

7/105



ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.



ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

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. СНЕГИРЕВА,
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

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

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

И

Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ VIII.

538

1894.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.

ОГЛАВЛЕНИЕ VIII ТОМА.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

	СТР.
Ануфриевъ А. А. Къ казуистикѣ опухолей наружныхъ половыхъ органовъ у женщинъ	633
— — — Къ учению о человѣческихъ уродствахъ	617
Бекманъ В. Г. Къ вопросу объ изслѣдованіи роженницъ rectum.	808
— — — Къ этиологіи выворотовъ матки послѣ родовъ	518
Брандтъ А. Ф. Къ патологической анатоміи первичныхъ злокачественныхъ новообразованій тазовой клѣтчатки и объ измѣненіяхъ, вызываемыхъ ими въ маткѣ и придаткахъ ея	603
— — — Къ этиологіи кистъ малыхъ губъ vulvae	857
Бржезинскій В. А. Медицинскій отчетъ о дѣятельности акушерскаго отдѣленія гинекологической клиники проф. <i>Н. В. Ястребова</i> при Императорскомъ Варшавскомъ университетѣ за 1890, 1891 и 1892 гг.	97 и 194
Виридарскій С. Т. Къ казуистикѣ полныхъ разрывовъ матки во время акта родовъ	187
— — — Случай разсѣченія лоннаго соединенія	23
Димантъ Е. Б. Новое видоизмѣненіе акушерскихъ щипцовъ	971
— — — Экспериментальныя изслѣдованія о вліяніи сѣченія лоннаго соединенія на размѣры таза	13
Драницынъ А. А. Къ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при гидронефрозѣ	321
— — — Случай измѣненія порочнаго развитія мочеиспускательнаго канала, осложненнаго недержаніемъ мочи	567
Ивановъ А. И. Къ вопросу о родахъ, осложненныхъ фиброіомами матки	444
Клаузинская Ю. Отчетъ о дѣятельности Варшавскаго VI городского родильнаго пріюта со времени его открытія	637
Купидоновъ В. Электротерапія при перипараметритахъ	725
Лапковъ М. Къ вопросу о примѣненіи ферратина при metrorrhagi'яхъ	1062
Липинскій С. Случай близнецовъ, сросшихся нижними концами грудины	33
Львовъ И. М. О поврежденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ при половомъ сношеніи	279
Массенъ В. Н. Дальнѣйшія данныя къ вопросу о патогенезѣ эклампсіи	3
— — — Случай врожденнаго отсутствія глазныхъ яблокъ	357

	СТР.
Мироновъ М. М. Къ технику выскабиванія полости матки.	1066
Михинъ П. Къ вопросу о вѣматочной беременности . . .	413
— — Чревосѣченіе при частичныхъ зарощеніяхъ родового канала	84
Муратовъ А. А. Къ лѣченію подслизистыхъ и фиброзныхъ опухолей матки въ послѣродовомъ періодѣ.	869
Оттъ Д. О. Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала.	513
— — Современное положеніе вопроса о радикальномъ лѣченіи фиброміомъ матки	69
Паргаминъ М. Н. Весьма рѣдкій случай многоплодныхъ родовъ	894
Потѣенко В. В. Семь чревосѣченій.	780
Поюровскій Г. Г. Примѣненіе постояннаго орошенія для подготовленія пузырныхъ фистулъ къ оперативному лѣченію	553
Разумовскій М. И. Отчетъ по родильному отдѣленію Одесской городской больницы за 1893 г.	819
Сережниковъ Г. П. Къ дифференціальному распознаванію эхинококка и другихъ мѣшечатыхъ образований женской половой сферы	312
— — — Uterus duplex bicornis cum vagina subsecta infrasimplici или uterus didelphys cum vagina subsecta infrasimplici	183
Соловьевъ А. И. Опухоль Фаллопиевой трубы съ жидкимъ содержимымъ, вскрывшимся выше пупка. Удаленіе мѣшка. Выздоровленіе	629
Строгановъ В. В. Добываніе посредствомъ самовара стерилизованной воды для асептическихъ операцій	953
— — Къ вопросу объ асептическомъ методѣ при операціяхъ.	175
Улезко-Строганова К. П. Къ патологіи кистъ дѣвственной плевы и влагалища	115
Фавръ В. Перфораторъ-буравъ	1071
Федоровъ И. И. Электризація по методу д-ра Александрова при лѣченіи gonorrhoea ascendens	23
Фейнбергъ Б. И. Inversio vesicae urinariae per fissuram abdominis cum atresia vaginae у новорожденной дѣвочки.	967
Феноменовъ Н. Н. Къ казуистикѣ поврежденій, наносимыхъ sub coitu	1043
Филоновичъ В. П. Два случая стеноза влагалища.	887
Хомицкій П. В. Къ вопросу о происхожденіи кистъ влагалища. Киста передней стѣнки влагалища	1054
Черномордикъ-Гинзбургъ М. Къ казуистикѣ продыравливанія матки самой больнои съ цѣлью вызвать абортъ	801
Штольцъ В. И. Дѣло д-ра Піотровича съ судебно-медицинской точки зрѣнія.	454
Щеткинъ Д. С. Къ вопросу о судебно-медицинскомъ значеніи мѣста разрыва кольцевидной дѣвственной плевы при мастурбаціи	438

II. УКАЗАТЕЛЬ ИМЕНЪ.

А) Русскіе.

- Агаоновъ** С. Н. 47, 912.
Александровъ А. Н. 913.
Ануфриевъ А. А. 246, 617, 633, 912, 1009.
Артемьевъ А. П. 1078.
Бабаевъ А. Н. 480.
Баташовъ 410.
Бадевичъ Е. Ф. 64, 136, 365.
Бекманъ В. Г. 518, 808.
Беллинъ Э. Ф. 1004.
Богаевскій А. 918
Брандтъ А. Ф. 603, 857, 914.
Бржезинскій В. А. 97, 194, 911.
Букоемскій Ф. В. 912.
Быховскій С. Б. 406, 597, 940.
Бѣлиловскій К. А. 912.
Вастенъ 50, 932.
Введенскій А. А. 258.
Верницъ И. 698.
Варидарскій С. Т. 23, 39, 131, 187, 240.
Волкова М. М. 933.
Войцѣховскій А. И. 911.
Воробьевъ Д. А. 577.
Воскресенскій М. А. 912.
Воффъ И. А. 912, 1006.
Гавронскій Н. Д. 589, 669, 695.
Гейнацъ В. Н. 1006.
Гинзбургъ 922.
Головчинеръ М. С. 918.
Гордонъ Л. 54.
Грузлевъ В. С. 927, 930, 1005.
Даниловичъ И. О. 147.
Димантъ Е. В. 13, 133, 475, 971.
Дѣкупшевская М. А. 469, 978.
Долгополовъ Н. И. 1009.
Драпицынъ А. А. 33, 130, 239, 321, 469, 567, 907, 912.
Дрентельнъ Е. 1036.
Дубенскій И. И. 914.
Дьяконенко Н. П. 1009.
Евменьевъ В. А. 51.
Живописцевъ 575.
Заболотскій А. П. 914, 978.
Замшинъ А. И. 47, 130, 474.
Захарьевскій А. 499.
Заяицкій С. С. 259, 996, 1008.
Зенковъ А. М. 1008.
Змигородскій К. 911.
Ивановъ А. И. 444.
Каземъ-Бекъ П. 913.
Какушкинъ Н. М. 137, 249, 475, 585, 977, 1078.
Камеразъ Б. 929.
Капланъ А. И. 258.
Кирѣевъ Д. М. 911.
Клаузинская Ю. 637.
Ковалевскій П. И. 254, 255, 481, 482, 917.
Комаревскій Н. 991.
Котелянскій Б. О. 256.
Кочетковъ А. 922.
Красноглазовъ В. П. 480.
Красовскій А. Я. 42, 364, 365.
Купидоновъ В. 725.
Лазаревичъ И. П. 64.
Ланговой А. П. 919.
Лапковъ М. 914, 1062.
Лапшинъ А. 249.
Лебелевъ А. И. 46, 50, 62, 66.
Лебенсбаумъ 846.
Либерзонъ Е. А. 574.
Липинскій С. 33, 837.
Литкенъ А. А. 405.
Ляцкусъ Л. Г. 140.
Лорисъ-Меликовъ 1002.
Львовъ И. М. 50, 54, 61, 279, 377, 477, 478, 835, 934, 987, 989.
Ляницъ А. И. 480.
Мазуркевичъ А. К. 363.
Маминновъ А. Я. 929.
Массенъ В. Н. 3, 123, 239, 257, 363, 470, 474, 911, 912.
Мацѣевскій К. Ф. 37.
Мершъ Г. 913.
Миллеръ В. Я. 56.
Мироновъ М. М. 137, 497, 932, 1008, 1066.
Михайлова Е. А. 1003.
Михинъ 84, 413.
Муратовъ А. А. 869, 928.
Наркевичъ 584.
Никитинъ М. Д. 917.
Никольская А. И. 52.
Оленинъ С. К. 131, 581, 582, 930.
Онуфриевъ В. М. 257.

Орловъ 52.
Оттъ Д. О. 69, 131, 238,
365, 367, 470, 475, 513,
592, 838, 905, 913, 981,
985.

Павловъ А. П. 912.
Павскій С. 931.
Панфиловичъ М. А.
915, 916.
Паргаминъ 894, 1007.
Парышевъ Д. А. 59.
Потѣбенко В. В. 715, 780.
Покровский Г. Г. 553.
Проконьевъ Г. 250.
Пулавскій 852.

Разумовскій М. И. 819.
Рапчевскій 849.
Рачинскій Н. I. 130,
252, 363, 471, 905.
Рейнъ Г. Е. 46, 51, 52,
55, 130, 131, 588, 911.
Розевичъ Г. 1004.
Розенталя Я. 854.
Рузи Д. А. 910.
Рутковский 475, 914.
Рымша А. Р. 127.
Рѣзниковъ О. 583, 699,
1082.

Савицкій 851.
Савченко Ф. 913.
Савловскій П. Т. 913.
Сазонова М. Г. 911.
Сенковскій 840.

Сережниковъ Г. II. 183,
240, 312, 365.
Славянскій К. Ф. 150,
368, 905.
Смольскій И. И. 47, 61.
Совѣтовъ 481.
Соловьевъ А. Н. 629,
915.
Соловьевъ Г. А. 247,
248, 573, 1007.
Столыпинскій В. А.
913, 1002.
Стравинскій Н. И. 145,
364, 368, 474.
Строгановъ В. В. 64,
131, 176, 913, 953.
Сутугинъ В. В. 61, 65.

Тепловъ П. Я. 836,
988, 989.
Типяковъ В. В. 928,
1003, 1007.
Томсонъ Г. И. 579.

Улезко-Строганова 115.

Фавръ В. 1071.
Федоровъ И. И. 28, 138,
913.
Фейнбергъ 967, 991.
Феноменовъ Н. Н. 48,
55, 62, 64, 66, 131,
137, 913, 926, 1043.
Филоновичъ В. П. 887,
977.

Фишеръ А. Р. 67, 242,
474, 910, 914.
Фогель 914.
Фраткинъ 48.

Хазанъ С. 675.
Хомпкій П. 1054.
Хростовскій Л. 914.

Черноморликъ-Гинз-
бургъ 801.
Чопъ 250.

Шабельскій С. 946.
Шевелевъ Н. Н. 929.
Шиперовичъ М. 924.
Шлоккеръ Г. 1009.
Шорръ Я. 248.
Шрайберъ Л. 582, 670.
Штольцъ В. И. 454, 474,
904, 984.

Щегкинъ Д. С. 438,
914.

Эберманъ А. Л. 239,
365.

Юровскій Д. Я. 934.

Яворовскій А. 848.
Яковлевъ М. П. 581.
Якубъ I. Ю. 244.
Яновскій Р. К. 916.
Ястребовъ Н. В. 912.

Яворскій В. Г. 911.

Б) ИНОСТРАННЫЕ.

Adenot 268.
Amann 589.
Anderson 483.
Apostoli 586.
Arendt 393.
Arnould 266.

Bäcker 148.
Barnes 1099.
Batuaud 1011.
Bensinger 390.
Betrix 1018.
Binaud 1017.
Bonnet 1010, 1014.
Borisowicz 672.
Bosis 588.
Bourges 1011.
Braitwaite 484.

Brennecke 1086.
Brohl 400.
Buechler 1090.
Burckhardt 403.
Butler 1115.
Butte 271.

Calderini 396, 592.
Carle 587.
Caruso 589.
Charles 503, 504, 505.
Charpentier 273.
Chrobak 389.
Condamin 506.
Cripps 488.
Crosti 591.
Czempin 689.

Dickinson 483.
Döderlein 387.
Doktor 498.
Dohrn 695, 699.
Dolérés 260, 1011, 1016.
Dor 505.
Doyen 586.
Dupuy 1018.

Eames 1093.
Eastes 492.
Eberhart 699.
Eisenhart 1031.
Emanuel 1087.

Feis 495, 677.
Fernvald 1025.

- Finsi 1094.
 Flaischlen 939.
 Foveau de Courmelles 586.
 Fraenkel 681, 1026.
 Fraise 1013.
 Frank 589.
 Franqué 938.
 Freund 1014.
 Fritsch 1099.
 Frommel 1033.
 Füth 1086.
- G**aertig 1035.
 Gardiner 1114.
 Goelet 1112.
 Goenner 673, 935.
 Goldberg 1085.
 Gottschalk 1029.
- H**arris 1103.
 Henck 392, 935.
 Hindle 491.
 Hochsteller 380.
 Hofmeier 959.
 Holstein 1012.
 Horrocks 1097.
- J**aboulay 505.
 Jakobs 502, 586, 588, 590.
 Jordan 490.
- K**ehrer 496, 701.
 Kelly 1092, 1095.
 Kisch 394.
 Konikow 401.
 Krönig 386, 587.
 Krohl 402.
 Küstner 686.
- L**andau 586, 587.
 Lefour 270.
 Lentzer 591.
 Leopold 497, 585, 588,
 671, 700.
 Levis 1105,
 Levrat 506.
- Leyden 692.
 Löhlein 386, 399.
 Ludwig 1029.
 Luther 703.
- M**ackenrodt 692.
 Madlener 702.
 Mancusi 586.
 Mangiagali 586.
 Mars 589.
 Martin 396, 586, 587.
 Matthaei 679.
 Mende 586.
 Menge 699.
 Merz 403.
 Monod 267.
 Morisani 585.
 Müller 397, 589.
 Müllerheim 383.
 Munde 1098.
- N**eumann 1032.
 Noll 670.
 Noorden 395.
- O**liwer 1114.
 Olivier 1018.
 Olshausen 1082.
 Owens 1108.
Pagenstecher 389.
 Pawlik 591.
 Pean 586.
 . elzer 697.
 Petit 1014.
 Pezze 590.
 Pfannenstiel 673, 698.
 Pinard 586.
 Pozzi 506, 587.
 Prochownick 694.
- Q**uenou 272.
- R**eclus 1010.
 Regis 274.
 Regnier 1013.
 Reynier 267.
- Richelot 509.
 Ries 500.
 Robson 487.
 Roettinger 401.
 Rollet 269, 508.
 Rosner 161, 167.
 Rossa 500, 1028.
 Runge 1031.
- S**änger 586, 588, 677.
 Segond 509.
 Schauta 398.
 Schmid 1022.
 Schwarz 1083.
 Schultze 590, 691.
 Sippel 675, 676, 703.
 Smith 1110.
 Solmann 163.
 Solowij 1084.
 Spinelli 585.
 Sprengle 493.
 Strassman 495.
- T**arnier 1018.
 Theilhaber 1023, 1032.
 Thelen 674.
 Thorn 390, 693, 1086.
 Tibone 587.
 Treymann 395.
 Tuffier 271.
- V**argos 1108.
 Veit 936.
 Vignard 505.
 Villard 1012.
 Vuillet 587, 671.
- W**arman 169.
 Wehle 404.
 Weis 1027.
 Willett 491.
 Winckel 589.
 Woerz 388, 676, 1084.
- Z**weifel 400, 585, 588.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СОДЕРЖАНИЯ.

А.

- Adenoma матки 378.
Акушерки 911, 1078.
Амниотическій пупокъ 388.
Anophthalmia congenita 239, 357.
Антисептика при лѣченіи воспаления матки 268.
Асептика при операціяхъ 175, 913, 953. — въ акушерствѣ 386, 699, 918.
Atresia, см. заращеніе.
Атрофія острая печени 670.

Б (В).

- Бактеріи влагалища, вліяніе ихъ на родовою періодъ 403.
Бартолиновы железы, перелой ихъ 258.
Безплодіе, причины его 1007.
Беременность, — вѣматочная 38, 47, 127, 163, 250, 256, 271, 397, 405, 413, 505, 836, 911, 912, 928, 1008, 1026, 1108. — въ другой маткѣ 163, 1009. — измѣненія положенія и искривленія матки при ней 249, 484, 538, 1029. — многоплодная 1009. — послѣ ventrofixatio 399. — послѣ излѣченія сальпингита 1021. — при порочномъ развитіи полового канала 912.
Беременная матка, дно ея 589. — ракъ ея 978, 981, 1023. — фиброміомы ея 161.
Беременная, — душевное состояніе ихъ 481. — куриная слѣпота у нихъ 1004. — обмѣнъ у нихъ 499. — операціи у нихъ 54, 163, 263, 939. — перемежающаяся лихорадка у нихъ 248, 573, 582. — рвота чрезмѣрная у нихъ 401, 911. — сифилисъ у нихъ 504. — hydroorrhoea у нихъ 675.
Близнецы 33, 505.

- Брефотомія 248.
Брюшина, — туберкулезъ ея 835.
— мнимый слизевикъ ея 471.

В (V).

- Vaginofixatio 399.
Walcher'овское положеніе ногъ при акушерскихъ операціяхъ 404.
Ventrofixatio 399, 502, 506, 581, 689, 931.
Вибраціи при лѣченіи фиброміомы матки 933.
Viburnum prunifolium въ акушерствѣ 1003.
Влагалище, бактеріи его 403. — выдѣленія и отдѣленія его 386, 387, 914. — двойное 914, 1009. — иородныя тѣла въ немъ 480, 492. — кровяная опухоль его 582. — недоразвитіе его 1005. — новообразованія его 115, 698, 1054. — свищи его 513, 553, 692. — суженія и зарощенія его 854, 887, 967, 977. — удаленіе черезъ него матки 674, 978, 1006, 1010. — удаленіе придатковъ 989.
Вода, обезпложенная въ самоварѣ 953. — околоплодная, происхожденіе ея 1005.
Выкидышъ 169, 483, 673, 801, 922. — трубный 588.
Выворотъ матки 244, 518, 914, 915, 934.
Выпаденіе — матки 506, 509, 581, 686, 848, 1006, 1011, 1014. — — лѣченіе его влагалищнымъ вырѣзываніемъ 1006. — — операція Freund'a при немъ 1014. — задней стѣнки влагалища 699.
Выскабливаніе — при фиброміомахъ матки 52. — прободеніе стѣнки матки при немъ 719, 1018. — техника его 1066.

Г (Г).

- Гидронефрозъ 321.
 Гистеропексія, см. Ventrofixatio.
 Глаза, отсутствіе ихъ у новорожденныхъ 239, 357.
 Глицеринъ для вызыванія преждевременныхъ родовъ 673, 697, 698, 1032.
 Головка плода, отрывъ отъ туловища 266.
 Gossypium herbaceum 584.
 Грыжа, кишечно-влагалищная 699.
 — матки 400. — пупочная, одновременно съ кистой яичника 915. — фаллопиевой трубы 1115.
 Губки при операцияхъ, асептичность ихъ 913.
 Губы большія, — molluscum fibrosum ихъ 480. — кровяная опухоль ихъ 582, 929.
 Губы малыя, кисты ихъ 857.
 Гематома, см. кровяная опухоль.

Д (Д).

- Двунастіе 400, 491, 1004.
 Дермоидъ, см. коживикъ и киста дермоидная.
 Дизменорея цервикальная 670
 Диабетъ см. мочеизуреніе.
 Дренажъ брюшной полости 589.
 Дыханіе, легочное у новорожденныхъ 1031. — плацентарное 271.
 Дѣвственная плева, — беременность и роды при сѣлости ея 1008. — зарощеніе врожденное ея 840, 914. — кисты ея 115. — разрывъ ея при рукоблудіи 438.

З (З).

- Замочная кровяная опухоль 272.
 Замѣтки, акушерско-гинекологическія 715.
 Заносъ пузырьный 496.
 Зарощенія родового канала 406, 500, 840, 914, 967, 1114. — чревосѣченіе при нихъ 84.
 Зубы, внутриутробное прорѣзываніе 1005.

И (И).

- Иностранцы Сибири, женщина у нихъ 912.

К (К).

- Кавернозная опухоль шейки матки 914.
 Камень, — въ пузырьно-влагалищной полости 854. маточный 390.
 Кастрація, см. осклопленіе.
 Кесарское сѣченіе 167, 702, 1002 1103.

- Киста, — влагалища 115, 1054. — дермоидная 470, 505, 906. дѣвственной плевы 115. — малыхъ губъ 857. — пароваріальная 39, 990. — широкихъ связокъ 59. — яичниковъ 38, 127, 130, 377, 915, 988. — — нагноеніе ея 924. — — перекручиваніе ножки ея 913. — сообщеніе ея съ прямой кишкой 488. — — туберкулезъ ея 702 — — у беременныхъ 263, 987. — ракъ ея 490. — кишка прямая, — изсѣдованіе черезъ нее 500, 808. — непроходимость ея 702.

- Ключица, — переломъ ея у ребенка 691. — перерѣзка при эмбриотоміи 926.

- Coitus, см. половыя сношенія.

- Кольпейринтеръ, — при выворотѣ матки 913. — при предлежаніи послѣда 684.

- Конгрессъ въ Римѣ 585.

- Кормилицы, — передача имъ сифилиса 929.

- Кормленіе грудью, — атрофія матки при немъ 1086. — внезапная потеря молока 1004. — душевныя заблѣванія въ періодѣ кормленія 482.

- Корнунтъ 402.

- Кровоизліяніе, — околomatочное внѣбрюшинное 1007.

- Кровообращеніе у новорожденныхъ 495.

- Кровотеченія маточныя, — вырѣзываніе матки по поводу ихъ 913. — — послѣродовыя 936, 1095. — при Верльгофовой болѣзни 583. — солевой растворъ противъ нихъ 1095, 1097. — ферратинъ противъ нихъ 1062.

- Кровь матери, мочевины въ ней 495.

- Кровяная опухоль наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища 582, 1085.

- Круглая связка, укороченіе ихъ 1098.

Л (Л).

- Лампа керосиновая для гинекологическихъ операций 988.

- Lagouenn'e способъ гистеропексіи 506.

- Лигатура эластическая для перевязки ножки 699.

- Лонное соединеніе, — врожденное расщепленіе его 388. — рассѣченіе его во время родовъ, см. сим-физеотомія.

М.

- Маисовая головня для усиленія потугъ 927.
- Маларія у беременныхъ и родильницъ 248, 573, 582.
- Марганцево-кислый кали въ гинекологіи 267.
- Массажъ при женскихъ болѣзняхъ 51, 592.
- Матка, — аденома ея 378. — атрофія ея при кормленіи грудью 1086. — бугорчатка ея 702, 1087. — воспаление ея 263, 940, 1018. — выворотъ ея, см. это слово. — выпаденіе ея, см. это слово. — вырѣзываніе ея черезъ влагалище 38, 130, 239, 363, 377, 378, 379, 469, 470, 477, 506, 590, 614, 905, 1010, 1090. — выскабливаніе ея, см. это слово. — двурогая 183, 721, 914, 1009. — заращеніе ея 406. — измѣненія ея формы и наклоненіе ея 249, 267, 579, 588, 681, 689, 701, 931, 1029. — миотомія и надвлагалищная ампутація ея 38, 39, 130, 239, 363, 389, 396, 400, 469, 487, 586, 699, 700, 703, 905, 1086, 1110. — отсутствіе ея 1005. — пришиваніе къ брюшной стѣнкѣ, см. ventrofixatio. — прободеніе ея 719, 801, 1018. — разрывъ ея 39, 187, 246, 403, 491, 581, 695, 922, 932, 1003. — ракъ ея 38, 56, 239, 363, 396, 469, 470, 477, 905, 914, 978, 1023. — распространеніе изъ нея микробовъ 913. — фиброміомы ея 37, 39, 52, 69, 130, 161, 238, 239, 240, 363, 377, 378, 379, 395, 444, 470, 471, 483, 575, 592, 869, 905, 933, 1013, 1110, 1112. — физиологическія разстройства ея 260.
- Маточные рога, результаты перерѣзки ихъ и резекціи 252.
- Меконій — преждевременное отхожденіе его 1028.
- Менструація 497. — болѣзненная 670. — психозы во время ея 255.
- Минеральная вода Старорусскія при женскихъ болѣзняхъ 913.
- Многоводіе, этиологія его 1005.
- Молоко 1029. — патологія отдѣленія его 577, 1004.
- Молочная железа, — бугорчатка ея 1012. — вліяніе на нее нервной системы 932. — измѣненія ея послѣ удаленія соска 481.
- Морфинизмъ и женскія болѣзни 574.
- Моча при остеомалациі 1032.
- Мочевой пузырь, — вліяніе на него

болѣзни матки 365. — выворотъ его чрезъ брюшную щель 388, 588, 967. — двойной 1086. — свищи его 513, 553, 692. — эндоскопія его 591.

