

# ЖУРНАЛЪ

## АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

**А. Я. КРАССОВСКАГО,**  
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОГО 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 РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ VII.

АПРѢЛЬ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.



Ж У Р Н А Л Ъ  
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,  
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

АПРѢЛЬ 1894, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

**О поврежденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ  
при половомъ сношеніи.**

Изъ клиническихъ лекцій, читанныхъ Гг. Студентамъ Казанскаго Университета.

Прив.-Доц. И. М. Львова.

Пользуясь случаемъ, встрѣтившагося свѣжаго поврежденія рукава при половомъ сношеніи, я въ настоящій разъ, Мм. Гг., разберу Вамъ вопросъ о поврежденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ при половомъ сношеніи. Вопросъ этотъ имѣетъ не только чисто специальное гинекологическое значеніе, но въ равной степени имѣетъ и важное судебно-медицинское значеніе. А между тѣмъ, не говоря уже про то, что большинство гинекологовъ и судебныхъ врачей отрицаютъ возможность серьезныхъ поврежденій женской половой сѣферы при повторныхъ половыхъ сношеніяхъ, даже поврежденія, происходящія *in prima nocte*, при первомъ половомъ сношеніи, не вполне изучены. Тѣмъ не менѣе, вопросъ этотъ съ издревле занесенъ на страницы медицинской литературы и такъ или иначе долженъ быть рѣшаемъ. Такъ, еще съ давнихъ временъ обращено было вниманіе на ненормально большіе размѣры мужскаго полового члена, дѣлавшаго невозможнымъ правильное половое сношеніе и потому дававшего поводъ къ разводу. Еще *II. Заклѣй* рассказываетъ про одну римлянку, которая при каждомъ поло-

вомъ сношеніи со своимъ возлюбленнымъ падала въ обморокъ отъ боли въ половыхъ органахъ, происходящей вслѣдствіе введенія чрезмѣрно-большаго мужскаго полового члена. Шведская консисторія въ XVII столѣтіи установила мѣру длины и толщины мужскаго полового члена, на основаніи которой можно было бы рѣшать дѣла о разводѣ.

Всѣмъ Вамъ очень хорошо извѣстно, что при первомъ половомъ сношеніи происходитъ нарушеніе цѣлости дѣвственной плевы—*hymenis*,—этого стража дѣвичьей невинности. Хотя древніе народы знали о существованіи ея, тѣмъ не менѣе первыя анатомическія свѣденія о ней мы находимъ у *Soranus*'а въ 120 году послѣ Рождества Христова. У древнихъ же народовъ были только свои обычаи и правила для нарушенія цѣлости дѣвственной плевы. Такъ древніе Египтяне перерѣзывали дѣвственную плеву предъ началомъ половой жизни, а другіе народы древнихъ временъ предоставляли ее разрушенію жрецамъ или разрывали посредствомъ особыхъ небольшихъ фигурокъ—идоловъ, нарочно для этого приготовленныхъ изъ слоновой кости. У финикіекъ лишеніе дѣвственности невѣсты предоставлено было особеннымъ невольникамъ. Въ царствованіе Тиберія изданъ былъ законъ, по которому запрещено было казнить цѣломудренныхъ дѣвицъ, прежде казни палачъ долженъ былъ обезчестить ихъ. Тѣмъ не менѣе, даже въ XVII столѣтіи, были авторы, и даже очень извѣстные, которые сомнѣвались въ существованіи дѣвственной плевы (напр. Парижскій профессоръ-акушеръ *Pierre Dionis*).

Въ настоящее время женская дѣвственность, какъ символъ нравственной чистоты и цѣломудренности, даже у необразованныхъ народовъ, цѣнится высоко, не взирая на открытіе натуралистами дѣвственной плевы у нѣкоторыхъ млекопитающихъ животныхъ (кошекъ, собакъ, коровъ, гіены, медвѣдя и пр. *Cuvier*, *Leçons d'Anatomie comparée*. Paris, 1805, т. V, стр. 122), и если мы встрѣчаемъ у нѣкоторыхъ народовъ, даже у насъ на сѣверѣ Россіи, что женихъ отдаетъ предпочтеніе той невѣстѣ, у которой больше дѣтей, то это еще не доказываетъ того, что онъ не даетъ цѣны женской непорочности. Такой обычай есть роковое послѣдствіе житейской обстановки: жителю холоднаго сѣвера, всю молодость свою борющемуся

съ нуждою и горемъ, вдали отъ людей, отрадно видѣть въ будущемъ большое семейство вокругъ своего очага, надежныхъ помощниковъ въ его рыбныхъ и звѣриныхъ промыслахъ и вѣрную podporу, когда лѣта или болѣзнь заставятъ его бросить и сѣть, и винтовку. Древніе Евреи съ гордостію показывали роднымъ рубашку новобрачной съ кровавыми знаками свѣжаго разрыва дѣвственной плевры этого стража дѣвичьей невинности. Этотъ обычай, распространенный прежде на Востокѣ, существуетъ и теперь повсемѣстно въ Россіи и нѣкоторыхъ мѣстахъ Италіи, и теперь въ селахъ и городахъ своей родины мы встрѣчаемъ постоянно устраиваемыя празднества съ показываніемъ рубашки или простыни съ кровавыми пятнами въ честь того, что невѣста сохранила до замужества свою дѣвственность, при чемъ такая рубашка показывается всѣмъ роднымъ, а свахи нерѣдко, положивши этотъ *corpus delicti* на спину, выходятъ на улицу, гдѣ всенародно пляшутъ, бьютъ горшки и пр. Точно также и въ Италіи, по свидѣтельству *Mejer'a*, «*Cumicia dell' onore*» (рубашка чести) показывается друзьямъ, какъ признакъ, сохраненія невѣстою дѣвственности.

Не входя въ описанія строенія дѣвственной плевры, равно и не останавливаясь на вопросѣ о физиологической роли ея, я перейду къ разсмотрѣнію тѣхъ поврежденій, которыя бываютъ въ дѣвственной плевѣ при первомъ половомъ сношеніи.

Дѣвственная плева обыкновенно разрывается вдругъ, при одномъ сильномъ напорѣ достаточно крѣпкимъ мужскимъ половымъ органомъ (Проф. *В. М. Флоринскій* въ своемъ «Введеніи къ Гинекологіи» говоритъ между прочимъ о назначеніи дѣвственной плевры слѣдующее: можно предположить назначеніе *humenis* въ томъ, чтобы при первомъ совокупленіи она служила пробнымъ камнемъ для мужчины относительно крѣпости его полового аппарата и, стало быть, производительной способности. Природа, такъ сказать, хотѣла указать этимъ, чтобы половыя сношенія были только между здоровыми и крѣпкими субъектами; въ противномъ случаѣ, мужчина, какъ слабый производитель, давшій бы слабое потомство, — мужчина, который не въ состояніи преодолѣть противодѣйствіе тонкой перепонки, недостойнъ быть принятымъ въ число половыхъ дѣятелей.), при чемъ всегда чувствуется нѣкоторая боль, болѣе

или менѣе значительная, и появляется небольшое кровотеченіе. Разрывы эти по мѣсту, занимаемому ими, и по формѣ бываютъ крайне различны. *Tardieu* чаще всего наблюдалъ одиночный разрывъ, распространяющійся вдоль дѣвственной плевы отъ свободнаго края ея къ задней спайкѣ и раздѣляющій такимъ образомъ дѣвственную плеву на два боковыхъ лоскута. Рѣже образуются два разрыва—отъ свободнаго края *humeris* взадъ и въ стороны, образующіе такимъ образомъ три лоскута, изъ которыхъ задній имѣетъ клинообразный видъ; наконецъ, иногда бываетъ нѣсколько лучеобразныхъ разрывовъ, или, что встрѣчается весьма рѣдко, дѣвственная плева отрывается съ одной какой либо стороны, при чемъ отверстіе ея не бываетъ повреждено, она виситъ тогда во входѣ влагалища въ видѣ петли. Разрывъ дѣвственной плевы можетъ иногда переходить на заднюю спайку и раздѣлить ее на два, едва замѣтныя потомъ, лоскута, которые весьма скоро сокращаются и даже вовсе изглаживаются. Впрочемъ расположеніе и число разрывовъ зависятъ отъ формы дѣвственной плевы, ея резистенціи, отъ свойствъ подѣйствовавшей причины, быстроты ея дѣйствія и т. п. Дѣвственная плева можетъ остаться и неповрежденною, не смотря на совершенное половое сношеніе, или потому, что при половомъ актѣ мужской половой членъ совершенно не проникалъ во влагалище, или потому, что крѣпость дѣвственной плевы не позволила проникнуть члену во влагалище, или потому, какъ это бываетъ при попыткахъ къ изнасилованію маленькихъ дѣтей, что вслѣдствіе несоразмѣрной узости, еще не развитыхъ половыхъ органовъ, введеніе полового члена во влагалище представляется дѣломъ вполнѣ невозможнымъ, или, наконецъ, потому, что дѣвственная плева имѣла большое отверстіе, и сама была легко растяжима и «каемчатая» — тогда неоднократное половое сношеніе можетъ происходить безъ малѣйшаго нарушенія цѣлости дѣвственной плевы.

Вотъ, такъ сказать, фізіологическія измѣненія и поврежденія дѣвственной плевы при началѣ половой жизни. Понятно, что какъ болевья ощущенія при этомъ, такъ равно и кровотеченіе будутъ различны, смотря по строенію дѣвственной плевы, ея упругости и величинѣ образовавшихся поврежденій. Фізіо-

логически нужно считать за правило, что обыкновенно бывает ничтожное кровотечение и при томъ скоро прекращающееся. Рѣдкость обильныхъ «патологическихъ» кровоизліяній при такихъ случаяхъ объясняется частью малочисленностію крупныхъ вѣточекъ кровеносныхъ сосудовъ въ дѣвственной плевѣ, и въ особенности тѣмъ обстоятельствомъ, что происходящія при половомъ сношеніи поврежденія дѣвственной плевы представляютъ въ большинствѣ случаевъ только разрывы свободного края дѣвственной плевы, тонкаго и бѣднаго кровеносными сосудами, чѣмъ дѣйствительныя раненія. Проф. *Грамматикати*, на изложенномъ основаніи, называетъ поврежденія *hymenis* при половомъ сношеніи надрывами, каковое названіе и дѣйствительно правильнѣе для большинства фیزیологическихъ поврежденій дѣвственной плевы при первомъ половомъ сношеніи. (*И. Н. Грамматикати*.—Основы къ изученію акушерства и женскихъ болѣзней, стр. 72).

Заживленіе разорванныхъ мѣсть дѣвственной плевы происходитъ обыкновенно въ два—три дня и при этомъ тѣмъ раньше и при тѣмъ менѣе значительныхъ осложненіяхъ, чѣмъ меньше само поврежденіе, какъ напр., при разрывѣ свободного края.

Разсмотрѣвши въ краткихъ чертахъ фیزیологическія поврежденія дѣвственной плевы при половомъ сношеніи, перейдемъ къ изученію патологическихъ ея поврежденій, происходящихъ также главнымъ образомъ при первомъ половомъ сношеніи. Прежде всего остановимся на возможности появленія сильныхъ кровотеченій изъ разрывовъ дѣвственной плевы. Въ литературу занесено нѣсколько экзквизитныхъ случаевъ такого рода кровотеченій. Такъ, извѣстны случаи *Bordmann*'а и *Borelli*, въ которыхъ кровотеченіе произошло на почвѣ *haemophiliae* и окончилось смертію больныхъ.

*Zeiss* въ 1855 году (*Centralblatt f. Gynaekol.*, № 8) описалъ слѣдующій случай: онъ былъ приглашенъ къ новорожденной на утро послѣ свадебной ночи и засталъ больную почти безъ пульса, въ глубокомъ обморокѣ; между ногъ и подъ спиною стояла лужа крови. Кровотеченіе началось сейчасъ же послѣ перваго совокупленія. Удаливъ сгустки, авторъ убѣдился, что въ дѣвственной плевѣ имѣются два разрыва; небольшой справа и до основанія плевы слѣва; изъ обѣихъ поверхностей послѣдняго текла кровь медленно и равномерно; ясно видный просвѣтъ поврежденнаго сосуда имѣлъ около 1—1½ mllm. въ діаметрѣ. Прижатіе

пальцемъ приостанавливало кровотеченіе лишь на время прижатія, но швомъ удалось тотчасъ же остановить кровь. Больная поправилась. Д-ръ *Розановъ* (Меднц. Обзорѣніе, 1886 г., т. 25, стр. 921) сообщилъ о такомъ же случаѣ изъ его практики. 18 лѣтняя крестьянка, вышедшая замужъ 9 февраля и имѣвшая первый coitus ночью на 10 февраля, приведена къ нему 11 февраля съ явленіями острой анеміи отъ кровотечения, начавшагося сейчасъ же послѣ перваго половаго сношенія и продолжавшагося до сихъ поръ. Полный разрывъ полулунной дѣвственной плевы снизу и слѣва и изъ разрыва идетъ безостановочно кровь; кровотеченіе напоминаетъ паренхиматозное. Кровотеченіе приостановлено тампономъ и больная поправилась. Д-ръ *Бортовскій* (Протоколы засѣданій Кіевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества, годъ I, вып. 2-й, 1887 г.) также сообщаетъ объ аналогичномъ случаѣ кровотечения изъ разрыва дѣвственной плевы sub coitu primae noctis. Онъ увидѣлъ больную чрезъ 18 часовъ послѣ перваго совокупленія съ явленіями значительнаго малокровія (кровотеченіе большое, со свертками, перемѣнено нѣсколько рубашекъ и 10 простынь). Больной 18 лѣтъ; дѣвственная плева ея при осмотрѣ имѣла видъ толстаго кольца (3—4 мм.) разрывъ ея одинъ находится сзади, идетъ къ ладьевидной ямкѣ, довольно глубокой, но не доходящей до основанія дѣвственной плевы; изъ разрыва сочится кровь. Въ лѣвомъ краѣ разрыва замѣчается кровотокащая конецъ кровеноснаго сосуда, около 1½ мм. толщиною, по видимому вены. Отъ даннаго разрыва, параллельно свободному краю плевы, идетъ слѣва очень тонкая трещинка, кровотокащая. Кровотеченіе остановлено лигатурами. Д-ръ *Ващенко* (Протоколы Кіевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества, годъ I, вып. 2, стр. 27) упоминаетъ о двухъ случаяхъ довольно сильнаго кровотечения изъ дѣвственной плевы послѣ перваго совокупленія, при чемъ въ одномъ случаѣ источникомъ кровотечения служила разорванная вена, а въ другомъ—кровотеченіе носило паренхиматозный характеръ. Кровотеченія остановлены въ первомъ случаѣ лигатурою, а во второмъ—тампономъ. Самъ я, года четыре назадъ, наблюдалъ подобный же случай кровотечения изъ разорванной дѣвственной плевы sub coitu primae noctis. Дѣло касается молодой, 21 года, очень крѣпкой интеллигентной женщины. Очень болѣзненный первый coitus; при немъ и сейчасъ же послѣ него сильное кровотеченіе, заставившее мужа ея обратиться ко мнѣ чрезъ 2 часа послѣ перваго coitus'a. Осмотръ показалъ слѣдующее: сильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, кровь со свертками; больная съ явленіями анеміи мозга; вся постель буквально пропитана кровью. Входъ въ vagina нормаленъ; дѣвственная плева, имѣвшая кольцевидную форму съ отверстіемъ едва въ палецъ шириною, довольно толста, въ ней два разрыва, оба до основанія плевы; одинъ разрывъ слѣва и сзади, другой прямо сзади въ направленіи къ ладьеобразной ямкѣ. Изъ обоихъ разрывовъ идетъ кровь, но больше изъ задняго. При разведеніи краевъ разрыва, въ заднемъ лоскутѣ видна тонкая артерія, изъ которой течетъ кровь, ясная пульсація кровяной струи; изъ лѣваго же разрыва—паренхиматозное кровотеченіе. Кровотеченіе приостановлено перевязкою сосуда, съ послѣдующимъ наложеніемъ тампона. Больная поправилась.

Чѣмъ объяснить такія кровотеченія? Уже изъ приведенныхъ случаевъ ясно, что причиною кровотеченія были: или разорванные кровеносные сосуды, или же кровотеченіе носило паренхиматозный характеръ, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ оно было на почвѣ haemophiliae. Но вѣдь Вы очень хорошо знаете, что въ дѣвственной плевѣ нормально нѣтъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, но они могутъ быть, если Вы припомните строеніе дѣвственной плевы. Я напому Вамъ объ изслѣдованіяхъ *Budin'a*, показавшаго, что дѣвственная плева не есть простое удвоеніе слизистой оболочки, но представляетъ непосредственное продолженіе передняго конца влагалища и обладаетъ соединительно-тканной и даже мышечной основою. Слѣдовательно, въ дѣвственную плеву могутъ входить въ большомъ количествѣ кровеносные сосуды изъ стѣнокъ влагалища, съ которымъ она находится въ тѣсной анатомической связи. Если же мы припомнимъ изслѣдованія *Gussenbauer'a*, показавшаго, что стѣнки влагалища имѣютъ пещеристое строеніе, то станетъ понятнымъ, что дѣвственная плева, составляющая непосредственное продолженіе влагалища, можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ обладать чрезмѣрнымъ развитіемъ кровеносной сѣти, придающей ей какъ бы пещеристый характеръ. Такимъ образомъ, возможность сильныхъ кровотеченій изъ разрыва дѣвственной плевы *sub coitu primae noctis*, какъ изъ кровеносныхъ сосудовъ, такъ и паренхиматознаго характера, дѣлается вполне ясною. При существованіи же наследственной кровоточивости шансы на появленіе такихъ кровотеченій дѣлаются еще большими. Наконецъ, укажу Вамъ, что и клинически попадаются случаи, когда при разрѣзѣ дѣвственной плевы, обыкновенно сопровождающемся самымъ ничтожнымъ кровотеченіемъ, появляется значительное кровотеченіе,—въ подтвержденіе сошлюсь на случаи *Chiari* и *Habit* (*Wt. Wochenblatt*, 1857 г., № 42).

Что касается до терапіи подобныхъ кровотеченій, то она проста: самое лучшее, а при кровотеченіяхъ изъ ясныхъ кровеносныхъ стволовъ—необходимо,—обшить кровотокащій сосудъ; если же кровотеченіе паренхиматозное, то оно легко можетъ быть остановлено прижатіемъ, помощью тампона.

Приведенными случаями еще далеко не исчерпывается серія всевозможныхъ кровотеченій изъ области *introitus vulvae*

sub coitu primae noctis. *Müller* (Verh. der phys. medic. Geselsch. in Würzburg. N. F. V., 1873, p. 178) приводит нѣсколько случаевъ кровотеченій изъ поверхностныхъ разрывовъ между клиторомъ и мочевымъ каналомъ sub coitu, при чемъ въ одномъ случаѣ былъ смертельный исходъ. *Klapproth* (Monatschr. f. Geburtskunde, 1859, XIII, 1) приводитъ аналогичный же случай. Подобныя кровотеченія вполне допустимы, ибо область между клиторомъ и наружнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала очень богата кровеносными сосудами, а возможность появленія таковыхъ поврежденій sub coitu при не вполне удобномъ положеніи женщины, невѣрности и быстротѣ immissionis penis не должна оставлять сомнѣній. Лѣчение и тутъ одно: только обшиваніе кровоточащаго сосуда.

Наконецъ, долженъ упомянуть и о томъ, что sub coitu primae noctis могутъ появляться и довольно сильныя кровотеченія изъ шейки матки, изъ разрыва переполненныхъ кровеносныхъ сосудовъ шейки матки, какъ о томъ говорятъ *Schlesinger* и *Wernich* (Virchow's Jahrb. 1873, II, 609).

Случай подобнаго кровотеченія и при томъ очень сильнаго наблюдалъ я (Русская Медич., 1885 г., № 24); дѣло идетъ о 24 лѣтней здоровой, но миниатюрно-сложенной женщинѣ, наканунѣ только вышедшей замужъ. Первый coitus сильно болѣзненъ; послѣ него кровотеченіе, но небольшое, по выраженію больной, „какъ слѣдуетъ“. Вскорѣ послѣ того появились схваткообразныя боли внизу живота и часа черезъ 3 затѣмъ—сильное кровотеченіе. Кровотеченіе все усиливалось, появились свертки крови, больная значительно ослабѣла и слегла въ постель, а затѣмъ появились припадки остраго малокровія, при которыхъ я и увидаль больную. Осмотръ: дѣвственная плева, имѣвшая кольцевидную форму, разорвана до основанія въ 3-хъ мѣстахъ, самый большой разрывъ имѣется сзади; мѣста разрыва свѣжи, не воспалены и не болѣзненны; изъ задняго разрыва сочится немного блѣдно-красноватая жидкость. Изъ рукава выдѣляется большое количество жидкой крови. Рукавъ нигдѣ не пораненъ и не болѣзненъ. Матка нормальной величины, не болѣзненна, въ правильномъ положеніи; шейка матки нормальна, но каналъ ея полураскрытъ, изъ него лется кровь. Яичники и придатки матки нормальны. При зеркальномъ осмотрѣ: portio vaginalis сильно гиперемирована, изъ слизистой оболочки цервикальнаго канала идетъ—сочится кровь. Изъ анамнеза установлено, что больная была вообще здоровая дѣвушка; регулы появились на 14 году, приходили всегда правильно—черезъ 4 недѣли—по 4—5 дней и были не сильны. Послѣдніе предъ замужествомъ регулы были съ недѣлю назадъ; склонности къ кровотеченіямъ никогда не имѣла и кровотеченіями никогда не страдала. Кровотеченіе было приостановлено тампономъ.

Только что приведенный случай не может быть иначе объясненъ, какъ въ смыслѣ *Schlesinger*'а и *Wernich*'а.

Закончивши вопросъ съ кровотеченіями, происходящими при первомъ половомъ сношеніи и главнымъ образомъ изъ разрывовъ дѣвственной плевы, я, прежде чѣмъ перейти къ изложенію дальнѣйшихъ, болѣе серьезныхъ, поврежденій половыхъ органовъ *sub coitu*,—считаю нужнымъ упомянуть о томъ, что дѣвственная плева, поврежденная при первомъ половомъ сношеніи, можетъ не дать правильнаго обычнаго заживленія въ два—три дня, а дѣло можетъ осложниться воспаленіемъ дѣвственной плевы на почвѣ ли послѣдующаго зараженія при нечистомъ, неопрятномъ содержаніи, или на почвѣ чрезмѣрно частыхъ половыхъ сношеній въ первые дни супружеской жизни. Такіе случаи мнѣ встрѣчались неоднократно въ видѣ эксквизитно выраженнаго воспаленія только одной дѣвственной плевы—*hymenitis acuta* <sup>1)</sup>.

Одинъ изъ такихъ случаевъ былъ мною описанъ (Медицин. Вѣстникъ 1884 г.); суть его слѣдующая: 23 лѣтняя, крѣпкая, здоровая женщина, выданная замужъ около 3 недѣль назадъ. *Coitus* послѣ замужества, въ первое время, очень частъ—не менѣе 3 разъ въ ночь и начала не болѣзненъ. Черезъ недѣлю такой жизни появилась боль при половомъ сношеніи и чѣмъ далѣе, тѣмъ болѣе, такъ что въ настоящее время онъ совершенно невозможенъ. Осмотръ: наружныя половыя части правильно развиты и нормальны. Входъ во влагалище красенъ и чувствителенъ къ дотрагиванію; мочеиспускательный каналъ нормаленъ. Разорванный въ 3-хъ мѣстахъ *hymen* (справа—слѣва и сзади) представляется сильно покраснѣвшимъ съ фіолетовымъ оттѣнкомъ, очень болѣзненъ при дотрагиваніи, значительно утолщенъ, какъ бы отекъ. Введеніе пальца едва возможно. Рукавъ не болѣзненъ; бѣлей нѣтъ, триппернаго зараженія также нѣтъ. Осмотръ и анамнезъ указываютъ намъ, что болѣзнь держится въ дѣвственной плевѣ, что началась она вскорѣ послѣ замужества и вызвана не разрывомъ *hymenis*, а частымъ половымъ сношеніемъ.

Подобный же случай представился моему наблюденію въ очень недавнее время. Молодая, худенькая, жена офицера обратилась ко мнѣ за совѣтомъ, чрезъ недѣлю послѣ замужества, жалуюсь на крайне болѣзненный *coitus*, сдѣлавшійся таковымъ послѣдніе три дня, а ранѣе бывший неболѣзненнымъ. Спрошенная относительно частоты половой жи-

<sup>1)</sup> Такіе случаи проф. *Славянской* описываетъ въ своемъ руководствѣ къ Патологій и Терапій женской половой сферы подъ названіемъ „*Hyperesthesia hymenais*“, но клиническая картина наблюдаемыхъ мною случаевъ не позволяетъ мнѣ согласиться съ этимъ названіемъ, а заставляетъ признать ихъ за самостоятельное, типическое, острое воспаленіе дѣвственной плевы—*hymenitis acuta*.

ни,—отвѣтила, что до болѣзни имѣла не менѣе трехъ разъ въ ночь, а теперь coitus невозможенъ, вслѣдствіе сильной боли. Осмотръ: Introitus vulvae нормаленъ. Пушеч—кольцевидной формы съ двумя заживающими разрывами—слѣва и сзади, красенъ съ фіолетовымъ оттѣнкомъ, припухъ, отеченъ, и очень болѣзненъ къ дотрогиванію; мочеиспусканіе нормально; бѣлей нѣтъ; триппера нѣтъ. Лѣченіе, какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаяхъ, состояло въ полномъ устраненіи половыхъ сношеній на время болѣзни, теплыя рукавца сиринцеванія и, кромѣ того, въ обоихъ случаяхъ я сдѣлалъ нѣсколько мелкихъ насѣчекъ на hymen съ цѣлю сразу же уменьшить въ немъ воспалительныя явленія. Улучшеніе и выздоровленіе быстрое.

Такимъ образомъ, господа, кромѣ травматическихъ поврежденій hymenis sub coitu primae noctis, можетъ развиваться далѣе самостоятельное острое воспаленіе дѣвственной плевы на почвѣ усиленнаго полового сношенія и повести къ очень тягостнымъ болѣзненнымъ явленіямъ, требующимъ лѣченія. Такія болѣзненные явленія, которыя я называю острымъ воспаленіемъ дѣвственной плевы—hymenitis acuta, должны быть отнесены также къ патологій первыхъ дней половой жизни женщины, почему я и позволилъ себѣ здѣсь упомянуть о нихъ.

Переходя къ дальнѣйшимъ поврежденіямъ дѣвственной плевы sub coitu primae noctis, я долженъ указать Вамъ на слѣдующія два поврежденія: или дѣвственная плева отрывается sub coitu, или разрывъ проникаетъ не только чрезъ всю ширину дѣвственной плевы, но распространяется per continuitatem и по стѣнкѣ рукава.

Что поврежденія перваго рода, именно отрывъ hymenis sub coitu, возможенъ, въ этомъ не трудно убѣдиться. Вдумайтесь въ такой случай: кольцевидная, плотная, съ небольшимъ отверстіемъ дѣвственная плева; бурный coitus при положеніи женщины съ нѣсколько приподнятымъ тазомъ; тогда penis всею силою ударяетъ въ задній отдѣлъ hymenis и, въ силу его плотности, не разрываетъ его, а отрываетъ отъ основанія и, такимъ образомъ, проникаетъ во влагалище. Или при кольцевидной плевѣ penis съ силою ударяетъ въ передній край ея, при углубленномъ положеніи таза, и также можетъ оторвать его отъ своего основанія. Подтвердимъ сказанное и клиническими, правда немногочисленными, наблюденіями.

Gussmann (Archiv. f. Gynaekol. Bd. XIII, 1878, p. 440) опубликовать два слѣдующіе случая: 21 года, начавшая половую жизнь съ 19 лѣтъ, при чемъ первый coitus былъ безъ крови и боли. Осмотромъ констати-

ровано: немного справа от средней линии introitus vulvae, висит лоскутъ, въ которомъ находится почти круглое отверстіе, пропускающее конецъ мизинца; край отверстія безъ надрывовъ и рубцовъ. Вблизи fossae navicularis слѣдовъ hymenis нѣтъ. Ни язвеннаго процесса, ни окончатого hymenis нельзя предполагать. Во второмъ случаѣ, 23-лѣтняя женщина, начавшая половую жизнь съ 16 лѣтъ, при чемъ при первомъ coitus были значительная боль и кровотеченіе. Осмотръ: на задней стѣнкѣ области hymenis крѣпкій мясистый лоскутъ сморщенного hymenis, при расправленіи котораго въ немъ найдено, близко къ свободному краю, отверстіе, пропускающее ногтевой суставъ указательнаго пальца. Основаніе этого кольца плотное, мясистое, какъ бы рубцовое. Съ боковъ лоскутовъ hymenis не видно,—все гладко. Сверху надъ мочеиспускательнымъ отверстіемъ протянуть справа налѣво верхній гименальный лоскутъ, имѣющій на срединѣ свободного края язычекъ. Далѣе *Gustmann* заявляетъ, что ему сообщилъ о двухъ подобныхъ случаяхъ *Landerberger*, хотя подробнаго описанія этихъ случаевъ авторъ и не приводитъ. Интересенъ также случай, сообщенный *Reverdin*'омъ (*Archives de Tocolo.*, 1893 г., р. 691). 22-лѣтняя женщина имѣла первый coitus 4 года назадъ (15 мая 1879 г.), сопровождавшійся сильными кровотеченіемъ и болью. Повторный coitus сопровождался также болью и кровотеченіемъ, а затѣмъ все шло прекрасно до 1881 года, когда больная сошлась съ другимъ мужчиною. Тутъ при каждомъ coitus снова повторились боли и кровотеченіе, что и заставило больную обратиться къ автору. Осмотръ: во входѣ въ рукавъ круглое, эластическое кольцо въ 3—4 мм. толщиною, прикрѣпленное на правой передней стѣнкѣ уретры ножкою, въ 1 см. толщиною; размѣры кольца 3 см. На внутренней стѣнкѣ кольцо имѣетъ надрывы и одинъ изъ нихъ свѣжій съ кровоизліяніемъ въ ткань лоскута. Ясно, что это кольцо неполнѣе оторваннаго hymenis и давало боли и кровотеченія sub coitu въ силу того, что мужской половой членъ попадалъ въ это кольцо при сношеніи. Непопаданіе же въ кольцо члена перваго мужа, по мнѣнію автора, зависѣло отъ значительной величины penis'a, чего не было во второмъ случаѣ. Далѣе, недавно былъ описанъ д-ромъ *Заболотскимъ*, изъ клиники проф. *Славянского*, подобный же случай отрыва дѣвственной плевы (*Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней* 1893 г., октябрь, стр. 803). Наконецъ, я самъ случайно видѣлъ подобный же случай отрыва дѣвственной плевы у молодой, лишь два мѣсяца, вышедшей замужъ и обратившейся ко мнѣ по поводу болѣе внизу живота. У нея при осмотрѣ найдено: hymen annulare съ отверстіемъ, едва пропускавшимъ конецъ мизинца, оторванъ отъ основанія свади и слѣва и держится на довольно широкой ножкѣ справа и спереди, легко загибаясь внутрь. Мѣсто ея отрыва уже зажило вполне, представляя собою нормальную ткань. Самый hymen толстъ, мясистъ, болѣзненъ. Первый coitus былъ очень болѣзненъ и сопровождался довольно значительнымъ кровотеченіемъ; послѣдующій coitus не болѣзненъ. Первый coitus въ положеніи съ приподнятымъ тазомъ (подъ задъ была положена тугая подушка). Этихъ случаевъ вполне достаточно для доказательства возможности такихъ поврежденій sub coitu primae noctis, и если такихъ казусовъ мало описано въ литературѣ, то, по справедливому замѣчанію д-ра *Заболотскаго*, не потому, что они рѣдко

встрѣчаются въ практикѣ, а потому, что имъ или непридаютъ значенія и потому не описываютъ, или съ ними не обращаются къ врачамъ и такія поврежденія находятъ случайно.

Вторая группа, намѣченныхъ мною поврежденій въ области *humeris*, именно поврежденій, распространяющихся и на стѣнку рукава, тоже вполне возможны. Возьмите случай бурнаго полового сношенія съ недоразвитой физически женщиной, или съ пожилой *virgo*, имѣющей крѣпкаго стража дѣвичьей невинности, въ видѣ толстаго кольцевиднаго *humeris*. Возьмите при этомъ крѣпкаго мужчину съ прекрасно развитымъ, — крѣпкимъ и размѣристымъ — половымъ членомъ. Что получится при такомъ половомъ сношеніи? Бурный натискъ массивнымъ членомъ не только порветъ то, что физиологически подлежитъ разрыву, но порветъ также и основаніе этого стража — слизистую оболочку рукава на большемъ или меньшемъ ея протяженіи; или же, неправильно направившись, пойдетъ совсѣмъ не туда, куда нужно, вызвавши тѣмъ новыя и подчасъ очень серьезныя поврежденія. Проф. *F. Eklund* (*Lyon. medical.* 16 сент. 1891 г.), сообщая случай разрыва рукава при половомъ сношеніи, заявляетъ, между прочимъ, что въ качествѣ полицейскаго врача, онъ, въ теченіи 30 лѣтъ, имѣлъ случай осмотрѣть нѣсколько десятковъ тысячъ половыхъ членовъ у солдатъ и матросовъ Шведскаго военнаго флота. При этомъ его поразили громадныя колебанія въ размѣрахъ мужскаго полового члена. «Едва-ли я ошибусь, говорилъ онъ, утверждая, что у людей средняго роста половой членъ въ совершенно разслабленномъ состояніи можетъ быть у однихъ въ 5 разъ больше, чѣмъ у другихъ. Я не разъ съ ужасомъ думалъ о поврежденіяхъ, которыя можетъ причинить слишкомъ большой членъ въ узкомъ, короткомъ и ригидномъ рукавѣ. Нѣтъ сомнѣнія, что такого рода поврежденія встрѣчаются чаще чѣмъ описываются, особенно, если мужчина пьянъ, а женщина сильно возбуждена».

За фактическими подтвержденіями только что сказаннаго дѣло не станетъ.

Такъ *Holiday Groom* (*L'Union medic.*, 1886 г., 23 мая) описываетъ слѣдующій случай: Молодая женщина, выданная замужъ два дня назадъ, обратилась къ нему съ жалобой на частыя позывы къ мочеиспусканію, при чемъ мочи выходило очень мало. Изъ растянутаго до пупка пузыря выпущено катетеромъ болѣе 2 литровъ мочи. Очень толстая и мясистая

дѣйственная плева разорвана посрединѣ прямо сзади и затѣмъ на слизистой оболочкѣ задней стѣнки рукава глубокой разрывъ, на протяженіи не менѣе 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. Изъ разспроса оказалось, что первое сношеніе, кромѣ кровотеченія, вызвало у жены еще и жестокую боль, такъ что ей стало дурно и тошно. Полагая, что такъ и слѣдуетъ, супруги повторили сношеніе на утро. Затѣмъ, вслѣдствіе боли въ животѣ, сношенія приостановились. Задержка мочи была, несомнѣнно, отраженнаго происхожденія. Также *Holiday Groom* упоминаетъ, въ этой же своей статьѣ, еще о двухъ подобныхъ же случаяхъ разрыва рукава. Самъ я, лѣтъ 5 назадъ, наблюдалъ подобный же случай поврежденія влагалища у 27 лѣтней, крѣпкой женщины. Первое половое сношеніе у нея было со страшной болью, доведшей ея до обморока, при чемъ боль не прекратилась и послѣ него; при этомъ было и очень значительное кровотеченіе, для остановки котораго больная, по совѣту свахъ, плотно прикладывала къ половымъ частямъ компрессы, намоченные въ холодной водѣ съ уксу-сомъ. На утро повторенное сношеніе было еще болѣзненнѣе и также сопровождалось обморокомъ и послѣдующимъ кровотеченіемъ. Затѣмъ два дня сношеній не было, а произведенное на третій день—снова сопровождалось таковою же болью и послѣдовательнымъ кровотеченіемъ. Осмотръ на 4 день показалъ слѣдующее: дѣйственная плева, имѣвшая кольцевидную форму съ отверстіемъ въ срединѣ, пропускавшемъ мизинецъ, толста, мясиста, красна, немного болѣзненна и сзади разорвана во всю толщю, при чемъ разрывъ проникаетъ и чрезъ основаніе ея въ клетчатку влагалищно-кишечную. При изслѣдованіи рукава оказалось, что разрывъ задней стѣнки рукава, начавшійся съ дѣйственной плевы, идетъ кверху на протяженіи около 3 см., проникая въ толщю стѣнки рукава. Вся поверхность разрыва покрыта свѣжею кровяною массою, плотно приставшею къ поверхности разрыва. При раскрытіи разрыва изъ его краевъ начинается сочиться кровь. Изслѣдованіе очень болѣзненно. Простымъ лѣченіемъ, — устраниеніемъ половыхъ сношеній и чистымъ содержаніемъ половыхъ органовъ, — въ недѣлю получило-ся полное заживленіе раны и возможность безболѣзненныхъ половыхъ сношеній.

Въ эту же группу слѣдуетъ поставить и случай, описанный *Cercha* (*Przegląd Lekarski*, 1889 г., 30 апрѣля). 23 лѣтнюю, нерожавшую женщину привезли въ клинику съ явленіями остраго малокровія. Будучи приведена въ чувство она рассказала, что ночью послѣ третьяго сношенія, почувствовала боль, при чемъ показалась и кровь; до этого же половое сношеніе было вполне правильнымъ. При изслѣдованіи влагалище оказалось раздѣленнымъ перегородкою на двѣ части, изъ которыхъ лѣвая была шире правой. Нижняя часть перегородки была оторвана отъ задней стѣнки влагалища, откуда и шла кровь. Кромѣ того *Cercha* цитируетъ подобный же случай, наблюдавшійся *Kohn*омъ. Хотя эти случаи и не принадлежатъ къ поврежденіямъ *primae noctis*, тѣмъ не менѣе, по своему происхожденію и послѣдствіямъ вполне аналогичны имъ и потому я позволилъ себѣ привести ихъ именно здѣсь.

Наконецъ, сюда же нужно отнести и описанный д-ромъ *Масалитиновымъ* (Врачъ, 1885 г., № 13) случай разрыва промежности *sub coitu primae noctis*. Авторъ былъ приглашенъ къ больной чрезъ нѣсколько часовъ

послѣ перваго сношенія, по поводу сильнаго кровоточенія изъ половыхъ органовъ. При осмотрѣ оказался разрывъ промежности, направлявшійся по шву и настолько значительный, что только кожный мостикъ въ  $\frac{1}{2}$  стм. отдѣлялъ его нижній край отъ задняго прохода; верхнимъ же краемъ разрывъ проникалъ въ рукавъ и оканчивался на  $\frac{1}{2}$  стм. выше задней спайки. Наибольшая глубина разрыва— $1\frac{1}{2}$  стм., а длина болѣе 3 стм. Характеръ раны—рваная съ неровными краями; просвѣта кровоточащихъ сосудовъ не усмотрѣно. Дѣвственная плева—въ видѣ широкой цѣльной каймы, безъ зазубринъ, разорвана сзади и разрывъ ея сливается съ разрывомъ промежности. Мужъ больной высокаго роста, крѣпкаго сложенія, по словамъ автора, его можно охарактеризовать словами Гоголя: „не тонко скроенъ, но прочно сшитъ“. Половое сношеніе совершилъ въ пьяномъ видѣ и съ открытою крайней плотью.

Только что приведенный мною случай д-ра *Масалитинова*, хотя и очень интересенъ, въ особенности съ судебно-медицинской точки зрѣнія, внушаетъ большія сомнѣнія, на мой взглядъ, относительно справедливости этиологін его. Въ самомъ дѣлѣ, какъ представить себѣ возможность подобнаго поврежденія sub coitu? *Синайскій*, въ своей статьѣ, которая мною будетъ цитирована позднѣе, объясняетъ происхожденіе такого поврежденія тѣмъ путемъ, что сильный напоръ большого и крѣпкаго мужскаго члена на fossa navicularis вызываетъ сильное растяженіе промежности, какъ при родахъ, и при неуступчивости промежность рвется. *Масалитиновъ* же прямо приписываетъ образованіе разрыва промежности сношенію при открытой крайней плоти и при большомъ половомъ членѣ. Но обѣ указанныя здѣсь причины очень темны и неопредѣленны. Каковъ бы не былъ половой членъ, но онъ не можетъ оказать того давленія на промежность, которое бываетъ при родахъ головкой младенца, идущей сверху и имѣющей неизмѣримо большіе размѣры въ сравненіи съ половымъ членомъ. Да и нельзя, по моему мнѣнію, понять, какимъ образомъ давленіе на fossa navicularis вызоветъ разрывъ промежности. Что же касается до объясненія *Масалитинова* о значеніи сношенія при открытой крайней плоти, то оно уже совершенно непонятно. Я бы допустилъ охотно, если бы д-ръ *Масалитиновъ* доказывалъ возможность болѣе легкаго отрыва дѣвственной плевы и болѣе сильныхъ ея псврежденій sub coitu при открытой крайней плоти,—вѣдь это такъ понятно: сразу проходящее крѣпкое и толстое утолщеніе на членѣ можетъ ceteris paribus легче вызвать патологическія поврежденія во входѣ у женщины. По этому отно-

сительно возможности разрыва промежности при половом сношении, я бы высказался отрицательно и присоединился бы к мнѣнію проф. *Славяйскаго* (Руководство къ Частной Патологіи и Терапіи женской половой сферы) о необходимости болѣе критическаго и недовѣрчиваго отношенія къ рассказамъ супруговъ.

Перейдемъ теперь къ болѣе тяжелымъ поврежденіямъ женскихъ половыхъ органовъ sub coitu. Я уже не разъ упоминалъ о томъ, что при неправильномъ положеніи женщины sub coitu, при направленіи мужскаго полового члена прямо кзади in fossam navicularem, при крѣпкой дѣвственной плевѣ и при бурномъ сношеніи, могутъ происходить большія поврежденія на задней стѣнкѣ входа и рукава. Тому привелъ я нѣсколько примѣровъ. Если таковой ударъ будетъ силенъ, если направленіе мужскаго члена будетъ болѣе кзади и, конечно, одновременно и кверху, то можетъ произойти, что членъ проникнетъ въ кишечно-рукавную клѣтчатку, проникнетъ по ней на извѣстное разстояніе, постепенно приближаясь къ прямой кишкѣ, и, наконецъ, можетъ прорвать и послѣднюю, образовавши такимъ образомъ косою каналъ, идущій снизу и спереди, вверхъ и назадъ и дающій въ результатѣ всего fistulam recto-vaginalem. Д-ръ *Боряковскій* (Протоколы Кіевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества, 1889 г., годъ II, вын. IV, стр. 43), дѣлалъ на трупахъ опыты производства фистулы vulvo-rectalis. Для опытовъ примѣнялся, напоминающій по формѣ мужской членъ, деревянный мандринъ отъ стариннаго цилиндрическаго зеркала. Производство фистулъ не требовало особыхъ усилій и поврежденія получались очень похожими на тѣ, какія бываютъ въ случаяхъ происхожденія этихъ фистулъ при половомъ сношеніи. Въ числѣ причинъ, благоприятствующихъ происхожденію подобныхъ свищей, проф. *Рейнъ* (въ Проток. Кіевск. Акуш. Гинек. Общ.) допускаетъ врожденную тонкость перегородки между прямой кишкою и влагалищемъ, т. е. какъ бы остатокъ отъ эмбриональной atresia ani vaginalis. Кромѣ того, д-ръ *Савинъ* (Проток. Кіевск. Акуш.-Гинекол. Общ., 1889 г., годъ II, вын. IV, стр. 71, прилож.), считаетъ слѣдующіе моменты благоприятствующими образованію fistulae recto-vaginalis sub coitu: а) большой уголъ накло-

ненія таза, такъ какъ при этомъ, вслѣдствіе менѣе доступнаго положенія половой щели, доступъ въ верхнія половыя органы мужскому половому члену менѣе благопріятенъ; б) пороки развитія дѣвственной плевы (напр. *hymen bifenestratus*, *cribsiformis* и т. п.) и плотность ея; в) короткость половой щели; г) подтянутый къ лонному соединенію входъ во влагалище (послѣдніе два пункта, впрочемъ, сами по себѣ составляютъ необходимыя принадлежности большаго наклоненія таза); д) неудачныя попытки къ сношенію и въ силу того напряженное психическое состояніе мужа при стремленіи во что бы то ни стало преодолѣть препятствіе для введенія члена въ половыя части и е) неправильность положенія жены *sub coitu* въ силу ли незнанія, неопытности, или въ силу причиненной ей боли.

Приведу теперь нѣсколько клиническихъ случаевъ, подтверждающихъ сказанное. При этомъ я оговорюсь, что далеко не всѣ случаи буду приводить въ подробностяхъ, ибо тогда наша бесѣда расплзлась-бы на нѣсколько часовъ. Укажу Вамъ только, что литература таковыхъ поврежденій до 1887 года подробно приведена въ статьяхъ д-ра *Боряковскаго* (Врачъ, 1886 г., № 46) и *Реймана* (*Graefenarzt*, 1887 г., Нт. 2).

Я возьму болѣе достовѣрные и рельефные случаи. Къ нимъ я отношу случай д-ра *Боряковскаго* (Врачъ, 1886 г., № 46), наблюдавшійся въ Кіевской Акушерско-Гинекологической Клиникѣ проф. *Рейна*.

