

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОПО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕН-
СКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА
СВ. ВЛАДИМИРА ВЪ КИЕВѢ.

Н. 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

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

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

И

Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ VIII.

СЕНТЯБРЬ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

СЕНТЯБРЬ 1894, № 9.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Электротерапія при пери-параметритахъ.

Д-ръ Мед. В. Купидонова.

Воспалительныя формы тазоваго отдѣла брюшины, покрывающей матку и придатки ея (perimetritis), тѣсно связаны съ такими же формами подбрюшной соединительной ткани (parametritis).

Симптомы ихъ и обыкновенное лѣченіе въ большинствѣ случаевъ сходны между собой, поэтому я соединяю вмѣстѣ эти двѣ патологическія формы, при обзорѣ лѣченія ихъ электричествомъ.

Процессъ воспаленія брюшиннаго покрова матки состоитъ въ томъ, что, подъ вліяніемъ, внѣ пуерперія, тѣхъ или другихъ причинъ, какъ напримѣръ, травмы, неосторожнаго зондирования, спринцованія въ полость матки, перехода воспаленія отъ той или другой патологической формы различныхъ отдѣловъ половой сферы и т. п., въ брюшинныхъ покровахъ является большая или меньшая гиперемія, при чемъ серозный покровъ представляется утолщеннымъ, разбухшимъ. Въ разбуханіи принимаютъ участіе и подлежащая мышечная ткань. Изъ сильно расширенныхъ сосудовъ на свободную поверхность брюшины, покрывающей матку, происходитъ выпотъ, сначала въ видѣ сывороточно-альбуминозной, прозрачной жидкости, которая по-

томъ мутнѣть отъ примѣси форменныхъ элементовъ крови и фибрина. Къ такому эксудату скоро присоединяется новообразование соединительной ткани въ видѣ ложныхъ перепонокъ, которыя ограничиваютъ эксудатъ отъ остальной брюшины или склеиваютъ матку съ близъ лежащими органами. Смотря по степени воспаленія, къ эксудату примѣшиваются гнойныя клѣтки, которыхъ, разумѣется, будетъ тѣмъ больше, чѣмъ сильнѣе воспаленіе. Эксудатъ, того или другаго характера, обыкновенно спускается въ тазовую (область) полость и именно въ Дугласово пространство, хотя, при извѣстномъ положеніи тазовыхъ органовъ, онъ можетъ опускаться внизъ по бокамъ и даже спереди матки, что, впрочемъ, встрѣчается очень рѣдко.

Черезъ нѣкоторое время эксудатъ оплотнѣваетъ и, наполняя Дугласово пространство, придавливаетъ прямую кишку взадъ и матку кпереди, нижнюю же стѣнку Дугласова пространства выпираетъ внизъ, въ полость влагалища. При большомъ эксудатѣ верхняя граница его можетъ быть даже выше дна матки, ограничиваясь отъ выше лежащей брюшной полости ложными перепонками.

Исходъ периметрическаго эксудата, по *Klob'y*, бываетъ различенъ, смотря по количеству въ немъ гнойныхъ клѣтокъ. Если послѣднихъ мало и эксудатъ жидкій, то, по истеченіи извѣстнаго времени, гнойныя клѣтки претерпѣваютъ жировое перерожденіе и эксудатъ всасывается. Если же гнойныхъ элементовъ много, периметрическій эксудатъ становится хроническимъ, очень долгое время не подвергаясь никакимъ измѣненіямъ, или же, раздражая своимъ присутствіемъ сосѣднія ткани, вызываетъ разрастаніе соединительной ткани и дальнѣйшее образованіе гноя, т. е., образуется околоматочные нарывы.

Если периметрическій эксудатъ оплотнѣваетъ, тогда, какъ показываютъ практическія наблюденія, онъ принимаетъ хроническую форму, оставаясь долгое время стаціонарнымъ и постепенно подрывая здоровье женщины.

Соотвѣтственно описанному теченію и формѣ периметрита, клиническія явленія и объективныя данныя будутъ различны.

Въ остромъ періодѣ во все время образованія выпота, наблюдается *febris continua* съ *maximum* даже до 40,5° C; пульсъ

ускоренный до 120 удар. въ минуту, но довольно твердый; весьма сильная, острая постоянная боль, сначала въ паховыхъ сторонахъ, а за тѣмъ и во всемъ низу живота, достигающая часто такой степени, что больная не выносить даже прикосновенія къ животу тяжелаго одѣяла. Боль является и въ верхнемъ отдѣлѣ живота отъ присоединяющаго тимпанита, тошноты и рвоты, наступающихъ вслѣдствіе раздраженія брюшины.

Кромѣ этихъ симптомовъ у больной появляется частый позывъ къ мочеиспусканію или полная его задержка. Послѣ образованія значительнаго эксудата, присоединяется еще запоръ и боль въ крестцѣ.

Съ приостановкой выпота t^0 разомъ падаетъ на $1\frac{1}{2}$ — 2^0 С. и это паденіе продолжается иногда 48 час., поднимаясь снова послѣ повторяющагося зноба.

При изслѣдованіи въ остромъ періодѣ сначала находимъ только напряженіе брюшныхъ покрововъ, болѣзненность, особенно въ пахахъ, и вздутіе низа живота. Влагалище удлинено, вслѣдствіе болѣе высокаго стоянія матки въ началѣ процесса, своды отъ этого уплощены, а главное, напряжены и болѣзненны, особенно сзади. Матка болѣзненна вся, особенно во влагалищной части.

По образованіи эксудатовъ, длина влагалища укорачивается, позади матки прощупывается болѣзненная, наполняющая Дугласово пространство, опухоль, довольно плотной консистенціи и клиновидной, расширенной кверху, формы.

Верхняя граница опухоли прощупывается на большой или меньшей высотѣ надъ *simphisis*’омъ.

При извѣстной величинѣ эксудата, матка придавливается неподвижно кпереди, къ срединѣ, или въ одну изъ сторонъ передней стѣнки таза. Съ периметрическою опухолью матка сливается, составляя какъ бы одно цѣлое, на всемъ своемъ протяженіи или же дно ея остается свободнымъ, прощупываясь въ видѣ придатка.

Если периметритъ ограничивается только тазовой брюшиной и эксудатъ не особенно великъ, то, обыкновенно черезъ двѣ недѣли, онъ можетъ окончиться или разрѣшеніемъ, т. е., бурныя явленія постепенно ослабнуть и больная выздоравливаетъ, или же описанныя явленія значительно ослабѣваютъ въ своей силѣ, но

болѣзненный процессъ еще продолжается и принимаетъ хроническое теченіе.

При хроническомъ периметритѣ, составляющемъ переходную форму остраго, и при самостоятельномъ хроническомъ периметритѣ, когда воспалительный процессъ на столько слабо протекаетъ, что больная не можетъ указать его начало, главныя клиническія явленія составляютъ тупыя боли въ томъ или другомъ мѣстѣ тазовой области, и всего чаще боли въ крестцѣ. Иногда больныя жалуются только на непріятное ощущеніе тяжести внизу живота. Боли иногда усиливаются отъ долгой или быстрой ходьбы и тяжелой работы и всего чаще послѣ coitus'a, который почти всегда болѣзненъ. Послѣднее объясняется низкимъ стояніемъ смѣщенной матки. Далѣе при хроническомъ периметритѣ измѣняется характеръ мѣсячныхъ. Передъ и во время ихъ усиливается болѣзненность и тяжесть внизу живота, иногда присоединяется лихорадка и резстройство въ мочеиспусканіи. Регулы часто становятся неправильными, относительно ритма, и чрезмерно обильными. Кромѣ того, отъ неправильнаго положенія матки и зависящей отъ этого неправильной циркуляціи крови, т. е. венознаго застоя, почти постоянно находимъ усиленное слизистое истеченіе, т. е. бѣли. Вслѣдствіе давленія эксудата на прямую кишку, — постоянный запоръ, смѣняющійся иногда поносомъ. Питаніе растраивается, больныя блѣднѣютъ, худѣютъ, дѣлаются нервными и т. д.

При хроническомъ периметритѣ изслѣдованіе обыкновенно указываетъ большее или меньшее укороченіе влагалища, зависящее отъ величины эксудата. Послѣдній, выпячивая задній сводъ, тѣмъ плотнѣе, чѣмъ онъ старше. Поверхность его, чѣмъ эксудатъ старше, тѣмъ болѣе становится неровной и бугристой. Бугристость зависитъ отъ неравномѣрнаго всасыванія, и наблюдается въ верхнемъ отдѣлѣ эксудата, такъ какъ всасываніе эксудата идетъ сверху внизъ, т. е. съ того мѣста, гдѣ эксудатъ моложе. Если иногда всасываніе начинается снизу, то клиновидная форма эксудата измѣняется. Очень старые эксудаты занимаютъ уже не среднюю часть задней стѣнки таза, а ту или другую сторону ея.

Изслѣдованіе матки при хроническомъ периметритѣ указываетъ на смѣщеніе и полную ея неподвижность.

Перейдемъ теперь къ краткому описанію воспалительнаго процесса, извѣстнаго подъ именемъ parametrit'a. Этимъ названіемъ, придуманнымъ *Вирховымъ* въ 1862 г., обозначается воспаление подбрюшинной соединительной ткани, расположенной въ тазовой области.

Процессъ почти всегда начинается въ межмышечной соединительной ткани матки и затѣмъ переходитъ на подбрюшинную тазовую.

Подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ, которыя указаны при периметритѣ, межмышечная соединительная ткань всей матки или части ея гиперимируется и разбухаетъ, вслѣдствіе пропитыванія серозною жидкостью. Воспалительный процессъ обыкновенно быстро переходитъ съ матки, соотвѣтственно анатомическому расположенію, на клѣтчатку рукавнаго свода и той или другой широкой связки, распространяясь иногда и дальше на fossam iliacam, или еще далѣе, по передней стѣнкѣ таза и по позвоночнику.

Пока преобладаетъ отечное пропитываніе ткани, опухоль остается мягкой. Затѣмъ, черезъ нѣкоторое время, вслѣдствіе эмиграціи изъ расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (лейкоцитовъ), въ соединительной ткани наступаетъ мелкоклѣтчатковая инфильтрація и на пораженной части матки, а также и въ широкой связкѣ, образуется неправильной формы довольно плотная опухоль, которая становится еще плотнѣе, если жидкія составныя части эксудата всасываются.

Если клѣтки подвергаются жировому перерожденію, тогда опухоль рассасывается и исчезаетъ. Но когда клѣтчатковая инфильтрація соединительной ткани продолжается и лейкоциты, скопляясь большими массами, скоро умираютъ, (переходя въ гнойныя клѣтки), тогда образуется гнойный эксудатъ или нарывъ — flegmon periuterin (по *Nonat*).

Наконецъ, исходъ воспаленной тазовой соединительной ткани можетъ быть такого рода, что происходитъ гиперплазія ея и тогда тазовые органы представляются какъ-бы облитыми твердой массой.

Такимъ образомъ, является хроническій параметритъ, могущій существовать цѣлые годы. Есть еще хроническій параметритъ, такъ называемый атрофическій, описанный *Freund* омъ,

при которомъ также происходитъ гиперплизія соединительной ткани, оканчивающаяся оплотнѣніемъ и рубцовымъ ея сморщиваніемъ.

При этомъ обыкновенно съ самаго начала существуетъ перифлебитъ; вены спадаются, кровообращеніе растраиивается и является преждевременная атрофія половой сферы. Широкія связки становятся короткими и твердыми, круглыя связки тонкими и, наконецъ, матка, влагалище и vulva атрофируются.

Симптомы или клиническія явленія, какъ видно изъ описанія параметрическаго процесса, будутъ нѣсколько различны отъ симптомовъ perimetrit'a, предполагая, разумѣется, отсутствіе воспалительныхъ явленій со стороны брюшины, находящейся въ такомъ близкомъ сосѣдствѣ съ воспаленной тазовой клѣтчаткой. При острой формѣ parametrit'a, т⁰ рѣдко достигаетъ высокой степени; лихорадочное состояніе бываетъ съ рѣзкими послабленіями, т. е. наблюдается febris subcontinua. Боль также меньше, чѣмъ при периметритѣ, даже въ томъ случаѣ, когда эксудатъ достигъ значительной величины. Если сильныя боли появляются съ самаго начала воспаленія, то, значить въ воспалительномъ процессѣ участвуетъ и брюшина.

Такъ какъ parametritis бываетъ большею частію въ той или другой сторонѣ таза, то и боль сосредоточивается въ той же сторонѣ, при чемъ нерѣдко является боль и въ соотвѣтствующей нижней конечности до колѣна. Отправленія прямой кишки и пузыря, особенно въ началѣ parametrit'a, обыкновенно ненарушаются.

Въ такомъ видѣ симптомы держатся дня 4—5, а затѣмъ, смотря по исходу parametrit'a, клиническія явленія видоизмѣняются.

Изслѣдованіе въ остромъ періодѣ parametrit'a даетъ слѣдующія объективныя данныя. Вначалѣ, пока еще нѣтъ эксудата, матка лежитъ нѣсколько ниже нормальнаго. Съ того или другаго ея бока прощупывается чувствительная разлитая припухлость тѣстоватой консистенціи.

Черезъ нѣкоторое время, съ увеличеніемъ эксудата, на мѣстѣ разлитой припухлости ощущается уже плотная, неправильнаго очертанія опухоль, тѣсно прилегающая къ маткѣ. Въ нижней своей части опухоль рѣзко отдѣляется отъ бока

матки и въ этомъ мѣстѣ наблюдается борозда, въ которую вкладывается верхушка изслѣдующаго пальца.

Если эксудатъ распространяется въ область широкой связки и далѣе къ *fossam illacam*, тогда ощущается въ поперечномъ діаметрѣ таза продолговатая, довольно широкая припухлость, по направленію къ боковой стѣнкѣ таза. Если односторонній параметритъ переходитъ на противоположный бокъ матки, тогда переходъ наблюдается всегда по задней ея стѣнкѣ. На влагалищной части, сзади отъ первой опухоли, образуется валикъ, въ видѣ полукольца, который сливается, по образованіи втораго эксудата, съ такимъ же полукольцомъ другой стороны и на всей влагалищной части образуется кольцевидная припухлость, на ощупь отечной ксисстенціи. Вновь образовавшійся эксудатъ первое время лежитъ всегда выше перваго.

При одностороннемъ параметритѣ, матка сначала наклоняется въ его сторону, при увеличеніи же эксудата, отклоняется въ противоположную. Даже при значительной величинѣ опухоли, матка сохраняетъ еще нѣкоторую подвижность. При двухстороннемъ же *parametrit'ѣ*, особенно когда опухоли съ обѣихъ сторонъ достигли одинаковой величины, матка совершенно неподвижна, какъ бы вколочена по средней линіи таза, между обоими эксудатами. При изслѣдованіи влагалищная часть укорочена и зѣвъ нѣсколько зіяетъ. Если происходитъ полное разрѣшеніе, боль и лихорадочное состояніе постепенно исчезаютъ и, черезъ недѣлю или двѣ, больная совершенно здорова.

Если же лихорадка и боль ослабѣваютъ, но не совсѣмъ, черезъ 3—4 дня снова усиливаясь, особенно, если подобныя ожесточенія являются нѣсколько разъ, тогда эксудаты достигаютъ извѣстной величины и становятся хроническими.

При хроническомъ параметритѣ больныя жалуются на постоянное ощущеніе тяжести внизу живота, но чаще съ одной, чѣмъ съ обѣихъ сторонъ.

Ощущеніе это, подъ вліяніемъ различныхъ обстоятельствъ, переходитъ въ боль и заставляетъ больную временно слечь въ постель. Продолжительное страданіе вызываетъ цѣлый рядъ явленій со стороны нервной системы. Больныя становятся раздражительны, нервозны; развиваются истерическія явленія, которыя бываютъ особенно упорны при хроническомъ атрофи-

ческомъ параметритѣ. Мѣсячныя мало измѣняются; онѣ становятся скудными только при очень обширныхъ параметрическихъ опухоляхъ. Цервикальныя бѣли при параметритѣ часто такъ же упорны, какъ и при периметритѣ, но не въ такой сильной степени.

При хроническомъ параметритѣ, въ случаяхъ болѣе застарѣлыхъ, изслѣдованіе указываетъ на укороченіе пораженной широкой связки и наклоненіе дна матки въ ту же сторону. При двухстороннемъ параметритѣ, наклоненіе дна матки будетъ въ сторону раньше образовавшагося эксудата. Остальная часть матки, въ отличіе отъ параметрита, болѣе или менѣе подвижна.

Какъ острый, такъ и хроническій параметритъ, отъ различныхъ причинъ, имѣютъ склонность переходить въ нагноеніе, т. е. превращаться въ околوماتочный нарывъ—*plegmon peritone*.

Въ этомъ случаѣ лихорадочное состояніе и особенно боль несравненно сильнѣе, чѣмъ при обыкновенномъ параметритѣ. Боль сосредоточивается преимущественно въ области той или другой пупартовой связки, смотря по мѣсту абсцесса, и чаще, чѣмъ при простомъ параметритѣ, распространяется на соотвѣтствующую нижнюю конечность, которую больная обыкновенно держитъ согнутою въ колѣнѣ.

Ощущеніе тяжести въ тазу и напиранія на низъ также несравненно сильнѣе и къ этому присоединяется еще задержка испражнений и мочеиспусканія съ болѣзненными тенезмами. При изслѣдованіи наблюдается большей или меньшей величины напряженная болѣзненная опухоль, расположенная надъ сводами около матки, причемъ матка, смотря по величинѣ абсцесса, можетъ быть совершенно смѣщена. При склонности къ вскрытію, на этой опухоли можно нащупать болѣе размягченное флюктурирующее мѣсто. Вскрытіе абсцесса, въ непуерперальномъ состояніи, чаще всего происходитъ черезъ влагалище или прямую кишку, а также и черезъ матку. Если же нарывъ становится хроническимъ, тогда продолжительная изнурительная лихорадка можетъ надолго удерживать больную въ постели и окончательно разстроить ея здоровье.

Изъ этого краткаго обзора воспалительныхъ процессовъ, которые мы обозначили подъ именемъ *perimetritis* и *parametri-*

tis, видно, что главная задача врача, въ остромъ періодѣ воспаления, состоитъ, по возможности, въ остановкѣ послѣдняго и въ ограничиваніи образованія эксудата. Съ этой цѣлью мы обыкновенно предписываемъ больной абсолютный покой, ледъ на животъ, морфій подъ кожу, или наркотическія спринцеванія и другія симптоматическія средства.

При хроническихъ peri-parametrit'ахъ, съ цѣлью всасыванія эксудатовъ, назначаются согрѣвающие компрессы на животъ, мушки, горячія души, ванны, средства, вызывающія всасываніе, какъ напр., ichtyol, іодъ, или въ застарѣлыхъ случаяхъ минеральныя ванны, или грязи и т. п. И часто, не смотря на указанный арсеналъ средствъ и продолжительное ихъ употребленіе, мы получаемъ очень ничтожные результаты.

О примѣненіи электричества, какъ могущественнаго средства, противъ рассматриваемаго страданія, *Apostoli* первый сдѣлалъ сообщеніе на конгрессѣ въ Копенгагенѣ, въ 1884 г. и далъ точныя и опредѣленныя указанія къ примѣненію этого новаго врачебнаго средства.

Электрическое лѣченіе пери-параметритовъ различно, смотря потому, имѣемъ-ли дѣло съ острыми или хроническими припадками.

Въ остромъ періодѣ, по словамъ *Apostoli*, первая задача врача—облегчить страданіе больной, а вторая—остановить или ограничить воспаленіе.

Въ первомъ случаѣ нужно фарадизировать больную вторичнымъ токомъ, отъ шпунки съ тонкой и длинной проволокой, т. е., токомъ напряженія (courant de tension), который, по преимуществу, успокаивающій. Электризація производится слабымъ, легко переносимымъ токомъ, посредствомъ двуполюснаго влагалищнаго электрода, конецъ котораго направляется къ воспаленному мѣсту.

Фарадизація каждый разъ продолжается отъ 5 до 25 минутъ, до тѣхъ поръ, пока больная не почувствуетъ замѣтнаго облегченія. По увѣренію *Apostoli*, непременно будемъ имѣть успѣхъ, если только примѣненіе электричества производится крайне осторожно и съ предварительной дезинфекціей влагалища и самаго электрода. Сеансъ можно возобновлять до 2-хъ разъ въ день, до тѣхъ поръ, пока не уменьшится лихорадка

и не успокоится боль. Съ наступленіемъ этого періода, который можно назвать *stadium subacutum*, если только возможно зондированіе матки, безъ вызыванія большой боли, *Apostoli* совѣтуетъ примѣнять, подобно внутри-влагалищной, внутри-маточную фарадизацію, посредствомъ двуполуснаго маточнаго электрода.

Внутриматочную фарадизацію повторяютъ ежедневно также до исчезновенія всѣхъ бурныхъ явленій остраго періода. Тогда, чтобъ энергичнѣе дѣйствовать для окончательнаго подавленія воспаленія и для вызыванія всасыванія образовавшихся экссудатовъ, *Apostoli* совѣтуетъ переходить къ вольтаизаціи или къ химико-каустической внутри-маточной гальванизаціи.

Гальваническій токъ, обладая чисто химическимъ, динамическимъ и трофическимъ дѣйствіемъ, вызываетъ или ускоряетъ всасываніе экссудатовъ. Сначала, въ теченіе 3—4 минутъ, токъ примѣняется умѣренной силы, постепенно увеличиваемой отъ 20 до 40 МА, а затѣмъ, по мѣрѣ выносливости больной, усиливается и проводится болѣе продолжительно. Чувствительность больной должна служить самымъ лучшимъ критеріумомъ извѣстной силы тока.

Антисептика соблюдается самая строгая.

Сеансы возобновляются разъ или два въ недѣлю, смотря по чувствительности больной.

Послѣ каждаго сеанса рекомендуется абсолютный покой въ постелѣ.

Въ началѣ лѣченія вольтаизаціей лучше примѣнять въ матку положительный полюсъ, который, по мнѣнію *Apostoli*, возбуждаетъ меньшій приливъ крови, нежели отрицательный. Къ послѣднему переходятъ тотчасъ же, какъ только больная начинаетъ свободно переносить вліяніе положительнаго полюса.

Врачъ не долженъ забывать, что онъ имѣетъ въ рукахъ такое средство, грубое и неумѣлое примѣненіе котораго, вмѣсто желаемой большой пользы, можетъ нанести вредъ, вызвавъ обострѣніе воспалительнаго процесса.

Хроническое состояніе. По словамъ *Apostoli*, на сколько надобно быть осторожнымъ въ примѣненіи электричества въ остромъ и полустроомъ періодахъ разсматриваемаго страданія, на столько должно энергично дѣйствовать въ хроническомъ состояніи.

Въ этомъ случаѣ онъ рекомендуетъ героическое лѣчение, соединяя внутри - маточную химико-каустическую гальванизацию, наибольшей силы, вмѣстѣ съ влагалищной однополюсной—отрицательной, химической вольто-пунктурой. Последнюю онъ употребляетъ съ тою цѣлью, чтобъ сосредоточить все опредѣленное дѣйствіе электричества непосредственнымъ прониканіемъ въ самое мѣсто заболѣванія, въ данномъ случаѣ, въ около-маточную воспаленную область.

По мнѣнію *Apostoli*, вольтопунктура есть самое могущественное средство, какое онъ только можетъ рекомендовать для видоизмѣненія эксудата и послѣдующаго его всасыванія.

Описаніе специально оперативной техники электропунктуры при *peri-parametrit'axъ* находимъ у доктора *Brivois*, ученика *Apostoli*, въ его «*Manuel d'électrothérapie gynécologique technique opératoire*» (1890).

При периметритѣ эксудатъ большею частію помѣщается позади матки, поэтому изслѣдующій палецъ за маткой отыскиваетъ центральную высшую точку эксудата и тщательно ощупываетъ, нѣтъ ли въ этомъ мѣстѣ біенія артеріальнаго сосуда. Если нѣтъ, тогда къ найденному мѣсту проводятъ трубочку изъ целлюлойда или твердаго каучука, устанавливаютъ такъ, чтобы конецъ трубочки помѣщался въ центральной высшей точкѣ эксудата и въ то же время находился-бы ближе къ задней или боковой поверхности матки. Черезъ эту трубочку вводится троакаръ, которымъ и прокалывается опухоль на полсантиметра въ глубину. При этомъ, чтобъ не войти въ брюшину и избѣжать раненій сосѣднихъ органовъ, конецъ троакара, при началѣ прокола направляютъ горизонтально, а затѣмъ къ оси матки.

Чтобы троакаръ не могъ углубиться болѣе, чѣмъ на полсантиметра, ему заранѣе придаютъ опредѣленную длину съ помощью вышеупомянутой целлюлойдной трубочки и движущейся по троакару ручкѣ. Последняя посредствомъ винта можетъ быть фиксирована на любой точкѣ по длинѣ троакара. Если эксудаты старые и изолируются почти безсосудистыми плотными оболочками, тогда ручка троакара соединятся съ отрицательнымъ полюсомъ, вызывающимъ, по *Apostoli*, наибольшую конгестію и тѣмъ самымъ возстановливающимъ жизнен-

ность въ тканяхъ. Этотъ полюсъ даетъ толчекъ къ развитію сосудовъ, которые будутъ помогать всасыванію эксудата.

Кромѣ того, отрицательный полюсъ, вслѣдствіе электролитическаго дѣйствія, образуетъ вокругъ себя щелочи, которыя растворяютъ плотную ткань и тѣмъ способствуютъ уменьшенію и рассасыванію — опухолей.

Если же периметриръ болѣе свѣжій и у женщины очень чувствительной къ электричеству, тогда предпочитается употребленіе положительнаго полюса. Послѣдній, обладая меньшей способностью разрушенія ткани, оставляетъ послѣ себя и меньшую потерю субстанціи. Кромѣ того послѣ образуется довольно плотное сращеніе, особенно если эксудатъ въ нѣкоторомъ разстояніи отъ влагалищной стѣнки. Вообще *Brivois* совѣтуетъ при гальванопунктурѣ особенно врачамъ, мало знакомымъ съ употребленіемъ электричества, первое время чаще пользоваться положительнымъ полюсомъ. При употребленіи этого полюса нѣтъ никакой опасности и непріятности.

Положительный полюсъ, по *Apostoli*, уничтожаетъ конгестію и, главнымъ образомъ, дѣйствуя антисептически, не требуетъ никакого ухода за раненой поверхностью. Между тѣмъ, какъ рана, послѣ дѣйствія отрицательнаго полюса, если будетъ дурно содержима, можетъ вызвать въ результатѣ обостреніе воспаленія.

Интензивность тока. Если больная захлороформирована, тогда, смотря по неотложности случая и распространенности страданія, сила тока можетъ быть употреблена отъ 50 до 200 МА. Безъ анестезіи же необходимо руководиться переносливостью больной къ силѣ тока. Продолжительность сеанса, въ среднемъ, равняется 5 минутамъ, но она можетъ дойти и до 10 минутъ, если того требуетъ необходимость, т. е., если имѣешь дѣло съ эксудатомъ твердымъ, старымъ, объемистымъ и болѣзненнымъ. Операция оканчивается постепеннымъ уменьшеніемъ тока. При этомъ, если полюсъ положительный, троакаръ вытаскивается медленными, круговыми движеніями. Послѣ того приступаютъ къ необходимому обмыванію.

При вольтопунктурѣ антисептика должна быть обязательно строгая. Послѣ спринцованія, обыкновенно, вкладывается іодоформенный тампонъ, который мѣняется черезъ каждые два дня.

Число сеансовъ зависитъ отъ величины эксудата. Для маленькихъ эксудатовъ достаточно одного или двухъ сеансовъ, для большихъ отъ 8 до 10.

При вольтапунктурѣ сеансы должны отстоять далеко другъ отъ друга, чтобы дать возможность отдѣлиться разрушеннымъ продуктамъ и зарости стверстію прокола.

Послѣ операціи наступаетъ обыкновенно реакція, которая выражается болью въ поясницѣ, внизу живота и въ промежности, поэтому больной необходимо покойное положеніе въ постели въ теченіе 1—2 дней. У нѣкоторыхъ боль продолжается только нѣсколько часовъ, а у другихъ даже не наступаетъ никакой реакціи и онѣ могутъ приняться за обычныя занятія. Но лучше и подобнымъ субъектамъ назначать покойное положеніе въ постели на одинъ или два дня.

Струпъ, произведенный вольтапунктурой отъ отрицательнаго полюса, въ среднемъ отдѣляется черезъ 4—8 дней, а отъ положительнаго полюса черезъ 8—12 дней. Трубчатая потеря по величинѣ будетъ соответствовать величинѣ струпа и глубинѣ прониканія троакара. Каналь, образованный въ эксудатѣ отъ положительнаго полюса, бываетъ меньше и скорѣе закрывается, напротивъ, отъ отрицательнаго полюса, онъ будетъ больше и глубже и излѣчивается въ теченіе 15—30 дней. Въ теченіе этого времени, черезъ каждые два дня, дѣлается антисептическое спринцованіе и примѣняются іодоформные тампоны.

Въ остромъ и полуостромъ періодѣ параметрита, электрическое лѣченіе примѣняется точно такое же, какъ и при периметритѣ и съ тѣми же предосторожностями.