Мочезнуреніе сахарное у беременныхъ 911.

Мочеиспускательный каналъ 1005. — микробы его 669. — перелой его 258, 269, 508. — порокъ развитія его 567, 590. — разрушеніе его 513, 837.

Н (N).

Наружные половые органы, — воспаление ихъ 677. — кровяная опухоль ихъ 1085. — новообразованія ихъ 480, 633, 698, 914.

Насѣчки на губахъ во время родовъ 503.

Нервы женскихъ половыхъ органовъ 589, 695.

Новорожденныя, — кровообращеніе у нихъ 495. — оживленіе мнимоумершихъ 691. — перелой у нихъ 692. — причины легочнаго дыханія у нихъ 1031. — разрывъ промежности у новорожденнаго 851.

Ногодержатель Pagenstecher'a 389.

O.

Обмѣнъ у беременныхъ и родильницъ 499.

Общества, — акушерско-гинекол. въ С.-Петербургѣ 37, 43, 123, 140, 238, 363, 469, 904. — русскихъ врачей въ память Пирогова 46.

Овариотомія при беременности 54, 130.

Овуляція 497.

Оофоропексія 505.

Операциі гинекологическія, — модели изъ глины для демонстраціи ихъ 589.

Орошеніе постоянное при лѣченіи пузырныхъ свищей 553.

Оскопленіе 1089.

Остеомалация 386, 1032, 1089.

Отчетъ, — акуп.-гин. Общ. въ Спб. за 1893 г. 140. — акуп. отдѣл. Варшавской клиники 97, 195. — акуп. отдѣл. клиники Славянскаго 910. — библиотекаря акуп.-гин. Общ. въ Спб. 147. — Варшавскаго 6-го родильнаго пріюта 637. — Гаванскаго род. пріюта 911. — Екатеринбургск. род. дома 257. — казначея акуп.-

гин. Общъ въ Спб. 145. — Одесской гор. больницы по родильному отдѣленію 819. — Спаскаго родильнаго пріюта 911. — Тамбовск. больницы по гинек. и родильн. отдѣл. 930.

II (P).

Параметритъ 725, 987.
 Перекись водорода при пуэрперальныхъ язвахъ 1009.
 Перелой 258, 269, 692, 703, 845, 1016, 1082.
 Перфораторъ 1071.
 Пессарій, ущемившій шейку матки 492.
 Печень, — острая атрофія ея 670.
 Піотровича дѣло 454, 954.
 Плодь, — новообразованія у него 363. — положеніе его въ маткѣ 715, 718, 911, 929. — порокъ развитія его 388. — черепъ его по отношенію къ черепу матери 935.
 Поворотъ 474, 1082.
 Половая зрѣлость, начало ея у обитательницъ Россіи 930.
 Половыя сношенія, — поврежденія при нихъ 279, 1043, см. также совокупленіе.
 Рого, — операція его 490, 581, 590. — жизнь и дѣятельность его 1105.
 Послѣдъ, — болѣзни его 938. — задержаніе его 410. — предлежаніе его 392, 684, 935, 939, 1009. — преждевременное отдѣленіе его 1027. — распознаваніе мѣста прикрѣпленія 676.
 Послѣродовой періодъ, — гнилокровіе 918, 1033. — заворотъ кишекъ 987. — кровотеченія во время его 936, 1095. — малярія при немъ 573. — наклоненіе таза въ зависимости отъ него 912. — обмѣнъ веществъ во время его 499. — психозы во время его 254, 482. — спорынья по отношенію къ нему 402. — столбнякъ во время его 846. — удаленіе матки во время его 703. — фиброміомы матки при немъ 575, 869. — эритема во время его 1085.
 Потуги и майсовая головня 927.
 Почка, — удаленіе ея при ruonephrosis 919.
 Придатки, — болѣзни ихъ 1012. — удаленіе ихъ влагалищное 477, 989. — удаленіе чревосъченіемъ 378, 590, 919. — вліяніе на организмъ 928. — хирургическое лѣченіе ихъ 393, 398.

Промежность, — разрывы ея 679, 851, 912.

Проститутки, — вагинитъ у нихъ 480.

Прямая кишка, см. кишка.

Pseudomухома, см. слизевикъ.

Психозы, — беременныхъ 481. — кормящихся 482. — во время мѣсячныхъ 255. — послѣ родовъ 254. — послѣ осколленія 274.

Пуповина, — вліяніе ея на жизнь плода 270. — узелъ ея 269.

Пупокъ, — тухло-sarcoma его 589. — уходъ за нимъ 498.

P (R).

Разрывы матки, см. матка.

Ракъ, — заразительность его 675, 693. — матки 38, 56, 130, 239, 363, 905, 914, 978, 981. — отношеніе къ родовому періоду 981, 1023. — паразиты его 56. — прямой кишки 490. — статистика больныхъ имъ 249, 1002. — трубы 913.

Рвота беременныхъ 401, 582, 911, 1010.

Родильницы, — болѣзни ихъ 1029. — зараженіе ихъ bacterio coli comm. 1031. — эпилепсія у нихъ 1114.

Родильные пріюты, — асептика и антисептика въ нихъ 918, см. также отчеты.

Роды, — вліяніе ихъ на наклоненіе таза 912. — запоздалые 699. — искусственные преждевременные 673, 697, 698, 1007, 1032, 1099. — многоплодные 250, 894, 1009. — неожиданные 1005. — при зарощеніи зѣва 1114. — при новообразованіяхъ матки, яичниковъ и таза 444, 575, 939, 981, 1023, 1094. — при порочномъ развитіи полового канала 912. — смерть во время ихъ 247, 1093. — хлороформъ при нихъ 912.

Роженицы, — изслѣдованіе ихъ наружное 671. — черезъ прямую кишку 500, 808. — куриная слѣпота у нихъ 1004. — обмороки у нихъ 917, перелой у нихъ 845.

C (S).

Самоваръ для приготовленія обезпложенной воды 953.

Сборникъ посвященный Славянскому 910.

Свищъ, — мочеточниково-влагалищный 380, 914. — пузырно-влагалищный 127, 513, 553, 692, 837, 996.

Сердце, — порокъ его и смерть во время родовъ 247.

Симфиза, разрыхленіе ея и разрывъ 1025.

Симфизеотомія 13, 23, 62, 130, 131, 133, 240, 383, 390, 395, 493, 585, 589, 1008, 1082, 1083, 1084, 1103.

Сифилисъ наследственный 929.

Скочество 481.

Слизевикъ мнимый брюшины 471, 906.

Слѣпота куриная у беременныхъ, роженицъ и родильницъ 1004.

Совокупленіе, — безъ вѣдома женщины 1005; — невозможность его 1005.

Совѣтъ врачей Казанской больницы. — засѣданія его 377, 477, 835, 987.

Солевой растворъ при кровотеченияхъ 1095, 1097.

Spina bifida 388.

Списокъ, — членовъ акуш.-гинекол. общ. въ Спб. 155. — членовъ правленія этого общ. 160.

Спорынья, — вліяніе ея на послѣ-родовой періодъ 402.

Sternopagus tetrabrachius 33.

Столбнякъ въ послѣродовомъ періодѣ 846.

Streptococcus brevis 1011.

Суставы, — перелой ихъ 1082.

Съѣздъ, — Пироговскій 46; — русскихъ гинекологовъ 67, 242, 368.

Сѣмя, — *migratio extrauterina* 259.

Т.

Тазовая клѣтчатка, — злокачественное новообразование ея 603.

Тазъ, — кифосколиотическій 912. — нагноеніе въ немъ 586, 1010, 1011.

— наклоненіе его подъ вліяніемъ родовъ и послѣродового періода 912. — опухоль его, препятствовавшая родамъ 1094. — развитіе и половыя отличія его 401. — размѣры послѣ симфизеотоміи 13, 133. — узкій 474, 912, 1007.

Трубы, — воспаленіе ихъ 39, 1017, 1021. — грыжи ихъ 1115. — жилкія скопленія въ нихъ 394, 587, 629. — ракъ ихъ 913.

Туберкулезъ, — брюшины 835. — кисты и голипа 702. — матки 1087.

У (У).

Уретра, см. мочеиспускательный каналъ.

Уродства 617, 967, 1005.

Ущемленіе перегнутой назадъ временной матки 249.

Ф (Ф).

Фарадизація при наклоненіяхъ матки 267.

Ферративъ при маточныхъ кровотеченияхъ 1062.

Фиброміома, — матки, см. матка. — переходъ ея въ саркому 483. — лѣченіе вибраціями 933. — яичника 38, 677.

Х (Н).

Hemaphroditismus, см. двусвастіе.

Хлороформъ при родахъ 912.

Холера, половые органы при ней 913.

Hydrocele у женщинъ 1006.

Ч.

Черепъ плода, — отношеніе его къ черепу матери 935.

Члены акуш.-гинекол. общ. въ Спб. 155.

Чревосѣченіе 250, 487, 780, 913, 987, 1013, 1108. — въ частной практикѣ 916. — при зарощеніи родового канала 84. — при туберкулезѣ брюшины 835. — у беременныхъ 987. — ухоть за больными послѣ него 991. — электрическое освѣщеніе поля операціи 1092.

Ш.

Шейка, — ампутація ея 848. — кавернозная опухоль ея 914. — лѣченіе суженій ея 478, 671, 934. — перелой ея 258. — расширеніе ея 588, 672.

Широкія связки, — киста ихъ 59. — перевязка ихъ при фиброміомахъ 1112.

Щ.

Щипцы, — на низкостоящую головку 717. — новое видоизмѣненіе ихъ 971. — предсказаніе при наложеніи ихъ 1022. — условія для наложенія 912.

Э.

- Эклямпсія 3, 123, 273, 587, 592, 597, 849, 912, 1008, 1018.
 Электротерапія 28, 138, 725, 913, 1036. — при наклоненіяхъ матки 267. — электродъ перчатка 480. — электромассажъ 480.
 Эмболія при предлежаніи послѣда 392, 935.
 Эмбриотомія 916, 926.
 Эндометрить 589.
 Эндоскопія мочевого пузыря 591.
 Эпилепсія послѣ родовъ 1114.
 Эфиръ, наркозъ имъ 258.
 Эхинококкъ, распознаваніе его 312, 365.

Я.

- Ягодичное положеніе 718.
 Язвы послѣродовья, — лѣченіе ихъ перекисью водорода 1009.
 Яичникъ, — гипертрофія у раковыхъ больныхъ 470. — киста его, сообщающаяся съ прямой кишкой 488. — киста его со-вмѣстно съ пупочной грыжей 915. — ложно дермоидныя кисты его 505. — опухоли его во время беременности и родовъ 263, 939, 987. — отсутствіе его 1005. — саркома его 989.
 Яйцо, — migratio extrauterina 259. — плодное двухдѣльное 591. — трехдѣльное и шестидѣльное 477.

О П Е Ч А Т К А.

Въ Ноябрьской книгѣ „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“, въ отдѣлѣ критики и библиографіи, авторъ сочиненія „*Матеріалы объ уходѣ за женщиной послѣ чревостыченія по поводу заболѣваній матки и ея придатковъ*“, докторъ медицины *Н. В. Комаревскій*, къ сожалѣнію, ошибочно названъ *Комаровскимъ*.

Ред.

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ЯНВАРЬ 1894, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Дальнѣйшія данныя къ вопросу о патогенезѣ
эклампсіи.

Приватъ-доцента В. Н. Массена.

Въ началѣ ноября 1892 года въ лекціи, прочитанной передъ конференціей Императорской Военно-Медицинской Академіи, я имѣлъ возможность изложить свой взглядъ на сущность происхожденія того, до сихъ непонятнаго для насъ, заболѣванія, которое называется эклампсіей ¹⁾. Основаніемъ для моего воззрѣнія послужили отчасти патолого-анатомическія изслѣдованія печени и др. паренхиматозныхъ органовъ экламптическихъ, произведенныя авторами послѣдняго времени, (*Pilliet* ²⁾, *Bouffe de St Blaise* ³⁾, *De Laradour* ⁴⁾, *Schmorl* ⁵⁾ и др.) равно какъ и мои личныя микроскопическія изслѣдованія, сдѣланныя въ 11 случаяхъ смерти въ принадкахъ эклампсіи. Результаты

¹⁾ В. Н. Массенъ. Къ патогенезу эклампсіи. Журналъ Ак. и Женск. б. № 1, 1893 г.

²⁾ *Pilliet*. Nouv. arch. d'obst. III, 1888. Ibidem. IV, 1889. Gaz. hébd. de méd. de Paris, 1890, XXVII, 349.

³⁾ *Bouffe de St Blaise*. Annales de gynécol. XXXV, стр. 48. *Опъ-жс*. Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puérperale. Paris. 1891.

⁴⁾ *De Laradour*. Contributions à l'étude des lésions de foie dans l'éclampsie puérperale. Thèse. Paris, 1890.

⁵⁾ *Schmorl*. Verhand. des 4. Gyn. Kongr. zu Bonn. 1891. См. также позже явившійся его трудъ. „Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Puerperal-Eklampsie“. Leipzig. 1893.

работы, которую профессора *Н. П. Павловъ*, *М. В. Ненюкйй*, д-ръ *Martin Hahn* и я ¹⁾ производили по вопросу о послѣдствіяхъ для организма ограниченія дѣятельности печени, самымъ краснорѣчивымъ образомъ подтвердили то громадное значеніе, которое принадлежитъ печени въ окислительныхъ процессахъ организма. Сопоставляя съ одной стороны глубокія нарушенія строенія печени, наблюдаемыя при эклампсіи, съ клинической картиной этого страданія, по всѣмъ даннымъ говорящей за отравленіе какимъ то неизвѣстнымъ ядомъ, я и позволилъ себѣ высказаться въ томъ смыслѣ, что интоксикація при эклампсіи несомнѣнна и что главный моментъ, способствующій развитію этого отравленія, надо искать въ печени. Уже а priori можно было сказать, что если печень подвергается при эклампсіи тяжелымъ нарушеніямъ своей цѣлости, то ея фізіологическая роль не можетъ остаться *statu quo*. И, дѣйствительно, химическое изслѣдованіе мочи показало, что въ характерѣ и напряженности окислительныхъ процессовъ въ организмѣ женщины, страдающей эклампсіей, существуетъ большое уклоненіе отъ нормы. Повышаются въ количествѣ недоокисленные продукты азотистыхъ веществъ, какова, напр., мочеваая кислота и др.; появляются въ большомъ количествѣ отбросы жизнедѣятельности кѣттокъ. И оставаясь безъ нейтрализаціи отбросы эти производятъ въ организмѣ цѣлый рядъ патологическихъ явленій, совокупность которыхъ мы называемъ *автоинтоксикаціею* организма.

Что при эклампсіи имѣетъ мѣсто самоотравленіе организма, — дѣло, конечно, не новое. Но до сихъ поръ всю причину развитія этого явленія старались искать въ патологическихъ уклоненіяхъ строенія и функціи почекъ, почему-то совершенно игнорируя печень. Между тѣмъ органъ этотъ играетъ столь выдающуюся роль въ дѣлѣ устраненія изъ организма ядовъ, какъ вторгшихся въ него извнѣ, такъ и выработанныхъ въ немъ самомъ. *Pilliet* и его ближайшимъ послѣдователямъ должно быть поставлено въ особую заслугу, что благодаря ихъ трудамъ авторы при изученіи вопроса объ эклампсіи вообще стали имѣть въ виду не только то или другое состояніе печеночной паренхимы, но было поставлено на очередь изученіе характера и разновид-

¹⁾ Архивъ Біологическихъ Наукъ. Т. I, Вып. 4.

ностей патолого-анатомических изменений печени. *Schmorl* ¹⁾, как известно, подвергъ строгому разграниченію другъ отъ друга оба вида некротическаго процесса печени экламптическихъ,—и указалъ на характерныя отличія анемическаго отъ гиперемическаго некроза. Это разграниченіе было, впрочемъ, уже ранѣе *Schmorl* я намѣчено весьма выразительно французскими изслѣдователями.

Возвращаясь теперь къ тѣмъ выводамъ, которые я позволилъ себѣ сдѣлать на основаніи чужихъ и своихъ наблюденій, я долженъ сказать, что они въ извѣстной своей части были подкрѣплены результатомъ двухъ анализовъ мочи, произведенныхъ въ одномъ лишь случаѣ эклампсіи. Это обстоятельство и заставляло меня въ моей лекціи высказываться съ осторожностью, говоря, «что мы хорошо понимаемъ, что наши заключенія въ извѣстномъ смыслѣ мало обоснованы», и что только «сопоставленіе результатовъ нашихъ первыхъ опытныхъ изслѣдованій съ общеизвѣстными клиническими данными при эклампсіи, говоритъ повидимому за то, что предположеніе наше (объ самоотравленіи вслѣдствіе страданій печени) имѣетъ свою долю вѣроятности». Съ тѣхъ поръ въ литературѣ появилось нѣсколько изслѣдованій крови и мочи экламптическихъ, результаты которыхъ говорятъ именно въ пользу третированія эклампсіи, какъ послѣдствія самоотравленія. Такъ на основаніи своихъ опытовъ *Tarnier* и *Chambrelet* ²⁾ сдѣлали выводъ, что ядовитость крови экламптическихъ значительно больше нормы, а именно, если животное (кроликъ) погибаетъ при введеніи въ ушную вену 10 гм. сыворотки нормальной крови на кило вѣса, то при введеніи кровяной сыворотки взятой отъ экламптической онъ погибаетъ отъ 4,3—3,5 куб. сант. этой сыворотки Въ то же время ядовитость мочи экламптической оказывается наоборотъ пониженной. *Pliqué* ³⁾ однимъ изъ главныхъ факторовъ эклампсіи считаетъ отравленіе крови, какъ слѣдствіе недостаточнаго выведенія изъ организма элементовъ мочи, благодаря чему

¹⁾ *Schmorl* l c

²⁾ *Tarnier* et *Chambrelet*. Note relative à la recherche de la toxicité du sérum sanguin dans deux cas l'éclampsie puerpérale. Compt. rend. de soc. de biol. 1892, IV.

³⁾ *Pliqué* Le traitement de l'éclampsie puerpérale. Progrès méd., 1893, 25 Février, стр. 141, 142.

развивается состояніе такъ называемой «токсеміи». Этою токсеміею авторъ и объясняетъ все клиническіе признаки эклампсіи, равно какъ и повышенное состояніе раздражительности мозжечка. Степень интенсивности токсеміи находится, по мнѣнію *Guéniot*, приводимому *Pliqué*, въ прямой пропорціональности къ количеству бѣлка въ мочѣ. *Butte* ¹⁾ опредѣлялъ мочевины въ крови 12 экламптическихъ и пришелъ къ тому заключенію, что въ благопріятно протекающихъ случаяхъ количество мочевины равно 0,038% (вмѣсто нормальнаго 0,016—0,020%); въ случаяхъ же окончившихся смертію количество мочевины повышается до 0,096%. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ тяжелой формѣ эклампсіи продуцированіе мочевины печенью продолжается, а выведение ея изъ организма вслѣдствіе страданія почекъ затруднено, — наступаетъ уремія. Такимъ образомъ авторъ допускаетъ: 1) старый взглядъ на эклампсію, какъ уремію, и 2) то, что даже и страдающая при эклампсіи печень, какою ее признаетъ и самъ *Butte*, можетъ производить большія количества мочевины. Последнее какъ то не вяжется съ тѣмъ, что мы знаемъ относительно мочевино-образовательной роли печени, по крайней мѣрѣ, при нарушеніи цѣлости печеночной паренхимы, какъ это выяснилось, напр., при вырѣзываніи большихъ или меньшихъ участковъ печени, мочевинообразовательная способность этого органа падаетъ съ тѣмъ, чтобы вновь подняться, когда путемъ регенераціи получается возмѣщеніе утраченной ткани ²⁾.

Слѣдуетъ признать, что приведенные труды авторовъ по анализу мочи и крови не могутъ представлять какого-либо важнаго приобрѣтенія въ дѣлѣ знакомства нашего съ сущностью патогенеза эклампсіи, но они имѣютъ цѣну какъ попытка разрѣшить старую проблему путемъ не умозрительныхъ догадокъ, а научнымъ химическимъ анализомъ. Несомнѣнно, что это есть одинъ изъ вѣрныхъ путей для отысканія отвѣта на старый и вѣчно новый вопросъ, — въ чемъ заключается тайна эклампсіи. Съ этой точки зрѣнія, равно какъ въ видахъ под-

¹⁾ *Butte*. *Urin bei der Eklampsie* (Gaz. méd. de Paris. 1893, № 10). Реф. въ *Central. f. Gynäk.*, 1893, № 35.

²⁾ *В. А. Фоль-Мейстеръ*. Мочевино-образовательная функція печени. Докладъ секціи фізіологіи 28 декабря 1893 г. на V Съѣздѣ Общества Русскихъ Врачей въ Спб. (Русская Медицина, № 2, 1894 г.)

крѣпленія сдѣланнаго мною предположенія о сущности эклампсiи, я позволю себѣ привести результаты химическаго изслѣдованія мочи шести экламптичныхъ. Такимъ образомъ съ тѣми двумя анализами, которые были уже опубликованы ранѣе ¹⁾ и которые, какъ я уже упомянулъ, послужили подтвержденіемъ (хотя и осторожнымъ) высказаннаго мною взгляда на эклампсiю, получается всего одиннадцать подробныхъ качественныхъ и количественныхъ изслѣдованій, которыми я всецѣло обязанъ любезности проф. *А. В. Пеля*. Данныя этихъ анализовъ представляются, какъ мнѣ кажется, на столько интересными, что я позволю себѣ изложить ихъ въ таблицѣ in extenso. Но предварительно считаю необходимымъ сдѣлать нѣсколько указаній.

Наблюдавшіяся мною случаи эклампсiи произошли частью (4) въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго* ²⁾, частью въ Гаваньскомъ Родильномъ Пріютѣ. Изъ заболѣвшихъ эклампсiей была одна родильница и пять рожениць (четыре I—parae и одна V—para). Въ трехъ случаяхъ тазъ былъ узкій, въ одномъ—была беременность двойнями. Въ четырехъ случаяхъ во время перваго же припадка констатировано повышеніе температуры. Для химическаго изслѣдованія мы собирали мочу въ двухъ порціяхъ: въ первый разъ по возможности во время перваго припадка судорогъ, происшедшихъ въ заведеніи, и второй разъ въ то время, когда припадковъ уже не было и больная по всей видимости находилась на пути къ полному выздоровленію отъ эклампсiи. Моча собиралась прямо изъ мочеваго пузыря при помощи совершенно чистаго катетера и по возможности вскорѣ вслѣдъ за тѣмъ отсылалась въ лабораторію.

Разматривая таблицу анализовъ мочи мы видимъ, что во всѣхъ случаяхъ въ мочѣ взятой sub eclampsia наблюдался бѣлокъ въ бѣльшемъ или меньшемъ количествѣ (maximum въ одномъ случаѣ 22,64‰), лейкоциты и почечные цилиндры самыхъ разнообразныхъ видовъ. Такимъ образомъ было несомнѣнное страданіе почекъ. *Мочевина* въ двухъ случаяхъ *s. e.* ³⁾

¹⁾ *В. Н. Массенъ*. Журналъ Акушерства. 1893. № 1.

²⁾ Здѣсь я считаю долгомъ отъ души поблагодарить за товарищеское содѣйствіе ординатора клиники, д-ра *Д. А. Рузи*.

