Рядъ фактовъ и соображеній приводитъ къ мысли, что въ этомъ направленіи дѣйствуетъ вышеуказанная влагалищная палочка. Это положеніе нисколько не противорѣчитъ современнымъ научнымъ даннымъ.

Существованіе антагонизма и симбіоза между бактеріями доказано рядомъ бактеріологическихъ наблюденій.

Разсматривая съ этой точки зрѣнія стерилизаціонный и асептический методы, мы можемъ получить новыя данныя, разъясняющія факты, до сихъ поръ бывшіе необъяснимыми.

При первомъ способѣ убиваются всѣ бактеріи на рукахъ, перевязочномъ матеріалѣ и пр., и поступленіе бактерій въ рану и повязку происходитъ почти исключительно изъ воздуха, который по всѣмъ наблюденіямъ содержитъ лишь какъ рѣдкую примѣсь патогенныхъ бактерій, громадное же большинство микробовъ въ немъ принадлежитъ къ непатогеннымъ формамъ.

При асептическомъ методѣ прибавляется еще новый источникъ для введенія бактеріи. Это нестерилизованная вода, но и послѣдняя въ хорошемъ состояніи содержитъ преобладающимъ образомъ непатогенныхъ микробовъ и лишь какъ исключеніе патогенныя формы.

Такимъ образомъ въ раны поступаютъ лишь непатогенныя бактеріи, и лишь иногда въ ничтожномъ количествѣ патогенныя. Это подтверждается и непосредственнымъ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ, показывающимъ, что въ ранахъ асептически лѣченныхъ имѣются главнымъ образомъ непатогенныя и лишь изрѣдка патогенныя бактеріи. А между тѣмъ послѣ-операционный періодъ протекаетъ вполне благопріятно. Если

¹⁾ *Döderlein*. Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig, 1892 г.

²⁾ *La France medicale*, 5 мая 88 г.

мы вспомнимъ теперь, что при асептическомъ веденіи родовъ получаютъ также блестящіе результаты и, что во влагалищѣ женщины найдена бацила, убивающая патогенныхъ микробовъ, то невольно является мысль, не существуютъ ли подобныя же отношенія и при асептически веденныхъ хирургическихъ операціяхъ, не находятся ли въ ранѣ и повязкѣ бактеріи антагонисты патогенныхъ. Исслѣдованія въ этомъ направленіи почти не производились, но они въ высокой степени желательны.

Переходя къ оцѣнкѣ этихъ двухъ методовъ, приходится отмѣтить, что результаты получаютъ почти одинаково блестящіе какъ при томъ, такъ и при другомъ методѣ (сравни: *Феноменовъ, Lawson Tait, Bantock, Peinz, Terrier* и *Нейбергъ*). А между тѣмъ какъ примѣненіе стерилизаціоннаго метода возможно лишь при большой затратѣ матерьяльныхъ средствъ, асептическій можетъ быть примѣненъ въ самыхъ дальнихъ углахъ нашего обширнаго отечества. Такимъ образомъ, практическое значеніе послѣдняго метода несравненно выше перваго, между тѣмъ какъ съ научной точки зрѣнія въ оцѣнкѣ того и другого методовъ послѣднее слово еще далеко не сказано.

Блещащіе результаты примѣненія асептического метода при родахъ, причина которыхъ начинаетъ нѣсколько выясняться для насъ, склоняють къ мысли искать подобнаго же объясненія успѣха отъ того же метода и при хирургическихъ операціяхъ.

Можетъ быть со временемъ мы сознательно будемъ вносить извѣстные виды микробовъ въ наши повязки какъ охранители отъ патогенныхъ микробовъ и, слѣдовательно, отъ заболѣванія ранъ.

Кончаю сообщеніе слѣдующими положеніями:

- 1) Асептическій методъ можетъ успѣшно конкурировать съ стерилизаціоннымъ.
- 2) Тампоны брюшной полости не могутъ быть стерильными въ теченіи нѣсколькихъ дней.
- 3) Въ высокой степени желательны бактеріологическія исслѣдованія асептического метода.
- 4) Изученіе бактерій антагонистовъ патогенныхъ должно способствовать дальнѣйшимъ успѣхамъ хирургіи.

II.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

Uterus duplex bicornis cum vagina subsepta infra simplici или uterus didelphys cum vagina subsepta infra simplici?

Г. П. Сережникова.

Различныя уродства, встрѣчающіяся въ области женскихъ половыхъ органовъ, представляютъ для насъ интересъ не только какъ уклоненія отъ законовъ, по которымъ развиваются формы отдѣльныхъ существъ, но и по тѣмъ функціональнымъ особенностямъ, которыя находятся въ полной зависимости отъ свойства, мѣстоположенія и степени развитія имѣющагося порока. Они интересны для практическаго врача и въ томъ отношеніи, что развившіяся вслѣдствіе ихъ болѣзненныя явленія и функціональныя уклоненія требуютъ особенной индивидуальной терапіи, основанной на всестороннемъ изученіи даннаго порока. Развившіяся болѣзни на почвѣ порочно-развитаго органа требуютъ осторожнаго примѣненія обычной терапіи. Наконецъ, въ діагностическомъ отношеніи они представляютъ иногда такіа затрудненія, которыя не всегда даже рѣшаются съ положительностію на секціонномъ столѣ. Такъ, «препаратъ, признанный проф. Горвицемъ и д-ромъ Кубасовымъ ¹⁾ за uterus didelphys, не былъ признанъ таковымъ въ Обществѣ русскихъ врачей; проф. Schröder ²⁾ точно также утверждаетъ, что случай д-ра

¹⁾ Мед. Вѣстн., 1882 г., № 15 и сл.

²⁾ Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 1884 г., 6 изд., стр. 39.

Кубасова, очевидно, былъ неправильно истолкованъ, такъ какъ правая расширенная труба была сочтена за второй родовой каналъ. *Dirner* ¹⁾ же, наоборотъ, присоединяется къ мѣтнѣю проф. *Горвица* и д-ра *Кубасова* ²⁾».

Въ виду этого я позволю себѣ описать случай двойной матки, и влагалища, находившійся подѣ моимъ наблюденіемъ въ гинекологическомъ отдѣленіи Повивальнаго Института, не высказываясь опредѣленно за ту или другую форму уродства, такъ какъ граница между ними и въ наукѣ проведена лишь условно.

Крестьянка Е. И., 24 лѣтъ, средняго роста и сложенія; подкожно-жировый слой развитъ хорошо, кости толще обыкновеннаго, видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Въ дѣтствѣ страдала золотухой и рахитомъ, перенесла натуральную оспу и росла вообще слабой дѣвочкой. Первые мѣсячныя пришли на 17 году и типъ ихъ установился чрезъ полгода: носила по 4 дня, въ небольшомъ количествѣ, безъ боли, по лѣтамъ чрезъ 24 дня, по зимамъ чрезъ 32. Замужъ вышла на 22 году; сношенія были болѣзненны только въ первую недѣлю, а затѣмъ больная относилась къ нимъ совершенно индифферентно. Перемѣнъ въ менструальной функціи не было. На третьемъ году замужества забеременѣла, но беременность прервалась въ началѣ четвертаго мѣсяца—выкидышемъ отъ неизвѣстной причины. (Послѣднія мѣсячныя были 25/ix 92 года, выкидышъ 1/i 93 г.). Сначала появились небольшія боли внизу живота, а затѣмъ показалась кровь. Боли и кровотечения продолжались пѣлую недѣлю, при чемъ крови отлѣблялось довольно много, со сгустками, боли носили характеръ схваткообразный. 1 января 1893 г., послѣ стула, больная увидѣла среди сгустковъ крови маленькій плодъ, полъ котораго, по словамъ ея, нельзя было опредѣлить. Съ выходомъ плода боли измѣнили характеръ: стали болѣть низъ живота постоянно, особенно слѣва; отдѣленіе крови уменьшилось, но не прекращалось въ теченіе шести недѣль, присоединились бѣли. Больная, оставаясь все время на ногахъ и исполняя обязанности одной прислуги, ослабѣла и обратилась за помощію въ Повивальный Институтъ. При изслѣдованіи найдено слѣдующее: грудныя железы и соски развиты достаточно; *mons veneris* и большія губы развиты хорошо и покрыты волосами; входъ во влагалище, при умѣренномъ разведеніи бедеръ, закрытъ, малыя губы не видны. При осмотрѣ входа во влагалище оказывается, что малыя губы и похотникъ развиты меньше средняго, мочеиспускательное отверстие нормально, дѣвственная плева кольцеобразно окружаетъ входъ во влагалище, съ нѣсколькими разрывами; тотчасъ за нею находится продольная, мясистая, съ поперечными складками перегородка, оканчивающаяся серповиднымъ краемъ; передній край перегородки начинается непосредственно за дѣвственной плевой,

¹⁾ Archiv für Gynaekologie, т. XXII, 1884 г., стр. 463.

²⁾ Цитирую по *Личкусу*, Врачъ, 1885 г., стр. 420.

здравій переходитъ въ небольшой гребешокъ, направляющійся къзади и вправо къ дѣвственной плевѣ, съ которой и сливается. Перегородка достигаетъ свода, на всемъ протяженіи сплошная, расположена немного вправо отъ средней линіи и дѣлитъ влагалище на двѣ неровныя половинны: лѣвую большую, пропускающую безъ особеннаго насилія два пальца, и правую меньшую, пропускающую только одинъ, но свободно. Оба влагалища короче нормальнаго, длина ихъ отъ входа ровна приблизительно 6 смт. Въ каждомъ влагалищѣ находится по шейкѣ матки съ овальнымъ дѣвственнымъ зѣвомъ, лѣвая шейка, будучи вообще короче нормальной, длиннѣе и толще правой. Отверстія обоихъ зѣвовъ обращены немного къ перегородкѣ влагалища и правое больше обращено, чѣмъ лѣвое. Вслѣдствіе такихъ анатомическихъ особенностей свода представляются вообще мелкими и неравномѣрными. Въ каждомъ влагалищѣ наружный сводъ самый глубокий, внутренній самый мелкій и въ правомъ отдѣлѣ послѣдняго совсѣмъ нѣтъ. Отъ лѣвой шейки вверхъ и немного влѣво идетъ прямое, увеличенное, мягковатое, болѣзненное, неотчетливо контурируемое, съ ограниченою подвижностью; тѣло матки; отъ правой шейки вверхъ, значительно вправо и немного назадъ едва намѣчается путь небольшой и, по всей вѣроятности, съ тонкими недоразвитыми стѣнками матки. Въ правомъ сводѣ, немного къзади и ближе къ стѣнкамъ таза прощупывается слегка эластическая, болѣзненная опухоль, величиною въ небольшое куриное яйцо, опухоль почти неподвижна. Вѣроятно, мы имѣемъ дѣло здѣсь съ измѣненнымъ правымъ яичникомъ. Зондъ въ лѣвую матку проникаетъ на 8,5 смт., въ правую на 6 смт. При изслѣдованіи зондомъ лѣвой матки оказалось, что полость ея увеличена, слизистая оболочка рыхлая и легко кровоточитъ; цервикальный каналъ веретенообразно расширенъ. Слизистая оболочка правой матки здорова. Черезъ прямую кишку ясно опредѣляется бороздка, соотвѣтствующая мѣсту сліянія обѣихъ шеекъ, и уголъ расхожденія матокъ, находящійся на 1,5—2 смт. выше наружнаго зѣва. При тщательномъ зондированіи матокъ, которое, кстати сказать, сопряжено съ большими техническими трудностями, не удалось проникнуть зондомъ изъ полости одной—въ полость другой на въ верхнемъ, ни въ нижнемъ отдѣлѣ шеекъ. Очевидно, съ большой вѣроятностію надо думать, что между шейками нѣтъ непосредственнаго сообщенія и что онѣ раздѣлены между собою сплошной перегородкой, другими словами, полости матокъ являются совершенно изолированными одна отъ другой.

Больная оставалась подъ моимъ наблюденіемъ около шести недѣль и, кромѣ меня, ее видѣли проф. *А. И. Замшинъ* и многіе изъ товарищей, служащіе въ Повивальномъ Институтѣ. Послѣ выскабливанія лѣвой матки, произведеннаго проф. *Замшинымъ*, у больной пришли крови, которыя протекли совершенно нормально. Менструировала исключительно только лѣвая матка, въ этомъ я убѣдился вполне, изслѣдуя больную при помощи зеркала и вкладывая въ верхній отдѣлъ влагалища по небольшому шаріку ваты. Менструировала ли вообще пра-

вая матка, съ положительностію трудно сказать, такъ какъ больная вскорѣ послѣ менструаціи выписалась изъ заведенія.

Въ заключеніе не могу не отмѣтить, что мой случай представляетъ почти полную аналогію съ случаемъ *Л. Г. Личкуса*, описаннымъ имъ во «Врачѣ», за 1885 годъ ⁶⁾. Въ случаѣ *Личкуса* недоразвитой маткой была лѣвая, въ моемъ—правая.

⁶⁾ *Личкусъ*. „Врачъ“, 1885 г., стр. 420 и сл.

III.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

Къ казуистикѣ полныхъ разрывовъ матки во время акта родовъ.

С. Т. Виридарскаго.

Разрывы матки, являясь одними изъ самыхъ роковыхъ осложненій родового акта, представляютъ, по своей этиологii, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, еще и до сихъ поръ очень много темныхъ сторонъ. Классическія работы *Bandl'*я, составившія по мѣткому выраженію *Veit'a*, эпоху въ ученіи о разрывахъ матки, такъ тщательно обоснованы самимъ авторомъ и полны такихъ цѣнныхъ указаній для симптоматологii угрожающаго разрыва, что для всякаго практика-акушера, онѣ и по настоящее время являются путеводною нитью въ профилактикѣ этого опаснаго осложненія.

Bandl, какъ извѣстно, сводить все дѣло къ механическому растяженію нижняго отрѣзка матки вслѣдствіе пространственныхъ несоотвѣтствій между изгоняемымъ плодомъ и тазомъ. Когда это растяженіе доходитъ до своего maximum'a, ткань матки не выдерживаетъ и разрывается. Такимъ образомъ всѣ произвольные разрывы, по теоріи *Bandl'*я, должны происходить, или, по крайней мѣрѣ, начинаться въ нижнемъ сегментѣ матки, ниже контракціоннаго кольца, или, такъ называемаго, пояса *Bandl'*я. Не смотря на всю научность и практическую важность указаній *Bandl'*я въ случаяхъ угрожающаго разрыва, было все таки не мало случаевъ какъ до появленія его теоріи,

такъ и послѣ, которыхъ нельзя было безъ особенной натяжки подвести подъ его, такъ называемую, механическую теорію. Не говоря уже о бывающихъ, хотя правда и рѣдко, произвольныхъ разрывахъ въ днѣ матки (вообще выше контракціоннаго кольца) описанны случаи (*Hofmeier, Simpson*, въ послѣднее время *Вастенъ*), которые никоимъ образомъ не могли быть объяснены съ точки зрѣнія *Bandl'*я. Правда, еще до появленія работы *Bandl'*я, у акушеровъ того времени являлась мысль, что при разрывахъ матки должно непослѣдную роль играть извѣстное свойство самой маточной ткани. Такъ *Simpson* свой случай объясняетъ прямо жировымъ перерожденіемъ маточной мускулатуры на значительномъ протяженіи. Точно также, съ точки зрѣнія предрасположеніи маточной ткани, объясняли дѣло *Kivisch, Scanzoni*, отчасти *Schroeder* и другіе. Но всѣ попытки прежнихъ авторовъ объяснить нѣкоторые случаи разрывовъ матки съ точки зрѣнія перерожденій маточной паренхимы, не были подтверждены строго анатомическими данными. Только въ самое послѣднее время появившіяся работы какъ въ западно-европейской литературѣ (*Schultze*), такъ и у насъ ставятъ этотъ вопросъ на болѣе научную почву и подтверждаютъ его анатомогистологическими изслѣдованіями. (*Славянский, Дубенскій, Алексѣенко, Бекманъ, Биддеръ* и друг.).

Сообщаемый мною случай полного разрыва матки, бывшій недавно въ Повивальномъ Институтѣ, представляетъ, по моему мнѣнію, многосторонній интересъ какъ по демонстративности представляемаго препарата, такъ и потому, что въ числѣ этиологическихъ моментовъ можно отмѣтить не одинъ, а нѣсколько факторовъ.

Къ описанію этого случая я и перехожу:

11-го октября, въ 4 ч. 30 м. пополудни, доставлена въ Повивальный Институтъ солдатка, Марфа Егорова, замужняя, 33 лѣтъ отъ роду, при слѣдующихъ явленіяхъ: больная настолько слаба, что идти сама не можетъ и снесена съ извозчика на рукахъ. Очень апатична, хотя на вопросы отвѣчаетъ еще сознательно. Местр. начала носить на 20 году жизни. Приходили черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 7 дней, обильны, болѣзненны. Рожае 12 разъ. Первые роды 11 лѣтъ тому назадъ, а затѣмъ каждый годъ. Всѣ роды довольно трудны. Двое послѣднихъ родовъ окончены щипцами. Послѣ родовъ часто хворала лихорадкой, ознобами и въ особенности послѣ послѣднихъ родовъ (встала на 21-й день). Настоящую беременность считаетъ со 2-го января (около 40 нед.). Беременность протекала правильно. Роды продолжаются уже 33 часа и воды

прошли за 2 часа до поступления въ Институтъ. По разсказу больной, дома ей оказывала пособіе простая повитуха и давала внутрь какія-то темныя капли, затѣмъ она была доставлена въ одинъ изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ, откуда въ виду отчаяннаго состоянія препровождена въ Повивальный Институтъ. При объективномъ изслѣдованіи больной найдено слѣдующее: т^о тѣла ниже нормы (36,2°), пульсъ неправильный, слабый, значительно учащенный (92). Животъ сильно вздутъ и чувствителенъ при малѣйшемъ прикосновеніи. Vulva сильно отечна, introitus vaginae насыщенно-краснаго цвѣта съ ссадинами на многихъ мѣстахъ, покрытыми сѣроватаго цвѣта гангренозными налетами. Изъ влагалища выдѣляется грязная съ запахомъ жидкость. Тазъ роженицы по своему устройству представляетъ нѣкоторые своеобразныя особенности (измѣреніе очень тщательно произведено д-ромъ Димантомъ на костномъ тазу уже умершей и потому ниже приводимъ размѣры костнаго таза). Размѣры слѣдующіе: Dist. crist. = 29,5, Dist. spin. 24,6, Conjug. extern. 18,5, Conjug. diag. 12,1, Conjug. anatom. 10,4, Conjug. obstetr. 9,5. Окружность входа малаго таза = 43,6. Поперечный входа 14. Расстояніе между сѣдалищными остями = 10,6, расстояніе между буграми = 10,5. Прямые размѣры:—прямой входа (акушерская Conjug. = 9,5). Прямой полости 10,5 и прямой узкости = 11,6. Пресмотрѣвъ указанныя размѣры таза—прежде всего бросается въ глаза: во 1) тазъ по характеру представляется безусловно плоскимъ и во 2) прямые размѣры таза не только уменьшены, но имѣютъ извѣстную непропорціональность. Обыкновенно самый большой прямой размѣръ есть прямой размѣръ широкой части полости малаго таза; въ данномъ случаѣ онъ меньше прямого размѣра узкости (10,5—11,6). Такое несоотвѣтствіе между прямыми размѣрами объясняется анатомическимъ строеніемъ внутреннихъ стѣнокъ малаго таза, а именно, на задней стѣнкѣ симфиза имѣется продольное валикообразное возвышеніе (въ видѣ гребня). Ощупывая пальцемъ этотъ гребешокъ, можно замѣтить, что онъ состоитъ изъ 3-хъ костныхъ бугорковъ, расположенныхъ по средней линіи симфиза. Наиболѣе выдающийся изъ нихъ—средній. На задней стѣнкѣ малаго таза, а именно, на задней поверхности крестца замѣчаются костные бугры въ 2 мѣстахъ: въ мѣстѣ соединенія 2-го и 3-го крестцовогаго позвонка и 3-го съ 4 мѣ. Въ особенности рѣзко выступаетъ первый костный бугоръ, производя при первомъ взглядѣ впечатлѣніе такъ называемаго ложнаго мяса. Эти костныя образованія передней и задней стѣнки полости малаго таза и являются главными факторами, уменьшающими до значительныхъ размѣровъ прямой размѣръ полости (10,5). Такимъ образомъ таъ, вмѣсто того, чтобы расширяться въ своихъ прямыхъ размѣрахъ по направленію къ выходу, представляется расширеннымъ только въ самомъ выходѣ. Такое строеніе таза легко объясняетъ поперечное стояніе головки, которое наблюдалось въ данномъ случаѣ.

Въ полости живота, надъ лоннымъ соединеніемъ, вмѣсто контуровъ нормальной беременной матки, опредѣляется тѣло съ своеобразными очертаніями. Оно имѣетъ неправильно сферическую форму, при чемъ въ верхнемъ его отдѣлѣ, какъ бы въ видѣ самостоятельнаго придатка констатируется болѣе плотное образованіе, по консистенціи и формѣ напоминающее родившую, опорожненную и хорошо сокращенную матку.

Скватокъ нѣтъ. Сердцебіеніе плода нигдѣ не выслушивается. При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: предлежитъ головка, которая стоитъ довольно низко въ полости малого таза; на головкѣ огромная родовая опухоль, мѣшающая—болѣе тщательному опредѣленію положенія головки; все таки по концамъ стрѣловиднаго шва можно установить, что головка стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ; края зѣва не прощупываются.

На основаніи указанныхъ явленій—ясно было, что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ разрывомъ матки, происшедшимъ во время родовъ съ выходомъ, повидимому, частей плода въ полость живота. Кромѣ разрыва матки рѣзкая картина гнилостнаго зараженія въ видѣ *colpitis gangrenosa, endometritis et peritonitis septica universalis* были выражены вполне характерно. Очевидно, съ родоразрѣшеніемъ нѣтъ было медлить и, такъ какъ головка стояла довольно низко, то и рѣшено было немедленно окончить роды щипцами.

Щипцы были наложены въ поперечномъ размѣрѣ таза и головка довольно легко родилась въ косомъ размѣрѣ выхода таза. Туловище извлечено вслѣдъ за головкой безъ особенныхъ затрудненій. Постѣдъ вышелъ черезъ 5" послѣ рожденія плода при легкомъ потягиваніи за пуповину. Кровотеченій непосредственно послѣ родовъ нѣтъ. Матка вслѣдъ за родоразрѣшеніемъ опредѣляется хорошо сокращенной. Высота стоянія ея надъ лоннымъ соединеніемъ=14 сант. Извлеченный плодъ—мертвый мальчикъ большихъ размѣровъ. (Вѣсъ 4430 grm., длина 60 сант., окружность головки 38, окружность плечъ 37, груди 34. Размѣры головки 11,75—13,5—10. Размѣръ плеча 12). Всего роды продолжались 35' 30".

Черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ родовъ животъ такъ вздутъ, что прощупать что нибудь въ полости живота нѣтъ никакой возможности. Кромѣ того чувствительность живота очень рѣзкая; больная непрерывно стонетъ и съ трудомъ отвѣчаетъ на предлагаемые ей вопросы. Пульсъ частый, (такъ называемый абдоминальный). Дыханіе учащено, t^0 все остается ниже нормы. Черты лица больной сильно заострились, подъ глазами и на носу рѣзко выступаетъ ціанотичная окраска. Словомъ, картина общаго *peritonit'a* выступаетъ на столько рѣзко, что сразу бросается въ глаза. Больной назначено: внутрь опій, возбуждающія подъ кожу и ядъ на животъ. За ночь состояніе больной рѣзко ухудшилось, общая слабость увеличилась, явленія перитонита слабѣли еще рѣзче. Въ 3 часа дня, при явленіяхъ все увеличивавшейся слабости—больная тихо скончалась, не проживъ даже сутокъ послѣ родоразрѣшенія (22 час.) Вскрытіе, произведенное проф. *Н. И. Ивановскимъ*, подтвердило поставленный діагнозъ. При вскрытіи обнаружено: 1) Въ полости *pericardii* незначительное количество серозной жидкости. Жирно-перерожденное сердце увеличено въ діаметрѣ и покрыто на поверхности толстымъ слоемъ жира. Полость праваго желудочка увеличена, стѣнка его значительно истончена и состоитъ преимущественно изъ жировой ткани. Полость лѣваго—также увеличена; стѣнка нормальной толщины, мышцы умѣренной плотности, буро-краснаго цвѣта. Двухстворчатая заслонка порядочно утолщена на свободномъ краю; въ полостяхъ сердца содержится достаточное количество крови съ рыхлыми свертками. 2) Легкія, кромѣ явленія значительнаго отека,—ничего особеннаго не представляютъ. 3) Въ полости *peritonci* содержится большое количество

жидкой крови съ рыхлыми свертками, находящимися между сильно вздутыми кишечными петлями. Помимо этого перитонеум носить все признаки септического воспаления; на поверхности кишок и на стенках живота она представляется покрасневшей и местами покрытой желтоватыми налетами. 4) Матка 24 сант. длины, около 17 сант. ширины; наружная поверхность гладкая; серозная оболочка красноватого цвета, местами съ сфроватыми налетами. Толщина стѣнки въ тѣлѣ около 4 сант., въ шейкѣ около 2-хъ. Мускулатура блѣдна, умеренной плотности,—местами съ желтоватыми полосками (гнойное пропитывание). Полость матки объемиста, содержитъ рыхлые кровяные свертки; внутренняя поверхность представляетъ картину септического endometrit'a: она темно-краснаго цвѣта, бугриста; слизистая оболочка рыхла, въ разрывѣ по мѣстамъ грязно-сфроватаго цвѣта. Шейка матки около 12 сант. длины; на границѣ верхней трети съ средней—на передней ея, поверхности находится широкій разрывъ—проникающій всю толщю ея, имѣющій около 16 сант. длины и занимающій болѣе $\frac{2}{3}$ всей окружности; края его весьма неровны. Ткань шейки матки на мѣстѣ разрыва рыхла и отечна—вблизи самаго края пропитана кровью. Слизистая оболочка шейки бугриста, сфрожелтоватаго цвѣта съ такимъ же налетомъ. Слизистая оболочка влагалища блѣдна, за исключеніемъ ограниченного пространства на передней стѣнкѣ, гдѣ она темно-краснаго цвѣта и въ толщѣ ея въ этомъ мѣстѣ замѣчаются небольшіе крововизліянія. Кромѣ того, въ нижней части влагалища имѣются нѣсколько небольшихъ, поверхностныхъ изъязвленій, покрытыхъ сфроватымъ, маркимъ налетомъ. Наружные половые органы сильно отечны. Въ лѣвомъ яичникѣ имѣется истинное желтое тѣло, въ лѣсной орѣхъ величиной; въ околوماتочной клѣтчаткѣ картина parametrit'a. По направленію лимфатическихъ сосудовъ замѣчаются незначительныя желтоватыя полоски (lymphangoitis). Остальные органы брюшной полости не представляютъ существенныхъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе, къ сожалѣнію, сдѣлано на срѣзахъ, взятыхъ отъ препарата долго пролежавшаго въ спиртѣ. Жирового перерожденія и капель жира, чего можно было бы ожидать въ данномъ случаѣ, въ паренхимѣ матки не найдено. Въ срѣзахъ, взятыхъ изъ шейки, обнаружено значительное количество старой соединительной ткани. Въ другихъ же мѣстахъ, на всѣхъ срѣзахъ ясно замѣтно значительное разрастаніе молодой соединительной ткани. Въ срѣзахъ, взятыхъ вблизи отъ мѣста разрыва, картина нѣсколько затѣмняется присутствіемъ массы грануляціонныхъ элементовъ, но въ болѣе отдаленныхъ мѣстахъ и въ особенности въ мѣстахъ, взятыхъ изъ дна матки, замѣчаются значительныя прослойки обильно разросшейся соединительной ткани между мышечными элементами. Соединительная ткань молодая съ массой круглыхъ и веретенообразныхъ элементовъ.

На основаніи приведенной картины несомнѣнно, что мы имѣли дѣло съ хроническимъ интерстиціальнымъ метритомъ.

Все вышеизложенное въ достаточной мѣрѣ уясняетъ этиологію данного случая. Женщина рождаетъ 12 разъ. Роды повторяются каждый годъ.

Двое послѣднихъ родовъ окончены щипцами. Послѣ послѣднихъ родовъ происходитъ какое то серьезное послѣродовое заболѣваніе, отъ котораго больная оправляется только на 21 день. Отсюда уже понятна возможность серьезныхъ измѣненій въ маточной паренхимѣ.

Къ тому же прижитенныя явленія болѣзненной и обильной менструаціи даютъ нѣкоторую фактическую опору указанному предположенію. Посмертныя макроскопическія (плотность) и микроскопическія измѣненія даютъ этому предположенію болѣе реальную основу.

Не меньшую роль въ числѣ этиологическихъ моментовъ въ данномъ случаѣ — играетъ пространственная несоотвѣтственность между изгоняемымъ плодомъ и тазомъ, т. е. чрезмѣрное растяженіе нижняго отрѣзка матки въ смыслѣ теоріи *Bandl'*я. Роды для многородящей тянутся черезчуръ долго 35'30". Тазъ, какъ мы видѣли, не только суженъ въ своихъ прямыхъ размѣрахъ (и притомъ непропорціально), но еще имѣетъ аномаліи въ видѣ указанныхъ костныхъ наростовъ на своей передней и задней стѣнкахъ. Ребенокъ очень большихъ размѣровъ. Головка при своемъ поступательномъ движеніи встрѣчаетъ препятствіе не только во входѣ, но даже и въ полости (широкой ея части). Очевидно, поворотъ головки не могъ совершиться и вотъ, отчасти, объясненіе поперечнаго стоянія при сравнительно низкомъ положеніи. Изъ сказаннаго видно, что, повидимому, еще измѣненія маточной паренхимы не достигли слишкомъ большой величины, если головка въ своемъ поступательномъ движеніи, не смотря на указанныя аномаліи таза, могла продѣлать такой сравнительно большой и трудный путь, и въ этомъ случаѣ нужно только пожалѣть, что разумная помощь не подоспѣла во время.

Что касается болѣзненныхъ симптомовъ при жизни, то въ клиническомъ отношеніи онѣ были выражены такъ характерно, что оцѣнка ихъ затрудненій не представляла. Тоже самое слѣдуетъ признать и въ отношеніи клиническихъ показаній въ смыслѣ лѣченія больной: въ виду полного разгара септического процесса, успѣвашаго уже распространиться на весь организмъ, не оставалось никакой надежды на спасеніе больной, даже примѣняя наиболѣе энергичное оперативное вмѣшательство. По этому

пришлось позаботиться лишь о скорѣйшемъ родоразрѣшеніи, дабы не дать больной умереть не разрѣшившись.