Имѣя въ виду большую наклонность параметрита переходить въ нагноеніе, для предупрежденія этого, при внутриматочной гальванизации, совѣтуется по преимуществу примѣнять активный полюсъ положительный, который сокращая сосуды, уменьшаетъ, по *Apostoli*, приливъ крови къ воспаленной части и въ то же время дѣйствуетъ мѣстно антисептически. Сеансы въ этомъ періодѣ непродолжительны, отъ 3—4 минутъ и съ малымъ напряженіемъ, отъ 25 до 40 МА. Гальванизируютъ въ недѣлю два раза. Послѣ сеанса необходимъ отдыхъ въ постели, по этому операцію лучше производить на дому у больной.

Электричество въ видѣ фарадизаціи и гальванизаціи можетъ оказать большія услуги, предупреждая переходъ параметрита въ нагноеніе.

Это могущественное средство замѣчательно по своему мѣстному антисептическому и межполюсному электролитическому и трофическому дѣйствію. Кромѣ того вольтоизація, если уже нагноеніе существуетъ, ускоряетъ образованія абсцесса, потому что въ этомъ случаѣ трудно переносится даже при слабомъ токѣ. Послѣ сеанса, обыкновенно, наступаетъ продолжительная реакція, появляется знобъ и повышеніе температуры. Фактъ очень важный въ діагностическомъ отношеніи. Разъ появляется эта реакція, можно, навѣрно сказать, что параметритъ окончится черезъ нагноеніе.

Но какъ только наступаетъ нагноеніе и образуется абсцессъ, тогда уже примѣняютъ гальванопунктуру. Последняя производится въ томъ случаѣ, когда флюктуирующая точка находится близъ стѣнки влагалища. Передъ проколомъ также тщательно изслѣдуется мѣсто вскрытія, чтобы не поранить артерію. Только конецъ троакара выдвигается изъ изолирующей трубочки не на полсантиметра, какъ при периметритѣ, а на цѣлый и даже до полутора сантиметра. Такая длина необходима, чтобы проколоть всю толщѣ влагалищной стѣнки и проникнуть въ полость нарыва. Конецъ троакара направляется прямо въ глубину опухоли.

Такъ какъ цѣль операціи—дать выходъ гною, поэтому для прокола употребляютъ предпочтительно отрицательный полюсъ и троакаръ берутъ такой величины, чтобы образовался довольно обширный струпу и достаточный фистулезный ходъ для свободного выдѣленія гноя.

Только, какъ исключеніе, употребляютъ положительный полюсъ, когда нагноеніе неясно.

При нагноеніи имѣется въ виду только извлеченіе гноя; въ такомъ случаѣ, чтобы добиться результата, повозможности, въ одинъ сеансъ, сила тока должна быть значительна, отъ 50 до 150 МА. Подобная сила всегда вызываетъ нестерпимую боль, по этому больная должна быть анестезирована.

Продолжительность сеанса 5 минутъ, хотя можетъ доходить и до 10, но это уже maximum.

Если бы фистула послѣ перваго сеанса оказалась недостаточной для выхода гноя, тогда электропунктуру слѣдуетъ повторить и, въ случаѣ необходимости, для свободного стока гноя ввести дренажъ въ гнойную полость черезъ образовавшійся каналъ. Послѣ операціи, разумѣется, должна быть соблюдена строжайшая антисептика, то есть, спринцованіе растворомъ сулемы и введеніе томпона изъ іодоформеной марли, которая перемѣняется ежедневно или черезъ каждые два дня.

Струпъ отъ отрицательной гальванопунктуры отпадаетъ обыкновенно въ теченіе 3 или 5 дней, но иногда фистула образуется и наслѣдующій день. Струпъ отъ положительнаго полюса отпадаетъ черезъ болѣе продолжительное время. На мѣстѣ струпа получается потеря субстанціи, соотвѣтственная величинѣ струпа. Образовавшееся отверстіе послѣ электропунктуры, большею частію, остается проходимымъ въ теченіе 12—20 дней. Я потому даю подробное описаніе лѣченія перипараметритовъ, по способу *Apostoli*, что почти всѣ послѣдователи его примѣняли лѣченіе электричествомъ по этому способу.

Engelmann ¹⁾ въ остромъ и подостромъ періодѣ также фарадизируетъ токомъ напряженія, употребляя индифферентный полюсъ въ видѣ небольшой пластинки, а активный во влагище, въ видѣ неметаллическаго электрода.

Послѣ уменьшенія боли, онъ фарадизируетъ уже биполярнымъ внутриматочнымъ электродомъ.

Въ хроническомъ періодѣ *Engelmann* также употребляетъ, если боли еще существуютъ, вторичный токъ, или токъ напряженія, а, по уменьшеніи ихъ, первичный, какъ возбуждающій циркуляцію крови и ускоряющій обмѣнъ веществъ. Слабыми фарадическими токами онъ совѣтуетъ начинать лѣченіе особенно тамъ, гдѣ нельзя доказать присутствіе обширнаго эксудата, а существуютъ только общія явленія, напр., общая слабость, нервныя, рефлекторныя явленія и т. п., изъ объективныхъ же явленій тѣ измѣненія, которыя наблюдаются въ хроническомъ атрофическомъ параметритѣ (*Freund'a*).

Позднѣе, по мнѣнію *Engelmann'a*, должно примѣнять влагалищно-брюшную гальванизацію, посредствомъ неметалличе-

¹⁾ *Tripier*, Bull. gener. de Therap. März, 1890. *Kleinwächter*, die Grundl. Gynäko-electr., 1892 p., 39 ect.

скаго активнаго и большаго плоскаго индифферентнаго электрода, при силѣ тока отъ 20 до 80 МА.

Только тамъ, гдѣ есть еще боль, должно употреблять положительную гальванизацію, а затѣмъ перейти къ отрицательной. Сеансъ долженъ продолжаться 6—10 минутъ. черезъ каждые 2—3 дня.

Напротивъ тамъ, гдѣ доказано присутствіе эксудата, онъ рекомендуетъ, какъ и *Apostoli*, маточно-брюшную гальванизацію съ силою тока отъ 100 до 200 МА. При старыхъ инкапсулированныхъ эксудатахъ, которые противостоятъ всякому другому лѣченію, по его мнѣнію, должно лѣчить отрицательной гальванопунктурой, не переходя силы тока свыше 100 МА. Онъ думаетъ, что подобнымъ лѣченіемъ можно довести до полного выздоровленія всѣ тѣ случаи, въ которыхъ въ настоящее время, по причинѣ продолжительныхъ сильныхъ болей, приступаютъ къ удаленію придатковъ матки.

Въ періодъ нагноенія *Engelmann* также, какъ и *Apostoli*, рекомендуетъ вскрытіе глуболежащаго гнойнаго эксудата, вмѣсто ножа, отрицательной электропунктурой, именно, черезъ *vagin'u* и никогда со стороны брюшныхъ покрововъ. Это предложеніе заслуживаетъ большаго вниманія, такъ какъ достигаемъ до гнойнаго скопленія безкровнымъ путемъ, по желанію дѣлаемъ съ гладкими стѣнками, соотвѣтственно троакару, широкій каналъ, черезъ который гной легко изливается. Если, при вскрытіи абцесса, пораненъ сосудъ и является кровотеченіе, послѣднее тотчасъ можно остановить, измѣняя отрицательный электродъ въ положительный.

Engelmann употребляетъ силу тока отъ 100 до 200 МА. Преимущество этого оперативнаго метода заключается въ безкровномъ вскрытіи, въ всасывающемъ дѣйствіи тока на инфильтрованную окружность, а затѣмъ въ возможности, по желанію, образовать широкій каналъ, смотря по толщинѣ троакара, который въ данномъ случаѣ служить электродомъ. Если бы даже произошла ошибка, относительно присутствія гноя, всетаки пункція отрицательнымъ полюсомъ не принесла бы вреда, а, напротивъ, возбудила бы и ускорила рассасываніе эксудата.

Послѣ *Apostoli*, указавшаго въ 1884 г. на свой методъ лѣченія пери-параметритовъ, въ литературѣ находимъ, что въ

1885 г. *Bockwell* ²⁾ и *Münde* ³⁾ также одобряют примѣненіе постоянного тока при хроническихъ воспаленіяхъ тазовой клѣтчатки и брюшины. При чемъ *Münde* говоритъ, что, для успокоенія болей и для достиженія уменьшенія плотности сращеній, онъ не знаетъ средства лучше гальваническаго тока; примѣняемаго часто въ видѣ продолжительныхъ сеансовъ. При хроническомъ тазовомъ целлюлитѣ, сопровождаемомъ сильными болями, по его мнѣнію, гальванизация скорѣе, чѣмъ всѣ другія средства, доставляетъ облегченіе и даже полное излѣченіе. Гальваническій токъ съ успѣхомъ примѣнялся имъ и при воспаленіи лимфатическихъ железъ и сосудовъ таза, т. е. при томъ страданіи, которое нерѣдко смѣшиваются съ хроническимъ целлюлитомъ. Въ двухъ случаяхъ онъ достигъ полного излѣченія этого страданія, помощью мѣстной гальванизации, настойчиво примѣняемой.

Въ 1886 г. *Fr. Martin* ⁴⁾ при хроническихъ целлюлитахъ съ *pelvio-peritonit*омъ, рекомендуетъ ежедневную брюшно-влагалищную гальванизацию, причемъ активный полюсъ каждый разъ прикладываетъ къ другому мѣсту. Тѣмъ же способомъ пользуется при хроническомъ воспаленіи тазовой брюшины и *Grandin* ⁵⁾ въ 1887 г.

Гальванизация, по мнѣнію *Grandin*'а, отличное успокаивающее средство и усиливающее всасываніе патологическихъ воспалительныхъ новообразованій.

Въ засѣданіи американскаго гинекологическаго общества въ Нью-Йоркѣ *Elyvon Warker* ⁶⁾, въ 1889 г., сообщилъ о лѣченіи постояннымъ токомъ периметрическаго эксудата съ сращеніями. Въ томъ же году *Orthmann* сдѣлалъ докладъ въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ о лѣченіи электричествомъ *raga et perimetrit*овъ, причемъ въ остромъ періодѣ онъ употреблялъ или фарадическій токъ, или анодъ постоянного, а

²⁾ Ueber die Anwendung d. Galv-Strom bei Beckenzellgewebsentzündung. New York Med., Record XXVIII, 1885 (Schm. Jahr.).

³⁾ Электричество, какъ терапевт. агентъ въ Гинекол. Amer. Journ. of obstetr. Decem. 1885. Переводъ *Попляковского*, 1889.

⁴⁾ De l'ectrolyse en gynakol. Assos. Med. Am. Іюля 17/24 1886 г. (Рефератъ въ Archives de Toccol., сентябрь 1886 г.

⁵⁾ The value of electricity in certain of the diseases of women ad in uterine inert. Am. journal of obstet. Апрель 1887, стр. 406 и слѣдующ., диссерт. *Массена*, 1890 г.

⁶⁾ Диссертация *Массена*, 1890 г.

въ хроническомъ—только отрицательный полюсъ постоянного тока. Изъ 36 случаевъ периметритовъ *Orthmann* въ одномъ получилъ очень благоприятный результатъ.

Послѣ 10 сеансовъ съ отрицательнымъ шаровиднымъ электродомъ въ задній сводъ влагалища, съ силою тока въ 50—70 МА., исчезла всякая болѣзненность и самый периметритъ. Въ 24 случаяхъ констатировано дѣйствительное улучшеніе и только въ 11 случаяхъ не наблюдалось ни улучшенія, ни ухудшенія.

Въ томъ же обществѣ *Bröse* и *Nagel* сообщили объ удачномъ лѣченіи пара-периметрическихъ эксудатовъ, посредствомъ постоянного тока. У перваго въ 3-хъ случаяхъ пара-периметрическаго эксудата получилось полное исчезновеніе выпота.

Наконецъ, у насъ *Варнекъ*, *Затонскій* и проф. *Снегиревъ* ⁷⁾ сообщали также объ удачномъ примѣненіи метода *Apostoli* при воспаленіи тазовой кѣтчатки и брюшины.

Д-ру *Варнеку* удавалось одной влагалищной гальванизаціей и фарадизаціей доводить твердую воспаленную опухоль, величиною въ 2 кулака, до незначительнаго утолщенія въ сводѣ.

Д-ръ *Затонскій* въ одномъ случаѣ хроническаго параметрита, послѣ лѣченія сперва фарадизаціей, а потомъ гальванизаціей, наблюдалъ полное исчезновеніе эксудата.

Проф. *Снегиревъ* примѣнялъ электрическое лѣченіе при плотныхъ и даже твердыхъ эксудатахъ, а именно, при *pelvio cellulit'axъ*, производя отрицательный уколъ черезъ влагалище и получалъ весьма успѣшное разсасываніе эксудата. Результата не получалось только въ томъ случаѣ, гдѣ существовало нагноеніе.

Въ слѣдующемъ 1890 году д-ръ *Массенъ* въ своей диссертации упоминаетъ объ одномъ случаѣ (17) значительнаго параметрическаго эксудата, который, при употребленіи внутри-маточной электризаціи (по способу *Apostoli*), быстро разсосался. Въ томъ же году *Nagel* ⁸⁾ сообщилъ, что при лѣченіи *pelvio peritonit'a* въ большинствѣ случаевъ онъ наблюдалъ улучше-

⁷⁾ О примѣненіи электр. въ гинекологіи Проток. 4-го засѣд. акушерскаго гинекологическаго общества въ Москвѣ. 1889 г.

⁸⁾ Einige Beobachtungen über die Electrother. in der Gynäkol. Archiv für Gynäkolog. Bd. 38, стр. 97 и слѣдующ., 1890 г.

ніе. Онъ нарочно выбиралъ такіе случаи, которые не поддавались другимъ способомъ лѣченія. Такихъ тяжелыхъ случаевъ было у него 32.

Способъ лѣченія: широкій электродъ на животъ и шарообразный, обложенный густымъ слоемъ ваты, активный электродъ въ задній сводъ влагалища и въ боковые, если при этомъ страдали яичники и трубы. При образованіи изъязвленій, гальванизация производилась посредствомъ внутри-маточнаго зонда. Силу тока бралъ онъ въ 50—75 МА. и максимумъ 125 МА. Сеансъ не болѣе 4—5 минутъ.

Во время боли примѣнялся активный электродъ положительный, а послѣ—отрицательный.

Подобное лѣченіе безъ результата оказалось только въ двухъ случаяхъ, съ очень незначительнымъ результатомъ въ 4-хъ, а во всѣхъ прочихъ субъективные симптомы (преимущественно боль) исчезали при внутри-маточномъ употребленіи анода. Для удаленія воспалительныхъ продуктовъ нужно было непрерывное и продолжительное лѣченіе. Въ однихъ случаяхъ объективныя явленія или вполне исчезали или улучшались настолько, что матка и придатки становились подвижными и безболѣзненными на давленіе. Въ другихъ—улучшеніе было временное и приходилось повторять электрическое лѣченіе, которое не всегда сопровождалось успѣхомъ.

По мнѣнію *Nagel*'я, при экстраперитонеальныхъ экссудатахъ гальванизация менѣе дѣйствительна, чѣмъ при внутрибрюшинныхъ.

На основаніи своихъ наблюденій, онъ приходитъ къ тому заключенію, что посредствомъ электричества во многихъ случаяхъ можно излѣчить хроническія воспалительныя страданія, если онѣ не слишкомъ стары.

Не смотря на такіе, довольно благопріятные результаты лѣченія пара-perimetrit'овъ, посредствомъ электричества, *Nagel* ⁹⁾, въ 1891 г., на засѣданіи (27 ноября) акушерско-гинекологическаго общества въ Берлинѣ заявилъ, что электрическое лѣченіе хроническаго перитонита онъ не употребляетъ съ

⁹⁾ Centralblatt. für Gynäkol., 1892 г., № 1 (Журн. Акушер. и Женск. бол., апрѣль, 1892 г.)

тѣхъ поръ, какъ испыталъ массажъ по *Thure-Brandt'y*, дающій въ этихъ заболѣваніяхъ лучшіе результаты. Но въ тоже время онъ упоминаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ внутри-брюшной эксудатъ величиною съ головку ребенка уменьшился, послѣ однократнаго примѣненія фарадическаго тока, до величины апельсина.

Нѣсколько подобныхъ же наблюденій почти внезапнаго исчезновенія большихъ эксудатовъ, послѣ примѣненія электричества, сообщалось и другими авторами.

Въ томъ же году *Arendt* ¹⁰⁾ хвалитъ электричество какъ расщепляющее средство при старыхъ периметритахъ.

Въ другомъ акушерско-гинекологическомъ обществѣ, а, именно, въ Кельнѣ, въ засѣданіи 7 января 1892 г., *Eberhart* ¹¹⁾ сдѣлалъ сообщеніе, что въ двухъ случаяхъ загиба матки съ застарѣлымъ периметритомъ онъ не получилъ никакого успѣха, а въ случаѣ загиба назадъ съ болѣе свѣжимъ периметритомъ имѣлъ хорошіе результаты при лѣченіи катодомъ (шарообразный влагалищный электродъ, сила тока 75—100 МА.).

O. Schmidt въ томъ же засѣданіи заявилъ, что наилучшіе результаты, въ случаяхъ эксудатовъ и ихъ остатковъ, онъ получалъ отъ фарадическаго и гальванофарадическаго тока.

Въ 1892 же году *Le Ves* ¹²⁾ въ своей статьѣ о тазовыхъ нагноеніяхъ приводитъ два случая, гдѣ тазовый перитонитъ оставилъ послѣ себя плотную болѣзненную опухоль. Послѣ гальваническаго лѣченія (съ силою тока отъ 50 до 80 МА.), въ одномъ случаѣ прекратились боли, осталось одно маленькое уплотненное ядро, — матка сдѣлалась подвижна, — а въ другомъ — периметрическая опухоль, послѣ двухъ сеансовъ, совершенно исчезла.

Наконецъ и я рѣшаюсь сообщить также о благопріятныхъ результатахъ, полученныхъ мною, послѣ примѣненія постоянного тока въ хроническихъ случаяхъ периметритовъ.

Посѣщая поликлинику д-ра *Apostoli* въ Парижѣ въ 1891 году, я лично видѣлъ благопріятные результаты при примѣненіи

¹⁰⁾ Centralblatt für Gynäkol., 1892, № 5. (Журн. Акуш. и Женск. болѣз., июнь, 1892 г.).

¹¹⁾ Über die Anwendung der Electricität in der Gynäk. (Deutsche medic. Wochenschrift, № 50, 1891 г. и Журн. Акуш. и Женск. болѣз., июнь, 1892 г.).

¹²⁾ Gazette med. de Paris, 1892 г., № 71.

постояннаго тока въ хроническихъ тазовыхъ перитонитахъ и потому рѣшилъ, по возвращеніи изъ за-границы, испытать этотъ способъ лѣченія. Съ этою цѣлью въ Парижѣ я приобрѣлъ большую гальваническую машину *Chardin*'а (въ 32 элемента), могущую давать токъ силою до 1000 МА., и съ сентября мѣсяца я началъ въ вышеупомянутыхъ страданіяхъ примѣнять электрическое лѣченіе.

Отъ сентября 91 года до настоящаго времени всѣхъ случаевъ peri-para-metrit'овъ, лѣченныхъ мною электричествомъ и давшихъ извѣстный результатъ, было 14.

1-й случай (№ 7372). А. П—ва, 41 года, замужняя, живетъ постоянно въ Перми, болѣетъ уже 8 лѣтъ, явилась ко мнѣ за совѣтомъ 10 сентября 1891 г.

Anamnesis: Первые регулы получила на 16-мъ году, затѣмъ мѣсяца три не было, а далѣе являлись правильно черезъ мѣсяць и продолжались по 3 дня. Замужъ вышла на 17 году и первые пять лѣтъ замужества была совершенно здорова. Забеременѣла на 2 году замужества и родила благополучно. Послѣродовое состояніе было нормально, но почему то дѣтей болѣе не было. Послѣ пяти лѣтъ замужества, мужъ ея заболѣлъ трипперомъ и заразилъ ее. Появились густыя и ѣдкія бѣли, продолжавшіяся лѣтъ пять, исхоженія сдѣлались, шесть лѣтъ тому назадъ, болѣзненными. П—ва овдовѣла и не смотря на отсутствіе супружескихъ сношеній, послѣ бывшихъ болѣй, здоровой себя болѣе не чувствовала. Въ 1886 году у нее были слѣдующія болѣзненные явленія: задержаніе мочи, боли въ обоихъ пахахъ, частыя кровотеченія, боль подъ ложечкой, запоры и головныя боли. Послѣ осмотра больной, мѣстные врачи нашли нужнымъ сдѣлать выскабливаніе матки и послѣ операциі всѣ указанныя болѣзненные явленія исчезли. Больная чувствовала себя хорошо, но недолго. Вскорѣ ей пришлось поднять довольно тяжелаго ребенка и въ тотъ же моментъ она почувствовала, какъ бы разрывъ чего то въ лѣвомъ паху. Черезъ 10 минутъ явилось сильное кровотеченіе, продолжавшееся четверо сутокъ; крови оставлены спорыньей. Послѣ того появилось лихорадочное состояніе и больная пролежала въ постели полторы недѣли. Ей были назначены горячія души и поясныя ванны. Послѣ ваннъ животъ каждый разъ вздувало, являлась боль внизу живота и по этому случаю ей назначенъ былъ на животъ ледъ, который она держала въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Перемежка была только во время спринцованія и ваннъ. Далѣе двухъ мѣсяцевъ больная не въ состояніи была выносить ледъ. Моча стала выдѣляться съ трудомъ и съ сильной болью, въ маломъ количествѣ и совершенно чернаго, кофейнаго цвѣта. По бокамъ матки получились плотныя затверденія. Во время этой болѣзни больная часто принимала морфій. Не получая отъ врачей облегченія своихъ страданій, она обратилась за помощью къ простой акушеркѣ, которая дѣлала ей ежедневно массажъ живота,

а въ промежуткахъ клала на животъ компрессы изъ горячей воды и дѣлала поясныя паровыя ванны. Благодаря этому лѣченію, всѣ затвердѣнія исчезли, боли также и больная до послѣдняго времени чувствовала себя хорошо.

Съ іюня 91 года регулы стали неправильны: по 2—3 раза въ мѣсяцъ и по 5—8 дней, крови иногда очень сильныя, съ сгустками, а иногда—въ видѣ сукровицы. Кромѣ того появлялись бѣли, боль въ яичникахъ съ ощущеніемъ жара во всемъ тѣлѣ, особенно послѣ утомительной ходьбы. Явилась постоянная боль подѣ ложечкой, запоры,—короче говоря, тѣже явленія, какія были до операциі.

Status praesens. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, подкожного жира достаточно, малокровна. Въ легкихъ и сердцѣ—ничего ненормальнаго. По наружному и внутреннему изслѣдованію половыхъ органовъ оказалось слѣдующее: матка увеличена въ объемѣ, болѣзненна, съ толстыми плотными стѣнками, антервертирована, неподвижна.

Оба яичника, особенно правый, увеличены въ объемѣ, болѣзненны и неподвижны. Отъ праваго яичника прощупываются сращения съ задней стѣнкой Дугласова пространства. Судя по изслѣдованію, здѣсь былъ *pelvio peritonitis*, оставившій сращения. Губы рыльца матки очень плотны, черезъ зеркало видно наружное устье матки въ видѣ маленькаго отверстія, скошеннаго вправо, а слѣва, въ видѣ вдавленной полости, сращеніе ея губъ рыльца, вѣроятно, какъ послѣдствіе энергичнаго выскабливанія.

На передней и задней губѣ язычками краснота съ припухшей слизистой оболочкой.

Произведена была химико-каустическая гальванизація по способу *Apostoli*, именно: въ полость матки введенъ платиновый зондъ катодъ, а анодъ на животъ, въ видѣ широкаго губчатаго электрода, надѣ обоими яичниками и маткой. Сеансъ пять минутъ. Сила тока отъ 10 МА. постепенно доходя до 20 МА. Послѣ 10 сеансовъ, черезъ каждый день, матка и яичники стали подвижны, боли совершенно исчезли, но опуханіе органовъ еще оставалось. Больная, чувствуя себя хорошо, уѣхала домой, не имѣя возможности долѣе оставаться въ Казани.

По всей вѣроятности, состояніе ея здоровья удовлетворительно, такъ какъ больную и съ тѣхъ поръ не видалъ. Уѣзжая же она хотѣла весной возобновить лѣченіе, въ случаѣ появленія болей.

2-й случай (№ 7373). Е. Б—ва, 20 лѣтъ, замужняя, живетъ въ Казани. Явилась ко мнѣ за совѣтомъ 11 сентября 1891 г. Первые регулы съ 15 лѣтъ и съ перваго же года правильно: черезъ 3 недѣли, по 3 дня, безъ всякихъ болей. Замужъ вышла 17 лѣтъ, беременна не была. Съ перваго же года замужества почувствовала боли внизу живота. Явились бѣли, желтоватаго цвѣта и продолжались пять лѣтъ, безъ всякаго лѣченія исчезли почти совсѣмъ, хотя временно появляются снова. Второй годъ, какъ регулы стали неправильны, бываютъ чаще, иногда раза по два въ мѣсяцъ и продолжаютъ по цѣлой недѣлѣ. Передъ

кровями появляются иногда боли. Послѣдніе регулы явились 31 августа и продолжались 12 дней. Во время сношеній, при введеніи члена, ощущается боль во входѣ во влагалище, а затѣмъ въ глубинѣ, съ правой стороны. Часто бываетъ боль подѣ ложечкой, внизу спины, въ крестцѣ и въ копчикѣ. Кромѣ того, боль въ лѣвомъ боку, сердцебіеніе, частыя головныя боли, головокруженія, особенно по утрамъ, истеричное состояніе.

Аппетитъ плохъ, пьетъ молоко съ мяснымъ порошкомъ. Часто страдаетъ одышкой и вздутіемъ кишекъ. Кромѣ того, рѣзъ при мочеиспусканіи и частый позывъ на нее.

Stat. praes. Въ легкихъ и сердцѣ ничего ненормальнаго. Изслѣдованіе половыхъ органовъ: матка наклонена впередъ, придавлена къ *symphisis*’у, болѣзненна, особенно въ рыльцѣ, и не можетъ быть отклонена назадъ. Въ правомъ паху отъ дна матки Фаллоппіева труба идетъ въ видѣ толстаго шнура, правый яичникъ увеличенъ въ объемѣ, приблизительно съ мандаринъ, занимаетъ весь пахъ, очень болѣзненъ и опухоль почти неподвижна. Въ лѣвой широкой связкѣ *parametri*’ческая опухоль.

Черезъ зеркало: интензивная краснота на рыльцѣ кругомъ наружнаго устья.

Такимъ образомъ, изслѣдованіе показало, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ *anterversio uteri, metro et endometritis chronica salpingo oophoritis cum perioophoritis et parametritis sinistra*.

Попытка лѣчить по способу *Apostoli* не удалась, потому что введеніе зонда въ полость матки вызывало сильную боль. Тогда и видоизмѣнили способъ лѣченія слѣдующимъ образомъ: индеферентный электродъ-анодъ такъ же, какъ въ первомъ случаѣ, въ видѣ широкой пластинки съ губкой на животъ сначала надъ маткой, а углевой электродъ *Apostoli* (катодъ) къ шейкѣ матки. Черезъ двѣ минуты катодъ переведенъ въ правый сводъ подѣ опухоль, а анодъ на животѣ передвинутъ въ правый пахъ надъ яичникомъ. Наконецъ, анодъ—надъ лѣвымъ яичникомъ, а катодъ въ лѣвый сводъ на опухоль въ широкой связкѣ. Сила тока отъ 10 до 25 МА. Черезъ 7 минутъ электризаціи болѣзненность въ половыхъ частяхъ исчезла. Послѣ гальванизаціи вложенъ во влагалище глицериново-ichtio’ловый тампонъ на сутки.

14/ix 1891 г. Такой же сеансъ, какъ въ первый разъ. Передъ сеансомъ у больной замѣчается значительно меньше напряженіе въ паховыхъ опухоляхъ и болѣзненность въ маткѣ тоже уменьшилась.

16/ix. По изслѣдованіи опухоль въ правомъ паху сдѣлалась подвижнѣе и замѣтно уменьшилась въ объемѣ, болѣзненности небольшая только въ днѣ матки. Въ лѣвомъ паху болѣзненности нѣтъ. Краснота на рыльцѣ почти исчезла. Такая же электризація, что и въ первый разъ.

23/ix. Отъ лѣваго эксудата только небольшой остатокъ у Фаллоппіевой трубы и ниже ея и эта припухлость держать еще матку неподвижно. Справа опухоль въ яичникѣ и трубѣ значительно уменьшилась и никакой уже болѣзненности.

27/ix. Теперь только слѣва слѣды бывшаго эксудата.

18/х. 15-й сеансъ электрическаго лѣченія. Слѣва, въ широкой связкѣ остается только около матки небольшой желвачекъ и уже совершенно безболѣзненный. Незначительная болѣзненность еще въ днѣ матки. Послѣдняя стала подвижна. Справа яичникъ больше нормальнаго, но совершенно безболѣзненъ. Больная чувствуетъ себя хорошо и оставляетъ лѣчение. Подобный результатъ поудилъ меня и въ слѣдующихъ случаяхъ примѣнять такой же способъ лѣченія.

