

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

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ИЮНЬ 1894, № 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала.

Проф. Дм. Отта.

Одной изъ наиболѣе неблагоприятныхъ задачъ въ дѣятельности гинеколога является борьба съ такими формами нарушенія цѣлости мочеваго пузыря, которыя осложняются разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала цѣликомъ или въ большей его части. Нерѣдки случаи, когда даже вполнѣ удавшаяся пластика въ области нарушенной пузырно-влагалищной перегородки не приноситъ больнымъ облегченія вслѣдствіе дефектовъ въ области мочеваго канала. Не останавливаясь на причинахъ этихъ неудачъ и на методахъ оперативнаго лѣченія, я укажу только на тотъ общеизвѣстный фактъ, что въ подобныхъ случаяхъ, послѣ многихъ неудачныхъ попытокъ по восстановленію мочеиспускательнаго канала, часто приходится производить полное зарощеніе рукава, создавая оттокъ мочы, а равно и менструальной крови въ прямую кишку при помощи нарочно сдѣланнаго для этого сообщенія между кишкой и влагалищемъ.

Хотя подобнымъ приѣмомъ (*obliteratio vaginae rectalis*) и достигается періодическое задержаніе мочи за счетъ жомовъ прямой кишки, и тягостное состояніе больныхъ существенно облегчается, тѣмъ не менѣе однако же указанный приѣмъ яв-

ляется крайне несовершеннымъ: наблюдается болѣзненное ощущение въ области кишки, во влагалище и въ пузырь попадаютъ экскременты со всѣми неблагопріятными послѣдствіями и осложнениями, требующими подчасъ возстановленія условій, бывшихъ до операціи. Очевидно, что подобныя результаты не могли считаться удовлетворительными и даютъ поводъ искать другихъ способовъ для облегченія больныхъ.

Всѣ предложенныя, однакожь, способы въ этомъ направленіи и въ частности методы образованія искусственнаго мочеиспускательнаго канала, оказываясь въ лучшихъ случаяхъ мало достигающими цѣли, въ практикѣ распространенія не нашли.

Въ виду такого положенія дѣла вполне естественно стремленіе, не дожидаясь, пока накопится цѣлый рядъ случаевъ, предавать гласности хотя бы и отдѣльныя наблюденія, но въ которыхъ оказанное пособіе, достигая желаемаго результата, составляетъ шагъ впередъ въ оперативной техникѣ данной области. Преслѣдуя эту цѣль, я рѣшился сообщить въ засѣданіи С.-Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества 8-го апрѣля 1893 года случай, ниже мною излагаемый, гдѣ, при разрушеніи мочеваго канала, примѣненный мною оперативный способъ далъ результатъ, превзошедшій мои ожиданія.

Наблюденіе мною новыхъ аналогичныхъ случаевъ (см. статью д-ра *Драницына*, Ж. А. и Ж. бб., № 6, 1894), а также сообщеніе, сдѣланное *B. S. Schultze*¹⁾ на послѣднемъ Римскомъ Конгрессѣ, заставляють меня изложить примѣняемый мною методъ и сдѣланныя наблюденія. Относительно сообщенія *Schultze* здѣсь я замѣчу только то, что его методъ, хотя и имѣетъ сходство съ мною сообщеннымъ по виду фигуры освѣженія частей, но представляется совершенно отличнымъ какъ по клиническимъ условіямъ, при которыхъ онъ былъ примѣненъ, и анатомической оцѣнкѣ, которую даетъ авторъ, такъ и по частностямъ оперативной техники.

Главнѣйшія особенности того случая, который впервые послужилъ мнѣ для примѣненія метода, заключались въ слѣдующемъ: у больной, молодой женщины А. Н., при громадномъ, полученномъ послѣ трудныхъ родовъ, дефектѣ въ области *septum vesico-vaginale*, исключаящемъ всякую возможность

¹⁾ Centralblatt f. Gynäk., № 17, 1894.

restitutio ad integrum, отъ мочеиспускательнаго канала въ области *orif extern.* оставалась лишь часть его въ видѣ перемычки, толщиною не болѣе 3—4 мм.; кромѣ того замѣчались слѣды прежнихъ оперативныхъ попытокъ, такъ какъ большая находилась уже въ нѣсколькихъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ. Очевидно, что при подобныхъ условіяхъ оставался только одинъ исходъ—сплошь зашить весь входъ во влагалище и создать искусственный оттокъ для мочи, накапливающейся въ образованной клоакѣ, проложеніемъ фистулы въ прямую кишку, какъ это рекомендуютъ авторы и мною самимъ было примѣнено уже въ нѣсколькихъ случаяхъ. Но прежде чѣмъ произвести *obliteratio vulvae rectalis*, я рѣшился сдѣлать попытку, закрывъ входъ во влагалище, создать сращиваніемъ малыхъ губъ вплоть до клитора нѣчто въ родѣ искусственнаго мочеиспускательнаго канала, который можно было-бы слегка придавливать къ симфизѣ посредствомъ мягкаго пелота, прикрѣпленнаго къ поясу на подобіе грыжеваго бандажа. Этимъ путемъ предполагалось искусственно достигнуть задержанія мочи на извѣстные промежутки времени.

Для меня такимъ образомъ предстояла задача образовать каналъ, представляющій какъ бы удлиненіе уретры вверхъ и впередъ, по передней сторонѣ симфизы; причемъ необходимо было позаботиться, чтобы просвѣтъ подобнаго искусственно-созданнаго канала былъ выстланъ эпителиемъ во избѣжаніе заращенія съ теченіемъ времени. Съ этой цѣлью, произведя по обычнымъ правиламъ освѣженіе задней половины входа во влагалище, какъ это дѣлается при *colpocleisis*, я, не соединяя разрывовъ до образованія колцевиднаго лоскута, продлил ихъ впередъ и вверхъ по внутренней поверхности малыхъ губъ вплоть до *glans clitoridis*, гдѣ каждый лоскутъ и оканчивался на соотвѣтственной малой губѣ, небудучи соединенъ съ противоположнымъ. Такимъ образомъ вся фигура освѣженія (см. рис. 1) представляла подковообразную форму, причемъ средняя часть подковы приходилась въ области задней спайки влагалища, а рога подковы образовались по боковымъ частямъ входа и малымъ губамъ до клитора. Участокъ кожи между боковыми частями фигуры отъ мѣста наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала вплоть до *glans clitorid.*

остался неудаленнымъ и равнялся приблизительно 1 см. Этотъ-то участокъ кожи и былъ предназначенъ, чтобы составить изъ себя внутреннюю поверхность новаго мочеиспускательнаго канала. Соединивъ между собой швами, проложенными симметрично справа на лѣво, обѣ половины освѣженнаго участка (colpoepisiokleisis), мы получили въ верхней половинѣ каналъ, ведущій во влагалище, resp. клоаку; просвѣтъ его свободно пропускалъ тонкій номеръ маточнаго зонда.

Для того, чтобы получить наилучшее прилаживаніе краевъ и заживленіе, я накладываю въ подобныхъ случаяхъ два ряда швовъ, какъ это и было мною рекомендовано для зашиванія кишки при полныхъ разрывахъ промежности ²⁾. Глубокіе (погружные) швы изъ очень тонкаго шелка вкалываются и выкалываются со стороны освѣженныхъ поверхностей, отступя на 1—2 мм. отъ краевъ; эти швы, захватывая очень мало ткани, въ просвѣтъ образующагося канала не проникаютъ, находясь въ толщѣ образуемой стѣнки его. Второй—наружный рядъ швовъ накладывается, по общимъ правиламъ, не заходя въ полость канала.

Произведенная операція дала слѣдующій результатъ: заживленіе произошло первымъ натяженіемъ и *больная получила возможность произвольно задерживать мочу по нѣсколькимъ часамъ*. Она могла иногда провести цѣлую ночь, не испытывая потребности въ выведеніи мочи; днемъ, во время работы, (больная осталась въ клиникѣ въ качествѣ сидѣлки), должна была мочиться приблизительно часа черезъ три, не испытывая при этомъ никакихъ непріятныхъ ощущеній.

Если въ описанномъ случаѣ, *съ полнымъ* разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала, удалось достигнуть продолжительнаго задержанія мочи, то, конечно, еще съ большей вѣроятностью нужно допустить возможность примѣненія указаннаго способа возстановленія произвольнаго держанія мочи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уцѣлѣла большая или меньшая часть мочеиспускательнаго канала, при явленіяхъ непроизвольнаго мочеотдѣленія. Случай врожденнаго дефекта мочеиспускательнаго канала ³⁾, оперированнаго также по указанному принципу, под-

²⁾ Arch. f. Gynäk., Bd. XXXIX, N. I. Журналъ Акуш. и Ж. бол., 1890, № 1.

³⁾ l. c.

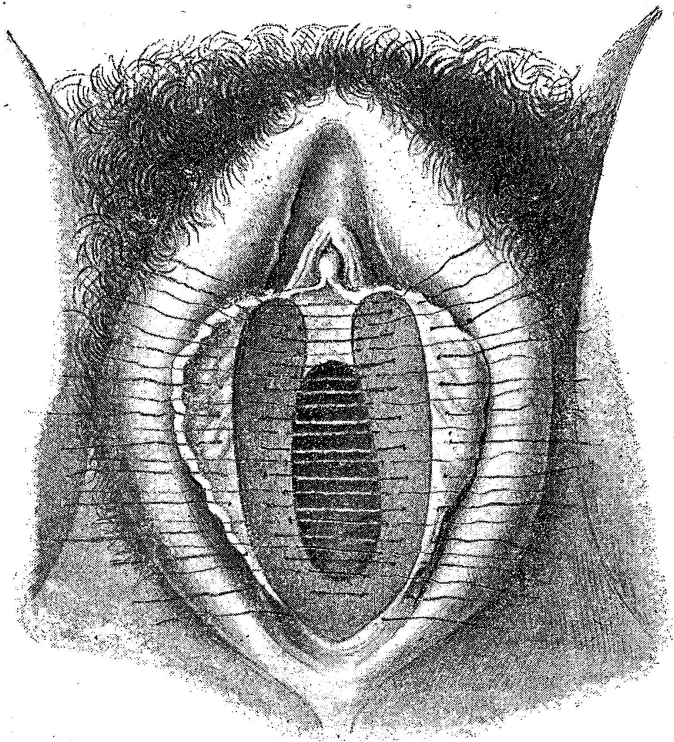
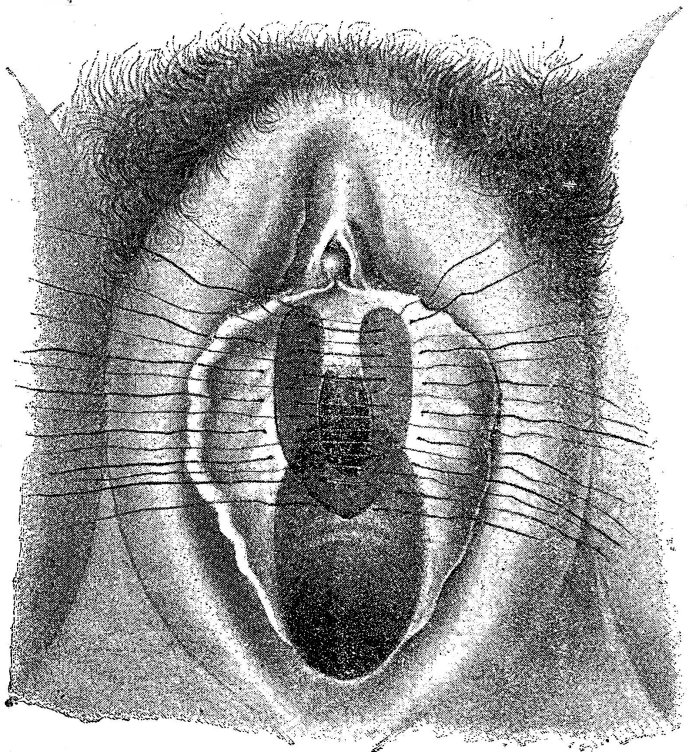


Рис. № 1.



твердилъ высказанное предположеніе. По оперативной техникѣ этотъ случай отличается отъ только-что описаннаго тѣмъ, что вся фигура освѣженія приплась лишь въ области мочеиспускательнаго канала, (какъ это изображено на рис. № 2) съ сохраненіемъ нормальнаго просвѣта влагалища.

Какого рода условія содѣйствовали самопроизвольному задержанію мочи въ нашемъ случаѣ, можно установить только съ нѣкоторою вѣроятностью.

Въ подобныхъ случаяхъ, конечно, главную причину возстановленія способности задерживать мочу слѣдуетъ искать въ сращеніи оставшейся мускулатуры разорванныхъ сфинктеровъ. Въ этомъ отношеніи предлагаемая операція преслѣдуетъ тотъ раціональный принципъ, который нашелъ широкое примѣненіе при пластикѣ въ области прямой кишки въ случаяхъ такъ называемыхъ полныхъ разрывовъ промежности. Остается удивляться, почему этотъ принципъ, основанный на строгихъ анатомическихъ данныхъ, не нашелъ столь-же широкаго распространенія при нарушеніи цѣлости также трубчатого органа, каковымъ является уретра. Нельзя исключить и другое обстоятельство, могущее содѣйствовать задержанію мочи и заключающееся въ удлиненіи и соотвѣтственномъ топографическомъ положеніи узкаго, вновь образованнаго, мочеиспускательнаго канала. Такъ какъ вновь образованный каналъ представляется удлинненнымъ и изогнутымъ, а передне-нижняя его стѣнка нѣсколько длиннѣе противоположной, то мыслимо себѣ представить, что умѣренное наполненіе пузыря (resp. клоаки), нарушая параллелизмъ стѣнокъ, поведетъ къ болѣе тѣсному придавливанію ихъ другъ къ другу, и пока напоръ накопляющейся мочи не превзойдетъ этой силы, больная въ состояніи удерживать мочу.

Какъ-бы то ни было, достигнутый результатъ позволяетъ рассчитывать на возможность ограничить показаніе къ производству сообщенія влагалища съ прямой кишкой и *coloprocteis'a*, лишаящую женщину нормальной половой жизни.

Фигура освѣженія, изображенная на рис. № 2, примѣненная при пузырько-влагалищныхъ фистулахъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала, даетъ возможность достигнуть возстановленія ранѣе бывшаго нормальнаго мочеотдѣленія.

II.

Къ этиологіи выворотовъ матки послѣ родовъ.

Д-ра В. Г. Бекмана.

Выворотъ матки послѣ родовъ принадлежитъ къ столь рѣдкимъ случайностямъ, происходящимъ во время родового акта, что не всякому акушеру даже при очень долговременной и обширной дѣятельности приходится познакомиться съ нимъ.

Въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи въ теченіе послѣднихъ 54 лѣтъ въ числѣ болѣе 200,000 родовъ случай выворота матки не наблюдался. *А. Я. Крассовскій* упоминаетъ въ своемъ учебникѣ оперативнаго акушерства о двухъ подобныхъ случаяхъ изъ своей практики. Въ Харьковской клиникѣ въ теченіи послѣднихъ 25 лѣтъ не видѣли ни одного случая инверсіи матки. Въ Вѣнской клиникѣ проф. *Braun*'а не было выворота матки съ 1849 по 1882 годъ въ числѣ 280,000 родовъ. Въ 1882 и 1883 году было по одному случаю выворота въ этой клиникѣ. Въ Дублинскомъ *Rotunda Hospital* наблюдался только одинъ случай на 190,000 родовъ. *Zweifel* видѣлъ въ своей клиникѣ 2 случая, *Kezmarszky* 3 случая. Нельзя сомнѣваться въ томъ, что выворотъ матки послѣ родовъ должно считать самымъ рѣдкимъ осложненіемъ родовъ. Не смотря на крайнюю рѣдкость этого явленія, число опубликованныхъ случаевъ не очень мало. Авторы особенно интересовались терапевтической стороною выворотовъ. Большинство работъ или разбираетъ разные способы реинверсіи свѣжихъ выворотовъ матки или занимается преимущественно методами лѣченія хроническаго выворота матки. Вопросъ объ

этиологии послѣродоваго выворота считаютъ окончательно рѣшеннымъ. Распространено ученіе, что большинство случаевъ нужно считать искусственно произведенными подаваніемъ неумѣлой акушерской помощи или грубыми акушерскими приемами. Такое мнѣніе высказано, на примѣръ, *Martin'*омъ въ *Eulenburg's Realencyclopädie*. Изъ новѣйшихъ русскихъ авторовъ, указывающихъ на такую причину выворотовъ матки, приведу только *Поюровскаго* ¹⁾, который въ прошломъ году описалъ случай насильственного выворота матки. Этотъ авторъ говоритъ, что въ значительномъ большинствѣ 60 просмотрѣнныхъ имъ случаевъ указываютъ на грубыя, неосторожныя манипуляціи въ третьемъ періодѣ родовъ какъ на непосредственную причину образованія выворотовъ матки.

Въ первой половинѣ нашего столѣтія многіе акушеры прямо отрицали возможность происхожденія такъ называемыхъ произвольныхъ выворотовъ матки. Число опубликованныхъ случаевъ было тогда еще очень незначительно. Понятно, что тѣ авторы, которые сами никогда не видѣли выворота матки, — а они составляли громадное большинство всѣхъ акушеровъ, — склонились къ тому мнѣнію, что, если случался выворотъ матки, то ведущее роды лицо такъ или иначе своими манипуляціями вызвало насильственный выворотъ.

Съ увеличеніемъ числа опубликованныхъ случаевъ инверсій матки мало по малу установилось мнѣніе, что и самопроизвольные вывороты могутъ случаться. Отрицать этотъ фактъ сдѣлалось невозможнымъ вслѣдствіе безошибочныхъ наблюденій выворотовъ, происшедшихъ безъ всякаго вмѣшательства въ теченіе родовъ. Можно сказать, что главнымъ образомъ прекрасная работа *Duncan'a* ²⁾ окончательно доказала возможность произвольнаго образованія выворотовъ матки. Однако и теперь произвольные вывороты считаются очень рѣдкими и во всѣхъ учебникахъ можно найти, что выворотъ происходитъ чаще всего при удаленіи послѣда потягиваніемъ за пуповину или грубымъ надавливаніемъ на дно матки. Главными виновниками приводятся повитухи и акушерки, но рядомъ съ ними и врачи, неумѣло подающіе помощь во время родовъ.

¹⁾ Журналъ Акуш. и Женск. болѣзней, 1893, IX.

²⁾ *Researches in Obstetr.*, 1868, pag. 374.

Недавно я былъ приглашенъ въ частной практикѣ къ только что совершившемуся вывороту матки послѣ родовъ. Случай этотъ очень интересенъ въ этиологическомъ отношеніи. Онъ служилъ мнѣ поводомъ для изученія вопроса о происхожденіи выворотовъ матки послѣ родовъ вообще. На основаніи ниже приведенныхъ соображеній я сдѣлалъ заключеніе, не соответствующее общепринятому теперь ученію о частотѣ насильственныхъ выворотовъ матки послѣ родовъ, а именно, что *большинство выворотовъ матки не насильственного, а произвольнаго происхожденія.*

Уже а priori можно ожидать, что вывороты матки происходятъ скорѣе вслѣдствіе условій, существующихъ въ извѣстныхъ случаяхъ во время родовъ, чѣмъ вслѣдствіе посторонняго вмѣшательства. Болѣе тщательнымъ просматриваніемъ казуистической литературы это подтвердилось. Статистика просмотрѣнныхъ мною 100 случаевъ доказываетъ, что произвольный выворотъ матки послѣ родовъ случается чаще, чѣмъ насильственный. Статистическія данныя взяты мною изъ новѣйшей литературы. Изъ казуистики видно, что во многихъ случаяхъ публикующіе авторы не относились объективно къ этиологической сторонѣ своихъ случаевъ. По крайней мѣрѣ часто замѣчается намѣреніе непременно найдти виновника непріятнаго осложненія въ лицѣ повитухи, акушерки или врача, вмѣсто того, чтобы выяснитъ, не существовали ли во время родоваго акта моменты, вполне объясняющіе происхожденіе выворота. Раньше чѣмъ приступить къ разбору этиологіи выворотовъ матки, позволю себѣ сообщить случай, видѣнный мною.

Большая, 23 лѣтъ, замужемъ одинъ годъ. Менструировала всегда правильно черезъ 4 недѣли по 3 дня. Раньше была здорова, только анемична. Послѣднія крови кончились 18 мая 1893 года, первое движеніе плода замѣтила 7 октября. Въ 3 часа утра, 3 марта 1894 г., начались роды. На роды была приглашена опытная акушерка. Изъ показаній ея видно, что роды сначала имѣли правильный ходъ. Боли были средней силы. Черезъ 3 часа послѣ начала болѣе зѣвъ былъ открытъ на палецъ. Послѣ того боли усилились и стали чаще. Въ $\frac{1}{2}$ 9 утра прошли воды, въ 9 часовъ акушерка опредѣлила полное открытіе матки. Въ $\frac{1}{2}$ 11 ч. родился хорошо развитый мальчикъ. Головка прорѣзалась довольно быстро, одновременно съ ней родилась одна ручка. Пуповина была обвита вокругъ шеи и проходила подъ мышкою. Послѣ рожденія ребенка роженица чувствовала себя очень хорошо, болѣе не было. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа вдругъ появились сильныя боли, слѣдующія быстро

одна за другой, къ которымъ присоединились потуги. Во время одной потуги внезапно хлынула цѣлая струя крови изъ половыхъ частей. Кровотеченіе послѣ этого еще продолжалось во время слѣдующихъ двухъ потугъ. Потомъ боли затихли и кровотеченіе значительно уменьшилось. Во время болей роженица невольно натуживалась не смотря на запрещеніе акушерки. Какъ акушерка, такъ и больная и ея родныя подтвердили, что не надавливали на матку снаружи (по *Credé*), и что не потягивали за пуповину. Кровотеченіе явилось такъ внезапно и было настолько сильно; что акушерка совершенно потеряла свое хладнокровіе. Она была такъ испугана, что не была въ состояніи предпринять надлежащія мѣры противъ кровотеченія, а сейчасъ же послала за мною. Между тѣмъ больная потеряла очень много крови.

Когда я пріѣхалъ приблизительно черезъ часъ послѣ рожденія ребенка, роженица лежала спокойно со смертельно блѣднымъ лицомъ. Пульсъ былъ нитевиденъ, съ трудомъ опредѣляемъ, а иногда и совсѣмъ не прощупывался. Изъ половыхъ частей вытекало только немного крови. Не теряя времени я хотѣлъ выдавить послѣдъ по *Credé*, но къ своему удивленію матки на своемъ обычномъ мѣстѣ не нашелъ. За то немного выше лобка при вялыхъ брюшныхъ покровахъ легко ощущивалась инверсионная воронка, въ которую могли помѣститься 2 $\frac{1}{2}$ —3 пальца. Нельзя было сомнѣваться въ существованіи выворота матки. Для удаленія послѣда я ввелъ 2 пальца во влагалище. Сейчасъ за входомъ во влагалище находился послѣдъ, лежащій по видимому свободно въ рукавѣ. Захвативъ плаценту, я ее вытаскилъ безъ затрудненія, но за послѣдомъ послѣдовала вся матка наружу. Оказалось, что часть периферіи послѣда еще не отдѣлилась отъ дна матки. Доотдѣлить послѣдъ пальцемъ удалось очень легко. Послѣдъ былъ средней величины, центрально прикрѣпленная къ нему пуповина была немного короче нормальной—40 центим. Вывороченная, выпавшая матка представляла опухоль величиною въ дѣтскую головку съ темно-красной, слегка кровоточащей поверхностью, на которой кое-гдѣ еще находились темные сгустки крови. Мы имѣли дѣло съ полнымъ выворотомъ матки. Отъ шейки матки только короткая часть длиною въ 2 $\frac{1}{2}$ цент. осталась не вывороченной. Эта часть шейки была сильно сокращена. Выпавшую матку легко было вправить во влагалище. Общее состояніе больной было очень плохое, коляпсъ сильный, анэмія крайняя. Для вправленія выворота я ввелъ всю кисть руки въ рукавъ, стараюсь расширить пальцами сократительное кольцо и поднять давленіемъ на нижній сегментъ ту часть матки, которая вывернулась послѣдней. Одновременно я надавилъ большимъ пальцемъ на дно матки и фиксировалъ наружной рукою инверсионную воронку черезъ брюшные покровы. Попытка вправить матку однако не удалась. Надавить пальцами очень сильно на матку я не рисковалъ тѣмъ болѣе, что ткань матки оказалась довольно мягкой и нельзя было выпустить изъ виду возможности разрыва матки. Эта первая попытка вправленія матки продолжалась около 5 минутъ. Черезъ нѣсколько минутъ послѣ промыванія рукава теплымъ 2% растворомъ карболовой кислоты, я приступилъ ко второй попыткѣ вправленія матки. Ввиду сильной анэміи и коляпса больной я рѣшился и этотъ разъ дѣйствовать безъ наркоза. Во время манипуляцій

больная лежала спокойно не жалуясь на боль и совершенно не сопротивляясь. Этотъ разъ я давленіемъ только на нижнюю часть матки старался вправить ее; на дно матки я совсѣмъ не надавливалъ. Давленіе производилось съ нарастающей силою и на одно и то же мѣсто въ теченіи нѣсколькихъ минутъ. Сокращенная шейка матки начала ослабѣвать; стѣнка нижней части матки поднималась выше сократительнаго кольца и вдругъ вся матка довольно быстро прошла черезъ шейку на свое обычное мѣсто. Дно матки находилось теперь на 2¹/₂ пальца ниже пупка. Матка была хорошо сокращена, она была промыта горячимъ 2% растворомъ карболовой кислоты.

Подкожными впрыскиваніями возбуждающихъ средствъ и клизмами фізіологическаго раствора поваренной соли удалось поддерживать довольно слабую жизнь больной. Пульсъ время отъ времени терялся, обмороки слѣдовали одинъ за другимъ. Къ вечеру больная немного оправилась. Матка послѣ вправленія сокращалась хорошо, больная получила только нѣсколько порошковъ сесале по 0,5. На слѣдующій день состояніе больной было уже значительно лучше, появился аппетитъ. Послѣродовой періодъ былъ безъ осложненій, высшая температура на 4-й день 37,8°. На 14 день послѣ родовъ больная встала. При изслѣдованіи половыхъ органовъ измѣненій я не нашелъ.