Главный интересъ приведенный случай представляетъ несомнѣнно съ точки зрѣнія патолого-анатомической, что и побудило меня подѣлиться своими наблюденіями съ многоуважаемыми товарищами.

IV.

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.

(Окончаніе).

О р о ж е н и ц а х ъ .

(Таблица № 12). .

Изъ всего числа родовъ за отчетное время (931) въ 910 случаяхъ роды были одиночные и въ 21—многоплодные—двойнями (или 2,26⁰/о). Отношеніе многоплодныхъ родовъ къ одиночнымъ = 1:43,3, большее сравнительно съ токовымъ за прошлые отчетные годы 1:66. Одни двойни приходятся на 43,3 родовъ одиночныхъ.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ (отчетъ д-ра Шмидта) съ 1881 по 1891 г. двойни дали 2,1⁰/о, т. е. нѣсколько меньше, чѣмъ у насъ.

Въ Родильн. Пріютѣ Голиц. Больн. въ Москвѣ (отчетъ д-ра Иноева) за 1890 г. было 2,7⁰/о или 1 двойни приходятся тамъ на 36 родовъ одиночныхъ.

Тамъ же въ 1892 году 1,8⁰/о отношеніе двойней къ одиночнымъ = 1:57.

*) См. „Журн. Акуш. и Женск. болѣз.“ за Февраль 1894 г. стр. 97.

Въ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго* (отчетъ д-ра *Восффа*) съ 1884 по 1891 г. было 65 двойней на 3622 родовъ или 1,8⁰/₀, отношеніе же двойней къ одиночнымъ = 1:55,72.

Въ Московской Акушерской клиникѣ (отчетъ проф. *Макъева*) въ 1890 г. на 598 родовъ было 14 двойней, что составляетъ 2,3⁰/₀ или отношеніе двойней къ одиночнымъ = 1:41.

Тамъ-же за 1891 г. было 10 двойней на 717 родовъ, или 1,4⁰/₀. Отношеніе двойней къ одиночнымъ = 1:71.

Такимъ образомъ, полученный нами ⁰/₀ родовъ двойнями, представляется нѣсколько меньшимъ только сравнительно съ таковымъ, выведеннымъ д-ромъ *Иноевсомъ* въ 1890 г. для Родильнаго Пріюта Голицинской Больницы въ Москвѣ (2,7⁰/₀) и равенъ почти ⁰/₀ двойней въ Московской Акушерской Клиникѣ въ 1890 г. (2,3⁰/₀), превышая ⁰/₀ полученный остальными изъ указанныхъ выше авторовъ.

Что касается связи между частотою многоплодныхъ родовъ и числомъ беременностей, то какъ показываетъ таблица № 12 многоплодные роды вдвое чаще встрѣчаются у М—рага, чѣмъ у I—рага, что служитъ подтвержденіемъ большей частоты многоплодной беременности у повторно рожавшихъ. Послѣдній выводъ относится и къ наблюденіямъ другихъ авторовъ.

Родовъ тройнями не было ни одного случая въ настоящіе отчетные годы.

При классификаціи родовъ по сроку беременности мы считали, какъ это уже указано было въ отчетѣ прошлыхъ лѣтъ, роды преждевременными въ случаѣ прерыванія беременности между 28—40 недѣлями и выкидышными въ случаѣ наступленія родовъ раньше 28 недѣль.

И такъ, родовъ преждевременныхъ за отчетное время было 7,7⁰/₀ общаго числа родовъ—нѣсколько меньше, чѣмъ въ прошлые отчетные годы (8,2).

У проф. *Славянскаго* (д-ръ *Восффъ*) 7,23⁰/₀.

Въ клиникѣ проф. *Макъева* въ 1890 году—12,2⁰/₀. въ 1891 г.—11,4⁰/₀.

У д-ра *Иноева* въ 1890 г.—9,2⁰/₀, въ 1892 году—6⁰/₀.

У д-ра *Шмидта* съ 1881—1891 г.—12,3⁰/₀.

У д-ра *Львова* въ Лихачевскомъ Родильномъ Пріютѣ Казанской Земской Больницы, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сен-

Вѣдомость о роженицахъ.—Роды

ВѢДОМОСТЬ РАЗРѢШИВШИМСЯ.	1890 года съ 15 Марта.		1891 года.	
	I—рага.	М—рага.	I—рага.	М—рага.
Разрѣшилось.	158	206	200	258
Родовъ одиночныхъ	154	202	198	249
„ многоплодныхъ	4	4	2	9
„ законныхъ	30	111	44	130
„ незаконныхъ.	128	95	156	128
„ срочныхъ	132	180	169	223
При нихъ дѣтей	134	182	171	227
Родовъ преждевременныхъ.	20	13	14	16
При нихъ дѣтей	22	15	14	18
Выкидышныхъ родовъ	6	13	17	19
При нихъ дѣтей	6	13	17	22
Мертвыхъ дѣтей (жизнеспособныхъ)	19	25	23	33
Изъ нихъ: { Мертвыхъ неацерированныхъ	6	10	14	23
{ Мацерированныхъ и гни- лостныхъ	7	10	4	8
{ Родившихся въ асфиксіи и неоживленныхъ	4	4	5	2
{ Родившихся живыми, но вскорѣ умершихъ	2	1	—	—
Всего родилось: { Мальчиковъ	86	118	120	140
{ Дѣвочекъ	76	84	74	121
Поль неизвѣстенъ	—	8	8	6
Всего дѣтей	162	210	202	267

ца № 12.

и осложненія родового акта.

1892 года до 15 Марта.		И т о г о.		ВСЕГО.	Отношеніе между I—рага и M—рага.	% въ отношеніи къ числу родовъ.
I—рага.	M—рага.	I—рага.	M—рага.			
51	58	409	522	931	100 : 127,6	100
50	57	402	508	910	100 : 126,4	97,7
1	1	7	14	21	100 : 200	2,3
4	26	78	267	345	100 : 342,3	37,1
47	32	331	255	586	100 : 77	62,9
45	46	346	449	795	100 : 129,8	85,4
45	47	350	456	806	100 : 130,3	86,6
3	6	37	35	72	100 : 99	7,7
3	6	39	39	78	100 : 100	8,4
3	6	26	38	64	100 : 146,1	6,9
4	6	27	41	68	100 : 155,6	7,3
5	8	47	66	113	100 : 140,4	12,1
2	3	22	36	58	100 : 163,7	6,2
1	4	12	22	34	100 : 183,4	3,7
1	1	10	7	17	100 : 70	1,8
1	—	3	1	4	100 : 33,3	0,4
28	29	234	287	521	100 : 122,7	55,9
24	28	174	233	407	100 : 133,9	43,7
—	2	8	16	24	100 : 200	2,6
52	59	416	536	952	100 : 128,8	102,3

тября 1891 г., общій $\frac{0}{100}$ преждевременныхъ родовъ и выкидышей $= 12\frac{0}{100}$ (у насъ $14,6\frac{0}{100}$). Тамъ же, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г., преждевременныхъ родовъ было $6,5\frac{0}{100}$.

И такъ, полученный нами за отчетное время $\frac{0}{100}$ преждевременныхъ родовъ уступаетъ предъ таковымъ въ клиникѣ проф. *Макъева*, у д-ра *Иноевса* за 1890 г., у д-ра *Шмидта*, превышая $\frac{0}{100}$ ихъ у всѣхъ остальныхъ авторовъ.

Что касается *выкидышныхъ родовъ*, то они дали за отчетное время $6,9\frac{0}{100}$ меньше чѣмъ въ прошлые отчетные годы ($9,2\frac{0}{100}$).

У д-ра *Вовфа*— $3,06\frac{0}{100}$, у д-ра *Львова*— $4\frac{0}{100}$ (съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г.); у д-ра *Шмидта*— $1,3\frac{0}{100}$; у д-ра *Иноевса* въ 1890 г. 20 на 820 родовъ или $2,04\frac{0}{100}$; у него же за 1892 г. 13 на 929 родовъ или $1,4\frac{0}{100}$; у проф. *Макъева* въ 1890 г.— $3,2\frac{0}{100}$; у него же въ 1891 г.— $4,0\frac{0}{100}$.

И такъ, $\frac{0}{100}$ выкидышныхъ родовъ въ нашей клиникѣ превышаетъ таковой во всѣхъ приведенныхъ нами для сравненія родильныхъ учрежденій.

Явленіе это, какъ намъ кажется, правильнѣе всего будетъ объяснить большимъ числомъ незаконнорождающихъ, на которыхъ и падаетъ главный $\frac{0}{100}$ абортонъ. Превышающее же число незаконнорождающихъ въ нашей клиникѣ въ сравненіи съ таковымъ другихъ родильныхъ учреждений Россіи, кромѣ вліянія большаго города, находитъ себѣ объясненіе и въ томъ, что клиника наша является центральнымъ родильнымъ учрежденіемъ въ краѣ, богатомъ фабриками и заводами, съ ихъ завѣдомо развратною жизнью рабочихъ силъ.

Разсматривая отношеніе числа разрѣшеній мальчиками къ таковому—дѣвочками, находимъ, что на 100 мальчиковъ приходится 78,1 дѣвочекъ. Въ прошлые отчетные годы отношеніе это было $= 100 : 76$.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго* (отчетъ д-ра *Вовфа*) отношеніе дѣвочекъ къ мальчикамъ $= 100 : 111,5$.

Въ клиникѣ проф. *Макъева* въ 1890 г. отношеніе дѣвочекъ къ мальчикамъ $= 100 : 106$; у него же за 1891 годъ на 100 дѣвочекъ приходится 109 мальчиковъ.

Въ Родильномъ Пріютѣ д-ра *Иноевса* въ 1890 г. отношеніе мальчиковъ къ дѣвочкамъ $= 100 : 81,1$. У него же въ 1892 г. это отношеніе $= 100 : 108,9$.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ у д-ра *Шмидта* отношеніе мальчиковъ къ дѣвочкамъ=100:94,5.

Относительно другихъ свѣдѣній о родахъ и осложненіяхъ родового акта мы считаемъ достаточнымъ сослаться на таблицу № 12.

Положеніе и предлежаніе плода.

Какъ видно изъ таблицы № 13, за отчетное время черепныя предлежанія встрѣтились въ 798 случаяхъ или въ 85,7⁰/₀ общаго числа родовъ, лицевыя и лобныя въ 12 случаяхъ или 1,3⁰/₀, тазовыя и ножковыя въ 63 или 6,8⁰/₀; поперечныя и косыя въ 38 случаяхъ или 4,1⁰/₀.

При сравненіи полученныхъ нами выводовъ съ таковыми другихъ авторовъ получаемъ слѣдующее: въ Лихачевскомъ Родильномъ отдѣленіи Казанской Земской Больницы (д-ръ *Львовъ*), съ 1-го сентября 1890 г. по 1-е сентября 1891 года, черепныхъ предлежаній было 91,8⁰/₀, лицевыхъ 0,7⁰/₀; годовичныхъ и ножковыхъ 4,1⁰/₀; поперечныхъ и косыхъ 0,9⁰/₀.

Тамъ-же, съ 1-го сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г., черепныхъ—95,9⁰/₀, лицевыхъ—0,9⁰/₀; годовичныхъ и ножковыхъ—2⁰/₀; поперечныхъ и косыхъ 0,9⁰/₀.

Итакъ ⁰/₀ черепныхъ предлежаній по отчету д-ра *Львова* значительно превышаетъ нашъ, уступая послѣднему во всѣхъ другихъ предлежаніяхъ.

Въ Московской Акушерской Клиникѣ по отчету проф *Макьева* за 1890 г. головныхъ предлежаній было 95,0⁰/₀; тазовыхъ=4,5⁰/₀; плечевыхъ=0,5⁰/₀.

Тамъ-же за 1891 г. головныхъ—95,8⁰/₀; тазовыхъ=3,8⁰/₀; плечевыхъ=0,4⁰/₀, слѣдовательно, здѣсь замѣчается также разница сравнительно съ нашими данными, которая уже подмѣчена нами при разсмотрѣніи данныхъ отчета д-ра *Львова*.

По отчету д-ра *Июевса* въ 1890 г. въ Родильномъ Приютѣ Голицинской Больницы въ Москвѣ головныхъ предлежаній было 95,6⁰/₀; тазовыхъ—3,6⁰/₀; поперечныхъ—0,8⁰/₀; лицевыхъ—0,7⁰/₀.

Тамъ-же въ 1892 г. головныхъ—95⁰/₀ (въ томъ числѣ лицевыхъ—0,6⁰/₀; тазовыхъ—4,1⁰/₀; поперечныхъ—0,9⁰/₀). Итакъ,

преобладающий 0% сравнительно съ нашимъ и здѣсь падаетъ на черепныя предлежанія.

По отчету д-ра *Шмидта* въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ, съ 1 января 1881 г. по 1 января 1891 г., головныхъ предлежаній было $96,1\%$ (лицевыхъ $0,5\%$), тазовыхъ и ножныхъ $2,7\%$; неправильныхъ (поперечныхъ и косыхъ) $0,3\%$, неизвѣстныхъ $0,8\%$.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, по отчету д-ра *Восфа*, съ 1884 по 1891 г., затылочныхъ и теменныхъ вмѣстѣ было 94% , тазовыхъ— $4,36\%$, косыхъ и поперечныхъ $0,95\%$, лицевыхъ и лобныхъ вмѣстѣ $0,59\%$.

Итакъ, сравнивая полученные нами результаты съ такими всѣхъ имѣвшихся у насъ подъ руками отчетовъ, мы видимъ, что сравнительно съ другими родильными учрежденіями наша клиника представляетъ болѣе 0% уклоненій отъ нормальнаго положенія младенцевъ при родахъ.

Явленіе это зависитъ безспорно отъ преобладанія въ нашей клиникѣ числа узкихъ тазовъ сравнительно съ таковымъ другихъ родильныхъ учреждений (см. ниже). Вліяніе же узкихъ тазовъ сказывается также и на числѣ осложненій родоваго акта, которыя, какъ увидимъ ниже, значительно превосходятъ своею численностью таковую въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ. Тутъ же упомянемъ и о несомнѣнной связи числа узкихъ тазовъ и, какъ послѣдствіе ихъ, числа различныхъ осложненій родоваго акта съ одной стороны съ числомъ оперативныхъ пособій въ нашей клиникѣ съ другой стороны.

Итакъ, перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію осложненій родоваго акта.

Объ осложненіяхъ родоваго акта.

(къ таблицамъ №№ 14, 15 и 16).

Приступая къ краткому обзору различныхъ осложненій, касающихся родоваго акта, мы и на этотъ разъ, какъ и въ прежнихъ своихъ отчетахъ, ставимъ на первомъ мѣстѣ узкій тазъ.

Осложненіе это, влекущее по своему характеру массу другихъ осложненій, а въ связи съ этими и оперативныхъ пособій, конечно, вполне заслуживаетъ почетнаго мѣста въ обзорѣ различныхъ аномалій, наблюдаемыхъ при родахъ. Насколько велико

число послѣднихъ въ нашей клиникѣ, видно уже изъ того, что общая цифра ихъ и въ частности цифра узкихъ тазовъ. приводимая въ нашихъ отчетахъ, превышаетъ многимъ цифры, выведенныя другими авторами. Мы по прежнему считаемъ за критерій суженія *conj. vera* 10 и <10 см., причемъ *conj. vera* опредѣляемъ изъ *conj. diag.*, какъ мы уже сказали въ прошломъ отчетѣ, напечатанномъ въ Журн. Акуш. и Женск. болѣзн. 1893 г., за февраль, стр. 130.

Тѣ-же тазы, въ которыхъ *conj. diag.* почему бы то ни было осталась неизмѣренною, мы опредѣляли по *conj. vera* изъ *conj. ext.*, тоже по указанному раньше способу, причемъ по прежнему за критерій суженія принимали *conj. ext.* 19 и меньше 19 см.

И такъ, подводя итогъ узкимъ тазамъ согласно съ принятыми для этого размѣрами *conj. vera* въ прошломъ отчетѣ, мы получимъ всего 56,4% общего числа родовъ.

Но чтобы показать, насколько превосходитъ число узкихъ тазовъ въ нашей клиникѣ, точно опредѣленныхъ, число узкихъ тазовъ въ отчетахъ другихъ авторовъ, основывавшихся при опредѣленіи характера таза на болѣе шаткихъ данныхъ, мы прилагаемъ 2 таблицы: № 14—распределение тазовъ по *conj. vera*, выведенной изъ *conj. diagon.* и № 15—по *conj. vera* выведенной изъ *conj. ext.* Какъ показываетъ первая изъ нихъ (№ 14), всего точно опредѣленныхъ узкихъ тазовъ съ *conj. vera* 10 см. и менѣе было 39,8% общего числа родовъ. Тазовъ же опредѣленныхъ менѣе точнымъ способомъ, какъ показываетъ таблица № 15—16,5% общего числа родовъ.

Если мы изъ этихъ двухъ таблицъ выведемъ число суженныхъ тазовъ съ *conj. ext.* меньшею 18 см., какъ это дѣлаетъ большинство авторовъ, то и тогда получимъ 18,1% первыхъ (точно суженныхъ) и 5,9% вторыхъ или вмѣстѣ=22%.

Но надо замѣтить, что исключая изъ точно измѣренныхъ тазовъ число послѣднихъ съ *conj. vera* 9,1—10 (см. табл. 15), что составитъ 23,7% общего числа родовъ, мы, благодаря своему точному измѣренію, выпускаемъ гораздо больше, чѣмъ тѣ авторы, которые исключаютъ тазы съ *conj. ext.* 19—18, такъ что для сравненія полученныхъ нами результатовъ съ таковыми другихъ авторовъ мы должны, по настоящему, при-

вести цифру большую 22⁰/. Но даже сравнивая и это число, значительно меньшее сравнительно съ дѣйствительностью, съ таковымъ другихъ авторовъ, мы замѣтимъ большое превосходство его надъ послѣдними.

Таблица № 14. Узкіе тазы, опредѣленные по Conj. vera
высчит. изъ Conjug diagonais.

ВЕЛИЧИНА CONJUG. VERAE.	1890 г. съ 15 марта.			1891 г.			1892 г. до 15 марта.			Итого.			В С Е Г О.	Общій % узкихъ та- зовъ по отношенію къ общему числу родовъ	Отношеніе числа уз- кихъ тазовъ у I—para и M—para.
	Число беременностей.														
	I—para.	M—para.	Всего.	I—para.	M—para.	Всего.	I—para.	M—para.	Всего.	I—para.	M—para.				
Отъ 5 до 6 см.	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	0,1	100 : 0
„ 6,1— 7 „	—	1	1	—	—	—	1	—	1	1	1	2	2	0,2	100 : 100
„ 7,1— 8 „	2	12	14	3	7	10	4	4	8	9	23	32	32	3,4	100 : 255,6
„ 8,1— 9 „	11	15	26	30	32	62	10	17	27	51	64	115	115	12,4	100 : 125,5
„ 9,1—10 „	23	32	55	60	83	143	13	10	23	96	125	221	221	23,7	100 : 130,2
Итого . .	37	60	97	93	122	215	28	31	59	158	213	371	371	39,8	100 : 134,8

Дѣйствительно, у д-ра *Водфа*, даже при его неточномъ способѣ измѣренія тазовъ, допускающемъ вторженіе въ общую цифру узкихъ тазовъ и немало тазовъ нормальныхъ, получилось 9,38⁰/о узкихъ тазовъ относительно общаго числа родовъ.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ домѣ по отчету д-ра *Шмидта*, считающаго узкими тѣ тазы, наружная конъюгата которыхъ—18¹/₂ см. и менѣе, получилось съ 1881 г. по 1891 г.—16,3⁰/о узкихъ тазовъ относительно общаго числа родовъ.

Въ Родильномъ Приютѣ Голицинской больницы въ Москвѣ у д-ра *Иноева* въ 1890 г. было 3⁰/о узкихъ тазовъ. Тамъ-же въ 1892 г.—3,2⁰/о (узкими считаются тазы съ conj. ext. <18 см.).

Въ Московской Акушерской Клиникѣ въ 1890 г., по отчету проф. *Максеева*, узкихъ тазовъ было 9⁰/о, а въ 1891 г. узкихъ

тазовъ было 11,6⁰/. (узкими тазами проф. *Макъевъ* считаетъ тазы съ *conj. vera* менѣе 10 см.).

Въ Лихачевскомъ Отдѣленіи Казанской Земской больницы по отчету д-ра *Львова*, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., было 6,7⁰/% узкихъ тазовъ (съ *conj. ext.* <18 см.), а съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г. около 7⁰/% общаго числа родовъ.

Таблица № 15. Узкіе тазы, опредѣленные по *Conj. vera*, высчитанной изъ *Conj. externa*.

ВЕЛИЧИНА CONJ. VERAЕ.	1890 г. съ 15-го марта.			1891 г.			1892 г. до 15-го марта.			Итого.			В С Е Г О.	Общій % узкихъ та- зовъ по отношенію къ общему числу родовъ	Отношеніе числа уз- кихъ тазовъ у I—para и M—para
	Число беременностей.														
	I—para.	M—para.	Всего.	I—para.	M—para.	Всего.	I—para.	M—para.	Всего.	I—para.	M—para.	Всего.			
Отъ 5 — 6 см.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ 6,1— 7 „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
„ 7,1— 8 „	1	2	3	—	—	—	—	—	—	1	2	3	0,3	100 : 200	
„ 8,1— 9 „	21	21	42	4	2	6	3	1	4	28	24	52	5,6	100 : 85,7	
„ 9,1—10 „	25	35	60	17	16	33	3	3	6	45	54	99	10,6	100 : 120	
Итого . .	47	58	105	21	18	39	6	4	10	74	80	154	16,5	100 : 108,1	

И такъ, не смотря на такія тѣсныя границы, въ которыхъ мы разсматриваемъ описываемое осложненіе родоваго акта, мы имѣли несравненно большій % узкихъ тазовъ, чѣмъ упо- мянутые авторы.

Что касается другихъ осложненій родоваго акта, то на второмъ мѣстѣ по частотѣ слѣдуетъ поставить *преждевремен- ное излитіе водъ*.

Подъ этимъ терминомъ мы разумѣемъ разрывъ плоднаго пузыря, прежде чѣмъ онъ выполнитъ свое фізіологическое назначеніе до полнаго открытія наружнаго зѣва.

Осложнение это, находящееся, по мнѣнію большинства акушеровъ, въ тѣсной связи съ узкимъ тазомъ, дало въ нашей клиникѣ за отчетное время 29,8⁰/о общего числа родовъ и, представляясь по своей численности превышающимъ числа этого осложнения по отчетамъ другихъ авторовъ, ниже въ достаточной степени подтверждаетъ превосходство числа узкихъ тазовъ у насъ сравнительно съ таковыми другихъ родильныхъ учреждений. Осложнение это встрѣтилось нѣсколько чаще у М—рага, чѣмъ у I—рага (см. табл. № 16).

По отчету д-ра *Восфа* осложнение это имѣло мѣсто въ 0,4⁰/о (*Восфъ* ранневременнымъ излитіемъ водъ считаетъ излитіе ихъ до появленія родовыхъ болей).

Въ Родильномъ Приотѣ Голицинской больницы, по отчету д-ра *Иносова*, за 1890 г. преждевременное излитіе водъ встрѣтилось въ 14,2⁰/о, а въ 1892 г. въ 9,8⁰/о.

Въ отчетахъ проф. *Макьева*, д-ра *Львова* и д-ра *Шмидта* мы не находимъ точно приведенной цифры этой аномаліи.

Выпаденіе и предлежаніе пуповины встрѣтилось за отчетное время въ 3,8⁰/о общего числа родовъ, при чемъ въ 2,9⁰/о было выпаденіе одной пуповины и въ 0,9⁰/о вмѣстѣ съ конечностями.

Въ прошлые отчетные годы осложнение это имѣло мѣсто въ 4⁰/о, — слѣдовательно, почти въ такой же мѣрѣ какъ и въ нынѣшніе отчетные годы.

Восфомъ это осложнение наблюдалось въ 0,5⁰/о; *Иносовомъ* — 1,2⁰/о въ 1890 г. и 0,7⁰/о въ 1892 году; *Макьевымъ* 0,5⁰/о (въ 1890 г.) и 0,4⁰/о (въ 1891 г.); *Шмидтомъ* въ 28 случаяхъ на 5419 родовъ или въ 0,52⁰/о.

Такимъ образомъ и это осложнение родового акта по частотѣ своей превышаетъ таковую другихъ родильныхъ учреждений.

Выпаденіе конечностей дало въ отчетное время 3,1⁰/о (въ прошлые годы 4,1⁰/о), при чемъ въ 2,2⁰/о было только выпаденіе конечностей, а 0,9 — конечностей вмѣстѣ съ пуповиной. Частности по этому вопросу см. въ таблицѣ № 16.

Разрывъ промежности даетъ тоже значительный ⁰/о въ нашей клиникѣ сравнительно съ другими — именно 26,3⁰/о общего числа родовъ, при чемъ въ 21,3⁰/о у I—рага и въ 5⁰/о у М—рага.

Въ прошлые отчетные годы, разрывы промежности дали 19,2⁰/₀, предъ этимъ (отчетъ д-ра *Федорова*)—почти столько-же, сколько и въ настоящіе отчетные годы—26,6⁰/₀.

По отчету д-ра *Ворбфа* разрывъ промежности имѣлъ мѣсто въ 9,9⁰/₀ общаго числа родовъ.

Д-ръ *Шмидтъ* приводитъ 6,2⁰/₀ этого осложненія.

Д-ръ *Иноевъ* въ отчетѣ 1890 г. приводитъ 2,9⁰/₀ разрывовъ промежности, а въ 1892 г.—4,8⁰/₀ общаго числа родовъ.

Проф. *Макъевъ* въ 1890 г.—5⁰/₀, въ 1891 г.—3,2⁰/₀.

Значительный ⁰/₀ разрывовъ промежности въ нашей клиникѣ сравнительно съ таковымъ другихъ родильныхъ учреждений объясняется—во 1-хъ, большимъ числомъ узкихъ тазовъ у насъ, влекущимъ и большее число другихъ осложненій, требующихъ въ свою очередь большаго числа оперативныхъ пособій, при которыхъ главнымъ образомъ и происходили разрывы. Во 2-хъ тѣмъ, что поддерживаніемъ промежности у насъ занимаются ученицы повивальной школы, неимѣющія ни малѣйшей предварительной подготовки въ этомъ дѣлѣ.

Слабыя боли наблюдались въ 11,3⁰/₀ (въ прошлые отчетные годы 9,3⁰/₀), *спазматическія боли* въ 3⁰/₀ (въ прошлые отчетные годы 2,4⁰/₀).

По отчету д-ра *Иноева* въ 1890 г. слабыя боли 8,6⁰/₀; спазматическія 0,9⁰/₀; въ 1892 г. слабыя боли 5,8⁰/₀.

По отчету проф. *Макъева* въ 1890 г. спазматическія боли въ 4,5⁰/₀, въ 1891 г. 4,3⁰/₀.

Д-ръ *Львовъ*, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., приводитъ слабыхъ болей 22 случая и спазматическихъ болей 7 случаевъ на 690 родовъ, и съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г., слабыхъ болей 12 случаевъ на 709 родовъ срочныхъ.

Въ отчетѣ д-ра *Ворбфа* числится слабыхъ болей 3,5⁰/₀, спазматическихъ болей 3 случая на 3597 роженицъ.

Итакъ, ⁰/₀ осложненій родового акта аномаліями изгоняющихъ силъ, какъ и ⁰/₀ другихъ осложненій, превышаетъ ⁰/₀ многихъ другихъ учреждений.

Изъ другихъ, болѣе серьезныхъ осложненій родового акта, наблюдающихся обычно въ нашей клиникѣ чаще, чѣмъ въ другихъ родильныхъ учрежденияхъ, нельзя не упомянуть *объ эклампси*.

НАИМЕНОВАНИЕ ФОРМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ.	1890 года съ 15 Марта.		1891 года.	
	I—рага.	М—рага.	I—рага.	М—рага.
Узкій тазъ	84	118	114	140
Преждевременное излитіе водъ . .	34	58	77	66
Задержаніе оболочекъ	—	1	3	5
Предлеж. и выпаденіе пуповины. .	3	4	11	8
Выпаденіе ручекъ.	1	5	3	12
„ ножекъ	—	—	—	—
„ послѣда	—	—	—	1
„ ручекъ, ножекъ и пупо- вины	—	—	—	1
Выпаденіе ручекъ и пуповины . .	—	4	2	2
Кровотеченіе во время родовъ . .	3	4	5	8
Разрывъ промежности	61	12	113	28
„ клитора	—	—	—	—
„ подъ клиторомъ	3	1	13	—
„ малыхъ губъ	7	—	23	—
„ большихъ губъ	8	2	3	—
„ сводовъ влагалища	1	—	—	—
„ передн. стѣнки влагалища. . . .	—	1	—	—
„ боков. стѣнокъ влагалища. . . .	5	1	4	—
„ задней стѣнки влагалища. . . .	27	2	39	2
„ тѣла матки	—	3	—	1
„ шейки матки	1	1	—	—
„ port. vagin. вправо	15	19	54	91
„ port. vagin. влѣво.	30	24	61	97
„ port. vagin. кзади.	—	—	—	—
Множественные разрывы	52	78	55	84
Отрывъ передней губы матки. . . .	—	—	—	—
„ задней губы матки	—	—	—	—
Спазматическія боли	7	7	5	6
Слабыя боли	29	24	21	24
Эклампсія.	3	—	2	—
Strictura orif. int. uteri	—	—	—	—

да № 16.

нямъ родового акта.