3-й случай (№ 7401) О. П—ва, 23 лѣтъ, не замужняя, швед, живетъ въ Казани, больна 5 лѣтъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 27 ноября 1891 года. Носить мѣсячное начала съ 16 лѣтъ и сразу правильно: черезъ 3 недѣли, по 3 дня. Первое сношеніе съ 18 лѣтъ и въ тотъ же годъ забеременѣла. Роды окончены щипцами, вслѣдствіе узкаго таза. Послѣ родовъ была больна полтора мѣсяца воспаленіемъ въ правомъ паху, вслѣдствіе чего долго клала ледъ на животъ, затѣмъ согревающіе компрессы.

Въ первые дни болѣзни, кромѣ прикладыванія льда для уменьшенія боли, дѣлали еще подкожное вырыскиваніе морфія. Мѣсяцевъ чрезъ шесть снова почувствовала боли внизу живота. Лѣчившій тогда врачъ, нашелъ у нея триперное воспаленіе. Больная лѣчилась въ больницѣ нѣсколько разъ, но получала лишь незначительное облегченіе. Теперь она также страдаетъ и боль особенно усиливается во время регулъ. Больная обращалась за совѣтомъ въ клинику и тамъ ей сказали, что для излеченія необходима операція съ вскрытіемъ брюшной полости. Не желая подвергаться этой операціи, П—ва явилась ко мнѣ съ просьбою излѣчить ее безъ операціи электричествомъ.

По осмотру: дно матки нѣсколько отклонено влѣво, болѣзненно; матка мало подвижна, вслѣдствіе сращенія съ задней тазовой стѣнкой. Справо прощупывается опухшая Фаллопьева труба и увеличенный, болѣзненный на ощупь, яичникъ.

На основаніи изслѣдованія мною былъ поставленъ *diagnos.: metritis chronica cum adhesionibus utero sacralibus (послѣ бывшаго perimetrit'a) et salpingo-oophoritis dextra.*

29 ноября начато лѣченіе брюшно-влагалищной гальванизаціей. Положительный полюсъ, въ видѣ широкаго губчатаго электрода, на животъ и отрицательный-углевой зондъ *Apostoli*—въ задній сводъ влагалища и въ правый боковой, къ опухшей трубѣ и къ яичнику. Сила тока отъ 10 до 20 МА. продолжительность сеанса 5 минутъ.

9 декабря больная явилась снова для слѣдующей электризаціи. Послѣ перваго же сеанса она почувствовала себя лучше и регулы у нее были менѣе болѣзненны и постоянная боль подъ ложечкой все время, послѣ 1-го сеанса, была сносная. По осмотру, опухоль въ правой трубѣ исчезла. Яичникъ еще увеличенъ и болѣзненъ на ощупь. Матка подвижнѣе и очень мало болѣзненна. На шейкѣ нѣсколько увеличенныхъ железъ.

Железы проколоты и чувствительность матки тотчасъ же уменьшилась.

Послѣ втораго сеанса болѣзненность яичника и матки совершенно исчезла.

Электризація больной производилась два раза въ недѣлю. Во время рождественскихъ праздниковъ лѣчение приостановлено на двѣ недѣли.

13 января 1892 года послѣдній 8-й сеансъ. По осмотру, матка почти вполне подвижна, слѣдовательно, сращеніе боковой части разсосалось, яичникъ еще нѣсколько болѣе нормального, но совершенно безболѣзненъ. Чувствуя себя хорошо больная оставила лѣчение.

4-й случай (№ 7403) Е. С—ва, 22 лѣтъ, замужняя, занятія имѣла домашнія, живетъ въ Казани, больна 2-й годъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 4 декабря 1891 г.

Первые регулы на 16 году, первый годъ крови были только 2 раза. На 17 году вышла замужъ и на 6 мѣсяцѣ забеременѣла. Роды были благополучны—мальчикомъ. Всѣхъ дѣтей было трое (двѣ дѣвочки). Послѣ рожденія втораго ребенка была ломота въ рукахъ, ногахъ и въ лѣвомъ боку; затѣмъ маточное кровотеченіе, которое продолжалось 6 мѣсяцевъ. По случаю кровотечения лѣчилась въ гинекологической клиникѣ, гдѣ пролежала 2 мѣсяца. Эти два мѣсяца регулы были правильны. По выходѣ изъ клиники, вскоре снова явилось кровотеченіе и продолжалось полторы недѣли. Послѣ вторыхъ родовъ регулы вообще стали обильны. Раньше они были скорѣе скудны и продолжались по 3—4 дня, а теперь же по 7 дней и послѣ нихъ, въ теченіе 4—5 дней, истекаетъ сукровица. Послѣднее время, между регулъ, идутъ бѣли, которые прекращаются только за два дня до кровей.

Когда больная была въ клиникѣ, явилась боль въ правомъ яичникѣ и въ правой ногѣ. Лѣчили покойнымъ положеніемъ, горячими душами и ваннами. Сначала души примѣнялись сухія, но отъ нихъ стало несравненно хуже. Тогда перешли къ горячимъ спринцованіямъ, отъ которыхъ больная чувствовала себя немного лучше. Дома больная продолжала души въ теченіе полугода, но бѣли, крови и боли остались тѣже.

Послѣ того больная лѣчилась у доктора *Львова*, но безъ результата и потому онъ посовѣтовалъ ей рѣшиться на операцію удаленія придатковъ матки.

Больная операціи боится, рѣшилась попробовать электричество и обратилась ко мнѣ за совѣтомъ.

Status praesens. По изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено слѣдующее: шейка матки толста, нѣсколько отечна, въ заднемъ сводѣ прощупывается тѣстоватая, болѣзненная припухлость. Вся матка увеличена въ объемѣ, антевертирована, дно болѣзненно. Правая труба увеличена въ объемѣ съ сѣтковидными утолщеніями, въ количествѣ трехъ узловъ, по протяженію трубы, которая вся представляется въ видѣ плотновато узловатаго шнура, на ощупь очень болѣзненнаго. Наибольшее узловатое утолщеніе находится у выхода трубы отъ матки. Во всей широкой связкѣ отечная припухлость, правый яичникъ бугроватъ, увеличенъ въ объемѣ, болѣзненъ.

Напряженной правой трубой матка держится въ anteversii и мало подвижна. Лѣвая труба равномерно нѣсколько утолщена. Яичникъ неизмѣненъ. Баллотированіе матки очень болѣзненно и затруднено.

Diagnos: parametritis et salpingo-oophoritis dextra. Произведена слабая гальванизация, отъ 8 до 12 МА., а именно: анодъ широкій замшевый электродъ на животъ, а катодъ—углевой толстый зондъ *Apostoli*—кругомъ по своду влагалища и въ рыльце матки.

Результатомъ 10-ти минутнаго электризованія получилось: исчезновеніе отекаго опуханія, почти полное исчезновеніе болѣзненности, замѣтное уменьшеніе въ объемѣ измѣненной правой трубы и яичника и особенно рѣзкое уменьшеніе всей матки. Болѣзненность и тѣстоватое опуханіе въ заднемъ сводѣ исчезли, баллотированіе матки болѣе свободно и безболѣзненно.

Послѣ электризации, съ уменьшеніемъ боли и напряженности въ опухольхъ, произведенъ массажъ матки и ея придатковъ. Въ результатѣ еще болѣе свободная подвижность и сокращеніе всей матки. Въ стѣнкахъ ея отекаго исчезла и дно, бывшее до массажа круглымъ, опухшимъ, послѣ него сдѣлалось заостреннымъ и форма матки стала нормальна.

7 декабря, передъ 3-мъ сеансомъ электризації, изслѣдованіе показало, что матка снова еще нѣсколько увеличена въ объемѣ, но дно ея имѣетъ уже болѣе острый край. Въ заднемъ сводѣ нѣтъ уже ни разлитой опухоли, ни болѣзненности. Только въ срединѣ задняго свода прощупывается съ горошину желвачекъ, при глубокомъ давленіи немного болѣзненный. Небольшая болѣзненность замѣчается и въ правомъ яичникѣ, нѣсколько увеличенномъ и запавшемъ въ правую тазовую экскавацию. Идущая надъ нимъ правая труба четкообразныхъ утолщеній уже не имѣетъ, есть только расширение трубы у маточнаго конца и стѣнки ея въ этомъ мѣстѣ плотноваты и чувствительны на оупъ. Съ лѣвой стороны, ни въ яичникѣ, ни въ трубѣ—никакихъ измѣненій не наблюдается.

Матка теперь подвижна, при баллотированіи ея уже не замѣчается напряженія правой трубы, въ видѣ выше упомянутого плотнаго шнура.

Послѣ произведенной гальванизации, уничтожилась въ этотъ сеансъ вся чувствительность въ вышеуказанныхъ мѣстахъ и желвачекъ въ заднемъ сводѣ исчезъ. Кромѣ того, яичникъ сталъ подвижнѣе, его можно уже болѣе свободно приподнимать изъ правой экскавации. Чувствительность въ маточномъ концѣ трубы также исчезла и плотность стѣнокъ расширеннаго ея основанія сдѣлалась болѣе тѣстоватой. Способъ гальванизации, какъ въ данномъ случаѣ, гдѣ опухоли не такъ велики и плотны, я произвожу такъ: анодъ, въ видѣ широкаго, въ 10 сантиметровъ въ діаметрѣ, электрода, обтянутаго замшей или же обложеннаго губкой, кладу на животъ сначала надъ дномъ матки, когда электризую послѣднюю, или передній и задній своды, а затѣмъ надъ пахами, когда электризую придатки матки, т. е., когда помѣщая

отрицательный электродъ въ боковые своды влагалища. Отрицательный электродъ или катодъ, въ видѣ углевого цилиндра, толщиной въ полпальца и длиною въ 3 сантиметра, насаженного на изолированномъ каучукомъ металлическомъ стержнѣ, обыкновенно надавливаю пальцемъ, введеннымъ во влагалище, въ верхушку свода, вокругъ матки, идя шагъ за шагомъ и останавливаясь на каждомъ мѣстѣ по $\frac{1}{2}$ минуты. Гальванизацию въ боковыхъ сводахъ, какъ въ данномъ случаѣ подъ измѣненнымъ правымъ яичникомъ и трубой, производжу съ сильнымъ давленіемъ электродами сверху снаружи и снизу снизу. Передъ передвиженіемъ внутренняго электрода, съ одного мѣста на другое, токъ быстро низвожу до 0. Черезъ это каждый разъ получается небольшое сокращеніе въ мускулахъ живота, а также, слѣдовательно, и въ тазовыхъ мускулахъ. Ослабленіе тока еще необходимо потому, что не во всякомъ мѣстѣ больная можетъ выносить одинаковой силы токъ. Благодаря этой предосторожности можно, какъ показалъ опытъ, производить безвредно гальванизацию даже въ остромъ періодѣ заболѣванія. Чтобы ускорить выздоровленіе, послѣ каждого сеанса электризации, въ данномъ случаѣ я дѣлалъ массажъ матки и ея придатковъ въ теченіе 10 минутъ. Послѣ каждого массажа, въ результатѣ получалось исчезновеніе всякихъ слѣдовъ болѣзненности и почти свободное баллотированіе матки.

Матка соотвѣтственно ходу лимфатическихъ сосудовъ массируется мною такъ: пальцы одной руки, вставленные снаружи, черезъ покровы живота, за матку, свожу съ пальцемъ другой руки, введеннымъ въ задній сводъ влагалища. Захвативъ такимъ образомъ матку, наружной рукой по задней и пальцемъ внутри по передней ея поверхности дѣлаю мелкія круговыя движенія, по направленію вверхъ ко дну матки и отъ средней линіи матки къ боковымъ ея краямъ до встрѣчи пальцевъ обѣихъ рукъ.

Такимъ образомъ, вся матка массируется нѣсколько разъ до полученія уменьшенія ея въ объемъ. Послѣ того пальцемъ внутри влагалища поддерживаю шейку матки кверху и въ это время, снаружи черезъ покровы живота, другой рукой массирую круговыми движеніями всю поверхность маточнаго дна.

Такими же круговыми движеніями массирую и яичникъ, фиксируя ихъ снизу введеннымъ во влагалище пальцемъ.

Трубы массируются мною отъ фимбриальнаго конца къ маточному, чтобы тѣмъ самымъ направить опорожненіе ихъ содержащаго въ полость матки, а не въ брюшину. Круглыя же связки массируются отъ мѣста прикрѣпленія ихъ къ передней боковой поверхности матки по ходу ихъ до лобка. Внутренній палецъ, разумѣется, слѣдитъ за движеніемъ наружныхъ.

19 февраля 1892 года, послѣ 20 сеансовъ изслѣдованіе тазовой области показало слѣдующее: экссудаты всосались, матка, яичники, трубы нормальной величины; узловатыхъ утолщеній трубы и слѣда не осталось. По словамъ больной, регулы стали совершенно правильны, безъ всякой боли, въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ рѣньше, вмѣсто семи, только четыре дня.

Бѣли все еще продолжаютъ, но больная чувствуетъ теперь себя хорошо. Лѣчение прекратила. По случаю малокровія ей данъ совѣтъ продолжать приемы желѣза внутрь и искусственный желудочный сокъ.

Больную затѣмъ я видѣлъ въ іюлѣ мѣсяцѣ того же года на кумысномъ заведеніи въ Елабугѣ. Лѣчилась она отъ малокровія кумысомъ, въ тоже время обращалась ко мнѣ за совѣтомъ, по случаю бѣлей, и при осмотрѣ оказалось, что отъ прежнихъ страданій половой сферы не осталось и слѣда. Яичники, трубы, и широкія связки были совершенно нормальны.

5-й случай (№ 7419). В. П—ва, 21 года, замужняя, занятія домашнія, живетъ въ Казани, больна съ 29 декабря 1891 г. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 27 января 1892 года. По анамнезу: первые регулы съ 13½ лѣтъ, по 7 дней, черезъ мѣсяцъ. Крови до замужества всегда были безболѣзненны, въ незначительномъ количествѣ. Какъ вышла замужъ, черезъ мѣсяцъ же, крови, хотя также скудныя, но уже болѣзненныя. Вышла замужъ на 17 году, на первомъ же году забеременѣла. Родила мальчика совершенно благополучно, послѣ родовъ не болѣла, ребенка кормила сама. Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ, не смотря на кормленіе, были очень сильныя крови, съ болью и продолжались, по обыкновенію, 7 дней. Крови аккуратно являлись во все время кормленія, но въ промежуткахъ между ними, были постоянныя бѣли, продолжающіеся и теперь.

На Рождество пришли регулы во время, но вмѣсто недѣли, продолжались только три дня. Съ остановкой кровей явилась сильная боль внизу живота, такъ что больная должна была обратиться за врачебной помощью.

Въ теченіи трехъ дней ей клали ледъ на животъ и боль и рѣзь исчезли.

Черезъ 12 дней, т. е. 13 января, явилось сильное кровотеченіе, сгустками и продолжалось 6 дней. Вмѣстѣ съ этимъ снова боль въ лѣвомъ паху и ощущеніе въ немъ опухоли. Кромѣ того, больная жаловалась на сильную слабость, головокруженіе, тошноту, временами бываетъ рвота, поносъ, продолжающійся съ 15 января. Сонъ плохъ.

Status praesens. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, подкожного жира достаточно, окраска кожи блѣдно желтая, слизистыя оболочки очень блѣдны. Температура тѣла нормальна. Языкъ съ бѣлымъ налетомъ. Аппетитъ плохъ. Кромѣ поноса больная жалуетъ на боль, урчаніе, вздутіе въ кишкахъ. Печень, по ощущенію, также болѣзненна, особенно въ мѣстѣ нахожденія желчнаго пузыря. Селезенка увеличена и тоже болѣзненна.

Исслѣдованіе легкихъ показало: жесткое дыханіе въ большихъ бронхахъ и *ronchi sonores*.

Больная жалуетъ на кашель съ мокротой и на боль въ грудной кости.

По выслушиваніи сердца: тоны его чисты; пульсъ учащенъ до 132 ударовъ въ минуту.

Въ области почекъ—ощущеніе болѣзненности. Мочеиспусканіе довольно часто.

По изслѣдованіи половыхъ органовъ: цвѣтъ слизистой оболочки влагалища интенсивно красный; стѣнки—дряблы и покрыты довольно значительнымъ количествомъ бѣлей. Своды сзади и слѣва выпячиваются въ полость влагалища. Опухоль въ заднемъ сводѣ довольно плотная, болѣзненна, въ лѣвомъ боковомъ сводѣ тѣстоватая и также болѣзненная.

Матка наклонена и придавлена впередъ къ symphysis'у, почти неподвижна, увеличена въ объемѣ. Стѣнки ея тѣстоватой консистенціи и болѣзненны на ощупь.

Форму матки опредѣлить трудно, такъ какъ матка составляетъ одно цѣлое съ воспалительною опухолью въ Дугласовомъ пространствѣ и въ области лѣвой широкой связки. Дно матки протупывается на четыре поперечныхъ пальца выше лобка. Прощупать яичники нельзя. Давленіе въ обоихъ пахахъ и особенно въ сторонѣ трубъ болѣзненно.

Осторожно введенное зеркало показало: увеличенное отдѣленіе изъ полости матки, въ видѣ густой желтоватой слизи.

Судя по указаннымъ признакамъ, діагнозъ мною былъ поставленъ peri- para-metritis sinistra et salpingitis exudativa duplex.

Лѣченіе. Произведена гальванизация: анодъ—широкій губчатый электродъ—на животъ и катодъ—углевой зондъ *Apostoli*—въ своды вокругъ влагалищной части матки. шагъ за шагомъ, черезъ $\frac{1}{2}$ минуты перемѣщая электродъ по всему своду. Сила тока отъ 10 до 20 МА.

Послѣ 10 минутной гальванизации напряженіе опухоли и сама опухоль замѣтно уменьшились. Больная ощущаетъ, что у нея стало свободнѣе въ тазу и болѣзненность исчезла.

На слѣдующій день боль снова усилилась, такъ что больная уже не могла явиться къ электризации, такъ какъ у нея получилось обострѣніе. Явилось лихорадочное состояніе и очень сильная боль въ лѣвомъ паху, а также и напряженіе опухоли.

Этотъ случай и послѣдующіе интересны въ томъ отношеніи, что, не принявъ во вниманіе острый періодъ заболѣванія, я употребилъ при электризации довольно значительной силы токъ, который давъ сначала временное улучшеніе, въ періодъ послѣдующаго расширенія сосудовъ обусловилъ на столько сильную гиперемію, что произошло ухудшеніе воспалительнаго процесса. Для уменьшенія боли и опухоли я долженъ былъ употребить накожную гальванизацию, сначала кисточкой, а потомъ губками, примѣняя лабильный токъ.

Такая гальванизация, какъ показалъ мнѣ опытъ, дѣйствуетъ рефлекторно замѣчательно сильно на воспалительные процессы въ подлежащихъ органахъ.

Послѣ такой гальванизации быстро и надолго исчезаетъ боль и напряженіе въ воспаленныхъ органахъ, что указываетъ на сильное и продолжительное сокращеніе сосудовъ въ воспаленныхъ органахъ. Гальванизация кисточкой на кожу въ тоже время дѣйствуетъ, какъ отвлекающее средство.

Дѣйствительно, во время гальванизации кожи металлической кисточкой, соединенной съ отрицательнымъ полюсомъ, происходитъ, послѣ предварительнаго сжуженія, такое сильное расширеніе кожныхъ сосудовъ, что по ходу кисточки является яркая краснота, какъ отъ горчишника, даже сильнѣе, такъ какъ на мѣстѣ болѣе продолжительнаго дѣйствія кисточки, являются пузырьки съ выпотомъ, вокругъ которыхъ краснота особенно интензивна. Послѣ кисточки гальванизация губками, и именно, лябильная, ощущается больными очень хорошо, вызывая у нихъ ясное сокращеніе подлежащихъ поверхностныхъ и глубокихъ мускуловъ. Сокращеніе послѣднихъ для наблюдателя, разумѣется, не видно, но ясно ощущается больной.

При накожной гальванизации постоянно наблюдается слѣдующее явленіе: *чѣмъ сильнѣе воспалительный процессъ въ глубоко-лежащихъ органахъ, тѣмъ менѣе чувствительна надъ ними кожа на гальванизацию не только губками, но и сильно раздражающей кисточкой.*

Съ восстановленіемъ кожной чувствительности, является и тонусъ сосудовъ воспаленныхъ частей, а черезъ это усиливается циркуляція крови, уничтожается застойная гиперемія и коллатеральный отекъ. Чтобы дѣйствовать долѣе отвлекающимъ образомъ, особенно надъ мѣстомъ наибольшей боли и эксудативной опухоли, я поставилъ мушку на лѣвый пахъ и назначилъ suppositoria изъ ammonio-sulpho-ichtiolico, который также, какъ извѣстно, способствуетъ всасыванію эксудатовъ.

Подъ вліяніемъ этого комбинированнаго лѣченія боль исчезла довольно скоро, а затѣмъ и эксудативная опухоль стала постепенно всасываться. Всѣхъ сеансовъ накожной гальванизации было 8, а мушекъ поставлено надъ лѣвымъ пахомъ всего три.

Съ 15 марта больная встала съ постели, а 1 апрѣля, по изслѣдованіи оказывается, что опуханіе, главнымъ образомъ, остается сосредоточеннымъ въ области лѣвой трубы. Такъ какъ у больной еще покровы живота, послѣ бывшей беременности, очень растянуты и дряблы, то, для предупрежденія образованія брюшной грыжи, съ 1-го же апрѣля начата была фарадизация первичнымъ токомъ (courant de quantité) брюшныхъ мускуловъ.

Надъ лѣвымъ пахомъ еще разъ поставлена мушка. 5 мая того же года, послѣ 10 сеансовъ фарадизации, по 2 раза въ недѣлю, дряблость въ стѣнкахъ живота значительно уменьшилась и всѣ явленія бывшаго тазоваго воспаления исчезли. Больная, чувствуя себя совершенно здоровой, прекратила лѣченіе.

6-й случай (№ 7382). С. Х. Ш—ва, акушерка, 38 лѣтъ отъ роду, заболѣла съ сентября 1890 г., обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 28 февраля 1892 г.

Носитъ мѣсячное съ 14 лѣтъ, по 3 дня, черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла на 19 году, имѣла 7 беременностей, послѣдняя беременность окончилась выкидышемъ трехмѣсячнаго плода, 6 сентября 90 г., и съ этого времени начались частыя кровотеченія. 3 октября, послѣ простуды, сдѣлалось воспаление тазовой

брюшины, послѣ котораго остался эксудатъ. Больная двѣ недѣли пролежала въ постели, а затѣмъ, хотя и встала, но чувствовала постоянную боль въ поясницѣ, препятствующую при ходьбѣ, и кромѣ того, боль и тяжесть внизу живота. Нервная система сильно растроилась, явились истерическіе припадки.

St. praesens. Больная крѣпкаго тѣлосложенія, подкожного жира достаточно, слизистыя оболочки блѣдноваты. Со стороны кишекъ замѣчается урчаніе, вздутіе и запоры. Изслѣдованіе органовъ дыханія и кровообращенія указываетъ на нормальное ихъ состояніе. Со стороны мочевыхъ органовъ наблюдается катаральное состояніе пузыря: моча съ осадкомъ слизи и щавелево-кислыхъ солей, мочеиспусканіе часто.

Изслѣдованіе половыхъ органовъ: матка понижена и придавлена къ *simphisis*'у, неподвижна. За маткой въ заднемъ сводѣ, плотная шаровидная, болѣзненная опухоль, выпячивающая задній сводъ въ полость влагалища. Опухоль непосредственно соединяется съ маткой и на первое ощущеніе представляетъ какъ будто увеличенное, перегнутое назадъ дно матки. Но болѣе тщательное изслѣдованіе показываетъ, что тѣло и дно матки, нѣсколько увеличенное и болѣзненное, придавлено къ передней стѣнкѣ таза и нѣсколько влѣво и лежитъ непосредственно на заматочной опухоли; причѣмъ за дно, со стороны покрововъ живота, можно зайти пальцами на заднюю поверхность дна, гдѣ прощупывается верхняя граница эксудативной опухоли, уровень которой нѣсколько выше матки, особенно съ лѣвой стороны. Лѣвый сводъ влагалища сглаженъ и натянутъ, въ этомъ мѣстѣ ощущается разлитая, болѣзненная припухлость, тѣстоватой консистенціи и болѣе плотная кверху, по направленію къ лѣвому боку угла матки и широкой связки, сливаясь въ одно цѣлое съ заматочной опухолью. Прощупать лѣваго яичника не удалось, правый увеличенъ въ объемъ и болѣзненъ.

Діагнозъ: *perimetritis et parametritis sinistra chronica et metrophoritis dextra.*

Въ тотъ же день начато лѣченіе, посредствомъ брюшновлагалищной гальванизациі. На животъ широкій, влажный, губчатый электродъ съ надавливаніемъ болѣе съ лѣвой стороны, а отрицательный электродъ—углевой толстый зондъ *Apostoli*—начиная справа, въ задній сводъ и затѣмъ, шагъ за шагомъ, приводя въ лѣвый боковой и частью въ передній. Сеансъ 5 минутъ и сила тока, на первый разъ, отъ 8 до 12 МА. Результатъ отъ электризаціи, получился очень хорошій: болѣзненность немедленно уменьшилась, можно было свободно давить на эксудатъ и на нижнюю часть живота. Больная чувствовала, что и напряженіе и тяжесть въ тазу ослабѣли и при движеніи она уже чувствуетъ большую свободу.

Электризація продолжалась черезъ день амбулаторно, каждый разъ съ одинаковымъ результатомъ. При этомъ силу тока можно было постепенно увеличивать и на 5-й сеансъ довести до 40 МА. Съ усиленіемъ и промежутки между сеансами увеличивались, до

двухъ разъ въ недѣлю. Черезъ 8 сеансовъ эксудатъ сзади всосался, но слѣва сзади и съ боку всасываніе наблюдалось болѣе медленное. Получивъ значительное облегченіе, больная стала являться на электризацію неаккуратно, а именно, въ недѣлю или въ двѣ—разъ и, не смотря на это остатки эксудатовъ продолжали всасываться. Послѣ 17 сеансовъ остается небольшой желвачекъ въ области лѣваго свода влагалища, гдѣ ощущается и натяженіе свода, въ видѣ утолщенной ленты. Чувствуя себя хорошо при чемъ и регулы стали правильны, больная прекратила лѣченіе.

Больная эта интересна еще въ томъ отношеніи, что на нее очень благотворно влияетъ и лѣченіе фарадизаціей. Такъ въ мартѣ 93 г., неизвѣстно отъ какой причины, явились у нее гемороидальныя шишки и сильная болѣзненность въ нихъ. Сначала я фарадизировалъ ихъ вторичнымъ токомъ, одинъ проводникъ на животъ въ области *S. Romanum*, а другой на шишки. По уменьшеніи болѣзненности, для сокращенія шишекъ примѣнилъ фарадизацію первичнымъ токомъ, какъ наиболѣе дѣйствующимъ на сокращеніе мускулатуры. Въ 7 сеансовъ шишки совершенно исчезли.

Вскорѣ послѣ этого, вслѣдствіе подъема тяжелаго узла съ бѣльемъ появилось расхожденіе прямыхъ мышцъ живота и растяженіе пупочнаго кольца. Растянутый пупокъ сталъ болѣть и въ него начала входить кишечная петелька. Проталкивая ее внутрь, палецъ ощущаетъ кольцо, черезъ которое онъ могъ входить почти до половины перваго сустава. Фарадизація первичнымъ токомъ (*courant de quantité*) мускуловъ живота, особенно прямыхъ, въ 5 сеансовъ уничтожило ихъ расхожденіе и пупочное кольцо такъ сдузилось и втянулось внутрь, что грыжа окончательно исчезла.

Подобный случай въ моей практикѣ не единственный, но объ этомъ поговоримъ когда нибудь послѣ.

Въ началѣ декабря прошлаго года больная обратилась ко мнѣ съ просьбой сдѣлать еще нѣсколько гальванизацій, надъ оставшимся желвачкомъ въ области лѣваго свода, такъ какъ послѣднія менструаціи сопровождались непріятнымъ ощущеніемъ въ области лѣваго паха. Вслѣдствіе этого ощущенія она во время менструаціи чувствовала нервную раздражительность.

Хотя во время осмотра я не нашелъ видимаго ухудшенія въ мѣстѣ выше упомянутаго желвачка и лентовиднаго утолщенія лѣваго свода, но всетаки, согласно желанію больной, я снова началъ гальванизировать ее, употребляя теперь, въ теченіе 3—4 минутъ, силу тока въ 25—30 МА. Послѣ 4 сеансовъ лентовидное утолщеніе исчезло и вмѣсто желвачка остается слѣдъ припухлости. Больная чувствуетъ теперь себя отлично, всякая нервность исчезла.

7-й случай (№ 7482). А. А. М—ва, 41 года, замужняя, занятія имѣетъ домашнія, живетъ постоянно въ Бирскѣ, Уфимской губ., больна 5 лѣтъ. Ко мнѣ обратилась за совѣтомъ 13 мая 1892 г.

