

# ЖУРНАЛЪ

## АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

---

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

**А. Я. КРАССОВСКАГО,**  
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

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

и

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

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

---

ТОМЪ VIII.

---

МАЙ 1894.

---

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.



# ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

МАЙ 1894, № 5.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

## I.

ИЗЪ КЛИНИКИ ПРОФ. ТОЛОЧИНОВА.

Къ вопросу о вѣматочной беременности.

Ординатора П. Михина.

Изъ исторіи хирургической практики вообще и хирургіи брюшной полости въ частности не много найдется отдѣловъ, на разработку которыхъ было бы положено столько труда, какъ на отдѣлъ о вѣматочной беременности. Первые свѣдѣнія о случаяхъ эктопической беременности мы находимъ у *Carpens'a* <sup>1)</sup> въ 1522 году.

*Примѣчаніе.* Подробно излагать въ своемъ краткомъ очеркѣ исторію этого вопроса я не считаю удобнымъ, тѣмъ болѣе, что каждый желающій можетъ найти историческія подробности у *Змиродскаго* <sup>2)</sup> и *Kleinwächter'a* <sup>3)</sup>.

Съ этого времени вопросъ этотъ все чаще и чаще ставился на очередь, но, за отсутствіемъ эмбриологическихъ свѣдѣній съ одной стороны и вслѣдствіе шаткости и неточности діагностическихъ приемовъ съ другой, вопросъ этотъ такъ и оставался открытымъ. Нѣкоторый свѣтъ удалось пролить на эти

---

<sup>1)</sup> *Isagoge brevis in anat. c. h. Bonn, 1522.*

<sup>2)</sup> „Къ ученію о вѣматочной беременности“. Диссертація, СПБ. 1886 г.

<sup>3)</sup> „Вѣматочная беременность“. Реальная энциклопедія мед. наукъ, т. II, 1892 г.

загадочныя до тѣхъ поръ явленія изслѣдованіямъ *Regnier de Graaf* <sup>4)</sup>, но только съ появленіемъ въ свѣтъ знаменитаго открытія *K. фонъ-Бэра* <sup>5)</sup> и затѣмъ изслѣдованія *Eschericht*'а <sup>6)</sup> удалось изслѣдователямъ уяснить себѣ хотя только способъ возникновенія этихъ аномалій беременности. Собственно говоря, внѣматочной беременностью, какъ показываетъ уже и самое названіе, называется такая форма беременности, когда яйцо не достигаетъ полости матки, а, задержавшись гдѣ либо на пути къ этой послѣдней, оплодотворяется и начинаетъ развиваться. Сообразно съ мѣстомъ прикрѣпленія и развитія яйца беременность получаетъ свое названіе. Первая классификація внѣматочной беременности была дана *Bianchi* въ 1752 году и, упрощенная затѣмъ *Böhmer*'омъ <sup>7)</sup>, остается принятой и до сихъ поръ; вотъ она: *gestatio ovarica, tubaria et abdominalis*. Впослѣдствіи классификація эта пополнена еще слѣдующими формами: *graviditas interstitialis* (*Schmitt* <sup>8)</sup>), *tubo-abdominalis*, *tubo-uterina*, *tubo-ovarica*, беременность въ зачаточномъ рогу при *uterus-bicornis* и, наконецъ, *graviditas cysto-tubo-ovarica*. Послѣдней формы до сихъ поръ наблюдалось только 2 случая: *Vuillet* <sup>9)</sup> и *Caseaux* <sup>10)</sup>. Насколько вопросъ о внѣматочной беременности занимаетъ умы изслѣдователей, можно судить изъ того, что въ статьѣ *Kleinwächter*'а (см. выше) собрано 578 случаевъ, при чемъ въ это число не вошли такія работы, какъ: *Змиродскаго* (см. в.), *Смоляскаго* <sup>11)</sup>, *Штольца* <sup>12)</sup>, *Отта* <sup>13)</sup>, *Крассовскаго* <sup>14)</sup>, *Котелянскаго* <sup>15)</sup> и *Ernst*'а *Carsten*'а <sup>16)</sup>. Просматривая литературу за послѣдніе два года, я

<sup>4)</sup> *Regnier de Graaf*. „De mulierum organis“. Lugd. 1672, стр. 12.

<sup>5)</sup> *K. E. von Baer*. „De ovi mammalium et hominis generis“. Lipsiae, 1827.

<sup>6)</sup> *Eschericht*. Срв. *Kussmaul*. „Von dem Mangel, der Verkümmernng und Verdopplung der Gebärmutter etc“. Würzburg, 1859. Vorrede, pag. 313 und 323.

<sup>7)</sup> „Observ. anat. rar.“ Fasciculus I et II, Halac. Magd. 1752—56.

<sup>8)</sup> „Beobacht. der R. K. med.-chir. Jos. Akad. Wien“, I, 1801.

<sup>9)</sup> Arch. f. Gyn. XXII, p. 427.

<sup>10)</sup> *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*“. Paris. 1846, p. 140.

<sup>11)</sup> „Къ діагностицѣ и лѣченію тубной беременности въ первой ея половинѣ“ (Ж. Ак. и Женскихъ бол., Т. IV, 1890 г.).

<sup>12)</sup> „Критическій разборъ работы *Смоляскаго*“. Приложение къ газетѣ „Врачъ“, 1890, № 39.

<sup>13)</sup> „Матеріалы къ ученію объ эктопическихъ формахъ беременности“, Врачъ, 1890, № 43.

<sup>14)</sup> Журналъ Ак. и Женскихъ бол. 1890, май

<sup>15)</sup> „Два случая внѣм. бер.“ „Мед. Обзор.“, 1890, т. XXXIII, № 10.

<sup>16)</sup> „Ueber die Tubenschwangerschaft in die ersten Monaten“. Berlin. klinik, Heft 35, mai, 1891.

нашелъ 198 описанныхъ случаевъ внѣматочной беременности. Весь этотъ матеріалъ я нахожу возможнымъ подраздѣлить на слѣдующія рубрики.

I. Graviditas tubaria—161 случай.

A) Разрывъ мѣшка до операціи 65 случаевъ.

1) Безъ оперативнаго пособія прошло 14 случаевъ (5 со смертельнымъ исходомъ).

2) Полное удаленіе плоднаго мѣшка per laparotomiam 45 случаевъ (3 смертельныхъ случая).

3) Лапаротомія съ пришиваніемъ стѣнокъ мѣшка къ брюшной ранѣ—6 случаевъ.

B) Случаи graviditas tubaria безъ разрыва мѣшка—36 случаевъ.

1) Полная экстирпація мѣшка per laparotomiam—35 случаевъ.

2) Разрѣзъ мѣшка, вшиваніе его въ брюшную рану и дренажированіе его полости—3 случая.

C) Случаи, оперированные per vaginam—6 случаевъ (1 случай съ летальнымъ исходомъ).

D) Случаи, окончившіеся абортomъ—9.

1) Абортъ въ полость матки—2 случая, одинъ изъ которыхъ (двойни) окончился летально, а другой былъ излѣченъ безъ хирургическаго вмѣшательства.

2) Абортъ въ полость живота—7 случаевъ; изъ нихъ въ пяти случаяхъ была сдѣлана лапаротомія съ экстирпаціей мѣшка; въ одномъ случаѣ вшиваніе мѣшка въ брюшную рану и дренажъ, и въ одномъ случаѣ разрѣзъ черезъ задній сводъ влагалища и тампонада полости мѣшка.

*Примѣчаніе.* Во всѣхъ остальныхъ 45 случаяхъ способъ оперированія точно не указанъ.

II. Graviditas abdominalis – 15 случаевъ; изъ нихъ въ 8 случаяхъ полное удаленіе плоднаго мѣшка; въ 5—вшиваніе мѣшка въ брюшную рану, при чемъ въ одномъ случаѣ плодъ вполнѣ доношенный остался живъ; въ двухъ случаяхъ (1.—exitus laetalis) былъ сдѣланъ разрѣзъ черезъ задній сводъ влагалища.

III. Graviditas ovarica—4 случая съ экстирпаціей мѣшка.

IV. Graviditas tubo-abdominalis—3 случая; одинъ излѣченъ

безъ хирургической помощи, 2 окончились летально post laparotomyam.

V. Сложная беременность: одинъ случай тубарной и абдоминальной беременности; два случая одновременно существовавшей внутри и внѣматочной беременности: въ одномъ изъ нихъ роды доношеннымъ ребенкомъ до операціи (graviditas abdominalis, экстракція мѣшка, выздоровление), а въ другомъ выкидышъ послѣ операціи (частичное изсѣченіе мѣшка тубарной беременности); 1 случай graviditas tubariae bilateralis.

VI. Graviditas in cornu rudimentario uteris bicornis—1 случай; лапоротомія по поводу разрыва рога, exitus laetalis.

VII. Eliminatio foetus—3 случая.

VIII. Lithopaedion—3 случая; изъ которыхъ одинъ—случайная находка во время аутопсіи.

*Примѣчаніе.* Во всѣхъ остальныхъ, не вошедшихъ сюда, случаяхъ форма беременности не была точно указана.

Діагностическіе приемы наши въ настоящее время настолько улучшились, что громадная масса тѣхъ случаевъ, которые въ прежнее время сходили подъ діагнозомъ haematocoele, теперь оказываются въ рубрикѣ внѣматочной беременности. Рѣдкій № любаго Акушерско-Гинекологическаго журнала, рѣдкое заведеніе Акушерско-Гинекологическаго Общества проходитъ безъ сообщеній о внѣматочной беременности. Въ то время, какъ прежде авторы (*Bandl*<sup>17</sup>), *Крассовскій*<sup>18</sup>), *Толочиновъ*<sup>19</sup>), *Spiegelberg*, *Schroeder*, *Depaul*<sup>20</sup>) признавали постановку діагноза внѣматочной беременности въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно трудной, въ данное время большинство случаевъ уже не ускользаетъ отъ вниманія врачей; такъ, во всѣхъ 14 случаяхъ, за исключеніемъ одного, (см. 6 случаевъ въ работѣ д-ра *Иванова* въ Журн. Ак. и Жен. Болѣзней, 1892, № 2 и № 3), бывшихъ въ нашей клиникѣ, діагнозъ былъ поставленъ ante operationem.

Къ числу діагностическихъ признаковъ внѣматочной беременности нужно отнести такіе, которые во 1) зависятъ непосредственно отъ увеличенія забеременѣвшаго органа (труба,

<sup>17</sup>) См. *Лита* и *Биллротъ*. Т. I, часть IV, вып. V.

<sup>18</sup>) *Крассовскій*. Рѣчь. Журн. Ак. и Жен. Бол., 1890, № 5.

<sup>19</sup>) Распознаваніе и лѣченіе внѣм. бер., 1879.

<sup>20</sup>) Arch. de Tocologie des malad. des femmes, 1874, I, p. 264.

яичникъ, зачаточный рогъ двурогой матки) и 2) такіе, которые являются вслѣдствіе симптоматическаго вліянія беременности, какъ таковой, на весь организмъ. Къ числу первыхъ относятся: увеличеніе самого забеременѣвшаго органа; разстройство въ сосѣднихъ частяхъ (мочевой пузырь, кишечникъ) вслѣдствіе давленія на нихъ; воспалительныя явленія въ области развитія мѣшка внѣматочной беременности. Къ числу вторыхъ: увеличеніе матки (гипертрофія и гиперплазія ея мышечныхъ волоконъ); образованіе *membranae deciduae*; застойныя явленія во влагалищѣ; упорное кровотеченіе изъ матки; увеличеніе груди и отдѣленіе ими молозива; отсутствіе менструацій (хотя этотъ признакъ далеко не всегда находится налицо); явленія раздраженія брюшины (тошнота, *vomitus gravidarum*); субъективные признаки (извращеніе вкуса, привычекъ); шумъ въ сосудахъ мѣшка (съ 4 мѣсяца), контуры плода и его движеніе; пульсація въ сводахъ; прощупываніе иногда матки отдѣльно отъ опухоли. Въ дальнѣйшемъ теченіи беременности сюда еще могутъ присоединиться: признаки разрыва мѣшка (схваткообразныя боли внизу живота, признаки остраго малокровія, явленія перитонита) и отхожденіе *membranae deciduae*. Впрочемъ, этотъ послѣдній признакъ далеко не постояненъ, такъ какъ отпадающая оболочка можетъ оставаться въ маткѣ и подвергнуться процессу обратнаго развитія. (*Martin, Ommz* и др.). Кроме того, проф. *Ommz* (Врачъ, 1893) очень рекомендуетъ производить съ діагностическою цѣлью выскабливаніе слизистой оболочки матки и микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ такимъ образомъ кусочковъ. Таковы въ общихъ чертахъ признаки внѣматочной беременности, признаки настолько многочисленныя, что по нимъ въ большинствѣ случаевъ съ большей или меньшей степенью вѣроятія, порою путемъ исключенія, но все таки можно бываетъ поставить діагнозъ внѣматочной беременности. Далекое не такіе, къ сожалѣнію, результаты даетъ намъ дифференціальная діагностика отдѣльныхъ видовъ внѣматочной беременности (*Schroeder, Spiegelberg, Толочинковъ, Bandl, Küstner*). Такіе признаки, по которымъ можно было бы отличить тубарную форму внѣматочной беременности отъ оваріальной или абдоминальной, сводятся къ опредѣленію: 1) толщины трубы (или трубъ), зависящей не только отъ при-

существованія въ ея полости яйца, но и отъ гипертрофіи и гиперплазии ея мышечныхъ элементовъ, какъ это доказываетъ *Sänger*, <sup>21)</sup>; 2) присутствія явленій сокращенія въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка (*Tarnier* и *Budin*) и 3) продолжительности беременности. Если, при наличности другихъ признаковъ внѣматочной беременности, имѣется утолщеніе трубы, то мы можемъ его отнести на счетъ тубарной беременности, хотя легко возможно принять за внѣматочную тубарную беременность сальпингитъ (или какую либо опухоль), или же обратно, какъ это и было въ случаяхъ, описанныхъ: *Pestalozza* <sup>22)</sup>, *W. Hamilton* <sup>23)</sup>, *G. Braun* <sup>24)</sup> и др.

Относительно дифференціального діагноза между *graviditas tubaria* и сальпингитомъ, *Thomas* указываетъ на увеличеніе трубъ *sub menstruatione*, какъ на признакъ, говорящій въ пользу сальпингита. Что касается втораго признака, то, хотя присутствіе мышечныхъ волоконъ (гладкихъ) и говоритъ за участіе стѣнки трубы въ стѣнкахъ плоднаго мѣшка, но и тутъ легко возможно ошибиться, какъ это доказываетъ случай проф. *В. В. Сутугина* <sup>25)</sup>. Относительно третьяго признака—продолжительности беременности мы будемъ говорить ниже въ отдѣлѣ объ исходахъ внѣматочной беременности.

Почти въ той же степени, какъ и въ дифференціальномъ діагнозѣ, шатки наши свѣдѣнія въ этиологіи данныхъ заболѣваній, какъ я въ этомъ могъ убѣдиться, изучая случаи, описанные въ послѣдніе 2 года. Какъ на этиологическій моментъ происхожденія внѣматочной беременности, мы можемъ указать на *pelvio-peritonitis*, да это и вполнѣ понятно: воспаленіе брюшины, выстилающей полость малаго таза съ заключающимися въ ней органами необходимо влечетъ за собою измѣненія въ расположеніи этихъ послѣднихъ, въ результатъ чего и получаютъ перегибы, скручиванія и другія измѣненія въ положеніи трубъ, препятствующія вступленію и прохожденію по нимъ яйца. Слѣдующую по частотѣ причину, мнѣ казалось бы возможнымъ, поставить—катарраль-

<sup>21)</sup> Vom internationalen gynäkolog. Kongress in Brüssel... Aus der Discussion zu dem Vortrage von *Martin* über ectopische Schwangerschaft.

<sup>22)</sup> *Riforma med.* 1891, Juni.

<sup>23)</sup> *New-York med. Journ.* 1891, August 22, p. 207.

<sup>24)</sup> *Geb. gyn. Gesel. in Wien Sitz. vom 9 Juni 1891.*

<sup>25)</sup> *Врачъ*, 1892 г., № 9. „Наблюденіе надъ брюшинной беременностью“.

ныя измѣненія слизистой оболочки трубъ, которыя, имѣя въ основѣ своей чаще всего гоноррею (*Мандельштаммъ* <sup>26</sup>) влекутъ за собой, помимо исчезновенія мерцательнаго эпителия, зачастую также суженія или даже облитерацію полости трубы. Затѣмъ, какъ уже болѣе рѣдкія причины внѣматочной беременности, можно указать слѣдующія: прирожденныя патологическія состоянія трубъ—ненормальная ихъ извилистость, что, какъ наблюдалъ *Franck* <sup>27</sup>), можетъ служить причиной даже повторной внѣматочной беременности у одной и той же женщины, конечно только въ различныхъ трубахъ; полипы слизистой оболочки трубы (*Leopold* <sup>28</sup>), *Breslau* <sup>29</sup>), *Magdonald* <sup>30</sup>), *Wyder*, *Olshausen*); fibroma въ ostium uterinum tubae (*Roth* <sup>31</sup>), *Mayrath* <sup>32</sup>). Какъ случайная причина, можетъ быть также допущено скопленіе кала въ прилегающихъ петляхъ кишекъ, въ особенности при габитуальныхъ запорахъ. Что же касается до возможности внутриматочнаго перехода яйца, то это допускается далеко не всѣми авторами, и, во всякомъ случаѣ, его слѣдуетъ считать исключительнымъ и крайне рѣдкимъ, въ то время какъ наружное перемѣщеніе яйца съ полости брюшины не можетъ быть болѣе подвергнуто сомнѣнію, въ особенности послѣ экспериментальныхъ изслѣдованій *Leopold'a* (*Scanzoni* <sup>33</sup>), *Leopold* <sup>34</sup>), *Sippel* <sup>35</sup>), *Veit*, *Pestallozza* (см. выше), *Coe* <sup>36</sup>), *O. Müller* <sup>37</sup>) и др.

Кромѣ этихъ случаевъ, мы находимъ массу такихъ, гдѣ нельзя было указать хотя бы съ большей или меньшей вѣроятностью какую-либо причину происхожденія внѣматочной беременности; на основаніи этихъ случаевъ *Martin* <sup>38</sup>), впадая,

<sup>26</sup>) Zeitschrift für Geburtsh., 1892, № 25. Zur Kasuistik der E.—U.—Schwangerschaft.

<sup>27</sup>) Gesel. für Geburtsh. und Gyn. zu Köln a'Rh. Sitz. am 2 Juni, 1892.

<sup>28</sup>) A. f. G. X, p. 254, u. XIII, p. 354.

<sup>29</sup>) A. f. G. u. F. XXI, Suppl. 1859, p. 119.

<sup>30</sup>) Obst. Journ. VI, p. 515.

<sup>31</sup>) Gross. Tub. Thèse de Strasburg. 1844.

<sup>32</sup>) Lond. Obstetr. Transact.

<sup>33</sup>) Beitr. z. Geb. u. Gyn. I, H. 1.

<sup>34</sup>) A. f. G. X, p. 248.

<sup>35</sup>) Zur Lehre von der Extrauterin Schwangerschaft. Deutsche Med. Wochenschrift, 1892, № 37.

<sup>36</sup>) Med. Record., 1893, Mai 27.

<sup>37</sup>) Berlin. Klinische Wochensch. 1893, № 41. Geplatze Tubarsch. aussere Ueberwucherung des Eies.

<sup>38</sup>) Gesellschaft für Geb. und Gynäkol. zu Berlin Sitz. am 12 Mai 1883.

какъ намъ кажется, въ большую крайность, отрицаетъ основательность всѣхъ вышеизложенныхъ причинъ внѣматочной беременности. Недостаточность нашихъ свѣдѣній въ этиологіи этихъ заболѣваній зависитъ несомнѣнно, главнымъ образомъ отъ недостатка экспериментальныхъ работъ надъ животными. И дѣйствительно, съ этой стороны всѣ наши свѣдѣнія ограничиваются едва ли не единственной работой *Leopold*'а. Постепенно растущій плодъ и мало по малу накопляющаяся околоплодная жидкость все болѣе и болѣе растягиваютъ стѣнки плоднаго мѣшка, такъ что въ дальнѣйшемъ теченіи беременности все будетъ зависѣть отъ степени эластичности этихъ стѣнокъ. Такимъ образомъ, если дѣло идетъ о *graviditas tubaria*, то на 2—3 мѣсяцѣ, а иногда даже (*Gustav Braun* <sup>39</sup>) на 3 недѣлѣ происходитъ разрывъ стѣнки мѣшка, кровоизліяніе въ полость брюшины или между листками широкой связки и иногда отхожденіе *membranae deciduae* при схваткообразныхъ боляхъ внизу живота. Если дѣло ограничится только незначительнымъ разрывомъ стѣнки мѣшка, безъ разрыва плодныхъ оболочекъ, и если кровотеченіе (*extra* или *intra-peritoneale*) остановилось, то беременность можетъ продолжаться, и яйцо, окруженное ложными перепонками воспалительнаго происхожденія, можетъ развиваться дальше. Но такіе исходы рѣдки. Гораздо чаще бываетъ, что вмѣстѣ съ плоднымъ мѣшкомъ разрываются также и плодныя оболочки, и плодъ выпадаетъ въ полость брюшины или въ искусственно образовавшуюся, вслѣдствіе кровоизліянія, полость между листками широкой связки. Въ такомъ случаѣ плодъ очень быстро умираетъ и, если кровотеченіе остановилось, то въ дальнѣйшемъ теченіи можетъ получиться мумификація плода, затѣмъ образованіе такъ называемаго *lithopaedion*'а—окаменѣлаго плода (*Ивановъ* (см. выше), *Gottschalk* <sup>40</sup>), *Wilson* <sup>41</sup>), *Gusk, Mann* <sup>42</sup>) или же ихорозное распаденіе его, вслѣдствіе проникновенія къ нему возбудителей гніенія изъ близъ лежащей петли кишки (см. случаи *Berry Hart* <sup>43</sup>), *Bandl* (см. выше), *Hecker, Ивановъ*

<sup>39</sup>) Officielles Protocol der Geb.—Gynaek. Geselsch. in Wien. Sitz. am 11 April, 1893.

<sup>40</sup>) Gesel. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin Sitz. am 24/III, 1892.

<sup>41</sup>) Med. Record., 1891, Juli 9.

<sup>42</sup>) Med. News., 1892, Oktober 8.

<sup>43</sup>) Edinb. med. Journ., 1891, April.

(см. выше) и др.). Такие случаи, предоставленные собственному течению, заканчиваются тѣмъ, что ихорозное содержимое прокладываетъ себѣ путь или въ одинъ изъ сосѣднихъ полыхъ органовъ (матку, мочевоу пузырь, влагалище, кишки) или же чрезъ покровы живота наружу. Случаи элиминаціи плода встрѣчались прежде гораздо чаще; такъ, у *Kiwisch'a* мы имѣемъ 7 случаевъ выздоровленія *per eliminationem*, а въ случаяхъ *Hecker'a*—43, между тѣмъ какъ на 198 случаевъ, собранныхъ мною за послѣдніе 3 года, приходится только два случая элиминаціи плода (*Doctor* <sup>44</sup>), *Whitney* <sup>45</sup>), *Sheild* <sup>46</sup>).

Такое уменьшеніе числа случаевъ этой категоріи объясняется тѣмъ, что, съ выработкой лучшихъ діагностическихъ и техническихъ пріемовъ, случаи внѣматочной беременности попадаютъ подъ ножъ хирурга гораздо раньше, прежде чѣмъ успѣетъ развиваться картина элиминаціи плода. Такъ иногда приходилось оператору извлекать уже ихорозно-распадающійся плодъ при явленіяхъ начавшагося нагноенія полости плоднаго мѣшка (*Sänger* <sup>47</sup>). Таковы исходы чистыхъ формъ трубной беременности. Но если предъ нами находится переходная форма отъ трубной беременности къ внутри-маточной или внутри-брюшинной, т. е., другими словами, если мы имѣемъ дѣло съ *gravitas tubo-uterina* или *tubo-abdominalis*, то здѣсь не рѣдки случаи такъ называемыхъ тубарныхъ абортовъ, въ первомъ случаѣ въ полость матки (*Axtell* <sup>48</sup>), *A. Robinson* <sup>49</sup>), а во второмъ въ полость брюшины (*Dührsen* <sup>50</sup>), *A. Robinson* <sup>51</sup>), *Taylor* <sup>52</sup>), *Jahreiss* <sup>53</sup>), *H. Robb* <sup>54</sup>), *Lott* <sup>55</sup>). Исходы такихъ абортовъ различны. Для плода внутриматочный абортъ всегда равнозначущъ смерти, а при переходѣ въ брюшинную полость

<sup>44</sup>) *Doctor*. Gyogaszat. 1892, № 27.

<sup>45</sup>) *University Med. Journal*, British Gynäkolog. Journal. Nowember, 1893.

<sup>46</sup>) *Gesel. f. Geb. u. Gyn. im Berlin. Sitz. am*, 1 Apr., 1891.

<sup>47</sup>) *Gesel. für Geburtsh. zu Leipzig. Sitz. am* 9 Oktober, 1891.

<sup>48</sup>) *New-Jork med Journ*, 1891, September 12, p. 289.

<sup>49</sup>) *New-Jork med. Journ.*, Juni 18, 1892.

<sup>50</sup>) „Demonstr. von 4 durch Operation gewonnenen präparaten von Tubenschw.“ *Berl. klin. Wochenschr.*, 1893, № 30.

<sup>51</sup>) „Kasuistische Beitrag zur Lehre von der E-U-Schwang.“ *Deutsche med. Wochen.*, № 8, 1893.

<sup>52</sup>) *Brit. Gynek. Journ*, Vol. XXVIII.

<sup>53</sup>) *Münchener med. Wochenschr.*, 1892, № 9.

<sup>54</sup>) *New-Jork Journ of. Gyn and Obst.* II/91

<sup>55</sup>) *Geb. Gynecol. Gesel. in Wien. Sitz. von* 10 Nowember, 1891.

онъ или тотчасъ умираеть (случаи: *Robb'a*, *Jahreiss'a*, *Robinson'a*, *Taylor'a*, *Dührsen'a*) или, въ крайне рѣдкихъ случаяхъ, можетъ сначала продолжать развиваться (случай *Lott'a*), но затѣмъ все таки умираеть. Для матери всѣ эти случаи, независимо отъ того, въ какую сторону совершился абортъ, требуютъ хирургическаго вмѣшательства, такъ какъ внутрибрюшинные аборты обыкновенно мало чѣмъ отличаются отъ случаевъ обычной руптуры трубы, а при внутриматочной формѣ задерживается обыкновенно плацента.

Въ случаѣ, описанномъ *Robinson'омъ*, тубарныхъ двойней, на сколько вообще можно довѣрять этому сообщенію, вышли и обѣ плаценты, но за это время больная такъ много потеряла крови, что умерла отъ истощенія. Интересно наблюденіе проф. *Отта* <sup>56)</sup>, что, при беременности въ одной трубѣ, въ другой развиваются сочувственныя измѣненія, подобныя тѣмъ, которыя мы привыкли находить, *ceteris paribus*, въ маткѣ: гипертрофія, гиперплизія, гиперемія слизистой оболочки. Кромѣ того онъ еще замѣтилъ, что обыкновенно въ такихъ случаяхъ *corpora lutea* бывають значительно больше, чѣмъ при обыкновенной беременности, и, затѣмъ яичники очень часто оказываются кистовидно перерожденными, что можетъ быть поставлено въ зависимости отъ сильнаго постояннаго притока крови при данной формѣ заболѣванія.

При брюшинной и, какъ допускають въ рѣдкихъ случаяхъ, оваріальной формѣ беременность достигаетъ гораздо болѣе позднихъ стадій безъ нарушенія цѣлости стѣнокъ мѣшка, при чемъ даже (*Marchand* <sup>57)</sup>, *Taylor* <sup>58)</sup> плодъ можетъ быть извлеченъ *per laparotomiam* живымъ и жизнеспособнымъ. При этихъ формахъ къ участію въ образованіи плоднаго мѣшка привлекаются сальникъ, кишечныя петли и вообще окружающіе плодъ органы. Плацента можетъ быть прикрѣплена: къ яичнику (*Lawson Tait* <sup>59)</sup>, къ брюшинѣ передней стѣнки живота (*Taylor* см. выше), къ сальнику (*Taylor* см. выше) и, наконецъ, къ опухоли (*myoma sarcomatodes* въ случаѣ д-ра *Соловьева* <sup>60)</sup>.

<sup>56)</sup> Врачъ, 1893. №№: 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 8.

<sup>57)</sup> Gaset. des hopitaux, № 58, 1892.

<sup>58)</sup> См. выше.

<sup>59)</sup> Royal med. and chirurgic. Societ. in London, 1892, 14/vi.

<sup>60)</sup> Врачъ, 1893 г. Изъ Моск. Хирург. Общ. Засѣд. 19 марта 1893 г.

Между всѣми формами внѣматочной беременности рѣже всего встрѣчаются случаи такъ называемой сложной или двойной беременности. Таковы случаи: 1) *Gutzwiller'a* <sup>61)</sup>, гдѣ, послѣ лапаротоміи по поводу трубной беременности, произошелъ выкидышъ внутри-маточной беременности; 2) *Herzfeld'a* <sup>62)</sup>, гдѣ, тотчасъ послѣ нормальныхъ родовъ вполне доношеннымъ ребенкомъ, была предположена graviditas ovarialis, и, послѣ смерти плода, была сдѣлана лапаротомія съ счастливымъ исходомъ для матери; 3) *Coe* <sup>63)</sup> сообщаетъ случай, гдѣ sub operatione былъ изсѣченъ мѣшекъ свѣжей абдоминальной беременности и рядомъ съ нимъ мѣшокъ правой тубарной беременности съ мумифицированнымъ плодомъ; въ лѣвомъ яичникѣ оказалось corpus luteum; 4) случай проф. *Omnia* <sup>64)</sup>: двусторонняя тубарная беременность; полное удаленіе плодныхъ мѣшковъ; смерть при явленіи непроходимости кишечника; 5) подобный же случай *Mackenrodt'a* <sup>65)</sup>, только со счастливымъ исходомъ.

Беременность двойнями при внѣматочной беременности явленіе довольно рѣдкое. У другихъ авторовъ я не нашелъ цифровыхъ данныхъ на этотъ счетъ, но за послѣдніе два года на 198 случаевъ я нашелъ только 2 случая, изъ которыхъ одинъ (случай проф. *Omnia* см. выше) окончился путемъ изсѣченія обоихъ плодовъ вмѣстѣ съ мѣшками, а въ другомъ случаѣ (*Robinson* см. выше) дѣло окончилось абортomъ въ полость матки и смертью матери отъ истощенія. Такимъ образомъ, эти 2 случая составляютъ почти 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, что очень близко подходитъ къ <sup>0</sup>/<sub>0</sub> двойней при обыкновенной беременности (по статистикѣ *Veit'a* двойни встрѣчаются 1 : 89 одноплодныхъ беременностей, что составляетъ 1,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Теперь, когда мы вкратцѣ разсмотрѣли этиологию и діагностику внѣматочной беременности, само собой является вопросъ, каковъ прогнозъ этихъ случаевъ? Уже само понятіе внѣматоч-

<sup>61)</sup> „Ein Fall von gleichzeitiger Extra u. Intra-Uterin-Schwang. Zusammenstellung u. Betrachtung derartiger Fälle“. Arch. f. Gyn., Bd. XLIII, p. 223.

<sup>62)</sup> „Ueber ein Fall von Ovarialgravidität neben normalen Uterin schwangerschaft; laparotomie; Heilung“. Wiener Klinische Wochenschr. 1891, № 43.

<sup>63)</sup> Med. Record. 1893, Mai 27.

<sup>64)</sup> Врачъ, 1893 г. № 5.

<sup>65)</sup> Gesel. f. Geb. u. Gynäk. zu Berlin Sitz. Freitag dem 8 Januar 1892.

ной беременности заключаетъ въ себѣ для плода, если болѣзнь будетъ предоставлена собственному теченію, *prognosis pessima*; что же касается до прогноза для матери, то, вмѣсто прямого отвѣта, взглянемъ на цифровыя данныя статистики *Schauta*: при спонтанномъ теченіи болѣзни на 241 случай получилось 68,8% смертности; а при оперативномъ пособіи 0% этотъ понизился до 23.

*Примѣчаніе.* По статистикѣ *Kiwisch*'а % смертности = 85, а по *Hesker*'у = 53,1%.