³⁾ Для сокращенія мѣста мы обозначаемъ буквами *s. e.*—sub eclampsia, а *p. e.*—post eclampsiam.

содержалась въ повышенномъ противъ нормы количествѣ, а *p. e.* содержаніе ея пало значительно ниже нормы. Въ остальныхъ четырехъ случаяхъ содержаніе мочевины какъ *s. e.*, такъ и *p. e.* было значительно ниже нормы, при чемъ обращаютъ на себя вниманіе случаи III и VI, гдѣ содержаніе мочевины было особенно ничтожно, а именно $7,5^0/00$ и $5,19^0/00$ вмѣсто $29,3^0/00$ нормальнаго количества. *Мочевая кислота* въ первыхъ двухъ случаяхъ (I и II) была *s. e.* значительно выше нормы, а *p. e.* количество ея спустилось до величинъ приблизительно нормальныхъ; въ случаѣ IV содержаніе мочевой кислоты также было повышено противъ нормы, но уже не въ такой мѣрѣ какъ въ случаяхъ I и II; но и въ этомъ случаѣ замѣчалось паденіе количества мочевой кислоты послѣ прекращенія судорогъ. Въ остальныхъ трехъ случаяхъ (III, V и VI) содержаніе мочевой кислоты было лишь нѣсколько меньше нормы и это тѣмъ болѣе интересно, что въ случаяхъ III и VI одновременно наблюдалось и незначительное количество мочевины. Выдѣляемость мочевой кислоты (что опредѣлялось по *Zerner's* отношеніемъ мочевой кислоты къ количеству фосфорной кислоты въ видѣ фосфорнодвунатріевой соли) во всѣхъ четырехъ изслѣдованныхъ въ этомъ направленіи случаяхъ была больше нормы; лишь только въ 6 случаяхъ *s. e.* эта выдѣляемость не переходила норму ($0,42 : 1,46 = 0,29$).

Хлористый натрій въ трехъ случаяхъ содержался въ количествѣ ниже нормальнаго *s.*—и *p. e.* (случаи I, III и IV) и въ трехъ случаяхъ (случай II, V и VI) количество его было почти нормальное. Впрочемъ въ случаѣ VI *p. e.* содержаніе его рѣзко упало ниже нормы. *Фосфорная кислота* лишь въ одномъ анализѣ на 11-ть (№ I) оказалась содержащейся въ нѣсколько болѣемъ противъ нормы количествѣ, въ двухъ—въ нормальномъ количествѣ, а въ восьми—въ значительно ниже нормы количествѣ. Содержаніе *сѣрной кислоты* въ общемъ держалась въ предѣлахъ нормы.

Что касается до ненормальныхъ составныхъ частей мочи, то бѣлокъ, какъ мы уже говорили выше, содержался во всѣхъ случаяхъ *s.*—и *p. e.* Изъ таблицы мы видимъ, какъ рѣзко падаетъ его количество когда припадки эклампсіи окончились. Мы видимъ кромѣ того, что и почечные цилиндры послѣ

эклампсіи либо совершенно исчезаютъ, либо представляютъ рѣзкія отличія въ качественномъ отношеніи. Не говоритъ ли все это, что токсической агентъ эклампсіи имѣетъ весьма преходящее вліяніе на почки и что съ устраненіемъ его онѣ начинаютъ быстро возвращаться къ нормѣ? Напомнимъ, что наши микроскопическія изслѣдованія показали между прочимъ, что патолого-анатомическая картина почечной ткани при эклампсіи выражается главнымъ образомъ измѣненіемъ эпителія коркового слоя (эпителія мочевыхъ канальцевъ и капсулы *Wohltman's*) и грануляціоннымъ воспаленіемъ коркового и мякотнаго слоевъ и что тѣхъ некротическихъ измѣненій самой паренхимы (инфарктовъ съ фокуснымъ распаденіемъ стромы), которыя такъ характерны для печени экламптической, въ почкахъ мы не видѣли.

Въ результатахъ анализа на ненормальныя составныя части особенно вниманіе обращаетъ на себя содержаніе *лейкомаиновъ*. Таблица показываетъ, что во всѣхъ случаяхъ содержаніе этого вещества представлялось выше приблизительной нормы (0,54‰), причемъ минимальное ихъ количество *s. e.* было 1,22‰, т. е. почти въ 2½ раза больше нормы, высшее же 6,54‰, т. е. въ 13 разъ больше нормального. Далѣе въ случаяхъ I, II и V мы видимъ рѣзкое паденіе количества лейкомаиновъ *p. e.*, указывающее и съ своей стороны на зависимость приступовъ эклампсіи отъ энергіи клеточковаго окисленія. Лишь въ одномъ случаѣ (VI) количество лейкомаиновъ *p. e.* было больше, чѣмъ *s. e.* Но этотъ случай относится къ больной, которая поступила въ клинику 16 декабря, съ рѣзкими явленіями автоинтоксикаціи и страданіемъ почекъ, непрерывно лихорадить и въ настоящее время (27 января) представляется въ безнадежномъ состояніи.

Вышеизложенныя данныя анализа говорятъ намъ, что предположеніе наше относительно глубокихъ нарушеній въ окислительныхъ процессахъ организма при эклампсіи нашло себѣ доказательное подтвержденіе. Пониженное количество мочевины наряду съ усиленнымъ противъ нормы выдѣленіемъ мочевой кислоты говоритъ за то, что бѣлковыя вещества въ силу какихъ то причинъ не могутъ доходить до крайнихъ предѣловъ окисленія и въ видѣ мочевины удаляться мочою. И дѣйстви-

тельно, интенсивность окисленія азотистыхъ веществъ, какъ это слѣдуетъ изъ данныхъ анализа (см. таблицу), во всѣхъ случаяхъ была значительно ниже нормы. За ненормальное состояніе процессовъ окисленія говорить намъ и изслѣдованіе на лейкомаины. Мы видимъ, какъ громадно повышается ихъ количественное содержаніе въ мочѣ. Выдѣленіе ихъ въ такомъ видѣ говоритъ, что они не встрѣтили въ организмѣ благоприятныхъ условій для своего превращенія въ простѣйшія составныя части (полное стораніе лейкомаиновъ) или въ подвижную форму, допускающую легкое выведеніе ихъ изъ организма почками или потомъ (*Gautier*). И такъ какъ лейкомаины имѣютъ, разумѣется всѣ шансы развиваться въ различнѣйшихъ частяхъ организма и, будучи неокисленными, благодаря своей натурѣ отравлять организмъ, то значеніе ихъ становится весьма серьезнымъ.

Гдѣ же лежитъ причина столь рѣзкаго нарушенія химизма? Благодаря чему получаютъ столь глубокія отклоненія въ процессахъ окисленія? Несомнѣнно, что согласно со всѣми данными, накопившимися за послѣднее время въ наукѣ, согласно съ современными воззрѣніями на печень, какъ на органъ, гдѣ совершается выработка мочевины, гдѣ стораютъ различные яды вообще и лейкомаины (по *Bouchard'у*) въ частности, слѣдуетъ допустить, что причина указанныхъ аномалій окислительной дѣятельности организма *должна лежать* въ печени. И это всего естественнѣе допустить на томъ основаніи, что этотъ органъ представляетъ при эклампсiи, какъ мы имѣли возможность упомянуть неоднократно, тяжелыя нарушенія своего анатомическаго строенія. Что въ печени, а не въ какомъ либо другомъ органѣ слѣдуетъ искать исходную точку для клиническихъ явленій эклампсiи, доказывается между прочимъ и тѣмъ еще обстоятельствомъ, что гнилостное броженіе въ кишкахъ (см. таблицу) почти во всѣхъ случаяхъ оказалось значительно больше нормы (что опредѣлялось отношеніемъ общаго количества сѣрной кислоты къ количеству парныхъ сѣрныхъ кислотъ) вслѣдствіе несомнѣнно нарушеннаго процесса пищеваренія. Что заболѣваніе печени влечетъ за собой пониженіе способности нейтрализовать поступающіе въ нее по системѣ воротной венѣ продукты ненормальнаго процесса пищеваренія говорятъ между прочимъ

послѣднія работы *Гонадзе* ¹⁾ и *Эймера* ²⁾). Та и другая работа подтверждаютъ предположеніе о присущей печени роли разрушать ароматическіе продукты гніенія въ кишкахъ. «Если принять въ соображеніе», говоритъ *Гонадзе*, «что печень—самая большая желѣза нашего тѣла, очень богатая кровью и клѣточными элементами и притомъ образующая преграду на пути, по которому идутъ заимствуемыя извнѣ и перерабатываемыя въ кишечникѣ вещества,—кромѣ своей пищеварительной роли, перерабатываетъ измѣненныя въ кишечникѣ вещества, которыя, по мѣрѣ надобности, потомъ поступаютъ въ потокъ кровообращенія, и обладаетъ способностью захватывать и перерабатывать многія ядовитыя вещества, образующіяся, какъ при пищевареніи, такъ и при обмѣнѣ веществъ, то станеть яснымъ, что нарушеніе отправленій такого органа должно вести къ глубокимъ разстройствомъ питанія и даже къ смерти».

Сущность статьи моей исчерпана. Цѣль ея была еще разъ напомнить о специфическомъ страданіи печени при эклампсiи и указать на связанныя съ этимъ страданіемъ глубокія нарушенія въ процессахъ окисленія. Думаемъ, что наступаетъ время, когда, говоря о происхожденіи эклампсiи, авторы будутъ все тѣснѣе и тѣснѣе суживать зависимость этого страданія отъ заболѣванія почечной ткани. Впрочемъ, обычное изслѣдованіе мочи на бѣлокъ и микроскопированіе мочевого осадка въ рукахъ врача-практика и впредь не потеряетъ своей діагностической цѣнности. Присутствіе бѣлка въ мочѣ укажетъ намъ на то, что почка страдаетъ, что почка находится въ ненормальныхъ условіяхъ своей дѣятельности, а изслѣдованіе мочевого осадка подъ микроскопомъ дастъ извѣстное понятіе и о размѣрѣ страданія (цилиндры). Вслѣдъ затѣмъ роль, какъ клиницистовъ, такъ и простыхъ практиковъ, заключается въ томъ, чтобы разобрать, представляется ли это страданіе почки первичнымъ, какъ при чистомъ нефритѣ, или вторичнымъ, какъ роковое слѣдствіе интоксикаціи организма благодаря пониженію окислительной роли печени. И разъ на основаніи анализа мочи и

¹⁾ *Гонадзе, И. З.* О количествѣ эфирно-сѣрныхъ кислотъ въ мочѣ при болѣзняхъ печени. „Врачъ“, 1893, № № 49 и 50

²⁾ *Эймеръ, Я.* О содержаніи эфирно-сѣрныхъ кислотъ въ мочѣ и пр. Дисс. СПб., 1893.

клиническихъ данныхъ мы рѣшаемся допустить, что въ известномъ случаѣ страдаетъ печень, то должны немедленно принять рядъ мѣръ для того, чтобы нейтрализовать надвигающуюся бѣду — эклампсію. Здѣсь будутъ уместны всѣ средства способствующія повышенію общаго уровня окислительныхъ процессовъ организма (большую услугу, вѣроятно, могъ бы оказать, между прочимъ, и сперминъ *Иеля*), будутъ у мѣста всѣ приемы, способствующія большому введенію въ организмъ кислорода, далѣе будетъ показано назначеніе строгой (всего лучше молочной) діеты съ полнымъ исключеніемъ мяса (такъ какъ известно ¹⁾), что мясная пища при ограниченной дѣятельности печени легко можетъ стать отравой для организма) и, наконецъ, представится настоятельно необходимымъ устраненіе отъ больной беременной, роженицы и родильницы всѣхъ физическихъ и психическихъ раздраженій и утомленій путемъ широкаго примѣненія наркотическихъ, *antipervina* и тщательнаго ухода. Веденіе родовъ подъ хлороформомъ или вообще наркозомъ у роженицы, у которой есть возможность опасаться развитія эклампсіи, — слѣдуетъ считать во всѣхъ случаяхъ обязательнымъ. Всѣ эти мѣры будутъ тѣми профилактическими приемами, которыми мы окружимъ нашу больную. И, смѣемъ думать, все это, разумно и настойчиво примѣненное, поведетъ къ пониженію все еще большаго процента смертности въ припадкахъ эклампсіи, этого ужаснаго страданія, уносящаго въ преждевременную могилу тысячи женщинъ, въ самую лучшую пору ихъ жизни.

¹⁾ „Архивъ Біологическихъ Наукъ“. Т. I, Вып. 4.

II.

Экспериментальное изслѣдованіе о вліяніи сѣченія лоннаго соединенія на размѣры таза.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ.

Е. Б. ДИМАНТА.

Въ вопросѣ о симфизеотоміи практика опередила теорію. До сихъ поръ еще эта операція недостаточно обоснована научно влѣдствие отрывочности, неполноты и неточности анатомическихъ изысканій. До сихъ поръ еще чувствуется недостатокъ въ точныхъ измѣреніяхъ таза. Вполнѣ сознавая необходимость и важность пополненія этого пробѣла, я охотно взялся по предложенію и подъ руководствомъ проф. *Д. О. Отта* за настоящее изслѣдованіе.

Измѣренія прежнихъ авторовъ, какъ и новѣйшія, имѣли въ виду почти исключительно плоскость тазоваго входа и преимущественнаго конъюгату. Такъ какъ одними этими измѣреніями очевидно не исчерпывается представленіе о емкости таза, то я измѣрялъ тазъ по возможности во всѣхъ плоскостяхъ и въ различныхъ направленіяхъ; не оставлены безъ вниманія наружные размѣры и такіе, которые представляютъ антропологическій интересъ. Способы изслѣдованія были слѣдующія:

Въ одномъ рядѣ случаевъ тазы вырѣзались изъ трупа; при этомъ я не считъ нужнымъ во время изслѣдованія фиксиро-

вать крестецъ, чтобы имѣть возможность судить о его движеніяхъ, объ измѣненіи положенія его въ пространствѣ подъ вліяніемъ расширенія таза. Въ другомъ рядѣ случаевъ измѣненіе дѣлалось на трупѣ *in situ*, тазъ не вырѣзался; крестецъ слѣдовательно оставался въ соединеніи съ позвоночникомъ. Для наблюденія брались тазы изъ труповъ женщинъ вовсе не рожавшихъ, рожавшихъ и умершихъ вскорѣ послѣ родовъ.

Концы лонныхъ костей послѣ разсѣченія лоннаго соединенія разводились до различныхъ степеней помощью расширителя, снабженнаго винтомъ и шкалой.

Параллельно съ производствомъ измѣреній мы обращали вниманіе на подвижность сочлененій таза и на состояніе связочнаго прибора. При этомъ въ рѣдкихъ случаяхъ мы наблюдали небольшую подвижность концовъ лонныхъ костей еще до разрѣза лона. Тотчасъ послѣ разсѣченія лоннаго соединенія концы лонныхъ костей очень часто сами раздавались нѣсколько въ стороны, образовавъ промежутокъ въ 0,5 *cm.* слишкомъ; считаю нужнымъ замѣтить, что буду обозначать цифрами средней величины. Иногда этого произвольнаго расхожденія вовсе не было; одинъ разъ получился промежутокъ въ 1 *cm.*, и еще одинъ разъ почти въ 1,5 *cm.* Если затѣмъ продолжать искусственно разводить лонныя кости инструментомъ, а еще лучше руками, то увидимъ, что кости расходятся дальше большею частью безъ всякаго сопротивленія (или почти безъ сопротивленія) до извѣстнаго предѣла, когда препятствіе сразу возникаетъ. При этомъ очень часто можно ясно видѣть и причину этого препятствія. Вы видите какъ сумочная связка крестцово-подвздошнаго сочлененія сначала расправляется, а затѣмъ и напрягается. Здѣсь замѣчается очень интересное явленіе: предѣлъ этой свободной подвижности, стоящей въ зависимости отъ связочнаго прибора (въ частности отъ сумочной связки) въ пуэрперальныхъ тазахъ чуть ли не вдвое шире, чѣмъ въ тазахъ женщинъ нерожавшихъ. Если за критеріумъ взять состояніе между концами лонныхъ костей, то окажется, что въ непуэрперальныхъ тазахъ возможно расхожденіе этихъ костей безъ сопротивленія до 3 *cm.*, а въ пуэрперальныхъ до 5 и 6 *cm.* Продолжая дальше расширеніе, но уже не руками, а инструментомъ, кости можно развести еще нѣсколько съ преодоленіемъ

известнаго препятствія, но безъ видимаго нарушенія цѣлости сумочной связки. Вскорѣ обнаруживаются симптомы этого нарушенія цѣлости въ видѣ крепитаци и вслѣдъ затѣмъ мы начинаемъ замѣчать истонченіе сумочной связки по линіи крестцовоподздошнаго сочлененія или отслойку ея нѣсколько латерально на безъимянной кости и наконецъ получается зіяніе полости сочлененія. Этотъ разрывъ имѣлъ мѣсто въ непугерперальныхъ тазахъ послѣ 4 см. (между 4 и 5), а въ пуэрперальныхъ около 7 см. (6—7).

Разрывъ сумочной связки наступалъ *не* въ обоихъ сочлененіяхъ одновременно. Обыкновенно раньше наблюдался разрывъ (сумочной) связки на одной сторонѣ, а уже втеченіе дальнѣйшаго расширенія рвалась соотвѣтственная связка на другой сторонѣ.

Рядомъ съ этимъ фактомъ слѣдуетъ поставить другой, а именно — асимметричное расхожденіе боковыхъ костей таза. Только въ самомъ началѣ расширенія кости уходятъ въ сторону болѣе или менѣе равномерно, но затѣмъ раньше или позже одна кость начинаетъ уходить въ сторону скорѣе другой. Разрывъ почти всегда наблюдался раньше на той сторонѣ, на которой отхожденіе въ сторону безъимянной кости было больше. Что же касается вопроса, какая это сторона: правая или лѣвая, то врядъ ли возможно дать отвѣтъ впередъ для каждаго даннаго случая.

Мы наблюдали большее отклоненіе кости въ сторону и болѣе скорое появленіе разрыва чаще на лѣвой сторонѣ; иногда же на той и на другой сторонѣ одновременно.

По мнѣнію *Döderlein'a*, высказанному на послѣднемъ сѣздѣ гинекологовъ въ Бреславлѣ, раньше надрывается правая связка. Мы позволимъ себѣ указать еще на одну особенность въ ходѣ расширенія таза. Не нужно думать, что всегда одна кость, разъ начавши уходить въ сторону быстрѣе другой, продолжаетъ это ускоренное движеніе непрерывно.

Большею частью это не наблюдается. Здѣсь возможны различныя комбинаціи: то обѣ кости уходятъ въ сторону, но одна быстрѣе другой; то вторая кость совсѣмъ останавливается на время и асимметрія еще увеличивается, то отставшая кость догоняетъ ушедшую, чтобы затѣмъ опять отстать и т. д. Мы

уже упомянули, что неравномерность расхождения костей таза обнаруживается то раньше, то позже. Въ пуэрперальныхъ тазахъ равномерность расхождения боковыхъ стѣнокъ таза встрѣчается чаще;—она держится дольше, чѣмъ въ тазахъ не пуэрперальныхъ.

До сихъ поръ мы имѣли въ виду соотношеніе боковыхъ костей таза въ горизонтальномъ направленіи. Посмотримъ какъ эти кости послѣ расширенія таза стоятъ другъ къ другу въ вертикальномъ направленіи.

Обыкновенно послѣ расширенія таза на нѣсколько сантиметровъ замѣчается разница въ высотѣ стоянія обѣихъ лонныхъ костей приблизительно на 0,5 см. При этомъ кость ниже стоящая обыкновенно стоитъ также нѣсколько впереди соседней кости, стоящей нѣсколько выше и кзади. Достоинно вниманія, что ниже и впереди почти всегда стоитъ кость болѣе ушедшая въ сторону. Этотъ фактъ можетъ легко ускользнуть отъ вниманія при извѣстной равномерности расхождения костей. Поэтому въ тазахъ пуэрперальныхъ онъ не такъ бросается въ глаза.

Расширеніе таза производилось постепенно: сантиметръ за сантиметромъ.

При каждомъ новомъ расширеніи таза на одинъ сантиметръ (а слѣдовательно при каждомъ новомъ измѣненіи конфигураціи таза) снова снимались размѣры таза.

Для краткости мы приводимъ не всѣ цифровыя данныя, а лишь среднія величины прибавки къ первоначальнымъ размѣрамъ таза, полученныя при одной только изъ степеней расширенія таза, именно при расхожденіи концовъ лонныхъ костей на 6 см. Мы избрали эту степень расширенія, потому что до этой степени можно повидимому расширять пуэрперальный тазъ безъ риска нарушить цѣлость связочнаго аппарата.

Среднія величины прибавки къ первоначальнымъ размѣрамъ таза при разведеніи лонныхъ костей на 6 см.:

Conj. v. anat.	1,37 см.
Conj. v. obstetr.	1,45 »
Conj. v. infer.	1,22 »
Conj. diag.	1,23 »
Conj. normal.	0,62 »

Верх. край 3 крест. позвон.—верх. конец. оси симфиза	0,77 см.
<i>Прямой полости</i>	0,92 »
Перед. повер. 3 крест. позвон.—ниж. кон. оси симфиза	0,82 »
<i>Прямой узкой части полости</i>	0,62 »
Верхушка крестца—верх. конецъ оси симфиза	0,25 »
Верх. крестца—внутр. губа сѣдалищнаго бугра	0,78 »
Dist. crist.	0,89 »
Dist. sp. il. ant. sup. (внутрь вдающ. точки).	2,48 »
Dist. sp. il. ant. sup.	3,25 »
Dist. sp. il. ant. inf.	4,17 »
<i>Diam. transversa</i>	2,37 »
<i>Dist. sp. ischii</i>	2,35 »
<i>Dist. tuber. ischii</i>	3,63 »
Dist. eminent. il. pectin.	3,56 »
<i>Diam. obliqua</i>	1,78 »
Наибольшій косой	2,9 »
Dist. sacrocotyleoidea	1,36 »
Мысь—конеч. точка поперечника входа	1,02 »
Между углами S—образныхъ искривленій	1,28 »
Dis. sp. il. post. sup. (наиб. наз. выд. точк. по linea intermed.).	1,12 »
Sp. post. sup.—1 крестц. отрост.	0,63 »
Уголъ S—образн. искривл.—1 крестц. отрост.	0,52 »

Изъ приведенныхъ цифръ мы видимъ, что прямой размѣръ входа при упомянутой степени расширенія таза увеличивается почти на 1,5 см. Въмѣстѣ съ тѣмъ оказывается, что величина прибавки къ прямымъ размѣрамъ таза уменьшается по мѣрѣ приближенія отъ входа къ выходу таза: чѣмъ ниже лежитъ прямой размѣръ таза, тѣмъ величина прибавки къ первоначальнымъ размѣрамъ меньше; чѣмъ выше лежитъ прямой размѣръ таза, тѣмъ величина прироста при той же степени расширения таза больше.

Поперечные размѣры нарастаютъ гораздо быстрѣе прямыхъ.

Очевидно, что чѣмъ точка лежитъ по *lin. terminalis* больше впереди, тѣмъ она быстрѣе уходитъ въ сторону. Соответственно этому вблизи самаго крестца расхожденіе подвздошныхъ костей въ стороны наименьшее, тогда какъ расхожденіе концовъ лонныхъ костей наибольшее. Поэтому прибавка къ первоначальной величинѣ поперечнаго размѣра тѣмъ больше, чѣмъ дальше данный размѣръ отстоитъ отъ крестца и чѣмъ ближе онъ къ лону. Такъ напримѣръ, поперечный размѣръ входа послѣ расширения

таза увеличивается на 2,5 см., а расстояние между eminent. iliopectin. въ то же время увеличивается на 3,5 см.

Та же зависимость между быстротой нарастанія поперечнаго размѣра и степенью удаленія его отъ крестца наблюдается не только въ плоскости входа таза, но и по мѣрѣ приближенія въ выходу таза и выше—въ большомъ тазу. Сравнивая поперечные размѣры различныхъ отдѣловъ таза, приблизительно равно отстоящіе отъ задней стѣнки таза, мы замѣтной разницы въ величинѣ прироста не замѣчаемъ. Слѣдовательно, быстрота нарастанія поперечнаго размѣра стоитъ въ зависимости отъ степени приближенія къ передней стѣнкѣ таза, но не отъ мѣстоположенія въ томъ или иномъ отдѣлѣ таза. Величина прибавки во входѣ и выходѣ таза не представляетъ такой разницы, какъ въ прямыхъ размѣрахъ.