1892 года до 15 Марта.		И т о г о .		Всего осложне- ній.	% осложненій къ числу родовъ.	Отношеніе осложненій у I—рага и M—рага.
I—рага.	M—рага.	I—рага.	M—рага.			
34	35	232	293	525	56,4	100 : 126,3
18	24	129	148	277	29,8	100 : 114,8
—	—	3	6	9	0,9	100 : 200
—	1	14	13	27	2,9	100 : 92,2
—	—	4	17	21	2,2	100 : 425
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	1	1	0,1	0 : 1
—	—	—	1	1	0,1	0 : 1
—	—	2	6	8	0,8	100 : 300
1	5	9	17	26	2,8	100 : 188,9
24	7	198	47	245	26,3	100 : 23,7
1	—	1	—	1	0,1	100 : 0
1	—	17	1	18	1,9	100 : 5,9
8	—	38	—	38	4,0	100 : 0
1	—	12	2	14	1,4	100 : 16,7
—	—	1	—	1	0,1	100 : 0
—	—	—	1	1	0,1	0 : 1
10	—	19	1	20	2,1	100 : 5,3
4	2	70	6	76	8,2	100 : 8,5
—	—	—	4	4	0,4	0 : 4
—	1	1	2	3	0,3	100 : 200
6	9	75	119	194	20,8	100 : 158,7
12	12	103	133	236	25,3	100 : 129,1
—	—	—	—	—	—	—
15	21	122	183	305	32,7	100 : 150
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—
2	1	14	14	28	3,0	100 : 100
4	3	54	51	105	11,3	100 : 94,4
1	—	6	—	6	0,6	100 : 0
—	—	—	—	—	—	—

Осложненіе это наблюдалось за отчетное время 12 разъ, при чемъ въ 6 случаяхъ она была во время родовъ, въ 3-хъ во время беременности, въ 2-хъ, начавшись во время родовъ, продолжалась и дальше въ послѣродовомъ періодѣ и въ 1-мъ началось въ послѣродовомъ періодѣ. Такимъ образомъ всего эклампсія дала за отчетное время 12 случаевъ, что составляетъ 1,30% общаго числа родовъ.

Изъ 3 случаевъ эклампсіи во время беременности 2 (одинъ изъ нихъ у 15 лѣтней I—рага на VIII мѣсяцѣ, выписавшейся неразрѣшившеюся здоровою, а второй у 24 лѣтней I—рага на IX мѣсяцѣ, оставленной для разрѣшенія и родившей впослѣдствіи самопроизвольно живаго доношеннаго мальчика въ 1-мъ черепномъ переднемъ видѣ съ благополучнымъ для себя исходомъ), окончились полнымъ выздоровленіемъ, а въ 3-хъ произведено кесарское сѣченіе на мертвой. Случай этотъ какъ болѣе заслуживающій вниманія мы позволимъ себѣ изложить болѣе подробно.

Больная Ф. Т., 44 лѣтъ отъ роду, II—рага, доставлена въ клинику въ безсознательномъ состояніи, съ неподвижными глазами, съ цианозомъ; п. 180, мягкій, едва ощутимый. На вопросы не отвѣчаетъ. Лица, доставившія ее, сообщали, что съ утра она страдала головою болью, а вечеромъ съ ней случилось 3 припадка судорогъ. Исслѣдованіе показало слѣдующее: Graviditas in IX m. Роды не начаты. Сердцебіенія ребенка нѣтъ.

Спустя $\frac{3}{4}$ часа со времени поступленія ея въ клинику съ ней случился припадокъ судорогъ эклампсіи, продолжавшійся $\frac{1}{2}$, послѣ котораго больная, сдѣлавъ нѣсколько стертормозныхъ дыханій, перестала дышать. Не смотря на примѣненное искусственное дыханіе и подкожныя вприскиванія ээира, дыханіе не появлялось. Сердцебіеніе тоже исчезло. Черезъ $\frac{1}{4}$ часа послѣ смерти сдѣлано кесарское сѣченіе на мертвой, по общимъ правиламъ, извлеченъ мертвый ребенокъ женскаго пола, 2650 grm. вѣса и 47 cm. длиною, лежавшій въ маткѣ въ I черепномъ положеніи; матка промыта, зашита 3-хъ-этажнымъ швомъ (49); брюшная рана зашита 20 швами и наложена асептическая повязка.

Результаты вскрытія: обоюдосторонній развитой нефритъ, увеличеніе печени съ точечными кровоизліяніями на поверхности ея, вдвое увеличенная селезенка, увеличеніе лѣваго и меньше—праваго желудочковъ сердца. Матка чиста, на поверхности ея мелкія субсерозныя міомы. Внутренняя поверхность durae matris гипермирована. Мягкая оболочка мозга отечна. Отекъ легкихъ, приращенныхъ. Bronchitis chronica.

4-й случай эклампсіи—*Eclampsia sub et post partum*. Больная 24 лѣтъ, I—рага, на IX мѣсяцѣ, въ дѣтствѣ болѣвшая только корью. На 3-мъ году жизни, послѣ испуга, страдала судорогами: 1 разъ въ день испуга, 1 разъ на слѣдующій день и 1 разъ черезъ 2 недѣли послѣ испуга.

Первые крови на 16 году. Типъ кровей $\frac{3 \text{ дня}}{4 \text{ нед.}}$, необильный, правильный. Прибыла въ клинику съ открытіемъ на два пальца, шейкой изглаженной, пѣлымъ пузыремъ, головкой, стоящей неподвижно, большою окружностью во входѣ, въ 1 черепномъ переднемъ видѣ.

По временамъ больная приходитъ въ сознание. Во время родовъ 8 припадковъ эклампсіи.

Льченіе. Морфій подъ кожу ($\frac{3}{8}$ grm.) клизма изъ Chlor hydr. (всего 50 grm.).

Присницевскія пеленанія. Кольпейринтеръ. Самопроизвольные роды. Ребенокъ мужскаго пола, 3200 grm. вѣса, 53 см. длиною, мертвый, доношенный. Послѣ родовъ явилось еще 2 экламптическихъ припадковъ. На 4-й день послѣ родовъ больная выписалась по собственному желанію въ полное сознаниі, здоровою.

5-й случай—*тоже eclampsia sub et post partum*, у 24 лѣтней, I—пара. Больная прибыла съ неизглаженной шейкой и зѣвомъ, открытымъ на 1 п. Пузырь пѣлъ. Hydramnion, gemelli. При открытіи на 2 п. отошли воды. Кольпейринтеръ. Морфій. Хлораль-гидратъ, хлороформъ.

При полномъ открытіи—экстракція полная 1 ребенка, расположеннаго въ 1 ягодичномъ, и versio et extractio второго ребенка, расположеннаго во 2 черепномъ.

Мальчикъ 1780 grm.	41 см. длиною	живой
Дѣвочка 1680 grm.		мертвая
Недоношенные		

Въ послѣродовомъ періодѣ 5 экламптическихъ припадковъ. На 10-й день послѣ родовъ выписалась здоровою безъ дѣтей.

6-й случай. *Eclampsia post partum*, у 24 лѣтней, II—пара, у которой первые роды были срочные, самопроизвольные. Открытая на 3 п. шейка изглажена. Родила самопроизвольно двойни.

Мальчикъ въ 1-мъ ягод., живой

Дѣвочка во 2-мъ нож., въ асфиксіи, неоживленная.

Послѣ родовъ 25 экламптическихъ припадковъ. Морфій, хлороформъ, хлораль-гидратъ, Присницевскія пеленанія. *Mors* на 3-й день послѣ родовъ.

Всѣ остальные 6 случаевъ были во время родовъ и всѣ у первородящихъ. И такъ по порядку.

7-й случай. *Eclampsia sub partu* у 20 лѣтней, I—пара, на IX мѣсяцѣ. Прибыла больная съ открытіемъ зѣва на $1\frac{1}{2}$ п., шейкой изглаженной, пѣлымъ пузыремъ и головкой, стоящей надъ входомъ подвижно во 2 черепномъ. Боли очень слабыя, открытіе медленное. Припадки эклампсіи.

Терапія. Кольпейринтеръ, хлороформъ, хлораль-гидратъ, пеленанія по способу Присница, возбуждающія по надобности. При полномъ открытіи зѣва—*forceps* одного плода et *perforatio* и *cranioclasia* другого послѣ неудачныхъ попытокъ къ повороту. Gemelli—двѣ дѣвочки, доношенные, мертвыя.

Всего 27 эклампт. припадковъ. *Mors*.

8-й случай. *Eclampsia sub partu* у 21 лѣтней, I—пара. Прибыла больная съ открытіемъ на 1 п., изглаженной шейкой, пѣлымъ плоднымъ

пузыремъ и подвижной налъ входомъ головкой. До родовъ 31 экламптический припадокъ. Haemiplegia dextra.

Лѣчение какъ обычно кольпейринтеромъ и наркотиками (см. выше). Кольпейринтеръ усилилъ маточныя сокращенія и раскрылъ зѣвъ до 4½ п. Сдѣлана была неудачная попытка къ внутр.-наружному повороту. Въ виду ускореннаго пульса и сильнаго ціаноза, наложены щипцы на полостную головку и въ 4 умѣренныхъ тракціи извлеченъ мальчикъ 3420 gram. вѣса и 52 см. длиною, въ синей асфиксіи, оживленный по сп. *Шульца*. Три дня послѣ родовъ t° 36,8°—38,8°; P.=90—134; Resp. 30—49. Состояніе безсознательное. Дыханіе храпящее. Въ лѣвой сторонѣ груди крепитациа, субкрепитациа и влажные хрипы. По всему пространству грудной клѣтки—сухіе хрипы. Бронхіальное дыханіе.

Поставлены сухія банки, дано inf. ipescas., inf. digit. въ клизмѣ.

На IV день вечеромъ t° 39°; P.=135, resp. 48; на 5—6-й t° до 38,6°; P.=144; r.=42.

На VII день послѣ родовъ умерла. Результаты вскрытія: Oedema cerebri. Haemorrhagia in corpore caudato. Haemorrhagia capillaris in capsul. int. Hyperaemia hypostatica pulmon. Degeneratio atheromatosa valv. aortae. Паренхиматозное помутненіе печени, уплотненіе селезенки. *Nephritis mixta* praecip. parenchymatosa. Расширеніе правой почечной лоханки и мочеточника. Матка увеличена, нормальна. Остальные половые органы тоже нормальные.

9-й случай. *Eclampsia sub partu* у 30 лѣтней, I—рага, на IX мѣсяцѣ, при 1-мъ черепномъ переднемъ видѣ, 5 экламптическихъ припадковъ; бѣлокъ и зернистыя цилиндры въ мочѣ. Терапія обычная. Заложень кольпейринтеръ. Forceps. 3 дня, послѣ родовъ безсознательное состояніе. Выписалась здоровою съ здоровымъ мальчикомъ.

10-й случай. *Eclampsia sub partu* у 24 лѣтней, I—рага, при 1-мъ черепномъ переднемъ видѣ. Лѣчение тоже (кольпейринтеръ). Versio et extractio. Дѣвочка доношенная, мертвая. Мать здорова.

11-й случай *Eclampsia sub partu* у 19 лѣтней, I—рага, на VI мѣсяцѣ беременности, послѣднія предъ родами года страдавшей хлорозомъ, въ дѣтствѣ — variola, morbilli, тифомъ; первыя крови на 12 г., $\frac{4 \text{ дня}}{2-3 \text{ нед.}}$, болѣзненность передъ и во время кровей. Терапія: Пеленанія, хлораль-гидратъ и кольпейринтеръ. Абортъ окончень самопроизвольно. 8 припадковъ. Бѣлокъ и зернистыя цилиндры.

Больная пришла въ сознаніе, но переведена въ терап. клинику для спеціального лѣченія нефрита.—Наконецъ

12-й случай. *Eclampsia sub partu* представляетъ интересъ по своему анамнезу и результатамъ посмертнаго анатоми-патологическаго вскрытія.

Случай этотъ наблюдался у 22 лѣтней, I—рага, страдавшей нефритомъ на 20 году жизни. Первыя крови на 13 г., всегда очень обильныя. Типъ кровей $\frac{3-5 \text{ дней}}{4 \text{ нед.}}$. Со второй половины беременности отеки. Прибыла съ открытіемъ на 1½ п., съ неизглаженной шейкой, цѣлымъ пузыремъ и головкой, стоящей надъ входомъ. Тазъ: dist. sp. 22,5; dist. crist. 25 cm., conj. ext. 18; con. diag. 10,75.

14 припадковъ эклампсіи, очень продолжительныхъ: 1½—2½'. Послѣ 12 приступовъ сердцебіеніе ребенка исчезло. Въ мочѣ масса бѣлка и зернистыхъ цилиндровъ.

Терапія. Морфій, хлороформированіе, клизма изъ хлораль-гидрата, горячія души изъ сулемы и карболовки 40°. Кольпери́нтеръ во влагалище, а затѣмъ и въ матку. Присни́цевскія пеленанія. При полномъ открытіи щипцы. Ребенокъ—дѣвочка, мертвая, доношенная. Послѣ операціи t° 37,6°; R=120, дыханіе 40, стерторозное. Черезъ 5 ч. 10' послѣ родовъ *tors.*

Результаты вскрытія: Pneumonia tuberculosa chr., adenoma oesophagi въ верхней трети передней стѣнки подъ слизистой оболочкой, веретенообразной формы въ 2 см. длиною и $\frac{1}{2}$ см. шириною. Nephritis chr. diffusa *mixta*. Селезенка мала. На печени точечныя кровоизліянія, печень увеличена. Pia mater блѣдна и отечна. Матка и другіе половые органы чисты.

При краткомъ обзорѣ всѣхъ 12 случаевъ эклампсіи мы замѣчаемъ, что только въ одномъ изъ нихъ беременная выписалась до разрѣшенія (здоровою); въ остальныхъ же 11 роды происходили въ клиникѣ.

Изъ этихъ послѣднихъ въ 3-хъ случаяхъ роды были самопроизвольные, а въ 8 оперативные.

Всѣ 3 самопроизвольныхъ родовъ были съ благополучными исходами для матерей (при 2-хъ изъ нихъ вставлялся кольпери́нтеръ).

Для дѣтей—1 съ благополучнымъ исходомъ, 1 абортъ на VI-мъ, нежизнеспособный, въ 1-мъ летальный (1 съ кольпери́нтеромъ благополучный, другой съ кольпери́нтеромъ летальный для ребенка).

Всѣ роды самопроизвольны, происходили въ 1-мъ черепномъ предлежаніи ребенка.

Изъ 8 оперативныхъ родовъ 3-е окончились благополучно для матерей, а 4 летально, въ 1-мъ случаѣ кесарское сѣченіе уже было произведено на мертвой (въ 6 изъ оперативныхъ родовъ операціи предшествовало примѣненіе обычныхъ средствъ при эклампсіи, въ томъ числѣ и кольпери́нтеръ).

Благополучно роды окончены послѣ предварительной подготовки больной къ операціи вставленіемъ кольпери́нтера у 3-хъ, а въ 3-хъ случаяхъ—летально.

Что касается *дѣтей*, то изъ 10 родившихся при оперативныхъ родахъ (NB—2-е было двойней) для 4-хъ былъ благополучный исходъ, а для 5—летальный, въ 1-мъ случаѣ ребенокъ погибъ вслѣдствіе самого характера родоразрѣшающей операціи—перфораци.

Случаевъ, гдѣ дѣти остались живыми послѣ операциі съ предшествовавшимъ ей вставленіемъ кольпейринтера, было 3;—гдѣ они были мертвы—5; родовъ оперативныхъ безъ предшествовавшаго наложенія кольпейринтера было 2, при чемъ въ 1 случаѣ ребенокъ былъ живъ, въ другомъ мертвый.

Операцийъ всего было произведено при эклампсіи 12. (Кесарское сѣченіе на мертвой 1, щипцовъ 5, поворотовъ съ экстракціей 2, экстракціи 3, перфорацийъ 1).

И такъ, исключая 1 случай эклампсіи, въ которомъ больная умерла до примѣненія какихъ бы то ни было родоразрѣшающихъ операций, мы будемъ имѣть 11 случаевъ эклампсіи съ 4 летальными исходами, что даетъ 36,3⁰/₀ смертности,—относительно числа случаевъ эклампсіи,—или 0,4⁰/₀ общаго числа родовъ.

Изъ общаго же числа рожденныхъ экламптичками дѣтей=11 (за исключеніемъ 1 перфорированнаго и 1 аборта на VI мѣсяцѣ нежизнеспособнаго) умерло 6, что составляетъ 54,5⁰/₀ всѣхъ случаевъ эклампсіи. Въ прошлые отчетные годы эклампсія тоже наблюдалась въ 12 случаяхъ или въ 1,2⁰/₀ родовъ, со смертностью 16,6⁰/₀ общаго числа этого осложненія, слѣдовательно значительно меньшею чѣмъ въ наши отчетные годы.

Такая повышенная смертность при тѣхъ же способахъ лѣченія объясняется, конечно, просто случайностью. Тогда какъ въ прошлые годы эклампсія разыгрывалась у женщинъ съ болѣе здоровымъ организмомъ, на этотъ разъ она имѣла мѣсто у роженицъ, здоровье которыхъ, какъ видно изъ описанія отдѣльныхъ случаевъ, было уже подорвано другими не менѣе серьезными, но болѣе хроническими, страданіями (*tuberculosis, vitium cordis* etc).

Въ Родильномъ Приютѣ Московской Голицинской больницы, по отчету д-ра *Иноева*, въ 1892 году на 929 родовъ было 5 случаевъ эклампсіи или—0,5⁰/₀.

Въ Московской Акушерской Клиникѣ въ 1890 г., эклампсія, по отчету проф. *Макѣва*, была въ 3 случаяхъ или 0,5⁰/₀ общаго числа родовъ. Смертныхъ случаевъ не было. Заболѣваній послѣ родовъ изъ этого числа 66,6⁰/₀. Смертность дѣтей 50⁰/₀. Тамъ же въ 1891 г.—0,7⁰/₀. Въ 3-хъ случаяхъ эклампсіи была безъ

заболѣванія почекъ—очень слабая. Смертныхъ случаевъ—1 или 20⁰/о. Изъ дѣтей 2 мертвыхъ, т. е. 40⁰/о. Заболѣвшихъ переперальными заболѣваніями 1, т. е. 20⁰/о.

Въ Лихачевскомъ Родильномъ Отдѣленіи Казанской Земской больницы у д-ра *Львова*, съ 1 сентября 1890 г. по 1891 г., было 2 случая эклампсіи съ благополучнымъ исходомъ для матерей. Смертность дѣтей 50⁰/о.

Тамъ-же, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г., было 3 случая эклампсіи или около 0,4⁰/о общаго числа родовъ—всѣ съ благополучнымъ исходомъ для матерей.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ домѣ, съ 1881 г. по 1891 г., д-ръ *Шмидтъ* наблюдалъ 0,8⁰/о эклампсіи относительно общаго числа родовъ. Смертность для матерей 21,7⁰/о; для дѣтей—33,3⁰/о.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, по отчету д-ра *Вольфа*, съ 1884 г. по 1891 г., на 3622 родовъ, эклампсія имѣла мѣсто 33 раза или 0,91⁰/о. Смертность дѣтей—42,8⁰/о или заисключеніемъ 3-хъ мацерированныхъ—34,3⁰/о. Умерло отъ эклампсіи 15,1⁰/о, вполнѣ здоровыхъ въ послѣродовомъ періодѣ экламптичекъ 51,5⁰/о, лихорадило 12,1⁰/о, болѣло послѣродовыми формами 21,2⁰/о. Умершихъ отъ септическихъ заболѣваній послѣ предшествовавшей эклампсіи 3⁰/о.

Лѣченіе эклампсіи у насъ состоитъ, какъ и въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, въ примѣненіи хлороформа, хлораль-гидрата въ клизмахъ, морфія подкожно и кромѣ того пеленаній по способу *Пристница*.

Того-же способа придерживается и большинство авторовъ, имѣвшихъ у насъ подъ руками отчетовъ, а д-ръ *Львовъ*, кромѣ того примѣняетъ пилокарпинъ, хлораль-гидратъ, *coffeinum, natrium benzoicum*, морфіи, *natrum bromatum*.

Этимъ краткимъ очеркомъ мы заканчиваемъ обзоръ имѣвшихъ у насъ за отчетное время случаевъ заболѣванія эклампсіей.

Изъ осложнений родового акта заслуживающихъ вниманія не менѣе, чѣмъ эклампсія, намъ осталось еще упомянуть о разрывахъ матки.

Разрывы матки. Осложненіе это на 931 родовъ встрѣтилось у насъ 4 раза (разрывъ тѣла)—0,4⁰/о, причемъ въ 2-хъ изъ нихъ былъ полный разрывъ и въ 2-хъ неполный. Кромѣ

Случаевъ, гдѣ дѣти остались живыми послѣ операціи съ предшествовавшимъ ей вставленіемъ кольпейринтера, было 3;—гдѣ они были мертвы—5; родовъ оперативныхъ безъ предшествовавшаго наложенія кольпейринтера было 2, при чемъ въ 1 случаѣ ребенокъ былъ живъ, въ другомъ мертвый.

Операцій всего было произведено при эклампсіи 12. (Кесарское сѣченіе на мертвой 1, щипцовъ 5, поворотовъ съ экстракціей 2, экстракціи 3, перфораций 1).

И такъ, исключая 1 случай эклампсіи, въ которомъ больная умерла до примѣненія какихъ бы то ни было родоразрѣшающихъ операцій, мы будемъ имѣть 11 случаевъ эклампсіи съ 4 летальными исходами, что даетъ 36,3⁰/₀ смертности,—относительно числа случаевъ эклампсіи,—или 0,4⁰/₀ общаго числа родовъ.

Изъ общаго же числа рожденныхъ экламптичками дѣтей=11 (за исключеніемъ 1 перфорированнаго и 1 аборта на VI мѣсяцѣ нежизнеспособнаго) умерло 6, что составляетъ 54,5⁰/₀ всѣхъ случаевъ эклампсіи. Въ прошлые отчетные годы эклампсія тоже наблюдалась въ 12 случаяхъ или въ 1,2⁰/₀ родовъ, со смертностью 16,6⁰/₀ сбщаго числа этого осложнения, слѣдовательно значительно меньшею чѣмъ въ наши отчетные годы.

Такая повышенная смертность при тѣхъ же способахъ лѣченія объясняется, конечно, просто случайностью. Тогда какъ въ прошлые годы эклампсія разыгрывалась у женщинъ съ болѣе здоровымъ организмомъ, на этотъ разъ она имѣла мѣсто у роженицъ, здоровье которыхъ, какъ видно изъ описанія отдѣльныхъ случаевъ, было уже подорвано другими не менѣе серьезными, но болѣе хроническими, страданіями (*tuberculosis, vitium cordis* etc).

Въ Родильномъ Пріютѣ Московской Голицинской больницѣ, по отчету д-ра *Иноевса*, въ 1892 году на 929 родовъ было 5 случаевъ эклампсіи или—0,5⁰/₀.

Въ Московской Акушерской Клиникѣ въ 1890 г., эклампсія, по отчету проф. *Макѣва*, была въ 3 случаяхъ или 0,5⁰/₀ общаго числа родовъ. Смертныхъ случаевъ не было. Заболѣваній послѣ родовъ изъ этого числа 66,6⁰/₀. Смертность дѣтей 50⁰/₀. Тамъ же въ 1891 г.—0,7⁰/₀. Въ 3-хъ случаяхъ эклампсія была безъ

заболѣванія почекъ—очень слабая. Смертныхъ случаевъ—1 или 20⁰/о. Изъ дѣтей 2 мертвыхъ, т. е. 40⁰/о. Заболѣвшихъ переперальными заболѣваніями 1, т. е. 20⁰/о.

Въ Лихачевскомъ Родильномъ Отдѣленіи Казанской Земской больницы у д-ра *Львова*, съ 1 сентября 1890 г. по 1891 г., было 2 случая эклампсіи съ благополучнымъ исходомъ для матерей. Смертность дѣтей 50⁰/о.

Тамъ-же, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г., было 3 случая эклампсіи или около 0,4⁰/о общего числа родовъ—всѣ съ благополучнымъ исходомъ для матерей.

Въ Маринскомъ Родовспомогательномъ домѣ, съ 1881 г. по 1891 г., д-ръ *Шмидтъ* наблюдалъ 0,8⁰/о эклампсіи относительно общего числа родовъ. Смертность для матерей 21,7⁰/о; для дѣтей—33,3⁰/о.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, по отчету д-ра *Вольфа*, съ 1884 г. по 1891 г., на 3622 родовъ, эклампсія имѣла мѣсто 33 раза или 0,91⁰/о. Смертность дѣтей—42,8⁰/о или заисключеніемъ 3-хъ мацерированныхъ—34,3⁰/о. Умерло отъ эклампсіи 15,1⁰/о, вполне здоровыхъ въ послѣродовомъ періодѣ экламптичекъ 51,5⁰/о, лихорадило 12,1⁰/о, болѣло послѣродовыми формами 21,2⁰/о. Умершихъ отъ септическихъ заболѣваній послѣ предшествовавшей эклампсіи 3⁰/о.

Лѣченіе эклампсіи у насъ состоитъ, какъ и въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, въ примѣненіи хлороформа, хлораль-гидрата въ клизмахъ, морфія подкожно и кромѣ того пеленаній по способу *Пристнича*.

Того-же способа придерживается и большинство авторовъ, имѣвшихъ у насъ подъ руками отчетовъ, а д-ръ *Львовъ*, кромѣ того примѣняетъ пилокарпинъ, хлораль-гидратъ, *coffeinum*, *natrum benzoicum*, морфіи, *natrum bromatum*.

Этимъ краткимъ очеркомъ мы заканчиваемъ обзоръ имѣвшихъ у насъ за отчетное время случаевъ заболѣванія эклампсіей.

Изъ осложнений родового акта заслуживающихъ вниманія не менѣе, чѣмъ эклампсія, намъ осталось еще упомянуть о разрывахъ матки.

Разрывы матки. Осложненіе это на 931 родовъ встрѣтилось у насъ 4 раза (разрывъ тѣла)—0,4⁰/о, причемъ въ 2-хъ изъ нихъ былъ полный разрывъ и въ 2-хъ неполный. Кромѣ

того въ 3-хъ случаяхъ имѣлось дѣло съ разрывомъ шейки матки—0,3⁰/о.

1-й случай. *Ruptura uteri completa. Forceps. Extirpatio uteri per laparotomiam.* Ю. К. IV—пара, 37 лѣтъ. Трое первыхъ родовъ—срочные, первые изъ нихъ—трудные. Послѣ 1-хъ и 3-хъ болѣла. *Тазъ:* dist. sp. 24; dist. crist. 26; с. ext. 19; с. diag. 11¹/₄; с. vera 9³/₄. Животъ весьма вздутъ и болѣзненъ. Полное открытіе. Воды прошли. Головка вколочена во входъ. По средней линіи и слѣва, подъ покровами живота, прощупываются ясно мелкія части плода; вправо матка. *Pulsus parvus et celer* 124; Д. 50. Цианозъ. t° 36,6°. Более нѣтъ. Сердцебіенія плода нѣтъ. Диагностированъ *полный разрывъ матки*. Наложены *щипцы* въ прямомъ размѣрѣ таза на головку, стоящую во входѣ поперечно въ 1-й позиціи. Въ 1 тракцію головка извлечена съ пуповиной обвитой вокругъ шеи 3 раза. Пуповина, до извлеченія туловища, перерѣзана среди 2-хъ лигатуръ. Послѣдъ удаленъ рукою. Ребенокъ мертвый, доношенный, женскаго пола, 3150 grm. вѣса. Констатированъ проникающій разрывъ матки съ частичнымъ выходомъ плода въ брюшную полость. Спустя часъ послѣ родоразрѣшенія, въ виду продолжающагося кровотеченія, слѣлана *laparotomia*. Матка слѣва, во всю длину шейки до внутренняго зѣва, разорвана. Брюшина широкихъ связокъ представляетъ мѣшокъ, въ которомъ помѣщался плодъ по выходѣ изъ матки. Отслойка къ верху доходитъ до уровня Фаллопиевыхъ трубъ. На уровнѣ маточнаго разрыва находится также продольный разрывъ широкой связки длиною около 8 см. Края разрыва и самая брюшина, особенно спереди, сильно инфильтрованы кровью. Въ виду сильнаго кровотеченія изъ маточнаго нижняго отдѣла раны, наложенъ жгутъ въ области шейки, а вслѣдъ затѣмъ рана матки закрыта 6—7 швами. Послѣ остановки кровотеченія, матка удалена выше жгута и культи, обмытая сулемовымъ растворомъ, обшита 2-хъ этажнымъ швомъ.

Туалетъ брюшной полости произведенъ непосредственно губками. Много крови жидкой и въ сверткахъ. Сѣроватый налетъ. Рѣзко выраженный *peritonitis diffusa*. Культи укрѣплена вмѣстѣ съ жгутомъ снаружи и брюшная рана зашита узловатымъ швомъ. *Mors om̃s peritonitis diffusa.*

2-й случай. *Ruptura uteri completa. Forceps. Extirpatio uteri per laparotomiam.* Аналогиченъ первому. М. Т., IX—пара, 45 лѣтъ, плохаго тѣлосложенія и питанія. 8 родовъ срочныхъ. *Тазъ:* Dist. sp. 25; d. cr. 28; с. ext. 18. 1 черепя. поперечный видъ. *Obliquitas Naegele*. Полное открытіе. Пузыря нѣтъ. Головка въ полости. Более нѣтъ. Сильная слабость больной. Стоны. Р. едва ощутимъ. Рельефно прощупываются подъ кожей мелкія части плода. Стѣнки матки не опредѣляются. Животъ чрезвычайно чувствителенъ. *Diagnos.:* *Ruptura uteri completa* съ выходомъ плода въ брюшную полость. *Forceps.* Ребенокъ мертвый мужскаго пола, 4075 grm. вѣса и 59 cm. длиною. Въ виду тѣхъ же показаній, что и въ 1 случаѣ, слѣлана *laparotomia et exstirpatio uteri totalis* (см. первый случай). На 3-й день послѣ родовъ *mors*.

3-й случай *Ruptura uteri completa. Placenta praevia centralis. Anaemia acutissima. Mors.*

Больная 39 лѣтъ, VII—пара, послѣ 3-хъ дневнаго непрерывнаго кровотеченія, доставлена въ клинику крайне анемичною, съ холодными

конечностями, нитевиднымъ пульсомъ 130, блѣдными губами. Дома изслѣдована была докторомъ и акушеркой, которая, между прочимъ, давала больной *secale cornutum*.

Сердцебіенія плода нѣтъ. Тазъ: *dist. sp. 25; d. cr. 27; c. ext. 19,5*. Зѣвъ открытъ на 4½ п. Пузырь отсутствуетъ. 1 черепное. Послѣдъ занимаетъ весь зѣвъ, исключая незначительнаго въ ½ ctm. отверстія сверху его, гдѣ еще прощупываются оболочки. Головка надъ входомъ, подвижна. Влагалище выполнено свертками крови. Свѣжаго обильнаго кровотоčenія нѣтъ. Сильная болѣзненность живота. Сокращеній матки почти нѣтъ.