Да и на самомъ дѣлѣ, на какой, въ самомъ счастливомъ случаѣ, исходъ для матери можемъ мы рассчитывать? Единственно на процессъ рассасыванія; но на этотъ процессъ возможно надѣяться только тогда, когда беременность была прервана на протяженіи первыхъ 2 мѣсяцевъ. Процессъ же образованія *lithoraedion*'а мы ни въ какомъ случаѣ не можемъ считать удачнымъ исходомъ для матери, потому что такія женщины, хотя и могутъ 20 и даже 30 лѣтъ носить окаменѣлый плодъ, но излѣчившимися мы ихъ считать не можемъ, такъ какъ опасность внезапнаго обостренія перитонита всю жизнь преслѣдуетъ ихъ. Возвращаясь къ исходу въ рассасываніе, я долженъ сказать, вопреки сторонникамъ теоріи «невмѣстательства» (*Hernberg* <sup>66</sup>), *O. v. Schrenek* <sup>67</sup>), отчасти *Tuffle* <sup>68</sup>) и др.), что и самый процессъ этотъ проходитъ далеко не безразлично для больной, сопровождаясь резорпціонной лихорадкой и болями внизу живота; но, помимо даже всего этого, мы совершенно не обезпечены отъ повторныхъ кровотеченій, какъ это хорошо видно изъ случаевъ *Graefe* <sup>69</sup>), *Mackenrodt* <sup>70</sup>) и др. Слѣдовательно, каждый случай внѣматочной беременности, къ какому бы виду онъ ни принадлежалъ и на какой бы стадіи теченія своего онъ ни попался врачу, непременно требуетъ терапіи. Но, прежде чѣмъ говорить о лѣченіи внѣматочной беременности, я считаю болѣе удобнымъ сообщить вкратцѣ исторіи болѣзней 7 случаевъ внѣматочной

<sup>66</sup>) Wiener medical Presse, 1892, № 1.

<sup>67</sup>) „Ueber ektopische Gravidität“. Inaugural Dis. 1893.

<sup>68</sup>) Verhandlungen der Americanische Gesel. für Gynäk. 16 Band für 1891.  
<sup>69</sup>) „Indicat. zur Laparotom. nach Ruptur eines Ex.-u. Fruchtsackes trotz Bildung einer Haematocoele intraperitonealis“. Münch. med. Wochenschr., 1893, № 40.

<sup>70</sup>) Gesel. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin Sitz. am 27 Oktob. 1893.

беременности, оперированныхъ проф. *Н. Ф. Толочиннымъ* въ Акушерско-Гинекологической клиникѣ Харьковскаго Университета и одного, оперированнаго имъ въ частной лѣчебницѣ.

I. Анна Г-ова, дѣвица 30 лѣтъ. Въ дѣтствѣ здоровый ребенокъ. На 16 году получила первыя регулы, приходившія чрезъ 3 недѣли и продолжавшіяся по 5—6 дней, безъ болей. Въ мартѣ 1892 г. имѣла послѣднія правильныя регулы. Въ апрѣлѣ стала страдать частыми приступами тошноты. Въ маѣ болѣла „воспаленіемъ“ внизу живота. Приглашенный врачъ констатировалъ *oophoritis sinistra*. Послѣ назначенія мушки и горячихъ спринцеваній боли слегка утихли. Послѣ этого въ маѣ, юнѣ и іюлѣ регулы не было. Одновременно съ этимъ стало замѣчаться увеличеніе живота и напряженіе груди. Въ концѣ іюля пошли крови, длившіяся 3 недѣли, при чемъ выходили какіе то сгустки, пленки. Животъ уменьшился, груди опали. Недѣли двѣ пролежала въ постели вслѣдствіе сильной боли внизу живота. Оправлялась крайне медленно. Въ животѣ стало прощупываться какое-то твердое тѣло. Въ августѣ, сентябрѣ и октябрѣ регулы приходили во время. Опухоль увеличивалась. Боли внизу живота усиливались. Общее состояніе ухудшалось. Въ такомъ состояніи больная 2/хІ 92 г. прибыла въ Акушерскую клинику. При наружномъ осмотрѣ оказывается: больная выше средняго роста, слабого тѣлосложенія; мускульный и подкожный жирный слой атрофированы; кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. При перкуссии на верхушкѣ праваго легкаго—притупленіе; при аускультациі на обѣихъ верхушкахъ жесткое дыханіе. Внизу живота прощупывается опухоль, доходящая до пупка, неподвижная, главной своей массой помѣщающаяся въ лѣвомъ *hypogastrii*. На всемъ протяженіи опухоли при перкуссии получается тупой тонъ. На *humer* 2 боковыхъ надрыва. Чрезъ передній, задній и лѣвый боковой своды влагалища прощупывается эластическая, почти неподвижная опухоль, плотно прилегающая къ лѣвой стѣнкѣ таза. Матка нормальной величины и формы, отклонена лѣво и виславлена внизъ. Моча нормальная. Диагнозъ поставленъ: *Graviditas extrauterina*. Пробная пункція опухоли чрезъ сводъ влагалища указала на старое кровоизліяніе. Такъ какъ состояніе больной день отъ дня все ухудшалось, то 18/хІ ей была сдѣлана *laparotomia*. Къ этому времени т<sup>о</sup> у больной поднялась и надъ опухолью сталъ выслушиваться тимпаническій тонъ, что все указывало на нагноеніе плоднаго мѣшка. При вскрытіи брюшной стѣнки оказалось, что брюшина ея плотно сращена со стѣнкой плоднаго мѣшка. При разрѣзѣ стѣнки плоднаго мѣшка оттуда выдѣлились вонючія газы и такая же гнойно-ихорозная жидкость. Плодь, длинной 22 смт. и вѣсомъ 175 грам., извлеченъ чрезъ разрѣзъ за ножки. Пуповина оторвалась отъ плаценты, и эта послѣдняя, вѣсомъ въ 150 грам., удалена по частямъ. Полость мѣшка промыта 4<sup>о</sup>/о растворомъ *Ac. borici* изатампонирована салициловой марлей. Брюшная рана, выше и ниже мѣста выведенія марли, соединена металлическими швами. На другой день тампонада мѣшка удалена, введенъ дренажъ. Въ послѣдующіе дни полость мѣшка постепенно спадалась при почти безлихорадочномъ послѣоперационномъ теченіи болѣзни и 12/хІІ 1892 г. больная выписалась совершенно здоровой. Та-

кимъ образомъ, въ этомъ случаѣ мы видимъ, подобно вышеуказанному случаю *Sänger'a*, подготовлявшуюся элиминацію плода. Данный случай интересенъ еще въ томъ отношеніи, что подтверждаетъ высказанный нами выше взглядъ на воспаленіе придатковъ матки, какъ на причину вѣматочной беременности; такъ и въ этомъ случаѣ, вслѣдъ за воспаленіемъ лѣвыхъ придатковъ, послѣдовала беременность, по всей вѣроятности, лѣвой трубы, такъ какъ мѣшокъ былъ болѣе расположенъ въ лѣвой сторонѣ таза.

II. Эля В—арь, 29 лѣтъ отъ ролу; 11 лѣтъ замужемъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь и страдала часто лихорадкой. Первые регулы открылись на 15 году, повторялись чрезъ 4 недѣли, шли по 3 дня и были совершенно безболѣзненны. 18 лѣтъ вышла замужъ и вскорѣ же забеременѣла и родила въ срокъ доношеннаго ребенка, послѣ чего пролежала въ постели 2 мѣсяца отъ сильной боли внизу живота; послѣ этого ребенка она родила еще 3 доношенныхъ здоровыхъ дѣтей. Кормила всѣхъ сама, cadaго болѣе года. Въ февралѣ 1892 года замѣтила у себя въ животѣ подвижную опухоль, величиной въ кулакъ, причемъ беременной себя не считала, такъ какъ ни тошноты, ни рвоты, постоянныхъ спутниковъ предыдущихъ беременностей, на этотъ разъ не было. Въ началѣ августа, приглашенный врачъ констатировалъ пяти мѣсячную внутриматочную беременность. Вскорѣ послѣ этого больная, страдавшая сильными запорами, приняла какое-то слабительное, послѣ чего у нея изъ половыхъ частей показалась кровь, хотя и безъ сгустковъ. Врачъ остановилъ кровотеченіе и призналъ беременность маточную, 6 мѣсяцевъ, живымъ плодомъ. Больная въ это время движеній плода не чувствовала. Пролежала въ постели 3 недѣли, только что встала, какъ вскорѣ снова заболѣла: вздутіе живота, тошнота, рвота,  $t^{\circ}$  41<sup>o</sup>; схваткообразныя боли внизу живота; кровотеченіе изъ половыхъ частей, причемъ сгустковъ крови не было опять. На этотъ разъ проболѣла 3 мѣсяца. 15 марта и 10 апрѣля шли правильно регулы. 17 апрѣля поступила въ клинику проф. *Толочимова*. При наружномъ осмотрѣ больной найдено: ростъ средній, тѣлосложеніе умѣренное. Кожныя покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Размѣры таза: D. spin.=23; D. crist.=26; D. inter. troch.=29; conjug. ext. 19; окружность большого таза 86. Увеличеніе живота соотвѣтствуетъ приблизительно седьмому мѣсяцу беременности; наибольшая окружность его=87 сент. Окружность основанія груди=80. Расстояніе отъ лобка до ложечки=34; отъ лобка до пупка=18. Высота опухоли надъ лобкомъ=17; ширина=15 сент. Пупокъ сслаженъ. На кожѣ живота старыя рубцовыя полосы. Опухоль продолговатой формы, упругой консистенціи, эластична; выходитъ изъ полости таза, слабо подвижна. Болѣе плотная часть ея находится въ полости большого таза. Перкуссія повсюду надъ опухолью даетъ тупой тонъ. Аускультация даетъ надъ lig. Pouparti sinistri шумъ сосудовъ. Изъ грудей выдавливаются капли молозива. Наружныя половыя части нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: матка слегка увеличена, тверда, отклонена кзади и влѣво; въ правомъ боковомъ сводѣ ясно флюктуирующій сегментъ опухоли. Діагнозъ поставленъ: *Graviditas extrauterina tubaria dextra*. 2 v 92 г. сдѣлана проф. *Толочимовымъ* laparotomia. Сосуды перевязаны и мѣшокъ со всѣмъ своимъ содержимымъ цѣли-

комъ удаленъ. Рана зашита. Первые 2 дня  $t^{\circ}$  субфебрильная. Далѣ послѣоперационное теченіе безлихорадочное. Рана зажила per primam. Швы сняты 14/у, а 17/уі 93 г. больная выписалась совершенно здоровой.

Такимъ образомъ, данный случай представляетъ собой типичнѣйшую картину теченія *graviditas extrauterina tubaria*. *Decidua*, очевидно, задержалась въ маткѣ и подверглась тамъ процессу регенерации.

III. Наталия К—ва мѣщанка; 27 лѣтъ. Въ дѣтствѣ была здоровымъ ребенкомъ; только одинъ разъ перенесла корь. Регулы пошли на 17 году, появлялись чрезъ 3 недѣли, шли по 5 дней и были безболѣзненны. Послѣднія регулы были 28/і 93 г. Замужъ вышла 17 лѣтъ. Чрезъ 2 мѣсяца послѣ этого появились бѣли и рѣзь при мочеиспусканіи. Чрезъ  $\frac{1}{2}$  года былъ выкидышъ 3 $\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ, послѣ чего больная пролежала 3 недѣли въ постели. Въ 1889 году проболѣла 4 мѣсяца кровотеченіемъ изъ половыхъ частей (предполагался абортъ). 7/пі 93 г. послѣ простуды и сильнаго испуга во время наводненія (такъ объясняетъ сама больная причину своего забалѣванія) почувствовала боли внизу живота; изъ половыхъ частей показалась кровь, которая шла, съ небольшими перерывами, до 21/у, когда съ больной случился родъ обморока; въ это же время, при сильныхъ схваткахъ внизу живота, изъ половымъ частей вышли 2 сгустка крови. Послѣ этого больная поправлялась очень медленно; 17/у поступила въ Акушерскую клинику. При наружномъ осмотрѣ найдено: больная средняго роста, слабого тѣлосложенія, очень малокровна и сильно истощена. При малѣйшемъ движеніи чувствуетъ сильную боль въ животѣ;  $t^{\circ}=38,7^{\circ}$ ; P—110. Моча насыщена; бѣлка и сахару нѣтъ. Увеличеніе живота соответствуетъ приблизительно 5-му мѣсяцу беременности. *Linea alba* слабо пигментирована. При пальпации живота находимъ внизу его опухоль, исходящую изъ таза, твердой консистенціи, болѣзненную при дотрогиваніи. Верхняя граница на 1 поперечный палецъ не доходить до пупка. Вездѣ надъ опухолью при перкуссии получается тупой тонъ. Ни маточныхъ шумовъ, ни сердцебіенія плода не выслушивается. Грудь умѣренно развиты; изъ сосковъ ничего не выдавливается. Наружные половые органы нормальны. Нупенъ съ нѣсколькими надрывами. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ: твердая *portio vaginalis*; *orificium externum* пропускаетъ конецъ пальцевой фаланги. Чрезъ своды прощупывается нижній сегментъ флюктуирующей опухоли. Въ заднемъ сводѣ прощупывается ущемленный болѣзненный яичникъ. Диагнозъ: *Graviditas extrauterina tubaria*; *haematocaele retrouterina*. Хотя состояніе больной, въ виду сильной слабости и анеміи въ высокой степени, и не предрасполагало къ производству большой операціи, но такъ какъ больная съ каждымъ днемъ чувствовала себя все хуже и хуже, то ей и предложена была *laparotomia*, какъ *ultimum refugium*. 19/у—*laparotomia*. Въ полости живота—сгустки крови. Мѣшокъ тубарной беременности надорванъ; удалить его цѣлкомъ не удалось, вслѣдствіе обширныхъ срощеній съ окружающими частями и крайней слабости оперированной. Чрезъ разрѣзъ стѣнки мѣшка удалены плодъ и послѣдъ; стѣнка мѣшка сшита съ брюшной стѣнкой; полость мѣшка промыта и затампонирована саллициловой марлей. 24 в 93 г. *collaps*. *Exitus laetalis*.

Этотъ случай построенъ совершенно по той же схемѣ, какъ и предыдущій, только въ виду того, что здѣсь кровотеченіе было гораздо сильнѣе, исходъ операціи, вслѣдствіе сильнаго истощенія больной, оказался неблагопріятный.

IV. Варвара В—на, 29 лѣтъ. Въ дѣтствѣ—корь, вѣтряная оспа, дифтеритъ. Регулы съ 14 лѣтъ, по 7 дней, обильныя, съ болью, повторялись чрезъ 3 недѣли, послѣдніе регулы были 3—10 декабря 1892 года. Замужъ вышла на 16 году, черезъ годъ родила въ срокъ доношеннаго ребенка, послѣ родовъ чувствовала себя совершенно здоровой. Чрезъ 2 недѣли послѣ послѣднихъ регулъ упала навзничъ въ обморокъ, при чемъ открылось кровотеченіе изъ половыхъ частей; кровь шла 3 дня въ незначительномъ количествѣ. Чрезъ 3 недѣли послѣ этого больная подняла кастрюлю въ 3 ведра вмѣстимостью, послѣ чего кровотеченіе открылось сильнѣе; появилась сильная боль внизу живота, тошнота, рвота, обморокъ, т<sup>о</sup> поднялась; вздутіе живота; 3 сутокъ пробыла въ безсознательномъ состояніи. Въ постели пролежала 2 мѣсяца. Затѣмъ постепенно оправилась и до послѣдняго времени чувствовала себя, относительно говоря, удовлетворительно. Съ мая стала чувствовать движеніе ребенка. 7/x появились схватки въ животѣ, напоминающія родовыя; эти боли продолжались почти недѣлю, потомъ стихли. Съ этого времени перестала чувствовать движеніе ребенка. Вслѣдствіе сильной боли долго лежала въ постели. 9/xi 93 г. поступила въ клинику проф. *Толочилова*. При наружномъ осмотрѣ оказывается: больная выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, слегка малокровна. На кожѣ живота старыя рубцовыя полосы. Изъ груди выдавливается молозиво. Грудные органы нормальны. Животъ неравномѣрно увеличенъ; дѣвая сторона болѣе выдается чѣмъ правая. При пальпации полости живота прощупывается опухоль, идущая косо сверху слѣва—вправо внизъ. При перкуссіи надъ ней всюду тупой тонъ. При ощупываніи на поверхности опухоли замѣчаются неровности вправо внизъ и влѣво вверху. Длина опухоли, имѣющей форму косо расположеннаго овала, 23 сент., а высота отъ лобка до дна ея 19 сент. Опухоль неподвижна, идетъ изъ полости таза. Отъ печени отдѣляется полосой ясно тимпаническаго тона. Изъ половой щели выдѣляется кровянистая жидкость. При внутреннемъ изслѣдованіи: стѣнки рукава разрыхлены, увлажнены. Передній и боковые своды выпячиваются нижнимъ шаровиднымъ сегментомъ опухоли, расширены. Задній сводъ суженъ. Матка отодвинута влѣво и кзади, слегка увеличена; наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели; шейка слегка конической формы. Контуръ матки не совсѣмъ ясно прощупываются. Ни шумовъ, ни сердцѣбія плода нигдѣ не слышно. Диагнозъ: *Graviditas extra-uterina*. 5/xii 93 г., сдѣлана проф. *Толочиновымъ* laparotomia. Плодный мѣшокъ удалить оказалось невозможнымъ. Поэтому сдѣланъ разрѣзъ мѣшка и извлеченіе плода (дѣвочка, мертвая, мацерированная, 44 сент. длины, 1900 грам. вѣсомъ). Мѣшокъ промыть 4% растворомъ *Ac. salicyl.* и затампированъ іодоформенной марлей, замѣненной на другой день дренажемъ. Безлихорадочное послѣ-операционное теченіе. Постепенное отдѣленіе и удаленіе по частямъ послѣда; мѣшокъ промывался растворомъ *kali hypermanganici* 1:10000. 24/ii 93 г., больная выписалась съ небольшимъ дренажемъ.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ ходъ беременности можно себѣ представить такъ: чрезъ мѣсяць послѣ послѣднихъ регулъ произошла разрывъ мѣшка внѣматочной (тубарной) беременности, но оболочки плода остались цѣлы, плодъ былъ живъ и продолжалъ развиваться между листками широкой связки, представлявшими плотныя сплошныя сращения съ кишечными петлями и окружающими частями вообще, такъ что въ маѣ больная стала уже чувствовать движеніе ребенка. Но въ началѣ октября произошла новый разрывъ мѣшка съ кровоизліяніемъ на этотъ разъ уже въ полость яйца и смертю плода.

V. Надежда А—ва, 28 лѣтъ. Въ дѣтствѣ—частыя головныя боли; корь, скарлатина, дифтеритъ; въ 16 лѣтъ брюшной тифъ. Регулы открылись съ 12 лѣтъ, появлялись чрезъ мѣсяцъ; шли по 2—3 дня, съ болью въ спинѣ и внизу живота, скудныя. Иногда, особенно послѣ сильнаго волненія, регулы появлялись и вторично въ теченіи одного мѣсяца. 19 лѣтъ вышла замужъ. Ни разу не рожала, только лѣтомъ 1892 г. былъ выкидышъ 3 мѣсяцевъ съ сильнымъ кровотеченіемъ, послѣ котораго она пролежала въ постели 3 мѣсяца. Чрезъ мѣсяць послѣ замужества появилась боль во время мочеиспусканія, частые позывы на мочу и боль въ животѣ, слѣва внизу. Послѣдніе регулы были 18—20/xi 92 г. Въ январѣ 93 г. вдругъ появились сильныя боли внизу живота и вздуіе его втеченіе нѣсколькихъ дней и въ началѣ февраля, и въ серединѣ марта, но въ гораздо сильнѣйшей степени, при чемъ въ послѣдній разъ просоединилось еще задержаніе мочи. Все это время, съ января и до апрѣля, почти безъ перерывовъ провела въ постели съ диагнозомъ *graviditas*. На Пасху 93 г. встала съ постели. Въ концѣ апрѣля изъ влагалища выдѣлилась жидкость, принятая за околоплодныя воды. Около этого времени стала чувствовать движеніе ребенка. 18—19 августа, послѣ сильнаго испуга, появилось кровотеченіе изъ половыхъ частей. Въ концѣ августа перестала чувствовать движеніе ребенка, но врачи слышали еще сердцебіеніе плода. Кровянистыя отдѣленія наблюдались также и въ сентябрѣ, октябрѣ и ноябрѣ 1893 года. 29/xi поступила въ Акушерскую клинику. При наружномъ осмотрѣ оказывается: больная средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія. Органы дыханія и кровообращенія нормальны. На кожѣ живота и бедеръ старыя рубцовыя полосы. Внизу живота прощупывается опухоль величиной съ голову взрослого человѣка. Верхняя граница ея на 1—2 поперечныхъ пальца выше пупка. Перкуссія надъ опухолью даетъ вездѣ тупой тонъ, хотя граница его по периферіи немного меньше прощупываемыхъ границъ опухоли. Наружные половые органы нормальны. При внутреннемъ изслѣдованіи *per vaginam* найдено: *portio vaginalis* слегка конической формы; наружный зѣвъ въ видѣ поперечной щели, обращенъ къзади и влѣво. Тѣло матки прощупывается въ переднемъ сводѣ, не увеличено, прижато къ лобку и слегка повернуто вправо. Опухоль находится въ тѣсной связи съ лѣвымъ угломъ матки, неподвижна, значительнымъ сегментомъ своимъ вдается въ малый тазъ и прощупывается чрезъ задній и лѣвый боковой своды. Диагнозъ: *Graviditas extrauterina*. 25/i 94 г. слѣлана *laparotomia*. Мѣшокъ, растянутая лѣвая труба, цѣликомъ вылуценъ со всѣмъ своимъ содержимымъ, причѣмъ произошелъ частичный разрывъ влоднаго мѣшка на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, сент. 2 длиной. Рана зашита металли-

ческими швами. Черезъ 12 часовъ послѣ операціи наступило потемнѣніе сознанія и маниакальный бредъ, что продолжалось 3 сутокъ; затѣмъ больная пришла въ себя и стала постепенно отравляться. Послѣдующее теченіе осложнилось образованіемъ небольшого подкожнаго абсцесса. 24/II больная выписалась совершенно здоровой.

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ примѣръ повторныхъ кровотеченій изъ надорваннаго мѣшка тубарной беременности. Маниакальный бредъ бывшій у этой больной въ нашей клиникѣ явленіе не новое: предъ этимъ намъ пришлось наблюдать его въ двухъ случаяхъ послѣ очень тяжелой лапоротоміи и всегда со счастливымъ исходомъ, хотя выяснитъ причины этого явленія намъ ни разу не удалось.

VI. Розалія П—ая, 32 лѣтъ. Въ лѣтствѣ совершенно здоровый ребенокъ. На 12 году первый разъ появились регулы, обильныя и съ довольно сильными болями внизу живота. Затѣмъ онѣ не появлялись и только чрезъ годъ открылись снова и установились въ такомъ порядкѣ: чрезъ 3 недѣли, по 6—7 дней, обильныя и съ сильными болями, до конвульсій. 18 лѣтъ вышла замужъ; боли исчезли; появились бѣли. Чрезъ 3 мѣсяца забеременѣла, а черезъ 7 мѣсяцевъ родила недоношеннаго ребенка, который жилъ 3 дня. Послѣ родовъ пролежала въ постели 3 недѣли вслѣдствіе, какъ она говоритъ, общей слабости. Чрезъ 6 мѣсяцевъ послѣ этого снова забеременѣла и родила въ срокъ; кормила сама; послѣ родовъ встала на 9-й день. Чрезъ 2 мѣсяца послѣ родовъ болѣла воспаленіемъ матки и яичниковъ. Годъ тому назалъ регулы стали приходить чрезъ 4 недѣли, шли по 2—3 дня, не обильно и безъ всякихъ болей. Послѣднія регулы были 9/x 93 г. Втеченіе декабря 93 г. 3 раза появлялись схваткообразныя боли внизу живота; послѣдній разъ такія схватки были 27/xii, а 2/I 94 г., при небольшомъ кровотеченіи изъ половой щели, вмѣстѣ съ сгустками крови вышла какая то „пленка“. 4/I снова появились боли внизу живота, показалось кровянистое отдѣленіе, продолжавшееся 5 дней, при чемъ т° была повышена, животъ вздуть, болѣзненъ. Лежала въ постели больная до 30/I, при чемъ во временахъ, при обострѣніи приступовъ боли, появлялись тошнота и рвота. Въ послѣднее время жалуется на запоры и частое мочеиспусканіе. При наружномъ осмотрѣ оказывается: больная средняго роста и тѣлосложенія, анемична. Органы дыханія и кровообращенія здоровы. Около матки, съ правой стороны, прощупывается опухоль продолговатой формы, величиной съ апельсинъ, эластической консистенціи, мало подвижная. Наружныя половыя органы нормальны. При изслѣдованіи per vaginam: передній и правый боковой своды заняты нижнимъ сегментомъ опухоли; лѣвый боковой пустъ. Въ заднемъ сводѣ прощупывается дно матки нормальной величины, безболѣзненное. Въ правомъ сводѣ ощущается пульсирующий сосудъ. Матка неподвижно соединена съ опухолью. При перкуссіи, надъ опухолью въ нѣкоторыхъ мѣстахъ получается тимпаническій тонъ. Аускультация опухоли ничего не дала. Моча нормальна. Диагнозъ: Graviditas extrauterina. 18/II сдѣлана проф. *Толочиннымъ* laparotomia. Мѣшокъ съ плодомъ удаленъ цѣликомъ, при чемъ стѣнка его, чрезвычайно истонченная, слегка надорвалась, и часть содержимаго мѣшка попала въ полость живота. Рана закрыта такъ же, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, на брюшину наложенъ непрерывный кетгут-

вый шовъ, а рана брюшныхъ покрововъ соединена глубокими металлическими швами и поверхностными шелковыми № 12. Сильнѣйшая слабость послѣ операци. Вливаніе подъ кожу 0,6% раствора  $\text{ClNa}$  и впрыскиваніе также подъ кожу кофеина и камфоры съ эфиромъ. Больная оправлялась очень медленно и 13/III 94 г. выписалась совершенно здоровой, съ небольшимъ только затвердѣніемъ въ правомъ *lig. lat.* на мѣстѣ бывшаго мѣшка. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ типическую форму тубарной внѣматочной беременности съ яснымъ указаніемъ въ анамнезѣ на этиологическій моментъ.

VII. Хава М—ая, мѣщанка, 39 лѣтъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь. Первые регулы открылись на 14 году, приходили через  $3\frac{1}{2}$  недѣли и продолжались по 3 дня, при чемъ крови выходило не особенно много и безъ боли. Замужъ вышла на 20 году, послѣ чего, втеченіе 13 лѣтъ родила 4 дѣтей. Послѣдніе роды были 6 лѣтъ назадъ. Въ мартѣ 93 г. послѣ опозданія регулъ на  $1\frac{1}{2}$  недѣли, наступили боли внизу живота, вскорѣ стихшія. Послѣ этого чувствовала себя совершенно здоровой до февраля 1894 г. 10/II въ день ожидаемыхъ регулъ появились сильные боли въ правой повздошной области; боли эти повторились 13/II, а затѣмъ 16/II, сопровождаясь обмороками, тошнотой и рвотой. Тогда же констатирована была опухоль въ заматочномъ пространствѣ. 20/II при потугообразныхъ схваткахъ внизу живота, изъ половыхъ органовъ вмѣстѣ съ кровью, вышелъ сгустокъ, оказавшійся, при микроскопическомъ изслѣдованіи, отпадающей оболочкой. За послѣднюю недѣлю больная стала страдать сильными запорами и задержаніемъ мочи (такъ что приходилось прибѣгать къ катетеру). При наружномъ осмотрѣ оказывается: больная выше средняго роста, слабаго тѣлосложенія, очень анемична. Легкое иктерическое окрашиваніе склеръ. Нижняя часть живота сильно болѣзненна при дотрогиваніи. Вся нижняя половина живота до пупка занята опухолью, слабо эластической консистенціи съ неровными контурами. Вездѣ надъ опухолью тупой тонъ (при самой легкой перкуссии); аускультатія ничего не дала. Наружная половая части нормальны. При изслѣдованіи *per vaginam*: матка отдалена къ лобку опухолью тѣстовато-эластической консистенціи, занимающей задній и боковой своды и сильно болѣзненной при опупываніи. Мочи 960 куб. сент.; реакція сильно щелочная; моча издаетъ сильный противный запахъ щелочнаго броженія (мочи). Въ осадкѣ даетъ клѣтки мочеваго пузыря и кристаллы фосфорноокислыхъ солей; бѣлка и сахару не содержитъ. Диагнозъ: *Graviditas extrauterina tubaria, ruptura tubae; haemotocaele retroterina*. 6 III слѣлана проф. *Толочиновымъ* *laparotomia*, при чемъ вся нижняя половина живота оказалась заполненной кровяными сгустками, по удаленіи которыхъ открылся разорванный мѣшокъ правой трубы; послѣ перевязки сосудовъ, мѣшокъ былъ удаленъ вмѣстѣ съ правымъ яичникомъ, съ которымъ онъ былъ сильно сращенъ. Въ сгусткахъ крови плода найти не удалось. Въ нижній уголъ раны вставленъ толстый дренажъ, и рана закрыта по вышеописанному способу. Послѣ-операционное теченіе сопровождалось иногда поднятіемъ  $t^{\circ}$ . Изъ дренажа выдѣлялось достаточное количество кровянистой серозной жидкости. Постепенно дренажъ все укорачивали и замѣняли болѣе и болѣе тон-

кими номерами. Въ концѣ 2-й недѣли удалили швы съ брюшной раны. 15/IV больная выписалась изъ клиники.

Въ данномъ случаѣ, какъ и во всѣхъ предыдущихъ, мы имѣли дѣло, несомнѣнно, съ тубарной формой внѣматочной беременности, при чемъ плодъ, вслѣдствіе ранняго, въ началѣ втораго мѣсяца беременности, разрыва трубы, вѣроятно, разсосался.

VIII. Любовь Д—съ, 23 лѣтъ. Въ дѣтствѣ здорова. Первые регулы—на 14 году, шли по 4—5 дней и приходили чрезъ 4 недѣли. 20 лѣтъ вышла замужъ, послѣ чего типъ регулъ не измѣнялся, только прибавились боли въ поясницѣ *sub menstruatione*, отдающія въ ноги. Послѣднія регулы были 7/XII 93 г. 21 года имѣла доношеннаго ребенка; послѣ родовъ лежала 2 недѣли. Ребенокъ умеръ 8 мѣсяцевъ. На 9 мѣсяцѣ у больной появились очень профузные регулы, остановившіяся на 2-й день, вслѣдствіе сильнаго испуга. Чрезъ 2 недѣли послѣ этого у больной внезапно появились сильныя боли внизу живота и въ то же время изъ наружныхъ половыхъ частей показались кровянистыя, коричневаго цвѣта отдѣленія, которыя съ тѣхъ поръ почти безъ перерыва продолжались до самой операціи; крови выходило немного, безъ сгустковъ; по временамъ внизу живота повторялись тѣ же, что и при первомъ появленіи этихъ отдѣленій, схваткообразныя, напоминающія родовыя, боли. Врачами это было принято за неокончившійся абортъ, и одинъ изъ нихъ попытался опорожнить матку, но, когда попытка не удалась,—посоветовалъ больной ѣхать въ Харьковъ, гдѣ она и поступила въ частную лѣчебницу д-ровъ *Фукса* и *Данилевскаго*. При наружномъ осмотрѣ больная представляется субъектомъ средняго роста, слабаго тѣлосложенія, очень акемична. Органы дыханія и кровообращенія нормальны; наружныя половыя части—тоже. Матка прощупывается справа, слегка впереди, нормальной величины, плотна, безболѣзненна. Тотчасъ за маткой съ лѣвой стороны ея, въ непосредственной тѣсной связи съ ея задней поверхностью, находится опухоль величиной съ большой апельсинъ, почти неподвижная, равномерно эластической консистенціи, не особенно болѣзненная при ощупываніи; задній и лѣвый боковой своды влагалища проминировать, вслѣдствіе выпячиванія ихъ нижнимъ сегментомъ опухоли. При перкуссіи надъ опухолью вездѣ тимпаническій тонъ, при выслушиваніи маточнаго шума не слышно. Снаружи контуры опухоли представляются рѣзко ограниченными; помѣщаясь вся въ лѣвой половинѣ живота, она выдается надъ лобкомъ на 3 поперечныхъ пальца. Диагнозъ: *Graviditas tubaria; ruptura tubae sinistrae; haematoma lig. lati sinistri*. 1/IV сдѣлана проф. *Толочиновымъ* *laparotomia*. *Sub operatione* найдено: *residua pelvio-peritonitis* ввидѣ спаекъ между внутренними *organa genitalia* и кишечными петлями. Разрывъ лѣвой трубы съ образованіемъ гематомы лѣвой широкой связки. Среди старыхъ кровяныхъ сгустковъ полости гематомы вичего похожаго на плодъ не найдено. Лѣвыя придатки, вмѣстѣ съ сгустками крови, удалены. Широкая связка зашита; брюшная рана закрыта и введенъ дренажъ. 15/IV сняты швы и удаленъ дренажъ. Послѣ-операционное теченіе безлихорадочное. Микроскопическое изслѣдованіе внутренней стѣнки трубы не дало картины ворсинокъ хоріона, но, не смотря на это, мы должны и этотъ случай, хотя бы путемъ исключенія, отнести также къ случаямъ внѣматочной тубарной

беременности, съ раннимъ (сравни случай *G. Braun*'а см. в ) разрывомъ трубы, кровотеченіемъ между листками лѣвой широкой связки и уничтоженіемъ не только плода, но и самыхъ плодныхъ оболочекъ путемъ рассасыванія, что представляется вполне возможнымъ, принимая во вниманіе чрезвычайъ ранній, въ концѣ 2 недѣли, разрывъ мѣшка и продолжительный промежутокъ времени (болѣе 3 мѣсяцевъ) отъ момента разрыва мѣшка до операціи.