Изъ того факта, что нарастаніе поперечнаго размѣра идетъ тѣмъ быстрее, чѣмъ болѣе впереди лежитъ данный размѣръ, слѣдуетъ, что разница между большимъ размѣромъ, взади лежащимъ, и меньшимъ размѣромъ, впереди лежащимъ, по мѣрѣ расширенія таза должна стать все меньше и меньше.

Меньшій болѣе впереди лежащій размѣръ можетъ наверстать всю разницу и стать равнымъ сзади лежащему размѣру, а при дальнѣйшемъ расширеніи таза передній размѣръ переростетъ задній: онъ станетъ больше задняго. Дѣйствительно, измѣряя поперечный размѣръ входа между разъ намѣченными двумя точками, мы не только видимъ, что по мѣрѣ расширенія таза этотъ размѣръ увеличивается все больше и больше, но мы замѣчаемъ раньше или позже, что упомянутый поперечный размѣръ пересталъ быть наибольшимъ, что впереди отъ него на 1 см. приблизительно появился другой такой же величины поперечный размѣръ или даже болѣе (на 2—3 мм.). Такимъ образомъ наибольшій поперечный размѣръ входа перемѣстился впередъ по направленію отъ мыса къ лону. Механическое значеніе этого факта очевидно.

Совершенно также, какъ поперечный размѣръ входа, и наибольшее расстояние между гребешками подвздошныхъ костей не остается постоянно между первоначальными конечными точками измѣренія, а по мѣрѣ расширенія таза перемѣщается на 1—2 см. впередъ.

Переходя затѣмъ къ косому размѣру, мы видимъ, что онъ по величинѣ прироста занимаетъ средину между поперечнымъ и прямымъ размѣромъ.

При этомъ достойно вниманія слѣдующее обстоятельство. Обычно измѣряемый косою размѣръ входа часто составляетъ въ тоже время наибольшей косою, т. е. другаго большаго размѣра въ косомъ направленіи въ плоскости входа не оказывается. Еще чаще по *lin. terminalis* между *articul. sacroiliaca* и конечной точкой измѣренія поперечника входа находится точка, болѣе отстоящая отъ передней конечной точки косога размѣра, чѣмъ *artic. sacroiliac.* миллиметра на 2—3. Слѣдовательно, въ діагональномъ направленіи оказывается еще одинъ больший размѣръ. Но такъ какъ разница въ величинѣ этихъ двухъ размѣровъ незначительная, то обыкновенно этотъ больший размѣръ врядъ ли играетъ какую нибудь замѣтную роль. Не то мы находимъ послѣ расширения таза.

Этотъ наибольший діагональный размѣръ по мѣрѣ расширения таза нарастаетъ гораздо быстрее обычнаго косога размѣра. Въ тѣхъ же случаяхъ, гдѣ этого наибольшаго размѣра до расширения таза вовсе не было, тамъ онъ послѣ расширения таза появляется. Тогда какъ обычно измѣряемый косою размѣръ отъ *articul. sacroiliaca* (мы брали наиболѣе впередъ выдающуюся точку на крестцѣ на уровнѣ *lin. terminal.*) къ *emin. il. rectin.* даетъ прибавку въ 1,7 *ctm.*, «наибольшей» косою размѣръ, даетъ прибавку въ 2,9 *ctm.* При этомъ задняя конечная точка этого размѣра перемѣщается по *lin. terminal.*, приближаясь къ конечной точкѣ измѣренія наибольшаго поперечника.

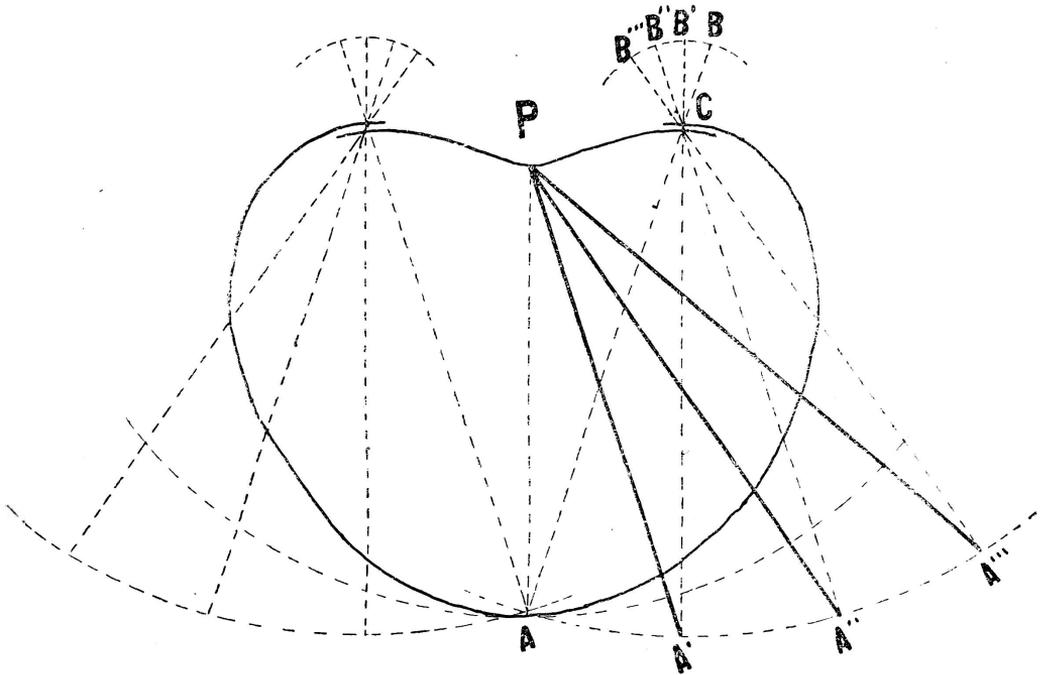
Мы уже видѣли выше, что послѣ расширения таза величина прибавки къ фронтальнымъ размѣрамъ постепенно убываетъ спереди назадъ вплоть до крестца. Посмотримъ теперь, каково движеніе боковыхъ костей таза въ самой области крестца и позади отъ него. Мы видимъ, что переднія верхнія ости при разсматриваемой степени расширения таза разошлись въ стороны, на 3 *ctm.*, а конечныя точки измѣренія *dist. crist.* въ то же время удалились другъ отъ друга только на 0,8 *ct.* Можно ожидать, что кзади отъ конечныхъ точекъ *dist. crist.* на гребешкахъ позвонковыхъ костей найдутся двѣ точки, расхождение которыхъ въ стороны будетъ равно нулю, а еще

дальше казди окажутся и такіа двѣ точки, разхожденіе которыхъ въ стороны будетъ меньше нуля, т. е. величина отрицательная. Другими словами, эти двѣ точки будутъ приближаться, а не удаляться другъ отъ друга. Дѣйствительно точки, соответствующія угламъ S—образныхъ искривленій на гребешкахъ подвздошныхъ костей приближаются другъ къ другу на 1,3 см. Измѣряя дальше разстояніе между задними верхними остями мы находимъ, что здѣсь сближеніе кости уже меньше.

Еще ниже: въ области задней нижней ости уже опять начинается обнаруживаться наклонность костей къ расхожденію.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ то время, какъ безымянныя кости при расширеніи таза несравненно большими передними своими частями удаляются другъ отъ друга, меньшіе задніе или верхне-задніе отрѣзки подвздошныхъ костей имѣютъ обратное движеніе и приближаются другъ къ другу, измѣняя извѣстнымъ образомъ фигуру *Michaelis*'а. Эти отрѣзки мы получимъ, если соединимъ прямой линіей точку, лежащую приблизительно въ области нижней задней ости съ точкой, лежащей на гребешкѣ подвздошной кости между угломъ S—образнаго искривленія и конечной точкой *dist. crist.*, ближе къ послѣдней. Эта линія и представитъ собою вѣроятное направленіе продольной оси вращенія для безымянной кости во время расширенія таза. Судя по направленію этой линіи, она пересѣчетъ сочленовную поверхность болѣе или менѣе казди.

Зная приблизительно мѣстоположеніе и направленіе упомянутой оси вращенія, можно составить понятіе о пути, который совершаетъ точка, лежащая на лонной кости, слѣдовательно впереди оси и вращающаяся вокругъ послѣдней. Такую точку представитъ, напр., верхній конецъ оси симфиза. Если мы теперь мысленно проведемъ черезъ упомянутую точку, верхній конецъ оси симфиза, плоскость, перпендикулярную къ оси вращенія, то эта плоскость пересѣчетъ ось вращенія въ точкѣ, которая и составитъ центръ вращенія для изучаемаго нами пункта на лонной кости, т. е., если соединимъ центръ вращенія и точку на лонной кости прямой линіей мы получимъ радиусъ окружности, по которой движется, изучаемая точка. Схематически это можно изобразить такъ какъ мы это сдѣлали на этомъ рисункѣ.



На этой схемѣ мы видимъ окружность, описанную радиусомъ s a , т. е. линіей, соединяющей изучаемую точку (верхній конецъ оси симфиза) съ центромъ вращения, затѣмъ видимъ вторую окружность, описанную радиусомъ, равнымъ конъюгатѣ и—очертаніе плоскости тазоваго входа. Жирныя линіи показываютъ величины конъюгаты (при различныхъ степеняхъ расширенія таза), а отрѣзки этихъ линій между двумя окружностями величины прибавки къ первоначальному размѣру.

Мы ясно видимъ на приведенномъ ниже чертежѣ, что по мѣрѣ отхожденія безымянной кости въ сторону конъюгата удлиняется.

Кромѣ того на этомъ чертежѣ бросается въ глаза явленіе, отмѣченное нами при нашихъ наблюденіяхъ на трупѣ, именно, что точка на лонной кости (а слѣдовательно и сама кость), уходя въ сторону въ тоже самое время уходитъ впередъ. Точка стоитъ впереди касательной. Если мы теперь обратимъ вниманіе на направленіе оси вращения, то увидимъ, что она наклонена верхнимъ концомъ кнаружи (латерально) и впередъ, а слѣдовательно плоскость, въ которой движется изучаемая точка

(плоскость перпендикулярная къ оси вращенія) наклонена своей передне-боковой половиной внизъ. Очевидно, что изучаемая точка (a' на нашей схемѣ) уходя въ сторону и впередъ, eo ipso должна уйти и внизъ, (ибо точка a' лежитъ ниже точки a). Теперь мы понимаемъ, почему въ нашихъ наблюденіяхъ кость, больше ушедшая въ сторону, всегда стояла ниже и впереди. Этимъ опущеніемъ лонной кости можно объяснить отмѣченное выше слабое увеличеніе прямыхъ размѣровъ по мѣрѣ ихъ приближенія къ выходу таза. Но этимъ всѣхъ цифровыхъ данныхъ объяснить нельзя. Тутъ нужно допустить участіе еще другаго фактора, именно: вращеніе крестца вокругъ поперечной оси такимъ образомъ, что основаніе поддается назадъ, а верхушка впередъ. Только участіемъ обоихъ этихъ факторовъ можно объяснить ничтожную прибавку къ разстоянію между верхушкою крестца и верхнимъ концомъ оси симфиза въ 2,5 м.м. Но этотъ фактъ дѣлается понятнымъ послѣ того, какъ мы знаемъ, что обѣ конечныя точки этого размѣра во время расширенія таза идутъ на встрѣчу другъ другу.

Наблюдая проявленіе указанного поворота крестца на взаимномъ отношеніи размѣровъ таза, мы не могли видѣть этого поворота при постепенномъ расширеніи таза. Но если въ расширенномъ болѣе или менѣе равномерно сантиметровъ до 6—7 тазѣ замкнуть тазовое кольцо и затѣмъ сразу разомкнуть, то этотъ поворотъ удастся замѣтить.

Уже изъ того, что мы выше сказали о размѣрахъ таза, какіе мы сочли нужнымъ измѣрять, понятно, что приведенной коротенькой табличкой не исчерпываются всѣ имѣющіяся у насъ въ рукахъ цифровыя данныя. Эти данныя, дающія возможность судить о нѣкоторыхъ другихъ особенностяхъ движенія безъимянныхъ костей и измѣненія конфигураціи таза послѣ разсѣченія лоннаго соединенія, будутъ подробно разработаны впоследствии.

III.

Изъ Повивальнаго Института.

Случай разсѣченія лоннаго соединенія.

С. Т. Виридарскаго.

26 ноября 1893 года, въ 2 ч. дня, поступила въ Повивальный Институтъ для родоразрѣшенія мѣщанка С.-Петербургской губерніи Елена Коперская, православная, 25 лѣтъ отъ роду, незамужняя, первородящая. Роженица глухо-нѣмая. Изъ собранныхъ свѣдѣній, относительно предшествовавшаго состоянія ея здоровья, выяснилось слѣдующее: родилась больная въ С.-Петербургѣ, гдѣ и провела дѣтство. Въ дѣтствѣ страдала рахитомъ; говорить начала со 2-го года, слышала хорошо; ходить начала только 3-хъ лѣтъ. 4-хъ лѣтъ перенесла тяжелую форму тифа, послѣ котораго совсѣмъ перестала говорить, слышать и ходить— снова стала ползать; опять начала ходить только черезъ годъ.

На 10-мъ году отдана была въ Институтъ глухонѣмыхъ, гдѣ ее выучили читать и писать; оттуда она вышла 16-ти лѣтъ и тогда только у нея появились первыя регулы, которыя вначалѣ путались, приходя черезъ 3—4 мѣсяца, но всегда безъ болей и продолжались 3 дня; затѣмъ типъ ихъ установился— стали приходить черезъ 24—25 дней. Последнія регулы были въ февралѣ мѣсяцѣ, такъ что беременность по расчету оказывается около 40 недѣль. Во время беременности чувствовала себя довольно удовлетворительно, если не считать безпокойныхъ последнее время беременную судорогъ ногъ и незначительныхъ отековъ въ ногахъ же.

Когда появилось движеніе плода не помнить.

Данные объективнаго изслѣдованія при поступленіи представляются въ слѣдующемъ видѣ: т⁰ тѣла 37,1⁰, пульсъ 68. Большая маленькаго роста (142 сант.). Подкожный жирный слой умѣреннаго развитія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки довольно блѣдны. Мышечная система развита хорошо. Костная система въ различныхъ мѣстахъ представляетъ явныя слѣды рахитическихъ измѣненій. Верхняя часть туловища (отъ макушки до конца крестца)—74 с., значительно превосходить нижнюю—68 сант. Размѣры таза слѣдующіе: dist. spin.—24 с., crist.—26,5, dist. trochant.—30, conjug. extern.—17, diag.—9,—9,25. При внутреннемъ изслѣдованіи емкость таза опредѣляется несомнѣнно значительно меньше нормы: lineae innominat. обѣихъ сторонъ достигаются довольно легко. У лѣваго крестцово-подвздошнаго сочлененія небольшой экзостозъ. На крестцѣ характерныя для рахита измѣненія. Словомъ, тазъ по характеру своего устройства представляется не только обще-суженымъ, но и замѣтно рахитическимъ.

Наибольшій объемъ живота=92 сант. Матка занимаетъ среднее положеніе—высота стоянія ея надъ лоннымъ соединеніемъ=40 сант. При помощи ощупыванія опредѣляется въ ней плодъ со спинкой, обращенной въ правую сторону. Съ этой же стороны ниже пупковой линіи выслушивается яенѣе всего и сердцебіеніе плода. При внутреннемъ изслѣдованіи: шейка матки не вполне сглажена, наружный зѣвъ едва пропускаетъ палець; надъ входомъ въ малый тазъ опредѣляется совершенно подвижная головка. Такимъ образомъ родовая дѣятельность находится еще въ самомъ началѣ, что подтверждается и родовыми схватками, которыя при поступленіи очень рѣдки и слабы.

Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ, за исключеніемъ небольшого количества бѣлка въ мочѣ, ничего особенно ненормальнаго не представляетъ.

Наблюдая родовую дѣятельность въ родильномъ покоѣ, пришлось убѣдиться, что вообще вначалѣ она была очень вяла. Маточный зѣвъ раскрывался чрезвычайно туго, и только къ концу вторыхъ сутокъ величина открытія его достигла 2-хъ поперечныхъ пальцевъ. Схватки въ это время были слабы и такъ мало болѣзненны, что больная все время находилась въ довольно веселомъ настроеніи и хорошо отдыхала

во время продолжительныхъ паузъ. Головка все время стояла надъ входомъ. Только на 3-и сутки пребыванія больной въ родильномъ покоѣ начинается замѣтное усиленіе родовой дѣятельности. Схватки дѣлаются чаще, продолжительность ихъ больше и онѣ становятся замѣтно болѣзненными. Въ началѣ 3-хъ сутокъ при зѣвѣ на 2 пальца прошли воды. Къ концу 3-хъ сутокъ отмѣченъ уже судорожный характеръ родовыхъ болей, вследствие чего больной сдѣлано подкожное впрыскиваніе морфія и данъ хлороформъ. Въ это же время на 1^{1/2} пальца ниже пупковой линіи стало ясно обозначаться *Bandl'*евское кольцо. Впрочемъ какъ пульсъ такъ и t^0 больной были все время нормальны. Сердцебіеніе плода тоже слышалось совершенно отчетливо, безъ рѣзкихъ замедленій и ускореній. Положеніе головки измѣнилось весьма мало, она сильно подвижна; оба родничка опредѣляются легко; стрѣловидный шовъ мѣняетъ положеніе, находясь то въ косомъ, то въ поперечномъ размѣрѣ таза; на головкѣ опредѣляется значительная родовая опухоль. Зѣвъ къ этому времени достигъ величины только 3-хъ поперечныхъ пальцевъ.

Въ виду такимъ образомъ полной безуспѣшной родовой дѣятельности почти въ теченіи 4-хъ сутокъ, а также усиливающейся опасности какъ для плода, такъ и для самой матери (довольно высокое стояніе кольца *Bandl'*я)—рѣшено было, что во 1-хъ,—роды силами природы окончиться не могутъ и во 2-хъ, придерживаясь выжидательнаго метода дольше представляется довольно опаснымъ. Имѣя въ виду указанныя явленія съ одной стороны, съ другой—сопоставляя данныя внутренняго изслѣдованія таза, при желаніи сохранить жизнь плода,—въ смыслѣ оперативнаго вмѣшательства, было показано одно изъ двухъ или кесарское сѣченіе или симфизіотомія. Имѣя въ виду меньшій рискъ при симфизіотоміи къ производству ея и было приступлено проф. *Д. О. Оттѣ* въ присутствіи аудиторіи.

Разрѣзъ надъ лоннымъ соединеніемъ сантиметра въ 4 длиною; разсѣчены кожа и подкожная клѣтчатка, при этомъ лишь умѣренное кровотеченіе. Лонное сочлененіе разсѣчено снаружи вглубь, проникая осторожно скальпелемъ, при чемъ лонныя кости разошлись въ началѣ сантиметра на 2. По наложеніи щипцовъ на подвижную головку, эту послѣднюю съ большимъ

трудомъ удалось провести чрезъ тазовое кольцо. При этомъ максимальное расхожденіе лонныхъ костей опредѣлялось приблизительно въ 5 сантиметровъ.

Вслѣдствіе высокаго стоянія головки примѣненіе щипцовъ, какъ уже было замѣчено, сопряжено было съ большими трудностями, при чемъ пришлось переложить ложки соотвѣтственно поступательному движенію головки. При извлеченіи головки произошелъ довольно значительный разрывъ передней стѣнки влагалища вверхъ и вправо, отчего получилось значительное кровотеченіе, остановленное послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ.

Послѣ операціи какъ на кожную рану, такъ и на разорванную переднюю стѣнку влагалища наложены швы. Разсѣченный симфизъ рѣшено соединить самостоятельнымъ костнымъ швомъ. Для этой цѣли съ каждой стороны разошедшихся лонныхъ костей чрезъ всю ихъ толщю просверлены для проведенія лигатуры необходимыя отверстія. Вслѣдъ за проведеніемъ крѣпкой шелковой нити чрезъ сдѣланныя трубчатые отверстія приступлено къ завязыванію выше наложенныхъ лигатуръ на мягкія части.

Когда большинство швовъ уже было завязано и пришлось завязать костную лигатуру—узелъ этой послѣдней не вплотную пришелся къ соединяемымъ костямъ и захватилъ смежныя размятыя ткани. Лигатура оказалась мало стянутой и слѣдовательно не отвѣчающей своему назначенію, поэтому эта лигатура была удалена, а такъ какъ для новаго наложенія таковой потребовалось-бы снять всѣ ранѣе наложенные швы, то въ данномъ случаѣ рѣшено было отказаться отъ непосредственнаго соединенія костей. Для необходимой же иммобилизаціи костей таза пришлось ограничиться примѣненіемъ сдавливающаго аппарата проф. *Д. О. Оттъ*. Въ виду того, что во время операціи былъ вскрытъ участокъ клѣтчатки, непосредственно прилегающей къ симфизу (*spat. Retzii*) на заживленіе котораго первымъ натяженіемъ трудно было разсчитывать, — введена рыхло полоска іодоформенной марли въ качествѣ капиллярнаго дренажа.

Въ теченіи послѣродоваго періода можно отмѣтить слѣдующее: мѣстныхъ явленій со стороны половой сферы какъ въ началѣ, такъ и потомъ не замѣчено никакихъ. Выдѣленія все время нормальны, безъ малѣйшаго запаха. Обратное раз-

витіе матки правильное. Рана влагалища и симфиза зажи-
ваетъ хорошо. Не смотря на отсутствіе мѣстныхъ явленій въ
области операціоннаго поля—послѣопераціонный періодъ ослож-
нился лихорадочными движеніями, обусловленными развитіемъ
довольно интенсивно выраженнаго цистита.

Рожденный ребенокъ былъ въ глубокой асфиксіи, такъ что
оживленіе произошло только послѣ значительныхъ усилій. Плодъ —
дѣвочка вѣситъ 2630 граммъ. Длина 47 сант. Размѣры головки:
прямой 10, большой косою 12, малый косою $9\frac{1}{2}$. Размѣръ
плечъ 11; груди 8. Объемъ головки 34 сант., груди 30,5.
По всѣмъ признакамъ ребенокъ представляется, хотя малень-
кимъ, но вполне доношеннымъ. Ребенокъ, хотя и хорошо бралъ
грудь, но дыханіе все время оставалось неудовлетворительнымъ,
не смотря на всѣ принятыя мѣры въ этомъ отношеніи. На дру-
гой день, т. е., проживши приблизительно сутки, ребенокъ скон-
чался при явленіяхъ асфиксіи.

Вскрытіе показало, что ребенокъ умеръ отъ ателектаза лег-
кихъ. Въ ткани легкихъ найдено было много мѣсть совершенно
спавшихся. Въ полости черепа, въ венозныхъ синусахъ очень
много жидкой темной крови. Слѣдовъ кровоизліянія въ ткани
мозга нигдѣ не замѣчено.

Въ настоящее время (26 день послѣ операціи) состояніе
нашей больной представляется въ слѣдующемъ видѣ: больная
находится еще въ аппаратѣ, фиксирующемъ тазъ, но изслѣдо-
ваніе лонныхъ костей какъ снаружи, такъ и черезъ влагалище
показываетъ, что между ними произошло хорошее соединеніе.
Лихорадочныя движенія температуры совершенно прекратились.
Общее самочувствіе больной вполне удовлетворительно.

Въ виду существующаго еще риска для здоровья больной
отъ перевозки ее въ засѣданіе, я лишень возможности пред-
ставить ее Обществу въ настоящее время, сохраняя за собою
право сдѣлать это въ будущій разъ. Теперь же позвольте де-
монстрировать больную, которая представляетъ не меньшій инте-
ресъ, такъ какъ ей проф. *Оттомъ* около $9\frac{1}{2}$ мѣсяцевъ тому
назадъ тоже была произведена симфизіотомія, и этотъ случай
даетъ возможность наглядно убѣдиться, что указанная операція
не отозвалась никакимъ разстройствомъ ни на сферѣ двига-
тельной, ни вообще на здоровьѣ больной.

IV.

Электризація по методу д-ра Александрова при лѣченіи gonorrhoea ascendens.

Доцента И. И. Федорова.