Носить мѣсячное начала съ 18 лѣтъ, сильно, безъ боли, по 4 дня, черезъ мѣсяцъ. Такъ регулы продолжались и по выходѣ замужъ на 23 году.

Беременна была 9 разъ и послѣдняго ребенка родила пять лѣтъ назадъ. Послѣ этихъ родовъ регулы стали сильнѣе и продолжаются отъ 10 до 12 дней. Промежутокъ времени между родами, обыкновенно, былъ равенъ полутора или двумъ годамъ. 7-го ребенка родила мертвымъ, а 8-го выкинула на 3 мѣсяцѣ беременности. При всѣхъ беременностяхъ плодовыхъ водъ бывало очень много. Въ послѣродовомъ періодѣ схватки обыкновенно бываютъ очень болѣзненны. Кромѣ того, почти всегда недѣли по двѣ больная страдаетъ геммороидальными шишками. Дѣтей кормила сама.

Послѣ 9 ребенка явились бѣли, густыя, ѣдкія, зеленоватаго цвѣта, появляются теперь между регулами и очень истощаютъ больную. Съ того же времени постоянно ощущается боль внизу живота и особенно въ лѣвомъ паху. Думаетъ, что причина заболѣванія раннее вставаніе съ постели послѣ родовъ и тяжелая работа.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, подкожного жира немного. Окраска кожи блѣдно-желтоватая. Слизистыя оболочки блѣдны.

Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія ничего ненормального. Со стороны пищевыхъ органовъ: отрыжка и временами даже рвота. Послѣ ѣды почти постоянная боль и тяжесть подъ ложечкой. Затѣмъ частые запоры. Кромѣ того ежемѣсячно страдаетъ головными болями.

По изслѣдованіи половыхъ органовъ оказывается, что матка увеличена нѣсколько въ объемѣ, болѣзненна на ощупь, съ плотными стѣнками и подвижность ея ограничена особенно слѣва, что зависитъ отъ тѣстоватой, разлитой опухоли въ области лѣвой широкой связки, причемъ и лѣвая Фаллопьева труба увеличена въ объемѣ и болѣзненна. На объемистой шейкѣ матки прощупываются многочисленныя железы *Nabot'a*.

Судя по даннымъ изслѣдованіямъ, здѣсь имѣется: *metro-cervicitis chronica follicularis et salpingo-parametritis sinistra*.

Лѣченіе. Наботовы железы были проколоты и затѣмъ произведена гальванизация въ области лѣваго паха. Анодъ на животъ, а катодъ, въ видѣ углевого толстаго зонда *Apostoli*, въ лѣвый сводъ, подъ параметрическую опухоль. Кромѣ того, съ цѣлью уменьшенія ослабленія покрововъ живота, сдѣлавшихся дряблыми и отвислыми, по случаю частыхъ беременностей, произведена еще фарадизация первичнымъ токомъ брюшныхъ мускуловъ. Гальванизация производилась ежедневно токомъ средней силы, до 20 МА.

Послѣ 8-го сеанса, т. е. 21 мая, опухоль въ лѣвой широкой связкѣ почти вся разсосалась. Остается только узелокъ, въ волоцкѣй орѣхъ, ближе къ боковой стѣнкѣ матки. Чувствуя себя хорошо, больная хотѣла продолжать лѣченіе до полного выздоровленія, но по домашнимъ обстоятельствамъ должна была вскорѣ уѣхать.

Матка у нея оставалась еще увеличенной въ длину, хотя общій ея объемъ уменьшился.

Чтобы довести матку до нормы, былъ данъ совѣтъ брать дома 3 раза въ недѣлю, ванны.

8-й случай (№ 7600). М. А. М.—чѣ, 40 лѣтъ отъ роду, замужняя, занятія имѣетъ домашнія, живетъ постоянно въ Лаишевѣ, больна съ замужества, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 14 января 1893 года.

Носить мѣсячное начала съ 12 лѣтъ. Крови бываютъ довольно сильныя, безъ всякой боли, по 5 дней, черезъ 3 недѣли. Замужъ вышла на 16-мъ году, и съ перваго же года замужества стали являться сильныя боли передъ и во время регулъ. Ритмъ кровей измѣнялся. Регулы то часты, то рѣдки, а по лѣтамъ, въ жаркое время, совсѣмъ не бывали. Временами являются бѣли, густыя, слизистыя, свѣтлыя и иногда молочнаго цвѣта.

Беременности не было. Съ перваго же года замужества начала ощущать боль въ лѣвомъ паху и въ крестцѣ. Первое время, при супружескихъ сношеніяхъ, ощущала удовольствіе, а потомъ и до настоящаго времени этого пріятнаго ощущенія не испытываетъ, а, напротивъ, сношеніе только раздражаетъ ее, потому что каждый разъ вызываетъ боли.

Status praesens. Тѣлосложенія средняго. Количество подкожнаго жира немного. Кожа и слизистыя оболочки блѣдно окрашены. Языкъ обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Аппетитъ, хотя довольно хорошъ, но часто бываетъ отрыжка, боль и тяжесть подъ ложечкой, особенно послѣ ѣды. Запоры.

Со стороны груди, сердца, мочевыхъ органовъ—ничего ненормальнаго. Относительно нервной системы: общая раздражительность, истеричное состояніе. Сонъ плохой. По осмотру половыхъ органовъ: матка увеличена въ объемъ, имѣетъ опухшія и болѣзненные на ощупь стѣнки. Въ области правой трубы ощущается опухоль съ куриное яйцо, нѣсколько подвижная и болѣзненная при давленіи.

Въ лѣвой широкой связкѣ сплошная опухоль, разлитая, тѣстоватой консистенціи.

Вслѣдствіе этой опухоли матка фиксирована довольно крѣпко.

Диагнозъ: metro salpingitis dextra et parametritis sinistra.

Лѣченіе тотчасъ же начато брюшно-влагалищной (въ своды), отрицательной гальванизацией, послѣ которой напряженіе опухоли и боль значительно ослабли. Электризація производилась по вышеуказанному методу.

30 января, послѣ 6-ти сеансовъ гальванизации, опухоли оказались значительно уменьшенными въ объемѣ и общее самочувствіе рѣзко улучшилось. Боль подъ ложечкой, постоянно ощущаемая больной, исчезла окончательно. Остается только ощущеніе напряженія въ лѣвомъ паху, гдѣ находившаяся прежде сплошная опухоль теперь значительно уменьшалась въ объемѣ.

Больная, чувствуя себя хорошо, пожелала уѣхать домой. Для поддержанія дальнѣйшаго всасыванія параметрической опухоли,

назначены больной горячія души, два раза въ недѣлю, теплыя ванны и пессарій изъ ammonio-sulpho-ichthylico.

Очень жаль, что этотъ случай, такъ хорошо начавшій поддаваться гальваническому лѣченію, не былъ доведенъ до конца, т. е. до полного излѣченія.

9-й случай (№ 7648). А. З—на, 27 лѣтъ, замужняя, занятія домашнія, живетъ въ Казани, больна пять лѣтъ. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 22 февраля 1893 года.

Мѣсячное носить съ 17 лѣтъ, по три дня, черезъ 4 недѣли; крови до замужества были сильны и безъ всякой боли. Послѣ замужества и родовъ, крови нѣсколько обильнѣе и продолжаются по 7 дней. Первое время послѣ родовъ, въ теченіе трехъ мѣсяцевъ, крови являлись черезъ каждую недѣлю. Лѣчилась въ клиникѣ и послѣ того регулы являются черезъ 3 недѣли и бываютъ по 3 дня. Послѣднія регулы были недѣля тому назадъ.

Замужъ вышла по 20-му году и въ первый же годъ забеременѣла. Беременность прошла нормально. Роды тянулись дня три, но окончились силами природы. Ребенокъ умеръ на 11-й день. Послѣ родовъ явилась боль въ животѣ, которая съ тѣхъ поръ и беспокоитъ больную. Послѣ же родовъ долго были бѣли, которыя прекратились отъ лѣченія.

Status praesens. Тѣлосложеніе средняго, подкожнаго жира немного, окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдновата. Аппетитъ плохъ. Часто страдаетъ отрыжкой и изжогой. Послѣ ѣды является боль подъ ложечкой и тяжесть; часто урчаніе, боль и вздутіе въ кишкахъ, изрѣдка запоры.

Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія ничего особеннаго нѣтъ. Больная жалуется на частое сердцебиеніе, но въ данную минуту число ударовъ пульса равно 96. По осмотру половыхъ органовъ: матка увеличена противъ нормы, болѣзненна, особенно въ днѣ, стѣнки утолщены, плотноваты; на передней стѣнкѣ, въ полости шейки, прощупывается, величиною меньше воложскаго орѣха, фиброзная подслизистая опухоль. Баллотированіе матки затруднено, вслѣдствіе заматочной болѣзненной опухоли, выпячивающей задній сводъ.

Заматочная опухоль разлитая, неподвижная. Яичники и лѣвая Фаллопиева труба опухшіе и болѣзненны.

Въ зеркало: слизистая оболочка шейки интенсивно краснаго цвѣта, изъ полости выдѣленіе густоватой слизи.

Диагнозъ. *Metro salpingo-oophoritis sinistra, endometritis et perimetritis chronica.*

Лѣченіе: брюшно-влагалищная негативная гальванизация; угольный электродъ къ маткѣ и въ задній сводъ влагалища. Сила тока 40 МА. (при 15 элемен.). При измѣреніи реостатомъ, сопротивленіе тканей = 270 омамъ.

Послѣ перваго же сеанса, продолжавшагося 5 минутъ, значительное облегченіе боли въ днѣ матки и въ области лѣваго яичника.

Въ теченіе полутора мѣсяцевъ всего сдѣлано 8 сеансовъ, по 2 раза въ недѣлю. Около двухъ недѣль электризации не было,

по случаю регуль; заматочная опухоль (perimetрическая) рассосалась окончательно. Лѣвая труба также нормальной величины. Остается незначительная опухоль только въ яичникѣ. Лѣчение прекращено.

10-й случай (№ 7697). А. Ф. С—ва, 31 года, замужняя, занятія имѣетъ домашнія. Мѣстожительство Уфа, больна съ декабря 1892 г. Обратилась за совѣтомъ ко мнѣ 1 мая 1893 г. Менструируетъ съ 11 лѣтъ, крови бываютъ сильныя, съ болью, по 7 дней, черезъ три недѣли. Замужъ вышла 17 лѣтъ и въ первый же годъ забеременѣла. Роды были благополучны. Всѣхъ оконченныхъ беременностей было 7. Промежутокъ времени между родами, болѣею частью, былъ равенъ двумъ годамъ. При восьмой беременности, черезъ 2½ мѣсяца, произошелъ выкидышъ, а именно, въ декабрѣ мѣсяцѣ, и съ тѣхъ поръ постоянныя кровотеченія, продолжающіяся по двѣ недѣли, съ свободнымъ промежуткомъ въ одну недѣлю и 3 дня. Недавно показались еще бѣли.

Status. praes. Больная среднего тѣлосложенія,—подкожного жира немного, окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ блѣдная. Аппетитъ хотя хорошъ, но часто бываетъ изжога, тошнота, отрыжка. Последнее время, передъ регулами, является боль, тяжесть и давленіе подъ ложечкой. Часто бываетъ урчаніе, вздутіе, боль въ кишкахъ. Запоры. Со стороны легкихъ, сердца, мочевыхъ органовъ—ничего ненормальнаго. Сонъ плохой. По изслѣдованіи половыхъ органовъ оказывается слѣдующее: матка удлинена и увеличена въ объемѣ, болѣзненная. Шейка, въ видѣ чалмы, плотная, устьянная увеличенными слизистыми железами.

Наружное устье зияетъ; конецъ пальца свободно входитъ въ полость шейки, гдѣ на задней стѣнкѣ, находятся два плотныхъ узелка, повидимому, небольшихъ, подслизистыя фибромы. Выше полость шейки съ продолговатыми, довольно глубокими бороздами. Матка перегнута впередъ выше внутренняго устья, но дно ея возможно отклонить нѣсколько взадъ, между тѣмъ какъ шейка матки фиксирована къзади неподвижно. За шейкой въ Дугласовомъ пространствѣ ощущивается плотная, болѣзненная опухоль.

Кромѣ того наблюдается зыблющая опухоль въ сторонѣ лѣваго яичника, повидимому киста яичника, но въ общей массѣ опухоли рѣшить это еще трудно.

Диагнозъ поставленъ: *subinvolutio uteri cum cervicite folliculare perimetritis chronica et cysta ovarii sinistra.*

Лѣчение. Прежде всего были проколоты железы *Naboti*, послѣ чего шейка, по отдѣленіи крови въ количествѣ, приблизительно трехъ столовыхъ ложекъ, тотчасъ же уменьшилась въ объемѣ и воспаленность матки исчезла. Затѣмъ произведена отрицательная влагалищно-брюшная гальванизация, посредствомъ угольнаго зонда въ задній и лѣвый боковые своды, при силѣ тока отъ 10 до 20 МА.

10 мая долженъ былъ быть 4-й сеансъ, но, вслѣдствіе наступившаго наканунѣ лихорадочнаго состоянія, гальваническое лѣчение было приостановлено, и больной было назначено внутрь, въ виду опухшей селезенки, chinin съ ergotin'омъ и микстура съ раз-

веденной соляной кислотой. На слѣдующій день выяснилось, что больная заболѣла гриппомъ и вслѣдствіе этой болѣзни, повидимому, отъ кашлевыхъ движеній, въ заматочной опухоли усилилось напѣяженіе и болѣзненность, почему и поставлена была мушка на крестецъ. На другой же день, послѣ того, какъ мушка натянула большой пузырь, напѣяженіе и болѣзненность въ периметрической опухоли значительно уменьшились.

Influenza была въ легкой формѣ, лихорадочное состояніе скоро исчезло и съ 16 мая можно было снова начать мѣтное гальваническое лѣченіе.

28 мая былъ 5-й и послѣдній сеансъ, послѣ перерыва, или 8-й, съ начала лѣченія. Исслѣдованіе показало, что опухоль за маткой уменьшилась вдвое. Задній сводъ сталъ замѣтно свободнѣе, шейку матки уже можно оттягивать впереди. Опухоль въ сторонѣ лѣваго яичника также болѣе выясняется и предположеніе о кистѣ подтверждается. Больной данъ совѣтъ лечь въ клинику къ проф. *Фенomenову*, для удаленія кисты, посредствомъ оваріотоміи; но больная, чувствуя себя лучше, оставила лѣченіе до осени. Осенью больную я не видалъ и ничего не могу сообщить о дальнѣйшей ея судьбѣ. Хотя этотъ случай и не вполне доказателенъ, относительно благоприятнаго вліянія влагалищно-брюшной гальванизации на периметрическую опухоль, такъ какъ здѣсь примѣнена была еще мушка, но я счелъ возможнымъ описать его, въ виду наступавшаго яснаго улучшенія, которое чувствовала больная каждый разъ послѣ сеанса.

11-й случай (№ 7721). А. К—ва, 20 лѣтъ, замужняя (жена мастерового на Ижевскомъ заводѣ). Заболѣла послѣ родовъ, съ 18 марта 1892 г., обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 29 мая 1893 года.

Первыя регулы съ 14 лѣтъ. До замужества крови были небольшіе, безъ всякой боли. По выходѣ замужъ, на 18 году, крови стали значительно обильнѣе, хотя ритмъ сохранился прежній: черезъ 4 недѣли, по 3 дня. Послѣ же родовъ, бывшихъ 18 марта прошлаго года, болѣла 4 мѣсяца и съ тѣхъ поръ не можетъ поправиться до настоящаго времени. Регулы теперь бываютъ очень сильныя, каждый разъ съ сгустками и продолжаются по 8 и 12 дней, черезъ 4 недѣли.

Какъ вышла замужъ страдаетъ бѣдами, которыя являются въ промежуткѣ между регулами. Съ самыхъ родовъ чувствуетъ въ крестцѣ и внизу живота боль, которая во время сношенія настолько усиливается, что супружескія отношенія становятся невозможными.

Status praes. Больная средняго тѣлосложенія, подкожнаго жира очень немного. Страдаетъ постоянными запорами. Мочеиспусканіе часто, моча прозрачна и безъ осадка. Со стороны органовъ дыханія и кровообращенія ничего ненормальнаго. Сонъ плохой.

Исслѣдованіе половыхъ органовъ показало: матка неподвижна, придавлена къ передней стѣнкѣ таза, велика, влагалищной части почти нѣтъ. Позади матки сводъ выпяченъ, прощупывается довольно плотная опухоль съ поперечнымъ валикомъ. Давленіе на опухоль и матку вызываетъ боль.

Діагноз: Perimetritis chronica et metritis.

Лѣченіе начато брюшно-влагалищно-негативной гальванизаціей, съ силою тока отъ 20 до 40 МА.

Послѣ перваго сеанса напряженіе и болѣзненность въ зачаточной опухоли и въ самой маткѣ уменьшились. Больная тотчасъ же почувствовала облегченіе боли внизу живота.

9 мая 1893 г., послѣ 5-го сеанса, зачаточная опухоль значительно уменьшилась, поперечный валикъ исчезъ. Влагалищная часть матки, особенно сзади, начинаетъ обозначаться и вся матка въ объемѣ меньше. Баллотированіе матки уже указываетъ на нѣкоторую ея подвижность, при чемъ и болѣзненность значительно меньше.

Получивъ облегченіе, больная проситъ отпустить ее домой, такъ какъ дольше жить въ Казани она не имѣетъ средствъ. Ей данъ совѣтъ ставить на крестецъ повторныя мушки, брать теплыя ванны 2 раза въ недѣлю и дѣлать горячія души, чтобы подобнымъ лѣченіемъ поддерживать начавшееся рассасываніе периметрической опухоли.

12-й случай (№ 7787). А. Ф—ва, 35 лѣтъ, замужняя, занятія имѣетъ домашнія, больна съ 15 сентября, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 22 октября 1893 г.

Носитъ мѣсячное начала съ 13 лѣтъ, крови всегда обильная, по 8 дней и черезъ 3 недѣли. Какъ вышла замужъ, на 17 году, передъ регулами стала чувствовать боли въ животѣ, головокруженіе, но съ послѣдними родами опять регулы безболѣзненны. Послѣдній разъ были 1½ недѣли назадъ. Имѣла 8 беременностей (6 мальчиковъ, 2 дѣвочки). Послѣдняя беременность окончилась шесть лѣтъ тому назадъ, вслѣдствіе поднятія тяжелаго сундука, выкидышемъ на второмъ мѣсяцѣ. До этого выкидыша дѣти рождались обыкновенно одинъ за другимъ, черезъ 1 годъ 8 мѣсяцевъ. Характеръ беременностей нормальный; роды всегда были правильны и въ срокъ. Дѣтей кормила сама. Послѣ выкидыша страдала воспаленіемъ матки, въ теченіе двухъ мѣсяцевъ. Затѣмъ, чувствовала себя сносно; временами являлись бѣли, но продолжались обыкновенно недолго. 15 сентября 1893 года, послѣ долгой разлуки съ мужемъ, имѣла съ нимъ повторныя бурныя сношенія, послѣ которыхъ на другой день должна была нѣсколько верстъ проѣхать въ тряскомъ экипажѣ и въ тотъ же день заболѣла. Докторъ, лѣчившій больную, діагностицировалъ воспаленіе матки и назначилъ ей на низъ живота ледъ, который больная держала непрерывно въ теченіе 4 дней. Послѣ того все время кладетъ согревающіе компрессы и дѣлаетъ раза три въ день горячія души. Теперь, хотя съ трудомъ, можетъ вставать съ постели, но чувствуетъ боль внизу живота, въ лѣвой сторонѣ поясницы и въ крестцѣ.

St. p. Больная средняго тѣлосложенія, подкожного жира немного. Окраска кожи, слизистыхъ оболочекъ нормальна. Со стороны органовъ дыханія, кровообращенія, мочевыхъ, пищеварительныхъ органовъ, кромѣ запоровъ, ничего не нормального не наблюдается.

По осмотру половых органов: матка почти неподвижна и болѣзненна. На шейкѣ много опухшихъ железъ. Въ заднемъ сводѣ плотная, валикообразная, болѣзненная опухоль, имѣющая большій объемъ съ лѣвой стороны. Лѣвый яичникъ также болѣзненъ и опухшій. Лѣвая труба равномерно утолщена, натянута и болѣзненна на ощупь.

Измѣненная труба, яичникъ, матка и опухоль держатся почти неподвижно.

Распознаваніе: Perimetritis et metro-salpingo-perioophoritis sinistra.

Лѣченіе начато проколами опухшихъ железъ на шейкѣ, причемъ крови вышло, приблизительно, съ десертную ложку и послѣ того боль въ маткѣ при дотрагиваніи уменьшилась.

Съ слѣдующаго дня была сдѣлана брюшно-влагалищная гальванизація, послѣ которой больная почувствовала сейчасъ-же облегченіе, выразившееся въ ощущеніи большой свободы въ лѣвой сторонѣ таза и въ ослабленіи боли. Послѣднее констатировалось изслѣдованіемъ послѣ сеанса.

Сила тока, соотвѣтственно переносливости больной, въ первый разъ была доведена отъ 8 до 12 МА. Въ слѣдующихъ сеансахъ сила тока, могла быть постепенно усилена и при седьмомъ сеансѣ больная свободно выносила силу тока уже въ 25 МА., при сопротивленіи тѣла въ 550 оммовъ. Послѣ 7-го сеанса, 8-го ноября 1893 года, при изслѣдованіи, опухоль сзади замѣтно уменьшилась, вслѣдствіе чего матку довольно высоко можно прощупать сзади.

Опухоль и болѣзненность въ трубѣ и яичникѣ значительно меньше. Больная чувствуетъ себя хорошо. Два дня, какъ кончились крови, продолжавшіяся 10 дней. Въ этотъ разъ болѣзненность при регулахъ была сравнительно слабѣе, чѣмъ до лѣченія электричествомъ, но кровоизліяніе почти такое-же обильное, какъ и раньше.

10-го ноября, черезъ 8 сеансовъ, изслѣдованіе показало, что съ лѣвой стороны заматочная периметрическая опухоль почти всосалась. Яичникъ замѣтно меньше въ объемъ и его конфигурація много яснѣе. Опуханіе въ области Фаллопьевой трубы едва замѣтно. Матка слѣва болѣе подвижна, чѣмъ справа, гдѣ сводъ еще сглаженъ и натянутъ, въ видѣ толстой перемычки, и задерживаетъ шейку при ея движеніи. Дно матки теперь свободно можно двигать почти во всѣ стороны. Больная чувствуетъ себя совсѣмъ хорошо. Ощущеніе внизу живота и крестцѣ постоянной боли и тяжести, мѣшающей при ходьбѣ, теперь исчезло.

22-го ноября, послѣ 10 сеансовъ, заматочная опухоль окончательно исчезла, только есть еще незначительная задержка справа, при баллотированіи матки. Матку можно опускать и приподнимать безъ всякой боли.

9-го декабря. Больная явилась послѣ регулъ, которые продолжались только 8 дней и были уже не такъ обильны, какъ во время существованія опухоли. По изслѣдованіи: опухоли больше нѣтъ, матка баллотируется свободно и безболѣзненно. Правый

боковой сводъ нѣсколько стянуть, но это зависитъ отъ маленькаго рубца, который произошелъ, какъ оказывается, изъ дополнительныхъ расприсовъ, послѣ Эмметовской операціи, бывшей по случаю разрыва, во время родовъ, шейки матки и части свода съ правой стороны. Я посоветовалъ больной прекратить лѣчение, но она просила еще продолжать, потому что при усиленной ходьбѣ чувствуетъ еще тяжесть внизу живота, хотя боли уже не ощущаетъ. Черезъ слѣдующіе три сеанса наступило полное выздоровленіе.

13-й случай (№ 7804). М. К—нь, 37 лѣтъ, замужняя, занятія домашнія. Заболѣла 2 года назадъ, обратилась ко мнѣ за совѣтомъ въ половинѣ августа (1892 г.) ¹³⁾. Носить мѣсячное начала съ 12 лѣтъ, сильно, безъ боли. Годъ была остановка, а затѣмъ регулы аккуратны, черезъ 3 недѣли, по 1 недѣлѣ. Замужъ вышла на 16 году. Регулы стали сильнѣе. Беременная была 5 разъ, родила трехъ мальчиковъ и двухъ дѣвочекъ. Последніе роды 15 лѣтъ назадъ и послѣ нихъ крови стали являться съ болью, хотя ритмъ сохранился прежній.

Черезъ полгода послѣ родовъ, во время регулъ, долго сидѣла на холодной каменной лѣстницѣ и въ тотъ же день крови остановились. Явилась сильная боль внизу живота, а затѣмъ на другой день кровотеченіе, продолжавшееся 6 недѣль. Далѣе 3 мѣсяца правильные регулы, а затѣмъ снова кровотеченіе пѣлый мѣсяць и съ тѣхъ поръ чувствуетъ себя больной. Крови являются часто и безъ всякаго ритма, черезъ одну, двѣ и три недѣли.

Года три назадъ, опять, послѣ простуды, явилась сильная боль внизу живота и въ поясницѣ, затрудненное мочеиспусканіе, упорный запоръ. Пролежала съ мѣсяць въ постели. Съ тѣхъ поръ осталась боль въ поясницѣ и животѣ, запоры по 3—4 дня, урчаніе и частое вздутіе въ кишкахъ, невозможность поднимать что либо тяжелое и имѣть супружескія отношенія. Последнія каждый разъ вызываютъ сильнѣйшую боль.

Status praes. Больная средняго тѣлосложенія, подкожного жира немного. Слизистыя оболочки блѣдны. По изслѣдованію органовъ дыханія, кровообращенія и мочевыхъ—ничего не нормальнаго.

При осмотрѣ половыхъ органовъ, найдено: матка лежитъ низко, неподвижна, придавлена нѣсколько впередъ. Попытка приподнять ее кверху и баллотировать вызываетъ сильную боль. Въ заднемъ сводѣ, позади матки, а также въ сторонѣ яичниковъ и широкихъ связокъ и, особенно справа, бугристая, плотная, болѣзненная опухоль. Опухоль неподвижна, сзади сдавливаетъ прямую кишку, чѣмъ и обусловливаются запоры. Матка съ опухолью составляетъ какъ бы одно цѣлое.

Діагнозъ *peri-et-parametritis duplex chronica*.

Лѣчение въ тотъ же день начато брюшно-влагалищной отрицательной гальванизаціей. Широкій электродъ на животъ и угловой

¹³⁾ Этотъ случай по порядку долженъ быть 8-мъ, но я помѣщаю его 13-мъ по вторичной записи моей книги для больныхъ.

зондъ во влагалище, кругомъ по своду. Сначала токъ брался отъ 10 до 20 МА, а затѣмъ черезъ 10 сеансовъ силу тока можно было довести до 45 и 50 МА. (при 21 элементѣ). По измѣренію сопротивленіе тѣла равнялось 400 омамъ. Съ каждымъ сеансомъ субъективныя и объективныя явленія улучшались. Больная лѣчилась гальванизацией болѣе года. Первое время (10 сеансовъ) электризовалась аккуратно два раза въ недѣлю, потомъ, по мѣрѣ улучшенія, по одному разу въ недѣлю и въ 2 недѣли разъ. Лѣтомъ въ 92 году три мѣсяца не лѣчилась, по случаю моего отъѣзда. Зимѣ 92 года и весну 93-го электризовалась по разу въ недѣлю. Чувствуя себя хорошо, съ конца мая 93 перестала лѣчиться. 19 ноября того-же года явилась ко мнѣ, вслѣдствіе заболѣванія *influenz*іей. Пользуясь случаемъ я изслѣдовалъ половыя органы и нашелъ слѣдующее: положеніе матки нормально, она почти вполне подвижна; ея движеніе нѣсколько задерживаетъ остатокъ опухоли, въ большой воловкѣй орѣхъ, плотноватой консистенціи, сзади и слѣва матки.

Опухоль эта, или скорѣе припухлость, совершенно безболѣзненна. Сзади, справа и слѣва, за указаннымъ исключеніемъ не осталось и слѣда бывшей. плотной бугристой, сплошной, неподвижной опухоли. Супружескія отношенія рѣшилась выполнять съ мѣсяцъ назадъ и они совершенно безболѣзненны. 2 мѣсяца, какъ регулы являются совершенно правильно, черезъ 3 недѣли, по 7 дней.

Въ виду остающейся припухлости слѣва, я посоветовалъ больной еще походить ко мнѣ по разу въ недѣлю и 10 декабря былъ 4 сеансъ. Упомянутая припухлость разсосалась окончательно. Въ настоящемъ 94 году, въ мартѣ мѣсяцѣ К—нъ лѣчилась у меня отъ сѣдалищной невралгіи, появившейся вслѣдствіе простулы. Я поинтересовался опять изслѣдовать ее и не нашелъ уже никакихъ слѣдовъ прежде бывшаго воспаленія въ тазовой области.

14-й случай (№ 7794). М. А—ва, 46 лѣтъ, вдова, кухарка, больна съ мая мѣсяца 1892 года. Обратилась ко мнѣ за совѣтомъ 17 сентября 93 г. Первое появленіе кровей съ 18 лѣтъ. До замужества регулы были скудны, послѣ замужества сильнѣе, по 6 дней, черезъ 3½ недѣли. Послѣдніе регулы были въ маѣ 93 г.