Такимъ образомъ, во всѣхъ 8 случаяхъ, только что описанныхъ мною, было примѣнено хирургическое лѣченіе и только лишь въ одномъ (III) случаѣ исходъ оказался неблагоприятнымъ; но это всецѣло зависѣло отъ того, какъ каждый можетъ видѣть изъ исторіи болѣзни этого случая, что больная слишкомъ поздно обратилась къ врачебной помощи, слишкомъ подорванныя силы организма не выдержали, и послѣдовала летальный исходъ отъ изнуренія, упадка силъ. Вообще говоря, хирургическая терапія при лѣченіи внѣматочныхъ беременностей такъ же, какъ и вообще въ гинекологической терапіи, завоевываетъ себѣ все болѣе и болѣе мѣста. Я уже не говорю о сторонникахъ, если можно такъ выразиться, теоріи невмѣшательства, ряды ихъ съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе рѣдѣютъ. Способъ лѣченія внѣматочной беременности впрыскиваніями въ плодный мѣшокъ лѣкарственныхъ растворовъ (морфій, хлористый цинкъ и др.) также мало по малу теряетъ подъ собою почву, такъ что въ настоящее время только *Winkel* да немногіе изъ его учениковъ еще пропандируютъ его. Что касается до электричества, то, вообще говоря, ему не удастся занять хотя бы болѣе или менѣе выдающееся мѣсто въ гинекологіи. Наглядный примѣръ этому даетъ судьба способа *Apostoli*, надѣлавшаго въ свое время много шума и затѣмъ такъ быстро оставленнаго всѣми. Такимъ образомъ, вся терапія при внѣматочной беременности сводится почти исключительно къ хирургическому лѣченію; въ какомъ видѣ будетъ примѣнено это лѣченіе—зависитъ всецѣло отъ того, какой видъ внѣматочной беременности и на какой стадіи развитія находится передъ нами. Если мы, имѣемъ случай внѣматочной беременности съ еще цѣлымъ мѣшкомъ, то прежде всего надо попытаться удалить его цѣликомъ, перевязавъ предварительно всѣ его соединенія съ окружающими орга-

нами (см. случаи: *Zweifel* <sup>71</sup>), *Wyder* <sup>72</sup>), *Martin* <sup>73</sup>), *Mackenrodt* <sup>74</sup>), *Braun* <sup>75</sup>), *S. Halliday Croon* <sup>76</sup>), *Boldt* <sup>77</sup>), *W. Ch. Hamilton* <sup>78</sup>), *Herzfeld* <sup>79</sup>), *Pestalozza* <sup>80</sup>), *Schneider* <sup>81</sup>), *Соловьевъ* <sup>82</sup>), *Инатомский* <sup>83</sup>), *Lawson Tait* <sup>84</sup>), *Martin* <sup>85</sup>), *Taylor* <sup>86</sup>), *Chombers* <sup>87</sup>), *Mackenrodt* <sup>88</sup>), *Tourmay* <sup>89</sup>), *v. Winckel* <sup>90</sup>), *Valeroni* <sup>91</sup>), *Alsberg* <sup>92</sup>), *Regnier* <sup>93</sup>), *Оттъ* <sup>94</sup>), *Соловьевъ* <sup>95</sup>) и II, V и VI изъ вышеописанныхъ мною случаевъ изъ клиники проф. *Толошинова*). Экстирпация мѣшка вѣматочной беременности иногда возможна и въ тѣхъ случаяхъ, когда уже успѣлъ произойти разрывъ его; въ такихъ случаяхъ вмѣстѣ съ мѣшкомъ изъ полости брюшины удаляются также кровяные сгустки и плодъ, если только беременность прервана не на очень ранней стадіи развитія, и плодъ не успѣлъ еще разсосаться; сюда относятся слѣдующіе случаи: *Gottschalk* <sup>96</sup>), *Boldt* <sup>97</sup>), *Coe* <sup>98</sup>), *W. Ch. Hamilton* <sup>99</sup>), *Lott* <sup>100</sup>), *Tuffle* <sup>101</sup>), *Wyder* <sup>102</sup>), *Mendes de Leoni* <sup>103</sup>), *H. Witz* <sup>104</sup>),

<sup>71</sup>) Geselsch. f. Gynäk. u. Geb. in Brüssel. Centr. f. Gynäk., 1892, p. 60.

<sup>72</sup>) Centr. f. Gynäk., 1892, p. 62.

<sup>73</sup>) См. выше.

<sup>74</sup>) См. выше.

<sup>75</sup>) См. выше.

<sup>76</sup>) Centr. f. G., 1892, p. 292.

<sup>77</sup>) Med. Record, 1891, Juli 18, p. 78.

<sup>78</sup>) New-York med. Journ., 1891, Aug. 22, p. 207.

<sup>79</sup>) См. выше.

<sup>80</sup>) См. выше.

<sup>81</sup>) Deutsche med. Wochenschr., 1892, № 37.

<sup>82</sup>) Врачъ, 1893, № 43.

<sup>83</sup>) Врачъ, 1893, № 48.

<sup>84</sup>) Centr. f. Gyn., 1893, p. 196.

<sup>85</sup>) Gesel. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, Sitz. am 10 Febr., 1893.

<sup>86</sup>) См. выше.

<sup>87</sup>) Centr. f. Gyn., 1893, p. 491.

<sup>88</sup>) См. выше.

<sup>89</sup>) Centr. f. Gyn., 1893, p. 571.

<sup>90</sup>) Die Königl. Universit. Frauenkl. in München, in den Jahren 1884—90.

<sup>91</sup>) Gaz. med. di Forino, 1893, № 16.

<sup>92</sup>) Deutsche med. Woch., 1893, № 36.

<sup>93</sup>) Offic. protocol der. Geb. Gyn. Ges. in Wien. Sitz. am 31 Oktob. 1893.

<sup>94</sup>) Врачъ, 1893, № I, V, VI, VIII.

<sup>95</sup>) Засѣданіе Московск. хирург. общ., 19 марта 1893 г. Врачъ, 1893 г., № 8.

<sup>96</sup>) Geselsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitz. am 12 Febr. 1892.

<sup>97</sup>) См. выше.

<sup>98</sup>) New York Journ. of Gyn. and Obst. Bd. I, № 1, p. 38.

<sup>99</sup>) См. выше.

<sup>100</sup>) Geb. Gyn. Geselsch. in Wien, Sitz. wom 10 Nowember 1891. Centr. f. Gyn. 1892, p. 389.

<sup>101</sup>) См. выше.

<sup>102</sup>) Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1891, № 20.

<sup>103</sup>) См. выше.

<sup>104</sup>) Deutsche med. Wochenschr., 1892, № 3.

*Hunter Robb u. Welch* <sup>105</sup>), *Туняковъ* <sup>106</sup>), *Jahreiss* <sup>107</sup>), *Veit* <sup>108</sup>), *Winter* <sup>109</sup>), *Schneider* <sup>110</sup>), *Sippel* <sup>111</sup>), *Драницинъ* <sup>112</sup>), *Bland Sutton* <sup>113</sup>), *Walter Griffit* <sup>114</sup>), *Burford* <sup>115</sup>), *Coe* <sup>116</sup>), *Mackenrodt* <sup>117</sup>), *Gustaw Braun* <sup>118</sup>), *Wertheim* <sup>119</sup>), *Witte* <sup>120</sup>), *Mandelstamm* <sup>121</sup>), *Coe* <sup>122</sup>), *Coe* <sup>123</sup>), *Mackenrodt* <sup>124</sup>) *O. Müller* <sup>125</sup>), *Dührsen* <sup>126</sup>), *Ommъ* <sup>127</sup>), *Frommell* <sup>128</sup>) и случаи VII и VIII изъ описанныхъ выше мною изъ практики проф. *Толочинова*). Если въ силу чрезчуръ большихъ срощеній съ окружающими органами и въ особенности съ кишечными петлями, удаленіе мѣшка (лопнувшего или цѣлаго) представляется невозможнымъ, то, удаливъ его содержимое и сгустки крови, если таковые имѣются, пришиваютъ стѣнки мѣшка къ краямъ брюшной раны и дренажируютъ его, или же закрывши мѣшокъ со стороны брюшной полости, изолировавъ его отъ нея, а иногда даже не трогая его совершенно со стороны брюшной полости, дренажируютъ его полость со стороны влагалища; иногда же находятъ удобнымъ комбинировать оба эти способа вмѣстѣ. По одному изъ этихъ способовъ было оперировано въ слѣдующихъ случаяхъ: *O. Thesen* <sup>129</sup>), *Leith-Napier* <sup>130</sup>), *Marschand* <sup>131</sup>), *H. Robb* <sup>132</sup>), *Bokelmann* <sup>133</sup>),

<sup>105</sup>) Bull. of the John Hopkin's hospit. 1891, Oktober-Nowemb.; p. 137.

<sup>106</sup>) Centr. f. Gyn., 1892, p. 808.

<sup>107</sup>) München. med. Wochenschr., 1892, № 9.

<sup>108</sup>) Gesel. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitz. am 24 Juni, 92.

<sup>109</sup>) Gesel. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitz. am 28 Oktober 1892.

<sup>110</sup>) См. выше.

<sup>111</sup>) Deutsche med. Wochenschr, 1892, № 37.

<sup>112</sup>) Врачъ, 1893, № 48.

<sup>113</sup>) Centr. f. Gyn., 1893, p. 216.

<sup>114</sup>) Centr. f. Gyn., 1893, p. 217.

<sup>115</sup>) Centr. f. Gyn., 1893 p. 268.

<sup>116</sup>) Centr. f. Gyn., 1893, p. 323.

<sup>117</sup>) См. выше.

<sup>118</sup>) См. выше.

<sup>119</sup>) См. выше.

<sup>120</sup>) Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitz. am 9 Juni, 1893.

<sup>121</sup>) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVI.

<sup>122</sup>) Med. Record., 1893, 27/v.

<sup>123</sup>) Centr. f. Gyn. 1893, p. 1097.

<sup>124</sup>) Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, Sitz. am 27 x 93.

<sup>125</sup>) Berlin. Klinische Wochenschr., 1893, № 41

<sup>126</sup>) См. выше.

<sup>127</sup>) Врачъ, 1893 г., №№ I, II, III, VI, VIII.

<sup>128</sup>) См. выше.

<sup>129</sup>) Norsk. Mag. for Lægevid., 1891, p. 593.

<sup>130</sup>) Brit. Gyn. Journ., 27/xi 91.

<sup>131</sup>) Gaz. des hopitaux, № 58, 1892.

<sup>132</sup>) См. выше.

<sup>133</sup>) Centr. f. Gyn., 1892, p. 903.

*V. Schneider* <sup>134</sup>), *Sippel* <sup>135</sup>), *Варнекъ* <sup>136</sup>), *Grandin* <sup>137</sup>), *Taylor* <sup>138</sup>), *Robinson* <sup>139</sup>), *Masetti* <sup>140</sup>), *v. Winckel* <sup>141</sup>), *Ottъ* <sup>142</sup>), *Сутуинъ* <sup>143</sup>), *Frommel* <sup>244</sup>) и № I, II и IV изъ описанныхъ мною изъ клиники проф. *Толочниова*. Въ подобныхъ случаяхъ, если сосуды плаценты уже запусѣли, удобнѣе всего удалять ее во время операціи; если же плодъ умеръ недавно и плацента еще совершенно свѣжа, то лучше ее не отдѣлять, чтобы не получить сильнаго и очень трудно останавливаемаго кровоточенія, а просто дренажировать мѣшокъ; плацента выйдетъ постепенно по частямъ, хотя для этого можетъ понадобится довольно много времени (1 до 2 мѣсяцевъ). Случаи, переходящіе въ элиминацію плода, когда брюшина, облегающая стѣнку плоднаго мѣшка, срослась съ брюшиной передней брюшной стѣнки, не представляютъ собой уже, строго говоря, случаевъ лапоротомій, а являются какъ бы операціями простаго вскрытія абсцесса, таковы въ собранной мною литературѣ случаи: *Sheild'a* <sup>145</sup>), *Whitway* <sup>146</sup>), и одинъ случай проф. *Толочниова* (см. выше), оперированные со стороны передней брюшной стѣнки и случай д-ра *Варнека* <sup>147</sup>), оперированный чрезъ задній сводъ влагалища. Совершенно въ сторонѣ отъ этихъ способовъ оперированія стоятъ два способа д-ра *Frank'a* <sup>148</sup>), гдѣ онъ въ одномъ случаѣ трубной беременности сдѣлалъ лоносѣченіе, а въ другомъ экстирпировалъ мѣшокъ внѣматочной беременности чрезъ разрѣзъ по промежности (*Frenulococcygealschnitt*).

Въ заключеніе своей работы позволю себѣ, какъ на любопытный и курьезный примѣръ смѣлости врача, указать на способъ лѣченія внѣматочной беременности, предлагаемый д-ромъ

<sup>134</sup>) См. выше.

<sup>135</sup>) См. выше.

<sup>136</sup>) Врачъ, 1893, № 43.

<sup>137</sup>) Amer. Journ. of. Obst. 1892, Januar.

<sup>138</sup>) См. выше.

<sup>139</sup>) См. выше.

<sup>140</sup>) Ann. di Ost. e gyn., 92, № 11.

<sup>141</sup>) См. выше.

<sup>142</sup>) Врачъ, 1893, № 4.

<sup>144</sup>) Врачъ, 1892, № 9.

<sup>144</sup>) См. выше.

<sup>145</sup>) См. выше.

<sup>146</sup>) Univers. Medic. Journ., Nowemb. 1893.

<sup>147</sup>) См. выше.

<sup>148</sup>) Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln a R. Sitz. am 2/vi 1892.

*Malin'*омъ <sup>149)</sup>, состоящій въ томъ, чтобы руками раздавить мѣшокъ внѣматочной беременности, а затѣмъ при наступившей картинѣ внутренняго кровотечения, произвести чревосѣченіе.

Такимъ образомъ, на основаніи всего вышеприведеннаго матеріала, я считаю себя вправѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

I. Въ тѣхъ случаяхъ внѣматочной беременности, гдѣ втеченіе первыхъ 6 недѣль произошелъ разрывъ мѣшка, и внутреннее кровотеченіе остановилось само собой, можно надѣяться на выздоровленіе путемъ рассасыванія.

II. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ внѣматочной беременности, точно діагностированныхъ, показуется хирургическое пособіе, и чѣмъ раньше таковое будетъ оказано, тѣмъ благоприятѣе прогнозъ для больной.

III. Идеальной можетъ считаться та операція, гдѣ плодный мѣшокъ удаленъ цѣликомъ со всѣмъ своимъ содержимымъ.

IV. Въ нѣкоторыхъ, особенно счастливыхъ, случаяхъ внѣматочной беременности плодъ можетъ достигнуть степени развитія обычнаго «доношеннаго» плода и, путемъ чревосѣченія, можетъ быть извлеченъ живымъ.

V. Какъ это ни страннымъ можетъ показаться съ перваго взгляда, но мнѣ кажется, что основываясь на томъ, что въ очень большомъ числѣ случаевъ внѣматочной беременности имѣется въ этиологіи gonorrhoea, можно говорить и о профилактическомъ лѣченіи, которое будетъ состоять въ предупрежденіи заболѣванія gonorrhoe'ей и въ лѣченіи таковой, разъ она уже имѣется на лицо, тѣмъ болѣе, что терапія гонорреи у женщинъ представляется вещью далеко не трудной, какъ это показала *Veit* <sup>150)</sup> въ послѣднихъ своихъ наблюденіяхъ.

<sup>149)</sup> Keller. Des grossesses ex traütérines. Paris, 1872, p. 59.

<sup>150)</sup> Врачъ, 1894 г., стр. 327.

## II.

### Къ вопросу о судебно-медицинскомъ значеніи мѣста разрыва кольцевидной дѣвственной плевы при мастурбаціи.

Д-ра Д. С. Щеткина (Рязань).

Для рѣшенія вопросовъ объ изнасилованіи дѣвицъ—самое важное значеніе должно быть приписано состоянію дѣвственной плевы. Извѣстно, что существуетъ нѣсколько формъ ея. Эта работа относится только къ дѣвственной плевѣ въ видѣ заслонки согласно классификаціи, предложенной д-ромъ *В. Мержевскимъ*<sup>1)</sup>, и при томъ наиболѣе часто встрѣчающейся формѣ ея, циркулярной или кольцевидной, напоминающей собой діафрагму.

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ, я былъ приглашенъ къ одной дѣвицѣ, среднихъ лѣтъ, по поводу болей, которыя она испытывала въ наружныхъ половыхъ органахъ. Больная—истеричная особа, въ высшей степени странная, какъ это принято выражаться въ общежитіи. Я засталъ ее въ постели; за нѣсколько дней до моего посѣщенія она была изслѣдована врачомъ, который постоянно лѣчилъ всю ея семью и который будто-бы при введеніи пальца во влагалище, произвелъ очень болѣзненную трещину. Положивъ больную на бокъ и раздвинувъ половую щель ея, я осмотрѣлъ довольно поверхностно дѣвственную плеву, при чемъ кромѣ гипереміи входа во влагалище ничего особаго не замѣтилъ. Успокоивъ больную, я посоветывалъ ей оставить постель. Прошло нѣсколько лѣтъ. У моей пациентки наступилъ климактерическій возрастъ, при чемъ появились боли внизу живота и нѣкоторыя другія явленія, свойственныя этому періоду. Я былъ вновь приглашенъ

<sup>1)</sup> Архивъ Судебной Медицины и Общественной Гигіены, 1871 г., № 3, стр. 5, „3) Заслонка съ отверстиемъ“, Fig. 8 и друг.

До моего визита она, по ее словамъ, не разъ совѣтывалась съ женщиной-врачемъ; послѣдняя, между прочимъ лѣченіемъ, назначала ей спринцеваніе влагалища. При осмотрѣ я нашелъ циркулярную дѣвственную плеву, которая была растянута, свободный край ея представлялся закругленнымъ, острота и бѣлесоватость его не существовали, при чемъ наблюдался разрывъ плевы до основанія ея кнаружи и вправо отъ мочеиспускательнаго канала.

Другая моя пациентка—дѣвица средняго возраста, которую я знаю уже давно. Дѣтъ 10 тому назадъ здоровье ея находилось въ хорошемъ состояніи, потомъ она стала жаловаться на боли въ разныхъ областяхъ тѣла, плохое пищевареніе и дурной сонъ. Вслѣдствіе этихъ явленій она поступила въ больницу, гдѣ замѣчена была нѣкоторая раздражительность, жалобы оставались тѣ же. При встрѣчѣ со мной и другими врачами, поданную ей руку она нѣсколько долѣе удерживала и у нея замѣчался особый блескъ глазъ. Почувствовавъ себя лучше, больная вышла изъ больницы, черезъ нѣсколько времени до меня дошли слухи о разсужденіяхъ ея, которыя вращались главнымъ образомъ на отношеніяхъ мужчины къ женщинѣ. Наконецъ, она заболѣла, явились жалобы на боли во всемъ тѣлѣ, расстройство пищеваренія и плохой сонъ. Болѣзнь длилась кажется цѣлую зиму. Когда я увидалъ мою бывшую пациентку, то нашелъ въ ней большую перемѣну, она была вялая, блѣдная, значительно похудѣла и взоръ ея потухъ. Выздоровленія полного не наступало и 1½ года тому назадъ она явилась ко мнѣ въ амбулаторію больницы съ жалобами на боли внизу живота. При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ было замѣчено слѣдующее: большія губы оказались нѣсколько пигментированными, входъ во влагалищѣ интенсивнѣе окрашенъ чѣмъ слѣдуетъ, циркулярная дѣвственная плева была цѣлая, свободный край ея не отличался остротой, напротивъ при введеніи пальца въ отверстіе плевы онъ представлялся какъ бы нѣсколько закругленнымъ и при томъ слегка волнообразнымъ. Во время изслѣдованія больная оставалась совершенно покойной, не было ни малѣйшаго волненія, какъ это почти всегда замѣчается у дѣвственницъ, когда онѣ подвергаются изслѣдованію въ первый разъ. Я сильно заподозрилъ, что эта особа мастурбируетъ, но въ присутствіи бывшей при мнѣ акушерки не высказалъ больной моего подозрѣнія. Яичники были найдены нѣсколько увеличенными и чувствительными. Назначивъ больной въ суппозиторияхъ *ichtyol* съ наркотическими, я далъ совѣтъ придти черезъ недѣлю. Моя пациентка явилась въ назначенный день и заявила, что чувствуетъ себя лучше; я снова предпринялъ изслѣдованіе и какъ только ввелъ палецъ во влагалище, замѣтилъ разрывъ дѣвственной плевы справа и кнаружи отъ мочеиспускательнаго канала (рис. 1-й). Разрывъ былъ недавняго происхожденія. Въ остальныхъ частяхъ дѣвственная плева представлялась цѣлой и такой же какъ за недѣлю тому назадъ.

Это наблюденіе я объясняю себѣ слѣдующимъ образомъ: на основаніи вышеизложеннаго слѣдуетъ допустить, что моя пациентка онанировала себя, производя треніе входа во влагалище и раздражая клиторъ. Какъ извѣстно, такой способъ

мастурбации почти исключительно примѣняется дѣвцами <sup>2)</sup>. Послѣ перваго моего изслѣдованія она вѣроятно стала вводить себѣ палець во влагалище черезъ отверстіе, находившееся въ лунен. Вслѣдствіе привычки людей дѣлать почти все правой рукою, нужно допустить, что и при мастурбации употребляется та же рука и преимущественно ея указательный палець, согнутый крючкомъ. Если это предположеніе вѣрно, то само собой станетъ понятнымъ, почему разрывъ циркулярной дѣвственной плевы долженъ встрѣчаться справа и сбоку мочеиспускательнаго канала.

Слѣдуетъ предположить, что дѣвица, привыкшая мастурбировать посредствомъ тренія клитора и входа во влагалище пальцами руки, во время оргазма не въ состояніи удержаться отъ привычныхъ движеній, примѣняя новый способъ мастурбации. По всему вѣроятію въ подобныхъ случаяхъ получается комбинація одного способа съ другимъ. При введеніи какого либо другаго твердаго тѣла во влагалище черезъ отверстіе лунен'а, кромѣ вышеозначеннаго мѣста, разрывы его могутъ происходить и въ другія стороны, такъ какъ направленіе вводимаго предмета не будетъ постоянно соответствовать указательному пальцу правой руки при онанизмѣ. Изслѣдуя женщинъ вскорѣ послѣ ихъ замужества, а также растленныхъ и изнасилованныхъ дѣвицъ, не трудно убѣдиться, что нарушеніе цѣлости циркулярной дѣвственной плевы при совокупленіи можетъ происходить по различнымъ направленіямъ, — чаще всего имѣется по крайней мѣрѣ хоть одинъ разрывъ, идущій прямо кзади или нѣсколько въ сторону и кзади <sup>3)</sup>. Это легко объясняется эксцентричностью, а также несоотвѣтствіемъ размѣровъ отверстія плевы съ величиной и направленіемъ penis'а при совокупленіи. *Гобманъ* <sup>4)</sup> утверждаетъ, что, при рукоблудіи, дѣвственницы, вводя палець во влагалище, расширяютъ медленно отверстіе плевы безъ ея поврежденія и только «въ случаѣ нѣжности послѣдней возможны пожалуй и легкіе надрывы, но никакъ нельзя допустить, чтобы рукоблудіе когда нибудь производилось съ насиліемъ, способнымъ причинить обширные,

<sup>2)</sup> Учебникъ Судебной Медицины д-ра Э. фонъ-Гобмана, перев. съ V нѣмец. изд., подъ ред. проф. Сорокина, Спб., 1891, стр. 101.

<sup>3)</sup> Судебная Гинекологія д-ра В. Мержеевского. Спб., 1878 г., стр. 95.

<sup>4)</sup> I. с., стр. 101.

а тѣмъ болѣе множественные разрывы плевы, потому что никто не станетъ причинять самому себѣ боль». Съ этимъ мнѣніемъ вполне согласиться я не могу, не смотря на подтвержденіе его ссылками автора на наблюденія другихъ компетентныхъ въ этомъ дѣлѣ лицъ, по той причинѣ, что главнымъ образомъ обыкновенно ищутъ нарушеніе цѣлости дѣвственной плевы по направленіямъ кзади или въ стороны и кзади. Менѣе же всего обращаютъ вниманія на отдѣлъ ея, находящійся спереди, кромѣ того эта часть ея обыкновенно значительно уже другихъ, слѣдовательно надрывы здѣсь менѣе глубоки и современемъ могутъ быть легко приняты за природныя углубленія. Чтобы видѣть свѣжій надрывъ плевы у опытной онанистки при переходѣ ея отъ одного способа рукоблудія къ другому, т. е. отъ простаго тренія пальцемъ руки клитора и внутренней поверхности губъ къ введенію пальца во влагалище, нужны особыя благопріятныя условія, какъ это было во второмъ изъ описанныхъ мною случаевъ. Сомнѣваюсь, чтобы такая особа, привыкшая къ онанизму, пощадила бы свою плеву въ моментъ оргазма, она уже привыкла къ подобному удовлетворенію своей похоти и та ничтожная боль, которая ощутится при столь не большомъ надрывѣ hymen'a въ передней части его, едва ли остановитъ рукоблудіе до окончанія удовлетворенія, мало того небольшая боль даже можетъ усилить наслажденіе. Дѣло другое, если дѣвица начинаетъ впервые онанировать введеніемъ пальца во влагалище, тогда она должна дѣйствовать крайне осторожно, вслѣдствіе новизны ощущеній и крайней чувствительности, которой обыкновенно отличаются половые органы дѣвственницы.

Нѣсколько лѣтъ я наблюдалъ одну изъ моихъ пациентокъ. дѣвицу, уже четыре года тому назадъ перешедшую за климактерическій періодъ. Есть много указаній на то, что она мастурбируетъ и подѣ моимъ наблюденіемъ у нее циркулярная плева приняла форму подобную полулунной, на столько атрофировалась, вслѣдствіе частаго давленія, и растянулась передняя часть ея. Такое измѣненіе дѣвственной плевы можно допустить, припомнивъ изслѣдованіе *Budin* <sup>5)</sup>, который не

<sup>5)</sup> Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal (Progrès Medical. 1879 г., № 35, 36, 37, 38).

признаеть hymen, какъ самостоятельную оболочку, а считаетъ, что это есть не болѣе какъ окончность вагины, выдающаяся надъ слизистой оболочкой вульвы.

Опредѣленіе мѣста разрыва дѣвственной плевы несомнѣнно должно играть важное значеніе въ судебно-медицинскихъ случаяхъ при жалобахъ на изнасилованіе и на попытки къ нему. Если бы мнѣ была представлена для осмотра дѣвственница съ жалобами на изнасилованіе или попытки къ нему и при этомъ я нашелъ бы исключительно одинъ разрывъ циркулярной плевы въ мѣстѣ, на которое было указано мною и особенно, если при этомъ были бы явленія, заставляющія подозревать, что данная особа предавалась онанизму, то я съ большою увѣренностью могъ бы приписать послѣднему оказавшееся поврежденіе дѣвственной плевы, а не попыткѣ къ изнасилованію данной особы. У лѣвши при подобныхъ условіяхъ измѣненія плевы должны наблюдаться съ лѣвой стороны. Просматривая казуистику изнасилованій съ растленіемъ невольно бросается разнообразность и неточность опредѣленія мѣсть разрывовъ hymen, такъ что иногда трудно уяснить себѣ, гдѣ собственно произошло нарушеніе цѣлости плевы, особенно въ тѣхъ случаяхъ, при описаніи которыхъ ни слова не сказано о формѣ ея. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ предоставляется изслѣдующему врачу для описанія мѣста разрывовъ hymen'a употреблять самыя разнообразныя выраженія; на сколько онѣ будутъ соответствовать истинному положенію вещей—довольно трудно сказать, все зависитъ отъ наблюдательности врача и способности его точно выражаться, а потому я предложилъ бы для устраненія могущихъ быть недоразумѣній относительно мѣста опредѣленія разрыва плевы установить слѣдующее дѣленіе послѣдней. Если провести черезъ дѣвственную плеву два воображаемые діаметра перпендикулярныхъ одинъ къ другому и такъ чтобы первый изъ нихъ, проходя въ продольномъ направленіи, разсѣлъ плеву на двѣ равныя половины—правую и лѣвую, а второй діаметръ, проведенный въ поперечномъ направленіи, раздѣлилъ бы ее тоже на двѣ равныя части, а именно переднюю и заднюю, тогда получится четыре отдѣла плевы: правый передній, лѣвый передній, правый задній и лѣвый задній (рисун. 2-й).



Рис. 1-й.

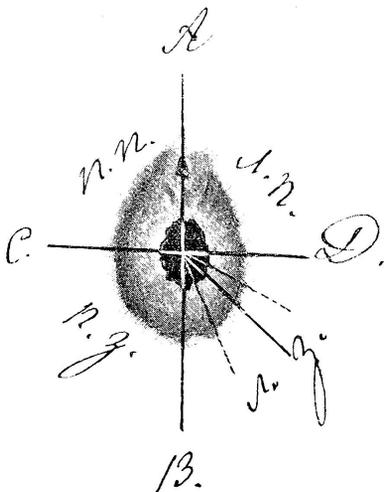


Рис. 2-й.

*А В*—Продольный діаметръ.—*С D*—Поперечный.—*п п*—Правый передній  
отдѣлъ.—*л п*—Лѣвый передній.—*п з*—Правый задній.—*л з*—Лѣвый задній.

При такомъ дѣленіи हुмен'а можно довольно точно указать мѣсто нарушенія цѣлости его и установить соответственные выраженія, такъ напр., разрывъ плевры наблюдается въ лѣвомъ переднемъ отдѣлѣ ея по срединѣ его, или ближе къ продольному діаметру, или же ближе къ поперечному. Разъ въ судебной медицинѣ установится такое дѣленіе—не должно быть недоразумѣній и сомнѣній, гдѣ наблюдался разрывъ плевры. На рисункѣ 1-мъ изображено мѣсто разрыва हुмен'а, которое, придерживаясь предложенной мною схемѣ дѣленія его, слѣдуетъ опредѣлить въ такихъ выраженіяхъ: *въ данномъ случаѣ замѣчается разрывъ дѣственной плевры въ правомъ переднемъ отдѣлѣ ея, ближе къ продольному діаметру.*

По моему мнѣнію коротко и достаточно точно для судебно-медицинскихъ цѣлей. Форма плевры не должна имѣть значенія, такъ какъ это опредѣляется заранѣе и если въ ней будетъ отсутствовать тотъ или другой отдѣлъ, то объ немъ и говорить не придется.

---

### III.

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

Къ вопросу о родахъ осложненныхъ фибромиомами матки.

Ордин. клиники А. И. Иванова.

Фибромиома—очень частое <sup>1)</sup>заболѣваніе матки—не остается безъ значительнаго вліянія на зачатіе, беременность и родовой актъ.

На безплодіе теперь никто не смотритъ, какъ на этиологическій моментъ этихъ опухолей, наоборотъ большинство гинекологовъ склонно думать, что оно есть послѣдствіе фибромиома матки, такъ какъ эти опухоли, особенно межстѣночныя и подслизистыя формы, рѣзко измѣняютъ характеръ слизистой оболочки матки, которая благодаря усиленному притоку питательнаго матеріала, вызываемому ростомъ опухоли и венознымъ застоямъ, почти всегда представляетъ измѣненія, свойственныя гиперпластическимъ эндометритамъ, отличающимся упорными и обильными кровотечениями. Меньше всего на слизистую оболочку матки имѣютъ вліяніе фибромиомы, растуція подбрюшинно и имѣющія тонкія ножки. При послѣднихъ опухоляхъ чаще происходитъ зачатіе, чѣмъ при межстѣночныхъ и подслизистыхъ формахъ, при которыхъ, хотя и можетъ женщина

---

<sup>1)</sup> Bayle (см. нѣмецкій переводъ Pozzi. Lehrbuch der klin. u. operativ. Gynäkol., 92 г.) нашель, что  $\frac{1}{5}$  всѣхъ женщинъ, умершихъ послѣ 35 лѣтъ, одержима была фибромами матки.

стать беременной, но очень нерѣдко беременность прерывается на томъ или другомъ мѣсяцѣ и выкидышь въ такихъ случаяхъ объясняется съ одной стороны измѣненной слизистой оболочкой, а съ другой стороны тѣмъ, что, благодаря присутствію въ маточной стѣнкѣ опухоли, яйцевое вмѣстилище не можетъ надлежащимъ образомъ растягиваться и вѣроятно легко приходитъ въ состояніе сокращенія. Точной статистики о вліяніи различныхъ видовъ фиброміомъ на теченіе беременности мы къ сожалѣнію не имѣемъ и можемъ воспользоваться общими заявленіями. Такъ *Nauss* (у *P. Müller*'а <sup>2)</sup> вывелъ, что прерываніе беременности при фиброміомахъ матки происходитъ въ  $\frac{1}{6}$  случаевъ, хотя *P. Müller* предполагаетъ, что выкидыши происходятъ чаще, но легко просматривается причина, благодаря небольшой величинѣ опухоли. *Lefour* <sup>3)</sup> на 307 случаевъ нашелъ 62 выкидыша и преждевременныхъ родовъ.