Послѣ, нужнаго для введенія руки, отслоенія края послѣда былъ сдѣланъ поворотъ и экстракція при полномъ открытіи зѣва, спустя ¼ часа со времени отхода водъ и 17 часовъ со времени начала болей. Ребенокъ мертвый. *Extractio manualis placentae*. При изслѣдованіи, произведенномъ послѣ родовъ, оказался разрывъ нижняго отрѣзка, идущій въ *parametrium sinistr.* на 4 п. Кровяныхъ свертковъ въ *parametrium* не было. Мѣсто разрыва не кровоточить. Въ *parametrium* введена марля. Операция произведена при незначительной потерѣ крови (матка промыта сулемой и карболой). *Anaemia acutissima. Mors.*

4-й случай. *Ruptura uteri incompleta. X., 45 лѣтъ, XII—para.* Всѣ прежніе роды правильные; XI—поперечное положеніе. Анамнестическихъ данныхъ собрать у больной невозможно было вслѣдствіе ея крайней слабости и отказа отвѣчать на вопросы. Тазъ ея: *d. sp 26; d. cr. 28; c. ext. 18,5; c. diag. 11.1* поперечн., передній видъ. *Prolapsus m. dext.* Болей нѣтъ. Сдѣланы *versio in pedes* et *extractio fetus*. Ребенокъ женскаго пола живой, доношенный 3560 *gram.* вѣса и 50 ctm. длиною. Послѣ операции больная умерла. На вскрытіи ея оказалось: *Pneumonia tuberculosa Ruptura uteri incompleta. Anaemia.* Паренхиматозное помутнѣніе всѣхъ органовъ.

Итакъ, всѣ описанные случаи разрыва матки доставлены въ клинику поздно, больныя—въ состояніи агоніи, когда никакихъ надеждъ на успѣшную подачу оперативной помощи не могло быть.

Въ заключеніе приведемъ и краткое описаніе остальныхъ 3 случаевъ, такъ какъ нѣкоторые изъ нихъ, какъ увидимъ ниже, могутъ служить демонстраціей плохой организаціи акушерской помощи въ городѣ.

5-й случай. *Ruptura colli uteri completa. Laparatomia in agonia.—Mors.*

В. Ч., 30 л., IV—para, поступила въ клинику при запискѣ врача, подававшего ей оперативную помощь въ городѣ. 1 роды были произвольные. 2 и 3 оперативные. Настоящіе роды (4-е), какъ видно изъ записки врача, происходили при поперечномъ положеніи. Въ городѣ былъ сдѣланъ поворотъ и экстракція, при чемъ была оторвана головка. На послѣднюю накладываемы были нѣсколько разъ щипцы, постоянно соскальзывавшіе. Такимъ образомъ послѣ неудачнымъ и энергичныхъ попытокъ окончить роды, пользовавшій больную врачъ переслалъ ее съ оставшейся головкой въ клинику.

При изслѣдованіи оказалось слѣдующее: Тазъ: dist. sp. 25,5; d. cr. 27; c. ext. 16; c. diag. 9. Влагалище отечно. Полное открытіе зѣва. Проникающій разрывъ шейки на передней стѣнкѣ. Головка въ полости брюшины. Пульса нѣтъ. Анаемія acutissima. Черезъ наружные покровы живота, сейчасъ надъ симфизомъ, прощупывается головка плода. Наружныя половыя части отечны.

Впрыснуто 4 Правацовскихъ шприца зенра и 200 грам. физиологическаго раствора поваренной соли.

Произведена *laparotomia in agonia*.

Изъ разрыва брюшной стѣнки—ни капли крови. Удалены: головка, послѣдъ, старые кровяные сгустки изъ брюшной полости. Изъ краевъ разрыва матки—тоже ни капли крови. Черезъ разрывъ во влагалище проведенъ кусокъ марли. Брюшная рана зашита шелковыми швами.—Mors.

Размѣры головки: прямая окружность $33\frac{1}{2}$; косая 37; прямой размѣръ 10,5, большой косой $12\frac{1}{2}$, малый косой 9; большой поперечный 8; малый поперечный 7. Оторвана отъ туловища на уровнѣ 3-го шейнаго позвонка. Переломъ нижней челюсти по средней линіи. Ушибъ всей нижней половины лица.

Итакъ нѣтъ надобности подробно указывать на всю грубость приемовъ извлеченія головки въ городѣ, такъ какъ она сама собою понятна.

6-й случай. *Ruptura colli uteri incompleta* съ выходомъ плода въ подбрюшинное пространство.

Х., 33 л., V—para. Сердцебиенія плода нѣтъ. Тазъ: d. sp. 24,5; d. cr. 27; c. ext. 18,5; c. diag. 10,5 и c. vera 8. Полное открытіе, пузыря нѣтъ. 2-е попереч., передній видъ. *Prolapsus f. umbilicalis. n. p. et manus sin* Животъ болѣзненъ. Потугъ нѣтъ. Части плода прощупываются непосредственно подъ кожей спереди и слѣва у верхняго отдѣла матки; матка—справа.

Диагнозъ. *Ruptura colli uteri*. Сдѣланы *versio in pedes et extractio* мертваго плода. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное.

Больная выписалась здоровою въ слѣдующемъ состояніи. Матка безболѣзненна, хорошо сократилась, *portio vagin.* сформировано, цилиндрической формы. Разрывъ шейки влѣво покрытъ грануляціями и идетъ не очень далеко въ клѣтчатку (на 1 см.). Вокругъ разрыва небольшой инфильтратъ травматическаго происхожденія. Матка въ антефлексіи. Другіе органы нормальны.

О VII случаѣ по порядку или 3 случаѣ разрыва шейки у I—para мы свѣдѣній подробныхъ не имѣемъ вслѣдствіе потери клиническаго ея листка.

И такъ, всего случаевъ разрыва матки у насъ было 0,7⁰/₀. Въ прошлые отчетные годы 0,5⁰/₀.

Въ Московской Акушерской клиникѣ проф. *Макѣва*, въ 1890 году, осложненіе это имѣло мѣсто въ 0,2⁰/₀.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ заведеніи, по отчету д-ра *Шмидта*, съ 1881 г. по 1891 г., разрывъ матки наблюдался 2 раза на 5419 родовъ.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянского* разрывъ матки, по отчету д-ра *Вольфа*, съ 1884 г. по 1891 г., наблюдался 6 разъ на 3622 разрѣшеній; т. е. почти 2⁰/₀.

Такимъ образомъ наша клиника даетъ ⁰/₀ разрывовъ матки нѣсколько большій, чѣмъ другія родильныя учрежденія.

Явленіе это зависитъ отъ плохой организаціи акушерской помощи въ Варшавѣ; тогда какъ въ другихъ большихъ городахъ имѣются обширныя, хорошо устроенныя родильныя учрежденія съ правильной организаціей акушерской помощи и весь патологическій акушерскій матеріалъ распадается на части соотвѣтственно числу этихъ учреждений, въ Варшавѣ клиника является единственнымъ убѣжищемъ какъ для тѣхъ, которыя попадаютъ въ нее сразу, такъ и для тѣхъ, которыя предварительно побывали въ маленькихъ городскихъ пріютахъ или на дому у акушеровъ и присланы оттуда въ клинику въ безнадѣжномъ состояніи или вслѣдствіе потери дорогого для своевременной подачи помощи момента въ напрасныхъ блужданіяхъ по пріютамъ, или послѣ неумѣлой подачи помощи гдѣ нибудь въ городѣ.

Въ виду вышесказаннаго теперь и въ прошломъ нашемъ отчетѣ относительно положенія клиники среди другихъ родильныхъ пріютовъ, превышающій ⁰/₀ разрывовъ матки въ нашей клиникѣ сравнительно съ другими. положительно находитъ себѣ оправданіе. Всѣ тѣ неудобства устройства клиники и зависимости ея отъ больницы въ связи съ неудобствами положенія ея относительно другихъ пріютовъ въ городѣ ¹⁾ положительно подтверждаютъ неизбежность большаго ⁰/₀ различныхъ опасныхъ осложненій родового акта у насъ сравнительно съ другими находящимися въ благопріятныхъ съ указанной точки зрѣнія условіяхъ родильными учрежденіями.

Больше распространяться по этому поводу мы не будемъ, такъ какъ все необходимое было уже указано вкратцѣ въ прошломъ нашемъ отчетѣ (съ 1888—1890 г.): Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней 1893 г., февраль. Этимъ краткимъ

¹⁾ Родильные городскіе пріюты по своему Уставу не могутъ принимать больныхъ съ повышенной т°, а равно всѣхъ, коимъ грозитъ опасность послѣ-ли подачи помощи въ пріютѣ, или до нея. Надо замѣтить, что въ этомъ отношеніи существуетъ кромѣ того большой произволъ, считается съ которымъ приходится только клиникѣ.

очеркомъ мы и заканчиваемъ обзоръ осложненій родоразрешающаго акта болѣе видныхъ, въ остальномъ же по этому вопросу считаемъ достаточнымъ сослаться на таблицу № 16.

Къ вѣдомости родовъ съ оперативнымъ пособіемъ.

(См. табл. № 17).

0/о оперативныхъ пособій въ нашей клиникѣ въ настоящее отчетное время, какъ и всегда, значительно превышаетъ таковую въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ. На причину этого явленія мы уже имѣли случай указать выше—при разборѣ различныхъ осложненій родоваго акта. На 931 родовъ за отчетное время у насъ было 727 оперативныхъ пособій изъ которыхъ крупныхъ оперативныхъ пособій было 327 или 35,1⁰/о общаго числа родовъ.

Мелкихъ оперативныхъ пособій было 402 или 43,2⁰/о общаго числа родовъ.

И такъ, остановимся на 1-й категоріи операцій.

I. *Поворотъ на ножки или ножку* встрѣтился въ 61 случаѣ, что даетъ 8.4⁰/о общаго числа оперативныхъ пособій или 6,6⁰/о общаго числа родовъ. Изъ этого числа въ 14 случаяхъ или 23⁰/о эта операція была у I—рага и въ 47 или 77⁰/о у M—рага.

Показанія къ этой операціи были слѣдующія:

Поперечныя и косыя положенія 38 случаевъ, при чемъ 18 изъ нихъ сопровождалось выпаденіемъ мелкихъ частей плода (въ это число входитъ и 4 поворота на головку наружными приемами при косыхъ положеніяхъ).

Въ 21-мъ случаѣ поворотъ былъ произведенъ при черепномъ предлежаніи; показаніями къ нему были въ 21 случаяхъ выпаденіе мелкихъ частей плода или пуповинъ, въ 1 случаѣ *hernia umbilicalis incarcerata*; въ 4-хъ случаяхъ *placenta praevia*; въ 1-мъ неправильное вставленіе головки—*Naegel'*евское наклоненіе и въ 1-мъ случаѣ скручиваніе плода; въ 2-хъ случаяхъ эклампсія.

Затѣмъ 1 поворотъ былъ при лицевомъ предлежаніи, и 1 при лобномъ. Всѣ эти 61 случаевъ поворота сопровождалось также и экстракціей.

Сравнивая полученный нами $0/0$ операций ($6,60/0$) съ таковымъ прошлыхъ отчетныхъ лѣтъ въ нашей и другихъ клиникахъ и родильныхъ учрежденіяхъ, найдемъ слѣдующее: съ 1 января 1888 г. по 15 марта 1890 г., у насъ названная операція дала $4,50/0$ общаго числа родовъ, т. е., значительно меньше сравнительно съ нынѣшними отчетными годами, что зависитъ главнымъ образомъ отъ меньшаго $0/0$ поперечныхъ положеній въ прошлые годы ($3,40/0$) въ сравненіи съ таковымъ нынѣшняго отчетнаго времени ($4,10/0$).

Въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго, по отчету д-ра *Восфиса*, поворотъ внутренній и наружный вмѣстѣ были 45 разъ или $1,10/0$ общаго числа родовъ.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ домѣ, по отчету д-ра *Шмидта*, съ 1881 по 1891 г., всѣхъ поворотовъ (наружныхъ, внутреннихъ и наружно-внутреннихъ) было 69, что по отношенію къ 5419 родамъ даетъ около $1,30/0$.

Въ Московской Акушерской Клиникѣ, по отчету проф. *Максѣва*, въ 1890 г. поворотовъ было 17 или $2,80/0$ общаго числа родовъ.

Тамъ-же въ 1891 году—18 разъ на 717 родовъ или $2,50/0$.

Въ Родильномъ Приютѣ Голицинской Московской больницы въ 1890 г., по отчету д-ра *Иноевса*, поворотъ былъ въ $20/0$; а въ 1892 году— $1,20/0$.

Въ Лихачевскомъ Родильномъ отдѣленіи Казанской Земской больницы (*Львова*), съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., поворотъ имѣлъ мѣсто въ 11 случаяхъ на 690 родовъ или въ $1,60/0$.

Тамъ-же, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г.,— $0,90/0$

И такъ полученный нами $0/0$ операціи поворота значительно превышаетъ таковой другихъ родильныхъ учреждений, что зависитъ отъ большаго числа осложненій родоваго акта, требующихъ этой операціи, а также отъ большаго числа неправильныхъ положеній плода.

II. *Щипцы* были наложены 87 разъ или въ $9,30/0$ общаго числа родовъ (въ прошлые отчетные годы $10,50/0$). Показанія къ наложенію щипцовъ были слѣдующія:

Въ 32-хъ случаяхъ atonia матки, въ 11 асфиксія плода, въ 14 были наложены съ діагностическою цѣлью при узкомъ

тазѣ, въ 12 сильное растяженіе нижняго отрѣзка, въ 2-хъ разрывы матки, въ 4-хъ эклампсіа, въ 1-мъ спазматическія потуги, въ 3-хъ сильное истощеніе больной, въ 1-мъ *hystero-epilepsia*, въ 2-хъ *oblig. Naegеле*, въ 1-мъ *obl. Litzmani*, въ 2-хъ лицевое предлежаніе при слабости болей, въ 1-мъ *prolapsus funiculi pulsantis* при головкѣ и въ 1-мъ случаѣ щипцы наложены были на ягодицы плода при чрезмѣрной величинѣ послѣдняго.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, (*Ворфѣ*) операція наложенія щипцовъ дала 2,8⁰/о.

Въ Московской Голицинской больницѣ (д-ръ *Иноевъ*) въ 1890 году щипцы были наложены въ 2,5⁰/о.

Тамъ же въ 1892 году 2,2⁰/о.

Въ Московской акушерской клиникѣ (проф. *Макѣвъ*) въ 1890 году щипцы были наложены 21 разъ на 598 родовъ или въ 3,5⁰/о.

Тамъ же въ 1891 году—20 разъ на 717 родовъ, что составляетъ около 2,8⁰/о.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ домѣ (д-ръ *Шмидтъ*) съ 1881 по 1891 годъ, операція наложенія щипцовъ была произведена въ 210 случаяхъ на 5419 родовъ, т. е. въ 3,8⁰/о.

Въ Лихачевскомъ Родильномъ Отдѣленіи Казанской Земской больницы (д-ръ *Лвовъ*), съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., щипцы были наложены 34 раза, что на 690 родовъ даетъ около 5⁰/о.

Тамъ же, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 года, эта операція была произведена въ 25 случаяхъ или въ 3,2⁰/о общаго числа родовъ.

Такимъ образомъ и ⁰/о этой операціи въ нашей клиникѣ гораздо больше, чѣмъ въ перечисленныхъ выше родильныхъ учрежденіяхъ, что конечно въ свою очередь зависитъ отъ большаго числа осложненій родового акта у насъ.

III. *Перфорация и краниоклазія*. Прободеііе головки за отчетное время было произведено въ 3,5⁰/о, при чемъ въ 3,3⁰/о предлежащей и 0,2 послѣдующей головки—всего же въ 33 случаяхъ—въ 1,9⁰/о на живыхъ и 1,6⁰/о на мертвыхъ.

Показанія къ этой операціи были слѣдующія: вытяженіе нижняго отрѣзка при узкомъ тазѣ—18, эклампсіа—1, крово-

теченіе изъ шейки матки вслѣдствіе разрыва рубцовой ткани послѣ діагностическихъ щипцовъ, наложенныхъ при открытіи на 3 п.—1, *Obliquitas Litzmani* и узкомъ тазѣ—5. *Obliqu. Naegle*—3, атонія матки при маломъ открытіи зѣва и безусловной смерти плода—2, *Hystero-epilepsia*—1. Въ 2 случаяхъ была перфорирована послѣдующая головка—въ 1 изъ нихъ при ягодичномъ предлежаніи и узкомъ тазѣ, въ другомъ же у женщины прибывшей въ клинику послѣ освобожденія туловища въ городѣ и съ оставшейся головкой. 31 случай прободенія головки сопровождался такимъ же числомъ наложенія краниокласта, т. е. краниоклазія имѣла мѣсто въ 3,3⁰/о общаго числа родовъ. Въ прошлые отчетные годы операція эта дала 4,4⁰/о общаго числа родовъ, т. е. больше, чѣмъ теперь.

Въ отчетахъ другихъ авторовъ мы находимъ слѣдующіе % этой операціи: у *Vogfja* 0,8⁰/о общаго числа родовъ; у *Иновса* за 1890 г. 0,2⁰/о, а за 1892 г. болѣе 0,6⁰/о; у проф. *Макьева* въ 1890 году—0,8⁰/о, а въ 1891 году—0,7⁰/о. у *Шмидта* 0,4⁰/о; у *Львова*, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г.—1,4⁰/о; у него же, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г.—1⁰/о.

IV. *Кесарское сѣченіе*. Операція эта за отчетное время была произведена у насъ 5 разъ, т. е. въ 0,5⁰/о, при чемъ въ 3 случаяхъ—0,3⁰/о на живыхъ и въ 2 случаяхъ на мертвыхъ.

Первые три случая кесарскаго сѣченія (на живыхъ) подробно описаны проф. *Н. В. Ястребовымъ* въ Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней за 1891 г., сентябрь, въ статьѣ подъ заглавіемъ «О консервативномъ кесарскомъ сѣченіи». 3 эти случая были сообщены въ Русскомъ Медицинскомъ Обществѣ при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ 8-го мая 1891 года. На эту статью мы считаемъ вполне достаточнымъ сослаться.

Остановимся лишь въ краткихъ чертахъ на четвертомъ случаѣ кесарскаго сѣченія.

Х., VI—пара, 32 лѣтъ отъ роду, замужняя съ 17 лѣтъ, слабаго тѣлосложенія и питанія, блондинка. Болѣзней дѣтства не помнитъ. 1-я крови на 17 году—типъ кровей $\frac{5-6 \text{ дней}}{4 \text{ нед.}}$; крови умѣренныя, правильныя; прежде 5 родовъ были своевременные и протекали нормально. Дѣтей сама не кормила.

Доставлена въ клинику на VIII мѣсяцѣ беременности въ послѣднихъ стадіяхъ чахотки. Тазъ: d. sp. 25,5; d. cr. 28, c. ext. 19; c. diag. 11.

Для спасенія жизни плода, послѣ неудачныхъ предварительныхъ попытокъ по возбужденію преждевременныхъ родовъ, со смертью матери было произведено кесарское сѣченіе на мертвой. Ребенокъ извлеченъ мертвый. Дѣвочка 2050 grm. вѣсомъ и длиною 49 см., недоношенная.

5-й случай кесарскаго сѣченія описанъ при разборѣ случаевъ эклампсiи.

Въ прошлые отчетные годы кесарское сѣченіе встрѣтилось 1 разъ или 0,1⁰/₀ общаго числа родовъ.

Въ Клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго (отчетъ д-ра *Вольфа*) за 1884—1891 г.г., кесарское сѣченіе было произведено 4 раза: въ 1-мъ консервативное и въ 3-хъ случаяхъ—по способу *Порро*, что вмѣстѣ, въ отношеніи 3622 родовъ, составляетъ 0,1⁰/₀.

Въ Лихачевскомъ Родильномъ Отдѣленіи Казанской Земской больницы (отчетъ д-ра *Львова*, съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г.) было произведено 1 разъ кесарское сѣченіе—по способу *Porro*, т. е. въ 0,1⁰/₀ общаго числа родовъ.

Въ Маріинскомъ Родовспомогательномъ домѣ (отчетъ д-ра *Шмидта*, 1881—1891 г.г.) на 5419 родовъ было произведено 1 разъ кесарское сѣченіе послѣ смерти, т. е. въ 0,01⁰/₀.

И такъ ⁰/₀ кесарскихъ сѣченій въ нашей клиникѣ значительно превышаетъ таковой другихъ родильныхъ учреждений.

(У проф. *Макъева*, въ 1890 и 1891 г.г., у д-ра *Иноевса*, въ 1890 и 1892 г.г., не помѣчено ни одного случая кесарскаго сѣченія).

V. *Laparotomia*, за отчетное время была произведена 3 раза—0,3⁰/₀, при разрывахъ матки. Въ 2-хъ изъ этихъ случаевъ была произведена *extirpatio uteri*. Всѣ эти случаи описаны при разборѣ осложненийъ родового акта разрывомъ матки.

Въ прошлые отчетные годы лапаротомія была въ—0,1⁰/₀.

Въ отчетахъ другихъ авторовъ мы находимъ слѣдующія указанія на ⁰/₀ данной операціи: у д-ра *Львова*, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., было 1 разъ чревосѣченіе, затѣмъ до 1 сентября 1892 г. не было ни одного случая.

У д-ра *Шмидта*—ни одного случая.

У д-ра *Иноевса*—въ 1890 и 1892 г. тоже.

У проф. *Макъева*—въ 1890 и 1891 г.г. тоже ни одного случая лапаротоміи не наблюдалось.

Наконецъ, изъ большихъ акушерскихъ операцій намъ остается еще упомянуть объ

VI. *экстракции плода за тазовой конецъ*. Экстракция за тазовой конецъ дала за отчетное время 100 случаевъ или 10,7% общего числа родовъ. Изъ этого числа 61 экстракция являлась послѣдующей за операцией поворота, а 39 было чистыхъ экстракцій—при ягодичныхъ и ножковыхъ предлежаніяхъ.

Въ прошлые отчетные годы названная операція дала 6,4%—значительно меньше сравнительно съ настоящими.

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянского* 0,7%. У проф. *Макеева* въ 1890 году—44 на 598 родовъ или 7,3%. У него-же въ 1891 году 45 на 717 родовъ или около 6,3%.

У д-ра *Июсевича* въ 1890 г.—18 на 820 родовъ или 2,2%; у него-же, въ 1892 году—14 на 929 родовъ или 1,5%.

У д-ра *Шмидта* полное извлеченіе плода было произведено въ 2,5%; извлеченіе ручекъ и головки плода 1,2%; извлеченіе головки плода 0,6%, т. е. всего экстракцій было 4,3%.

У д-ра *Львова*, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., была экстракция 17 разъ на 690 родовъ, или около 2,5%; у него-же съ 1 сентября 1891 г. по 1 сентября 1892 г.—1,5% общего числа родовъ.

Итакъ % названной операціи въ нашей клиникѣ далеко превышаетъ таковой въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ, что, какъ само собой понятно, находится въ связи съ преобладаніемъ у насъ числа поперечныхъ и ягодичныхъ предлежаній сравнительно съ таковымъ другихъ родильныхъ учреждений.

Этимъ мы заканчиваемъ обзоръ болѣе важныхъ акушерскихъ операцій. На остальныхъ не будемъ останавливаться считая достаточнымъ сослаться на данныя, приведенныя въ таблицѣ № 17.

Итакъ, какъ показываетъ послѣдняя таблица, всего оперативныя пособія были оказаны въ нашей клиникѣ въ 729 случаяхъ или въ 78,3% общего числа родовъ,—слѣдовательно больше, чѣмъ въ прошлые отчетные годы (75,9%) на 2,4%, что объясняется большимъ числомъ осложненій родового акта въ наше отчетное время.

Сравнивая теперь общій % оперативныхъ пособій при родахъ въ нашей клиникѣ съ таковымъ въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ, найдемъ слѣдующіе общіе выводы въ отчетахъ объ этихъ послѣднихъ различныхъ авторовъ: въ отчетѣ д-ра

Вѣдомость оперативнымъ пособіямъ въ

НАЗВАНІЕ ОПЕРАТИВНЫХЪ ПОСОБІЙ.	Отъ 5—6 смм.		Отъ 6,1—7 смм.		Отъ 7,1—8 смм.		Отъ 8,1—9 смм.	
	Б Е Р Е М Е Н							
	I—p.	M—p.	I—p.	M—p.	I—p.	M—p.	I—p.	M—p.
Versio in pedes	—	—	—	—	1	5	5	19
Versio in caput	—	—	—	—	—	—	—	—
Extr. foetus totalis	—	—	—	—	—	5	8	18
Forceps	—	—	1	—	3	10	12	12
Perforatio { Предлежащ. головки	—	—	1	1	4	4	4	7
	—	—	—	—	—	1	1	—
Cranioclasia	—	—	1	1	3	5	4	7
Embryotomia	—	—	—	—	—	—	—	—
Sectio Caesarea	2	—	—	—	—	—	—	—
Laparotomia sub partu	—	—	—	—	—	1	—	1
Partus provocatus	—	—	—	—	—	—	—	1
Extirpatio uteri tot. per laparotomiam	—	—	—	—	—	—	—	1
Dilatatio orif. ext. uteri	—	—	1	—	1	—	—	—
Extractio partialis foetus	—	—	—	—	—	1	2	—
Extractio placentae et ovi resid.	—	—	—	—	—	—	1	4
Repositio funic. umbilic.	—	—	—	—	—	—	1	1
Repositio extremitatum	—	—	—	—	—	—	1	—
Expressio foetus по Kristell.	—	—	—	—	—	—	1	2
Colpo-perineorrhaphia	—	—	—	—	4	4	37	10
Diruptio velamentorum	—	—	—	—	3	2	3	5
Extractio manualis placentae	—	—	—	—	—	—	—	1
Incisio pudendorum	—	—	—	—	—	—	—	—
Excochleatio uteri	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого	2	—	4	2	19	38	80	83
Всего	2		6		57		163	

ца № 17.

связи съ данною величиною conj. verae.

Отъ 9,1—10 смм.		Отъ 10,1—11 смм.		Размѣръ неопред.		Итого.		Всего опера- цій.	% по отноше- нію къ числу операций.	% по отноше- нію къ числу родовъ.	Число опера- цій большихъ и малыхъ.	% по отноше- нію къ числу родовъ.
Н о с т ь.												
І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.	І-р.	М-р.					
4	16	4	13	—	—	14	47	61	8,4	6,6	б о л ь ш и х ь 327	35,1%
—	1	—	3	—	—	—	4	4	0,6	0,4		
10	22	8	29	—	—	26	74	100	13,8	10,7		
19	11	13	6	—	—	48	39	87	12,0	9,3		
2	4	2	2	—	—	13	18	31	4,3	3,3		
—	—	—	—	—	—	1	1	2	0,3	0,2		
2	4	2	2	—	—	12	19	31	4,3	3,3		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
1	1	—	1	—	—	3	2	5	0,6	0,5		
—	1	—	—	—	—	—	3	3	0,4	0,3		
—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,1	0,1	м а л ы х ь 402	43,2%
—	1	—	—	—	—	—	2	2	0,3	0,2		
—	—	1	—	—	—	3	—	3	0,4	0,3		
1	3	1	3	—	—	4	7	11	1,5	1,2		
1	3	4	6	—	1	6	14	20	2,8	2,1		
1	1	—	—	—	—	2	2	4	0,6	0,4		
—	2	—	—	—	—	1	2	3	0,4	0,3		
3	—	2	5	—	—	6	7	13	1,8	1,4		
70	16	98	25	1	—	210	55	265	36,4	28,5		
7	16	8	25	—	—	21	48	69	9,5	7,4		
2	2	—	6	—	—	2	9	11	1,5	1,2		
—	—	1	—	—	—	1	—	1	0,1	0,1		
—	—	1	1	—	—	1	1	2	0,3	0,2		
123	104	145	127	1	1	374	355	729	100%	78,3%		
227		272		2		729						

Львова, съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., общее число оперативныхъ пособій=17⁰/₀, съ 1891 по 1892 г.—16⁰/₀.

Д-ръ *Шмидтъ* приводитъ 31,2⁰/₀ оперативныхъ пособій, включая сюда и операцію удаленія послѣда по *Crédé*, которую мы исключили изъ числа оперативныхъ пособій.

Д-ръ *Иноевъ* въ 1890 году приводитъ 9⁰/₀ большихъ акушерскихъ операцій, въ 1892 году 9,2⁰/₀.

Итакъ общій ⁰/₀ оперативныхъ пособій въ нашей клиникѣ въ значительной мѣрѣ превышаетъ таковой другихъ родильныхъ учреждений, что, конечно, находится въ зависимости отъ большаго числа осложненій родового акта, изъ которыхъ на первомъ мѣстѣ стоитъ узкій тазъ, который въ свою очередь является исходнымъ пунктомъ къ развитію другихъ новыхъ, хотя и менѣе важныхъ осложненій, но во всякомъ случаѣ требующихъ примѣненія того или другого оперативнаго пособия (къ таковымъ осложненіямъ можно отнести такія, какъ напр., выпаденіе пуповины и конечностей, неправильныя положенія, ранній отходъ водъ и др.) Этимъ мы заканчиваемъ разсмотрѣніе особенностей родового періода и теперь переходимъ къ краткому обзору особенностей послѣродового періода.

О родильницахъ.

Какъ сказано уже выше, роженицъ, у которыхъ роды отъ начала до конца происходили въ клиникѣ, было за отчетное время 921. Но къ этому числу мы прибавили и 10 послѣродовыхъ, прибывшихъ въ 1890 году послѣ разрѣшенія на улицѣ, такъ какъ эти больныя дали порядочный ⁰/₀ септическихъ заболѣваній, такъ что всѣ процентныя отношенія мы рассчитали на 931 роженицу какъ въ таблицахъ родильныхъ заболѣваній, такъ и во всѣхъ остальныхъ таблицахъ приведенныхъ выше.

Изъ нихъ родильницъ легко заболѣвшихъ простыми септическими формами, какъ показываетъ таблица № 18, было 4,9⁰/₀ (46 случаевъ).

Легко заболѣвшихъ смѣшанными общими септическими формами какъ показываетъ таблица № 18 и 19, было 5, т. е. всего заболѣвшихъ легкими септическими формами было 51 или 5,5⁰/₀ (въ прошлые отчетные годы 7,6⁰/₀) общаго числа родовъ.

Тяжелозаболѣвшихъ простыми септическими формами (см. табл. 18) 6 или 0,6⁰/о (въ прошлые отчетные годы 0,8⁰/о).

Смертность отъ септическихъ заболѣваній даетъ 0,5⁰/о (въ прошлые отчетные годы столько-же).

Здоровыхъ родильницъ, подъ которыми мы разумѣемъ всѣхъ, неимѣвшихъ никакихъ болѣзней и ни одного повышенія t^0 выше 38⁰, было 75,4⁰/о; въ прошлые отчетные годы 60,8⁰/о, а еще раньше, по отчету д-ра *Федорова*, 50,7⁰/о.

Такимъ образомъ ⁰/о здоровыхъ родильницъ постепенно нарастаетъ параллельно уменьшенію послѣродовыхъ заболѣваній.