У 20 лѣтней крестьянки, здоровой, хорошо развитой, при осмотрѣ найдено: цоловая щель въ заднемъ углу немного зіяетъ и представляется воронкообразно-углубленною. При раздвиганіи губъ пальцами, замѣчается разрывъ передняго края промежности по средней линіи, длиною около 1 см., продолжающійся къ задне-проходному отверстию; мышечный слой не поврежденъ. Кверху разрывъ продолжается поъ заднюю влагалищную стѣнку, образуя каналъ, свободно вмѣщающій 2—3 пальца въ нерастянутомъ состояніи. Въ глубинѣ канала виднѣется складка слизистой оболочки прямой кишки, величиною съ вишню, по вправленіи которой обнаруживается поперечный щелевидный свищъ, ведущій въ прямую кишку и пропускающій 2—3 пальца. Края свища образованы старымъ, крѣпкимъ рубцомъ, шириною въ 1 см.; такая же рубцовая ткань имѣется на задней стѣнкѣ канала. Входъ во влагалище подтянутъ къ лонному соединенію и изслѣдующій палецъ отыскиваетъ его съ трудомъ; безъ контроля глаза палецъ попадаетъ въ искусственный каналъ, а не во влагалище. Дѣвственная плева окружаетъ входъ во влагалище, въ видѣ непрерывной каймы, шириною до 1 см.;

она легко растяжима и представляется надорванною справа и слѣва. О происхожденіи этого поврежденія больная рассказала слѣдующее: первое совокупленіе—въ первую брачную ночь (вышла замужъ 17 лѣтъ, за 23 лѣтняго здороваго крестьянина) сопровождалось сильной болью и умѣреннымъ кровотеченіемъ. На другой день больная замѣтила непроизвольное отхожденіе газовъ изъ половыхъ органовъ, а на слѣдующій день и кала, но въ ничтожномъ количествѣ; а чрезъ 2—3 недѣли калъ изъ половыхъ органовъ при испраженіи сталъ выходить также какъ и изъ задняго прохода. Кровотенія и боли при сношеніи продолжались въ теченіи 3 недѣль. Съ 4 недѣли сношенія стали производиться правильно чрезъ влагалище, но только преть ими мужъ вводилъ ей въ рукавъ палецъ. Половой членъ у мужа великъ, въ особенности толста головка. Какихъ либо механическихъ насилій при первомъ половомъ сношеніи не было.

Случай *Barton Hirst'a* (Centralblatt f. Gynaekol., 1887 г.): молодая особа при первомъ половомъ сношеніи имѣла сильное кровотеченіе и боль въ области наружныхъ половыхъ частей; въ слѣдующіе дни замѣчено непроизвольное отхожденіе газовъ и каловыхъ массъ чрезъ половую щель. Осмотромъ установлено: hymen цѣль, умѣренной крѣпости, кольцевидной формы; у задняго его края имѣется поперечный разрывъ, длиною въ 1½ дюйма, направляющійся кверху тоже дюйма на 1½; чрезъ разрывъ видна слизистая гесті, имѣющая отверстіе. Vagina дѣвственна.

Интересенъ случай *Савина* (Проток. Кіевск. Акуш. Гинекол. Об—ва, 1887 г., годъ II, вып. VI). 23 лѣтъ, еврейка, 4 мѣсяць замужемъ за здоровымъ 23 лѣтнимъ мужчиною. Осмотръ: малыя губы слабо развиты, hymen не поврежденъ, кольцевидной формы; отъ нижняго края мочеиспускательнаго канала къ нижнему краю hymenis, направляясь сверху внизъ, идетъ перегородка, довольно плотной консистенціи, по бокамъ которой помѣщались два отверстія, чрезъ которыя могъ проникнуть во влагалище расширитель Негар'а № 5. Разстояніе отъ orif. exter. uretrae до задней спайки равно 2 ctm.; книзу на разстояніи 0,5 ctm. отъ нижняго края hymenis имѣется свищъ, чрезъ который выпала слизистая гесті; въ свищѣ частицы кала. Отверстіе свища свободно пропускаетъ изслѣдующій палецъ; края разрыва покрыты рубцовой тканью, входъ во влагалище подтянутъ къ лонной дугѣ. Наклоненіе таза даетъ уголъ въ 60°, а уголъ, образованный лонною дугою, даетъ уголъ въ 95°. О происхожденіи поврежденія больная рассказала слѣдующее: при первомъ совокупленіи, послѣ неоднократныхъ, безуспѣшныхъ попытокъ со стороны мужа, внезапно, при введеніи члена, почувствовала сильную боль и обомлѣла. Пришедши въ себя, послѣ опрыскиванія водою, она почувствовала себя не хорошо; въ проходѣ была значительная боль, а простыня была смочена кровью. Встанъ помочиться, больная замѣтила, что кровь полилась сильно; холодными компрессами и лежаніемъ въ постели, кровотеченіе было приостановлено. На 3 сутки замѣчено было отхожденіе газовъ изъ половой щели. Спустя 2 недѣли послѣ этого имѣла снова половое сношеніе, которое также сопровождалось болью и кровотеченіемъ;—тоже и позднѣе. Тутъ же замѣтила, что кромѣ газовъ изъ половой щели выдѣляется и жидкая каловая масса.

Не менее интересен и ясенъ случай, сообщенный д-ромъ *Синайскимъ* (Русская Медицина, 1889 г., № 46). 23 лѣтняя еврейка обратилась къ автору на 3-й день послѣ брака съ жалобой на боли въ заднемъ проходѣ, неловкость при ходьбѣ, появившіяся послѣ брачной ночи. Первое сношеніе очень болѣзненно и съ сильнымъ кровоточеніемъ, доведшемъ больную до обморока. Осмотръ: наружныя половыя части нормальны; клитора полулунной формы, умѣренной толщины, вполне не надорванъ. Задняя спайка губъ разорвана и за нею имѣется воронкообразное углубленіе, вмѣщающее въ себя свободно 2—2½ пальца; кромѣ того имѣется кожный разрывъ промежности по средней линіи до сфинктера, составляющій какъ бы продолженіе названнаго углубленія. Введенный въ задній проходъ палецъ, будучи согнутъ крючкообразно, видѣнъ со стороны влагалища—ясно, что углубленіемъ за fossa navicularis начинается воронкообразный каналъ, идущій изъ влагалища въ rectum и имѣющій широкое основаніе во входѣ во влагалище, и болѣе узкую вершину въ rectum. Черезъ этотъ каналъ во влагалище идутъ газы и кусочки испражнений. Изъ анамнестическихъ данныхъ этого случая приведу слѣдующее: настоящее заболѣваніе произошло при первомъ половомъ сношеніи; мужъ больной 23 лѣтъ, крѣпкаго сложенія; до свадьбы никогда сношеній не имѣлъ; введенія пальца, или чего либо посторонняго категорически отрицаетъ, половой членъ его довольно большихъ размѣровъ.

Очень иллюстративенъ также и случай д-ра *Смоличева* (Русск. Медич. 1890 г., № 14). 31 года, вышедшая замужъ 12 дней назадъ за крѣпкаго мужчину 26 лѣтъ. Первые двѣ ночи всѣ попытки молодаго мужа къ половому сношенію оказались неудачными, по причинѣ какого то неодолимаго препятствія immisioni penis и не выносимыхъ болей, ощущаемыхъ новобрачною (супругъ—опытный въ половыхъ дѣлахъ человѣкъ, ибо женатъ во 2-й разъ). На 3-ю ночь супругу, при огромныхъ усиліяхъ удалось проникнуть достаточно глубоко, но при этомъ новобрачная почувствовала чрезвычайно острую боль въ крестцѣ и прямой кишкѣ, а мужъ, какъ онъ говоритъ, весь замарался въ крови и испражненіяхъ. Кровоточеніе и боль приостановлены холодомъ и покоемъ. Съ того времени понемногу появлялось кровоточеніе изъ половыхъ органовъ и боли не проходили; калъ выдѣлялся только черезъ влагалище; о супружескомъ сожителствѣ не могло быть и рѣчи. Осмотръ: большія губы немного припухли, чувствительны, rima pudendi свободно пропускаетъ указательный палецъ, который на глубинѣ 1½ дюйма упирается въ какую то мягкую, мясистую перепонку, препятствующую проникновенію во влагалище. Скользя по поверхности этой перепонки, палецъ попадаетъ вверхъ и къзади въ воронкообразное углубленіе, наполненное густымъ каломъ. Весь трактъ этого ненормальнаго хода отъ rima pudendi замаранъ въ каловыя массы. Если ввести палецъ въ rectum и согнуть его впередъ, то онъ попадаетъ въ рану и виденъ черезъ входъ во влагалище. Края разрыва при изслѣдованіи слегка кровоточатъ,—они не вполне ровны. Направленіе раны косвенное къ длинѣ recti: начинаясь справа—спереди и снизу, она идетъ вверхъ—влѣво и къзади, длина раны около 1½ дюйма. Задняя спайка губъ разорвана, газы отходятъ непронзвольно черезъ входъ во влагалище. Упомянутая выше

перепонка во входѣ идетъ отъ наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала, въ косвенномъ направленіи спереди—кзади и справа—на лѣво, гдѣ прикрѣпляется съ лѣвой стороны задней влагалищной стѣнки; она красна, какъ бы мясиста и противостоитъ сильному давленію на нее пальца и головчататаго зонда; только близъ самаго отверстія уретры замѣченъ какъ бы маленькій кармашекъ, несоединенный съ подлежащей тканью, за который удалось провести головку тонкаго серебрянаго зонда спереди—назадъ, а далѣе зондъ дѣлалъ свободныя движенія и шелъ далеко in vaginam. Очевидно, имѣлось дѣло съ перепончатымъ, плотнымъ и при томъ высоко стоящимъ hymen'омъ, закрывавшимъ весь входъ во влагалище,—что далѣйшимъ лѣченіемъ—разрѣзъ перепонки—и было исполнѣе установлено.

Наконецъ, приведу и бывшій подѣ моймъ наблюденіемъ случай *fistulae rectovaginalis sub coitu primae noctis* \*). 28/ix 92 г. поступила въ завѣдываемое мною Гинекологическое Отдѣленіе Казанской Губернской Земской больницы, крестьянка М., 23 лѣтъ, высокая, здоровая и при томъ беременная на 7 мѣсяцѣ, съ жалобами на неправильное и постоянное выдѣленіе газовъ и жидкихъ испраженій чрезъ рукавъ. Изъ анамнеза узвано было, что означенныя въ жалобѣ больной явленія сдѣлались въ первую брачную ночь, послѣ перваго полового сношенія. Первое половое сношеніе было болѣзненно и въ теченіи 7 дней послѣ него было постоянное кровотеченіе; тотчасъ же послѣ этого сношенія получилось непроизвольное выдѣленіе газовъ и жидкихъ испраженій чрезъ рукавъ. Послѣ перваго, сношенія, пока было кровотеченіе, не повторялись, а со 2 недѣли начались снова; первое изъ этихъ сношеній также сопровождалось болью и небольшимъ кровотеченіемъ, а затѣмъ сношенія были правильны. Послѣ замужества регулъ не было. Мужъ больной—молодой и здоровый мужчина. Осмотръ: наружныя половыя части нормальны; задняя спайка губъ цѣла и сильно развита. Introitus vulvae закрытъ дѣвственной плевою, имѣющей два отверстія (hymen bifenestratus), изъ которыхъ лѣвое свободно пропускаетъ палецъ, а правое величиною съ толщину гусинаго пера. Самый hymen до 1 см. шириною, мясистый, но слѣва очень растяжимъ; межкошечная перегородка, идущая спереди и справа и сверху—влѣво, внизъ и кзади въ hymen'ѣ толстая, плотная, до 1 см. шириною. Основаніе перегородки оторвано и на мѣстѣ отрыва и имѣется круглое отверстіе, чрезъ которое выглядываетъ слизистая оболочка recti. Отверстіе это свободно пропускаетъ палецъ,—въ немъ начинается каналъ, идущій справа—снизу спереди—вверхъ и влѣво—кзади, и оканчивается въ rectum. Верхній край этого наружнаго отверстія имѣетъ рубцовое строеніе; рубецъ этотъ, начинающійся со слизистой оболочки рукава, идетъ по передней стѣнкѣ канала вверхъ. Отверстіе канала въ rectum помѣщается приблизительно 5 см. на 5 отъ anus'a. Половое сношеніе произведено при обычномъ положеніи женщины на спинѣ, никакихъ постороннихъ вещей безусловно не вводилось въ половые пути больной. Больной для лѣченія сдѣлана fistulographia, давшая хорошій результатъ.

\*) Случай этотъ въ свое время демонстрированъ моймъ сотоварищемъ д-ромъ П. Я. Тепловымъ въ Обществѣ врачей Казанской Губернской Земской больницы.

Вы видите такимъ образомъ, Мм. Гг., что сомнѣваться въ возможности образованія *fistulae rectovaginalis sub coitu primae noctis* рѣшительно невозможно, — тому приведены убѣдительные факты. Не довѣрять показанію больныхъ мы не имѣемъ права, ибо въ большинствѣ случаевъ, какъ заявлялось авторами сообщеній, показанія эти дышали полной откровенностью и правдою. Да, скорѣе можно ожидать сокрытіе именно этой причины и выставленіе другой для объясненія происхожденія тягостнаго поврежденія, ибо случайное поврежденіе не такъ стыдливо, какъ поврежденіе, происшедшее *sub coitu*, описаніе котораго, даже заочное, не самой больной, и теперь у многихъ вызываетъ улыбку на устахъ.

Заканчивая разборъ поврежденій входа во влагалище съ образованіемъ *fistulae recto vaginalis sub coitu primae noctis*, я не могу еще разъ не обратить Ваше вниманіе на этиологию такого рода поврежденій. Изъ большинства приведенныхъ случаевъ Вы имѣли возможность убѣдиться въ томъ, что главный центръ тяжести лежитъ или въ аномальномъ строеніи дѣвственной плевы (*hymen bifenestratus*, *hymen velamentosus*, плевистый), или въ ея чрезмѣрной плотности, мясистой, создающихъ такіа препятствія для *immisionis penis*, что скорѣе онъ прокладываетъ себѣ новую, ненормальную дорогу, чѣмъ разрушаетъ нормальную преграду. Анатомами и гинекологами давно уже установленъ фактъ, что въ нѣкоторыхъ исключительныхъ случаяхъ *hymen* имѣетъ необыкновенную прочность, требующую разрѣза, и что, слѣдовательно, въ такихъ случаяхъ, при небольшомъ высокорасположенномъ отверстіи, *hymen* можетъ представить почти полную преграду *immisioni penis*. Такихъ случаевъ не мало, вѣроятно, имѣется у каждаго гинеколога, я же Вамъ сообщу, что мнѣ неоднократно, при сказанныхъ условіяхъ, приходилось разрѣзать *hymen* и тѣмъ давать возможность новобрачнымъ, послѣ массы тщетныхъ попытокъ къ половому сообщенію, вести правильную половую жизнь. Всѣ гинекологи согласны въ томъ, что плотность дѣвственной плевы увеличивается съ возрастомъ дѣвушки, препятствуя первому сношенію. *Cornfeld* (Руков. къ Суд. мед., стр. 435) говорить такъ: «*hymen* у старыхъ дѣвъ становится плотнѣе».

«Иногда онъ также оказывается и у молодыхъ субъектовъ весьма резистентнымъ, толстымъ, мясистымъ».

Съ другой стороны, извѣстно, что нижній отрѣзокъ гесті, соединяющійся со стѣнкою рукава помощью тонкаго слоя соединительной ткани, легко доступенъ разрыву, происходящему здѣсь нерѣдко вслѣдствіе разнообразныхъ причинъ. Легко по этому представить, что чрезмѣрное усиліе, допущенное мужемъ *sub coitu*, послѣ тщетныхъ предварительныхъ попытокъ къ открытію нормальнаго пути, или безъ нихъ, должно привести къ разрыву *loci minoris resistentiae*. Косвенное направленіе раны, соотвѣтствующее ходу *humeris* и напору мужскаго члена, указываетъ, что именно *humeris*, а не что другое, служить въ большинствѣ случаевъ препятствіемъ упасть на нормальную дорогу, давъ ложное направленіе вводящемуся половому члену. Наконецъ, вѣрнымъ доказательствомъ только что сказаннаго служить нормально устанавливающійся *coitus*, по устраненіи препятствія со стороны дѣвственной плевы. Сказаннымъ я не исключаю возможности дѣйствія и другихъ, ранѣ мною указанныхъ причинъ, но преимущественное значеніе, на основаніи клиническихъ данныхъ, придаю патологичесности строенія и формы дѣвственной плевы.

Закончивши съ этимъ вопросомъ, естественно спросить, возможны ли *sub coitu* таковыя же поврежденія спереди, со стороны уретры, передней стѣнки рукава и мочевого пузыря? Разсмотримъ въ деталяхъ и этотъ вопросъ.

Д-ръ *Масалитиновъ* (Врачъ, 1885 г., № 13) описать слѣдующій случай, наблюдавшійся въ клиникѣ проф. *Лазаревича*. 19 лѣтъ (вышла замужъ 18 лѣтъ) первое половое сношеніе сопровождалось сильной болью и обильнымъ кровотеченіемъ въ теченіи нѣдели. На 3-й день послѣ сношенія, больная замѣтила, что вмѣстѣ съ кровью изъ половыхъ частей идетъ и моча. Больная роста выше средняго. сложенія правильнаго. Дѣвственная плева, при осмотрѣ, разорвана на два большихъ лоскута, и нѣсколько меньшихъ; стѣнки рукава довольно упруги и очень чувствительны при дотрогиваніи. На передней поверхности рукава, на уровнѣ шейки матки, имѣется неправильной формы, величину въ полтинникъ, отверстіе, сообщающее рукавъ съ полостью мочевого пузыря. Края отверстія припухли, очень болѣзненны и пропитаны мочекислыми солями. *Portio vaginalis uteri* отклонено влѣво и взадъ; матка перегнута впередъ и наклонена въ правую сторону. «При клиническомъ разборѣ этого случая, говорить д-ръ *Масалитиновъ*, проф. *Лазаревичъ* установилъ короткость рукава, которая, въ связи съ предположеніемъ о чрезмѣрномъ переполненіи мочевого пузыря; во время поло-

ваго сношенія, могла способствовать, при грубости послѣдняго, сильному ушибу передней стѣнки рукава и задней пузыря. Можетъ быть въ промежуткѣ между этими органами, а также и въ ихъ стѣнкѣ, произошло при этомъ кровоизліяніе, съ послѣдующимъ омертвѣніемъ тканей. За такой способъ происхожденія, а не за непосредственный разрывъ, говорить и то обстоятельство, что моча стала выдѣляться чрезъ рукавъ только къ концу 3 сутокъ послѣ совокупленія».

Д-ръ *Еситовъ* (Медиц. Обзор. 1886 г., № 1) описываетъ слѣдующій случай: 9 октября 1885 года онъ осматривалъ больную по поводу кровотечения изъ половыхъ органовъ, наступившаго вслѣдъ за первой попыткою къ половому сношенію. Больная 19 лѣтъ отъ роду; регулы не имѣла. Съ 17 лѣтъ чувствовала боли въ крестцѣ и нижней части живота, появлявшіяся періодически черезъ 3 недѣли. 9 октября вышла замужъ за здороваго и рослаго мужчину 25 лѣтъ. При первой же попыткѣ къ сношенію, при чемъ оба—и мужъ и жена—были въ довольно сильномъ омяненіи,—новобрачная почувствовала острую, жгучую боль во влагалищѣ и вслѣдъ за тѣмъ изъ половой щели полилась кровь. Осмотръ чрезъ 5 часовъ: наружныя половыя части правильно развиты; изъ отверстія влагалища выдается пузырь съ куриное яйцо величиною, плотно закрывающій входъ во влагалище; пузырь этотъ цвѣта нормальной кожи, съ рѣзко просвѣчивающими венозными сосудами. Уретра разорвана на протяженіи 2 см. вверхъ по направленію къ пузырю; изъ разрыва сочится кровь. *Diagnosis* данного случая: *atresia hymenalis et ruptura uretrae sub coitu.*

Другихъ случаевъ подобныхъ поврежденій въ литературѣ я не нашелъ—постараемся на основаніи этихъ двухъ клиническихъ наблюденій и теоретическихъ соображеній такъ или иначе рѣшить, занимающій насъ вопросъ о поврежденіяхъ *sub coitu* уретры и мочевого пузыря съ образованіемъ фистулы въ немъ въ рукавъ. Если Вы припомните механизмъ полового сношенія, если Вы примите во вниманіе тотъ несомнѣнный фактъ, что при половомъ сношеніи мужской членъ главнымъ образомъ направляется кзади, ударяя въ задній отдѣлъ дѣвственной плевы и затѣмъ въ рукавъ тоже идетъ къ заднему его своду, то Вамъ станетъ яснымъ, почему поврежденія, спереди *hymen*'альнаго кольца лежащихъ частей, не встрѣчаются даже при сношеніи съ дѣвочками, неимѣющими правильнаго развитія половыхъ органовъ. И дѣйствительно, для нихъ нѣтъ мѣста въ патологіи половыхъ сношеній. Если и встрѣтятся случаи, когда половое сношеніе совершится чрезъ расширенную уретру, съ предварительнымъ поврежденіемъ ея (наприм. какъ въ случаѣ *Еситова*) или безъ него, то это будетъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда рукавъ недоступенъ для полового члена,

когда входъ его закрыть крѣпкой, сплошной перепонкою, или когда рукавъ совсѣмъ не существуетъ. Въ большинствѣ указанныхъ обстоятельствъ играетъ роль не одно первое половое сношеніе, а рядъ повторныхъ сношеній, постепенно растягивающихъ наружное отверстие уретры и дѣлающихъ его въ концѣ концовъ проходимымъ для мужскаго полового члена. Но если hymenъ будетъ имѣть, хотя и незначительное, отверстие, то онъ или самъ разорвется подъ напоромъ мужскаго члена, или же отрывается сзади и тѣмъ самымъ даетъ дорогу для полового сношенія. Поэтому, я утверждаю, что, при нормальныхъ наружныхъ половыхъ частяхъ женщины, при половомъ сношеніи поврежденія уретры быть не можетъ. При зарощении же рукава, при существованіи *atresiae hymenalis* такое поврежденіе и вообще *coitus* чрезъ уретру возможенъ, ибо наружное мочеиспускательное отверстие въ этомъ случаѣ представляетъ самый выгодный и при томъ единственный путь для *immisionis penis* и вмѣстѣ съ тѣмъ онъ *locus minoris resistentiae*. Практическія наблюденія Вамъ покажутъ, насколько широкимъ бываетъ наружное мочеиспускательное отверстие, въ случаяхъ отсутствія рукава и присутствія половой жизни. Дѣло идетъ тутъ такимъ образомъ, что, подъ частымъ напоромъ полового члена, зарощенный входъ, постепенно растягиваясь, углубляется, при чемъ тянетъ за нижнюю стѣнку мочеиспускательнаго отверстия, расширяя и его. А когда получится достаточное его расширение, то половой членъ прямо въ него вкладывается и такимъ образомъ можетъ цѣлыми годами идти половое сношеніе, не принося вредныхъ послѣдствій женщинѣ. Конечно, быстрое грубое растяженіе *uretrae* можетъ и тутъ, не при первомъ половомъ сношеніи, произвести въ ней поврежденія, съ разрывами ея стѣнокъ, какъ и въ приведенномъ случаѣ *Есинова*.

Что касается до поврежденій мочевого пузыря, образованія въ немъ фистулы въ рукавъ при половомъ сношеніи, то я никакъ не могу допустить такого рода поврежденія *sub coitu*. Если мужской половой членъ прошелъ въ рукавъ чрезъ *hymen'*альное кольцо, то онъ производитъ равномерное давленіе на всю окружность и направляется въ задній сводъ рукава, главнымъ образомъ, въ силу положенія женщины *sub coitu*.

Короткость рукава тутъ не играетъ роли, ибо еще *Hirtl*, въ своей топографической анатоміи (часть II, стр. 50) высказалъ, какъ положеніе, что при половомъ сношеніи, при обыкновенномъ положеніи женщины, мужской половой членъ никогда не входитъ весь. Равнымъ образомъ не можетъ играть никакой роли и переполненіе мочеваго пузыря *sub coitu*. Въдъ женскій мочевой пузырь легко приподымается при переполненіи кверху, отклоняя при этомъ матку нѣсколько взадъ и приподнимая ее вмѣстѣ съ тѣмъ кверху. Понятно отсюда, что *sub coitu*, при переполненіи мочеваго пузыря, рукавъ дѣлается даже длиннѣе, передній сводъ его вытягивается и, если что можетъ произойти при патологически короткомъ рукавѣ, то это отрывъ передняго свода отъ матки и только. Далѣе, для того, чтобы образовалась *fistula vesico-vaginalis*, нужно продолжительное и плотное прижатіе къ *symphysis pubis* задней стѣнки мочеваго пузыря и передней стѣнки рукава, т. е. нужны тѣ условія, которыя ведутъ къ образованію *fistulae vesico-vaginalis* при родахъ; а такъ какъ таковыхъ условій *sub coitu* быть не можетъ, то и допустить такого рода поврежденія *sub coitu* нѣтъ никакихъ основаній. Случай д-ра *Масалитинова*, по моему мнѣнію, грѣшитъ въ этиологическомъ отношеніи, а объясненія, даваемыя въ этомъ смыслѣ проф. *Лазаревичемъ*, въ большинствѣ гадательны, проблематичны и не имѣютъ, поэтому, цѣны.

На основаніи сказаннаго я категорически отрицаю возможность поврежденія передней стѣнки рукава и мочеваго пузыря *sub coitu*, а по отношенію къ поврежденію уретры высказываюсь такимъ образомъ, что допускаю его только при полной и плотной *atresiae hymenalis*, или при полномъ отсутствіи рукава.

Перейдемъ теперь къ разсмотрѣнію послѣдняго вопроса, именно къ поврежденію рукава *sub coitu* на его протяженіи, или у мѣста прикрѣпленія его къ маткѣ.

Просматривая руководства по гинекологіи и судебной медицинѣ, мы должны были убѣдиться, что вопросъ этотъ, или совсѣмъ замалчивается и объ немъ не упоминается (*West, Scanzoni, Hegar* и *Kaltenbach*), или объ немъ упоминается вскользь, мимоходомъ (*Горвицъ, Schröder*), или же объ немъ

говорится въ несовсѣмъ опредѣленной формѣ, какъ о вопросѣ не рѣшенномъ. Такъ *Beigel* (*Krankheiten der Weiblichen Geschlechts*, 1875, стр. 607—608, часть II) выражается такимъ образомъ: «можетъ ли поврежденіе влагалища быть послѣдствіемъ совокупленія подобно тому, какъ это описалъ *Diemerbroeck*, остается сомнительнымъ; во всякомъ случаѣ такое поврежденіе должно считаться весьма рѣдкимъ». Наблюденіе *Diemerbroeck*'а относится къ двумъ Голландкамъ, получившимъ разрывъ влагалища въ первую ночь послѣ замужества, вслѣдствіе совокупленія, совершеннаго грубымъ образомъ; послѣдовало столь обильное кровотеченіе, что оба случая окончились смертью. Подобный же случай сообщаетъ *Colombat*, а *Meissner* увѣряетъ, что и онъ видѣлъ такой случай, въ которомъ смерть наступила чрезъ нѣсколько дней. *Breisky* (*Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten*, 7 вып., 1879 г., стр. 89—90), говоря о разрывѣ влагалища, сомнѣвается, чтобы онъ могъ произойти во время coitus'а, отъ грубо совершеннаго совокупленія, хотя и приводитъ, только что упомянутые случаи *Diemerbroeck*'а, *Colombat* и *Meissner*'а. А что касается до тяжелыхъ поврежденій рукава при изнасилованіи малолѣтнихъ, то *Breisky*, какъ и *E. Hoffmann* (*Lehrbuch der gerichtl. Medic.*, 1877), скорѣе склоненъ объяснить ихъ грубыми манипуляціями, чѣмъ самымъ актомъ совокупленія. *Preuschen* (*Real-Encyklopedie der Gesamt. Heilkunde*, 1883 г., Bd. XIV, стр. 375) въ статьѣ своей о разрывахъ рукава, говоритъ: «Можетъ ли разорваться влагалище вслѣдствіе совокупленія, сомнительно, хотя и существуетъ нѣсколько старыхъ наблюденій, по которымъ отъ грубого сношенія послѣдовалъ и разрывъ влагалища и смерть отъ истеченія кровью». Наконецъ проф. *Славянский* (Руков. къ Женскимъ Болѣзнямъ, стр. 147) высказывается, что поврежденія рукава, въ средней трети и въ сводахъ, sub coitu, особенно при совершенно нормальномъ влагалищѣ должны считаться недоказанными. Патологическія же состоянія, какъ напр., нѣкоторыя виды стриктуръ и старческая инволюція влагалища, при извѣстныхъ условіяхъ, подъ вліяніемъ coitus'а, могутъ представить большія или меньшія поврежденія.

Приведенныхъ ссылокъ вполне достаточно, чтобы видѣть въ какомъ положеніи находится этотъ вопросъ въ настоящее

время. А между тѣмъ, я не думаю, чтобы кто либо изъ Васъ усумнился въ возможности его точнаго рѣшенія, ибо это рѣшеніе можетъ дать въ подобныхъ случаяхъ въ руки правосудія или ключъ къ обвиненію, или же данныя для оправданія и признанія невиновности. Въ настоящее время, въ новѣйшей литературѣ накопилось достаточное число несомнѣнныхъ случаевъ поврежденія рукава *sub coitu*; я самъ наблюдалъ два рельефныхъ случая подобныхъ поврежденій, а потому позволю себѣ, пользуясь этими данными, рѣшить этотъ вопросъ съ большею опредѣленностію и тѣмъ дать Вамъ точку опоры для сужденія о подобныхъ поврежденіяхъ, буде они встрѣтятся Вамъ въ практикѣ, или на судѣ.

Я не буду приводить Вамъ въ подробности два случая, наблюдавшіяся д-ромъ *Munde* (*Paris medic.*, 26 октября 1884 г.), въ которыхъ при первомъ половомъ сношеніи произошло поврежденіе задняго свода рукава съ значительнымъ кровотеченіемъ, такъ какъ эти случаи мнѣ извѣстны по краткимъ рефератамъ. Не буду описывать на томъ же основаніи и случая *Radcliff'a* (*Boston. med. and. Surg. journal*, 1885), вполне тождественнаго со случаями *Munde*; не буду въ подробности останавливаться и на случаѣ *Zeiss'a* (*Centralblatt. f. Gynaekol.*, 1885 г., 21 февраля), какъ случаѣ съ сомнительной этиологіею, ибо въ его случаѣ у женщины чрезъ 6 недѣль послѣ вторыхъ родовъ, оконченныхъ при томъ щипцами, при совокупленіи, совершенномъ *a la vache*, произошелъ разрывъ влагалищнаго свода сзади и справа. Д-ръ *Есковъ* (*Русск. Медиц.*, 1885 г., № 23), подробно цитируя этотъ случай, вполне основательно приходитъ къ заключенію, что тутъ поврежденіе свода произошло еще во время родовъ, при наложеніи щипцовъ, а *sub coitu* только нарушенъ былъ процессъ заживленія раны, при чемъ края раны, подъ напоромъ полового члена, разошлись и дали картину, какъ бы, свѣжаго отрыва свода влагалища. Съ таковымъ объясненіемъ случая *Zeiss'a* я вполне согласенъ, а потому и не привожу этого случая въ подробности. Также упомяну только о случаѣ разрыва влагалища *sub coitu*, описанномъ д-ромъ *Chadwick'омъ* (*The Boston. Medic. journal*, 1885 г., 30 апрѣля), такъ какъ этотъ случай мнѣ извѣстенъ лишь по реферату.

Остановлюсь болѣе подробно на нѣкоторыхъ случаяхъ, описанныхъ д-ромъ *Бартелемъ* (Врачъ, 1885 г., №№ 20 и 21). IV случай *Бартеля* слѣдующій: 50 лѣтъ крестьянка поступила въ его больничное отдѣленіе съ кровотеченіемъ, начавшимся въ эту же ночь. Хорошаго тѣлосложенія и питанія; регулы прекратились уже 8 лѣтъ. Матка немного наклонена назадъ, подвижна. На задней стѣнкѣ влагалища рваная треугольная рана въ нѣсколько сантиметровъ; верхнее, самое короткое, колѣно треугольника идетъ по заднему своду, параллельно прикрѣпленію рукава, на разстояніи одного поперечнаго пальца отъ влагалищной части; правое колѣно идетъ прямо внизъ, а лѣвое косо—сверху и слѣва внизъ и вправо; наибольшую глубину рана представляетъ въ лѣвомъ верхнемъ углу, гдѣ палецъ прямо проникаетъ въ околоматочную клѣтчатку; кровотеченіе незначительное. Этіологія: большая накаунѣ вечеромъ, отправилась пѣшкомъ въ С.-Петербургъ изъ Царскаго Села. Дорогою къ ней присоединился незнакомый мужчина; пройдя нѣсколько верстъ вмѣстѣ съ нею, онъ бросился на нее и насильно совершилъ совокупленіе, послѣ чего появилось обильное кровотеченіе, заставившее больную, по приходѣ, лечь въ больницу.

Тотъ же д-ръ *Бартель* (Centralblatt f. Gynaek., 1888 года, 1 декабря) описываетъ слѣдующій случай: 20-лѣтняя служанка была поднята на улицѣ, вечеромъ, въ безсознательномъ состояніи, вслѣдствіе обильнаго кровотеченія изъ половыхъ органовъ. Найдены разрывъ слизистой оболочки задняго влагалищнаго свода, шедшій справа налѣво и нѣсколько косвенно къ задней губѣ шейки матки. Разрывъ э. отъ имѣлъ около 3 см. въ длину. Этіологія: наканунѣ и въ тотъ день вечеромъ больная имѣла сношенія съ солдатомъ; сношенія были не очень бурныя, но сопровождались не сильной болью; вслѣдъ за послѣднимъ сношеніемъ появилось кровотеченіе, настолько усилившееся, что больная потеряла сознание.

Д-ръ *Гиммельфарбъ* (Centralblatt f. Gynaek., 1890 г., 31 мая; тоже Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, 1890 г., стр. 409) сообщаетъ слѣдующій случай разрыва рукава при сношеніи: солдатка, 24 лѣтъ; вслѣдъ за первымъ сношеніемъ съ мужемъ (за 6 недѣль до поступленія въ больницу) замѣтила сильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, боли внизу живота и болѣзненное мочеиспусканіе. Мужъ продолжалъ половыя сношенія, не смотря на кровотеченіе и боли внизу живота. За недѣлю до поступленія въ больницу боли значительно усилились; больная умерла. Вскрытіе: піэміческія абсцессы въ легкихъ; ихорозный гной въ плеврѣ. Слизистая оболочка рукава сѣрая, покрытая грязно-желтыми перепонками и кровяными сгустками; на границѣ верхней трети и средней, въ томъ мѣстѣ, гдѣ задняя стѣнка переходитъ въ боковую, имѣется потеря вещества съ нѣмецкую марку величиною; по срединѣ этой потери, отъ ея верхняго края къ нижнему, тянется тяжъ, приблизительно въ  $\frac{1}{3}$  см. толщиною; въ лѣвой части задняго свода имѣется другая потеря вещества, съ монету въ 20 пфениговъ величиною, съ размягченнымъ, пропитаннымъ гноемъ, основаніемъ; оба отверстія ведутъ въ клѣтчатку лѣваго параметрія; матка увеличена.

Очень интересенъ случай, описанный изъ клиники проф. *Schantz* и *Frank* (Wiener Mediz. Presse, 1889 г., № 49). 25 лѣтъ поденщица по-

ступила въ клинику съ явленіями малокровія и обильнаго кровотече-  
нія изъ половыхъ органовъ. Осмотръ: portio vaginalis загнута кзади,  
нормальной величины; матка нормальна; влагалище разорвано въ зад-  
немъ сводѣ до брюшины. О происхожденіи поврежденія больная сооб-  
щила слѣдующее: товарищъ ея по работѣ, здоровый мужчина, имѣлъ  
съ нею сношеніе; она находилась во время сношенія въ полусидячемъ  
положеніи и immissio penis было очень стремительное. Непосредственно  
послѣ сношенія кровотеченіе, доведшее больную скоро до обморока,  
когда она и увезена была въ клинику.

Въ газетѣ la Clinique 1890 г., 24 іюля, описанъ слѣдующій случай:  
20-лѣтняя дѣвушка, послѣ сношенія съ жинихомъ въ Stogkholm'скомъ  
паркѣ, почувствовала острую боль, какъ будто у нея что то оторвалось  
внизу живота; затѣмъ послѣдовало кровотеченіе и упадокъ силъ. Это  
было довольно поздно вечеромъ. При осмотрѣ найдено: рукавъ, изъ  
котораго постоянно текла струйка темной крови, былъ выполненъ  
кровяными сгустками. Въ заднемъ сводѣ палець проникалъ въ углу-  
бленіе, окруженное болѣе рыхлою тканью; маточная шейка плотна, не-  
рожавшая. Разрывъ въ сводѣ имѣлъ до 3 см. длины и нѣсколько болѣе  
 $\frac{1}{2}$  см. глубины, въ полость брюшины не проникалъ и лежалъ попе-  
речно сзади маточной шейки. Самъ рукавъ не представлялъ ни осо-  
бенной узости, ни особенной короткости и вообще казался нормальнымъ;  
другихъ поврежденій не было.

Д-ръ *Teuffel* (Centralblatt f. Gynaekol., 1890 г., 23 августа) сообщилъ  
слѣдующій случай: 29 лѣтняя женщина, нерожавшая; за 4 дня предъ  
тѣмъ при сношеніи почувствовала очень сильную боль, послѣ которой  
наступило довольно значительное кровотеченіе. Рукавъ относительно  
коротокъ, узокъ, мало растяжимъ и гладокъ, приближался этими ка-  
чествами къ старческому типу. Найденъ разрывъ рукава въ заднемъ  
сводѣ, края разрыва разошлись такимъ образомъ, что образовали тре-  
угольникъ, на днѣ котораго виднѣлась клѣтчатка параметрія. Самая  
длинная сторона треугольника шла отъ середины задняго свода вправо,  
гдѣ, въ разстояніи 1—2 см. отъ остатковъ дѣвственной плевы, встрѣ-  
чалась съ переднимъ краемъ раны, который направлялся отъ влага-  
лищной части вдоль рукава, по правой его стѣнкѣ; третья сторона  
треугольника обхватывала правый задній отдѣлъ влагалищной части.

Наконецъ, приведу случай д-ра *Harris'a* (The British. Medic. Journ.,  
9 мая, 1891 г.), представившійся ему въ судебно-медицинской прак-  
тикѣ. Онъ вскрывалъ трупъ 10—12 лѣтней, слабо сложеной и исху-  
далой Индусской дѣвочки, которая не за долго предъ тѣмъ была вы-  
дана замужъ за 16—18 лѣтняго, хорошо развитаго юношу; мать этой  
дѣвочки слѣлала ей какую то операцію для „приланія зрѣлости (ma-  
turity)“ половымъ частямъ. Исслѣдованіе показало присутствіе свѣжихъ  
ушибовъ большихъ и малыхъ губъ, похотника, предверія, краевъ урет-  
ральнаго отверстія и краевъ влагалищнаго отверстія, съ почти без-  
слѣднымъ разрушеніемъ дѣвственной плевы, далѣе, омертвѣніе задней  
стѣнки рукава и входа, неправильный круговой разрывъ лѣвой стѣнки  
влагалища, близъ прикрѣпленія послѣдняго къ маточной шейкѣ, про-  
никавшій въ полость брюшины; множество кровяныхъ сгустковъ въ  
подвздошныхъ ямкахъ и свѣжій перитонитъ. Авторъ указываетъ въ

концѣ своей статьи, что въ сочиненіи *Clevers'a*—*Medical. Jurisprudenc. in India*—можно найти длинный рядъ случаевъ смертельнаго поврежденія половыхъ органовъ у женъ—дѣтей, во время перваго полового сношенія.

Теперь приведу два случая отрывовъ задняго свода рукава при половомъ сношеніи, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ въ Гинекологическомъ Отдѣленіи Казанской Губернской Земской больницы.

*I случай:* 1 сентября 1890 года, въ 10 часовъ утра, доставлена была въ Гинекологическое Отдѣленіе больницы съ признаками остраго малокровія, вслѣдствіе кровотеченія изъ половыхъ органовъ, крестьянка Б., 40 лѣтъ, кухарка, высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія и питанія; менструируетъ съ 17 лѣтъ чрезъ 3 недѣли по 7 дней, безъ болей и не сильно. Замужъ вышла на 18 году; родила въ срокъ 5 разъ, послѣдніе роды 11 лѣтъ назадъ, 7 лѣтъ уже вдовѣтъ, но въ продолженіи послѣднихъ 5 лѣтъ имѣетъ нечастый coitus съ однимъ мужчиною. Половое сношеніе при мужѣ было безболѣзненно, а при другомъ—теперешнемъ—нерѣдко сопровождается не сильной болью. Женскими болѣзнями не страдала. Заболѣла сегодня утромъ въ банѣ, куда отправилась съ своимъ возлюбленнымъ для полового сношенія. При самомъ началѣ полового сношенія больная вдругъ почувствовала, одновременно съ быстрымъ введеніемъ члена во влагалище, сильную боль, такъ что даже не могла удержаться отъ крика, при чемъ въ это же время появилась кровь и въ большомъ количествѣ. Половое сношеніе было прервано; больную кое какъ одѣли и сейчасъ же доставили въ больницу. Осмотръ: наружныя половыя части и все бѣлье сильно промочены кровью, изливающейся непрерывной струей изъ влагалища. На видъ наружныя половыя части нормальны; влагалище розавшее, достаточно широкое и средней длины; стѣнки его гладки, какъ бы тонки. Влагалищная часть матки смотреть кпереди, нормальной толщины и плотности. Матка наклонена не сильно кзади, не увеличена, не болѣзненна, плотна, подвижна. Задній сводъ уплощенъ и даже нѣсколько укороченъ и нѣсколько плотенъ. Слизистая оболочка рукава задняго свода оторвана отъ своего прикрѣпленія къ шейкѣ матки во всю ширину, заходя немного въ стороны и книзу; приблизительная длина разрыва въ поперечномъ направленіи 4—5 см. Поверхность разрыва имѣетъ форму треугольника съ вершиною къ шейкѣ матки и представляеть на ошупь шероховатость. Сквознаго отверстія въ полость брюшины не имѣется. Въ полость раны, свободно укладываются три пальца, сложенные вмѣстѣ. При зеркальномъ изслѣдованіи виденъ весь отрывъ и его поверхность, вся пропитанная кровью, изъ этой то поверхности и леть отовсюду кровь, но открытыхъ кровеносныхъ сосудовъ не видно, хотя кровь имѣетъ несомнѣнно артеріальный характеръ.

Изъ приведенной исторіи болѣзни Вы ясно видите, что мы имѣемъ дѣло со свѣжимъ отрывомъ свода рукава, или, если хотите, разрывомъ рукава въ заднеъ сводѣ, происшедшемъ при половомъ сношеніи сразу же, при введеніи члена. Этіологія этого случая вполне ясна, и вполне достовѣрна,—оба, какъ больная, такъ и ея возлюбленный, были совершенно трезвы. Лѣченіе состояло въ тампонированіи рукава іодоформ-

ной марлею, послѣ предварительной дезинфекціи, въ покойномъ положеніи больной и холодъ на живствѣ. Къ 11 дню сводъ совершенно закрылся и больная вышла изъ больницы.

*II случай*—это больная, мною теперь Вамъ демонстрируемая и поступившая въ наше Отдѣленіе больницы 24/xi 1893 года. Вы видите предъ собою очень анемичную женщину, средняго роста, 28 лѣтъ отъ роду. Изъ анамнеза ея узнаемъ, что въ дѣтствѣ она перенесла оспу и корь; менструировать начала на 14 году; регулы установились сразу въ 3 недѣльные сроки съ продолжительностію въ 3 дня. Первый coitus на 21 году; родила въ срокъ 4 раза, первые роды 22 лѣтъ, а послѣдніе 2½ мѣсяца назадъ; послѣ родовъ не болѣла, а равно никакихъ женскихъ болѣзней не имѣла. Въ настоящее время кормить ребенка и потому регулъ послѣ родовъ еще не было. Словомъ эта женщина до 23/xi 93 года была совершенно здорова; бѣлей не имѣла никогда; половыя сношенія были безболѣзненны. Послѣ послѣднихъ родовъ первый coitus былъ 20/xi и былъ нормаленъ; ночью на 24/xi coitus былъ повторенъ. Этотъ coitus, съ начала введенія мужскаго члена, былъ очень болѣзненъ; послѣ быстрого введенія члена, какъ говоритъ больная сама,—она почувствовала сразу сильную боль въ глубинѣ половыхъ частей сзади; боль эта продолжалась затѣмъ все время coitus'a который не былъ прекращенъ, а былъ доведенъ до конца. Послѣ того больная замѣтила сильное кровотеченіе, даже съ кусками, которое сильно ослабило больную и которое привело ее къ намъ въ больницу.

Осмотръ половыхъ органовъ даетъ Вамъ слѣдующіе результаты: наружныя половыя части нормальны; рукавъ нормальной длины, стѣнки его гладки, тонки; своды, въ особенности задній, уменьшены. Матка въ правильномъ положеніи, маленькая, не болѣзненная, придатки не прощупываются. Задній сводъ рукава оторванъ отъ шейки матки на всемъ протяженіи, при чемъ разрывъ заходитъ влѣво на 1 см.; вся длина разрыва до 4 см.; форма разрыва треугольная, дно его шероховатое; брюшина свода цѣла. При зеркальномъ изслѣдованіи Вы видите что стѣнки рукава очень блѣдны, гладки, блестящи, какъ бы атрофированы. Разсматривая поверхность раны, Вы убѣждаетесь, что края ея, не ровны, дно состоитъ изъ клѣтчатки, пропитанной кровью, при чемъ оттуда же сочится кровь, въ настоящее время не въ большомъ количествѣ. Другихъ поврежденій Вы не находите. Слѣдовательно, Вы устанавливаете для данного случая слѣдующую діагностику: *hypoplasia uteri et vaginae physiologica et abruptio fornicis posterioris incompleta sub coitu*. Въ виду того, что кровоточащихъ сосудовъ мы невидимъ, то лѣченіе будетъ состоять въ тампонаціи рукава іодоформной марлею на 3 дня и покоѣ, а послѣ назначимъ рукавныя спринцеванія и укрѣпляющее внутрь\*).