Замужъ вышла 18 лѣтъ, беременна была три раза, послѣдняго ребенка родила 15 лѣтъ назадъ. Послѣ этихъ родовъ явились боли, продолжающіяся до настоящаго времени.

Въ началѣ мая, 92 г. послѣ бани долго сидѣла на сквознякѣ и въ тотъ же день заболѣла. Почувствовала сильную боль въ животѣ, затѣмъ появился знобъ и жаръ и сильное кровотеченіе, совершенно безвременное. Кровь отдѣлялась сгустками и продолжалась цѣлыя сутки. Боль въ животѣ была на столько сильна, что больная должна была обратиться къ врачебной помощи.

Назначены были согрѣвающие компрессы, спорынья внутрь и спринцованія изъ опія. Боль сосредоточивалась въ правомъ паху, внизу живота и въ поясницѣ и продолжалась мѣсяца два. Затѣмъ, послѣ ежедневныхъ горячихъ душъ, болѣзненность уменьшилась, но ходитъ и особенно наклоняться можетъ больная только съ

большимъ трудомъ и должна отказаться отъ всякой тяжелой работы. Послѣ ходьбы, боль и тяжесть внизу живота и въ поясницѣ усиливаются и кромѣ того является сильная ломота въ ногахъ. Больная жалуется на плохой аппетитъ, постоянную жажду и запоры.

По наружному осмотру больная крѣпкаго тѣлосложенія съ малымъ количествомъ подкожного жира, слизистыя оболочки блѣдноваты. Легкія, сердце, мочевые органы—нормальны.

Исслѣдованіе половыхъ органовъ показало: позади матки въ области правой широкой связки и за нею сплошная, плотная, неровная опухоль. Задній сводъ выпяченъ, боковой правый сглаженъ. Опухоль почти хрящевой консистенціи, совершенно неподвижная, слитая со стѣнками таза. сдавливаетъ прямую кишку и на верхней границѣ этой опухоли отъ правой повздошной ямки прощупываются твердые бугры, изъ которыхъ одинъ наибольшій—соотвѣтствуетъ мѣсту праваго яичника, состояніе котораго въ общей массѣ опухоли распознать нельзя. Тоже самое нужно сказать и о правой Фоллопьевой трубѣ. Уровень заматочной опухоли—выше дна матки и представляетъ менѣе бугристую поверхность, чѣмъ справа. Вся опухоль имѣетъ разлитую форму, нѣсколько сплюсненную спереди назадъ. Матка смѣщена влѣво, внизъ, впередъ и совершенно неподвижна. Она слита съ опухолью въ одно цѣлое и, при исслѣдованіи, дно ея прощупывается въ верхнемъ краю опухоли въ видѣ придатка. Только тѣсное и непосредственное соединеніе этого придатка съ исслѣдуемой влагалищной частью матки указываетъ, что это дно ея. Промежутокъ между смѣщенной влѣво маткой и лѣвой боковой стѣнкой таза очень малъ. Въ лѣвомъ паху нельзя прощупать ни яичника, ни трубы. Давленіе на опухоль и матку болѣзненно. Сзади влагалищная часть матки только на половину поперечнаго пальца свободна, далѣе сливается непосредственно съ вышеупомянутой очень плотной и неровной заматочной опухолью.

Диагнозъ: perimetritis et perisalpingo-perioophoritis dextra chronica.

Лѣченіе начато брюшновлагалищной гальванизаціей, причемъ, въ виду крайней плотности опухоли, сила тока быстро была доведена до 60 МА. Токъ выше этой силы больная не могла выносить.

Такъ какъ шипѣніе воздушныхъ пузырьковъ во влагалищѣ, подъ вліяніемъ дѣйствія углевого (электрода) катода, ясно слышалось, то, для избѣжанія сильнаго вліянія тока на слизистую оболочку влагалищнаго свода, катодъ удерживался на каждомъ мѣстѣ не болѣе 12—16 секундъ. При каждой перемѣнѣ мѣста, токъ ниводился до 0. При этомъ быстромъ ниспусканіи тока отъ 60 МА. до 0, каждый разъ получалось незначительное сокращеніе въ мускулахъ живота, а слѣдовательно, и во всей мускулатурѣ тазовыхъ органовъ.

Справа, гдѣ наблюдалась въ эксудативной опухоли бугристость и большая плотность, при электризаціи наружный широкій проводникъ—анодъ въ этомъ мѣстѣ прижимался сильнѣе, а катодъ въ каждой точкѣ праваго влагалищнаго свода удерживался до

20 и 25 секундъ. Въ этомъ мѣстѣ и сопротивленіе было больше, а именно, чтобы получить силу тока въ 60 МА., при электризації праваго паха, приходилось брать 27 элементовъ, при электризації же сзади и спереди матки—только 21 элем. По измѣренію на реостатъ *Gaiff*'а сопротивленіе опухоли сзади равнялось 170 оммамъ, а въ правомъ сводѣ—200 оммамъ.

Сеансъ всего продолжался около 4 минутъ. Послѣ перваго же сеанса, больная почувствовала уменьшеніе напряженія и давленія въ тазовой области.

Черезъ день (19 сентября) больная заявила, что, послѣ перваго же сеанса, она могла свободно наклоняться и ходить съ большей легкостью.

При изслѣдованіи я нашелъ, что справа, въ томъ мѣстѣ, гдѣ держался дольше катодъ, въ опухоли появились ямочки.

Послѣ 3-го сеанса ясно прощупывалось уплощеніе вышеупомянутыхъ бугровъ и увеличеніе ямокъ въ правомъ и заднемъ сводахъ.

Первые 9 сеансовъ были чаще по 3 раза въ недѣлю, потомъ по 2, а затѣмъ, съ начала ноября, по 1 разу въ недѣлю и даже рѣже. Всего до половины декабря 1893 года, сдѣлано 21 сеансъ, и изслѣдованіе въ то время показало слѣдующее: матка лежитъ почти на срединѣ, немного еще влѣво, влагалищная часть сзади нормальной величины, слѣдовательно, выпячиваніе верхушки свода исчезло. За стѣнкой задняго свода еще прощупывается уплощенная, плотная опухоль, придавливающая прямую кишку, хотя въ значительно меньшей степени, чѣмъ прежде. Верхняя граница заматочной опухоли не представляетъ уже сплошную, бугроватую поверхность, а прощупывается въ видѣ плотныхъ перемычекъ, съ которыми, по видимому, сросена нижняя часть сальника. По крайней мѣрѣ, давленіе снаружи, по направленію къ пупку и выше, даетъ ощущеніе натянутой толстой перемычки. Правый боковой сводъ сталъ замѣтно свободнѣе, вышеупомянутые бугры на верхнемъ уровнѣ опухоли исчезли, за исключеніемъ одного, въ которомъ затканъ правый яичникъ. Эта паховая опухоль, величиной въ гусиное яйцо, еще тѣсно соединена съ правой боковой поверхностью крестца, но уже свободно отдѣляется отъ правой боковой стѣнки таза, такъ что снаружи, между опухолью и тазовой стѣнкой, можно вдавить концы пальцевъ и нѣсколько двигать опухоль сверху внизъ. Для свободнаго движенія препятствіе существуетъ только со стороны крестца. Отъ дна матки правую Фаллопиеву трубу можно хорошо прощупать до опухоли, а далѣе она сливается съ послѣдней.

Въ лѣвомъ сводѣ уже хорошо прощупываются неизмѣненные яичникъ и труба. Конфигурація матки ясно обозначается и всю матку можно немного приподнимать, наклонять впередъ и назадъ. Болѣзненности почти нѣтъ ни въ маткѣ, ни въ опухоли.

Субъективное ощущеніе боли и тяжести внизу живота и въ поясницѣ настолько ослабли, что больная опять принялась за обыкновенныя занятія кухарки. Она можетъ теперь свободно и быстро ходить, наклоняться, поднимать тяжести, мыть полы.

Постоянная жажда исчезла уже послѣ 3-хъ сеансовъ, аппетитъ теперь хорошъ, запоры очень рѣдки, бѣли окончательно исчезли.

Въ виду такого блестящаго результата, полученнаго черезъ 21 сеансъ, я надѣюсь, что при дальнѣйшей гальванизациі периметрическая и періофорическая опухоль разсосется вполне. И дѣйствительно, мое предположеніе, высказанное въ половинѣ декабря прошлаго года, начало оправдываться.

По случаю моего отъѣзда въ Петербургъ на V Широковский съѣздъ, лѣченіе было приостановлено на цѣлый мѣсяць. За это время никакого ухудшенія въ состояніи больной не было замѣчено.

Съ 17 января больная снова начала лѣченіе гальванизацией, по одному разу въ недѣлю. Теперь, послѣ 34-го сеанса, считая отъ начала лѣченія, положеніе матки нормально; она баллотируется свободно, задержка небольшая справа. За матку снаружи можно завести пальцы почти до встрѣчи съ пальцемъ, введеннымъ въ задній сводъ.

Опухоль въ области праваго яичника сдѣлалась болѣе плоской и меньше въ поперечномъ діаметрѣ, хотя сохраняетъ еще бугристый характеръ и плотно прилегаетъ сзади, сбоку крестцовой кости. Различныя манипуляціи при изслѣдованіи не вызываютъ никакой боли.

По словамъ больной, она теперь свободно выполняетъ свои обязанности, не ощущая никогда никакой боли.

Изъ этихъ 14 случаевъ тазовыхъ экссудатовъ, какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзней, въ восьми послѣ гальваническаго лѣченія получено полное исчезновеніе экссудатовъ, въ двухъ почти полное излѣченіе, въ двухъ неполное, по случаю недоконченнаго лѣченія, и только въ одномъ вмѣсто улучшенія, было обострѣніе, зависѣвшее отъ неосторожнаго примѣненія довольно сильнаго тока.

Въ одномъ лѣченіе еще не окончено, но, судя по ходу лѣченія, и этотъ случай окончится полнымъ выздоровленіемъ.

Большинство наблюдаемыхъ мною периметритовъ имѣло хроническую форму, гдѣ примѣнялись всѣ другія средства, кромѣ электричества, безрезультатно.

Методъ лѣченія, которому я слѣдовалъ, значительно отличается отъ метода *Apostoli*, какъ въ силѣ, такъ и въ приложеніи активнаго электрода, а между тѣмъ онъ далъ мнѣ замѣчательно благопріятные результаты. Я долженъ былъ отступить отъ рекомендованнаго метода *Apostoli* въ силу необходимости. Больныя, которыхъ я наблюдалъ, лѣчились всѣ амбулаторно. Примѣнять токъ большой силы, послѣ дѣйствія котораго больныя, какъ я лично видѣлъ у *Apostoli*, оставались

лежать у него по нѣсколько часовъ въ особой для этого комнатѣ, въ нашихъ амбулаторіяхъ нельзя, потому что никакихъ приспособленій для отдыха не имѣется.

Кромѣ того, крайне не удобно подвергать приходящихъ больныхъ такому лѣченію, послѣ котораго онѣ должны лежать въ постели нѣсколько часовъ и даже дней, и тѣмъ самымъ лишать ихъ возможности продолжать свои домашнія работы.

Изъ приведенныхъ исторій болѣзней видно, что даже и нѣтъ большой необходимости въ примѣненіи сильныхъ токовъ. Слабой и средней силы токи дѣйствуютъ такъ-же хорошо, какъ и сильные, имѣя еще то преимущество, что неизмѣняютъ образа жизни больныхъ, хотя и требуютъ болѣе продолжительнаго времени для лѣченія.

Первый случай *perimetrit'a* я началъ было лѣчить по методу *Apostoli*, посредствомъ отрицательнаго зонда—электрода въ полость матки, но этотъ способъ беретъ много времени на предварительную и послѣдующую дезинфекцію оперативнаго поля и производитъ довольно рѣзкія измѣненія слизистой оболочки матки, послѣ которыхъ являются обильныя сукровичныя выдѣленія. Одновременное лѣченіе стенозовъ полости матки, посредствомъ отрицательной гальвано-химико-каустики, съ силою тока свыше 40 МА., не смотря на антисептику, дало мнѣ въ двухъ случаяхъ развитіе воспалительныхъ явленій съ образованіемъ параметрическихъ экссудатовъ и тѣмъ самымъ заставило меня избѣгать внутриматочной гальванизации при *экссудатахъ*. Тѣмъ болѣе, что, особенно въ параметритахъ, въ маткѣ рѣдко наблюдаются рѣзкія воспалительныя измѣненія, слѣдсвательно, нѣтъ и необходимости подвергать ее напрасному раздраженію. На слизистой же оболочкѣ матки, послѣ дѣйствія тока вышеупомянутой силы, является извѣстной толщины струпъ, рыхлой желеобразной консистенціи, окрашенный въ рѣзко вишневый цвѣтъ. Такое измѣненіе зависитъ отъ вліянія развивающихся ѣдкихъ щелочей у отрицательнаго полюса.

Щелочная же среда даетъ возможность развиваться патогеннымъ микробамъ, которыхъ, по *Винтеру*, не мало, особенно въ полости шейки матки, и тѣмъ самымъ вызывать инфекцію съ образованіемъ воспалительныхъ явленій и нагноеній.

Послѣдующіе случаи тазовыхъ эксудатовъ я лѣчилъ уже брюшино-влагалищной гальванизаціей. Какъ видно изъ описанія каждаго случая въ отдѣльности, для влагалищнаго электрода употреблялись мною углевые короткіе зонды *Apostoli*.

Причина, почему я, именно, остановился на этихъ электродахъ, будетъ ясна изъ слѣдующихъ соображеній.

Nagel ¹⁴⁾ своими опытами на трехъ кроликахъ показалъ, какія наступаютъ измѣненія слизистой оболочки, подъ вліяніемъ металлическаго электрода, при электризаціи постояннымъ токомъ. Онъ вводилъ кроликамъ маточный зондъ—электродъ насколько возможно глубже въ верхній отрѣзокъ влагалища и постепенно усиливалъ токъ до 50—60 МА., продолжая каждый сеансъ до 10 мин. По вскрытіи животнаго онъ находилъ сильную гиперемію влагалища и окружающей тазовой клѣтчатки. Всего сильнѣе гиперемія наблюдалась въ брюшинѣ, покрывающей влагалище и въ ближайшей окружности того мѣста, гдѣ дѣйствовалъ зондъ. По внутренней поверхности влагалища мѣстами были настоящія геморрагіи. Подъ микроскопомъ было найдено, что эпителий былъ собранъ въ глыбы съ запекшимися отдѣленіями, въ которыхъ совершенно нельзя было узнать эпителиальныхъ клѣтокъ.

При силѣ тока свыше 50 МА., по наблюденіямъ *Nagel*'я, у людей это вредное побочное дѣйствіе тока наступаетъ даже въ томъ случаѣ, если шарикъ электрода обложенъ толстымъ слоемъ ваты.

По удаленіи электродовъ, послѣ сеанса *Nagel* нѣсколько разъ изслѣдовалъ влагалище зеркаломъ и находилъ, что поверхность влагалища, въ мѣстѣ нахожденія шарика, получала сухой бѣлоснѣжный видъ. Если въ этомъ мѣстѣ раньше была язвинка или слизистая оболочка нечаянно соприкасалась съ непокрытымъ отрѣзкомъ металлическаго электрода отъ смѣщенной ваты, тогда въ этомъ мѣстѣ появлялись черныя грануляціи. Подобныя измѣненія наблюдались почти одинаковыя, какъ при дѣйствіи анода, такъ и катода.

При изслѣдованіи больной, черезъ 2—4 дня, *Nagel* находилъ, что вышеописанное бѣловатое мѣсто принимаетъ грязно-

¹⁴⁾ Archiv für Gynäkol., Bd. 38.

сѣрый цвѣтъ, другими словами, получается некрозъ, настоящій струпь отъ прижиганія, который около этого времени начинаетъ отпадать. Позднѣе, по отдѣленіи омертвѣлой слизистой оболочки, остается изъязвленіе, которое вполне излѣчивается, приблизительно, въ теченіе двухъ недѣль.

Чтобы избѣжать подобнаго прижигающаго дѣйствія, я и употребляю уголевой электродъ, черезъ который, въ силу большаго его специфическаго сопротивленія, въ сравненіи съ металломъ, токъ дѣйствуетъ не такъ энергично. Кромѣ того, по совѣту *Engelmann*'а, я довольно быстро перемѣщаю электродъ съ одного мѣста на другое, всякій разъ вполне прерывая токъ. Чтобы при этомъ не вызвать сильнаго сотрясенія въ организмѣ, я производжу перерывъ тока не внезапнымъ размыканіемъ цѣпи въ ручкѣ электрода, а, напротивъ, постепеннымъ низведеніемъ силы тока до 0, посредствомъ избирателя тока (*Stromwähler*).

Для влагалищнаго электрода *Энгельманъ и Навель* совѣтуютъ употреблять шарикъ обложенный ватой, и я примѣнялъ этотъ методъ на нѣкоторыхъ больныхъ, которые не помѣщены мною въ число описанныхъ потому только, что лѣченіе ихъ по тѣмъ или другимъ обстоятельствамъ не окончено. Оказалось, что при такомъ методѣ для полученія извѣстнаго, указаннаго ниже результата, необходимо продолжать сеансъ отъ 10 до 15 минутъ.

Чтобы не затягивать такъ долго сеансъ и въ то же время быстро вызвать полярное дѣйствіе, которое, по *Engelmann*'у, составляетъ необходимое условіе для всасыванія экссудатовъ, я и предпочитаю уголевой электродъ. Послѣдній при непосредственномъ соприкосновеніи со слизистой оболочкой дѣйствуютъ полярно слабѣе металлическаго электрода, но значительно сильнѣе чѣмъ электродъ обложенный ватой. Полярное дѣйствіе углевого электрода уже при 12 и выше МА. довольно энергично, поэтому я держу его на каждомъ мѣстѣ только до половины минуты, а при сильныхъ токахъ всего отъ 15 до 25 секундъ. Благодаря этой предосторожности, даже при 60 МА. изслѣдованіе зеркаломъ не указываетъ никакого рѣзкаго измѣненія слизистой оболочки въ мѣстахъ соприкосновенія съ электродомъ. При этомъ въ полости влагалища наблюдается только присутствіе незначительнаго количества бѣловатой пѣнистой

жидкости. Между тѣмъ, какъ видно изъ описанія каждаго отдѣльнаго случая, вліяніе тока совершенно ясное.

Тотчасъ же, послѣ сеанса, напряженіе въ опухоляхъ уменьшается, болѣзненность также, и часто до полного исчезновенія на нѣсколько часовъ. При этомъ общее самочувствіе замѣчательно быстро улучшается.

Такіе результаты чрезвычайно благопріятно дѣйствуютъ на больную, вызывая въ ней увѣренность, что отъ электричества она дѣйствительно получить исцѣленіе. Такъ какъ послѣ быстрого облегченія, черезъ нѣсколько часовъ снова наступаетъ на нѣкоторое время ухудшеніе, это надобно имѣть въ виду и всякій разъ предупреждать объ этомъ больныхъ иначе увѣренность ихъ пропадаетъ и больныя прекращаютъ лѣченіе не дождавшись яснаго результата.

Въ хроническихъ случаяхъ, не смотря даже на довольно сильную болѣзненность, наблюдаемую особенно въ периметрическихъ эксудатахъ, я постоянно примѣняю, вмѣсто рекомендуемаго *Apostoli* и другими, положительнаго, отрицательный полюсъ, потому что дѣйствіе его несравненно сильнѣе. Чтобы уменьшить раздражающее вліяніе этого полюса, слѣдуетъ только самый сеансъ еще болѣе укорачивать, а это на практикѣ представляетъ даже удобство, особенно когда амбулаторныхъ больныхъ бываетъ много.

Главное же преимущество употребленія активнаго отрицательнаго полюса, заключается въ свойствѣ производить рассасывающее дѣйствіе.

По *Kleinwächter*'у ¹⁵⁾ полярное дѣйствіе того и другаго полюса постояннаго тока бываетъ химическое, физиологическое и термическое, послѣднее впрочемъ, не имѣетъ особеннаго значенія. Химическое дѣйствіе тока заключается въ томъ, что ткани и находящіеся въ нихъ жидкости (кровяная сыворотка) разлагаются на составныя части; у полюсовъ собираются такъ называемые іоны: на анодъ О и кислоты на катодъ Н и щелочи. Тѣдное, разжижающее и расплывающееся дѣйствіе послѣднихъ сильнѣе, чѣмъ кислотъ и вызываетъ при этомъ сильную гиперемію. Послѣднее (физ. дѣйствіе тока)

¹⁵⁾ Die Grund. der Gynäko-elect.

доказано экспериментами *Shaw'a* на ножныхъ абсцессахъ, *Apostoli* при скарлерикации рыльца матки и опытами *Nagel'я* какъ мы видѣли выше, на кроliкахъ. По *Конейму* же для всасыванія воспалительныхъ продуктовъ необходимо возбужденіе кровяного тока. Съ этой цѣлью давно уже введено въ практику употребленіе средствъ, вызывающихъ измѣненіе кровообращенія и резорбцію, какъ на примѣръ, согревающіе компрессы и горячія души.

Отрицательный же полюсъ постояннаго тока долженъ обладать рассасывающимъ свойствомъ въ высшей степени, такъ какъ онъ, по *Engelmann'у* сильно разрушая и нарушая питаніе ткани, а по *Apostoli*, и разжижая ее, дѣлаетъ ее болѣе удобной къ рассасыванію.

Положительный же полюсъ, напротивъ, сокращая сосуды и уничтожая гиперемію, всасывающаго дѣйствія не имѣетъ.

Обращая вниманіе главнымъ образомъ на полярное дѣйствіе тока, *Apostoli*, какъ мы выше упоминали, и рекомендуетъ употребленіе сильныхъ токовъ до 100 и выше МА. при тазовыхъ экссудатахъ, при чемъ въ хроническихъ, застарѣлыхъ случаяхъ совѣтуетъ даже прямо прибѣгать къ электропунктурѣ. Черезъ это происходитъ дѣйствительное разрушеніе ткани—гангрена и послѣдующее затѣмъ уменьшеніе опухоли.

Въ употребляемомъ же мною способѣ гальванизации полярное дѣйствіе, химико-каустическое, по *Apostoli*, почти отсутствуетъ; электролитическій процессъ на слизистой оболочкѣ выражается только появленіемъ незначительнаго количества пѣны водорода, но никакихъ слѣдовъ прижиганія или разрушенія ткани. Такъ что благотворное вліяніе тока, въ смыслѣ уменьшенія и рассасыванія опухоли, можно было объяснить именно вліяніемъ на сосуды и, быть можетъ, катодическимъ дѣйствіемъ, т. е. свойствомъ тока переносить молекулы отъ положительнаго къ отрицательному полюсу. Подъ вліяніемъ этого и происходитъ измѣненіе питанія и содержанія жидкости въ тканяхъ. Что при умѣренной силѣ тока и при короткомъ его вліяніи, а также и при быстромъ его низведеніи отъ высшей точки къ 0, соотвѣтствующемъ размыканію тока, главнымъ образомъ выражается вазомоторное вліяніе тока, доказывається тѣми явленіями, которыя приходится наблюдать

тотчасъ послѣ сеанса. А именно: напряженіе въ опухоли и самая опухоль уменьшаются, болѣзненность, чувство тяжести, давленія въ тазу, сопутствующія явленія со стороны мочевого пузыря и прямой кишки ослабѣваютъ или даже на время совсѣмъ исчезаютъ и общее самочувствіе улучшается.

Появившееся за послѣднее время экспериментальное изслѣдованіе *Попялковскаго*, къ вопросу о вліяніи гальваническаго постояннаго тока на кровяныя сосуды ¹⁶⁾ подтверждаетъ мое предположеніе, что при употребляемомъ способѣ гальванизациі, безъ химико-каутеризациі, эффектъ главнымъ образомъ объясняется вліяніемъ тока на сосудистую систему.

Попялковскій доказываетъ, что при гальванизациі слабымъ токомъ (до 2—3 МА.) шейной и поясничной части симпатическаго нерва, содержащаго, какъ показали изслѣдованія *Остроумова*, сосудо-двигательныя волокны; подъ вліяніемъ того или другаго полюса, на анодѣ, вслѣдствіе аналектротона или пониженія возбудимости нервовъ, получается расширеніе сосудовъ, а на катодѣ, отъ повышенія возбудимости или каталектротона—сѣуженіе. Тоже самое и при непосредственномъ мѣстномъ раздраженіи сосудовъ или окончаній сосудо-двигательныхъ нервовъ, (напр., въ языкѣ лягушки). То и другое доказывалось какъ повышеніемъ и пониженіемъ температуры, такъ и непосредственнымъ наблюденіемъ подъ микроскопомъ. Въ послѣднемъ случаѣ вслѣдъ за замыканіемъ тока, при дѣйствіи катода кровообращеніе явственно ускоряется, кровяныя тѣльца на столько быстро пробѣгаютъ, что за ними трудно слѣдить; минуты черезъ 2—3 капилляры становятся уже и затѣмъ исчезаютъ, замѣняясь свѣтлыми полосками въ видѣ снуровъ. Мелкія артеріи также сѣуживаются, но это сѣуженіе не распространяется на весь сосудъ, немного далѣе на протяженіи сосуда, вслѣдъ за сѣуженнымъ мѣстомъ идетъ веретенообразное расширеніе отъ скопленія кровяныхъ тѣлецъ. Сосудъ какъ бы стремится съ усиліемъ прогнать далѣе застрявшія тѣльца, сильно сокращается и дѣйствительно быстро прогоняетъ кровяные шарики въ различныхъ направленіяхъ. Но тѣльца длиннаго пути не совершаютъ, встрѣчая препятствіе въ другомъ мѣстѣ, вслѣдствіе также остановившихся

¹⁶⁾ Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefässe Pflüger's Archiv, XII.

кровеныхъ тѣлецъ, гдѣ и образуется снова расширение сосуда. Послѣ того кровообращеніе замедляется, вены переполняются кровяными шариками, столбъ крови передвигается очень медленно, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже совсѣмъ останавливается. Послѣ 5 минутъ дѣйствія тока, въ ближайшей окружности полюса на мѣстѣ капилляровъ видны только безцвѣтные шнуры. Болѣе крупные сосуды представляютъ упомянутые перехваты (сѣуженія) и расширения съ прекращеніемъ въ нихъ кровообращенія, которое, впрочемъ, далѣе къ периферіи, не смотря на измѣненную форму сосудовъ, продолжается. На самой периферіи языка калибръ сосудовъ равномерный.

При дѣйствіи анодомъ, послѣ замыканія цѣпи въ мелкихъ венахъ (въблизи полюса) кровообращеніе прекращается, сосѣдніе капилляры и сосуды равномерно расширяются и сильно наполняются кровью, кровообращеніе въ нихъ замедляется и постепенно останавливается. Въ ближайшемъ районѣ сосуды также равномерно расширены чѣмъ далѣе отъ мѣста приложенія полюса. тѣмъ сильнѣе потокъ крови, не смотря на расширенное русло. Даже въ капиллярахъ, рѣзко контурированныхъ, кровяныя тѣльца пробѣгаютъ съ такой быстротой, что едва могутъ быть фиксированы глазомъ. Такія измѣненія въ сосудахъ языка живой лягушки можно наблюдать даже на второй и третій день послѣ опыта.

Въ смыслѣ стаза—разница рѣзкая подѣ обоими полюсами. Послѣ дѣйствія катода на сравнительно обширномъ полѣ видны безцвѣтные шнуры капилляровъ, тромбозированные сосуды, контуры которыхъ то расширены веретенообразно, то необычайно тонки и только къ периферіи, гдѣ также мѣстами попадаетъ подобное измѣненіе контура сосудовъ, кровообращеніе не прекращается.

Послѣ же дѣйствія анода наблюдаются только очень немногіе капилляры, гдѣ нѣтъ кровообращенія, въ нѣкоторыхъ оно замедлено, въ другихъ же, какъ и въ крупныхъ сосудахъ усилено, не смотря на расширенное русло.

Я нарочно, почти цѣликомъ выписалъ все это изъ работы *Попялковскаго*, потому что микроскопическія картины, представленныя имъ, чрезвычайно характерны для вліянія того или другого полюса.

При гальванизациі же сильными токами, отъ 10 и свыше МА., оба полюса уже вызываютъ быстрое суженіе и опустѣніе сосудовъ и прекращеніе въ нихъ кровообращенія. При дѣйствіи катода и въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ мѣста его нахожденія сосуды наоборотъ переполняются сжимающимися и совершенно закупоривающими просвѣтъ ихъ кровяными тѣльцами.

Подъ вліяніемъ анода является тотъ же эффектъ (суженіе сосудовъ и остановка кровообращенія), но только черезъ болѣе продолжительное время (черезъ $2\frac{1}{2}$ —3 мин., а подъ катодомъ черезъ $1\frac{1}{2}$ —2 мин.).

Попялковскій, согласно наблюденію *Голубева*¹⁷⁾ и *Onimus*'а¹⁸⁾ и своихъ опытовъ, объясняетъ суженіе сосудовъ и остановку въ нихъ кровообращенія при сильныхъ токахъ уже вліяніемъ на сосуды развивающихся кислотъ на анодѣ и щелочей на катодѣ.

Благодаря именно описанному здѣсь измѣненію сосудовъ и кровообращенію въ нихъ подъ вліяніемъ извѣстнаго полюса, и можно объяснить тѣ результаты, которые получаются при употребляемомъ мною методѣ лѣченія эксудатовъ.