Если беременность продолжается, то фиброміомы опять таки не остаются безъ значительнаго вліянія на нее; часто положеніе беременной матки становится неправильнымъ: она смѣщается въ ту или другую сторону, даетъ сильныя наклоненія и перегибы впередъ или назадъ, смотря по мѣстоположенію опухоли, вызывая тягостныя явленія сдавливанія мочевого пузыря, мочеточниковъ и прямой кишки. Вліяютъ также несомнѣнно на внутриматочное положеніе плода, что доказано проф. *Н. Ф. Толочиновымъ* <sup>4)</sup>, который нашелъ при фиброміомахъ матки на 48 случаевъ беременности 25 головныхъ предлежаній (52<sup>0</sup>/о), 13 тазовыхъ предлежаній (27<sup>0</sup>/о) и 10 поперечныхъ положеній (20,8<sup>0</sup>/о).

Сами опухоли подъ вліяніемъ беременности иногда быстро начинаютъ увеличиваться, а принимая быстрый ростъ, вмѣстѣ съ растущей маткой, вызываютъ растройства, свойственныя сдавливаніямъ органовъ полости живота.

Что касается вліянія фиброміомъ на родовой актъ, то оно здѣсь рѣзче выражено, чѣмъ на беременность. По статистикѣ *Nauss*'а (по *Gusserow*'у <sup>5)</sup>), изъ 228 роженицъ умерло 53,9<sup>0</sup>/о, а изъ 117 дѣтей умерло 57,2<sup>0</sup>/о.

<sup>2)</sup> *P. Müller*. Handbuch der Geburtshülfe, 1889 г., В. II.

<sup>3)</sup> *Lefour*. Des fibr. uter. au point de vue de la gross. et de l'accuch. Paris, 80 г.

<sup>4)</sup> Die Uterus fibr. bei d. Schw. u. Geb. Wien. Med. Pr., 1869 г., № 30.

<sup>5)</sup> Die Neubildungen des Uterus, 86 г.

Вообще можно сказать, чѣмъ выше положеніе фиброміомъ по тѣлу матки, тѣмъ менѣе рѣзко выражено бываетъ вліяніе ихъ и конечно понятно, почему фиброміомы, сидящія у дна матки, несравненно менѣе опасны, чѣмъ тѣ, которыя расположены на нижнемъ сегментѣ и на шейкѣ матки.

Отношеніе послѣднихъ опухолей къ родовому акту можетъ выражаться: 1) въ запруживаніи родового канала и измѣненіи объема его, 2) въ неправильныхъ и очень сильныхъ и вмѣстѣ съ тѣмъ мало дѣйствительныхъ сокращеніяхъ матки, 3) въ мѣстныхъ травматическихъ поврежденіяхъ, разрывахъ, кровотеченіяхъ и задержаніи дѣтскаго мѣста и 4) прибавляетъ *Viney* 6) въ измѣненіи механизма, свойственнаго нормальнымъ родамъ.

«Всѣ согласны, говоритъ *Viney* 7), что трудность родовъ зависитъ отъ положенія и величины опухоли, но препятствіе далеко не во всѣхъ случаяхъ одинаково; есть два условія, которыя уменьшаютъ опасность родовъ отъ присутствія запружающей опухоли, это съ одной стороны мягкость ея (опухоли), которая иногда рѣзко бываетъ выражена и которая въ моментъ прохожденія головки даетъ возможность опухоли уменьшаться или лучше сказать уплощаться и утончаться, какъ будто опухоль исчезаетъ; съ другой стороны поднятіе опухоли въ брюшную полость или опущеніе ея къ тазовому выходу».

Конечно, при такихъ условіяхъ роды могутъ окончиться и самопроизвольно, хотя послѣ долгой и иногда очень тяжелой работы. Случаевъ подобнаго благопріятнаго окончанія родовой дѣятельности описано достаточно, какъ въ иностранной, такъ и въ нашей отечественной литературѣ 8); но достаточно также извѣстно случаевъ такихъ, гдѣ роды благодаря отсутствію въ опухоли этихъ условій должны были быть окончены при помощи той или другой операціи. Опухоль или настолько неподвижна въ половомъ каналѣ и не можетъ не только сама подняться изъ полости малаго таза, но даже быть поднята руками врача, или же такъ тверда, что врачъ ни въ какомъ случаѣ не можетъ надѣется на окончаніе родовъ силами при-

6) *Viney*. *Maladies de la grossesse*, 1894.

7) *Ibid.*

8) *Сутугинъ*, какъ примѣръ самопроизвольнаго сдвиганія опухоли. приводитъ представившійся ему случай во «Врачѣ», 91 г., № 1.

роды. Подобной зашеечной фиброміомой была одержима женщина, исторія родовъ которой приведена мною ниже.

Въ послѣродовомъ періодѣ присутствіе фиброміомъ матки можетъ быть причиной сильныхъ, неудержимыхъ кровотеченій отъ атоніи матки, которая не вполне сокращается или же изъ самой фиброміомы, если къ ней прикрѣплена была placenta; часто наблюдаются измѣненія положенія, выпаденіе и даже выворотъ матки, послѣдній всегда сопровождается сильнѣйшими кровотечениями. *Lambert* <sup>9)</sup> описалъ 6 такихъ случаевъ, изъ которыхъ 2 окончились летально. Затѣмъ, весьма возможны случаи гангренозныхъ распаденій опухолей, подвергшихся сдавленію, что можетъ повлечь за собой серьезное послѣродовое заболѣваніе, которое можетъ быть вызвано также трудными и продолжительными пособіями въ такихъ родахъ.

При такомъ огромномъ вліяніи фиброміомъ на функцію женскихъ половыхъ органовъ, терапія во всѣ періоды этой функціи имѣетъ не малый практическій интересъ.

Я здѣсь не буду касаться лѣченія фиброміомъ вообще, что совсѣмъ не входитъ въ планъ настоящей моей статьи, а коснусь только способовъ веденія беременности и родовъ, осложненныхъ фиброміомами матки и главнымъ образомъ фиброміомами, исходящими изъ нижняго сегмента и шейки ея, по стольку, по скольку онѣ препятствуютъ нормальному теченію беременности и родовъ.

Обобщать по отношенію къ терапіи всѣ случаи беременности, осложненной фиброміомами, конечно нельзя, а необходимо точно взвѣсить всѣ условія представившейся беременности и во всякомъ случаѣ, если беременность не сопровождается никакими явленіями, угрожающими матери, слѣдуетъ придерживаться выжидательнаго метода и довести беременность по крайней мѣрѣ до того времени, пока плодъ станетъ жизнеспособнымъ и тогда уже во время родовъ, прибѣгнуть къ оперативному пособію, сначала попытавшись поднять въ обыкновенномъ положеніи роженицы на спинѣ или же въ колѣнно-локтевомъ и между схватками опухоль полости малаго таза, что въ нѣсколькихъ случаяхъ удалось выполнить вполне удачно <sup>10)</sup>

<sup>9)</sup> *Lambert*. Sur les gross. compl. de myomes uter. Paris, 70 г.

<sup>10)</sup> См. случай проф. *Лебедева*. Врачъ, 92 г., № 50, стр. 1281.

Иногда даже самопроизвольно, въ концѣ перваго и началѣ втораго періода родовъ, фиброміомы при растяженіи нижняго сегмента матки выходятъ въ полость большаго таза или сдавливаются предлежащей головкой и роды оканчиваются безъ всякаго врачебнаго пособія. Чаше впрочемъ послѣ приподнятія опухоли приходилось прибѣгать къ повороту на ножку или накладывать щипцы, и эти послѣднія операціи давали блестящіе результаты въ случаяхъ, въ которыхъ сначала казалось неизбѣжнымъ производство кесарскаго сѣченія <sup>11)</sup>). Въ нашей клиникѣ проф. *Н. Ф. Толочиновъ* такимъ способомъ счастливо для матери и младенца окончили роды, осложненные большой фиброміомой тѣла и шейки матки <sup>12)</sup>).

Когда состояніе родовыхъ путей роженицы таково, что они не представляютъ условій для производства этихъ операцій или когда всѣ попытки окончить роды упомянутыми приѣмами и операціями не удаются или же, наконецъ, когда роженица желаетъ во что бы то ни стало имѣть живаго младенца, а между тѣмъ поворотъ или щипцы могутъ быть неблагоприятны или даже сомнительны по отношенію жизни его, то показуется производство кесарскаго сѣченія консервативнаго или по *Porro*.

Фиброміомы, исходящія изъ шейки матки въ видѣ полиповъ, значительно рѣже могутъ представлять серьезное препятствіе родамъ. Обыкновенно предлежащая часть толкаетъ передъ собой опухоль и послѣдняя, или отдѣляется самопроизвольно, или же искусственно присутствующимъ врачомъ. Нѣкоторые акушеры <sup>13)</sup> при такихъ фиброміомахъ не ждутъ родовъ, а въ концѣ беременности вылуцаютъ опухоль, вскорѣ послѣ чего иногда наступаютъ роды, а иногда послѣ такихъ операцій, произведенныхъ въ болѣе ранніе сроки, беременность продолжается до конца. Извѣстны даже случаи удаленія подбрюшинныхъ опухолей *per laparotomiam* безъ вліянія на теченіе беременности <sup>14)</sup>), еще больше извѣстно случаевъ, гдѣ зашеечная опухоль вылуцалась съ успѣхомъ *per vaginam* во время родовъ. Однако, слѣдуетъ замѣтить что, при большихъ

<sup>11)</sup> Случай д-ра *Williams*'а, приводимый *Сутугинимъ*. Врачъ, 91 г., № 1-й и 2-й.

<sup>12)</sup> *Чунихинъ*. Случай родовъ, осложненныхъ фиброміомой шейки и тѣла матки. Ж. А. и Ж. б., 88 г., № 6.

<sup>13)</sup> См. случай *C. Schröder*'а, приводимый *Сутугинимъ* во „Врачъ“, 91 г., № 1.

<sup>14)</sup> Случай *Berg*'а. *Centralbl. f. Gynäköl*, 90 г., p. 115.

зашеечныхъ опухоляхъ, выполняющихъ малый тазъ и высоко поднимающихъ тазовую брюшину, болѣе удобовыполнимо кесарское сѣченіе, чѣмъ вылуценіе опухоли per vaginam, при которомъ легко возможно поранить тазовую брюшину и мочеточники и даже не кончить операціи.

Что касается производства кесарскаго сѣченія, то въ случаяхъ одиночныхъ фиброміомъ, въ большинствѣ случаевъ, вѣроятно достаточно консервативнаго способа съ кастраціей<sup>15)</sup> но при множественныхъ опухоляхъ мнѣ кажется вполне показанной операція *Porro*.

Случай родовъ при осложненіи множественной фиброміомой, оконченной операціей *Porro*, проведенъ былъ въ Харьковской Акушерской клиникѣ проф. *Н. Ф. Толошиновымъ* вполне благопріятно, какъ для матери, такъ и для младенца и исторія его слѣдующая:

М. Д. поступила въ Акушерскую клинику Харьковского Университета, 18 декабря 1893 г., съ заявленіемъ, что она беременна и что съ ночи у нея идутъ воды.

*Amenesis*. Въ дѣтствѣ перенесла скарлатину. На 13 году получила первые menstrua, которыя стали приходить правильно черезъ 4 недѣли, шли по 3—4 дня въ умѣренномъ количествѣ. Съ появленіемъ регулъ стала малокровна и замѣтила fluorem album. 17 лѣтъ вышла замужъ, типъ регулъ не измѣнился, появились только незначительныя боли въ поясницѣ и внизу живота. Черезъ 2 года послѣ выхода замужъ имѣла ранній, констатированный врачомъ, выкидышъ, послѣ чего боли во время мѣсячныхъ стали усиливаться, такъ что черезъ 3 года ей произведена была дисцизія, послѣ которой перестала испытывать эти боли; одновременно съ дисцизіей была удалена киста лѣвой Бартолиновой железы. Съ того времени, кромѣ воспаления праваго яичника, вскорѣ подъ влияніемъ лѣченія исчезнувшаго, никакими женскими болѣзнями не страдала и чувствовала себя прекрасно. Послѣднія menstrua М. Д. имѣла около 20 марта 93 года. До конца апрѣля она чувствовала себя сносно, кромѣ тошноты и рѣдко рвоты, но потомъ появились боли внизу живота, по причинѣ чего она 3 мая обратилась къ врачу, который опредѣлилъ у нея эксудатъ; на слѣдующій день появились сильныя боли внизу живота, которыя быстро распространились по всему животу при t° 39° слишкомъ; прикосновеніе обѣля къ животу вызывало боли. При такихъ явленіяхъ, постепенно ослабѣвшихъ, М. Д. пролежала въ постелѣ около мѣсяца. Въ концѣ іюня констатирована была беременность. Общая слабость и разбитость была почти до конца беременности, такъ что только въ началѣ ноября, т. е. за 1½ мѣсяца до наступленія родовъ, стала чувствовать себя болѣе или менѣе сносно

<sup>15)</sup> Случай проф. *Лебедева*, описанный д-ромъ *Орловымъ* въ его «Дѣйстви чревосѣченій, произведенныхъ проф. *А. И. Лебедевымъ*».

За два дня до поступления в клинику М. Д. стала замечать иногда боли внизу живота и в пояснице. В ночь под 18 декабря, при очень слабых и редких болях, начали идти понемногу воды, отделение которых к утру усилилось, с чем и поступила 18 декабря в клинику.

*Status praesens.* Роженица 32 года; она среднего роста (157 cm); достаточно упитана, с правильно развитым скелетом. Вес 180 фунт. Живот увеличен соответственно 10 месяцу беременности, правая половина выдается больше левой; контуры увеличенной и отклоненной вправо матки ясно определяются, высота стояния дна ее на 4 поперечных пальца под ложечкой. Изменение живота дано:

Окружность основания груди . . . . .	86 cm.
Большая окружность живота . . . . .	102 "
Расстояние от лобка до ложечки . . . . .	42 "
"    "    "    до пупка . . . . .	19 "
"    от sp. ant. sup. dex. до пупка . . . . .	20 "
"    "    "    "    "    "    до ложечки . . . . .	37 "
"    "    "    "    "    sin до пупка . . . . .	21 "
"    "    "    "    "    "    до ложечки . . . . .	36 "

Высота стояния дна матки над лобком—26 cm.

Размеры таза следующие:

Dis. spin. . . . .	26
"    rist . . . . .	29
"    intertr. . . . .	33
Conj.-ext. . . . .	20

Окружность большого таза—100 cm.

Пальпация живота показала, что плод лежит несколько косвенно, так что головка прощупывается в правой fossa iliaca, подвижна, спинка находится в правой половине матки и обращена несколько кзади, мелкие части прощупываются в левой половине матки. Сердцебиение плода выслушивается, в количестве 150 ударов в минуту, справа от *lin. alba*, на уровне пупка. Маточный шум—слабый над Пупартовой связкой. Наружные половые части нормально развиты и слегка отечны. Вход в рукав цианотически окрашен. Стенки *vaginae* разрыхлены с сохранившимися *columnis rugarum*. Полость малого таза на  $\frac{3}{4}$  своей емкости выполнена совсем неподвижной, довольно плотной опухолью, расположенной сзади и слева, и между опухолью и лобковым сочленением помещаются только два пальца, которые едва достигают высоко-стоящей укороченной маточной шейки, открытой настолько, что пропускает указательный палец, которым, при надавливании другой рукой снаружи, можно нащупать, высоко над входом в таз стоящую, подвижную головку, отклоненную вправо. Пузыря нет. Грудь увеличена, напряжена, сосок мал, около-сосковый кружок пигментирован; Монгомеровы тельца ясно выражены; при надавливании из груди можно получить молозиво. Родовая деятельность очень слаба.  $t^{\circ}$  и пульс нормальны. Мочи 950 к. с., удельный вес 1015; бляку в ней нет.

*Diagnosis* был поставлен: *partus* при *fibromyoma retrocervicale*, закрывающей полость малого таза.

Въ виду наличности условій, недопускающихъ родовъ *per vias naturales*, рѣшено было окончить ихъ посредствомъ *sectio caesarea*, на что роженица и мужъ ея изъявили свое полное согласіе.

Съ вечера 20 декабря сокращенія матки стали правильными и частыми: черезъ 4 минуты по 40—50 секундъ. Состояніе родовыхъ путей безъ измѣненія. Роженицу начали готовить *lege artis* къ операциі, которая и началась въ 1 ч. 45 м. ночи подъ 21 декабря.

При полномъ наркозѣ вскрыта была брюшная полость, матка выведена изъ нея, подъ нижній сегментъ подведена была эластическая лигатура, а самъ онъ сжать руками помощника; послѣ этого вскрыта была матка по передней стѣнкѣ, плодъ извлеченъ и отдѣленъ отъ матери. Вслѣдъ за этимъ эластическая лигатура была затянута на нижнемъ сегментѣ. Осмотръ матки показалъ, что на задней стѣнкѣ и слѣва у дна ея сидитъ по одному, съ орѣхъ греческій величиной, субсерозному и одному, съ яблоко величиной, интерстиціальному фиброиду. Опухоль выполняющая малый тазъ была тоже фиброміома величиной нѣсколько больше головы новорожденнаго, неподвижная, исходящая изъ задней стѣнки шейки и располагающаяся въ лѣвой широкой связкѣ и въ Дугласовомъ пространствѣ. Въ виду такого состоянія матки приступлено было къ ампутаціи матки выше ретроцервикальной фиброміомы и вшиванію культи въ нижній уголъ брюшной раны, т. е. къ типической операциі *Porro*. Сначала съ той и другой стороны перевязана была *art. spermatica*, затѣмъ на 1 *cm.* выше эластической лигатуры нижній сегментъ прошить въ два пучка новой эластической лигатурой; послѣ перевязки *art. uterinae* съ обѣихъ сторонъ, матка съ придатками была ампутирована, при чемъ разрѣзъ прошелъ черезъ новый интерстиціальнй фиброидъ. Оставшійся нижній сегментъ обшитъ въ нижнемъ углу брюшной раны брюшиной передней брюшной стѣнки, затѣмъ проколоть на крестъ двумя тонкими вязальными спицами для укрѣпленія; изъ культи по возможности былъ удаленъ фиброзный узелъ; брюшная рана выше культи была зашита глубокими и поверхностными швами: культи прижжена была аппаратомъ *Raquelin'a*. Вокругъ культи и по зашитой брюшной ранѣ посыпанъ былъ іодоформъ и полсжена была іодоформенная марля, она же въ видѣ подушечекъ подложена была подъ концы спиць; послѣ всего этого наложена была антисептическая повязка. Больная вскорѣ пришла въ себя.

Извлеченный живой плодъ мужскаго пола былъ 3000 граммъ вѣсу и 49 *cm.* длинны.

Послѣоперационное теченіе было вполне безлихорадочно, такъ что по вечерамъ  $t^{\circ}$  бывала не выше 37,5°, а по утрамъ не выше 37,3°; пульсъ былъ въ предѣлахъ нормы. Первая перевязка слѣлана на 8-й день, при чемъ замѣчено нагноеніе вокругъ культи и въ прилежащихъ швахъ брюшной раны. Присыпка культи порошкомъ изъ танина (3 части) и салициловой кислоты (1 ч.), швы сняты къ 12 дню и нагноеніе въ небольшомъ количествѣ вокругъ культи держалось до 22 февраля, когда отпала мумифицированная культа. М. Д. выписалась изъ клиники 25 февраля вполне здоровой. Ребенокъ вскармливался искусственно.

Исслѣдованіе М. Д., произведенное черезъ мѣсяцъ послѣ выписки изъ клиники и черезъ три мѣсяца послѣ операціи, показало: общее состояніе здоровья прекрасное, всѣ отправления отстутленій отъ нормы не представляютъ. Углубленіе на мѣстѣ вшитой культи постепенно сглаживается. При внутреннемъ исслѣдованіи оказалось, что опухоль запружавшая малый тазъ, уменьшилась по крайней мѣрѣ вдвое и поднялась въ полость большаго таза.

Примѣняющіеся въ настоящее время два типа операціи *Porro*: внутрибрюшинный и внѣбрюшинный, имѣющіе каждый своихъ противниковъ и преверженцевъ, помимо способа оперирования, рѣзко отличаются другъ отъ друга и послѣ-операционнымъ теченіемъ и внутрибрюшинный способъ, какъ болѣе отвѣчающій современнымъ требованіямъ брюшной хирургіи долженъ быть предпочитаемъ внѣбрюшинному, при которомъ послѣ-операционный періодъ можетъ значительно затянуться, благодаря замедлившемуся отторженію культи и, что самое главное, крайне рѣдко обходится безъ нагноенія или вокругъ выведенной наружу культи матки или даже на протяженіи брюшной раны. Тѣмъ не менѣе, не смотря на это, нѣкоторые гинекологи, какъ *Hegar*, *Kaltenbach*, *Pozzi* и многіе другіе предпочитаютъ типичную операцію *Porro* потому, что внѣ брюшинную лигатуру культи они считаютъ болѣе гарантирующей отъ септицеміи и послѣдовательнаго кровотеченія. Помимо послѣднихъ двухъ условій врачъ вынужденъ бываетъ иногда произвести эту операцію въ силу особенныхъ анатомическихъ условій, когда внутрибрюшная культа, благодаря присутствію въ ткани шейки фиброміомы, образована *lege artis* быть не можетъ, что имѣло мѣсто въ описанномъ выше мною случаѣ. Присутствіемъ фиброзной ткани въ культѣ матки, пожалуй, можно было бы объяснить такое позднее (черезъ два мѣсяца отторженіе культи, такъ какъ этотъ процессъ при обыкновенныхъ условіяхъ заканчивается въ болѣе ранніе сроки; такъ по *Kaltenbach*'у культа отпадаетъ примѣрно къ концу 3-й недѣли, также и по *Феноменову*, по *Kehrer*'у болышею частью спустя 2—4 недѣли послѣ операціи.

Замѣченное въ нашемъ случаѣ рѣзкое уменьшеніе (вдвое въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ) опухоли—объясняется перевязкой всѣхъ четырехъ приводящихъ къ маткѣ сосудовъ. Конечно можетъ быть было бы раціональнѣе въ такихъ случаяхъ вы-

лущить зашеечную фиброміому изъ широкой связки и Дугласова пространства, что безъ труда удавалось проф. *Н. Ф. Толочинкову* производить не разъ въ трудныхъ случаяхъ при надвлагалищной ампутаціи матки, но въ данномъ случаѣ при ничтожной подвижности опухоли и неблагоприятной обстановкѣ при операціи (освѣщеніе операціонной въ ночное время керосиновыми лампами и стеариновыми свѣчами), оперированіе въ глубинѣ малаго таза было бы слишкомъ рисковано.

---

#### IV.

### Дѣло д-ра Пютровича съ судебнo-медицинской точки зрѣнія.

В. И. Штольца.

Бюро Гинекологическаго Общества поручило мнѣ, какъ эксперту по дѣлу *Пютровича*, разобрать это дѣло въ сегоднешнемъ публичномъ своемъ засѣданіи. Принимая во вниманіе съ одной стороны то, что д-ръ *Пютровичъ* принадлежитъ къ числу нашихъ сочленовъ и что опредѣленіе его нравственной виновности по профессиональному вопросу, составленное не на основаніи субъективныхъ толкованій, какими полно заключеніе суда, мнѣніе прессы и толки общества, а на основаніи строгой и объективной провѣрки дѣйствій *Пютровича*, должно быть интересно Гинекологическому Обществу, а съ другой стороны,—имѣя въ виду широкое обобщеніе выводовъ изъ этого дѣла по отношенію къ врачамъ, какъ это сдѣлалъ прокуроръ въ своей рѣчи и какъ это дѣлаетъ и по сей день пресса, я охотно принялъ на себя эту задачу и хочу подѣлиться съ Вами, господа, съ своими воззрѣніями на это дѣло и просить Васъ дать Ваше компетентное заключеніе по вопросамъ, которые я буду имѣть честь поставить и рѣшеніе которыхъ должно выяснитъ виновность или отсутствіе таковой *Пютровича*.

Начну съ фактической стороны:

11-го іюня 1892 г., врачъ *Пютровичъ*, возвратившись домой къ обѣду, застаётъ у себя дома повивальную бабку Вистенгаузенъ, которая съ большимъ нетерпѣніемъ ожидаетъ его болѣе часа, чтобы пригласитъ къ больной г-жѣ Маркановой, представляющей, по словамъ бабки, всѣ

признаки выкидыша, именно: сильное кровотечение, открытіе зѣва матки у беременной и торчащее въ зѣвѣ яйцо. Эту больную *Піотровичъ* ввѣдѣлъ недѣлю тому назадъ у себя въ амбулаторіи, куда она была приведена той же бабкою и тогда еще была констатирована возможность беременности и начинавшагося выкидыша. *Піотровичъ*, захвативъ съ собою нѣсколько расширителей и ложечку Мартина, прѣѣзжаетъ къ больной. При первомъ же осмотрѣ бѣлья онъ указываетъ бабкѣ, что кровотечение не особенно сильное, на что бабка отвѣчаетъ, что бѣлье это уже положено вновь. Ручное изслѣдованіе даетъ слѣдующіе результаты: чувствительность живота; наружный зѣвъ пропускаетъ острокопечіе пальца, кровь отдѣляется въ достаточномъ количествѣ; контуры матки плохо прощупываются по причинѣ жирныхъ покрововъ и чувствительности живота. Передъ настоящимъ кровотеченіемъ, появившимся болѣе недѣли назадъ, у Маркановой не было около 1½ мѣсяцевъ регуль и она подозрѣвала себя беременной. Пришедши на основаніи перечисленныхъ данныхъ къ заключенію, что имѣетъ дѣло съ выкидышемъ, *П.* чтобы ориентироваться, рѣшаетъ ввести въ каналъ шейки расширитель Гегара № 10, что ему удается вполне свободно, даже безъ фиксаціи матки, при чемъ больная не высказала ни малѣйшей жалобы (что она подтвердила на судебномъ слѣдствіи); вынувъ расширитель, *П.* пробуетъ войти пальцемъ въ полость, но это ему опять не удается; тогда онъ вводитъ по пальцу Мартиновскую ложечку, которая входитъ очень далеко, но безъ насилія; опасаясь манипулировать далѣе съ ложечкой, желая достигнуть большаго расширенія и возбудить по возможности сокращенія въ маткѣ, *П.* вставляетъ расширитель № выше, и оставивъ его, уѣзжаетъ. Черезъ нѣсколько часовъ онъ возвращается, вынимаетъ расширитель и пробуетъ опять войти пальцемъ въ матку, но это ему, все таки, не удается и яйца онъ ощупать не можетъ; кровь же все время идетъ, больная жалуется на боли. *П.* вставляетъ расширитель № 14,5 съ цѣлю вызвать сокращеніе и оставляетъ его въ маткѣ, приказавъ больной лежать смирно. Когда *П.* пришелъ, чтобы вынуть расширитель, то онъ его не нашелъ въ рукавѣ. Не придавая значенія въ данномъ случаѣ этому обстоятельству, такъ какъ расширитель не могъ никуда проскользнуть при цѣлой маткѣ, онъ его ищетъ около больной, но не находитъ. Предполагая, что его могли выбросить вмѣстѣ съ грязнымъ бѣльемъ, онъ пока не придаетъ значенія этому обстоятельству. Между тѣмъ больную лихорадитъ, боли дѣлаются острыми и являются признаки выраженного перитонита. Объясняя себѣ эти явленія дѣйствіемъ остающагося долго въ полости матки мертваго яйца, *П.* рѣшается подъ хлороформомъ отдѣлить и извлечь яйцо. Но, видя пальцемъ въ конецъ шейки, онъ попалъ въ полость, въ которой никакъ не могъ ориентироваться, полость матки представилась ему какой то странной, съ какими то перемычками. Такъ какъ при введеніи расширителей ему ни разу не пришлось употребить усилій, при которыхъ можно было бы порвать ткань матки, то и при изслѣдованіи, и попыткахъ къ выведенію яйца, ему никакъ не приходило въ мысль о возможности прободенія матки. Оставивъ неудавшіяся попытки извлечь яйцо, *П.* объявляетъ мужу Маркановой, что она опасна. Для успокоенія мужа и больной, такъ какъ было выражено сомнѣніе о нахожденіи рас-

шпирителя въ маткѣ, онъ показывается на слѣдующій день другой, какъ бы вынутый имъ изъ матки. Черезъ день послѣ этого *Піотровичъ* встрѣтился у больной съ д-ромъ *Ливеномъ*, который высказалъ подозрѣніе о нарушеніи пѣлости матки, но констатировалъ при изслѣдованіи нарушенія этой пѣлости не могъ, равно какъ и отсутствія въ данномъ случаѣ яйца въ полости матки. Въ виду развившагося перитонита назначено общее противовоспалительное лѣченіе. Слова *Ливена* запали въ голову *Піотровичу* и хотя онъ не могъ дать себѣ отчета о возможности проникновенія шпирителя въ полость брюха, но сомнѣніе явилось, и онъ на другой день отправился къ проф. *Отту* просить его на консультацию. *Оттъ* обѣщался быть въ этотъ же день въ назначенный часъ у Маркановой, но когда *П.* пришелъ около этого времени къ Маркановой, то уже засталъ тамъ д-ра *Блейша* и получилъ отказъ отъ Маркановой; поэтому онъ подождалъ проф. *Отта* на улицѣ и сказалъ ему, что отъ помощи ихъ обоихъ отказываются. Затѣмъ *Піотровичъ*, узнавъ, что Марканову отправили въ Обуховскую больницу, зашелъ къ заведывающему женскимъ отдѣленіемъ д-ру *Вастену* и высказалъ также ему свои сомнѣнія о расширителѣ.

Д-ръ *Вастень*, при изслѣдованіи Маркановой, констатировалъ свободное прохожденіе пальца въ каналъ шейки, отверстіе въ верхней части канала шейки, справа, около внутренняго зѣва, соединяющее каналъ шейки съ брюшной полостью; въ сводахъ—обширные твердые эксудаты, отсутствіе возможности прощупать какое либо постороннее тѣло въ брюшной полости. Явленія перитонита уже были слабо выражены. Подъ вліяніемъ покоя и противовоспалительнаго лѣченія больной стало лучше; но черезъ недѣлю или около этого въ одномъ изъ параметрій образовался гнойникъ, который и былъ вскрытъ. Больная стала поправляться и черезъ мѣсяцъ выписалась въ удовлетворительномъ состояніи. Боль ее не беспокоила, она ходила свободно, и когда, по поводу появившихся болей, черезъ два мѣсяца послѣ выписки изъ больницы, она пришла къ *Вастену*, то объяснила ему, что въ теченіе двухъ мѣсяцевъ она чувствовала себя недурно и занималась даже по хозяйству (это показаніе далъ д-ръ *Вастень* подъ присягой). Далѣе эти боли усилились, Марканова пошла къ д-ру *Ливену*, который опредѣлилъ постороннее тѣло въ полости брюха и посовѣтовалъ ей поступить опять въ Обуховскую больницу. Черезъ нѣсколько дней *Вастень* сдѣлалъ у Маркановой лапаротомію въ присутствіи д-ра *Ливена*, и извлекъ дилататоръ Гегара № 14,5 изъ задняго дугласа. Дилататоръ этотъ былъ засумкованъ въ воспалительномъ эксудатѣ и только частица его проложила себѣ дорогу и высовывалась изъ образовавшейся около него трубки. Это продыравливаніе сумки и было причиною вновь появившихся болей, а сама сумка маскировала пребываніе дилататора въ брюшной полости. Послѣ операціи, черезъ мѣсяцъ, Марканова выписалась въ совершенно удовлетворительномъ состояніи, какъ всякая больная послѣ лапаротоміи.

Черезъ нѣсколько времени Маркановъ обратился черезъ д-ра *Блейша* къ *Піотровичу* съ требованіемъ о вознагражденіи за убытки по лѣченію въ суммѣ 1200 рублей. Но *Піот-*

*ровичъ*. не чувствуя себя виноватымъ передъ Маркановой, зная къ тому же, что онъ не получилъ ни копѣйки, а леченіе въ больницѣ стоитъ всего только рубль, или около этого, отказалъ въ удовлетвореніи.