Только что описанный случай выворота матки безъ сомнѣнія принадлежитъ къ такъ называемымъ произвольнымъ инверсіямъ матки, такъ какъ акушерка, присутствующая при родахъ послѣ рожденія ребенка, никакихъ пріемовъ для удаленія послѣда не примѣняла. Посмотримъ сперва которыми причинами вообще можетъ быть вызываема послѣродовая инверсія матки. Въ литературѣ указываютъ на цѣлый рядъ различныхъ причинъ выворота.

Причинами насильственныхъ выворотовъ приводятся потягиваніе за пуповину или сильное надавливаніе на дно матки. Однако нельзя забывать, что послѣдними двумя пріемами возможно вывернуть матку только, если она находится въ вяломъ состояніи. При всемъ желаніи даже сильнѣйшимъ потягиваніемъ за пуповину или надавливаніемъ на матку обыкновенно мы не можемъ произвести выворота, потому что матка послѣ рожденія ребенка сейчасъ сокращается. Только, если вся матка или часть ея стѣнки совершенно вяла, выше названными пріемами можно произвести насильственный выворотъ матки. Сокращенную матку даже очень сильнымъ надавливаніемъ едва ли возможно вывернуть, а при потягиваніи за пуповину послѣдняя скорѣе оборвется, прежде чѣмъ уступить нормальная матка. Только что сказанное относится тоже къ ручному

отдѣленію дѣтскаго мѣста, которымъ тоже будто бы часто производится насильственный выворотъ.

Изъ двухъ необходимыхъ для образованія выворота моментовъ: атоніи матки и силы, дѣйствующей на нее въ направленіи книзу, первое условіе гораздо важнѣе втораго. Если-бы это не было такъ, насильственные вывороты случались бы гораздо чаще, потому что помощь при родахъ, оказываемая повивальными бабками, даже въ высококультурныхъ странахъ далеко не соотвѣтствуетъ научнымъ требованіямъ. Природа устроила, такъ, чтобы нормальный тонусъ матки, даже не находящейся въ состояніи сильнаго сокращенія, а тѣмъ болѣе рефлекторно вызванныя сокращенія маточной мускулатуры, защищали этотъ органъ отъ дурныхъ послѣдствій неумѣло поданнаго пособія.

Потягиваніемъ за пуповину или надавливаніемъ на дно матки производится полный или неполный выворотъ матки. Неполный выворотъ происходитъ, если не вся матка вяла, а существуетъ только параличъ той области маточной стѣнки, къ которой прикрѣпленъ послѣдъ (*Rokitansky*). Но и въ такихъ случаяхъ неполный выворотъ въ большинствѣ случаевъ переходитъ въ полный въ слѣдствіе сокращеній той части матки, которая еще не вывернулась. Причиною этихъ рефлекторно вызванныхъ сокращеній служить вывернутая часть вмѣстѣ съ послѣдомъ. Какъ скоро дно вывороченной матки опустилось настолько, чтобы оно прошло черезъ зѣвъ, рефлекторно вызваннымъ дѣйствіемъ брюшнаго пресса доканчивается выворотъ.

Произвольные вывороты обусловливаются различными причинами. И здѣсь первымъ и важнѣйшимъ условіемъ нужно считать уже выше упомянутое вялое состояніе части или всей стѣнки матки. Вмѣсто дѣйствующей снаружи посторонней силы могутъ существовать во время родового акта моменты, которые имѣютъ аналогичное дѣйствіе на матку.

Потягиваніе за пуповину можетъ незамѣтно быть производимо во время рожденія самимъ ребенкомъ, если пуповина ненормально коротка. *Dyrenfurth* ³⁾ описалъ случай, гдѣ пуповина была не длиннѣе 3,5 центиметровъ и служила при-

³⁾ Centralb. für Gynaek., 1885, pag. 315.

чиною выворота матки, происшедшаго сейчасъ послѣ рожденія ребенка. Но и пуповина нормальной длины можетъ быть укорочена обвитіемъ вокругъ шеи или другихъ частей тѣла ребенка. Если наконецъ роженица рождаетъ стоя, выпадающій изъ половыхъ частей ребенокъ можетъ тянуть за собою матку. При всѣхъ названныхъ условіяхъ произвольные вывороты происходятъ тоже вслѣдствіе потягиванія за пуповину безъ того, чтобы дѣйствующая сила была посторонняя.

Далѣе, самъ послѣдъ своей тяжестью можетъ представить силу, втягивающую стѣнку матки въ ея полость, если онъ или совсѣмъ или отчасти еще не отдѣлился отъ мѣста прикрѣпленія. Въ литературѣ указываютъ на чрезмѣрную тяжесть послѣда какъ на причину выворота (*Hennig*), но я того мнѣнія, что и послѣдъ нормального вѣса при значительно уменьшенномъ тонусѣ матки можетъ произвести такое же дѣйствіе на нее. Само собою понятно, что болѣе тяжелый послѣдъ легче тянетъ за собою атоническую матку чѣмъ болѣе легкая плацента. Извѣстную роль при образованіи выворота играетъ мѣсто прикрѣпленія плаценты ко дну матки. *Hennig* старался доказать это при помощи статистики.

По мнѣнію большинства авторовъ, плацента рѣдко прикрѣплена ко дну матки, а чаще къ ея передней или задней стѣнкѣ. *Hennig* ⁴⁾ составилъ 651 случай разныхъ авторовъ, опредѣлившихъ мѣсто прикрѣпленія послѣда. Изъ этихъ 651 случая только въ 12⁰/₁₀₀ плацента находилась во днѣ матки. Съ другой стороны, въ составленныхъ имъ 23 случаяхъ выворота матки, послѣдъ былъ прикрѣпленъ всегда ко дну матки или очень близко отъ дна матки. Изъ этихъ двухъ данныхъ *Hennig* сдѣлалъ заключеніе, что прикрѣпленіе плаценты ко дну матки благоприятствуетъ образованію выворота.

Тяжесть послѣда можетъ быть увеличена патологическими измѣненіями его (*syphilis* etc.) или ретро-плацентарнымъ кровоизліаніемъ при отдѣленіи послѣда по способу *Schultze*, на послѣдній моментъ какъ на причину выворота матки указалъ *Veit*.

Понятно, что и временно уменьшенное давленіе внутри матки при очень быстромъ опорожненіи ея представляетъ силу, дѣй-

⁴⁾ Archiv f. Gynaek. Bd. VI, pag. 520.

ствующую на стѣнку матки въ направленіи сверху внизъ. Въ такихъ случаяхъ ребенокъ или вѣрнѣе часть его изгоняется дѣйствіемъ брюшнаго пресса такъ быстро, что матка не успѣваетъ сократиться, а остается такихъ-же размѣровъ какъ до начала изгнанія. По этому въ пустой части маточнаго мѣшка, хотя очень короткое время, все-таки существуетъ уменьшенное давленіе. Вслѣдствіе этого моментально внутри-брюшиннымъ давленіемъ выворачивается часть матки для уровненія разницы между внутри-брюшиннымъ и внутри-маточнымъ давленіемъ. Примѣры ⁵⁾ образовавшихся такимъ образомъ выворотовъ представляютъ случаи *Spiegelberg'a*, *Burdol'a*, *Jones'a* и *Kroner'a*. Послѣдній наблюдался въ Бреславльской клиникѣ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ дѣйствовать рука, введенная въ матку для удаленія послѣда вмѣстѣ съ захваченнымъ послѣдомъ въ родѣ поршня насоса при извлеченіи изъ половыхъ органовъ, втягивая за собою стѣнку вялой матки (см. случай *Braun'a*, № 78 таблицы).

Наконецъ и брюшной прессъ можетъ представить силу, выворачивающую недостаточно сокращенную матку (пассивный выворотъ *Duncan'a*). Чѣмъ больше размѣры матки, тѣмъ легче эта сила можетъ подѣйствовать на нее. Атоническая матка, наполненная и растянута кровью, особенно легко можетъ быть вывернута брюшнымъ прессомъ.

Дѣйствіе послѣдняго вызывается рефлекторно отдѣлившимся послѣдомъ, лежащимъ надъ зѣвомъ или отчасти въ рукавѣ. Но извѣстно довольно много случаевъ, гдѣ брюшной прессъ, дѣйствующій при испражненіи, мочеиспусканіи, рвотѣ или кашлѣ выворачивалъ вялую матку. Вслѣдствіе дѣйствія брюшнаго пресса образовались всѣ тѣ случаи выворотовъ, происшедшіе не во время родовъ, а въ дни послѣ родовъ.

Аналогично дѣйствію брюшнаго пресса и давленіе газовъ, образовавшихся въ кишкахъ или брюшной полости вслѣдствіе трупныхъ измѣненій, можетъ произвести выворотъ матки. Въ литературѣ описаны всего 2 подобныхъ случая (*Taylor'омъ* и *Kaltenbach'омъ*).

⁵⁾ См. ниже слѣдующую таблицу, случаи №№ 2, 20, 64, 24.

Изъ всѣхъ только что приведенныхъ этиологическихъ моментовъ нѣкоторые и въ видѣнномъ мною случаѣ играли важную роль. Выворотъ образовался слѣдующимъ образомъ. Роды протекли правильно, но послѣ рожденія ребенка матка плохо сократилась. Вѣроятно произвольнымъ потягиваніемъ за обвитую пуповину во время рожденія ребенка центральная часть послѣда отдѣлилась отъ мѣста прикрѣпленія. Между маточной стѣнкою и плацентою образовалось кровоизліяніе и плацента начала такимъ образомъ отдѣляться по способу *Schultze*. Внутреннее кровотеченіе содѣйствовало развитію атоніи матки. Тяжестью плаценты и ретроплацентарнаго кровоизліянія дно атонической матки вывернулось до зѣва, черезъ который оно прошло вслѣдствіе ввѣзпно явившихся сокращеній матки и давленія брюшнаго пресса. Въ этотъ моментъ хлынула кровь изъ ретроплацентарнаго кровоизліянія. Такимъ образомъ мы видимъ, что цѣлая цѣпь моментовъ, являющихся одинъ послѣдствіемъ другаго обусловила въ нашемъ случаѣ образованіе выворота.

Я думаю, что нашъ случай выворота матки слѣдуетъ принять за образецъ образованія произвольнаго выворота. Но съ другой стороны легко представить себѣ, какъ въ подобныхъ случаяхъ являющимся кровотеченіемъ можетъ быть вызываемо акушерское вмѣшательство. Этому послѣднему, по моему мнѣнію, до сихъ поръ придавали слишкомъ много значенія. Всѣ вывороты, происшедшіе послѣ какого то ни было акушерскаго приѣма въ третьемъ періодѣ родовъ называются насильственными. Это названіе однако не всегда соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

Въ большинствѣ такихъ случаевъ дѣло доходитъ до выворота слѣдующимъ образомъ. Въ послѣродовомъ періодѣ родовъ часть плаценты можетъ отдѣлиться отъ мѣста прикрѣпленія. Послѣдствіемъ этого является болѣе или менѣе обильное кровотеченіе, которое съ своей стороны служитъ причиною атоніи матки. Или атонія матки является изъ другихъ часто неизвѣстныхъ причинъ. По общепринятымъ правиламъ, *для остановленія атоническаго кровотеченія, акушерка или врачъ стараются такъ или иначе удалить послѣдъ*. Такъ какъ самое важное условіе для образованія выворота—атонія матки, или,

можетъ быть, уже начинающійся выворотъ, вслѣдствіе тяжести послѣда, имѣется на лицо, то всякія манипуляціи, предпринятія для удаленія послѣда легко могутъ вызвать выворотъ. *Совсѣмъ не нужно, чтобы при этомъ были содѣланы грубыя насилія или вообще ошибки противъ искусства.*

Стало быть *часть* такъ называемыхъ насильственныхъ выворотовъ происходитъ вслѣдствіе группировки извѣстныхъ условий, существующихъ во время родового акта и предрасполагающихъ къ вывороту. Къ нимъ присоединяется акушерское пособіе, которое уже при такихъ обстоятельствахъ служить послѣднимъ толчкомъ для образованія выворота. На основаніи всего вышесказаннаго я сдѣлалъ заключеніе, что насильственные вывороты въ истинномъ смыслѣ этого слова должны случаться гораздо рѣже, чѣмъ до сихъ поръ думаютъ. Чтобы доказать это, я просмотрѣлъ 100 случаевъ изъ доступной мнѣ казуистической литературы съ 1872 по 1894 годъ. Ниже слѣдуетъ списокъ этихъ случаевъ, дающій вкратцѣ нужныя для насъ свѣдѣнія. Съ большей частью этихъ случаевъ я ознакомился по оригинальнымъ описаніямъ авторовъ; свѣдѣнія объ остальныхъ взяты мною изъ рефератовъ. Число собранныхъ случаевъ собственно не такъ велико, чтобы позволить себѣ сдѣлать на основаніи ихъ статистическіе выводы, но въ виду рѣдкости выворотовъ такимъ образомъ все таки возможно получить отвѣтъ на заданный себѣ вопросъ о происхожденіи выворотовъ. Случаи, составленные въ таблицѣ взяты изъ казуистической литературы безъ всякаго выбора. Я исключилъ лишь всѣ тѣ случаи изъ списка, о которыхъ я могъ достать только недостаточные рефераты, а то я могъ бы еще увеличить число собранныхъ выворотовъ. Изъ этихъ 100 случаевъ 97 разъ вывороты произошли въ частныхъ домахъ, 3 раза въ клиникахъ (2 случая въ Вѣнской клиникѣ *Braun'a* и 1 случай въ Бреславльской клиникѣ), одинъ случай выворота образовался при выкидышѣ (№ 67 таблицы).

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Теченіе родовъ и замѣчанія.
1	<i>Spiegelberg,</i> Archiv f. Gynaek., 1872, pag. 355.	23	I	Произвольное выдѣленіе послѣда, причѣмъ образовался выворотъ.	Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки гальванокаустической петлею.	Роды протекли быстро. Полный хроническій выворотъ.
2	<i>Spiegelberg,</i> Archiv f. Gynäk., 1873, pag. 118.	40	XII	Произвольный выворотъ.	<i>Произвольная реинверсія въ клиникѣ.</i>	Акушерка извлекла послѣ рожденія головки туловище. Вслѣдъ за ребенкомъ вышла послѣдъ и вывороченная матка. Полный хроническій выворотъ.
3	<i>Courty,</i> Centralblatt fur Gynäk., 1879, pag. 378.	26	III	Произвольный выворотъ.	Реинверсія каучуковымъ баллономъ.	Послѣ отхожденія послѣда сильное кровотеченіе. Роды протекли нормально. Выворота сначала не діагностицировали. Полный хроническій выворотъ.
4	<i>Hue,</i> Centralbl. f. Gyn., 1879, pag. 451.			Потягиваніе за пуповину.	Выздоровленіе послѣ отдѣленія матки съ помощью эластической лигатуры.	Роды продолжались 21 ч съ. Полный хроническій выворотъ.

5	<i>Stevens,</i> Centralblatt für Gyn., 1879, pag. 498.	22	I	Выворотъ образовался при ручномъ отдѣленіи послѣда.
6	<i>Williams,</i> Centralblatt f. Gyn., 1879, pag. 378.	24	III	Выворотъ образовался во время родовъ; ка-кимъ образомъ — не сказано.
7	<i>Duncan,</i> Centralbl. f. Gynäk., 1877, pag. 142.			Произвольно при рвотѣ.
8	<i>Duncan,</i> ibidem.		multip.	Произвольно.
9	<i>Grassi,</i> Centralblatt f. Gyn., 1877, pag. 227.	22	I	Этіологія не ясная.
10	<i>Nyrop,</i> Centralblatt f. Gyn., 1877, pag. 247.	29	I	Произвольно.

Реинверсія съ помощью
кольпейринтера и *Em-*
*met'*овскихъ швовъ.

Реинверсія.

Реинверсія.

Реинверсія.

Смерть.

Реинверсія послѣ там-
понаціи рукава. Лихо-
радка, колянсъ.

Выздоровленіе послѣ ам-
путаціи матки гальвано-
каустической петлею.

Тяжелые роды продолжав-
шіеся 5 дней.
Полный хроническій вы-
воротъ.

Хроническій полный вы-
воротъ.

Искусственные преждевре-
менные роды. *Hyperemesis.*
Полный выворотъ.

Существовалъ параличъ
плацентарнаго мѣста. По-
тягиваніемъ за пуповину
неполный выворотъ пере-
шелъ въ полный.

Родила стоя. Сейчасъ
послѣ рожденія ребенка
тянули за пуповину.

Послѣ рожденія ребенка
сильное кровотеченіе (ато-
нія), по этому акушерка
удалила послѣдъ.

№	А в т о р ь.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.
11	<i>Spencer Wells,</i> Centralbl. f. Gyn., 1878, pag. 23.		I	Выворотъ во время или скоро послѣ родовъ. Этіологія неизвѣстна.
12	<i>Wilson,</i> Centralblatt f. Gyn., 1878, pag. 47.			Этіологія неясна. Удаленіе послѣда съ препятствіями.
13	<i>Abbot,</i> Centralblatt f. Gyn., 1878, pag. 92.		I	Этіологія неясна. Акушерка извлекла послѣдъ легко безъ силыя.
14	<i>Ford,</i> Centralbl. fur Gyn., 1878, pag. 383.		I	Ручное отдѣленіе послѣда при сильномъ кровотеченіи, при этомъ образовался неполный выворотъ, который перешелъ вслѣдствіе схватокъ въ полный.

И с х о д ъ.

Течение родовъ и замѣ-
чанія.

Выздоровленіе послѣ ам-
путаціи матки при по-
мощи эластической ли-
гатуры и *Rasquelin'a*.

Выздоровленіе.
Послѣ 3 насѣчекъ на
шейку реинверсія уда-
лась.

Легкая реинверсія.
Смерть въ коляпсѣ.

Реинверсія.

Хроническій полный вы-
воротъ.

Полный хроническій вы-
воротъ.

Легкіе быстрые роды. Пол-
ный разрывъ промежности.
Разрывъ прямой кишки въ
2,5 цент. длиною.
Полный выворотъ.

Полный выворотъ былъ
констатированъ на 2 день
послѣ родовъ.

- | | | | | |
|----|--|----|----|--|
| 15 | <i>Alonso y Rubio,</i>
Centralbl. f. Gyn.,
1878, pag. 408. | 24 | II | Произвольный выворотъ сейчасъ послѣ рожденія ребенка. |
| 16 | <i>Stadtfeld,</i>
Centralblatt f. Gyn.,
1878, pag. 463. | | | Произвольно. |
| 17 | <i>Morisani,</i>
Centralblatt, 1879,
pag. 126. | 35 | VI | Потягиваніе за пуповину. |
| 18 | <i>John Byrne,</i>
Centralbl. f. Gyn.,
1879, pag. 228. | 28 | I | Произвольно.
Сейчасъ послѣ выхожденія послѣда былъ констатированъ неполный выворотъ, который былъ превращенъ схватками черезъ 2 сутокъ въ полный. |
| 19 | <i>Caskie,</i>
Centralbl. f. Gyn.,
1879, pag. 309. | | V | Насильственный (?).
Черезъ 2 часа послѣ родовъ послѣдъ былъ удаленъ акушеркою. |

Выздоровленіе.

Полный выворотъ и выпаденіе матки.

Легкая реинверсія.

Forceps, atonia uteri post partum. Послѣдъ легко выжать по *Credé*.

Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки.

Полный хроническій выворотъ.

Выздоровленіе.

Продолжительные роды.
Forceps.

Реинверсія.

Полный выворотъ.

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Теченіе родовъ и замѣчанія.
20	<i>Burdol</i> , Centralblatt für Gynäk., 1879, pag. 375.		I	Произвольный выворотъ образовался сейчасъ послѣ рожденія ребенка до отдѣленія послѣда.	Легкая реинверсія.	Легкіе роды.
21	<i>Kroner</i> , Archiv f. Gynäk., 1880, pag. 233.	23	I	Потягиваніе за пуповину сейчасъ послѣ рожденія ребенка.	Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки съ помощью эластической лигатуры.	Хроническій полный выворотъ.
22	<i>Kroner</i> , ibidem.	26	I	Потягиваніе за пуповину акушеркою сейчасъ послѣ рожденія ребенка.	Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки съ помощью <i>экрэра</i> .	Форсепс. Полный, 7 лѣтъ существующій выворотъ.
23	<i>Kocks</i> , Berlin. klin. Wochenschrift, 1881. № 33.	31	I	Этіологія неясна. Акушерка удалила послѣдъ легкимъ давленіемъ на матку.	Реинверсія съ помощью особеннаго каучуковаго баллона.	Форсепс. Хроническій полный выворотъ.
24	<i>Kroner</i> , Archiv f. Gynäk., 1880, pag. 233.	22	II	Произвольный выворотъ происшедшій въ Бреславльской клиникѣ.	Легкая реинверсія.	Скоро послѣ того какъ воды прошли, при сильныхъ натугахъ рожденіе ребенка и плаценты, вслѣдъ за которыми вышли большіе сгустки крови. Атонія матки.

25	<i>Sympson,</i> Brit. Med. Journ., 1881, pag. 121.	28	I	Этіологія неясна. Мо- жетъ быть, что вы- воротъ образовался при удаленіи послѣда.
26	<i>Howitz,</i> Centralbl. f. Gyn., 1881, pag. 121.	26	I	Этіологія неясна.
27	<i>Breus,</i> Wiener Med. Wochen- schrift, 1882, pag. 174.	24	IV	Произвольный выво- ротъ происшедшій въ клиникѣ проф. <i>Braun</i> 'а.
28	<i>Fürst,</i> Arch. f. Gynäk., 1882, pag. 425.	20	I	Произвольный выво- ротъ наблюдавшійся въ клиникѣ проф. <i>Braun</i> 'а.

Реинверсія.

Продолжительные тяжелые роды. Удаление приросшей плаценты было трудно. Неполный выворотъ.

Выздоровленіе.

Реинверсія была трудна.

Послѣ родовъ сильное кровотеченіе. По этому акушерка безуспѣшно старалась удалить послѣдъ. Черезъ 3 часа послѣ родовъ послѣдъ былъ удаленъ врачомъ.

Хроническій полный выворотъ.

Легкая реинверсія.
Смерть отъ анэміи.

Прежніе роды нормальны, только при III родахъ ручное отдѣленіе плаценты. Вслѣдствіе тяжести проходящаго черезъ вульву послѣда сначала только вдавливаніе дна матки. Полный выворотъ и выпаденіе матки образовались при поднятіи таза.

Выздоровленіе послѣ легкой реинверсіи.

Выпаденіе вывернутой матки до отдѣленія послѣда.

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Теченіе родовъ и замѣчанія.
29	<i>B. Вастень,</i> Медицинскій Вѣстн. 1883.	22	III	Произвольно.	Реинверсія.	Роды при слабыхъ боляхъ. Неполный выворотъ.
30	<i>B. Вастень,</i> ibidem.	27	I	Произвольно.	Реинверсія.	Вѣсъ плаценты 850 гр. Выпаденіе вывернутой матки.
31	<i>Tambourer,</i> St. Petersburg. Medic. Wochenchr., 1882, № 39.	23	I	Произвольно; при кашлѣ.	Реинверсія.	Dolores debiles, Forceps. Плацента была прикрѣп- лена ко дну матки. Стѣнки матки были очень тонки.
32	<i>Smith,</i> Centralbl. f. Gyn., 1883, pag. 88.	24	I	Произвольно, скоро послѣ отхожденія по- слѣда.	Выздоровленіе. Легкая реинверсія.	Forceps. Послѣ родовъ матка сна- чала была хорошо сокра- щена. Послѣдъ самъ вы- шелъ черезъ 1/2 часа. Ато- нія существовала и послѣ реинверсіи. Горячими сприн- цеваніями достигнуто со- кращеніе матки.
33	<i>Michaux,</i> Centralbl. f. Gyn., 1883, pag. 599.	36	IV	Потягиваніе за пуно- вину.	Выздоровленіе послѣ удаленія матки съ по- мощью эластической ли- гатуры.	Полный хроническій вы- воротъ.

34	<i>Lauenstein,</i> Centralbl. f. Gyn., 1883, pag. 731.	23	I	Произвольнo (?)
35	<i>Clifton Wing,</i> Centralbl. f. Gyn., 1883, pag. 775.	19	I	Потягиваніе за пупо- вину.
36	<i>Murray,</i> Centralbl. f. Gyn., 1883, pag. 775.	40	VII	Произвольнo.
37	<i>Mazzuchelli,</i> Centralbl. f. Gyn., 1884, pag. 744.	35	VII	Потягиваніе за пупо- вину.
38	<i>M. Paul,</i> Centralblait f. Gyn., 1884, pag. 395.	25	II	Не сказано.
39	<i>Schülein,</i> Centralbl. f. Gyn., 1884, pag. 220.	28	III	Потягиваніе за пупо- вину.

Выздоровленіе послѣ
реинверсіи.

Послѣдъ былъ выжатъ акушеркою черезъ $\frac{1}{4}$ часа послѣ родовъ. Спустя 8 дней выпаденіе вывороченной матки.

Хроническая инверсія.

Выздоровленіе послѣ
реинверсіи.

Полный выворотъ.

Выздоровленіе послѣ
произвольнаго отдѣленія гангренозной матки.

Послѣдъ вышелъ произвольно. Сильныхъ послѣродовыхъ болей не было. 24 часа послѣ родовъ былъ констатированъ выворотъ. Кровотеченія не было.

Выздоровленіе послѣ отдѣленія матки съ помощью эластической лигатуры.

Полный хроническій выворотъ.

Выздоровленіе послѣ
реинверсіи.

Полный выворотъ.

Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки.

Полный хроническій выворотъ.

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Течение родовъ и замѣчанія.
40	<i>Dyhrenfurth</i> , Centralbl. f. Gyn., 1885, pag. 801.		V	Произвольно.	Выздоровленіе послѣ реинверсіи.	Роды продолжались 7 сутокъ. Туловище ребенка было извлечено, за нимъ слѣдовали послѣдъ и вывернутая матка. Длина цуповины только 3,5 цент.
41	<i>Duncan</i> , Centralbl. f. Gyn., 1885, pag. 315.	33	III	Произвольно черезъ 4 сутокъ послѣ родовъ.	Выздоровленіе послѣ реинверсіи.	Роды продолжались 2 часа. Полный выворотъ, существующій 9 лѣтъ.
42	<i>Hofmeier</i> , Centralbl. f. Gyn., 1885, pag. 57.		II	Произвольно, на 5 день послѣ родовъ.	<i>Смерть</i> отъ перитонита.	Легкіе роды безъ вмѣшательства.
43	<i>Schmalzfuss</i> , Centralbl. f. Gyn., 1886, pag. 745.	19	I	Этіологія неясна. Удаленіе послѣда акушеркою изъ за сильнаго кровотеченія.	<i>Выздоровленіе.</i> Чревосѣченіе, расширеніе инверсіонной воронки и реинверсія.	Полный выворотъ и выпаденіе матки.
44	<i>Gustave Michael</i> , Centralblatt, 1886, pag. 662.		II	Произвольный выворотъ.	<i>Смерть</i> послѣ безуспѣшныхъ попытокъ вправить матку.	Нормальные роды. Послѣдъ вышелъ черезъ часъ послѣ рожденія ребенка.