Таблица № 18. Вѣдомость о родильницахъ. Теченіе послѣ-родового періода и его осложненія.

	Г О Д Ы.				Всего.	‰.
	1890 г. съ 15-го марта.	1891 г.	1892 г. до 15-го марта.			
Родильницъ здоровыхъ	304	319	79	702	75,4	
Родильницъ легко заболѣв. простыми септическими формами	20	25	1	46	4,9	
Родильницъ тяжело заболѣв. простыми септическими формами	6	—	—	6	0,6	
Умерло изъ нихъ	5	—	—	5	0,5	
Забол. послѣродов. несептич. болѣзням.	5	5	2	12	1,3	
Умерло изъ нихъ	1	3	2	6	0,6	
Заболѣл. смѣшанн. (послѣродов. несе- птическими и септич. формами).	—	—	—	—	—	
Умерло изъ нихъ	—	—	—	—	—	
Заболѣвшихъ общими болѣзнями . . .	5	12	6	23	2,4	
Умерло изъ нихъ	1	1	—	2	0,2	
Заболѣвш. смѣшанн. (общими и септи- ческими) болѣзнями	—	3	2	5	0,5	
Умерло изъ нихъ	—	—	—	—	—	
Однократно лихорад. безъ мѣстн. явленій	6	21	10	37	3,9	
Повторно лихорадило безъ мѣстныхъ явленій	6	6	—	12	1,3	
Кратковременно лихорадившихъ при трещинахъ сосковъ, нагрубаніи гру- дей, ссадинахъ и т. п.	13	67	9	89	9,5	

Въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянского*, по отчету д-ра *Ворффа*, съ 1884 по 1891 г., здоровыхъ родильницъ числится 78,1⁰/о;

лихорадившихъ 13,25⁰/о; болѣвшихъ послѣродовыми формами 6,7⁰/о; болѣвшихъ непослѣродовыми формами 1,96⁰/о. Умершихъ отъ непослѣродовыхъ заболѣваній 0,49⁰/о; умершихъ отъ послѣродовыхъ заболѣваній 0,44⁰/о.

Въ Московской Акушерской клиникѣ проф. *Макъева*, въ 1890 году на 598 родовъ, лихорадочныхъ заболѣваній было 61, т. е. 10,2⁰/о. Присоединяя къ этому числу заболѣванія нелихорадочныя (43 случая), получимъ цифру всѣхъ заболѣваній вообще 104 или 17,4⁰/о. Но къ лихорадочнымъ заболѣваніямъ онъ относитъ 10 неспеціальныхъ послѣродовыхъ, такъ что послѣродовыхъ заболѣваній въ узкомъ смыслѣ было 51 или 8,5⁰/о.

Таблица № 19. Вѣдомость заболѣвшимъ смѣшанными (общ. болѣзн. и сепсис.) формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г О Д Ы.			Заболѣло во время беременности.	Заболѣло въ періодъ послѣродовыи.	Выписалось.	Переведено въ боль- ницы города.	Умерло.
	1890 г. съ 15 марта	1891 г.	1892 г. до 15 марта					
Endometritis putrida et Cystitis	—	1	—	1	—	1	—	—
Bronchitis. Ulcus puerp. . .	—	1	—	—	1	1	—	—
Endometritis. Erysipelas . .	—	1	—	—	1	—	1	—
Endometritis sub et post partum. Bronchopneumonia. Mercu- rialismus	—	—	1	1	—	—	1	—
Endometritis levis. Ulcus puerp. Gastro-duodenitis	—	—	—	—	1	1	—	—
Итого	—	3	2	2	3	3	2	—

Въ это число входятъ и заболѣванія, въ которыхъ т⁰ поднималась на короткое время безъ локализациі заболѣванія, число ихъ 23; исключивъ послѣднее изъ числа лихорадокъ послѣродовыхъ заболѣваній, получимъ всего 28 заболѣваній послѣродовыхъ или 4,7⁰/о, гдѣ послѣродовая лихорадка имѣла исходнымъ пунктомъ опредѣленныя заболѣванія въ половыхъ органахъ родильницы.

Смертность отъ спеціальныхъ послѣродовыхъ заболѣваній 0,5⁰/о.

Тамъ-же въ 1891 году, на 717 родовъ, септическихъ заболѣваній было 73, т. е. около 10,2⁰/о.

Въ это число входитъ и 31 нелокализованныхъ или несептическихъ заболѣваній, за исключеніемъ которыхъ получится число локализованныхъ заболѣваній 42 или 5,8⁰/о.

Смертность отъ послѣродовыхъ заболѣваній была въ 2 случаяхъ или въ 0,3⁰/о общаго числа родовъ.

Общихъ заболѣваній было 20, т. е. около 2,8⁰/о.

Въ родильномъ пріютѣ Московской Голицинской больницы, по отчету д-ра *Иноева*, въ:

	1890 году.	1891 году.	1892 году.
Здоровыхъ родильницъ . . .	81,4 ⁰ /о	84,1	86,2
Болѣв. непослѣродовыми форм. . .	1,8	1,8	1,3
Лихорадившихъ	14,4	12,5	10,0
Болѣвшихъ послѣрод. форм. . .	1,9	1,1	1,9
Умершихъ отъ непослѣр. формъ . .	0,2	0,4	0,3
Умершихъ отъ послѣрод. формъ . .	0,3	0,1	0,3

Въ Маріинскомъ родовспомогательномъ домѣ, по отчету д-ра *Шмидта*, съ 1881 г. по 1891 г., на 5419 родовъ всего смертей было 50 или 0,9⁰/о. Изъ этого числа отъ септич. умерло 0,6⁰/о; отъ причинъ случайныхъ 0,3⁰/о.

Различныхъ подраздѣленій заболѣваній на группы мы не находимъ въ отчетѣ д-ра *Шмидта*, всѣ же данныя послѣродоваго періода у него представлены въ одной таблицѣ (см. выше) съ графами совершенно нетождественными съ таковыми нашихъ таблицъ.

Въ Лихачевскомъ родильномъ отдѣленіи Казанской земской больницы, по отчету д-ра *Львова*, за періодъ съ 1 сентября 1890 г. по 1 сентября 1891 г., всѣхъ лихорадочныхъ заболѣваній и нелихорадочныхъ было 22 или 13,3⁰/о.

Изъ этого числа заболѣваній съ повышеніемъ t⁰ было 11,2⁰/о и не сопровождавшихся повышеніемъ t⁰ 2,1⁰/о. Изъ этого числа собственно послѣродовыхъ заболѣваній было 47 или 6,8⁰/о, остальные же 6,5⁰/о были заболѣванія общаго характера, не имѣющія никакой связи съ послѣродовымъ періодомъ. Въ общее число послѣродовыхъ заболѣваній причислены

и 13 случаевъ заболѣваній, не сопровождавшихся лихорадочнымъ состояніемъ; за исключеніемъ этихъ 13 случаевъ всего пуэрперальныхъ лихорадочныхъ заболѣваній остается 34 случая или 4,9⁰/о общаго числа родовъ.

Смертность отъ послѣродовыхъ заболѣваній составляетъ 0,3⁰/о.

Тамъ-же въ 1891—1892 году—всѣхъ заболѣваній лихорадочныхъ 14,8⁰/о. Собственно послѣродовыхъ заболѣваній изъ этого числа было 9,35⁰/о; остальные же 5,45⁰/о принадлежать заболѣваніямъ общаго характера. Нелихорадочныхъ послѣродовыхъ заболѣваній было 2,65⁰/о, за исключеніемъ которыхъ изъ общаго числа собственно послѣродовыхъ заболѣваній (9,35⁰/о), останется послѣродовыхъ заболѣваній лихорадочныхъ 6,7⁰/о. Безлихорадочное теченіе послѣродоваго періода было у 93,3⁰/о.

(Группировка заболѣваній у *Львова*: 1) лихорадочныя пуэрперальныя заболѣванія, куда входятъ также и неопредѣленные кратковременныя лихорадочныя безъ мѣстныхъ явленій. 2) Нелихорадочныя пуэрперальныя заболѣванія. 3) Лихорадочныя и нелихорадочныя заболѣванія въ послѣродовомъ періодѣ общаго характера).

Для болѣе нагляднаго сравненія данныхъ, касающихся родильнаго періода въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ съ такими въ нашей клиникѣ, мы приводимъ въ одной таблицѣ (см. табл. № 20) результаты наблюденій надъ теченіемъ послѣродоваго періода авторовъ, имѣвшихъ у насъ подъ руками отчетовъ.

Какъ показываетъ эта таблица, ⁰/о здоровыхъ родильницъ въ нашей клиникѣ съ каждымъ новымъ годомъ ея жизни увеличивается: съ 60,8⁰/о онъ выросъ въ отчетное время на 14,6⁰/о (75,4⁰/о) и такимъ образомъ приблизился и даже почти сравнялся съ числомъ здоровыхъ родильницъ въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ, несравненно лучше устроенныхъ и достаточныхъ въ своихъ средствахъ, какъ напр. въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго* (78,1⁰/о), гдѣ ⁰/о здоровыхъ родильницъ превышаетъ полученный нами лишь на 2,7⁰/о.

Увеличеніе числа здоровыхъ родильницъ, какъ видно изъ этой 20 таблицы, идетъ на счетъ уменьшенія ⁰/о послѣродовыхъ заболѣваній какъ септическихъ, такъ и общихъ.

Дѣйствительно по отчету д-ра *Федорова* изъ нашей клиники (1885—1887 гг.) легкія септические заболѣванія дали 11⁰/о, въ слѣдующіе отчетные годы ⁰/о этотъ понизился до 6,8⁰/о, а въ наше отчетное время до 4,9⁰/о.

⁰/о тяжелыхъ простыхъ септическихъ заболѣваній такой же, какъ и въ прошлые отчетные годы (0,6⁰/о). Всего септическихъ заболѣванія даютъ 6⁰/о, слѣдовательно ⁰/о, мало уже отличающійся отъ такового другихъ родильныхъ учреждений и подходящій ближе всего къ полученному д-ромъ *Ворффомъ* для Акушерской клиники Военно-Медицинской Академіи, гдѣ общій ⁰/о септическихъ и несептическихъ заболѣваній послѣродовыми формами, какъ показываетъ таблица № 20, = 6,7⁰/о, а тождественная по своему значенію наша цифра 7,3⁰/о (т. е. разница на 0,6⁰/о). Если въ ⁰/о заболѣваній наша клиника не вполне еще сравнилась съ другими родильными учрежденіями, то въ ⁰/о смертныхъ случаевъ отъ послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній она стоитъ уже не на первомъ мѣстѣ, какъ это было десятокъ и даже меньше лѣтъ тому назадъ.

Смертность отъ септическихъ заболѣваній даетъ у насъ 0,5⁰/о; въ Московской Акушерской клиникѣ въ 1890 г. и въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго* ⁰/о тотъ же самый.

Въ Маринскомъ же Родовспомогательномъ заведеніи (д-ръ *Шмидтъ*) въ 1881—1891 г. ⁰/о септическихъ заболѣваній даже превышаетъ нашъ на 1⁰/о (0,6⁰/о). Вообще ⁰/о смертности въ нашей клиникѣ равенъ среднему ⁰/о въ таблицахъ смертности родильницъ въ Россіи за 1889 годъ, выведенному проф. *К. Ф. Славянскимъ* для родильныхъ отдѣленій больницъ и равному 0,48⁰/о.

Мало разнится также и ⁰/о повышеній ^t безъ локализации процесса въ нашей клиникѣ отъ такового другихъ родильныхъ учреждений (Военно-Медицинской Академіи и Московской Акушерской клиникѣ, см. таблицу № 20).

Что касается различныхъ частныхъ касательно вопроса о родильницахъ, то въ этомъ мы считаемъ достаточнымъ сослаться на таблицы посвященныя имъ (см. таблицы №№ 18, 19, 20, 21, 22 и 23).

Здѣсь же только приведемъ краткое описаніе одного изъ 5 случаевъ послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній окончив-

Таблица № 20. Сравнительная вѣдомость заболѣваній и смертность родильницъ въ ‰.

Наименованіе Родиль- ныхъ учреждений.	Барнавальская акуш. клиника.			Московская акуш. клиника.		Лихачевское Ро- дильное Отдѣленіе Казанской болы.		Акуш. клиника Военно- Медич. Академіи.		Родильный пріютъ Московской Голи- цинской больницы.		Маринскій Родильный домъ д-ра Шиндгт.	
	15/п 1885—1887 г.	1888—15/п 1890 г.	15/п 90—15/п 92 г.	1890 г.	1891 г.	1/х 90—1/х 91 г.	1/х 91—1/х 92 г.	1884—1891 г.	1890 г.	1891 г.	1892 г.	1881—1891 г.	
Формы заболѣ- ваній.													
Родильницъ здоровыхъ.	50,7	60,8	75,4	85,6	86,4	86,7	85	78,1	81,4	84,1	86,2	—	
Легко заболѣвш. про- стыми септич. форм.	11	6,8	4,9	4,7%	5,4%	4,9%	3,7%	6,7%	1,9%	1,1%	1,9%	—	
Тяжело заболѣвш. про- стыми септич. форм.	0,9	0,6	0,6										
Смѣшанными несептич. и септич. форм. . . .	1,2	0,5	—	2,1	1,1	1,9	2,7	—	—	—	—	—	
Общими и септич. бо- лѣзнями	0,7	0,5	0,5										
Послѣродовыми несе- птическими формами	2,5	1,9	1,3	3,5	2,4	6,5	5,45	1,96	1,8	1,8	1,3	—	
Заболѣвшихъ общими болѣзнями	6,0	5,0	2,4										
Умерло отъ септиче- скихъ заболѣваній . .	0,6	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,4	0,49	0,3	0,1	0,3	0,6	
Умерло отъ несептиче- скихъ заболѣваній . .	0,9	0,2	0,6	0,2	0,1	?	?	—	—	—	—	—	
Умерло отъ общихъ бо- лѣзней.	0,6	0,5	0,2	0,2	0,4	?	?	0,44	0,2	0,4	0,3	—	
Однократно лихорад. безъ мѣстн. явленій . .	—	4,4	3,9	4,1%	4,7%	?	3,1%	13,25%	14,4%	12,5%	10,0%	—	
Повторно лихорад. безъ мѣстн. явленій.	—	5,5	1,3										
Кратковременно лихо- рад. при трещинахъ сосковъ, нагруданіи грудей, ссадинахъ грудей и т. п.	—	13,8	9,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Примѣчаніе. *) Число это получено послѣ вычета изъ приведеннаго въ отчетѣ числа заболѣваній несептическими формами числа разрывовъ промежности. rhagades и eczema, которое мы прибавили къ числу лихородившихъ (rhagades и eczema) а разрывъ промежности совсѣмъ исключили изъ этой рубрики).

**) По отчету д-ра Львова здоровыхъ 95‰, но мы высчитали отсюда заболѣванія общими формами.

шагося детально, такъ какъ остальные всѣ описаны въ отдѣлѣ о разрывахъ матки.

Haernia incarceration umbilicalis. X., 48 лѣтъ, VIII—рага. Прежние 7 родовъ протекли правильно, всѣ были своевременные, исключая 6, происшедшихъ на VIII мѣсяцѣ.

Размры живота: на уровнѣ пупка 120 см.; на 5 см. выше пупка 118, на 5 см. ниже пупка 119. Разстояніе отъ лобка до пупка 17,—до мечевиднаго отростка 46 см. Высота дна матки надъ лобкомъ 44,—надъ пупкомъ 26 см.

ТАБЛИЦА № 21. Вѣдомость заболѣвшихъ легкими и тяжелыми септическими формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г О Д Ы.			Всего заболѣло.	Выпалось.	Переведено въ больницы города.	Умерло.
	1890 съ 15 марта.	1891	1892 до 15 марта.				
Endometritis levis	7	3	1	11	11	—	—
Endometritis septica	3	—	—	3	2	—	1
Parametritis	2	1	—	3	3	—	—
Perimetritis puerperalis	2	—	—	2	2	—	—
Endo-parametritis	—	1	—	1	1	—	—
Endo-peri-parametritis	—	2	—	2	2	—	—
Peri-parametritis puerperalis	—	3	—	3	3	—	—
Symphysitis	1	2	—	3	3	—	—
Oophor. sin. et parametritis	1	—	—	1	1	—	—
Ulcus puerperale.	3	13	—	16	16	—	—
Ulcus puerperale et paravaginitis suppurat	1	—	—	1	1	—	—
Peritonitis septica	4	—	—	4	—	—	4
Pyæmia metastatica	1	—	—	1	—	1	—
Итого.	25	25	1	51	45	1	5

Размры таза: Dist. sp. 28; dist. cr. 31; conj. ext. 20. Животъ сильно вздутъ, весьма болѣзненъ при дотрогиваніи. Опухоль большихъ размѣровъ, сильно выступающая впереди. Venter propendens, бурная кожа на

ней напряжена, не собирается въ складки, мѣстами покраснѣвшая, очень болѣзненная при дотрогиваніи и движеніи больной. По всему протяженію ея тупой перкуторный тонъ. Затвердѣніе, по словамъ больной, образовалось вдругъ, не болѣе сутокъ тому назадъ.

ТАБЛИЦА № 22. Вѣдомость заболѣвшимъ общими формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г О Д Ы.			Заболѣло во время беременности.	Заболѣло въ періодъ послѣродовья.	Выздоровѣло.	Перенесено въ боль- ницу города.	Умерло.
	1890 съ 15 марта.	1891	1892 до 15 марта.					
Haemiplegia dext. (post eclampsiam)	1	—	—	—	1	—	—	1
Angina diphtheritica.	1	—	—	—	1	1	—	—
Bronchitis exacerbata	1	—	—	1	—	1	—	—
Psychosis.	1	—	—	1	—	1	—	—
Oedema pulm Phlegmone cruris	1	—	—	1	—	—	1	—
Bronchitis chronica	—	2	—	2	—	2	—	—
Bronchitis acuta	—	1	—	—	1	1	—	—
Neuralgia intercostalis	—	1	—	—	1	—	1	—
Lues	—	2	1	3	—	—	3	—
Erysipelas cruris	—	1	—	1	—	—	1	—
Mastitis purulenta.	—	1	—	—	1	1	—	—
Phthisis pulmonum	—	2	—	2	—	—	1	1
Telangiectodes	—	1	—	1	—	1	—	—
Polypus urethrae	—	1	—	1	—	1	—	—
Laryngitis catarrhalis	—	—	1	1	—	—	1	—
Gastritis toxica ac. sulfurico	—	—	1	1	—	—	1	—
Pleuro-pneumonia	—	—	1	1	—	—	1	—
Bronchitis acuta. Typhus ab- domin.	—	—	1	1	—	—	1	—
Gastro-duodenitis. Icterus	—	—	1	1	—	1	—	—
Итого	5	12	6	8	5	10	11	2

Цианозъ. Рвота, тошнота постоянная. Боль во всемъ животѣ, особенно in epigastrio. Область желудка и толстой кишки (colon. transversum) сильно вздута газами. Родовыхъ болей нѣтъ. t° 35°, P. = 46. Дыханіе 46.

Сдѣланъ поворотъ по *Braxton Hicks*'у. Извлечена мертвая доношенная дѣвочка, 2780 grm. вѣса и 52 cm. длиною.

Послѣ операціи t° 36°; P=60; R=32. Животъ сильно вздутъ, болѣзненъ при дотрогиваніи. Область haerniae нѣсколько размягчилась и контуры ея изгладились; тонъ справа высокій тимпаническій; слѣва тупой. Кожа въ этой области покраснѣвшая съ синеватыми разбросанными пятнами. Рвота усилилась, вздутіе кишки тоже. На 3-й день—tors. На вскрытіи—*peritonitis diffusa*.

Таблица № 23. Вѣдомость заболѣвшимъ послѣродовыми несептическ. характера формами.

НАИМЕНОВАНИЕ БОЛѢЗНИ.	Г О Д Ы			Всего заболѣло.	Выписалось.	Переведено въ больницу города.	Умерло.
	1890 съ 15 марта.	1891	1892 до 15 марта.				
Eclampsia sub et post part . .	2	—	—	2	2	—	—
Atonia uteri. Anaemia . . .	1	4	—	5	2	—	3
Mercurialismus	1	—	—	1	1	—	—
Fistula utero-vesico—vagin. . .	1	—	—	1	1	—	—
Ruptura uteri	—	—	1	2	—	—	2
Eclampsia post partum	—	1	1	1	—	—	1
Итого	5	5	2	12	6	—	6

Какъ видно изъ описанія состоянія больной, послѣдняя заболѣла перитонитомъ еще до прибытія въ клинику и въ сущности случай этотъ долженъ быть исключенъ изъ суммы септическихъ заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ. Этимъ закончиваемъ обзоръ послѣродовыхъ заболѣваній.

Принимая во вниманіе всѣ тѣ трудности, съ которыми приходится бороться при всякой мысли объ улучшеніи тѣхъ недостатковъ, которые идутъ въ разрѣзъ съ высокимъ назначеніемъ акушерской клиники, наконецъ принимая во вниманіе неудобство положенія ея между другими родильными город-

скими приютами, о чемъ было уже сказано въ прошломъ отчетѣ, мы положительно вправѣ считать полученныя нами результаты наблюдений за теченіемъ послѣродового періода нисколько не хуже таковыхъ другихъ авторовъ.

Таблица № 24. Вѣдомость заболѣвшимъ сепсисомъ и умершимъ отъ него въ связи съ вопросомъ, была-ли роженица до поступления въ клинику изслѣдована кѣмъ нибудь въ городѣ, или нѣтъ,—а также разрѣшилась ли она силами природы, или же ей была оказана оперативная помощь.

	И з с л ѣ д о в а н н ы я .						Н е и з с л ѣ д о в а н н ы я .					
	Оперированныя.	% общего числа этой категоріи.	Неоперированны.	% общего числа этой категоріи (изслѣдованн.).	И т о г о	% общего числа родовъ этой категоріи изслѣд.	Оперированныя.	% общего числа неслѣдованн.	Неоперированн.	% общего числа неслѣдованн.	И т о г о .	% общего числа родовъ.
Число разрѣшившихся	142	46,6	163	53,4	505	32,8	125	19,9	501	80,1	626	67,2
Легко заболѣвш. септич.ск. формами (въ % по отнош. къ числу данной группы)	25	8,2	12	3,9	37	12,1	9	1,4	5	0,8	14	2,2
Тяжело заболѣвш. септич.формам.	4	1,3	1	0,3	5	1,6	1	0,16	—	—	1	0,16
Число умершихъ.	3	0,9	1	0,3	4	1,3	1	0,16	—	—	1	0,16

Дѣйствительно, стоитъ только сопоставить нѣсколько фактовъ—съ одной стороны, обиліе патологическихъ случаевъ родовъ и слѣдовательно, постоянной возможности вторженія инфекціи, плохое устройство и ветхость зданія клиники, полную зависимость ся въ хозяйственномъ отношеніи отъ больницы и связанныя съ этимъ препятствія для правильного веденія дѣла ухода за больными, а съ другой стороны одинаковый съ благоустроенными и богатыми родильными учрежденіями % смертности отъ септическихъ заболѣваній, чтобы понять всю справедливость сказаннаго выше и убѣдиться, что постепенно возрастающій успѣхъ клиники обязанъ исключительно той строгости, съ которой проведена идея важности антисептического веденія родовъ и послѣродового періода. Эта стро-

гость и выполнение всѣхъ правилъ дезинфекціи только и можетъ побѣдить—парализовать то вредное и даже просто гибельное вліяніе, которое во всей силѣ проявило бы невыдерживающее никакой критики неудобство помѣщенія акушерской клиники и которое нѣкогда давало себя чувствовать почти 10⁰/о-ною смертностью родильницъ.

Въ заключеніе, по примѣру отчета прошлыхъ лѣтъ, мы и на этотъ разъ представимъ таблицу (№ 24), заключающую въ себѣ свѣдѣнія о заболѣвшихъ сепсисомъ и умершихъ отъ него въ связи съ вопросомъ, была-ли роженица до поступленія въ клинику изслѣдована кѣмъ нибудь въ городѣ, или нѣтъ, а также—разрѣшилась ли она силами природы, или же ей была оказана оперативная помощь. Эта таблица показываетъ, что главная масса септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній, какъ въ легкой формѣ своего проявленія, такъ и въ тяжелой падаетъ на родильницъ, подвергавшихся до поступленія въ клинику изслѣдованіямъ въ городѣ.

Фактъ этотъ самъ говоритъ о томъ неудобствѣ положенія, которое клиника, какъ центральное родильное учрежденіе, должна занимать среди учрежденныхъ въ городѣ родильныхъ пріютовъ, такъ что болѣе подробно распространяться по этому вопросу мы считаемъ совершенно лишнимъ, тѣмъ болѣе, что всего этого мы вкратцѣ коснулись уже въ своемъ отчетѣ за 1888—90 г.г., напечатанномъ въ Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней, за январь мѣсяцъ, 1893 года.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 2.

Засѣданіе 24-го февраля 1894 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали: почетный членъ К. Ф. Славянскій, 38 членовъ: Антиповъ, Байковъ, Баньковскій, Баскинъ, Бацевичъ, Виридарскій, Воффъ, Гермониусъ, Горайскій, Даниловичъ, Димантъ, Драницынъ, Заболотскій, Круковичъ, Личкусъ, Массенъ, Піотровичъ, Поршняковъ, Ралецкій Р. К., Рачинскій, Рузи, Рутковскій, Рымша, Савченко, Садовскій, Сережниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ, А. Р. Фраткинъ, Цырскій, Чернышевъ, Швердловъ, Штольцъ, Шуттенбахъ, Эберманъ, Эйхфусъ и 20 гостей.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ 18 и 1.

Е. Б. Димантъ просилъ прибавить замѣчаніе, сдѣланное имъ на возраженіе Е. Ф. Бацевича и не внесенное въ протоколъ, а именно: „Что касается размѣровъ будто-бы мною пропущенныхъ, то прошу указать какіе размѣры именно пропущены и тогда я буду возражать“.

2) Предсѣдатель Общества, Д. О. Оттъ, произнесъ рѣчь: «Современное положеніе вопроса о коренномъ леченіи фиброміомъ матки». (Рѣчь эта напечатана въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней», февраль 1894 г., стр. 69).

3) В. Н. Массенъ сообщилъ: «Случай врожденнаго отсутствія глазныхъ яблокъ» (anophthalmia duplex congenita авторовъ). Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней.

4) А. А. Драницынъ (изъ клиники Д. О. Отта) показалъ слѣдующіе препараты: 1) *Кистозифиброму матки*. Дѣвица, 32 лѣтъ, годъ тому назадъ замѣтила опухоль въ правой сторонѣ живота; опухоль эта вскорѣ исчезла, но 4 мѣсяца назадъ вновь появилась въ томъ же мѣстѣ и стала быстро расти. Боли начались мѣсяца 1½ назадъ. Опухоль мало подвижна, упруга и расположена по срединѣ живота, занимая большую часть его. Нижний отрѣзокъ ея ощупывается черезъ влагалище и прямую кишку. Длина полости матки нормальна. Правый яичникъ прощупывается, лѣвый—нѣтъ. При вторичномъ изслѣдованіи опухоль оказалась меньше, въ виду чего предположено, что у больной имѣется лопнувшее кистовидное образованіе. При операціи оказалось, что *лопнувшая* тонкостѣнная, однополостная *опухоль* исходила изъ дна матки и сидѣла на ножкѣ. Больная поправилась. 2) *Вырѣзанную черезъ влагалище, пораженную ракомъ матку*. 37 лѣтняя больная страдаетъ въ послѣднее время обильными кровотечениями. Влагалищная часть, на ощупь, увеличена, неровна, легко кровоточить. Въ зеркалѣ—характерная картина канкроида, поразившаго обѣ губы. Послѣоперационное теченіе гладкое. 3) *Надвлагалищно-срѣзанную, ради фиброміомы, матку*. 24 лѣтняя больная начала носить мѣсячныя на 13 году; приходили черезъ 3 недѣли, длились по 7 дней и всегда были весьма обильны. 3 года назадъ замѣтила опухоль внизу живота и стала страдать болями. Мало подвижная, твердая опухоль доходитъ до уровня пупка, выступая болѣе слѣва. Направленіе полости матки вправо; длина ея 14 см. Кровотеченій никогда не было. Распознава фиброміома матки съ межсвязочнымъ развитіемъ. Удаленная при операціи фиброидно-перерожденная матка, съ дѣтскую головку, дѣйствительно разрослась, особенно справа, межсвязочно. На широкую связку наложено 7 лигатуръ, на культю только 2. Яичники и трубы столь тѣсно срослись съ опухолью, что сохранить ихъ не было возможности. Больная поправилась.

А. Л. Эберманъ, по поводу 1-го препарата, замѣтилъ, что и онъ наблюдалъ опухоль, съ 8 мѣсячную беременную матку, сидѣвшую на ножкѣ и тоже исходившую изъ дна матки. Больная умерла отъ раз-

рыва опухоли, оказавшейся, какъ и въ случаѣ докладчика, тонкостѣнной, но многополостной.

5) *Г. П. Серезниковъ* (изъ Повивальнаго Института) показалъ 2 надвлагалищно срѣзанныя, ради фиброміомъ, матки и одну фиброматозно-перерожденную матку, вырѣзанную черезъ влагалище. Всѣ больныя поправились.

6) *С. Т. Виридарскій* показалъ больную послѣ симфизіотоміи, о которой онъ уже докладывалъ Обществу. Больная ни на что не жалуется и ходить очень хорошо.

Докладъ *Г. П. Серезникова*, за позднимъ временемъ, отложенъ до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № II.

Административное засѣданіе 24-го февраля 1894 г.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 38 членовъ.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ XVII и I.

2) Избрана коммиссія для ревизіи счетовъ и состоянія кассы Общества, а также для ревизіи библіотеки изъ членовъ: *Бацевича, Чернышева и Эбермана.*

3) Избрана коммиссія для ревизіи счетовъ и состоянія кассы редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» изъ членовъ: *Садовскаго, Стравинскаго и А. Р. Фишера.*

4) Утвержденіе смѣты расходовъ на 1894 г. и разсмотрѣніе вопроса объ изданіи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» въ 1894 г. отложены до слѣдующаго административнаго засѣданія, когда будутъ представлены доклады избранныхъ ревизіонныхъ коммиссій.

5) Для выработки программы чествованія 50-лѣтняго юбилея Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Берлинѣ избрана коммиссія изъ членовъ: *Отта, Славянскаго и А. Р. Фишера.*

6) На имѣющій состояться съѣздъ врачей въ Римѣ депутатомъ отъ Общества избранъ *Е. О. Марцинкевичъ.*

7) Предсѣдатель довелъ до свѣдѣнія Общества, что 8-й международный съѣздъ по гигиенѣ состоится въ Будапештѣ съ 1-го по 9 сентября (нов. ст.) сего 1894 г.