Вотъ Вамъ, Мм. Гг., клиническій матеріалъ, по вопросу о поврежденіи рукава на протяженіи при половомъ сношеніи. Естественно спросить, на сколько этотъ матеріалъ даетъ намъ

\*) Больная эта прекрасно поправилась, кровотеченіе пріостановилось къ 27. xi, сводъ вполне закрылся къ 4. xii.

право признавать возможность подобных повреждений при половом сношении и при каких условиях подобные повреждения могут происходить. Этиология наших двух случаев вполне достоверна. Если бы не было других случаев, или если бы этиология их и была очень сомнительна и мало достоверна, — что для некоторых из приведенных мною случаев вполне основательно допустить, — то наши случаи прямо говорят, что повреждения рукава при половом сношении на его протяжении, и именно в заднем сводѣ, вполне возможны. Но если это такъ, то почему же онѣ рѣдко наблюдаются и какіе благоприятные моменты существуют для них? Безспорно, что длина мужскаго полового члена не играетъ тутъ большой роли, ибо при обычномъ сношении онъ весь не входитъ (*Hirtl*) и главное рукавъ настолько растяжимъ, что онъ при обычныхъ нормальныхъ условияхъ несомнѣнно вмѣститъ въ себя даже и большой мужской половой членъ. Равнымъ образомъ, не можетъ имѣть значенія тутъ и болѣе или менѣе бурное или грубое, или, если хотите, страстное половое сношеніе, — ибо и при этомъ нормальный рукавъ всегда приметъ должнымъ образомъ нормальный половой членъ и повреждений не произойдетъ. Вѣдь еще издавна извѣстно (я ссылаясь на *II. Zakxia*), что при неравномѣрности мужскаго члена съ женскимъ рукавомъ, сношеніе можетъ быть болѣзненнымъ, даже до обморока, но все же оно не сопровождается глубокими повреждениями. Слѣдовательно, мы имѣемъ право заключить, что при здоровомъ рукавѣ, при его нормальной эластичности и растяжимости, при правильномъ половомъ сношеніи, повторномъ въ особенности, не можетъ произойти повреждений въ его глубинѣ, въ сводѣ, даже если бы существовало несоотвѣтствіе въ размѣрахъ между длиной и шириной рукава и длиной и толщиной мужскаго полового члена. Для возникновенія такихъ повреждений нужна патологичность въ строеніи стѣнокъ рукава, нужна потеря его эластичности и растяжимости, нужны тѣ измѣненія въ немъ, которыя бываютъ въ климактерическомъ періодѣ или в заднемъ сводѣ при такъ называемомъ, *parametritis atroficans Freundi*. Тогда, дѣйствительно, и длинный мужской членъ, и бурное введеніе его при сношеніи будутъ имѣть значеніе производящей причины.

Разсматривая наши случаи съ этой стороны и нѣкоторые изъ взятыхъ мною изъ литературы, Вы увидите, что въ нашихъ случаяхъ былъ на лицо этотъ предрасполагающій моментъ, а именно патологическое состояніе стѣнокъ рукава. Именно мы имѣли атрофическое состояніе сводовъ въ обоихъ случаяхъ и атрофическое состояніе всего рукава, при чемъ въ первомъ случаѣ этотъ процессъ лежалъ въ зависимости отъ подготовляющаго *clumacterium*'а, а частью задній сводъ былъ въ стадіи *parametritis atroficans Freundi*, во второмъ же случаѣ мы имѣли рукавъ въ стадіи физиологической атрофіи, или вѣрнѣе, *hypoplasiae* его на почвѣ кормленія ребенка. Вы видѣли на сколько стѣнки рукава во второмъ случаѣ представлялись тонкими, бѣлыми, атрофическими, какъ бы безжизненными. Вы могли прямо убѣдиться и въ томъ, что эластичность—растяжимость стѣнокъ значительно уменьшена. Если Вы припомните при этомъ указанія больныхъ, что у нихъ при половомъ сношеніи появлялась боль сразу и одновременно съ бурнымъ введеніемъ полового члена, то для Васъ станетъ яснымъ и механизмъ образованія такого рода поврежденій. На почвѣ же совершенно здоровой и при правильномъ сношеніи таковыя поврежденія возникнуть не могутъ. Если что и возможно еще допустить, то это образованіе отрыва свода при половомъ сношеніи въ неправильномъ положеніи женщины, напр., какъ въ случаѣ *Frank*'а, когда женщина находилась въ полусидячемъ положеніи. При такомъ положеніи женщины и бурномъ введеніи члена возможно поврежденіе—отрывъ, даже и здороваго свода рукава, ибо при этомъ сводъ и матка стоятъ низко, а мужской членъ идетъ прямо кзади. Но образованіе подобныхъ поврежденій въ сводахъ рукава при различнаго рода неправильныхъ положеніяхъ женщины *sub coitu* не есть законъ, не есть правило, которое можно устанавливать и приводить безъ объясненій, а есть одно изъ многочисленныхъ исключеній на почвѣ неправильностей въ механизмѣ полового сношенія.

Заканчивая, Мм. Гг., свою бесѣду съ Вами, я напомню Вамъ о важности сообщаемыхъ мною фактовъ для цѣлей правосудія. Можетъ быть я утомилъ Васъ нѣкоторыми подробностями въ изложеніи, но, зная, что этотъ вопросъ не разсматривается подробно даже въ руководствахъ по Судебной Меди-

цинѣ, мнѣ хотѣлось дать Вамъ руководящія нити при рѣше-  
ніи такого рода вопросовъ и кромѣ того выяснить и чисто  
научную, гинекологическую сторону всевозможныхъ поврежде-  
ній женской половой сферы при половомъ сношеніи.

---

## II.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

### Къ дифференціальному распознаванію эхинококка и другихъ мѣшеччатыхъ образованій женской половой сферы.

Г. П. Серезникова.

Кистовидныя опухоли брюшной полости, развившіяся въ томъ или другомъ отдѣлѣ полового аппарата женщины, даютъ иногда настолько своеобразныя топографическія отношенія къ окружающимъ сосѣднимъ органамъ и представляютъ такія патолого-анатомическія, физическія и химическія свойства, которыя серьезно затрудняютъ правильную постановку діагноза. Не останавливаясь на общеизвѣстныхъ признакахъ мѣшеччатыхъ опухолей брюшной полости вообще, и въ частности, на отличительныхъ признакахъ однокамерныхъ и многополостныхъ кистъ, яичниковыхъ, пароваріальныхъ и интралигаментарныхъ, я позволю себѣ прямо перейти къ интересующему насъ вопросу.

Какъ извѣстно, эхинококкъ чаще всего развивается въ печени, но нерѣдко онъ наблюдается также и въ другихъ органахъ брюшной полости: въ селезенкѣ, въ почкахъ, сальникѣ, брыжжейкѣ, брюшинѣ, свободно въ брюшной полости, и, наконецъ, въ тазовой клѣтчаткѣ. Естественная исторія и общая патологія эхинококка настолько общеизвѣстны, что было бы совершенно излишне распространяться о нихъ. Патолого-анатомическая же и клиническая картина эхинококка различныхъ

органовъ обработана далеко не одинаково, а эхинококка женской половой сфѣры меньше всего. Разбросанный въ литературѣ казуистическій матеріалъ еще ждетъ своихъ собирателей.

Одну изъ первыхъ попытокъ въ этомъ направленіи сдѣлалъ *Freund* <sup>1)</sup>. Описывая различныя заболѣванія соединительной ткани въ женскомъ тазу, *Freund* приводитъ, между прочимъ, 17 случаевъ эхинококка брюшной полости, которые такъ или иначе симулировали мѣшеччатыя опухоли женской половой сфѣры. Два раза эхинококкъ залегалъ въ брюшной стѣнкѣ, въ повздошной области; одинъ разъ внѣдрился изъ большого сальника въ лопнувшую оваріальную кисту; два раза, развившись первично въ печени, глубоко спускался въ тазъ; одинъ разъ наблюдался въ глубоко-лежащей почкѣ; одинъ разъ — въ блуждающей селезенкѣ; 7 разъ въ тазовой клѣтчаткѣ; одинъ разъ въ брыжжейкѣ тонкой кишки и два раза въ тазовыхъ костяхъ. Изложивъ вкратцѣ исторію болѣзней этихъ случаевъ и, кромѣ того, двухъ изъ практики *Martin*'а и трехъ случаевъ *Schröder*'а, *Freund* даетъ приблизительно слѣдующую патолого-анатомическую и клиническую картину этого заболѣванія въ клѣтчаткѣ женскаго таза. Въ тазовой клѣтчаткѣ эхинококкъ можетъ развиваться и первично и вторично. Въ первомъ случаѣ онъ обыкновенно начинается развиваться въ задней окружности таза, вблизи кишки или въ костяхъ; отсюда проникаетъ въ клѣтчатку, лежащую по сторонамъ таза, въ параметрій, парацистій, достигаетъ матки, мочеваго пузыря; далѣе, можетъ разрастаться въ подбрюшинную клѣтчатку fossae iliacaе и оттуда проникать подъ пупартову связку чрезъ l. musculorum et vasorum и даже подъ паріетальный листокъ брюшины передней стѣнки живота; внизъ можетъ достигать тазоваго дна. Первичное развитіе эхинококка въ яичникѣ ни разу не наблюдалось, вторично же эхинококкъ можетъ въ него внѣдряться или изъ болѣе или менѣе отдаленныхъ мѣстъ, или же изъ соединительной ткани ligamenti lati чрезъ hylus яичника. Изъ разновидностей эхинококка наблюдались echinoc. hydatidosus и echin. granulosus; многокамерный же эхинококкъ, по *Virchow*'у альвеолярный, до сихъ поръ еще ни разу не на-

<sup>1)</sup> *Freund*. Gynaekologische Klinik., т. 1, стр. 299 и слѣд., изд. 1885 г.

блюдался. Само собой разумѣется, что окружающіе сосѣдніе органы вначалѣ смѣщаются растущимъ эхинококкомъ въ сторону наименьшаго сопротивленія, затѣмъ, испытывая давленіе, удлиняются, уплощаются и истончаются; выше и ниже лежащія части утолщаются и находятся въ состояніи хронической воспалительной гипертрофіи и венознаго застоя; однимъ словомъ, можно наблюдать всѣ явленія прижатія, начиная отъ легкой ишеміи и кончая узурой и перфوراціей. Тазовая клѣтчатка въ окружности паразита всегда находится въ состояніи хроническаго воспаленія съ сильно развитыми кровеносными сосудами; брюшина утолщена и очень часто даетъ сращения тазовыхъ органовъ. Небольшія эхинококковыя кисты могутъ оставаться очень долгое время безъ всякаго вліянія на общее здоровье и не вызывать никакихъ мѣстныхъ явленій. Большія-же вызываютъ главнымъ образомъ мѣстныя разстройства, нарушая отправление тазовыхъ органовъ: мочеваго пузыря, матки и прямой кишки.

Діагнозъ эхинококка въ женскомъ тазу вначалѣ болѣзни основывается главнымъ образомъ на присутствіи болѣе или менѣе круглой, гладкой, напряженно эластической опухоли въ задне-боковой окружности таза, вблизи кишки; опухоль обыкновенно лежитъ въ соединительной ткани таза и тѣсно связана со стѣнками послѣдняго, мало подвижна, нечувствительна и не находится въ связи съ маткой. Растетъ опухоль, какъ интралигаментарная киста, но отличается отъ послѣдней, по заявленію всѣхъ авторовъ, тѣмъ, что, не смотря на значительную величину, не вызываетъ замѣтныхъ разстройствъ.

Отношеніе шейки матки къ опухоли весьма характерно: шейка погружается въ опухоль, какъ въ воздушную подушку. Это обстоятельство, между прочимъ, *Freund* считаетъ за одинъ изъ отличительныхъ признаковъ эхинококковыхъ кистъ отъ другихъ мѣшеччатыхъ образованій широкихъ связокъ. Діагнозъ становится болѣе вѣроятнымъ, если удастся констатировать неизмѣненные яичники, дрожаніе гидатидъ и присутствіе эхинококка въ другихъ органахъ. Распознаваніе становится несомнѣннымъ, если въ содержимомъ кисты будутъ найдены принадлежности эхинококка: крючья, cuticula и характерный составъ жидкости. Жидкость эхинококковыхъ кистъ, какъ

извѣстно, прозрачна, безцвѣтна или желтовата, нейтральной реакціи, содержитъ янтарную кислоту и не содержитъ бѣлка.

Описанная *Freund*омъ патолого-анатомическая и клиническая картина эхинококка въ клѣтчаткѣ женскаго таза не представляетъ ничего характернаго, ничего типическаго. Діагнозъ эхинококка въ женскомъ тазу, какъ и въ другихъ органахъ, становится несомнѣннымъ лишь послѣ микроскопическаго и химическаго изслѣдованія содержимаго кисты. Въ этомъ отношеніи нахожденіе крючьевъ и частей оболочекъ съ характернымъ ламеллярнымъ строеніемъ составляетъ главную суть дѣла; химическій же составъ жидкости самъ по себѣ занимаетъ второстепенное мѣсто и, на основаніи его одного, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ правильности діагноза. Въ литературѣ описано немалое число случаевъ, гдѣ жидкость, полученная несомнѣнно изъ кистовидныхъ опухолей половой сферы, не содержала бѣлка <sup>1)</sup>. Всѣ же физическіе признаки эхинококка, не исключая и болѣе или менѣе характернаго шума гидатидъ и дрожанія, могутъ наблюдаться и при другихъ кистовидныхъ опухоляхъ половой сферы. Въ этомъ отношеніи представляетъ большой интересъ случай интралигаментарной кисты, оперированной недавно въ Повивальномъ Институтѣ.

9/х 1893 г. въ гинекологическое отдѣленіе Повивальнаго Института была принята больная съ слѣдующими явленіями: больная средняго роста и сложенія, костякъ и мышечная система развиты достаточно, худа, видимыя слизистыя оболочки бѣльны; больная жалуется главнымъ образомъ на быстро растущую опухоль въ животѣ, сильное напряженіе и чувство распиранія внизу живота и въ тазу, учащенные позывы къ мочеиспусканію, упорные запоры, отсутствіе аппетита, постоянное ощущеніе тошноты, плохой сонъ, общую слабость и общую нервозность. Въ дѣтствѣ больная была здорова; первыя мѣсячныя пришли на 16 году и типъ ихъ установился сразу: ходили по 3--4 дня, въ небольшомъ количествѣ, безъ боли, чрезъ 25 дней. На 20 году вышла замужъ и два раза родила въ срокъ; послѣдніе роды были 14 лѣтъ назадъ. Беременность, роды и послѣродовое состояніе протекли совершенно правильно; типъ менструацій ни послѣ замужества, ни послѣ родовъ не измѣнился. Втеченіе десяти лѣтъ со времени послѣднихъ родовъ больная чувствовала себя сравнительно здоровой, страдала лишь упорными запорами, не могла похвалиться аппетитомъ и не беременѣла. Три года назадъ, безъ видимыхъ причинъ, у больной появились боли въ крестцѣ и поясницѣ; боли въ названныхъ мѣстахъ по временамъ были настолько

<sup>1)</sup> *Westphalen*. Beiträge zur Lehre von der Probepunction. Archiv f. Gynäkologie, т. 8.

сильны, что заставляли больную по нѣскольку дней проводить въ постели. Лѣчилась отъ нихъ, по совѣту врачей, горячими влагалитчными душами и сградала, какъ говорили пользовавшіе больную врачи, хроническимъ воспаленіемъ матки.

Страдая постоянными запорами, вздутіемъ живота, больная мало обращала вниманія на объемъ послѣдняго и, только случайно, въ іюлѣ мѣсяцѣ прошлаго года, послѣ обильнаго стула, замѣтила упругую эластическую опухоль въ лѣвой подвздошной впадинѣ и обратилась за совѣтомъ къ гинекологамъ.

Больная, какъ уже сказано, блѣдна, худа, анемична; страдаетъ запорами и метеоризмомъ, плохимъ аппетитомъ и постоянной тошнотой. Языкъ обложенъ и сухъ, глотаніе не нарушено, въ подложечной области легкая чувствительность и напряженіе, стулъ вызывается различными laxantia и промывательными. Животъ значительно увеличенъ въ объемѣ и по величинѣ соответствуетъ 8 мѣсячной беременности; кожа живота гладка, блестяща, напряжена. При перкуссии по всей передней поверхности живота получается тупой звукъ, тимпаническій же лишь въ боковыхъ поясничныхъ областяхъ; въ полости живота прощупывается гладкая, эластичная, напряженная и безболѣзненная опухоль, лежащая немного больше въ лѣвой половинѣ живота; опухоль спускается въ полость малаго таза и не можетъ быть ни приподнята изъ него руками, ни отходить при положеніи больной на наклонной плоскости. Наружные половые органы развиты правильно и никакихъ уклоненій не представляютъ; матка прижата къ передней стѣнкѣ таза, приподнята, смѣщена въ правую половину таза и находится въ положеніи *lateroversi'i dextrae*; дво и тѣло ея прощупываются, даже при одномъ наружномъ изслѣдованіи, надъ правой пупартовой связкой въ формѣ небольшого плотнаго придатка на опухоли; матка почти неподвижна, длина полости ея равна 8,5—9 см. Въ заднемъ сводѣ прощупывается объемистый эластичный, гладкій сегментъ опухоли; сегментъ безъ рѣзкихъ границъ переходитъ въ опухоль живота, плотно залегаетъ въ заднемъ отдѣлѣ таза и выполняетъ собою верхнюю часть полости малаго таза. Въ общемъ опухоль имѣетъ неправильную яйцевидную форму съ тремя небольшими выстоящими сегментами: однимъ спускающимся въ малый тазъ, другимъ — находящимся въ лѣвой половинѣ живота и третьимъ — въ правой.

При ощупываніи опухоли было замѣчено, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, при быстрыхъ толкательныхъ движеніяхъ, ясно ощущаются дрожательныя явленія, напоминающія собою какъ бы баллотированіе свободныхъ небольшихъ тѣлъ, взвѣшенныхъ въ жидкости, словомъ, ощущеніе тождественное съ дрожаніемъ гидатитъ. Это ощущеніе получается въ трехъ мѣстахъ: въ нижнемъ отдѣлѣ опухоли слѣва, въ верхнемъ отдѣлѣ справа и въ сегментѣ опухоли, влающемъ въ малый тазъ.

Придатковъ матки опредѣлить не удалось. Верхняя и нижняя границы печени нормальны; селезенка немного увеличена въ объемѣ; со стороны легкихъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы нѣтъ; въ сердцѣ небольшой акцентъ на второмъ тонѣ аорты.

Мочиспусканіе учащено, мочи достаточное количество 1200—1800 к. с. въ сутки, ненормальныхъ примѣсей въ ней нѣтъ.

Оцѣнивая данныя, полученные при объективномъ изслѣдованіи, необходимо придти къ заключенію, что мы имѣемъ дѣло съ мѣшеччатою опухолью полости живота, находящеюся въ тѣсныхъ анатомическихъ отношеніяхъ съ внутренними половыми органами. Что же касается свойства опухоли, то тутъ возможно два предположенія: или здѣсь интралигаментарная киста, или эхинококкъ широкой связки. Дольчатость опухоли и быстрый ростъ ея, по заявленію больной, говорятъ за многополостную кисту, а дрожательное ощущеніе—за эхинококкъ.

Этотъ признакъ, насколько мнѣ извѣстно изъ литературы, никѣмъ еще не описанъ при кистахъ половой сѣры и нотируется всѣми какъ патогномоническій признакъ эхинококка.

Съ цѣлію установки болѣе точнаго діагноза было сдѣлано въ различныхъ мѣстахъ опухоли и въ различное время 3 пункціи; первая пункція произведена Праватовскимъ шприцомъ въ лѣвой половинѣ живота, при чемъ извлечена совершенно прозрачная нейтральной реакціи жидкость, не содержащая бѣлка, въ ней не найдено морфологическихъ элементовъ эхинококка; вторая пункція произведена черезъ задній сводъ влагалища аппаратомъ *Потена*, добыто около 200 граммъ прозрачной соломенно-желтаго цвѣта жидкости. Жидкость была подвергнута химическому и микроскопическому изслѣдованію проф. *А. В. Целемъ*. Жидкость оказалась прозрачной, цвѣта (по *Ю. Фогелю*) 1000:2 не обладаетъ флюоресценціей, реакція амфотерная, удѣльный вѣсъ 1,012; въ 1000 ч. жидкости содержится: мочевины 0,7<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, бѣлка 8,28<sup>o</sup>/<sub>100</sub>,  $\text{ClNa}$  7,08<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, фосфорной кислоты 0,26<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, янтарной кислоты слѣды, присутствія глюкозы не обнаружено, морфологическихъ признаковъ эхинококка не найдено. Третій проколъ былъ сдѣланъ также аппаратомъ *Потена* въ лѣвой верхней части опухоли, жидкость, по изслѣдованію проф. *А. В. Целя*, оказалась весьма близкой къ первой, но съ нею не тождественна; наиболѣе рѣзкая разница является въ содержаніи янтарной кислоты, присутствіе которой во второй жидкости не обнаружено совсѣмъ. Жидкость оказалась также прозрачной, цвѣта (по *Фогелю*) 1000:2, не обладаетъ флюоресценціей, реакція амфотерная, удѣльный вѣсъ 1,012. Въ 1000 ч. жидкости содержится: мочевины 0,25<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, бѣлка 2,88<sup>o</sup>/<sub>100</sub>,  $\text{ClNa}$  8,64<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, фосфорной кислоты 0,12<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, янтарной кислоты и глюкозы не оказалось, морфологическихъ признаковъ эхинококка не найдено.

Принимая во вниманіе данныя химическаго и микроскопическаго изслѣдованія, патолого-анатомическія отношенія и свойства мѣшеччатой опухоли, проф. *Д. О. Оттъ* высказался съ огромной вѣроятностью за интралигаментарную многополостную кисту, въ которой вѣроятно есть условія совершенно тождественныя съ эхинококковыми кистами. Дрожательныя явленія въ эхинококковыхъ кистахъ обуславливаются присут-

ствіемъ въ полости дочернихъ пузырей. Нѣтъ ничего невѣроятнаго, что и въ многополостныхъ кистахъ могутъ существовать отдѣльныя или множественныя выпячиванія небольшихъ кистъ, которыя дадутъ подобное же ощущеніе. Съ другой стороны, принимая во вниманіе низкій удѣльный вѣсъ жидкости (во всѣхъ 3-хъ случаяхъ), нейтральную реакцію ея, отсутствіе бѣлка (въ 1-й пробѣ), слѣды янтарной кислоты (въ 1-й пробѣ), дрожательныя явленія и тѣже патолого-анатомическія отношенія, — симптомы свойственные эхинококку, нельзя было вполне исключить послѣдній и мысль о совмѣстномъ существованіи кисты и эхинококка возникла сама собой. При такомъ діагнозѣ 22/x 93 г., больная была подвергнута лапоротоміи.

По вскрытіи живота, опухоль была уменьшена въ объемѣ труакаротомъ, при чемъ было сдѣлано три прокола по различнымъ направленіямъ и выпущено довольно большое количество жидкости неодинаковаго цвѣта; при первыхъ двухъ уколахъ вытекала прозрачная слегка опалесцирующая жидкость, при третьемъ — желтовато-зеленоватая. По уменьшеніи, опухоль была извлечена изъ брюшной полости, на срощенія ея съ сальникомъ, съ мочевымъ пузыремъ и дномъ матки наложены лигатуры и она отдѣлена отъ этихъ органовъ. Сегментъ кисты, залегавшій въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ, былъ извлеченъ отсюда свободно. Отношеніе опухоли къ тазовымъ органамъ было такое: она помѣщалась главной своей массой надъ маткой, отчасти прикрывая ее, нижній сегментъ чрезъ правую широкую связку спускался влѣво и назадъ въ Дугласово пространство. Обычной ножки киста совсѣмъ не имѣла; ножка состояла изъ пучка соединительной ткани, выходившаго изъ передней поверхности правой широкой связки, въ нижнемъ ея отдѣлѣ, на мѣстѣ перехода брюшины на пузырь, вблизи отъ матки. Ножка была перевязана и опухоль удалена изъ брюшной полости. Яичники, трубы и mesosalpinx представляли нормальныя соотношенія и не были измѣнены. (Въ правомъ яичникѣ было нѣсколько мелкихъ кистъ, которыя были опорожнены уколомъ иглы).

Брюшная рана зашита обычнымъ образомъ: кожно-серозными, мышечно-аноневротическими погружными и поверхностными швами. Послѣоперационное состояніе протекло безъ реакціи, температура ни разу не поднималась выше 37,5°, брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ и больная черезъ 3 недѣли выписалась изъ заведенія здоровой.

Удаленная опухоль оказалась многополостной кистой, состоящей изъ трехъ большихъ полостей и изъ конгломерата мелкихъ кистовидныхъ образованій различной величины, спаянныхъ между собою болѣе или менѣе тѣсно. Нѣкоторыя изъ нихъ, въ свою очередь, имѣютъ многополостный характеръ; величина ихъ колеблется отъ небольшой горошины до куриного яйца и больше. При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ опухоли, яичниковой

ткани не найдено совѣмъ; стѣнки кистъ состоятъ изъ волокнистой соединительной ткани и покрыты съ внутренней стороны низкимъ цилиндрическимъ однослойнымъ эпителиемъ, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ попадаетъ, повидимому, измѣненный мерцательный.

Натура опухоли, на основаніи всего сказаннаго, является довольно темной. Связь кисты съ широкой связкой естественно наводитъ на мысль, что мы имѣемъ дѣло съ тою или другою разновидностью кистъ широкихъ связокъ. Кисты широкихъ связокъ, какъ извѣстно, развиваются изъ сохранившихся остатковъ эмбриональныхъ эпителиальныхъ органовъ—Вольфовыхъ и Мюллеровыхъ ходовъ. Кисты, развившіяся изъ остатковъ Вольфовыхъ ходовъ, пароваріальныя кисты, характеризуются прежде всего своимъ анатомическимъ отношеніемъ къ сосѣднимъ органамъ. Залегая въ отдѣлѣ широкой связки, извѣстномъ подъ именемъ *mesosalpinx*, пароваріальная киста ведетъ прежде всего къ уничтоженію этого отдѣла и труба или лежитъ на самой опухоли, или внутри ея. Въ нашемъ случаѣ ничего подобнаго не наблюдается. На основаніи анатомическаго положенія ножки въ нижнемъ отдѣлѣ широкой связки, вблизи матки, скорѣе всего можно допустить, что киста развилась изъ остатковъ порочно развитыхъ Мюллеровыхъ ходовъ. Такія кисты могутъ наблюдаться въ стѣнкахъ влагалища и въ широкихъ связкахъ, вблизи тѣхъ органовъ, которые нормально развиваются изъ Мюллеровыхъ нитей. Это предположеніе подтверждается еще болѣе анатомическимъ строеніемъ кисты; стѣнки кисты съ внутренней стороны представляются совершенно гладкими и покрыты мерцательнымъ эпителиемъ, правда, переродившимся, но послѣднее обстоятельство встрѣчается при кистахъ нерѣдко. Множественность кистовидныхъ образованій и ихъ многополостность точно также указываютъ на атипичность развитія; наконецъ, низкій удѣльный вѣсъ содержимаго кисты, небольшое количество бѣлка и прозрачный цвѣтъ не только не противорѣчатъ высказываемому предположенію, но скорѣе подтверждаютъ его. Данныхъ же за яичниковое происхожденіе кисты почти нѣтъ. Мы видѣли, что оба яичника находятся на своихъ мѣстахъ и почти не измѣнены, слѣдовательно, предполагать отщепленіе части яичника и полное кистовидное перерожденіе ея было бы неосновательно. О развитіи же кисты изъ порочно развитаго третьяго яичника

не можетъ быть рѣчи уже потому, что эта аномалія встрѣчается очень рѣдко и, кромѣ этого, мы не имѣемъ достаточныхъ данныхъ за яичниковое происхожденіе кисты вообще. Яичниковой ткани въ стѣнкахъ кисты, какъ уже сказано, не найдено совсѣмъ; удѣльный вѣсъ жидкости малъ, жидкость водяниста, прозрачна и бѣдна бѣлкомъ. Такое содержимое характерно для интралигаментарныхъ кистъ, но не яичниковыхъ.

Описанный случай интересенъ и въ клиническомъ отношеніи; при немъ мы имѣли не только всѣ физическіе признаки эхинококка, но и многіе изъ признаковъ, свойственныхъ жидкому содержимому эхинококковыхъ кистъ. Дифференціальный діагнозъ въ нашемъ случаѣ былъ установленъ лишь послѣ трехъ пробныхъ проколовъ, химическаго изслѣдованія добытой жидкости и тщательныхъ, повторныхъ поисковъ за морфологическими признаками эхинококка.

Итакъ, если при кистахъ половой сферы могутъ встрѣчаться всѣ физическіе признаки эхинококка и составъ жидкости можетъ быть почти тождественъ съ содержимымъ эхинококковыхъ кистъ, то естественно, что дифференціальный діагнозъ между мѣшеччатыми образованіями можетъ быть поставленъ только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія содержимаго. Присутствіе крючьевъ и cuticul'ы говоритъ за эхинококкъ, отсутствіе ихъ, при тщательныхъ повторныхъ изслѣдованіяхъ, за кисту половой сферы.

---

---

### III.

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

Иъ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при  
гидронефрозѣ.

А. Драницына.

#### I.

Не смотря на то, что клиническая исторія и оперативное лѣченіе гидронефроза принадлежатъ такъ называемому блестящему періоду брюшной хирургіи, который наступилъ со времени введенія антисептики и асептики, тѣмъ не менѣе, одна-кожъ, ни показанія, ни дифференціальная діагностика, ни методы оперативнаго вмѣшательства далеко не достигли того совершенства, какое мы видимъ, напр., при лѣченіи кистъ и другихъ опухолей половой сфѣры. Причина такого явленія, отчасти, лежитъ въ самой сущности того и другаго заболѣванія. Опухоли половой сфѣры представляютъ собою новообразованія, и самое ихъ присутствіе есть уже показаніе для удаленія, при чемъ исходъ операціи тѣмъ благопріятнѣе, чѣмъ ранѣе опухоль удалена, гидронефрозъ же не есть новообразованіе, а только результатъ отсутствія правильнаго выведенія продукта функціонированія органа, имѣющаго важное значеніе для жизни, и удаленіе котораго можетъ гибельно отозваться на всемъ организмѣ. Только тогда, когда ткань почки при

дальнѣйшемъ теченіи гидронефроза настолько измѣнится, что почка представляется бесполезнымъ органомъ, а самъ гидронефрозъ достигнетъ наибольшихъ размѣровъ, разбрасное заболѣваніе, въ отношеніи показаній, можно сравнить съ новообразованиемъ, требующимъ удаленія всего органа.

Однакожъ полное измѣненіе и слѣдовательно бесполезность для организма всей почечной ткани опредѣлить весьма трудно: присутствіе гидронефроза за это еще не говоритъ; мы знаемъ такъ называемые интермиттирующіе гидронефрозы, при которыхъ, въ періодѣ исчезанія опухоли, почка повидимому функционируетъ болѣе или менѣе правильно. Экспериментальныя изслѣдованія подтверждаютъ, что приблизительно  $\frac{1}{4}$  часть почечной ткани способна взять на себя функцію всей почки <sup>1)</sup>. вмѣстѣ съ этимъ важность почки для жизни организма, часто одновременное заболѣваніе обѣихъ почекъ, трудность самой операціи и неблагоприятныя статистическія данныя относительно исхода операціи, обязываютъ насъ къ весьма осторожному образу дѣйствія, т. е. приступать къ удаленію только въ крайнемъ случаѣ. И дѣйствительно въ началѣ *Simon*, а въ послѣднее время *Küster*, какъ увидимъ ниже, считаютъ возможнымъ путемъ нефротоміи возстановить дѣятельность почки и правильное выведеніе мочи, если есть возможность устранить причину заболѣванія, напр., камни, клапанообразныя заслонки и пр.

Этіологическій моментъ, какъ и во всякой другой болѣзни, долженъ бы играть важную роль въ установленіи показаній къ тому или другому оперативному вмѣшательству; къ сожалѣнію, въ большинствѣ случаевъ только по вскрытіи мѣшка, или даже по его удаленіи выясняется причина гидронефроза. *Küster* предпочитаетъ нефротомію уже и потому, что она составляетъ діагностическое средство ради опредѣленія, не представляетъ-ли причину заболѣванія такое патологическое явленіе, которое можетъ быть устранено, какъ на это нами было указано. Однакожъ вопросъ о возможности радикальнаго излѣченія этимъ путемъ гидронефроза въ настоящее время долженъ считаться открытымъ. Наиболѣе частый результатъ нефротоміи

<sup>1)</sup> *Tuffier*. Etudes expérimentales sur la Chirurgie du rein. p. 18—23.

съ образованіемъ фистулы не можетъ являться радикальнымъ излѣченіемъ, почему нефректомія предпочтительнѣе предъ нефротоміей.

Если прибавить ко всему вышесказанному, что весьма часто больные не испытываютъ никакихъ болѣзненныхъ и другихъ симптомовъ, то становится очевиднымъ, что въ большинствѣ случаевъ не находятся на лицо ни клиническія, ни патолого-анатомическія, ни этиологическія основы для установленія ранняго показанія къ экстирпации водяночной почки, и только жизнеопасные симптомы, какъ-то: достиженіе наибольшихъ размѣровъ, разрывъ, болѣзненность, вредное вліяніе на сосѣдніе органы, истощеніе и т. п., составляютъ въ настоящее время показаніе для удаленія водяночной почки, при условіи здороваго состоянія другой почки.

Нельзя не обратить вниманія на то обстоятельство, что вышесказанныя явленія, составляющія жизненное показаніе для экстирпации, наступаютъ въ позднѣйшемъ періодѣ развитія гидронефроза. Такое позднее показаніе существеннымъ образомъ вліяетъ на технику и результатъ операціи. Клиническій опытъ учитъ, что тѣ опухоли половой сферы, которыя приходится вылущать изъ ложа и которыя, достигши большихъ размѣровъ, имѣютъ сращенія, даютъ худшій <sup>0</sup>/<sub>о</sub> выздоровленія. Въ этомъ отношеніи можно провести полную параллель между гидронефрозами и только что указанными опухолями: чѣмъ меньше гидронефрозъ, чѣмъ меньше занимаетъ пространство и имѣетъ меньше сращеній, тѣмъ меньше травмы, легче техника, а слѣдовательно и больше шансовъ на благопріятный прогнозъ. Примѣненіе этого взгляда на практикѣ, уже а priori можно предполагать, дастъ лучшія статистическія цифры исходовъ при экстирпации водяночной почки. Нѣкоторые авторы, напр., *Thornton, Stark* <sup>1)</sup> и др. считали перерѣзку или поврежденіе мочеточника показаніемъ къ экстирпации соответственной почки до развитія заболѣванія или въ самомъ началѣ, при чемъ результатъ получался вполнѣ благопріятный. Если ко всему сказанному присовокупить то обстоятельство, что доброкачественный гидронефрозъ при долговременномъ существованіи

<sup>1)</sup> *Brodeur*. De l'intervention chir. dans les affect. du rein, 1886, obs. 168.

можетъ перейти въ нагноеніе, то становится очевиднымъ необходимость выработать основы для болѣе ранняго показанія къ вылученію водяночной почки, пока еще организмъ не истощенъ и другая почка не подверглась болѣзненнымъ измѣненіямъ. Этого можно достигнуть только тогда, когда мы будемъ обладать методами болѣе точнаго распознаванія болѣзни и опредѣленія этиологическаго момента, а также болѣе совершенной техникой.

Кромѣ жизненныхъ показаній для нефректомии при водянкѣ почки существуютъ еще относительныя, какъ напр., беременность (*Martin, Lossen* и др.). За небольшимъ количествомъ произведенныхъ нефректомий при такомъ показаніи невозможно судить о результатахъ: въ случаѣ *Martin'a*—выздоровленіе и сохраненіе беременности, въ случаѣ же *Lossen'a*—выздоровленіе и выкидышъ.

Говоря о методахъ оперативнаго лѣченія и дифференціальной діагностики, для наилучшаго освѣщенія этихъ вопросовъ мы будемъ придерживаться историческаго способа изложенія.

*Blancard* въ концѣ прошлаго столѣтія первый предложилъ экстирпировать почку; честь же введенія въ практику этой операціи главнымъ образомъ принадлежитъ *Simon'u*, который сдѣлалъ свою первую нефректомию въ 1869 г., а въ 1876 г. выпустилъ въ свѣтъ свою монографію: «*Chirurgie der Nieren*». Считаю необходимымъ сдѣлать изъ его книги тѣ извлеченія, которыя относятся къ діагностикѣ и лѣченію опухолей почки, такъ какъ имъ положена основа ученію о радикальномъ лѣченіи опухолей почки.

При распознаваніи опухолей почки, *Simon* совѣтуетъ опредѣлить исходный пунктъ опухоли посредствомъ *ручнаго ректального изслѣдованія*, посредствомъ введенія всей руки подъ наркозомъ, если же это окажется безуспѣшнымъ, то опредѣлить *отношеніе опухоли къ ободочной кишкѣ*. Опухоль почки всегда находится позади кишки, что совершенно обратно кистамъ яичника. Положеніе кишки опредѣляется *перкуссіей, накачиваніемъ воздуха, вливаніемъ въ ободочную кишку воды*, которая доходитъ до Баухиніевой заслонки, *введеніемъ каучуковой палочки* (въ *colon descen.*), иногда же кишку можно легко прощупать въ видѣ ленты, лежащей на опухоли. Если эти изслѣ-

дованія не дадутъ яснаго результата, *Simon* совѣтуетъ *пробный проколъ*. Ислѣдованіе жидкости на мочевины и плоскій эпителий говоритъ за гидронефрозъ, на бѣлокъ и фибринъ — за кисту. Но ввиду того, что бываютъ опухоли почки съ коллоиднымъ содержимымъ, при полномъ отсутствіи мочевины, и, наоборотъ, кисты яичника, содержащія мочевины, онъ совѣтуетъ зондировать чрезъ канюлю троакара. При гидронефрозѣ зондъ идетъ далеко вверхъ подъ печень, или селезенку, при кистѣ яичника — внизъ.

Зондированіе можно соединить съ извлеченіемъ части жидкости аппаратомъ *Dieu la Foi*, при чемъ наблюдаютъ въ какомъ направленіи уменьшается объемъ опухоли.

Бываютъ впрочемъ и такіе случаи, гдѣ получается обратное явленіе, а именно при сращеніи почки съ придатками матки, а кисты — на примѣръ, съ діафрагмой.

Оперативное лѣченіе, примѣняемое *Simon* омъ, состоитъ въ слѣдующемъ:

1) *Экстирпация почки чрезъ переднюю стѣнку живота*. На основаніи случаевъ (*Эмарха* и *Медамса*), кончившихся неблагопріятно и оперированныхъ чрезъ лапаротомію, вслѣдствіе діагностическаго смѣшенія, *Simon* считаетъ внутрибрюшинный методъ совсѣмъ непригоднымъ.

2) *Экстирпация водяночной почки съ экстраперитонеальной стороны*. *Simon* предпринималъ ее только одинъ разъ. Сдѣлавъ большой разрѣзъ, онъ убѣдился, что все таки чрезъ него нельзя вылушить всю почку. Выздоровленіе съ фистулой.

3) *Облитерация*: а) *по способу закрытаго лѣченія*. Производится проколъ троакаромъ, при чемъ или только выпускается содержимое, или еще впрыскивается въ мѣшокъ іодъ. Въ 1-мъ случаѣ всегда рецидивъ, во 2-мъ, кромѣ рецидива, существуетъ опасность отъ нагноенія, особенно вслѣдствіе того, что гной не имѣетъ достаточнаго стока. Неудовлетворительность такого способа доказали 11 случаевъ изъ его клиники. б) *По способу открытаго лѣченія*. Мѣшокъ открывается или проколомъ троакара съ оставленіемъ канюли *à demeure*, или разрушеніемъ посредствомъ прижиганія брюшной стѣнки и стѣнки мѣшка, или же прямо разрѣзомъ той и другой.

Первый и второй способ (проколъ и прижиганіе) *Simon* признаетъ прямо ведущимъ къ смерти отъ нагноенія и перитонита. Изъ 4-хъ случаевъ, которые онъ наблюдалъ, 3 кончились перитонитомъ прежде чѣмъ было сдѣлано такимъ способомъ отверстіе; въ 1-мъ случаѣ операція была кончена разрѣзомъ. Во всѣхъ случаяхъ исходъ летальный.

Лучшій способъ, по его мнѣнію, — разрѣзъ, который слѣдуетъ производить послѣ сращенія гидронефроза со стѣнками живота, чтобы въ послѣдствіе получить полную изоляцію полостей гидронефроза и брюшины, что имѣетъ особенную важность при послѣдовательномъ теченіи, сопровождающемся обыкновенно нагноеніемъ открытаго гидронефроза. Для полученія изоляціи *Simon* поступаетъ слѣдующимъ образомъ: до вскрытія брюшной полости онъ вкалываетъ 4 троакара по обѣимъ сторонамъ предполагаемаго разрѣза и выпускаетъ ежедневно 80—100 к. сант. содержимаго; на третій день получаютъ сращенія. Затѣмъ производится разрѣзъ, который безопаснѣе дѣлать на 9—10 день. 11 случаевъ изъ его клиники убѣдили *Simon*'а въ безопасности этого метода. Но такъ какъ этотъ способъ сложенъ и все-таки не гарантируетъ отъ возможности воспаленія всей брюшины, то онъ замѣнилъ его разрѣзомъ со стороны экстраперитонеальной (*incisio renalis lumbalis et lateralis*). Этотъ способъ (*нефротомія*) получилъ широкое распространеніе и въ настоящее время примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, когда экстирпація почки (*нефректомія*) является почему либо невозможной.

Итакъ *Simon* при лѣченіи водяночной почки не признаетъ нефректоміи путемъ чревосѣченія, вслѣдствіе крайней опасности для жизни больного, путемъ люмбального разрѣза—вслѣдствіе невозможности извлечь ее, и рекомендуетъ только нефротомію, какъ менѣе опасную операцію, при чемъ иногда удается возстановить нормальный путь для оттока мочи, путемъ устраненія камней и клапанообразныхъ заслонокъ, катетеризаціей мочеточниковъ и т. п.

Нефротомія по *Simon*'у производится слѣдующимъ образомъ: разрѣзъ ведется на  $6\frac{1}{2}$ —7 см. отъ остистыхъ отростковъ брюшныхъ позвонковъ, по наружной границѣ, видимой на глазъ у худощавыхъ субъектовъ, *musculi sacro—lumbalis* въ поясничной области, отъ нижняго края 11-го ребра почти до середины

между 12-мъ ребромъ и *crista ilei*. Затѣмъ дѣлается разрѣзъ самой почки, при чемъ иногда пришиваютъ края ея къ краямъ раны. Мѣшокъ тампонируютъ асептической или антисептической марлей. Положеніе больного лицомъ внизъ представляетъ неудобства для хлороформированія и кромѣ того почка отходить вглубь.

Проф. *Simon* далъ могущественный толчокъ развитію ученія хирургическаго лѣченія почекъ; и не только нефротомія, но и нефректомія при такихъ болѣзняхъ, какъ *lithiasis*, *degeneratio maligna*, травма и др., получила широкое примѣненіе. Нефректомія при этомъ почти исключительно производилась экстраперитонеально посредствомъ люмбальнаго разрѣза, имѣющаго весьма важное преимущество изоляціи отъ полости брюшины. Нѣсколько иначе дѣло стояло съ нефректоміей при водянкѣ почки. Тотъ методъ, которымъ дѣлались экстирпаціи при вышеуказанныхъ болѣзняхъ, оказался непримѣнимымъ при гидронефрозѣ: много попытокъ было сдѣлано въ этомъ направленіи хирургами, которые однакожь пришли къ тому заключенію, что полное удаленіе опухоли возможно только тогда, когда она не достигла большихъ размѣровъ, въ противномъ случаѣ оно невозможно или сопряжено съ такими опасными раненіями сосѣднихъ органовъ, которыя могутъ привести къ неблагоприятному исходу. Главная причина такого обстоятельства заключается не только въ величинѣ опухоли, но и въ тѣснотѣ операціоннаго поля. Поэтому въ дальнѣйшемъ мы видимъ стремленіе увеличить поле операціи для опухолей большихъ размѣровъ измѣненіемъ первоначальнаго разрѣза, даннаго *Simon*'омъ.

Я считаю необходимымъ коротко привести эти видоизмѣненія разрѣза при экстирпаціи почки, какъ это изложено въ «*Affections Chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. Prof. A. Le-Dentu*», 1889, p. 657 ect.

Разрѣзы можно раздѣлить по формѣ и направленію на слѣдующія группы и подгруппы:

## А) П Р О С Т Ы Е.

### І. Прямолинейные вертикальные.

- а) *Simon*'а—такой-же какъ и при нефротоміи.
- б) *Brunns*'а—*Linser*'а—отойдя на 8 сtm. отъ остистыхъ отростковъ брюшныхъ позвонковъ, вести разрѣзъ отъ верхняго

края 12-го ребра до *crista ilei*; иногда комбинируется съ частичной субперіостальной резекціей 12-го ребра.