45	<i>Edward Malins,</i> Centralblatt, fur Gyn., 1886, pag. 512.	19	I	Произвольный выворотъ на 4 день послѣ родовъ.
46	<i>Svensson,</i> Centralbl. f. Gyn., 1886, pag. 439.	24	I	Этіологія не выяснена.
47	<i>Crampton,</i> Centralbl. f. Gyn., 1886, pag. 160.	28	II	Произвольно, черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ.
48	<i>Korn,</i> Centralbl. f. Gyn., 1886, pag. 156.	27	II	Произвольно.
49	<i>Roemer,</i> Centralbl. f. Gyn., 1886, pag. 42.	25	I	Произвольно.

Реинверсія не удалась даже не смотря на лапаротомію. Выздоровленіе послѣ удаленія матки съ помощью эластической лигатуры.

Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки.

Реинверсія была трудна. *Смерть* черезъ нѣсколь-ко часовъ.

Выздоровленіе послѣ реинверсіи.

Смерть.

Хроническій полный выворотъ.

Акушерка удалила послѣдъ на слѣдующій день послѣ родовъ.

Легкіе щипцы. Послѣ окончанія родовъ матка была хорошо сокращена. Тоже самое констатировалось еще 7 часовъ послѣ родовъ.

Матка вывернулась вмѣстѣ съ прикрѣпленной плацентою. Послѣдняя была отдѣлена черезъ 4 часа послѣ родовъ призваннымъ врачомъ, который сдѣлалъ безуспѣшныя попытки реинвертировать матку.

Хроническая полная инверсія.

Хирургъ принялъ матку вмѣстѣ съ неотдѣлившейся плацентою за фиброидъ и вырвалъ ее вмѣстѣ съ кускомъ тонкой кишки.

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Течение родовъ и замѣчанія.
50	<i>Krukenberg</i> , Centralbl. f. Gyn., 1886, pag. 17.	26	II	Произвольно.	Выздоровленіе.	Сейчасъ послѣ родовъ кровотеченіе. На 3 день послѣ родовъ акушерка констатировала выворотъ. На 5 день образовалось еще выпаденіе вывернутой матки.
51	<i>Варшавская</i> , Врачъ, 1886, pag. 711.	43	X	Потягиваніе за пуповину и падавливаніе на матку.	Реинверсія не удалась. Выздоровѣла.	Роды продолжались сутки. Послѣ рожденія ребенка сильное кровотеченіе. Послѣдъ остался 2 часа въ маткѣ. Призванная повитуха удалила ее. На днѣ выпавшей матки остались кусочки приросшей плаценты.
52	<i>Iaggard</i> , Centralbl. f. Gyn., 1887, pag. 421.	36	III	Потягиваніе за пуповину.	Реинверсія черезъ 33 дня съ помощью кольпейринтера. <i>Выздоровленіе.</i>	Нормальные роды. Хроническій полный выворотъ.

53

Schneyder,
Centralbl. f. Gyn.,
1887, pag. 311.

Потягивание за пупо-
вину.

54

F. Meyer,
Centralbl. f. Gyn.,
1887, pag. 112.

24

I

Произвольный выво-
ротъ.

55

F. Meyer,
ibidem.

22

I

Неясная этиология.

56

L. Neugebauer,
Centralbl. f. Gyn.,
1887, pag. 63.

Удаление послѣда не-
опытной рукою.

Безуспѣшныя попытки
вправить матку. Оба
яичника нагноились.
Перфорация праваго ова-
риальнаго абсцесса въ
брюшную полость.
Смерть отъ перитонита.

Реинверсія.
Выздоровленіе.

Реинверсія.
Выздоровленіе.

Реинверсія.
Выздоровленіе.

Полный выворотъ. Крово-
теченіе въ теченіи 6 не-
дѣль.

Роды продолжались 12 ча-
совъ. Послѣродовой періодъ
нормальный. Первыя явле-
нія выворота обнаружались
черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ
родовъ при отнятїи ре-
бенка отъ груди. Полный
выворотъ.

Полный хроническій вы-
воротъ.

Полный хроническій вы-
воротъ.

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Течение родовъ и замѣчанія.
57	<i>Ingerslev</i> , Centralbl. f. Gyn., 1888, pag. 853.	29	II	Произвольный выворотъ до выхождения послѣда.	Вправление. <i>Выздоровленіе.</i>	При первыхъ родахъ ручное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Вторые роды легкіе. При сильныхъ потугахъ и кровотечении матка съ прикрѣпленной къ ней плацентой вышла изъ влагалища.
58	<i>Bylicki</i> , Przegląd lekarski, 1888, № 2 и 4.	23	I	Неясно.	Реинверсія послѣ тампонаціи рукава іодоформенной марлею и вставленія кольпейринтера. <i>Выздоровленіе.</i>	Хроническій полный выворотъ.
59	<i>Larsen</i> , Centrbl. f. Gyn., 1888, pag. 511.	32	II	Произвольный выворотъ вскорѣ послѣ рожденія ребенка до отхожденія послѣда.	<i>Смерть</i> черезъ 1 часъ послѣ родовъ.	Выпаденіе вывернутой матки.

60	<i>R. Teuffel</i> , Centrbl. f. Gyn., 1888, pag. 401.	24	I	Произвольно.
61	<i>Pippingsköld</i> , Centralbl., 1888.			Насильственный вы- воротъ (?).
62	<i>Runge</i> , St. Petersb. Med. Wochenchr., 1887, № 19 и 20.	28	III	Потягиваніе за пу- вину повитухою.
63	<i>Handfield Jones</i> , Lancet, 1887, June 25.	24	III	Произвольно.
64	<i>Handfield Jones</i> , ibidem.			Произвольно.

Вправление.
Выздоровление.

Выздоровление послѣ ам-
путации матки.

Реинверсія съ помощью
кольпейринтера. *Выздо-
рвление.*

Реинверсія и *выздоро-
вление.*

Легкая реинверсія.
Выздоровление.

Foreps.

Сейчасъ послѣ рожденія
ребенка матка въ животѣ
не прощупывалась. Не-
много спустя она вмѣстѣ
съ плацентою выпала изъ
половыхъ частей. *Корот-
кая пуповина.*

Послѣдъ былъ удаленъ со-
сѣдкой. Акушерка диагно-
стицировала выворотъ. Пол-
ный хроническій выворотъ.

Полный выворотъ.
Поступила въ клинику че-
резъ 9 недѣль послѣ ро-
довъ.

Послѣдъ лежащій въ ру-
кавѣ захватили и выта-
щили 2 пальцами. Спустя
нѣсколько минутъ послѣ
этого полный выворотъ.

Роды протекли быстро.
Вслѣдъ за роженіемъ ре-
бенка вышла плацента не
отдѣлившаяся отъ вывер-
нутой матки наружу.

№	Авторъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Теченіе родовъ и замѣчанія.
65	<i>H. Meyer</i> , Журн. Ак. и женск. болѣзн., 1889, pag. 485.	36	IX	Произвольно.	<i>Произвольная реинверсія въ больницѣ. Выздоровленіе.</i>	Послѣдъ вышелъ черезъ 20 минутъ послѣ родовъ. Во время и послѣ родовъ сильное кровотеченіе. На слѣдующій день послѣ родовъ вдругъ обморокъ и выворотъ матки. Выпаденіе вывернутой матки.
66	<i>W. Huber</i> , Centrbl. f. Gyn., 1889, pag. 805.	32	IV	Причина не выяснена.	Реинверсія. Выздоровленіе.	Поперечное положеніе, поворотъ на ножку. Выпаденіе вывороченной матки.
67	<i>Weissenberg</i> , Centrbl. f. Gyn., 1889, pag. 462.		VI	Произвольно.	Реинверсія послѣ тампонаціи. <i>Выздоровленіе.</i>	<i>Выкидыши</i> IV мѣсяцевъ. Послѣдъ остался въ маткѣ 3 недѣли послѣ изгнанія зародыша. Выворотъ образовался при изгнаніи послѣда.
68	<i>Кемарскій</i> , Журн. Акуш. и Жен. бол., 1888, № 8.	20	I	Произвольный выворотъ на 4 день послѣ родовъ.	Произвольная реинверсія была констатирована черезъ годъ послѣ родовъ. Попытки вправить матку сейчасъ послѣ родовъ не удалась. <i>Выздоровленіе.</i>	Выворотъ образовался при испражненіи.

69	<i>P. Mundé,</i> Centrbl. f. Gyn., 1889, pag. 232.	27	II	Причина не выяснена.	Безуспѣшная попытка вправленія даже послѣ чревостѣченія. Выздоро- вленіе послѣ отдѣленія матки (эластическая ли- гатура).	Полный выворотъ. Лѣченіе началось спустя мѣсяць послѣ родовъ.
70	<i>Сертсевъ,</i> Журн. Акуш. и Жен. бол., 1890, pag. 546.	22	II	Произвольно.	Выздоровленіе послѣ ампутаціи матки.	Роды продолжались 10 ча- совъ. Послѣдъ долго оста- вался въ маткѣ. Вслѣдъ за нимъ вышло тѣло матки изъ наружныхъ половыхъ частей. Хроническій выворотъ.
71	<i>Редмихъ,</i> Врачъ, 1893, pag. 1442.	20	I	Произвольно.	Реинверсія. <i>Выздоровленіе.</i>	Легкіе роды. Сильныя боли. Рожденіе головки въ стоя- чемъ положеніи. Выпаде- ніе и полный хроническій выворотъ.
72	<i>Сутуинъ,</i> Врачъ, 1890, pag. 381.	24		Не сказано.	Реинверсія съ помощью кольпейринтера. <i>Выздо- ровленіе.</i>	Полный выворотъ. Лѣченіе началось черезъ 8 недѣль послѣ родовъ.
73	<i>Сутуинъ,</i> ibidem.	23	I	Не сказано.	<i>Выздоровленіе</i> послѣ удаленія матки.	Полный выворотъ. Лѣченіе началось спустя 7 недѣль послѣ родовъ.

№	А в т о р ь.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ь.	Теченіе родовъ и замѣчанія.
74	<i>Сутчинъ,</i> ibidem.	25	IV	Произвольный выворотъ дѣйствіемъ брюшнаго пресса.	<i>Выздоровленіе</i> послѣ удаленія матки.	Полный выворотъ. Страдала 9 мѣсяцевъ теченіями.
75	<i>Bergstrand,</i> Centrbl. f. Gyn., 1892, pag. 232.	33	I	Произвольно.	Реинверсія. <i>Выздоровленіе.</i>	Полный выворотъ.
76	<i>Kocks,</i> Centrbl. f. Gyn., 1890, pag. 353.			Потягиваніе за пуповину.	Реинверсія. <i>Выздоровленіе.</i>	Полный выворотъ.
77	<i>G. Braun,</i> Centrbl. f. Gyn., 1890, pag. 623.	20	I	Произвольно.	Легкая реинверсія. <i>Выздоровленіе.</i>	Выпаденіе вывернутой матки.
78	<i>G. Braun,</i> Centrbl. f. Gyn., 1890, pag. 623.	25	multi-para	Произвольно.	Легкая реинверсія. <i>Выздоровленіе.</i>	Выворотъ этотъ случился второй разъ у той же самой больной (№ 77). Послѣ рожденія ребенка сначала неполный выворотъ. При извлеченіи руки вмѣстѣ съ отдѣленной плацентою образовался вслѣдствіе негативнаго давленія полный выворотъ.

79	<i>Bársony</i> , Centrbl. f. Gyn., 1890, № 28.	23	II	Ручное отдѣленіе послѣда акушеркою.
80	<i>Herzfeld</i> , Centrbl. f. Gyn., 1891, pag. 602.	24	I	Произвольно.
81	<i>Braxton Hicks</i> , Lancet, 1890, Dec. 14.	26	I	Произвольный выворотъ при мочеиспусканіи на 3 день послѣ родовъ.
82	<i>Nilsen</i> , New York Journ. of Gyn., 1892, pag. 317.	36	I	Произвольный выворотъ на 4 день послѣ родовъ.
83	<i>Lomer</i> , Centralbl. f. Gyn., 1892, pag. 547.	35	multi- para	Потягиваніе за пуповину.
84	<i>Reid</i> , Contralbl. f. Gyn., 1892, pag. 376.			Произвольно.

Тампонація рукава іодо-
форменной марлею и
вставленіе кольпейрин-
тера. Реинверсія. *Выздо-
рвленіе.*

Реинверсія.
Выздоровленіе.

Реинверсія,
Выздоровленіе.

Легкая реинверсія.
Смерть отъ Sepsis'a.

Реинверсія.
Смерть отъ Shock'a че-
резъ 1¹/₂ часа.

Реинверсія на 17 день
тампонаціей. *Выздо-
рвленіе.*

Послѣ родовъ сильное кро-
вотеченіе, обморокъ. Пол-
ный хроническій выворотъ.

Форсепс.
Выпаденіе вывернутой
матки.

Нормальные роды. Полный
выворотъ.

Слабыя боли, щипцы. Не-
полный выворотъ.

Легкіе роды.
Полный выворотъ.

На 2 день послѣ родовъ
образовался неполный вы-
воротъ дна матки, который
былъ вправленъ. Въ слѣ-
дующую ночь произошелъ
полный выворотъ.

№	А в т о р ъ.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ъ.	Течение родовъ и замѣчанія.
85	<i>Якубъ,</i> Centralbl. f. Gyn., 1892, pag. 233.	22	II	Произвольно.	Вправление. <i>Выздоровленіе.</i>	Плацента частью еще не отдѣлилась отъ дна вывернутой и выпавшей матки.
86	<i>Исакова,</i> Журн. Акуш., 1892, II.		VII	Произвольный выворотъ на 3 день послѣ родовъ.	Вправление. <i>Выздоровленіе.</i>	Причиной полного выворота приводится сильное стягиваніе живота и вялость стѣнокъ матки.
87	<i>Нееловъ,</i> Журн. Акуш. 1892, III.		III	Причина не ясна.	Вправление съ помощью тампонадіи рукава.	Послѣдъ былъ удаленъ акушеркою при сильномъ кровотеченіи. На 7 день послѣ родовъ при испражненіи выпаденіе вывороченной матки.
88	<i>Шуварскій,</i> ibidem. 1892. VI.	39	I	Насильственный выворотъ (?). Констатировали выворотъ матки на 3 день послѣ родовъ когда она выпала.	Вправление послѣ 19 мѣсяца существованія проф. <i>Рейномъ.</i> <i>Выздоровляла.</i>	Очень быстрые роды, разрывъ промежности. Акушерка удалила послѣдъ потягиваніемъ за пуповину. Послѣ этого кровотеченіе, которое было остановлено врачомъ.
89	<i>Жемчужниковъ,</i> Журн. Акуш. 1892, VI.	27	IV	Ручное отдѣленіе послѣда.	Вправление кольпейринромъ. <i>Выздоровленіе.</i>	При II и III родахъ ручное удаленіе дѣтскаго мѣста. Полный хроническій выворотъ.

90	<i>Пояровский,</i> Журн. Акуш. и Жен. болѣзн., 1893, IX.	22	I	Потягиваніе за пупо- вину акушеркою.
91	<i>Mc. Gillicuddy,</i> New York Journ. of Gynec., 1893, pag.1060.	23	I	Произвольно.
92	<i>Peckingraugh,</i> The New York Journ. of Gyn., 1893, pag. 1060.	27	I	Произвольно.
93	<i>Davis,</i> The Americ. Journ. of. Obstetr., 1893, pag. 886.			Произвольный выво- ротъ.
94	<i>Abegg,</i> Centralbl. f. Gyn., 1893, pag. 473.	23	I	Вѣроятно вслѣдствіе потягиванія за пупо- вину.
95	<i>Prior,</i> Centrbl. f. Gyn., 1893, pag. 663.	23	I	Потягиваніе за пупо- вину.
96	<i>Prior,</i> ibidem.	24	I	Этіологія неясна.

Выздоровленіе послѣ ам-
путаціи матки.

Безуспѣшныя попытки
вправленія. *Смерть* отъ
шока черезъ сутки послѣ
родовъ.

Вправленіе.
Выздоровленіе.

Легкое вправленіе.
Смерть отъ шока.

Реинверсія послѣ там-
понаціи и кольпейриза.
Выздоровленіе.

Реинверсія.
Выздоровленіе.

Выздоровленіе послѣ ам-
путаціи матки.

Полный хроническій вы-
воротъ.

Полный выворотъ.

Выпаденіе вывернутой
матки.

Полный выворотъ.

Сначала образовался не-
полный выворотъ, который
вслѣдствіе натуживанія пе-
решелъ въ полный.

Легкіе щипцы.
Хроническій полный вы-
воротъ.

Легкіе роды.

№	А в т о р ь.	Возрастъ.	Число родовъ.	Этіологія выворота.	И с х о д ь.	Теченіе родовъ и замѣчанія.
97	<i>Prior,</i> ibidem.	56	I	Этіологія невыяснена.	Выворотъ существовалъ безъ всякихъ явленій, поэтому <i>не былъ мѣченъ.</i>	Родила одинъ разъ 25 лѣтъ тому назадъ.
98	<i>Küstner,</i> Centrbl. f. Gyn., 1893, pag. 945.	19	I	Потягиваніе за пуповину.	Рейнверсія послѣ разрѣза задней стѣнки матки около внутренняго зѣва. <i>Выздоровленіе.</i>	Хроническій полный выворотъ занимающій и шейку.
99	<i>Belin,</i> Revue obst. et gyn., 1892, Jan.	27	II	Потягиваніе за пуповину.	Безуспѣшная попытка вправить матку. <i>Смерть.</i>	Мѣсто прикрѣпленія послѣда у дна матки.
100	<i>Schofield,</i> Brit. Med. Journ., 1894, March. 24.	25	I	Произвольный выворотъ на 2 день послѣ родовъ при испражненіи.	Рейнверсія. <i>Выздоровленіе.</i>	Нормальные роды безъ вмешательства. <i>Credé.</i>

Изъ этой статистики, которая не включаетъ въ себя моего случая, можно сдѣлать выводъ, вполне соответствующій сдѣланнымъ нами а priori соображеніямъ. Произвольно выворотъ матки происходилъ 54 раза, насильственному вмѣшательству можно приписать это осложненіе родовъ въ 21 случаѣ. Въ остальныхъ 25 случаяхъ о причинѣ выворота или ничего не упоминается, или она не выяснилась. Это обстоятельство объясняется такимъ образомъ, что изъ 100 случаевъ 60 были свѣжіе вывороты, а 40 хроническіе. Такъ какъ послѣднія 40 больныхъ черезъ болѣе или менѣе продолжительное время послѣ образованія выворота обратились за помощью къ авторамъ, не удивительно, что анамнезъ далъ только очень неточныя данныя въ отношеніи этиологии. Но надо полагать, что и изъ числа этихъ 25 случаевъ съ невыясненной причиною выворотовъ часть слѣдуетъ считать вполне произвольными или такими, гдѣ поданная акушерская помощь соответствовала правиламъ искусства. За такое мнѣніе говорятъ различныя обстоятельства, о которыхъ упоминаютъ въ исторіяхъ этихъ случаевъ. Такъ на примѣръ, довольно часто были кровотечения въ послѣдовомъ періодѣ, симптомъ, указывающій можетъ быть на атонію матки. Въ другихъ случаяхъ, какъ на примѣръ, въ случаѣ 9, мы имѣемъ комбинацію двухъ моментовъ, могущихъ каждый отдѣльно служить причиною выворота, а именно, роды въ стоячемъ положеніи и потягиваніе за пуповину сейчасъ послѣ рожденія ребенка. Невыясненнымъ въ этиологическомъ отношеніи считаю далѣе случай 13. Роды были очень быстры, причемъ произошелъ полный разрывъ промежности до прямой кишки включительно, но съ другой стороны сказано, что акушерка очень легко вытатила послѣдъ. Тоже самое относится къ случаю 23, гдѣ слегка надавили на матку для удаленія послѣда. Не приводя болѣе примѣровъ изъ числа 25 по этиологии не выясненныхъ случаевъ, позволяю себѣ сдѣлать заключеніе, что процентъ произвольныхъ выворотовъ нашей статистики — 4⁰/₀ — по всей вѣроятности ниже дѣйствительности. Что касается до процента насильственныхъ выворотовъ — 21⁰/₀ — то я уже выше выразилъ свое впечатленіе, что наблюдающіе авторы иногда склонялись предположить насильственный выворотъ тамъ, гдѣ виновность подающаго помощь лица, можетъ

быть, не доказана. При болѣе точномъ обращеніи вниманія на всѣ моменты, вслѣдствіе которыхъ можетъ произойти произвольный выворотъ, процентъ насильственныхъ выворотовъ въ будущности еще уменьшится. Но оставляя въ сторонѣ всѣ подобныя соображенія, получается все таки результатомъ то, что произвольные вывороты гораздо чаще насильственныхъ. *Выводъ этотъ не только интересенъ въ акушерскомъ отношеніи, а имѣетъ еще важное судебно-медицинское значеніе.*

Здѣсь мѣсто упомянуть о статистической работѣ *Якуба* ⁶⁾, съ которой я познакомился только послѣ окончанія подлежащей своей работы. Этотъ авторъ занимаясь вопросомъ объ этиологіи и лѣченіи выворотовъ матки вслѣдствіе опухолей, составилъ статистику и послѣродовыхъ выворотовъ. Въ своей таблицѣ онъ даетъ очень короткія свѣдѣнія о 197 случаяхъ послѣродовыхъ выворотовъ. Въ графѣ, отведенной отмѣткамъ о происхожденіи выворотовъ, сказано, что 126 разъ вывороты были пуэрперальнаго происхожденія («puerperalis»); далѣе онъ приводитъ причиною выворотовъ 44 раза потягиваніе за пуповину, 10 разъ удаленіе послѣда, 4 раза насильственное удаленіе послѣда, два раза ручное отдѣленіе послѣда и одинъ разъ короткую пуповину. Въ 10 случаяхъ о причинѣ выворотовъ ничего не сказано. Сдѣлать какой нибудь выводъ въ этиологическомъ отношеніи изъ этой статистики я уже потому не могу, что не знаю, что авторъ называетъ пуэрперальной причиною. И его 10 случаевъ выворотовъ вслѣдствіе удаленія послѣда по происхожденію не ясны. Если всѣ эти 126 пуэрперальныхъ случаевъ произвольнаго происхожденія,—о которомъ происхожденіи совсѣмъ нигдѣ не упоминается, то статистика *Якуба* можетъ служить подтвержденіемъ моихъ выводовъ. Вѣроятноже однако, что *Якубъ* присоединяется къ общему мнѣнію о частотѣ насильственныхъ выворотовъ, и что этиологія этихъ 126 случаевъ по недостаточнымъ свѣдѣніямъ не выяснена.

Далѣе, еще разъ возвращусь къ уже выше упомянутому замѣчанію *Потуровскаго*, по которому изъ 60 просмотрѣнныхъ случаевъ выворотовъ въ громадномъ большинствѣ причинами служили насильственные приемы. Такъ какъ тѣ 60 случаевъ,

⁶⁾ Медицина, 1894, № 1 и 2.

на основаніи которыхъ *Поюровскій* сдѣлалъ такое заключеніе, не сообщены, то я разумѣется не въ состояніи контролировать основательность этого мнѣнія или оспаривать его. Скажу только, что моя статистика составлена съ цѣлью выяснитъ этиологию выворотовъ, почему я обратилъ особенное вниманіе на всѣ факты, относящіеся къ этому; и я думаю, что сравнить ее можно только съ статистиками, составленными съ такою же цѣлью.

Что касается до частоты выворотовъ у первородящихъ, на которую указывали уже многіе авторы, между ними въ послѣднее время и *Якубъ*, то изъ 89 больныхъ моей таблицы, у которыхъ отмѣчено число родовъ 46 или болѣе чѣмъ половина были первородящія, 15 были II парае, 9—III парае и остальные pluriparae.

Изъ 100 случаевъ возрастъ извѣстенъ только у 77; а изъ нихъ 60 больныхъ были моложе 30 лѣтъ. Распределеніе выворотовъ по возрасту было слѣдующее:

Менѣе	20 лѣтъ	было	4	роженицы
Отъ	20—25	»	»	38 рожениць
»	25—30	»	»	18 »
»	30—35	»	»	9 »
»	35—40	»	»	7 »
Старше	40	»	»	1 роженица.

Доказанный уже многократно статистическій законъ, по которому послѣродовые вывороты случаются чаще всего у первородящихъ и у болѣе молодыхъ рожениць, тоже говорить за то, что большая часть выворотовъ должна происходить по существующимъ во время родового акта опредѣленнымъ причинамъ. Насиліе, какъ причина, не могло бы дать такое преобладающее число выворотовъ у однихъ первородящихъ. Объяснить, почему у первородящихъ чаще всего происходятъ вывороты, довольно трудно. Еще вѣроятнѣе всего, что существуетъ извѣстная связь между самымъ важнымъ условіемъ выворотовъ—атоніей и этимъ явленіемъ. Къ сожалѣнію нѣтъ достовѣрной статистики, изъ которой было бы видно, что атонія наблюдается чаще всего у первородящихъ или молодыхъ рожениць. Не всѣ причины атоніи матки до сихъ поръ выяснены. Извѣстно только, что атонія происходитъ послѣ быстрого естественнаго или искусствен-

наго опорожненія полости матки или послѣ сильнаго предшествовавшаго растяженія маточныхъ стѣнокъ (*Gemelli, Hydramnios*). Далѣе указываютъ на потерю крови, на общую слабость организма и на недостаточное развитіе маточной мускулатуры. Однако о подобныхъ моментахъ, кромѣ кровотеченій въ исторіяхъ собранныхъ нами случаевъ, не упоминаютъ.

Изъ замѣчаній, касающихся теченія родовъ въ нашихъ случаяхъ видно, что у 9 роженицъ роды были легкіе и быстрые (одинъ разъ было «*Sturzgeburt*»), 2 раза рожали стоя, 5 разъ роды были тяжелы и долговремены и одинъ разъ отмѣчена слабость болей. Въ большинствѣ случаевъ роды были нормальны.