8) *К. Ф. Славянскій* сообщилъ Обществу, что отъ окружной повивальной бабки *К. И. Протопоповой*, изъ Тюмени, получено двадцать четыре (24) руб. на сооруженіе памятника *Semmelweis*'у. Деньги эти составились отъ взносов слѣдующихъ лицъ: отъ *О. М. Андреевой*—6 руб., *М. З. Мяковой*—3 руб., *С. Е. Коржавиной*—50 коп., *Т. Я. Бильдисштейнз*—3 руб., *А. А. Колокольниковой*—3 руб., женщ. врача *А. И.*

Елоровой—3 руб., повивальной бабки *А. П. Неждановой*—3 руб., и повивальной бабки *К. П. Протопоповой*—2 р. 50 к. Деньги отправлены по назначенію.

9) *А. Р. Фишеръ* сообщилъ Обществу, что среди небольшого кружка участниковъ только что закончившагося V Пироговскаго съѣзда врачей возродилась мысль объ устройствѣ періодическихъ съѣздовъ русскихъ гинекологовъ по примѣру такихъ же съѣздовъ за границей. Въ виду того, что присутствовавшіе отнеслись къ этой мысли сочувственно, для работы программы практическаго осуществленія подобныхъ съѣздовъ избрана коммиссія изъ членовъ: *Отта, Славянскаго, А. Р. Фишера и Эбермана.*

10) Избранъ въ дѣйствительные члены Общества:

Ситинскій, Анастасій Александровичъ, 31 г., православнаго вѣроисповѣданія, сынъ адвоката, изъ потомственныхъ дворянъ Минской губерніи. По окончаніи курса наукъ въ Минской классической гимназіи, поступилъ въ 1880 г. въ Императорскій С.-Петербургскій Университетъ по Физико-Математическому факультету, разряду естественныхъ наукъ и, перейдя на IV-й курсъ, перевелся въ Императорскій Московскій Университетъ по тому-же факультету и разряду, каковой и окончилъ въ 1884 году со степенью кандидата. Въ томъ-же 1884 г. вновь поступилъ на Медицинскій факультетъ того-же Университета, каковой и окончилъ 1-го іюня 1887 г. со степенью лѣкаря и званіемъ уѣзднаго врача. Непосредственно по окончаніи курса состоялъ около полугода экстерномъ при клиникѣ женскихъ болѣзней того-же Университета. Въ концѣ 1887 г. опредѣленъ на службу участковымъ сельскимъ врачомъ Новоградскаго уѣзда, Минской губерніи, а въ 1889 г. перемѣщенъ въ губ. гор. Минскѣ младшимъ врачомъ Городской Больницы и одновременно Городовымъ врачомъ. 1-го января 1892 г., по представленію Минскаго Губернатора, прикомандированъ къ Медицинскому департаменту М. В. Д. для усовершенствованія въ медицинскихъ наукахъ съ перемѣщеніемъ на должность сверхштатнаго младшаго медицинскаго чиновника при семъ департаментѣ. Защитивъ 5-го мая 1893 г. диссертацию подъ заглавіемъ „Акушерская помощь въ Минской губерніи“, удостоенъ Военно-Медицинской Академіей степени доктора медицины. Съ мая 1893 г. состоитъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, кромѣ того осенній семестръ 1893 года занимался изученіемъ акушерства и женскихъ болѣзней подъ руководствомъ проф. *Отта* въ Повивальномъ и Клиническомъ Институтахъ Великой Княгини Елены Павловны.

11) Предложены въ дѣйствительные члены: докторъ медицины Эрнестъ Александровичъ *Шютцъ* (предложенъ Стравинскимъ, Личкусомъ и Штольцемъ); докторъ медицины Самуилъ Павловичъ *Шахъ-Пароніанъ* (предложенъ Штольцемъ,

Оттомъ и Славянскимъ); докторъ медицины Степанъ Александровичъ *Липинскій* (предложенъ Гермониусомъ, Стравинскимъ и Баскинымъ); докторъ медицины Василій Михайловичъ *Онуфриевъ* (предложенъ Славянскимъ, А. Р. Фишеромъ и Оттомъ); заслуженный профессоръ, докторъ медицины Николай Васильевичъ *Склифосовскій* (предложенъ Штольцемъ, Оттомъ и Славянскимъ); привать-доцентъ Московскаго Университета, докторъ медицины Александръ Александровичъ *Муратовъ* (предложенъ Славянскимъ, А. Р. Фишеромъ и Оттомъ); привать-доцентъ Казанскаго Университета, докторъ медицины Иванъ Моисеевичъ *Львовъ* (предложенъ Славянскимъ, А. Р. Фишеромъ и Оттомъ).

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ акушерско-гинекологической литературы:

а) Русской.

5. Якубъ I. Ю. Къ этиологіи и лѣченію выворота матки вслѣдствіе опухолей. Статистика выворотовъ. (Медицина, №№ 1—2, 1894).

Если, вообще, вывороты матки встрѣчаются нечасто, то въ особенности это относится къ выворотамъ вслѣдствіе опухолей. По статистикѣ *Crossé* изъ 400 случаевъ выворота на долю опухолей приходится 50; *Якубъ* за время отъ 1877 по 1893 г., собралъ 244 случая, изъ которыхъ на опухоли приходится 27, вмѣстѣ со слѣдующимъ случаемъ самаго автора. Больная 63 лѣтъ, менструировала съ 16 лѣтъ, правильно; родила 2 раза; послѣдніе роды 42 г. тому назадъ; регулы прекратились на 50 г. жизни, но по временамъ за послѣднее время изъ половыхъ органовъ выдѣлялось незначительное количество крови. Лѣтъ 20 тому назадъ у больной было кровотеченіе, продолжавшееся съ перерывами 6 лѣтъ; съ тѣхъ поръ имѣются боли внизу живота. Послѣдніе 2—3 года больная стала чувствовать присутствіе посторонняго тѣла во влагалищѣ. Въ сентябрѣ 1892 г. послѣ значительнаго физическаго напряженія изъ половой щели вышла большая опухоль, при этомъ появилось сильное кровотеченіе. Авторъ засталъ больную въ глубокомъ обморокѣ, кровотеченіе продолжалось. Впереди vulvae—опухоль, величиною въ крупную дѣтскую голову, плотной консистенціи, съ гладкой блестящей поверхностью; кверху она переходитъ въ довольно широкую, какъ бы полую ножку, которая покрыта слизистой оболочкой, непосредственно переходя-

щей на влагалище, стѣнки послѣдняго вывернуты; опухоль оторвана отъ ножки почти на всемъ протяженіи, за исключеніемъ небольшого лоскута ткани, шириною пальца въ три; при бимануальномъ изслѣдованіи на мѣстѣ матки прощупывается воронка. На основаніи приведенныхъ данныхъ опредѣленъ выворотъ матки, обусловленный рожденіемъ фиброида. Судя по глубинѣ раны на мѣстѣ отрыва опухоли и по толщинѣ оставшагося лоскута, слѣдовало предполагать, что имѣлось дѣло не съ фибрознымъ полипомъ, а съ подслизистою фибромою, растущей по направленію полости матки. Послѣ перерѣзки оставшагося лоскута и удаленія опухоли, авторъ наложилъ на тѣло матки, на границѣ его съ шейкою, эластическую лигатуру; кровотеченіе прекратилось, матка продвинута во влагалище и укрѣплена марлевымъ тампономъ. Въ виду гангреноценціи, ежедневно дѣлались дезинфицирующіе спринцеванія и тампонація іодоформированной марли. На 12 день матка отдѣлилась уже вполне и выпала изъ влагалища вслѣдъ за удаленіемъ тампона. Больная выздоровѣла.

Что касается этиологіи выворотовъ вслѣдствіе опухолей, мнѣнія авторовъ расходятся. Одни главнымъ факторомъ выворота считаютъ активную сократительную дѣятельность матки при атрофіи той части ея стѣнки, откуда опухоль беретъ свое начало; дѣйствию же силы тяжести самой опухоли приписываютъ лишь второстепенное значеніе. По мнѣнію другихъ, производящей причиною является только сила тяжести самой опухоли и внутрибрюшное давленіе при полномъ расслабленіи мускулатуры маточной стѣнки.

Вышеприведенный случай подтверждаетъ послѣднее мнѣніе.

Приводя далѣе подробную статистику выворотовъ какъ въ послѣродовомъ періодѣ, такъ и вслѣдствіе опухолей, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: послѣродовой выворотъ матки встрѣчается чаще у первородящихъ и съ дальнѣйшимъ числомъ родовъ шансы на появленіе выворота уменьшаются: у первородящихъ выворотъ встрѣчается въ $2\frac{1}{2}$ раза чаще, чѣмъ у II-родящихъ и почти въ 7 разъ чаще, чѣмъ у III-родящихъ. Возрастъ роженицъ отъ 20 до 30 лѣтъ даетъ наибольшее число выворотовъ. На происхожденіе выворотовъ вслѣдствіе опухолей роды не имѣютъ вліянія, возрастъ же больныхъ соотвѣтствуетъ тому періоду жизни, когда эти опухоли наичаще развиваются, т. е. между 30 и 50 годами.

Относительно оперативныхъ способовъ лѣченія авторомъ собраны изъ литературы 10 случаевъ выворотовъ вслѣдствіе фиброміомъ, при чемъ въ двухъ случаяхъ наложена лигатура, въ

трехъ—произведена ампутація матки рѣзущими инструментами и въ пяти—ампутація экразеромъ. Всѣ больныя выздоровѣли.

Въ своемъ случаѣ авторъ предпочелъ наложеніе эластической лигатуры ампутаціи или экстирпаціи матки вслѣдствіе крайне опаснаго положенія больной, при которомъ нежелательна была даже незначительная потеря крови.

Н. Рачинскій.

6. Ануфріевъ А. А. Разрывы матки и исходъ ихъ въ зависимости отъ характера акушерской помощи (Еженедѣльникъ, № 5, 1894).

Оставляя въ сторонѣ разрывы матки, зависящіе отъ измѣненій маточной паренхимы и пороковъ развитія матки, авторъ относитъ большинство разрывовъ къ запущеннымъ и неправильно веденымъ родамъ. Онъ ставитъ степень частоты разрывовъ въ прямо-пропорціональную зависимость отъ своевременности и характера акушерской помощи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Находя ничтожный процентъ разрывовъ почти у всѣхъ авторовъ (0,01%—0,1%), исключая *Leopold'a* (0,3%), и сопоставляя частоту разрывовъ матки въ Варшавѣ (18 разрывовъ на 3391 случаевъ родовъ, слѣдовательно, около 0,5%), авторъ объясняетъ такую частоту разрывовъ нераціональною подачею акушерской помощи. Въ подтвержденіе этого мнѣнія приводится нѣсколько случаевъ.

Что касается способовъ лѣченія даннаго осложненія, то авторъ высказывается за консервативный методъ, предпочитая родоразрѣшеніе чрезъ естественные пути чревосѣченію въ особенности, если не исключена возможность инфекции со стороны родовыхъ путей. Ссылаясь на *Schröder'a*, *Olshausen'a*, *Charpentier*, *Martin'a*, *Braun'a*, высказывающихся въ этомъ-же смыслѣ, авторъ приводитъ статистику *Brossard'a*: 138 случаевъ разрыва матки,—въ 53 изъ нихъ произведено удаленіе плода чрезъ естественные пути и дальнѣйшее лѣченіе проведено консервативно, причемъ получилось 30 выздоровленій и 23 смерти. Съ своей стороны, авторъ описываетъ 3 случая изъ Варшавской клиники, въ которыхъ больныя, послѣ родоразрѣшенія чрезъ естественные пути, лѣчились консервативно и всѣ выздоровѣли.

I случай: роженица V пара, 30 л., роды срочные, тазъ нормальный; поперечное запущенное положеніе плода; неполный разрывъ матки, длиною въ 2½ см. Произведено *eventratio et extractio* плода. Послѣдъ извлеченъ ручными приѣмами. Влагалище промыто сулемой, на животъ наложена давящая повязка. На 10 день родильница выписалась здоровою.

II случай: роженица V пара, 33 л., роды срочные, размеры таза: *cristae*—27, *spinae*—24 $\frac{1}{2}$, *conj. ext. diag.* 10 $\frac{1}{2}$, *s. vera*—8. Части плода прощупываются непосредственно подъ брюшными покровами спереди и слѣва отъ плотно сократившагося тѣла матки. При внутреннемъ изслѣдованіи опредѣляется слѣва, въ нижнемъ сегментѣ матки разрывъ съ выходомъ части плода въ подбрюшное пространство. Поворотъ и экстракція плода. На 12 день родильница выписалась здоровою.

III случай: роженица II пара, 23 л., роды срочные. Размеры таза: *cristae*—28,5, *spinae*—27, *conj. ext.*—17, *conj. diag.*—10, *conj. vera*—8,25. Предлежаніе черепное. Спустя 3 часа послѣ полного открытія матки, когда головка показывалась уже изъ половой щели, внезапно прекратились потуги, появились сильныя боли внизу живота, а чрезъ брюшныя покровы ясно прощупывались мелкія части плода. Головка отошла во входъ таза. Диагностированъ разрывъ матки. Попытка наложить щипцы не удалась и роды окончены перфорацией. Больная вполне поправилась послѣ легкаго перитонита.

Въ заключеніе, снова переходя къ разсмотрѣнію причинъ частоты разрывовъ матки въ Варшавѣ, авторъ объясняетъ ихъ тѣмъ, что патологическія роженицы попадаютъ или въ хирургическія отдѣленія общихъ больницъ, или въ отдѣльныя родильныя пріюты, гдѣ не имѣютъ своевременной и рациональной акушерской помощи. Поэтому онъ раздѣляетъ предложеніе проф. *Ястребова* объ организаціи спеціального центрального госпиталя, куда направлялись бы всѣ патологическіе случаи родовъ и гдѣ были бы возможны правильная регистрація акушерскихъ случаевъ и своевременная помощь.

Н. Рачинскій.

7. Соловьевъ Г. А. Случай смерти во время родовъ при некомпенсированномъ пороѣ сердца. ("Врачебныя Записки", № 2, 1894).

Въ подтвержденіе ранѣе высказанныхъ авторомъ положеній о вліяніи беременности на ухудшеніе сердечныхъ разстройствъ и о возможности летальнаго исхода, вслѣдствіе непоправимаго разстройства компенсаціи сердца, онъ приводитъ здѣсь случай, бывший подъ его наблюденіемъ въ Московской акушерской клиникѣ. Въ концѣ ноября прошлаго года въ клинику была доставлена 27 лѣтняя роженица на 7 мѣсяцѣ беременности, блѣдная, отекая, съ сильной одышкою, съ сердечными перебоями и едва

ощутимымъ пульсомъ. 12-ти лѣтъ больная перенесла острый сочленовный ревматизмъ, всегда страдала одышкою. Рожала 3 раза, дѣтей кормила сама. Настоящее заболѣваніе началось мѣсяцъ тому назадъ, послѣ простуды. При объективномъ изслѣдованіи опредѣлялось увеличеніе сердечной тупости вправо; точно характеръ порока сердца не разпознанъ,—предполагалось заболѣваніе предсеречно-желудочковаго отверстія; въ легкихъ—явленія застоя; печень и селезенка немного увеличены; сердцѣбіеніе плода не слышно; маточный звѣзъ пропускаетъ палецъ: пузырь цѣль. При усиливающемся упадкѣ сердечной дѣятельности произведено искусственное расширеніе маточной шейки, сдѣланъ поворотъ на ножку и извлеченъ мертвый плодъ. Несмотря на возбуждающія средства, быстро наступила смерть. Вскрытіе показало: *sclerosis et insuffitientia mitralis; degeneratio adiposa myocardii; induratio venosa lienis et renum; hepar moschatum; hydrops pleurae, pericardii; ascites, anasarca*. Указывая на то обстоятельство, что разстройство компенсаціи и рѣзкое ухудшеніе состоянія больной развилось въ теченіи беременности, авторъ находитъ, что слѣдовало уже въ началѣ заболѣванія произвести выкидышъ, такъ какъ сама беременность неизмѣнно дурно вліяетъ на разстройство сердечной дѣятельности; но благопріятный моментъ былъ пропущенъ и потому болѣе позднее прекращеніе беременности не предотвратило смертельнаго исхода.

Н. Рачинскій.

8. Я. Ө. Шоррь. Случай брѣфотоміи. (Протоколы Общества Херсонскихъ врачей. 1892/3. Херсонъ, 1894 г., стр. 48).

У второродящей, на 3-й день послѣ начала родовъ, при поперечномъ запущенномъ положеніи (t^0 38,8°; пульсъ 120), авторъ вынулъ обѣ ручки въ плечевомъ суставѣ, перфорировалъ позвоночникъ въ нижнешейной части, удалилъ нижній отдѣлъ туловища плода (съ ножками), а затѣмъ, выдавивши часть мозга чрезъ позвоночный каналъ, удалилъ головку. Инструменты обеззараживались кипяткомъ и 2% растворомъ карболовой кислоты, но обстановка была въ высшей степени грязная. На 11-й день послѣ операціи авторъ увидѣлъ родильницу здоровой, занятой по хозяйству. Никакихъ патологическихъ явленій въ половомъ аппаратѣ не было.

Н. Какушкинъ.

9. Г. А. Соловьевъ. Къ вопросу о маляріи при беременности и послѣ родовъ. (Врачебныя записки, 1894 г., № 5).

Авторъ описываетъ три случая: 1) 34 лѣтъ, беременная на последнемъ мѣсяцѣ, въ шестой разъ. Периодическая лихорадка

съ увеличеніемъ селезенки. Былъ назначенъ хининъ, по 5 гранъ, въ винѣ, по 2 раза въ день. Лихорадка прекратилась. 2) Родильница, 23 лѣтъ, заболѣла черезъ 2 недѣли послѣ родовъ типической маляріей. Хининъ по 10 гранъ. Выздоровленіе. 3) 24 лѣтъ, беременная на 4 мѣсяцѣ въ пятый разъ, съ маляріей въ анамнезѣ, заболѣла періодическими поносами. Выздоровленіе наступило послѣ хинина съ опіемъ и таниновокислаго хинина, по 4 грана на пріемъ. Затѣмъ былъ назначенъ мышьякъ. Беременность ни въ одномъ случаѣ не нарушала своего правильнаго теченія.

Н. Какушкинъ.

10. А. Лапшинъ. Къ статистикѣ больныхъ ракомъ въ Старо-Екатерининской больницѣ въ Москвѣ за десятилѣтній періодъ, съ 1883 по 1893 гг. (Врачебныя записки, 1894 г., № 3).

Изъ этой статистикѣ мы заимствуемъ слѣдующее. Изъ 1022 раковыхъ больныхъ, бывшихъ за это время, женщинъ было 726, т. е. 71%. Наибольшее число больныхъ женщинъ было въ возрастѣ 40—50 лѣтъ (40,1% всего числа женщинъ). По роду занятій преобладали кухарки (53,6%), затѣмъ шли прачки (8,5%), горничныя, няньки, портнихи и т. п. Ракъ женскихъ половыхъ органовъ былъ въ 533 случаяхъ, что составляетъ 52% всего числа раковыхъ больныхъ и 73,4% числа раковыхъ больныхъ женщинъ. Рака матки было 479 случаевъ, влагалища 14, яичниковъ 12, грудной железы 28. Оперировано было только 52 женщины.

Н. Какушкинъ.

11. Н. М. Какушкинъ. По поводу случая перегиба назадъ и ущемленія беременной матки. (Русск. Медич., 1894 г., № 7).

Больная, 37 лѣтъ, прибыла въ больницу съ растянутымъ мочею мочевымъ пузыремъ, симулировавшимъ громадную опухоль, выходящую изъ малаго таза и достигающую свободнымъ сегментомъ области подложечки. Впервые „застылась“ моча у больной 4 недѣли назадъ, быстро, при боляхъ, походившихъ на родовыя. Моча была тогда выпущена врачомъ. Въ этотъ разъ моча также была выпущена (5500 кб. см.), причемъ, определено ущемленіе перегнутой назадъ беременной матки (4—5 мѣсяцевъ). Матка выправлена въ колѣнно-локтевомъ положеніи, не безъ труда. Послѣдующее лѣченіе состояло въ катетеризаціи, массажа пузыря. Беременность протекала правильно. Надо полагать, что матка заберемѣнѣла, будучи перегнутой назадъ (въ анамнезѣ маточныя

кровотеченія и запоры). При постепенномъ самовыпрямленіи матки шейка пузыря оказалась сдавленной наиболѣе въ одинъ изъ очерченныхъ позывовъ къ мочеиспусканію. Сокращенія пузыря, не могшаго опорожниться, выразились отмѣченными схваткообразными болями и заставили матку вернуться въ прежнее (перегнутое назадъ) положеніе.

Въ данномъ случаѣ очень важно было по крайней мѣрѣ заподозрить беременность какъ можно раньше, что возможно при тщательномъ распросѣ.

Не менѣе важно во всякомъ случаѣ заболѣванія половыхъ органовъ справляться о состояніи мочевого пузыря. *Н. К.*

12. Г. Прокопьевъ. Роды тройнями. (Русская Медицина, 1894 г., № 5).

Крестьянка 25 лѣтъ, беременна въ 3-й разъ. Роды за 8 недѣль до срока; прибыла со схватками. Предлежитъ головка. Ощупываніе и выслушиваніе живота дало отрицательный результатъ, и на многоплодную беременность не было подозрѣнія. Только по рожденіи перваго плода удалось опредѣлить присутствіе въ маткѣ еще двухъ плодовъ и точно узнать ихъ положеніе (головное одного и тазовое второго). Роды 2-го и 3-го плодовъ, также, какъ и перваго,—безъ осложнений. Новорожденные, 2 мальчика и дѣвочка, недоношены (одинъ 1800 грм., 2 по 1600). Два послѣда. Послѣ родовъ небольшое кровотеченіе изъ матки. Въ остальномъ послѣродовой періодъ протекалъ правильно. *Н. Какушкинъ.*

13. Г. Чолъ. Два случая вѣматочной беременности, удачно оперированные *in extremis* чревосѣченіемъ. (Южно-русская медицинская газета, 1894, № 1).

Первый случай касается больной 24 лѣтъ, доставленной въ еврейскую одесскую больницу 8 іюня 1893 г., въ состояніи сильнѣйшей острой анеміи: холодныя конечности, ціанозъ губъ, напряженное глубокое дыханіе, мертвенная блѣдность, холодный потъ на лбу, едва замѣтный, нитевидный пульсъ, во временахъ совершенно исчезающій, полубезсознательное состояніе, расширенныя зрачки. Анамнезъ: 2 года тому назадъ срочные роды съ нормальнымъ послѣродовымъ періодомъ; послѣдніе 6 мѣсяцевъ, частыя боли внизу живота; послѣднія регулы 2 мѣсяца тому назадъ, за эти 2 мѣсяца боли внизу живота сильнѣе и чаще; наканунѣ по-

ступленія въ больницу больная во время сна почувствовала острую, рѣжущую боль внизу живота, которая вскорѣ уменьшилась, такъ что больная встала и в теченіи дня продолжала свои обычныя занятія; къ вечеру боли опять появились, постепенно усиливаясь в теченіи ночи; ночью раза три рвало. На основаніи анамнеза и изслѣдованія (результаты изслѣдованія половых органовъ не отмѣчены въ статьѣ) діагносцировано: лѣвосторонняя трубная беременность съ разрывомъ плоднаго мѣшка. Такъ какъ мѣры, принятые для возстановленія силъ больной, остались безъ успѣха, то черезъ 1½ часа по поступленіи больной въ больницу д-ромъ *Мандельштамомъ* предпринята ланаротомія, какъ *ultimum refugium* для спасенія больной. До операціи больной введено подъ кожу до ½ литра физиологическаго солянаго раствора. Наркозъ эфирный наступилъ довольно скоро и шелъ очень хорошо, несмотря на то, что у больной, когда она была положена на операціонный столъ, появились судороги эclamитическаго характера и пульсъ временами совершенно исчезалъ. Въ брюшной полости найдено огромное количество частью жидкой, частью свернувшейся крови и двухмѣсячный плодъ; плодомѣстилице занимало среднюю часть лѣвой трубы съ дефектомъ на верхне-задней стѣнкѣ ея въ 6 см. длиною и 4 см. шириною. Плодомѣстилице удалено вмѣстѣ съ приросшимъ къ нему яичникомъ. Кровяные сгустки по возможности удалены, но значительная часть ихъ осталась въ брюшной полости. Послѣ операціонное теченіе удовлетворительное.

Случай второй касается больной 35 лѣтъ, доставленной въ ту-же больницу, 21 октября 1893 г., съ жалобой на сильное давленіе въ подложечной области и упадокъ силъ; спустя нѣкоторое время больная впала въ состояніе глубокаго коллапса, пульсъ исчезъ, кожа похолодѣла, легкій ціанозъ лица, больная съ трудомъ говоритъ, два раза рвота.

Анамнезъ: 12 срочныхъ родовъ и 1 выкидышъ; послѣдніе роды въ прошломъ году; послѣдніе 6 мѣсяцевъ—боли внизу живота и регулы, до того времени нормальныя, стали неправильными: то пятнами, то сгустками, съ перерывами продолжаются 6—7 дней, болѣзненны; за два дня до поступленія въ больницу показалось кровоотдѣленіе, принятое больною за регулы. На основаніи анамнеза и изслѣдованія (результаты изслѣдованія половых органовъ въ статьѣ не отмѣчены) распознано: правосторонняя трубная беременность съ разрывомъ плоднаго мѣшка. Предпринятые мѣры для возстановленія силъ больной не помогали; приступлено

въ то-же утро къ лапаротоміи. Передъ операціей—подкожно около $\frac{1}{4}$ литра фізіологическаго соленаго раствора. Хлороформный полунаркозъ. Sub laparotomia: въ брюшной полости много жидкой крови и свѣжихъ сгустковъ; средняя часть правой трубы расширена до размѣровъ небольшого грецкаго орѣха съ разрывомъ на задней стѣнкѣ въ длину около 2 см.; послѣ наложенія лигатуръ расширенная часть трубы была срѣзана. За все время операціи и нѣкоторое время послѣ операціи пульсъ у больной не прощупывался и только къ вечеру начали появляться первые признаки пульса. Послѣоперационный періодъ безъ лихорадки. Возстановленіе силъ у больной шло очень медленно. *Н. Рачинскій.*

14. Н. І. Рачинскій. Послѣдствія резекціи и перерѣзки маточныхъ роговъ у кроликовъ. (Архивъ Біологическихъ Наукъ, т. II, Вып. 4).

Существуетъ, какъ извѣстно, способъ надвлагалищной ампутаціи матки, по которому культя, образуемая остающейся маточной шейкой, не обшивается брюшиной, а просто захватывается только въ лигатуры; при этомъ, по *Н. Treub*'у, лигатура накладывается только вокругъ шейки, en masse, по способу же практикуемому проф. *Д. О. Оттомъ*, лигатуры, числомъ отъ 2 до 4, проходятъ черезъ толщу маточной стѣнки, не захватывая шеечнаго канала и оставляя его, такимъ образомъ, проходимымъ.

Желая выяснитъ экспериментально вопросъ относительно дальнейшей судьбы внутренняго отверстія шеечнаго канала послѣ надвлагалищной ампутаціи матки безъ обшиванія шейки брюшиной, авторъ, по предложенію *Д. О. Отта*, произвелъ въ этомъ направленіи опыты надъ кроликами.

Съ этою цѣлью sub laparotomia вблизи мѣста расхожденія маточныхъ роговъ (приблизительно на разстояніи 1 см. отъ мѣста ихъ расхожденія) онъ или перерѣзывалъ поперечно рога, или-же вырѣзывалъ изъ нихъ кусочки отъ 2—3 мм. до 1 см. Такимъ образомъ, получалось 2 отрѣзка рога: центральный (влагалищный) отрѣзокъ съ внутреннимъ (брюшнымъ) и наружнымъ (влагалищнымъ) концами и периферическій (трубный) отрѣзокъ съ периферическимъ (трубнымъ) концомъ и центральнымъ; при этомъ, брюшной конецъ влагалищнаго отрѣзка соответствовалъ культѣ шейки послѣ надвлагалищной ампутаціи матки. Кромѣ главнаго, намѣченнаго этою работой вопроса, здѣсь можно было узнать еще: 1) что дѣлается съ центральнымъ концомъ трубнаго

отрѣзка, т. е. закрывается-ли онъ, или остается открытымъ? 2) Что дѣлается съ трубнымъ отрѣзкомъ рога и соотвѣтственной трубой въ томъ случаѣ, если центральный конецъ этого отрѣзка зарастаетъ? 3) Если концы рога на мѣстѣ перерѣзки или резекціи срастаются, то восстанавливается-ли просвѣтъ рога? У 16 оперированныхъ кроликовъ 21 рогъ резецированъ и 5 роговъ поперечно перерѣзаны; вскрытіе кроликовъ производилось между 3 днями и 8 мѣсяцами послѣ операции. Выводы: 1) брюшной конецъ влагалищнаго отрѣзка, соотвѣтствующій въ этихъ опытахъ культѣ послѣ надвлагалищной ампутации матки, всегда зарастаетъ, не оставаясь никогда открытымъ; при этомъ, если онъ не срастается съ трубнымъ отрѣзкомъ, то прочная пленка, закрывающая его и являющаяся какъ бы продолженіемъ стѣнокъ рога, превращаетъ этотъ отрѣзокъ въ слѣпой мѣшокъ; 2) въ трубномъ отрѣзкѣ центральный конецъ также всегда зарастаетъ, причемъ въ отрѣзкѣ этомъ появляется hydrometra, достигающая обыкновенно значительныхъ размѣровъ: 10—20—30 см. въ длину при нѣсколькихъ сантиметрахъ въ поперечникѣ; 3) во всѣхъ этихъ случаяхъ hydrometrae скопленія жидкости въ соотвѣтственной трубѣ не наблюдалось, что слѣдуетъ объяснить здѣсь закрытіемъ конца трубы на мѣстѣ соединенія рога съ трубою; 4) такъ какъ во всѣхъ этихъ случаяхъ hydrometrae съ закрытіемъ маточнаго конца трубы, труба эта оставалась неизмѣненной, то можно думать, что закрытіе тѣмъ или другимъ путемъ маточнаго конца трубы не даетъ въ ней скопленія жидкости; 5) если концы рога на мѣстѣ перерѣзки или резекціи срастаются, то можетъ восстановиться проходимость его канала. Относительно процесса восстановленія канала авторъ высказываетъ слѣдующее предположеніе: вслѣдъ за операцией реактивный пластическій выпотъ, образующійся на обоихъ концахъ рога на мѣстѣ операции, склеиваетъ оба эти конца между собою; центральная часть этого выпотнаго комка, не успѣвъ еще организовать въ болѣе стойкую ткань, подъ напоромъ тока жидкости, которая постоянно выдѣляется слизистой оболочкой рога, постепенно атрофируется; такимъ образомъ, въ центральной части этой выпотной массы являются полость, служащая продолженіемъ канала рога и постепенно покрываемая эпителиемъ, который распространяется на нее со слизистой оболочки рога.