Такъ какъ я преимущественно примѣняю дѣйствующимъ полюсомъ катодъ, то, слѣдовательно, получаю суженіе капилляровъ и мелкихъ артерій съ замедленіемъ и быть можетъ, съ остановкой въ нихъ кровообращенія; причемъ дальше отъ полюса, т. е. въ глубинѣ опухоли, кровообращеніе, хотя и въ суженныхъ сосудахъ, продолжается.

Хотя я на каждомъ мѣстѣ влагалища держу электродъ не болѣе 15—25 секундъ и до $\frac{1}{2}$ минуты, т. е. сравнительно очень ничтожное время, но за то сила тока, употребляемая мною во время сеанса, значительно выше (отъ 10 до 60 МА.) чѣмъ у *Попялковского*.

При такой силѣ тока, не смотря на непродолжительность сеанса, является уже электролитическій процессъ. Это доказывается ясно слышнымъ во время гальванизациі лопаніемъ пузырьковъ и образованіемъ пѣны, а слѣдовательно и образованіемъ щелочи.

¹⁷⁾ О развитіи сосудовъ, 1868.

¹⁸⁾ Journal d'anat., 1874, p. 456—663.

Въ щелочной реакціи пѣны я убѣждался не разъ съ помощью лакмусовой бумажки.

Такъ какъ въ общемъ сеансъ продолжается отъ 3—5 минутъ, то вліяніе щелочи на сокращеніе сосудовъ должно быть значительно.

На основаніи сказанныхъ измѣненій сосудовъ подъ вліяніемъ тока, я представляю себѣ процессъ полученныхъ результатовъ гальванизации слѣдующимъ образомъ: подъ вліяніемъ каталектротона возбудимость сосудодвигательныхъ нервовъ увеличивается, импульсы со стороны сосудодвигательныхъ центровъ усиливаютъ тонусъ расширенныхъ при воспаленіи сосудовъ, кровообращеніе ускоряется и воспалительный застой крови начинается исчезать.

Къ дѣйствию каталектротона скоро присоединяется раздраженіе нервовъ, образуящуюся у катода щелочью; сосуды воспалительной опухоли сильно сокращаются и обильный притокъ крови къ воспаленной части быстро прекращается, оттокъ-же, вслѣдствіе продолжающагося кровообращенія въ глубже лежащихъ отъ полюса сокращенныхъ сосудахъ, даже усиливается.

Вслѣдствіе этого лимфатическія пространства становятся свободнѣе, теченіе лимфы ускоряется, а черезъ это воспалительная инфильтрація лимфатическихъ щелей и сосудовъ исчезаетъ. Вся опухоль уменьшается въ объемѣ, давленіе на чувствительные нервы прекращается и боль значительно ослабѣваетъ или даже на время исчезаетъ. Понятно, съ прекращеніемъ боли и общее самочувствіе улучшается.

Такъ какъ вліяніе тока продолжается на нѣсколько часовъ или даже цѣлыя сутки, на каковое время отсутствуетъ и боль, то существующее въ это время нормальное вліяніе со стороны сосудодвигательныхъ центровъ на сосуды усиливаетъ въ нихъ тонусъ на столько, что снова являющийся, по прекращеніи вліянія тока, приливъ крови и опуханіе воспаленной части уже не такъ велики и болѣзненность сравнительно меньше.

Кромѣ того, продолжительное отсутствіе обильнаго притока питательнаго матеріала должно вызывать въ опухоли регрессивный метаморфозъ и послѣ каждого сеанса постепенное рассасываніе воспалительныхъ продуктовъ до полного ихъ исчезновенія.

При токахъ значительной интензивности (40—60 МА.), не смотря на короткость сеанса, нельзя отрицать и интерполярного, катофорического и каталитического дѣйствія. Подъ вліяніемъ перваго происходитъ передвиженіе жидкости отъ положительнаго полюса къ отрицательному, а подъ вліяніемъ втораго — межполюсное расщепленіе сложныхъ тѣлъ на ихъ составные элементы, изъ которыхъ одни направляются къ положительному, а другіе къ отрицательному полюсу. Эти процессы въ межполюсномъ пространствѣ должны разжижать болѣе плотные эксудаты и, видоизмѣняя ихъ структуру, способствовать рассасыванію. Интерполярному дѣйствию придаютъ большое значеніе особенно *Engelmann* ¹⁹⁾, *Apostoli* ²⁰⁾, *Franklin H. Martin* ²¹⁾, *Rohe* ²²⁾, *Whitte* ²³⁾, *Steavenson* ²⁴⁾, *Willis Ford* ²⁵⁾, но всѣ они указываютъ на это дѣйствіе при значительной силѣ тока и большей его продолжительности.

При моемъ же методѣ гальванизации, при которомъ полярное дѣйствіе тока проявляется въ начальныхъ стадіяхъ, собственно каталитическій процессъ долженъ быть незначительный и получаемый эффектъ скорѣе можно объяснить вліяніемъ тока на сосудистую систему.

Miln ²⁶⁾, *Murray* ²⁷⁾, *Klein* ²⁸⁾ и *Bäcker* ²⁹⁾ благопріятное дѣйствіе тока на опухоли также приписываютъ вліянію его на кровеносные сосуды. Именно, по *Miln*, *Murray* и *Bäcker*'у сосуды, питающіе опухоль, подъ вліяніемъ тока перестаютъ функционировать; вслѣдствіе чего опухоль получаетъ менѣе питательнаго матеріала и потому уменьшается въ объемѣ. При этомъ *Klein* высказываетъ гипотезу, что при гальванизации на сосуды имѣютъ вліяніе первѣе всего химическія измѣненія. Гипотеза эта, какъ мы видѣли, блистательно и доказана докторомъ *Попялковскимъ* при вліяніи сильныхъ токовъ на сосуды.

Благодаря этимъ изслѣдованіямъ, и избранный мною опытнымъ путемъ методъ гальванизации тазовыхъ эксудатовъ получаетъ научную почву. Этотъ методъ я могу рекомендовать моимъ сотоварищамъ, потому что онъ имѣетъ не малыя пре-

¹⁹⁾ *Kleinwächter*. Die Grundl. der Gynäko-elektrot.

²⁰⁾, ²¹⁾ Тамъ-же.

²²⁾, ²³⁾, ²⁴⁾, ²⁵⁾, ²⁶⁾, ²⁷⁾, ²⁸⁾, ²⁹⁾. Тамъ же (*Kleinwächter*).

имущества. Во первыхъ, онъ не дѣйствуетъ разрушающимъ образомъ на ткани, почти безболѣзненъ и потому не требуетъ анестезіи; во вторыхъ не заставляетъ больныхъ прекращать свои домашнія работы; въ третьихъ, можетъ быть примѣняемъ въ амбулаторіи; въ четвертыхъ, быстро уменьшаетъ болѣзненность и опуханіе въ воспалительныхъ опухоляхъ и улучшаетъ общее самочувствіе; въ пятыхъ, не требуетъ такой тщательной дезинфекціи половыхъ органовъ, какъ это необходимо при сильныхъ разрушающихъ тканъ токахъ; въ шестыхъ, не требуетъ большой продолжительности сеанса, что чрезвычайно важно для практическаго врача; въ седьмыхъ, не вызывая сильныхъ реактивныхъ явленій, позволяетъ чаще производить электризацію (отъ 2 — 3 разъ въ недѣлю) и въ восьмыхъ, дѣйствуетъ также хорошо, какъ и сильные, продолжительные токи, вызывая полное исчезновеніе экссудатовъ, хотя и болѣе медленнымъ путемъ, но безъ всякихъ побочных вредныхъ явленій, если только осторожно производить гальванизацию, сообразуясь съ индивидуальностью каждой больной.

II.

ИЗЪ УСМАНСКОЙ (Тамбовской губ.) ЗЕМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Семь чревосѣченій.

В. В. ПОТѢНКО.

„.... описаніе даже отдѣльныхъ случаевъ этого рода (чревосѣченій) представляетъ громаднѣйшій научный и практическій интересъ“.

(„Двѣсти чревосѣченій“, состав. д-ръ В. Н. Орловъ, предисловіе проф. А. И. Лебедева, 1893 г.).

Въ настоящее время лапаротоміи такъ часто дѣлаются въ клиникахъ и нѣкоторыхъ большихъ больницахъ (такъ напр. есть отчеты о 200 чревосѣченіяхъ, сдѣланныхъ проф. А. И. Лебедевымъ¹⁾), и о 300—сдѣланныхъ проф. Г. Е. Рейномъ²⁾), что, предлагаемое мной, описаніе семи случаевъ можетъ показаться совершенно не интереснымъ и не важнымъ; дѣйствительно количество не велико, но нужно принять во вниманіе, что эти чревосѣченія сдѣланы въ небольшой уѣздной земской больницѣ, при обстановкѣ совершенно заурядной для нашихъ уѣздныхъ больницъ, доставшихся въ наслѣдіе отъ Приказа Общественнаго Призрѣнія, и что въ нашихъ захолустьяхъ такія операціи—рѣдкость: съ какимъ трудомъ даже, такъ называемая, интеллигентная особа (не говоримъ уже о простой крестьянкѣ) рѣшается на какую-либо операцію, особенно на такую, при которой придется

¹⁾ „Двѣсти чревосѣченій“, произвед. проф. А. И. Лебедевымъ, состав. д-ромъ В. Н. Орловымъ, 1893 г.

²⁾ „Хирургическій Вѣстникъ“ 1893 г., октябрь—ноябрь, отдѣлъ критики и библиографіи, стр. 1173.

вскрывать брюшную полость,—это может засвидѣтельствовать всякій земскій врачъ!

Такимъ образомъ, описаніе, приводимое ниже, этихъ семи чревосѣченій все же имѣетъ значеніе для казуистики и статистики этихъ и теперь весьма серьезныхъ операцій.

Прежде чѣмъ приступить къ описанію исторій болѣзней этихъ чревосѣченій я полагаю будетъ весьма кстати сказать нѣсколько словъ о той обстановкѣ, при которой приходилось оперировать³⁾.

Больница представляетъ собой старое, плохо освѣщенное и небольшое деревянное зданіе (въ ней четыре палаты для всякаго рода больныхъ и двѣ палаты особо—для заразныхъ); она довольно загрязнена, хотя мы и стараемся, на сколько это отъ насъ зависитъ при скудости затрачиваемыхъ на ея содержаніе средствъ,—держать ее въ чистотѣ; хотя эта больница по штату устроена на 25 кроватей, но въ ней большую половину года (да это наблюдается вѣроятно во всѣхъ уѣздныхъ больницахъ) лежитъ ежедневно отъ 35 до 45 больныхъ, а иногда и 50 человекъ бываетъ со всевозможными заболѣваніями; при такой скученности больныхъ трудно содержать больницу въ чистотѣ!

Небольшая операціонная, передѣланная изъ обыкновенной палаты, помѣщается среди другихъ палатъ; входъ въ нее изъ общаго корридора, какъ и для другихъ палатъ; полъ, стѣны и потолокъ операціонной выкрашены бѣлой масляной краской (4 года тому назадъ произведена окраска); всѣ болѣе или менѣе чистыя операціи и перевязки тяжело больныхъ оперированныхъ дѣлаются въ этой операціонной; послѣ операцій не совсѣмъ чистыхъ (на зараженныхъ тканяхъ) операціонная моется растворомъ сулемы (1:500) изъ гидropульта, а потомъ обмывается прокипяченной водой.

Инструменты, находящіеся въ шкафахъ въ общемъ корридорѣ, кипятятся въ растворѣ (1⁰/о) соды и во время операціи лежатъ въ прокипяченной соленой водѣ (фізіологическій растворъ поваренной соли); шолкъ кипятится въ дистиллированной водѣ и сохраняется въ спиртѣ (96⁰/о); перевязочный матеріалъ стерилизуется въ стерилизаторѣ *Ө. Швабе*; руки оператора и помощниковъ, а также операціонное поле моются мыломъ со щеткой, сулемой и спиртомъ.

³⁾ Въ настоящее время земство основательно отремонтировало эту больницу.

Участвующіе въ операциі наканунѣ берутъ мыльную ванну.

Больная, предназначенная къ операциі чревосѣченія, готовится въ продолженіи недѣли ваннами, слабительными и легкой пищей къ операциі, какъ это принято вообще при чревосѣченіяхъ; наканунѣ операциі послѣ послѣдней мыльной ванны больная переносится въ изолированную, предварительно вымытую суемой и провѣтренную, палату, гдѣ она и лежитъ все время послѣ операциі.

Какъ видите обстановка, при которой приходилось оперировать, далеко не блестящая!

Теперь перехожу къ подробному описанію исторіи болѣзней.

1. *Чревосѣченіе по поводу кисты яичника. Выздоровленіе.*

13/хп 93 года, въ Усманскую больницу поступила крестьянка Шубинской волости, Усманскаго уѣзда, Лукерія Е...ва, 40 лѣтъ отъ роду, съ жалобами на постепенно увеличивающійся животъ и общую истощающуюся. При наружномъ осмотрѣ больной оказалось: подкожного жира почти нѣтъ, кожа легко берется въ тонкія складки; отправления кишечника не совсѣмъ нормальны: частые запоры, пищи принимаетъ слишкомъ мало. Органы грудной полости совершенно здоровы. Пульсъ замедленъ, около 60 ударовъ въ минуту и хорошаго наполненія. Животъ слишкомъ большихъ размѣровъ: окружность живота черезъ точку, лежащую выше пупка на 12 сантим., равна 121 сантим., разстояніе отъ меча до пупка равно 36 сантим. и отъ пупка до лобка—30 сантим.; окружность живота черезъ пупокъ=124 сантим.: разстоянія отъ пупка до правой передней повздошной ости=40 сантим. и до лѣвой—тоже 40 сантим. При перкуссии брюшной полости *вездѣ* опредѣляется *тупой тонъ*; животъ эластиченъ и замѣтно флюктуируетъ, жидкость инкапсулирована. Начала носить регулы на 16 году, черезъ 3 недѣли, по 5 дней; регулы бывають еще и теперь, но очень скудны и продолжительностью около 3 дней; въ послѣднее время, во время развитія опухолей въ животѣ, замѣтила постепенное уменьшеніе кровей при регулахъ. Больна 7 лѣтъ.

Опухоль мало подвижна, границы матки не удалось опредѣлить. За три дня до операциі появились очень скудныя регулы.

Diag.: Киста яичника (до операциі), а послѣ операциі: *kystoma prolyferum glandulare* (по Славянскому ⁴⁾).

Послѣ соответствующей подготовки больной сдѣлана лапоротомія 18/хп 93 г. при участіи городского врача И. М. Ковалинскаго.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ по *linea alba*, на одинъ поперечный палецъ не доходя до пупка вверхъ отъ лоннаго сращенія. Такъ какъ мѣшокъ кисты былъ сплошь и плотно сращенъ съ брюшиной, то вмѣстѣ съ брюшиной была вскрыта и полость кисты, при чемъ жидкости изъ кисты выпущено 23 фунта по объему; выпущенная жидкость

⁴⁾ „Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней“, 1893 года, ноябрь, стр. 836—845.

цвѣта свѣтло-желтаго и имѣла коллоидный характеръ. Очень плотный и толстый мѣшокъ кисты не могъ быть удаленъ даже частично, такъ какъ онъ оказался плотно сросшимся (плоскостныя сращения) съ паріетальной и висцеральной брюшиной и попытки отдѣлить мѣшокъ отъ брюшины и брюшныхъ стѣнокъ оказались тщетными. Въ полости главного мѣшка кисты, на внутренней его стѣнкѣ, въ различныхъ мѣстахъ обнаружены различной величины (отъ кулака взрослого чѣловѣка до фасоли), числомъ 12—15 штукъ, кистовидныя опухоли: нѣкоторыя изъ нихъ были вросшими въ брюшную стѣнку; содержимое этихъ *второстепенныхъ кистъ* было *коллоиднаго характера*. Въ виду такихъ непреодолимыхъ препятствій мѣшокъ кисты не былъ *вылушенъ*, но, по удаленіи всего содержимаго главной кисты, были наложены шолоковые швы на брюшную стѣнку, захватывая при этомъ въ шовъ и стѣнку мѣшка кисты. Мѣшокъ кисты не былъ дренированъ для постепенной облитерациіи его при помощи прижигающихъ средствъ въ виду того, что второстепенныя кистовидныя новообразованія не могли быть удалены, а полость мѣшка главной кисты была слишкомъ велика; до операціи опредѣлить эти второстепенныя кисты и сращения главной кисты съ брюшными стѣнками не было никакой возможности.

Операція длилась отъ начала хлороформированія около 2 часовъ; особенно много времени пошло на хлороформированіе до полученія полного наркоза и на выпусканіе жидкости изъ мѣшка кисты. Хлороформный наркозъ и операцію больная перенесла хорошо: рвоты во время хлороформированія и послѣ—не наблюдалось.

Послѣоперационное теченіе было довольно гладкое: только въ день операціи вечеромъ температура поднялась до 37,7° и на 2 день послѣ операціи вечеромъ тоже была 37,5°; въ остальные дни до выписки изъ больницы температура не поднималась выше 37°. Пульсъ все время послѣ операціи колебался между 70—90 въ минуту.

Первая смѣна повязки и снятіе швовъ было 28 хп, при чемъ на мѣстѣ швовъ вездѣ получилась *prima intentio* и ни въ одномъ мѣстѣ нагноенія не было.

Все время послѣ операціи самочувствіе было хорошо и больная имѣла хорошій аппетитъ и сонъ.

9/1 94 г. больная выписалась изъ больницы съ гладкимъ и прочнымъ линейнымъ рубцомъ на брюшныхъ покровахъ и съ умѣреннымъ накопленіемъ жидкости въ мѣшкѣ кисты.

10 іюня 1894 года, эта больная явилась вновь въ больницу съ увеличеннымъ брюхомъ, при чемъ было констатировано вновь накопленіе жидкости въ мѣшкѣ прежней кисты; больная просила о какой либо возможной помощи, въ этотъ разъ общее состояніе больной было довольно хорошее и всѣ отправления организма были удовлетворительны.

По просьбѣ больной, 11/VI 94 г., сдѣлана *пункция кисты* по бѣлой линіи, ниже пупка, соотвѣтственно операціонному прежнему кожному рубцу, при чемъ выпущено было около 40 фунт. медицинскихъ по объему слизистой, тягучей, густой и прозрачной жидкости, которая была слегка окрашена въ зеленоватый цвѣтъ. Послѣ выпусканія жидкости можно было очень легко черезъ брюшныя стѣнки опредѣлить второсте-

пенныя опухоли значительно увеличенными по сравненію съ тѣмъ, каковы онѣ были при первой операціи.

II. *Оваріотомія; выздоровленіе.* 18 і 94 г., въ Усманскую земскую больницу поступила мѣщанка изъ с. Демшина, Усманскаго уѣзда, Тамбовской губ., Варвара К. лва, 29 лѣтъ отъ роду, съ увеличеннымъ животомъ и просьбой сдѣлать ей операцію. При наружномъ осмотрѣ оказалось: дѣвица, нерожавшая, сложенія хорошаго съ достаточнымъ количествомъ подкожнаго жира. Измѣренія живота дали слѣдующее: окружность живота (черезъ пупокъ) = 88 сантим., разстояніе отъ мечъ до пупка (при натяженіи тесмы) = 16 сантим. и отъ пупка до лобка = 18 сантим. Опухоль, находящаяся въ брюшной полости, вылаетъ впередъ надъ лбомъ и дно опухоли стоитъ выше пупка на два поперечныхъ пальца; форма опухоли овальная и не бугристая; опухоль эластична, подвижна вверхъ и въ стороны (вправо и влево) и безболѣзненна при пальпаціи; брюшныя стѣнки умѣренной толщины. Свободной жидкости въ брюшной полости не опредѣляется; опредѣлить точно границы матки при бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ не удалось; матка не зондирована; форма шейки матки, какъ у нерожавшей, шейка подвижна.

Мѣсячныя прежде бывали правильно, а съ августа 1893 г. совершенно не бывають.

Болѣе полугода тому назадъ больная страдала болями (слова больной) съ послѣдовательнымъ накопленіемъ жидкости въ брюшной полости (перитонитъ?—водянка брюшной полости); боли были особенно сильны въ паховыхъ областяхъ, гдѣ теперь имѣются пигментированныя пятна на кожѣ отъ приставленія мушекъ. Во время этихъ болей у больной была лихорадка и она принуждена была лежать въ постели. Водянка постепенно прошла и съ тѣхъ поръ больная стала замѣчать опухоль въ брюшной полости. Теперь животъ безболѣзненъ. Опухоль въ послѣдніе мѣсяцы до операціи остановилась въ ростѣ: это я могъ констатировать, наблюдая больную съ 25 октября 1893 года.

Діагнозъ: простая киста яичника. Больной сдѣлана оваріотомія, 22/і 94 г., при помощи нисаго медицинскаго персонала, такъ какъ два приглашенныхъ врача для ассистенціи не явились къ операціи.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ пришлось сдѣлать вверхъ отъ лобка и выше пупка (на 3 сантим.); разрѣзъ проведенъ выше пупка послѣ того, какъ я убѣдился, что мѣшокъ кисты плотно сросшенъ съ паріетальной брюшиной въ мѣстѣ лежащемъ выше пупка же. Мѣшокъ кисты, съ очень толстыми стѣнками и съ слѣдами бывшаго воспаленія, былъ во многихъ мѣстахъ, сращенъ съ брюшными стѣнками, съ кишками и съ мочевымъ пузыремъ; сращения мѣстами легко пришлось отдѣлать пальцами, а многія мясистыя сращения пришлось перерѣзать между лигатурами; отдѣленіе сращеній продолжалось около $\frac{3}{4}$ часа; содержимое кисты было кофейнаго цвѣта и жидко; количество жидкости, выпущенной изъ кисты, равно 6 фунт. медицинскихъ по объему; часть жидкости попала въ брюшную полость. Ножка кисты, толщиной въ средній палецъ взрослаго человѣка, оказалась перекрученной одинъ разъ. Киста оказалась простой, однополостной. Свободной жидкости въ брюшной полости не было. На ножку кисты наложено двѣ лигатуры шелковыя

(одна продѣта черезъ толщу ножки, а другая—en masse); культя ножки припудрена іодоформомъ и погружена въ брюшную полость. Туалетъ брюшной полости совершенъ теплыми стерилизованными марлевыми салфетками.

Мѣшокъ кисты въ одномъ мѣстѣ имѣлъ темно-кофейнаго цвѣта пятно, величиной съ мѣдный пятакъ, въ другомъ мѣстѣ на стѣнкѣ кисты имѣлось возвышеніе желтаго цвѣта, въ горошину величиной (нагноеніе)?; яичниковой ткани возлѣ кисты не опредѣляется.

На брюшную рану наложены швы: кетгутовый шовъ-погруженный—на брюшину и шелковые швы—на брюшныя стѣнки, глубокіе и поверхностные.

По наложеніи швовъ рана припудрена іодоформомъ и наложена обыкновенная ватная повязка.

Операція отъ начала хлороформированія длилась около 2 часовъ.

Хлороформный наркозъ прошелъ хорошо; послѣ наркоза рвота была только одинъ разъ ночью въ 1-й день послѣ операціи. Черезъ 2 часа послѣ операціи: пульсъ = 80 въ минуту и чувствуетъ боль въ поясницѣ и жженіе въ операціонной ранѣ. Вечеромъ того же дня пульсъ = 90 въ минуту, самочувствіе хорошо; пила молоко и вино, а также чай.

Послѣопераціонное дальнѣйшее теченіе болѣзни слѣдующее:

Все время послѣ операціи температура не была выше 37,5° по вечерамъ, а по утрамъ—выше 37°.

23/1.—Тошнота; пульсъ = 95 въ минуту утромъ; вечеромъ пульсъ = 100.

24/1.—Тошнота меньше, жалуется на боль въ подложечной области; пульсъ утромъ = 100 и вечеромъ—100.

25/1.—Тошноты нѣтъ, аппетитъ плохой, пульсъ утромъ = 100 и вечеромъ—100; ночью не спала; чувствуетъ боли въ поясницѣ и спинѣ.

26/1.—Пульсъ утромъ = 90, вечеромъ—100. Самочувствіе хорошее и аппетитъ хорошъ.

27/1.—Ночью не спала, жалуется на болѣзненность въ поясницѣ; аппетитъ хорошъ. Пульсъ = 100.

28/1.—Пульсъ = 100; болей въ животѣ нѣтъ.

29/1.—Аппетитъ и сонъ хороши, пульсъ = около 100. Лежитъ на спинѣ еще.

30/1.—Позволено лежать на боку; болей въ животѣ нѣтъ; аппетитъ хорошъ, ѣстъ мясо и молоко.

31/1.—Пульсъ = около 100.

1/II.—Первая смѣна повязки, сняты всѣ швы; вездѣ prima, только въ нижнемъ углу раны на одной сторонѣ одного шва небольшое нагноеніе (поверхностное). При пальпаціи брюшныхъ стѣнокъ нигдѣ ничего ненормальнаго не замѣчается. Самочувствіе хорошо, сонъ и аппетитъ хороши.

На 2-й день послѣ первой смѣны повязки больной позволено учиться ходить.

13/II.—Выписалась съ зажившей раной; въ верхней 1/3 операціоннаго рубца имѣется язвочка, величиной съ чечевичу (поверхностная); изъ этой язвочки выдѣлились двѣ лигатуры. Черезъ недѣлю язвочка зарубцевалась послѣ прижиганія argento nitr.

Черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи выдѣлъ бывшую больную вполне здоровой и съ правильнымъ линейнымъ рубцомъ на брюшныхъ стѣнкахъ.

III. *Овариотомія; выздоровленіе.* 18/1, въ Усманскую больницу поступила крестьянка Никольской слободы, Усманскаго уѣзда, Авдотья П...на, 24 лѣтъ отъ роду, замужняя, нерожавшая, съ жалобами на растущую въ нижней части живота опухоль. Больная малаго роста и слабаго сложенія, мало исхудавшая. Менструаціи бываютъ черезъ 3 недѣли по 3—4 дня, не обильны; выкидышей не было. Замужемъ около 5 лѣтъ.

Черезъ брюшныя стѣнки прощупывается опухоль шарообразной формы, нѣсколько эластическая (какъ бы содержащая жидкость), величиной съ голову новорожденнаго; опухоль мало подвижна, безболѣзненна и дно ея выдается надъ лобкомъ на $4\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца къверху; правый сводъ при бимануальномъ изслѣдованіи очень болѣзненъ; шейка матки очень подвижна и изъ канала ея выдѣляется много слизи; матка опредѣляется лежащей болѣе въ правую сторону отъ опухоли; зондъ проходитъ въ матку на 8 сантим. и идетъ вправо. Опухоль имѣетъ связь съ маткой и вдается болѣе слѣва въ передній сводъ влагалища и болѣе приближается къ лобку, нежели къ прямой кишкѣ; per rectum палецъ можетъ опредѣлить тѣло матки вправо отъ опухоли. При надавливаніи черезъ брюшныя стѣнки на опухоль, толчки передаются пальцу, введенному во влагалище и прикасающемуся къ опухоли. Не обильныя бѣли существуютъ со времени замужества. Двѣ недѣли тому назадъ были menses.

Больной предложена операція чревосѣченія, на что она охотно согласилась.

Діагнозъ: простая киста яичника.

22/1 94 г., подѣ хлороформированнымъ наркозомъ тотчасъ послѣ операціи № II сдѣлана *овариотомія*.

Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по *linea alba* сдѣланъ отъ лобка вверхъ, не доходя до пупка на 2 поперечныхъ пальца; при операціи оказалось, что мы имѣемъ простую кисту лѣваго яичника и небольшую (величиной съ волошскій орѣхъ) праваго яичника. Мѣшокъ кисты лѣваго яичника (киста эта величиной съ голову новорожденнаго) оказался сращеннымъ съ брюшиной передней брюшной стѣнки и съ петлями тонкихъ кишокъ; сращения были очень плотныя и мясистыя: въ видѣ тяжей, а также плоскостныя; отдѣленіе мѣшка было по этому очень затруднительно и длилось около часа. Уходъ за ножкой кисты тотъ же, что и въ № II. Возлѣ ножи лѣвой кисты находился, увеличенный до голубиного яйца и перерожденный, яичникъ (лѣвый), который и удаленъ вмѣстѣ съ мѣшкомъ кисты, при разрѣзѣ этого яичника ткань его представляла кашицеобразный распадъ кофейнаго цвѣта; изъ лѣвой кисты выпущено, соломенно-желтаго цвѣта, около $2\frac{1}{2}$ медицинскихъ фунтовъ жидкости.

Такъ какъ и въ правомъ увеличенномъ яичникѣ оказалась киста, величиной съ волошскій орѣхъ, то и она удалена вмѣстѣ съ частью праваго яичника (*резекція яичника*) и на рану *резецированнаго яичника наложены шовные швы*; при удаленіи кисты праваго яичника она лопнула и жидкость попала въ брюшную полость.

При отлѣченіи сращеній кисты кровотеченіе было умѣренное.