Мн. Тов.! Пользуясь настоящимъ случаемъ, я буду имѣть честь предложить Вашему вниманію результаты изъ своего клиническаго опыта относительно терапевтическаго значенія одного изъ типовъ внутреннихъ и наружневнутреннихъ электризацій по методѣ д-ра *Александрова* въ примѣненіи къ эксудативнымъ процессамъ въ маломъ тазу женщинъ вообще и gonorrhoea ascend. въ частности.

Мн. Тов.! Энтузіазмъ, съ которымъ сторонники электризаціи по методѣ *Apostoli* еще недавно такъ настойчиво пропагандировали это лѣченіе въ женскихъ болѣзняхъ, въ настоящее время, по видимому, для многихъ смѣнился реакціею разочарованія. По крайней мѣрѣ, въ литературѣ послѣдняго времени, если и встрѣчаются заявленія отдѣльныхъ лицъ въ пользу этого метода, то нельзя не замѣтить, что заявленія эти носятъ характеръ лишь слабыхъ отголосковъ того, что говорилось ранѣе по этому поводу. Да и на настоящемъ съѣздѣ врачей вопросу объ электричествѣ въ гинекологіи совершенно уже нѣтъ мѣста.

Что же собственно послужило причиною охлажденія врачей гинекологовъ къ этому методу лѣченія? Смѣлыя ли требованія, предъявленные въ этомъ случаѣ къ электричеству вообще или, быть можетъ, несовершенство самаго метода?

Намъ кажется, что утверждать, будто бы методъ *Apostoli* есть методъ вполне законченный и усовершенствованный

въ смыслѣ наибольшей эксплуатаціи могучей силы электричества къ лѣченію женскихъ болѣзней, едва ли справедливо. И въ самомъ дѣлѣ, являясь по существу методомъ полярной электризаціи по преимуществу, онъ связанъ съ наиболѣе рѣзко выраженными прижигающими свойствами относительно тканей на мѣстѣ приложенія электродовъ.

Токъ, получаемый при этомъ методѣ съ минимальныхъ полярныхъ поверхностей металлическихъ и угольныхъ электродовъ, является очень густымъ, а потому и активная дѣятельность его быстро падаетъ въ межполярномъ пространствѣ въ сравнительно небольшомъ отдаленіи отъ полюса, непроницаемо расходуюсь на прижиганіи тканей. А между тѣмъ въ большинствѣ случаевъ нашей терапіи желательно бываетъ по преимуществу воспользоваться резорбирующими свойствами токовъ въ межполярномъ пространствѣ. Въ методѣ д-ра *Александрова* полезная сила токовъ нисколько не тратится на мѣстномъ явленіи. Его электро-проводники, соединенные съ электро-возбудителемъ и введенные въ полость органовъ, не способны замыкать цѣпи безъ жидкаго контакт (водный растворъ поваренной или другой соли), служащаго передатчикомъ тока отъ проволокъ, скрытыхъ внутри электропроводниковъ, къ внутренней поверхности электризируемаго органа; здѣсь уже не приборъ (электропроводникъ), а *самый органъ всею своею поверхностію становится анатомическимъ электродомъ и полюсомъ цѣпи*.

Для гинекологическихкихъ цѣлей приборомъ такимъ служитъ стеклянный катетръ съ окнами на его концѣ, и платиновую трубкою внутри, окончивающеюся у центральнаго отверстія верхушки катетера; трубка эта находится въ контактѣ съ батареею и соединяется въ задней части своей съ резиноюю трубкою отъ Эсмарховской кружки, содержащей растворъ поваренной соли. Катетръ снабженъ кромѣ того отводнымъ колѣномъ—трубкою, на которую накладывается резиновая трубка съ зажимомъ. На конецъ катетера навязывается мѣшокъ изъ органической матеріи—рыбій пузырь, и вводится въ такомъ видѣ во влагалище, затѣмъ мѣшокъ наполняется черезъ внутреннюю трубку катетера растворомъ изъ кружки, воздухъ удаляется черезъ отводящую съ зажимомъ

трубку; мѣшокъ, растягиваясь, выполняетъ полость влагалища; токъ отъ платиновой трубки передается раствору, а черезъ него стѣнкѣ мѣшка и соприкасающейся съ послѣднею стѣнкѣ влагалища. Второй электродъ устанавливается или на кожѣ живота, или подобнымъ же образомъ, какъ и первый, вводится in rectum.

Такимъ образомъ, при большой поверхности полюса, представляемаго мѣшкомъ, мы можемъ обезпечить всегда достаточную силу и густоту тока, а также легко можемъ въ энергически дѣйствующую приполярную часть межполярного пространства ввести значительный по величинѣ участокъ женской половой сферы.

Опыты *Prochownik'a* и *Nagel'я*, касающіеся примѣненія гальванизации по методѣ *Apostoli* при gonorrhoea ascendens, какъ извѣстно, не только не увѣнчались желательнымъ результатомъ, но даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ вызвали обострѣніе воспалительнаго процесса, я не говорю уже объ острыхъ формахъ заболѣванія, гдѣ положительно методъ *Apostoli* противопоказанъ.

Вотъ почему я съ особеннымъ интересомъ наблюдалъ вліяніе электризации по методу д-ра *Александрова* на больныхъ съ упомянутыми формами воспаления половыхъ органовъ, тѣмъ болѣе что устраненіе gonorrhoeae ascendens является *prim desiderium* гинекологической терапіи.

Мною было проведено лѣченіе гальвано-фарадизаціею въ 11 случаяхъ gonorrhoeae ascend. и результаты получились слѣдующіе:

№ 1. О—para, 24 л. отъ роду, больна 3 года; страдаетъ: colpitis, urethritis, endometritis et perimetritis later. gon. exacerbata. Предшествовавшее медикаментозное лѣченіе приносило лишь временное облегченіе. Лѣченіе электричествомъ было смѣшанное—7 сеансовъ по методѣ *Apostoli*, А въ матку, и 4 сеанса по методѣ *Александрова*. Выздоровленіе.

№ 2. О—para, 28 л., больна 2 года, констатировано: colpitis, endometritis et perimetritis, exacerbata gonorrh. Предварительно испробовано было въ теченіи 3¹/₂ мѣс. лѣченіе медикаментозное съ нѣкоторымъ результатомъ въ смыслѣ устраненія остраго характера явленій; затѣмъ произведено 4 сеанса внутри маточной гальванизации и 9 сеансовъ по методу влагалищно-

тампонному. Продолжительность лѣченія 2 мѣсяца. Выздоровленіе.

№ 3. О—para, 23 л., больна 6 лѣтъ, *perimetritis lateralis gon. duplex. et cystitis*; сдѣлано 7 сеансовъ влагалищно-тампонной гальванизациі; наслоенія вокругъ придатковъ матки резорбировались, самочувствіе прекрасное; больная лѣченіе прекратила.

№ 4. О—para, 24 л., больна 1½ года, *colpitis, condylomata et perimetritis lateralis*. Предшествовавшее лѣченіе было безуспѣшное; сдѣлано 15 сеансовъ влагалищной электризациі; явленія раздраженія и боли въ тазу исчезли, исчезли и *condylomata* на кожѣ промежности.

№ 5. О—para, 24 л., больна около 5 лѣтъ, лѣченіе электричествомъ произведено въ періодъ рѣзкаго обостренія процесса въ формѣ: *colpitis, urethritis, endometritis* и *perimetritis later. exsudativa*. Сдѣлано 25 сеансовъ гальвано-фарадизациі; эксудатъ рассосался, явленія со стороны мочевого пузыря исчезли, *endometritis* послѣдовательно лѣчился мѣстными прижигающими средствами. Остался неизлѣченнымъ *oophorit. sin. et cicatrices in parametrio sin.* вслѣдствіе бокового разрыва *portionis vaginalis sub partu*.

№ 6. М—para, 36 л., явленія обострившагося гонорройнаго процесса съ лихорадкою; сдѣлано 20 сеансовъ гальвано-фарадизациі съ послѣдовательнымъ примѣненіемъ медикаментозной терапіи на слизистую оболочку матки и уретры.

Полное выздоровленіе въ теченіе 2 мѣсяцевъ.

№ 7. М—para, 35 л., *Colpitis gonorrh. acuta*, явленія раздраженія въ брюшинѣ малаго таза, *salpingo oophorit. chr.*, послѣ 5 сеансовъ гальвано-фарадизациі улучшеніе мѣстнаго и общаго самочувствія больной.

№ 8. О—para, 25 л., больна 6 мѣсяцевъ,—*colpitis et perimetrit. lateral. gon., neurostenia*. 20 сеансовъ гальвано-фарадизациі: мѣстное и общее выздоровленіе.

№ 9. О—para, 22 г., больна 1 годъ; *bartholinitis abscedens dex., colpitis et endometrit. cum salpingo-oophoritu dupl.* 10 сеансовъ маточно-влагалищной электризациі рядомъ съ примѣненіемъ и медикаментозной терапіи устранили воспалительныя явленія въ половыхъ органахъ.

№ 10. О—para, 35 л., больна нѣсколько лѣтъ, periparagmetrit. exsudativa, 5 сеансовъ электризаціи, рѣзкое субъективное улучшение.

№ 11. О—para, больна нѣсколько лѣтъ; perimetrit. et metrit. chronica. сдѣлано всего 5 сеансовъ; безъ замѣтнаго эффекта.

Такимъ образомъ, методъ этотъ, проведенный систематически, даже и въ хронически запущенныхъ случаяхъ можетъ принести значительную пользу больнымъ, какъ это мы наблюдали въ цѣломъ ряду случаевъ periparagmetritis inveterata и не гонорройнаго происхожденія. Все это и даетъ мнѣ право рекомендовать его вниманію многоуважаемыхъ товарищей.

На возраженіе д-ра *Massena* относительно того, какъ дѣйствуетъ электричество при этомъ методѣ на воспалительный эксудатъ, вызывая въ немъ резорбціонный процессъ, скажу:

Существующіе на этотъ счетъ теоріи далеко еще не выясняютъ сущности даннаго процесса. Опыты *Prohownik'a*, *Spaeth'a*, *Apostoli* и *Laguerier'a* доказали, что на анодѣ только платиноваго электрода проявляются антисептическія свойства электричества на микроорганизмы въ культурахъ, въ межполярномъ же пространствѣ токн являются совершенно индифферентными для постѣднихъ.

Принимая это во вниманіе, можно думать, что методъ д-ра *Aлександрова*, гдѣ электризуемый органъ, resp. vagina, rectum и adnexa uteri, становится полюсомъ цѣпи, способенъ вызывать въ толщѣ тканей такого органа измѣненія химическо-молекулярнаго свойства, совершенно аналогичныя измѣненіямъ на полюсѣ платиноваго электрода въ жидкой средѣ; съ другой же стороны, нельзя отрицать въ этомъ отношеніи и вліянія электричества, какъ таковаго, на усиленіе химіотоксическихъ свойствъ лейкоцитовъ, не говоря уже о наличности тѣхъ факторовъ, какіе всегда появляются въ тканяхъ межполярнаго пространства при гальванизации, какъ: катодоризмъ, деполяризація, измѣненія въ трофической и сосудодвигательной системахъ и т. п., и какія безспорно способствуютъ резорбціи патологическихъ продуктовъ.

V.

Случай близнецовъ сросшихся нижними концами грудинъ (*Sternopagus tetrabrachius*).

Доктора Мед. С. Липинскаго.

(Директора Могилевскаго Родильнаго Института).

30 октября, въ 10 ч. вечера, въ г. Могилевѣ, у еврейки Н. родились тройни, первый плодъ родился живымъ, а затѣмъ безъ особеннаго затрудненія родились мертвыми изображенные на прилагаемомъ рисункѣ сросшіеся близнецы, оба при головномъ предлежаніи.

Мать этихъ близнецовъ 25 лѣтная здоровая еврейка рожала до того два раза правильно и послѣдній разъ 1 г. тому назадъ. Роды въ началѣ 9-го мѣсяца протекали правильно. Въ семействѣ самой роженицы или ея мужа рожденія подобныхъ родовъ не наблюдалось.

Трупъ этихъ близнецовъ былъ доставленъ въ Родовспомогательный Институтъ для ближайшаго съ ними ознакомленія и вскрытія ихъ.

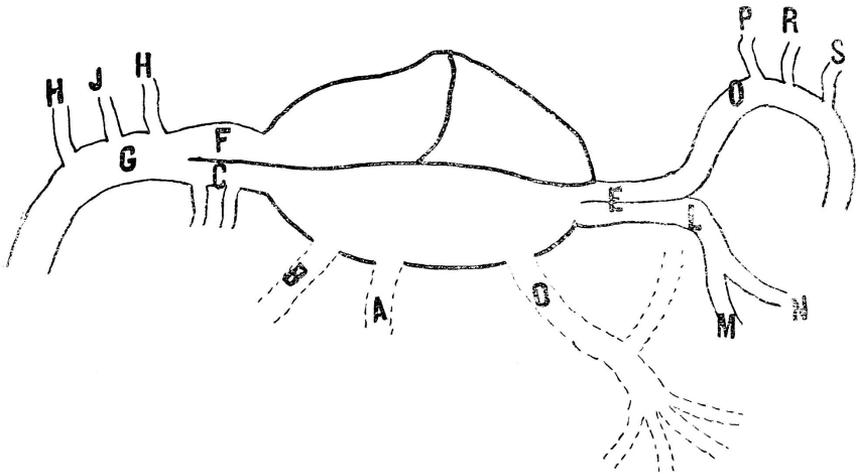
Близнецы—оба женскаго пола. Длина перегородки, раздѣляющей ихъ спереди, до пупочнаго кольца—7 см., сзади тоже. Разстояніе отъ *manubrium sterni* до начала перегородки у обоихъ близнецовъ—4 см. Разстояніе отъ *symph. os. pubis* до нижняго конца перегородки у праваго близнеца—5 см., у лѣваго—4 см. Окружность головки праваго—26 см., лѣваго—27 см. Ширина плечиковъ праваго—9 см., лѣваго—6 см. Длина тѣла праваго—36¹/₂, лѣваго—35 см. Вѣсъ обоихъ близнецовъ

2460 грм. У праваго близнеца—заячья губа, у лѣваго на лѣвой ручкѣ недостаетъ средняго пальца. Колѣнный суставъ и стопа правой нижней конечности лѣваго близнеца представляетъ собою rotatio внутрь. Соответственно пупочному кольцу круглое мѣсто на животѣ, діаметръ котораго—7 см., непокрытое кожей, а только тонкою оболочкою, переходящею непосредственно на пуповину.



Вскрытіе трупииковъ произведено 1 ноября, при чемъ обнаружено слѣдующее: двѣ вполне развитыя грудныя кости, сросшіяся между собою нижними концами, у каждаго плода два

отдѣльныхъ легкихъ, сердце одно, вытянуто въ длину и верхушкою направлено кверху. Предсердіе обращенное книзу общее, въ него впадаютъ справа и внизу два венозныхъ ствола (*a* и *b*) и отходитъ одинъ артеріальный (*c*), слѣва впадаетъ одинъ венозный (*d*) и отходятъ два слившихся между собою артеріальныхъ (*e*). Изъ праваго желудочка отходитъ одинъ артеріальный сосудъ (*f*). Перегородки въ сердцѣ выражены не ясно. Венозные сосуды (*a*) и (*d*) по своему направленію слѣдуетъ признать верхними полыми венами и на нѣкоторомъ разстояніи отъ сердца они состояются изъ двухъ, изъ которыхъ одинъ идетъ отъ верхней части туловища, другой возникаетъ изъ слиянія четырехъ легочныхъ венъ. Венозный стволъ (*b*) можно



считать нижнею полою веною. Сосудъ (*c*), отходящій справа изъ предсердія, по своему строенію и по присутствію клапановъ представляетъ артерію, отъ которой на нѣкоторомъ разстояніи отходятъ двѣ легочныя артеріи къ обоимъ легкимъ праваго плода. Затѣмъ этотъ сосудъ соединяется съ сосудомъ (*f*), исходящимъ изъ праваго желудочка и затѣмъ общимъ стволомъ (*g*) образуетъ дугу аорты, далѣе грудную и брюшную ея часть. Изъ дуги правой аорты отходятъ три сосуда къ верхней части туловища и къ головкѣ (*h*, *i*, *k*—анон., carot., subcl). Слева отъ предсердія отходятъ два слившихся артеріальныхъ сосуда (*e*), которые въ нѣкоторомъ разстояніи отъ сердца раздѣляются: одинъ (*l*) идетъ двумя вѣтвями къ легкимъ (*m*, *n*), другой

образуетъ дугу аорты (*o*), отъ которой отходятъ (*p*, *r*, *s*) три сосуда. Затѣмъ дуга аорты переходитъ въ грудную и брюшную часть. Отъ брюшной аорты одного и другого плода съ лѣвой стороны отходятъ двѣ артеріальныя вѣтви, которыя направляются къ передней брюшной стѣнкѣ, проходятъ между ея тканями къ пупку и здѣсь сливаются въ одну пупочную артерію проходящую въ пупочномъ канатикѣ. Пупочная вена одна и идетъ однимъ стволомъ къ печени. У близнецевъ два отдѣльных желудка, двѣ двѣнадцатиперстныя кишки, сливающіяся въ одну общую тощую кишку, которая въ свою очередь дѣлится на двѣ подвздошныя, переходящія въ отдѣльныя толстыя кишки. Толстая кишка лѣваго близнеца значительно больше растянута толстой кишки праваго. Двѣ прямыя кишки и два заднепроходныхъ отверстія. Двѣ печени, сросшіяся своими задними краями по срединѣ и какъ бы сложенныя вдвое. Селезенки отдѣльныя. У праваго плода двѣ почки, у лѣваго одна значительно большей величины. Мочевой пузырь и у одного и у другаго близнеца развитъ нормально. Матка, фаллопіевы трубы и влагалище у праваго близнеца нормальны, у лѣваго въ зачаточномъ состояніи.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ВОСЬМОЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 17.

Засѣданіе 25-го ноября 1893 года.

Предсѣдательствоваль Д. О. Оттъ.

Присутствовали: Почетный членъ А. Я. Крассовскій, 36 членовъ: Бацевичъ, Вастенъ, Виридарскій, Гермоніусъ, Горайскій, Даниловичъ, Добрадянъ, Добровольскій, Драницынъ, Желтухинъ, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массенъ, Мисевичъ, Піотровичъ, Поршняковъ, Рачинскій, Родзевичъ, Рузи, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Сережниковъ, Фишеръ А. Р., Фишеръ Б. А., Франкъ, Фраткинъ, Чернышовъ, Швердловъ, Шуттенбахъ, Эйхфусъ. и 40 гостей.

1) Д-ръ *Маилевскій* (изъ Повивальнаго Института) показаль *множественную фиброму матки* (fibromyoma uteri multiplex). Больная родила 6 разъ, въ послѣдній разъ—3 года тому назадъ. Съ этого времени она начала страдать кровоте-
ченіями, при чемъ замѣтила опухоль въ нижней части живота. Опухоль эта, при поступленіи больной въ Институтъ, оказалась бугристой, подвижной, неболезненной, съ голову взрослога че-
ловѣка; на ней ясно прощупываются круглыя маточныя связки, и сама она непосредственно переходитъ въ шейку матки. Зондъ

показаль, что полость матки увеличена, но не одинаково во всѣхъ направлѣнїяхъ: вправо онъ проникаетъ только на $1/2$, влѣво-же и внизъ—до рукоятки. Распознана множественная фиброміома матки, которая 12/xi срѣзана надъ влагалищемъ проф. Д. О. Оттомъ, по собственному его способу. Перерожденные яичники удалены вмѣстѣ съ маткой. На культю наложено всего 3 лигатуры. Гладкое послѣопераціонное теченіе.

Онъ же показаль железистую съ отпрысками кистому обоихъ яичниковъ (*cystoma glandulare proliferum*) съ одновременнымъ фиброміоматознымъ перерожденіемъ частей послѣднихъ. Крайне малокровная больная давно уже страдала печеночными и почечными камнями; только въ октябрѣ 1893 года она замѣтила опухоль внизу живота. При поступленіи больной въ Институтъ, упругая опухоль оказалась съ головку новорожденного и въ несомнѣнной связи съ маткой. Чревосѣченіе, произведено 16/xi Д. О. Оттомъ, при чемъ оба, сказаннымъ образомъ, перерожденные яичника удалены по обычному способу. Послѣопераціонное теченіе—безъ всякихъ осложненій.

2) А. А. Драницынъ (изъ клиники Д. О. Отта) показаль слѣдующіе препараты: 1) *Вырѣзанную черезъ влагалище пораженную ракомъ матку*. 37 лѣтняя больная въ теченіи послѣдняго года страдала кровянистыми отдѣленіями и болями въ поясницѣ и внизу живота. Матка значительно увеличена; на передней губѣ ея—раковое разрощеніе въ видѣ полипа; задняя губа тоже перерождена. При предварительномъ выскабливаніи полипозное разращеніе, оказавшееся хрупкимъ и легко рвущимся, удалено. Слизистая оболочка матки глубоко и сильно поражена. Влагалищное вырѣзываніе всей матки. Въ правомъ увеличенномъ рогѣ ея найдены 2 узла: одинъ изъ нихъ представляетъ гнойный распадъ, а другой—фибрознаго свойства. Въ брюшинѣ обоихъ роговъ—кровоизліянія и воспалительныя явленія. 2) *Препаратъ внѣматочной (трубной) беременности*. Случай этотъ интересенъ тѣмъ, что больная $1\frac{1}{2}$ года тому назадъ лежала въ Клиническомъ Институтѣ съ трубной беременностью *левой* стороны. Въ виду того, что беременность эта прекратилась и никакихъ понуждающихъ къ операціи показаній не было, ограничились выжидательнымъ способомъ дѣйствія. Недавно больная явилась въ Институтъ опять съ жалобами на крово-

теченіе. Мѣсячное, которое должно было быть въ октябрѣ, запоздало приблизительно на 10 дней; затѣмъ появились крови, которыя продолжались до операціи. При послѣдней удалена *правая* труба, наполненная сгустками крови. Плода не найдено, но ворсинки съ положительностью опредѣлены подъ микроскопомъ, а при предварительномъ выскабливаніи найдены и децидуальныя клѣтки. Поставленное 1½ года тому назадъ распознаваніе беременности *лѣвой* трубы подтвердилось при чревосѣченіи: лѣвые придатки окружены ложными сращеніями; брюшинный конецъ лѣвой трубы проходимъ для пальца; здѣсь же, слѣва, найдено образованіе съ волошскій орѣхъ, содержащее въ центрѣ кровяной сгустокъ, окруженный соединительной тканью и пропитанный известковыми отложеніями. Больная поправилась. 3) *Пароваріальную кисту*, съ куриное яйцо, наполненную сывороточно-кровянистою жидкостью. Ножка кисты, вмѣстѣ съ трубою и другими прилегающими тканями, была перекручена 2½ раза. Замѣчательно, что проходимость трубы при этомъ не нарушилась, какъ это показало совершенно свободное прохожденіе зонда. Опухоль помѣщалась между листками широкой связки, снаружи отъ области собственно пароварія, подъ бахромчатымъ концемъ трубы. На первыхъ порахъ по этому характеръ новообразованія казался загадочнымъ; но микроскопическое изслѣдованіе, произведенное *К. И. Улезко-Строгановой*, показало цилиндрической эпителий, сохранившійся, однако, только мѣстами. На этомъ основаніи опухоль и признана пароваріальной кистой. 4) *Пароваріальную кисту лѣвой стороны, осложненную двустороннимъ салпингитомъ*, въ виду чего удалены придатки съ обѣихъ сторонъ. 5) *Надвлагалищно сръзанную, ради фиброміомы, матку*. Вмѣстѣ съ маткой удалены обѣ трубы и оба яичника, какъ кистовидно перерожденные. На поверхности препарата находятся просовидные бугорки.