с) *Czerny*—разрѣзь ведется кнаружи отъ 12-го ребра по переднему краю *m. quadrat. lumbor.*, вверхъ чрезъ послѣднее межреберное пространство, при чемъ резецируется 11 ребро на 9 *ctm.*, затѣмъ внизъ. Преимущество его заключается въ томъ, что минуетъ полость плевры.

д) *Bardenheuer'a—Simon'a*—разрѣзается по *lin. axillaris* боковая брюшная стѣнка, *peritoneum* отдѣляется и отодвигается въ сторону.

е) *Trélat*—разрѣзь ведется по наружной сторонѣ прямой мышцы.

## II. КОСЫЕ И ПОПЕРЕЧНЫЕ.

а) *Melchor Torrès'a*—разрѣзь по линіи, соответствующей наружному краю *m. quadrat. lumbor.* и продолжаемой до *crista ilei*, т. е. косо.

б) *Küster'a*—начинается по срединѣ между 12 ребромъ и *cr. ilei*, по наружному краю *m. sacro-lumbalis*, и затѣмъ въ горизонтальномъ направленіи параллельно краю таза на 10—12 *ctm.*

с) *Kowper'a*—разрѣзь поперечный.

д) *Czerny*—косой разрѣзь въ продолженіи направленія 12-го ребра книзу и кнаружи на протяженіи соответствующемъ размѣру удаляемой опухоли.

## III. К Р И В Ы Е.

а) *Klinsenberger'a*—отъ верхушки 12-го ребра до нижней части *m. sacro-iliaci*, при чемъ выпуклостью обращенъ кверху и кнутри. При раздвиганіи получается очень удлинненный овалъ.

б) *Thornton'a*—разрѣзь брюшной стѣнки, параллельный и немного кнаружи отъ *lin. semicircularis*. Этотъ способъ называется боковая ретроперитонеальная нефректомія *Thornton'a*.

с) *Morris*—рекомендуетъ разрѣзь какъ для перевязки *art. iliaca communis* или *aortae*.

## В) КОМБИНИРОВАННЫЕ.

а) *Czerny*—(2-й способ)—главный разръзъ направляется отъ 11-го ребра до середины ст. шаса, второй—вдоль по ребру кверху и кнутри. Если нужно, резецируется 11 ребро.

б) *Clement Lucas*'а—вертикальный разръзъ ведется параллельно наружному краю м. quadrat. lumbor., отъ верхняго края 12-го ребра до ст. шаса. Къ верхней части этого разръза присоединяется другой, какъ при colotomi'и lumbalis, но нѣсколько ниже, на разстояніи около  $\frac{1}{2}$  дюйма отъ нижняго края 12-го ребра. При этомъ способѣ избѣгается поврежденіе плеуральнаго мѣшка.

в) *Morris*'а—поперечный разръзъ параллельно 12-му ребру, на  $\frac{1}{2}$  дюйма ниже его, слегка слѣдовательно косвенный; по достиженіи почки проводится второй разръзъ отъ задняго конца 1-го на 1 дюймъ впереди и вертикально внизъ къ ст. ilei, при помощи пуговчататаго бистури изнутри кнаружи.

г) *Polailon*'а, *Verneuil*'я—вертикальная вѣтвь по краю бока, а поперечная параллельно ст. ilei.

е) *König*'а—первый разръзъ, вертикальный, отъ 12-го ребра, по краю м. sacro-lumbal., внизъ, не доходя на нѣсколько см. до ст. ilei. Второй разръзъ (боковой стѣнки) проводится отъ нижняго конца перваго разръза къ наружному краю м. recti abdomin., по направленію къ пупку. Затѣмъ отдѣляется peritoneum, начиная сзади впередъ, между тѣмъ какъ въ способѣ *Trélat* и *Thornton*'а отдѣляютъ спереди назадъ. Свой способъ *König* называетъ—*incisio lumbo-abdominalis retroperitonealis*. Извѣстныя обстоятельства заставляютъ превратить этотъ способъ въ трансперитонеальный: достаточно вскрыть peritoneum въ глубинѣ этой громадной поперечной раны и тогда онъ превращается въ *lumbo-abdominalis retro-intraperitonealis* <sup>1)</sup>.

Я привелъ эти способы не съ цѣлью ихъ критической оцѣнки, ибо это не входитъ въ мою задачу, а лишь имѣлъ въ виду указать, въ 1-хъ, на то, что самое обиліе ихъ говоритъ за несостоятельность extraperitoneальнаго метода при выдущеніи почечныхъ опухолей большихъ размѣровъ; во 2-хъ,—на то, съ какою постепенностью разръзы, начиная отъ *Simon*'а и

<sup>1)</sup> *Le Dentu*, p. 664.

кончая *König*'омъ, приближались къ передней стѣнкѣ живота. Выгода внѣбрюшиннаго способа при нефректоніи вообще заключается главнымъ образомъ въ томъ, что брюшная полость не вскрывается. Невыгоды заключаются въ тѣснотѣ поля операци и отсутствія контроля зрѣнія, кромѣ того въ тѣхъ случаяхъ, которыя могутъ быть роковыми для больного, именно:

- 1) разрывъ плеурального мѣшка, что особенно возможно при резекціи ребра;
- 2) поврежденіе peritonei, что особенно невыгодно при гнойномъ содержимомъ;
- 3) разрывъ colon, что угрожаетъ выпаденіемъ каловыхъ массъ;
- 4) геморрагія изъ разорванной во время манипуляцій почечной ткани, которую *Czerny* сравниваетъ въ этомъ отношеніи съ плацентой; кровотеченіе изъ, разорванныхъ вслѣдствіе натяженія, art. и v. renales, и разорванной v. cavae, сращенной съ почкой и т. п.

Съ технической стороны слѣдуетъ указать на слѣдующіе моменты при нефректоніи:

1) *Извлеченіе* почки производится до или послѣ перевязки сосудовъ. *Simon* и др. сначала экстирпировали почку, а затѣмъ перевязывали ножку. *Brunns* совѣтуетъ предварительно накладывать лигатуры въ тѣхъ случаяхъ, когда угрожаетъ кровотеченіе, что особенно легко сдѣлать при энуклеаціи по боковому разрѣзу.

2) *Перевязка ножки* производится en masse, отдѣльно сосуда и мочеточникъ, или даже каждый сосудъ отдѣльно.

3) Соответственный *мочеточникъ* долженъ былъ дезинфицированъ при гнойномъ содержимомъ и перевязанъ во избѣжаніе обратнаго тока. Было замѣчено, что даже послѣ перевязки очень долго мочеточникъ незапустаиваетъ. При опасеніи септического процесса мочеточникъ прикрѣпляютъ къ краямъ раны.

4) Послѣ удаленія почки *ложе* тщательно дезинфицируется (*Zinc. chlorat.* 20%, *acid carbol* 5% и др.), и вводится дренажъ изъ марли или окончатая трубка. Если остается часть почечной ткани, или ножка объемиста, или ложе большое и сильно травмировано, то лучше вовсе не шить, а ограни-

читься однимъ дренажемъ, при чемъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе асептической марлѣ.

Съ одной стороны высокій 0/0 смертности вообще при нефректомии, невозможность экстирпировать болѣе или менѣе объемистый гидронефрозъ экстраперитонеально. сильныя раненія сосѣднихъ органовъ, дававшія летальныя исходы, съ другой—боязнь нефректомии путемъ чревосѣченія, при которомъ получался еще болѣйшій процентъ смертности, заставили многихъ хирурговъ отказаться отъ экстирпаціи водяночной почки, замѣнивъ ее нефротоміей. Къ такому образу дѣйствія еще болѣе имѣлось основаній при пюгидронефрозахъ, которые въ силу своей недоброкачественности значительно ухудшаютъ предсказаніе для вылущенія.

То обстоятельство, что часто существуетъ единовременное заболѣваніе обѣихъ почекъ, а также не рѣдко сочувственное заболѣваніе повидимому здоровой почки послѣ удаленія больной, и стремленія къ сохраненію органа вообще представляютъ еще доводъ въ пользу консервативнаго метода. *H. Morris* <sup>1)</sup>, указывая на то, что nephrotomia, nephrolithotomia и nephrectomia не требуютъ уже защиты ихъ права на существованіе и даже совѣтуя дѣлать пробный разрѣзъ (на камень), все таки убѣждаетъ (при гидронефрозѣ) щадить такой важный органъ, какъ почка, говоря, что лучше имѣть 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, чѣмъ одну почку, почему слѣдуетъ приступать къ удаленію доброкачественнаго гидронефроза или кисты только тогда, когда паллиативное средство (nephrotomia) не принесло облегченія или когда является жизненное показаніе.

*Küster* <sup>2)</sup>, одинъ изъ представителей консервативнаго направленія, приводитъ свои наблюденія, которыя дѣйствительно говорятъ въ пользу нефротоміи. Изъ 13 случаевъ hydronephros'овъ только 2 окончились смертельно и 1 случай съ образованьемъ фистулы. Нефротомія, по его мнѣнію, во всякомъ случаѣ сохраняетъ почку для организма, давая въ тоже время относительно высокій 0/0 полного выздоровленія при сравнительно небольшой смертности. Почти такія же результаты даетъ *Израель* и др.

<sup>1)</sup> Deutsch. Med. Wochenschr. 1883, p. 369, 398, 417, 437.

<sup>2)</sup> The Brit. Med. journal, 1885, 14 n, p. 311—4.

Важнымъ представляется вопросъ, при какихъ этиологическихъ моментахъ можетъ быть излѣчимъ гидронефрозъ нефротоміей? Есть много основанийъ предполагать, что излѣчение этимъ путемъ возможно, напримѣръ, при камняхъ, закупоривающихъ мочеточникъ, и наоборотъ невозможно при загибахъ, перекрещиваніи и другихъ патолого-анатомическихъ явленіяхъ на его протяженіи.

Статистика, говорящая о полномъ излѣченіи гидронефроза путемъ нефротоміи, относится въ большинствѣ случаевъ только къ времени, болѣе или менѣе близкому отъ операціи. Очень нерѣдко наступаютъ рецидивы. Въ этомъ отношеніи интересенъ случай *Zweifel*'я <sup>1)</sup>, въ которомъ неожиданно для него самого быстро наступилъ рецидивъ послѣ того, какъ онъ, сдѣлавъ нефротомію и наблюдая отдѣленіе мочи *per vias naturales*, спустя нѣкоторое время, зашилъ разрѣзъ. Впослѣдствіи онъ принужденъ былъ сдѣлать вторичную нефротомію. Наиболѣе частый при вскрытіи гидронефроза исходъ въ фистулу представляетъ тягостное состояніе для больныхъ и если присоединить ко всему вышеизложенному то, что въ водяночной почкѣ, достигшей наибольшихъ размѣровъ, остается мало здоровой ткани, и слѣдовательно падить органъ нѣтъ основанія, то становится яснымъ, что полное удаленіе гидронефроза имѣетъ *raison d'être*. Какимъ путемъ?

Съ одной стороны трудность или даже невозможность удаленія объемистаго мѣшка путемъ люмбального разрѣза, какъ мы видѣли выше, съ другой—успѣшность экстирпаціи путемъ чревосѣченія, правда предпринимавшагося, особенно на первыхъ порахъ, только при діагностическомъ смѣшеніи съ кистой яичника, заставили смотрѣть на срединное чревосѣченіе, какъ на методъ вполне рациональный при объемистыхъ гидронефрозахъ.

Интересна та постепенность, съ которой признавалась экстирпація гидронефроза или почечной кисты путемъ чревосѣченія. *Carl Loebker* <sup>2)</sup>, въ своемъ отчетѣ о лапаротоміяхъ въ Грейсвальдской клиникѣ, описываетъ чревосѣченіе при распознаваніи кисты праваго яичника на длинной ножкѣ. По разрѣзѣ

<sup>1)</sup> Vorles über klinisch. Gynäkol., 1892 p., 118—119.

<sup>2)</sup> Arch. f. Gynaekol., B. XIV, N. 3, 1879.

брюшныхъ стѣнокъ оказался гидронефрозъ. По поводу этого случая *Loebker* высказываетъ мнѣніе, что при сомнительномъ діагнозѣ необходимо дѣлать разрѣзъ по *linea alba*. Такимъ образомъ онъ не только не отрицаетъ брюшиннаго способа, но даже рекомендуетъ его въ извѣстныхъ случаяхъ.

*Lossen* въ 1879 г. извлекъ гидронефрозъ чрезъ срединный разрѣзъ при діагнозѣ: киста яичника и беременность. Опухоль была такой величины и при такихъ условіяхъ, что вылученіе ее возможно было только указаннымъ методомъ. Выздоровленіе. *Abortus*.

Особеннаго вниманія заслуживаетъ мнѣніе проф. *Czermy*, который уже въ 1879—80 г.г. произвелъ 10 экстирпацій почки <sup>1)</sup>, изъ которыхъ приведу нѣсколько, наиболѣе заслуживающихъ быть отмѣченными:

1) Правосторонній гидронефрозъ. Разрѣзъ по *linea alba*. Рана *peritonei* не зашита. Брюшная рана зашита 20-ю швами. Чрезъ 30 дней выздоровленіе.

2) Удаленіе злокачественнаго гидронефроза. Разрѣзъ параллельно Пупартовой связкѣ. Смерть. Этотъ случай замѣчательнъ тѣмъ, что брюшина была подрѣзана 2 раза и 1 разъ былъ продыранъ *colon descendens*. Это обстоятельство говоритъ между прочимъ за то, что работать въ тѣсныхъ пространствахъ надъ значительными опухолями невозможно.

3) Вырѣзаніе почечной кисты. Діагнозъ киста яичника. Лапаротомія. Разрѣзъ *mesocolon'a* кнаружи и влѣво отъ *colon desc.* Образована ножка, которая перевязана и отрѣзана. Черезъ 30 дней выздоровленіе.

Основываясь на опытѣ онъ высказываетъ, что нужно стремиться къ нефректоміи, при чемъ и *внѣ* и *внутри* брюшинный способы имѣютъ одинаковое право на существованіе. Для большихъ и подвижныхъ опухолей болѣе пригоденъ послѣдній, для малыхъ и совершенно неподвижныхъ первый. Разрѣзъ задняго листа брюшины нужно дѣлать тамъ, гдѣ окажется меньше сосудовъ. Такого же мнѣнія онъ оставался и при послѣдующихъ случаяхъ.

<sup>1)</sup> Archiv. f klin. Chirurg, 1880, Bd. XXV, 858—872.

Кромѣ вышеприведенныхъ авторовъ экстирпировали водяночныя почки *Spencer-Wells*, *Hüser*, *Billroth*, *Spiegelberg* и др., но чаще при діагностическомъ смѣшеніи.

И такъ какъ въ ихъ случаяхъ операція не была преднамѣренной, то они и не могли при этомъ высказать опредѣленнаго мнѣнія о пригодности брюшиннаго способа.

За этотъ послѣдній безусловно высказываются *Martin*, *Langenbuch*, *Thornton*, *Lawson-Tait* и др. Упомянутые авторы не только расширяютъ показанія для брюшиннаго способа при гидронефрозѣ, но примѣняютъ его и при другихъ заболѣваніяхъ почки. Такъ *Martin* этимъ способомъ удалялъ съ успѣхомъ блуждающія почки; *Thornton* дѣлалъ сред. чревосѣченіе отчасти и для діагностическихъ цѣлей въ такихъ случаяхъ, гдѣ состояніе другой почки было неясно; опредѣленіе этого состоянія представляетъ громадную важность, какъ увидимъ ниже. *Dentu* <sup>1)</sup> признаетъ, что чревосѣченіе должно быть примѣняемо при блуждающей почкѣ на длинной ножкѣ, окруженной сплошь брюшиной, при сильно выпячивающихся въ брюшную полость кистахъ и при опухоляхъ, доходящихъ до средней линіи и располагающихся между листками mesocol. и mesenter. Если же опухоль не перешла медианную линію, то предпочтительнѣе идти путемъ боковаго сѣченія *Langenbuch*'а, которое заключается въ томъ, что разрѣзъ брюшной стѣнки дѣлается кнаружи отъ прямой мышцы, и имѣетъ ту выгоду, что при немъ можно избѣгнуть разрѣза внутренней пластинки mesocolon; это послѣднее имѣетъ особенное значеніе при сильно развитой сѣти кровеносныхъ сосудовъ, залегающихъ въ ней. Если при операціи оказывается, что нефректомія можетъ быть произведена только трансперитонеально, то спрашивается, почему не оставить экстраперитонеальнаго способа и не вскрыть брюшной полости спереди по бѣлой линіи или кнаружи отъ recti abdominis. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ менѣе опасаться эвентераціи; а разрѣзомъ, сдѣланнымъ уже заднебоковымъ способомъ можно воспользоваться для дренажа (*Dentu*).

Мнѣніе *Dentu* (и ранѣе *Czerny*) намъ представляется заслуживающимъ вниманія потому, что оно занимаетъ среднее положеніе между двумя крайностями: производство нефректоміи

<sup>1)</sup> I. с., р. 690 и 666.

съ одной стороны только путемъ экстраперитонеального способа, съ другой—только трансперитонеального. Примѣняя его взгляды къ специально интересующему насъ вопросу объ оперативномъ лѣченіи гидронефрозозъ большихъ размѣровъ, мы можемъ установить, что *они должны быть удаляемы путемъ чревоспчненія и притомъ по linea alba, если заходятъ за срединную линію.*

Главное преимущество чревоспчненія заключается въ расширеніи поля операціи, а самая операція производится подъ контролемъ зрѣнія, что облегчаетъ манипуляціи, и получается менѣ шансовъ на случайности, могущія повліять неблагоприятно на жизнь больного. Невыгоды этого метода такія же, какія соединены со вскрытіемъ брюшной полости вообще. Это послѣднее при настоящемъ состояніи антисептики и асептики не должно служить препятствіемъ, доказательствомъ чего можетъ служить успѣхъ большихъ гинекологическихъ операцій. Указываемая нѣкоторыми авторами опасность пораненія ободочной кишки есть болѣе теоретическое соображеніе, чѣмъ практической выводъ; тоже самое можно сказать и на счетъ сосудовъ, расположенныхъ въ mesocolon.

При выполненіи самой операціи прежде всего нужно обратить вниманіе на расположеніе ободочной кишки, послѣ отодвиганія которой внутрь, къ срединной линіи, обнажается задній листокъ брюшины, покрывающій опухоль. Если водяночная почка сидитъ на тонкой ножкѣ, то эта послѣдняя перевязывается en masse, или еще лучше по частямъ, при чемъ и брюшина захватывается тѣми же лигатурами, или же надрѣзается нѣсколько выше и отсепаровывается; если же ножка толстая, ложе опухоли большое и отслоеніе брюшины опухолью значительное, то представляется необходимымъ вылущить гидронефротическій мѣшокъ, изъ покрывающей его брюшины и ложа, образовавъ изъ мочеточника и сосудовъ ножку, которая перевязывается по частямъ. Разрѣзаютъ брюшину по срединѣ или сбоку, если невозможно отодвинуть colon, или если mesocolon заключаетъ сильно развитые сосуды. Далѣе, преимущественно тупымъ способомъ, отдѣляютъ собственно почку отъ брюшины. Отдѣленіе большею частью происходитъ легко, по той причинѣ, что между ними находится слѣй рыхлой соединительной ткани;

встрѣчающіеся на пути сосуды, по мѣрѣ возможности, перевязываются отдѣльно, во избѣжаніе кровотеченія. Когда такъ называемая ножка будетъ перевязана, опухоль удаляютъ. Весьма часто случается, что образовать ножку невозможно, ибо мочеточникъ и сосуды находятся на значительномъ разстояніи другъ отъ друга. Послѣ вылущенія опухоли остается покрывавшая ее брюшина, съ которой различные авторы поступаютъ различно; напр., *Czerny* не зашиваетъ ее, имѣя въ виду, что края ея сближаются сами собой; кромѣ этого зашиваніе затягиваетъ самую операцію и травмируетъ брюшину. Въ случаѣ, если получается избытокъ ея, то совѣтуетъ лучше вырѣзать его. *Spencer-Wells* наоборотъ совѣтуетъ зашивать, соединяя ее вмѣстѣ съ тѣмъ съ подлежащимъ ложемъ. Если этимъ операція не особенно затягивается, то разсуждая теоретически, этотъ способъ имѣетъ то преимущество, что имъ избѣгается образованіе, такъ называемаго, мертвого пространства. Наружная рана тщательно зашивается. Нѣкоторые авторы предпочитаютъ вшивать въ рану ножку, если это возможно.

Такъ какъ въ послѣопераціонномъ періодѣ на мѣстѣ бывшаго расположенія опухоли и оставшейся послѣ нея ножки не рѣдко происходило нагноеніе и вскрытіе абсцесса въ брюшную полость, то явилась необходимость предупредить подобное нежелательное явленіе путемъ дренированія. Дренажъ проводится чрезъ контръ-апертуру, образованную сзади, кнаружи отъ *m. sacro-lumbalis*. Этотъ способъ особенно рекомендуютъ *Barwell, Rushton, Parker, Weelhouse, Palmer*. Изслѣдованія *Bar-denheuer*'а и др. вполне доказали цѣлесообразность этого приема. *Dentu* (l. c., p. 771) говоритъ, что такъ какъ никакихъ затрудненій для проведенія дренажа съ люмбальной стороны не представляется, то примѣненіе его должно быть общимъ правиломъ. Къ этому мы можемъ прибавить, что примѣненіе дренажа изъ марли можетъ сдѣлать не нужнымъ зашиваніе задняго листка брюшины.

Здѣсь, какъ и при тампонаціи всякаго другаго пространства, должны быть соблюдены два главныхъ условія: во 1-хъ асептичное состояніе раны, во 2-хъ, тщательное выполненіе марлей всего дренируемаго пространства, дабы жидкость, сецернируемая съ поверхностей, лишенныхъ брюшины, совер-

шенно отводилась по дренажу кнаружи. При такихъ условіяхъ отверстіе, сообщающее полость брюшины съ внѣшней средой, совершенно безопасно и скоро закрывается подобно тому, какъ это мы видимъ при влагалищномъ удаленіи матки.

Полнаго вниманія заслуживаетъ способъ *Terrier* <sup>1)</sup>, который предлагаетъ тампонацію ложа со стороны передней стѣнки живота. Для этого послѣ вылуценія опухоли края задняго листка брюшина вшиваются въ брюшную рану на подобіе того, какъ поступаютъ при парціальной овариотоміи, затѣмъ тампонируютъ ложе бывшаго расположенія почки и выводятъ дренажъ наружу. Къ этому присоединяютъ еще контръ-апертуру сзади, куда также выводятъ дренажъ. Этотъ способъ имѣетъ слѣдующія преимущества: во 1-хъ, получается полная изоляція бывшаго ложа почки отъ полости брюшины; во 2-хъ, обезпечивается болѣе совершенное промываніе полости и болѣе тщательное дренированіе ея при послѣдующемъ лѣченіи. Примѣненіе этого способа особенно рачіонально въ тѣхъ случаяхъ, когда имѣется дѣло съ большимъ гидронефрозомъ, располагающимся на значительномъ пространствѣ между брюшиной и задней стѣнкой брюшной полости, и для удаленія котораго требуется большой разрѣзъ задней брюшины, покрывающей опухоль. Тампонировать при послѣдующемъ лѣченіи такое большое пространство чрезъ проложенное сзади отверстіе весьма затруднительно; кромѣ того нельзя вовсе отрицать возможности перфораціи брюшины инструментомъ, вводящимъ тампонъ. Способъ *Terrier* устраняетъ всѣ эти неудобства.

Противъ вшиванія задней брюшины въ края брюшной раны можно сдѣлать одно возраженіе, а именно то, что образующійся впослѣдствіи тяжъ, при разрѣзѣ опухоли съ внутренней стороны colon, можетъ придавливать его къ брюшной стѣнкѣ, чего на самомъ дѣлѣ однакожъ еще не наблюдалось.

Мы должны еще упомянуть о томъ, какъ поступать въ случаѣ плотныхъ сращеній съ сосѣдними органами, особенно съ печенью, кишками, селезенкой, полой веной и др. При такихъ приращеніяхъ лучше оставить капсулу *in situ* и вылуцать почку подкапсулярно, какъ совѣтуютъ дѣлать *Ollier* и

<sup>1)</sup> *Terrier*—Sur nouveau procédé de nephrectomie. Bull. de la Soc. de Chir. Июль, стр. 175.

*Bardeheuer*, и что сдѣлалъ *Thiriar* въ одномъ случаѣ срощенія съ селезенкой <sup>1)</sup>).

Лѣчение мочеточника производится на тѣхъ же основаніяхъ, какъ и при экстра-періотонеальной нефректомиі.

Говоря объ исходѣ операціи мы должны указать, что статистика, правда далеко несовершенная, а составленная, такъ сказать, огуломъ, безъ надлежащей оцѣнки случаевъ, даетъ громадный % смертности, которая при люмбарной нефректомиі = 43,5<sup>0</sup>%, абдоминальной = 50<sup>0</sup>% (*Harris*); 36,93<sup>0</sup>% и 50,83<sup>0</sup>% (*Gross*); (*Brodcur*)—37,6<sup>0</sup>% и 50<sup>0</sup>%; (*Newman*)—30,5<sup>0</sup>% и 48<sup>0</sup>%. Съ теченіемъ времени % смертности однакожь падаетъ: *L. Tait* имѣетъ только 18<sup>0</sup>% и *Thornton* 20<sup>0</sup>%. Фактъ отрадный, дающій надежду, что нефректомиа увидитъ новый лучшій свѣтъ, которымъ такъ ярко озарились уже успѣхи овариотоміи.... (*В. Бобровъ*, дисс., стр. 48). При гидронефрозѣ и кистахъ почки экстирпація даетъ 40<sup>0</sup>% и 36<sup>0</sup>% (*Newman*); 41<sup>0</sup>% и 66,3<sup>0</sup>% (*Bradcur*), причемъ абдоминальный методъ даетъ большій %, чѣмъ люмбалъный. Высокій % смертности и былъ причиною того, что нефректомию при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ замѣнила нефротоміа, недающая смертныхъ исходовъ. *Бобровъ* объясняетъ большой % смертности нефректомиі при гидронефрозахъ и кистахъ почки главнымъ образомъ двухстороннимъ пораженіемъ ихъ (стр. 74).

Частота единовременнаго страданія почекъ гидронефрозомъ дѣйствительно поразительная. По *Roberts*'у—38,5<sup>0</sup>%, *Dickinson*'у—27<sup>0</sup>%, *Morris*'у—75<sup>0</sup>%, *Newman*'у—67<sup>0</sup>%.

Рѣдки только тѣ формы, гдѣ оба гидронефроза образуютъ двѣ ясно замѣтныя опухоли; но важна не величина опухоли почки, а утрата функціи ея: сплошь и рядомъ можно встрѣтить большія гидронефрозы съ сохраненіемъ почечной субстанціи и малые, въ которыхъ дѣятельной ткани почти вовсе нѣтъ <sup>2)</sup>).

Что единовременное заболѣваніе обѣихъ почекъ составляетъ главную причину неудачныхъ исходовъ, *Бобровъ* видитъ въ томъ, между прочимъ, что результатъ экстирпаціи при траумахъ и свищахъ «поразительно хорошъ» (стр. 67); кромѣ того вскрытіе показало въ большинствѣ случаевъ различныя стра-

<sup>1)</sup> *В. Бобровъ*. Дисс., стр. 73.

<sup>2)</sup> *В. Бобровъ*. Дисс., стр. 109 и 110.

данія другой почки, чему нужно приписать такіа ближайшіа причины смерти, какъ уреміа и анурія. Второй причиной должно считать истощеніе больныхъ вслѣдствіе долговременнаго страданія. Шокъ и коляпсъ встрѣчаются рѣже у больныхъ, которымъ было сдѣлано вылуценіе почки при блужданіи или травмѣ. Вообще нефректоміа произведенная при благоприятныхъ условіяхъ здоровья, даетъ всего 9,33<sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности <sup>1)</sup>).

Такія осложненія послѣоперационнаго теченія, какъ напр., піэміа, септицемія, перитонитъ, травмы и др., дающія въ результатѣ значительную смертность, суть случайности, которыя можно поставить въ зависимость отчасти отъ обстановки и опытности оператора съ одной стороны и несовершенства техники съ другой, какъ напр., лѣченіе мочеточника, пораженнаго гнойнымъ процессомъ. Вліянія меньшей опытности хирурговъ въ нефректоміи, чѣмъ напр., въ оваріотоміи, нельзя вовсе отрицать, что видно уже изъ того, что 324 нефректоміи, собранныя *Newman*'омъ, произведены 170 хирургами.

При объясненіи причинъ наибольшей смертности при удаленіи большихъ гидронефрозозъ чрезъ лапаратомію, мы должны прибавить къ вышеизложенному во 1-хъ, то, что наибольшіи <sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности дали тѣ нефректоміи, которыя были произведены вслѣдствіе діагностической ошибки, (что конечно не могло не произвести нѣкотораго замѣшательства), являясь операціей не преднамѣренной и строго не обдуманной; во 2-хъ, наиболѣе плотныя и многочисленныя сращенія съ сосѣдними органами, дающія наиболѣе шансовъ на поврежденіе этихъ послѣднихъ; въ 3-хъ, примѣненіе операціи въ позднемъ періодѣ болѣзни, иногда по достиженіи колоссальныхъ размѣровъ, истощеніи организма и т. п.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что предъ операціей представляется весьма важнымъ опредѣлить состояніе другой почки и, если она существуетъ, опредѣлить степень ея способности компенсировать отсутствіе другой почки, такъ какъ часто бываетъ, что, не смотря на значительный объемъ гидронефроза, почечная ткань еще продолжаетъ свою функцію <sup>2)</sup>). Для благоприятнаго

<sup>1)</sup> В. Бобровъ. I. с., стр. 58.

<sup>2)</sup> Нѣкоторые думаютъ, что образованіе объемистаго гидронефроза возможно не только при условіи дѣятельности ткани, но и хотя-бы незначительнаго выдѣленія мочи.

исхода важность компенсаціи видна между прочимъ изъ опытовъ *A. Faure* <sup>1)</sup>, который удалялъ на животныхъ одну почку и получалъ смертельный исходъ. Когда же сталъ предварительно перевязывать мочеточникъ и удалять почку спустя нѣкоторое время, то ни одной смерти не получилъ. На этомъ основаніи онъ предлагаетъ экстирпировать почку въ два сеанса.

Клинически установленъ тотъ фактъ, что гидронефротическая моча весьма часто бываетъ нейтральной или даже щелочной реакціи и отличается крайне низкимъ удѣльнымъ весомъ и водянистымъ видомъ при ничтожномъ содержаніи въ ней солей, красящихъ веществъ и особенно мочевины. Слѣдовательно, если мы по временамъ получаемъ обильное количество такой мочи, а въ промежуткахъ нормальную, то вправѣ заключить, что имѣемъ дѣло съ интермиттирующимъ гидронефрозомъ и нормальной почкой. Если-же получается только гидронефротическая моча, то можемъ придти къ заключенію о пораженіи одной или обѣихъ почекъ гидронефрозомъ.

Въ томъ случаѣ, когда діагностируется гидронефрозъ и выдѣляется совершенно нормальная, безъ какихъ-либо патологическихъ примѣсей, моча, мы имѣемъ полное основаніе разсматривать другую почку какъ совершенно здоровую, при чемъ главное вниманіе должны обращать на содержаніе мочевины. Уменьшонное количество мочевины характеризуетъ не только водяночную мочу, но и диффузный интерстиціальнѣй нефритъ. Нормальная моча здороваго человѣка должна содержать 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> мочевины, при суточномъ количествѣ мочи 1500 к. с. въ среднемъ, *Clement Lucas* полагаетъ опаснымъ вылушеніе почки при количествѣ мочевины ниже половины нормы. *Thiriar*—при количествѣ меньшемъ 12.0 <sup>2)</sup>. Послѣ только что указаннаго распознавательнаго признака имѣютъ важное діагностическое значеніе поліурія и анурія; особенно, если первая протекаетъ съ уменьшеніемъ суточного количества мочевины, а вторая не проходитъ послѣ прекращенія явленій шока и коллапса, вызванныхъ почечной коликой при почечныхъ камняхъ или послѣ припадковъ, свойственныхъ блуждающей или вообще больной почкѣ. Такимъ образомъ отчасти можно составить

<sup>1)</sup> Virch. Archiv, 91, 125.

<sup>2)</sup> Цитир. по *В. Боброву*, стр. 180.

представленіе о состояніи обѣихъ почекъ и, если—окажется, что обѣ почки поражены гидронефрозомъ, то нефректомія противопоказуется. Противопоказаніемъ для экстирпации гидронефроза служитъ также блуждающая вторая почка, такъ какъ она рѣдко бываетъ здоровой и при благоприятныхъ обстоятельствахъ можетъ вызвать уремію. При уродливомъ развитіи почекъ, напр., подковообразной почкѣ, экстирпация конечно невозможна.

Ручное и инструментальное опредѣленіе почки я изложу вмѣстѣ съ методами дифференціального распознаванія гидронефрозомъ и мѣшеччатыхъ образованій половой сферы, къ чему теперь и перехожу.

*Анамнезъ и симптомы.* Анамнезъ часто не даетъ никакого указанія на характеръ опухоли. Доброкачественный гидронефрозъ протекаетъ обыкновенно съ самаго начала безболѣзненно; иногда только больная, слѣдящая за своимъ здоровьемъ, можетъ обратить вниманіе на признаки песку и коликъ. Наичаще же не можетъ даже указать, въ какой части брюшной полости начала роста опухоль. Моча часто не представляетъ никакихъ признаковъ страданія почки, какъ напр., гноя, тканевыхъ элементовъ, бѣлку и др. продуктовъ болѣзненнаго процесса. Мочеотдѣленіе правильно и безболѣзненно. Напр. *Odebrecht* <sup>1)</sup> приводитъ случай, гдѣ за 5 лѣтъ существованія гидронефрозъ, распространявшійся отъ діафрагмы въ полость малаго таза, не давалъ никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Диагнозъ колебался между гидронефрозомъ и кистой. Всѣ указанія больныхъ на какое либо разстройство въ мочевомъ аппаратѣ должны быть строго взвѣшены.

*Осмотръ, ошупываніе и перкуссия.* Гидронефрозъ располагается большею частью въ той половинѣ живота, которой принадлежитъ заболѣвшая почка; часто находится выпячиваніе въ люмбальной сторонѣ. Дыхательныя движенія грудной клѣтки иногда соотвѣтственнымъ образомъ измѣняются на той же сторонѣ. Эти признаки во всякомъ случаѣ нельзя назвать постоянными. Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходится дифференцировать распознаваніе, опухоли достигаютъ такихъ размѣровъ, что *ошупываніе* какъ методъ не можетъ быть приложимъ вслѣдствіе величины ихъ. Когда стѣнка живота не очень растянута опухолью есть нѣкоторая возможность

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Geburth. u. Gyn. 1891, Bd. XXI, p. 198.

прощупать почку известными приемами, *Smith, Guyon* и др., и приблизительно только определить увеличена она или нет; чаще же для этого не представляется никакой возможности. При ощупывании необходимо посредством известных приемов выяснить связь опухоли с маткой или ее придатками.

При совершенной неподвижности или только весьма малой, этой цели достигнуть весьма трудно. Если и существует значительная подвижность, то и в таком случае не всегда можно определить откуда исходит опухоль. Напр. *Rehn*, основываясь на подвижности, диагностировал кисту яичника, по разрыве же брюшных стенок оказался гидронефроз. Следовательно неподвижность не есть характерный для гидронефроза признак. С другой стороны и кисты яичников не всегда бывают подвижны.

Известно, что *перкуссия* часто, при ограниченных перитонеальных выпотах, дает тупой тон в различных местах, и только при отсутствии сращений в брюшной полости можно наблюдать правильное распределение жидкости по законам физики. Асцит, часто сопровождающий опухоли половой сферы, иногда дает притупление на одной или обеих люмбальных сторонах, неизменяющееся при различных положениях тела. Перкуторные методы исследования, рекомендованные *Simon*'ом и *Spencer-Wells*'ом тоже не дают положительных результатов при объемистых гидронефрозах. Кардинальный признак, прохождение ободочной кишки по передней поверхности опухоли, далеко не всегда имется налицо. Кишка часто отодвигается не только внутрь по боковой линии, но и кнаружи <sup>1)</sup>. Что касается ручного ректального исследования, то оно, по заявлению самого *Simon*'а, не всегда возможно; *Morris* к этому прибавляет, что оно всегда затруднительно, а иногда и опасно, так как сопровождалось разрывом кишки. Лица, испытавшие этот метод, отказались от него.

Относительно всех вышеуказанных диагностических признаков нужно заметить, что они могут быть применимы скорее в случаях необъемистых опухолей. К этой же категории должно отнести и признак *В. В. Сутугина*, а именно —

<sup>1)</sup> *Франц Кениг*. Гук. к частн. хир., Т. II, ч. I, стр. 92.

при опухоли почки получается просвѣтлѣніе звука, когда больная лежитъ на спинѣ, и опухоль нѣсколько отходитъ къ діафрагмѣ.

*Ощупываніе мочеточниковъ*, дающее указаніе на заболѣваніе ихъ: уплотнѣніе, расширение, атрофія, загибъ, камни и т. п., и могущее служить въ тоже время нѣкоторымъ указаніемъ на состояніе соотвѣтствующей почки, къ сожалѣнію, также непримѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль распространяется въ малый тазъ.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію тѣхъ методовъ, которые направлены къ тому, чтобы собрать мочу отдѣльно изъ обѣихъ почекъ, считаю необходимымъ указать на то, что при опухоляхъ, находящихся въ маломъ тазу, сплошь и рядомъ видимъ отклоненіе въ положеніи мочевого пузыря и мочеточниковъ: по этому примѣненіе какъ методовъ зажатія, такъ и методовъ катетеризаціи мочеточниковъ можетъ встрѣтить непредвидѣнныя затрудненія <sup>1)</sup>.

Первая попытка собрать мочу изъ одной почки посредствомъ зажатія мочеточника другой принадлежитъ *Tischmann*'у, который изобрѣлъ инструментъ, похожій на литотрипторъ, для зажиманія мочеточника при пузырномъ его отверстіи. Этотъ способъ, весьма трудный по технику и производящій иногда травмы въ пузырь, не оправдалъ надеждъ, и поэтому совершенно оставленъ. *Polk* предложилъ зажимать мочеточникъ съ одной стороны двойнымъ катетеромъ, введеннымъ въ пузырь, съ другой — двумя пальцами введенными въ прямую кишку или влагалище. Если нужно зажать правый мочеточникъ, то обращаютъ катетеръ кривизной въ правую сторону и прикладываютъ его къ правой стѣнкѣ таза, пальцы же чрезъ прямую кишку или влагалище прижимаютъ къ катетеру; причемъ мочеточникъ непременно пересѣчется съ катетеромъ и зажметъ. Затѣмъ пузырь чисто опорожняется и вымывается. Можно фиксировать основаніе мочевого пузыря, захвативъ пулевыми щипцами переднюю стѣнку влагалища справа маточной шейки и оттягивая внизъ и влѣво. Простота и легкость говорятъ въ пользу этого метода. *Ebermann* предложилъ инструментъ съ двумя branшами, изъ коихъ одна вводится въ пузырь (катетеръ), другая

<sup>1)</sup> Все методы прекрасно описаны въ дисс. *В. Боброва*.

въ прямую кишку или влагалище. *Weir* предложилъ зажимать мочеточникъ прижатіемъ его къ *lin. innomin. pelvis* посредствомъ пессарія *Davy*, изобрѣтеннаго для сжатія *vasa iliaca* при ампутаціи бедра. *Müller* пессарій замѣнилъ баллономъ, наполненнымъ ртутью, *Sands* рукой, введенной въ *rectum*, *Hallé* — пальцемъ.

Главный недостатокъ всѣхъ этихъ методовъ тотъ, что никогда нельзя быть вполне увѣреннымъ, что мочеточникъ дѣйствительно сжатъ. Принято думать, что, если получается, сравнительно съ предъидущимъ въ единицу времени, половина мочи, то, значитъ, цѣль достигнута. Но при этомъ не могутъ быть исключены такія вліянія какъ спазмъ, раздраженіе слизистой мочевого пузыря и болѣзненность.

Методы *Silbermann'a* и *Fenwick'a* представляютъ тѣже недостатки, и кромѣ того самыя инструменты ихъ очень сложны.

Ввиду недостатковъ вышеизложенныхъ *методовъ*, *Sänger* и *Warkalla* предложили перевязывать мочеточникъ чрезъ влагалище. Не говоря уже о томъ, что перевязка можетъ нанести вредъ мочеточнику, методъ этотъ имѣетъ другіе существенныя недостатки: въ 25% мочеточникъ не попадалъ въ лигатуру, и почти также часто лигатура проникала въ пузырь.

Перейдемъ теперь къ методамъ катетеризаціи мочеточниковъ. *Методъ Simon'a* требуетъ полного наркоза и расширенія уретры (зеркалами *Simon'a*) до ширины указательнаго пальца, послѣ предварительнаго расщепленія сверху на  $\frac{1}{4}$  см. и снизу на  $\frac{1}{2}$  въ глубину.

Затѣмъ вводится указательный палецъ въ мочевой пузырь а средній во влагалище. Проведя палецъ до дна пузыря и нащупавъ *lig. interuretheric* (наружныя части ея) введеннымъ зондомъ, подъ контролемъ пальца, идутъ по вышеуказанной связкѣ отъ ея середины кнаружи и попадаютъ въ отверстіе мочеточника. Иногда случается, что *lig. interurether.* не прощупывается, тогда опознавательнымъ пунктомъ является хорошо опредѣляемое чрезъ пузырь маточное рыльце, отъ котораго (собственно отъ спайки маточныхъ губъ) отверстіе мочеточника находится на  $\frac{3}{4}$  см. кнаружи и  $\frac{1}{4}$  см. впереди. Что дѣйствительно катетеръ попалъ въ мочеточникъ, убѣждаются тѣмъ, что ощупывается на зондѣ край отверстія мочеточника

и получается чрезъ отверстіе моча, иногда вытекающая толчками. Противъ метода говорятъ: трудность, недержаніе мочи, иногда разрывъ шейки пузыря, раздраженіе почекъ и 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> совершенно неудачной катетеризаціи. Съ другой стороны *Simon* овскій методъ болѣе удовлетворяетъ требованіямъ, предъявляемымъ къ рациональному діагностическому приему. Устраненіе тягостнаго осложненія при вышеизложенномъ методѣ — расширенія уретры мы видимъ въ методѣ *Pawlick*'а, который состоитъ въ слѣдующемъ: при колѣнно - локтевомъ положеніи женщины воздухъ входитъ во влагалище и передняя стѣнка его растягивается. При подниманіи задней стѣнки влагалища зеркаломъ на передней обозначается треугольникъ, образуемый бороздками или валиками. Идя отъ валика, обозначающаго конецъ мочеиспускательнаго канала, въ стороны подъ тупымъ угломъ, и не много выше они пересѣкаются съ третьей бороздой и составляютъ такимъ образомъ треугольникъ, соответствующій *Trigonum Licutaudii*. Зондъ, обращенный загнутымъ концомъ къ задней стѣнкѣ пузыря или передней влагалища, ведется по означеннымъ бороздкамъ и болѣе или менѣе скоро попадаетъ въ отверстіе мочеточника. Кромѣ непосредственнаго осязанія нахождения зонда въ мочеточникѣ, присутствіе его тамъ обозначается періодическимъ истеченіемъ чистой мочи при впрыскиваніи въ пузырь цвѣтной жидкости. Какъ *Simon*, такъ и *Pawlick* имѣютъ свои особые катетры и зонды. Впослѣдствіе *Pawlick* сталъ класть больныхъ на спину съ сильно пригнутыми къ животу бедрами. Чрезмѣрное наполненіе пузыря или совершенная его пустота вредятъ успѣшному введенію инструмента, поэтому сначала выводится моча, а затѣмъ впрыскивается въ пузырь воды около 150,0. Движенія зондомъ должны быть параллельны впередъ и назадъ и справа на лѣво, при чемъ не употребляется давленія. Хотя *Pawlick* и говоритъ, что его методъ можетъ не имѣть успѣха только тамъ, гдѣ находятся врожденныя или приобретенныя неправильности мочеточниковыхъ отверстій и при выпаденіи матки, однако всѣ испытывшіе его единогласно призываютъ автора единственнымъ счастливымъ исполнителемъ своего метода. Если-бы не было этого недостатка, то методъ *Pawlick*'а вполне отвѣчалъ-бы своему назначенію.

Послѣ многочисленныхъ напрасныхъ усилій задача катетеризаціи мочеточниковъ, кажется, наконецъ, блистательно разрѣшена изобрѣтеніемъ электрическаго цистоскопа *Nitze-Leiter*, при помощи котораго каждую стѣнку пузыря можно такъ освѣщать и обследовать, какъ при дневномъ свѣтѣ, а катетеромъ вставленнымъ въ каналъ, проходящій по нижнему краю цистоскопа, легко подъ контролемъ зрѣнія проникать въ отверстія мочеточниковъ. Не описывая самаго инструмента, мы скажемъ только нѣсколько словъ о томъ, что нужно соблюдать при пользованіи имъ. Больная лежитъ на спинѣ, и, если пузырь или уретра чувствительны, употребляется хлороформный наркозъ или кокаинъ. Пузырь опоражнивается и промывается, затѣмъ вводятъ въ него чистой воды не менѣе 200,0. Инструментъ должно вводить не замыкая тока, а выводить спустя не менѣе  $\frac{1}{2}$  минуты послѣ размыканія. Всѣ манипуляціи должно производить не касаясь клювомъ инструмента стѣнокъ пузыря.