Въ результатѣ—жалоба Марканова въ судѣ, подкрѣпленная свидѣтельствомъ д-ра *Блейша*. Судъ обратился въ Медицинскій Совѣтъ для заключенія, которое было дано въ слѣдующей формѣ: «Медицинскій Совѣтъ, разсмотрѣвъ обстоятельства настоящаго дѣла и не находя въ дѣйствіяхъ врача *Піотровича* указанія на незнаніе имъ своего искусства, призналъ, однако, что отставленіе дилататора въ маткѣ для расширенія ея въ теченіе нѣсколькихъ часовъ относится къ мѣрамъ необщепотребительнымъ, требующимъ особой осмотрительности со стороны доктора». На основаніи этого заключенія *П.* преданъ суду, который далъ слѣдующій приговоръ:

Въ іюнѣ 1892 года Маркановъ пригласилъ для поданія врачебной помощи женѣ Аннѣ—*Піотровича*; послѣдній, обнаруживъ у Маркановой маточныя страданія и заподозривъ присутствіе въ маткѣ недоразвитаго мертваго плода, котораго однакожь въ дѣйствительности, не оказалось, нашель нужнымъ съ цѣлью извлеченія этого мнимаго зародыша расширить матку посредствомъ инструмента изъ твердаго каучука, шириной въ палецъ и длинной около 4-хъ вершковъ, извѣстный подъ именемъ *Негара*. Употребленный *Піотровичемъ* расширитель не далъ ожидаемаго имъ результата и чтобы вызвать сокращеніе матки и болѣе открыть ее и если не изгнать содержимое, то понизить его настолько, чтобы удаленіе было возможно, *Піотровичъ* рѣшился, введя наполовину дилататоръ, оставить его въ маткѣ на нѣкоторое время. Приведя въ исполненіе свое рѣшеніе, *Піотровичъ* уѣхалъ домой и когда вновь возвратился черезъ нѣсколько часовъ, то уже не нашель вставленнаго имъ расширителя ни въ рукавѣ матки, ни на постелѣ больной. Озабоченный такимъ исходомъ принятой имъ мѣры, *Піотровичъ* обратился къ Маркановой и окружающимъ ее съ вопросомъ, что они сдѣлали съ дилататоромъ и когда они отозвались незнаніемъ, тогда приказалъ его искать на постели, а затѣмъ вслѣдствіе безуспѣшности поисковъ, распорядившись послать за хлороформомъ—объявилъ, что онъ приступитъ немедленно къ операци. На замѣчаніе акушерки Вистингаузенъ, въ видѣ—совѣта, пригласить другого врача, *Піотровичъ* отказался. Захлороформировавъ больную, онъ принялся, но безуспѣшно, искать у нея въ маткѣ оставленный расширитель (по заявленію мужа и акушерки сопровождая свои поиски грубыми манипуляціями). На другой день *Піотровичъ* пріѣхалъ къ больной, когда туда пришла Вистингаузенъ, то онъ подаль ей расширитель, говоря, что онъ нашель его въ маткѣ. Впослѣдствіе же оказалось, что желая разбѣгать въ больной и окружающихъ страхъ отъ исчезновенія дилататора, онъ взялъ другой и выдалъ за тотъ, который наканунѣ безуспѣшно розыскивалъ. Между тѣмъ мужъ больной озабо-

ченныи страдаіями жены и значительнымъ ухудшеніемъ болѣзни ея, обратился съ просьбой о помощи къ знакомому врачу *Блейшу*, который, найдя у Маркановой, воспаление брюшины, но не будучи специалистомъ по женскимъ болѣзнямъ, рекомендовалъ д-ра *Ливена*. Послѣдній пріѣхалъ къ Маркановой засталъ *Піотровича* и, распросивъ о лѣченіи, прямо замѣтилъ *Піотровичу*, что онъ вѣроятно порвалъ дно матки. Высказанное имъ, *Ливеномъ*, предположеніе *Піотровичъ* отрицалъ, но при этомъ совершенно умолчалъ, что онъ не могъ найти вставленный имъ въ матку дилаторъ. Осмотрѣвъ больную, *Ливенъ* обнаружилъ у нея вздутость большую живота, сильное воспаление брюшины и по случаю чувствительности брюшной полости не могъ опредѣлить состоянія матки. По совѣту *Ливена*, Марканова была отправлена въ Обуховскую больницу, гдѣ *Вастень* констатировалъ разрывъ справа въ каналѣ шейки матки, черезъ который дилаторъ по всей вѣроятности и проскользнулъ въ полость живота. Объ оставленіи дилатора въ маткѣ, какъ онъ самъ говоритъ, только вскользь сообщилъ д-ру *Вастену* 26 іюня утромъ, т. е. на другой день по доставленіи Маркановой въ больницу. Изъ показанія Маркановой видно, что она, при вставленіи ей *Піотровичемъ* дилатора въ матку, почувствовала нестерпимыя боли, плакала, кричала и заявляла, что чувствуетъ будто введенная *Піотровичемъ* трубка прошла черезъ матку до самой поясницы. Пробывъ въ Обуховской больницѣ до 12 августа 1892 г., Марканова выписалась, но затѣмъ въ ноябрѣ вновь обратилась къ д-ру *Ливену* съ заявленіемъ, что чувствуетъ боли въ животѣ при всякомъ движеніи. *Ливенъ*, осмотрѣвъ ее, въ переднемъ своѣмъ рукава ощущалъ инородный предметъ, почему и посоветывалъ ей стираться въ Обуховскую больницу, гдѣ 18 ноября 92 г. была Маркановой сдѣлана лапоратмія и былъ извлеченъ, оставленный *Піотровичемъ*, дилаторъ. Послѣ этого Марканова оставалась въ больницѣ до 10 декабря 1892 г. Такимъ образомъ нельзя не признать, что подсудимый *Піотровичъ* несомнѣнно впалъ въ ошибку при опредѣленіи болѣзни Маркановой, предположивъ у нея беременность, которой въ дѣйствительности не было, какъ онъ и самъ признаетъ это въ настоящее время. Впавъ въ такую ошибку *Піотровичъ* предпринялъ далѣе, съ цѣлью извлеченія будто бы мертваго плода, всѣ тѣ манипуляціи, которыя признаны имъ самимъ, а именно силится вызвать сокращеніе матки при помощи расширителя Гегара, проникалъ въ полость матки *Мартиновской* двойной ложечкой и наконецъ оставилъ тотъ дилаторъ уже большаго калибра, который, будучи имъ введенъ на нѣсколько часовъ въ шейку матки больной, оставшейся въ то время безъ всякаго врачебнаго надзора, проникъ въ брюшную полость ея, откуда его пришлось извлечь путемъ опасной операціи чревосѣченія. Хотя по мнѣнію эксперта, д-ра *Штольца*, вышеприведенное дѣйствіе подсудимаго *Піотровича* не заключаютъ въ себѣ никакой погрѣшности, тѣмъ не менѣе такой взглядъ эксперта не можетъ быть правильнымъ, какъ безусловно опровергаемый вполне согласнымъ съ обстоятельствомъ дѣла заключеніемъ Медицинскаго Совѣта, въ журнальномъ постановленіи котораго, отъ 9 ноября 1893 г., прямо выражено, что врачъ *Піотровичъ* при пользованіи Маркановой дѣйствовалъ не съ должной осторожностью и предусмотрительностью, примѣнивъ малоупотребительный пріемъ (оставленіе расширителя) къ больной, оставшейся въ то время безъ надлежащаго ухода.

Далѣ, по свидѣтельствѣ д-ра *Блейша*, потерпѣвшая Марканова послѣ перенесенной ей опасной операціи, произведенной 18 ноября 1892 г. для извлеченія дилататора, страдаетъ грыжей въ нижней части живота на рубцѣ и недержаніемъ мочи, при чемъ надъ нижней половиной рубца, расположеннаго ниже лупка въ средней линіи живота, внутренній край брюшной стѣнки расходится и пальцемъ можно черезъ кожу прощупать внутренности брюшной полости и, при малѣйшемъ напряженіи силъ, черезъ это отверстіе выпячивается содержимое брюшной полости, такъ что больная должна постоянно носить эластическій бинтъ на животѣ для удержанія грыжи; при этомъ еженедѣльно по нѣсколько дней является у больной недержаніе мочи, что еще болѣе затрудняетъ больную во всѣхъ движеніяхъ, не говоря уже о какой нибудь работѣ, напрягающей дѣйствіе брюшнаго пресса, и только въ лежачемъ положеніи при крайней осторожности употребленія подходящей пищи Марканова не испытываетъ боли. Наконецъ, какъ говорится въ свидѣтельствѣ, Марканова должна подвергнуться въ ближайшемъ будущемъ новой операціи для соединенія краевъ брюшной стѣнки въ нижней части рубца, оставшагося отъ первой операціи, въ виду избѣжанія большаго расширенія искусственныхъ грыжевыхъ воротъ, могущаго повлечь за собой еще болѣе серьезныя послѣдствія для здоровья Маркановой; каковая операція тѣмъ болѣе необходима, что въ настоящемъ положеніи Марканова неспособна исполнять въ своей семьѣ самыя необходимыя для домашняго хозяйства работы, сопряженныя даже съ малѣйшимъ напряженіемъ силъ и для исполненія этихъ работъ постоянно нуждается въ посторонней помощи. Въ виду всего изложеннаго окружной судъ не можетъ не признать врача *Піотровича* виновнымъ въ томъ, что будучи приглашенъ для оказанія врачебной помощи, страдавшей маточными болѣзнями женѣ ремесленника Аннѣ Маркановой и, ошибочно опредѣливъ причину ея болѣзни, проявилъ въ своихъ дѣйствіяхъ явную неосторожность, выразившуюся въ томъ, что, вставивъ безъ надлежачей осмотрительности дилаторъ Гегара въ матку Маркановой, не только оставилъ затѣмъ больную съ означеннымъ расширителемъ безъ всякаго врачебнаго присмотра, но и не предупредилъ о томъ окружавшихъ ея лицъ; результатомъ чего было проникновеніе дилататора въ брюшную полость больной, откуда онъ былъ извлеченъ лишь 18 ноября 1892 года путемъ операціи въ Обуховской больницѣ; каковая неосторожность, какъ повлекшая за собой тяжкую болѣзнь Маркановой, продолжающаяся понынѣ разстройство ея здоровья, является проступкомъ, предусмотрѣннымъ 129 ст. Уст. о наказаніяхъ нал. Миров. Судьями, по силѣ коей виновный подвергается аресту не свыше 7 дней или 25 руб. штрафа. Изъ сихъ наказаній по обстоятельствамъ дѣла представляется справедливымъ для врача *Піотровича* избрать первое, т. е. арестъ, съ назначеніемъ такового въ высшей мѣрѣ.

Такъ какъ въ данномъ случаѣ *обстоятельства дѣла* послужили для суда поводомъ къ тому, что взглядъ эксперта, стоящій въ противорѣчій съ заключеніемъ Медицинскаго Совѣта, не былъ признанъ правильнымъ, то считаю теперь своею обязанностью выяснить эти обстоятельства. Во всемъ дѣлѣ,  
журн. акуш. и жен. вол. май 94.

при выясненіи манипуляціи *Піотровича*, фигурируетъ только три лица: потерпѣвшая, мужъ потерпѣвшей и акушерка Вистенгаузенъ. На основаніи ихъ показаній рѣшается вопросъ о грубыхъ приемахъ, о явной неосторожности и о всѣхъ дальѣйшійшихъ аксессуарахъ приговора. Не говоримъ о Маркановой, которая была больна и слѣдовательно всякій приемъ врача для нея могъ казаться и болѣзненнымъ и ужаснымъ, которая, къ тому-же, во время самаго капитальнаго проявленія грубости со стороны *Піотровича*, находилась въ полунаркозѣ. Ея показанія, какъ вполнѣ субъективныя, врядъ ли могутъ быть приняты полностью безъ всякой критической оцѣнки, какъ дѣлаетъ это судъ. Но и Марканова показала, что при введеніи перваго расширителя № 10 она не чувствовала боли и только послѣ подчеркиванія г-на предсѣдателя суда и прокурора она высказала, что чувствовала небольшую боль; сильную же боль почувствовала лишь при введеніи одного изъ слѣдующихъ номеровъ. Здѣсь считаемъ необходимымъ указать на фактъ замалчиванія въ протоколѣ суда о всемъ служащемъ къ оправданію, фактъ, который повторяется съ неуклоннымъ постоянствомъ во всемъ этомъ дѣлѣ, именно: первая половина показаній Маркановой не указана въ приговорѣ (т. е. объ отсутствіи боли при введеніи перваго расширителя) за то вторая, т. е., что она чувствовала нестерпимыя боли, плакала, кричала и проч., воспроизведена вполнѣ. Маркановъ, лицо тоже заинтересованное желаніемъ получить кушъ, давалъ тѣже показанія. Въ первой половинѣ онъ описывалъ какъ *Піотровичъ* работалъ внутри и рвалъ куски мяса, всунувъ руку въ рукавъ по локоть. Это свое заявленіе онъ подтвердилъ и на вопросъ эксперта, объяснивъ ему публично, что онъ самъ видѣлъ введеніе руки по локоть. Далѣе, послѣ того какъ экспертъ въ своемъ показаніи доказалъ всю невозможность подобнаго факта, то Маркановъ, передпрошенный вновь, заявилъ, что самъ онъ не видѣлъ этого факта, но что ему говорила о немъ жена, которая, къ слову сказать, въ это время была въ полунаркозѣ—подъ хлороформомъ. Первая половина показаній Марканова о рукѣ по локоть пропала на страницахъ протокола судебного слѣдствія, осталась только вторая половина и легенда о грубыхъ приемахъ *Піотровича*. Акушерка Вистенгаузенъ, берущаяся судить о

крѣпости раствора креолина потому только, что вода окрашивалась при его прибавленіи въ довольно интенсивный молочный цвѣтъ, особа заинтересованная тѣмъ, чтобы свалить съ себя отвѣтственность, какъ соучастница въ пособіи, а можетъ быть и *другою причиною*, письменно показала на предварительномъ слѣдствіи также, что *Піотровичъ* вводилъ руку въ рукавъ по локоть, а на вопросъ экспертовъ на судебномъ слѣдствіи заявила, что немножко меньше, чѣмъ до локтя, что тоже не занесено въ протоколъ. Вотъ и всѣ обстоятельства дѣла, изъ которыхъ видно, что всякій свидѣтель преувеличивалъ до абсурда и, не стѣняясь, отказывался отъ своихъ показаній, когда онѣ почему нибудь казались неподходящими. И этимъ показаніямъ судъ вѣритъ и на основаніи ихъ только, вопреки заключенію эксперта, дѣлаетъ свой приговоръ. Въ основѣ этой вѣры лежитъ заключеніе Медицинскаго Совѣта и свидѣтельство доктора *Блейша*. Что касается заключенія Медицинскаго Совѣта, ничѣмъ не мотивированнаго, и идущаго въ разрѣзъ съ мнѣніемъ комиссіи специалистовъ, выбранной тѣмъ же Медицинскимъ Совѣтомъ, высказавшейся въ томъ смыслѣ, что въ дѣйствіяхъ *Піотровича* она не усмотрѣла ни неосторожности, ни грубости, ни недостатка вниманія, то объ этомъ заключеніи мы скажемъ послѣ. Блестящимъ же доказательствомъ справедливости выводовъ д-ра *Блейша*, сдѣланныхъ въ его свидѣтельствѣ, гласящихъ, что г-жа Марканова ни двигаться, ни работать не можетъ и что она послѣ операціи *ежедневно нѣсколько дней страдаетъ* недержаніемъ мочи служить то, что Марканова, какъ видѣлъ вашъ покорный слуга, докторъ *Вастень* и всѣ бывшіе въ корридорахъ суда до начала дѣла, свободно ходила, стояла и болтала, а затѣмъ безъ затрудненія просидѣла 12 часовъ въ судѣ, не отлучаясь чаще нормальнаго выпустить недержашуюся мочу и при томъ не оставила въ залѣ суда никакихъ слѣдовъ этого недержанія. Станнымъ обстоятельствомъ дѣла является то обстоятельство, что свидѣтельство доктора *Блейша* неутверждено врачебнымъ управленіемъ и, не смотря на то, что въ немъ указана какая то *необычайная форма недержанія мочи*, появляющееся только днями, судъ не счелъ нужнымъ официально освидѣтельствовать Марканову, какъ это водится всегда и во всѣхъ уголов-

ныхъ процессахъ. Кромѣ добыванія доказательствъ изъ подобныхъ сомнительныхъ источниковъ въ приговорѣ суда мы встрѣчаемъ совершенно произвольное объясненіе дѣйствій *Піотровица*. Изъ показаній его и изъ теченія всего происшествія видно, что *Піотровицъ* захлороформировалъ Марканову съ цѣлью извлечь изъ матки предполагавшееся тамъ мертвое яйцо, чтобы избѣжать послѣдствій отъ его разложенія (какъ предписываютъ правила науки); а въ приговорѣ говорится, что онъ искалъ пропавшій расширитель. Ниже мы увидимъ, что мысль о пропажѣ расширителя даже не приходила въ голову *Піотровицу*, тутъ же мы укажемъ, что изъ самаго протокола видно, что *Піотровицъ* замѣнилъ расширитель не въ тотъ день, когда хлороформировалъ и искалъ его, какъ утверждаетъ приговоръ, а на другой день.

Приступая къ судебно-медицинской оцѣнкѣ пунктовъ обвиненія мы отмѣтимъ ихъ, какъ указано въ приговорѣ:

1) *Піотровицъ* ошибочно опредѣлилъ причину болѣзни Маркановой.

2) Проявилъ въ своихъ дѣйствіяхъ явную неосторожность, выразившуюся въ томъ, что вставивъ безъ надлежащей осмотрительности дилататоръ *Геара* въ матку Маркановой, не только оставилъ затѣмъ больную съ означеннымъ расширителемъ безъ всякаго врачебнаго присмотра, но и не предупредилъ о томъ окружавшихъ ее лицъ, результатомъ чего было проникновеніе дилататора въ брюшную полость больной. (Этотъ выводъ судъ подтверждаетъ заключеніемъ Медицинскаго Совѣта).

3) Употребилъ грубыя манипуляціи (по заявленію мужа Маркановой и акушерки).

Разсмотримъ эти пункты обвиненія:

1) Онъ ошибочно опредѣлилъ причину болѣзни. Это обвиненіе вѣрно, опровергать его нельзя. Онъ предположилъ беременность тамъ, гдѣ ее не было и признавалъ выкидышъ, гдѣ его тоже не было; но если мы станемъ обвинять врача за подобную ошибку въ діагнозѣ, то тогда нельзя будетъ выполнять врачебной функции. Надо всегда звѣснить и опредѣлить на сколько можно было избѣжать ошибки. Двухмѣсячное отсутствіе кровей, подозрѣніе Маркановой о начинающейся бере-

менности, проявленіе кровей въ неурочное время, продолжительность кровотеченія, схватки, наконецъ наружное расширеніе зѣва—суть данныя, которыя, при неточности признаковъ перваго періода беременности вообще, введуть всякаго врача въ заблужденіе и заставятъ предположить выкидышь; ко всему этому расширитель Гегера № 10 идетъ въ каналъ шейки свободно и гладко не причиняя даже боли больной, а ложка Мартина идетъ далеко въ полость—что же это какъ не выкидышь? Тутъ надо сдѣлать отступленіе, такъ какъ изъ смысла приговора суда вытекаетъ предположеніе о томъ, что расширитель проскользнулъ какими то невѣдомыми путями въ полость брюха именно потому, что онъ былъ оставленъ, безъ наблюденія врача и безъ предупрежденія о томъ окружающихъ, въ каналѣ шейки; но подобное предположеніе суда, который имѣетъ право отрицать, на основаніи произвольныхъ предположеній, строго мотивированныя показанія экспертизы, нужно разумѣется понимать такъ, что *Піотровичъ* продырявилъ расширителемъ матку. На это я не колеблясь отвѣчу — нѣтъ. И вотъ на какихъ основаніяхъ. Не беременная матка (а у Маркановой была таковая, такъ какъ плодъ никѣмъ нигдѣ не былъ найденъ) по своему строенію и положенію не можетъ быть разорвана въ каналѣ шейки у внутренняго зѣва расширителемъ № 10, вводимымъ даже безъ фиксаціи матки. Длина расширителя 12—14 сантим., толщина 1 сантим., наружный зѣвъ въ нормальной маткѣ съ трудомъ пропускаетъ зондъ въ 3—4 милим. Слѣдовательно, не укрѣпивъ матку пулевыми щипцами, порвать ее около внутренняго зѣва нельзя. При самомъ введеніи, чтобы достать до матки дилататоръ погружается уже весь въ рукавъ, остаются снаружи только пальцы, держащіе его, и ручка инструмента; затѣмъ при нажиманіи, для введенія инструмента въ наружное отверстіе, матка подымается кверху; граница этого подъема очень обширна и пальцы уже въ рукавѣ, остальные части руки упираются въ промежность, въ наружные половые органы, и сила нажима ослабѣваетъ настолько, что не только не прорветъ матки, да и не подыметъ ее больше. Но допустимъ, что можно еще развить силу, что же можетъ случиться? Или оторвется влагалищная часть отъ сводовъ, или же разорвется наружный зѣвъ. На

наружномъ же зѣвѣ травматическихъ поврежденій не было найдено, какъ показалъ свидѣтель д-ръ *Вастенз*. И такъ, разрывъ матки въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ былъ, не могъ быть сдѣланъ *Піотровичемъ* при помощи расширителя № 10 безъ фиксаціи матки. Но этотъ расширитель пошелъ сразу, безъ боли, свободно въ наружный зѣвъ и каналъ—слѣдовательно, каналъ былъ расширенъ еще до *Піотровича* и разрывъ уже былъ у Маркановой, а *Піотровичъ* забрался въ него самъ не сознавая этого. Но подобной ошибки не могъ бы избѣжать никто не выключая и корифеевъ науки. Прокурорскому же надзору, чтобъ удовлетворительно выполнить свою задачу, цѣлесообразнѣй было бы, вмѣсто напраснаго упражненія въ діалектикѣ о врачахъ вообще и о нѣкоторыхъ въ особенности, заняться вопросомъ: *какъ и при какихъ условіяхъ образовалось это расширение канала шейки и разрывъ матки?*

Образованіе отверстія въ маткѣ и расширеніе ея въ данномъ случаѣ мнѣ представлялись дѣломъ загадочнымъ; поэтому, чтобы повѣрить свои теоретическія соображенія опытомъ, я произвелъ таковой на трупахъ. У трехъ женщинъ, 2 рожавшихъ и одной не рожавшей, я вводилъ расширитель № 10 черезъ рукавъ *безъ фиксаціи* матки; ни у одной инструментъ не входилъ въ каналъ; вскрывъ брюшную полость, я сталъ придерживать матку со стороны брюха, тогда у одной, *при большомъ усилии*, расширитель проникъ въ полость матки, но не смотря на всѣ старанія, порвать ея мнѣ не удалось; у двухъ остальныхъ, даже придерживая матку, я войти въ полость расширителемъ не могъ и, не смотря на значительное усиліе, нигдѣ ея не порвалъ. Опыты эти вполнѣ подтвердили мой теоретическій выводъ.

И такъ, если ошибка *Піотровича*, повела къ неблагоприятнымъ послѣдствіямъ для здоровья г-жи Маркановой, то не по его винѣ и относится къ разряду тѣхъ врачебныхъ ошибокъ, которыхъ къ несчастью трудно избѣжать всякому.

2) *Піотровичъ* проявилъ въ своихъ дѣйствіяхъ явную неосторожность и т. п.....

Введеніе постороннихъ тѣлъ въ полость матки—обыденный пріемъ при различныхъ нормальныхъ и патологическихъ состояніяхъ этого органа. Для вызова преждевременныхъ родовъ мы

употребляемъ способъ *Краузе*, оставляя бужъ на десятки часовъ въ полости матки; прессованныя губки, со временъ *Маріонъ Симса*, вводились амбулаторно; тупелло и ламинарія вставляются также при производствѣ искусственнаго законнаго выкидыша и, не смотря на то, что это органическія тѣла, всасывающія жидкость и могущія задерживать возбудителей болѣзней въ формѣ различныхъ микробовъ, никто еще никогда не предлагалъ оставаться при больной не отлучно въ теченіи всего времени пока расширитель остается въ каналѣ шейки. Внутриматочные пессаріи, въ видѣ штифтовъ, вводятся и понынѣ въ матку на цѣлые мѣсяцы. Никто и никогда не считалъ введеніе подобныхъ постороннихъ тѣлъ дѣйствиємъ особенной важности, требующимъ постояннаго, неустаннаго наблюденія со стороны врача; да и странно было бы цѣлые мѣсяцы неотлучно быть возлѣ больной, у которой вставленъ внутриматочный пессарій. Почему же введеніе чистаго расширителя изъ гартъ-гумми въ беременную, въ первые мѣсяцы беременности матку, есть дѣйствіе необычайное, требующее какого то неусыпнаго наблюденія? Что можетъ произойти отъ подобнаго введенія? Расширитель вызоветъ сокращеніе матки, первымъ дѣломъ котораго будетъ выталкиваніе этого же расширителя въ рукавъ, а безвредность нахожденія расширителя въ теченіе нѣсколькихъ часовъ въ рукавѣ странно даже доказывать. Другое дѣло, если цѣлость стѣнокъ матки нарушена, — тогда расширитель можетъ попасть въ полость брюха при всякомъ неосторожномъ движеніи со стороны больной, что и было въ настоящемъ случаѣ, но вѣдь о нахожденіи отверстія въ маткѣ *Пютровичъ* не зналъ и не могъ знать. Слѣдовательно, заключеніе Медицинскаго Совѣта, ни чѣмъ не мотивировано. *Пютровичъ* не могъ быть обвиненъ въ небрежности по отношенію къ больной; напротивъ, не получая ни копѣйки, онъ ѣздилъ къ ней три и болѣе разъ въ день, слѣдовательно былъ уже черезъ чуръ внимателенъ.

3) Что касается до обвиненія въ грубости пріемовъ, то кто же констатировалъ эту грубость и небрежность пріемовъ — Марканова, Маркановъ и Вистенгаузенъ; но показанія этихъ свидѣтелей, какъ указано уже выше, врядъ ли можно придавать вѣру. Съ одной стороны стремленіе преувеличить, а съ другой

стороны незнакомство съ этими приемами окрашивало ихъ въ глазахъ свидѣтелей совѣтъ ненормальнымъ цвѣтомъ. Фактически же мы видимъ, что *Пиотровичъ* производилъ все осторожно и въ высшей степени стерильно,—на столько, что, попавъ въ имѣющееся въ маткѣ отверстіе расширителемъ, не вызвалъ остраго септического перитонита и послѣ его манипуляцій все ограничилось травматическимъ перитонитомъ и переметритомъ, которые довольно скоро прошли. При грубости и неосторожности приемовъ послѣдствія должны были бы быть совѣтъ другія.

Теперь мы остановимся на одномъ обвиненіи *Пиотровича*, которое ему ставятъ въ упрекъ даже врачи, это именно на томъ, что онъ замѣнилъ тайно одинъ расширитель, оставшійся въ полости брюха, другимъ. Мы такъ недавно восхищались остроуміемъ и находчивостью *Бильрота*, когда въ посмертныхъ анекдотахъ о немъ слышали, какъ онъ приказалъ ассистенту выбросить въ тазъ монету, извлеченную якобы изъ пищепріемника больного, который вообразилъ, что подобная монета стоитъ у него въ пищепріемникѣ; мы не только снисходительно, но даже съ отѣнкомъ поощренія, относимся къ совѣтамъ выдающихся хирурговъ имѣть при камнесѣченіи въ запасѣ камень на случай если таковой не будетъ найденъ въ пузырьѣ; а приемъ *Пиотровича* почему то считается недостойнымъ. Что либо изъ двухъ: или *Пиотровичъ* поступилъ въ духѣ великихъ учителей, или же и къ нимъ нужно относиться строго. Но вѣдь всякій изъ упомянутыхъ хирурговъ, прибѣгая къ обману, имѣлъ въ виду пользу и спокойствіе больного,—тоже самое стремленіе руководило и *Пиотровичемъ*. Онъ положительно не зналъ и даже не могъ заподозрить того, что расширитель, введенный въ шейку матки, находится въ брюхѣ больной; онъ былъ убѣжденъ, что инструментъ выпалъ изъ рукава и выброшенъ куда либо съ грязнымъ бѣльемъ. Мы утверждали сказанное на основаніи впечатлѣнія, полученнаго при слушаніи судебного слѣдствія, равно какъ и на слѣдующихъ соображеніяхъ: г-жа Марканова, по убѣжденію *Пиотровича*, бабки и ея самой выкидывала; расширитель Гегара № 10 пошелъ безъ затрудненія, совершенно гладко и безъ боли въ каналъ шейки и будучи оставленъ на нѣсколько часовъ, былъ потомъ вынутъ безъ особенныхъ приключеній. Одинъ

изъ слѣдующихъ нумеровъ дилататора, хотя и вызвалъ при введеніи болѣе или менѣе сильную боль, но шель тоже безъ особыхъ затрудненій. Этотъ послѣдній расширитель №14<sup>1/2</sup> не былъ найденъ при новомъ осмотрѣ ни въ рукавѣ, ни около больной. Откуда могло придти въ голову *Піотровичу*, что расширитель находится въ брюшной полости? Свободное вхожденіе расширителей вполне выключало всякую мысль о нарушеніи цѣлости матки, а при цѣлой маткѣ расширитель въ брюхо попасть не можетъ: Что же касается до объективныхъ данныхъ изслѣдованія, то открыть постороннее тѣло въ брюшной полости въ настоящемъ случаѣ представлялось дѣломъ не особенно простымъ. Докторъ *Ливенъ*, изслѣдуя на другой день по пропажѣ расширителя больную, совмѣстно съ *Піотровичемъ*, хотя и заподозрилъ возможность нарушенія цѣлости матки, но посторонняго тѣла въ полости брюха констатировать не могъ. Д-ръ *Вастенъ*, когда больная поступила въ больницу, имѣя уже полное основаніе подозрѣвать исчезновеніе расширителя въ полости брюха, такъ какъ имъ было констатировано ненормальное отверстіе въ каналѣ шейки, не приступилъ однако къ лапаротоміи, въ виду отсутствія положительныхъ данныхъ, подтверждающихъ предположенія о нахожденіи расширителя въ полости живота. Даже черезъ два мѣсяца при изслѣдованіи невозможно было точно опредѣлить постороннее тѣло въ брюхѣ, и если послѣ пяти мѣсяцевъ д-ръ *Ливенъ* и указалъ на присутствіе посторонняго тѣла, то сдѣлалъ это не на основаніи положительныхъ признаковъ, а на основаніи воспоминаній и соображеній, такъ какъ, по его предположенію, постороннее тѣло было въ переднемъ сводѣ (какъ онъ показалъ на предварительномъ слѣдствіи), а при лапаротоміи оно оказалось инкапсулированнымъ въ заднемъ сводѣ, откуда и было вынуто д-ромъ *Вастеномъ*. Подобная ошибка разумѣется не произошла бы, если бы д-ръ *Ливенъ* въ самомъ дѣлѣ ощупалъ бы постороннее тѣло. Слѣдовательно *Піотровичъ* не могъ заподозрить присутствія расширителя въ брюшной полости, считалъ его выброшеннымъ, но, видя безпокойства больной и окружающихъ, не имѣя къ тому же возможности найти пропавшій инструментъ, вынулъ, якобы изъ матки, расширитель, чтобы успокоить больную. Но когда послѣ бесѣды съ *Ливеномъ*, *Піотровичу* запаала мысль

о возможномъ поврежденіи матки, то онъ сейчасъ же побѣжалъ къ *Отту*, а затѣмъ къ *Васену*, чтобы имъ высказать свои сомнѣнія.

---

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 4.

*Засѣданіе 21-го апрѣля 1894 года.*

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 26 членовъ: Алексенко, Бутчикъ, Горайскій, Димантъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Массень, Мисевичъ, Піотровичъ, Рачинскій, Рузи, Рутковскій, Савченко, Садовскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Чернышевъ, Швердловъ, Штольць, Эберманъ и 12 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 3.

2) Ж.-вр. *Докушевская* (изъ Повивальнаго Института) показала *вырзанную черезъ влагалище матку*, влѣдствіе пораженія шейки ея канкроидомъ.

3) *А. А. Драницынъ* показали слѣдующіе препараты:  
1) *Надвлагалищно сръзанную матку*. Больная 4 года весьма сильно кровоточила и дошла до сильнѣйшей степени малокровія: шумы въ сердцѣ, отеки ногъ и т. п. Въ виду этого операція была отложена впредь до поправленія общаго состоянія больной. Назначены: усиленное питаніе, выпрыскиванія эрготина и т. д. Однако, эти средства не помогли: кровотеченіе продолжалось, а общее состояніе продолжало ухудшаться. Рѣшено было по этому немедленно сдѣлать срѣзываніе матки.

Больная поправилась. 2) *Вырѣзанную черезъ влагалище матку, вследствие пораженія шейки ея канкроидомъ.* 3) *Дермоидную кисту*, полость которой была раздѣлена на два отдѣла: въ меньшемъ содержалась эмульсированная жидкость, а въ большемъ— сало, волоса и т. п. Стѣнки кисты пропитаны известью, тверды и хрупки. Ножка перекручена и перерождена, такъ что она отдѣлилась отъ кисты почти сама собою. Нарушеніе питанія кисты черезъ ножку имѣло, вѣроятно, связь съ ея обызвѣствленіемъ.

4) *В. Н. Массенъ* показалъ *половые органы, умершей отъ рака* (въ Петропавловской больницѣ), *26 лѣтней женщины съ гипертрофированными яичниками.* Длина праваго яичника 7, ширина 3; длина лѣваго 7,5, ширина 3,5 см. Поверхность ихъ гладкая, цвѣтъ блѣдно-сѣроватый. Никакихъ ложныхъ срощеній съ сосѣдними органами яичники не представляли. Въ разрѣзѣ ткань ихъ однородна; по свободному краю малое количество мѣшечковъ. Трубы совершенно свободны. Матка больше нормы (8,6 и 3,5 см.), плотна. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что *увеличеніе массы яичниковъ надо поставить въ зависимость исключительно отъ ненормальнаго чрезмѣрнаго увеличенія собственной ткани органа.* Количественное же содержаніе мѣшечковъ значительно уменьшено; болѣзненныхъ измѣненій въ нихъ не замѣтно.