3) *С. Т. Виридарскій*, (изъ Повивальнаго Института) сообщила «*О случаѣ полного разрыва матки во время родовъ*». 33-хъ лѣтняя больная, рожавшая въ 12 разъ, доставлена въ Повивальный Институтъ 11/х, въ 4 ч. 30 м. дня. Больная очень слаба, апатична, но на вопросы отвѣчаетъ еще сознательно. Первые мѣсячныя на 20-мъ году; приходили чрезъ 3 недѣли

на 4-ю, длился по 7 дней и всегда были обильны и болѣзненны. Первые роды 11 лѣтъ тому назадъ, а затѣмъ каждый годъ. Всѣ роды довольно трудные; двое послѣднихъ окончены щипцами. Послѣ родовъ часто хворала лихорадкой, ознобами, въ особенности послѣ послѣднихъ: встала на 21-й день. Настоящая беременность (съ 2 г) протекала правильно. Роды продолжаются уже 33 часа; воды прошли за 2 часа до поступленія въ Институтъ. Больная начала рожать дома, гдѣ ей оказывала пособіе простая повитуха; затѣмъ она была доставлена въ одинъ изъ городскихъ пріютовъ, откуда, въ виду ея отчаяннаго состоянія, препровождена въ Повивальный Институтъ. t° 36,2° пульсъ неправильный, слабый, значительно учащенный (92); дыханіе тоже неправильное, затрудненное и учащенное (38 въ минуту). Животъ сильно вздутъ и чувствителенъ при малѣйшемъ прикосновеніи. Вульва отечна; входъ въ рукавъ насыщенно краснаго цвѣта; на многихъ мѣстахъ его—ссадины, покрытыя сѣроватымъ, омертвѣвшимъ налетомъ. Изъ влагалища выдѣляется грязная, съ запахомъ, жидкость. Размѣры костнаго таза, снятые на трупѣ д-ромъ *Димантомъ*, слѣдующіе: гребни 29,5; ости 24,6; наружный прямой 18,5; наклонная конъюгата 12,1; анатомическая конъюгата 10,4; акушерская конъюгата 9,5. Окружность входа малаго таза 43,6. Поперечникъ входа 14. Разстояніе между сѣдалищными остями 10,6; разстояніе между сѣдалищными буграми 10,5. Прямой размѣръ широкой части полости малаго таза 10,5; прямой размѣръ узкой части 11,6. На задней стѣнкѣ лоннаго соединенія имѣется продольное валикообразное возвышеніе, состоящее изъ 3-хъ окостенѣвшихъ небольшихъ бугорковъ, расположенныхъ по средней линіи; наиболѣе выдающійся изъ нихъ—средній. На передней поверхности крестца также замѣчаются 2 костныхъ бугра: 1—на мѣстѣ соединенія 2-го съ 3-мъ, а другой на мѣстѣ соединенія 3-го съ 4-мъ крестцовымъ позвонкомъ. Благодаря этимъ костнымъ образованіямъ на передней и задней стѣнкахъ малаго таза, прямой размѣръ широкой части полости такъ значительно укороченъ (10,5). Въ полости живота, надъ лоннымъ соединеніемъ, опредѣляется тѣло съ своеобразными очертаніями. Оно неправильно округлено, при чемъ въ верхнемъ его отдѣлѣ, какъ бы въ видѣ самостоятельнаго придатка, опредѣляется болѣе плот-

ное образование, напоминающее родившую (опорожненную), хорошо сокращенную матку. Болей нѣтъ. Сердцебіеніе плода не слышно. Предлежитъ головка, стоящая довольно низко въ полости малаго таза; на головкѣ—огромная родовая опухоль, такъ что только по концамъ стрѣловиднаго шва можно придти къ заключенію, что она стоитъ въ поперечномъ размѣрѣ. Края зѣва не прощупываются. Распознаны: *разрывъ матки съ выходомъ частей плода въ полость живота и гнилостное зараженіе* (омертвѣлый кольпитъ, слизистый эндометритъ и общій гнилостный перитонитъ). Немедленно-же наложены щипцы, которыми головка извлечена довольно легко. Послѣдъ вышелъ чрезъ 5 минутъ послѣ рожденія плода. Кровотеченія не было. Матка хорошо сокращена; дно ея стоитъ на 14 см. выше верхняго края лоннаго соединенія. Вѣсъ извлеченнаго мертваго мальчика 4430 грм., длина его 60 см.; окружность головки 38, окружность плечъ 37, груди 34. Роды продолжались всего 35¹/₂ часовъ. Черезъ 22 часа послѣ родовъ больная умерла при рѣзкихъ явленіяхъ общаго гнилостнаго перитонита. При вскрытіи, произведенномъ *Н. И. Ивановскимъ*, рядомъ съ обычными измѣненіями отъ гнилокровія въ разныхъ органахъ, въ *маткѣ* найдено слѣдующее: длина ея 24 см., ширина въ области дна 17; съвоточная оболочка красноватаго цвѣта, мѣстами съ сѣроватымъ налетомъ. Толщина стѣнки въ тѣлѣ около 4 см., въ шейкѣ около 2. Мышца блѣдна, умѣренной плотности, мѣстами съ желтоватыми полосами (твойное пропитываніе). Полость матки объемиста, содержитъ рыхлые кровяные свертки; внутренняя поверхность представляетъ картину гнилостнаго эндометрита: она темно-краснаго цвѣта, бугриста; слизистая оболочка рыхла, въ разрѣзѣ по мѣстамъ грязно-сѣроватаго цвѣта. Шейка матки около 12 см. длины; на границѣ верхней ¹/₃ съ средней, на передней поверхности, находится широкій разрывъ, проникающій чрезъ всю толщю шейки, имѣющій около 16 см. въ длину и занимающій болѣе ²/₃ всей окружности; края этого разрыва весьма неровны. Ткань шейки матки на мѣстѣ разрыва рыхла и весьма отечна, а вблизи самаго края пропитана кровью. Слизистая оболочка шейки бугриста, сѣрожелтая и съ такимъ же налетомъ. Микроскопическое изслѣдованіе, сдѣланное на срѣзахъ отъ препарата (матки), долго пролежавшаго въ спиртѣ, показало

несомнѣнное существованіе *хроническаго междуточнаго метрита*. Все вышеизложенное достаточно объясняетъ причину разрыва матки въ данномъ случаѣ: *суженіе таза, большой плодъ и болъзненное измѣненіе маточной ткани*. Последнее, однако, по видимому, не зашло еще очень далеко, если головка, не смотря на вышеуказанныя неправильности, могла, все таки, въ своемъ поступательномъ движеніи, продѣлать такой большой и трудный путь; и «нужно только пожалѣть» заключилъ докладчикъ, «что разумная помощь не поспѣла во время». Препарать былъ предъявленъ Обществу.

А. Я. Крассовскій, указавъ на то, что въ этиологіи разрывовъ матки нѣкоторую роль играетъ и то давленіе, которое претерпѣваетъ маточная ткань между головкой и тазомъ, замѣтилъ, что и въ Родовспомогательномъ Заведеніи за послѣднее время было 2 случая полныхъ разрывовъ матки. Обѣ больныя были препровождены изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ. Одна изъ нихъ, послѣ операціи Porro, сдѣланной Э. Ф. Биддеромъ, впольѣ оправилась; другая же, которой эта операція была сдѣлана нѣсколько поздно, умерла. Дѣло въ томъ, что въ послѣднемъ случаѣ, вслѣдствіе сильнаго перитонита съ громаднымъ вздутіемъ живота при полномъ выхожденіи плода въ полость брюшины, распознаваніе было поставлено не сразу: оно сначала колебалось между разрывомъ матки и внѣматочной беременностью; лишь послѣ изслѣдованія полости матки удалось узнать свойство заболѣванія и примѣнить надлежащее пособіе,—къ сожалѣнію, какъ уже сказано, нѣсколько поздно. Если бы больная раньше прибыла въ Родовспомогательное Заведеніе, и при томъ съ надлежащими свѣдѣніями о состояніи ея здоровья со стороны отправившаго ее Родильнаго пріюта, то и она, навѣрное, была бы спасена.

А. Я. замѣтилъ въ заключеніе, что онъ позаботился о томъ, чтобы городскіе пріюты, отправл я впредь больныхъ въ родильные дома и клиники, сообщали бы и краткія отмѣтки о состояніи здоровья отсылаемыхъ ими рожениць, въ акушерскомъ, разумѣется, отношеніи, ибо нерѣдко тяжело больныя являются въ такомъ состояніи, что, при отсутствіи анамнестическихъ данныхъ, распознаваніе значительно затрудняется.

Нѣсколько замѣчаній сдѣлали еще В. А. Родзевичъ, Е. Б. Димантъ, Д. О. Оттъ, Е. Ф. Бацевичъ и Л. Г. Личкусъ.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.
Секретарь Личкусъ.

ПРОТОКОЛЬ № XVI.

Административное засѣданіе 25-го ноября 1893 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 36 членовъ: А. Я. Крассовскій, Балевиць, Вастень, Виридарскій, Гавронскій, Гермоніусъ, Горайскій, Даниловичъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массень, Мисевичъ, Піотровиць, Полонскій, Поршняковъ, Рачинскій, Родзевичъ, Рузи, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Сережниковъ, Стельмаховиць, Стравинскій, Строгановъ, Фишеръ, А. Р., Фишеръ, Б. А., Фраткинъ, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Шуттенбахъ и Эйхфусъ.

1) Читанъ и единогласно утверждень протоколь прошлаго засѣданія, при чемъ самое засѣданіе признано законнымъ.

2) Общество постановило праздновать юбилей Предсѣдателя въ стѣнахъ Военно-Медицинской Академіи и уполномочило членовъ комиссіи, избранной для выработки программы чествованія предсѣдателя, — соблюсти всѣ необходимыя для сего формальности.

3) Общество уполномочило членовъ Правленія поздравить *В. В. Сутуина* 27 ноября сего года по поводу 30 лѣтняго юбилея его врачебно-ученой дѣятельности.

4) Избраны въ дѣйствительные члены:

1) *Бѣлиловскій, Беніаминъ Александровиць*, православнаго вѣроисповѣданія, 27 лѣтъ, окончилъ Полтавскую гимназію въ 1885 году и поступилъ въ С.-Петербургскій Университетъ на Естественный факультетъ въ томъ же году; въ 1886 г. перевелся на Медицинскій факультетъ въ Университетъ Св. Владиміра въ Кіевѣ, каковой окончилъ въ 1892 году. Въ настоящее время занимается въ Акушерско-Гинекологической Клиникѣ профессора *К. Ф. Славянскаго*.

2) *Казьминъ, Иванъ Ивановичъ*, православнаго вѣроисповѣданія, 28 лѣтъ, окончилъ Таганротскую гимназію въ 1886 году и въ томъ-же году поступилъ въ Харьковскій университетъ на Медицинскій факультетъ, который и окончилъ въ 1891 году. Съ 1892 г. занимался въ акушерской клиникѣ Харьковского Университета, а въ настоящее время занимается въ Акушерско-Гинекологической Клиникѣ профессора *К. Ф. Славянскаго*.

3) *Матвей Максимович Мироновъ*, родился въ гор. Харьковѣ въ 1860 г., воспитывался въ Харьковской гимназiи, по окончанiи которой поступилъ на Медицинскiй факультетъ Императорскаго Харьковскаго Университета въ 1879 году, который окончилъ въ 1884 г. и былъ оставленъ ординаторомъ Акушерской клиники. Въ 1887 году былъ оставленъ стипендиатомъ для приготовленiя къ профессорскому званiю по кафедрѣ Акушерства и въ настоящее время состоитъ приватъ-доцентомъ Харьковскаго Университета.

4) *Петръ Александровичъ Антиповъ*, старшiй врачъ лазарета Морскаго Ижорскаго завода, въ посадѣ Колпинѣ. По окончанiи курса наукъ въ 1870 г., въ Витебской губернской гимназiи, поступилъ того же года въ Императорскую Мелико-Хирургическую Академiю, гдѣ въ 1875 г. кончилъ курсъ со званiемъ лѣкаря съ отличiемъ. Служилъ врачомъ въ сухопутныхъ войскахъ и участвовалъ въ Русско-Турецкой войнѣ 1877—78 г. Съ 1879 г. состоитъ врачомъ во флотѣ. Съ 1884 по 1887 г. состоялъ врачомъ экстерномъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведенiи. Имъ напечатаны Отчеты о санитарномъ состоянiи Колпинскаго Ижорскаго завода.

5) *Адамъ Ромуальдовичъ Рышиа*, потомственный дворянинъ, римско-католическаго вѣроисповѣданiя, родился въ 1860 году въ Слуцкомъ уѣздѣ, Минской губернiи. Среднее образование получилъ въ Слуцкой классической гимназiи, по окончанiи которой въ 1880 году поступилъ въ Дерпскiй Университетъ на Историко-филологическiй факультетъ. Въ 1881 году перешелъ на Медицинскiй факультетъ того-же университета, который окончилъ въ маѣ 1888 года со степенью лекаря, а въ апрѣлѣ 1889 года послѣ защищенiя диссертации удостоенъ степени доктора медицины. Съ 1890 года по 1893 годъ состоялъ экстерномъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведенiи, гдѣ занимается и до сихъ поръ въ качествѣ дежурнаго врача. Съ мая 1890 года сталъ заниматься въ качествѣ врача-экстерна въ Женской Обуховской Больницѣ—въ продолженiи года въ терапевтическомъ, а затѣмъ въ гинекологическомъ отдѣленiи. Въ началѣ 1893 года опредѣленъ сверхштатнымъ ординаторомъ Обуховской Больницы, а въ настоящее время состоитъ штатнымъ ассистентомъ при гинекологическомъ отдѣленiи этой больницы. Напечаталъ слѣдующiя работы:

1) Ein Beitrag zur Toxikologie der Pikrinsäure. Inaugural—Dissertation. Dorpat, 1889.

2) Къ ученiю о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины. Сообщено въ засѣданiи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ, 7 мая 1892 года и напечатано въ „Журналѣ Акушерства и Женскихъ Болѣзней“ 1892, № 7 и 8.

5) Предложены въ дѣйствительные члены: лекарь Эммануилъ Петровичъ *Хмара-Барцескiй* (предложенъ Бацевичемъ, Массеномъ и Оттомъ), лекарь Казимiръ Фелициановичъ *Мацшевскiй* (предложенъ Стравинскимъ, Оттомъ и А. Р. Фишеромъ), лекарь Ефимъ Бенсiоновичъ *Димантъ* (предложенъ А. Р. Фишеромъ, Стравинскимъ и Оттомъ).

6) Д. О. Оттъ, сообщилъ Обществу, что предсѣдатель послалъ поздравительную телеграмму Обществу Симбирскихъ врачей по поводу 25 лѣтняго юбилея. Присутствовавшіе отнеслись къ этому заявленію вполнѣ сочувственно.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

V Съездъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

Секція акушерства и женскихъ болѣзней.

Засѣданіе 28-го декабря 1893 г.

Засѣданіе было открыто завѣдующимъ секціей проф. *А. И. Лебедевымъ*. Послѣ привѣтствія товарищей имъ было указано на то, что возникновеніе съѣздовъ, есть дѣло сравнительно недавняго времени. Отдѣленіе отъ естествоиспытателей произошло, съ одной стороны, вслѣдствіе широкаго развитія медицины, съ другой— вслѣдствіе трудности организаціи. Органическая же связь медицинскихъ и естественныхъ наукъ не должна нарушаться. Медицина—дѣтище естественныхъ наукъ, поэтому должно стремиться къ этой родственной связи. Въ настоящее время одновременно происходятъ два съѣзда въ Петербургѣ и Москвѣ. Такое совпаденіе несомнѣнно дѣлитъ научныя силы и отзывается невыгодно на результатахъ.

Профессоръ предложилъ почтить вставаніемъ память умершихъ знаменитыхъ гинекологовъ: *Breisk'*аго, *Braun'*а и *Kaltenbach'*а ¹⁾).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Кіевск. универ. *Г. Е. Рейнъ*, который, послѣ выраженія благодарности за честь избранія, сказалъ краткую рѣчь. Онъ напомнилъ товарищамъ, что они находятся въ аудиторіи, гдѣ много лѣтъ раздавалось живое слово покойнаго проф. *С. П. Боткина*, русскаго врача, философа и гуманиста, проф. *А. Я. Красовскаго*, основателя русской оперативной гинекологіи, и другихъ. Каждый камень говоритъ о блестящемъ прошломъ русской медицинской школы. Пусть эти воспоминанія, продолжалъ ораторъ, подкрѣпляютъ насъ, ободряютъ въ

¹⁾ Къ сожалѣнію профессоръ забылъ упомянуть, что въ истекшемъ 1893 году умеръ и одинъ изъ извѣстныхъ русскихъ гинекологовъ—*И. О. Баладинъ*.

плодотворномъ трудѣ!... Обсужденіе научныхъ вопросовъ есть священнодѣйствіе, и таковымъ должно быть наше обсужденіе медицинскихъ вопросовъ, имѣющихъ важное значеніе для страдающихъ.

Апиплодисменты.

1) Ч. пр. И. И. Смольскій сдѣлалъ докладъ: „О способахъ леченія трубной беременности въ первой половинѣ“.

Внѣматочная беременность, какъ теперь извѣстно, явленіе нерѣдкое, и поэтому вопросъ о леченіи этого заболѣванія представляетъ важный интересъ.

Если внѣматочная беременность продолжаетъ развиваться, то леченіе направлялось въ первой половинѣ ея къ той цѣли, чтобы уничтожить плодъ и вызвать запусѣніе мѣшка. Употреблявшійся для этого проколъ, часто давалъ дурные результаты, вслѣдствіе чего и былъ оставленъ, точно также какъ и повторное впрыскиваніе морфія. Единственный случай впрыскиванія 5⁰/₀ раствора хлористаго цинка равнымъ образомъ не нашелъ послѣдователей. Больше сторонниковъ, особенно въ Америкѣ, имѣло электричество, примѣненіе котораго однакожъ опасно вслѣдствіе разрывовъ мѣшка. Невыгода этихъ способовъ главнымъ образомъ заключается въ томъ, что по смерти плода мѣшокъ остается со всѣми могущими быть неблагоприятными послѣдствіями. Поэтому въ настоящее время пришли къ выводу, что „единственнымъ разумнымъ средствомъ леченія трубной беременности до разрыва плоднаго мѣшка или до выкидыша въ брюшную полость слѣдуетъ считать вырѣзываніе мѣшка путемъ чревосѣченія“.

Если разрывъ мѣшка и кровотеченіе происходятъ на глазахъ врача, то въ такомъ случаѣ, взвѣсивъ условія, какъ со стороны больной, такъ и со стороны окружающей обстановки, слѣдуетъ также предпочесть чревосѣченіе. *Schauta* даетъ слѣдующія цифры смертности при подобныхъ обстоятельствахъ: безъ чревосѣченія на 144—случаевъ смерти 123=85⁰/₀; при чревосѣченіи на 121—случаевъ смерти 19=16⁰/₀.

Прогрессирующая беременность есть показаніе къ чревосѣченію (*Рейнъ*).

Далѣе докладчикъ, полагая, что кровяная опухоль есть, въ большинствѣ случаевъ, послѣдствіе трубной беременности (по *Аганову* 47¹/₃⁰/₀), отождествляетъ леченіе внѣматочной беременности въ регрессивномъ періодѣ съ леченіемъ заматочной кровяной опухоли и, разбирая литературу вопроса, приходитъ къ тому выводу, что существуютъ два способа леченія: 1) чревосѣченіе съ цѣлью удаленія всего больного мѣста и 2) выжидательный образъ

дѣйствія, разсчитанный на рассасываніе опухоли. Представителями перваго направленія должны считаться *Lawson-Tait* и *Ommъ*.

Большинство же гинекологовъ, какъ напр. *Olshausen*, *Veit*, *Schauta*, *Leopold*, *Zweifel*, *Лебедевъ* и др., предпочитаютъ второй способъ.

Если же при выжидательномъ способѣ лѣченія не происходитъ рассасыванія или происходитъ нагноеніе опухоли, то становится неизбѣжнымъ хирургическое вмѣшательство. Многие авторитеты (вышепоименованные) въ такихъ случаяхъ предпочитаютъ разрѣзъ задняго свода; этого послѣдняго взгляда держится и самъ докладчикъ. Интересны цифровыя данныя, приведенныя въ докладѣ: по *Zweifel*'ю, при выжидательномъ лѣченіи смертность=18⁰/₀ или 82⁰/₀ выздоровленія; самопроизвольное излѣченія выздоровленія=63⁰/₀; по *Аганову*, при выжидательномъ лѣченіи смертность=13,2⁰/₀.

Lawson-Tait при лапаротоміи даетъ цифру смертности=4,7⁰/₀.

Многіе авторитеты высказались за выжидательный способъ лѣченія, а въ крайнемъ случаѣ—за разрѣзъ задняго свода, напр. *Martin* признаетъ лапаротомію только при *indicatio vitalis*. Затѣмъ докладчикъ сообщилъ случай изъ клиники проф. *Лебедева*.

Больная 25-ти лѣтъ, менструируетъ съ 15-ти лѣтъ черезъ 4 недѣли, по 4—5 дней. Замужество на 20-мъ году. Рожала два раза (2½ года назадъ послѣдній разъ). Послѣднія мѣсячныя имѣла съ 25 по 30-е декабря 92 года. Въ январѣ появилась тошнота и другіе признаки беременности. 15 и 25 февраля приступы болей, которые сопровождались рвотой и обильнымъ наружнымъ кровотеченіемъ со сгустками, 20-го марта такой же приступъ. При изслѣдованіи 22-го марта найдено было: задній и лѣвый своды были заняты опухолью, верхняя граница которой была на уровнѣ пупка; матка отодвинута вверхъ, впередъ и вправо; сильное малокровіе, метеоризмъ, боли въ животѣ, отдававшія въ лѣвую ногу, пульсъ 120; опредѣлена заматочная кровяная опухоль какъ слѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка трубной беременности. 8 апрѣля поступила въ клинику. При повторномъ изслѣдованіи, кромѣ того надъ маткою найдена вторая опухоль круглая, величиной въ кулакъ, подвижная и упругая. За лѣто кровяная опухоль почти всосалась, а другая увеличилась до величины двухъ кулаковъ и располагалась въ нижней части живота, соединяясь ножкой съ маткой. При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывался нижній сегментъ этой опухоли. Въ правомъ заднемъ сводѣ за маткой опредѣлялась другая опухоль плотная, неподвижная и болѣзнен-

ная, величиной въ кулакъ; матка нормальной величины и смѣщена вверхъ, впередъ и вправо. Диагнозъ: киста лѣваго яичника и остатки правосторонней трубной беременности. 24/х 93 г. чревосѣченіе. Удалена однополостная, пароваріальная, лѣвосторонняя киста съ серознымъ содержимымъ: вторая опухоль помѣщалась въ Дугласъ, имѣла значительныя сращения, вследствие чего съ трудомъ была удалена. Содержимое этой опухоли кровяные сгустки, по времени различнаго происхожденія, и зародыши, длиною около 1½ см. Постоперационный періодъ безъ лихорадки. Больная имѣла мѣсячныя крови съ 3—6 декабря.

Общія выводы, къ которымъ приходитъ докладчикъ, слѣдующіе:

1) Распознавіе трубной беременности до разрыва есть показаніе къ чревосѣченію.

2) Разрывъ и кровотеченіе въ полость брюшины, въ первой половинѣ трубной беременности, должны быть лѣчимы по возможности чревосѣченіемъ.

3) Исходъ трубной беременности въ заматочную кровяную опухоль долженъ быть лѣчимъ выжидательно, и хирургическое вмѣшательство показано только въ не поддающихся лѣченію случаяхъ (когда опухоль черезъ 3 недѣли по минованіи острыхъ явленій остается безъ измѣненій, не подвергается всасыванію) или при переходѣ опухоли въ нагноевіе, а также для выполненія *indic. vit.*, причѣмъ чревосѣченію должно предпочесть вскрытіе задняго свода.

Д-ръ *Алафоновъ* наблюдалъ 3 случая внѣматочной беременности, сопровождавшихся разрывомъ; у одной больной послѣдовательно даже 2 раза: 1-й разъ—разрывъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности въ правой трубѣ; 2-й—около 2-хъ мѣсяцевъ—въ лѣвой. Оперативнаго лѣченія примѣнено не было. Впослѣдствіи не было констатировано какихъ либо слѣдовъ обѣихъ беременностей точно также, какъ и въ 3-мъ его случаѣ. Д-ръ *Алафоновъ* присоединяется къ мнѣнію, что не слѣдуетъ торопиться съ оперативнымъ вмѣшательствомъ.