Ножка кисты опущена въ брюшную полость и на брюшную рану наложены швы такъ, какъ и при овариотоміи подъ № II

Операція, отъ начала хлороформированія до наложенія повязки на рану, длилась около 1½ часа. Во время удаленія кисты больную два раза рвало. Черезъ ½ часа послѣ операціи пульсъ=60 въ минуту. Тошнота въ день операціи не прекращалась.

Дальнѣйшій ходъ послѣ операціоннаго состоянія больной былъ слѣдующій:

Температура все время послѣ операціи по утрамъ была 37°—36°,8, а по вечерамъ—37°,5—37°,3; только 27/1 вечеромъ (на 6-й день послѣ операціи) поднялась темпер. до 38°.

Пульсъ колебался отъ 70 (по утрамъ) до 90 (по вечерамъ) до дня снятія швовъ.

Тошнота и изрѣдка рвота продолжались до 24 января.

Иногда, до дня первой смѣны повязки, больная жаловалась на жжение въ области операціонной раны. 24/1 появились *menses* и продолжались три дня; появленіе *menses* ухудшило состояніе больной тѣмъ, что въ нижней части живота по временамъ наблюдались схваткообразныя боли и тошнота.

На 5-й день послѣ операціи больной позволено лежать на боку.

Первая смѣна повязки была 1 февраля, когда *были сняты всѣ швы*; при перемѣнѣ повязки оказалось, что на мѣстѣ почти половины швовъ, особенно въ нижней части операціонной раны, существуетъ нагноеніе (въ мѣстахъ уколовъ иглы); въ нѣкотoryя мѣста уколовъ (нагноившіяся) введены тонкія іодоформенныя турунды; при пальпации боковыхъ частей живота (возлѣ операціонной раны) чувствуетъ болѣзненность; *на мѣстѣ швовъ—prima intentio*. Такимъ образомъ, въ нѣкотoryхъ уколахъ иглы въ брюшныхъ стѣнкахъ развились подкожныя фистулезныя ходы, изъ которыхъ выдѣлялся гной; эти ходы пришлось расширять и они зарубцевались уже при амбулаторномъ лѣченіи больной, послѣ выписки ея изъ больницы (выписалась 9-го марта 1894 г. съ фистулами въ кожѣ брюшныхъ стѣнокъ), такъ что только 27 мая 94 г. у нашей больной послѣдній свищъ брюшной стѣнки совершенно затянулся, а при осмотрѣ ея 4 іюня того же года на брюшной стѣнкѣ имѣлся прочный линейный рубецъ⁵⁾. Бывшая больная теперь менструируетъ совершенно правильно.

Операціи подъ № II и III были сдѣланы въ одно утро при одной и той же обстановкѣ: первою сдѣлана подъ № II и тотчасъ послѣ нея операція № III; между тѣмъ какъ въ № II нагноенія въ швахъ операціонной раны не было, въ швахъ, оперированной подъ № III, наблюдалось нагноеніе и при томъ *только въ уколахъ иглы, въ мѣстѣ же соприкосновенія краевъ раны между собой наблюдалась prima intent.*;

⁵⁾ При осмотрѣ больной 6 августа 94 г. оказалось, что рубецъ операціонный растянулся и эта часть брюшныхъ стѣнокъ выпячивается (работала въ полѣ лѣтомъ).

это могло произойти отчасти оттого, что шовъ накладывался тѣми же иглами, что и у оперированной подъ № II, и, вѣроятно, *швы только были недостаточно асептичны, вследствие примѣненія ихъ у первой больной*; на нагноеніе въ швахъ у оперированной подъ № III еще большее значеніе могло имѣть еще то обстоятельство, что эта *больная, на третій или четвертый день послѣ операціи, поддвигала свои пальцы руки подъ повязку и тамъ ощупывала свою операціонную рану.*

IV. *Чревосъщеніе; смерть.* Въ Усманскую больницу, 2/II 94 г., поступила крестьянка с. Лебедяни, 55 л., Усманскаго уѣзда; жалуется на опухоль въ животѣ. Больная очень малокровна, но не сильно исхудала; кожа очень блѣдна съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Пульсъ=70 въ минуту, слабаго наполненія. При осмотрѣ живота больной оказалось: въ области пупка, черезъ брюшныя стѣнки, прощупывается бугристая опухоль, величиной въ два кулака взрослого человѣка; опухоль плотна, мало болѣзненна и очень подвижна вверхъ и въ стороны; связи съ половыми органами этой опухоли не опредѣляется. Больная проситъ избавить ее отъ этой опухоли; замѣтила у себя эту опухоль 6 мѣсяцевъ тому назадъ.

Предположена доброкачественная и, по видимому, удалимая при помощи чревосъщенія опухоль, исходящая изъ сальника.

При участіи земскаго врача *Софіи Петровны Дейчъ* и городского врача *Ив. Мих. Ковалинскаго*, 5/II, произведено чревосъщеніе, при чемъ была экстирпирована, выше опредѣленная опухоль, исходящая изъ сальника. Опухоль походила на саркому и проросла въ стѣнку тонкой кишки; это послѣднее обстоятельство могло быть опредѣлено уже въ концѣ операціи, когда почти вся опухоль была вылучена и отдѣлена отъ срощеній; тогда была экстирпирована и часть тонкой кишки (3 сантиметра) и наложенъ кетгутовый кишечный шовъ. Опухоль имѣла плотныя срощенія съ поперечной ободочной кишкой и 2-мя петлями тонкихъ кишекъ; ткань опухоли была очень хрупка и легко рвалась, поэтому при вылученіи сильно кровоточила. Вообще удаленіе опухоли было весьма затруднительно и продолжительно. Хлороформъ, въ виду слабости больной, давали только около 1 часу; остальная часть операціи производилась безъ хлороформа и больная во время наложенія кишечнаго шва проснулась и пришла въ себя; пульсъ во время операціи былъ равномернѣнъ, хотя слабъ, дыханіе было тоже удовлетворительно. Вся операція отъ начала хлороформированія, продолжалась около 2½ часовъ; послѣ зашиванія брюшной раны (съ дренажемъ брюшной полости) и наложенія повязки на рану, больная была перенесена въ теплую постель и согрѣваема горячими бутылками. Не смотря на возбуждающія средства (вино, эфиръ, мускусъ, атропинъ) больная умерла черезъ часъ послѣ операціи отъ остраго малокровія.

V. *Фиброміома матки, міомотомія; выздоровленіе.* 8/III 94 г. въ Усманскую больницу поступила крестьянка с. Нижней Масоловки, Усманскаго уѣзда, Екатерина Г...ва, 42 л., съ жалобами на опухоль въ нижней части живота и частыя и обильныя кровопотери изъ матки.

Больная довольно малокровна, хорошего сложенія и довольно исхудала; пульсъ=62 въ минуту, хорошего наполненія и равномернѣй. Аппетитъ порядочный и всѣ отправленія различныхъ органовъ (исключая половые) нормальны.

При осмотрѣ живота опредѣляется: въ нижней части брюшной полости надъ лобкомъ прощупывается плотная, шарообразная, безболѣзненная, величиною съ голову новорожденнаго, опухоль; опухоль исходитъ изъ матки и легко выводится изъ полости таза, такъ что ее можно поднять вверхъ пальцами рукъ черезъ брюшныя стѣнки даже выше пупка. Зондъ идетъ въ матку на 11 сантим.; положеніе опухоли относительно полости таза—срединное. Прежде менструировала правильно: черезъ 3 недѣли, по 4—5 дней; теперь уже, около 2-хъ лѣтъ, мenses атипичны.

Во время подготовки больной къ операціи два раза каналъ шейки матки промывался крѣпкимъ растворомъ сулемы (1 : 2000) и смазывался Tinct. jodі, а наканунѣ операціи каналъ шейки прижженъ былъ Пакэленомъ и въ полость введенъ jodoform. тампонъ.

12/III при участіи врача И. М. Ковалинскаго сдѣлана подъ хлорофм. наркозомъ міотомія съ уходомъ за ножкой, по проф. Д. О. Отту⁶⁾.

Опухоль вмѣстѣ съ маткой, перерожденными яичниками и нормальными трубами срѣзана надвлагалищно; оставшаяся часть шейки прошита 4-мя толстыми шелковыми лигатурами, которыя затянуты хирургическими узлами, и просвѣтъ канала шейки во всю длину его былъ свободенъ и сообщался съ брюшной полостью; черезъ всю длину канала маточнаго, послѣ его прижиганія Пакэленомъ, со стороны брюшной полости проведенъ jodoform. фитиль и выведенъ во влагалище; ножка опущена въ брюшную полость. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ былъ сдѣланъ отъ лобка вверхъ до пупка. Шовъ на брюшную рану наложенъ отдѣльно; на брюшину—изъ кетгута, отдѣльно на мышечный апоневрозъ (тоже изъ кетгута) и потомъ—глубокіе и поверхностные швы на кожу и подкожную клетчатку (шелковые). Вмѣсто эластическаго жгута на ножку опухоли предварительно накладывалась временная лигатура изъ очень толстаго шелка и при срѣзываніи опухоли, кровотеченія не наблюдалось.

Хлороформированіе производилось съ перерывами (два раза была рвота во время операціи) и по временамъ, во время операціи, наблюдалось сильное напряженіе стѣнокъ брюшныхъ. При осмотрѣ вырѣзанной опухоли, оказалось, что опухоль фиброма развивалась въ толщѣ маточной стѣнки, при чемъ тканъ матки гипертрофирована; опухоль находилась ближе къ сывороточной оболочкѣ и развивалась въ лѣвой сторонѣ матки. Черезъ 1/2 часа послѣ операціи, пульсъ у больной равенъ 65 въ минуту. Вечеромъ того же дня пульсъ = 80; больная жалуется на схваткообразныя боли внизу живота (вздутіе живота газами); въ прямую кишку введенъ толстый дренажъ на ночь, послѣ чего больной стало легче: вздутіе кишекъ уменьшилось, боли въ нижней части живота стали меньше. Температура нормальна.

⁶⁾ „Врачъ“, 1891 г. № 27. „Журналъ Акуш. п Женск. болѣзней“ февраль 1894 г., см. „Рѣчь предсѣдат. проф. Д. О. Отта“.

Дальнѣйшій ходъ выздоровленія больной былъ слѣдующій:

13/III.—Пульсъ утромъ = 84. Жалуется на сильную боль къ подреберью (правомъ). Вечеромъ пульсъ = 88; схватки въ животѣ меньше; боли въ правомъ подреберьи—тоже меньше. Со дня операціи ежедневно, утромъ и вечеромъ, примѣнялся влагалищный душъ изъ аq. sublimat. (1:2000); t° утромъ = 37,1 $^{\circ}$, t° веч. = 37,7 $^{\circ}$.

14/III.—Утромъ пульсъ 95. Боль въ подреберьи меньше; желудокъ вадуть. Самочувствіе лучше; ледъ продолжаютъ класть на нижнюю часть живота; поставлена клизма. Пульсъ вечеромъ = 110; боль въ правомъ подреберьи сильнѣе; послѣ клизмы вода вышла съ небольшими частицами темнокоричневой слизи. Температура утромъ = 37,3 $^{\circ}$, а вечеромъ = 38,3 $^{\circ}$.

Область операціонной раны и низъ живота безболѣзненны.

15/III.—Утро: пульсъ = 100, t° = 37,1 $^{\circ}$; боль въ подреберьи значительно меньше; при надавливаніи жалуется на болѣзненность правой стороны живота книзу.

Вечеръ: П. = 105, t° = 37,3 $^{\circ}$. Послѣ клизмы вышла вода съ слизью, а потомъ наступило произвольное испражненіе каломъ.

16/III.—Утро: П. = 100; t° = 37,3 $^{\circ}$. Боли въ правомъ подреберьи еще меньше; вздутія живота нѣтъ; жалуется на небольшую боль въ паховыхъ областяхъ.

Вечеръ: П. = ок. 100; t° = 37,8 $^{\circ}$; боли въ подреберной области еще замѣтны.

17/III.—Утро: П. = 95; t° = 37,3 $^{\circ}$. Боли въ подреберьи чувствуются только при пальпаціи; въ лѣвой паховой области боли меньше; ночью не спала вслѣдствіе схватокъ внизу живота.

Вечеръ: П. = ок. 100; t° = 37,2; самочувствіе хорошо. Iodoform. тампонъ изъ канала шейки матки удаленъ.

18/III.—Утро: П. = 100; t° = 37,6 $^{\circ}$; больную прослабило обильнымъ количествомъ кала произвольно. Въ подреберьи боли сегодня сильнѣе, а въ паховой области болѣе нѣтъ; животъ не вздутъ; ночью не спала, днемъ сонливость.

Вечеръ: Пульсъ = 100; t° = 37,1 $^{\circ}$.

19/III.—Пульсъ = 100; темпер. утр. — 37,1 $^{\circ}$, а вечер. = 38,1. Боли въ подреберьи еще существуютъ.

20/III.—Пульсъ = 100; t° утр. = 37,7 $^{\circ}$; t° веч. = 38,4 $^{\circ}$. Боли отъ праваго подреберья распространяются книзу до $\frac{1}{2}$ живота на одной правой сторонѣ.

21/III.—Пульсъ 100; t° утр. = 37,7 $^{\circ}$; t° веч. = 38 $^{\circ}$. Болѣзненность отъ праваго подреберья книзу продолжается. Аппетита нѣтъ. Ночью спала послѣ приѣма морфия. Языкъ обложенъ. Позволено ѣсть куриное мясо и кисель. Послѣ клизмы вышла одна вода.

22 III.—Пульсъ = 100; t° утр. = 37,6; t° веч. = 37,8. *Первая смена повязки; сняты швы: prima intentio. На 4 поперечныхъ пальца выше лобка замятна припухлость, внутри брюшной полости безболѣзненная.*

23/III.—Ночью немного спала; было произвольное испражненіе; пульсъ = 100; t° утр. = 37,4; t° веч. = 37,9.

24 и 25/III. Пульсъ = 110; температура по утрамъ около 37,7 $^{\circ}$, а по вечерамъ—около 38,6 $^{\circ}$ —38,9 $^{\circ}$. Испражненія ежедневно произвольныя. Не жалуется на боли въ животѣ и подреберьи.

26/III.—Перевязка, при чемъ оказалось: *существуетъ выпотъ въ тазовой митчаткѣ*; высота выпота отъ лобка кверху не доходитъ на одинъ поперечный палецъ до пупка; припухлость занимаетъ срединную часть живота, слегка эластична и влается также въ задній влагалищный сводъ; при изслѣдованіи этой припухлости черезъ влагалище, на пальцѣ остается жидкая слизь желтоватой окраски, безъ запаха; припухлость при пальпаціи болѣзненна немного. Назначено ежедневное смазываніе t-га jodi припухлости брюшной полости. Пульсъ = 100; t° утр. = 37,8°; t° веч. = 37,9.

27/III.—Пульсъ = 100; t° утромъ = 37,5°; t° вечеромъ = 38,3°. Въ нижней части живота имѣется незначительная болѣзненность при пальпаціи.

28 и 29/III.—Пульсъ = 85; температура по утрамъ равна 37,3°, а по вечерамъ = 38,3°.

Боли въ правомъ подреберьѣ опять усилились. По правой mamillar. линіи прощупывается край печени, выступающій на 3 поперечныхъ пальца изъ подъ нижняго края реберъ; нужно замѣтить, что еще до операции за долго больная какъ то разъ страдала сильными болями въ правомъ подреберьѣ; надъ лобкомъ теперь опухоль не выдается и не прощупывается. При пальпаціи, по направленію брюшнаго рубца, больная жалуется на небольшую болѣзненность въ нижней его части.

31/III.—Пульсъ = около 100; t° утромъ = 37,7°; t° вечеромъ = 38,5°. Выдѣленія изъ влагалища желтоватаго цвѣта.

1/IV.—Пульсъ = 100; t° утромъ = 38°; t° вечеромъ = 38,5°. При осмотрѣ зеркалами, обнаружено выдѣленіе гнойной жидкости съ запахомъ сѣроводорода изъ канала маточной шейки. Въ каналъ шейки введенъ jodoform. тампонъ.

2/IV.—Температура утромъ = 38°, а вечеромъ = 38,9°; пульсъ = 110. Каналь шейки расширенъ Гегаровскими каучуковыми расширителями (до № 10) и полость, содержащая гнойную жидкость, промыта прокипяченной водой; въ полость впрыснута іодная настойка и введенъ дренажъ, толщиной въ гусиное перо. На болѣзненность живота вечеромъ не жалуется; чувствуетъ общую слабость; одно полужидкое испражненіе наблюдалось.

3 IV.—П. = 100; t° утромъ = 37,8°; t° вечеромъ = 38,2°; ночь не спала, тошнить.

4 IV.—t° утромъ = 38,6°, t° вечеромъ = 37,8°, съ ночи появились схваткообразныя боли внизу живота и въ поясницѣ. Гнойная полость промыта борной водой (3°/о). При промываніи выдѣлялась жидкость бѣловатаго цвѣта съ запахомъ сѣроводорода; въ полость впрыснута jodoform. эмульсія (50°/о) 20,0; черезъ каналъ шейки введена jodoform. марли въ полость гнойника. Послѣ промыванія гнойника схватки прекратились.

Съ 5/IV по 13/IV.—Полость гнойника промывалась ежедневно aq. carbolic. 3°/о и впрыскивалась jodoform. эмульсія; тампонъ же въ полость гнойника не вводился. Температура всѣ эти дни была повышена: по утрамъ—37,8°—38,3°, а по вечерамъ t° = 38,5°—38,9°; разъ вечеромъ t° была 39,4; пульсъ былъ отъ 100 до 110; *гнойная жидкость свободно выдѣляется по каналу шейки*. Аппетитъ у больной хорошъ.

13/iv.—Больной позволено ходить; длина гнойной полости от наружнаго зѣва равна 8 сантиметровъ. Температура утромъ = 38,1°, вечеромъ = 38,6°.

Съ 13/iv по 24/iv.—Длина гнойной полости уменьшилась до 6½ сент.; выдѣлений меньше изъ гнойника; ночью потѣеть. Самочувствіе хорошо и аппетитъ хорошъ. Температура все время колебалась между 37,5° (утромъ) и 38,5 (вечеромъ); пульсъ отъ 90 до 100.

25/iv.—t° утромъ = 37,2°; t° вечеромъ = 37,6°. Въ нижней части операціоннаго рубца образовался небольшой abscessus; полость гнойника, повидному, имѣетъ сообщеніе съ каналомъ шейки матки. Гнойникъ въ операціонномъ рубцѣ ночью вскрылся произвольно.

26/iv.—Фистулезный ходъ въ гнойникъ рубца расширенъ скапелемъ и введенъ іодоформенный тампонъ. Температура утромъ = 37,3°; а вечеромъ t° = 37,6°.

27/iv.—Рана на рубцѣ хорошо гранулируетъ. Зондъ въ каналъ шейки проходитъ на 8½ сантим. Выдѣлений изъ полости гнойника значительно меньше.

Съ 28/iv по 16/v.—Температура все это время нормальна (только 1-го апрѣля вечеромъ повысилась до 38°). Ежедневно дѣлалось промываніе гнойной полости аq. carbolis- (3%) и выпрыскиваніе іодоформенной эмульсіи (50%). На брюшной стѣнкѣ къ 16-му мая имѣлся только узкій фистулезный ходъ.

Съ 16/v по 20/v.—При промываніи со стороны брюшной фистулы вода свободно проходитъ черезъ ыаналь шейки наружу: выдѣленія—безъ запаха и въ небольшомъ количествѣ. Температура нормальна.

Съ 20/v по 30/v.—Самочувствіе хорошо; лѣченіе тоже, что и въ предыдущіе дни. При надавливаніи пальцемъ на правый сводъ, при промываніи гнойника, гной выдѣляется въ большемъ количествѣ.

30/v.—Палецъ, введенный черезъ расширенную фистулу со стороны операціоннаго рубца, проникъ въ небольшую гнойную полость, сообщающуюся съ каналомъ маточной шейки; фистулезный ходъ расширенъ ножницами и полость гнойника затампонирована іодоформ. марли.

Съ 1/vi по 7/vi.—Черезъ 1—2 дня дѣлается промываніе полости гнойника со стороны брюшной раны карболовой водой (3%) и перевязка брюшной раны съ тампонаціей гнойной полости іодоформенной марли. Гнойное выдѣленіе меньше.

7/vi.—Въ концѣ перевязки, послѣ промыванія полости гнойника, съ больной сдѣлался припадокъ, похожій на эклампсію (?); больная потеряла сознаніе, лицо посинѣло, зрачки расширились и не реагировали на раздраженіе роговицы; мускулы въ началѣ припадка были судорожно сокращены, а потомъ ослабли; дыханіе—клокочущее и накопленіе слизи въ дыхательномъ горлѣ; пульсъ отъ 120 до 160 въ минуту и прерывается. Черезъ 1½ часа отъ начала припадка больная постепенно пришла въ себя, только выговаривала слова съ большимъ трудомъ (легкій параличъ языка), но къ вечеру и это прошло. Для приведенія въ чувство больной, было сдѣлано подкожное вливаніе фізіологическаго раствора поваренной соли ¹) около 120,0 и данъ былъ доступъ свѣжаго

¹) „Журналъ Акуш. и Женск. Болѣзней“, № 6, іюнь. 1893 г. „Къ вопросу объ употребленіи фізіологич. раствора поварен. соли....“ Д-ра П. Т. Нейштубе.

воздуха; въ началѣ же припадка *дѣлалось искусственное дыханіе черезъ ритмическое потягиваніе за языкъ*. Вечеромъ больная чувствуетъ себя хорошо; пульсъ = 90 въ минуту, равномернѣе.

Съ 8/VI по 9/VI.—Лѣченіе было тоже, что и въ предыдущіе дни, при чемъ къ 19-му іюня (день выписки больной для амбулаторнаго лѣченія) фистулезный ходъ пропускалъ только средней толщины зондъ и гнойная полость уже выдѣляла очень незначительное количество слизистаго, жидкаго гноя. Больная очень пополнила, аппетитъ имѣла хорошій. Въ заднемъ сводѣ припухлости уже не было (19 іюня).

Съ 19/VI по 2/VII—больная являлась въ амбулаторію на перевязку черезъ три дня; полость бывшаго гнойника, промывалась карболовой водой и черезъ брюшной фистулезный ходъ вводился іодоформенный тампонъ, послѣ впрыскиванія въ эту полость *tinct. jodi*.

Съ 2/VII по 17/VII—больная являлась для перевязки черезъ недѣлю. Послѣдній разъ больная была на перевязкѣ 17 іюля; выдѣленій въ этотъ разъ изъ фистулы и черезъ каналъ шейки матки не было; тампонъ въ фистулу еле входилъ. Больная имѣла цвѣтушій видъ.

7/VIII больная явилась въ амбулаторію въ первый разъ послѣ 17/VII, при чемъ прежняя повязка еще держалась у больной; на мѣстѣ операціонной раны имѣется линейный, узкій рубецъ, съ воронкообразнымъ углубленіемъ въ кожѣ на мѣстѣ прежняго отверстія фистулы; это углубленіе состоитъ изъ рубцовой блестящей, блѣдной ткани. При бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ опредѣляется: шейка матки подвижна, притянута немного впередъ (брюшной конецъ ея); никакихъ утолщеній и вообще слѣдовъ бывшаго гнойника въ сводахъ нѣтъ. Жалуется только на небольшую чувствительность въ паховыхъ областяхъ. Видъ больной—цвѣтушій.

Какъ видно изъ послѣопераціоннаго теченія болѣзни, въ данномъ случаѣ заживленіе операціонной раны было осложнено нарывомъ, развившимся возлѣ операціонной культи (остатокъ шейки матки). Данное осложненіе, по всей вѣроятности, могло развиваться вслѣдствіе заноса заразы къ культѣ черезъ открытый каналъ шейки матки при ежедневныхъ влагалищныхъ спринцеваніяхъ: ибо дезинфекція канала шейки во время операціи была сдѣлана очень достаточная,—за отсутствіе же зараженія во время операціи, со стороны брюшной полости, говоритъ то обстоятельство, что воспалительныя явленія брюшины не наблюдались, а въ брюшной ранѣ случилось *prima intentio*; вскрытіе же *abscessus'a* черезъ брюшной рубецъ въ послѣдствіи объясняется закрытіемъ канала шейки матки ⁸⁾ въ верхнемъ его отдѣлѣ, что было констатировано 24/IV, а 27/IV эта длина вновь была равна 8½ сантим. (проходимость воз-

⁸⁾ 24 IV каналъ шейки матки = 6½ сантим. и зондъ не попадалъ въ верхній отдѣлъ гнойника.

становилась); когда проходимость канала шейки восстановилась, брюшная фистула начала уменьшаться и гнойных выделений стало значительно меньше.

Такимъ образомъ, хотя оставленное сообщеніе черезъ каналъ шейки матки брюшной полости съ влагалищемъ и способствовало, повидимому, заносу заразы къ тканямъ операционной культи изъ влагалища, въ то же время, однако, *этотъ каналъ былъ и предохранительнымъ клапаномъ для оттока гнойной жидкости* въ первое время, пока эта гнойная полость еще не была хорошо отграничена отъ брюшины.

Слѣдовательно, *данный случай*, по моему мнѣнію, *скорѣе говоритъ въ пользу примѣненнаго мной способа ухода за ножкой послѣ вырѣзыванія фиброміомы (предложеннаго проф. Д. О. Оттомъ)*, такъ что я намѣренъ и въ будущемъ придерживаться этого способа оперированія при міомотоміи, — тѣмъ болѣе, что *этотъ способъ очень легокъ и ускоряетъ ходъ операціи*.

VI. *Salpingo-oophoritis duplex chronic.; graviditas extra-uterina; чревосъченіе; выздоровленіе*. 21/IV 94 года, въ Усманскую больницу поступила мѣщанка села Излегощи, Усманскаго уѣзда, Поддубровской волости, 32 лѣтъ, Анна Т...ва, замужняя, многороженица, съ жалобами на долго дліящіяся и неуступающія лѣченію, кровотеченія изъ матки.

Тѣлосложенія больная хорошаго, очень малокровна и значительно исхудала; крови стали носить на 15 году; черезъ 3 недѣли на 4 появлялись крови и продолжались 3—4 дня; родила 6 разъ. Больна уже около 1½ года болѣзненностью въ паховыхъ областяхъ и неправильностью въ пошеніи кровей.

Выдѣленіе кровей изъ матки существуетъ уже четыре недѣли и иногда, особенно въ началѣ, кровь шла съ большими кровяными сгустками; передъ началомъ такихъ затяжныхъ кровей было *задержаніе изъ около 2-хъ мѣсяцевъ*; только послѣ задержанія кровей появились обильныя *мѣсячныя съ большими кровяными сгустками*. При изслѣдованіи половыхъ органовъ было найдено слѣдующее: тѣло матки—болѣе кзади и перегиба его почти нѣтъ; спереди матки, въ мѣстѣ перехода тѣла въ шейку, опредѣляется шарообразная опухоль, величиной съ куриное яйцо *очень плотная и прилегающая непосредственно къ переднему своду влагалища*; длина матки по зонду = 9 сантим. Шейка матки нормальна и въ сводахъ никакихъ воспалительныхъ явленій нѣтъ; зондъ маточный идетъ въ прямомъ направленіи вверхъ, въ матку; *личники прощупываются съ трудомъ книзу и кзади отъ тѣла матки*.

Пульсъ больной равномѣренъ и равенъ 86 въ минуту. Температура нормальна (*наканунъ операціи t° днемъ повысилась до 38,5°, вслѣдствіе нервной раздражительности больной*). До операціи испробованы были горячія души влагалищныя (до 38°) для остановки кровотеченія, которое

очень истощало больную; действительно эти души остановили кровотечение изъ матки, такъ что съ 30 апрѣля и по день операціи кровотечения не было.

На основаніи изслѣдованія половыхъ органовъ больной и анамнеза, мной была предположена небольшая фиброма на передней стѣнкѣ матки, что при операціи не подтвердилось; за фиброміому говорила плотность опухоли и сбивчивый анамнезъ больной, а также неправильности въ мѣсячныхъ отдѣленіяхъ крови изъ матки около 1½ года.

Желая очистить полость матки и каналъ ея шейки, на всякій случай, накануне операціи (2/у) я предпринялъ расширеніе канала шейки матки Гегаровскими расширителями, но, вслѣдствіе появившагося сильнаго кровотечения изъ полости матки, расширеніе было доведено только до № 6 Гегара и вырывается въ полость матки *tinct. jodi*; тогда же при измѣреніи длины матки зондомъ обнаружено было, что длина ея уменьшилась, т. е. = 7¾ сантим. (вліяніе, вѣроятно, горячихъ душей).

3/у 94 г.—при участіи врача *И. М. Ковалинскаго*, сдѣлано было мной *чревостъченіе*. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ по *linea alba* вверхъ отъ лобка, не доходя на 1½ попереч. пальца, до пупка; брюшина вскрыта при помощи крючковатаго пинцета и скальпеля, а потомъ разрѣзъ ея удлиненъ по желобоватому зонду скальпелемъ же. По причинѣ спаекъ матки съ переднимъ Дугласовымъ пространствомъ она была съ трудомъ выдвинута въ брюшную рану; далѣе, въ области брюшной раны матка съ придатками удерживалась пальцемъ ассистента (все время операціи) черезъ влагалище: палецъ, надавливая на шейку, приподнималъ матку вверху.