5) *Д. О. Оттъ* показалъ слѣдующіе препараты: 1) *Громадную фиброматозно перерожденную матку.* 30 лѣтняя больная поступила въ Клиническій Институтъ съ жалобами на сильное кровотеченіе. Рѣзкое малокровіе: шумы въ сердцѣ, отеки и т. д. Бѣлокъ въ мочѣ (перенесла нефритъ). Распознана фиброміома. До поступленія въ Институтъ больная, работница, безуспѣшно лѣчилась электричествомъ. Рѣшено произвести надвлагалищное срѣзываніе матки, такъ какъ палліативное лѣченіе, въ виду угрожавшихъ припадковъ и отдаленности климактерическаго періода, казалось неумѣстнымъ. Операция удалась безъ труда. Въ послѣопераціонномъ теченіи упадокъ сердечной дѣятельности (35). На 2-я сутки рвота черными (окрашенными кровью) массами, слабый частый пульсъ. Смерть. Вскрытіе показало, что операціонное поле безъукоризненно. Сердце жирно перерождено. Рѣзко выраженное малокровіе.

Докладчикъ убѣжденъ, что больная была бы спасена, если бы операція была сдѣлана раньше. 2) *Громадную фибромиому*, удаленную у 45 лѣтней больной. Опухоль замѣчена больной впервые 5 лѣтъ тому назадъ. Зѣвъ матки былъ почти недостижимъ. Опухоль выполняла всю полость малаго таза; весь нижній отдѣлъ ея лежалъ въ клѣтчаткѣ позади шейки матки и отчасти межсвязочно. Въ виду быстрого роста новообразованія, сдавливанія имъ брюшныхъ органовъ и множества отраженныхъ явленій, рѣшено было приступить къ операціи. Послѣдняя длилась 2 часа и произведена съ большимъ трудомъ: опухоль пришлось вылуцивать шагъ за шагомъ, при постепенной перевязкѣ сосудовъ и тканей. Вены бы развиты неимоверно: *plexus ramponiformis* былъ съ ладонь. Первые 16 дней послѣ операціи протекли очень хорошо. На 17-й больная внезапно умерла, какъ показало вскрытіе, отъ закупорки легочныхъ артерій.

6) *Н. И. Рагинскій* говорилъ о мнимомъ слизевикѣ (*pseudomyxoma*) брюшины. Какъ извѣстно, *Wirchow*, *Schroeder* и др. предполагали, что содержимое лопнувшихъ миксоматозныхъ кистъ, попадая въ брюшную полость, заражаетъ брюшину, вызывая миксоматозное перерожденіе ея—слизевикъ брюшины. Заболѣваніе это названные авторы считали въ большей или меньшей степени злокачественнымъ, въ виду быстрого роста опухоли, худосочнаго вида больныхъ и тѣсной связи брюшины съ обволакивающими ее слизистыми наслоеніями. *Werth*, а за нимъ *Donat*, первые высказались въ томъ смыслѣ, что въ подобныхъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ такъ называемымъ реактивнымъ перитонитомъ: вязкія студенистыя массы разорванной кисты, изливаясь въ брюшную полость и раздражая, какъ постороннее тѣло, стѣнки кишекъ и вообще брюшину, ведутъ, между прочимъ, къ новообразованію соединительной ткани и волосной сѣти сосудовъ; какъ вновь развившаяся соединительная ткань, такъ и вновь образующіеся сосуды входятъ въ тѣсную связь съ студневидными массами и какъ бы проростають ихъ. Не признавая, такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ слизевика, *Werth* предлагаетъ для подобнаго измѣненія брюшины названіе—*мимый слизевикъ (pseudomyxoma) брюшины*. Соглашаясь съ *Donat*'омъ, что и это названіе не-

соотвѣтствуетъ сущности патологическихъ измѣненій и вносить лишь путаницу въ понятія объ интересующемъ насъ процессѣ, докладчикъ сообщилъ слѣдующій случай, видѣнный имъ въ клиникѣ *Д. О. Отта*. 18, II 1893 г., въ Клинической Институтъ поступила больная, 60 л., съ опухолью живота, замѣченной ею впервые 8 лѣтъ тому назадъ. Окружность живота, на уровнѣ пупка, 136 см. Границы опухоли не удается опредѣлить ни черезъ кишку, ни черезъ рукавъ. При проколѣ трузакаромъ извлечена тягучая студенистая жидкость. Больная, съ рѣзкимъ упадкомъ общаго питанія, на операцію не согласилась и черезъ нѣсколько дней выписалась изъ Института. 12/XII она вновь поступила въ клинику. За эти 9 мѣсяцевъ окружность живота, на уровнѣ пупка, увеличилась еще на 11 см. Вся нижняя часть тѣла отечна, верхняя представляетъ картину рѣзкаго исхуданія. Больная сама не передвигается, переноситъ только сидячее положеніе. Дыханіе затруднено. Дѣятельность сердца слаба. На слѣдующій день чревосѣченіе. Подъ кокаиномъ, въ сидячемъ положеніи больной, по срединной линіи живота, выше пупка, разрѣзомъ въ нѣсколько сантиметровъ, вскрыта брюшная полость. Черезъ разрѣзъ вышло слишкомъ два ведра (по вѣсу около 2 пудовъ) густой, тягучей, буровато-желтой массы. Рука, введенная въ полость живота, не могла прощупать отдѣльныхъ органовъ: кругомъ — гладкія стѣнки. Удаливъ по возможности содержимое, *Д. О. Оттъ* зашилъ брюшную рану. Черезъ 2 сутокъ, при быстро возроставшемъ упадкѣ сердечной дѣятельности, больная умерла. Протоколъ вскрытія: брюшная полость выполнена сывороточною жидкостью, смѣшанною съ желтыми студенистыми массами. Пристѣночная брюшина очень утолщена, сморщена, не блеститъ и мѣстами усѣяна точечными кровоизліяніями и бѣлыми образованиями съ просяное зерно. Печень, сальникъ, селезенка, кишки и желудокъ срощены другъ съ другомъ плотною тканью и образуютъ всѣ вмѣстѣ сплошную заднюю стѣнку брюшной полости. Полость малаго таза содержитъ ту же сывороточную жидкость съ студневидными массами. Матка атрофирована; передняя стѣнка ея срощена плотно съ мочевымъ пузыремъ и прикрыта тоже утолщеною брюшиной; ткань матки плотна, при разрѣзѣ хруститъ; слизистая оболочка ея покрыта вязкой,

прозрачной слизию. Въ трубахъ небольшое количество слизисто-гноной жидкости. По обѣимъ сторонамъ матки находятся, сидяція на ножкахъ, много-полостныя кисты, исходяція изъ яичниковъ. Нѣкоторыя полости въ этихъ кистахъ лопнули; стѣнки ихъ спались; другія же, при надавливаніи, легко разрываются, выдѣляя при этомъ либо совершенно прозрачную, желтоватую жидкость, либо густую, студенистую, желтоватую массу. Справа киста, съ мужской кулакъ; слѣва, — съ яблоко среднихъ размѣровъ. Анатомическое распознаваніе: разсѣянное хроническое и слипчивое воспаленіе брюшины, водянка живота, студенистая мѣшечковая киста обѣихъ яичниковъ съ разрывомъ и изліяніемъ студенистаго вещества въ полость брюшины. Микроскопическіе препараты брюшины съ передней стѣнки живота, приготовленные проф. *Петровымъ*, показываютъ, что въ данномъ случаѣ не было миксоматознаго перерожденія брюшины, а только картина реактивнаго перитонита: развитіе соединительной ткани и сосудовъ, проростающихъ черезъ слизь, лежащую на поверхности брюшины; по мѣстамъ скопленія круглыхъ клѣточекъ. Обществу были показаны микроскопическіе препараты и фотографическій снимокъ съ больной. На основаніи только что изложеннаго наблюденія и литературныхъ данныхъ, докладчикъ въ заключеніе пришелъ къ тому выводу, что мнимый слизевикъ брюшины не новообразованіе и не злокачественъ. Чѣмъ же объяснить глубокое худосочіе больныхъ и дурные исходы операцій? (Изъ 20 случаевъ, собранныхъ докладчикомъ у 12 авторовъ, точно отмѣтившихъ исходы операцій, въ 11 послѣдовала смерть). *Н. I.* полагаетъ, что причина общаго упадка питанія заключается въ нарушеніи отравленій брюшныхъ органовъ, вслѣдствіе реактивнаго перитонита. Поэтому, говоритъ онъ, слѣдуетъ немедленно приступать къ операціи, какъ только распознана студенистая киста, такъ какъ частота разрывовъ такихъ кистъ и опасность отъ поступающаго въ брюшную полость содержимаго ихъ, въ смыслѣ разстройства общаго питанія, ухудшаютъ исходъ операціи, предпринимаемой въ болѣе позднее время. «Еще настоятельнѣе показаніе къ операціи въ томъ случаѣ, когда опредѣленъ разрывъ кисты». Плохіе исходы имѣющихся до сихъ поръ операцій объясняются, главнымъ образомъ, тѣмъ,

что операции эти предпринимались поздно, уже при полном истощеніи больных; со временем % выздоровленій улучшится, если только будутъ по возможности рано присунать къ дѣятельному вмѣшательству.

7) *В. Н. Массенъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «Что можетъ дать предохраняющій внутренний поворотъ плода на ножку при узкомъ тазѣ»? Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней».

*В. И. Штолцъ* замѣтилъ слѣдующее: существеннымъ противопоставленіемъ для предохраняющаго поворота является уже то обстоятельство, что при выжидательномъ способѣ, при служеніяхъ 2-й степени, роды въ 50% оканчиваются силами природы; слѣдовательно, операція въ 1/2 случаевъ производится безъ надобности. Кроме того, при выжидательномъ способѣ (по статистикѣ оппонента и *Braun'a*) смертность матерей=0,4%, а дѣтей 26,4%. При поворотѣ же у самаго истаго поклонника этой операціи, *Nagel'я* смертность матерей равна 2,3%, а дѣтей 32,8%. Слѣдовательно, всѣ преимущества на сторонѣ выжидательнаго способа. Что касается до теоретическихъ соображеній, указывающихъ на то, что послѣдующая головка, идущая острымъ концемъ книзу, пройдетъ легче черезъ суженіе, чѣмъ таже—предлежащая, идущая впередъ тупымъ концемъ, то не слѣдуетъ упускать изъ виду, что при способѣ предлежащей головки совершается часами, и, хотя она при этомъ и подвергается значительному сжатію, ребенокъ, все же, родится живымъ и остается жить; извлеченіе же послѣдующей головки должно быть окончено очень быстро, ибо если оно затянется, хотя бы на 10 минутъ, то ребенокъ родится мертвымъ.

*А. Р. Фишеръ* сказалъ: „Я попрошу докладчика сообщить, какой % узкихъ тазовъ вообще наблюдался въ его матеріалѣ, и почему, будучи сторонникомъ предохраняющаго поворота, онъ сравнительно такъ рѣдко его примѣнялъ, ибо, надо полагать, узкіе тазы встрѣчались ему гораздо чаще чѣмъ въ 0,8% (16 случаевъ на 2061). Остается пожалѣть, что докладчикъ для сравненія не привелъ исходы родовъ для матерей и плодовъ въ тѣхъ случаяхъ узкаго таза, въ которыхъ предохраняющій поворотъ не примѣнялся. Затѣмъ къ сдѣланному докладчикомъ вскользь замѣчанію, что онъ на 2061 роды ни разу не примѣнилъ прободенія, тогда какъ, по статистикѣ другихъ родовспомогательныхъ заведеній, на это число родовъ приходилось бы около 15 прободеній, замѣчу только, что въ томъ-же Гаванскомъ Родильномъ Пріютѣ въ 188<sup>3</sup>/<sub>4</sub> и 188<sup>4</sup>/<sub>5</sub> г.г. на 800 родовъ имѣлъ только 1 случай прободенія“.

*Н. И. Стравинскій* замѣтилъ, что для правильной оцѣнки полученныхъ при предохраняющемъ поворотѣ результатовъ недостаточно привести только размѣры головки: необходимо ближе указать и физическія свойства ея: плотность и податливость костей, ширину швовъ и т. п.

*А. И. Замшинъ* спросилъ, какія были причины смерти плода: препятствіе при прохожденіи головки черезъ входъ или что нибудь другое, и какой промежутокъ проходилъ между поворотомъ и извлеченіемъ, равно также одну или обѣ ножки низводилъ докладчикъ въ этихъ слу-

чаяхъ. 3. находить необходимымъ указаніе въ статистическомъ матеріалѣ частоты случаевъ перфорации послѣдующей головки съ возможной иллюстраціей этихъ случаевъ, для того, чтобы возможность быть вынужденнымъ перфорировать послѣдующую головку не пугала понапрасну приступающаго къ повороту. Желательно указаніе срока послѣ излитія водъ и оцѣнка трудностей при производствѣ поворота въ связи съ этимъ срокомъ. Поворотъ, производимый до излитія водъ, дѣлается безъ предварительной оцѣнки механизма данныхъ родовъ.

*Н. М. Какушкинъ* сказалъ: докладчикъ въ началѣ сообщенія своего задаетъ вопросъ, почему въ Россіи такъ рѣдко дѣлается поворотъ при узкомъ тазѣ? Такой вопросъ, конечно, можно задать и по многимъ другимъ отдѣламъ оперативнаго акушерства. Въ концѣ доклада самъ *В. Н.* даетъ отчасти и отвѣтъ на это, отмѣчая возможность *постояннаго* присутствія врача при родильномъ домѣ. Могу заявить, что въ провинціи нашей, даже при обширныхъ родильныхъ отдѣленіяхъ большихъ больницъ врачъ-акушеръ не живетъ, обыкновенно, при родильномъ отдѣленіи; неосложненные роды протекаютъ подъ наблюденіемъ акушерокъ, а въ случаяхъ оперативныхъ приглашается дежурный по больницѣ врачъ, имѣющій весьма малое соприкосновеніе съ акушерствомъ. Слѣдовательно, вопросъ, затронутый докладчикомъ, очень важенъ, и, когда зайдетъ рѣчь объ реорганизаціи вообще акушерской помощи, будетъ нужно поставить на первую очередь вопросъ о необходимости всюду въ родильныхъ домахъ постояннаго присутствія врача акушера.

*Е. Б. Димантъ*: предохраняющій поворотъ всегда предпринимается въ виду неопредѣлившихся еще затрудненій, а между тѣмъ преимуществъ его весьма гадательны; поэтому то этотъ приемъ и встрѣчаетъ столько противниковъ. Въ настоящее время, нужно думать, число приверженцевъ его еще болѣе уменьшится, такъ какъ приобретающая право гражданства въ акушерствѣ симфизиотомія даетъ возможность благополучно оканчивать роды и тамъ, гдѣ безъ нея пришлось бы рѣшиться на прободеніе головки.

*А. В. Рутковскій* просилъ докладчика обрисовать физиономію того случая, гдѣ онъ считалъ профилактическій поворотъ настолько показаннымъ, что предпослалъ ему кровавое расширеніе.

*В. Н. Массенъ* отвѣтилъ на всѣ предложенные ему вопросы.

*Д. О. Оттъ*, высказавшись противъ предохраняющаго поворота, поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе.

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

## ПРОТОКОЛЬ № IV.

*Административное засѣданіе 21-го апрѣля.*

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 30 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № III.  
2) Предоставлено Правленію Общества пригласить необходимыхъ лицъ для выработки программы занятій перваго сѣзда русскихъ гинекологовъ.

3) Постановлено вновь отпечатать только одинъ измѣненный § 17 Устава и разослать его вмѣстѣ съ Уставомъ всѣмъ гг. членамъ Общества.

4) Въ виду конверсіи 5% облигацій Восточнаго займа, поручено казначею Общества получить изъ Государственнаго Банка принадлежащіе Обществу билеты II Восточнаго займа на сумму двѣ тысячи шестьсотъ рублей номинальныхъ, продать ихъ и, по своему усмотрѣнію, купить другія наиболѣе выгодныя для Общества бумаги. Такъ какъ требованія денегъ изъ Государственнаго Банка могутъ быть производимы за подписью двухъ дѣйствительныхъ членовъ, не входящихъ въ составъ Правленія (§ 41), то для сего избраны И. О. Даниловичъ и Н. М. Поршняковъ.

Баллотировка въ члены, за недостаточнымъ числомъ присутствующихъ, отложена до слѣдующаго засѣданія.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.

Секретарь Л. Личкусъ.

## Изъ засѣданій Совѣта врачей Казанской губернской земской больницы 13 апрѣля 1894 г.

Д-ръ *И. М. Львовъ* показалъ слѣдующіе препараты: 1) *Удаленную чрезъ влагалище раковоперерожденную матку* у больной 37 лѣтъ, шейка матки кратерообразно изъѣдена, но клѣтчатка не была поражена. Операция безъ особенныхъ затрудненій; больная поправляется. 2) *Правый яичникъ увеличенный до гусиного яйца* и содержащій въ себѣ септицемическій фокусъ съ куриное яйцо величиною и такой же величины серозную кисту, *удаленный вмѣстѣ съ правой фаллопиевой трубой чрезъ влагалище* у больной 25 лѣтъ, имѣвшей кромѣ того *retraversio nem uteri fixatam*. Операция очень легка, матка отдѣлена отъ срощеній и поставлена въ правильное положеніе. Больная поправилась. 3) 3-хъ недѣльное плодное яйцо съ зародышемъ, въ немъ находящимся. Яйцо, безъ отпадающихъ оболочекъ, имѣетъ величину голубиного яйца; оно покрыто chorion'омъ, состоящимъ изъ двухъ отдѣловъ chorion frondosum и chorion laeve. Amnion еще не вполне сросся съ chorion'омъ, въ немъ съ чайную ложку серозной околоплодной жидкости. Свѣжіи зародышъ (Homunculus) имѣетъ 0,85 ctm. длины, у него утолщенный головной конецъ съ жаберными дугами, конечности едва только намѣтились въ видѣ отпрысковъ. Существуетъ еще alantois и vesicul. umbilicalis. Больная, отъ которой получено это плодное яйцо, не считала себя беременной, но появившіяся почти въ свое время послѣ тряской и большой ѣзды регулы были болѣзненны и много сильнѣе обыкновенныхъ, почему я и былъ приглашенъ. Плодное яйцо удалено изъ цервикальнаго канала. 4) Плодное яйцо и зародышъ

6 недѣльнаго срока. Препаратъ этотъ интересенъ тѣмъ, что на немъ остались всѣ оболочки въ полной цѣлости, почему легко разсмотрѣть взаимное отношеніе между собою отпадающихъ оболочекъ съ одной стороны и ворсистой съ другой. Кроме того, разсматривая отпадающія оболочки, легко видѣть, что какъ membr. decidua vera, такъ и reflexa имѣютъ множество геморрагическихъ пятенъ и точекъ. (Endometritis decidualis haemorrhagica). Зародышъ длиной около 2 см., ясный головной конецъ съ зачатками глазныхъ яблокъ.

*И. М. Львовъ* сдѣлалъ докладъ о «*Лѣченіи суженій наружнаго отверстія шейки матки упрощеннымъ способомъ Borissowicz'a*». Указавши въ общихъ чертахъ на значеніе такой болѣзни въ смыслѣ главнымъ образомъ сопровождающихъ ее безплодія и дизменорреи, докладчикъ остановился на разборѣ современныхъ оперативныхъ методовъ лѣченія ея, при чемъ указалъ достоинства и недостатки классической discisionis по *M. Sims*'у съ практической и анатомической стороны, и stomatoplastikae въ различныхъ ея видахъ. Признавая за stomatoplastikой несомнѣнное и неоспоримое примѣненіе ея во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда portio vaginalis uteri представляется удлиненной, или утолщенной, или неправильно развитой, докладчикъ на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій высказываетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда portio vaginalis не удлинена и не утолщена, а даже, пожалуй, утончена, stomatoplastika не приноситъ той пользы, какая отъ нея требуется, и вообще, какъ методъ, трудно выполнимъ. Для этихъ то случаевъ до сихъ поръ годилась и тутъ примѣнялась классическая discisio ostii externi uteri. Но главные ея недостатки—или очень открытый съ вывороченными губами зѣвъ, или также закрытый, какъ и до операціи въ силу новаго сращенія краевъ разрѣза,—а равно и оставленіе въ краяхъ зѣва рубца, нежелательнаго для фізіологической функціи шейки—заставляло искать новаго метода. Такой и предложенъ *Borissowicz*'емъ въ началѣ прошлаго года. Методъ его состоитъ въ общихъ чертахъ въ томъ, что края зѣва прошивались на  $1\frac{1}{2}$ —2 см. крѣпкой шелковой лигатурой (двойной ниткой); лигатура изъ цервикальнаго канала выводилась помощію особаго, имъ придуманнаго, катетера-зонда, вводимаго предъ операціей въ цер-

викальный каналъ, и затѣмъ на каждой сторонѣ по одной лигатурѣ крѣпко, наглухо затягивалась, а другая лигатура завязывалась только на 3—4 дня для усиленія первой лигатуры. Лигатуры къ 12—15 дню прорѣзались и мы въ результатѣ получали щелевидный зѣвъ довольно широкій, но съ нормальными краями. Докладчикъ въ 12 случаяхъ суженія наружнаго отверстія шейки матки и *collum conicum* примѣнили этотъ способъ въ упрощенномъ видѣ: края зѣва прошивались обыкновенной кривой иглой, при чемъ игла выводилась изъ цервикальнаго канала иглодержателемъ безъ примѣненія катетера-зонда и затѣмъ накладывались только по одной лигатурѣ на ту и другую сторону зѣва съ возможно тугимъ ея затягиваніемъ. Результатъ во всѣхъ случаяхъ прекрасный: зѣвъ получался достотачно широкимъ, щелевиднымъ, выворота губы зѣва не могло произойти въ силу того, что эластическая ткань шейки укрѣпляется *in situ*; рубца на краяхъ зѣва не получается. Операція проста и совершенно безболѣзненна. На основаніи полученныхъ результатовъ докладчикъ очень рекомендуетъ этотъ методъ даже для амбулаторнаго лѣченія, но при этомъ прибавляетъ, что при лѣченіи суженій отверстій шейки матки не слѣдуетъ ограничиваться только устраненіемъ стеноза, а непременно одновременно нужно направлять лѣченіе и на устраненія обыкновенно сопровождающихъ суженія зѣва *endometritis et metritis chronica*, вслѣдствіе чего докладчикъ операцію *Borissowicz*'а всегда соединялъ съ *abrasio mucosae uteri*.

*Ив. Львовъ.*

# РЕФЕРАТЫ.

## Обзоръ акушерско-гинекологической литературы:

### а) Русской.

65. В. П. Красноглазовъ. Къ этиологии вагинита у проституткокъ. *Corpus alienum vaginae*. (Проток. Московск. Венерологич. и Дерматолог. Общ. Томъ II, стр. 77).

Въ заднемъ сводѣ влагалища у проститутки найдено резиновое кольцо, усаженное по наружному краю резиновыми-же зубчиками. По формѣ своей кольцо это болѣе всего похоже на шестерню въ системѣ зубчатыхъ колесъ. *Н. Какушкинъ.*

66. А. И. Лянцъ. Случай *molluscum fibrosum (cutis pendula)*. (Проток. Московск. Венеролог. и Дерматолог. Общ. Томъ II, стр. 12).

У крестьянки 19 лѣтъ, рожавшей, существуетъ около 3 лѣтъ опухоль, исходящая ножкой изъ нижняго отдѣла лѣвой большой губы. Она бугристая, дольчатая, съ мужской кулакъ. Длина ея 18 снтм., ширина 21 снтм. Чувствительность (кожная) опухоли весьма мала, доходящая до полной анестезіи въ нижнихъ отдѣлахъ. Опухоль удалена. *Н. Какушкинъ.*

67. А. Н. Бабаевъ. Электро-массажъ и упрощенный электродъ-перчатка. (Проток. И. Кавказскаго Мед. Общ. 1894 г., № 18, стр. 546).

Съ цѣлью совмѣстить дѣйствіе электричества и массажа авторъ надѣваетъ на руку сначала гуттаперчевую перчатку, а сверху обыкновенную нитяную, находящуюся въ сообщеніи съ металлическимъ браслетомъ, надѣваемымъ на обычное мѣсто. Браслетъ

соединяется проводникомъ съ электрической машиной. Такой электродъ-перчатка (стоющій 4 рубля) заслуживаетъ испытанія въ гинекологической практикѣ.

*Н. Какушкинъ.*

68. **С. Н. Совѣтовъ. Матеріалы къ вопросу о скопчествѣ. (Измѣненія молочной железы при удаленіи соска).** Диссертация. Сиб. 1894 г.

Къ сожалѣнію, эта диссертация слишкомъ мало даетъ матеріаловъ къ разъясненію вопроса, насколько удаленіе соска—дѣйствительно въ смыслѣ оскотленія. Да и мѣстныя измѣненія железы при удаленіи соска прослѣжены и описаны далеко не всесторонне. На своихъ опытахъ съ 5 собаками и 1 кошкой авторъ получилъ и отмѣтилъ слѣдующія данныя: функція жлезъ *не всегда* нарушается при удаленіи *верхушки* соска (не болѣе  $\frac{1}{2}$  высоты); если удаленъ сосокъ *при основаніи*, выводные протоки *всегда* заростають; въ основѣ молочной железы, при зарощеніи протоковъ, развивается медленно протекающій воспалительный процессъ, причемъ железистые элементы атрофируются и вся молочная железа уменьшается въ объемѣ. Такая железа можетъ служить удобной почвой для развитія ретенціонныхъ кистъ.

*Н. Какушкинъ.*

69. Проф. **П. И. Ковалевскій. Душевное состояніе беременныхъ и психозы беременности.** (Вѣстн. Общ. Гигіены, Суд. и Практ. Медицины. 1894 г., мартъ).

Послѣ литературно-историческаго очерка ученія о психозахъ во время беременности, родовъ и послѣродоваго періода, авторъ касается вопроса о частотѣ этихъ, такъ называемыхъ родильныхъ, психозовъ. На 161 роды здоровыхъ женщинъ приходится одинъ случай душевнаго заболѣванія. На 11 душевно-больныхъ приходится одинъ случай родильнаго психоза, наичаще послѣ родовъ и во время роды. Психозы во время беременности наинѣе часты. Присутствіе въ половыхъ органахъ плоднаго яйца и механически, и рефлекторно и благодаря потребности въ питательныхъ веществахъ вызываетъ въ центральной нервной системѣ нѣкоторыя разстройства, главнымъ образомъ въ питаніи элементовъ; совмѣстно съ этимъ мысль о будущихъ родахъ и о ребенкѣ создаетъ особое душевное состояніе беременной, то угнетенное, то жизнерадостное; въ общемъ во время беременности получается напряженіе жизнедѣятельности всѣхъ системъ организма и нервная система ставится въ неустойчивыя условія существованія. Помимо общеизвѣстныхъ нервныхъ разстройствъ, во время бере-

менности наблюдаются: эклампсія, хорей и эпилепсія. Психическія разстройства во время беременности можно раздѣлить на три отдѣла. Къ первому, къ элементарнымъ разстройствамъ, относятся обычныя причуды, антипатіи и симпатіи беременныхъ, а также клептоманія, не менѣе семи случаевъ которой извѣстны автору. Второй отдѣлъ составляютъ психозы, *вызываемые* собственно беременностью (формальные психозы). Наичаще здѣсь наблюдается аменція (въ меланхолической формѣ), затѣмъ идетъ меланхолія, манія и т. д. Психозы, начавшіеся съ зачатіемъ, прекращаются съ концомъ беременности; начавшіеся позже къ концу беременности усиливаются и продолжаются послѣ родовъ. Менструальные психозы иногда излѣчиваются беременностью (но не замужествомъ, какъ думаютъ нѣкоторые). Психозы, существовавшіе до беременности, во время послѣдней въ большинствѣ случаевъ ухудшаются. Такіе психозы отнесены авторомъ къ третьему отдѣлу. Почти всегда беременность у душевно-больныхъ протекаетъ благопріятно.

*Н. Какушкинъ.*

**70. Проф. П. И. Ковалевскій. Душевные заболѣванія періода кормленія.** (Арх. Психіатріи и проч., 1894 г., № 2).

Въ періодъ кормленія, непосредственно продолжающемъ періодъ пуэрперальный, женщина не успѣваетъ оправиться отъ понесенныхъ ею физическихъ и душевныхъ потрясеній; кромѣ того, кормленіе какъ моментъ истощающій, само по себѣ способствуетъ неустойчивости нервной системы кормилицъ. Обычно психозы этого періода наступаютъ во второй половинѣ его. По числу заболѣваній кормленіе занимаетъ средину между послѣродовымъ періодомъ и беременностью. Иногда внезапное прекращеніе кормленія вызываетъ споропреходящее душевное разстройство (избытокъ крови). Преобладаютъ меланхоліи. Предсказаніе, повидимому, благопріятное. Теченіе продолжительное. Лѣченіе состоитъ въ прекращеніи кормленія и въ укрѣпленіи организма; при плеторѣ—отвлекающія.

*Н. Какушкинъ.*

## б) А н г л и й с к о й.

71. **Lee Dickinson.** Fibromyoma of uterus, becoming sarcomatous. (British Medical Journal, 1894. № 1723). **О возможности перехода фиброміомъ матки въ саркомы.**

Въ засѣданіи „*Pathological society of London*“, 2-го января 1894 года, д-ръ *Lee Dickinson* привелъ примѣръ перехода маточной фиброміомы въ саркому. У женщины 42 лѣтъ была констатирована опухоль матки еще годъ тому назадъ; въ послѣдніе мѣсяцы опухоль быстро начала увеличиваться, сопровождаясь припадками сильнаго сжатія всѣхъ тазовыхъ органовъ. Въ виду крайне-истощеннаго и малокровнаго состоянія больной пришлось отказаться отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства. Послѣ смерти больной оказалось, что вся полость таза занята опухолью, величиною въ большой арбузъ. Наружные слои опухоли и макроскопически, и микроскопически имѣли характеръ фиброміомы; но ея внутренніе слои, дававшіе многочисленныя ростки вглубь полости таза, имѣли строеніе типичной веретенообразно-клеточной саркомы. Авторъ думаетъ, что источникомъ происхожденія веретенообразно-клеточной саркоматозной ткани являются гладкія мышечныя волокна. Отдаленныхъ метастазовъ небыло никакихъ, и часть опухоли подверглась обызвествленію. Д-ръ *Alban Doran* замѣтилъ, что здѣсь возможна двоякая случайность: либо опухоль подверглась гистологическому метаморфозу, либо гладкіе мышечные элементы, оставаясь таковыми, измѣнились въ своихъ біологическихъ свойствахъ, сдѣлавшись злокачественными. Что міома *per se* можетъ стать злокачественной, доказывается тѣмъ, что нерѣдко наблюдаемые переносные узлы имѣютъ иногда міоматозный характеръ. Фиброиды матки могутъ также подвергаться вистовидному или карциноматозному перерожденію, благодаря тому, что въ ихъ ткань проникаютъ изъ слизистой оболочки матки железистые элементы.

*В. Каплянскій.*

72. **A. R. Anderson.** Acute peritonitis following attempts to procure abortion. (British Medical Journal, 1894, № 1723). **Острое воспаленіе брюшины, обусловленное попытками вызвать выкидышъ.**

Авторъ приводитъ два случая подобнаго рода. Въ первомъ случаѣ симптомы болѣзни напоминали признаки непроходимости

кишекъ. Такъ какъ зѣсь кромѣ внутреннихъ средствъ примѣнялись и наружныя манипуляціи различными инструментами для вызыванія выкидыша, то предполагался перитонитъ инфекціоннаго происхожденія. Было сдѣлано чревосѣченіе, и найденъ общій острый перитонитъ безъ гноя или иной жидкости, всѣ прилежащія петли кишекъ были склеены между собой воспалительными сращениями. Болѣзненные припадки усилились, и смерть наступила чрезъ 48 часовъ. Во второмъ случаѣ болѣзнь по своимъ симптомамъ совершенно походила на перфоративное воспаленіе червеобразнаго отростка. Никакихъ инструментовъ примѣнено не было, но средства, принятыя для вызыванія выкидыша внутрь, имѣли своимъ послѣдствіемъ страшные поносы. Больная была на 6-мъ мѣсяцѣ беременности. При вскрытіи живота воспаленный сальникъ оказался склееннымъ свѣжими сращениями къ одной сторонѣ матки и къ брюшной стѣнкѣ. Сращения легко разрывались. Петли тонкихъ кишекъ были гиперемированы и склеены воспалительнымъ выпотомъ. Не было никакого прободенія ни червеобразнаго отростка, ни слѣпой кишки. Состояніе больной, которое до операціи было отчаяннымъ, на слѣдующій послѣ операціи день нѣсколько улучшилось. Чрезъ двое сутокъ она выкинула, постепенно начала оправляться и выписалась изъ больницы здоровой. Авторъ обращаетъ вниманіе на трудности распознаванія остраго перитонита, обусловленнаго попытками къ выкидышу, и на вытекающую отсюда необходимость самаго тщательнаго изслѣдованія и самаго настойчиваго разспроса больной.