Отношеній между родоразрѣшающими операціями и выворотами констатировать я тоже не могъ. Только въ 11⁰/₀ всѣхъ случаевъ были сдѣланы операціи: 10 разъ были наложены щипцы и 1 разъ былъ сдѣланъ поворотъ при поперечномъ положеніи.

Кромѣ данныхъ, касающихся этиологіи выворотовъ, указываю въ заключеніе еще только на *прогнозъ* этого рѣдкаго осложненія родовъ. *Процентъ смертности* по нашей статистикѣ равняется 14⁰/₀. Въ двухъ случаяхъ выворотъ остался не вправленнымъ, въ 84 случаяхъ послѣдовало выздоровленіе. Последнее наступило 4 раза послѣ произвольной реинверсии, 61 разъ послѣ искусственной реинверсии, и 19 разъ послѣ удаленія вывороченной матки.

III.

ИЗЪ ХАРЬКОВСКОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
КЛИНИКИ ПРОФ. Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА.

**Примѣненіе постояннаго орошенія для подготовленія
пузырныхъ фистулъ къ оперативному лѣченію.**

Ордин. клиники Г. Г. Поуровскаго.

Многимъ хирургамъ и гинекологамъ не разъ приходилось наталкиваться на больныхъ, одержимыхъ пузырно-рукавными и пузырно-маточными свищами и многіе, конечно, достаточно убѣдились въ томъ, съ какимъ трудомъ поддаются лѣченію тѣ больныя, у которыхъ, вслѣдствіе давности страданія, существуетъ сильно выраженный катарръ мочевого пузыря.

Въ настоящее время единственно вѣрнымъ и наиболѣе быстрымъ способомъ лѣченія пузырно-рукавныхъ свищей считается оперативный, кровавый способъ, въ тѣхъ разумѣется случаяхъ, гдѣ возстановленіе нарушенной цѣлости пузырно-рукавной перегородки еще возможно. Къ сожалѣнію, далеко не во всѣхъ случаяхъ возможно немедленно приступить къ оперативному лѣченію мочевыхъ свищей и часто больныя, одержимыя этимъ тяжкимъ для нихъ страданіемъ, должны подвергаться продолжительному и настойчивому лѣченію, прежде чѣмъ операціонное поле будетъ очищено и возможно будетъ приступить къ операціи. Объ этомъ то подготовительномъ лѣченіи больныхъ, страдающихъ мочеполовыми свищами, я и считалъ бы необходимымъ и умѣстнымъ поговорить въ настоящей статьѣ, тѣмъ болѣе, что въ Руководствахъ Оперативной

Гинекологіи ¹⁾, найбільше полныхъ и распространенныхъ, ничего или почти ничего объ этомъ не говорится.

Правда, въ теоретическихъ курсахъ гинекологіи ²⁾, въ главѣ о катаррахъ, крупозномъ и дифтеритическомъ воспаленіи рукава, довольно подробно излагаются методы ихъ лѣченія и ими то, обыкновенно, и пользуются гинекологи при лѣченіи пузырьно-рукавныхъ свищей, прежде чѣмъ приступить къ операціи. Но, къ сожалѣнію, встрѣчаются такіе случаи мочевыхъ свищей, гдѣ всѣ общепринятые способы лѣченія налетовъ и ссадинъ рукава остаются безъ всякаго результата, благодаря все новому и новому раздраженію, претерпѣваемому слизистой оболочкой, непрерывно выдѣляющеюся и застаивающеюся въ рукавѣ мочей, весьма часто уже разложившеюся.

Полуванны, частыя рукавныя души, механическое удаленіе налетовъ съ послѣдующимъ прижиганіемъ ссадинъ t-ra jodii, argento nitrico и проч.; введеніе въ рукавъ тампоновъ, пропитанныхъ различными дезинфицирующими, противугнилотными растворами и мазями и всякія другія, рекомендуемая въ руководствахъ, мѣры не оказываютъ иногда желаемаго дѣйствія, не смотря на настойчивое и долговременное примѣненіе ихъ.

Истоивъ свое собственное терпѣніе и терпѣніе пациентки и потерявъ надежду когда либо добиться полнаго и стойкаго очищенія операціоннаго поля, врачъ рѣшается наконецъ зашить фистулу, механически удаливъ, *ex tempore*, налеты и ожививъ края свища, но окровавленная поверхность быстро инфицируется и въ результатѣ получается нагноеніе швовъ, расхождение краевъ раны и образованіе новыхъ налетовъ,—словомъ, вполнѣ неудавшееся оперативное дѣяніе.

Нѣсколько такихъ случаевъ запущенныхъ vesicovaginal'ныхъ фистулъ было и въ клиникѣ многуважаемаго моего учителя, проф. *Н. Ф. Толочинова*, и я позволю себѣ вкратцѣ привести ихъ исторіи, а затѣмъ и описать тотъ способъ лѣченія, который сравнительно быстро и всегда неизмѣнно приводилъ къ желаемому результату, т. е. къ полному очищенію отъ нале-

¹⁾ См. Руководства Оперативной Гинекологіи *Соловьева*, *Гофмейера*, *S. Pozzi* и проч.

²⁾ См. Руководств. Женск. бол. проф. *М. Горвица*, проф. *К. О. Славянского*, *К. Шредера*, *Фритча* и проч.

товъ операціоннаго поля и заживленію язвъ и ссадинъ на стѣнкахъ рукава.

За время съ 1-го января 1887 г. и по 1-е мая 1894 г. въ Харьковской Акушерско-Гинекологической клиникѣ больныхъ, страдавшихъ мочевыми свищами различного рода, было 54, но я ограничусь приведеніемъ только восьми краткихъ исторій тѣхъ больныхъ, у которыхъ налеты были особенно стойки и которыхъ удалось привести въ порядокъ только благодаря нижеописываемому методу лѣченія.

Случаи эти слѣдующіе:

I. (96)³⁾ Матрена Кл...нова. Поступила въ клинику 17-го ноября 1887 года, съ жалобами на постоянное произвольное отдѣленіе мочи и боль во влагалищѣ.

Въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ. Семнадцати лѣтъ вышла замужъ и только черезъ годъ послѣ замужества у нея въ первый разъ появились крови, длились 6 дней, безъ всякихъ болей и въ умѣренномъ количествѣ, а затѣмъ начали появляться регулярно черезъ каждый мѣсяцъ и протекали такъ же, какъ и въ первый разъ. За время своего 17-лѣтняго замужества рожала 7 разъ. Всѣ беременности протекали совершенно правильно, безъ всякихъ осложнений; точно также и первые 6 родовъ прошли совершенно нормально и окончились силами природы, хотя всѣ они, по словамъ больной, были продолжительны и ей приходилось рожать каждый разъ не менѣ трехъ сутокъ. Всѣхъ дѣтей кормила сама по 1½ года и была вполне здорова вплоть до послѣднихъ 7 родовъ, происходившихъ въ концѣ августа 1886 года и оконченныхъ врачомъ, судя по рассказамъ больной, поворотомъ и извлеченіемъ мертвago младенца на 4-й день послѣ начала ихъ. На пятый день послѣ родовъ больная замѣтила отсутствіе позывовъ къ мочеиспусканію, увеличеніе количества послѣродовыхъ отдѣленій и мочевого запаха, который приобрѣли эти отдѣленія. 9 декабря 1886 года больная поступила въ акушерскую клинику, гдѣ послѣ долгихъ, остававшихся безплодными, попытокъ расширить рукавъ надрѣзами рубцовъ и предварительнаго уничтоженія налетовъ была произведена *colporrhaphia transversa* въ средней трети рукава, за невозможностью закрыть инымъ путемъ огромнаго дефекта въ пузырно-рукавной перегородкѣ. 23/III 1887 г. больная выписалась изъ клиники въ относительно удовлетворительномъ состояніи, т. е. произвольное отдѣленіе мочи прекратилось, хотя явленія катарра пузыря прошли не вполне. Вскорѣ, по возвращеніи больной домой, у нея опять появилось произвольное отдѣленіе мочи черезъ рукавъ, со всѣми прежними побочными явленіями: экземой наружныхъ половыхъ частей и проч., вслѣдствіе чего больная вторично поступила въ клинику 17/XI 1887 года.

М. Кл. 154 сантиметра ростомъ, умѣреннаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой нѣсколько атрофированы. Грудные

³⁾ Числа написанныя въ скобкахъ арабскими цифрами обозначаютъ номеръ клинической исторіи болѣзни, приводимой здѣсь въ извлеченіи.

и брюшные органы отступленийъ отъ нормы не представляютъ. Брюшныя стѣнки тонки, дряблы, кожа на нихъ покрыта множествомъ старыхъ рубцовыхъ полосъ. На ягодицахъ и наружныхъ половыхъ частяхъ замѣчается краснота и экзематозная, сильно зудящая сыпь. При внутреннемъ изслѣдованіи палецъ, войдя въ рукавъ всего сантиметра на 4, натывается на перегородку (прежняя *colporrhaphia transversa*), съ правой стороны которой имѣется отверстие съ мозолистыми краями, пропускающее конецъ пальца. При осмотрѣ зеркалами находимъ отверстие величиной съ десятикопѣечную серебряную монету, изъ котораго вытекаетъ моча; вокругъ этого отверекія и на стѣнкахъ нижняго сегмента рукава замѣчаются сѣровато-бѣлыя пленки, состоящія изъ солей мочи. Собранная въ небольшомъ количествѣ моча мутна, щелочной реакціи, интенсивнаго желтовато-краснаго цвѣта, съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ разложившейся мочи, содержитъ бѣлокъ и много форменныхъ элементовъ: красные и бѣлые кровяные шарики, гнойныя тѣльца и эпителий пузыря и рукава.

Со дня поступления и вплоть до операціи, произведенной 17/xii 87, больной производилось постоянное орошеніе рукава, сначала 2%, а потомъ, когда исчезнушіе было налеты опять появились, 5% растворомъ борной кислоты. Послѣоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно и до 26/xii больная или мочилась произвольно, или моча (въ первые дни) выводилась катетеромъ. 26/xii замѣчено было, что моча просачивается черезъ зашитую фистулу и возлѣ швовъ начали вновь образовываться налеты. Поэтому, съ 27/xii назначено было, до окончательнаго снятія швовъ, постоянное орошеніе, продолжавшееся до 4/i 88 г., когда оно было замѣнено полуваннами и частыми рукавными душами изъ 4% раствора борной кислоты. 22/i 88 г. при осмотрѣ больной зеркалами, кромѣ первой фистулы съ правой стороны, пропускавшей палецъ, обнаружено еще и второе отверстие, съ лѣвой стороны пропускавшее зондъ Шульца № 3-й. 24/i произведена была вновь операція. Результатомъ этой второй операціи было: полное заживленіе лѣвой, большей фистулы и неполное правой; на правой сторонѣ осталось небольшое отверстие едва пропускавшее тонкій хирургическій зондъ. Предложена была больной новая попытка зашить оставшееся отверстие, но больная не согласилась и выписалась изъ клиники 20/ii 88 г. Явленія катарра пузыря однако исчезли. Выдѣлявшаяся моча была прозрачна, свѣтло-желтаго цвѣта, кислой реакціи, ни бѣлка, ни форменныхъ элементовъ не содержала. Налетовъ на стѣнкахъ рукава также не было.

Считаю нужнымъ тутъ же отмѣтить, что замѣна въ только что приведенномъ случаѣ постояннаго орошенія полуваннами и душами, съ 4 по 24 января 1888 года, произведена была не потому, что орошеніе не оказывало желаемаго дѣйствія, а потому, что и этихъ послѣднихъ оказалось совершенно достаточнымъ для поддержанія чистоты рукава, послѣ того какъ катарръ пузыря уменьшился и, благодаря предшествовавшему постоянному орошенію, стѣнки рукава совершенно очистились отъ налетовъ.

II. (40). Оекла Ц....ва, 48 лѣтъ, казачка, поступила въ клинику 1-го сентября 1890 года, съ жалобами на кровотеченія изъ половыхъ органовъ.

Больная происходит из здоровой семьи и до настоящего заболѣванія всегда пользовалась прекраснымъ здоровьемъ. Менструировать начала на 17 году, всегда правильно черезъ 4 недѣли на 5, по 4 дня, безъ болей. За время своего 30 лѣтняго замужества рожала 12 разъ; роды протекали всегда безъ всякихъ осложнений. Послѣдній разъ рожала 15 лѣтъ тому назадъ. Послѣдній разъ менструировала 3 года назадъ и съ тѣхъ поръ кровей у нея больше не было. Осенью 1889 года больная была въ банѣ, гдѣ по ея просьбѣ, какая то бабка правила ей животъ; результатомъ этой то правки живота, какъ полагаетъ больная, и было появленіе кровотеченій изъ половыхъ органовъ и болей внизу живота. Кровотенія по словамъ больной почти не прекращались со времени заболѣванія, а если и бывали короткіе свѣтлые промежутки въ 4—5 дней, то въ это время появлялось обильное отдѣленіе зловонныхъ бѣлей. Лѣчилась все время у разныхъ бабокъ травами, нашептываніями и правленіемъ живота и наконецъ обратилась за помощью въ клинику.

Ө. Ц. 155 сантиметровъ ростомъ, 165 ф. вѣсомъ, крѣпкаго тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты; кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудные и брюшные органы отстуженій отъ нормы не представляютъ. При бимануальномъ гинекологическомъ изслѣдованіи найдено: *portio vaginalis uteri* плотна, бугриста, неправильной формы, легко кровоточитъ при дотрагиваніи; матка увеличена (кулака въ два), подвижность ея уже нѣсколько ограничена; въ лѣвой широкой связкѣ, точно также какъ и въ крестцово-маточныхъ связкахъ замѣчается начинающаяся инфильтрація ткани. Поставленъ былъ діагнозъ рака тѣла и шейки матки и больной предложена экстирпація матки, какъ единственное болѣе или менѣе вѣрное средство къ излѣченію. 19/x 1890 г. больной была произведена операція удаленія матки по способу *Freund'a*, модифицированному *Rydygier'*омъ, т. е. удаленіе начато со стороны рукава и окончено *per laparotomiam*. При отсепаровкѣ сводовъ и отдѣленіи пузыря отъ шейки матки нарушена была цѣлость пузыря, такъ какъ клѣтчатка между пузыремъ и маткой, да и самая стѣнка мочевого пузыря оказались уже измѣненными. Послѣоперационный уходъ, несмотря на образовавшуюся *vesico-vaginal'*ную фистулу, состоялъ въ ежедневной перемѣнѣ повязки и въ тщательной дезинфекціи рукава во время перевязокъ. Такъ какъ на стѣнкахъ рукава начали образовываться ссадины и налеты, то съ 1 ноября и вплоть до 18/хл 91 г., для зашиванія фистулы, больной производилось постоянное орошеніе рукава, то 4% растворомъ борной кислоты, то растворомъ салициловой кислоты съ салицилово-кислымъ натріемъ 1:1500. Отъ времени до времени орошеніе прерывалось съ цѣлью дать отдыхъ больной. Благодаря такому лѣченію операционное поле удалось сохранить чистымъ вплоть до того времени, когда больная на столько окрѣпла отъ 1-й операціи, что ей можно было произвести *fistulorrhaphi'*ю. 3/iv 1891 года, больная выписалась изъ клиники вполне здоровой. Никакихъ признаковъ рецидива новообразованія не замѣчалось и фистула пузыря зажила *per primam intent*.

III. (44). Евфросинья Бр...лова, крестьянка, 30 лѣтъ, поступила въ клинику 1 сентября 1890 года.

Въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла. Менструировать начала на 17 году, Мѣсячныя были всегда правильны, появлялись черезъ 4 недѣли на 5, продолжались по 4 дня и были всегда безболѣзненны, такой же характеръ имѣли мѣсячныя и по выходѣ больной замужъ. За время своего 11 лѣтняго замужества рожала 4 раза. Послѣдніе роды были 2 года тому назадъ, продолжались нѣсколько дней и окончены были земскимъ врачомъ поворотомъ и извлеченіемъ мертвaго плода. Послѣ этихъ то родовъ больная начала страдать произвольнымъ отдѣленіемъ мочи. Полгода тому назадъ ей была произведена однимъ изъ врачей операція зашиванія фистулы, но безъ успѣха, почему больная и явилась въ клинику искать помощи.

Е. Б. 152 с. ростомъ, 145 ф. вѣсомъ; костная система хорошо развита, мускулатура и подкожный жирный слой атрофированы, кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудные и брюшныя органы нормальны. Наружныя половыя органы въ своемъ развитіи отступленій отъ нормы не представляютъ, покрыты экзематозной сыпью; такая же сыпь существуетъ на внутренней поверхности бедеръ и на ягодицахъ. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ, что рукавъ укороченъ и просвѣтъ его нѣсколько сжуженъ рубцами, стѣнки рукава чувствительны; своды, за исключеніемъ задняго, мелки. На передней стѣнкѣ рукава, въ области передняго свода имѣется отверстие, свободно пропускающее палецъ и ведущее въ мочевою пузырь; края фистулы мозолисты. При осмотрѣ зеркаломъ вокругъ фистулезнаго отверстия и на различныхъ участкахъ стѣнокъ рукава видны налеты и ссадины. *Portio vaginalis uteri* изуродованна: передней губы нѣтъ, задняя же существуетъ. Тѣло матки и ея придатки отступленій отъ нормы не представляютъ. Моча мутна, щелочной реакціи, содержитъ гнойныя клѣтки, эпителий рукава и мочеваго пузыря.

Въ теченіе трехъ недѣль больной дѣлали ежедневно полуванны, рукавныя души изъ 4% раствора *Acid. borici* и промывался два раза, въ день пузырь растворомъ *Acid. et Natrii salicylici* 1:1500; кромѣ того по временамъ удалялись механически (кюреткой) налеты и образовавшіяся ссадины прижигались *t-ra jodi, solut. zinci chlorati* 20% etc, но ничто не помогало и черезъ три недѣли по поступленіи больной еѣ все таки пришлось оперировать при не вполне очистившемся операціонномъ полѣ. Тщательно удаливъ механическимъ путемъ налеты, края фистулы были окрававлены и сшиты, но уже на пятый день швы нагноились и прорѣзались, края зашитой фистулы разошлись и на нихъ опять появились налеты. Больной послѣ этого было назначено постоянное орошеніе рукава изъ 2% раствора *Acid. boracici* и уже черезъ недѣлю операціонное поле совершенно очистилось: налеты исчезли, ссадины покрылись свѣжимъ эпителиемъ и болѣзненность стѣнокъ рукава была вполне устранена. Больную оперировали еще 3 раза и только за четвертымъ разомъ удалось достигнуть полнаго заживленія фистулы. Въ промежуткахъ между операціями больной производилось постоянное орошеніе рукава и тѣмъ удавалось сохранять операціонное поле свободнымъ отъ налетовъ. Больная выписалась изъ клиники 5/IV 91 года, какъ уже сказано, вполне освободившись отъ своего тяжкаго страданія.

IV. (68). Мавра Г... съ, мѣщанка, православная, 20 лѣтъ, поступила въ клинику 11/х 1890 года.

Въ раннемъ дѣтствѣ больная страдала золотухой, хотя сама этого не помнитъ, но въ общемъ пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Мѣсячныя появились у нея на 15 году и съ тѣхъ поръ приходили у нея всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю, длились по 6 дней, были обильны и сопровождалась болями внизу живота. Замужемъ уже четыре года. Годъ тому назадъ родила силами природы мертвого доношеннаго младенца (лицевое предлежаніе). Роды были трудные и продолжались 4 дня. Послѣдствіемъ этихъ то родовъ и было настоящее ея страданіе, заключающееся въ произвольномъ истеченіи мочи.

М. Г. 148 с. ростомъ, 129 фунт. вѣсомъ, слабого тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой умѣренно развиты; кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Грудные и брюшные органы нормальны. Тазъ общемалый, рахитическій: всѣ наружныя размѣры уменьшены сантиметра на три. Наружныя половыя органы отступленій отъ нормы не представляютъ; на промежности замѣчается рубецъ отъ бывшаго, но зашитаго, разрыва промежности второй степени. При введеніи катетера въ мочевою каналъ онъ, войдя сантиметровъ на пять, натывается на зарощенный внутренній конецъ уретрае. Изслѣдованіе пальцемъ и зеркалами обнаруживаетъ присутствіе пузырьно-рукавнаго свища овальной формы, имѣющаго въ поперечникѣ 1—1½ сантиметра; на задней стѣнкѣ рукава имѣются садины, а вокругъ фистулезнаго отверстия ткань импрегнирована солями мочи и покрыта налетами. Микроскопическое изслѣдованіе этихъ налетовъ показало присутствіе огромнаго количества низшихъ организмовъ, между которыми въ значительномъ количествѣ попадались и стрептококки, кромѣ того, обнаружено большое количество мочекислыхъ солей, слизи, гнойныхъ тѣлецъ, бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ и эпителий рукава. Матка и ея придатки, кромѣ надрывовъ во влагалищной части, ничего особеннаго не представляютъ. Моча нейтральной реакціи, бѣлка и сахара не содержитъ.

Съ 15-го октября и по 10 ноября (дня операціи) больной производилось постоянное орошеніе черезъ пузырь 4% растворомъ Acid. borici, для чего зарощенный конецъ уретры былъ предварительно вскрытъ ножомъ. Уже черезъ 7 дней послѣ начала орошенія налеты начали уменьшаться, а къ 10 ноября операціонное поле было совершенно очищено и окружающія ткани имѣли вполне нормальный видъ. Больная послѣ двукратной фистулорафіи (10/xi и 23/xi) выписалась изъ клиники 5-го апрѣля 1891 года совершенно здоровой.

Первымъ толчкомъ къ тому, чтобы производить постоянное орошеніе черезъ пузырь, былъ данъ, такимъ образомъ, только что изложеннымъ случаемъ, въ которомъ мы имѣли зарощенный внутренній конецъ уретры. Необходимость воспрепятствовать вторичному зарощенію вскрытаго внутренняго конца уретры побудило отступить отъ практиковавшагося ранѣе способа орошенія рукава и примѣнить здѣсь орошеніе черезъ пузырь.

V. (22). Вѣра Бѣл...ва, крестьянка 28 лѣтъ, поступала въ клинику два раза въ теченіи 1893 года: первый разъ въ весеннемъ семестрѣ (9 III) и выписалась изъ клиники 21/V 93 г., а второй разъ въ осеннемъ (8 IX) и выписалась 28-го ноября 1893 года.

Изъ распросовъ больной при первомъ ея поступленіи въ клинику мы узнаемъ, что въ дѣтствѣ она страдала золотухой и перенесла корь и скарлатину. Менструируетъ съ 14 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 3—4 дня, безъ болей (послѣ родовъ крови идутъ 1—2 дня). Замужемъ уже 9 лѣтъ. Рожала всего 1 разъ, восемь лѣтъ тому назадъ. Роды были срочные и не особенно трудные, но на третій день послѣ родовъ встала съ постели и благодаря этому проболѣла 6 мѣсяцевъ. 20-го іюля 1892 года заболѣла тяжелой формой азиатской холеры, такъ что 6 сутокъ была, по ея словамъ, безъ сознанія, а когда пришла въ себя, то замѣтила, что какъ моча, такъ и фекальныя массы отдѣляются непроизвольно *per vaginam*. Холера перешла, повидимому, въ тифоидъ (больная говоритъ о тифѣ) и В. Б. пролежала въ постели еще больше мѣсяца, прежде чѣмъ считать себя вполне выздоровѣвшей отъ холеры. Непроизвольное отдѣленіе мочи и фекальныхъ массъ продолжалось, однако, и по выздоровленіи больной, почему она и обратилась за помощью въ клинику.

В. Б. средняго роста, умѣренного тѣлосложенія; мускулатура и подкожный жирный слой удовлетворительно развиты. Грудные и брюшные органы нормальны. Тазъ плоскій. Наружныя половыя части, кромѣ явленій раздраженія, постоянно выдѣляющейся мочей, ничего особеннаго не представляютъ. Небольшой разрывъ промежности. Внутреннее гинекологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ существованіе большой *recto* и *vesico-vaginal'*ной фистулы, при чемъ передняя стѣнка влагалища почти вся отсутствуетъ. Просвѣтъ рукава суженъ; на стѣнкахъ рукава множество рубцовъ, идущихъ въ различныхъ направленіяхъ. Матку прощупать черезъ рукавъ не удастся.

Больной при первомъ ея поступленіи въ клинику два раза была произведена *fistulorrhaphia* (9/IV и 12/V) и послѣдствіемъ ихъ было почти полное закрытіе *recto-vaginal'*ной фистулы,—фистула же мочевого пузыря осталась въ томъ же видѣ, какъ и до поступленія въ клинику.

Осенью, какъ уже сказано, больная вновь поступила въ клинику, но уже въ крайне запущенномъ состояніи: экзема на наружныхъ половыхъ частяхъ, садны и налеты на стѣнкахъ рукава и слизистой оболочкѣ пузыря. Ежедневныя полуванны, частыя души, тампоны съ іодоформенной мазью, *ol. terebinthinae* etc., болѣе двухъ недѣль (съ 8 по 25 ноября), примѣнявшіеся съ цѣлью очищенія операціоннаго поля отъ налетовъ, были поочередно испробованы, но все оказывалось безъ полезнымъ. Тогда перешли къ постоянному орошенію черезъ пузырь 4% растворомъ борной кислоты и въ теченіе 5 дней всѣ налеты исчезли. 30 сентября больной была произведена операція зашиванія половой щели (*episiocleisis cum fistula rectovaginale artificiale*), такъ какъ зашить *vesico-vaginal'*ную фистулу не было никакой возможности. Больная выписалась изъ клиники 28/X вполне довольная своей судьбой, такъ какъ была избавлена отъ непроизвольнаго истеченія мочи и прекрасно испражнялась таковую произвольно *per anum* разъ 5—6 въ сутки.

VI. (74). Елена Кор...на, крестьянка, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 7 октября 1893 года.

Больная въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ и никогда ничѣмъ не болѣла. Менструируетъ съ 18 лѣтъ, всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4, по 4—5 дней, безъ болей. 19 лѣтъ вышла замужъ. За время своего замужества рожала 10 разъ. Изъ 10 дѣтей 4 родились мертвыми, но вполне доношенными. Послѣдніе роды были три года тому назадъ, длились 4 сутокъ и результатомъ ихъ получилось произвольное отдѣленіе мочи *per vaginam*.