Предоставляя читателю самому судить о степени пригодности каждаго изъ приведенныхъ нами методовъ собиранія мочи изъ каждой почки отдѣльно, мы должны коснуться общихъ соображеній, которыя необходимо имѣть въ виду при сужденіи о состояніи каждой почки на основаніи изслѣдованія мочи, добытой изъ соответственнаго мочеточника.

Во первыхъ, какое количество мочи, выдѣляемое въ извѣстную единицу времени должно признать нормальнымъ для даннаго субъекта?

Если принять среднее суточное количество мочи въ 1500,0, то значить въ 1 минуту обѣ почки должны дать приблизительно 1,0, а каждая почка по 0,5. Катетеризируя почку и получая мочу въ большемъ количествѣ, мы не имѣемъ права заключать о полиуріи на основаніи того, что раздраженіе пузыря и мочеточника можетъ вызвать гиперемію почки и увеличеніе количества выдѣляемой мочи; кромѣ того, количество выдѣляемой мочи въ разные часы бываетъ различно, въ зависимости отъ пищи и питья, сна и бодрствованія, работы и покоя. Соответственно этому содержаніе мочевины и удѣльный вѣсъ можетъ быть также различенъ (по *Edlfsen*'у отъ 1018,5 до 1001,5).

Слѣдовательно, необходимо катетеризовать мочеточникъ повторно нѣсколько дней подъ рядъ и въ разное время дня; при чемъ нужно стремиться къ тому, чтобы добываніе мочи изъ каждой почки было приблизительно одновременное. Если анализъ каждой порціи совпадетъ съ анализомъ всего суточного количества мочи, то мы будемъ имѣть вѣрныя данныя для сужденія о состояніи каждой почки.

Выше мы говорили, что гидронефротическая моча характеризуется полиуріей, низкимъ удѣльнымъ вѣсомъ и уменьшеннымъ содержаніемъ мочевины. Установить наличие этихъ качествъ мочи представляется затруднительнымъ вслѣдствіе индивидуализаціи, колеблющейся въ широкихъ предѣлахъ и стоящей въ зависимости отъ условій общаго питанія, возраста, мускульной работы, жира, качества и количества пищи и питья, функций кишечника, печени, кожи, легкихъ, сердца и, наконецъ психическаго состоянія. По *Robert's* у здоровый организмъ долженъ выдѣлять въ сутки около  $3\frac{1}{2}$  гранъ мочевины на каждый фунтъ вѣса тѣла, или  $2\%$ — $3\%$  мочевины при 1500,0 среднего суточного количества мочи. Понятно, что только болѣе или менѣе замѣтныя отклоненія отъ нормы могутъ служить несомнѣнно надежными данными, какъ для діагностики, такъ и для показанія и противопоказанія къ удаленію гидронефротической почки.

Пользуясь вышеизложенными методами, мы можемъ считать дифференціальное распознаваніе гидронефрозозъ и кистъ яичниковъ обеспеченнымъ. Однакожъ неисключены и такіе случаи, когда эти методы могутъ ввести въ заблужденіе. Можетъ быть такое сочетаніе, что при атрофированной почкѣ имѣется киста, связь которой съ придатками матки не можетъ быть констатирована. Катетеризація покажетъ, что при атрофированной почкѣ мочи не выдѣляется, и дастъ поводъ предположить закрытый гидронефрозъ.

Другой возможный случай. Двусторонній открытый гидронефрозъ, одна почка увеличена до большихъ размѣровъ, а другая въ начальномъ періодѣ процесса. Моча, съ нѣзкимъ отклоненіемъ отъ нормы, выдѣляется изъ обоихъ мочеточниковъ. Катетеризація въ данномъ случаѣ можетъ привести къ ошибочному заключенію о присутствіи кисты. Тоже самое

может случиться и при одностороннемъ открытомъ гидронефрозѣ въ періодѣ наибольшаго выдѣленія мочи. Катетеризація можетъ открыть нѣкоторую разницу въ свойствахъ мочи; но на томъ основаніи, что объ почки не всегда выдѣляютъ одинаковую мочу, можно поставить въ концѣ концовъ ошибочное распознаваніе. Существованіе большихъ гидронефрозовъ, выдѣляющихъ мочу, вполне установлено.

Нѣкоторые авторы, какъ напр., *Dickonson, Clarke* <sup>1)</sup> и многіе другіе полагаютъ даже, что только при частичномъ суженіи мочеточника образуется объемистый гидронефрозъ, въ противномъ случаѣ наступаетъ прямо атрофія почки. Образование полной непроходимости мочеточника происходитъ, по ихъ мнѣнію, уже впоследствии. Можно представить себѣ и другія разнообразныя комбинаціи, при которыхъ примѣненіе катетеризаціи можетъ привести къ ложному заключенію. Подобные случаи однакожь могутъ быть только какъ рѣдкость, подтверждающіе лишь, что нѣтъ правила безъ исключенія.

Слѣдуетъ указать еще на одинъ источникъ ошибки, именно въ тѣхъ случаяхъ, когда мочеточникъ будучи окруженъ многочисленными сращениями и тяжами въ маломъ тазу, при самомъ незначительномъ насиліи во время катетеризаціи, можетъ оказаться отчасти или совершенно не проходимымъ для мочи.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что дифференціальная діагностика, основанная только на изслѣдованіи дѣятельности каждой почки, не можетъ быть всегда безошибочной. Подобное изслѣдованіе является рѣшающимъ діагностическимъ средствомъ только тогда, когда результатъ его вполне соотвѣтствуетъ даннымъ, полученнымъ иными методами дифференціального распознаванія. Тоже самое можно сказать и относительно пробнаго прокола, о которомъ мы упомянули ранѣе, когда приводили предложенные *Simon*'омъ методы изслѣдованія.

Мы должны здѣсь еще замѣтить, что катетеризація, зондированіе и проколъ не могутъ быть названы вполне безопасными операціями, ибо неоднократно была наблюдаема инфекція гидронефрозовъ или мочеточниковъ вслѣдствіе введенія въ нихъ инструментовъ.

<sup>1)</sup> Дисс. *В. Боброва*, 154.

Я долженъ былъ-бы сказать и о пробаторныхъ разрѣзахъ, но это слишкомъ расширило-бы рамки нашей статьи; по этому лишь укажу на то, что въ настоящее время въ литературѣ болѣе и болѣе заявляется фактовъ относительно ошибочности діагноза при люмбальномъ разрѣзѣ; вмѣстѣ съ этимъ боковое или срединное чревосѣченіе признается болѣе совершеннымъ методомъ распознаванія состоянія не только почекъ, но и мочеточниковъ. Примѣняя этотъ взглядъ къ большимъ гидро-нефрозамъ, слѣдуетъ предпочесть чревосѣченіе уже и потому, что большую водяночную почку можно удалить только этимъ путемъ; такъ что пробный разрѣзъ и вылушеніе могутъ слѣдовать одинъ за другимъ.

Заканчивая этимъ общій обзоръ нефректоміи при водянкѣ почки, перехожу къ изложенію случая, бывшаго подъ моимъ наблюденіемъ въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны.

## II.

Больная А. И. П—ская 36 л., 21 года—замужество. Два раза была беременна; оба раза абортъ, 1-й—во время брюшного тифа, 2-й отъ неизвѣстной причины. Въ томъ и другомъ случаѣ сильное кровотеченіе. Одно время страдала воспаленіемъ яичниковъ. Приблизительно съ 30 лѣтнаго возраста мѣсячныя крови начали приходиться раньше срока, съ болями, въ небольшомъ количествѣ, тогда какъ прежде были всегда нормальны и безболѣзненны. Появилась рвота и головная боль, которыя при появленіи мѣсячныхъ усиливались. Около этого же времени больная стала замѣчать опухоль въ животѣ, которая, непринимая никакого безпокойства выросла почти до размѣровъ срочной беременности. По прошествіи 5—6 лѣтъ отъ начала образованія опухоли, при сильныхъ кашлевыхъ движеніяхъ, во время инфлюэнцы, почувствовала въ животѣ какъ бы трескъ и дрожаніе и невыносимую боль въ правой сторонѣ живота и поясницѣ. Послѣ этого животъ нѣсколько уменьшился и сталъ мягкимъ. Часа черезъ два, по словамъ больной, изъ влагаллица вышло большое количество свѣтлой жидкости. Навопросъ—не былъ-ли это актъ испражненія мочи?—дастъ отрицательный отвѣтъ. Въ слѣдующіе 9 дней, которые больная провела въ постели, мочеотдѣленіе не было усиленнымъ, точно также и изъ влагаллица не было никакихъ отдѣлений. Когда же встала, то въ продолженіе двухъ дней изъ влагаллица вытекала густоватая, темнокрасная жидкость. Немного времени спустя стало замѣчаться прогрессирующее увеличеніе живота, достигшее потомъ прежнихъ размѣровъ. Въ настоящее время на мѣстѣ опухоли болѣе не чувствуютъ; регулы безболѣзненны, нѣсколько раньше срока; тошноты и головной боли нѣтъ. При наружномъ изслѣдованіи животъ пред-

ставляетъ видъ почти срочной беременности, несимметриченъ, выдается болѣе съ правой стороны. Мѣсто наибольшаго возвышенія почти на уровнѣ пупка и вправо. При ощупываніи опредѣляется опухоль, распространяющаяся изъ малаго таза до печени и заходящая влѣво за среднюю линію живота; на опухли съ лѣвой стороны, въ верхней половинѣ ея, прощупывается сферическій выступъ, величиной съ апельсинъ, напоминающій собой выступъ при обыкновенной многополостной кистѣ. Вслѣдствіе напряженія брюшныхъ стѣнокъ и значительныхъ размѣровъ опухоли, существуетъ лишь малая подвижность ея, благодаря чему представляется невозможнымъ выяснитъ отношеніе ея къ окружающимъ частямъ. По значительному напряженію стѣнокъ опухоли и отчетливой передачѣ волны при постукиваніи ея, можно было однако установить мѣшеччатый характеръ новообразования съ жидкимъ содержимымъ. При постукиваніи кишечный тонъ опредѣлялся только съ лѣвой стороны; спереди же опухоли, по аксиллярной линіи и сзади—тупой. До и послѣ очищенія кишечника границы тупаго тона безъ перемѣны. Наружныя части полового аппарата, а равно и влагалищная часть матки нормальны. При изслѣдованіи вышележащаго отдѣла шейки опредѣляется уголь, открытый сзади и позволяющій заключить о ретрофлексіи матки. Дна матки не удается прощупать, ввиду тѣсно прилегающаго къ передней поверхности ея нижняго сегмента опухоли. При зондированіи матка оказывается увеличенной (10 см.), смѣщенной назадъ и влѣво. При смѣщеніи опухоли замѣчается самая незначительная передача движенія маткѣ. Отдѣльно придатки не прощупываются. При изслѣдованіи больной на косои плоскости установленное отношеніе частей остается безъ перемѣны. Болѣе точнаго отношенія опухоли къ окружающимъ частямъ установить невозможно. Въ другихъ органахъ рѣзкихъ уклоненій отъ нормы не констатировано. Моча мутноватая, кислой реакціи, бѣлку и сахару нѣтъ. Общее состояніе организма удовлетворительно. Диагнозъ колебался между опухолью половой сфѣры и почки.

Данныя, полученныя изъ анамнеза и объективнаго изслѣдованія, давали мало основанія склониться въ пользу того или другаго. Больная никогда не страдала болѣзнью почекъ; ни болей въ области почекъ, ни песку, ни гноя въ мочѣ не было;  $t^0$  нормальна. Мочеотдѣленіе всегда правильно. Наоборотъ къ этому времени относятся нѣкоторыя расстройства въ половой сферѣ: неправильныя регулы, боли и рвота во время ихъ; раньше врачи опредѣляли воспаленіе яичниковъ. Изъ объективныхъ данныхъ главнымъ образомъ должно отмѣтить нахождение части опухоли въ маломъ тазу, тупой тонъ и отсутствіе какихъ либо частей кишечника спереди ея, обстоятельство считаемое за діагностическій признакъ кисты по сравненію съ гидронефрозомъ. Кромѣ того, констатированъ выступъ опухоли, который говорилъ въ пользу многополостнаго характера опухоли, напр, могъ быть принятъ за сегментъ многополостной оваріальной кисты. Насильственное отодвиганіе опухоли заставляло и матку двигаться по тому же направленію, хотя и крайне мало. Всѣ эти обстоятельства подрывали предположеніе о возможности существованія гидронефроза. Положительныхъ же данныхъ въ пользу этого послѣдняго, можно сказать, не имѣлось, если не считать тупость боковой и задней поверхности тѣла, возможную впрочемъ и при ослож-

ненія кисты яичника аспитомъ. Указанное больной выдѣленіе жидкости изъ „передняго прохода“, послѣ чего произошло уменьшеніе опухоли, можетъ быть объяснено также страданіемъ половой сѣры, напр., *hydrops tubae profluens*, или излитіемъ черезъ родовые пути содржимаго *tubo-ovarial'*ной кисты.

Такимъ образомъ естественно, что, при отсутствіи прямыхъ указаній на болѣзнь мочевого аппарата, діагнозъ логически долженъ былъ остановиться на одномъ изъ страданій половой сѣры, за каковое предположеніе имѣлись не только отрицательныя, но и рядъ вышеуказанныхъ положительныхъ данныхъ. Въ числѣ этихъ послѣднихъ особенно важнымъ представлялась передача движеній смѣщаемой опухоли матки, хотя и небольшая, при различномъ положеніи больной и подтягиваніи матки пулевыми щипцами. Кромѣ того имѣлось значительное увеличеніе матки и ея ненормальное положеніе. Какой же именно части полового аппарата принадлежитъ имѣющееся кистовидное перерожденіе? За маточный характеръ опухоли, а именно за цистофибромъ, говорило увеличеніе матки, тѣсная связь съ опухолью, затрудненіе нащупать дно матки, преждевременно появившіяся крови. Тонкостѣнность же опухоли, экстрамедианное положеніе ея, наконецъ опороженіе чрезъ влагалище основательно могли считаться данными въ пользу кисты правыхъ придатковъ. Въ этомъ случаѣ при малой подвижности опухоли, сливавшейся съ правымъ бокомъ матки, выступало ея межъяичниковое развитіе.

Всѣ вышеизложенныя соображенія, какъ основанныя на недостаточно вѣскихъ данныхъ, не представляли возможности окончательно склониться въ пользу того или иного предположенія. Остававшееся въ запасъ діагностическое средство—проколъ могъ бы пролить нѣкоторый свѣтъ для выясненія природы опухоли, но, принимая во вниманіе быстрое наростаніе опухоли, уже разъ случившееся рѣзкое измѣненіе ея (разрывъ)? и ухудшающееся положеніе больной, рѣшено было произвести чрезосѣченіе безъ предварительнаго пробнаго прокола, такъ какъ очевидно мы имѣли дѣло съ явленіями, угрожающими жизни, въ болѣе или менѣе близкомъ будущемъ, и оперативное вмѣшательство являлось неизбѣжнымъ. Къ тому же пробный проколъ, какъ мы раньше упомянули, не есть рѣшающее средство для діагноза и не можетъ считаться за совершенно невинный пріемъ. Но если бы сдѣланъ былъ пробный проколъ и получилось бы убѣжденіе въ гидронефротической натурѣ опухоли, то и въ такомъ случаѣ показаніе къ операциіи ставилось не менѣе настоятельнымъ. Чревосѣченіе представлялось наиболее цѣлесообразнымъ оперативнымъ пріемомъ, даже если бы опухоль оказалась принадлежащей почкѣ.

24/III 92 г. проф. Д. О. Оттъ произвелъ лапаратомію подъ хлороформомъ. Послѣ разрѣза стѣнокъ живота представился сегментъ опухоли, покрытый брюшиной, которая, благодаря рыхлому прикрѣпленію къ опухоли представлялась съ значительной степени подвижной. Черезъ брюшину просвѣчивала сѣтъ сосудовъ разныхъ калибровъ, преимущественно мелкихъ, расположеніе которыхъ отличалось извѣстною правильностью, а именно: большинство сосудовъ располагалось параллельно другъ другу; другая часть сосудовъ пересѣкала эти послѣдніе болѣе

или менѣе подѣ прямиымъ угломъ, такъ что все поле зрѣнія было раздѣлено на рядъ четырехугольниковъ. Во время операци на эту особенность профессоромъ было обращено вниманіе, какъ на признакъ, отмѣченный имъ въ ранѣе наблюдаемыхъ имъ случаяхъ. Предположивъ на основаніи указаннаго признака, что имѣющаяся опухоль состоитъ изъ водяночной почки, сдѣлана была попытка провести руку между сильно напряженной опухолью и стѣнками живота для опредѣленія отношенія опухоли къ органамъ брюшной полости; но это оказалось невозможнымъ въ виду чрезмѣрно тѣснаго прилеганія опухоли къ стѣнкамъ. Поэтому предварительно была уменьшена опухоль пункцией посредствомъ ножа, при чемъ свѣтлая жидкость стала вытекать фонтаномъ, часть которой и была собрана для химическаго изслѣдованія. Судя по объему опухоли количество жидкости было до 15 литровъ. Когда объемъ опухоли былъ уменьшенъ въ значительной степени, удалось безъ затрудненія опредѣлить, что матка и правые и лѣвые придатки не находились въ непосредственной связи съ опухолью. Дальнѣйшее изслѣдованіе показало, что опухоль всей своею массою располагалась за брюшиною. Смѣстивъ ободочную и слѣпую кишку къ срединной линіи живота и кверху, опухоль нижнимъ своимъ сегментомъ какъ бы вдавалась нѣсколько между листками верхняго отдѣла правой широкой связки, верхнимъ же достигала печени. Столь характерное расположеніе опухоли уже само по себѣ не оставляло сомнѣнія въ натурѣ ея; характерный же видъ внутренней поверхности вскрытаго мѣшка, отличавшійся перстообразными выпячиваніями (почечныя чашки), при отсутствіи правой почки не оставлялъ никакого сомнѣнія, что мѣшокъ былъ образованъ растянутой водяночной почкой. Убѣдившись оццупываніемъ въ нормальномъ состояніи лѣвой почки, рѣшили приступить къ полному вылученію измѣненной почки. На такого рода рискованный путь рѣшились потому, что другой единственный оперативный методъ сводился на прикрѣпленіе стѣнокъ почки къ краямъ брюшной раны съ образованіемъ почечно-брюшной фистулы, со всѣми осложненіями въ дальнѣйшемъ тягостнаго состоянія для больной. Благодаря рыхлому слою клѣтчатки, соединявшей брюшину съ подлежащимъ мѣшкомъ, удавалось безъ особаго затрудненія отдѣлять ихъ другъ отъ друга тупымъ способомъ. Захвативъ края мѣшка Нелатоновскими щипцами и введя для контроля одну руку въ полость мѣшка, другой рукой производилось вылучиваніе по пальцу, находящемуся внутри, строго придерживаясь собственныхъ стѣнокъ измѣненной почки. Во многихъ мѣстахъ встрѣчались утолченія ввидѣ различнаго размѣра тяжелъ, которыя были перевязаны толстыми лигатурами отдѣльно и перерѣзаны. Въ числѣ такихъ тяжелъ были захвачены и перевязаны отдѣльно мочеточникъ и сосуды. Кровотокація мѣста были обколоты. По вылученіи мѣшка изъ капсулы, края послѣдней были вшиты матрацнымъ швомъ въ брюшную рану выше пупка такимъ образомъ, что брюшинная поверхность капсулы соприкасалась съ таковою же брюшной стѣнки. Слѣдовательно, все доже опухоли послѣ вылученія ея было изолировано отъ сообщенія съ брюшной полостью, а затѣмъ затампонировано двумя стерилизованными марлевыми бинтами и конецъ выведенъ наружу. Остальная часть брюшной раны была защита обычнымъ спосо-

бомъ (мышечно-апоневротической шовъ), и наложена повязка съ большимъ и рыхлымъ слоємъ марли. Какъ велика была полость можно судить потому, что употреблено было 10 аршинъ марлеваго бинта шириной болѣе  $\frac{1}{4}$  аршина. Нужно отмѣтить, что въ одну лигатуру было захватываемо намѣренно возможно меньшее количество ткани, а также мочеточникъ и сосуды перевязывались отдѣльно, дабы избѣжать возможнаго соскальзыванія лигатуры и послѣдовательнаго кровоточенія. Такимъ образомъ не была образована такъ называемая ножка. Операция продолжалась  $2\frac{1}{2}$  часа, больная пришла въ сознаніе черезъ часъ.

Первые дни послѣ операціи выдѣлялось много сукровичной жидкости, такъ что наружная повязка вслѣдствіе промоканія должна была мѣняться ежедневно. Тампонація пространства проводилась стерилизованой марлей, при чемъ было обращено вниманіе на тщательное выполненіе мѣшка во избѣжаніе малѣйшаго застоя выдѣленій. Одинъ разъ, 29 числа, была слѣлана тампонація іодоформенной марлей; ночью бречь веселаго характера съ склонностью къ смѣху; галлюцинаціи зрѣнія и слуха, что продолжалось дня четыре. Моча дала реакцію іода въ значительной степени. Черезъ 8 дней его уже не было. Бредъ былъ объясненъ отравленіемъ іодоформомъ. Полость промывалась растворомъ борной кислоты.

Повышенная  $t^{\circ}$  наблюдалась въ продолженіе 24 дней; и 1 разъ (30 марта) достигла  $39,6^{\circ}$ , болѣею же частію колебалась около  $38,0^{\circ}$ .

Моча въ первые дни выдѣлялась въ количествѣ около 400,0, а потомъ достигала до 1500,0.

Бѣлокъ появился на 4-й день послѣ операціи.

Такъ какъ бѣлокъ появился ранѣе тампонаціи іодоформенной марлей, то и нельзя объяснить это обстоятельство іодоформеннымъ отравленіемъ, отчего предостерегаеть между прочимъ *Израель*, приписывая появленіе бѣлка въ мочѣ отравленію іодоформомъ, вслѣдствіе чего страдаетъ почка.

30/III констатирована заушница съ лѣвой стороны, піемического или эндемического характера—рѣшить трудно, такъ какъ единовременно въ клиникѣ наблюдались еще 2 случая паротита. 6/IV паротитъ былъ вскрытъ и, по выдѣленіи небольшого количества гноя, положенъ согревающій компрессъ.

Вслѣдъ за некротизаціей краевъ вшитой въ наружную рану капсулы получилось нагноеніе брюшной раны ниже пупка, края которой разошлись на значительномъ протяженіи; въ глубинѣ были видны соединенные швами апоневрозы и чучки прямыхъ мышцъ. Можетъ быть не произошло затека гноя въ брюшную полость отчасти благодаря примѣненію мышечно-апоневротическихъ швовъ. Некротизированныя мѣста были обильно присыпаемы стерилизованнымъ висмутомъ.

Какъ осложненіе послѣ операціоннаго періода нужно отмѣтить появленіе у больной полнаго пареза лѣвой руки на 7 день, незначительное проявленіе котораго наблюдалось еще нѣсколько дней раньше. Парезъ могъ быть поставленъ, за отсутствіемъ иной причины, въ зависимость отъ того, что больная лежала во время операціи съ отведенной вверхъ рукой. Вскорѣ появилась припухлость вокругъ плечеваго сочлененія. Массажъ и электризація (индуктивный токъ) вполне

устранили указанное явление. Через 2 мѣсяца и 3 недѣли—полное выздоровленіе. Въ половинѣ августа я видѣлъ большую въ послѣдній разъ; общее состояніе и самочувствіе вполне хорошо.

Экстирпированная почка представляет мѣшокъ почти круглой формы; діаметръ, соответствующій линіи тѣла, нѣсколько больше. На поверхности мѣшка находятся выпячиванія разной величины, изъ которыхъ наибольшее имѣетъ видъ кисты, полость его имѣетъ сообщеніе съ главной полостью. Это большое кистовидное выпячиваніе было обращено влево и вверхъ и дало между прочимъ одинъ изъ поводовъ принять гидронефрозъ за кисту, а самое выпячиваніе за сегментъ многополостной кисты. Каждому выпячиванію соответствуетъ съ внутренней стороны растянутая чашка. Стѣнки мѣшка не одинаковой толщины; наиболѣе тонкая часть соответствуетъ лоханкѣ, ея мѣшокъ былъ обращенъ впередъ и внутрь, а толстой—кзади и наружу. На передне-внутренней сторонѣ находится мочеточникъ, который идетъ внизъ и внутрь по стѣнкѣ мѣшка, будучи съ ней совершенно сращенъ, т. е., находится вросшимъ въ соединительно-тканномъ слоѣ капсулы. Мочеточникъ представляется въ видѣ шнура равномерной толщины. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ зондъ не проходитъ вслѣдствіе сращеній на протяженіи канала. Начинаясь отъ стѣнки мѣшка воронкообразно, мочеточникъ дѣлаетъ крутой изгибъ, направляясь внизъ; въ этомъ мѣстѣ онъ уплощенъ. На мѣстѣ перегиба мочеточникъ обхватывается артеріей, которая идетъ въ стѣнкѣ капсулы снаружи почти перпендикулярно къ мочеточнику подходитъ подъ него и направляется вверхъ, такъ что мочеточникъ какъ-бы виситъ, будучи перекинутъ черезъ артерію, и представляется въ этомъ мѣстѣ сдвоеннымъ и непроходимымъ. Камней или иныхъ закупоривающихъ просвѣтъ мочеточника тѣлъ, не найдено; равнымъ образомъ не найдено и клапаннообразной заслонки. Въ стѣнкѣ мѣшка не было замѣтно отверстія, ведущаго въ мочеточникъ. При послѣдовательныхъ разрѣзахъ констатировано, что оно было закрыто нѣсколькими слоями новообразованной соединительной ткани, легко отдѣляющимися другъ отъ друга и непосредственно переходящими въ окружающія стѣнки мѣшка. Кромѣ описаннаго артеріальнаго ствола другихъ крупныхъ артерій не найдено. Изъ описанія видно, что такъ называемой ножки въ нашемъ случаѣ вовсе не имѣлось, а сосуды и мочеточникъ находились на передне-внутренней сторонѣ, значительно расходясь на протяженіи. Внутренняя поверхность мѣшка представляетъ выпячиванія, соответствующія бывшимъ чашечкамъ. Болѣе толстая стѣнка состоитъ изъ довольно рыхлой, болѣе сохранившейся корковой части и изъ почти совершенно атрофированнаго мозгового слоя. Микроскопическое изслѣдованіе показало сильное соединительно-тканное разрушеніе. Канальцы частью заросли, частью сохранились, при чемъ сохранился и эпителий, выстилающій ихъ. Баумановскія капсулы представляются гліанно перерожденными. На препаратахъ, взятыхъ изъ многихъ мѣстъ, эпителия, выстилающаго внутреннюю поверхность почекъ, не найдено; въ нѣкоторыхъ только мѣстахъ найденъ многослойный, сильно набухшій. Эпителий въ мочеточникѣ также отсутствуетъ. Микроскопическіе препараты обрабатывались слѣдующимъ образомъ: кусочки клались въ

95% спиртъ, черезъ сутки въ абсолютный; еще черезъ сутки въ растворъ парафина въ хлороформъ (термостать). На другой день при 56° заключались въ жидкій парафинъ. Срѣзы наклеивались на стекло массой, состоящей изъ альбумина съ глицериномъ и засыхающей на воздухѣ, послѣ чего препараты подвергались обработкѣ ксилоломъ, абсолютнымъ спиртомъ и водою; окрашивались квасцовымъ карминомъ. Жидкость гидронефроза представляла удѣльный вѣсъ 1008, содержала бѣлку  $\frac{1}{4}$ ‰, мочевины 2,39‰, хлоридовъ 6,5‰.

Въ виду того, что на нашемъ препаратѣ мочеточникъ представляется на всемъ протяженіи нормальнаго калибра, сращеніе же въ нѣкоторыхъ мѣстахъ есть послѣдовательное явленіе вслѣдствіе слипчиваго воспаленія, а также въ виду отсутствія ясно опредѣляемой клапанообразной заслонки, конкрементовъ и механическаго сдавливанія со стороны какого-либо органа, нужно полагать, что причина гидронефроза лежитъ въ той части мочеточника, которая находится непосредственно при выходѣ изъ лоханки. Дѣйствительно, въ этомъ мѣстѣ мочеточникъ представляется переkreщеннымъ съ артеріей и приподнятымъ, такъ что мѣсто *ostii pelvici* находится ниже; мочеточникъ сплюсненъ и непроходимъ. *Ostium* свободно и расширено. Причина такого явленія врожденное анатомическое соотношеніе мочеточника съ сосудами, и малѣйшее смѣщеніе органа можетъ отразиться на правильности процессовъ. *Albarran* и *Leguen* говорятъ, что подвижная почка можетъ произвести гидронефрозъ, если мочеточникъ фиксированъ на чемъ нибудь. Въ нашемъ случаѣ такого рода моментомъ представляется переkreщиваніе мочеточникомъ артеріи, вслѣдствіе чего неминуемо онъ долженъ былъ перегнуться при малѣйшемъ смѣщеніи почки (см. рис. № 2).

Подобныхъ случаевъ въ литературѣ много, изъ русскихъ напр. у проф. *Склифосовскаго*. Между прочимъ интересно мнѣніе *Pitt'a*, который говоритъ, что достаточно въ такихъ случаяхъ легкаго растяженія лоханки, чтобы получился загибъ мочеточника и гидронефрозъ.

Изъ діагностическихъ признаковъ для гидронефроза въ нашемъ случаѣ былъ только одинъ, именно тупой тонъ по боковой и задней поверхности, доходящей вплоть до таза. Этотъ признакъ въ связи съ другими имѣетъ конечно значеніе, но основывать діагнозъ на немъ одномъ очевидно нельзя, ибо асцитъ, который такъ часто сопровождаетъ кисты яичника, также даетъ притупленіе и не мѣняетъ перкуторныхъ границъ

при различныхъ положеніяхъ тѣла. Colon ascendens проходилъ не спереди опухоли, а по внутренней стѣнкѣ.

Катетеризація мочеточниковъ не была предпринята потому, что моча при изслѣдованіи представлялась совершенно нормальной. Слѣдовательно, если бы данный пріемъ и указалъ-бы намъ на то, что выдѣленіе мочи происходитъ только изъ одного мочеточниковаго отверстия, то мы получили-бы лишь убѣжденіе, что существуетъ только одна почка, правильно функционирующая, и что со стороны ея не имѣемъ противопоказанія. Относительно перваго мы имѣли уже предположеніе, относительно втораго не возбуждалось сомнѣнія ввиду нормальной мочи. Въ результатѣ катетеризація неизмѣнила-бы плана оперативнаго вмѣшательства, точно также какъ и пробная пункція; притомъ, какъ выше нами упомянуто, эти пріемы не представляются совершенно невинными. При самой операціи было констатировано здоровое состояніе второй почки, а при изслѣдованіи мѣшка гидронефроза сплошное перерожденіе почечной ткани и непроходимость мочеточника, слѣдовательно и съ этой стороны предпринятое удаленіе водяночной почки было вполне цѣлесообразно.

Способъ лѣченія оставшейся послѣ выпущенія почки задней брюшины былъ выполненъ по *Terrier*; при чемъ контръ-апертуры сдѣлано не было, ввиду того, что брюшное отверстие для дренажа было оставлено довольно большое, кромѣ того проложеніе контръ-апертуры еще болѣе затагнуло-бы операцію.

Въ заключеніе своего сообщенія я позволю себѣ высказать слѣдующее:

1) Большой гидронефрозъ слѣдуетъ вылущать путемъ чревосѣченія.

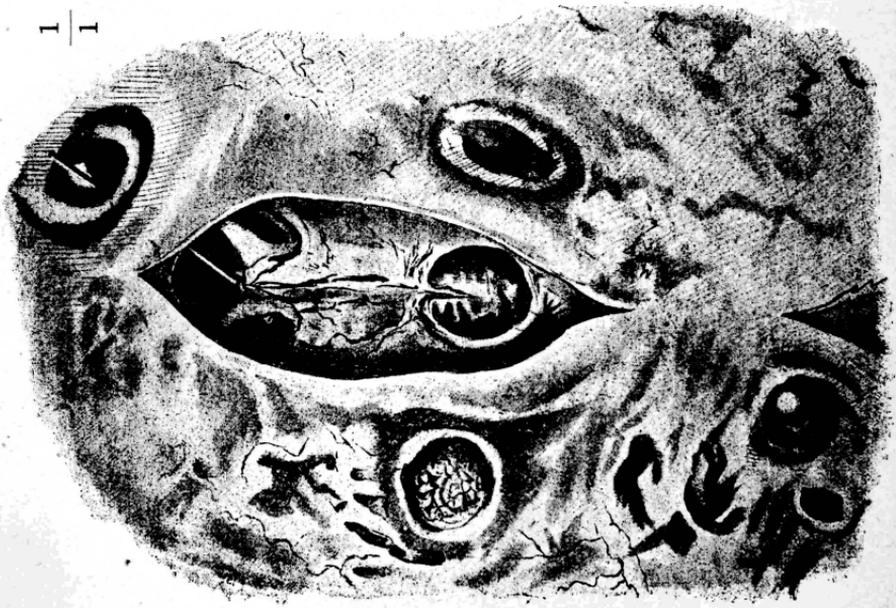
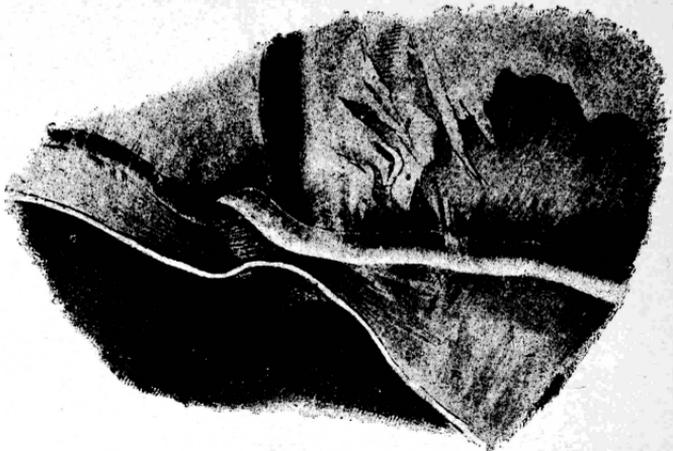
2) При непроходимости мочеточника вылущеніе всей почки есть единственная оперативная мѣра, вполне излѣчивающая больнаго.

3) Способъ *Terrier* есть вполне рациональный методъ, недостаткомъ котораго можетъ считаться лишь медленное запусѣваніе бывшаго ложа водяночной почки.

*Рисунокъ № 1.*—Мѣшокъ гидронефроза съ выпячиваніями послѣ вылущенія.

*Рис. № 2.*—Внутренняя стѣнка мѣшка съ перстообразными выпячиваніями.

*Рис. № 3.*—Перекрещиваніе мочеточника съ артеріей; отверстіе мочеточника въ почкѣ.



I  
I



#### IV.

### Случай врожденнаго отсутствія глазныхъ яблокъ. (Anophthalmia duplex congenita auctorum).

В. Н. Массена.

Врожденное отсутствіе глазныхъ яблокъ принадлежитъ къ самымъ тяжкимъ, но, къ счастью, очень рѣдкимъ уродствамъ въ развитіи глаза. Люди, родившіеся «безъ глазъ», описаны авторами еще въ XVI вѣкѣ (*Martinus Weinrichius* <sup>1)</sup> и др.) Затѣмъ въ литературѣ 30—93 годовъ текущаго столѣтія, мы находимъ значительное количество случаевъ врожденнаго отсутствія одного или обоихъ глазъ. Почти всѣ случаи, относящіеся къ литературѣ этого времени, описаны окулистами и въ большинствѣ наблюдались у вполне развитыхъ младенцевъ или даже взрослыхъ субъектовъ, никакихъ уклоненій отъ нормальнаго строенія своего тѣла въ какихъ бы то ни было другихъ отношеніяхъ не представлявшихъ. Въ болѣе старой (до 30-хъ годовъ) литературѣ мы чаще всего находимъ указанія на *anophthalmia congenita* какъ на одно изъ многихъ ненормальностей у уродливаго плода. Всѣ эти случаи тщательно собраны *Rose* <sup>2)</sup>, который къ богатой казуистикѣ присоединилъ и свой случай врожденнаго отсутствія наружнаго глаза, при полномъ развитіи (хотя и скрытомъ) внутренняго (съ отсутствіемъ, впро-

---

<sup>1)</sup> *Martinus Weinrichius*. De ortu monstrorum commentarius. 1595 (по *Rose*. Monatschrift f. Geburtskunde, 1886, стр. 282).

<sup>2)</sup> *Rose*, l. c.

чемъ, хрусталика). Всѣ описанные авторами случаи дефекта глазъ, *Rose* дѣлитъ на три главныхъ группы: 1) отсутствіе глаза наружнаго, т. е. вѣкъ и ихъ составныхъ частей, соединительной оболочки и слезныхъ органовъ, 2) отсутствіе глаза внутренняго, т. е. сѣтчатки, зрительныхъ нервовъ, *choroidea* и склеры и, наконецъ, 3) полное отсутствіе одновременно и наружнаго и внутренняго глаза. Просматривая таблицы *Rose*, не смотря на ихъ краткость, мы убѣждаемся, что большинство приведенныхъ имъ случаевъ относится къ уродцамъ, родившимся мертвыми или вскорѣ послѣ рожденія умершими, благодаря чему удалось анатомическимъ путемъ познакомиться съ тѣми или другими отклоненіями въ строеніи центральной нервной системы. Совершенно обратное представляютъ намъ случаи новой и новѣйшей литературы. Въ довольно внимательно просмотрѣнномъ нами рядѣ сообщеній намъ не удалось найти ни одного, который бы заключалъ въ себѣ анатомическое изслѣдованіе. Это произошло весьма естественно потому, что почти всѣ случаи сообщены были окулистами, у которыхъ несчастные слѣпцы, совершенно здоровые во всѣхъ другихъ отношеніяхъ, искали исцѣленія отъ своего ужаснаго порока и, не найдя желаннаго пособія, скрывались изъ виду врача.

Отсутствіе патолого-анатомической подкладки рѣзко сказалось въ сужденіи о патогенезѣ *anophthalmiae congenitae auctorum*. Правда, изслѣдованія мозга уродовъ, имѣвшихъ между прочимъ и врожденное отсутствіе глазныхъ яблокъ, показало, что въ строеніи мозга (*chiasmae nervorum optico-rum*, аммониева рога, оливъ, полушарій, желудочковъ, II, III и другихъ паръ нервовъ и пр.) существуютъ большія отклоненія отъ нормы. Но переносить всецѣло эти данныя, полученные при изслѣдованіи мозга уродовъ, представлявшихъ многочисленныя отклоненія въ нормальномъ строеніи организма (отсутствіе носа, *defectus labii superioris*, отсутствіе конечностей, языка и проч.) на субъектовъ во всѣхъ кромѣ глазной области нормальныхъ, было, конечно, невозможно. Въ виду сказаннаго, сужденіе о томъ, что лежитъ въ основѣ порока развитія глаза покоится на весьма туманныхъ допущеніяхъ, которыя будутъ вѣчно оспариваемы. Сифилисъ родителей, ихъ кровное родство, внутриутробныя болѣзни плода (вредное влияніе на мозгъ плода

въ теченіи беременности (*Landesberg* <sup>3)</sup>), и, наконецъ, гоноррел родителей (*Wicherkiewicz* <sup>4)</sup>, *Richard Hilbert* <sup>5)</sup>), все это приводилось въ качествѣ возможныхъ причинныхъ моментовъ anophthalmiae congenitae. Но прежде чѣмъ устанавливать или по крайней мѣрѣ пытаться отыскивать въ каждомъ данномъ случаѣ врожденнаго отсутствія глазъ причинный моментъ, который какъ и вообще въ развитіи уродствъ, по большей части остается намъ неизвѣстнымъ, необходимо имѣть въ виду, что врожденное отсутствіе глазъ могло получиться по двумъ путямъ: 1) либо потому, что у даннаго субъекта въ силу какихъ либо уклоненій отъ нормы процессовъ сформированія органа не произошло вовсе образованія глазнаго яблока или 2) сформированіе этого органа имѣло мѣсто, но тѣ или другія внутриутробныя патологическіе моменты оказали столь вредное вліяніе на глазъ, что онъ подвергся дегенеративнымъ процессамъ. Что послѣднее имѣетъ по видимому большую долю вѣроятности говорить между прочимъ и то обстоятельство, что у лицъ, страдающихъ anophthalmia congenita находятъ, (*Скребицкій* <sup>6)</sup>, *Magnus* <sup>7)</sup>, *v. Wecker*, *Schaumburg*, *Reuss* <sup>8)</sup>, *Wicherkiewicz* <sup>9)</sup>), въ глазной впадинѣ кистовидныя образованія на одномъ или на обоихъ глазахъ. Этимъ кистовиднымъ образованіямъ, представляющимъ собою какъ бы остатокъ атрофированнаго зародышеваго глаза, придаютъ большое значеніе *Талько* <sup>10)</sup> и *Hilbert* <sup>11)</sup>: «plodowe zaszatki nierozwinietych galek ocznych». *Manz*, котораго между прочимъ цитируетъ и *Hasner* <sup>12)</sup> также думаетъ, что въ основѣ происхожденія anophthalmiae лежитъ остановка и послѣдующее угнетеніе развитія глаза въ теченіи

<sup>3)</sup> *Landesberg*. Vier Fälle von Anophthalmus congenitus. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, 1877, стр. 141.

<sup>4)</sup> *Wicherkiewicz*. Beitrag zur Casuistik des bilateralen congenitalen Anophthalmus. Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., XIV Jahrgang, стр. 329.

<sup>5)</sup> *Hilbert*. Ein Beitrag zur Genese des sogenannten Anophthalmus congenitus, *Virchow's Arch.*, Bd. 127, XII, 1892, стр. 378.

<sup>6)</sup> *Скребицкій*. Fall von Anophthalmus mit angeborenen Cystenbildung in den unteren Lindern. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1881, Ноябрь.

<sup>7)</sup> *Magnus*. Sechs Fälle von Anophthalmus und Mikrophthalmus congenitus. Arch. f. Augenheilkunde, 1883 г. XII, 3, стр. 297 и сл.

<sup>8)</sup> *Reuss*. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wiener med. Blätter, 1885, № 5, стр. 142.

<sup>9)</sup> *Wicherkiewicz*. I. c.

<sup>10)</sup> *Талько*. Z kasuistyki oftalmicznej. Medycyna, 1876, стр. 589 и сл.

<sup>11)</sup> *Hilbert*. I. c.

<sup>12)</sup> *Hasner*. Sechs Fälle von Anophthalmus congenitus. Vierteljahrsschrift f. d. praktische Heilkunde, 1876, стр. 130.

внутриутробной жизни плода, происшедшее въ силу тѣхъ или другихъ патологическихъ моментовъ. Prof. *Kundrat* <sup>13)</sup> на основаніи своихъ случаевъ не сомнѣвается, что «diese Cystenbildung in Beziehung zum Bulbus steht». «Ob auch Anophthalmie durch Mangel der Anlage der primären Augenblase oder deren Zerstörung in der ersten Entwicklung hervorgerufen werden kann» говоритъ онъ въ другомъ мѣстѣ, «ist mehr als zweifelhaft».

Если наличность кистовидныхъ образованийъ въ глазахъ молодыхъ субъектовъ имѣетъ такимъ образомъ патогномическое значеніе, то отсутствіе этихъ кистовидныхъ образованийъ у слѣпорожденныхъ, достигшихъ уже взрослога возраста, какъ это мы видимъ, на примѣръ, въ описаніи случая *Неболубова* <sup>14)</sup> или у *v. Hippel*'я <sup>15)</sup>, не говоритъ, повидимому, противъ того предположенія, что anophthalmia есть результатъ атрофическихъ процессовъ въ глазу внутри-утробнаго плода. Весьма вѣроятно, что съ годами эти кистовидныя образования, этотъ жалкій дегенератъ глаза, можетъ окончательно дегенерироваться и исчезнуть.

Итакъ, по нашему мнѣнію, всего вѣроятнѣе допустить, что anophthalmia congenita есть слѣдствіе атрофическаго процесса глаза во время внутриутробной жизни. Съ этой точки зрѣнія существующее названіе конечнаго результата процесса окажется нѣсколько неудовлетворительнымъ и могло бы, по нашему мнѣнію, быть замѣнено терминомъ *atrophia oculorum foetus*.

Что же касается теперь до тѣхъ моментовъ, которые, по авторамъ, лежатъ въ основѣ этой атрофіи, то ни сифилисъ, ни наслѣдственность, ни кровное родство родителей по видимому не играютъ большой роли, по крайней мѣрѣ на сколько объ этомъ можно судить по довольно подробнымъ описаніямъ случаевъ. Играетъ ли существенную роль гоноррея—сказать трудно. Приходится допустить весьма мало вѣроятное зараженіе плода гонорреей при цѣломъ плодномъ пузырьѣ. Приводимое же авторами въ качествѣ доказательства гонорройнаго происхож-

<sup>13)</sup> Prof. *Kundrat*. Ueber die angeborenen Cysten im unteren Augerlide. Wien. med. Blätter. 1885. №№ 51 и 52.

<sup>14)</sup> *Неболубовъ*. Случай врожденнаго отсутствія глазныхъ яблокъ. Медицинское Обозрѣніе, 1890 г., XXIII, стр. 608.

<sup>15)</sup> *v. Hippel*, Anophthalmia duplex congenita. Archiv. f. Ophthalm. 1874, стр. 203.