*В. Каплянскій.*

73. **James Braithwaite. On acute anteflexion of the uterus in the later months of pregnancy.** (British Medical Journal, 1894, № 1724, January 13). **Объ антефлексіи беременной матки, развивающейся въ послѣдніе мѣсяцы беременности.**

Въ сентябрѣ 1892 была доставлена въ „Leeds General Infirmary“ больная, 34 лѣтъ, *multipara*, съ письмомъ отъ двухъ опытныхъ акушеровъ, діагностировавшихъ у нея *внѣматочную беременность*. Настоящая, 6-я беременность наступила въ апрѣлѣ. Въ іюлѣ появились кровотеченія незначительныя, но не прерывающіяся до настоящаго времени. По срединѣ живота выдавалась округленная большая опухоль, кверху доходившая на 1 поперечный палецъ выше пупка, и во всякомъ случаѣ содержавшая плодъ, такъ какъ движенія послѣдняго ощущались въ ней рукой, ощупывающей опухоль. При изслѣдованіи чрезъ влагалище

оказалась спереди округленная плотная опухоль; матка же, повидимому, лежала позади нея и безъ всякой съ ней связи, такъ какъ палецъ, введенный насколько возможно вверхъ между опухолью и шейкой, не могъ найти между ними никакой точки соприкосновенія. Матка была также, повидимому подвижна, независимо отъ опухоли настолько, насколько позволяло ея стѣсненное положеніе позади опухоли у крестцовой кости. Но результаты этого перваго изслѣдованія на самомъ дѣлѣ совершенно противорѣчили дѣйствительности. Шейка была весьма растяжима, и когда авторъ провелъ въ нее палецъ, то лишь на высотѣ 2-хъ англійскихъ дюймовъ онъ достигъ внутренняго отверстія, и повернувъ тогда палецъ кпереди, онъ попалъ въ полость матки, гдѣ и ощущала головку плода, покрытую оболочками. Въ тотъ же день наступили роды и благополучно окончились. Вскорѣ автору вмѣстѣ съ д-ромъ *E. O. Croft*омъ представился аналогичный случай. Никакъ нельзя было съ перваго разу рѣшить, находится ли плодъ дѣйствительно въ маткѣ или нѣтъ. Шейка, resp. матка, лежала непосредственно позади опухоли и повидимому безъ всякой связи съ ней. Умудренный опытомъ, авторъ расширилъ въ достаточной мѣрѣ шейку, и введши палецъ, онъ на высотѣ слишкомъ 2-хъ дюймовъ наткнулся спереди на острый край, чрезъ который пришлось повернуть палецъ нѣсколько внизъ и впередъ, чтобы попасть въ полость матки. Острый край былъ образованъ угломъ между шейкой и тѣломъ матки, и его необходимо было смѣстить внизъ, чтобы получить доступъ въ полость матки. Авторъ разорвалъ оболочки, и роды благополучно окончились. Наконецъ, въ послѣднее время автору пришлось наблюдать совершенно аналогичный третій случай. Во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣлся такимъ образомъ перегибъ беременной матки кпереди (*anteflexio uteri gravidi*), но въ то же время беременная матка была достаточно наклонена кпереди (*anteversio*), чтобы потянуть шейку кверху. Шейка матки была, кромѣ того, значительно удлинена, и сильно сжата между тѣломъ матки и крестцомъ. Далѣе всѣ случаи наблюдались у первородящихъ, у которыхъ, конечно, не было ни отвислаго живота, ни расхожденія прямыхъ брюшныхъ мышцъ. На самомъ дѣлѣ, отвислый животъ и первичный перегибъ матки кпереди несомнѣнны другъ съ другомъ, такъ какъ для развитія антефлексіи необходимы не уступчивые, вялые брюшные покровы, какъ разъ противоположное. Насколько *anteversio* беременной матки, сопутствующая отвислому животу, составляетъ заурядное явленіе, настолько описанные случаи *anteflexionis uteri*

*gravidæ* встрѣчаются крайне рѣдко. *Mattheus Duncan* въ своемъ курсѣ *of „Diseases of Women“* (женскихъ болѣзней) (1886, р. 397) упоминаетъ объ одномъ подобномъ случаѣ: беременная матка была перегнута кпереди, не могла быть выведена изъ своего ненормальнаго положенія, какъ при обычномъ отвисломъ животѣ, и въ этомъ же положеніи она увеличивалась и росла до самаго момента родовъ.

Второй подобный случай описанъ въ „*American Journal of obstetrics*“ (February, 1890, р. 156) подѣ заглавіемъ „Случай *dextro-torsionis uteri gravidæ, симулировавшій внѣматочную беременность*“. Этотъ случай отличается отъ предыдущихъ только тѣмъ, что тѣло беременной матки перегнулось не прямо кпереди, а въ правую сторону. Д-ръ *W. H. Wenning* изъ Цинцинати, наблюдавшій этотъ случай, былъ настолько увѣренъ вмѣстѣ съ другими врачами въ имѣющейся на лицо внѣматочной беременности, что послѣ консультаціи было приступлено къ чревосѣченію. „Вскрывъ брюшную полость, пишетъ д-ръ *Wenning*, всѣ присутствующіе были какъ громомъ поражены и ахнули отъ изумленія, не найдя ничего другаго, какъ беременную матку, изогнутую на подобіе реторты“. Подобный случай д-ръ *W. H. Wenning*, перерывъ всю литературу, нашелъ только у *Küstner'a* (*Handbuch der Geburtshilfe*, Band II, р. 541, 1889), съ той лишь разницей, что онъ наблюдался въ болѣе раннемъ періодѣ беременности. *R. Barnes* въ своемъ курсѣ „*Diseases of Women*“ (женскихъ болѣзней) (1873, р. 672) говоритъ: „въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ ранней беременности тѣло матки лежитъ непосредственно позади симфиза въ состояніи полной антефлексіи“. Этотъ перегибъ матки кпереди, наблюдаемый въ первые періоды беременности, не имѣетъ ничего общаго съ вышеописанными случаями, касающимися послѣднихъ мѣсяцевъ беременности и представляющими въ своемъ распознаваніи, большія трудности вслѣдствіе возможности смѣшиванія съ внѣматочной беременностью. Послѣднее необходимо имѣть въ виду, и тогда при тщательномъ наблюденіи, случаи *anteflexionis uteri gravidæ* окажутся, вѣроятно, болѣе частыми, чѣмъ это до сихъ поръ описываютъ. При внѣматочной брюшной беременности—автору пришлось наблюдать такихъ случаевъ шесть—матка всегда лежитъ впереди плода, а никогда не позади его. Въ этомъ главнымъ образомъ и заключается отличительное распознаваніе, но послѣднее можетъ быть установлено съ точностью только тогда, когда палецъ прошелъ вверхъ по расширенной шейкѣ въ полость матки.

*В. Каплянскій.*

74. A. W. Mayo Robson. Abdominal hysterectomy with treatment of the pedicle by the intraperitoneal method. (British Medical Journal, 1894, № 1725, January 20). **Объ удаленіи матки чрезсѣченіемъ съ внутрибрюшиннымъ методомъ ухода за ножкой.**

Всѣ гинекологи согласны между собой въ настоящее время относительно наилучшаго метода ухода за ножкой послѣ овариотоміи, но значительно расходятся въ своихъ мнѣніяхъ относительно ухода за ножкой послѣ надвлагалищной ампутаціи матки. Введеніе въ практику такъ называемаго *serre-noeud Koeberlé*, дающее возможность ежедневными повязками держать ножку въ надлежащей чистотѣ, составляетъ значительный успѣхъ въ внѣбрюшинномъ уходѣ за ножкой, но безспорно безопаснѣе и быстрѣе излѣчиваетъ больную внутрибрюшинный способъ, подобный описанному впервые *Schroeder*омъ. Авторъ оперируетъ фиброміомы матки слѣдующимъ образомъ. Когда матка вмѣстѣ съ опухолью вытянута впереди брюшнаго разрѣза, и на кишки наложена широкая плоская губка для предупрежденія ихъ выпаденія, на основаніи опухоли возможно ниже накладывается эластическій жгутъ. Затѣмъ крѣпкая шелковая лигатура проводится съ каждой стороны матки чрезъ широкія связки и плотно завязывается внизу яичника, захвативши и яичниковыя артеріи. Всѣ части, лежащая выше лигатуры, отрѣзываются, оставляя яичники и трубы въ связи съ удаляемой опухолью; затѣмъ на передней стѣнкѣ матки дѣлается полудунный разрѣзъ вглубь ткани по направленію книзу и кзади, и такой же разрѣзъ на задней стѣнкѣ по направленію книзу и впереди; оба клинообразныхъ разрѣза встрѣчаются между собой на уровнѣ внутреннего отверстия или нѣсколько выше, и матка съ опухолью такимъ путемъ удаляется. *Arteriae uterinae* и всѣ другіе видимые сосуды перевязываются, а жгутъ снимается, и полость шейки, насколько возможно, выполняется іодоформной марлей.

Оба клиновидныхъ доскута маточной ткани сшиваются вплотную цѣлымъ рядомъ швовъ; точно также сшивается брюшинный покровъ непрерывнымъ швомъ, направляющимся отъ одной широкой связки къ другой.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ, оперированныхъ авторомъ такимъ образомъ, кровотеченіе во время операціи было самое ничтожное, и брюшинная полость настолько свободна отъ выдѣленій, что въ вставленіи дренажа не было никакой надобности; больныя приблизительно черезъ 3 недѣли послѣ операціи выписывались изъ

больницы совершенно здоровыми, между тѣмъ какъ у больныхъ, лѣченныхъ внѣбрюшиннымъ методомъ ухода за ножкой, съ ежедневными перемѣнами повязокъ, проходило до полнаго выздоровленія не менѣе 6-ти недѣль. По мнѣнію автора, къ операциі *Laparo-hysteromyomectom'i* слѣдуетъ всегда присгунать съ намѣреніемъ оставлять культю внутри брюшной полости, но слѣдуетъ имѣть наготовѣ *serre-noeud Koeberlé* для внѣбрюшиннаго способа только на тотъ случай, если почему либо окажется необходимымъ поспѣшить съ окончаніемъ операциі, или если техника внутрибрюшиннаго метода будетъ сопряжена съ чрезвычайными, почти непреодолимыми трудностями. *В. Каплянскій.*

75. **Harrison Cripps. The treatment of ovarian and extrauterine cysts, communicating with the rectum.** (British Medical Journal, 1894, № 1728, February 10). **О лѣченіи яичниковыхъ и другихъ внѣматочныхъ кистъ, сообщающихся съ прямой кишкой.**

На 100 оваріотомій автору пришлось наблюдать 4 случая, въ которыхъ гной еще до операциі выдѣлялся чрезъ прямую кишку, вслѣдствіе образовавшагося сообщенія послѣдней съ нагноившейся опухолью. При этомъ всегда возникаютъ два вопроса—во первыхъ, относительно выбора способа вскрытія брюшной полости и удаленія опухоли, во вторыхъ, по окончаніи операциі слѣдуетъ рѣшить какъ залѣчить фистулу передней стѣнки *recti*. Для перваго вопроса крайне важна постановка точнаго діагноза. Тщательное изслѣдованіе больной обыкновенно выясняетъ характеръ брюшной опухоли, служащей источникомъ выдѣленія гноя чрезъ прямую кишку; но иногда нельзя точно рѣшить, происходитъ ли гной отъ абсцесса тазовой клѣтчатки, или отъ нагноившейся оваріальной кисты. Въ послѣднемъ случаѣ опасность отъ оваріотоміи значительно увеличивается, такъ какъ по удаленіи опухоли остается открытое сообщеніе между кишкой и брюшной полостью, настоящее положеніе котораго и возможность закрытія тѣмъ или другимъ способомъ только тогда и выясняется. Въ первомъ изъ описанныхъ авторомъ 4-хъ случаевъ былъ распознанъ при надлежащемъ изслѣдованіи тазовой абсцессъ, образовавшій фистулезный ходъ въ прямую кишку. Для дренированія гнойной полости предстоялъ выборъ между тремя различными путями: либо расширить ректальное отверстіе и вставить въ него дренажную трубку, либо опорожнить гнойную полость чрезъ влагалище, либо наконецъ сдѣлать чревосѣченіе и вставить дренажъ

через брюшную рану. Первый путь был сейчас же оставлен, как вследствие чрезвычайной трудности удержать дренажную трубку в прямой кишке, так и вследствие желательности скорѣйшаго закрытія ректальнаго отверстія. Изъ двухъ остальныхъ путей было отдано предпочтеніе дренированію черезъ влагалище, такъ какъ при глубокомъ положеніи гнойной полости она гораздо болѣе доступна опораживанію черезъ влагалище, чѣмъ путемъ чревосѣченія. Кромѣ того въ случаѣ, если окажется нагноившаяся киста, крайне желательно было выиграть время до радикальной операціи для самопроизвольнаго закрытія ректальнаго отверстія, которое должно воспослѣдовать при открытіи другаго болѣе удобнаго пути для стока гнойнаго выдѣленія.

Послѣднее предположеніе блистательно оправдалось; какъ только былъ вставленъ *lege artis* дренажъ черезъ влагалище, пересталъ выдѣляться гной черезъ прямую кишку, и когда черезъ нѣсколько недѣль было сдѣлано чревосѣченіе, ректальное отверстіе найдено совершенно закрывшимся. Такой исходъ для больной былъ самый благопріятный, такъ какъ отверстіе въ прямой кишке было расположено такъ низко, что искусственное закрытіе его послѣ операціи было-бы сопряжено съ громадными трудностями. Добыть себѣ доступъ къ гнойной полости сверху черезъ брюшные покровы было-бы въ данномъ случаѣ весьма неудобно, и еще съ большими затрудненіями было-бы связано фиксированіе краевъ гнойнаго очага къ пристѣночной брюшинѣ и защита полости брюшины отъ попаданія въ нее гноя, можетъ быть и злокачественнаго. Въ другихъ же случаяхъ при расположеніи гнойнаго очага высоко въ тазу, и близко къ брюшнымъ покровамъ является болѣе показаннымъ первичное чревосѣченіе съ цѣлью полного удаленія гнойнаго фокуса или только его дренированія. Остальные 3 случая автора были гораздо проще, такъ какъ имѣлись ясно обозначенныя нагноившіяся кисты, и ректальныя отверстія были расположены настолько высоко, что ихъ легко было зашить послѣ вылуценія кисты. Но, спрашивается, какъ поступить въ томъ случаѣ, если по удаленіи нагноившейся кисты нельзя по той или другой причинѣ очистить отъ гноя и зашить надлежащимъ образомъ отверстіе въ прямой кишке? Тогда, если это возможно, слѣдуетъ захватить края отверстія въ широкихъ связкахъ, черезъ которое была вылучена киста, пришить ихъ въ нижній уголъ брюшной раны, и дренировать. Если же зашивать отверстіе широкихъ связокъ *in situ*, то остается надѣяться на выдѣленіе оставшагося обезвреженнаго гноя черезъ прямую кишку и позднѣйшее самопроизвольное закрытіе рек-

тальнаго отверстія. Во всякомъ случаѣ, говоритъ авторъ, если оказывается невыполнимымъ фиксированіе краевъ отверстія широкихъ связокъ къ нижнему углу брюшной раны, то лучше уже совершенно закрыть это отверстие *in situ*, и стараться дать гною выходъ чрезъ прямую кишку, чѣмъ подвергать большую малѣйшему риску попаданія гноя въ полость брюшины. *В. Каплянскій.*

76. J. Furneaux Jordan. A successful case of Porro's operation for cancer of the rectum. (British Medical Journal, 1894, № 1728, February 10). Удачный случай операціи Porro, произведенной вслѣдствіе рака прямой кишки.

Больная Д., 30 лѣтъ отъ роду, *multipara*, и находящаяся въ 7 мѣсяцѣ беременности, жаловалась на выдѣленія изъ прямой кишки, появившіяся за послѣдніе 6 мѣсяцевъ; за это время она значительно ослабла и похудѣла. При изслѣдованіи оказался *carcinoma recti*, величиною въ апельсинъ, и находившійся на 2—3 дюйма выше *anus'a*. 14/xii 93 года начались роды. Вслѣдствіе давленія разросшагося рака влагалище, было сужено до крайности, а матка настолько оттѣснена вверхъ въ брюшную полость, что чрезъ рукавъ она была совершенно недостижима. Въ виду такихъ обстоятельствъ авторъ рѣшился произвести операцію Porro. Животъ былъ быстро вскрытъ на протяженіи 5 дюймовъ, матка выведена чрезъ брюшную рану наружу, разрѣзана въ косомъ направленіи на протяженіи 4 дюймовъ, и вынуть плодъ, который оказался 8 мѣсячнымъ, весьма плохо упитаннымъ, онъ умеръ чрезъ нѣсколько минутъ. Брюшныя стѣнки были руками помощниковъ такъ плотно прижаты къ маткѣ, что отъ излившейся въ изобиліи околоплодной жидкости не попало въ полость *peritonei* ни капли. Затѣмъ матка была удалена посредствомъ проволочнаго жгута *Lawson-Tait'a*, въ который предварительно была захвачена, какъ это совѣтуетъ *John W. Taylor*, пристѣпочная брюшина. Для предупрежденія попаданія истекавшей во время ампутаціи матки крови въ полость *peritonei* было примѣнено прижатіе брюшныхъ стѣнокъ настолько же успѣшно, какъ и при излитіи околоплодной жидкости. Наконецъ, полость брюшины вытерта досуха, и брюшная рана выше маточной культи закрыта. Никакихъ противугнилостныхъ средствъ употреблено не было; если бы нужно было промывать брюшную полость, то авторъ, горячій поклонникъ новѣйшей англійской асептики, пользовался бы только простой чистой водой. Пооперационное теченіе—нормальное; больная оправилась и вскорѣ выписалась изъ больницы. Состояніе ея нѣсколько улучшилось,

насколько, конечно, позволяла раковая опухоль *recti*, разросшаяся, несмотря на молодой возраст женщины, на такомъ широкомъ протяженіи, что о радикальномъ ея удаленіи не могло быть и рѣчи. Во всякомъ случаѣ лучше было у этой больной, по мнѣнію автора, сдѣлать операцію *Porro*, чѣмъ не дожидаясь родовъ, произвести искусственный выкидышъ.

*В. Каплянскій.*

**77. F. T. Hindle. Rupture of uterus during labour. Hysterectomy.** (British Medical Journal, 1894, № 1728, February 10). **Разрывъ матки во время родовъ. Гистеректомія.**

M. S., 42 лѣтъ, *multipara*, поскользнулась 28/xii 93, за нѣсколько дней до наступленія срочныхъ родовъ, и сильно ушиблась нижней частью живота въ острый камень. Не смотря на сильный ушибъ и появившееся кровотеченіе изъ влагалища, она продолжала заниматься домашнимъ хозяйствомъ и работать до самаго момента наступленія родовъ 2/i 1894. Роды шли нормально, кровотеченіе изъ влагалища прекратилось, и все, повидимому, предвѣщало благополучный конецъ, какъ вдругъ чрезъ 4½ часа послѣ начала родового акта роженица издала пронзительный крикъ, поблѣднѣла, какъ полотно, родовыя потуги прекратились, наступилъ коллапсъ, пульсъ почти исчезъ. Диагностировавъ разрывъ матки, авторъ немедленно приступилъ къ чревосѣченію. Плодъ и послѣдъ, заключенныя въ неразорванныя еще оболочки, были найдены въ брюшной полости выпавшими изъ матки чрезъ широкую дыру въ нижней части ея передней стѣнки. Такъ какъ разрывъ передней стѣнки матки былъ расположенъ настолько низко, что зашить его было крайне затруднительно, то авторъ, не желая оставить въ брюшной полости разорванной матки, произвелъ полную экстирпацию послѣдней. Послѣдствія самой операціи были благоприятны, и рана зажила первымъ натяженіемъ. Но рвоты у больной не прекращались, малокровіе, вызванное кровотечениями еще до родовъ, упадокъ силъ и общее истощеніе все прогрессировали, и на 7 день послѣ операціи больная умерла.

*В. Каплянскій.*

**78. Edgar Willett. Transverse Hermaphroditism in a male.** (British Medical Journal, 1894, № 1728, February 10). **Случай гермафродитизма у мужчины.**

Въ засѣданіи „*Pathological Society of London*“, 6 февраля 1894 года, д-ръ *Edgar Willett* демонстрировалъ половые органы мужчины 44 лѣтъ, умершаго отъ мозгового кровоизліянія, который представляетъ крайне рѣдкій случай *настоящаго* гермафродитизма

въ смыслѣ совмѣщенія въ одномъ индивидуумѣ обоихъ половъ. *Hermaphroditismus verus* до сихъ поръ, какъ извѣстно, наблюдался только въ животномъ царствѣ. Яички въ демонстрированномъ препаратѣ оказались несуществующими въ правильно развитую мошонку. При разрѣзѣ препарата найдены были хорошо развитыя матка и влагалище; половыя железы, хотя анатомически занимали мѣсто яичниковъ, оказались при микроскопическомъ изслѣдованіи тестикулами, въ которыхъ *membrana propria* сѣменныхъ канальцевъ была чрезвычайно утолщена. Мошонка и на той, и на другой сторонѣ содержала *tunica vaginalis propria testis*, и *penis* былъ правильно и хорошо развитъ. Покойный имѣлъ бороду, былъ женатъ, и даже считался отцомъ двухъ дѣтей! Яички снабжены выносящими сѣменными протоками, которые спускаются внизъ по обѣимъ сторонамъ влагалища до того мѣста, гдѣ мочеиспускательный каналъ окруженъ предстательной железой, но точнаго способа ихъ окончанія нельзя было прослѣдить. Весьма узкое влагалище прободало предстательную железу и правильно переходило въ мужскую матку. Съ обѣихъ сторонъ послѣдней начинались Фаллопиевы трубы, слѣпо оканчивавшіяся надъ головкой придатка (*epididymis*) въ образованія, вполне напоминавшія такъ называемыя *hydatis Morgagni*. Въ томъ же „*Pathological society of London*“ сообщилъ аналогичный случай нѣсколько лѣтъ тому назадъ д-ръ *Stonham*.

В. Каплячскій.

79. **George Eastes. Retained pessary, causing strangulation of the uterus.** (*British Medical Journal*, 1894, № 1729, February 17). **Оставленный во влагалищѣ пессарій, вызвавшій ущемленіе матки.**

19/уш 1893 г., авторъ былъ позванъ къ больной 74 лѣтъ, жаловавшейся на страданія, причиняемыя ей невынутымъ, уже давно у нея, въ теченіи полугода лежащимъ пессаріемъ. Все влагалище оказалось выпонепнымъ скользкимъ, гладкимъ, полымъ деревяннымъ шаромъ, по стѣнкамъ котораго стекало зловонное выдѣленіе. Деревянный, правильной формы шаръ былъ діаметромъ въ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> англійскихъ дюйма. Видно было, что больная, пытаясь сама вынуть шаръ посредствомъ привязанной къ нему тесемки, удалила изъ нижней половины шара круглый кусокъ, такъ что у нижняго полюса имѣлась круглая дыра, діаметромъ въ одинъ дюймъ, сообщавшаяся съ внутренней полостью шара. Пессарій такъ плотно приросъ къ влагалищной части матки, своимъ верхнимъ отверстіемъ, что однѣми руками его никакъ нельзя было сдвинуть съ

мѣста. Автору пришлось добыть себѣ вѣтвями крѣпкихъ щипцовъ доступъ въ верхнее отверстіе и тогда только удалось удалить пессарій изъ половыхъ частей. Оказалось, что вся влагалищная часть матки была ущемлена въ полости пессарія и вышла вмѣстѣ съ нимъ. Костяными щипцами шарообразный пессарій былъ расколотъ на двѣ равныя части по меридіану, тонкая деревянная оболочка распалась на двое, и обнажила омертвѣвшую, крайне набухшую ущемленную *portionem vaginalem*, сѣро-пенельнаго цвѣта и чрезвычайно зловоннаго запаха. Была произведена тщательная дезинфекція влагалища, назначены обеззараживающія прополаскиванія, и послѣ 4 недѣльнаго пребыванія въ кровати больная выздоровѣла. Шарообразный, деревянный пессарій принадлежитъ къ тому старинному типу влагалищныхъ пессаріевъ, который теперь уже вышелъ изъ употребленія. Но и при новѣйшихъ пессаріяхъ наблюдались подобные случаи, тщательно собранные въ работѣ Fr. Neugebauer'a: „*Opasnosti otъ влагалищныхъ пессаріевъ*“.

В. Каплянскій.

80. I. A. Sprengle. Симфизеотомія въ Америкѣ. (The New-York Medical Journal, 1893, Vol. LVII, № 2).

Первый случай *симфизеотоміи* въ Канадѣ, и 4-й по счету во всей Америкѣ, выпалъ на долю д-ра I. A. Sprengle'a, который спасъ этимъ хирургическимъ пособіемъ и мать и ребенка. Роженица *primipara*, ирландка. Показаніемъ къ хирургическому вмѣшательству послужило сильное суженіе таза и громадная сравнительно головка плода. Расширеніе и сглаживаніе маточной шейки, было полное, между тѣмъ какъ головка не вступила еще въ тазовой входъ. Попытка наложенія щипцовъ ни къ чему не повела. Какъ д-ръ Sprengle, такъ и его ассистенты д-ра Lockhart и Kenneth Cameran увѣряютъ, что они явственно слышали крикъ ребенка *in utero!* Въ виду безнадежности положенія какъ матери, такъ и ребенка, авторъ рѣшился на серьезную операцію, но предпочелъ симфизеотомію касарскому сѣченію. Когда лонное соединеніе было расщелено (причемъ обращено было особенное вниманіе на то, чтобы въ разрѣзъ не попала уретра), лобковыя кости широко разошлись, оставивъ свободный промежутокъ въ 3 сантиметра. Затѣмъ щипцы были вторично наложены, и роды быстро и благополучно окончились. Родился живой, доношенный младенецъ, не потерпѣвшій никакого ущерба ни отъ двукратнаго наложенія щипцовъ, ни отъ самой операціи. Послѣродовой періодъ прошелъ нормально, не оставивъ никакихъ слѣдовъ, рана отъ разрѣза скоро

зажила. Изъ всѣхъ 4 операций *симфизеотоміи*, сдѣланныхъ въ Америкѣ, осталось въ живыхъ 4 матери, и 3 младенца, да и 4-й ребенокъ, по мнѣнію автора, былъ бы спасенъ, если бы приступили къ операціи нѣсколькими часами раньше. Такимъ образомъ процентъ смертности отъ симфизеотоміи въ Америкѣ=0.

*В. Каплянскій.*

---

## в) Н ѣ м е ц к о й.

81. Feis. Ueber die Wirkung des im mütterlichen Blut angehauf-  
ten Harnstoffs auf Uterus und Fötus. (Arch. f. Gynäkologie,  
Bd. XLVI, Hft 1). **О дѣйствии накопленной въ материнской  
крови мочевины на матку и плодъ.**

Прежде всего авторъ хотѣлъ провѣрить основательность теоріи  
*Liedke*, по которой маточныя сокращенія наступаютъ вслѣдствіе  
переполненія материнской крови, образующеюся въ организмъ  
плода и въ концѣ беременности не вполне черезъ почки матери  
выдѣляющей мочевиною. Производя съ этой цѣлью наблюденія  
надъ лапаратомированными кроликами, которымъ была впрыснута  
мочевина, *F.* получилъ отрицательные результаты; онъ пришелъ  
къ тому заключенію, что пресыщеніе крови мочевиною не вызы-  
ваетъ маточныхъ кровотеченій по крайней мѣрѣ у кроликовъ.  
Второй рядъ, произведенныхъ авторомъ экспериментальныхъ изслѣ-  
дованій, имѣлъ цѣлью опредѣлить дѣйствиe насыщенной мочеви-  
ною крови на жизнь плода. Оказалось, что въ то время какъ на  
материнскій организмъ умѣренныя дозы мочевины при проходи-  
мости почечныхъ путей не оказываютъ вреднаго вліянія, эти-же  
количества пагубно дѣйствуютъ на плодъ. Что смерть плода при  
его опытахъ наступала лишь вслѣдствіе отравленія мочевиною, а  
не благодаря побочнымъ причинамъ, авторъ доказываетъ цѣлою  
серіей дополнительныхъ изслѣдованій. Между прочимъ ему уда-  
лось всякій разъ путемъ химическаго анализа доказать присут-  
ствіе мочевины въ тканяхъ плодовъ, погибшихъ вслѣдствіе пре-  
сыщенія материнской крови мочевиною. *С. Ю. Хазанъ.*

82. Strassman. Anatomische und physiologische Untersuchun-  
gen über den Blutkreislauf beim Neugeborenen. (Archiv für Gy-  
näkologie, Bd. XLV, Hft 3). **Анатомическія и физиологическія  
изслѣдованія о кровообращеніи у новорожденнаго.**

Авторъ задается цѣлью ближе опредѣлить причину одного изъ  
измѣненій, происходящихъ въ организмъ новорожденнаго при воз-  
никновеніи самостоятельной жизни, а именно, внезапной непро-  
ходимости существующаго въ утробной жизни анастомоза, между  
стволомъ легочной артеріи и аортою, такъ называемаго ductus  
arteriosus Batalli. Причины, приводимыя другими авторами, по

мѣнью *Str.*, не удовлетворительны. Такъ, тромбозъ сосуда совсѣмъ не можетъ быть принятъ въ расчетъ, такъ какъ онъ наблюдается лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ и имѣеть къ тому же всегда явно патологическій характеръ.

Принимаемое нѣкоторыми наклоненіе сосуда подъ вліяніемъ измѣнивагося при дыханіи положенія грудныхъ органовъ, является еще пока гипотезою, не подтвержденною анатомическими данными. Не мыслимо также допустить такое сильное сокращеніе сосуда, которое повело бы къ полному закрытію просвѣта. Врядъ ли, далѣе, играютъ роль въ разбираемомъ вопросѣ и тѣ измѣненія въ сосудистой стѣнкѣ, которыя замѣчаются въ первыя недѣли жизни и которыя характеризуются развитіемъ соединительной ткани подъ *intima*, ибо процессъ этотъ наблюдается и въ сосѣднихъ сосудахъ. Наконецъ, наступающее при возникновеніи дыханія уменьшеніе давленія въ правомъ сердцѣ также не можетъ служить единственною причиною внезапной непроходимости сосуда, такъ какъ слѣдствіемъ одной этой причины должно было бы быть только обратное теченіе крови черезъ *ductus Batalli* изъ аорты въ стволъ легочной вены. Непосредственно тутъ дѣйствующимъ моментомъ является, по автору, механическое закрытіе сосуда, обусловливаемое своеобразными анатомическими отношеніями, какія существуютъ между аортою и *ductus Batalli* на мѣстѣ ихъ соединенія. Дѣло въ томъ, что начиная съ 5 мѣсяца утробной жизни передняя стѣнка *ductus Batalli* на томъ мѣстѣ, гдѣ этотъ сосудъ соединяется съ аортою, образуетъ вмѣстѣ со стѣнкою аорты все болѣе и болѣе выраженную дубликатуру, которая въ видѣ клапана закрываетъ отверстіе, какъ только давленіе въ аортѣ увеличивается. Мы имѣемъ, значитъ, здѣсь положеніе вещей во всѣхъ отношеніяхъ, аналогичное тому, которое установлено относительно *valvulae foraminis ovale*. Мнѣніе это уже давно было высказано *Schultze* и въ особенности *Zweifel* емъ; *Str.* только подтвердилъ его цѣлымъ рядомъ интересныхъ анатомическихъ изслѣдованій и физиологическихъ опытовъ. *С. Ю. Хазанъ.*

83. **Kehrer. Ueber Traubenmolen.** (*Archiv für Gynaekologie*, Bd. XLV, Hft. 3). **О пузырьномъ или гроздевидномъ заносѣ.**

Сопоставивъ 50 еще не опубликованныхъ случаевъ гроздевиднаго заноса изъ практики нѣсколькихъ врачей и цѣлаго ряда акушеровъ, авторъ нашель слѣдующее: 1) Пузырный заносъ встрѣчается особенно часто въ пожиломъ возрастѣ. 2) Нѣтъ никакой возможности на основаніи статистическихъ данныхъ указать на

опредѣленныя болѣзни всего организма или только половой сферы, которыя бы способствовали развитію заноса. 3) Рвота встрѣчается при заносѣ не чаще, чѣмъ обыкновенно, за то сильная слабость, отеки нижнихъ конечностей, боли въ животѣ и кровотеченія наблюдаются при заносѣ гораздо чаще, чѣмъ при нормальной беременности. 4) Въ огромномъ большинствѣ случаевъ беременность прерывается въ 4—5 мѣсяцѣ. 5) Въ половинѣ случаевъ наблюдаются во время родоразрѣшенія весьма обильныя, ведущія пороку къ обмороку, кровотеченія. 7) Объемъ заноса весьма различенъ. 8) Въ  $\frac{2}{3}$  случаевъ выдѣленіе заноса самопроизвольное; (тѣмъ не менѣе авторъ высказывается за активное вмѣшательство; онъ совѣтуетъ именно повторную тампонацію влагалища до тѣхъ поръ, пока зѣвъ не расширится на столько, что пропуститъ два пальца, а затѣмъ полное выдавливаніе содержимаго и опорожненіе маточной полости пальцами). 9) Послѣродовой періодъ послѣ заноса въ общемъ протекаетъ менѣе благопріятно, чѣмъ послѣ нормальныхъ родовъ. 10) Временное или полное безплодіе послѣ заноса наблюдается относительно рѣдко. Интересно возрѣніе автора на патологическій характеръ и развитіе заноса. Въ то время какъ *Вирховъ* усматриваетъ въ образованіи заноса миксоматозное перерожденіе нормальныхъ ворсинокъ, *К.*, принимая во вниманіе, что пузырчатыя ворсинки имѣютъ тоже строеніе и ту же форму, какъ нормальныя киріальныя ворсинки въ первые два мѣсяца утробной жизни, полагаетъ, что при развитіи пузырнаго заноса дѣло просто идетъ о дальнѣйшемъ чрезмѣрномъ ростѣ эмбриональныхъ ворсинокъ съ сохраненіемъ первоначальной ихъ формы и строенія. Въ заключеніе авторъ подробнѣе распространяется объ условіяхъ роста и сильной живучести элементовъ заноса. *С. Ю. Хазанъ.*

**84. Leopold и Мироновъ. Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation. (Arch. f. Gyn., Bd. XLV, Hft. 3). Къ ученію о менструаціи и овуляціи.**

Работа эта, въ которой не столько подтверждаются опубликованныя *Leopold*'омъ 11 лѣтъ тому назадъ данныя, сколько глубже поясняется ихъ настоящій смыслъ, проливаетъ новый свѣтъ въ загадочную область отправления женскаго организма. Вотъ какъ авторы сами формулируютъ результаты своихъ изслѣдованій: 1) Менструація обыкновенно сопровождается овуляціей; нерѣдко однако послѣдняя и отсутствуетъ, не смотря на правильно повторяющіяся крови. 2) Менструація не находится въ зависимости отъ созрѣванія и лопанія Граафовыхъ пузырьковокъ, а лишь отъ

присутствія яичниковъ и надлежащаго развитія слизистой оболочки матки, двухъ факторовъ, безъ взаимодѣйствія которыхъ, типическія кровотеченія не мыслимы. Вотъ почему менструація не имѣетъ мѣста ни при дефектѣ яичниковъ, ни при атрофіи слизистой оболочки матки, хотя бы въ первомъ случаѣ слизистая оболочка, а во второмъ яичники не представляли уклоненія отъ нормы. 3) Овуляцію всегда слѣдуетъ отнести ко времени менструаціи, ибо она, т. е. овуляція, нуждается въ усиленномъ, нѣсколько дней продолжающемся приливѣ крови къ половымъ органамъ и ведетъ къ образованію типичнаго желтаго тѣла. 4) Овуляція можетъ имѣть мѣсто и въ другое время, но при нормальныхъ условіяхъ это случается очень рѣдко. 5) Порою слѣдствіемъ прилива крови къ половымъ органамъ бываетъ не овуляція, а лишь кровотеченіе въ Граафовомъ пузырькѣ (атипическое желтое тѣло). 6) Еще во время старческой атрофіи попадаютъ вполне нормальные фолликулы, которыя лопаются и образуютъ типичныя желтыя тѣла.