Проф. *Замшинъ*, вкратцѣ упомянувъ о своемъ случаѣ чревосѣченія при внѣматочной беременности, оперированномъ съ успѣхомъ около 9—7 мѣсяцевъ тому назадъ, высказалъ мнѣніе, что въ случаяхъ, подобныхъ его, гдѣ выжидательный образъ дѣйствія въ теченіе почти 2-хъ мѣсяцевъ привелъ къ отрицательнымъ результатамъ, во всякомъ случаѣ, показана операція, при завѣдомо остановившейся беременности. По поводу *colpotomii* *Замшинъ* высказался, что она въ такихъ случаяхъ, какъ его, была бы ри-

скованнѣе чревосѣченія въ виду относительно высокаго стоянія нижняго сегмента опухоли.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*—установленіе 3-недѣльнаго срока, послѣ котораго, по мнѣнію докладчика, можно приступать къ colpotomii, произвольно, ибо въ различныхъ случаяхъ всасываніе происходитъ различно, при этомъ нужно имѣть въ виду, что за три недѣли значительныхъ измѣненій произойти не можетъ. Разговоръ о срокѣ вообще не имѣетъ значенія. Во всякомъ случаѣ, рациональнѣе ждать болѣе 3-хъ недѣль. При оперативномъ вмѣшателствѣ должно преслѣдовать ту цѣль, чтобы удалить трубу какъ источникъ кровотеченія, которая при colpotomii остается. Наконецъ colpotomiiей трудно удалить мѣшокъ.

Д-ръ *Фражкинъ*. Слѣдуетъ выработать руководящее правило для практическаго врача въ какихъ случаяхъ необходимо оперативное вмѣшательство, въ какихъ придерживаться выжидательнаго лѣченія.

Ч. пр. *Львовъ* наблюдалъ 7 случаевъ внѣматочной беременности, изъ которыхъ большинство лѣчилось выжидательно. Одинъ случай имѣлъ столь благопріятное теченіе, что больная впоследствии благополучно родила. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ требовалось энергическое оперативное вмѣшательство. Замѣчательнъ одинъ изъ нихъ, гдѣ больная находилась подъ наблюденіемъ 8 недѣль. Была сдѣлана лапаротомія и найдено, что труба имѣла только маленькое кровоточащее отверстіе, плодъ же продолжалъ жить и развиваться. Оппонентъ на основаніи опыта пришелъ къ такому выводу: разрѣзъ задняго свода недостаточенъ, если угрожающія явленія вынуждаютъ къ оперативному вмѣшательству, и должно предпочесть чревосѣченіе, дабы удалить все больное мѣсто. Относительно 3-недѣльнаго срока высказался отрицательно.

Проф. *А. И. Лебедевъ*, высказалъ, что въ настоящее время нельзя подвести всѣ случаи къ одному знаменателю.

Можно принять какъ правило слѣдующее: если прошло не менѣе 2-хъ часовъ со времени появленія кровотеченія и больная въ хорошемъ состояніи, лучше оставить ее въ покоѣ, особенно при неблагопріятныхъ для операціи условіяхъ. Переноска больной можетъ оказать гибельныя послѣдствія для нея. При повторныхъ кровотеченіяхъ необходима хирургическая помощь. Характеръ кровотеченія бываетъ также различенъ, смотря по калибру сосудовъ. Если есть показаніе дѣлать чревосѣченіе, то нужно строго взвѣсить всѣ шансы для благополучнаго исхода.

Д-ръ *Вастень*. Если существуютъ сращенія, то кровотеченіе

можетъ не принять большихъ размѣровъ; въ противномъ случаѣ кровотеченіе не останавливается, при чемъ кровь, вытекающая, заполняетъ, какъ при асцитѣ, всѣ свободныя пространства. Такіе случаи не разъ были имъ наблюдаемы, и въ одномъ изъ нихъ больная умерла отъ анеміи вслѣдствіе кровотечения, продолжавшагося сутки. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ, не теряя времени приступать къ чревосѣченію.

Предсѣд. проф. Рейнъ высказалъ, что поднятый вопросъ—вопросъ спорный, для разрѣшенія котораго требуется большое накопленіе матеріала. Наблюденіе докладчика представляетъ цѣнный вкладъ въ казуистику вопроса. Что же касается высказаннаго 2-часового срока, то, по его мнѣнію, съ этимъ согласиться нельзя. Такъ въ засѣданіи Кіевск. Акуш. Общ. былъ доложенъ случай, гдѣ больная умерла черезъ 5—6 часовъ; въ случаѣ д-ра Добро-нравова смерть наступила черезъ 7 часовъ. Что же касается способа лѣченія, то, если возможно, предпочтительнѣе активный способъ, причѣмъ главную роль должны играть, по его мнѣнію, опытъ оператора и помощники. Въ будущемъ гораздо болѣе будетъ защитниковъ активнаго участія, чѣмъ выжидательнаго.

2) Д-ръ В. А. Евменьевъ. „Значеніе механическаго ручнаго способа лѣченія женскихъ болѣзней въ крестьянской земской врачебной практикѣ“.

Лѣченіе женскихъ болѣзней въ деревнѣ находится въ рукахъ бабокъ, которыя при этомъ употребляютъ главнымъ образомъ массажъ. Приемы бабокъ сводятся на поглаживаніе, растираніе, подтягиваніе органовъ вверхъ и т. п. Докладчикъ рѣшился поставить лѣченіе массажемъ на рациональную почву, считая по справедливости массажъ однимъ изъ могущественныхъ средствъ при лѣченіи женскихъ болѣзней. Главнымъ препятствіемъ для осуществленія этой идеи докладчику представлялось съ одной стороны то, что земскій врачъ обыкновенно заваленъ работой, съ другой—недовѣріе и стыдливость крестьянокъ. Однакожъ, время нашлось, и съ успѣхомъ такого лѣченія возростало и довѣріе. Наилучшіе результаты получились при лѣченіи воспалительныхъ заболѣваній, наихудшіе при выпаденіи матки. Въ послѣднемъ случаѣ употреблялось послѣ вправленія матки поглаживаніе и растираніе дрожательными движеніями; lyfting не примѣнялся за отсутствіемъ помощниковъ. При выпаденіяхъ, осложненныхъ разрывомъ промежности, обыкновенно производилась *colporrhaphia*. Въ слѣдующихъ выводахъ докладчикъ выражаетъ всю суть своего сообщенія.

1) Гинекологическій массажъ въ деревняхъ при лѣченіи женскихъ болѣзней не новостъ; онъ давно здѣсь практикуется бабками и заслужилъ полное довѣріе со стороны крестьянокъ, хотя примѣняется онъ не всегда во время и далеко не въ формѣ, соответствующей патологическимъ условіямъ.

2) Въ рукахъ врача гинекологическій массажъ можетъ быть могущественнымъ лѣчебнымъ средствомъ при воспалительныхъ страданіяхъ половой сферы и неправильныхъ положеніяхъ матки и ея придатковъ.

3) Крестьянка, какъ только увидитъ благотворные результаты отъ механическаго лѣченія въ рукахъ врача, съ охотой лѣчится у него; стыдливость здѣсь не можетъ быть помѣхой, нужно лишь внушить къ себѣ довѣріе.

4) Время у каждаго земскаго врача для механическаго способа лѣченія гинекологическихъ больныхъ всегда найдется, лишь бы было желаніе. Если же у врача свободнаго времени для такого лѣченія не окажется, то онъ можетъ приурочить къ этому дѣлу фельдшерицу, самъ же долженъ, по крайней мѣрѣ, наблюдать за этимъ лѣченіемъ и руководить имъ.

Д-ръ *Орловъ* поблагодарилъ докладчика отъ лица всѣхъ земскихъ врачей и пегострадальной русской женщины за инициативу въ новомъ плодотворномъ лѣченіи. Ж-вр. *Никольская* замѣтила, что массажъ весьма подходящее лѣченіе для крестьянокъ, такъ какъ онѣ могутъ лѣчиться на ходу, не прерывая своихъ обычныхъ занятій.

Предсѣд. Всякое средство, направленное на улучшеніе сельской врачебной помощи, заслуживаетъ примѣненія, притомъ докладчикъ вноситъ въ науку цѣнный матеріалъ для разработки вопроса о лѣченіи гинекологическихъ заболѣваній механическими приѣмами.

Рукоплексанія.

3) Д-ръ *В. Н. Орловъ* сдѣлалъ докладъ „*О выскабливаніи слизистой оболочки матки при фиброміомахъ*“. При заболѣваніи матки фиброматознымъ процессомъ слизистая оболочка также претерпѣваетъ глубокое измѣненіе. Результатомъ такого измѣненія слизистой оболочки обыкновенно бываютъ кровотечения, доводящія больныхъ до истощенія. Такое неблагоприятное вліяніе оказываютъ особенно подслизистыя фибромы. Успѣшный способъ лѣченія фунгознаго эндометрита выскабливаніемъ даетъ полное основаніе ожидать такихъ же результатовъ отъ выскабливанія при фиброміомахъ. *Schroeder* относился къ выскабливанію вначалѣ очень осторожно, однакожь опытъ показалъ, что возможность

омертвѣнія или усиленія кровотока бываетъ рѣдко. Такъ, на 40 случаевъ *Schwoeder* ни разу не наблюдалъ подобныхъ неблагоприятныхъ явленій; наоборотъ, хорошіе результаты, даже уменьшеніе опухоли видѣлъ часто. Докладчикъ затѣмъ перешелъ къ изложенію леченія выскабливаніемъ въ 10 случаяхъ, въ клиникѣ проф. *Лебедева* при интерстиціальныхъ фиброміомахъ. Операция производилась слѣдующимъ образомъ: ежедневное обеззараживающее сиринцованіе влагалища 2% растворомъ acid. carb. , ванны въ 28° R. Предъ операцией опорожнялся кишечникъ. Подъ хлороформомъ производилось бритье; ложкообразныя зеркала вводились въ вагину и влагалищная часть стерилизовалась 2% и 5% acid. carbol. Послѣ захватыванія нулевыми щипцами губъ, производилось расширеніе канала бужами *Hegar*'а. Здѣсь представляется наибольшая трудность. Вслѣдствіе искривленія матки, каучуковымъ бужамъ придаются соответствующіе изгибы, что легко достигается нагрѣваніемъ ихъ на спиртовой лампѣ. По расширеніи цервикальнаго канала, полость прополаскивалась 2% растворомъ acid. carb. и слизистая оболочка выскабливалась окончатой, не острой ложкой *Sims*'а, сдѣланной изъ мягкаго металла; что очень важно, такъ какъ полость матки часто принимаетъ неправильную форму, вслѣдствіе выпячиванія фиброміомъ и во внутреннюю стѣнку. Изогнувши соответственно ложку, можно легко проникнуть ею во всѣ извилины полости. Удалять оболочку нужно всю непременно, ибо оставшіеся участки ея могутъ давать кровотечения. Послѣ матки опять промывается 2% раств. карб. кисл. и, по удаленіи избытка его, впрыскивается іодъ пополамъ съ 95% спиртомъ 1 или 2 ширица *Braun*'а, смотря по величинѣ полости матки. Избытокъ іода удаляется обратнымъ движеніемъ поршня ширица. Въ *canalis cervicalis* вводится турунда изъ марли, а во влагалище тампонъ изъ марли и ватныхъ шариковъ. Послѣ операции при сильныхъ боляхъ назначались *suppositoria narcotica* и ледь. На другой день тампоны удаляются и затѣмъ сиринцованіе (2% ac. carb.) два раза въ день. Больная остается въ постели 9—11 дней. Такой способъ отличается отъ способа *Max*'а *Runge*, при которомъ впрыскивается іодъ чрезъ 24 часа и повторно затѣмъ 10—15 разъ, не выбирая избытка его. Въ 9 случаяхъ докладчика были одиночныя, межзачаточныя фиброміомы, въ одномъ случаѣ множественная. Главный припадокъ—кровотеченія, другіе или отсутствовали, или были незначительны. Величина новобразованія отъ голубиного яйца до головы человѣка; величина полости отъ 10 до 28 см. Возрастъ отъ 29 до 44 л. Результаты выскабливанія: 1) Прекра-

щеніе кровотеченія и появленіе правильныхъ мѣсячныхъ кровей (въ 1 случаѣ 4 дня вмѣсто 7, въ 4 случаяхъ отъ 6 до 12 мѣсяцевъ наблюдалось полное благополучіе). 2) Уменьшеніе опухоли и длины полости матки въ 8 случаяхъ, въ 3—наполовину. Показанія для выскабливанія должны быть слѣдующія: 1) кровотеченіе въ видѣ меноррагій и метроррагій (даже временное улучшеніе важно въ виду коренной операціи); 2) при небольшихъ опухоляхъ, не вызывающихъ болѣзненныхъ ощущеній, давленія на мочевой пузырь и прямую кишку, а также и другихъ припадковъ въ зависимости отъ давленія и величины опухоли; 3) когда больныя близки къ климактеріуму. Устраняя у такихъ больныхъ повторными выскабливаніями кровотеченія, можно довести ихъ до климактерическаго періода, въ которомъ фиброміомы прекращаютъ по большей части свой ростъ. Противопоказуется выскабливаніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченія не рѣзко выражены, а выступаютъ другіе симптомы: боли, одышка, давленіе на пузырь и кишку и т. п.

Ч. пр. *Львовъ*. Опасности выскабливанія при фиброміомахъ нельзя вовсе отрицать. Относительно противопоказаній онъ не видитъ причины почему выскабливаніе не примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда новообразованіе сопровождается болѣзненностью и давленіемъ на мочевой пузырь и кишку. Результаты, которые онъ самъ наблюдалъ, резюмируются такъ: 1) уменьшенія опухоли не видалъ; 2) уменьшеніе полости наблюдалъ; 3) кровотеченіе уменьшается, но нерѣдко только на одинъ менструальный періодъ, особенно при значительномъ измѣненіи слизистой оболочки матки; 4) сдѣлать выводъ о прочности улучшенія нѣтъ возможности, такъ какъ больныя обыкновенно ускользаютъ изъ-подъ наблюденія.

4) *Л. Гордонъ* сдѣлалъ докладъ „*Объ оваріотоміи при беременности*“.

Докладчикъ къ нѣкоторымъ статистическимъ даннымъ изъ иностранной литературы и частью изъ русской присоединилъ 5 случаевъ оваріотоміи, произведенныхъ проф. *А. И. Лебедевымъ*.

Въ 1 изъ 5 случаевъ проф. *Лебедева* была сдѣлана оваріотомія при двусторонней дермоидной кистѣ, въ 1—при интралигаментарной, въ 2-хъ—при однополостной сывороточной кистѣ и въ 1—при многополостной. Во всѣхъ 5 случаяхъ исходъ для матери благоприятный; въ 3 случаяхъ произошло прерываніе беременности: въ 1 на 5 день, въ 2-хъ на 15, въ остальныхъ же двухъ благополучные срочные роды.

Всего статистика докладчика обнимаетъ 204 случая; изъ нихъ въ 21 случаѣ исходъ неизвѣстенъ въ отношеніи беременности,

для матери исходъ благополучный. Въ 7 случаяхъ матка во время операціи была поранена; изъ нихъ въ 2 случаяхъ исходъ былъ смертельный. Слѣдовательно, 28 случаевъ должны быть исключены, и изъ оставшихся 176 случаевъ:

Выздоровело	164 или	93,2 ⁰ / ₀
Умерло	12 —	6,8 ⁰ / ₀
Срочные роды	122 —	69 ⁰ / ₀
Прерываніе бер.	49 —	22 ⁰ / ₀

Въ 5 случаяхъ, окончившихся смертью матери, выкидыша не было до самой смерти.

Докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ статистическимъ выводамъ:

1) За послѣднее 10-лѣтіе ⁰/₀ выздоровленія и ⁰/₀ сохраненія беременности значительно благопріятнѣе, именно въ первомъ случаѣ 97⁰/₀, во второмъ—78⁰/₀. 2) II, III и IV мѣсяцы беременности являются самымъ блапріятнымъ временемъ производства операціи для матери, а III и IV—для плода. 3) При двустороннихъ оваріотоміяхъ, которыхъ было 12, ⁰/₀ смертности—0, беременность прервалась въ 5 случаяхъ или 42⁰/₀, срочные роды—въ 7 случаяхъ или 58⁰/₀. 4) Изъ 28 случаевъ, произведенныхъ въ Россіи, выздоровѣло 25 или 89⁰/₀, умерло 3 или 11⁰/₀. Беременность прервалась въ 11 сл. или 39⁰/₀, срочные роды наступили въ 16 сл. или 59⁰/₀. 5) Злокачественныя опухоли яичниковъ (7 на 204) дали наибольшій ⁰/₀ смертности, именно изъ 7—два. Такой же неблагопріятный исходъ получился и для беременности, только въ 3 случаяхъ наступили срочные роды, въ 3 случаяхъ беременность прервалась и въ случаѣ, окончившемся смертью, выкидыша не послѣдовало до самой смерти матери. 6) Межсвязочныхъ кистъ было удалено 10. Выздоровленій 9 или 90⁰/₀. Прерываніе беременности въ 6 случаяхъ или 60⁰/₀. 7) Перекручиваніе ножки изъ 204 наблюдалось въ 17 случаяхъ или 9⁰/₀. 8) Сропченія были въ 24⁰/₀.

Изъ преній выяснилось, что докладчикъ пользовался далеко не всѣмъ матеріаломъ изъ русской литературы.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* поставилъ слѣдующій вопросъ: имѣютъ ли вліяніе на теченіе беременности собственно тѣ травмы и инсульты, которые соединены съ лапаротоміей? По мнѣнію проф., важна не статистика, а опредѣленіе того фактора, который вызываетъ сокращеніе матки и объясненіе механизма прерыванія беременности.

Проф. *Рейнъ* добавилъ къ этому, что изъ 9 случаевъ въ его клиникѣ, при 0 смертности, въ 1 только случаѣ была прервана

беременность у женщины, страдавшей хлорозомъ. Но это мифію, асептическая обстановка улучшаетъ прогнозъ для теченія беременности. Кроме того, возбудимость матки къ родовой дѣятельности бываетъ различна. Разрѣшеніе вопросовъ предыдущаго оппонента и этихъ послѣднихъ—задача важнѣе статистики.

Засѣданіе 31-го декабря 1893 года.

Почетный предсѣдатель проф. Казанскаго университета *Н. Н. Феноменовъ.*

1) Д-ръ *В. Я. Миллеръ* сдѣлалъ докладъ: „*Къ вопросу о паразитахъ рака матки*“. Докладчикъ, не вдаваясь въ исторію вопроса, ограничивается сообщеніемъ результатовъ собственныхъ наблюденій. Было изслѣдовано всего 21 случай рака матки, изъ коихъ въ 5 случаяхъ произведено было удаленіе влагалищной части матки, въ 15 случаяхъ было произведено есочлеатіо и 1 случай наблюдался послѣ смерти. Обработка была слѣдующая: фиксировались вырѣзанные или соскобленные куски жидкостью *Fleming'a*, абсолютнымъ спиртомъ и *Miller'овской* жидкостью, затѣмъ обрабатывались опять абсолютнымъ спиртомъ и бергамотовымъ масломъ, пропитывались въ термостатѣ парафиномъ: препараты окрашивались пикрокарминомъ, *Erlich'овскимъ* гематоксилиномъ, эозиномъ, сафраниномъ и синькой.

Ампутація влагалищной части. Цилиндроклѣточный ракъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ находились тѣла, въ количествѣ отъ 1 до 2, по величинѣ частью менѣе красныхъ кровяныхъ шариковъ, частью равныя, частью болѣе въ 2—3 раза; формы колбасовидной, овальной, круглой, а иногда совершенно неправильной. Окрашивались пикрокарминомъ сплошь въ коричневато-красноватый цвѣтъ: рѣдко можно было наблюдать нѣчто въ родѣ оболочки, въ срединѣ иногда наблюдались сильно преломляющія свѣтъ круинки въ количествѣ 1—3. Ядро клѣтки или отсутствовало, или сплюснутымъ было отодвинуто къ периферіи съ неясными контурами. Плазма состояла изъ гомогенной массы и окрашивалась въ желто-бурый цвѣтъ. Замѣчалось иногда дѣленіе въ упомянутыхъ образованіяхъ на нѣсколько равныхъ частей. *Это есть какъ-бы фрагментация.* Однажды была видна гомогенная клѣтка и въ ней большое тѣло

съ вѣнцомъ на окружности, состоящимъ изъ отдѣльныхъ, величиной съ гоноккоккъ, овальныхъ тѣлецъ, сильно преломляющихъ свѣтъ; далѣе можно было различить подобныя тѣльца и внутри образованія красно-коричневаго цвѣта. *Можетъ быть, это есть процессъ споруляціи организмовъ изъ класса protozoa.* По крайней мѣрѣ, эта картина напоминаетъ споруляцію грегарины. Такимъ образомъ въ окрашенныхъ пикрокарминомъ клѣткахъ найдены образованія, отличающіяся отъ эпителиальныхъ и кровяныхъ тѣлецъ. Нѣтъ причины принять ихъ за явленіе патологическаго каріокинеза и дробленія ядра,—это суть, по мнѣнію докладчика, чужеродные организмы изъ класса protozoa. При окрашиваніи *Erlisch*'овской триацидной смѣсью подобныя образованія окрашиваются въ красный цвѣтъ, ядра—въ синій. Опредѣленіе природы описанныхъ образованій затрудняется тѣмъ обстоятельствомъ, что на препаратахъ находится масса лейкоцитовъ и эритроцитовъ. Иногда въ клѣткахъ не видно ядра, а только тѣла, похожія по формѣ съ описанными выше и окрашенные сплошь въ темно-синій цвѣтъ, и красныя зерна; иногда темно-синія тѣла дѣлятся на множество мелкихъ. И такъ въ препаратахъ, окрашенныхъ пикрокарминомъ, находятся образованія коричнево-краснаго цвѣта, а въ окрашенныхъ триацидной смѣсью красныя и синія. За что принять эти образованія? На основаніи того, что въ клѣткѣ исчезаетъ ядро и вообще она измѣняется, но не вслѣдствіе какого-либо регрессивнаго или патологическаго процесса, докладчикъ считаетъ образованія за protozoa, измѣняющія свое средство къ красящимъ веществамъ, подобно другимъ паразитарнымъ организмамъ, какъ напримѣръ кокцидіямъ. Точно также нельзя принять образованія и за другіе элементы, напр. красныя кровяныя шарики.

Кромѣ этихъ найдены другія образованія, не находящіяся въ связи съ клѣтками. Эти образованія имѣютъ оболочку и содержимое и представляются малой величины и большой. Первая докладчикъ назвалъ микроцистами, вторыя—макроцистами. По величинѣ одни менѣе краснаго кровяного шарика, другія болѣе въ 5—6 разъ. При наблюденіи одной изъ нихъ, была ясно опредѣляема оболочка съ двойнымъ контуромъ и содержимое краснаго цвѣта (окраска пикрокарминомъ). Среди содержимаго различалось темноокрашенное извилистое образованіе и кромѣ того нѣсколько блестящихъ зеренъ, подобно вышеописаннымъ зернамъ—спорамъ. Въ другой большой кистѣ оболочка была окрашена въ синій цвѣтъ (жидкостью *Biondi-Haidenhain*'а), а содержимое въ слабо-желтый; среди желтой массы также находилось тѣло неправильной формы. Маленькія кисты

встрѣчались чаще большихъ, окрашивались никрокарминомъ въ красный цвѣтъ, иногда представлялись съ радially исчерченной капсулой, вѣроятно вслѣдствіе сморщиванія отъ закрѣпленія. Тѣ и другія кисты лежатъ внѣ клѣтокъ и не походятъ ни на какіе элементы.

Были наблюдаемы такія микроцисты, внутри которыхъ, ближе къ стѣнкѣ и даже внѣ ея, замѣчались тѣльца различной величины и формы. Можетъ быть, эти тѣльца есть продуктъ дѣленія чужеяднаго, находящагося въ микроцистѣ,—тѣльца, которыя потомъ попадаютъ въ окружающую ткань. Во всякомъ случаѣ, подобныя тѣльца нельзя принять даже за хроматичныя тѣльца, къ которымъ они все-таки ближе всего подходятъ. *Вѣроятно—это есть известная фаза развитія чужеяднаго.*

Докладчикъ наблюдалъ еще внутрикѣлочныя образованія, которыя нужно отнести къ третьему роду. Имѣлось дѣло съ увеличенной клѣткой, въ которой ядро было сплюснуто и отодвинуто къ периферіи образованіемъ, которое также состоитъ изъ гомогенной, окрашивающейся пикриновой кислотой и эозиномъ плазмы и ядра, интенсивно окрашивающагося никрокарминомъ, гематоксилиномъ и анилиновыми красками. Для такого явленія можетъ быть слѣдующее объясненіе: или то, что одна клѣтка съ паразитомъ пошла въ другую эпителиальную клѣтку (фагоцитозъ), или же то, что здѣсь имѣется дѣло съ клѣткой въ клѣткѣ, причемъ плазма внутренней клѣтки подверглась роговому, а ядро гомогенному перерожденію. Докладчикъ признаетъ, что разъ возможно дать этому наблюденію объясненіе съ точки зрѣнія патологіи, то и нужно предпочесть его. Однакожь эти образованія ничѣмъ не отличаются отъ описанныхъ выше клѣтокъ съ исчезнувшимъ ядромъ и содержащимъ чужеядныя, и если разсматривать съ точки зрѣнія паразитарной, то возможно то предположеніе, что здѣсь происходитъ смерть и распаденіе чужеяднаго, въ противоположность вышеуказанному фрагментаціонному процессу.