денія anophthalmiae гноевидное истечение изъ конъюнктивальнаго мѣшка слѣпаго глаза не представляется убѣдительнымъ по двумъ причинамъ: 1) по отсутствію бактериологическаго изслѣдованія гноевиднаго секрета на гонококки и 2) потому, что при anophthalmia часто бываетъ заворотъ вѣкъ внутрь, что уже само по себѣ, при чувствительности и воспримчивости слизистой оболочки глаза новорожденнаго, можетъ обусловить катаральное воспаленіе соединительной оболочки вѣкъ.

Покончивъ съ краткимъ обзоромъ своевременнаго состоянія вопроса объ anophthalmia congenita auctorum сообщу свой случай, наблюдавшійся мною въ Гаваньскомъ родильномъ пріютѣ.

Во всѣхъ отношеніяхъ здоровая и крѣпкая 38 лѣтняя, X—рага, поступила къ родамъ 5 января 1894 года. Въ анамнезѣ сифилиса нѣтъ. Родила восемь живыхъ младенцевъ и одинъ разъ выкинула. Послѣ родовъ ничѣмъ не хворала и всегда отличалась крѣпкимъ здоровьемъ. Тазъ широкій (d. spinarum. 24 с.; d. crist. 28 с.; conj. ext. 21 с.; troch. 32 с.;). Роды прошли безъ всякихъ осложненій, если не считать того, что ребенокъ родился въ заднемъ видѣ 2-го затылочнаго положенія. Общая длительность родовъ была 10 час. 38 мин. Дѣтское мѣсто никакихъ слѣдовъ сифилиса не имѣло. Плодъ (дѣвочка), прекрасно сформированный и упитанный, вѣсомъ въ 3400 грм. и длиною въ 48 сант., представлялъ слѣдующіе размѣры: 1) *головка*—окружность прямая 33 с., косая 38 с., вертикальная 31,5 с., размѣръ прямой 10,5 с., б. косой 12,0 с. б. поперечный 9 с., м. поперечный 8 с., вертикальный 8,25 с.; 2) *плечики*—окружность 35,25 с., поперечный размѣръ 11,0 с.; 3) *ягодицы*—окружность 29,5 с., поперечный размѣръ 8,0 с.; *грудой* размѣръ 7,25 с.

При осмотрѣ лица новорожденной обратило на себя вниманіе то обстоятельство, что закрытыя и запавшія глазныя впадины не представляли обычнаго контура глазныхъ яблокъ. Разрѣвъ вѣкъ оказался малымъ (не болѣе 1,5 сант. съ той и другой стороны), а сами вѣки оказались столь плотными и настолько завороченными внутрь, что открыть ихъ не представлялось возможнымъ. Въ строеніи глазныхъ орбитъ, равно какъ и другихъ частей лица и черепа уклоненій отъ нормы не оказалось. На слѣдующій день ребенокъ отлично сосалъ грудь. Въ виду того, что изъ конъюнктивальнаго мѣшка выдѣлялось значительное количество гноевиднаго секрета, было влито въ мѣшокъ того и другаго глаза по каплѣ 2% раствора argenti nitrici. Выдѣленіе остановилось. Желая убѣдиться, дѣйствительно ли мы имѣли передъ собою случай врожденнаго безглазія, я при помощи хирурга, д-ра А. В. Минина, попытался произвести подъ хлороформомъ изслѣдованіе содержимаго конъюнктивальнаго мѣшка. Заворотъ вѣкъ воспрепятствовали намъ, однако, произвести это изслѣдованіе съ такою точностью, которой этотъ случай заслуживалъ. Мы могли только констатировать *полное отсутствіе* глазныхъ яблокъ; глазная впадина была выстлана грубо-складчатую набухшею и инъецированной слизистой оболочкою. Кистовидныхъ образованій въ мѣшкѣ намъ опредѣлить не удалось, вѣроятно

потому, что обзрѣть во всѣхъ подробностяхъ содержимое глазной впадины оказалось невозможнымъ: при выворачиваніи вѣкъ и безъ того приходилось значительно ихъ травмировать.—Въ дальнѣйшемъ, развитіе младенца совершалось правильно, безъ всякихъ уклоненій въ какихъ бы то ни было отношеніяхъ, если не считать перенесенную имъ съ 2 по 6 сутки желтуху (*icterus neonatorum*) въ довольно рѣзкой формѣ. При плачѣ младенца, (что случалось съ нимъ крайне рѣдко, такъ какъ онъ былъ въ общемъ чрезвычайно спокойнымъ) изъ глазъ его выдѣлялось значительное количество слезъ. На 6 сутки послѣ родовъ мать унесла ребенка домой. Я наблюдалъ за нимъ и на дому родителей. На второмъ мѣсяцѣ онъ, проболѣвъ около двухъ сутокъ, умеръ отъ остраго катарра кишекъ. Къ сожалѣнію, вскрытіе было недозволено родителями.

Такимъ образомъ нашъ случай, согласно съ терминологіей *Rose*<sup>16)</sup>, представляетъ собою случай двухсторонняго отсутствія *внутренняго* глаза.

---

<sup>16)</sup> *Rose* l. c.

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 3.

*Засѣданіе 24-го марта 1894 года.*

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали: почетные члены А. Я. Крассовскій и К. Ф. Славянскій; 36 членовъ: Антиповъ, Баскинъ, Вацевичъ, Вастень, Верпинскій, Димантъ, Добровольскій В. Н., Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигородскій, Круковичъ, Личкусъ, Лопатинскій, Мазуркевичъ, Массень, Мионовъ, Мисевичъ, Піотровичъ, Полонскій, Поршняковъ, Рачинскій, Рузи, Рямша, Садовскій, Серезниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Фраткинъ, Чернышевъ, Шмидтъ, Эберманъ, Эйхфусъ и 20 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 2.

2) *Н. И. Рачинскій* (изъ клиники Д. О. Отта) показаль *два срѣзанныя надъ влагалищемъ матки ради фиброміомъ и два вырѣзанныя черезъ влагалище матки вслѣдствіе пораженія канкроидомъ шеекъ ихъ.*

3) *А. К. Мазуркевичъ* (изъ Повивальнаго Института) показаль *два вырѣзанныя черезъ влагалище матки вслѣдствіе пораженія ихъ фиброміомами.* Одна изъ этихъ матокъ, кромѣ того, была поражена еще и канкроидомъ.

4) *В. Н. Массень* сообщилъ — «О случаѣ врожденнаго новообразованія плода (*мухо-sarcoma colloides congenitum*). Въ Гаваньскій Родильный Пріютъ поступила здоровая, хорошо

упитанная, съ нормальнымъ тазомъ, женщина, рожаящая въ 6-й разъ. Находившійся во 2-мъ затылочномъ положеніи, задняго вида, плодъ до пупочной области родился самъ; остальная же часть туловища не выходила, не смотря на сильную потужную дѣятельность матки. Искусственное извлеченіе за плечики оказалось тоже безуспѣшнымъ; только послѣ низведенія обѣихъ ножекъ, подъ хлороформомъ, и при одновременномъ потягиваніи за туловище, удалось извлечь плодъ, который слабо и рѣдко дышалъ; вскорѣ онъ умеръ. На обѣихъ ягодицахъ его имѣлись круглыя опухоли. Покрывавшая ихъ кожа была всюду гладкая, нѣсколько напряженная, блестящая, мѣстами съ сильно развитыми сосудами. Правая опухоль въ два кулака взрослога человѣка, раза въ  $1\frac{1}{2}$  была больше и гораздо плотнѣе лѣвой. Общая окружность обоихъ опухолей равнялась 40 см., а въ самой узкой части (у корня опухоли, на мѣстѣ перехода ея въ бедра) 33 см. При вскрытіи оказалось, что опухоли развились между ягодичными мышцами и что каждая изъ нихъ была окружена отдѣльной оболочкой (сумкою). При микроскопическомъ изслѣдованіи обѣ оказались миксосаркомами, при чемъ лѣвая подверглась студенистому перерожденію. Въ остальныхъ отношеніяхъ новорожденная (дѣвочка) никакихъ уклоненій отъ нормы не представляла. Обществу были предъявлены самыя опухоли, микроскопическіе препараты и фотографическіе снимки съ плода.

*Н. И. Стравинскій* замѣтилъ, что 4 года тому назадъ онъ показывалъ обществу такую же опухоль, но сидѣвшую на ножкѣ и всецѣло подвергнушуюся студенистому перерожденію.

*А. Я. Красовскій* много лѣтъ назадъ, когда онъ былъ еще ординаторомъ покойнаго проф. *Киттера*, наблюдалъ роды, осложненные такою же опухолью плода, но та опухоль была больше и не съ такимъ широкимъ основаніемъ. Роды сильно затянулись. Такъ какъ плодъ предлежалъ ножками, то одна изъ послѣднихъ была низведена и приступлено къ извлеченію плода; операція, однако, оказалась безуспѣшной, а такъ какъ плодъ былъ живъ и умерщвлять его, по тогдашнимъ понятіямъ, хотя бы и въ интересахъ матери, считалось не показаннымъ, то роженица была предоставлена на нѣкоторое время самой себѣ. Къ удивленію *А. Я.* и студента, наблюдавшаго за роженицей, ножка *ушла затѣмъ назадъ*, а спустя немного роды кончились сами собою. Въ данномъ случаѣ механизмъ, очевидно, совершился такимъ образомъ, что вначалѣ опухоль застряла надъ входомъ въ тазъ, и всѣ попытки поэтому извлечь плодъ за низведенную ножку кончились неудачей; когда же, при дальнѣйшемъ теченіи родовъ, опухоль стала продви-

гаться книзу, то вслѣдствіи этого ножка ушла назадъ—обстоятельство на первый взглядъ, показавшееся столь страннымъ.

5) *Г. П. Серезниковъ* сообщилъ: «*Объ отличительномъ распознаваніи эхинококка и другихъ мѣшчатыхъ образований половой сферы*». Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней».

*А. Я. Крассовскій* замѣтилъ, что ему пришлось нѣсколько разъ наблюдать присутствіе эхинококковъ въ брюшной полости. Въ одномъ случаѣ эхинококка печени онъ, послѣ разрѣза брюшныхъ покрововъ, вызвалъ сначала приращеніе мѣшка къ брюшнымъ стѣнкамъ и только уже затѣмъ вскрылъ первый и удалилъ, такимъ образомъ, его содержимое. Больная поправилась, такъ какъ мѣшокъ, къ счастью, оказался однополостнымъ. Что касается до распознаванія, то *А. Я.* особеннаго значенія дрожанію гидатидъ не придавалъ, или, вѣрнѣе сказать, не обращалъ на этотъ признакъ вниманія. Пробный проколъ имѣеть въ подобныхъ случаяхъ несомнѣнное значеніе: примѣняя троакаръ толщиной въ гусиное перо, *А. Я.* добывалъ съ извлекаемой жидкостью и крючъя; при этомъ онъ обратилъ еще вниманіе присутствовавшихъ на характерное ощущеніе, получаемое при проколѣ отъ ударовъ дочернихъ пузырей въ конецъ троакара.

6) *А. Л. Эберманъ* говорилъ: «*О вліяніи болѣзней матки на отправленія мочевого пузыря*». Докладъ этотъ представлялъ сопоставленіе имѣющихся въ литературѣ свѣденій по данному вопросу. Въ заключеніе докладчикъ рассказалъ слѣдующій любопытный случай: на дняхъ къ нему обратилась 16 лѣтняя дѣвушка съ жалобами на болѣзненное и частое мочеиспусканіе; при этомъ она показала 13 небольшихъ камней, выдѣлившихся будто бы съ мочей послѣ лѣкарства, полученнаго въ гомеопатической аптекѣ. Каково же было удивленіе *А. Л.*, когда онъ во влагалище больной нашелъ 10 такихъ же камней (шоссейная щебенка) и легко извлекъ ихъ. Оказалось, слѣдовательно, что дѣвушка, какъ говоритъ докладчикъ, «изъ шалости» нарочно засунула себѣ всѣ эти камни въ рукавъ.

*Д. О. Оттъ* замѣтилъ по поводу прочтеннаго доклада, что нарушенія въ отправленіяхъ мочевого пузыря, въ большинствѣ случаевъ, обуславливаются смѣщеніемъ отдѣльныхъ частей его, а не давленіемъ со стороны матки, выпотовъ и т. п., какъ утверждаетъ докладчикъ.

*Е. Ф. Бациевичъ* обратилъ вниманіе на то, что не только давленіе со стороны сосѣднихъ органовъ, но иногда, наоборотъ, и оттягиваніе, напр., маткой, нижняго отдѣла пузыря разстраиваетъ актъ мочеиспусканія. Кромѣ того, не слѣдуетъ упускать изъ виду, что при болѣзняхъ матки сочувственно заболѣваетъ и мочевоу пузырь.

Предсѣдатель *Дм. Оттъ.*  
Секретарь *Личкусъ.*

## ПРОТОКОЛЬ № III.

*Административное засѣданіе 24-го марта 1894 г.*

Предсѣдательствоваль **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 38 членовъ.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № II.
- 2) Ревизионная коммиссія изъ членовъ *А. Л. Эбермана*, *И. В. Чернышева* и *Е. Ф. Балевица*, доложила Обществу, что, при ревизіи денежной кассы, послѣдняя найдена ими въ полномъ порядкѣ.

Всѣ присутствовавшія поблагодарили казначея, *Н. И. Стравинско*, продолжительными и дружными рукоплесканіями за постоянно образцовое веденіе имъ дѣла Общества.

- 3) Та-же коммиссія заявила Обществу, что она не была въ состояніи обревизовать библіотеку, въ виду отсутствія каталога. Общество постановило, по этому, выдать вновь избранному библіотечарю, *А. П. Заболотскому*, 170 рублей на приведеніе библіотеки въ порядокъ.

- 4) Ревизионная коммиссія изъ членовъ *П. Т. Садовскаго*, *Н. И. Стравинскаго* и *А. Р. Фишера*, провѣрившая приходорасходныя книги редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за истекшій 1893 годъ, доложила Обществу слѣдующее: а) На приходъ за 1893 годъ поступило двѣ тысячи восемьсотъ пятьдесятъ пять рублей (2855 р.), сравнительно съ предшествовавшимъ годомъ—мѣнше на 303 руб. 50 коп. б) Сумма расхода за отчетный годъ равняется тремъ тысячамъ двумъ стамъ восьмидесяти девяти рублямъ шести копѣйкамъ (3289 р. 6 к.), сравнительно съ предшествовавшимъ годомъ—менше на 1012 р. 60 к. в) Отчетный финансовый годъ заключенъ такимъ образомъ съ дефицитомъ въ четыреста тридцать четыре рубля шесть копѣекъ (434 р. 6 к.). г) Уменьшеніе прихода обусловлено уменьшеніемъ числа подписчиковъ, которое съ 358, въ 1892 году, понизилось въ 1893 г. до 320. д) Замѣтное сокращеніе суммы расхода образовалось, главнымъ

образомъ, благодаря уменьшенію объема «Журнала», который въ 1893 г. вышелъ въ размѣрѣ 70 листовъ (вмѣсто 83 листовъ въ 1892 г.); отчасти уменьшилась также расходная стоимость каждаго печатнаго листа, а именно въ 1892 году каждый листъ со всѣми накладными расходами обошелся болѣе 50 руб., а въ отчетномъ году—менѣе 47 руб. е) Приходо-расходныя книги, и вообще, счетоводство конторы редакціи велись правильно.

Поблагодаривши прежнюю редакцію рукопесканіями, присутствовавшіе, громаднымъ большинствомъ голосовъ, постановили покрыть дефицитъ по изданію «Журнала» въ 1893 г.— въ 434 р. 6 к.—изъ денежныхъ средствъ Общества.

5) *Д. О. Оттъ* сообщилъ обществу, что канцелярія С.-Петербургскаго Градоначальника, отношеніемъ отъ 2 марта 1894 г. за № 4242, извѣстила его, что ходатайство Общества объ измѣненіи § 17 Устава удовлетворено. (Журналъ Ак. и Ж. б.» 1893 г., стр. 815).

6) *Онъ* же заявилъ, что новая редакція, для болѣе аккуратнаго веденія отдѣла рефератовъ, предполагаетъ оплачивать трудъ референтовъ, а такъ какъ примѣръ прошлыхъ годовъ доказалъ, что, даже при самомъ тщательномъ веденіи дѣла, и безъ этого расхода, Общество въ концѣ концовъ несетъ убытки по изданію «Журнала», то редакція, напередъ, не смотря на измѣненіе § 17 Устава, обещающаго увеличить ея средства, испрашиваетъ согласіе Общества на уплату возможнаго дефицита въ будущемъ, 1894 г., при чемъ, разумѣется, съ своей стороны, обѣщаетъ принять всѣ зависящія отъ нея мѣры для того, чтобы этого дефицита не было.

Общество постановило слѣдующее: редакція можетъ рассчитывать на то, что возможный дефицитъ по изданію «Журнала» въ 1894 году будетъ покрытъ изъ денежныхъ средствъ Общества, если только онъ не будетъ превышать пятисотъ (500) рублей; въ случаѣ же дефицита, превышающаго эту сумму, Общество уплачиваетъ также не болѣе 500 рублей, предоставляя редакціи самой изыскивать средства на покрытіе остальныхъ недостающихъ денегъ.

7) *А. Я. Крассовскій* заявилъ, что онъ даетъ 100 рублей на уплату за трудъ референтовъ.

8) Казначей Общества *Н. И. Стравинскій*, представилъ слѣдующую «*смыту расходовъ на 1894 годъ*»:

|  |        |
|--|--------|
| Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ . . . . . | 30 р.  |
| Почтовый расходъ . . . . .                     | 25 »   |
| Переписка протоколовъ засѣданій Общества       | 30 »   |
| Канцелярскіе расходы . . . . .                 | 15 »   |
| Прислугѣ . . . . .                             | 30 »   |
| Покупка шкафа и переплетъ книгъ . . . . .      | 170 »  |
| Печатаніе протоколовъ засѣданій Общества       | 300 »  |
| Непредвидѣнные расходы . . . . .               | 100 »  |
| <hr/>  |        |
| Итого . . . . .                                | 700 р. |

Общество утвердило представленную смѣту.

9) *К. Ф. Славянскій* заявилъ Обществу, что проф. *Губаревъ* проситъ бесплатно высылать въ бібліотету Юрьевского университета всѣ изданія Общества, а равно и работы гг. членовъ Общества.

Постановлено удовлетворить просьбу проф. *Губарева*.

10) *К. Ф. Славянскій* прочелъ написанный имъ адрессъ отъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ—Акушерско-Гинекологическому Обществу въ Берлинѣ, по поводу предстоящаго 50-лѣтняго юбилея послѣдняго.

Общество одобрило этотъ адрессъ.

11) Единогласно избраны въ почетные члены Общества: *Olshausen* (Berlin), *Gusserow* (Berlin) и *Martin* (Berlin).

12) Читанъ «*Проектъ положенія о первомъ сѣздѣ русскихъ гинекологовъ въ С.-Петербурѣ*».

§ 1. Первый сѣздъ русскихъ гинекологовъ созывается Акушерско-Гинекологическимъ Обществомъ въ С.-Петербургѣ во время рождественныхъ каникулъ 1894/5 учебнаго года и имѣеть продолжаться не болѣе восьми дней.

§ 2. Сѣздъ имѣеть цѣлью, путемъ совмѣстнаго обсужденія способствовать научному и практическому развитію акушерства и гинекологіи въ Россіи.

§ 3. Членами Сѣзда могутъ быть врачи, имѣющіе право практики въ Россіи.

§ 4. Всѣми дѣлами Сѣзда вѣдаетъ Комитетъ его, состоящій изъ Правленія Акушерско-Гинекологическаго Общества

въ С.-Петербургѣ и двадцати членовъ, какъ живущихъ въ С.-Петербургѣ, такъ и иногороднихъ, по избранію названнаго Общества изъ своей среды и изъ числа не принадлежащихъ къ его составу русскихъ гинекологовъ.

*Примѣчаніе 1-е.* Обязанности предсѣдателя Комитета, товарища его, секретарей и казначея распредѣляются между членами Комитета по взаимному ихъ соглашенію.

*Примѣчаніе 2-е.* Засѣданія Комитета созываются предсѣдателемъ или его товарищемъ по мѣрѣ надобности и считаются дѣйствительными, если въ нихъ присутствуетъ не менѣе  $\frac{1}{2}$  живущихъ въ Петербургѣ членовъ его. Дѣла въ Комитетѣ рѣшаются простымъ большинствомъ голосовъ; при равенствѣ послѣднихъ голосъ предсѣдательствующаго даетъ перевѣсъ.

§ 5. Расходы по организаціи Съѣзда, устройству его засѣданій, печатанію трудовъ и т. п. покрываются членскими взносами, размѣръ которыхъ устанавливается Комитетомъ Съѣзда въ предѣлахъ отъ пяти до пятнадцати рублей.

*Примѣчаніе.* Отчетъ о приходѣ и расходѣ суммъ представляется Комитетомъ по закрытіи Съѣзда, въ послѣднемъ засѣданіи котораго для разсмотрѣнія названнаго отчета избирается особая ревизіонная комиссія. Остатки денежныхъ суммъ, если таковыя окажутся, поступаютъ на храненіе въ кассу Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ для передачи ихъ затѣмъ комитету слѣдующаго гинекологическаго Съѣзда; если таковой состоится.

§ 6. Иногородніе члены Съѣзда пользуются правомъ проѣзда по російскимъ желѣзнымъ дорогамъ на Съѣздъ и обратно по уменьшенному тарифу. (Собраніе узаконеній и распоряженій Правительства, № 36—1891 г., ст. 411).

§ 7. На общемъ основаніи (ст. 475, 511, 517, 519, 539 и 547, т. II. ч. 1, Общ. Губ. Учр.) Съѣздъ состоитъ подъ наблюденіемъ С.-Петербургскаго Градоначальника, которому Комитетъ представляетъ протоколы по административнымъ дѣламъ и отчетъ о дѣятельности Съѣзда; экземпляръ этого отчета представляется также въ Медицинскій Департаментъ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ черезъ Столичное Врачебное Управленіе.

Постановлено: поручить Правленію Общества тотчасъ-же представить на утвержденіе Правительства вышеприведенный проектъ положенія о первомъ сѣздѣ русскихъ гинекологовъ въ С.-Петербургѣ. Что же касается обсуждавшагося вопроса о соединенномъ сѣздѣ хирурговъ и гинекологовъ, то постановлено: поручить Правленію войти въ переговоры съ Русскимъ Хирургическимъ Обществомъ Пирогова и предложить ему организовать *одновременно* со сѣздомъ гинекологовъ хирургическій сѣздъ въ Петербургѣ, съ предоставленіемъ членамъ каждаго изъ сѣздовъ права принимать участіе въ обоихъ, при чемъ возможно будетъ устроить одно или два соединенныхъ засѣданія.

### 13) Избраны въ дѣйствительные члены:

1) *Онуфриевъ, Василій Михайловичъ*, докторъ медицины, акушеръ, завѣдующій Екатеринбургскимъ Родильнымъ Домомъ.

Родился въ 1843 году, въ Ростовѣ на Донѣ. Въ 1865 году кончилъ курсъ въ 1-й Московской гимназіи, а 1872 г.—въ Московскомъ Университетѣ, съ званіемъ врача. Съ 1872 по 1874 г.г. состоялъ земскимъ врачомъ Бобровскаго уѣзда, Воронежской губ. Съ 1874 по 1875 г.—сверхштатнымъ ординаторомъ Московской Городской больницы. Съ 1875 по 1877 г.г.—сверхштатнымъ ординаторомъ Мясницкаго Отдѣленія Больницы для чернорабочихъ въ гор. Москвѣ. Съ 1877 по 1879 г.г.—экстерномъ въ Московскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи при Воспитательномъ Домѣ. Въ 1879 году защитилъ въ Московскомъ Университетѣ диссертацию на степень доктора медицины: „О выполаскиваніи матки водой въ 40° R. при послѣродовыхъ маточныхъ кровотеченияхъ“. (Въ 1878 году выдержалъ экзаменъ на званіе акушера). Съ 1879 г. по настоящее время состоитъ завѣдующимъ Екатеринбургскимъ Родильнымъ Домомъ.

Печатные труды (кромѣ упомянутой диссертациі):

1) Медицинскій Отчетъ Екатеринбургскаго Родильнаго Дома съ 1-го апрѣля 1877 г. по 1-е сентября 1887 г.—1888 г.

2) „Два случая внѣматочной беременности“, въ запискахъ Уральского Медицинскаго Общества въ гор. Екатеринбургѣ, I годъ, 1891 г.

3) „Чревосѣченіе при асептикѣ и почти безъ наркоза“. Тамъ же.

4) Медицинскій Отчетъ Екатеринбургскаго Родильнаго Дома съ 1-го сентября 1887 г. по 1 сентября 1891 г. Записки Уральск. Медиц. Общ. въ гор. Екатеринбургѣ, 1893 г.

2) *Дипинскій, Степанъ Александровичъ*. По окончаніи гимназическаго курса въ IV Московской гимназіи, медицинское образованіе получилъ въ Московскомъ Университетѣ; послѣднимъ признавъ въ степени лѣкаря въ 1871 г. Состоялъ по 1875 годъ ординаторомъ при Виленскомъ госпиталѣ св. Якова, а затѣмъ сверхштатнымъ медицинскимъ чиновникомъ при медицинскомъ департаментѣ. По окончаніи докторскаго экзамена, защитилъ диссертацию и получилъ степень доктора медицины

въ 1881 году. Степень акушера въ 1882 году. Специальное акушерское образование получилъ, состоя экстерномъ при Належдинскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи съ 1876 по 1882 годъ. Въ 1882 году получать назначеніе директоромъ Родильнаго Института въ гор. Могилевъ губернскомъ и въ этой должности состоятъ и по настоящее время.

Печатные труды:

1) Матеріаль для фармакологіи Морскаго лука. Диссерт. С.-Петербургу. 1881 г.

2) Случай кисты яичника осложненной гнойнымъ воспаленіемъ почекъ. Сообщ. въ прот. Общества Могилев. врачей за 88—89 годъ.

3) Случай циклопіи. Сообщ. въ прот. Общ. Могилев. врачей 1888—89 г.

4) О крупцѣ и дифтеритѣ по даннымъ литературы. Сообщ. въ проток. Общ. Могилевскихъ врачей 88—89 г.

5) Цѣль существованія Медицинскихъ Обществъ. Предсѣдательская рѣчь, произнесенная въ торжеств. годичномъ засѣданіи Общ. Врачей Могил. губерніи 20 октября 1889 г. Напеч. въ прот. Общ. Врачей Могил. губерніи 89—90 г.

6) Простой плоскій тазъ. Операция искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Заднетемянное предлежаніе головки во время родовъ. Самопроизвольная ректификація головки. Сообщ. въ прот. Общ. Могил. врачей 89—90 г.

7) Патолого-анатомическое изслѣдованіе перешедшей въ гнилостное распаденіе фиброміомы матки. Сообщ. въ прот. Общ. Могил. врачей 89—90 г.

8) О значеніи профессиональной дѣятельности врачей. Рѣчь сказанная въ торжественномъ годичномъ засѣданіи Общества Врачей Могил. губ., 21 октября 1890 г.

9) Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ женскихъ половыхъ органахъ. Сообщ. въ проток. Общ. Врачей 1890—91 г.

10) Случай саркоматозной оухоли надкостницы ossis pubis. Сообщ. въ прот. Общ. Врачей 1890—91 г.

11) Нѣсколько случаевъ моче-половыхъ фистулъ, оперированныхъ въ Гинекологическомъ Отдѣленіи Могилевскаго Родовспомогательнаго Заведенія за послѣдніе четыре года. Сообщ. въ прот. Общ. Могил. Врачей 1890—91 г.

12) Ein Fall von Uterus subseptus. Centralblatt für Gynäkologie, 1893, № 33.

13) Zur Kasuistik der Fremdkörper in den weiblichen Geschlechtstheilen. Centralblatt für Gynäkologie, 1893, № 34.

3) *Склифасовскій, Николай Васильевич*, заслуженный профессоръ, правславнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1836 году. Медицинское образование получилъ въ Московскомъ Университетѣ, который окончилъ въ 1859 году. Профессорскую дѣятельность началъ въ Кіевѣ въ 1870 г., а въ слѣдующемъ 1871 году перешелъ профессоромъ въ Медико-Хирургическую Академію, гдѣ занималъ кафедру хирургіи до 1880 года, вплоть до перехода въ Московскій Университетъ на ту же кафедру, откуда въ 1893 году съ званіемъ Заслуженнаго Профессора принялъ должность Директора и Профессора Хирургіи въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, гдѣ и по сіе время состоятъ.

4) *Муратовъ, Александръ Александровичъ*, докторъ медицины, приватъ-доцентъ Московскаго Императорскаго Университета; родился въ 1851 г.; среднее образованіе получилъ домашнее, высшее въ Московскомъ Императорскомъ Университетѣ, гдѣ окончилъ курсъ въ 1875 г. По окончаніи курса былъ оставленъ штатнымъ ординаторомъ при Акушерской клиникѣ Московскаго Университета. Въ 1880 году защищалъ диссертацию на степень доктора медицины. Съ 1886 года состоитъ приватъ-доцентомъ по кафедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней въ Московскомъ Университетѣ; кромѣ того занимаетъ мѣсто консультанта по акушерству и женскимъ болѣзнямъ въ Александровской больницѣ купеческаго общества въ Москвѣ.

Напечатаны:

- 1) Случай послѣродоваго перипараметрическаго абсцесса, вскрывагося черезъ брюшныя стѣнки. (Московск. Медиц. Газ., 1877 г., № 13).
- 2) Механизмъ родовъ при гидроцефалии. (Прот. Московск. Физико-Медиц. Общ., 1878 г.).
- 3) Роды при гемиплегіи (ib.).
- 4) Перевязка внутреннихъ сѣменныхъ артерій у собакъ (ib.).
- 5) Матеріалы для акушерской статистики гор. Москвы. Дисс. 1879 г.
- 6) Замѣтки объ акушерско-гинекологическихъ клиникахъ въ Вѣнѣ. 1884 г.
- 7) Объ эпилепсіи беременныхъ. (Протоколы Моск. Медиц. Общ. 1880 г.).
- 8) Случай чрезмѣрнаго кровоточенія вслѣдствіе скарификаціи влагалищной порціи матки. (Медиц. Обзор., 1883 г.).
- 9) Случай чрезвѣснаго кровотока при вѣматочной беремености съ удаленіемъ всего околоплоднаго мѣшка и погруженіемъ ножки въ брюшную полость. (Медиц. Обзор., 1885 г., № 1). Ein Fall von Laparotomie bei extrauterin Schwangerschaft mit Entfernung des Fruchtsackes und Einleitung des Fusses in die Unterleibshöhle. (Centralb. für Gynäk., 1886, № 7).
- 10) О лѣченіи запущенныхъ осложненыхъ выкидышей. (Междунар. Клин., 1883 г., № 5).
- 11) Редактированіе русск. перевода книги д-ра *Landau* „Блуждающая печень и отвислый животъ у женщинъ“. 1886 г.
- 12) Къ симптоматологіи уретральныхъ камней у женщинъ. (Медиц. Обзор.).
- 13) Salpyngotomia et ovariectomy sin., выздоровленіе, образованіе свища въ брюшныхъ покровахъ чрезъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи и выходъ проглотивъ чрезъ свищевое отверстіе. (Медиц. Обзор., 1888 г. № 7 и Прот. Моск. Акушер.-Гинек. Общ. 1888 г.).
- 14) Къ вопросу о примѣненіи креолина въ гинекологіи и акушерствѣ. (Мед. Обзор. 1888 г., № 20).
- 15) Эхинококкъ тазовой клѣтчатки (ib. 1889 г., № 9).
- 16) Къ ученію о вѣматочной яичниковой беремености. (Журн. Акуш. и Женск. Болѣзн., 1889 г., № 6). Etude sur la grossesse ovarienne (Annal de Gynékol.).
- 17) Къ вопросу о лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній. (Прот. Моск.-Акуш.-Гинек. Общ., 1889 г.).

18) Медицинскій Отчетъ о дѣятельности Женской лѣчебницы и Родовспомогательнаго заведенія съ Января 1886 г., по Январь 1889 г.

19) Къ лѣченію послѣродовыхъ кровотеченій. (Прот. Моск. Акуш.-Гинек. Общ., 1889 г.).

20) О способахъ лѣченія внѣматочной беременности. (Труды IV съѣзда русск. врачей въ память Пирогова).

21) Къ вопросу о выворотѣ матки. (Труды Акуш.-Гинек. Общ. въ Москвѣ, 1890 г.).

22) Къ казуистикѣ выхожденія культи послѣ оваріотоміи черезъ брюшно-пузырный свищъ. (Труды Моск. Акуш.-Гинек. Общ., 1891 г.).

23) Къ вопросу о коренномъ лѣченіи значительныхъ расхожденій прямыхъ брюшныхъ мышцъ вслѣдствіе родовъ. (Врачъ, 1891 г.).

24) Fibromioma intraparietale polyposum submucosum. (Хирург. Лѣтоп. 1892 г., № 4).

25) Нѣсколько словъ объ интраперитонеальномъ вливаніи нормальнаго раствора поваренной соли при чревосѣченіяхъ. (Медн. Обзор. 1892 г., №№ 15 и 16).

26) Къ ученію о распознаваніи и лѣченіи злокачественныхъ новообразованій тѣла матки (ib., 1883 г., № 1).

27) О пришиваніи матки къ передней брюшной стѣнкѣ при полныхъ выпаденіяхъ матки (ib.).

5) *Шахъ-Пароніанъ, Самуилъ Павловичъ*, вольно-практикующій врачъ. Въ 1886 г. удостоенъ званія лекаря Совѣтомъ Московскаго Императорскаго Университета. По окончаніи курса 3 года оставался при томъ же Университетѣ и специально занимался гинекологіею и внутренними болѣзнями. Въ 1888 году сдалъ докторскіе экзамены и въ настоящее время представилъ для защиты на степень доктора медицины работу подъ заглавіемъ „О регенераціи мерцательнаго эпителія дыхательныхъ путей и значеніи его въ нѣкоторыхъ легочныхъ заболѣваніяхъ“. Съ конца 1892 г. живетъ въ Петербургѣ и занимается специально гинекологіею и акушерствомъ.

6) *Львовъ, Иванъ Моисеевичъ*, докторъ-медицины, приватъ-доцентъ Императорскаго Казанскаго Университета. Родился въ 1856 году и первоначальное образованіе получилъ въ Пензенской Духовной Семинаріи, будучи сыномъ священника этой губерніи. Въ 1874 г. поступилъ въ Казанскій Университетъ, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1879 году, при чемъ былъ удостоенъ награжденія серебряною медалью за сочиненіе написанное на заданную факультетомъ тему: „О присасываніи венозной крови къ сердцу“. По окончаніи курса былъ оставленъ ординаторомъ акушерско-гинекологической клиники Казанскаго Университета, въ какой должности пробылъ 3 года. Въ маѣ 1884 г. получилъ степень доктора медицины, послѣ защиты въ Императорской Военно-Медицинской Академіи диссертациіи подъ заглавіемъ: „Объ этиологіи новообразованій“. Съ января 1883 г. завѣдуетъ Лихачевскимъ родильнымъ отдѣленіемъ Казанской губернской земской больницы; съ іюня 1890 г. состоитъ ординаторомъ гинекологическаго отдѣленія той-же больницы. а съ октября 1893 г. — директоромъ акушерско-фельдшерской школы при той-же больницѣ. Съ января 1885 г. состоитъ приватъ-доцентомъ аку-

шерства и женскихъ болѣзней при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

### СПИСОКЪ ПЕЧАТНЫХЪ ТРУДОВЪ:

#### а) Казуистическія статьи.

- 1) Трудные роды вслѣдствіе аномалии органовъ кровообращенія плода. (*Atresia duct. venosi Arantii*). Медиц. Вѣстн., 1880 г., № 10.
- 2) Два случая *Haematomae vulvae* травматическаго происхожденія. Тамъ-же, № 29—30.
- 3) Къ казуистикѣ Порровскихъ операций. Врачъ, 1881, № 35.
- 4) Фиброміома передней губы маточной шейки. Медиц. Обзорѣніе, 1881, Т. XV.
- 5) Случай желчнаго тифоида во время беременности. Тамъ-же, Т. XVI.
- 6) Къ казуистикѣ механическихъ затрудненій родового акта вслѣдствіе приобрѣтенныхъ рубцовыхъ суженій рукава. Медицинск. Вѣстн., 1882, № 18.
- 7) Случай врожденной грыжи діафрагмы. Тамъ-же, № 18.
- 8) Случай выпаденія ножки при предлежащей головкѣ. Тамъ-же, № 35.
- 9) Атрофическое плодное яйцо при одновременной нормальной беременности,—роды въ срокъ доношеннымъ плодомъ; рожденіе атрофическаго яйца чрезъ 6 часовъ послѣ нормальныхъ родовъ. Тамъ-же, № 38.
- 10) Абортъ 1½ мѣсяца; яйцо оставалось въ маткѣ около 5-ти мѣсяцевъ послѣ прекращенія развитія. Тамъ-же, № 44.
- 11) Абортъ. Смерть плода на 3-мъ мѣсяцѣ, послѣдъ же продолжалъ развиваться до 7-го мѣсяца. Тамъ-же, № 46.
- 12) Четыре случая неукротимой рвоты беременныхъ. Тамъ-же № 51—52.
- 13) Случай двойнаго гимена. Медиц. Вѣстн., 1883 г.
- 14) Изъ гинекологической практики. Русск. Медиц., 1885 г., № 24.
- 15) Случай внезапной смерти во время родовъ. Дневн. Казанск. Общ. Врачей., 1885 г.
- 16) Затрудненіе родовъ вслѣдствіе новообразованія въ стѣнкахъ мочевого пузыря. Русск. Медиц., 1886 г., № 4.
- 17) Случай *Evolutionis spontaneae* доношеннаго и живаго плода. Тамъ-же № 6.
- 18) Случай внутриутробной смерти плода и преждевременныхъ родовъ вслѣдствіе перекручиванія пуповины. Тамъ-же, № 7.
- 19) Первичный плоско-эпителиальный ракъ слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала. Врачъ, 1884 г., № 34.
- 20) Случай врожденнаго уродства плода. Журн. Акуш. и Женск. Болѣзн., 1891 г., № 78.
- 21) Случай *graviditatis tubouterinae* съ благоприятнымъ исходомъ родовъ *per vias naturales*. Медиц. Обзорѣніе, 1891 г., № 9.
- 22) Кесарское сѣченіе по Порро при остеомалияческомъ тазѣ съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода. Тамъ-же, 1893 г., № 9.
- 23) Случай крупознаго воспаленія рукава. 1884 г., Медиц. Вѣстн.
- 24) Случай воспаленія дѣвственной плевы. Тамъ-же.

25) Полное излѣченіе фибрознаго полипа матки подкожнымъ вприскиваніемъ Ergotin'a. Тамъ-же.

26) Случай Апенсепhalіае 4-хъ мѣсячнаго плода. Дневн. Казанск. Общ. Врачей. 1888 г., № 18.

27) Случай осложненія беременности большой междуточной міомой матки. Медиц. Обзор., 1887 г., № 8.

28) Матеріалы для изученія Казанской лихорадки. Дневн. Казанск. Общ. Врачей, за 1881 и 1882 годы.

29) Къ вопросу о лѣченіи несрастающихся переломовъ. Тамъ-же, за 1880 годъ.

*б) Самостоятельныя изслѣдованія.*

30) Значеніе Эссентукской воды № 17 и двууглекислаго литія при лѣченіи каменной болѣзни. Медицин. Вѣстн., 1878 г., № 46.

31) О предохраненіи промежности отъ разрыва во время родовъ. Тамъ-же, 1879 г., № 52.

32) Раннее вставаніе роцильницъ. Тамъ-же, 1880 г., № 45—46.

33) Къ ученію о быстрыхъ родахъ. Тамъ-же, 1881 г., № 8.

34) Перекручиваніе пуповины амниальнымъ шнуркомъ, какъ причина утробной смерти плода и выкидыша. Тамъ-же, № 28.

35) Современное состояніе вопроса объ этиологіи Placentae praeviae. Врачъ, 1881 г., № 45—51.

36) О вліяніи перемежающейся лихорадки на теченіе беременности и утробный плодъ. Дневн. Казанск. Общ. Врачей, 1882 г.

37) Kali hypermanganicum при Amenorrhoea. Медиц. Вѣстн., 1883 г.

38) Къ ученію объ этиологіи новообразованій, гор. Казань, 1884 года. Доктор. диссертация.

39) Къ ученію о причинахъ происхожденія неправильныхъ положеній и поворотовъ младенца при родахъ. Дневн. Казан. Общ. Врачей, 1884 года.

40) Фарадизация въ гинекологіи. Врачъ, 1885 г., № 15—16.

41) Кислородъ при эклампси. Русск. Медиц., 1885 г. № 35—39.

42) Антипиринъ при сочленовномъ ревматизмѣ и мигрени (совмѣстно съ проф. М. X. Хомяковымъ). Врачъ, 1885 г., № 33.

43) О гематомѣ половыхъ губъ и рукава. Мед. Обзор., 1885 г., т. XXIII.

44) О предупрежденіи бленнорройнаго воспаленія глазъ у новорожденныхъ. Медиц. Обзор., 1885 г., XXIV.

45) Тоже статья вторая. Тамъ-же, 1887 г.

46) Viburnum prunifolium при угрожающемъ выкидышѣ. Тамъ-же 1886 года, XXVI.

47) Сравнительныя наблюденія надъ лѣченіемъ катарра шейки матки. Медиц. Обзор., 1886 года.

48) Kali hypermanganicum при Amenorrhoea. Статья вторая. Тамъ-же, 1887 года.

49) О необходимости перевязывать остатокъ пуповины сухими обезгниливающими веществами. Тамъ-же, 1888 года.

50) Ueber die Blutgeschwülste der äusseren Geschlechtsorgane und die Scheide. Zeitschr. f. Geburtshülff. und Gynäkol., Bd. XIII, Hf. I.

51) Zur unbeeendeten Extraction des Kindes am Kopfe mit der Zange. Centralblatt f. Gynäkol. 1886 г., № 25.

- 52) О вліянні инфлюенцы на теченіе беременности и утробный плодъ. Медич. Обзор., 1890 г., № 2.
- 53) Волокнистое (крупозное) воспаление входа и рукава. Врачъ, 1890 г., № 29.
- 54) Первичный бугорковый эндометритъ. Врачъ, 1891 г., № 18.
- 55) Mola vesiculosa. Журн. Акуш. и Женск. болѣз., 1891 г., № 7—8.
- 56) Къ учению объ этиологіи и терапіи проникающихъ разрывовъ сво- довъ рукава у роженицъ (Colporrhaghexis Гугенбергера). Врачъ, 1891 г., № 44.
- 57) Слоновое перерожденіе титечныхъ желѣзъ. Тамъ-же, 1892 г., № 37.
- 58) Удаленіе кистъ яичниковъ и придатковъ матки чрезъ влага- лище. Тамъ-же, № 38.
- 59) Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичниковъ и придатковъ матки чрезъ влагалище. Статья вторая. Тамъ-же, № 46.
- 60) О вліянніи сыпного тифа на теченіе беременности и утробный плодъ. Журн. Акуш. и Женск. болѣз., 1893 г., № 1.
- 61) Болѣзнь Hildebrandta (Penis captivus s. vaginismus superior). Врачъ, 1893 г., № 9.
- 62) Винкелева болѣзнь новорожденныхъ. Мед. Обзор., 1893 г., № 14.
- 63) О лучшемъ уходѣ за пуповиннымъ остаткомъ. Тамъ-же, № 1.

*в) Лекціи и рѣчи.*

- 64) О положеніи родильницъ и о вставаніи ихъ съ постели. Врачъ, 1888 г., № 35.
- 65) Къ вопросу о чревосѣченіи при сплошныхъ зарощеніяхъ рукава съ образованіемъ Haematometrae et Haematosalpingis. Тамъ-же, 1893 г., № 29.
- 66) О причинахъ женскихъ болѣзней. Публичная лекція. Второе изданіе, 1890 г., Казань.
- 67) Значеніе игръ въ дѣлѣ физическаго воспитанія дѣтей. Публич- ная лекція. Отдѣльное изданіе, Казань, 1892 года.
- 68) Духовныя волненія какъ причина болѣзней и какъ терапевти- ческое средство. Рѣчь, читанная въ годичномъ засѣданіи Общ. Врачей. гор. Казани. Дневн. Казанск. Общ. Врачей, 1881 года.

*г) Отчеты.*

- 69—79) Медицинскій отчетъ по Лихачевскому родильному отдѣле- нію Казанской Губернской Земской больницы. 10 *годовыхъ отчетовъ*. Отдѣльные изданія, гор. Казань.
- 80—82) Отчеты о дѣятельности Общ. Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ. Дневн. Казанск. Общ. Врачей.
- 83—85) Отчетъ по Гинекологическому Отдѣленію Казанской Губерн- ской Земской больницы, составленъ д-ромъ *Тепловымъ* подъ моимъ редак- торствомъ. 3 *отдѣльныхъ отчета за три года*. Отдѣльные изданія. Казань.
- 14) Предложенъ въ дѣйствительные члены: *Ануфриевъ*, Александръ Андреевичъ, лекаръ (предложенъ — *Фишеромъ*, *Лич- кусомъ* и *Заболотскимъ*).