Н. Р.

15. Проф. П. И. Ковалевскій. *Послѣродовые психозы.* (Русская Медицина, 1894 г., №№ 7, 9, 10).

Руководствуясь взглядами различныхъ авторовъ, авторъ статьи старается систематизировать различные этиологическіе моменты, какъ предрасполагающіе къ послѣродовымъ психозамъ, такъ и производящіе послѣдніе. Первое мѣсто среди причинъ занимаетъ наслѣдственность,—причина предрасполагающая. Между предрасполагающими и производящими причинами, какъ нѣчто переходное, лежатъ душевныя волненія и нравственныя потрясенія. Наконецъ, среди вызывающихъ причинъ надо указать инфекцію и послѣродовыя болѣзни половыхъ органовъ (особенно часто *subinvolutio uteri*), а также автоинтоксикацію (напр. эклампсія, остеомалация). Перворождающія въ 2 раза чаще заболѣваютъ, чѣмъ многорожавшія. Статистика разныхъ лицъ и собственныя наблюденія автора даютъ поводъ признать за маніей и аменціей преобладающія мѣста въ ряду формъ послѣродовыхъ психозовъ. Помимо этихъ и другихъ, затяжныхъ формъ душевнаго разстройства, встрѣчаются еще острые, быстро преходящіе психозы. Наблюдаются, хотя очень рѣдко, случаи эпилептического помѣшательства, напр., случай дѣтоубійства, описанный *Добротворскимъ* (Арх. Психіатріи, 1893, 6). Въ значительномъ большинствѣ случаевъ послѣродовые психозы развиваются въ теченіе первыхъ двухъ недѣль послѣ родовъ. Въ *послѣднія* недѣли послѣродоваго періода предпочтительно развиваются такъ называемые психозы вырожденія (паранойн, истеричное помѣшательство). Психозы вырожденія даютъ худшее предсказаніе. Такое же предсказаніе даютъ психозы вообще у *многорожавшихъ*. Въ заключеніе авторъ описываетъ два случая послѣродовой аменціи: 1) Еврейка, 30 лѣтъ, съ психопатической наслѣдственностью; заболѣла на 6-й недѣлѣ послѣ четвертыхъ родовъ, вслѣдъ за случайнымъ нравственнымъ потрясеніемъ. Роды были довольно трудные, длились 12 часовъ и сопровождались значительной потерей крови. Черезъ 5 мѣсяцевъ выписалась вполне здоровой. 2) Женщина 20 лѣтъ, изъ семьи пьяницъ; заболѣла на 5-й день послѣ первыхъ родовъ (роды были трудные и сопровождались значительной потерей крови). Во время беременности бывали приступы тоски. Черезъ 3 мѣсяца больная выписалась почти совсѣмъ здоровой.

Н. Какушкинъ.

16. Проф. П. И. Ковалевскій. Менструальное состояніе и менструальные психоза. (Архивъ Психіатріи и пр., 1894 г., № 1).

Авторъ прежде всего кратко рассматриваетъ вліяніе первыхъ менструацій и установившихся кровей на организмъ нервно здоровой женщины, замѣчая, что „менструальный періодъ здоровой женщины не есть болѣзнь, но не есть и полное здоровье“. Менструація въ такихъ случаяхъ въ большей или меньшей степени нарушаетъ равновѣсіе нервной системы у женщины. Вліяніе менструаціи на организмъ женщины съ нервнымъ предрасположеніемъ болѣе сложно. Въ этихъ случаяхъ особенно рѣзко сказывается вліяніе появленія первыхъ менструацій, когда достаточно бываетъ иной разъ ничтожнаго момента только, чтобы у дѣвушки развилась эпилепсія, истерія, предсердечная тоска и проч. Бываетъ и наоборотъ: наступленіе мѣсячныхъ улучшаетъ ходъ имѣвшагося уже нервного страданія, напр., хореи. Болѣе слабо выражается вліяніе каждой менструаціи, когда уже мѣсячныя установились, при чемъ болѣзненные мѣсячныя (amenorrhoea, metrorrhagia) вліяютъ на нервное состояніе женщинъ болѣе рѣзко.

Обычно у нервно-предрасположенныхъ женщинъ менструальный періодъ вызываетъ или разнообразныя нервныя расстройства (мигрень, слезливость, подавленность духа, судороги и пр.) или душевныя расстройства. Въ свою очередь душевные расстройства сопровождаются очень часто расстройствами въ мѣсячныхъ очищеніяхъ, при чемъ взаимной зависимости между этими расстройствами нѣтъ, а есть зависимость и тѣхъ и другихъ расстройствъ отъ одной общей причины. Авторъ описываетъ три случая психическихъ обостреній въ теченіе менструальнаго періода и одинъ случай менструальнаго психоза, т. е. душевнаго расстройства, вызваннаго собственно менструаціей. Можно поставить въ сторонѣ отъ всѣхъ этихъ расстройствъ расстройства въ нервной и душевной сферѣ женщинъ, вызываемыя климактерическимъ періодомъ. Въ интенсивности и въ характерѣ этихъ расстройствъ имѣетъ значеніе не только нервная предрасположенность, но и характеръ прожитой жизни, со стороны главнымъ образомъ половой дѣятельности. Такъ особенно рельефно выдѣляется климактерій у дѣвственницъ, или у женщинъ, ведшихъ усиленную половую жизнь. Установился особый терминъ „климактерическое помѣшательство“, обнимающій всю группу разнообразныхъ душевныхъ расстройствъ, сопутствующихъ климактерію (наичаще паранойя, съ характеромъ эротизма). Въ рѣдкихъ случаяхъ климактерій улучшаетъ теченіе душевной болѣзни. Вообще, климактерическое

помѣшательство даетъ наихудшее предсказаніе. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что въ судебно-медицинскомъ отношеніи важно знать, не совершенно ли данное преступленіе во время менструацій. Если да, то это служитъ для обвиняемой смягчающимъ обстоятельствомъ, ибо „менструальное состояніе“, даже вполне нервно-здоровыхъ женщинъ, есть благопріятная почва для разныхъ вѣдѣній и вліяній.

Н. Какушкинъ.

17. В. О. Котелянскій. Къ діагностикѣ вѣматочной беременности въ раннихъ стадіяхъ. (Записки Уральского Медич. Общества. II годъ, второй выпускъ. Екатеринбургъ, 1893 года, стр. 62).

Случай 1-й. Замужняя, 26 лѣтъ. Родила однажды. Жалоба—кровотеченіе, начавшееся недѣлю спустя послѣ срочныхъ мѣсячныхъ и продолжающееся 26 дней. До этого времени менструація была правильна. Пять недѣль замѣчается въ лѣвой нижней части живота растущая опухоль. Отчасти пипеткой, отчасти острой ложкой изъ полости матки извлечена часть содержамаго, показавшаго присутствіе лохейоцитовъ и децидуальныхъ клѣтокъ. Подозрѣніе на вѣматочную беременность подтвердилось чревосѣченіемъ, причемъ цѣликомъ удаленъ мѣшокъ (воронка, фаллопиева труба, сальникъ, стѣнка яичника). Выздоровленіе.

Случай 2-й. Дѣв. 29 л., родила однажды. 2 недѣли назадъ началось кровотеченіе послѣ 6 недѣльной менопаузы. Въ нижней части живота разлитой выпотъ, противъ котораго было направлено лѣченіе. Затѣмъ пипеткой и Боземановскимъ катетеромъ извлечена часть содержамаго полости матки, въ которомъ оказались децидуальные клѣтки и бѣлыя кровяныя тѣльца въ двухъ видахъ: маленькихъ зернистыхъ и большихъ, содержащихъ 1—3 ядра. Подозрѣніе на вѣматочную беременность подтверждено чревосѣченіемъ; вылущенъ цѣликомъ мѣшокъ, образованный правой трубой и широкой связкой (плодъ 4,2 сѣм.). Выздоровленіе.

Случай 3-й. Проститутка 18 лѣтъ, нерожавшая. Боли внизу живота и сукровичное отдѣленіе послѣ мѣсячныхъ, кончившихся 4 дня назадъ. Въ содержимомъ матки, извлеченномъ корнцангомъ и пипеткой, найдены элементы, тождественные съ вышеописанными. Слѣва отъ матки опухоль съ гусиное яйцо, оказавшаяся мѣшетчатою со стѣнкой изъ трехъ слоевъ: въ среднемъ звѣдообразныя клѣтки. Въ полости мѣшка—гной. Мѣшокъ лежитъ въ складкѣ широкой связки и образованъ отчасти воронкой трубы. Онъ удаленъ. Выздоровленіе.

Случай 4-й. Замужняя, 38 лѣтъ, нерожавшая. Затянувшіяся мѣсячныя (1½ мѣсяца), пришедшія въ срокъ. Микроскопическое изслѣдованіе содержимаго матки съ вышеописаннымъ результатомъ. При чревосѣченіи изъ правой широкой связки извлечена часть мѣшка, содержавшаго въ оболочкахъ (микроскопъ) ворсинки и эмбриональную ткань. Авторъ придаетъ большое значеніе микроскопическому изслѣдованію содержимаго матки при рѣшеніи вопроса о вѣматочной беременности и отмѣчаетъ въ такихъ случаяхъ постоянное присутствіе, кромѣ децидуальныхъ клѣтокъ, большихъ зернистыхъ, съ 1—3 ядрами, клѣтокъ, встрѣчающихся также всегда въ послѣродовыхъ отдѣленіяхъ. *Н. Какушкинъ.*

18. В. М. Онуфріевъ. Медицинскій отчетъ Екатеринбургскаго Родильнаго Дома, съ 1 сентября 1887 года по 1 сентября 1891 г. (Записки Уральск. Мед. Общ., II годъ, второй вып., приложение).

Этотъ обширный отчетъ захватываетъ дѣятельность за отмѣченный періодъ и родильнаго собственно отдѣленія, и гинекологическаго. Судя по описанію, родильный домъ устроенъ образцово, и дѣятельность его очень обширна и оживленна. За все время въ родильномъ отдѣленіи перебивало 2890 женщинъ, въ томъ числѣ роженицъ 1730 (первородящихъ 31,9%). Нормальные роды составили 64,6%; двойней 2,08%; тройней 0,05%. Выкидышей 7,2%. Эклампсія—въ 0,98% всѣхъ родовъ. Разрывовъ промежности 8,2%. Наложеніе щипцовъ примѣнено одинъ разъ на каждые 50 родовъ. Перфорации въ 4 случаяхъ; кесарское сѣченіе въ одномъ (родильница умерла отъ перитонита). Вообще операціи дали 3,4% смертности. Здоровыхъ родильницъ было 80,9%. Послѣродовыхъ заболѣваній 10,5%; случайныхъ заболѣваній 7,3% (смертн. 0,5%). Смертность отъ септицеміи 0,35%. Въ гинекологическомъ отдѣленіи больныхъ было за эти 4 года 501, изъ которыхъ оперировано было 207 человекъ. Изъ большихъ операцій сдѣлано: вылушеній матки черезъ влагалище 17, міомотомій 11, изсѣченій придатковъ 33, операцій при вѣматочной беременности 2, чревосѣченій по другимъ поводамъ 11. Всѣхъ умершихъ послѣ операцій было 8,8%. Амбулаторію при родильномъ домѣ посѣтили 4407 женщины, сдѣлавшія 10834 посѣщенія. При родильномъ домѣ существуетъ повивальная школа. Въ заключеніе нельзя не сказать, что отчетъ этотъ заслуживаетъ, по богатству своего матеріала, вниманіе всякаго гинеколога.

Н. Какушкинъ.

19. **А. А. Введенскій.** Перелойныя заболѣванія уретры, шейки матки, бартолиновыхъ железъ у проституткоѣ. (Русская Медицина, 1894 г., № 9, стр. 137).

Авторъ изслѣдовалъ на гонококки отдѣленія изъ шейки матки, мочеиспускательнаго канала съ Гереновыми пазухами и изъ Бартолиновыхъ железъ. Изъ 306 изслѣдованныхъ имъ проституткоѣ у 179 (58,5%) были только катарры шейки матки, а у 127 (41,5%) были, кромѣ того, отдѣленія изъ уретры и Бартолиновыхъ железъ. Отдѣленія изъ уретры были въ 93 случаяхъ; если же присоединить сюда число поражений Гереновыхъ пазухъ (*urethritis externa* по *Guérin*'y), то число найденныхъ уретритовъ было 115, при чемъ въ 38 случаяхъ были найдены гонококки (33%), а въ 77 случаяхъ (67%) ихъ не было. Гнойное или слизистогнойное отдѣленіе изъ Бартолиновыхъ железъ наблюдалось у 18 женщинъ, причемъ гонококки найдены въ 13 случаяхъ (72,2%). Во влагалищномъ отдѣленіи ни разу не найдено гонококковъ. Перелойные катарры шейки матки отмѣчены у 75 лицъ, что составляетъ 24,5% общаго числа проституткоѣ. 25% проституткоѣ, имѣвшихъ при осмотрѣ только катарръ шейки матки, оказались больными перелоемъ шейки матки. Авторъ высказывается за необходимость микроскопическаго изслѣдованія выдѣленій изъ половыхъ органовъ проституткоѣ не только при врачебно-полицейскихъ осмотрахъ, но и во время пребыванія ихъ въ больницѣ.

Н. Какушкинъ.

20. **А. И. Капланъ.** Къ вопросу о наркозѣ эфиромъ. (Медицинское Обозрѣніе, 1894 г., № 4, стр. 344).

На основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій въ 60 случаяхъ (въ лѣчебницѣ д-ра *Штрауха* въ Москвѣ), авторъ высказывается въ пользу замѣны хлороформа эфиромъ. Преимущества эфира: безопасность наркоза, особенно при большой продолжительности операцій, отсутствіе непріятныхъ осложненій при наркотизаціи (напр., рвоты, асфиксии, коляпса, періода возбужденія; бѣлка въ мочѣ авторъ не находилъ). Важное условіе успѣшнаго дѣйствія эфира—вдыханіе его безъ примѣси воздуха, для чего очень удобна маска *Wanschér*'a (Копенгагенъ), дающая возможность для операцій продолжительностью въ 1¼ часа расходовать только 100 грамм. эфира.

Н. Какушкинъ.

21. Прив.-доц. С. С. Заяицкій. *Migratio ovi et seminis extrauterina*. (Медицинское Обозрѣніе, 1894 г., № 2, стр. 115).

Случай I. Крестьянка, 31 года, рожавшая; послѣ двухмѣсячнаго отсутствія кровей—внезапно боли внизу живота и потеря сознанія. Кровоизліяніе въ заднее дугласово пространство и общій перитонитъ. Задній своль чрезъ влагалище вскрытъ (кровь и гной). Больная умерла. Вскрытіе показало: матка увеличена въ $1\frac{1}{2}$ раза, лѣвая труба разорвана въ срединѣ и «совершенно зарощена, начиная отъ *ostium tubae uterinum*» (сращеніе плотное, старое). Правая труба проходима. Правый яичникъ нормаленъ, въ лѣвомъ *corpus luteum verum*. Слѣдовательно, сѣмя, для оплодотворенія яйца, изъ лѣваго яичника передвигалось, вслѣдствіе зарощенія лѣвой трубы, черезъ правую трубу и внѣ матки.

Случай II. Мѣщанка, 30 лѣтъ, рожавшая. Пять лѣтъ назадъ была оперирована по поводу брюшной внѣматочной беременности, при чемъ вмѣстѣ съ плодомъ удаленъ брюшной конецъ правой фаллопиевой трубы (см. Медицинское Обозрѣніе, 1888 г., № 16). Теперь послѣ 2-мѣсячнаго отсутствія кровей—внезапно боли въ животѣ, обморокъ, внутрибрюшное кровоизліяніе. При операціи (съ хорошимъ исходомъ) удалены трубы и яичники. Правая труба оказалась беременной (брюшной конецъ не обследованъ), правый яичникъ атрофированъ, склерозированъ. Въ лѣвомъ яичникѣ *corpus luteum verum*. Слѣдовательно, оплодотворенное яйцо изъ лѣваго яичника попала въ правую трубу. Авторъ, въ заключеніе, задаетъ, между прочимъ, вопросъ: не слѣдуетъ-ли во всѣхъ случаяхъ, при операціи внѣматочной беременности, кастрировать женщинъ?

Н. Какушкинъ.

б) Французской.

22. A. Doléris. *Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. (Fausses Métrites)*. (Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, 1893, № 2, 3, 4 и 5). **Физиологическія невоспалительныя разстройства матки. (Ложный метритъ).**

Существуетъ извѣстное число заболѣваній матки, зависящихъ отъ физиологическихъ разстройствъ. Онѣ проявляются главнымъ образомъ такими признаками, (истечение бѣлей, кровотеченія и т. п.), которые характерны для истиннаго, т. е. заразнаго метрита. Авторъ раздѣляетъ всѣ измѣненія (заболѣванія) въ маткѣ, исключая новообразованій и искривленій ея, на измѣненія, зависящія отъ зараженія и не зависящія отъ него. Название метритъ, по его мнѣнію, должно быть приурочено только къ первымъ, т. е. къ истинновоспалительнымъ измѣненіямъ. Уже въ 1886 году авторъ указывалъ на различіе между заразнымъ метритомъ и физиологическими разстройствами питанія, происходящими подъ вліяніемъ разстройствъ нервной, кровеносной или лимфатической системъ, или подъ вліяніемъ травмы, неполнаго обратнаго развитія и пр. Къ этимъ заболѣваніямъ относятся названія субинволюція, хроническая гипертрофія, заваль, приливъ и т. п. и ихъ то авторъ называетъ псевдо-метритомъ.

Ложный метритъ имѣетъ признаки отчасти общіе съ истиннымъ метритомъ: усиленное отдѣленіе слизистой оболочки, кровотеченія, припухлость органа и боль. Но имѣются и отличительные признаки: при истинномъ, т. е. (микробномъ) заразномъ метритѣ наблюдается общая реакція организма—лихорадка; отдѣленія при такомъ метритѣ чисто гнойныя и наконецъ, онъ развивается какъ одна изъ фазъ общаго воспаленія всей половой системы, локализовавшагося на короткое время, но готоваго распространиться на придатки и на параметрій и имѣющаго наклонность переходить въ хроническую форму.

Ложный метритъ развивается безъ лихорадки, остается мѣстнымъ, теченіе его кратковременное и примѣненіе противогнилостныхъ способовъ лѣченія остается на него безъ вліянія.

Наоборотъ, достаточно устранить вызывающія причины, предоставить покой органу и примѣнить общія средства, чтобы достигнуть излѣченія.

Не соглашаясь съ другими авторами (*Pozzi* и *Auvard*) относительно классификаціи метритовъ, самъ *Dolérís* предлагаетъ различать слѣдующіе виды истиннаго метрита:

- 1) Простой воспалительный метритъ.
- 2) Бленноррагическій метритъ (гонорройный?).
- 3) Пуэрперальный метритъ.

Внѣ этихъ случаевъ мы имѣемъ различныя патологическія измѣненія въ различныхъ тканяхъ матки, но не истинный метритъ.

А) *Заваль* (инфарктъ) матки есть результатъ пассивной гипереміи; онъ наиболѣе совершенно наблюдается при *retroversione uteri* и въ извѣстныхъ случаяхъ варикознаго расширенія венъ таза. Онъ является основаніемъ почти для всѣхъ органическихъ заболѣваній матки. Первичный заваль матки бываетъ почти всегда слѣдствіемъ конституціональныхъ условий и стоитъ въ связи съ такъ называемою дряблостью матки. Онъ наблюдается у слабыхъ дѣвушекъ съ дряблою мускулатурою вообще и матки въ частности, это такъ называемый метритъ дѣвственницъ, который встрѣчается очень рѣдко.

Лѣченіе завала матки сводится на примѣненіе общихъ укрѣпляющихъ средствъ, ваннъ, душей, массажа общаго или мѣстнаго и, въ случаяхъ кровотеченій, электричества. Избѣгаютъ причинъ, вызывающихъ разстройство кровообращенія въ маломъ тазѣ: запоровъ, шитья на ножной машинѣ; мѣстно назначаютъ влагалищныя вяжущія и противогнилостныя спринцеванія.

В) *Subinvolutio* или остановка въ обратномъ развитіи тканей матки послѣ родовъ или выкидышей служитъ часто исходнымъ пунктомъ наиболѣе упорныхъ метритовъ. Ее часто смѣшиваютъ съ истиннымъ метритомъ. Матка представляетъ значительную величину; къ этому присоединяется мягкость (дряблость) ея ткани, склонность къ кровотеченіямъ и значительнымъ отдѣленіямъ и, благодаря дряблости связокъ, матка опускается. Гистологически мышечныя волокна матки при субинволюціи не претерпѣваютъ жироваго перерожденія, какъ это имѣетъ мѣсто при нормальномъ обратномъ развитіи, а остаются такими же, какъ на 9 мѣсяцѣ беременности, при нѣсколько меньшей, однако, величинѣ.

Эти наблюденія *Snow-Beck*'а стремятся свести субинволюцію матки къ отсутствію жироваго перерожденія въ мышечныхъ волокнахъ. *West* же полагаетъ, напротивъ, что дѣло заключается не въ отсутствіи жироваго перерожденія, а въ недостаточномъ всасываніи и удаленіи некробіотическихъ продуктовъ.

Этіологія остановки въ обратномъ развитіи матки разнообразна:

- 1) Пуэрперальная *инфекція*.
- 2) Травма во время родовъ, вродѣ разрывовъ шейки и промежности или акушерскихъ операцій, которые вызываютъ травматическое оцѣпенѣніе (?) мускуловъ матки.
- 3) Искривленія матки, производящія не только застои кровообращенія, но и застои лохий въ маткѣ.
- 4) Мѣстныя расстройства кровообращенія, вслѣдствіе варикозныхъ расширеній венозныхъ сплетеній таза, которыя, впрочемъ, довольно трудно констатировать.
- 5) Задержка въ маткѣ частей послѣда или оболочекъ.
- 6) Расстройства питанія всего организма, угнетающія всѣ жизненные процессы, обуславливаютъ также недостаточное всасываніе регрессивно измѣняющихся мышцъ матки.

Что касается до *признаковъ* субинволюціи матки, то они сводятся на увеличеніе органа, дряблость его ткани, искривленіе и опущеніе. Изъ функциональныхъ расстройствъ, встрѣчающихся при этомъ, надо отмѣтить: кровотеченіе, истеченіе бѣлей, боли въ поясницѣ и расстройство мочеиспусканія.

Лѣченіе, кромѣ мѣръ предупреждающихъ (опасность ранняго вставанія послѣ родовъ), должно быть направлено на увеличеніе тонуса матки (хининъ, эрготинъ, *Hydrastis Canadensis* и *Digitalis*, горячіе души въ 40—42° С. и электричество въ формѣ фарадическаго тока на биполярномъ электродѣ, вводимомъ въ полость матки или постоянного тока съ отрицательнымъ полюсомъ на животъ и положительнымъ въ маткѣ).

С) Расстройства, свойственныя менопаузѣ. При наступленіи климактерическаго возраста нерѣдко наблюдаются явленія со стороны матки, аналогичныя таковымъ же, описаннымъ выше при метритѣ дѣвственницъ, какъ-то: атонія мускулатуры, различныя спазмы, вазомоторныя расстройства рефлекторнаго характера и т. п.

Явленія, наблюдаемыя въ моментъ наступленія менопаузы, двухъ родовъ: одни представляютъ анатомическія измѣненія, другія суть реактивныя фізіологическія расстройства. Первые касаются мускулатуры и слизистой оболочки матки. Мышечныя волокна подвергаются постепенной атрофіи и замѣщаются пролиферирующей соединительной тканью. Сосуды матки склерозируются, ихъ стѣнки становятся плотными и просвѣтъ ихъ суживается. Вся матка уменьшается.

Слизистая оболочка гиперплазируется (?), железы ея постепенно атрофируются.

Физиологическія расстройства выражаются аменорреей, наступающей или сразу, или чаще постепенно, иногда метроррагіями.

Ложнымъ метритомъ менопаузы надо назвать совокупность явлений, состоящихъ изъ приливовъ крови къ маткѣ съ болями въ поясницѣ или въ нижней части живота, при усиленіи отдѣленій изъ матки, часто гнойнаго характера; сюда-же относятся, далѣе, расстройства менструаціи въ видѣ меноррагіи и общія расстройства сопутствующія имъ.

Доказательствомъ тому, что всѣ эти явленія не зависятъ отъ истиннаго воспаленія матки служитъ то обстоятельство (по автору), что примѣненіе антисептическихъ средствъ здѣсь остается безъ результата.

Лѣчение сводится на гидротерапію (прохладные души, ванны, влагалищныя вяжущія спринцеванія и широкое примѣненіе противогнилостныхъ средствъ, для предохраненія отъ послѣдующаго зараженія). Фарадизація. Діета растительная и молочная у артритиковъ. Иодистый калий внутрь.

М. М. Мионовъ.

23. **Vinay. Du traitement des kystes de l'ovaire chez la femme enceinte.** (Nouvelles archives, d'obstetrique et degynécologie. 25 Nov. 1893). **О лѣченіи яичниковыхъ кистъ у беременныхъ.**

Киста можетъ быть распознана либо во время беременности, либо во время родовъ. Каждый изъ этихъ случаевъ разбирается авторомъ отдѣльно.

А) У беременныхъ, по мнѣнію автора, энергичное вмѣшательство врача показано какъ при наступленіи угрожающихъ явлений разрыва или ущемленія кисты, такъ и въ отсутствіи оныхъ. Примѣняются слѣдующіе оперативные приемы: 1) прерываніе беременности, 2) пункція опухоли и 3) овариотомія.

1) Выкидышъ или преждевременныя роды имѣютъ только палліативное значеніе и часто отдалаютъ овариотомію только на нѣсколько дней. Статистика *Remy*, касающаяся 11 наблюденій, показываетъ слѣдующее:

Матерей 3 умер.	Дѣтей	5 умерл.
„ 8 ост. въ живыхъ.	„	5 живыхъ.
относ. 1 неизвѣстно.		

Этотъ приемъ, по мнѣнію автора, допустимъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль по своему положенію недоступна для операціи или когда опухоль плотной консистенціи и сращена съ окружающими органами, такъ что ни пункція, ни вырваніе не даютъ результатовъ.

2) Пункція опухоли также имѣетъ только палліативное значеніе и къ тому-же часто осложняется такими обстоятельствами, какъ нагноеніе кисты, кровотеченія изъ ея стѣнки, пораненія матки, мочевого пузыря, кишекъ и не всегда предотвращаетъ преждевременныя роды. Авторъ приводитъ единственный случай *Pippingskjöld'a*, гдѣ пункція привела къ радикальному излѣченію. Результаты пункціи, по статистикѣ *Remy*, *Heyberg'a*, сопоставленной еще съ нѣсколькими случаями, кое гдѣ опубликованными, слѣдующіе:

30 ж. была произведена пункція 95 разъ.

2 ж. " " " нѣсколько разъ.

Результаты:

Нагноеніе кисты	7 разъ
Перитонитъ	1 "
Потуги появились въ промежуткѣ отъ 1 до 10 дней.	8 "
Смерть (въ томъ числѣ 1 оваріотомія)	5 "

Причины смерти:

Atlee. . Кажется, была проколота матка.

Necker . Содержимое кисты было гнойнымъ до операціи.

Herrgott. Нагноеніе, перитонитъ.

Atlee. . Нагноеніе, септикемія.

Velpeau. Угрожающія (?) явленія.

3) Первые оваріотоміи у беременныхъ были произведены благодаря ошибокъ въ діагнозѣ (*Atlee*, *Spencer—Wells*, *Marion Sims* и др.) Въ настоящее время число оваріотомій, произведенныхъ въ этомъ періодѣ, весьма значительно. *Olshausen* въ своей работѣ о болѣзняхъ яичниковъ собралъ 82 случая, изъ которыхъ 74 увѣнчались успѣхомъ, что составляетъ смертность въ 9,75%.

Авторъ приводитъ статистику оваріотомій, при чемъ большинство случаевъ, собранныхъ имъ лично, относится ко времени послѣ 1880 года:

а) Одностороннія оваріотоміи:

<i>Olshausen</i>	26 случ. 0 смерт.	<i>Galabin</i>
<i>Schroeder</i>	15 " 0 "	<i>F. Barnes</i>
<i>L. Tait</i>	11 " 1 "	<i>Ohage</i>
<i>S. Wells</i>	10 " 1 "	<i>Staudé</i>
<i>Engstroem</i>	7 " 0 "	<i>Helbrun</i>
<i>Omori</i>	5 " 0 "	<i>Chambers</i>
<i>Ykeda</i>	5 " 0 "	<i>Chiara</i>
<i>Laroyenne</i>	4 " 0 "	<i>Meinert</i>
<i>A. Poncet</i>	3 " 0 "	<i>Gersuny</i>
<i>Mundé</i>	3 " 1 "	<i>Angelini</i>

Всѣ по одному случаю безъ смертельныхъ исходовъ.

Lee	3	случ.	1	смерт.	Kalderini	}	Всѣ по одному случаю безъ смертныхъ исхо- довъ.
Martin	2	"	0	"	Lodewijks		
Pippingskjöld	2	"	0	"	Küstner		
Kehrer	2	"	0	"	Thornton		
Frommel	2	"	0	"	Kezmarsky		
Красовскій	1	"	1	"	Storry		
					Кузнецовъ		
					v. Wahl		

Такимъ образомъ, на 122 овариотоміи—5 смертныхъ случаевъ, что составляетъ 4,09⁰/. Эта цифра, конечно, оставляетъ за собою далеко цифры *Remy* (19⁰/) и *Heiberg'a* (15⁰/).

b) Двустороннія овариотоміи.

Thornton	1	сл.	0	смерт.	Veit	1	сл.	0	смерт.
Mundé	1	"	0	"	Meredith	2	"	0	"
Montgomery	1	"	0	"	Polaillon	1	"	0	"
Gardner	1	"	0	"	Martin	1	"	0	"
Patter	1	"	0	"	Cotterell	1	"	1	"
Flaischlen	1	"	0	"					

Сопоставляя общѣ таблицы, получаемъ 6 смертныхъ случаевъ на 131, т. е. 4,47⁰/.