Е. К. 157 с. ростомъ, 144 ф. вѣсомъ, мускулатура и подкожный жирный слой хорошо развиты. Грудные и брюшные органы отступленій отъ нормы не представляютъ. Наружнія половыя части, точно также какъ и кожа ягодицъ и бедеръ покрыты экзематозной сыпью. Гинекологическимъ изслѣдованіемъ какъ ручнымъ, такъ и зеркалами констатируется существованіе пузырно-рукавного свища около 1 с. въ діаметръ; вокругъ фистулы и на стѣнкахъ рукава существуютъ налеты сѣровато-желтаго цвѣта. Моча щелочной реакціи, мутна, съ сильнымъ зловоннымъ запахомъ.

Е. К. въ теченіе трехъ недѣль лѣчилась въ качествѣ амбулаторной больной, при чемъ ей ежедневно тщательно промывался пузырь и рукавъ, механически (ложечкой) удалялись налеты, производились прижиганія ссадинъ *Argent. nitr.* или *T-га jodi* и вводились въ рукавъ тампоны съ *Ol. terebinthinae*, іодоформенной мазью и проч., но все это нисколько не уменьшало налетовъ. 7 октября больная была принята въ клинику, гдѣ ей, кромѣ прежней терапіи, производились ежедневно полуванны, частыя рукавныя души и назначались различныя внутреннія средства, но положеніе больной нисколько не улучшалось и налеты по прежнему прололжали существовать. Больная потеряла сонъ и аппетитъ, а главное—она начала терять надежду когда либо избавиться отъ своихъ страданій. Съ 12 ноября больной начали примѣнять постоянное орошеніе. Уже послѣ первыхъ 2—3 дней налеты начали уменьшаться и самочувствіе больной улучшилось (уменьшились боли въ области пузыря и въ рукавѣ, появился сонъ и аппетитъ etc.), а къ 24 ноября операціонное поле совершенно очистилось и тѣни имѣли совершенно нормальный видъ. 26/хт больной произведена операція зашиванія фистулы, а 10/хп она выписалась совершенно здоровой.

VII. (90). Анна Брех...ва, крестьянка, 40 лѣтъ, поступила въ клинику 27/хт 93 года.

Въ дѣтствѣ кромѣ лихорадки ни чѣмъ особымъ не болѣла. Менструируетъ съ 20 лѣтъ, всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4, по 3 дня, съ небольшими болями внизу живота. Замужъ вышла 19 лѣтъ. За время своего злужества рожала 9 разъ въ срокъ и одинъ разъ абортировала на 4 мѣсяцѣ. Послѣдній разъ рожала въ іюнѣ 1893 года. Роды длились 3 сутокъ. Присутствовавшая при этихъ родахъ простая бабка пыталась ей помочь и нѣсколько разъ вводила всю руку въ вагину.

А. Б. небольшого роста, умѣреннаго тѣлосложенія, рахитка, мускулатура и подкожный жирный слой удовлетворительно развиты; грудные и брюшные органы нормальны. Половая щель зияетъ вслѣдствіе надрыва промежности 1-й степени; изъ рукава безпрерывно выдѣляется моча.

Эритема наружныхъ половыхъ частей, кожи бедеръ и промежности. Стѣнки рукава ослаблены; просвѣтъ рукава кверху суживается, переходя подъ конецъ въ небольшое фистулезное отверстіе, не пропускающее конца пальца и ведущее при болѣе точномъ изслѣдованіи въ мочевоу пузырь. Матки *per vaginam* прощупать не удается и только наружной рукой возможно опредѣлить едва ощутимыя контуры, отклоненной вправо отъ средней линіи, матки, при чемъ изслѣдующій палецъ долженъ сильно надавливать на конецъ слѣпаго мѣшка, которымъ оканчивается рукавъ нѣсколько выше фистулезнаго отверстія.

Съ 28-го ноября больной начали производить постоянное орошеніе черезъ пузырь растворомъ *kalii hypermangan.* 1:10000, а къ 12/xii стѣнки рукава совершенно очистились отъ налетовъ. 13/xii больной была произведена *fistulorrhaphia*, но на третій день моча начала просачиваться *per vaginam* и когда на 7-й день швы были сняты, то оказалось, что фистула заросла только отчасти и моча продолжаетъ выдѣляться по прежнему черезъ рукавъ; кромѣ того, вокругъ оставшейся фистулы появились налеты и гранулирующіе края фистулы начали импрегнироваться солями мочи. 23/xii было вновь назначено постоянное орошеніе, а 28/xii операціонное поле было настолько очищено, что возможно уже было вторично приступить къ операціи. Больная выписалась изъ клиники 17/ii 94 года вполне здоровой. Столь продолжительное пребываніе больной въ клиникѣ, послѣ второй операціи, зависѣло отъ оставшагося еще, хотя и въ слабой степени, катарра пузыря, который туго подавался лѣченію.

VIII. (26). Прасковья Бал...ть, крестьянка 26 лѣтъ, поступила въ клинику 6-го марта 1894 года.

Въ раннемъ дѣтствѣ перенесла оспу, а въ 10 лѣтъ страдала круглыми глистами. Кромѣ только что названныхъ болѣзней ничѣмъ не страдала и всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Менструируетъ съ 20 лѣтъ всегда правильно, черезъ 3 недѣли на 4-ю, по 3 дня безъ болей. За время своего шестилѣтняго замужества рожала всего одинъ разъ, два съ половиною года тому назадъ. Роды были срочные, продолжались 7 дней и окончились силами природы рожденіемъ мертвого младенца. Въ тотъ же день больная замѣтила, что моча отдѣляется у нея произвольно *per vaginam*. Оправившись послѣ родовъ, больная обратилась за совѣтомъ къ врачу и тотъ направлялъ ея въ Харьковъ, но за неимѣніемъ средствъ она принуждена была отложить свое лѣченіе до настоящаго времени. Со времени заболѣванія мѣсячныя не появлялись болѣе.

П. Б. небольшого роста, умѣреннаго тѣлосложенія, анемична. Грудные и брюшные органы нормальны. Тазъ общемалый (всѣ наружныя размѣры уменьшены на два сантиметра). Наружныя половыя части отечны и покрыты экзематозной сыщью. Передняя стѣнка рукава разрушена почти на всемъ своемъ протяженіи, отъ уретры остался только небольшой мостикъ около $\frac{1}{2}$ сантиметра шириной. *Vagina* кверху воронкообразно суживается кольцевиднымъ рубцомъ, такъ что все влагалище представляетъ плотную неподатливую воронку, проходимую только для одного пальца. Отверстіе, ведущее въ пузырь едва пропускаетъ конецъ пальца, края его толсты, мозолисты. Стѣнки *vaginae* и

слизистая оболочка пузыря покрыты сѣровато-желтымъ налетомъ. Моча щелочной реакціи, мутна, съ рѣзкимъ зловоннымъ запахомъ.

Съ 7-го марта и по день операціи 22-го больной производилось постоянное орошеніе черезъ пузырь, но уже къ 16-му налеты совершенно исчезли и ткани приобрѣли совершенно нормальный видъ. 22-го апрѣля больной произведена операція зашиванія полой щели (*episioleisis cum fistula rectovaginale artificiale*) и въ настоящее время больная чувствуетъ себя пока удовлетворительно: швы лежатъ хорошо, аппетитъ и сонъ порядочны, температура и пульсъ нормальны.

Изъ приведенныхъ только что случаевъ видно, что всѣ они почти принадлежали къ числу крайне тяжелыхъ травматическихъ поврежденій родовыхъ путей. Только въ случаяхъ I, III, IV, VI, и VII возможно было, хотя и съ большимъ трудомъ, непосредственное сшиваніе оживленныхъ краевъ фистулы, въ случаѣ же первомъ пришлось произвести *colporrhaphiam transversam*, а въ случаѣ V и VIII даже зашиваніе полой щели съ образованіемъ *recto-vaginal'*ной фистулы.

Подобные тяжелые случаи обыкновенно чаще всего и имѣютъ склонность осложняться налетами на слизистой оболочкѣ мочевого пузыря и на стѣнкахъ вагины, а кромѣ того, всегда сопровождаются гнойнымъ катарромъ пузыря, иногда же осложняются и *pyelit'*ами. Налеты эти, по своему внѣшнему виду напоминающіе дифтеритическія пленки, никоимъ образомъ нельзя считать простымъ отложеніемъ мочевыхъ солей на поверхности слизистой оболочки, такъ какъ, во первыхъ, слизистая оболочка подъ этими налетами всегда оказывается изъязвленной, а во вторыхъ, сами перепонки состоятъ не изъ однихъ только солей мочи, но содержатъ также и клѣточный распадъ, гнойныя тѣльца, эпителий слизистой оболочки пузыря или рукава и безчисленное множество различныхъ микроорганизмовъ, между которыми всегда можно найти и *streptococcus pyogenes*.

Этими то свойствами налетовъ и осложненіями со стороны мочевыхъ путей и объясняется та стойкость, то упорство, съ которымъ налеты на стѣнкахъ рукава противустоятъ обыкновенному лѣченію.

Первое время въ нашей клиникѣ больнымъ производилось постоянное орошеніе рукава ⁴⁾, съ осени же 1890 года постоянное орошеніе начали производить черезъ пузырь.

⁴⁾ См. исторіи № I, II и III.

Опытъ показалъ, что орошеніе мочевого пузыря гораздо рациональнѣе и значительно быстрѣе приводитъ къ цѣли, чѣмъ орошеніе вагины. Впрочемъ, къ вопросу о томъ, чѣмъ обусловливается столь благотворное дѣйствіе постоянного орошенія черезъ мочевой пузырь, я еще возвращусь нѣсколько ниже.

Что касается техники устройства постояннаго орошенія, то въ нашей клиникѣ оно производится слѣдующимъ образомъ:

На обыкновенную желѣзную кровать кладется набитый соломой или сѣномъ матрасъ, на немъ нашивается гуттаперчевая клеенка и приблизительно въ срединѣ матраса продѣлывается отверстіе (края отверстія обшиваются тою же клеенкой) на столько большое, чтобы черезъ него можно было провести круглое маточное зеркало молочнаго стекла средней величины. Зеркало, благодаря своему разтрубу, прекрасно удерживается въ матрасѣ и не проскальзываетъ черезъ отверстіе. Къ отверстию матраса образуется небольшой скатъ, такъ что зеркало помѣщается какъ бы въ углубленіи. Больная укладывается въ устроенную такимъ образомъ постель на спинѣ; ягодицы ея должны приходиться надъ отверстіемъ въ матрасѣ. У ногъ больной, на высотѣ приблизительно одного аршина надъ кроватью, вѣшается обыкновенная стеклянная кружка Эсмарха; больной вводится черезъ уретру въ мочевой пузырь женскій металлическій или обыкновенный Нелатоновскій катетеръ, который при посредствѣ дренажной трубки и крана, служащаго для урегулированія быстроты истеченія жидкости, соединяется съ трубкой идущей отъ кружки. Затѣмъ, въ кружку Эсмарха наливается какой либо слабо дезинфицирующій растворъ въ $+ 35^{\circ} - 40^{\circ}$ по Реомюру ⁵⁾, край устанавливается такъ, чтобы жидкость вытекала очень тонкой, слабой струей, или даже только быстро слѣдующими другъ за другомъ каплями. Налитый въ кружку дезинфицирующій растворъ, попадая черезъ катетеръ въ полость мочевого пузыря, вытекаетъ обратно черезъ фистулезное отверстіе въ рукавъ, а оттуда выдѣляется наружу на матрасъ обшитый клеенкой, на которомъ лежитъ больная; съ клеенки же, черезъ вставленное въ

⁵⁾ *Примѣчаніе.* Медленно вытекающая жидкость успѣваетъ значительно охладиться, прежде чѣмъ дойдетъ до полости пузыря.

матрасъ зеркало, служащее отводной трубкой, жидкость собирается въ ведро или другой какой либо сосудъ, поставленный подъ кроватью больной. По мѣрѣ истеченія жидкости въ кружку Эсмарха подливается все новый и новый растворъ, такъ что орошеніе идетъ непрерывно.

Разъ или два въ сутки катетеръ вынимается, вымывается въ тепломъ карболовомъ растворѣ, очищается отъ приставшей къ нему слизи и вновь вводится въ пузырь. Для того, чтобы катетеръ не выскальзывалъ изъ уретры и пузыря, его или прикрѣпляютъ ниткой, идущей отъ катетера черезъ лобокъ къ поясу больной (металлическій катетеръ), или же полоской липкаго пластыря—къ внутренней поверхности верхней части бедра (Нелатоновскій катетеръ). Укрѣпленный такимъ образомъ катетеръ не выскальживаетъ даже и тогда, если больная производитъ движенія ногами: сгибаніе и разгибаніе ногъ, отведеніе и приведеніе бедеръ и проч.

Я описалъ технику производства постоянного орошенія такъ, какъ оно производится у насъ въ клиникѣ. Само собою разумѣется, что всѣ вышеописанныя приспособленія далеки отъ совершенства и тамъ, гдѣ средства позволяютъ, оно можетъ быть обставлено значительно тщательнѣе и совершеннѣе.

Постоянное орошеніе переносится больными обыкновенно очень легко: онѣ не только не жалуются на какія либо неприятности, причиняемыя торчащимъ въ уретрѣ катетеромъ, но уже спустя два три дня сами заявляютъ, что боли въ области пузыря и въ вагинѣ сдѣлались гораздо меньше, часто мучающія ихъ головныя боли и лихорадочное состояніе (послѣдствія катарровъ пузыря и мочеточниковъ) исчезли, сонъ и аппетитъ улучшились и т. п. Единственное на что онѣ жалуются первое время, это—на вынужденное положеніе и постоянное пребываніе въ постели, но и къ нему онѣ очень скоро привыкають и уже спустя нѣсколько дней обыкновенно и этого отъ нихъ не слышишь.

Впрочемъ, нѣтъ и особой надобности держать больную постоянно на спинѣ и можно ей разрѣшить лежать отъ времени до времени на боку, заложивъ между колѣнъ валикъ и подушку, для того чтобы трубка, идущая отъ кружки Эсмарха, не сжималась между бедрами больной и, такимъ образомъ,

не прерывалось орошение. Словомъ, если больная при постоянномъ орошеніи лежитъ на боку, то она должна лежать съ разведенными и нѣсколько пригнутыми къ животу бедрами.

Относительно средствъ, употреблявшихся для постоянного орошенія, мною уже упомянуто въ нѣкоторыхъ изъ приведенныхъ исторій болѣзни, что таковыми служили: *Acidum boracicum*, *Acidum et Natrium salicylicum* и *Kalium hypermanganicum*. Концентрація употреблявшихся растворовъ этихъ средствъ была такова: *Acid. borac.* 2^o/_o—4^o/_o, *Acid. salicyl. + Natr. salicyl. ana* 1:1500 и *Kalii hypermang.* 1:10000. Изъ всѣхъ этихъ средствъ, на сколько мнѣ лично удалось замѣтить, наилучшее дѣйствіе, въ смыслѣ быстроты очищенія операціоннаго поля, оказывалъ растворъ борной кислоты. Если борная кислота у насъ и замѣнялась иногда другими средствами, то это дѣлалось не потому, чтобы мы были недовольны оказываемымъ ею дѣйствіемъ, а просто отчасти въ видахъ экономіи въ средствахъ, отчасти же въ видахъ эксперимента.

Врядъ ли есть какая либо надобность въ объясненіи причинъ того блестящаго эффекта, который даетъ намъ постоянное орошение черезъ пузырь при подготовительномъ лѣченіи больныхъ, одержимыхъ мочевыми свищами. Вся суть его, по моему мнѣнію, заключается въ томъ, что жидкость, протекая черезъ пузырь и постоянно орошая его слизистую оболочку, быстро уничтожаетъ катарръ пузыря; вытекая же изъ пузыря черезъ рукавъ, способствуетъ болѣе быстрому удаленію мочи и не позволяетъ ей долго застаиваться и разлагаться въ вагинѣ. вмѣстѣ съ тѣмъ, токъ дезинфицирующей жидкости растворяетъ образовавшіеся уже раньше налеты, выноситъ успѣвшія отложиться на слизистой оболочкѣ соли мочи и способствуетъ заживленію сеадинъ.

IV.

ИЗЪ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОТДѢЛЕНІЯ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА.

Случай излѣченія порочнаго развитія мочеиспускательнаго канала осложненнаго недержаніемъ мочи.

А. А. Драницына.

1898 г. 28/xi, въ Клиническій Институтъ поступила дѣвочка 9 лѣтъ З. И. Т., для излѣченія отъ полнаго недержанія мочи, которымъ она страдаетъ, по заявленію родственниковъ, съ самаго рожденія. Другихъ какихъ-либо болѣзней не имѣла. На видъ больная правильно развита и имѣетъ соотвѣтствующій возрасту ростъ. При осмотрѣ же мочеполовыхъ органовъ оказываются слѣдующія отклоненія отъ нормы (см. приложенный рисунокъ): большія губы нормальной величины, но не имѣютъ соединенія въ верхней своей части. Если раздвинуть большія губы, то на внутренней сторонѣ каждой изъ нихъ, въ верхней части, находится образованіе, нѣсколько напоминающее ростокъ бобоваго сѣмени, болѣе острымъ концомъ обращенное внизъ и кнаружи. Эти образованія суть ничто иное какъ двѣ половины расчепленнаго клитора. Кнаружи и кверху отъ нихъ находится съ каждой стороны складочка кожи, которую можно принять за одну изъ половинокъ расчепленнаго *praeputium*. Нѣсколько ниже *praeputium* находится также съ обѣихъ сторонъ вторая складочка, меньшей величины, которую можно считать за *frenulum* клитора. Ниже этой послѣдней и болѣе кнаружи выступаютъ слабо развитыя малыя губы. Эти образованія расположены симметрично, такъ что, если соединить, то составляютъ какъ бы одно цѣлое.

Между малыми губами и немного ниже клитора, если соединить большія губы, находится наружное отверстіе мочеваго канала, которое представляется зіяющимъ и имѣетъ круглую форму; стѣнки очень тонки; діаметръ его равняется $3\frac{1}{2}$ —4 мм.; въ просвѣтѣ видна моча, поверхность которой колеблется въ зависимости отъ дыхательныхъ движеній, при перемѣщеніи большой моча выливается.

Сравнивая данное отверстие съ нормальнымъ, мы находимъ слѣдующее различіе: во 1-хъ, нормальное отверстие мочеваго канала представляеть собою закрытое, вертикально поставленное, овальное отверстие, въ нашемъ же случаѣ круглое, и зіяющее во 2-хъ, стѣнки уретры, постепенно утолщаясь, вокругъ наружнаго отверстия образуютъ выступъ болѣе рѣзко выражающійся въ нижней части въ видѣ бугорка, въ нашемъ же случаѣ весьма тонкія края наружнаго отверстия прямо, безъ выступа или валика, переходятъ въ нѣжную кожицу, покрывающую наружные органы; въ 3-хъ, въ нормальномъ отверстіи видны складки, въ нашемъ случаѣ складки почти совсѣмъ отсутствуютъ.

Діаметръ наружнаго отверстия мочеиспускательнаго канала для взрослой женщины въ среднемъ равняется 5 мм., въ нашемъ случаѣ = $3\frac{1}{2}$ —4 мм.; размѣръ этотъ можно принять несоотвѣтствующимъ для 9 лѣтней дѣвочки средняго развитія. Уретра при измѣреніи зондомъ представляется очень короткой (2—3 мм.) и чрезвычайно чувствительной.

Отъ наружнаго отверстия уретры вверхъ до *mons veneris* идетъ борозда, разделяющая вышеупомянутые органы: малыя и большія губы, а также клиторъ съ *praeputium* и *frenulum*. При ощупываніи лоннаго соединенія находимъ незначительное вдавленіе по направленію борозды, а также и на нижнемъ краю. Ниже мочеваго отверстия идетъ поперечно, между малыми губами, мостикъ, который соединяеть ихъ и служить задней стѣнкой уретры. Этотъ мостикъ имѣеть видъ тонкой перепонки, тогда какъ въ нормальной уретрѣ задняя стѣнка представляется наиболѣе толстой. Ширина его около 5 мм. Ниже этого мостика находится входъ во влагалище съ кольцеобразной мало развитой дѣвственной плевой. Входъ во влагалище представляется зіяющимъ; чрезъ него видны *columna rugar anter. et poster.*

Такимъ образомъ, мы имѣемъ дѣло: во 1-хъ, съ такъ называемымъ расщепленнымъ клиторомъ, во 2-хъ, съ соотвѣтственнымъ разъединеніемъ придаточныхъ частей клитора, *praeputium* и *frenulum*, а также большихъ и малыхъ губъ; въ 3-хъ, съ ненормальнымъ образованіемъ мочеваго канала, или почти отсутствіемъ его.

Въ большинствѣ случаевъ при расщепленномъ клиторѣ существуетъ порокъ развитія и уретры въ видѣ такъ называемой эписпадіи и заключающейся въ томъ, что передняя стѣнка уретры на большемъ или меньшемъ протяженіи представляется расщепленной. Такихъ случаевъ въ литературѣ описано болѣе, чѣмъ случаевъ съ нерасщепленной уретрой при расщепленномъ клиторѣ. Въ нашемъ случаѣ уретра нерасщеплена, тѣмъ не менѣе находится на лицо ненормальность въ строеніи ея, выражающаяся какъ бы въ отсутствіи наружнаго конца уретры, ненормальномъ видѣ просвѣта и тонкости стѣнокъ ея при симптомѣ полного недержанія мочи.

Наличность аномалійнаго строенія описанныхъ органовъ побуждаетъ насъ отказаться искать причины недержанія мочи въ другихъ какихъ-либо патологическихъ измѣненіяхъ, напр., со стороны нервной системы и т. п. и наоборотъ поставить этотъ симптомъ въ зависимость отъ врожденнаго несовершенства мышечнаго аппарата въ связи съ явленіемъ расщепленія.

Для наибольшаго уясненія сказаннаго приведу описаніе строенія уретры (по *Winckel*'ю ¹⁾). Слизистая оболочка, богатая эластическими волокнами, образуетъ продольныя складки. Къ субмукозѣ прилежитъ снаружи слой гладкихъ мышечныхъ волоконъ, продольныхъ и круговыхъ, которыя въ различные возрасты измѣняются въ величинѣ и связаны между собой соединительною и кавернозною тканью (*corpus spongiosum urethrae*). Dr. *Uffelmann* нашелъ кромѣ гладкихъ мышечныхъ волоконъ и поперечно-полосатыхъ, которыя лежатъ кнаружи отъ гладкихъ и состоятъ изъ продольныхъ и поперечныхъ мостиковъ. Поперечныя лежатъ болѣе кнутри и представляютъ собою произвольный наружный сфинктеръ. Они обхватываютъ каналъ отъ пузыря до середины совершенно кругообразно, отъ середины же до *orificium* занимаютъ только переднюю часть. Этимъ можно объяснить, что даже тогда, когда существуютъ пораненія мочеиспускательнаго канала на $1\frac{1}{2}$ см. и болѣе къ *orif. extern.*, оперативнымъ соединеніемъ можно достигъ произвольнаго держанія мочи. *Люшка* говоритъ, что онъ нашелъ особенный сфинктеръ уретры и влагалища, который, обхватывая кругообразно, непосредственно за луковицами входа, шириною отъ 4—7 mm., нижній конецъ влагалища и мочевого канала, суживаетъ не только *introitus vaginae*, но и уретру, прижимая послѣднюю къ уретровлагинальной перегородкѣ. Гранича съ венозно-кавернозными сплетеніями, окружающими мочевою каналъ, онъ кзади переходитъ своимъ переднимъ концомъ въ *muscul. transvers. profundus*.

Нѣтъ никакого основанія предполагать совершенное отсутствіе описанныхъ мышцъ въ нашемъ случаѣ. Болѣе вѣроятно, то предположеніе, что запираТЕЛЬ состоитъ хотя и изъ круго-

¹⁾ Handbuch der Frauenkranh. red. Dr. *Th. Billroth* und Dr. *A. Luecke.*, Bd. III, S. 330 ect.

выхъ мышць, но не имѣтъ строенія непрерывнаго кольца, иначе говоря между концами какъ гладкихъ, такъ и поперечно-полосатыхъ мышць находится пространство занятое, такъ сказать, бездѣятельною тканью. Въ силу чего мышечныя пучки имѣютъ точки приложенія силы столь удаленными другъ отъ друга, что сокращенія ихъ не имѣютъ надлежащаго эффекта. Нужно имѣть въ виду еще и то обстоятельство, что наружныя мышцы, какъ то: *constrictor cunii* и *musc. transvers profundus*, при описываемой формѣ аномаліи, не въ состояніи оказать нормальнаго воздѣйствія въ актѣ мочевыдѣленія. Такимъ образомъ, болѣе основательнымъ представляется полагать причину недержанія мочи въ нашемъ случаѣ въ расщепленіи или недостаточномъ слитіи составныхъ частей мочевого канала въ періодѣ эмбриональнаго развитія.

Соотвѣтственно вышеизложенному было предположено оказать такое оперативное вмѣшательство, въ результатѣ котораго получилось бы соединеніе несросшихся частей мочевого канала, а также и удлиненіе его. Съ этою цѣлью было сдѣлано (18/xii 1893) освѣженіе на спайкѣ, лежащей между малыми губами и тотчасъ ниже мочевого отверстія, которое и продолжено вверхъ около 1 см. по боковымъ сторонамъ ранѣе описанной нами щели между расщепленными органами; такъ что вся фигура освѣженія имѣла видъ подковы, средняя часть которой (снизу) охватывала отверстіе мочевого канала снизу, а рога вверхъ по внутреннимъ сторонамъ щели. Наложено было два рода швовъ, какъ это дѣлается, на примѣръ, при зашиваніи прямой кишки, т. е. внутренней погружной и наружной. Операцией достигнуто слѣдующее: во 1-хъ, вышеописанный мостикъ или перепонка, составляющая заднюю стѣнку уретры, посредствомъ освѣженія и сшиванія ссужена, вмѣстѣ съ чѣмъ ссужена и уретра; во 2-хъ, короткая уретра удлинена образованіемъ канала, задней стороною котораго послужило дно бывшей щели, а передней и боковыми—сращенныя участки той же щели.

На 6-й день были сняты швы. Заживленіе *per primam intent.* Отчасти въ эти дни, а также и въ слѣдующіе наблюдалось произвольное задержаніе и періодическое выдѣленіе мочи при напряженіи брюшныхъ стѣнокъ. Вставши съ постели больная

днемъ стала совершенно удерживать мочу и испражнять ее произвольно, ночью же моча выдѣлялась произвольно; съ 4/1 94 г., т. е. чрезъ 16 дней послѣ операціи, она и ночью оставалась сухой, исключая тѣхъ случаевъ, когда на ночь выпьетъ обильное количество чаю. Въ такомъ состояніи больная была выписана изъ Института. Послѣ я получилъ увѣдомленіе, что дѣвочка произвольно выдѣляетъ мочу только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда заиграется.