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

## Изъ засѣданій Совѣта врачей Казанской губернской земской больницы 15 и 29 марта 1894 г.

Ординаторъ Гинекологическаго Отдѣленія больницы *И. М. Львовъ* псказаль слѣдующіе препараты:

1) Громадную пролиферирующую кистому лѣваго яичника съ густымъ коллоиднымъ содержимымъ, удаленную имъ у 47 лѣтней, очень истощенной больной, помощью чревосѣченія. Интересъ случая состоялъ въ слѣдующемъ: больная до крайности была истощена; киста выросла въ продолженіи года. При операціи оказалось, что киста имѣла разрывы, при чемъ содержимое ея—желеобразная желтоватая коллоидная масса—выливалась въ полость брюшины. Сама брюшина, какъ паріетальная, такъ и висцеральная представляла полную картину коллоиднаго перерожденія,—она была усѣяна мелкими пузырями съ густымъ коллоиднымъ содержимымъ. Водянки живота не было. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений,—больная поправилась.

2) Матку, удаленную *per vaginam* и пораженную міомами: имѣлось три опухоли въ днѣ матки: двѣ интерстиціальныя, величиною каждая до грецкаго орѣха и 1, до куринаго яйца величиною, начинала переходить въ субмукозную. Вся матка въ днѣ до кулака величиною. Больная 43 лѣтъ,—сильныя кровотеченія. При операціи обращало на себя вниманіе то обстоятельство, что три перевязкѣ сосуды и трубы легко перерѣзались довольно толстыми лигатурами,—они были ломки. Больная поправилась.

3) Матку, удаленную per vaginam и пораженную adenoma malignum. Больная 32 лѣтъ, кровотеченія; наследственный карциноматозъ. До операціи предполагалось только поражение шейки, но вырѣзанная матка показываетъ, что поражение перешло уже и на тѣло матки. Операція безъ осложнений. Больная поправилась.

4) Удаленные чревосѣченіемъ у 25 лѣтней здоровой женщины слѣдующіе придатки матки: hydrosalpinx правой стороны до гусиного яйца величиною; мѣшокъ въ стадіи регрессивныхъ измѣненій отъ внѣматочной правосторонней беременности. Мѣшокъ этотъ непосредственно помѣщается на и отчасти въ самомъ яичникѣ, давая полость съ апельсинъ величиною; въ мѣшкѣ на лицо присущія плоду оболочки, самаго же плода не найдено. Мѣшокъ этотъ внизу и сзади крѣпко сращенъ съ тазовой брюшиной, почему при операціи небольшая часть его осталась не удаленной, но оболочки всѣ взяты. Съ лѣвой стороны у этой больной имѣлся хроническій гнойный salpingo-ophoritis, почему и эти придатки были удалены. До операціи больная около 2 мѣсяцевъ находилась подъ наблюдениемъ, пользуясь отъ haematocele retrouterina и явленій тазоваго остраго перитонита. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений. Больная поправилась.

5) Удаленные придатки матки, чревосѣченіемъ, у молодой 17 лѣтней проститутки, долго предъ этимъ болѣвшей постоянно обостряющимися боковыми периметритами и salpingoophoritis. Оказалось, что обѣ трубы, будучи вполне зарощены въ абдоминальномъ концѣ, имѣли гнойно-кровянистое содержимое (pyosalpinx), а яичники были поражены мелкокистнымъ процессомъ. Больная ранѣ пила очень много водки. Въ первые дни послѣоперационнаго періода значительное учащеніе пульса—до 140 въ 1 м., при нормальной температурѣ и полномъ отсутствіи какихъ либо мѣстныхъ процессовъ. Больная поправилась.

6) Удаленный чревосѣченіемъ гнойный salpingoophoritis лѣвой стороны у 32 лѣтней больной. Съ правой стороны труба была поражена катарральнымъ процессомъ, а яичникъ—мелкокистнымъ процессомъ. При операціи дѣло ограничилось отдѣленіемъ сращеній отъ трубы и яичника съ этой стороны. Затѣмъ яичникъ былъ разрѣзанъ (по способу *Hedr'ы*) и остав-

лень на мѣстѣ. Послѣоперационный періодъ безъ осложненій. Больная поправляется.

7) Матку съ тремя міомами интерстиціальными въ днѣ, удаленную чрезъ влагалище. Женщина 34 лѣтъ, не рожавшая; кровотеченія. Дно матки величиною съ гусиное яйцо. Операція безъ осложненій. Больная поправляется.

*Ив. Львовъ.*

---

# РЕФЕРАТЫ.

## Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы:

36. Hochstetter. Ueber Harnleiterscheidenfisteln. (Archiv für Gynaecologie, Bd. 45, Hft. 1, S. 107). **О мочеточниковлагалищныхъ фистулахъ.**

Мочеточниковлагалищныя фистулы стали извѣстны въ срединѣ этого столѣтія и *Simon* впервые описалъ такую фистулу. Съ тѣхъ поръ, по *Hochstetter*'у, описаны 39 случаевъ. Въ 23—причиной фистулы были тяжелые роды, въ 10—полное вырѣзываніе матки, въ остальныхъ—то тазовые абсцессы, то продолжительное ношеніе песарія и т. д.

Въ послѣднее же время названныя фистулы главнымъ образомъ являются послѣ *extirpatio uteri totalis*, отъ перевязки *ligamenti lati*, при чемъ мочеточникъ можетъ быть всецѣло вовлеченъ въ лигатуру или одна только стѣнка его. Въ первомъ случаѣ получится полная перерѣзка мочеточника, во второмъ—образуется только отверстіе въ одной стѣнкѣ. По *Zweifel*'ю такая фистула можетъ также образоваться отъ перегиба мочеточника, вызваннаго притягиваніемъ массовой лигатуры, наложенной на широкую связку. Распознать одностороннюю перевязку мочеточника въ первые дни послѣ операціи весьма трудно. Ни недостаточность отдѣленія мочи, ни рвота, ни чувство давленія въ почечной области не даютъ основанія высказываться въ пользу перевязки мочеточника. Болѣе точныя указанія получаютъ при примѣненіи кистоскопа. Перевязку же обоихъ мочеточниковъ распознать не трудно. Полная анурія служить несомнѣннымъ до-

казательствомъ. При скорой постановкѣ діагноза, немедленнымъ снятіемъ лигатуры, еще возможно возстановленіе проходимости мочеточника. *Gusserow*'ымъ, 24 часа послѣ операціи, были сняты лигатуры, при чемъ обильнаго кровотеченія не было. Такой же случай описанъ и *Zweifel*'емъ. Онъ черезъ 36 часовъ послѣ операціи пытался снять лигатуру съ *левой* широкой связки, вслѣдствіе же кровотеченія, полное снятіе пришлось отложить еще на 12 часовъ. Выдѣленіе мочи немедленно возстановилось. Въ виду же продолжавшейся рвоты, на 6 день послѣ операціи, пришлось снять лигатуры и съ правой стороны. Больная выздоровѣла.

Въ то время какъ распознать перевязку мочеточниковъ затруднительно, діагнозъ мочеточниковлагалищной фистулы трудностей не представляетъ. Моча частью выдѣляется изъ рукава; въ послѣдней имѣется отверстіе, черезъ которое моча каплями просачивается. Проникнуть катетеромъ или зондомъ черезъ это отверстіе въ мочевой пузырь и изъ послѣдняго въ рукавъ нѣтъ возможности. Затѣмъ далѣе, —наполняя мочевой пузырь либо молокомъ, либо окрашенной жидкостью, мы видимъ, что послѣдняя черезъ фистулу не проходитъ. Зондированіемъ мочеточника и мѣстомъ отверстія не трудно опредѣлить какой мочеточникъ прорывленъ.

Лѣченіе мочеточниковлагалищныхъ фистулъ, говоритъ авторъ, должно начать съ прижиганій, но не слѣдуетъ упускать изъ виду, что ими могутъ быть вызваны опуханіе ткани и временное полное закрытіе мочеточника.

Произвольное заживленіе отверстія въ стѣнкѣ мочеточника, описаны *Zweifel*'емъ (3 случая), *Schatz*'омъ (1 случай) и *Gusserow*'ымъ (1 случай). Если же фистула произвольно не заживаетъ, то оперативное закрытіе ея показано не только вслѣдствіе крайне тяжелаго состоянія больной, въ зависимости отъ постояннаго непроизвольнаго мочеотдѣленія, но и вслѣдствіе угрожающей опасности со стороны почекъ.

Уже *Simon* пытался, превращеніемъ мочеточниковлагалищной фистулы въ мочеточнико-пузырновлагалищную и послѣдовательнымъ закрытіемъ послѣдней, излѣчить больную, однако ему это не удалось. Впослѣдствіи *Landau* совѣтовалъ сдѣлать разрѣзъ въ мочевой пузырь и превратить мочеточниковую фистулу въ пузырновлагалищную, въ верхней части которой вошло бы отверстіе мочеточника. Глубокими швами, захватывающими и стѣнку пузыря, потомъ зашиваютъ продольно отверстіе. По этому способу оперировали *Bandl*, *Nicoladini* и *Соловьевъ*.

*Schede* модифицировалъ способъ *Landau* такимъ образомъ: сдѣлавъ искусственно пузырновлагалищную фистулу, онъ вначалѣ швомъ соединилъ слизистую оболочку влагалища съ таковой пузыря, спустя же 24 дня, вмѣсто того, чтобы освѣжить края фистулы, онъ въ окружности краевъ, миллиметра на 3—4, оставивъ слизистую оболочку не тронутой, ввернулъ края фистулы въ пузырь. Такимъ образомъ получился глубокий полужелобъ (*Halbkanal*) выстланный слизистой оболочкой; въ наружномъ краѣ этого желоба помѣщался мочеточникъ. Преимущества этого способа, по *Schede*, состоятъ въ слѣдующемъ:

1) Искусственная пузырновлагалищная фистула губообразно окаймлена слизистой оболочкой, предупреждающей послѣдовательное суженіе.

2) Вторая половина операціи не сопряжена ни съ новой травмой мочеточника, ни съ таковой слизистой оболочки влагалища и появленіе рубцоваго суженія мочеточника представляется мало вѣроятнымъ.

3) Въ случаѣ необходимости послѣдовательнаго зондированія мочеточника, желобъ служитъ путеводителемъ.

Случай *Schede* окончился выздоровленіемъ. По этому же способу оперировалъ и *Gusserow*, въ случаѣ, описанномъ *Hochstetter*'омъ. Дѣло касалось 40 лѣтней больной съ *cancer portioinis vaginalis*. Была произведена *extirpatio uteri totalis*. Интересно, что, во время операціи, найдена двухмѣсячная беременность. Уже на 2-й день послѣ операціи появились боли и чувство давленія *in regione lumbalis sinistra*, также и лихорадочное состояніе. Количество мочи незначительно уменьшено. На 11 день замѣчено непроизвольное мочеотдѣленіе; на 20 день въ лѣвомъ углу раны найдено небольшое отверстіе, изъ котораго, при давленіи на лѣвую почечную область, выдѣлялась водянистая жидкость. Молоко, которымъ, для дифференціального діагноза, мочевой пузырь былъ наполненъ, черезъ отверстіе раны не выдѣлялось. Выписанная съ этой фистулой, больная скоро вернулась въ внутреннюю клинику съ *ruelonephritis*, источникомъ которой вѣроятно была фистула. По выздоровленіи былъ примѣненъ способъ *Schede*. Вторую часть операціи пришлось повторить нѣсколько разъ. Больная выздоровѣла. По этому способу успѣшно оперировали также *Kaltenbach* (2 раза) и *Arie Geyl* (1 разъ). Оба автора однако оперировали въ одинъ приемъ.

Въ случаяхъ, когда приведенное оперативное пособіе остается безъ результата, послѣ предварительнаго наложенія пузырно-

влагалищной фистулы, приходится прибѣгнуть либо къ kolporekisis totalis, либо къ вырѣзыванію соответственной почки.

Б. Фейнбергъ.

37. **Robert Müllerheim. Die Symphyseotomie.** (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, № 91, 1894). **Симфизеотомія.**

Авторъ задался цѣлью рассмотреть всѣ возраженія противъ симфизеотоміи и опредѣлить, какое мѣсто въ акушерствѣ должно быть отведено этой операціи.

Подвижность сочлененій таза доказана многими изслѣдованіями, и ее теперь врядь ли можно отрицать. Однако въ виду большаго различія въ сужденіяхъ о частотѣ и степени этой подвижности, авторъ старался составить себѣ собственное мнѣніе на этотъ счетъ.

Для этого изслѣдовались всѣ три сочлененія таза у родильницъ по способу, предложенному впервые *Freund'*омъ. Сначала въ лежачемъ положеніи родильницы ощупываютъ однимъ или двумя пальцами заднюю поверхность лона со стороны влагалища, въ то время какъ два пальца другой руки снаружи, на лонномъ бугоркѣ, прощупываютъ углубленіе между лонными костями. При этомъ разводятъ и попеременно сгибаютъ и разгибаютъ бедра родильницы для того, чтобы получить представленіе о степени подвижности лоннаго соединенія. Затѣмъ, таже самая родильница изслѣдуется въ стоячемъ положеніи. Опять ощупываютъ лонное соединеніе, а потомъ крестцовоподвздошныя сочлененія. Врачъ, становясь на колѣно, вводитъ въ rectum указательный палецъ до области крестцовоподвздошнаго сочлененія. Родильница должна при этомъ опираться попеременно то на правую, то на лѣвую ногу, свободную ногу поднимать, а туловище откидывать къзади. Руководясь сѣдалищной остью, палецъ легко доходить до костной дуги *incisurae ischid. majoris* и до линіи сочлененія.

Изъ 180 изслѣдованныхъ родильницъ обнаружили подвижность въ лонномъ соединеніи 138. При этомъ наблюдалась:

|                              |         |
|------------------------------|---------|
| Малая подвижность . . . . .  | 41 разъ |
| Подвижность . . . . .        | 64 "    |
| Легкая подвижность . . . . . | 33 "    |

Подвижность въ крестцовоподвздошныхъ сочлененіяхъ наблюдалась 114 разъ:

|  |         |
|--|---------|
| Малая подвижность . . . . .            | 54 раза |
| Подвижность . . . . .                  | 49 "    |
| Легкая подвижность . . . . .           | 11 "    |
| Неподвижность въ симфизѣ . . . . .     | 42 "    |
| ” въ подвздошномъ сочлененіи . . . . . | 54 "    |

Въ обѣихъ заднихъ сочлененіяхъ подвижность большею частью была такая же, какъ и въ симфизѣ. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя было констатировать подвижность заднихъ сочлененій, не смотря на подвижность и неплотное соединеніе симфизы.

Подвижность заднихъ сочлененій при плотности симфизы встрѣчалась рѣдко. Иногда замѣчалась разница въ податливости между правымъ и лѣвымъ сочлененіемъ.

Недостаточная подвижность была находима всего чаще у особъ старше 30 лѣтъ, а легкая подвижность у родильницъ моложе 25 лѣтъ.

Повидимому, кромѣ вліянія возраста, никакой другой моментъ не можетъ быть поставленъ въ причинную зависимость со степенью подвижности. Безъ вліянія остаются: тѣлосложеніе, число и частота предшествовавшихъ родовъ, трудное родоразрѣшеніе, величина головки плода, время послѣ родовъ (7-й или 20-й день), форма таза. Подвижность крестцовоподвздошныхъ сочлененій изслѣдовалась также на 10 трупяхъ. Въ 3-хъ не пуэрперальныхъ тазахъ сочлененія вскрылись съ хрустомъ уже при разстояніи между концами лонныхъ костей въ 1, 1½ и 2 см., а въ семи пуэрперальныхъ тазахъ—послѣ 6, при 6, 5, 4, 2½, 2 и 1 см. Такимъ образомъ, растяжимость связокъ представляется очень различной.

Растяжимость больше у беременныхъ, вслѣдствіе большей сочности связокъ. Повидимому, она также больше у хорошо унитанныхъ субъектовъ.

Авторъ приводитъ нѣсколько цифръ, показывающихъ увеличеніе размѣровъ таза, полученное при расширеніи вышеупомянутыхъ семи пуэрперальныхъ тазовъ. Онъ думаетъ, что нельзя вывести общаго закона для величины прироста даннаго размѣра таза при извѣстномъ расхожденіи лонныхъ костей. Каждая форма таза требуетъ особаго изученія. Среднія величины изъ большаго числа измѣреній каждой отдѣльной формы тоже не принесутъ пользы, такъ какъ помимо формы таза величина расширенія зависитъ еще отъ размѣровъ головки.

Самый главный пунктъ при расширеніи таза послѣ разрѣза лона это состояніе заднихъ сочлененій. По аналогіи съ случаями разрывовъ симфизы, авторъ полагаетъ, что и при симфизеотоміи связки заднихъ сочлененій таза разрываются, такъ какъ эффектъ долженъ быть одинъ: произошелъ ли разрывъ симфиза, или онъ разрѣзанъ искусственно. Авторъ видитъ подтвержденіе этого мнѣнія еще въ томъ, что у первыхъ двухъ женщинъ, подвергшихся симфизеотоміи въ Страсбургской клиникѣ, найдено въ обихъ

сочлененіяхъ столь ясное расхожденіе, какъ ни у одной изъ 200 изслѣдованныхъ родильницъ.

Чтобы рѣшить вопросъ о способѣ заживленія разрѣзаннаго сочлененія была произведена симфизеотомія у молодаго пса, у трехъ кроликовъ и у двухъ морскихъ свинокъ. Эти опыты показали, что между концами лонныхъ костей образуется неплотное сращеніе соединительно-тканнаго характера.

Съ введеніемъ антисептики симфизеотомія стала операціей безопасной для жизни, но она не обезпечиваетъ полнаго возстановленія способности къ работѣ.

У двухъ оперированныхъ женщинъ констатируется шаткость заднихъ сочлененій, у третьей женщины нѣтъ подвижности въ заднемъ сочлененіи, но она прихрамываетъ. Во всѣхъ трехъ случаяхъ имѣется значительное выпаденіе влагалища, временами произвольное мочеиспусканіе и меньшая способность къ труду.

На основаніи всего изложеннаго авторъ приходитъ къ слѣдующему заключенію. Если наступило показаніе къ окончанію родовъ, то прежде всего должно думать о попыткѣ наложить щипцы, а затѣмъ о перфорации. Только въ томъ случаѣ, когда мать и окружающіе отказываются жертвовать ребенкомъ симфизеотомія вступаетъ въ свои права. Поэтому симфизеотомія должна быть произведена только при жизнеспособномъ плодѣ. Она не должна примѣняться никогда у первородящихъ. Должно также сообразоваться съ социальнымъ положеніемъ больной, и не подвергать этой операціи женщину не замужнюю или занимающуюся тяжелой работой.

Всего чаще симфизеотомія будетъ имѣть примѣненіе въ тазахъ плоскихъ, рахитическихъ плоскихъ и общесъуженныхъ. Врядъ ли она принесетъ пользу въ тазахъ поперечносъуженныхъ, за исключеніемъ кифотическаго, такъ какъ эти тазы большею частью представляютъ неподвижность заднихъ сочлененій. Почти также мало можно возлагать надежду на симфизеотомію при кососъуженныхъ тазахъ съ одностороннимъ анкилозомъ.

Въ кифотическомъ тазу, воронкообразномъ и во всѣхъ формахъ съ съуженнымъ выходомъ симфизеотомія можетъ оказаться полезной, но никогда при высокихъ степеняхъ остеомаляціи, при *pelvis obtecta* и при тазахъ съ новообразованіями.

Симфизеотомія не можетъ вытѣснить перфорацию, она только ограничить область ея примѣненія и особенно часто будетъ замѣнять кесарское сѣченіе при условныхъ показаніяхъ.

*Е. Димантъ.*

38. Hermann Löhlein. Zur Frage von der Entstehung der puerperalen Osteomalakie. (Centralblatt für Gynäkologie, № 1, 1894).  
**Къ вопросу о происхожденіи остеомаляции.**

Въ виду заявленія *Kehrer*'а о паразитарномъ происхожденіи остеомаляции, что встрѣтило сочувствіе со стороны нѣкоторыхъ гинекологовъ, авторъ въ одномъ представившемся ему случаѣ этой болѣзни произвелъ бактериологическое изслѣдованіе кусочка вырѣзанной кости и получилъ отрицательный результатъ. Тотъ же результатъ при изслѣдованіи вырѣзаннаго яичника. Къ сожалѣнію, питательной средой былъ взятъ лишь мясопептоновый глицериновый агаръ, а яичникъ изслѣдовался, какъ можно понять изъ статьи, лишь микроскопически, безъ прививокъ на питательныя среды. *Löhlein* отмѣчаетъ, что въ данномъ случаѣ соляныя ванны и рыбій жиръ съ фосфоромъ не имѣли того дѣйствія, о которомъ онъ ранѣе сообщалъ. Кромѣ того послѣ операціи *Porro* болѣзненность убывала значительно медленнѣе, чѣмъ въ предъидущихъ, оперированныхъ имъ, случаяхъ и даже медленнѣе, чѣмъ въ предшествующій послѣродовой періодъ. (Больная была беременна въ 4-й разъ, а остеомаляціей страдаетъ уже 7 лѣтъ: съ конца 2-й беременности).

*В. Строгановъ.*

39. Krönig. Scheidensecretuntersuchungen bei 100 Schwangeren. Aseptik in der Geburtshilfe. (Centralblatt für Gynäkologie, № 1, 1894).  
**Изслѣдованія секрета рукава у 100 беременныхъ. Асептика въ акушерствѣ.**

Въ виду рѣзкаго противорѣчія частаго нахождения *staphylococcus pyogenes albus* во влагалищѣ беременныхъ, и крайне рѣдкаго находенія его при родильной горячкѣ, авторъ ставитъ вопросъ, не было-ли прежнее мнѣніе результатомъ ошибочнаго изслѣдованія: загрязненія при послѣднемъ этимъ микробомъ почти постоянно находящимся на поверхности нашего тѣла.

Свои изслѣдованія въ этомъ направленіи онъ поставилъ слѣдующимъ образомъ: вставлялъ стерилизованное зеркало въ вагину, безъ предварительной дезинфекціи наружныхъ половыхъ частей, и бралъ матеріалъ съ частей не соприкасавшихся съ зеркаломъ.

Реакція влагалища болѣе чѣмъ у 300 изслѣдованныхъ беременныхъ была всегда кислая, при чемъ кислотность даже сильно патологическаго секрета была на столько сильна, что стрептококкъ не могъ развиваться въ бульонѣ съ кислотностью той же степени.

Изъ 100 беременныхъ 51 имѣли нормальный, 38 патологическій и 11 рѣзко-патологическій секретъ. У 71 изъ нихъ пластинки съ питательными средами (агарь-агарь, агарь-агарь съ кровяной сывороткой или съ жидкостью кистъ), оказались стерильными, у 13 они содержали соог и у 10—другія бактеріи. (К. считаетъ послѣднія результатомъ загрязненія). Въ 6 случаяхъ развились гонококкъ.

Выводъ его: *вагина каждой не изслѣдованной женщины—асептична.*

Представляетъ большой интересъ—теченіе послѣродоваго періода у этихъ больныхъ.

Изъ вышеуказанныхъ 100 больныхъ—79 разрѣшились подъ наблюдениемъ автора, изъ нихъ 39—съ нормальнымъ и 40—съ патологическимъ секретомъ. Изъ первыхъ (39) 31 имѣли нормальный послѣродовой періодъ, 5 съ осложненіями (*gestörtes*—въ смыслѣ *Zweifel*'я) и 3 съ заболѣваніемъ.

Изъ вторыхъ (40) 33 имѣли нормальный послѣродовой періодъ и 7 съ осложненіями, больныхъ не было.

Еще интереснѣе теченіе послѣродоваго періода у женщинъ, не подвергавшихся во время родовъ и послѣ нихъ дезинфицирующимъ спринцеваніямъ.

Изъ 283 только 17,3<sup>0</sup>/о имѣли послѣродовой періодъ съ осложненіями (*gestörtes*) и только 2,1<sup>0</sup>/о съ заболѣваніями.

Результаты значительно лучшіе, чѣмъ получались раньше съ примѣненіемъ влагалищныхъ спринцеваній. Къ сожалѣнію, точно не указано, подвергались-ли эти больныя внутреннему изслѣдованію во время родовъ.

*В. Строгановъ.*

**40. Döderlein. Die Scheidensecretuntersuchungen.** (Centralblatt für gynäkologie, № I, 1894). **Изслѣдованія влагалищнаго секрета.**

Въ началѣ D. рассматриваетъ результаты изслѣдованій *Burgburi*, *Williams*'а и *Burckhardt*'а. Результаты эти довольно сходны съ тѣми, которые изложены авторомъ въ его монографіи „Влагалищный секретъ и его значеніе въ дѣлѣ развитія цуэрсеральной горячки“. Затѣмъ D. переходитъ къ разбору вышеизложенной статьи *Krönig*'а. Мнѣніе послѣдняго о постоянной кислотности влагалищнаго секрета, (что не согласуется съ изслѣдованіями *Döderlein*'а и другихъ) онъ объясняетъ свойствомъ примѣненныхъ *чувствительныхъ* реактивныхъ бумажекъ, а также амфотерной реакціей.

Онъ отрицаетъ также мнѣніе *Krönig'a*, что кислотность влагалища обуславливается нормально кислымъ отдѣленіемъ влагалища, констатированнаго, будто, имъ у новорожденныхъ. Секретъ послѣднихъ, по *D.*, очень слабо-кислый, обусловленъ присутствіемъ  $\text{CO}_2$ .

Отмѣчая неточности въ опредѣленіи патологическаго и нормальнаго секрета, *D.* особенно подчеркиваетъ могущую ввести въ заблужденіе почти постоянную стерильность влагалищнаго секрета, полученнаго *Krönig'омъ*. Это очевидно зависѣло отъ примѣненныхъ питательныхъ средъ, такъ какъ во влагалищѣ беременныхъ масса палочекъ.

Имѣющій большое практическое значеніе выводъ *Krönig'a*, что *Streptococcus pyogenes* никогда не наблюдался имъ въ вагинѣ беременныхъ, *D.* считаетъ также недостаточно обоснованнымъ.

(Прибавлю, что изслѣдованіи референта почти по всѣмъ пунктамъ тождественны съ взглядами *Döderlein'a*). *B. Строгановъ.*

41. **Woerz. Eine Missbildung mit Amniosnabel, Ektopie der Blase, Symphysenspalt und Spina bifida.** (Centralblatt für Gynäkologie, № I, 1894). **Порочное развитіе съ амниотическимъ пупкомъ, эктопіей мочевого пузыря, расщепленіемъ симфизы и spina bifida.**

Въ клиникѣ проф. *Schaut'ы* здоровая женщина, имѣвшая уже 2-хъ здоровыхъ дѣтей, родила 8-ми мѣсячнаго мальчика съ слѣдующими пороками развитія. Внизу живота замѣчался, прежде всего, амниотическій пупокъ, величиною съ голубиное яйцо; черезъ тонкую оболочку пупка можно было ясно видѣть кишечную петлю. Снизу непосредственно примыкала эктропированная складчатая слизистая оболочка пузыря. На верхушкѣ одной изъ складокъ, справа, замѣчалось маленькое отверстіе мочеточника. По срединѣ мочевого пузыря воронкообразно углублялся и тамъ находилось отверстіе, откуда выдѣлялся меконіумъ. Въ срединѣ нижней окружности пузыря находился рудиментъ penis'a. Мошонка была расщеплена и покрыта нормальной кожей. Содержимаго въ ней точно констатировать не удалось. Заднепроходнаго отверстія не было.

На спинѣ ребенка, почти по средней линіи, находилась опухоль съ гусиное яйцо, съ ясной флюктуацией. Лонныя кости не были соединены. Размѣры таза новорожденнаго, при вѣсѣ въ 2520 гр. и длинѣ 47 сант., слѣдующіе:

*D. sp.* 8,6; *D. cr.* 8,4; *D. tr.* 9,2;

обыкновенно же у дѣтей подобнаго возраста:

*D. sp.* 7,2; *D. cr.* 7,6; *D. tr.* 8,5.

*B. Строгановъ.*

42. Chrobak. Zur „retroperitonealen stumpfversorgung“ bei Myomotomie. (Centralblatt für Gynäkologie, № 2, 1894). Къ вопросу о забрюшинномъ уходѣ за культей при миомотоміи.

Авторъ въ этой статьѣ отмѣчаетъ особенности предложеннаго имъ способа ухода за ножкой послѣ миомотоміи, а также выясняетъ преимущества этого способа. Особенности его способа заключаются: 1) въ образованіи брюшинныхъ лоскутовъ для свободнаго (безъ напряженія) покрытія маточной культи и 2) соединенія ихъ швомъ на нѣкоторомъ разстояніи отъ отверстія, оставшагося маточнаго канала, (съ этой цѣлью лоскуты вырѣзываются имъ соотвѣтственно разной величины). Статистика выздоровленій по этому методу довольно благопріятна. Изъ 22 оперированныхъ, умерла одна отъ сепсиса, у второй—операция не могла быть окончена забрюшинно, пришлось обработать ножку внѣбрюшинно. Изъ 24 операций, сдѣланныхъ его учениками, 3 окончились смертью отъ сепсиса.

Изъ 29 операций удаленій всей матки только въ двухъ случаяхъ наступила смерть. Въ одномъ, вслѣдствіе перевязки мочеточниковъ, въ другомъ—отъ прободенія кишки, слѣдовательно, отъ причинъ случайныхъ, не зависящихъ отъ рекомендуемаго метода.

*В. Строгановъ.*

43. Pagenstecher. Eine feste Stütze zu dem Sänger'schen und anderen beweglichen Beinhaltern. (Centralblatt für Gynäkologie, № 2, 1894). Прочная опора къ подвижнымъ ногодержателямъ Sängera и другихъ.

Авторъ отмѣчаетъ слѣдующіе недостатки обычно-примѣняемыхъ ногодержателей:

1) Давленіе на нижнюю часть живота, производимое иногда поперечной связующей перекладиной ногодержателя.

2) Возможность боковыхъ движеній больной, во время операции.

Для устраненія этихъ неудобствъ имъ сдѣлано слѣдующее приспособленіе.

Желѣзная палка, 1½ сант. въ діаметрѣ, была пригнута въ своемъ верхнемъ отдѣлѣ, предназначенномъ для принятія соотвѣтственнаго ногодержателя, такимъ образомъ, что она могла проходить сбоку и сзади надъ животомъ больной, находившейся въ спинно-крестцовомъ положеніи, и прочно захватывать соотвѣтственную сторону ногодержателя, не безпокоя больную. Нижний отдѣлъ палки проходилъ черезъ зажимъ, въ которомъ она могла двигаться въ направленіи сверху внизъ, а также и вокругъ своей продольной оси. Самый зажимъ находился на шинѣ, по которой

онъ могъ двигаться впередъ и назадъ. Шина прикрѣплялась къ столу винтами.

Авторъ говоритъ, что *Sänger* испыталъ его аппаратъ и нашелъ его очень удобнымъ. Къ статьѣ приложены рисунки.

*В. Строгановъ.*

44. **Bensinger. Schambeinschnitt ohne Knochennaht.** (Centralblatt für Gynäkologie, № 7, 1894). **Симфизеотомія безъ костнаго шва.**

Авторъ описываетъ случай симфизеотоміи, безъ примѣненія костнаго шва, протекшій совершенно благополучно.

Во время операціи не было разрѣзано lig. arcuatum, но при извлеченіи ребенка, оно разорвалось и края лонныхъ костей разошлись до 6 с.нт. Ребенокъ извлеченъ щипцами, живымъ. На рану наложено по 5 швовъ на фасцію и на мягкія части и проведенъ іодоформенный дренажъ въ нижній уголъ раны. Послѣ-операционный періодъ былъ, по словамъ автора, идеальный, только однажды  $t^{\circ}$  повысилась до  $38^{\circ}$ , отъ копростазы. Швы удалены на 12-й день. Рана зажила per primam. Больная на 14 день покинула постель. Ни болѣзненности, ни подвижности концевъ лонныхъ костей не было замѣчено. На мѣстѣ симфизы ощущается хрящобразное соединеніе около 1 сант. шириной. Больная ходитъ безъ всякой помощи совершенно нормально. Для фиксированія концевъ костей послѣ операціи авторъ примѣнилъ особый бинтъ, которымъ онъ остался очень доволенъ и рисунокъ котораго приложенъ къ статьѣ.

*В. Строгановъ.*

45. **J. Thorn. Zur Kasuistik der Uterussteine.** (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaek., Bd. XXVIII, N. 1, S. 74). **Къ казуистикѣ маточныхъ камней.**

Г-жа N., 55 лѣтъ, была всегда здорова, родила пятого, послѣдняго ребенка въ 1873 году. Роды всегда были правильны. Въ 1886 году регулы прекратились; въ 1891 году вновь появились, но крайне неправильно. Въ то же самое время больная стала страдать обильными бѣлями. Весною 1892 года къ этому присоединились мучительныя, схваткообразныя, боли, бѣли стали еще больше и были окрашены кровью.

Въ іюлѣ 1892 года больная поступила въ клинику. При наружномъ осмотрѣ констатированы: сильная исхудалость тѣла, общая слабость, экзема большихъ губъ и обильное ихорозное, кровавистое истеченіе ex utero. Внутреннее изслѣдованіе показало: вели-

чина матки, находящейся въ сильной антефлексіи, соотвѣтствуетъ трехмѣсячной беременности, ткань матки тверда, поверхность ея однако гладкая, нигдѣ нѣтъ ни бугровъ, ни выступовъ. Цервикальный каналъ пріоткрытъ, но нальца не пропускаетъ. 16 августа, по расширеніи послѣдняго ламинаріями, *in cavo uteri* найденъ маточный камень, величиною въ кулакъ. Раздробленный корнцангомъ, онъ постепенно былъ извлеченъ изъ полости матки. Опухоль имѣла кораллообразное строеніе; между выступами известковой массы видно было сплетеніе волокнистой ткани. Соотвѣтственно мѣсту сидѣнія опухоли, слизистая оболочка матки была тверда. Подозрѣвая раковое перерожденіе послѣдней, были добыты частицы для микроскопическаго изслѣдованія. Однако рака не оказалось. По извлеченіи камня, больная значительно поправилась, кровотеченіе и ихорозное выдѣленіе прекратились, матка видимо хорошо сократилась. Въ сентябрѣ того же года, безъ всякихъ предвѣстниковъ, *ex utero* выдѣлилась водянистая жидкость и затѣмъ наступило обильное кровотеченіе. Изслѣдованіе полости матки, послѣ расширенія цервикальнаго канала, показало, что мѣсто сидѣнія камня представляетъ кратерообразное углубленіе съ твердыми краями. Микроскопъ показалъ раковое перерожденіе. 29 сентября 1892 года произведена *extirpatio uteri totalis per vaginam*. Въ виду большой величины матки и ригидности стѣнки рукава, послѣднюю, съ основанія до *introitus*, пришлось разсѣчь. Больная выздоровѣла.

Изъ приведенной авторомъ литературы видно, что известковому перерожденію могутъ подвергаться оставшіеся *in cavo uteri* куски послѣда; затѣмъ далѣе предполагается возможнымъ образованіе *lythopaedion* въ полости матки, если ранновременно погибшій плодъ почему либо болѣе продолжительное время не былъ извергнутъ. Сравнительно нерѣдко это явленіе замѣчается у коровъ и овецъ. Но чаще всего известковому метаморфозу подвергаются фиброміомы матки. Сущность этого процесса до сихъ поръ еще не выяснена. Находится ли послѣдній въ зависимости отъ отложеній неорганическихъ веществъ (углекислая и фосфорнокислая известь и соли магnezіи), выдѣляющихся изъ крови или это измѣненіе бѣлковыхъ веществъ при мортификаціи ткани—съ положительностью сказать нельзя. Выдѣленіе и наслоеніе известковыхъ солей, однако, происходитъ не только въ видѣ инфильтрата, а можетъ быть и эксудативнымъ процессомъ. Согласно *Henoque*'у, инфильтраціи ткани известковыми массами, предшествуетъ жировое перерожденіе.

Въ случаѣ *Thorn*'а известковому перерожденію подвергся міомъ. Согласно взгляду автора, возрастъ больной, недостаточность кровообращенія вообще и въ частности недостаточность кровообращенія въ самой опухоли, по мѣрѣ роста, все болѣе отдѣлявшейся отъ окружающей ее ткани и поэтому недостаточно питавшейся—привели къ известковому перерожденію послѣдней. Тѣ же самыя условія недостаточности кровообращенія вообще, при наличности давленія и тренія опухоли о слизистую оболочку матки, вызвали раковое перерожденіе послѣдней. *Б. Фейнбергъ.*

46. **H. Heuck. Ein neuer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. XXVIII, N. 1, S. 140). **Новый случай воздушной эмболии при предлежаніи послѣда.**

Предположеніе *Olshausen*'а, что скоропостижная смерть при поворотѣ, въ случаѣ предлежанія послѣда, можетъ быть въ зависимости отъ воздушной эмболии подтвердили *Kramer* и *Krukenberg*. Такой же случай наблюдалъ въ Берлинской Университетской клиникѣ и *Heuck*.

18 августа поступила 28 лѣтняя перворождающая. Послѣдніе регулы въ началѣ декабря. Въ іюлѣ, въ теченіи трехъ недѣль, 2 раза появлялось обильное кровотеченіе. 18/уш утромъ первыя родовыя боли. Больная хорошо сложена, животъ сильно растянутъ, шарообразно выдается впередъ; окружность 124 см.

Отъ лоннаго соединенія до дна матки 46<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. Матка смѣщена вправо, достигаетъ края реберъ. Части плода плохо прощупываются. Надъ входомъ въ тазъ прощупывается большое баллотирующее тѣло, вправо и снаружи предполагается спинка плода, въ области пупка мелкія части. Сердцебіеніе справа, возлѣ пупочный шумъ. Въ рукавѣ кровяные свертки, цервикальный каналъ персистируетъ, проходимъ для одного пальца; во внутреннемъ зѣвѣ дѣтское мѣсто; предлежащая часть не прощупывается.

19 августа боли улучшились, однако до 4 часовъ дня шейка матки оставалась въ прежнемъ состояніи. Въ виду повторяющагося отдѣленія крови со всякой схваткой, было приступлено къ повороту. Во время наркоза больную стало рвать, причемъ она нѣсколько приподнялась съ поперечной кровати. При сильной дѣятельности брюшнаго пресса изъ рукава выдѣляются куски сгустившейся крови. Введена вся рука въ рукавъ и при зѣвѣ открытомъ на 2 пальца разрывается плодный мѣшокъ. Захваты-

ваніе ножки и особенно проведеніе ея черезъ зѣвъ представляли нѣкоторое затрудненіе. Хлороформированіе тотчасъ по достиженіи ножки оставлено. Послѣ выведенія ножки изъ рукава больная сильно натуживалась и во время одной схватки излилась толстая струя, кровью окрашенной, околоплодной жидкости. На щекотаніе выведенная ножка больше не реагировала. Когда вскорѣ затѣмъ больная была перемѣщена на продольную кровать, вдругъ исчезъ пульсъ, лице стало ціанотично, дыханіе значительно замедлилось. Всѣ попытки оживить больную оказались безуспѣшными; она умерла черезъ 3—5 минутъ послѣ поворота. Кесарское сѣченіе не было сдѣлано въ виду отсутствія сердцебіенія плода.

Вскрытіе, 2 часа послѣ смерти, показало: при надрѣзѣ *v. jugularis dextrae* поднимаются воздушные пузыри величиною въ орѣхъ. Перкуссія сердца даетъ тимпанической звукъ. Правое сердце было вскрыто подъ водой, при чемъ изъ послѣдней поднимались воздушные пузыри. Въ правой *vena spermatica* также явно замѣчается движеніе пузырьковъ.

На вопросъ, въ какой моментъ произошла воздушная эмболія, *Heuck* полагаетъ, что оно имѣло мѣсто не во время введенія пальцевъ въ полость матки, не во время поворота, низведенія и выведенія ножки, а послѣ окончанія этихъ манипуляцій, въ то время, когда, вслѣдствіе натуживанія больной при схваткѣ, излилась струя околоплодной жидкости, ибо вслѣдъ за этимъ исчезъ пульсъ, начался ціанозъ, дыханіе однако еще продолжалось. Вся эта картина соотвѣтствуетъ той, которую описали *Kramer* и *Kruskenberg*.

*Б. Фейнбергъ.*

47. **Arendt. Ueber operative Behandlung chronisch entzündlicher Gebärmutteranhänge.** (Berl. klin. Wochensh., № 10 и 11, 1894). **Объ оперативномъ лѣченіи хронически-воспаленныхъ маточныхъ придатковъ.**

Авторъ произвелъ 27 лапаротомій по поводу хроническихъ воспаленій маточныхъ придатковъ. На основаніи этого матеріала авторъ подробно разбираетъ этиологію и патологію данныхъ заболѣваній, показанія къ оперативному вмѣшательству при нихъ и послѣдующее состояніе оперированныхъ больныхъ. Авторъ не имѣлъ ни одного смертнаго случая на всѣ 27 лапаротомій. Въ 14 случаяхъ имѣлась *retroflexio uteri fixata*, устраненная разрывомъ сращеній съ послѣдующимъ пришиваніемъ матки къ передней брюшной стѣнкѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ было достаточно одного

разрыва сращеній съ послѣдующимъ массажемъ для восстановленія нормальнаго отношенія частей и излѣченія больной отъ ея страданій. Къ двустороннему полному удаленію придатковъ (7) авторъ прибѣгалъ только въ случаяхъ крайней необходимости и, по возможности, избѣгалъ этого приѣма у молодыхъ больныхъ. Оперативная обстановка автора ничѣмъ не отличается отъ обычной; для наркоза авторъ употребляетъ эфиръ и очень доволенъ результатами. Авторъ обращаетъ особенное вниманіе на точное ориентированіе во взаимныхъ отношеніяхъ органовъ другъ къ другу, что въ данномъ случаѣ представляетъ зачастую большія затрудненія и влечетъ за собою нежелательныя ошибки. Оперативное вмѣшательство показано только въ крайнихъ случаяхъ, не поддающихся обычной терапіи, въ особенности, массажу и должно быть строго индивидуализировано. Всего подобныхъ заболѣваній распознано авторомъ въ его практикѣ около 250. Авторъ скептически относится къ мнѣнію, что у нѣкоторыхъ изъ оперированныхъ больныхъ благодаря этой операціи исчезаетъ *libido sexualis et voluptas coeundi*. Въ общемъ, авторъ горячо рекомендуетъ этотъ лѣчебный приѣмъ, какъ единственно раціональный во многихъ случаяхъ даннаго заболѣванія. *Жаботинскій.*

48. Prof. E. H. Kisch. Zur Lehre von den Tubensäcken. (Berliner klinische Wochenschrift, 1894, № 7). **Къ ученію о трубныхъ мѣшкахъ.**

Авторъ приводитъ поучительный случай смерти вслѣдствіе проникновенія гнойнаго содержимаго трубы въ полость брюшины. Онъ предпосылаетъ описанію своего случая общія замѣчанія по поводу діагностики скопленій въ трубахъ, симптомовъ ими вызываемыхъ, показаній къ оперативному вмѣшательству и отсутствія опредѣленности въ показаніяхъ къ послѣднему.

Пациентка автора, 39 лѣтъ, страдала сильными меноррагіями и рѣзкимъ ожирѣніемъ, resp. брюшныхъ стѣнокъ, что не позволило опредѣлить состоянія придатковъ, матка же опредѣлялась увеличенной. Въ виду наступленія меноррагіи назначенъ покой, горячіе души и кровоостанавливающія внутрь, въ силу чего кровотеченіе постепенно остановилось, но вслѣдъ за этимъ общее состояніе значительно и рѣзко ухудшилось—появились боли внизу живота, рвота; больная на 3-й день скончалась при явленіяхъ прогрессирующаго упадка сердечной дѣятельности. Вскрытіе показало: *haematosalpinx dextra, pyosalpinx sinistra, peritonitis, fib-*

roma uteri submucosum, subserosum et interstitiale. Содержимое лѣвой трубы, гнойнаго характера съ запахомъ, проникло въ полость брюшины чрезъ образовавшееся отверстіе и вызвало смертельный перитонитъ. Фиброзные узлы по величинѣ своей были отъ горошины до каштана. Авт. видитъ въ фиброзныхъ узлахъ причину скопленій въ трубахъ и—въ оперативномъ вмѣшателствѣ, свасительное мѣропріятіе при pyosalpinx'ахъ. *Замининъ.*

49. **R. Müller und W. von Noerden. Theilweise Symphyseotomie statt Kaiserschnitt.** (Berliner klinische Wochenschrift, 1893, № 48). **Частичная симфизеотомія вмѣсто кесарскаго сѣченія.**

Авторъ приводитъ свой случай симфизеотоміи, который представляетъ интересъ, во первыхъ, потому, что дѣло ограничилось только разрывомъ lig. arcuati sup. и верхней  $\frac{1}{2}$  симфизы, во вторыхъ, потому, что операція произведена въ частной квартирѣ. Анамнезъ больной слѣдующій: 1-я беременность окончилась краниотоміей, 2-я—тоже, при чемъ произошелъ разрывъ промежности 3-й степени, (черезъ 3 мѣсяца—регинеопластика), 3-я—искусственные преждевременные роды въ началѣ 8-го мѣсяца; смерть плода; 4-я—тоже; 5-я—послѣдняя беременность—искусственныя преждевременныя роды въ концѣ 32-й недѣли.