Вышеуказанныя внутрикѣлочныя тѣла и внѣкѣлочныя кисты имѣютъ сходство съ чужеяднымъ, описаннымъ *Коротневымъ*. Внутрикѣлочныя образованія напоминаютъ нѣсколько стадію личинки паразита *Коротнева*, а кисты—стадію кокцидіи его же. Докладчикъ однакожь не могъ прослѣдить развитія наблюдаемаго имъ образованія. Что же касается амeboидной формы, то д-ръ *Миллеръ* наблюдалъ много такихъ клѣтокъ, которыя *Коротневъ* называетъ раковыми амебами, но имѣетъ основаніе дать иное объясненіе ихъ появленію.

Итогируя свои изслѣдованія докладчикъ пришелъ къ слѣдующему:

1) Внутриклеточныя образования, легче всего можно объяснить, если принять ихъ за паразитарныя организмы.

2) Внеклеточныя образования—кисты суть несомнѣнно паразитарные организмы.

3) Внутриклеточныя образования второго сорта можно объяснить, не прибѣгая къ помощи паразитарной теоріи, хотя съ другой стороны, они не противорѣчатъ и этому послѣднему толкованію.

Образованія 1-го рода были найдены всего только въ одномъ случаѣ ампутированной раковоперерожденной шейки матки; второго рода—только въ 3—4 случаяхъ; третьяго рода—почти во всѣхъ случаяхъ. Окончательная же провѣрка вышеизложеннаго объясненія можетъ быть предпринята только тогда, когда мы будемъ въ состояніи культивировать protozoa. Многое, можетъ быть, получить совсѣмъ другое объясненіе, чѣмъ имѣющееся въ данное время.—Свои препараты докладчикъ демонстрировалъ проф. Гоби, Виноградову, Лебедеву, Холодковскому и д-ру Чошину. Всѣ они признали кисты за несомнѣнные организмы. Гоби и Виноградовъ признали образованія 1-го рода также за организмы; послѣдній, однакожь, высказалъ такое предположеніе, что они могли попасть случайно извнѣ.

2) Д-ръ Д. А. Парышевъ сдѣлалъ докладъ: „Кисты широкихъ связокъ и ихъ оперативное мнѣніе“, въ которомъ авторъ дѣлаетъ попытку изложить тѣ факты, которые удалось подмѣтить при изученіи 37 случаевъ межсвязочныхъ кистъ, удаленныхъ въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева. Разбирая матеріалъ съ различныхъ сторонъ, докладчикъ даетъ слѣдующія цифры:

Однополостныхъ опухолей 21. Изъ нихъ кистъ, имѣющихъ малососудистыя, тонкія и гладкія стѣнки съ прозрачнымъ, безбѣлковымъ почти содержимымъ низкаго уд. в.—14; имѣющихъ коллоидное содержимое уд. в. 1010—1025 и очень толстыя (до 1 см.) стѣнки, богатыя сосудами—7. *Многополостныхъ*, содержащихъ коллоидную жидкость уд. в. 1012—1019, было 16. Изъ нихъ въ 10 были папиллярныя разрощенія, преимущественно въ области дна, въ 2 же случаяхъ—и на наружной поверхности.

Слѣдовательно, однополостныхъ съ серознымъ содержимымъ было 36,1%, однополостныхъ съ коллоиднымъ содержимымъ 18,9%, многополостныхъ 43,2%, съ папиллярными разрощеніями 27,0%. Подобный % выводъ говоритъ противъ того, какъ обыкновенно описываютъ большинство межсвязочныхъ кистъ, и подтверждаетъ

взглядъ *Killian'a*, проф. *Феноменова* и др., что межсвязочныя кисты нужно классифицировать такъ же, какъ и яичниковыя.

Группировка кистъ по отношенію къ широкой связкѣ. Къ 1-й группѣ относятся такія, которыя при своемъ ростѣ растягивали преимущественно верхній отдѣлъ широкой связки, вследствие чего имѣли до извѣстной степени выраженную, хотя и широкую, ножку, приближаясь къ обыкновеннымъ яичниковымъ кистамъ. Такихъ кистъ 14=37,8%.

Ко 2-й группѣ отнесены тѣ кисты, которыя, равномерно растягивая широкую связку, росли въ глубину таза, прилегая иногда непосредственно къ своду влагалища и близко подходя къ соответственной сторонѣ таза и боку матки. Такихъ кистъ было 13 или 35,1%.

Къ 3-й группѣ отнесены тѣ кисты, которыя при своемъ развитіи не ограничивались райономъ широкой связки, а вдавались болѣе или менѣе въ подбрюшинную клѣтчатку сосѣднихъ областей. Такихъ случаевъ было 9=24,3%, изъ нихъ въ 4 случаяхъ киста росла въ направленіи къ боковымъ отдѣламъ таза, къ сесум и flexura sigmoidea, вросая въ mesenterium послѣднихъ. Въ 2-хъ случаяхъ опухоль разрасталась впереди въ подбрюшинную клѣтчатку передней брюшной стѣнки, образовавъ однажды грыжу бѣлой линіи такой большой величины, что опухоль лежала на бедрахъ. Въ 3 случаяхъ кисты распространялись въ клѣтчатку ретроперитонеального пространства, напр. въ клѣтчатку задняго Дугласа, mesenterium col. и т. под.

Возрастъ больныхъ:

Отъ 20—40	лѣтъ	19=55,8%
„ 40—50	„	10=29,4%
свыше 50	„	5=14,7%

Почти половина не были беременны.

Изъ 37 случаевъ въ 16 или 47% больные начали замѣчать опухоль менѣе года. Сравнивая по отношенію къ этому обстоятельству данныя д-ра *Орлова*, у котораго больныхъ, замѣтившихъ опухоль яичниковъ менѣе года, было только 13,5%, слѣдуетъ придти, по мнѣнію докладчика, къ такому заключенію, что кисты широкихъ связокъ растутъ быстрѣе кистъ яичниковыхъ. Этотъ выводъ противорѣчитъ нѣкоторымъ авторамъ, напр. *Olshausen'у*, съ мнѣніемъ которыхъ, слѣдовательно, докладчикъ согласиться не можетъ на основаніи своего матеріала.

Осложненныхъ кистъ было 21=61,8%, беременностью 1 разъ; съ гнойнымъ содержимымъ 2 раза; срощенія наблюдались въ 14 сл.;

разрывъ кисты 3 раза; перекручиваніе ножки 2 раза. При разрывахъ кисты съ коллоиднымъ содержимымъ наблюдались бурныя явленія. Наибольшее число срощеній надаеть на случаи, гдѣ кисты были сложнаго строенія, особенно при папиллярныхъ разрощеніяхъ (въ 50%).

Клиническіе признаки, которые служили къ распознаванію межсвязочныхъ кистъ и которые были подмѣчены въ разбираемыхъ случаяхъ, были слѣдующіе:

1) Болѣе или менѣе глубокое положеніе нижняго сегмента неподвижной или малоподвижной опухоли (въ 27 сл.).

2) Болѣе или менѣе тѣсное прилеганіе къ боковой сторонѣ матки съ оттѣсненіемъ послѣдней въ сторону и вверхъ (послѣднее въ 13 сл.).

3) Удлиненіе полости матки (11 сл.).

4) Смѣщеніе соотвѣтственнаго свода стаціонарно или искусственно при подтягиваніи опухоли вверхъ.

5) Смѣщеніе мочевого пузыря.

Примѣненные способы операцій:

1) перевязка ножки и удаленіе опухоли по типу яичниковыхъ кистъ (10 случ.).

2) Частичное удаленіе съ погруженіемъ остатка опухоли въ полость брюшины или укрѣпленіемъ его въ нижнемъ углу раны.

3) Вылущеніе опухоли (12 сл.).

При глубокомъ положеніи опухоли, при перевязкѣ по частямъ и постепенной перерѣзкѣ широкой связки—9; частичная резекція—6 разъ. Смертей—4, изъ коихъ двѣ умерли спустя довольно долгое время послѣ операціи.

Ч. пр. *И. И. Смольскій* сказалъ, что вообще кисты яичниковъ растутъ быстрѣе, чѣмъ кисты широкихъ связокъ; однакожъ вторыя скорѣе обращаютъ на себя вниманіе больныхъ вслѣдствіе болезненности, которая происходитъ отъ того, что онѣ помѣщаются глубоко въ тазу.

Ч. пр. *И. М. Львовъ*. По его мнѣнію, изъ указанныхъ признаковъ для распознаванія межсвязочныхъ кистъ одинъ только имѣетъ существенное значеніе, это—близкое расположеніе опухоли къ маткѣ. Лѣченіе ихъ должно направлять къ полному вылущенію, не смотря на большія срощенія и техническія трудности. Среди другихъ методовъ *И. М.* указалъ на методъ пр. *Н. В. Ястребова*, о которомъ докладчикъ не упомянулъ.

В. В. Сутулинъ. Частичное удаленіе не достигаетъ цѣли, особенно въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ злокачественнымъ

перерожденіемъ, точно также недостаточно вырѣзываніе окошка при сосочковыхъ образованіяхъ, которое можетъ быстро закрыться выступающими изъ глубины разрощеніями. Путь для вылущенія—чревосѣченіе. Разрѣзь задняго свода долженъ быть оставленъ, такъ какъ часто нѣтъ возможности перевязать сосуды, лежащіе высоко и притомъ часто крупныхъ размѣровъ. Последнее *В. В.* наблюдалъ особенно въ одномъ случаѣ чревосѣченія, гдѣ сосуды оказались расположенными очень высоко и вѣроятно недоступными для перевязки чрезъ рукавъ, не смотря на сильное выпячиваніе сегмента въ него.

Проф. *А. И. Лебедевъ* высказалъ мнѣніе, что межсвязочныя кисты расположены въ томъ мѣстѣ, гдѣ проходятъ многіе сосуды, что обуславливаетъ болѣе богатое питаніе и болѣе быстрый ростъ ихъ. Кисты яичниковъ имѣютъ худшія условія питанія; кромѣ того, ножка ихъ часто перекручивается въ большей или меньшей степени.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*. Въ доброкачественныхъ случаяхъ, при невозможности полнаго вылущенія, вполне умѣстно частичное удаленіе мѣшка по извѣстнымъ способамъ. Когда имѣются сосочковыя разрощенія и полное удаленіе невозможно, лучшимъ исходомъ должно считать зашиваніе на-глухо мѣшка и дренированіе чрезъ рукавъ. Образованіе такъ называемаго кисета недостаточно. Нужно принять за правило, что тамъ, гдѣ представляется малѣйшая возможность, необходимо стремиться къ полному вылущенію; при чемъ оставшіеся избыточными брюшинные листы резецировать, тѣсно соединивъ ихъ швами съ дномъ. Гематомы широкихъ связокъ, появляющіяся послѣ операціи, обыкновенно быстро рассасываются при нормальной t° . Что касается діагностики межсвязочныхъ кистъ, то *Н. Н.* также полагаетъ, что ошибки возможны и очень часто.

3) Проф. *Н. Н. Феноменовъ* сдѣлалъ докладъ „Проектъ измѣненія операціи симфизіотоміи“.

Предсѣдательское мѣсто занялъ доцентъ Московскаго университета *А. А. Муратовъ*.

Въ виду удержанія благопріятныхъ отношеній размѣровъ таза послѣ симфизіотоміи, проф. *Феноменовъ* пришелъ къ мысли удерживать концы лонныхъ костей на желаемомъ разстояніи другъ отъ друга посредствомъ выполненія недостаки кускомъ кости, взятымъ изъ лоннаго же сочлененія оперируемой женщины. Благопріятный исходъ этой операціи авторъ видитъ въ успѣхахъ хирургіи съ остеопластикой и аутопластикой и думаетъ, что аутопластика при

симфизиотоміи устр нить необходимость повторной симфизиотоміи. Операция производится двумя способами:

1) Кожный разръзъ начинается на палець выше верхняго края лонной кости немного кнаружи отъ лоннаго бугорка и ведется полулуніемъ внизъ до нижняго края симфиза и къ противоположной точкѣ, лонной кости другой стороны. Отпрепаровавши кожный лоскутъ, дѣлать разръзъ подлежащей ткани до кости на 2,25 см. кнаружи отъ середины лоннаго соединенія съ верхняго края кости внизъ и внутрь такъ косо, чтобы разръзы съ обѣихъ сторонъ сходились у нижняго края лоннаго соединенія. Затѣмъ долотомъ или пилой высѣкать такой же костный лоскутъ въ видѣ клина. Всю рану прикрываютъ іодоформенной марлей и, по окончаніи родовъ, надкостницу отпрепаровываютъ отъ высѣченнаго куска до половины, начиная отъ нижняго края, затѣмъ сдвигаютъ весь костный лоскутъ внизъ между распилами лонныхъ костей до $\frac{1}{2}$ высоты симфизы. Полученный внизу избыточный кусокъ удаляютъ, а надкостницу заворачиваютъ внутрь на обнаженную часть костнаго клина. Вслѣдствіе такого смѣщенія получается расхождение лонныхъ костей на 2—2,25 см. съ обѣихъ сторонъ. Приводимъ таблицу измѣненія всѣхъ размѣровъ:

Conjugata vera	съ 10,3	на 11,2;	съ 9,5	на 10,6
Distantia spin.	" 21,5	" 22,6;	" 25,0	" 26,5
" crist.	" 23,5	" 24,8;	" 27,0	" 29,25
" trochant.	" 27,5	" 29,3;	" 30,5	" 32,5
" Litzmanni	" 10,2	" 9,9;	" 10	" 9,3
" вѣтвей лон. костей на 3 см. книзу отъ дуговой связки . . .	5,0	" 7,3;	" 6,5	" 9
При высотѣ лон- наго соединен.	4,7;		" 4,2	
" ширинѣ основ. клина . . .	3,5;		" 4,0	

2) Дѣлается такой же кожный лоскутъ, какъ и въ первомъ способѣ, и распилъ костей ведется отъ тѣхъ же точекъ, только не косо внизъ, а прямо и параллельно до $\frac{1}{2}$ высоты симфизы, затѣмъ на этой высотѣ соединяются поперечнымъ разръзомъ. Такимъ образомъ получается неравносторонній прямоугольникъ, длинныя стороны котораго равняются 4,0—4,5 см., а короткія равняются $\frac{1}{2}$ высоты симфизы. На нижней половинѣ лоннаго соединенія дѣлается обыкновенная симфизиотомія. По окончаніи родовъ вырѣзанный изъ верхней половины кусокъ кости встав-

ляется между концами разошедшихся костей въ нижней половинѣ. Оставшуюся хрящевую ткань въ нижней половинѣ удаляютъ. При такомъ способѣ также наблюдаются соотвѣтствующія измѣненія размѣровъ.

Для удержанія кусковъ между костями могутъ быть употреблены или швы, проведенные черезъ концы лонныхъ костей и вещество лоскута, или гвозди, употребляемые хирургами при иссѣченіи костей. Швы могутъ быть изъ металла, шолка или кѣтута.

При этой операціи пораженія мягкихъ частей не замѣчалось. Паховой каналъ и *Poupart*'ова связка остаются цѣлыми. Трудность сдвиганія лоскута внизъ устраняется легкими надрѣзами наружной косою мышцею живота. Опыты дѣлались только на трупахъ и животныхъ.

Д-ръ *В. В. Строгановъ* заявилъ, что онъ вставлялъ между разъединенными лонными костями куски костей, напр. изъ ребра, того же вида животнаго. Результаты опытовъ съ кроликами были удачны. Въ одномъ случаѣ кость была приготовлена за 18 часовъ до операціи, несмотря на это—прижилась. Въ опытѣ съ собакой, результаты неизвѣстны, даже неизвѣстно удержалась-ли кость или нѣтъ: швы нагноились, рана разошлась, и собака, вылизывая ее, можетъ быть, вытянула и кость. По его мнѣнію, возможно приживаніе кости отъ животнаго другого вида, приготовленной задолго до операціи или даже декальцинированной. Такимъ матеріаломъ можетъ служить для человѣка слоновая кость. *В. В. Строгановъ* находитъ возможнымъ, при рожденіи мертваго плода, брать какъ-либо кость отъ него и вставлять между лонными костями матери.

Д-ръ *Е. Ф. Бациевичъ* предложилъ воспользоваться такъ называемымъ хирургическимъ костнымъ ключемъ, который въ данномъ случаѣ долженъ состоять въ томъ, что на концахъ выпиленного куска съ внутренней стороны вынимаютъ пазъ до половины толщи кости, а у лонныхъ костей дѣлаютъ такой же пазъ съ наружной стороны, затѣмъ соединяютъ кости обнаженными поверхностями и сшиваютъ мягкія части. Подобный костный ключъ можетъ сдѣлать шовъ ненужнымъ.

Проф. *Н. Н.* призналъ, что костный ключъ можетъ быть и имѣть значеніе для сращенія костей, но несомнѣнно то, что онъ уменьшитъ величину вставляемой кости и, слѣдовательно, уменьшить желательные размѣры таза.

Проф. *И. П. Лазаревичъ*, относя операцію симфизіотоміи къ числу операцій разрушительныхъ, высказался противъ нея. Свои

доводы онъ основывалъ на архитектурѣ костнаго скелета, при чемъ указалъ, что природа не безъ основанія создала тазовое кольцо, можетъ быть, болѣе прочно, чѣмъ другія части костнаго скелета. На тазовомъ кольцѣ покоится тяжесть всей верхней части тѣла, въ тоже время оно служитъ противоположной опорой нижнимъ конечностямъ. Лонное соединеніе, особенно въ верхней своей части, представляетъ самую прочную связь въ тазовомъ кольцѣ. Слѣдовательно, разсѣченіе лоннаго соединенія есть нарушеніе той части архитектуры человѣческаго организма, на которой, подобно готическому своду, держится тяжесть всего туловища; и результаты такого нарушенія неизбежно должны отразиться губительно на здоровьи. Предложеніе проф. *Феноменова*, по мнѣнію *И. П.*, не совсемъ цѣлесообразно, на основаніи слѣдующихъ соображеній:

1) Кости таза, испытывая привычное давленіе съ боковъ, будутъ заставлятъ лонныя кости стремиться къ прежнему взаимному положенію, и такимъ образомъ будутъ постоянно давить на вставочные куски, вслѣдствіе чего эти послѣдніе могутъ атрофироваться. Цѣль въ концѣ концовъ можетъ не быть достигнута.

2) Создается ненормальное соотношеніе органовъ малаго таза между собою и по отношенію къ костямъ, вслѣдствіе чего можетъ быть разстройство функцій этихъ органовъ.

3) Приобрѣтается новая непрочность тазоваго кольца, такъ какъ вслѣдствіе вырѣзки куска лонная кость между foramen obturat. и распиломъ дѣлается слишкомъ тонкой и поэтому способной треснуть подъ напоромъ тяжести. *И. П.* полагаетъ, что симфизіотомія вновь будетъ отвергнута, какъ и 100 лѣтъ назадъ, и поэтому предостерегаетъ отъ нея молодыхъ товарищей. Только двѣ операціи имѣютъ при подобныхъ условіяхъ будущность: кесарское сѣченіе и щипцы. Кесарское сѣченіе теперь операція почти безопасная; къ сожалѣнію, по словамъ профессора, „въ настоящее время не умѣютъ накладывать щипцовъ“.

В. В. Сутугинъ полагаетъ, что эта операція—операція вынужденная, т. е. не такая, которая можетъ быть примѣнена по выбору. Кромѣ того симфизіотомія сопровождается разрывами и кровотечениями. Послѣдствія операціи весьма проблематичны, что невыгодно при извѣстномъ все-таки рискѣ. Въ частности новый методъ докладчика не можетъ быть удовлетворительнымъ, въ томъ особенно случаѣ, когда получаютъ разрывы мягкихъ частей, ибо они не могутъ быть соединены при расширеніи костнаго таза. При способѣ проф. *Феноменова* техника труднѣе, чѣмъ при обыкновенной симфизіотоміи, и, слѣдовательно, исходы будутъ чаще

неудовлетворительны. Въ виду всего изложеннаго операція не имѣетъ будущности.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*. Въ настоящее время врядъ-ли что можно сказать положительнаго о разбираемой операціи. Изъ будущихъ наблюденій и опытовъ разъяснится вопросъ и выработается то или другое мнѣніе. Въ настоящее же время пока можно указать съ одной стороны на то, что при расщепленныхъ тазахъ при эктоши мочеваго пузыря и эписпадіи не наблюдается разстройства походки и вообще положенія туловища; съ другой стороны—уже развившійся и установившійся тазъ будетъ достаточно противостоятъ давленію со стороны нижнихъ конечностей. При опытахъ на трупахъ не было замѣчено смѣщенія наружныхъ половыхъ и мочевыхъ органовъ при увеличеніи размѣровъ таза при вышеизложенной операціи. Во всякомъ случаѣ, только будущія клиническія наблюденія разрѣшатъ этотъ вопросъ, равно какъ и вопросъ о вліяніи расширения размѣровъ таза на внутренніе органы.

4) Проф. *А. И. Лебедевъ*, въ виду успѣшности летучихъ отрядовъ по глазнымъ болѣзнямъ, предложилъ собранію высказаться, не желательны-ли подобныя летучіе отряды специалистовъ по женскимъ болѣзнямъ?

Обсужденіе этого вопроса было отклонено.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*, закрывая засѣданіе, высказалъ надежду вновь встрѣтиться въ Кіевѣ, гдѣ назначенъ будущій съѣздъ Общества русскихъ врачей въ память *Пирогова*, и пожеланіе, чтобы и впредь *научное знамя русской гинекологіи стояло высоко!*

А. Д.

По поводу съѣзда русскихъ гинекологовъ.

(Письмо въ редакцію).

Среди небольшого кружка участниковъ только что закончившагося V Пироговскаго съѣзда врачей возродилась мысль объ устройствѣ періодическихъ съѣздовъ русскихъ гинекологовъ. Не вдаваясь въ оцѣнку мотивовъ, вызвавшихъ сознание въ полезности, а пожалуй—и необходимости такихъ спеціальныхъ съѣздовъ, я считаю цѣлесообразнымъ довести объ этомъ до общаго свѣдѣнія путемъ печати и сообщить, что у меня уже имѣется списокъ лицъ (какъ петербургскихъ, такъ и иногороднихъ), выразившихъ свое сочувствіе организаціи въ ближайшемъ будущемъ съѣзда русскихъ гинекологовъ въ С.-Петербургѣ.

Осуществленіе этой мысли и, вообще, дальнѣйшее веденіе дѣла, мнѣ думается, будетъ всего лучше передать петербургскому акушерско-гинекологическому обществу, которое, какъ извѣстно, считаетъ въ числѣ своихъ членовъ большинство выдающихся гинекологовъ Россіи и такимъ образомъ имѣетъ возможность наиболѣе широко пропагандировать идею съѣзда и найти во всѣхъ концахъ нашего отечества дѣятельныхъ сотрудниковъ. Можно, конечно, вполне разсчитывать, что къ этому благому дѣлу присоединятся и прочія акушерско-гинекологическія общества (въ Москвѣ и Кіевѣ), и такимъ образомъ, мнѣ кажется, позволительно считать успѣхъ съѣзда обеспеченнымъ.

Но пока этотъ вопросъ еще не перешелъ въ стадію практическаго осуществленія, я позволяю себѣ обратиться къ товарищамъ по спеціальности съ покорнѣйшею просьбою—не отказать въ присылкѣ мнѣ всякаго рода указаній и мнѣній по поводу организаціи намѣченнаго съѣзда, каковыя и будутъ мною доложены Акушерско-Гинекологическому Обществу въ С.-Петербургѣ въ одномъ изъ ближайшихъ его засѣданій.

Андрей Фишеръ.

(Спб. Большой Самсоновской пр., 9).

Редакторы: { Д. Оттъ.
В. Личкусъ.