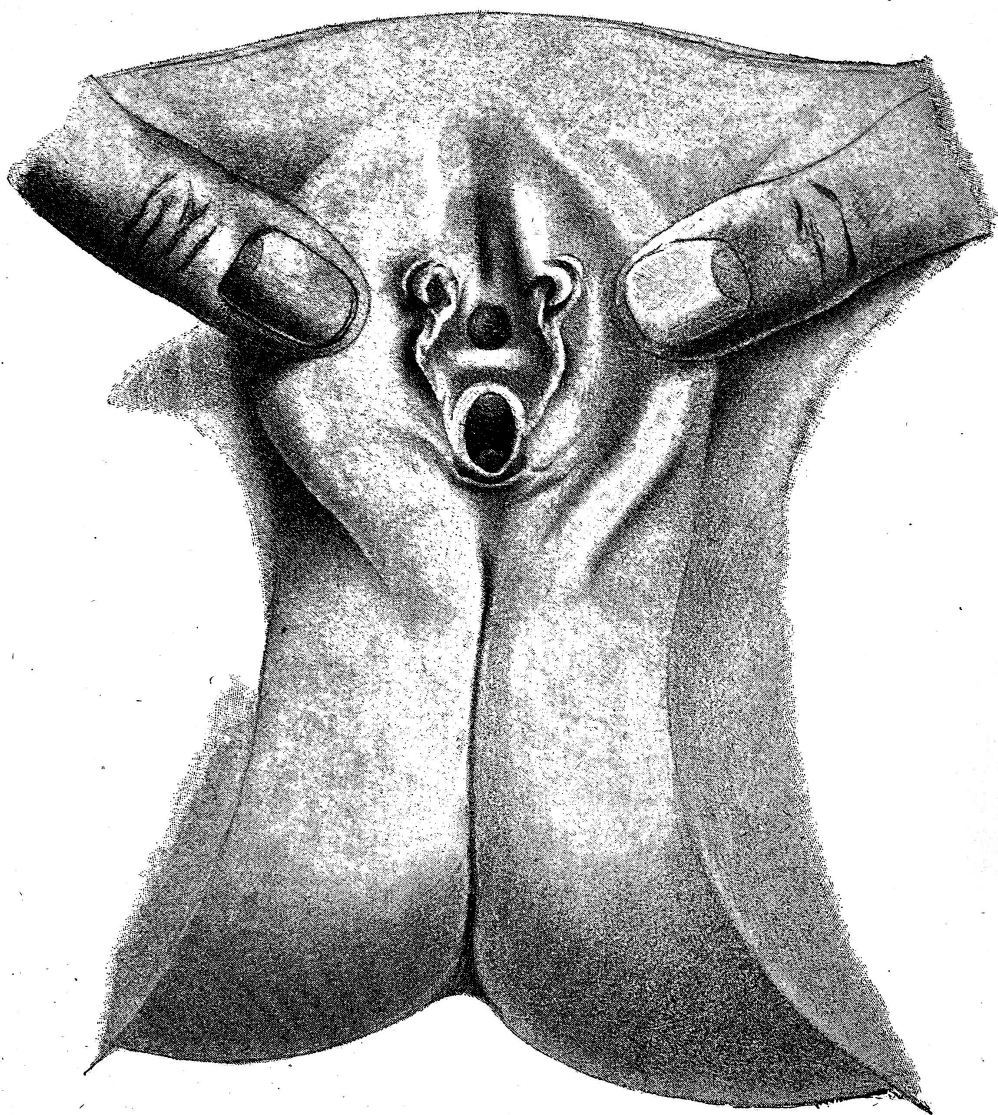
Мнѣ остается сказать еще нѣсколько словъ о примѣненіи описаннаго способа лѣченія недостаточности уретры, приобретенной или врожденной. *B. S. Schultze* на Римскомъ Конгрессѣ текущаго года сообщилъ, что онъ у одной 45-лѣтней женщины, имѣвшей кромѣ небольшой фистулы еще *laceratio* задней стѣнки уретры, такъ что передняя была видна приблизительно на 1 см., сдѣлалъ, подобно нами описанному, подковообразное освѣженіе, которымъ захватилъ шейку мочевого пузыря, а также края разрыва и фистулы. Освѣженные мѣста были соединены однимъ этажемъ швовъ. Получилось полное держаніе мочи, послѣ того какъ больная 20 лѣтъ страдала недержаніемъ и лѣчилась у многихъ знаменитыхъ операторовъ-гинекологовъ. Въ данномъ случаѣ онъ имѣлъ въ виду не только соединить разорванную часть уретры, но и ссудить шейку мочевого пузыря.

Независимо отъ *Schultze* подобный способъ былъ примѣненъ *Д. О. Оттомъ* еще ранѣе въ случаѣ полного разрушенія уретры у женщины, во время родового акта. Не считаю нужнымъ подробно излагать этотъ случай, такъ какъ *Д. О. Оттомъ* еще въ прошломъ академическомъ году доложилъ Гинекологическому Обществу объ этой операціи и о вполне удовлетворительныхъ результатахъ ея; сама больная была продемонстрирована Обществу ²⁾. Мой случай доказываетъ полную пригодность метода при врожденномъ недержаніи мочи.

Такое единовременное, у насъ и за границей, но не зависящее одно отъ другого, (въ чемъ легко убѣдиться сопоста-

²⁾ Методъ описанъ въ отдѣльной статьѣ подъ заглавіемъ: „Объ оперативномъ лѣченіи пузырво-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочепускательнаго канала“. Ж. Ак. и Ж. бол., 1894, № 6.

вліеніємъ чиселъ операцій у насъ и публікаціи *Schultze*), народженіе метода лѣченія недержанія мочи, оказавшаго такіе утѣшительные результаты, вполне заслуживаетъ вниманія товарищей; эту цѣль я и имѣлъ въ виду при своемъ сегодняшнемъ сообщеніи.



РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской акушерско-гинекологической литературы.

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

По наблюденіямъ автора, приступы малярійной лихорадки сопровождаются схваткообразными маточными болями, въ запущенныхъ же случаяхъ приостанавливаются также движенія плода. Врачами, практикующими въ малярійныхъ мѣстностяхъ, констатируется до 60% преждевременнаго прерыванія беременности подъ вліяніемъ маляріи, при чемъ беременность прекращается легче въ поздніе сроки, чѣмъ въ ранніе, т. е. чаще происходятъ преждевременные роды, чѣмъ выкидыши. Хининъ, хотя и вызываетъ маточныя сокращенія, но самъ по себѣ вызвать преждевременныхъ родовъ не можетъ,—данный-же соответственнымъ образомъ съ цѣлью предупредить лихорадочный приступъ, можетъ предотвратить преждевременные роды. Плодъ *sub malaria* или умираетъ, или же, родившись живымъ, носитъ слѣды малярійнаго худосочія (увеличеніе селезенки, пигментация и т. д.) и вскорѣ погибаетъ. In *puerperio* малярія сказывается задержкой въ обратномъ развитіи матки и убылью или полной потерей молока. Что касается дифференціального діагноза, то явленія маляріи во время беременности и въ послѣродовомъ періодѣ можно смѣшать съ явленіями пизлита или пизміи.

Въ заключеніе авторъ приводитъ три случая маляріи изъ собственной практики (2 случая во время беременности и 1 случай въ послѣродовомъ періодѣ), гдѣ хининъ и мышьякъ дали благоприятные результаты.

Н. Рачинскій.

101. Е. А. Либерзонъ. Къ патологiи женскихъ половыхъ органовъ при хроническомъ морфинизмѣ. (Врачъ, 1894, № 15, 16).

Просматривая литературу о вліяніи хроническаго отравленія морфіемъ на состояніе женскихъ половыхъ органовъ, авторъ нашель, что большинство наблюденій относится къ функциональнымъ измѣненіямъ, и только въ послѣднее время появились весьма скудныя свѣдѣнія объ объективныхъ измѣненіяхъ половой сферы у морфинистокъ. Изъ цитированныхъ въ статьѣ авторовъ *Erlenmeyer* высказываетъ мнѣніе, что послѣдствіемъ хроническаго морфинизма бываетъ аменоррея и безплодіе, если же и наступаетъ беременность, то она часто оканчивается выкидышемъ; по его наблюденію, болѣзнь передается и новорожденнымъ, которые рождаются слабыми и нуждаются въ первое время въ морфiйномъ лѣченіи,—иначе у нихъ являются признаки морфiйнаго голоданія. *Eduard Lewinstein* наблюдалъ часто у морфинистокъ атрофію грудныхъ железъ и экспериментальнымъ путемъ доказаль, что при морфинизмѣ атрофируются и другія железы (кишечъ, желудка, груди). *Willibald Lewinstein* описаль органическія измѣненія самой паренхимы матки и яичниковъ въ видѣ нарастающей атрофіи матки и яичниковъ. Послѣднее наблюденіе подтверждается и *Пассоверомъ*, который признаеть специфическую морфiйную атрофію матки. Самъ авторъ, приводя собственный случай, въ которомъ величина гипертрофированой матки у морфинистки долгое время не измѣнялась, а также ссылаясь на то, что приведенные авторы не во всѣхъ случаяхъ видѣли атрофію полового аппарата, приходитъ къ заключенію, что говорить о какихъ-либо специфическихъ органическихъ измѣненіяхъ полового аппарата пока нѣтъ достаточныхъ основаній. Случай, описанный *Либерзономъ*, касается 33-лѣтней интеллигентной женщины изъ невропатической семьи; рожала 3 раза, послѣдніе роды двойнями, 4 года тому назадъ; спустя 2 мѣсяца послѣ послѣднихъ родовъ появились тянущія боли внизу живота, въ спинѣ и поясницѣ; мѣсячныя стали обильны и болѣзненны, въ промежуткахъ—сильныя бѣли. Въ первое время боли уменьшались отъ $\frac{1}{12}$ gr. 2 раза въ сутки, далѣе приемы морфія увеличивались, и въ теченіи года больная дошла до 24 gr. per os, а затѣмъ перешла къ подкожному вприскиванію,—по 1 правацевскому шприцу 2^o/_o раствора морфія до 25 разъ въ сутки. Исслѣдованная въ это время больная представляла со стороны общаго состоянія явленія рѣзкаго упадка питанія; половая сфера: аменоррhoeа, матка въ retroflexio, увеличена, рыхла и болѣзненна, длина полости ея 9 см.; справа

придатки не прощупываются, слѣва — подвижный, увеличенный и болѣзненный яичникъ; выпаденіе стѣнокъ влагалища, атрофія наружныхъ половыхъ частей и грудныхъ железъ. Впродолженіи 1½ года, втеченіи которыхъ больная находилась подъ наблюденіемъ, общее состояніе ея мало измѣнилось (она продолжала принимать по 2—3 гр. морфія въ сутки), выпаденіе же стѣнокъ влагалища увеличилось, матка опустилась ниже, стала плотнѣе, но длина ея полости не измѣнилась. Такимъ образомъ, (послѣ 4-лѣтняго отравленія морфіемъ) специфической атрофіи маточной паренхимы не наблюдалось, хотя функціональныя измѣненія въ половомъ аппаратѣ (прекращеніе мѣсячныхъ) проявились уже въ первое время отравленія.

Считая морфій нервнымъ ядомъ, дѣйствующимъ преимущественно на чувствительную, сосудодвигательную, отдѣлительную и трофическую нервныя системы, авторъ признаетъ, что морфій имѣетъ извѣстное специфическое вліяніе на яичники, которое въ первое время ограничивается лишь дѣйствіемъ на ихъ иннервацію, со временемъ же ведетъ къ стойкой ихъ атрофіи, — на матку прямаго, специфическаго дѣйствія онъ не имѣетъ. *Н. Рагинскій.*

102. **И. А. Живописцевъ.** Къ вопросу о вліяніи родовъ и послѣродоваго періода на фиброзныя опухоли матки, съ описаніемъ одного случая. (Больничная Газета, 1894, № 10 и 11)

Большинство межучочныхъ фиброміомъ, увеличиваясь во время беременности, въ послѣродовомъ періодѣ вмѣстѣ съ маткою подвергаются обратному развитію, — что, путемъ жироваго перерожденія клѣточныхъ элементовъ, частью-же путемъ обратнаго развитія и запусканія сосудовъ, можетъ вести даже къ полному ихъ исчезновенію; авторъ приводитъ два подобныхъ случая изъ литературы — *Martin'a* и *Васильева*. Съ анатомической точки зрѣнія *Virchow* считаетъ такое полное исчезновеніе опухоли нефронтнымъ; по его мнѣнію, послѣ жироваго перерожденія мышечной ткани и обратнаго развитія сосудовъ, соединительная ткань фиброміомы все таки останется.

Во время родовъ, при усиленной родовой дѣятельности матки, можетъ произойти разрывъ капсулы опухоли съ послѣдующимъ нерѣдко сильнымъ кровотеченіемъ. Въ послѣродовомъ періодѣ, въ случаѣ инфекціи, нарушеніе цѣлости капсулы можетъ вести къ нагноенію опухоли со всѣми его послѣдствіями; въ благопріятныхъ случаяхъ скопившейся вокругъ опухоли гной изливается въ полость

матки и сама опухоль частями или цѣликомъ извергается маточными сокращеніями; но когда въ нагноеніи участвуетъ и матка, то гной можетъ проложить путь въ полость брюшины и вызвать смертельный перитонитъ; нерѣдко въ теченіи послѣродоваго періода воспаленіе и нагноеніе опухоли переходитъ на венозные сосуды маточныхъ стѣнокъ и широкихъ связокъ съ исходомъ въ піэмію и септицемію.

Вопреки мнѣнію *Горвица*, авторъ справедливо замѣчаетъ, что фиброзные полипы менѣе опасны въ послѣродовомъ періодѣ, чѣмъ межучочныя фиброміомы: при интерстиціальнхъ опухоляхъ, имѣющихъ тѣсную связь съ маточными стѣнками, воспаленіе и нагноеніе легче переходитъ на матку, чѣмъ при полипахъ, сидящихъ на ножкахъ; засимъ легче удалить полипъ, чѣмъ вылущить межучочную фиброміому, такъ какъ послѣднее можетъ осложниться сильнымъ кровотеченіемъ или прободеніемъ дряблой послѣродовой матки.

Подсывороточныя фиброміомы менѣе всего доступны вліянію родовъ и послѣродоваго періода.

Изъ собственной практики авторъ приводитъ слѣдующій случай: въ больницу Императора Павла I въ маѣ 1890 г. была доставлена въ крайне тяжеломъ состояніи больная, 29 лѣтъ, черезъ 3 недѣли послѣ родовъ, окончившихся наложеніемъ щипцовъ. Ребенокъ извлеченъ мертвымъ. У больной сильныя знобы, пульсъ 110, температура 39,5°; животъ вздутъ, болѣзнененъ, въ особенности выше лѣваго паха и въ области лобковаго сочлененія; матка на два пальца ниже пупка; разрывъ промежности до сфинктера задняго прохода, обильное гнойное, зловонное выдѣленіе; шейка матки разорвана съ боковъ, рыхла, открыта; матка велика, дрябла, чувствительна при давленіи; слѣва отъ матки болѣзненный воспалительный выпоть въ околوماتочной и тазовой клѣтчаткѣ; полость матки наполнена жидкимъ ихорознымъ гноемъ; въ лѣвой стѣнкѣ матки, за внутреннимъ зѣвомъ, гладкая, плотной консистенціи опухоль, выдающаяся въ полость матки; микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ частицъ опухоли показало фиброзное строеніе ея. Вслѣдствіе гнойнаго эндометрита и такового-же выпота въ клѣтчатку, авторъ не рѣшился насильственно удалять опухоль, изъ опасенія произвести разрывъ матки, вызвать кровотеченіе или внести инфекцію въ брюшную полость. Назначены ежедневныя многократныя промыванія полости матки сулемой и карболовой кислотой. Черезъ двѣ недѣли вскрытъ тазовой нарывъ черезъ брюшныя стѣнки надъ паховымъ сгибомъ, выпущено около 1½ стакана жидкаго вонючаго гноя; послѣ дезинфекціи полости нарыва введенъ толстый дренажъ,

причемъ оказалось, что полость тазоваго нарыва имѣеть сообщеніе съ полостью матки. Въ послѣдующіе дни изъ полости матки выдѣлялись съ гноемъ куски омертвѣвшихъ тканей. Вскорѣ послѣ вскрытія нарыва, при промываніи матки, оказалось, что опухоль лѣвой ея стѣнки выпячивалась въ полость матки и почти закрывала внутреннее отверстіе ея. Захвативъ опухоль корнцангомъ и щипцами *Мюзе*, авторъ осторожными движеніями извлекъ ее наружу; опухоль имѣла видъ продолговатаго куска, около 8 см. длиною, издавала сильный запахъ и по микроскопическому изслѣдованію представлялась чистою фибромою. Послѣ удаленія опухоли матка быстро уменьшилась, гнойное выдѣленіе прекратилось, температура пала; вскорѣ сообщеніе между полостью матки и полостью тазоваго нарыва не опредѣлялось. Въ концѣ іюля больная выписалась изъ больницы здоровой.

Въ общемъ, при распаденіи и омертвѣніи фиброзныхъ опухолей авторъ предпочитаетъ искусственное удаленіе ихъ выжидательному лѣченію; въ описанномъ случаѣ, только въ виду исключительныхъ неблагоприятныхъ условий, пришлось ограничиться выжиданіемъ.

Н. Рачинскій.

103. Д. А. Воробьевъ. **Къ патологіи отдѣленія молока.** (Еженедѣльникъ, 1894, № 14).

Указавъ на то, что патологія молокообразованія еще далеко не разработана и что причины полнаго отсутствія или недостаточнаго образованія молока, указанныя въ учебникахъ Акушерства, далеко не исчерпываютъ всѣхъ случаевъ, нерѣдко заставляя практикующаго врача дѣлать гадательный прогнозъ, авторъ приводитъ нижеслѣдующее наблюденіе.

Первородящая, интеллигентная женщина, 32 лѣтъ, въ Кіевской Акушерской клиникѣ разрѣшилась дѣвочкой 2945 грм. вѣсу. Потуги были слабы и роды окончены щипцами на третій день послѣ отхожденія водъ; разорванная промежность зашита. Послѣродовой періодъ прошелъ нормально, безъ повышенія температуры; примѣнялись: сулемовыя обмыванія и присыпка іодоформомъ наружныхъ половыхъ частей, спорынья внутрь; діета—бульонъ и молоко. На 9 день сняты швы съ промежности, *prima intentio*. На 10 день больная выписалась.

Упругія и набухшія до родовъ груди послѣ родовъ уменьшились, сдѣлались дряблы, вялы, железистая ткань ихъ мало развита. Въ первые 8 дней изъ нихъ съ трудомъ выдавливалась капля *collostri*; не смотря на это, родильница аккуратно ериклады-

вала ребенка, котораго кормила другая женщина. На 10 день отдѣленіе молока ничтожно, причемъ здѣсь замѣтно сильное вліяніе психическаго состоянія: когда окружающіе говорили, что молока не будетъ, то и послѣдніе остатки его исчезали, когда же увѣряли въ противоположномъ, и больная вѣрила этому, — количество молока замѣтно возростало, ни разу однако не доходя до того, чтобы ребенокъ могъ насытиться. Изслѣдуя больную, авторъ замѣтилъ рѣзко выраженный спазмъ сосудовъ всѣхъ кожныхъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ: кожа блѣдная, безкровная, пульсъ малый, сжатый, между тѣмъ какъ сердцебіеніе сильное, тоны чисты, акцентированы. Приписывая спазму сосудовъ главную роль въ задержкѣ молочнаго отдѣленія, авторъ попробовалъ примѣнить индуктивный токъ, причемъ небольшой анодъ ставился на шею, близь затылка (въ видахъ общаго пониженія тонуса вазомоторнаго центра), а широкій катодъ, въ видѣ опыта, къ одной правой груди; сеансъ длился 5 минутъ, послѣ чего стало замѣтно уменьшеніе сосудистаго спазма и прибыль молока въ электризованной железѣ, между тѣмъ какъ въ лѣвой груди молока, попрежнему, было мало. Послѣ повторнаго сеанса на слѣдующій день втеченіи 7 мин. надъ обѣими железами, молока прибыло значительно больше. Наконецъ, на третій день послѣ электризаціи спазмъ исчезъ окончательно и молока оказалось вполне достаточно, такъ что прикармливаніе ребенка было совершенно оставлено. Такимъ образомъ, отдѣленіе молока въ достаточномъ количествѣ установилось лишь на 13 день послѣ родовъ. Сосудистый спазмъ, обусловившій анемію грудныхъ железъ и безмлечіе, могъ произойти здѣсь двоякимъ путемъ: 1) какъ очень частое явленіе при истеріи, сосудистый спазмъ легко могъ возникнуть у описываемой больной—субъекта нервнаго, перенесшаго тяжелую травму (роды, съ разрывомъ промежности); что здѣсь могла быть истерія, доказываетъ крайняя раздражительность пациентки, ея слезливость, мнительность, — явленія, обнаружившіяся лишь послѣ родовъ хотя кардинальныхъ признаковъ истеріи—гиперестетическихъ и анестетическихъ точекъ и не замѣчалось; 2) болѣе вѣроятная причина спазма лежитъ въ іодоформѣ, такъ какъ іодъ (по заявленію *Roze*) и сфацелиновая кислота (*Kobert*) вызываютъ сжатіе сосудовъ; поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже въ самомъ началѣ послѣродоваго періода мало молока, желательнo ограничить употребленіе іодоформа и спорыньи. Ставя въ зависимость также отъ психическихъ вліяній отдѣленіе молока, авторъ совѣтуетъ никогда не говорить больной о томъ, что у нея

молока не будетъ; описанный случай доказываетъ также, что не слѣдуетъ отчаяваться, если въ первые дни послѣ родовъ нѣтъ молока и, гдѣ есть возможность, лучше переждать нѣсколько дней, посадивъ даже ребенка на рожокъ, чѣмъ сразу предлагать кормилицу.

Н. Рачинскій.

104. Г. И. Томсонъ. Современное положеніе вопроса о лѣченіи *retroversio—retroflexio uteri*. (Южно-русская Медицинская Газета, 1894, № 3—4).

Отмѣчая частоту загибовъ матки кзади и тяжесть мѣстныхъ и общихъ симптомовъ, вызываемыхъ этой неправильностью положенія матки, авторъ лѣченіе даннаго заболѣванія считаетъ однимъ изъ самыхъ интересныхъ гинекологическихъ вопросовъ дня.

Говоря о *репозиции матки*, онъ для болѣе трудныхъ случаевъ особенно рекомендуетъ способъ *Küstner'a*, по которому „влагалищная часть матки, захваченная корнцангомъ, оттягивается внизъ и назадъ, при чемъ для облегченія репозиціи указательный палецъ вводится въ кишку, а большой—во влагалище“; отъ зонда же съ цѣлью репозиціи онъ настоятельно предостерегаетъ, считая его не только лишнимъ, но и небезопаснымъ въ рукахъ неопытнаго врача. (Съ послѣднимъ мнѣніемъ нельзя вполне согласиться: зондъ, примѣненный надлежащимъ образомъ, съ соблюденіемъ того правила, что бы рукоятка зонда при перемѣщеніи ея впередъ описывала полукругъ, и самый зондъ во время репозиціи выдвигался изъ полости слегка кпереди, даетъ возможность въ нѣкоторыхъ случаяхъ произвести репозицію бережнѣе, чѣмъ это удастся ручными приѣмами; тамъ же, гдѣ имѣются толстыя и напряженныя брюшныя стѣнки, а дно матки запрокинуто глубоко въ крестцовую впадину, зондъ оказывается положительно незамѣнимымъ; руководя занятіями товарищей въ Клиническомъ Институтѣ по гинекологическому массажу и электротерапіи, я нерѣдко предлагаю имъ зондъ для репозиціи матки, при чемъ мнѣ ни разу не приходилось видѣть отъ зонда никакихъ вредныхъ послѣдствій. *Примѣч. редакт.*) При фиксированныхъ загибахъ примѣняется или способъ *Schultze*, по которому подъ наркозомъ въ одинъ или нѣсколько сеансовъ насильственно отрываютъ матку, или способъ *Thure Brandt'a*, по которому сращенія растягиваются постепенно (массажъ); *Тимяковъ* предложилъ вскрывать задній сводъ и пальцами освобождать приросшую матку.

Переходя къ *мнѣнію*, авторъ весьма обстоятельно разбираетъ *ортопедическій* и *хирургическіе* способы лѣченія. Изъ *пессаріевъ*

наилучшіе *Hodge*, *Thomas'a* и *Schultze*. Полное излѣченіе пессаріями достигается въ болѣе или менѣе продолжительный срокъ въ 20—25% всѣхъ случаевъ.

Критическая оцѣнка, сдѣланная авторомъ, болѣе употребительнымъ оперативнымъ способамъ лѣченія загибовъ, сводится къ слѣдующему:

Операція *укороченія круглыхъ связокъ* (*Alexander-Adams—Alquié*) не принадлежитъ къ числу легкихъ, такъ какъ въ иныхъ случаяхъ трудно найти сравнительно тонкую круглую связку; при *retroflexio fixata* этотъ методъ не вполне достаточенъ; въ настоящее время имѣются болѣе простые и вѣрные методы. Въ тѣхъ случаяхъ фиксированныхъ загибовъ, гдѣ ни массажъ, ни форсированный разрывъ сращеній, по способу *Schultze*, не даетъ результатовъ, весьма плодотворной оказывается *ventrofixatio uteri*; въ нѣкоторыхъ случаяхъ пришиваніе матки производится даже безъ вскрытія брюшной полости (*Kelly*, *Küstner* и др.). При *retroflexio mobilis* никогда не слѣдуетъ дѣлать вентрофиксаціи, такъ какъ теперь имѣется менѣе опасный способъ—*vaginofixatio*. Наилучшіе способы вагинофиксаціи принадлежатъ *Dührssen'у* и *Mackenrodt'у*. *Dührssen* дѣлаетъ поперечный разрѣзъ въ переднемъ сводѣ влагалища, отдѣляетъ пальцемъ пузырь отъ матки и пришиваетъ дно матки къ передней стѣнкѣ влагалища. *Mackenrodt* дѣлаетъ еще болѣе разрѣзъ въ сагитальномъ направленіи отъ уретры до поперечнаго разрѣза въ сводѣ влагалища и отворачиваетъ полученные такимъ образомъ два лоскута передней стѣнки влагалища; при этомъ получается возможность ясно осмотрѣть область, въ которой производится операція, и избѣжать поврежденія мочевого пузыря. Опасенія повредить пузырь фиксирующими швами не имѣютъ особенно серьезнаго значенія: авторъ, ради опыта, проводилъ со стороны брюшной полости черезъ стѣнку мочевого пузыря кроликовъ самыя толстыя шелковые швы, кетгутъ и *fil de Florence*; всѣ кролики отлично переносили эти опыты; шелкъ послѣ нѣсколькихъ недѣль оказался покрытымъ инкрустаціей въ мочевомъ пузырьѣ, а *fil de Florence* остался совершенно гладкимъ. Гораздо важнѣе указаніе *Winter'a* проводить фиксирующіе швы какъ можно выше, именно чрезъ дно матки: въ одномъ случаѣ, гдѣ авторъ провелъ фиксирующіе швы только немного выше внутренняго зѣва, матка чрезъ двѣ недѣли запрокинулась опять къзади.