Не смотря на сильныя боли, головка не вставляется. Пробныя щипцы—безъ успѣха. Въ виду чрезвычайной чувствительности матки и ухудшенія сердцебіенія плода,—приступлено къ симфизеотоміи. Послѣ разрыва lig. arcuati sup. и  $\frac{1}{2}$  симфизы, подъ вліяніемъ сильныхъ болей, головка вступила въ тазъ и, безъ дальнѣйшаго увеличенія разрыва, извлечена щипцами. Младенецъ въ глубокой асфиксіи—не оживленъ. Послѣоперационное теченіе съ повышенной температурой, эндометритомъ и частичнымъ омертвѣніемъ маточной ткани, послѣдствіемъ чего—образованіе влажно-пузырнаго свища, впоследствии зашитаго. *Замининъ.*

50. **M. Treumann. Ueber Submucöse Myome.** (St.-Petersburg. med. Wochenschr., 1894 г., № 2). **О подслизистыхъ міомахъ.**

Послѣ краткаго очерка анатоміи и способовъ лѣченія подслизистыхъ міомъ авторъ описываетъ свои восемь случаевъ: 2 маточныхъ полиповъ, 5—шейныхъ міомъ и 1 подсывороточной міомы, случайно распознанной при чревосѣченіи. При лѣченіи примѣнялись обычные способы, при чемъ 2 раза пришлось прибѣгнуть къ акушерскимъ щипцамъ для извлеченія большихъ опухолей.

*Н. Какушкинъ.*

51. G. Calderini. Beitrag zur Diagnose und Therapie des Uteruskrebses. (Berliner klin. Wochenschr., 1894 г., № 15). **Къ распознаванію и лѣченію рака матки.**

Авторъ настаиваетъ на микроскопическомъ изслѣдованіи соскоба слизистой оболочки матки при сомнительныхъ заболѣваніяхъ этого органа. Онъ удачно распозналъ этимъ путемъ, при здоровой шейкѣ, злокачественное новообразование слизистой тѣла и дна въ 8 случаяхъ изъ 150 случаевъ рака, бывшихъ у него подъ наблюдениемъ. Такія діагностическія выскабливанія слѣдуетъ иной разъ дѣлать повторно. При наличности злокачественнаго новообразованія и даже при намекахъ на него (напр., атипическое расположеніе эпителия въ аденомахъ) необходимо полное удаленіе матки. Въ одномъ, описываемомъ авторомъ случаѣ, доброкачественная форма аденомы слизистой оболочки перешла въ злокачественную, и, не смотря на повторныя выскабливанія, больная погибла.

*Н. Какушкинъ.*

52. A. Martin. Stielbehandlung nach Myomotomie. (Berlin. klin. Wochenschrift., 1894 г., № 14). **Уходъ за культей послѣ міомотоміи.**

Въ этомъ докладѣ международному медицинскому конгрессу въ Римѣ авторъ излагаетъ кратко тѣ способы, которые приняты въ настоящее время различными гинекологами при производствѣ міомотоміи. На основаніи изслѣдованій *Witte*, доказавшихъ присутствіе стрептококковъ и другихъ „сомнительныхъ“ кокковъ въ полости удаленныхъ матокъ, не смотря на предварительную тщательную дезинфекцію полости, авторъ высказывается противъ оставленія культи послѣ міомотоміи и въ настоящее время примѣняетъ полное вылученіе матки путемъ чревосѣченія, послѣ тщательной дезинфекціи полового канала, при чемъ послѣ удаленія матки полость брюшины изолируется отъ влагалища соединенными краями брюшины. Изъ 26 міомотомій по этому способу авторъ получилъ благоприятный исходъ въ 25 случаяхъ (3,8% смерти). Раньше, обшивая культю брюшиной, онъ имѣлъ въ 51 случаѣ 9,5% умершихъ. Безъ обшиванія культи брюшиной въ 43 случаяхъ смертность была 30,23%.

*Н. Какушкинъ.*

53. Dührssen. Ueber Tubarschwangerschaft und die Behandlung der Blutungen in die Banchhöhle infolge von Tubarschwangerschaft. (Deutsche med. Wochenschrift., 1894 г., № 2 и 3). О трубной беременности и лѣченіи кровотеченій въ брюшную полость при трубной беременности.

Авторъ настаиваетъ на необходимости чревосѣченія при всякомъ случаѣ внутрибрюшнаго кровотечения при трубной беременности. Въ случаяхъ, симулирующихъ кровоизліянія изъ трубы (напр. кровоизліянія въ полости кишекъ и желудка) разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ до брюшины даетъ возможность констатировать или исключить свободную кровь въ брюшной полости, благодаря просвѣчиванію брюшины. Чревосѣченія умѣстны и при замочной кровяной опухоли, ибо послѣдняя, разрываясь, даетъ часто вторичныя весьма опасныя кровотечения. Чревосѣченія во всѣхъ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ дѣлать тамъ, гдѣ больная находится въ моментъ кровоизліянія, конечно, при соответствующей обстановкѣ. На основаніи личнаго опыта, между прочимъ, въ двухъ случаяхъ, описанныхъ въ этой статьѣ, авторъ горячо рекомендуетъ примѣненіе предложеннаго *Wyder*'омъ (Arch. f. Gynäk., Bd. 41, N. 1 и 2) вырскиванія солянаго раствора *до операции* (по автору, въ клѣтчатку межлопаточной области, въ количествѣ около 1 литра). Такое впрскиваніе, примѣненное авторомъ въ одномъ случаѣ (описаннаго въ статьѣ) *послѣ* операціи, не привело ни къ чему, и больная погибла, по мнѣнію автора, благодаря вліянію хлороформа на обезкровленный организмъ. Въ 2-хъ остальныхъ (изъ описанныхъ пяти) имѣются особенности: въ одномъ изъ нихъ былъ трубный абортъ съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость, въ другомъ были обильныя кровотечения изъ матки, распознана ошибочно міома; чрезъ влагалище вылучена матка, беременная разорванная труба и мѣшокъ *haemato-celis*. Заболѣваніе слизистой трубы (перелой) авторомъ отмѣчается, какъ важный этиологическій моментъ въ развитіи трубной беременности. Въ противоположность *Hecker*'у (Monatschrift. f. Geburtshilfe, Bd. 13), въ одномъ случаѣ автора, трубная беременность развилась скоро послѣ нормальныхъ родовъ. Причину разрыва трубы авторъ въ одномъ случаѣ видитъ въ проростаніи трубныхъ стѣнокъ ворсинками хоріона, въ другихъ—въ кровоизліяніяхъ въ плодномъ яйцѣ съ растяженіемъ стѣнокъ трубы. *Н. Какущкинъ.*

54. Schauta. Ueber die Indikationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen. (Deutsche med. Wochenschr., 1894 г., № 5, S. 97). О показаніяхъ, техникахъ и исходахъ операций на придаткахъ.

Среди 6314 гинекологическихъ больныхъ автора, съ воспалительными заболѣваніями придатковъ было 1130, что составляетъ 17,8%. Распознаваніе этихъ заболѣваній не легко. Авторъ, между прочимъ, руководствуется, по *Martin*'у, утолщеніемъ *istmus*'а трубы, какъ признакомъ воспаления трубы. Распознаваніе свойствъ содержимаго трубы до операціи почти невозможно; анамнестическія указанія и характеръ жалобъ въ такихъ случаяхъ не имѣютъ значенія. Лѣченіе воспалительныхъ заболѣваній придатковъ авторъ дѣлитъ на сохраняющее и коренное. Къ первому относится массажъ, при сопутствующемъ катаррѣ матки—спринцеванія и лѣченіе ваннами. Авторъ предостерегаетъ отъ прижиганій и промываній полости матки и отъ электричества. Если при тяжелыхъ, прогрессирующихъ симптомахъ, труба прощупывается по меньшей мѣрѣ въ палецъ толщиной, производится операція. Операція показана, конечно, и при отсутствіи тяжелыхъ симптомовъ, если въ трубѣ имѣется гнойное скопленіе. Гнойныя скопленія въ трубахъ авторъ дѣлитъ на три категоріи: гной безъ микроорганизмовъ (стерильный), гной съ гонококками и гной съ стрепто- и стафило-кокками. Во время операціи характеръ гноя всякій разъ распознается имъ микроскопически, при чемъ, если, при большихъ скопленіяхъ въ трубахъ гноя, онъ стерилень или содержитъ только гонококки, труба смѣло удаляется цѣликомъ, если же въ гною опредѣляется присутствіе стрепто- или стафило-кокковъ, гнойный мѣшокъ только опорожняется—послѣ приращенія его серознаго покрова къ серозной оболочкѣ брюшной стѣнки. При небольшихъ скопленіяхъ гноя удаленіе мѣшка во всѣхъ случаяхъ производится цѣликомъ, при чемъ, если въ брюшную полость попадает гной съ стрепто- или стафило-кокками,—полость брюшная тампонируется и дренируется. Съ начала 1887 года по апрѣль 1893 г. авторъ оперировалъ 216 больныхъ со смертностью въ 6%. Случаевъ безъ гноя было 71, случаевъ съ стерильнымъ гноемъ 73. Изъ этихъ 144 случаевъ умерло 2,8%. Гной съ гонококками былъ въ 33 случаяхъ со смертностью въ 9%. Гной со стрепто- и стафило-кокками—въ 15 случаяхъ со смертностью въ 20%. Результатъ операціи въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго срока наблюдался въ 121 случаѣ: въ 100 случаяхъ наступило полное исчезновеніе симптомовъ, въ 17 случаяхъ—только большее или меньшее ослабленіе страданій.

Н. Какушкинъ.

55. **H. Fritsch. Ventrofixation und Vaginofixation.** (Deutsche med. Wochenschr., 1894 г., № 1, стр. 6).

Въ статьѣ приводится цѣлый рядъ разсужденій относительно этихъ двухъ операций. Авторъ большой сторонникъ пришиванія матки къ брюшной стѣнкѣ при выпаденіяхъ этого органа и переломахъ его кзади. При выпаденіяхъ онъ соединяетъ эту операцию съ частичной резекціей влагалищной стѣнки. Цѣлебное значеніе пришиванія матки къ брюшной стѣнкѣ при ретрофлексіяхъ авторъ видитъ въ устраненіи затрудненнаго кровообращенія въ придаткахъ матки. Что касается операции *vaginofixatio*, то она не выдерживаетъ критики ни съ теоретической, ни съ практической точки зрѣнія. Съ теоретической точки зрѣнія матка при этой операциіи принимаетъ неестественное положеніе и ставится въ неблагоприятныя условія по отношенію къ пузырю; послѣдній перестаетъ играть роль мягкой подушки для матки, а наоборотъ, при наполненіи давитъ на тѣло матки сверху внизъ, вызывая опусканіе ея. Съ практической точки зрѣнія операциія эта не избавляетъ больную отъ дальнѣйшаго лѣченія массажемъ, пессаріями, тампонаціей и не даетъ вѣрнаго результата. *Н. Какушкинъ.*

56. **H. Löhlein. Ueber Schwangerschaften im ventrifixirten uterus.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1894 г., № 11, с. 241). **Беременность въ маткѣ, пришитой къ брюшной стѣнкѣ.**

Описано два случая. Въ первомъ случаѣ, у женщины 30 лѣтъ, зачатіе произошло спустя 8 мѣсяцевъ послѣ операциіи (до операциіи родила 2 раза). Во второмъ случаѣ, у женщины 35 лѣтъ, операциія совершена во время беременности, на 2-мъ мѣсяцѣ. Обѣ беременности окончились нормальными родами. Теченіе беременностей отличалось только одной особенностью; въ обоихъ случаяхъ была упорная рвота на 3—4 мѣсяцахъ беременности. Въ первомъ случаѣ авторъ довольно подробно наблюдалъ отношеніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ: на 6-мъ мѣсяцѣ беременности ему удавалось прощупывать легко растяжимые тяжи, шедшіе отъ нижней части рубца брюшной стѣнки къ передней стѣнкѣ два матки. Во время родовыхъ сокращеній матки хорошо былъ опредѣляемъ кругловатый тяжъ (на подобіе круглой связки), который натягивался дѣлилъ тѣло матки на два „рога“. *Н. Какушкинъ.*

57. P. Zweifel. Eine neue Vereinfachung der Stumpfbehandlung bei der Myomektomie. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 14, с. 321). Новое упрощение способа ухода за ножкой при миомэтомии.

Послѣ обычной перевязки широкихъ связокъ съ передней поверхности опухоли, гесп. матки, отсепаровывается брюшинный лоскутъ, основаніемъ книзу, величиной соотвѣтственно толщинѣ шейки, и у основанія лоскута сквозь толщу шейки проводятся сагитально и фронтально катгутовыя лигатуры, при затягиваніи которыхъ шейка дѣлится на 3—4 перевязанныхъ участка. Затѣмъ матка надъ перевязанными лигатурами отрѣзается и культи покрывается обычнымъ путемъ заранѣ образованнымъ брюшиннымъ лоскутомъ. Питаніе въ перевязанномъ отрѣзкѣ матки скоро, какъ показало изслѣдованіе автора одного случая, окончившаго смертью, восстанавливается. По этому способу авторъ сдѣлалъ 43 операциі съ однимъ смертнымъ случаемъ (отъ заворота кишекъ). Всего авторомъ произведено 92 миомогистерэктомиі и 2 миомотоміі съ 3 смертными исходами (3,2%). Авторъ обращаетъ вниманіе на слѣдующую статистику, взятую у *Spinelli*. 775 операций миомэктомиі, сдѣланныхъ различными авторами по старому способу, данному *Schröder*'омъ и *Hofmeier*'омъ, имѣли 25,6% умершихъ; способъ съ эластическимъ жгутомъ (127 случаевъ) далъ 24% смертности; изъ 86 же оперированныхъ безъ жгута съ брюшиннымъ закрытіемъ культи умерло всего 5,2%. *Н. Какушкинъ.*

58. Brohl. Eine Hernia Uteri bei Pseudohermaphroditismus femininus. (Deutsche med. Wochenschr., 1894 г., № 15, с. 338). Маточная грыжа при ложномъ женскомъ двуснастіи.

Субъектъ 36 лѣтъ, съ бородой и мужскимъ голосомъ, съ длинными волосами и женскою грудью *правильно менструирующей*, имѣетъ penis, хорошо развитой (длиной въ 6,5 снтм., во время эрекции 11 снтм.), подъ которымъ находится отверстіе мочеиспускательнаго канала, а затѣмъ далѣе къзади входъ во влагалище съ дѣвственной плеврой. Малыя губы плохо развиты, большія достаточно. Въ толщѣ лѣвой большой губы грыжевая опухоль съ маткой и яичникомъ, выпавшая недавно и не поддававшаяся вправленію. Она причиняетъ больной сильныя боли. Подъ наркозомъ тѣло матки (двурогая, съ правильно развитыми яичниками и трубами) отрѣзано отъ шейки и культи вшита въ паховое кольцо. При этомъ тщательнымъ изслѣдованіемъ констатировано присутствіе у больной яичекъ, сѣменныхъ пузырьковъ и простаты. *Н. Какушкинъ.*

59. **Roettinger. Hyperemesis gravidarum.** (Aertzliche Rundschau, 1894 г., № 11, стр. 163). **Чрезмѣрная рвота беременныхъ.**

Говоря вообще объ этомъ заболѣваніи, авторъ подробно описываетъ свой случай, касающійся второбеременной 32 лѣтъ, заболѣвшей рвотой на третьемъ мѣсяцѣ беременности. Изъ мѣстныхъ патологическихъ явленій у больной были найдены только эрозіи шейки матки, которыя были легко излѣчены. Рвота, несмотря на примѣненіе многихъ средствъ, продолжалась и втеченіе трехъ мѣсяцевъ крайне истощила больную. Больная (нервная женщина, съ нервною, психопатическою наслѣдственностью) начала жаловаться на сокращенія кишекъ и желудка въ обратномъ направленіи (rückwärts). Тогда авторъ, давъ больной опійной настойки, внушилъ ей, что у нея ощущенія обратнаго движенія кишекъ и желудка и рвота прекратятся. Рвота прекратилась безвозвратно, и беременность окончилась въ послѣдствіи правильно двумя доношенными мальчиками. Сопоставляя свой случай съ наблюденіями *C. Hazana* (Cntrlbl. f. Gynäk., 1887 г.), *Kaltenbach'a*, *Muret* (Deutsche med. Wochenschr., 1893 г.) и друг., авторъ приходитъ къ заключенію, что чрезмѣрная рвота беременныхъ есть психоневрозъ, развивающійся на соответствующей почвѣ (у женщинъ съ извѣстнымъ предрасположеніемъ) подъ вліяніемъ различныхъ соматическихъ причинъ: искривленій матки, растяженій ея полости, желудочно-кишечныхъ разстройствъ и проч.

*Н. Какущкинъ.*

60. **Konikow. Zur Lehre von der Entwicklung des Beckens und seiner geschlechtlichen Differenzirung.** (Archiv für Gynäkologie, Bd. XLV, Hft. 1). **Къ ученію о развитіи таза и его дифференцировки въ зависимости отъ пола.**

Авторъ дѣлаетъ первую попытку не умозрительнымъ, а эмпирическимъ путемъ разрѣшить спорный вопросъ о томъ, какіе моменты обуславливаютъ собою форму костнаго таза. Произведенныя имъ съ этою цѣлью систематическія наружныя измѣренія таза у 120 индивидуумовъ обоого пола и всѣхъ возрастовъ отъ одного года до двадцати лѣтъ, привели къ слѣдующимъ результатамъ. На развитіе формы таза всегда вліяютъ одновременно нѣсколько факторовъ, степень дѣйствія которыхъ однако не всегда одинакова, такъ что въ каждомъ данномъ возрастѣ удается уловить преобладающее вліяніе одного изъ нихъ. Такъ, въ продолженіи перваго года жизни, когда о дѣйстви тяжести тѣла еще нѣтъ рѣчи, ростъ костнаго таза происходитъ исключительно въ силу

врожденной энергии; вследствие чего увеличение размѣровъ таза въ этой эпохѣ жизни относительно самое большое и, что главное, равномерное во всѣхъ діаметрахъ. Въ послѣдующіе 4 года жизни особенно ощутительно сказывается вліяніе тяжести тѣла; и дѣйствительно, въ это время замѣчается относительно малое увеличение conj. ext. въ сравненіи съ поперечными діаметрами таза. Наконецъ, съ 10—11 года начинается дифференцировка таза. Женскій тазъ, сообразно своему будущему назначенію, постепенно становится во всѣхъ діаметрахъ больше мужскаго, достигая максимума въ этомъ отношеніи около 15 года, когда впервые пробуждается специфическая дѣятельность половыхъ органовъ. Мужской же тазъ только около 20 года жизни достигаетъ величины женскаго таза и то лишь въ поперечныхъ діаметрахъ, тогда какъ conj. ext. навсегда остается въ немъ короче, чѣмъ въ женскомъ.

Хазанъ.

61. Krohl. Klinische Beobachtungen über die Einwirkung einzelner Mutterkornpräparate (speciell des Cornutin) auf den Verlauf des Wochenbettes. (Archiv für Gynaekologie, Bd. XLV, Hft. 1). Клиническія наблюденія надъ дѣйствіемъ нѣкоторыхъ препаратовъ изъ *Secale cornutum*, спец. корнутаина, на теченіе родильнаго періода.

Произведя сравнительныя наблюденія на цѣломъ рядѣ, въ одинаково благопріятныхъ условіяхъ находящихся, родильницъ, изъ которыхъ однѣ не получали ничего, другія—эрготинъ, а третія наконецъ,—*cornutin-Kobert* (8 mg. pro dosi—2 cg. pro die), К. могъ убѣдиться въ несомнѣнномъ дѣйствиі этого—послѣдняго средства—на скорѣйшее обратное развитіе матки. Такимъ образомъ еще разъ подтвердилось, установленное уже другими авторами, мнѣніе объ этомъ препаратѣ какъ объ единственной безошибочно дѣйствующей составной части маточныхъ рожковъ.

Позаимствуемъ изъ этой работы нѣсколько практическихъ данныхъ относительно *cornutin'a*:

1) Корнутинъ содержится, по *Коберту* и *Гринфельду*, въ маточныхъ рожкахъ въ достаточно дѣйствующемъ количествѣ лишь въ первые мѣсяцы послѣ жатвы. Уже  $\frac{1}{4}$  года спустя содержаніе корнутаина въ рожкахъ начинаетъ уменьшаться, такъ что въ весенніе мѣсяцы маточные рожки вследствие почти полного отсутствія въ нихъ корнутаина совершенно теряютъ свое дѣйствіе.

2) Въ препаратахъ, получаемыхъ изъ маточныхъ рожковъ, *cornutin* содержится преимущественно въ эрготинѣ *Bombelon'a* и *Denzel'a*.

3) Чистый корнугинъ легко разлагается подь вліяніемъ влажнаго воздуха, такъ что его нельзя держать въ формѣ готовыхъ пилюль или растворовъ.

Исключеніе въ этомъ отношеніи составляетъ стерелизованный растворъ, содержащійся въ запаивныхъ трубкахъ и находящійся въ продажѣ у Bernatzik., Wien. Хазань.

62. Burckhardt. Ueber den Einfluss der Scheidenbakterien auf den Verlauf des Wochenbettes. (Arch. f. Gyn., Bd. XLV, Hft. 1). **О вліяніи влагалищныхъ бактерій на теченіе родильнаго періода.**

На основаніи изслѣдованій влагалищнаго секрета у 150 беременныхъ, авторъ подтвердилъ данныя, опубликованныя *Döderlein* о мѣ въ его монографіи: „Секретъ влагалища и его значеніе для родильной горячки“. 1) Слѣдуетъ различать нормальный и патологическій влагалищный секретъ. Первый бѣлаго цвѣта, имѣетъ сильно кислую реакцію и содержитъ исключительно чужеродную бациллу; второй желтато цвѣта, имѣетъ слабо кислую или даже щелочную реакцію и содержитъ въ большомъ количествѣ всевозможные микрококки. 2) При патологическомъ характерѣ влагалищнаго секрета всякія манипуляціи во внутреннихъ половыхъ органахъ, при которыхъ секретъ влагалища переносится въ выше лежащія пораженныя части, опасны въ смыслѣ зараженія даже и тогда, когда производится абсолютно асептическими руками и инструментами. Хазань.

63. Merz. Zur Behandlung der Uterusruptur. (Archiv für Gynaekologie, Bd. XLV, Hft. 2). **Къ лѣченію разрыва матки.**

Изъ собраннаго авторомъ богатаго матеріала (230 случаевъ за послѣдніе 20 лѣтъ) видно: 1) что разрывомъ матки поражаются преимущественно многоорожавшія; 2) что причины разрывовъ весьма разнообразны; 3) что процентное отношеніе полныхъ разрывовъ къ неполныхъ равно 4:1; 4) что случаи, оставленные безъ всякаго лѣченія, дали самые худшіе результаты; 5) что самые лучшіе результаты получились при употребленіи дренажа и 6) что довольно хорошіе результаты (48% выздоровленія) получились также при лапоротоміи.

Авторъ на основаніи своихъ изслѣдованій рекомендуетъ слѣдующій образъ дѣйствій при лѣченіи разрыва матки: а) Если въ брюшную полость попали только туловище и конечности плода, а головка прилегаетъ или уже частью вступила въ полость таза,

то родоразрѣшеніе должно имѣть мѣсто *per vias naturales* помощью наложенія щипцовъ или посредствомъ перфорациі. б) Если плодъ головкою или же цѣликомъ попалъ въ брюшную полость, то необходимо немедленно приступить къ лапоротоміи и, по удаленіи плода черезъ брюшные стѣнки, соединить края разрыва швомъ. в) Даже послѣ родоразрѣшенія *per vias naturales* полезно сдѣлать лапоротомію и соединить края разрыва швомъ; только при неблагопріятныхъ для операціи условіяхъ слѣдуетъ прибѣгнуть къ дренажу, не произведя предварительно ирригаціи. г) При сильно разможенной маткѣ и наступленіи симптомовъ септического эндометрита слѣдуетъ предпочесть операцію *Porro*.

Хазанъ.

64. **Wehle. Die Walcher'sche Hängelage und ihre praktische Verwerthung bei geburtshülflichen Operationen.** (Archiv für Gynäkologie, Bd. XLV, Hft. 2). **Висячее положеніе Вальхера и его примѣненіе при акушерскихъ операціяхъ.**

Открытіе *Вальхера*, заключающееся въ томъ, что при висячемъ положеніи ногъ *conj. vera* у беременныхъ почти на цѣлый сантиметръ больше, чѣмъ при приведенныхъ къ животу колънахъ, нашло по автору блестящее практическое примѣненіе при операціяхъ, произведенныхъ въ Дрезденской акушерской клиникѣ, съ октября 1892 г. по іюнь 1893 г. За эти  $\frac{3}{4}$  года увеличился какъ процентъ живорожденныхъ дѣтей, такъ и  $\%$  произведенныхъ при узкомъ тазѣ поворотовъ въ ущербъ другимъ болѣе опаснымъ способамъ родоразрѣшенія. W. поэтому горячо рекомендуетъ пользованіе при акушерскихъ операціяхъ висячимъ положеніемъ и выражаетъ надежду, что мѣра эта существенно повлияетъ на ученіе о поворотѣ при узкомъ тазѣ.

Хазанъ.

# КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

## I.

### Случай *colpotosiæ* при вѣматочной беременности.

Татьяна М., средняго сложенія, 30 лѣтъ, крестьянка, родила двухъ, выкидышей 2, послѣдніе роды 10 лѣтъ тому назадъ, крови всегда ходили правильно, черезъ три недѣли, по 4 дня. Съ конца мая 1892 года до половины іюля была задержка кровей, съ начала іюля явилось кровотеченіе, продолжалось около двухъ недѣль и сильно болѣлъ животъ. 20-го іюля больная поступила въ губернскую земскую больницу, съ слѣдующими явленіями: жалуется на схваткообразныя боли внизу живота, усиливающіяся при движеніи, на кровотеченіе, не сильное, но продолжающееся уже вторую недѣлю, на частое мочеиспусканіе и запоры на низъ. При изслѣдованіи найдено: въ грудяхъ молозиво, ареолы окрашены, Монгомеровы железы увеличены, *linea alba* окрашена, слизистая оболочка наружныхъ половыхъ частей темнаго цвѣта, шейка матки размягчена, матка увеличена до трехъ мѣсяцевъ беременности, за маткой опухоль, занимающая весь задній и оба боковыхъ свода. Опухоль разлитая, не имѣетъ опредѣленныхъ контуровъ, верхнюю границу ея не удастся опредѣлить. Опухоль бугриста, неравномѣрной консистенціи, мѣстами тверда, мѣстами мягка, соединена съ маткой неподвижно. Больная не лихорадитъ, въ остальныхъ органахъ ничего особеннаго. Мною съ вѣроятностью была діагносцирована вѣматочная беременность и предложена операція, на которую больная не согласилась. Пролежавъ въ больницѣ мѣсяць и получивъ значительное субъективное облегченіе, больная выписалась съ мало измѣнившейся объективной картиной. Черезъ три недѣли больная снова обратилась ко мнѣ, но уже съ совершенно другой картиной болѣзни: она очень ослабѣла и истощилась, сильная одышка, пульсъ частъ и слабъ, температура 38,5°, кожа слегка желтушно окрашена, лицо искажено сильной болью отъ частыхъ и сильныхъ родовыхъ потугъ. Черезъ брюшныя покровы прощупывается опухоль достигающая нѣсколько выше пупка, напоминающая беременную матку на седьмомъ мѣсяцѣ. При внутреннемъ

ислѣдованіи—шейка матки оттѣсна высоко кверху подъ лонное сочлененіе, задній сводъ сильно выпяченъ опухолью, мѣстами флюктуирующей, мѣстами твердой консистенціи, изъ матки не сильное кровотеченіе съ запахомъ. Больная прямо заявила, что согласна на всякую операцію, лишь бы избавиться отъ боли. Диагнозъ былъ ясень, планъ операціи складывался самъ собой: черезъ разрѣзъ выпяченнаго задняго свода проникнуть въ плодный мѣшокъ и опорожнить его содержимое, въ случаѣ же сильнаго кровотеченія при отдѣленіи послѣда, немедленно приступить къ чревосѣченію. Послѣ приготовления больной и обстановки, я приступилъ къ операціи. Подъ хлороформомъ сдѣланъ въ заднемъ сводѣ разрѣзъ шириною въ два пальца, проникающій въ полость плоднаго мѣшка. Край разрѣза, т. е. слизистая свода и края плоднаго мѣшка обшиты шестью узловатыми швами. Изъ разрѣза вышла масса измененной крови и сгустковъ. Плодъ нѣсколько мацерированный, длиною около 13 сантиметровъ легко удаленъ пальцемъ, послѣдъ отдѣленъ съ трудомъ частью пальцемъ, часть помощью осторожныхъ движеній острой ложкой. Сильнаго кровотеченія не было. Плодный мѣшокъ промытъ сулемой и въ него заложена іодоформенная марля, послѣ чего полость матки выскоблена острой ложкой для избѣжанія загрязненія отдѣленіями операціонной раны. Послѣ операціи температура пала съ 38,5° до 37,8°, но затѣмъ, вечеромъ слѣдующаго дня снова поднялась до 38°, и эти вечернія повышенія продолжались около недѣли, послѣ чего температура стала нормальной. Каждый день плодный мѣшокъ промывался горячимъ растворомъ сулемы и замѣтно уменьшался въ размѣрахъ. Черезъ мѣсяць больная выписалась вполне здоровой и сильной, но мѣшокъ еще не заросъ, не смотря на неоднократно вырыскивание *t-rae iodii*. Черезъ два мѣсяца я снова видѣлъ большую: на мѣстѣ мѣшка у нея прощупывается небольшое, безболѣзненное утолщеніе за маткой, больная чувствуетъ себя совершенно здоровой. Чтобы ни говорили въ пользу чревосѣченія при вѣматочной беремености, несомнѣнно бываютъ случаи, гдѣ *colpotomia* должна быть избрана предпочтительно передъ *laparotomia*, вопросъ только въ выработкѣ точныхъ показаній. *А. А. Литкенсъ.*

Гор. Орель. Февраля 24 1894 г.

## II.

### Случай приобретеннаго заращенія матки. (*Atresia uteri acquisita*).

Приобретенныя заращенія матки занимаютъ обыкновенно внутреннее устье, обязанныя своимъ происхожденіемъ нѣкоторымъ патологическимъ процессамъ, ведущимъ къ слипчивому воспаленію въ области внутренняго устья; процессъ заключается въ нарушеніи цѣлости ткани (язвенный!) съ образованіемъ рубца. Чаще всего это случается послѣ гангрены, послѣ трудныхъ родовъ—въ особенности при грубомъ примѣненіи акушерскихъ инструментовъ, послѣ нѣкоторыхъ инфекціонныхъ болѣзней (дифтеритъ, оспа,

тифъ, скарлатина, корь), отъ нераціональнаго примѣненія каустическихъ средствъ; указывали на случаи атрезіи въ зависимости отъ старческой атрофіи половыхъ органовъ, (которая легко ведетъ къ развитію язвеннаго процесса); наконецъ, нѣкоторые авторы (*Fritsch, Pozzi*) указываютъ еще на одинъ этиологическій моментъ атрезіи—послѣ ампутаціи влагалищной части.

Перехожу къ изложенію случая, который я наблюдалъ:

Больная О...., 39 л. Начала менструировать на 14 году; крови приходили всегда черезъ 4 недѣли, по 3 дня, въ большомъ количествѣ, безъ болей; замужемъ 20 лѣтъ, одни роды срочные, 18 л. тому назадъ, мертвымъ плодомъ, длились 3 сутокъ, кончились безъ оперативнаго пособія; послѣродовой періодъ былъ осложненъ какимъ то процессомъ, заставившимъ больную не покидать постели втеченіе 4 недѣль, (подробностей больная не помнитъ). Спустя 2 года ей была сдѣлана *amputatio colli uteri*. Это было, слѣдовательно, около 16 лѣтъ тому назадъ. До 4 лѣтъ тому назадъ, больная чувствовала себя хорошо, когда (по ея словамъ) безъ видимой причины появилось кровотеченіе, длившееся съ короткими промежутками около 5 мѣсяцевъ; во все это время она часто испытывала чувство тяжести внизу живота; къ врачебной помощи она не обращалась, и кровотеченіе прекратилось само по себѣ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ регулы были скудные, предшествуемые за 3 дня сильными болями внизу живота и поясницѣ. Слѣдующіе за ними—такіе же; наконецъ 3 мѣсяца тому назадъ показалось лишь нѣсколько кровяныхъ пятенъ, боли однако длились 4 дня; съ тѣхъ поръ прошли два менструальныхъ періода безъ кровей, но въ извѣстное время являлись сильныя „жгучія“ боли внизу живота, длившіяся по 4 дня.

Больная жалуется на отсутствіе регулъ, періодическія боли внизу живота, болѣзненный и неудовлетворяющій *coitus*.

Больная умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Сердце, легкія, органы пищеваренія и выдѣленія ничего ненормальнаго не представляютъ; со стороны нервной системы—легкія явленія истеріи. Наружные половые органы нормальны; влагалище укорочено, представляется куполообразнымъ, цвѣтъ его покрова нормальный, отдѣленія почти нѣтъ; влагалищная часть матки—отсутствуетъ; у верхушки куполообразнаго влагалища виднѣтся бугорокъ величиной въ горошину, (остатокъ передней губы шейки!) подъ нимъ весьма значительное воронкообразное углубленіе, въ которомъ констатировать отверстія не удастся, (зондъ № 1 входитъ туда на глубину 1 см.). При бимануальномъ изслѣдованіи, тотчасъ за и надъ лобкомъ прощупывается опухоль туго-эластической, почти плотной консистенціи, нѣсколько шарообразной формы, величиною соотвѣтственно маткѣ на 6-й недѣли беременности, въ *ante-latero dextra versi*'и, поверхность ея ровная, пульсація сосудовъ нигдѣ не ощущается; правая широкая связка укорочена, равномерно плотна, толщиною въ поперечный палецъ, слегка болѣзненна; лѣвая—напряжена, не кажется утолщенной; трубы

и яичники не прощупываются; въ Дугласѣ отложеній нѣтъ. Исслѣдованіе *per rectum* ничего не прибавляетъ къ сказанному.

Исключивъ здѣсь беременность, при отсутствіи какихъ либо данныхъ, говорящихъ въ пользу нея, принимая затѣмъ анамнестическія свѣдѣнія о развитіи данного заболѣванія и результаты, полученные при изслѣдованіи, я остановился на мысли, что имѣю дѣло съ зарращеніемъ внутренняго устья матки и накопленіемъ въ полости ея крови, *haematometr'ой*.

Смущаль меня лишь вопросъ о происхожденіи этой атрезіи. Большинство изъ указанныхъ выше этиологическихъ моментовъ здѣсь отсутствовало. Считать виновницей данной атрезіи перенесенную болыюю *amputatio colli*, конечно, нельзя: вѣдь это было 16 лѣтъ тому назадъ—промежутокъ не малый! тѣмъ болѣе, что теченіе 12 лѣтъ послѣ того болыая чувствовала себя прекрасно.

4 года тому назадъ болыая въ теченіи 5 мѣсяцевъ страдала кровотеченіемъ, прекратившимся безъ всякаго лѣченія. Нѣтъ-ли связи между этимъ явленіемъ и данной атрезіей? Основательныхъ данныхъ, могущихъ выяснитъ причину этого кровотечения, нѣтъ; но нѣкоторыя предположенія все-же являются: 1) видѣть исходную точку его въ какомъ либо новообразованіи—зло,—или доброкачественнаго характера—нельзя, такъ какъ а) за 4 года оно, нужно полагать, прогрессировало бы въ своемъ развитіи, или, по крайней мѣрѣ, оставалось-бы *in statu quo*, слѣдовательно, могло бы быть констатировано и теперь, чего на самомъ дѣлѣ нѣтъ; б) разъ уже явилось-бы обусловленное имъ кровотеченіе, оно бы не исчезло безслѣдно, тѣмъ болѣе безъ всякаго лѣченія, (если впрочемъ таковое можетъ быть кромѣ оперативнаго!). 2) Врядъ-ли и какое либо страданіе придатковъ было причиною того кровотечения, даже въ анамнезѣ нѣтъ для этого данныхъ. Извѣстно только, что во все время кровотеченій, болыая испытывала часто чувство тяжести внизу живота, признакъ, говорящій за явленія гипереміи въ маткѣ. Это послѣднее обстоятельство можетъ уже, кажется, нѣсколько пролить свѣтъ на интересующій насъ вопросъ; тогда и кровотеченіе могло обуславливаться какимъ-либо воспалительнымъ процессомъ въ маткѣ—эндометритомъ или метритомъ (а, можетъ быть, и обоими!), перешедшимъ въ хроническую форму и вызвавшимъ язвенный процессъ въ области внутренняго устья; этотъ послѣдній, перешедшій наконецъ въ процессъ рубцеванія, и могъ обусловитъ собою тѣ явленія, на которыя болыая жалуется: именно, благодаря постепенному суженію просвѣта внутренняго устья, при значительномъ развитіи интерстиціального процесса, менструальные періоды послѣдняго времени стали все болѣе и болѣе скудными, сопровождаясь болью, (въ силу механическаго препятствія) и, когда наконецъ просвѣтъ устья достигъ нуля, настала *amenorrhoea*, и болыая испытала два раза лишь *polimina menstrualia*.

Отказавшись сразу отъ всякаго палліативнаго лѣченія, я рѣшилъ прибѣгнуть къ коренному—оперативному. Въ теченіи 4-хъ дней, при точномъ соблюденіи правилъ обеззараживанія, я еже-

дневно расширялъ и углублялъ, при помощи расширителей *Hégar'a* № 2 и 3, вышеупомянутое вдавление у верхушки влагалища, принятое мною за наружное отверстие шейного канала, фиксируя матку пулевыми щипцами за сохранившійся остаточекъ передней губы шейки. На 3-й день расширитель *Hégar'a* № 3 проходилъ на глубину 2 см. Раньше, чѣмъ прокладывать путь дальше, я рѣшилъ расширить полученный мною слѣпой каналъ, для чего я вставилъ на 12 часовъ короткую ламинарію, приготовленную тщательнымъ кипяченіемъ ея въ насыщенномъ алкогольномъ растворѣ ас. salicyl. Удаливъ ламинарію, я имѣлъ возможность проникнуть *Hégar'омъ* № 6 на глубину 4 см., при чемъ, провѣряя себя зондомъ № 3, я получилъ ощущеніе, что пуповка зонда упирается, какъ бы, въ перепонку. Рѣшивъ, что я достигъ области заросшаго внутренняго устья, я, заранѣе приготовленнымъ для этого, очень тонкимъ троакаромъ, искривленнымъ соотвѣственно направленію канала, спрятаннмъ въ канюль, прокололъ отверстие въ перепонкѣ, при чемъ наружный конецъ инструмента опускался сильно книзу (соотвѣтственно направленію длинника матки). (Предварительно прямая кишка и мочевой пузырь были опорожнены). Когда вслѣдъ за тѣмъ я расширилъ сдѣланное отверстие до *Hégar'a* № 4 включительно, показалась густая, темная, кровянистая жидкость, напоминающая своимъ видомъ кофейную гущу, въ сравнительно большомъ количествѣ въ теченіе 6 часовъ, продолжая затѣмъ еще выдѣляться по немногу въ теченіе сутокъ. Большая двое сутокъ оставалась въ постели. Боли исчезли. Матка оказалась уменьшившеюся въ объемѣ почти на половину, хотя оставалась очень плотной. На 3-й день, зондируя матку, я нашелъ полость ея длиною въ 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см.; стѣнки ея кажутся очень толстыми и плотными. Дальнѣйшее лѣченіе заключалось въ ежедневномъ расширеніи полученнаго канала расширителями *Hégar'a*; на 7-й день проходилъ № 7 *Hégar'a*, на глубину 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см.

Больная не являлась въ теченія 12 дней изъ за перенесенной ею *influenz'ы*. При провѣркѣ, зондъ № 4 проходитъ свободно въ полость матки на ту же глубину 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см. Черезъ 2 дня послѣ того у больной появились боли внизу живота, нѣсколько напоминающія собою прежнія, „жгучія“, державшіяся 3 дня. При изслѣдованіи матка кажется нѣсколько увеличенной, правая широкая связка менѣе плотна. На 4-й день появились крови менструальнаго характера, при чемъ боли исчезли. Крови шли 2 дня.

Изслѣдованіе, произведенное черезъ 1 мѣсяць отъ начала лѣченія, показало: матка меньше, чѣмъ была предъ регулами, очень плотна, отошла нѣсколько ближе къ средней линіи; правая широкая связка кажется значительно менѣе резистентной, лѣвая еще напряжена; отложеній и чувствительности нигдѣ нѣтъ, зондъ № 4 входитъ свободно въ полость матки на глубину 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> см.; стѣнка матки (при дряблой брюшной стѣнкѣ!) кажется значительно утолщенной—въ особенности дно и задняя ея часть. Повидимому, матка находится въ томъ періодѣ воспаленія ея паренхимы, (называемомъ Scanzoni „періодомъ оплотнѣнія“), кото-

рый характеризуется въ паталого-анатомическомъ отношеніи, все большимъ и большимъ разращеніемъ соединительной ткани, ведущимъ къ постепенному спаденію сосудовъ мышечной ткани и обѣдненію ея кровью.

Въ виду невозможности дѣйствовать непосредственно на ткань матки, (при полномъ отсутствіи влагалищной части!) больная (иногородняя) отпущена домой съ наставленіемъ—дѣлать систематически горячіе влагалищныя души до 38° R., ванны, и, въ случаѣ ухудшенія, пріѣхать обратно для примѣненія болѣе энергичнаго лѣченія.

С. Б. Выховскій.

### III.

#### Семидневное задержаніе послѣда въ полости матки. Выздоровленіе.

15 марта 91 г. доставлена въ Таложенскую земскую больницу больная Авд. Ив-ва, 36 л., изъ с. Чудина—съ невышедшимъ „мѣстомъ“ послѣ родовъ, бывшихъ, по словамъ привезшей больную ея матери, 8 го марта, т. е. семь сутокъ тому назадъ.

Данныя скорбнаго листа: t° (2 ч. дня) 39,0°; п. 120. 8-го марта родила мертваго мальчика, роды первые; мучилась 4 дня; послѣдъ остался въ маткѣ. Моча не держится. Знобъ, жаръ, поты, поносъ; Herpes labial. Выдѣленія изъ половой щели—грязныя, вонючія. Разрывъ промежности 3-й степени. Большія и малыя половыя губы опухли, покрыты зловѣщей красной и дифтеритическимъ налетомъ; слизистая оболочка передней стѣнки влагалища въ большей части омертвѣла, омертвѣвшіе куски висятъ изъ влагалища; orific. ext. urethrae зияетъ; въ общемъ—cloaca communis. Передняя губа шейки омертвѣла.

Прогностика поставлена очень плохая, случай почти безнадежный, habitus больной производилъ впечатлѣніе мучительной агоніи.

*Ordinatio:*

t-ra Valer. aeth.

Spirit. aeth. aa

Черезъ 1 ч. по 30 к.;

*Спринцов.* в. 32°R  
S. Sublim. 1:4000  
нѣсколько кружекъ.

Extr. Hydr. Canadens. fl. 30 к.

Подъ струей изъ S. sublimat.—извлеченъ гнилой, безформенный вонючій послѣдъ; опредѣлить части послѣда невозможно. (Спринцеваніе). Отверстіе шейки матки пропускаетъ только указательный палецъ. Кожные покровы въ пахахъ и на бедрахъ открыты рожистой красной.

*Ord.* Спринцев. в. 32° R. S. sublim. 1:5000.

черезъ 1 часъ.

\* \* \*

Extr. Hydr. fl. по 30 к. черезъ 3 часа.

\* \* \*

Ung. Jodoform. на наружн. genital. и во влагалище.

\* \* \*

Вино.

Вечеромъ  $t^0$  38,3; больная послѣ удаленія послѣда (въ 2 ч. дня) къ вечеру немного оправилась.

16-го марта утромъ 37,5 $^0$  С.

Утѣшаясь температурой, я внутренно оставался при *diagnos. pessim. quoad vitam*; существенныхъ переменъ къ лучшему въ общей картинѣ болѣзни я не видѣлъ, и *horribile dictu*—мать больной настоятельно требуетъ отпустить больную домой (а я еще не успѣлъ и пульса сосчитать); „затѣмъ-де только и привезли, чтобы мѣсто вынуть“. Ни убѣжденія, ни просьбы оставить больную, ни настойчивыя разъясненія и указанія на опасность для жизни больной—ничего не трогаетъ черствую старуху; больная выписана мною; въ неизбѣжности летальнаго исхода я былъ убѣжденъ. И вотъ черезъ два мѣсяца Авд. И-ва пріѣхала въ больницу (за 25 верстъ) за совѣтомъ по поводу ломоты въ ногахъ! Все возможное сгладилось въ половой сферѣ.

На дняхъ мнѣ пришлось (въ Тульскомъ уѣздѣ) удалить изъ полости матки остатки плодныхъ оболочекъ черезъ *два недѣли* послѣ родовъ (1 пара);  $t^0$  до 40 $^0$  С., отдѣляемое, какъ и самыя оболочки безъ запаха; постепенное выздоровленіе.

*Баташовъ.*

18/III 94 года.

Село Малахово, Тульского уѣзда.

Редакторы: { Д. Оттъ.  
Л. Личкусь.

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

- 1) *В. Клевезаль*. Наши злобы дня. (Отдѣльный оттискъ изъ „Врача“).
  - 2) *Л. Е. Шрайберъ*. Haematoma labii majoris sinistri et vaginae. (Отдѣльный оттискъ изъ „Южно-Русской медицинской газеты“).
  - 3) *Ею-же*. Четыре случая послѣродовой эклампсіи. (Отдѣльный оттискъ изъ „Южно-Русской медицинской газеты“).
  - 4) *Кіевскія университетскія извѣстія*. Мартъ. 1894 г.
  - 5) *А. Л. Эbermanъ*. Die Untersuchungen der weiblichen Harnorgane. Die Krankheiten der weiblichen Urethra. Die Krankheiten der Blase bei Frauen. (Отдѣльный оттискъ изъ „Klinisch. Handbuch der Harn und Sexualorgane“).
-