С. Ю. Хазанъ.

**85. Doktor. Ueber Heilung und Behandlung des Nabels.**  
(Archiv für Gynaekologie, Bd. XIV, Hft. 3). **О заживленіи пупка и объ уходѣ за нимъ.**

Между причинами, обусловливающими собою громадную смертность дѣтей въ первомъ возрастѣ, заболѣванія пупка занимаютъ первое мѣсто. Пупокъ представляетъ физиологическую рану на животѣ новорожденнаго, рану, которая въ типичныхъ случаяхъ заживаетъ *per primam*, но которая, благодаря своему положенію, (въ самой стѣнкѣ живота) присутствію отверстія трехъ открытыхъ сосудовъ и сосѣдству съ омертвѣвшею тканью, особенно предрасположена въ инфекціи и къ вытекающимъ отсюда заболѣваніямъ; кромѣ того рана пупка особенно склонна къ образованію чрезмѣрныхъ грануляцій. Наконецъ, къ заболѣваніямъ пупка особенно предрасполагаютъ различныя аномаліи развитія. Какъ всякая другая и рана пупка нуждается въ надлежащемъ уходѣ. По даннымъ *Eröss'a* оказывается, что, при обыкновенномъ уходѣ за пупкомъ у 68% всѣхъ новорожденныхъ заживленіе пупка представляетъ уклоненіе отъ нормы, а у 45% имѣетъ мѣсто повышеніе  $t^0$  въ первую недѣлю жизни, причемъ въ 22% причиною повышения  $t^0$  служитъ инфекція; чтобы поправить положеніе вещей особенно въ смыслѣ предупрежденія инфекціи, авторъ сдѣлалъ послѣдовательный рядъ опытовъ въ уходѣ за пупкомъ. Оказалось при этомъ, что самые лучшіе результаты получаются тогда,

когда пупочный канатикъ очень коротко обрѣзывается и пупокъ оставляется подъ неснимаемой повязкой. Сопряженное съ подобнымъ, въ смыслѣ асептики вполне рациональнымъ, уходомъ воздержаніе отъ купанія ребенка нисколько не повліяло вредно на обмѣнъ веществъ новорожденнаго; равнымъ образомъ не оправдалось на практикѣ опасеніе, будто слишкомъ короткое обрѣзваніе пуповины влечетъ за собою кровотеченія изъ пупка.

С. Ю. Хазанъ.

86. А. Захарьевскій. Ueber den Stickstoffwechsel während der letzten Tage der Schwangerschaft und der ersten Tage des Wochenbettes. (Отдѣльный оттискъ изъ Zeitschrift für Biologie). Объ азотистомъ обмѣнѣ въ послѣдніе дни беременности и въ первые дни послѣродового періода.

Изъ краткаго обзора изслѣдованій обмѣна веществъ въ родильномъ періодѣ (*Winckel, Heinrichsen, Kleinwächter, Klemmer, Грамматикати, Ренревъ* и др.) авторъ выводитъ заключеніе, что современныя свѣдѣнія объ обмѣнѣ у беременныхъ, роженицъ и родильницъ недостаточны. Свои изслѣдованія онъ произвелъ въ Казанской клиникѣ; беременныя и родильницы періодически взвѣшивались, получали въ опредѣленное время пищу, въ извѣстномъ количествѣ и точно опредѣленнаго состава. У нихъ тщательно отмѣчалось количество мочи, кала, лохий, молока, выдѣленныхъ за извѣстный періодъ. Выдѣленія и отдѣленія подробно изслѣдовались. У девяти беременныхъ авторъ нашелъ, что первобеременные за 8—13 дней до родовъ начинаютъ терять въ вѣсъ своего тѣла, въ среднемъ по 205 грамм. ежедневно; повторнобеременные, наоборотъ, или сохраняютъ свой вѣсъ, или увеличиваютъ его. Количество мочи за сутки въ среднемъ равнялось у первобеременныхъ 1000 грм. (уд. в. 1020), у повторнобеременныхъ 1471 грм. (уд. в. 1012). Процентное содержаніе азота у первыхъ было 1,41; у вторыхъ 1,07. Сравнивая количество азота нищи съ количествомъ его въ калѣ и мочѣ, авторъ убѣдился, что у беременныхъ процессы распадѣнія понижены, при сравнительно богатомъ потребленіи азота; особенно рѣзко это замѣчается въ послѣдній день беременности. Послѣ родовъ приблизительно къ 10—11 дню азотистый обмѣнъ постепенно возвращается къ нормѣ, причемъ авторъ отмѣчаетъ двѣ категоріи родильницъ: у однихъ въ первые 3—4 дня послѣ родовъ количество выдѣляемаго азота увеличено и, постепенно уменьшаясь въ эти дни, переходитъ въ возрастаніе потребленія его (въ предѣлахъ нормы);

у другихъ возвращеніе къ нормѣ вообще замедляется и азотоотери болѣе обильны. Причину различія авторъ затрудняется опредѣлить. Къ восстановленію вѣса тѣла родильницъ также имѣются соотвѣтствующія азотообмѣну различія. У первой категоріи родильницъ количество усвоеннаго азота въ *лохіяхъ* колеблется въ предѣлахъ 7—20%, у второй категоріи въ предѣлахъ 48—94%. Количество азота въ молокѣ не превышаетъ 8—9% всего удаляемаго азота. Мочою теряется 33—100% всего азота. Предыдущіе роды и кратковременное повышеніе  $t^{\circ}$  тѣла не выше  $39^{\circ}$  не вліяютъ на ходъ азотообмѣна. Вѣсъ водъ у перворождающихъ въ среднемъ былъ 2094 грм., у повторнорождающихъ 1408 грм. Вѣсъ этотъ обратно пропорціоналенъ вѣсу плода. Вѣсъ лохій въ первые три дня послѣ родовъ былъ въ среднемъ 857 грм., въ слѣдующіе 8 дней 379 грм. У первородившихъ количество лохій меньше. Количество молока въ первые 11 дней послѣ родовъ въ среднемъ было 3130,3 грм.; у первородившихъ меньше, чѣмъ у многорожавшихъ.

*Н. Какушкинъ.*

87. **E. Ries. Ueber die innere Untersuchung Kreissender durch den Mastdarm.** (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 17). **О внутреннемъ изслѣдованіи роженицъ черезъ прямую кишку.**

Съ начала нынѣшняго года въ Страсбургской клиникѣ примѣняется изслѣдованіе роженицъ черезъ прямую кишку: кишка опорожняется клистиромъ, промежность тщательно вымывается мыломъ, изслѣдующій палецъ смазывается смѣсью салоля, ланолина и вазелина. Авторъ, благодаря цѣлому ряду опытовъ, считаетъ этотъ способъ замѣняющимъ влагалищное изслѣдованіе и болѣе безопаснымъ, чѣмъ послѣднее. Въ своихъ положеніяхъ онъ говоритъ о необходимости въ нормально протекающихъ родахъ производить только прямо-кишечное изслѣдованіе, которое должно быть единственнымъ, въ особенности для повивальныхъ бабокъ.

*Н. Какушкинъ.*

88. **E. Rossa. Zwei Fälle von Gynatresien.** (Centralbl. f. Gynaekol., 1894 г., № 18, с. 422). **Два случая зарощенія полового канала.**

1) Женщина 58 лѣтъ—рожала правильно 5 разъ. 12—15 лѣтъ назадъ начался климактерій. Заболѣла 3 мѣсяца назадъ. На 1 см. выше входа имѣется зарощеніе влагалища, повлекшее за собой *ruocolpos* и *ruometra*. Чревосоѣченіе (*explorativa?*). Зарощенное мѣсто влагалища проткнуто троакаромъ. Посмертное вскрытіе обнаружило: *uterus bicornis unicolis, carcinoma cervicis uteri, de-*

fectus renis sin., hydronephrosis dextra.—2) Женщина 35 лѣтъ, не менструировавшая, имѣетъ періодическія боли внизу живота, за послѣдніе 4 года замѣтила узлы въ животѣ. Определена atresia partis superioris vaginae et cervicis uteri congenita. Чревосѣченіе съ удаленіемъ растянутой матки, трубъ и кистовидно-перерожденныхъ яичниковъ. Посмертное вскрытіе обнаружило еще hydronephrosis dextra congenita. Приобрѣтенное зарощеніе влагалища въ первомъ случаѣ авторъ считаетъ результатомъ старческой инволюціи.

*Н. Какушкинъ.*

## г) Французской.

89. **Jacobs. Hysteropexie abdominale.** (Journal d'accouchements, ноябрь 1893). **Пришивание матки къ передней брюшной стѣнкѣ.**

Авторъ снова обращаетъ вниманіе на неудобства и опасныя осложнения, которыя могутъ съ теченіемъ времени произойти послѣ операциі *hysteropexiae abdominalis*. Онъ доказываетъ, что приклѣпленная матка мало по малу оттягиваясь отъ брюшной стѣнки, образуетъ на мѣстѣ прикрѣпленія къ послѣдней родъ шнура, который постепенно можетъ развиться до толщины пальца и сформировать затѣмъ ножку въ нѣсколько сантиметровъ длины; въ доказательство своего мнѣнія, онъ представилъ Гинекологическому Обществу такого рода ножку, толщиною въ гусиное перо и длиною въ 6 сантиметровъ. Обстоятельства и условія операциі, при которой была добыта эта ножка, представляются въ высокой степени интересными. Больная, 43-хъ лѣтъ отъ роду, мать многихъ дѣтей, страдала разнообразными болѣзненными припадками. Несчастная женщина въ различное время обращалась за совѣтомъ къ четыремъ хирургамъ. Первый—призналъ нужнымъ сдѣлать выскабливаніе и ампутацію шейки матки, не принесшія, однако, облегченія больной. Второй хирургъ произвелъ ей гистеропексію, но уменьшенія болѣзненныхъ припадковъ не произошло. Третій,—опредѣливъ, что болѣзненныя припадки у нея зависятъ отъ *estoriae renalis*, произвелъ операцию нефропексіи, состояніе больной не измѣнилось къ лучшему. Наконецъ, четвертый хирургъ констатировалъ у больной значительную гипертрофію матки, увеличенный объемъ и кистовидное перерожденіе ея придатковъ и экстирпировалъ пораженныя части черезъ влагалище. Эта послѣдняя операциія представлялась крайне сложною и кропотливою по причинѣ обнаруженной ножки между маткою и брюшною стѣнкою, оказывавшей значительное препятствіе къ извлеченію оперируемыхъ частей, тѣмъ болѣе, что она была, какъ оказалось, сросшаяся съ петлею кишечника, почему и была отдѣлена при посредствѣ термокаутера. Восемь дней спустя операторъ призналъ нужнымъ произвести лапаротомію, чтобы экстирпировать демонстрированную выше д-ромъ *Jacobs* ножку. Больная умерла вскорѣ

отъ нефрита, развившагося у нея, по всей вѣроятности, послѣ операціи нефропексіи.

Въ виду всего изложеннаго д-ръ *M. Jacobs* полагаетъ, что *hysteropexia vaginalis duplex* по *Saenger*'у менѣе опасна и можетъ быть предпринимаема съ такимъ же успѣхомъ, почему и совѣтуетъ предпочитатъ ее—*hysteropexiae abdominalis*.

*А. К. Мазуркевичъ.*

**90. Charles. Débridement de la vulve pour éviter la déchirure du périnée.** (Journal d'Accouchements, декабрь 1893, № 29).  
**О насѣчкахъ на губахъ для предупрежденія разрывовъ промежности.**

Авторъ возвращается вновь къ вопросу о предупрежденіи разрывовъ промежности, совѣтуя производить насѣчки на губахъ. При появившихся показаніяхъ, врачъ не долженъ смущаться дѣлать надрѣзы и ограничиваться, какъ многіе предлагаютъ, однимъ или двумя незначительными надрѣзами, такъ какъ съ одной стороны такими надрѣзами не предупреждается разрывъ, а съ другой—задняя спайка, отдѣленная надрѣзомъ съ двухъ сторонъ, сокращается кзади, дѣлается менѣе устойчивою и соединеніе ея становится болѣе затруднительнымъ. Въ виду изложеннаго предпочтительнѣе дѣлать одинъ большой въ 2, 3, даже въ 4 сант. надрѣзъ, который по наложеніи швовъ, легко срастается. Изъ этого явствуетъ, что два разрѣза по 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сантиметра не представляютъ того значенія какъ одинъ надрѣзъ въ 3 сантиметра. Многочисленные же надрѣзы, которыхъ придерживаются немногіе, должны быть совершенно оставлены. Однако-же и злоупотребленія въ надрѣзахъ также слѣдуетъ избѣгать и не переступать должныхъ границъ, при чемъ авторъ указываетъ на случай *Dürhssen*'а, гдѣ надрѣзъ доходилъ до 5, 6 сантиметровъ и произвелъ глубокое раненіе *levatoris ani*.

Исходя изъ того положенія, что три четверти разрывовъ промежности зависятъ отъ быстрого прорѣзыванія или выведенія головки, авторъ полагаетъ, что предупредить разрывы при данныхъ обстоятельствахъ всецѣло зависитъ отъ искусства и ловкости оперирующаго.

Маленькія головки, по мнѣнію его, производятъ чаще разрывы, чѣмъ большія, такъ какъ онѣ значительно быстрѣе прорѣзываются.

*А. К. Мазуркевичъ.*

91. Charles. Emploi de l'iodure de potassium pendant la grossesse pour éviter la mort de l'enfant, dans la syphilis et les cas douteux. (Journal d'Accouchements, декабрь, 1893). Назначеніе іодистаго калия при сифилисѣ во время беременности съ цѣлью предупрежденія смерти плода.

Въ виду того, что застарѣлый сифилисъ отца или матери влечетъ за собою большею частью смерть плода въ болѣе или менѣе отдаленномъ срокѣ беременности, авторъ совѣтуетъ во всѣхъ ясно выраженныхъ, а также и подозрительныхъ случаяхъ, лѣчение іодистымъ калиемъ. Іодистый калий предлагается давать въ теченіи всей (?) беременности ежедневно (?) по 1 грамму въ два приема. При этомъ авторъ приводитъ два случая беременности съ слѣдующими хорошими результатами:

1) Жѣнщина, страдавшая 15 лѣтъ застарѣлымъ сифилисомъ съ ясно выраженными признаками, родила 6 разъ, при чемъ три раза на 7 и 9 мѣсяцахъ беременности и всякій разъ мацерированныхъ дѣтей. Въ четвертую беременность она съ перваго же мѣсяца обратилась за совѣтомъ; ей были назначены приемы іодистаго калия ежедневно по 1 грамму, въ два приема. Ребенокъ родился въ срокъ, но съ явленіями сифилитическаго насморка, который въ настоящее время совершенно прошелъ. Пятая беременность окончилась рожденіемъ мацерированнаго плода, такъ какъ въ теченіи этой беременности беременная не лѣчилась. При шестой беременности, больная принимала вновь аккуратно калий и родила живаго, совершенно здороваго ребенка.

2) Жѣнщина 27 лѣтъ, умѣреннаго и правильнаго тѣлосложенія, малокровная, одержима скрытымъ сифилисомъ. Беременна была три раза. Первая беременность окончилась выкидышемъ мацерированнаго плода на шестомъ мѣсяцѣ; вторая беременность—мацерированнымъ плодомъ на 7 мѣсяцѣ. Третья же беременность, при тщательномъ анамнезѣ и освидѣтельствovanіи, дала возможность опредѣлить существованіе сифилиса. Назначенъ іодистый калий со дня шевеленія плода. Средство это принималось больною до конца беременности. Родился въ срокъ живой, здоровый ребенокъ, вѣсомъ 3050 граммъ.

На основаніи такихъ благопріятныхъ исходовъ, ясно видна цѣлесообразность назначенія іодистаго калия, почему авторъ и совѣтуетъ его назначать во всѣхъ случаяхъ сифилиса, даже и субъектамъ весьма малокровнымъ и золотушнымъ.

*А. К. Мазуркевичъ.*

92. **Charles. Naissance de deux enfants de sexe différent après ablation de l'ovaire gauche.** (Journal d'Accouchements, 7 Janvier, 1894, № 1). **Рожденіе разнополыхъ близнецовъ послѣ удаленія лѣваго яичника.**

Авторъ, въ подтвержденіе того, что при существованіи только одного яичника могутъ развиваться два плода различнаго пола, приводитъ случай рожденія близнецовъ, мальчика и дѣвочки у женщины, у которой д-ръ *Lenger*, въ англійскомъ госпиталѣ, въ Ліэжѣ, вырѣзалъ лѣвый яичникъ, и которая забеременѣла два мѣсяца спустя послѣ операціи.

*А. К. Мазуркевичъ.*

93. **E. Vignard. Un cas de grossesse extra-utérine.** (Arch. de Chirurgie, 1894 г., № 1, стр. 48). **Случай внѣматочной беременности.**

Случай, не лишенный интереса, описанъ очень подробно. Больная, 29 лѣтъ, рожала дважды, причемъ вторые роды были трудные (ягодичное предлежаніе). Послѣ этихъ родовъ страдала метритомъ до третьей беременности, наступившей около 10 лѣтъ спустя послѣ вторыхъ родовъ. Третья беременность, оказавшаяся потомъ внѣматочной, протекала 9 мѣсяцевъ въ общемъ правильно, были только небольшія кровопотери и боли въ животѣ. Около конца 9-го мѣсяца движенія плода прекратились, появились схваткообразныя боли, преимущественно справа, и кровотеченіе; развились явленія перитонита. Чревосѣченіе сдѣлано черезъ 11½ мѣсяцевъ послѣ начала беременности, причемъ развитой плодъ, 47 см. длиной, оказался заключеннымъ въ толстостѣнной кистовидной полости, крѣпко сросенной со стѣвкой живота и особенно съ кишечникомъ. Она была вскрыта ножомъ и, по извлеченіи содержимаго, лѣжима внѣбрюшинно. Больная совершенно выздоровѣла чрезъ 2½ мѣсяца.

*Н. Какушкинъ.*

94. **M. Jaboulay et L. Dor. Production de pseudo-kystes dermoïdes de l'ovaire à la suite d'une oophoropexie.** (Arch. de Chirurgie, 1893 г., № 12, с. 774). **Ложныя дермоидныя кисты яичника, развившіяся послѣ оофоропексіи.**

У женщины 30 лѣтъ, у которой раньше были удалены лѣвые придатки по поводу воспалительнаго заболѣванія ихъ, авторы для лѣченія правосторонняго сальпингита примѣнили консервативный способъ, временно укрѣпивъ швами трубу и яичникъ въ брюшной ранѣ съ послѣдующей катетеризаціей трубы. „Возвра-

щение“ придатковъ на мѣсто послѣ такого лѣченія было, какъ сказано въ статьѣ, неполнымъ. Въ брюшной ранѣ образовалась грыжа и при лѣченіи ея нѣсколькими шрами, пришлось прихватить и ткань яичника. Въ теченіе 4 мѣсяцевъ послѣ операциі у больной развились въ яичникѣ 7 кистъ, величиной каждая въ орѣхъ, которыя и были удалены вмѣстѣ съ яичникомъ. Они были съ серознымъ содержимымъ и со стѣнкой, содержащей въ себѣ кожный мальпигіевъ слой и кожныя сосочки. Образование такихъ кистъ авторы ставятъ въ зависимость отъ раздраженія яичника микробами.

*Н. Какушкинъ.*

95. **R. Condamin et G. Levrat. De l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. Manuel opératoire. Indications. 22 observations.** (Arch. de Chirurgie, 1894 г., № 2, стр. 65). **Гистеропексія по способу Laroyenne'a. Техника. Показанія. 22 наблюденія.**

Способъ *Laroyenne'a*, имѣющій цѣлью совершенно избѣжать манипуляцій внутри брюшной полости, состоитъ въ томъ, что, послѣ тщательнаго обеззараживанія брюшной стѣнки и влагалища и расширенія шеечнаго канала, въ полость матки вводится особый толстый (№ 30 расширителей по *Hegar'у*) зондъ (*hystéromètre*) съ закругленнымъ концемъ, которымъ матка приподнимается и подводится дномъ до соприкосновенія съ брюшной стѣнкой. Послѣдняя вскрывается, соотвѣтственно дну матки, на пространствѣ 6—8 см., причемъ брюшина разрѣзается единственно съ цѣлью убѣдиться, что между маткой и стѣнкой нѣтъ другихъ органовъ (кишки). Затѣмъ черезъ ткань матки проводятся три погружныя лигатуры, захватывающія апоневрозъ стѣнки живота. Заканчивается операциа обычно. Показаніями къ операциі, кромѣ обыкновенныхъ выпаденій и наклоненій назадъ, *Laroyenne* ставитъ выпаденія, рядомъ съ которыми имѣются тяжелыя явленія отъ воспалительныхъ процессовъ въ придаткахъ, сосѣдней клѣтчаткѣ, связкахъ и проч., и такіе случаи, гдѣ при чревосѣченіи (по другому поводу), констатировано то или другое смѣщеніе матки. По этимъ показаніямъ произведены 22 операциі, которыя подробно описаны.

*Н. Какушкинъ.*

96. **S. Pozzi. De l'hystérectomie comme traitement du prolapsus génital complet.** (Annales de gynécologie et d'obstetrique, Мартъ, 1894). **Лѣченіе полныхъ выпаденій матки влагалищнымъ вырѣзываніемъ ея.**

Въ сообщеніи, сдѣланномъ *Pozzi* подъ этимъ названіемъ въ Парижскомъ „Société de chirurgie“, онъ указалъ, что показанія и

техническіе приемы операціи hysterectomi'i установлены *Robert*омъ *Asch*емъ въ его капитальномъ трудѣ, появившемся въ 1889 году, подъ редакціей *Fritsch*'а. Въ томъ же году въ своемъ „*Traité de Gynecologie*“ и самъ онъ высказался въ пользу этой операціи въ опредѣленныхъ случаяхъ. Затѣмъ эта операція была оставлена и съ недавняго времени возобновлена по инициативѣ *Quénu*.

Если шейка пролябированной матки гипертрофирована или удлинена, *Rozzi* совѣтуетъ комбинировать hysterectomi'ю съ colporrhaphi'ей, такъ какъ при такихъ условіяхъ существуетъ и значительное пролябированіе стѣнокъ влагалища.

Противопоказаніями онъ считаетъ: 1) относительно молодой возрастъ, т. е. отдаленность менопаузы, позволяющая рассчитывать на возможность забеременѣванія; (тогда, по его мнѣнію, лучше довольствоваться палліативными мѣрами, напр., гистерофорами); 2) старческую слабость, потерю жизнеспособности, вслѣдствіе какихъ-либо органическихъ пороковъ—на томъ основаніи, что эти операціи длятся обыкновенно довольно долго, а подобные субъекты не подвергаются безнаказанно анестезіи и продолжительному охлажденію тѣла; положеніе это онъ подтверждаетъ фактами изъ своей практики, *Fritsch*'а и др.

Переходя затѣмъ къ изложенію техники операціи, онъ предлагаетъ способъ *Fritsch*'а, видоизмѣненный имъ: „я начинаю съ того, что помощью бистури я очерчиваю большой треугольный лоскутъ на передней вагинальной стѣнкѣ, вершина котораго находится у мочеиспускательнаго отверстія, въ разстояніи 2—3 ц. отъ него, а основаніе—у влагалищной части. Подобный же небольшой треугольный лоскутъ очерчивается и на задней стѣнкѣ влагалища. Эти два треугольника, обращенные своими основаніями въ разныя стороны, образуютъ ромбъ, растянутый спереди назадъ. Затѣмъ отсепаровываются оба эти лоскута (при этомъ въ мочевой пузырь вводится катетеръ, во избѣжаніе раненія). Операціонное поле фиксируется пулевыми щипцами. Пузырь отдѣляется ножницами; придерживаясь передней поверхности матки, которая постепенно, все болѣе и болѣе низводится при помощи пулевыхъ щипцовъ. Если такимъ образомъ сразу не удастся достигнуть vesico-uterin'наго пространства, то вскрывается Дугласово пространство, крючкообразно изогнутымъ пальцемъ заходятъ за матку и такимъ образомъ удается вдавить vesico-uterin'ное пространство и подвести его для разсѣченія. Когда матка совершенно отдѣлена спереди и сзади, приступаютъ къ перевязкѣ широкихъ связокъ: накладываются по одной шелковой лигатурѣ съ каждой стороны и кромѣ

того въ нижней части связокъ. Такимъ образомъ достигается достаточное освобожденіе матки; тогда уже легко захватить заднюю ея поверхность и заставить матку покачнуться спереди назадъ, — послѣ чего завершается перевязка связокъ сверху внизъ; связки перерѣзываются и матка освобождается. Заботиться о фиксаціи дна вагины къ культямъ широкихъ связокъ (colporrhexia) изъ опасенія за рецидивъ выпаденія влагалища, (какъ это предлагаютъ *Fritsch, Martin, Mac-Monagle, Quénu*), — не зачѣмъ, такъ какъ нормальный процессъ рубцеванія доводитъ до образованія пупочно-образнаго рубца тамъ, гдѣ находятся спайки культей широкихъ связокъ, брюшины и влагалища“.

Зачѣмъ онъ накладываетъ катгутовые швы на вырѣзанные въ стѣнкахъ влагалища два треугольника многоэтажный, непрерывный на передній и узловатый на задній.

При существованіи стараго разрыва промежности онъ къ этому присоединяетъ и *perineorrhaphi*ю.

Успѣшные результаты операціи *colpo-hysterectomi*и онъ подтверждаетъ рядомъ приводимыхъ имъ случаевъ.

*С. Б. Быховскій.*

#### 97. **E. Rollet. Traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme.** (Gazette de gynécologie, 15 января, 1894 г.) **Лѣченіе перелойнаго уретрита у женщины.**

Воспаленіе мочеиспускательнаго канала гонорройнаго происхожденія у женщины встрѣчается нерѣдко и проявляется неодинаково, смотря потому наблюдается ли оно въ острой или хронической формѣ. Острый уретритъ сопровождается болью, дизуріею, гнойнымъ и кровянистымъ истеченіемъ. Хроническіе уретриты протекаютъ безболѣзненно и при столь незначительныхъ припадкахъ, что больныя не обращаютъ на нихъ вниманія. Иногда такой хроническій гонорройный уретритъ опредѣляется врачомъ у больной, которая обращается за совѣтомъ по поводу другой болѣзни. Послѣ того, какъ констатировано заболѣваніе, должно немедленно же приступить къ лѣченію, такъ какъ гонококки могутъ проникать во влагалище, матку, трубы и вызывать воспаленіе этихъ органовъ.

Внутрь назначается: копайскій бальзамъ, кубеба, салоль и др. Наиболѣе дѣйствительными считаются, однако, лѣкарственные вещества примѣняемыя наружно:

- 1) Впрыскиванія изъ раствора азотнокислаго серебра (1 : 50).
- 2) Промыванія растворами изъ ихтіола (3 : 100), резорцина (5 : 100), марганцево кислаго калия (1 : 250).

3) Вдуваніе порошкообразныхъ веществъ изъ каломеля, висмута, іодоформа и др.

4) Средства дѣйствующія мѣстно, какъ прижигающія карандаши (crayons à demeure) изъ іодоформа, азотнокислаго серебра, салоля.

*Rollet* устроилъ металлическій зондъ для ирригаціи канала уретры и также зондъ изъ каучука, который представляетъ видоизмѣненія sonde à demeure *Rezzer'a*. А. Лапина.

**98. Richelot. Traitement chirurgical du prolapsus uterin.** (L'union medicale, Janvier, 1894, № 2). Хирургическое лѣченіе выпаденія матки.

*Richelot* съ 1886 г. началъ примѣнять влагалищное вырѣзываніе матки при выпаденіи ея. На основаніи своихъ наблюденій (6 случаевъ), онъ высказываетъ слѣдующее мнѣніе: операція эта наиболѣе примѣнима у женщинъ послѣ менапаузы, когда „матка становится бесполезной“, техника операціи довольно легка. Влагалищное вырѣзываніе матки не предотвращаетъ выпаденія влагалища, почему надо имѣть ввиду вторичную дополнительную операцію—colporrhaphiam.

Показаніемъ къ влагалищной гистеректоміи можетъ служить крайняя вялость тазоваго дна, когда трудно рассчитывать на успѣхъ другихъ операцій, а также при осложненіи выпаденія матки фибромами. Въ большинствѣ случаевъ, при выпаденіи матки, *Richelot* примѣняетъ colporrhaphi'ю по способу *Hegar'a* и признаетъ ее за самую дѣйствительную и основную операцію.

А. Лапина.

**99. P. Segond. Traitement chirurgical du prolapsus uterin.** (Gazette de gynécologie, 1 Janvier 1894). Хирургическое лѣченіе выпаденія матки.

*Segond*, въ своей лекціи, говоритъ о различныхъ операціяхъ, которыя примѣняются при выпаденіи матки.

a) Colporrhaphia и colporperineorrhaphia.

b) Colporrhaphia mediana (cloisonnement du vagin *Lefort'a* или срединное шиваніе стѣнокъ влагалища).

c) Укороченіе круглыхъ связокъ (операція d'*Alquié-Alexander'a*).

d) Пришиваніе матки къ передней брюшной стѣнкѣ (hystero-rexie abdominale).

e) Влагалищное вырѣзываніе матки (hysterectomie vaginale).

Въ заключеніе лекціи *Segond* высказываетъ свое мнѣніе при какихъ случаяхъ выпаденія матки, напр., при осложненіи разрывами промежности, злокачественными новообразованіями или гипертрофіею надвлагалищной части, наиболѣе примѣнима та или другая изъ вышеупомянутыхъ операцій. *А. Лапина.*

---

Редакторы: { *Д. Оттъ.*  
*Л. Личкусь.*

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

\*1) *Steinschneider*. Wie sollen Moorbäder gebraucht werden? (Отдѣльный оттискъ изъ „Wiener Medizinische Wochenschrift“).

\*2) *Elo-je*. Ueber die Cultur der Gonokokken. (Отдѣльный оттискъ изъ „Berliner klinische Wochenschrift“).

\*3) *Elo-je*. Aertzlicher Taschenkalender. Breslau. 1894 г.

4) *Н. П. Ивановъ*. Альманахъ по отечественнымъ водамъ. С.-Петербургъ. 1894 г. Цѣна 2 руб.

\*5) *А. Р. Фишеръ*. Нѣсколько словъ о специальныхъ врачебныхъ съездахъ. (Отдѣльный оттискъ изъ „Русской Медицины“).

6) Новѣйшія средства, изготовляемая акціонернымъ обществомъ „Фарб-верке“. Москва. 1894 г.

7) Ученыя записки Императорскаго Казанскаго Университета. Май—Іюнь. 1894 г.

8) Хирургическая лѣтопись. Т. IV. Книга 3-я. 1894 г.

9) Кіевскія Университетскія извѣстія. Мартъ. 1894 г.

*Примѣчаніе*. Книги, отмѣченныя \*, присланы лично редакторамъ.

---