Всѣ остальные оперативные способы лѣченія загибовъ, какъ напр.: *пришиваніе шейки матки къ задней стѣнкѣ таза* и другіе,

менѣе практичны. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ фиксированнаго перегиба кзади приходится производить *кастрацію* или полную *экстирпацию матки*. (Къ ортопедическому и оперативнымъ способамъ лѣченія слѣдуетъ прибавить еще *гимнастическій* способъ—укрѣпленіе мышечно-связаннаго аппарата матки по *Thure Brandt* у помощью такъ называемаго *подниманія матки* съ цѣлью укрѣпленія крестцово-маточныхъ и круглыхъ связокъ. *Примѣч. рефер*).

Н. Рачинскій.

105. **М. П. Яковлевъ. Второй случай операціи Рогого при разрывѣ матки во время родовъ.** (Проток. Тамб. Мед. Общ., 1893 г., № 5—12, с. 175).

5—рага, 25 лѣтъ, (размѣры таза: 18, 22, 26). Срочные роды начались болѣе сутокъ назадъ; нѣсколько часовъ назадъ потуги сразу прекратились, причемъ выступили рѣзко явленія упадка силъ. Констатированъ разрывъ матки съ выходомъ плода въ брюшную полость. Чревосѣченіе показало, что головка плода была въ маткѣ. Разрывъ въ нижне-переднемъ отдѣлѣ матки. Матка удалена послѣ наложенія жгута. Культи перевязана въ два пучка и шита въ нижній уголъ брюшной раны; art. spermaticae et uterinae перевязаны отдѣльно. Смерть. Вскрытіемъ выяснено, что перет нутой жгутомъ оказалась задняя периферія шейки, противъ разорваннаго мѣста. Разрывомъ полость шейки сообщается съ брюшной полостью. Свободная кровь въ брюшной полости. Полнокровіе внутреннихъ органовъ. Дряблость селезенки и мутность печени и почекъ.

Н. Какушкинъ.

106. **С. К. Оленинъ. Hysteropexia abdominalis anterior при полномъ выпаденіи матки.** (Проток. Тамбовск. Мед. Общ., 1893 г., № 5—12, с. 179).

Два случая: 1) Крестьянка 30 л., родила 3 раза, послѣ послѣднихъ родовъ (4 года назадъ) лихорадила, съ того времени больна: полное выпаденіе матки съ выворотомъ влагалища; промежность цѣла. Три швами матка фиксирована въ нижнемъ углу раны (брюшной). Черезъ 1/2 года выпаденія не было. 2) Мѣщанка 30 л., многорожавшая; давно ли имѣетъ выпаденіе матки (полное, какъ и въ первомъ случаѣ), неизвѣстно. Безъ успѣха примѣнены были colporrhineo-graphia и lifting. Сдѣлана hysteropexia. Въ послѣоперационное время—грыжа бѣлой линии, при операціи которой, чрезъ 4 1/2 мѣсяца, констатировано „солидное“ срощеніе передней поверхности матки съ брюшной стѣнкой.

Н. Какушкинъ.

107. С. К. Оленинъ. *Hyperemesis gravidae* малярійнаго происхожденія. (Проток. Тамбовск. Мед. Общ., 1893 г., № 5—12, с. 199).

Мѣщанка, 32 л., 3 мѣсяца отсутствуютъ крови, 2 мѣсяца назадъ заболѣла рвотой, преимущественно по утрамъ, послѣднія 2—3 недѣли ничего не можетъ ввести въ желудокъ. Припадки рвоты особенно сильны черезъ день. Рѣзкое истощеніе. Увеличенная селезенка. t^0 вечеромъ 38,9⁰. Матка увеличена соотвѣтственно 3 мѣсяцу беременности; придатки нормальны. Мѣстожителство въ малярійной мѣстности. Назначенъ хининъ по 0,5 два раза въ день. Черезъ 2 дня рвота прекратилась и больная поправилась.

Н. Какушкинъ.

108. Л. Е. Шрайберъ. *Haematoma labii majoris sinistri et vaginae*. (Южно-русская Медич. Газета, 1894, № 12 и 13).

Въ статьѣ весьма обстоятельно разобрано все то, что извѣстно до сихъ поръ въ литературѣ относительно гематомъ женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ, частота ихъ появленія вѣ беременность, во время беременности и родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ, условія, причины и механизмъ ихъ происхожденія, наконецъ, ихъ распознаваніе, значеніе для организма, исходы и показанія къ тому или иному лѣчебному вмѣшательству. За симъ авторъ описываетъ собственный случай. Первородящая, крѣпкаго сложенія, съ нормальнымъ тазомъ, беременность провела безъ осложнений. Періодъ прорѣзыванія длился крайне недолго: головка прорѣзалась вмѣстѣ съ правой ручкой и вышла послѣ 2—3 потугъ; роды длились всего 13½ часовъ; младенецъ въ 3600 грм., промежность дѣла; матка хорошо сократилась. Черезъ часъ послѣ родовъ больная почувствовала сильнѣйшую буравящую боль въ области промежности и срамныхъ губъ, лучеобразно отдававшуюся по направленію къ крестцу и бедромъ и постепенно все усиливавшуюся. Спустя часъ послѣ появленія этихъ болей произведенъ осмотръ: въ области большой лѣвой срамной губы опухоль величиною въ большой кулакъ, сильно напряженная, крайне болѣзненная, горячая на ощупь, неравномѣрно гладкая на своей поверхности, представляющая бугры то мягкіе, то плотные; *introitus vaginae* вполне закупоренъ кровяными сгустками, такъ что больная, при позывѣ къ мочеиспусканію, принуждена рукою отодвигать опухоль въ сторону; дно матки почти достигаетъ подложечной впадины. Въ первые дни t^0 доходила до 40⁰. Лѣченіе—ледъ, затѣмъ припарки. На 3 день самопроизвольное вскрытіе

опухоли; полость промыта и затампонирована йодоформированной марлей; на 7 день сдѣлалось замѣтнымъ образование грануляцій; на 10 день полное заживленіе. Причиннымъ моментомъ для появленія гематомы, авторъ склоненъ считать въ данномъ случаѣ быстрое прорѣзываніе головки вмѣстѣ съ ручкой. *Н. Рачинскій.*

109. **О. В. Рѣзниковъ.** Смерть въ зависимости отъ маточнаго кровотечения при *morbus maculosus Werlhofii*. (Южно-русская Медицинская Газета, 1894, № 15).

Дѣвушка хорошаго сложенія и питанія, изъ здоровой семьи, впервые заболѣла Верльгофіевою болѣзью на 13 году жизни: геморрагическая сыпь, въ видѣ мелкихъ и болѣе крупныхъ пятенъ, съ тѣхъ поръ почти не исчезала, періодическія кровотечения останавливались тампонаціей. На 16 году получила первыя крови, которыя длились 8 дней и были сравнительно обильны, со сгустками. Черезъ 9 мѣсяцевъ вторыя регулы: въ теченіи первой недѣли онѣ были необильны, въ продолженіи второй недѣли стали выпадать большіе сгустки; къ врачу больная не обращалась, и только на 18 день, когда она уже не въ состояніи была подниматься съ постели, приглашенный врачъ констатировалъ явленія острой анеміи—восковидный цвѣтъ лица, сильное головокруженіе, шумъ въ ушахъ, почти непрерывное обморочное состояніе, ускоренный, почти нитевидный пульсъ. На другой день больная умерла.

Описанный случай наводитъ автора на слѣдующія размышленія: въ виду того, что къ врачебной помощи обратились сравнительно поздно, а также въ виду того, что, по причинѣ малой доступности кровоточащаго мѣста, не думали о мѣстномъ лѣченіи, терапія ограничивалась только внутренними средствами и подкожными впрыскиваніями кровоостанавливающихъ и возбуждающихъ средствъ; однако печальный исходъ даннаго случая показываетъ, что, ради спасенія жизни больной, слѣдовало бы пожертвовать нупе'омъ и употреблять главнымъ образомъ мѣстное лѣченіе: тампонацію влагалища и инъекціи кровоостанавливающихъ средствъ въ полость матки; хорошіе результаты, которые получались у этой больной отъ тампонаціи носа, говорили бы также въ пользу непосредственной тампонаціи самой полости матки. *Н. Рачинскій.*

110. Г. Наркевичъ. Къ дѣйствию *gossypii herbacei*. (Земскій Врачъ, 1894., № 5).

Авторъ жидкому экстракту *gossypii herbacei* предпочитаетъ свѣжій настой изъ 15,0 на 180,0, черезъ $\frac{1}{2}$ —1 часть по столовой ложкѣ; показанія—маточныя вродотеченія, атоническое состоянiе матки послѣ родовъ. Побочнаго дѣйствiя отъ этого средства автору наблюдать не приходилось. Въ статьѣ приводятся 3 случая успѣшнаго примѣненiя этого средства при маточныхъ кровотеченiяхъ:

1) Беременная приблизительно въ началѣ второй половины беременности послѣ поднятiя тяжести получила кровотеченiе; на третiй день назначены свѣчки изъ опиѣ и спорыньи, покой, согрѣвающiй компрессъ на животъ (животъ нѣсколько болѣзненъ); къ вечеру кровотеченiе не уменьшилось, назначено давать въ теченiе ночи черезъ $\frac{1}{2}$ часа по столовой ложкѣ вышесказаннаго настоя; къ утру кровотеченiе прекратилось. Беременность продолжалась до срока.

2) Больная, 45 лѣтъ. *Menstrua antepoentia, profusa et protracta*. Подъ влiянiемъ приѣмовъ *gossypii* во время *menstrua*, онѣ стали рѣже, менѣе обильны и короче.

3) *Metrorrhagia*. Такъ какъ рвота не позволяла ввести лѣкарство *per os*, то пришлось примѣнить его въ клизмѣ. Быстрое прекращенiе кровотеченiя.

Н. Рачинскiй.

XI Международный медицинский конгрессъ въ Римѣ.

Реферировано по Centralbl. f. Gynaek., 1894 г.

Н. М. Какушкинымъ.

Morisoni (Неаполь) сдѣлалъ докладъ „О симфизеотоміи“. Симфизеотомія предпринимается для извлеченія живого доношеннаго плода, при узкихъ тазахъ съ истинной конъюгатой въ 6,7—8,8 снтм, при начавшейся родовой дѣятельности въ періодѣ раскрытія зѣва. Производится обыкновеннымъ или серповиднымъ ножомъ, которымъ сверху внизъ, или обратно, разрѣзается лонное сочлененіе. Послѣ родовъ достаточно шивать только мягкія части и накладывать круговую повязку. При тазахъ *Naegle* достойна вниманія операція *ischio-pubiotomia*.

Spinelli (Неаполь) на основаніи опытовъ заключаетъ, что разведеніе вѣтвей лобковыхъ костей при симфизеотоміи возможно на 10 снтм. безъ тяжелыхъ поврежденій какихъ либо органовъ и тканей.

Leopold, въ виду поздняго наступленія послѣдовательнаго за симфизеотоміей выздоровленія (чрезъ 1—2 года) и въ виду возможности кровотеченій и поврежденій влагалища, отводитъ этой операціи самое скромное мѣсто, допуская ея производство въ замѣну прободенія живого плода въ случаяхъ невозможности наложенія высокихъ щипцовъ и производства поворота.

Zweifel произвелъ 23 симфизеотоміи: матери живы, мертвыхъ дѣтей 2. У трехъ женщинъ послѣ наблюдались разстройства въ походкѣ. Для избѣжанія опасностей операціи, слѣдуетъ дѣлать поперечный разрѣзъ мягкихъ частей лона, затѣмъ послѣ операціи ожидать произвольнаго родоразрѣшенія, наложивъ вокругъ таза Эсмарховъ бинтъ.

Mancusi (Неаполь) сдѣлалъ 8 симфизеотомій, одну изъ которыхъ при остеомалятическомъ тазѣ съ конъюгатой въ 5,7 снтм.

Sänger стоитъ за ограниченіе показаній къ симфизеотоміи въ пользу кесарскаго сѣченія.

Pinard допускаетъ расхожденіе лобковыхъ костей только до 7 снтм. Эмбриотомія живого плода должна быть совершенно покинута въ пользу симфизеотоміи и кесарскаго сѣченія.

A. Martin сдѣлалъ докладъ „Объ уходѣ за культетъ послѣ міомотоміи“. (Докладъ реферированъ отдѣльно изъ *Deutsche med. Wochenschrift*).

Mangiagalli полагаетъ, что исходъ міомотоміи зависитъ больше отъ характера опухолей, нежели отъ способа ухода за ножкой. При межвязочныхъ опухоляхъ нѣтъ опредѣленнаго метода удаленія. Какъ при этихъ, такъ и при прочихъ фиброміомахъ, вѣроятно, лучшіе результаты даетъ полное удаленіе матки. Изъ способовъ обращенія съ культетъ заслуживаетъ предпочтенія способъ *Zweifel'*я.

Apostoli защищаетъ свой способъ лѣченія—электричество.

Foveau de Courmelles (Парижъ) говоритъ о безболѣзненности и безопасности электрическаго выскабливанія матки.

Doyen (Реймсъ) показалъ два инструмента, одинъ для вытаскиванія опухолей изъ брюшной полости, другой (въ помощь первому) для приподниманія ихъ черезъ влагалище.

Jacobs при фиброміомахъ идеальнойю операціей считаетъ полное удаленіе органа, которое онъ дѣлаетъ такъ: по вскрытіи сводовъ *per vaginam* и зажатіи маточныхъ артерій особыми пинцетамъ, вскрывается брюшная полость и совершается удаленіе матки.

Pean удаляетъ фиброміому всегда, разъ она констатирована, или *per laparotomiam*, или *per vaginam*. При невозможности примѣненія этихъ путей, особенно при ретроцервикальныхъ опухоляхъ, онъ удаляетъ новообразованіе, разрѣзая продольно заднюю стѣнку влагалища и переднюю кишки отъ промежности до дугласова пространства, между двумя предварительно наложенными, длинными, ущемляющими пинцетамъ. Послѣдовательное лѣченіе—подъ дренажемъ.

Mende (Лейпцигъ) не нашелъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ ни въ полости матки, ни въ полости шейки (въ противоположность *Witte*), поэтому стоитъ за надвлагалищное отнятіе матки.

Leopold Landau, на основаніи убѣжденія, что культя является причиной неблагоприятныхъ исходовъ міомотоміи, стоитъ за полное

удаление органа, или кускованиемъ, или двумя путями: сначала per laparotomiam вылущаются опухоли, затѣмъ черезъ влагалище вылущаются остальные части.

Carle (Туринъ) оперируетъ только при прогрессирующихъ симптомахъ. Онъ въ 114 случаяхъ сдѣлалъ:

11	laparo-myomectomia	съ вѣбрюшиннымъ	укрѣпленіемъ ножки	1	смерть
6	"	"	" внутривѣбрюшнымъ	"	" 1 "
52	"	"	" внутривѣбрюшнымъ	"	" 5 "
20	полныхъ вылушеній матки	путемъ чревосѣченія			ни одной смерти
11	"	"	" черезъ влагалище	"	" "
11	удаленій опухоли	кускованіемъ		"	" "

Tibone (Туринъ) сдѣлалъ докладъ „Объ эклампсіи“.

Mangiagalli совѣтуетъ при эклампсіи рано прибѣгать къ большимъ дозамъ морфія, подкожнымъ вливаніямъ солянаго раствора, къ вдыханію кислорода и къ искусственному дыханію.

B. Krönig заявиль, что въ Лейпцигской клиникѣ уже 1¼ года лѣчение морфіемъ замѣнено насильственнымъ родоразрѣшеніемъ. Изъ 18 случаевъ умерла одна (5,5%). При угрожающемъ легочномъ отека выпускается 600—800 граммовъ венозной крови.

Vuillet высказалъ свои выводы „Относительно тѣненія мойныхъ скопленій въ трубахъ и жидкихъ тазовыхъ выпотовъ“. Онъ горячо ратуетъ за консервативный способъ, состоящій въ проколѣ, въ проколѣ вмѣстѣ съ промываніемъ и въ проколѣ вмѣстѣ съ разрѣзомъ и дренажированіемъ. Въ двухъ случаяхъ послѣ такого лѣченія наступила нормальная беременность.

Rozzi примѣняетъ консервативное лѣчение при болѣзняхъ яичниковъ: при oophoritis sclero-cystica и oedematosa онъ дѣлаетъ болѣе или менѣе глубокія игнипунктуры, при кистахъ желтаго тѣла—резекцію кистъ и прижиганіе накалиномъ.

Martin стоитъ за частичную резекцію яичниковъ, при новообразованіяхъ, считая игнипунктуру излишнимъ приѣмомъ.

L. Landau сообщилъ „Объ осложненныхъ тазовыхъ абсцессахъ и мойныхъ скопленіяхъ въ трубахъ“. Онъ не причисляетъ себя къ сторонникамъ одного какого либо метода лѣченія. Въ 139 случаяхъ заболѣваній трубъ онъ произвелъ удаление трубъ съ 4 смертными случаями (2,7%). Въ случаяхъ тазовыхъ абсцессовъ или осложненныхъ заболѣваній придатковъ, онъ дѣлаетъ предпочтительно совмѣстное удаление матки, яичниковъ и трубъ черезъ влагалище (30 случаевъ окончившихся выздоровленіемъ), не ограничиваясь здѣсь вскрытіемъ абсцесса и удаленіемъ однихъ придатковъ. Вообще, разъ есть показаніе удалить придатки при двухстороннемъ pyosalpinx, онъ удаляетъ и матку.

Jacobs съ большою похвалою высказался о полной кастраціи (der totalen kastration) при тазовыхъ нагноеніяхъ: онъ сдѣлалъ это въ 184 случаяхъ съ 179 выздоровленіями.

Leopold при лѣченіи міомомъ матки примѣняетъ: кастрацію, если міома мала и яичники легко доступны; міомотомію, если опухоль велика; полное влагалищное вылуценіе матки, если женщина истощена. Легкія заболѣванія придатковъ онъ лѣчитъ чревосѣченіемъ; въ тяжелыхъ случаяхъ, у истощенныхъ давнимъ процессомъ женщинъ, онъ удаляетъ матку съ придатками черезъ влагалище.

Bossi (Генуя) сообщилъ „*О благоприятныхъ результатахъ исправленія положенія въ началѣ беременности перегнутой назадъ матки*“ (кольцо *Hodge'a*): въ 80 такихъ случаяхъ у него ни разу не наблюдалось выкидыша, (который, по его мнѣнію, бываетъ при retroversio чаще, чѣмъ думаютъ).

Онъ же заявилъ, что *ацетонурія* наблюдается: при мертвомъ плодѣ, при остаткахъ въ маткѣ частей послѣда и при нахожденіи въ маткѣ опухолей. Имъ демонстрированъ особый *расширитель шейки*, который онъ съ успѣхомъ примѣнилъ въ 84 случаяхъ съ цѣлю вызвать потужную дѣятельность матки, при эклямпсіи.

Г. Е. Рейнъ (Кіевъ) сообщилъ „*О радикальномъ мѣненіи ectropion мочевого пузыря*“. Въ одномъ случаѣ, у 20-лѣтней больной, вскрывъ брюшную полость, онъ удалилъ матку и придатки, на 6 смт. выше Дугласовой впадины сдѣлавъ искусственные свищи между мочеточниками и прямой кишкой, и удаливъ пузырь.

P. Zweifel доложилъ „*О двухъ сдѣланныхъ имъ растопавъ замороженныхъ труновъ роженицъ*“; въ одномъ случаѣ имѣлась смерть роженицы во время эклямптической комы, причемъ констатированъ разрывъ матки, въ другомъ случаѣ роженица умерла во время поворота на ножки при предлежаніи послѣда.

Sänger говорилъ „*Объ активномъ вмѣшателствѣ при трубномъ выкидышѣ*“.

Въ противоположность разрыву беременной трубы опасность здѣсь заключается не столько въ кровотеченіи, сколько въ септическомъ зараженіи. Принципомъ лѣченія трубнаго выкидыша должно быть чревосѣченіе, къ которому приступаютъ или при продолжающемся еще кровотеченіи, или при уже инкапсулированномъ кровоизліяніи. Характеръ хирургическаго вмѣшательства, какъ и при заболѣваніяхъ придатковъ,—строго-консервативный. Докладчикъ оперировалъ такъ въ 16 случаяхъ и потерялъ только одну больную, отъ легочной эмболіи.

Mars (Краковъ) демонстрировалъ модели изъ глины, которыми онъ пользуется для преподаванія студентамъ гинекологическихъ операций.

Müller (Бернъ) привелъ результаты своихъ наблюденій надъ дномъ матки беременныхъ и роженницъ. Онъ наблюдалъ мало-развитія новообразованія дна, *uterus arcuatus*, *uterus incudiformis*, *obliquitas uteri quoad formam*. Эти измѣненія формы дна матки, рѣзко выяснившіяся при сокращеніяхъ органа, стояли въ связи съ недостаточнымъ развитіемъ стѣнки въ мѣстѣ отхожденія трубъ, зависѣли отъ частичной атоніи стѣнки и отъ суженій таза.

Winckel демонстрировалъ случай врожденной телеангиэктатической миксосаркомы пупка.

Гавронскій (Харьковъ) изложилъ свои изслѣдованія „О распространеніи и объ окончаніяхъ нервовъ въ женскихъ половыхъ органахъ“.

Во влагалищѣ нервы достигаютъ эпителія и оканчиваются остриемъ или бульбовидно. Въ маткѣ за окончанія нервовъ онъ разсматриваетъ ячеистыя включения (*ingeschalteten Zellen*) въ ходѣ нервовъ. Въ трубахъ нервы доходятъ до эпителія. Въ яичникахъ наблюдаются нервныя пути или въ сопровожденіи сосудовъ, или самостоятельныя. Вѣдренія нервовъ въ эпителій здѣсь докладчикъ не нашель.

Caruso (Неаполь), говоря о *симфизеотоміи*, высказалъ между прочимъ, что симфизеотомія, соединенная съ эмбриотоміей, желательна, какъ замѣна кесарскаго сѣченія при абсолютномъ показаніи.

Fritz Frank (Кельнъ) привелъ нѣсколько собственныхъ взглядовъ „Къ вопросу о дренажѣ брюшной полости“.

Онъ считаетъ дренажъ безопаснымъ и желательнымъ способомъ лѣченія послѣ чревосѣченій, болѣе или менѣе осложненныхъ: неоконченныхъ, съ продолжающимся кровотеченіемъ, съ попаданіемъ въ полость дурного содержимаго кистъ и проч.

Amann (младшій, Мюнхенъ) сдѣлалъ докладъ „О истощеніи эндометрита“.

Онъ видитъ въ хроническомъ эндометритѣ преобладаніе процессовъ новообразовательныхъ. Въ межуточныхъ формахъ эндометрита онъ наблюдалъ большое количество митозовъ въ *stratum prorgium* слизистой и въ эндотелии самыхъ маленькихъ сосудовъ; митозы въ *strat. prorg.* отличаются правильнымъ строеніемъ и большой величиной; въ эндотелии капилляровъ они веретенообразной формы, обусловливаютъ хрупкость сосудистой стѣнки. Митозы

эпителия железъ—продолговатой формы; клѣтки растутъ къ просвѣту железы. Въ простомъ эндометритѣ имѣется плоскостная (flächenhaft) пролиферація железистаго эпителия; въ эндометритѣ железистомъ, покровный эпителий почти совсѣмъ не пролиферируетъ. Есть форма эндометрита, гдѣ наблюдается пролиферація почти одного только покровнаго эпителия. Въ лимфатическихъ путяхъ, въ крови и другихъ мѣстахъ слизистой находятся лимфоциты.

B. S. Schultze, говоря „*O uretralem non retentio mочи у женщины*“, описалъ новый способъ образованія уретры у женщины 45 лѣтъ, которая родила 20 лѣтъ назадъ, причемъ, вслѣдствіе травмы, у нея образовалась уретро-вагалищная фистула и дефектъ задней стѣнки уретры (въ 1 снтм. длиной) у свободного конца ея. Освѣживъ двѣ параллельныя полосы, соединяющіяся сзади, по сторонамъ намѣченной уретры, операторъ соединилъ швами эти полосы другъ съ другомъ, благодаря чему образовался каналъ, продолжающійся въ уретру. Въ него введенъ катетеръ à demeure (удаленъ на 9 й день послѣ операціи). Результатъ получился блестящій: недержание мочи, которымъ страдала больная, исчезло ¹⁾.

Jacobs (Брюссель) привелъ *сравнительные результаты влагалищнаго вырѣзыванія матки при заболѣваніяхъ придатковъ и удаленія при тѣхъ же показаніяхъ придатковъ путемъ чревосѣченія*. Удаленіе органовъ черезъ влагалище дало у автора въ 184 случаяхъ, 179 излѣченій, или 2,71⁰/₀ смертности. Вообще, по его вычисленіямъ, на 1540 чревосѣченій при такихъ показаніяхъ, произведенныхъ различными хирургами, смертность=5,7⁰/₀. 690 случаевъ удаленія органовъ чрезъ влагалище, дали смертность 4,49⁰/₀. Вообще въ случаяхъ, гдѣ показана двусторонняя оваріо-сальпингектомія, авторъ предпочитаетъ дѣлать вырѣзываніе матки и придатковъ чрезъ влагалище. При влагалищномъ методѣ возможно такъ-же, какъ и при чревосѣченіи, ориентироваться и разнообразить характеръ операціи, если, вскрывъ задній сводъ, тщательно изслѣдовать состояніе тазовыхъ органовъ.