При выполненіи овариотоміи у беременныхъ слѣдуетъ избѣгать всего того, что могло бы вызвать преждевременную сократительную дѣятельность матки, какъ то: натяженіе ножки опухоли, охлажденіе матки и т. п.

Въ 7 случаяхъ, опубликованныхъ *Olshausen'*омъ, матка была принята за полость кисты и пунктирована. Большинство операторовъ было произведено кесарское сѣченіе и 5 изъ этихъ больныхъ выздоровѣло.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда опухоль выполняетъ полость малаго таза и матка достигла значительнаго развитія, овариотомія представляетъ значительныя затрудненія и въ одномъ изъ такихъ случаевъ *Engstroem* принужденъ былъ вызвать вначалѣ 7 мѣсяца преждевременные роды, а затѣмъ удалить опухоль.

Операция гораздо рѣже сопровождается родами, чѣмъ можно было бы предполагать: по *Olshausen'*у не чаще 20⁰/, при чемъ вліяніе оперативнаго инсульта минимальное; гораздо большую роль играетъ септическая инфекция. Операция должна быть по возможности ранней; въ доказательство авторъ приводитъ изъ литературы двѣ статистическія таблицы. На основаніи этихъ таблицъ онъ дѣлаетъ слѣдующій выводъ: операция во второмъ, третьемъ и четвертомъ мѣсяцахъ беременности представляется для матери наиболѣе благопріятною; наибольшее же число пе-

рерывовъ беременности приходится на долю оваріотомій въ третьемъ и четвертомъ мѣсяцахъ.

В) Наибольше частымъ препятствіемъ для правильнаго хода родовъ являются кисты, располагающіяся въ маломъ тазу, въ большинствѣ случаевъ дермоидныя, обнаруживающіяся обыкновенно только во время родовъ. Авторъ рекомендуетъ сдѣлать прежде всего попытку перемѣщенія опухоли въ область надъ тазовымъ мысомъ. Перемѣщеніе удается довольно часто: по *Remy* въ 21 изъ 74 случаевъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, благодаря непосредственному разрыву мѣшка или перитониту, слѣдовала смерть (3 на 23, *Jeter*; 4 на 18, *Remy*). Въ случаяхъ, неподдающихся вправленію, прибѣгаютъ къ пункціи опухоли черезъ прямую кишку или черезъ влагалище. По статистикѣ *Plyfair*'а на 9 случаевъ пункціи не было ни одного смертельнаго исхода. *Fochier* совѣтуетъ при дермоидныхъ кистахъ производить пункцію троакаромъ нагрѣтымъ до 37°; иначе здѣсь легко можетъ случиться закупорка троакара свертками жироваго содержимаго, застывающаго при 30°. Пункція замѣняется разрѣзомъ (по *Fritsch*'у) въ тѣхъ случаяхъ, когда при посредствѣ троакара не могутъ быть удалены кашеобразное содержимое, частицы костей и волосы. Вслѣдъ за опорожненіемъ кисты заканчиваютъ роды при посредствѣ щипцовъ или краніокласта. По выходѣ послѣда тампонируютъ полость кисты іодоформенной марлей. Въ дальнѣйшемъ возобновляютъ дренажи.

Если не рѣшаются на пункцію и вправленіе не выполнимо, то прибѣгаютъ или къ краніокласту или къ кесарскому сѣченію; поворотъ не выполнимъ, а щипцы производятъ обширныя травматическія поврежденія. Оваріотомія во время родовъ не практикуется, хотя она была и выполнена однажды *Williams*'омъ съ успѣхомъ.

Жаботинскій.

24. **Arnould. Accouchement par le siège. Tête hydrocephale retenue dans l'uterus après arrachement du tronc.** (*Archives de Tocologie*, февраль, стр. 151). Роды съ предлежаніемъ ягодицъ. Гидроцефальная головка, задержавшаяся въ маткѣ послѣ отрыва туловища.

Авторъ предлагаетъ, для облегченія извлеченія послѣдующей оторвавшейся гидроцефальной головки и задержавшейся въ маткѣ, слѣдующій способъ, примѣненный имъ въ одномъ случаѣ, послѣ предварительныхъ тщетныхъ попытокъ извлечь головку за нижнюю челюсть, щипцами и т. п. Онъ совѣтуетъ вводить въ

открытый каналъ позвоночника каучуковый зондъ и проводить его въ полость черепа. Мозговая жидкость при этомъ немедленно вытекаетъ, а головка затѣмъ легко извлекается. Вслѣдствіе своей простоты, легкости и быстроты, этотъ способъ, по его мнѣнію, заслуживаетъ полнаго вниманія. При этомъ онъ присовокупляетъ, что вообще при экстракціи гидроцефальной головки болѣе или менѣе значительной величины, должно предпочитать всегда перфорацию головки щипцамъ—какъ инструменту въ подобномъ случаѣ неудобопримѣняемому.

А. К. Мазуркевичъ.

25. Е. Monod. Note sur l'emploi du permanganate de potasse en gynécologie. (Gaz. de gynécologie. 1 Nov. 1893). **Замѣтка по поводу примѣненія марганцовокислаго калия въ гинекологіи.**

Авторъ говоритъ о прекрасныхъ результатахъ, полученныхъ при лѣченіи гонорройныхъ вульвовагинитовъ растворомъ марганцово-кислаго калия (1:2000) и приводитъ три исторіи болѣзни. Работа Janet (1892 г.), показавшая почти специфическое дѣйствіе марганцово-кислаго калия и особыя преимущества его передъ сулемою, ляписомъ и другими дезинфецирующими средствами, при лѣченіи гонорройныхъ заболѣваній женскаго полового аппарата, впервые побудила автора къ примѣненію этого средства въ его практикѣ. Первые два случая касаются дѣтей 5 и 12 лѣтъ. Первая изъ нихъ была пользуема методически въ теченіи года, сначала борною кислотою (4⁰/о), затѣмъ сулемою (1:5000), ляписомъ (1⁰/о), но почти безъ успѣха; выздоровѣла только послѣ 15 дневнаго примѣненія марганцово-кислаго калия (1:2000). Второю случай, пользованный съ самаго начала этимъ средствомъ, далъ также выздоровленіе. Наконецъ, третій случай относится къ взрослой дѣвушкѣ, гдѣ былъ примѣненъ болѣе сильный растворъ (1:1000), уже три дня спустя выдѣленіе сдѣлалось серознымъ и черезъ три недѣли больная выписалась совершенно здоровою. По мнѣнію автора, это средство можетъ быть съ пользою примѣняемо при мѣстномъ лѣченіи гонорройныхъ эндометритовъ и сальпингитовъ.

Жаботинскій.

26. А. R. Reynier. Traitement de deviations uterines par la faradisation. (Gaz. de gynécol. 15 Nov. 1893). **Лѣченіе уклоненій матки фарадизаціей.**

По мнѣнію автора, электричество въ большинствѣ случаевъ уклоненій матки представляетъ прекрасный врачебный агентъ. Оно удовлетворяетъ всѣмъ тремъ показаніямъ, наичаще встрѣчающимся при этомъ страданіи, противодѣйствуетъ образованію

плотныхъ эксудатовъ, благопріятствуетъ обмѣну веществъ и составляетъ сократительность, поддерживающихъ матку связокъ. Авторъ пользуется аппаратомъ системы *Chardin'a*; электродами служатъ маточный зондъ съ угольнымъ наконечникомъ, описанный *Apostoli* и цинковая пластинка, обернутая войлокомъ и замшею. При anteversіяхъ авторъ примѣняетъ крестцово-маточную фарадизацію: угольный наконечникъ, соединенный съ положительнымъ полюсомъ, вводится въ шейку матки, а цинковая пластинка, 18 см. длиною и 6 см. шириною, помѣщается на крестцѣ. При retroversіяхъ и retroflexіяхъ цинковая пластинка нѣскольکو шире, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ и помѣщается на животѣ надъ лобкомъ. Продолжительность сеансовъ три минуты, по три раза въ недѣлю въ началѣ и по два раза къ концу лѣченія.

Токъ употребляется обыкновенно такой силы, чтобы маточныя сокращенія были легко ощутимы рукою, держащею маточный зондъ; токъ вводится и выводится постепенно. Больныя обыкновенно испытываютъ незначительныя боли и послѣ сеанса чувствуютъ себя значительно облегченными. Десяти, двѣнадцати сеансовъ достаточно бываетъ для выздоровленія. Въ случаяхъ значительнаго опущенія влагалища присоединяется влагалищная фарадизація съ зеркаломъ *Resamier*. Авторъ приводитъ изъ своей практики 5 случаевъ (3 retroversio съ retroflexio и 2 anteversio) полного выздоровленія и 5 случаевъ (3 retroversio и 2 anteversio), находящихся на пути къ выздоровленію. Вообще, авторъ думаетъ, что этотъ способъ долженъ замѣнить пессаріи и операціи, практикуемыя съ цѣлью исправленія уклоненій матки; только полное выпаденіе и выворотъ матки должны считаться внѣ успѣшнаго дѣйствія электричества.

Жаботинскій.

27. Adenot. De traitement de la metrite par l'antisepsie. (Gaz de gynéc. 1 Dec. 1893 г.). О лѣченіи метрита антисептикой.

Авторъ придаетъ особенное значенію участію лимфатическаго аппарата въ воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки и, по аналогіи, съ подобными заболѣваніями другихъ частей, находитъ особенно полезнымъ мѣстное примѣненіе антисептическихъ средствъ. Авторъ производитъ предварительно расширеніе полости матки ламинаріями и затѣмъ тампонируетъ ее іодоформенною марлею, смоченною глицериномъ съ креозотомъ, въ теченіи, двухъ трехъ недѣль. Тампонація дѣйствуетъ двоякимъ образомъ: обезпечиваетъ оттокъ секрета воспаленной слизистой оболочки матки и поддер-

живаешь постоянное соприкосновение послѣдней съ антисептической жидкостью. Въ хроническихъ случаяхъ, благодаря обилію складокъ, такой способъ даетъ худшіе результаты; въ подобныхъ случаяхъ, по мнѣнію автора, умѣстно предварительное выскабливаніе.

28. Etienne Rollet. Traitement de l'urethrite blennorragique chez la femme. (Gaz. de gynécol., 15 Janv. 1894). О лѣченіи бленнорройнаго уретрита женщины.

Авторъ подвергаетъ краткому критическому обзору средства, примѣняемые при лѣченіи уретрита у женщинъ. Говоря о спринцованіяхъ, авторъ обращаетъ вниманіе на то, что зонды, употребляемые съ этою цѣлью, имѣютъ важное неудобство: спринцованію подвергается не только уретра, но и мочевого пузыря. Во избѣжаніе этого неудобства, авторъ устроилъ специальный металлическій зондъ и съ этою же цѣлью видоизмѣнилъ зондъ *Perrer*'а изъ краснаго каучука. Металлическій зондъ имѣетъ на концѣ коническое утолщеніе, которое закрываетъ собою входъ въ мочевого пузыря; впереди утолщенія имѣется широкое отверстіе, черезъ которое производится спринцованіе уретры. Видоизмѣненіе зонда *Perrer*'а состоитъ въ томъ, что отверстія, находящіеся на конечной выпуклости, передвинуты впередъ на 25 mm.

Жаботинскій.

29. Lugeol. Noeud du cordon. (Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Paediatric de Bordeaux, Séance du 11 Juillet 1893 Gaz. hebdom. des Sciences Médicales de Bordeaux, № 1, 1894). Узелъ пуповины.

Авторъ сообщаетъ слѣдующій случай изъ своей практики:

На 7-мъ мѣсяцѣ беременности родился мертвый плодъ съ пуповиной стянутой узломъ. Судя по виду плода, моментъ его смерти могъ наступить дней десять тому назадъ, что, къ тому же, подтверждалось и анамнестическими данными: дѣйствительно, около этого времени мать перестала ощущать движенія плода. Къ этому же времени относится и сильный испугъ, который она испытала при видѣ пожара въ сосѣднемъ съ ея квартирой домѣ.

Беременность протекала вообще ненормально: въ послѣдніе мѣсяцы бывали частыя рвоты (иногда съ кровью), беременная жаловалась на боль и лихорадила.

Роды были очень легкіе и прошли быстро, отдѣленіе послѣда нормально; появившееся съ началомъ потугъ кровотеченіе прекратилось само собою.

По поводу этого случая авторъ ставитъ вопросъ, можетъ ли узелъ пуповины, самъ по себѣ и независимо отъ всякихъ другихъ условій, причинить смерть плода?

Въ данномъ, по крайней мѣрѣ, случаѣ смерть плода легко можно объяснить и другой какой-нибудь причиной, особенно, если принять во вниманіе болѣзненное состояніе матери и испугъ ея, съ которымъ совпадаетъ моментъ, когда она перестала ощущать движенія плода; съ другой стороны, узелъ едва ли могъ причинить смерть плода уже хоть бы потому, что онъ былъ затянутъ не очень туго и, очевидно, недавняго происхожденія, такъ какъ на этомъ мѣстѣ не замѣчалось никакого уменьшенія въ количествахъ Вартоніевой студени.

Л. Шейнисъ.

30. Lefour. Influence des noeuds du cordon sur la vie du foetus. (Archives Cliniques de Bordeaux, Août 1893). **О вліяніи узловъ пуповины на жизнь плода.**

Этотъ трудъ является серьезной попыткой разрѣшить экспериментальнымъ путемъ вопросы, только намѣченные въ сообщеніи *Lugeol'*я (см. предъидущій рефератъ).

На основаніи сдѣланныхъ имъ опытовъ, въ обстановкѣ которыхъ авторъ старался становиться какъ можно ближе къ нормальнымъ физиологическимъ условіямъ, онъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ относительно вліянія узловъ пуповины на кровообращеніе въ пупочныхъ сосудахъ:

Движеніе крови въ пупочной венѣ нисколько не страдаетъ отъ незатянутого узла; затянутый узелъ затрудняетъ это кровообращеніе довольно замѣтнымъ образомъ, а если на затянутый узелъ будетъ еще дѣйствовать давленіе въ 150 граммъ, то движеніе крови почти совершенно останавливается.

Что касается кровообращенія въ пупочныхъ артеріяхъ, то тутъ вліяніе узловъ еще незначительнѣе: оно сводится почти къ нулю при затянутомъ узлѣ и только при прибавочномъ давленіи въ 150 граммъ получается замедленіе въ кровообращеніи. Иначе говоря, узлы пуповины *сами по себѣ*, (т. е., если кромѣ нихъ не дѣйствуетъ еще сильное давленіе), не оказываютъ никакого вліянія на кровообращеніе въ пуповинныхъ сосудахъ. Наконецъ, слѣдуетъ еще замѣтить, что при увеличивающемся внутри сосуда давленіи, узелъ растягивается: остается только знать, можетъ-ли усиливающаяся энергія сердцебіенія плода привести къ тому-же результату. Авторъ пытался разрѣшить этотъ вопросъ, пользуясь

сердцемъ черенахи въ качествѣ мотора: узелъ, какъ бы онъ ни былъ крѣпко затянутъ, всегда растягивался.

Авторъ признаетъ однако, что въ исключительныхъ случаяхъ препятствіе, представляемое узломъ пуповины для кровообращенія, можетъ причинить смерть плода,—дѣйствуя либо какъ чисто механическое затрудненіе, либо черезъ тромбозъ, являющійся слѣдствіемъ какого-нибудь пораженія сосудовъ.

Л. Шейнисъ.

31. Butte. Respiration placentaire à l'état normal et à la suite d'une hémorrhagie de la mère (Archives de tocologie, Août 1893).—Плацентарное дыханіе въ нормальномъ состояніи и вслѣдъ за кровотеченіемъ у матери.

Что касается нормальнаго плацентарнаго дыханія, то изслѣдованія автора только подтвердили результаты, уже раньше добытые *Cohnstein'*омъ и *Luntz'*омъ: извѣстно, что плодъ заимствуетъ необходимый для него кислородъ изъ крови матери и въ самомъ дѣлѣ, кровь пупочной вены содержитъ въ себѣ больше кислорода, чѣмъ кровь пупочной артеріи, тогда какъ углекислый газъ, напротивъ, преобладаетъ въ этой послѣдней.

Эти отношенія совершенно нарушены въ извѣстныхъ патологическихъ случаяхъ, и между прочимъ, при значительномъ кровотеченіи у матери. Изъ сдѣланнаго въ такихъ случаяхъ анализа крови пупочныхъ сосудовъ видно, что, проходя черезъ плодъ, она вовсе не теряетъ кислорода, а, напротивъ, кровь пупочной артеріи становится еще богаче кислородомъ. Этотъ странный на первый взглядъ фактъ можно объяснить, допустивъ, что, вслѣдъ за кровотеченіемъ, потеря, понесенная организмомъ матери, вознаграждается на счетъ „резервнаго“ кислорода, находящагося въ организмѣ плода. Такая гипотеза, кажется автору, тѣмъ болѣе правдоподобной, что ея легко объясняется и то, что вслѣдъ за такими кровотечениями первымъ погибаетъ плодъ (какъ то показали опыты, произведенные авторомъ вмѣстѣ съ *Charpentier'*): лишенный своего кислорода, который весь утилизируется матерью, плодъ очень быстро погибаетъ въ асфиксіи.

Л. Шейнисъ.

32. Tuffier. Sur un cas de grossesse extra-utérine. (Société de chirurgie, Séance du 22 Novembre 1893. Semaine Médicale, № 68, 1893). Случай внѣматочной беременности.

Авторъ сообщаетъ о случаѣ внѣматочной беременности, оперированной имъ при слѣдующихъ условіяхъ: его пригласили къ

больной, которую онъ нашелъ въ collars'ѣ. Изъ разспроса окружающихъ выяснилось, что регулы прекратились у нея 2 мѣсяца съ лишнимъ тому назадъ. Изслѣдованіе показало существованіе сзади матки довольно плотной опухоли. Авторъ діагностировалъ заматочную кровяную опухоль, связанную съ вѣматочной беременностью. Немедленно же было произведено чревосѣченіе, и среди кровоизліянія, источникомъ котораго была одна изъ трубъ, найденъ зародышъ 2 1/2 мѣсяцевъ. Полость таза промыта и установленъ дренажъ.

Послѣоперационное теченіе безъ всякихъ осложнений и больная чувствуетъ себя прекрасно.

Въ томъ же засѣданіи *Reynier* демонстрировалъ препараты, относящіеся къ 3-мъ аналогичнымъ случаямъ, въ которыхъ также найденъ былъ зародышъ въ заматочной кровяной опухоли. Вопреки мнѣнію *Tuffier*, *Reynier* не видитъ никакой необходимости въ употребленіи дренажа при такихъ случаяхъ, такъ какъ кровоизліяніе безгнилостно, если только нѣтъ осложнений.

Л. Шейнисъ.

33. *Quénu. Nature septique de l'hématocèle rétro-utérine.* (Société de chirurgie, séance du 13 Décembre 1893. Semaine Médicale, № 71, 1893). Септическія свойства заматочной кровяной опухоли.

Мнѣніе *Reynier* (см. предыдущій рефератъ) о безгнилостности заматочныхъ кровоизліяній и о бесполезности дренажа при оперированіи ихъ возбудилъ въ Société de chirurgie оживленный обмѣнъ мыслей. *Quénu*, не соглашаясь со взглядомъ *Reynier*, заявилъ, что самый фактъ частаго превращенія кровоизліянія въ кровяную опухоль можетъ уже, по его мнѣнію, служить доказательствомъ того, что эта кровь отличается септическими свойствами: безгнилостная кровь, какъ это доказалъ *Vulpian*, не инкистируется („la sang aseptique ne s'enkyste pas“).

Не ограничиваясь этими соображеніями, *Quénu* воспользовался, для разрѣшенія вопроса, первымъ представившимся ему случаемъ операціи заматочной кровяной опухоли, изъ которой ему и удалось добыть разводки цѣпочныхъ кокковъ.

Tuffier также произвелъ бактериологическія изслѣдованія въ двухъ случаяхъ кровяной опухоли и оба раза были доказаны септическія свойства ея.

Л. Шейнисъ.

34. A. Charpentier. *Traitement de l'éclampsie.* (Nouv. arch. d'obst. et de gynec., № 4, 1893). **Лѣчение эклампсiи.**

Нигдѣ изученіе бактериологiи не привело къ такимъ блестящимъ успѣхамъ, какъ въ акушерствѣ: благодаря антисептикѣ и асептикѣ исчезла послѣродовая горячка, уносившая въ преждевременную могилу массу родильницъ. Но до сихъ поръ осталась непоборимой эклампсiя, вырывающая не мало жертвъ среди беременныхъ и роженицъ. Хотя цѣлымъ рядомъ изслѣдованій послѣдняго времени и доказано, что причиной припадковъ являются токсины, скопляющіеся въ крови, какъ продуктъ жизнедѣятельности особыхъ бактерій, развивающихся въ организмѣ во время беременности, но все таки мы не знаемъ тѣхъ условій и причинъ, при которыхъ они развиваются. Извѣстно одно, что всякая эклампсiя, за весьма рѣдкими исключеніями, сопровождается большей или меньшей альбуминуріей, а потому, съ цѣлью профилактики, моча каждой беременной должна быть изслѣдована на бѣлокъ, и даже минимальное количество послѣдняго должно служить указаніемъ къ назначенію методическаго молочнаго лѣченія, а въ случаѣ надобности и ваннъ. Эти мѣры всегда приводятъ къ хорошимъ результатамъ, т. е., къ предупрежденію припадковъ эклампсiи; и только въ рѣдкихъ исключительныхъ случаяхъ, если бы выше предпринятая мѣры ни къ чему не привели, можно прибѣгнуть къ крайнему средству—производству преждевременныхъ родовъ. Что касается до лѣченія самихъ эклампсическихъ припадковъ, то независимо отъ того, будутъ ли они ante, intra или post partum, во всѣхъ случаяхъ, изъ терапевтическихъ средствъ, авторъ считаетъ классическій, въ продолженіи уже 20 лѣтъ испытанный хлоралъ, самымъ лучшимъ и дающимъ наилучшіе результаты. Онъ его даетъ обыкновенно въ началѣ припадка въ видѣ клизмы изъ 4,0. Эта доза повторяется въ 5 часовые промежутки въ продолженіи 18 или 24 часовъ; при томъ эти промежутки могутъ быть укорочены, или удлинены, въ зависимости отъ большей или меньшей интенсивности припадковъ; по истеченіи 24 часовъ отъ начала припадковъ, больной дается еще одна клизма съ 4 грам. хлорала, а въ продолженіи еще слѣдующихъ 24 часовъ больная принимаетъ уже per os, каждые 2 или 3 часа, по 1 столовой ложки микстуры изъ 3,0 Chlor. на 125,0. Такимъ образомъ, лѣчение Chlor. не должно быть прервано вдругъ, а постепенно, и затѣмъ еще продолжается молочное лѣченіе, если это возможно. Что касается самаго родового акта, то извѣстно, что эклампсiя ante или intra partum, въ первомъ случаѣ ускоряетъ наступленіе

родовъ, а во второмъ, содѣйствуетъ быстрому ходу ихъ, а потому вмѣшательство искусства излишне. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сокращенія матки подъ конецъ родового акта ослабѣваютъ, а интересы плода требуютъ скорѣйшаго окончанія родовъ, дозвоительно, при *вполнѣ раскрытыхъ родовыхъ путяхъ*, безъ всякаго насилія, прибѣгнуть къ щипцамъ, или экстракціи, смотря по положенію плода. Наилучшіе результаты даютъ тѣ случаи, гдѣ теченіе родовъ предоставлено силамъ природы.

Мнѣніе авторовъ, что первымъ дѣломъ при эклампсіи должно быть возможно быстрое опорожненіе матки, не имѣетъ за собою никакого научнаго основанія: опорожненіе матки никогда не влечетъ за собою быстрого уменьшенія бѣлка въ мочѣ (на что, собственно, надѣялись), а, какъ извѣстно, въ самыхъ благопріятныхъ случаяхъ бѣлокъ уменьшается постепенно въ продолженіи нѣсколькихъ дней, весьма нерѣдко въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль, это во первыхъ; во вторыхъ,—эклампсія продолжается очень часто также остро послѣ родовъ, а случаи первичной эклампсіи *post partum* совсѣмъ нерѣдки,—а потому всякое искусственное возбужденіе родовъ и насильственное родоразрѣшеніе (*accouchement provoqué et accouchement forcé*) авторъ считаетъ прямо непозволительными. Особенно настойчиво возстаетъ онъ противъ распространеннаго въ настоящее время въ Германіи способа *Dührssen'a*—насильственнаго кроваваго родоразрѣшенія (*accouchement forcé sanglant*), при чемъ утверждаетъ, что благопріятные результаты у *Dührssen'a* получились не благодаря хирургическому его вмѣшательству, а *не смотря* на это вмѣшательство.

С. Шейтлицъ.

35. E. Regis. Cas de folie consecutive à une ovarosalpingectomie (Nouv. arch. d'obstetr. et de gynéc., 25 Dec. 1893).—Случай помѣшательства вслѣдъ за овариосалпинготоміей.

Авторъ впервые наблюдалъ описываемый имъ случай пять мѣсяцевъ спустя послѣ операціи. Анамнезъ, теченіе болѣзни, ходъ операціи и послѣоперационное теченіе сообщены ему д-ромъ *Loutheau*, къ которому больная обратилась въ апрѣлѣ 1890 года.

Больная 35 лѣтъ, замужемъ 15 лѣтъ, имѣла въ первые годы своего замужества три выкидыша, а затѣмъ двухъ сыновей и повнынѣ здоровыхъ. По боковой линіи два случая помѣшательства. Отецъ умеръ 68 лѣтъ отъ огорченія послѣ внезапной утраты сына; одна изъ сестеръ умерла 38 лѣтъ отъ рака матки. У боль-

ной не было никакихъ тяжелыхъ заболѣваній. Послѣ одного изъ выкидышей—дисменоррея, боли въ животѣ и повторные приступы перитонита.

При первомъ посѣщеніи ея *Louveau*, больная уже не была въ состояніи держаться на ногахъ. Животъ значительно увеличенъ и болѣзненъ. Per vaginam прощупывается вокругъ матки весьма чувствительная опухоль; per rectum—позади матки опухоль болѣзненная, флюктуирующая и пульсирующая; опухоль сдавливаетъ прямую кишку и облитерируетъ просвѣтъ ея; изъ anus'a—слизисто-кровянистое истечение. Больной предписаны, покой, горячія влагалищныя инъекціи, частыя ванны и повторное примѣненіе мѣшекъ на животъ. Внутриматочное лѣчение невыполнимо вслѣдствіе *retroflexio fixata*. Такое лѣчение проводилось втеченіе 2½ лѣтъ. Въ октябрѣ 1892 года животъ всюду мягокъ за исключеніемъ *reg. pubicae et iliacaе*, гдѣ прощупывается припухлость.

Больной произведена операція полного удаленія обѣихъ трубъ и яичниковъ. Предварительно резецированы значительныя сращенія матки съ брюшною стѣнкою. Гистеропексія по способу *Leopold'a*. По наложеніи швовъ на брюшную рану, больной произведена катетеризація, давшая нѣсколько капель крови. Брюшная полость вновь вскрыта; оказалось, что свободная часть пузыря, не сращенная съ маткою и влагалищемъ, резецирована. Сшиваніе краевъ разрѣза пузыря дало-бы недостаточную полость, а потому пузырь пришить къ брюшной стѣнкѣ. Брюшинная полость замкнута сверху сшиваніемъ брюшины. Вставлены трубки *Perier-Guyon'a*, какъ при *sectio hypogastrica*. Послѣоперационное теченіе весьма удовлетворительно. Мочепусканіе—нормально черезъ уретру, но чаще обыкновеннаго.

8 дней спустя послѣ операціи у больной появилась масса галлюцинацій устрашающаго свойства. Черезъ недѣлю онѣ исчезли и на сцену выступила ясно выраженная меланхолія съ нѣкоторымъ сохраненіемъ сознанія; больная потеряла аппетитъ и сонъ. По мнѣнію автора, который видѣлъ больную въ первый разъ 14 марта 1893 г., овариосальпинготомія послужила толчкомъ къ развитію психической болѣзни при существовавшемъ уже врожденномъ предрасположеніи; удаленіе яичниковъ, столь важныхъ въ экономіи организма, было, по мнѣнію автора, важнѣйшимъ моментомъ. На первомъ планѣ выступали психомоторныя и слуховыя галлюцинаціи. Больная, въ дѣйствительности не произносила оскорбительныхъ и бранныхъ выраженій, какъ это ей казалось;

все ограничивалось внутреннимъ міромъ. По совѣту автора больная подвергнута инъекціямъ яичниковаго сока. Впрыскиванія производятся ежедневно до настоящаго времени въ дозахъ отъ $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ к. с. въ растворѣ 1:10. Лѣченіе еще не закончено. Результаты весьма благопріятные. Больная спокойна, вернулась къ своимъ обычнымъ занятіямъ (преподаетъ игру на фортепіано); интересуется своей семьей; значительно окрѣпла, спитъ и ѣстъ хорошо. Галлюцинаціи, хотя и уменьшились въ интенсивности и количествѣ, все еще беспокоятъ больную. Авторъ не питаетъ надежды на полное выздоровленіе. *Жаботинскій.*

Редакторы: { *Д. Оттъ.*
В. Личкусъ.

Въ редакцію поступили и переданы въ *библіотеку*
слѣдующіе книги и оттиски:

1) *С. К. Оленинъ. Отчетъ гинекологическаго и родильнаго отдѣленій Тамбовской губернской Земской Больницы за 1892 г.*

2) *Протоколы засѣданій Общества Курскихъ врачей за 1892 г. и за первую половину 1893 г.*

3) *Шахъ Пароніанъ. О регенераціи мерцательнаго эпителія дыхательныхъ путей и о значеніи его въ нѣкоторыхъ легочныхъ заболѣваніяхъ, диссерт. 1894.*

4) *Ученныя записки Императорскаго Казанскаго университета. Годъ LXI, книга вторая. Мартъ—Апрѣль. 1894 г.*

5) *А. Захарьевскій. Ueber den Stickstoffwechsel während der letzten Tage der Schwangerschaft und der ersten Tage des Wochenbettes. (Отдѣльный оттискъ изъ Zeitschrift für Biologie).*

* 6) *П. И. Ковалевскій. Пуэрперальные психозы.*

* 7) *К. Иноевъ. Медицинскій отчетъ родильнаго Пріюта Голицынской Больницы въ Москвѣ за 1893 г.*

Примѣчаніе: Книги, отмѣченныя *) присланы лично редакторамъ.