Luigi Pozzo описалъ благопріятный для матери и плода случай операціи *Pozzo*, произведенный въ концѣ беременности у первородящей; ростъ тѣла 1,75 метра; истинная конъюгата 3¹/₂ снтм.; lordosis и scoliosis позвоночника.

¹⁾ Способъ образованія уретры, описанный здѣсь, примѣненъ впервые проф. *Д. О. Оттомъ*. Больная, съ успѣхомъ оперированная по этому способу, еще 1¹/₂ года назадъ была показана Акуш. Гинек. Общ. въ С.-Петербургѣ.

Cuzzi (Павія) и *Crosti* показали препараты человеческого яйца, самого маленького, по ихъ мнѣнію, изъ извѣстныхъ до настоящаго времени. Это яйцо, въ формѣ мѣшковидной оболочки, соответствующей формѣ маточной полости, выдѣлилось изъ матки 2 недѣли спустя послѣ очередныхъ мѣсячныхъ. На 1 смт. отъ трубнаго отверстія на оболочкѣ найдена опухоль съ горошину, срѣзы изъ которой дали подъ микроскопомъ такія картины: 1) въ decid. reflexa нѣтъ признаковъ образованія железъ, она кажется исходящею изъ межзачаточной ткани эндометрія, причемъ элементы межзачаточной ткани не увеличены въ числѣ, а гипертрофированы; 2) хоріонъ дифференцированъ на chorion tenue и chor. frondosum; 3) chor. frondosum присоединенъ къ decid. reflexa; 4) ворсинки хоріона направляются въ промежутки между пальцевидными отростками reflexae и посылаютъ отсюда эпителиальныя разрощенія, которыя видѣдряются въ материнскую ткань. Такія эпителиальныя разрощенія характеризуются интенсивностью окраски протоплазмы и хромофильностью ядра.

K. Paclík (Прага) описалъ свой методъ изслѣдованія полости пузыря помощью эндоскопіи. Въ колѣбнолоктевомъ или Trendelenburg'скомъ положеніи, подъ наркозомъ, мочеиспускательный каналъ расширяется Симоновскими расширителями. Въ него вводится Симоновское зеркало съ рукояткой, электрической лампочкой и съ оросителемъ. При существованіи пузырно-влагалищнаго свища авторъ пользуется имъ для введенія зеркала, не прибѣгая, слѣдовательно, къ расширенію уретры. Кромѣ того, не расширяя канала, авторъ иногда вгоняетъ въ пузырь воздухъ черезъ катетеръ, и затѣмъ послѣдній замѣняется или Лейтеровскимъ или Нитцевскимъ эндоскопомъ. Эндоскопія пузыря по автору даетъ прекрасные результаты, позволяя не только обслѣдовать тщательно всѣ измѣненія слизистой и катетеризировать мочеточники, но даже и фотографировать обозрѣваемыя пространства.

Lentzer доложилъ о результатѣ примѣненія гинекологической гимнастики:

1) въ двухъ случаяхъ выпаденія матки съ удлиненіемъ шейки получилось полное выздоровленіе безъ возврата;

2) въ 57 случаяхъ неполнаго обратнаго развитія матки—тоже;

3) въ 22 случаяхъ параметрита, черезъ 6 мѣсяцевъ,—тоже;

4) 19 ретроверзій дали только 2 излѣченія; въ 15 случаяхъ изъ остальныхъ—субъективное улучшеніе;

5) изъ 11 случаевъ расслабленія (послѣ родовъ) шейки пузыря въ 8 получилось излѣченіе, въ одномъ улучшеніе, въ 2-хъ никакого результата.

6) 7 случаевъ гидросальпинкса дали только 4 излѣченія.

7) 27 меноррагій дали 23 излѣченія, 2 улучшенія.

Авторъ совѣтуетъ дѣлать массажъ и во время мѣсячныхъ. Его положенія слѣдующія:

1) Массажъ во время регуль долженъ производиться нѣжно и продолжительность каждаго сеанса должна быть коротка.

2) Онъ дѣйствуетъ на сосудосжиматели и препятствуетъ застою.

3) Массажъ во время мѣсячныхъ часто имѣетъ болеутоляющее дѣйствіе и,

4) производимый нѣжно, не вызываетъ никогда воспалительныхъ явленій.

5) Прерывая массажъ на время мѣсячныхъ, тѣмъ затягиваютъ лѣченіе.

6) Онъ прекращаетъ метроррагій,

7) быстрѣе рассасываетъ тазовые выпоты и

8) съ большей легкостью и скоростью растягиваетъ сращения.

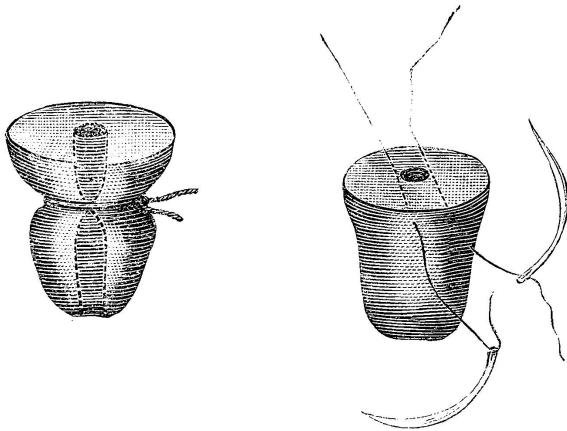
Calderini (Парлеа) сообщилъ, что при „эклампсiи“, когда уже начались роды, онъ примѣняетъ повторныя вырыскиванія морфія и хлорала въ прямую кишку, согрѣваніе окружающаго роженицу воздуха посредствомъ спиртовой лампы, помѣщаемой подъ приподнятымъ одѣяломъ, при чемъ экламптические приступы отстраняются и время для раскрытія зѣва выигрывается. Кромѣ того, онъ назначаетъ слабительныя и обеззараживающія кишечникъ средства, а также подкожныя вливанія 0,75⁰/₀ раствора поваренной соли. Для послѣдней цѣли онъ пользуется стеклянкой, закрытой резиновой пробкой съ двумя отверстиями; въ одномъ отверстіи помѣщается резиновая трубка съ иглой на концѣ, а въ другомъ—стеклянная трубка, доходящая до дна стеклянки.

Д. О. Оттъ сообщилъ „О радикальномъ леченіи фиброміомъ матки“. Практикуемый имъ способъ надвлагалищнаго удаленія матки при фиброміомахъ слѣдующій:

У захлороформированной больной, послѣ тщательнаго обеззараживанія влагалища $\frac{1}{20}$ ⁰/₀ растворомъ сулемы, дѣлается выскабливаніе, обмываніе тѣмъ-же растворомъ и прижиганіе термокаутеромъ слизистой канала шейки и нижняго отрѣзка матки (иногда, въ случаѣ узкости канала, послѣ предварительнаго расширенія расширителями *Hegar*'а). Затѣмъ влагалище тампонируется іодоформной марлюю.

Послѣ всѣхъ этихъ манипуляцій, отнимающихъ не болѣе 10 минутъ, производится чревосѣченіе. Опухоль (матка) выкатывается наружу; на широкія связки накладываются лигатуры, причѣмъ

последняя из лигатуръ, ближайшая къ маткѣ, захватываетъ отчасти и ткань послѣдней, съ цѣлью болѣе полной перевязки всѣхъ вѣтвей маточной артеріи (что позволяетъ обходиться безъ эластическаго жгута). Послѣ наложенія этихъ лигатуръ матка отрѣзается по плоскости, перпендикулярной къ отвѣсной линіи органа, и полость шейнаго канала прижигается термокаутеромъ; послѣднимъ слегка прижигается и поверхность срѣза. При недостаточности наложенныхъ лигатуръ, съ цѣлью болѣе надежнаго предупрежденія кровотока, сквозь массу шейки (культи), спереди назадъ, по обѣимъ сторонамъ канала (не захватывая его) проводятся двѣ прочныя лигатуры и затягиваются направо и налево.

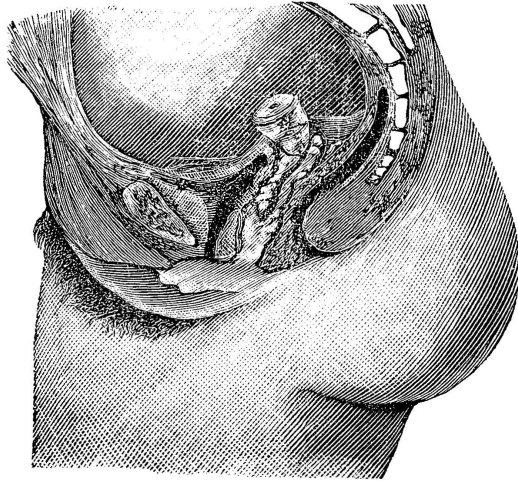


Оставшіеся неперевязанными участки шейки спереди и сзади, въ случаѣ, если шейка объемиста, могутъ быть также перевязаны еще двумя лигатурами. Достоинство наложенныхъ на шейку такимъ способомъ лигатуръ заключается, помимо ихъ главнаго назначенія, въ томъ, что онѣ не сдавливаютъ просвѣта канала. Уходъ за ножкой заканчивается проведеніемъ помощью длиннаго зонда съ ушкомъ черезъ каналъ во влагалище іодоформнаго марлеваго фитиля, конецъ котораго не выстоитъ надъ поверхностью срѣза ножки (при этомъ положенный раньше во влагалище тампонъ удаляется). Ножка не обшивается брюшиннымъ покровомъ, а свободно опускается въ брюшную полость. Послѣ закрытія послѣдней влагалище тампонируется іодоформной марлею. Фитиль удаляется на 4 или 5 день послѣ операціи.

Достоинство и оригинальность описаннаго способа заключаются въ простотѣ ухода за культей, по праву могущей быть названной здѣсь „ножкой“, какъ и при овариотоміи, въ тщательномъ обеззара-

живаніи оставляемыхъ частей, главнымъ образомъ канала „ножки“, и въ совершенствѣ перевязки сосудовъ.

По этому способу докладчикомъ сдѣлано 24 операціи со смертностью въ 4,3⁰/₀, между тѣмъ какъ въ 31 случаѣ, оперированномъ по старому методу, умерло 24,4⁰/₀.



Въ заключеніе приведемъ положенія докладчика:

1) Всѣ мѣры (лѣченія маточныхъ фиброміомъ), кромѣ непосредственнаго удаленія новообразованія, слѣдуетъ считать палліативными.

2) Изъ числа палліативныхъ средствъ въ электризаціи фиброміомъ по методу *Apostoli* гинекологія приобрѣла цѣнное средство.

3) Примѣненіе кастраціи, какъ средства малонадежнаго, должно быть ограничено до *minimum'a*, тѣмъ болѣе, что она идетъ въ разрѣзъ съ принципами сохраняющей хирургіи, жертвуя здоровымъ яичникомъ, какъ отличительной железой женскаго организма, ради сомнительныхъ результатовъ.

4) Прогрессированіе болѣзненныхъ симптомовъ должно считаться показаніемъ къ радикальному вмѣшательству,—удаленію.

5) Примѣненіе палліативовъ, затягивая болѣзнь, можетъ обусловить серьезное разстройство организма, существенно ухудшающее предсказаніе радикальной операціи, а потому

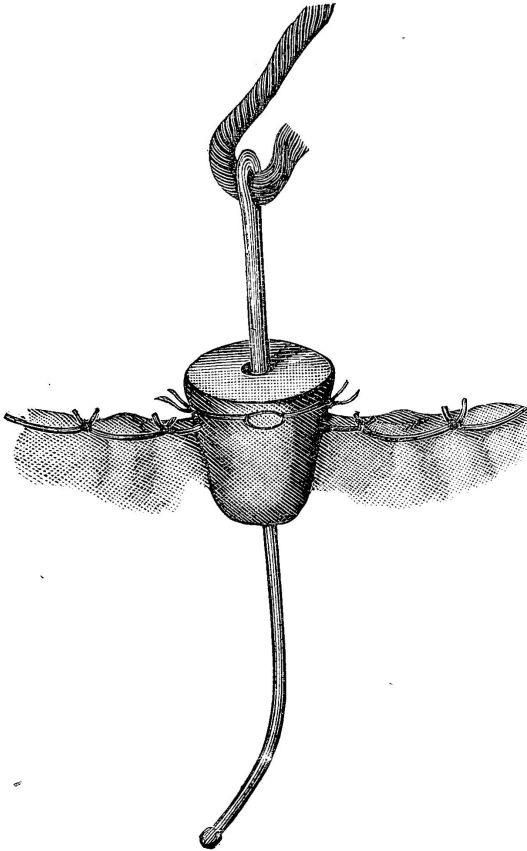
6) Показывается болѣе раннее примѣненіе радикальнаго оперативнаго вмѣшательства, чѣмъ это теперь дѣлается.

7) Болѣе ранняя операція несомнѣнно должна уменьшить % смертности.

8) Влагалищное удаление фиброматозной матки, гдѣ таковое возможно, должно быть предпочтено остальнымъ оперативнымъ методамъ, сопряженнымъ съ чревосѣченіемъ.

9) Надвлагалищную ампутацію слѣдуетъ считать болѣе благоприятной, чѣмъ полное удаление матки путемъ чревосѣченія.

10) Внутривъбрюшинный способъ ухода за ножкой заслуживаетъ предпочтенія передъ внѣбрюшиннымъ.



11) Способъ надвлагалищной ампутаціи „по типу овариотоміи“, какъ болѣе простой и по достигаемымъ результатамъ, достоинъ дальнѣйшей разработки.

12) Видоизмѣненіе докладчика въ лѣченіи ножки оказало замѣтное вліяніе на пониженіе $\%$ смертности по сравненію съ прежними методами, имъ употреблявшимися.

13) % смертности при надвлагалищной ампутаціи матки, какъ операціи типичной, можетъ быть доведенъ до цифръ, близкихъ къ получаемымъ при оваріотоміи.

14) Описанный выше способъ можетъ быть названъ, по аналогіи его съ оваріотоміей, надвлагалищной ампутаціей матки „по типу оваріотоміи“.

(Продолженіе слѣдуетъ).

КОРРЕСПОНДЕНЦИИ.

I.

Къ вопросу о лечении эклампсін.

Поводомъ къ настоящей моей замѣткѣ послужило то, что до сихъ поръ у насъ нѣтъ еще вѣрнаго и безопаснаго средства въ борьбѣ съ эклампсіей. Въ прежнее время прибѣгали къ хлороформу, да и теперь еще очень и очень многіе пользуются имъ *larga manu*, одни пользуются гидротерапевтическими приемами, (расчитывая на кожную перспирацію), другіе воспользовались предложеніемъ *Veit*'а относительно подкожныхъ инъекцій морфія, нѣкоторые приняли предложеніе *Dührsen*'а—*accouchement forcé*; упомяну, наконецъ, еще о клизмахъ изъ *chloral. hydrata*.

Я не имѣю въ виду сообщить что либо новое по этому вопросу, но думаю, что было бы не бесполезно нѣсколько ориентироваться, въ тѣхъ данныхъ, которыя получены трудами очень многихъ. О сущности эклампсін мы до сего времени знаемъ очень мало. На основаніи того, что въ мочѣ экламптическихъ больныхъ появляется бѣлокъ, прежде смотрѣли на этотъ родъ судорогъ, какъ на острую уремію, обусловленную (по *Frerichs*'у) превращеніемъ задерживающейся въ крови мочевоѣ кислоты въ углекислый амміакъ. Затѣмъ явилась гипотеза *Rosenstein*'а и *Traube*, по которой у беременныхъ (даже при отсутствіи болѣзней почекъ) существуетъ гидремія и одновременно гипертрофія лѣваго желудочка сердца, обусловливающая значительное повышеніе давленія въ артеріальной системѣ, что съ своей стороны ведетъ къ отеку мозга; развивается анемія мозга съ ея припадками. Однако, по *Spiegelberg*'у, въ крови экламптиковъ нѣтъ ни мочевины, ни углекислаго амміака, которые лишь въ значительномъ количествѣ вызываютъ судороги. Теорія *Traube* вскорѣ также потерпѣла фіаско, такъ какъ патолого-анатомическія вскрытія женщинъ, умершихъ отъ эклампсін, не подтвердили тѣхъ данныхъ, на которыхъ основывается *Traube*. Дальнѣйшими изслѣдованіями еще болѣе разрушена связь между заболѣваніями почекъ и эклампсіей, (*Ingerslev* въ 106 случаяхъ патолого-анатомическихъ вскры-

тій труповъ умершихъ отъ эклампсіи нашель почки здоровыми, а при жизни въ мочѣ этихъ больныхъ не обнаружено было присутствія бѣлка).

Опытами *Kussmaul*'а, *Tenner*'а и др. найдено, что у животныхъ, при прегражденіи притока артеріальной крови къ мозгу, появляются судорожные припадки, совершенно сходные съ экламптическими у женщинъ. На основаніи этого явилось предположеніе, что эклампсія обусловливается анеміей мозга. Но чѣмъ вызывается эта послѣдняя—осталось не выясненнымъ.

A. Pilliet, на основаніи патолого-анатомическихъ изслѣдованій труповъ умершихъ отъ эклампсіи, указалъ, что наибольшимъ и постояннымъ измѣненіямъ подвергается печень, паренхима которой представляетъ некротизированной на большомъ пространствѣ.

Jürgens нашель въ печени микроба, котораго онъ считаетъ участникомъ въ патогенезѣ эклампсіи.

Bouffe, подтвердившій изслѣдованія *Pilliet*, а также и *Jürgens*'а, считаетъ однако бактериологическое происхожденіе эклампсіи недоказаннымъ. По его мнѣнію, есть какая то общая причина, вызывающая постоянныя измѣненія, главнымъ образомъ въ печени, менѣе рѣзко и въ другихъ органахъ—какой то ядъ.

Въ связи съ патолого-анатомическими измѣненіями, происходящими въ печени при эклампсіи, измѣняется и ея функція: печень теряетъ способность нейтрализовать циркулирующіе въ крови яды, а, слѣдовательно, и экламптической. Но при эклампсіи и почки претерпѣваютъ извѣстныя измѣненія, функція ихъ, слѣдовательно, также ослабѣваетъ, а потому экламптический ядъ скопляется въ организмѣ все въ большемъ и большемъ количествѣ, вызывая наиболѣе тяжелыя явленія отравленія—судороги.

Экламптическіе припадки являются чаще всего у первородящихъ, но также и у многородящихъ, при затянувшихся родахъ; болевое ощущеніе при всѣхъ такихъ случаяхъ, конечно, чрезвычайно повышено. Нервная система, затрачивающая и при физиологическомъ процессѣ родовъ значительный запасъ своей энергіи, (болевыя ощущенія, повышенное состояніе возбудимости, страхъ и т. д.), не въ состояніи уже вскорѣ отвѣчать на столь значительный сирокъ и потому легче поддается воздѣйствію циркулирующаго въ крови яда. Вскорѣ поражается и спинной мозгъ, а въ частности—рефлекторный центръ, что выражается въ приступахъ судорогъ.

Dührsen того мнѣнія, что, лишь только распознана эклампсія, должны быть употреблены самыя рѣшительныя операціи съ цѣлью возможно болѣе скорого окончанія родовъ, что ведетъ за собой прекращеніе экламптическихъ припадковъ. При этомъ, въ случаѣ нераскрытаго или недостаточно раскрытаго устья для *accouchement forcé*, онъ предлагаетъ свой способъ разсѣченія шейки.

Защитники *Dührsen*'овскаго способа лѣченія эклампсіи говорятъ, что фармацевтическими средствами дѣйствуютъ *только* въ интересахъ матери, оставляя на произволь судьбы жизнь плода,

тогда какъ способомъ насильственнаго родоразрѣшенія сохраняются интересы *обоихъ*. Отчасти это такъ; но не слѣдуетъ забывать, что *accouchement forcé* представляетъ собою обоюдосторонній мечъ: здоровье, а нерѣдко и жизнь, матери подвергается здѣсь, какъ и при всякой акушерской операціи, извѣстному риску въ смыслѣ травмъ, инфекціи и т. д., тѣмъ болѣе, что въ способѣ *Dührsen'a* есть нарушеніе естественнаго хода родовъ, именно—извлечение младенца чрезъ неподготовленный къ тому родовой путь; при томъ, можно ли быть увѣреннымъ, что плодъ будетъ извлеченъ живымъ, если вспомнить приводимый статистикой % смертности дѣтей при извлеченіи щипцами! А вѣдь нерѣдко прійдется въ случаяхъ эклампсіи прибѣгать къ самому трудному и неблагоприятному по отношенію къ плоду наложенію щипцовъ—при высокомъ стояніи головки, когда, по *Zweifel'ю*, смертность дѣтей достигаетъ 7,3%.

(Спѣшу оговориться, что я имѣю въ виду тѣ случаи *accouchement forcé*, когда маточное устье, при не сглаженной шейкѣ, мало или совсѣмъ не раскрыто!)

Тогда прійдется сказать, что способомъ насильственнаго родоразрѣшенія въ случаяхъ эклампсіи не *сохраняются* интересы и матери и плода, а лишь *преслѣдуются*; и если здѣсь грозитъ опасность, то уже—для *обоихъ*.

Тогда не лучше-ли спасать жизнь матери, оставляя, дѣйствительно, на произволь судьбы жизнь плода?

Переходя къ разсмотрѣнію болѣе мирныхъ способовъ лѣченія эклампсіи, я ничего не могу сказать относительно гидротерапевтическаго способа, такъ какъ не имѣю въ этомъ отношеніи ни опыта, ни наблюденій; а остановлюсь на сравненіи дѣйствія хлороформа и морфія.

Цѣль, при примѣненіи того или другаго въ случаяхъ эклампсіи, заключается въ пониженіи возбудимости нервной системы ко всякаго рода раздраженіямъ и въ частности въ пониженіи рефлексовъ. Достигается это обоими неодинаково, какъ это видно изъ слѣдующей сравнительной таблицы.

Х л о р о ф о р м ѣ .

1) Нервные клѣтки, завѣдывающія рефlekсами, и двигательныя клѣтки представляются по отношенію къ хлороформу *наиболѣе устойчивыми*.

2) Хлороформъ всасывается черезъ всѣ слизистыя оболочки (въ особенности дыхательныхъ путей) и выдѣляется перспираціей *довольно медленно*.

М о р ф і й .

1) Морфій (въ большихъ дозахъ) парализуетъ гангліозныя клѣтки большихъ полушарій и спиннаго мозга *и прежде всего тѣ, которыя опредѣляютъ рефlekторную дѣятельность*.

2) Морфій скорѣе всего дѣйствуетъ при введеніи его въ кровь, всасывается медленно и *быстро выводится* изъ организма.

3) Дыханіе отъ хлороформа рефлекторно замедляется (вслѣдствіе мѣстнаго раздраженія вѣтвей п. trigemini въ слизистой оболочкѣ носа). При отсутствіи достаточнаго количества кислорода наступаетъ очень быстро смерть отъ задушенія. Смерть отъ хлороформа наступаетъ отъ паралича дыхательнаго центра или сердца.

Изъ этого краткаго сопоставленія ясно видны преимущества морфія предъ хлороформомъ—по отсутствію опасныхъ послѣдствій и по лучшему достиженію цѣли, преслѣдуемой при лѣченіи эклампсіи.

И какой въ сущности смыслъ хлороформированія во время экламптическихъ судорогъ? Вѣдь въ моментъ самаго припадка больная не дышетъ, а слѣдовательно и не вдыхаетъ хлороформныхъ паровъ; накопленіе CO_2 за это время въ организмѣ велико, содержаніе кислорода—ничтожно: лучшія условія для губительнаго дѣйствія хлороформа на дыхательный центръ и сердце! Съ первымъ вздохомъ послѣ припадка больная вдыхаетъ не чистый воздухъ, который теперь ей такъ необходимъ, а воздухъ, смѣшанный съ парами хлороформа, (если даже допустить, что съ прекращеніемъ припадка должно прекратить и наркозъ). Предупредить припадокъ, давая больной вдыхать хлороформъ, до наступленія его, по моему, невозможно, такъ какъ у насъ нѣтъ вѣрныхъ симптомовъ, по которымъ можно судить о приближеніи припадка; явленія же, которыя можно считать нѣкоторымъ образомъ предвѣстниками припадка, наступаютъ за такой короткій моментъ предъ нимъ, что, врядъ-ли, за это время отъ нѣсколькихъ сомнительныхъ вдыханій хлороформа получится желаемый эффектъ.

Морфій, врыскиваемый подъ кожу при лѣченіи эклампсіи, согласно предложенію Veit'a, не имѣетъ за собой указанныхъ неудобствъ. Остановившись на подробностяхъ примѣненія его—мнѣ незачѣмъ: объ этомъ достаточно говорилось въ литературѣ. Упомяну лишь о томъ, что докторъ Kranz, разбирая въ своей диссертациі, (написанной подъ руководствомъ проф. Veit'a и Binz'a) вопросъ „О лѣченіи эклампсіи морфіемъ“, приводитъ 17 случаевъ, изъ которыхъ умерли двѣ, при чемъ смерть у обѣихъ послѣдовала не отъ эклампсіи, а у одной больной—отъ разрыва матки и у другой отъ недостаточности двустворки съ нефритомъ. У многихъ больныхъ приступы прекращались уже послѣ однократнаго приема морфія въ 0,03; у другихъ—все количество морфія доходило до 0,09 втеченіе 9 часовъ, а одной больной дано было 0,095 въ 2½ часа.

Въ видѣнныхъ мною 6 случаяхъ эклампсіи, гдѣ примѣнялся морфій, я наблюдалъ отъ него только хорошіе результаты; при

3) *Дыхательный центръ домогается intacten*: животныя и люди могутъ правильно дышать, хотя они уже давно впали въ безсознательное состояніе и лишились рефлексовъ. И сердце также принадлежитъ къ числу органовъ, *наибольше сопротивляющихся дѣйствію морфія*.

этомъ морфій примѣнялся гораздо осторожнѣе, чѣмъ это предлагаетъ *Veit*.

Теоретически разсуждая, полезно, если возможно, способствовать выдѣленію изъ организма циркулирующаго въ крови яда (слабительными, кожной перспираціей).

Само собою разумѣется, если родовой актъ настолько подвинулся впередъ (головка опустилась, шейка сглажена, устье достаточно раскрыто), что роды могутъ быть уже окончены тѣмъ или другимъ оперативнымъ путемъ, то незачѣмъ ожидать окончанія ихъ силами природы, а слѣдуетъ подать соотвѣтственное оперативное пособіе.

С. Б. Быховскій.

Редакторы: { *Д. Оттъ.*
Л. Личкусъ.