При дальнѣйшемъ осмотрѣ выдвинутыхъ въ рану матки и придатковъ ея оказалось: правый яичникъ увеличенъ до голубинаго яйца, кистовидно перерожденъ и спаянъ съ задней стѣнкой матки ложными перепонками (легко отдѣленными); правая Фаллопиева труба—нормальна. На передней стѣнкѣ матки, ближе къ шейкѣ, непосредственно прилегая къ стѣнкѣ передняго свода влагалища, лѣжитъ конгломератъ тканей, спаянный съ маткой и между собой; этотъ конгломератъ, по отдѣленіи (довольно легкомъ) спаекъ, оказался состоящимъ изъ расширенной, съ утолщенными стѣнками и мѣстами кистовидно перерожденной, лѣвой Фаллопиевой трубы и лѣваго же яичника, кистовидно перерожденнаго (увеличеннаго до голубинаго яйца); Фаллопиева труба, по преимуществу увеличеннаго (утолщеннаго) брюшнымъ концомъ своимъ, покрывала шарообразное тѣло (величиной съ куриное яйцо); это тѣло, по отдѣленіи отъ него брюшиннаго конца трубы, оказалось спереди и вверху имѣющимъ отверстіе (съ рваными краями), черезъ которое палецъ руки свободно проникъ въ полость этого тѣла и извлекъ оттуда шоколаднаго цвѣта массу, которая представляла собой часть распада кровяной (кашица шоколаднаго цвѣта), а частью имѣла видъ мяса. Все это содержимое такого мѣшка (опухоли) удалено пальцемъ, а полость его (мѣшка) слегка выскаблина острой ложкой и прижжена 10% спиртнымъ растворомъ карболовой кислоты; такъ какъ оболочка опухоли (плоднаго яйца) плотно сливалась съ передней стѣнкой тѣла матки и передней стѣнкой влагалища (передній сводъ), то мѣшокъ

этотъ не былъ удаленъ. Сообщенія полости этой опухоли съ маткой и влагалищемъ не было констатировано.

Перерожденные яичники и трубы (изъ правой здоровой трубы удалена часть ея, ближайшая къ измѣненному яичнику), послѣ наложенія на нихъ шелковыхъ лигатуръ (прошиваніе ножки), *были изстѣнены, а полость, гдѣ помещалась перерожденное плодное яйцо, тампонирована jodoform. марли, конецъ которой выведенъ въ нижній уголъ брюшной раны.* Кровотеченія изъ плоднаго мѣшка не было.

На брюшину и мышцы наложенъ погруженный, обвивной (непрерывный) кетгутовый шовъ, а на кожу и подкожную клетчатку—глубокіе и поверхностные шелковые узловатые швы; нижній уголъ раны брюшной оставленъ не зашитымъ: брюшные швы припудрены іодоформомъ. Повязка—изъ стерилизованной марли и ваты. Въ полость матки введенъ тампонъ изъ іодоформенной марли (матка немного кровоточила). Операция, считая и время для хлороформированія, длилась около 1½ часа. Хлороформъ худо переносился больной: въ началѣ, не смотря на приемъ морфія передъ операцией, у больной была частая рвота; во время наркоза, по вскрытіи брюшной полости, у больной была одинъ разъ рвота слезью; наложеніе швовъ на брюшную рану и туалетъ плоднаго мѣшка, а также нижняго отдѣла брюшной полости производились уже безъ наркоза, такъ какъ, въ виду значительнаго малокровія больной и слабости пульса, больше давать хлороформа нельзя было.

Тотчасъ послѣ операции больной часто рветъ и тошнитъ; пульсъ—около 100 въ минуту. Больная пришла въ сознаніе еще во время наложенія швовъ на брюшную рану.

Дальнѣйшій ходъ послѣоперационнаго состоянія больной.

4/у.—Утромъ—2 раза рвота; тошнитъ и болитъ подъ ложечкой; пульсъ = 120, слабого наполненія; для освѣженія рта даютъ сосать кусочки льда, но не глотать; чувствуетъ слабость большую; въ 12 час. дня поставлена клизма изъ одного стакана *физиологическаго раствора поваренной соли* ⁹⁾ (до 32 град. по Р. теплота раствора) съ виномъ (одна рюмка португвейну), *послѣ чего больная немного уснула и рвота прекратилась.*

Вечеромъ наблюдалась у больной тошнота и изжога; низъ живота безболѣзненъ. Пульсъ = 125; больная вновь ослабѣла, поэтому поставлена клизма изъ физиологическаго раствора поваренной соли съ виномъ (1 стаканъ раствора), *послѣ чего больная оживилась, но замѣтила боли въ паховыхъ областяхъ.* Пищи не ѣстъ никакой.

5/у.—Съ 2-хъ час. дня чувствуетъ значительную общую слабость и боли возлѣ пупка и въ области операционной раны. Пульсъ утромъ = 105, а вечеромъ П. = 108. Ночью нѣсколько спала. Поставлена клизма изъ раствора поваренной соли для улучшенія самочувствія.

6/у.—Пульсъ утромъ = 105, а вечеромъ = 90. Чувствуетъ боли въ животѣ, но меньше вчерашнихъ: подпираніе подъ ложечкой, ѣстъ бульонъ и молоко. Внутрь назначенъ растворъ азотно-кислаго сербра (0,06 : 100,0) по столовой ложкѣ 2 раза въ день, для улучшенія аппетита и прекра-

⁹⁾ „Журналъ Акуш. и Женск. Болѣзней“, 1893 г. № 6, «Къ вопросу объ употребленія физиологическаго раствора поваренной соли....» стр. 580 и стр. 581. Д-ра П. Т. Нейштубе.

щенія броженія въ желудкѣ. При влагалищномъ спринцеваніи выделяется вода, окрашенная кровью.

7/у.—Пульсъ утромъ = 95, а вечеромъ = 98. Сегодня крови изъ влагалища не выделяется. Вздутіе живота меньше. Ледъ на животъ продолжаютъ класть.

8/у.—Пульсъ утромъ = 90, вечеромъ = 85; Изъ влагалища сегодня появилось кровянистое выдѣленіе; жалуется на болѣзненность нижней части операціонной раны. Аппетитъ хорошъ. Молоко и бульонъ ѣсть. Горячій влагалищный душъ.

9/у.—Пульсъ утромъ = 86, вечеромъ = около 90. Кровянистое выдѣленіе изъ влагалища—меньше.

10/у.—Пульсъ = 80. Клизма; съ клизмой вышла вода, окрашенная каломъ. Кровянистая жидкость изъ влагалища выходитъ.

11/у.—Пульсъ = 85. Послѣ клизмы вышла вода.

12/у.—Пульсъ = 84. Жалуется на затрудненное мочеиспусканіе и боли возлѣ пупка; соотвѣтственно нижнему углу операціонной раны замѣтно промоканіе повязки жидкостью кровянистаго цвѣта. Послѣ приѣма отвара коры крушины больную прозлбило.

13/у.—Первая смѣна повязки: *швы сняты, prima intentio*; въ средней части операціонной раны замѣтна небольшая припухлость и при пальпации—болѣзненность.

Пульсъ = 80. Иодоформенный тампонъ былъ пропитанъ кровянистой слизью. Введенъ новый, болѣе короткій, тампонъ въ брюшную полость.

Съ 14/у по 20/у.—Пульсъ отъ 80 до 90 въ минуту; иногда—бессонница, а потому ночью даютъ по временамъ сульфоналъ (1,3 на приѣмъ); выдѣленія изъ матки бываютъ слегка окрашены кровью. По временамъ *жалуется на болѣзненность средней части операціоннаго рубца*. 17 мая была 2-я перевязка. Ничего новаго нѣтъ.

20/у.—3-я перевязка операціонной раны, при чемъ ходъ въ брюшную полость оказался длинной около 3 сантим. Больная жалуется на затрудненіе мочеиспусканія; катеризація мочевого пузыря. Больная замѣчаетъ напираніе на низъ и схваткообразныя боли въ области мочевого пузыря. Пульсъ = 80.

21/у.—Мочится при помощи катетера; пульсъ равенъ 80. Больной позволено сидѣть.

22/у.—Мочится безъ катетера. Пульсъ = 85.

23/у.—Длина хода брюшной раны = 3 сантим. Выдѣлений изъ раны очень немного.

Съ 24/у по 30/у.—Ничего особеннаго нѣтъ.

30/у.—При перевязкѣ *брюшная фистула расширена скамелемъ* и введенъ туда иодоформенный тампонъ: *былъ небольшой затекъ мочы подъ кожу вверхъ отъ фистулезнаго хода*. Горячіе души продолжаютъ.

31/у.—Съ больной сдѣлалась перемежающаяся лихорадка, которая прошла отъ приѣма хинина. Выдѣленія изъ матки слизистыя съ примѣсью жилокъ крови.

8/уі.—Крови изъ матки совершенно нѣтъ. Фистулезный брюшной ходъ теперь оказался длинной въ 7 сантим., но очень узокъ: только желобоватый, средней толщины, зондъ проходитъ. Горячіе души оставлены. Въ фистулезный ходъ впрыскивается при перевязкахъ *tinct. jodi*.

11/VI.—Длина фистулы = 7 сант., но значительно уже по направлению кзади; въ самой нижней части ширина фистулы соответствует толщинѣ тонкаго зонда. Аппетитъ у больной хорошъ: она поправлялась.

15/VI.—Брюшная фистула = 3 сантим. въ длину. Больная выписалась изъ больницы для амбулаторнаго лѣченія.

Въ концѣ юня фистулезный ходъ брюшной полости совершенно зарубцевался и больная можетъ считаться здоровой. Температура въ послѣоперационномъ періодѣ все время колебалось между 36,9° (по утрамъ) и 37,5° (по вечерамъ); повышение t° наблюдалось: 4 мая до 38,1° (вечер.), 11 мая до 37,9° (вечер.), 17 мая до 37,9° (утро) и 29 и 31 мая: въ 1 случаѣ до 38,7° (вечер.), во 2 случаѣ до 38° (вечер.). Повышенія температуры 29 и 31 мая объясняются перемежающейся лихорадкой, а въ другіе дни—задержкой выдѣленій изъ операционной раны, такъ какъ послѣ перевязокъ тотчасъ же t° падала до нормы. Выдѣленія кровей изъ матки въ послѣоперационное время я объясняю себѣ постепенной инволюціей матки, какъ это наблюдается вообще послѣ удаленія плоднаго яйца изъ матки, (а въ нашемъ случаѣ изъ брюшной полости).

Мы примѣняли горячіе души въ послѣоперационномъ выдѣленіи крови изъ матки, чтобы ускорить обратное развитіе слизистой матки и чтобы, такимъ образомъ, скорѣе прекратить истощающее больную выдѣленіе крови изъ матки: это послѣднее скоро было достигнуто.

Такимъ образомъ отчасти на основаніи анамнеза, а также анатомическаго положенія и макроскопическаго строенія опухоли (обнаруженнаго во время операціи) и послѣоперационнаго измѣненія остатковъ (плодная оболочка) этой опухоли, мы можемъ признать, что, кромѣ стараго заболѣванія и перерожденія (хотя неполнаго) трубъ и яичниковъ имѣлась въ данномъ случаѣ *внѣматочная беременность въ стадіи обратнаго развитія ея* и что, истощавшее больную въ дооперационное время, *кровотеченіе изъ матки зависело всецѣло отъ этой беременности*. Какъ способствующій моментъ образованію внѣматочной беременности въ данномъ случаѣ, какъ это уже давно высказывается многими авторитетами ¹⁰⁾ по женскимъ болѣзнямъ, могло быть хроническое заболѣваніе придатковъ матки.

Трудность дооперационнаго распознаванія этого заболѣванія въ данномъ случаѣ можетъ быть легко объяснима тѣмъ, что лѣвая Фаллопіева труба, лежа своимъ измѣненнымъ (утолщеннымъ), и окруженнымъ ложными перепонками, брюшиннымъ концомъ на плодномъ яйцѣ и будучи спаяна съ нимъ сращениями, симулировала плотную опухоль (напоминающую фи-

¹⁰⁾ См. „Врачъ“ 1893 г., № 11, Д. О. Оттъ: „Къ ученію о внѣматочной беременности“, стр. 300.

броидъ), къ тому же и плодный мѣшокъ былъ тоже плотенъ, а анамнезъ довольно неясенъ.

VII. Новообразование почки (саркома?); пробная лапаротомія; заживленіе операци. раны. 28/у 94 г., въ Усманскую больницу поступила мѣщанка г. Усмани, Марія У...ва, 38 л., съ жалобами на растущую опухоль въ правой сторожѣ брюшной полости и просьбой сдѣлать все возможное для возстановленія здоровья ея.

Больная очень малокровна и истощена, едва ходитъ; аппетитъ плохой, а по ночамъ плохо спитъ, вслѣдствіе болѣзненности въ области опухоли особенно ночью; пульсъ=85 въ минуту, равномеренъ и слабого наполненія.

Теперь больная не менструируетъ съ декабря 1893 г. Многоженица. Со стороны половых органовъ ничего ненормальнаго не представляетъ. При осмотрѣ живота опредѣляется: въ лѣвой сторонѣ брюшной полости прощупывается опухоль, величиной съ голову взрослага челоѣка; опухоль идетъ отъ лѣваго подреберья и доходитъ внизъ до лѣвой подвздошной ости; связи съ половыми органами не имѣетъ; опухоль плотна и мало болѣзненна, не эластична и не бугриста; за срединную линію вправо границы опухоли не переходятъ. Окружность живота черезъ выдающуюся часть опухоли и черезъ пупокъ=86 сант., длина выдающейся части опухоли отъ ребернаго края (по *mamillar.* линіи лѣвой) книзу,=20 сант. Промежутокъ отъ ребернаго края по лѣвой *axillar'ной* линіи и до лѣвой подвздошной ости выполненъ выдающеюся наружу частью опухоли. Такъ какъ характеръ опухоли не былъ вполне выясненъ, а также возможность удаленія этой опухоли была под сомнѣніемъ, то больной предложена была *пробная лапаротомія*, на что больная согласилась. Послѣ соотвѣтственной подготовки больной, 3/у при участіи д-ра И. М. Ковалинскаго была произведена *лапаротомія*. Послѣ вскрытія брюшной полости по бѣлой линіи черезъ пупокъ (разрѣзъ начать выше лобка на 3 поперечныхъ пальца и былъ длиной около 12—13 сантим.) обнаружилось слѣдующее: опухоль исходящая, по видимому, изъ лѣвой почки (?), покрыта брюшиной задней стѣнки брюшной полости и связи съ селезенкой и другими органами брюшной полости не имѣетъ; основаніе опухоли широко и она почти неподвижна, бугриста и тверда на ощупь; надъ опухолью (покрываетъ ее) проходитъ ободочная кишка (*colon transversum et descendens*); правый край опухоли не доходитъ нѣсколько до срединной линіи брюшной стѣнки. Существуютъ метастазы въ брыжеечныхъ железахъ. Такъ какъ (въ виду метастазовъ) удаленіе опухоли не достигло бы цѣли, (т. е. выздоровленія больной) и къ тому же удаленіе ея представляло непреодолимые трудности техническія, то опухоль оставлена на мѣстѣ и брюшная рана зашита обычнымъ образомъ. Операциа и хлороформированіе продолжались 45 минутъ. Во время хлороформированія, до и во время операции, съ больной была нѣсколько разъ рвота желчью. Послѣ хлороформнаго наркоза больная скоро пришла въ себя. Черезъ часъ послѣ операции пульсъ=92 въ минуту и былъ равномеренъ.

Въ первые два дня больная была очень слаба: пульсъ былъ около 100, т°=36,6°,—36,7, аппетита не было, бессонница и боли подъ ложечкой; для поднятія ослабѣвшихъ силъ больной ставили раза два въ день

клизмы изъ физиологическаго раствора поваренной соли съ виномъ, послѣ чего она всегда дѣлалась бодрѣе и пульсъ становился напряженнѣе.

Съ 6/VI по 13/VI.—У больной появился аппетитъ и она стала бодрѣе; t^0 —нормальна; ночью спитъ; пульсъ = 95 въ минуту.

13/VI.—Первая смѣна повязки; швы сняты, *prima intentio*; въ 2-хъ швахъ (уколы иглы)—нагноеніе. Больная желаетъ выписаться домой изъ больницы. Лежитъ на боку и сидитъ.

15/VI.—Нагноившіеся швы затянулись; больная увезена домой. Больная и въ настоящее время еще жива (10/VIII 94 г.), но очень слаба и не ходитъ.

Незначительное количество, вообще, сообщаемыхъ мной случаевъ чревосѣченій, а однородныхъ—въ частности, не даетъ мнѣ права дѣлать какіе-либо выводы изъ данныхъ исторій болѣзней; могу только сказать, что, въ общемъ, *при данной*, не особенно благоприятной, *обстановкѣ* все таки послѣоперационное *заживленіе ранъ* было *удовлетворительно* и можно надѣяться, что при болѣе лучшей обстановкѣ (теперь заново больница внутри ремонтируется и чистится) чревосѣченія можно будетъ дѣлать съ значительно меньшимъ рискомъ для здоровья больныхъ.

III.

Изъ казуистикѣ продыравливанія матки самой больной съ цѣлью вызвать абортъ.

Женщ.-врача М. Черномордикъ-Гинзбургъ (Керчь).

Процессъ доктора *Пiotровича* побуждаетъ меня сообщить слѣдующій случай изъ моей практики:

13 мая 1889 года, меня пригласили къ Дуду К—шiанцъ, женѣ мелкаго торговца зеленью. Больная жаловалась на жестокиа боли въ животѣ, главнымъ образомъ внизу, кровотеченiе, рвоту, головную боль и слабость. Анамнезъ слѣдующій: замужемъ 5 лѣтъ, имѣетъ 3 дѣтей, послѣднему 1 годъ 3 мѣс. *Всеида здоровая, заболѣла лишь 3 дня назадъ кровотеченiемъ послѣ того какъ упала съ лѣстницы.* Регулы приходятъ всегда правильно, черезъ мѣсяцъ. продолжаютъ 5 дней, необильны и небо-лѣзненны; во время кормленiя грудью всѣхъ дѣтей менструировала все время: *послѣднiе регулы закончились недѣлю тому назадъ.* До меня былъ приглашенъ другой врачъ, которому сообщенъ тотъ же анамнезъ, что и мнѣ, но такъ какъ больная на отрѣзъ отказалась отъ изслѣдованiя мужчиной, то онъ назначилъ ей пока *hydrastis canadensis*, въ виду значительнаго кровотеченiя, и больше ее не посѣщалъ.

Дуду К—шiанцъ—молодая, цвѣтущая, прекрасно упитанная женщина 30 лѣтъ. t^0 у нея 41^0 , пульсъ 140, языкъ сухой, обложенный. Животъ вздутъ, очень чувствителенъ къ давленiю. Наружные половые органы нормальны; имѣется небольшой старый разрывъ промежности; изъ половыхъ частей вытекаетъ въ небольшомъ количествѣ кровь съ дурнымъ запахомъ.

При внутреннемъ изслѣдованiи я нахожу слѣдующее: *port. vaginal.* объемиста, мягка, дрябла, лежитъ низко, зѣвъ смотритъ впередъ, очень близко отъ входа во влагалище. Въ наружномъ зѣвѣ большiя неровности—свѣжiе надрывы. Матка увеличена, но вслѣдствiе сильныхъ болей точно прослѣдить ея контуры не удастся; вся матка притянута немного вправо, подвижность ея ограничена; въ лѣвомъ и заднемъ сводахъ твердый эксудатъ, который слѣва распространяется на

3 пальца выше пупартовой связки. Наружный зѣвъ свободно пропускаетъ палецъ, каналъ шейки расширенъ, поверхность полости канала имѣетъ какія то неровности, палецъ безъ всякаго насилія проходитъ на уровнѣ внутреннего маточнаго зѣва въ полость, наполненную на ощупь сгустками крови; въ лѣвой половинѣ этой полости палецъ наткнулся на твердое тѣло, край котораго напоминалъ щепку въ изломѣ, съ колющей неровномѣрной поверхностью.

Желая опредѣлить размѣры и направленіе этого тѣла, я стала осторожно обводить его пальцемъ, но въ это время я почувствовала что тѣло это ускользнуло изъ подъ моего пальца и погрузилось глубже. Но первоначальное ощущение твердаго и даже колющаго тѣла было для меня несомнѣнно, я только недоумѣвала, что бы это было. Предполагая, что я нахожусь въ полости матки и имѣю дѣло съ какимъ-то инороднымъ тѣломъ въ ней, я надѣялась, осторожно обводя пальцемъ стѣнки полости, опять наткнуться на него и, если возможно будетъ, удалить, но ясныхъ стѣнокъ я не ощущала, попадались какія-то перемычки и палецъ только попадалъ какъ-бы въ сгустки крови; я стала выводить палецъ, но на уровнѣ внутреннего зѣва я нащупала другое отверстіе, черезъ которое палецъ попалъ въ другую полость, на этотъ разъ уже несомнѣнно въ полость матки. Но стѣнки полости матки какъ и стѣнки шейки, имѣли мѣстами какія-то неровности, ввидѣ разрывовъ, идущихъ вглубь маточной ткани; получалось впечатлѣніе какъ бы проткнутыхъ чѣмъ-то ямокъ, видно слизистая оболочка и весь мускульный слой былъ продырявленъ въ разныхъ мѣстахъ до серознаго покрова. Никакого содержимаго въ полости матки не было. Выводя палецъ обратно, а могла уже точнѣе опредѣлить, что первоначальное отверстіе, которое вело въ вышеупомянутую полость, помѣщалось въ верхней части канала шейки слѣва, тотчасъ подъ внутреннимъ зѣвомъ, края этого отверстія рваные.

Для меня не оставалось сомнѣнія въ томъ, что я имѣю дѣло съ *продыравливаніемъ матки на уровнѣ внутреннего зѣва* какимъ-то инороднымъ тѣломъ, на *ощупь*, какъ я выше указала, *повидимому щепкой, съ проникновениемъ этого тѣла въ полость живота и съ развившимся бурнымъ перитонитомъ и параметритомъ*. Лишь за короткое время до моего прихода прекратившееся громадное кровотеченіе, увеличеніе матки, открытіе наружнаго и внутреннего маточнаго зѣвовъ и расширение канала шейки и полости матки заставляло меня подозревать, не имѣю ли я, кромѣ того, дѣла съ только что закончившимся искусственнымъ абортomъ. Но возможность беременности большая, какъ и всѣ окружавшіе ее, упорно отрицала и стояла на своемъ, что менструируетъ всегда правильно и лишь за недѣлю до настоящаго заболѣванія имѣла регулы. На вопросъ мой, не вводила ли она себѣ чего въ рукавъ (она была замужемъ за старикомъ, женатымъ уже въ третій разъ),

она сердито отвѣчала, что кромѣ паденія съ лѣстницы и полученнаго ушиба не имѣла никакихъ причинъ къ заболѣванію. Добиться правды путемъ анамнеза тѣмъ труднѣе было, что сама больная армянка, по русски не говорила, и мнѣ приходилось съ ней объясняться черезъ переводчицу ея сосѣдку и, что у больной толпилась масса женщинъ, хотя изъ комнаты больной я ихъ удалила, но онѣ шмыгали взадъ и впередъ и еще болѣе связывали ей языкъ. *А мать ея, какъ и одна изъ сосѣдокъ, сама видѣла, какъ она, совершенно здоровая, споткнулась, упала съ лѣстницы и съ той минуты заболѣла.* Все, кромѣ анамнеза, казалось мнѣ, говорило за правильность моего діагноза. Я высказалась роднымъ, что считаю положеніе больной опаснымъ, совѣтовала пригласить еще другихъ врачей на консилиумъ, отъ чего больная категорически отказалась и просила, чтобы я одна лечила ее. Я назначила ей строго-противувоспалительное лѣченіе; и лишь на третій день мнѣ удалось убѣдить ихъ пригласить еще одного врача. На консилиумѣ докторъ *Шауръ* также констатировалъ септический перитонитъ и параметритъ. На счетъ высказаннаго мною предположенія о происшедшемъ искусственномъ выкидышѣ съ продыравливаніемъ матки и остаткомъ въ полости живота какого-то твердаго тѣла онъ не согласился, да и не мудрено, потому что онъ видѣлъ больную уже больше чѣмъ на 2 сутокъ позже меня, когда явленія уже измѣнились: матка уже успѣла закрыться, зѣвъ пропускалъ только кончикъ пальца, изслѣдовать, слѣдовательно, полость канала шейки и полость матки не было возможности. Докторъ *Шауръ* также находилъ, что положеніе больной безнадежно, что и было заявлено роднымъ. Лѣченіе рѣшено продолжать противувоспалительное. На второй день я застала у больной еще женщину—врача *Милліоръ*, съ которой я также консультировала; но и она, соглашаясь съ тѣмъ, что тутъ перитонитъ и параметритъ, также имѣла право не соглашаться со мной на счетъ бывшаго выкидыша, такъ какъ всѣхъ вышеупомянутыхъ признаковъ, заставившихъ меня его подозрѣвать, уже не было, да и больная, переспрошенная снова, упорно отрицала всякую возможность беременности. А тутъ еще на лицо такой соблазнительный и доказательный этиологическій моментъ для чистаго

травматическаго перитонита и параметрита, какъ паденіе съ лѣстницы! На слѣдующій день, черезъ часъ послѣ моего утренняго посѣщенія больной, меня снова попросили прійти къ ней поскорѣе. Больная находилась въ полномъ сознаніи, просила всѣхъ удалиться изъ комнаты, осталась только ея сосѣдка—переводчица. Тутъ она сообщила мнѣ, *что все, что она раньше говорила—была неправда. Сознавая, что умираетъ, рѣшила открыться мнѣ; можетъ быть я, зная правду, еще смогу спасти ее.* Полъ года назадъ она сдѣлала себѣ уже одинъ выкидышъ на второмъ мѣсяцѣ, но онъ окончился благополучно. Теперь она была также беременна 2¹/₂ мѣсяца и, желая снова избавиться отъ беременности, *она по совету одной женщины ввела себѣ въ матку веретено*, на которомъ лишь за нѣсколько дней пряла шерсть. Сдѣлала она это въ сумеркахъ, присѣвши на корточки на верхней ступенькѣ своей невысокой деревянной лѣстницы. Веретено она вводила долго, чувствовала при этомъ ужасныя боли, но вдругъ почувствовала, что у нея что-то порвалось, веретено слишкомъ глубоко зашло, но извлечь она его никакъ не могла и рѣшила переломить его; отломленный наружный кусокъ она еще успѣла спрятать въ карманъ; но что было дальше съ ней, она не помнитъ, потому что лишилась чувствъ и упала съ лѣстницы и, когда очнулась, она лежала уже въ лужѣ крови и была окружена мужемъ и сосѣдками. О томъ, что она съ собой сдѣлала, она никому не сказала. Въ тотъ же вечеръ былъ приглашенъ къ ней первый врачъ, но изслѣдовать себя она не позволила, боясь, чтобы не обнаружилась правда. Капли его (*hydrastis canadensis*) она принимала, но боли схватками и кровотеченіе продолжались еще два дня и только за часъ до моего перваго посѣщенія больной у нея вышло послѣднихъ нѣсколько кусковъ, послѣ чего кровотеченіе стало уменьшаться. Я уже застала незначительное кровотеченіе. Не смотря на всю тяжесть ея заболѣванія, она еще по временамъ вставала.

Я попросила показать мнѣ оставшійся отломокъ веретена; онъ дѣйствительно оказался въ карманѣ той юбки, которая была съ нея снята и припрятана гдѣ то въ чуланѣ. Въ изломѣ веретено имѣло неровности и зазубрины, мѣстами оно было покрыто засохшей кровью и издавало отвратительный гни-

лостный запахъ. На вопросъ мой, большой ли кусокъ могъ у нея остаться въ животѣ, больная сказала, что въ ящикѣ стола лежитъ точно такое же веретено и можно сравнить ихъ. Дѣйствительно по формѣ и толщинѣ оба веретена были совершенно одинаковы и не доставало верхняго заостренного конца длиною въ 4 поперечныхъ пальца. Цѣлое веретено было уже видно тоже въ употребленіи, потому что было грязно. Какъ не грустно было ея признаніе въ смыслѣ прогноза, но оно воодушило меня поискать дальнѣйшаго подтвержденія моего діагноза и провѣрки всего сказаннаго больною. Оказалось, что бѣлая своего она никому не довѣряла мыть все время и сама еще вставала, чтобы прятать его. По ея указанію внесли нѣсколько окровавленныхъ рубахъ и юбокъ, въ которыхъ была масса сгустковъ и между ними кусокъ послѣда съ частью оболочекъ.

Указать женщину, которая научила ее этому ужасному способу вызыванія выкидыша, она окончательно отказалась, потому что поклялась, что не выдастъ ее, но только сказала, что это — дангалачка (такъ здѣсь называютъ гречанокъ, недавно переселившихся изъ Трапезунда и Анадоліи), жена водовоза, лишь за нѣсколько мѣсяцевъ пріѣхавшая въ Россію, къ тому же эта женщина дала ей совѣтъ послѣ настойчивыхъ просьбъ со стороны самой больной, *не желавшей имѣть много дѣтей, чтобы жить поспокойнѣе и чтобы не остаться послѣ смерти стараго мужа съ большей семьей.* Возможно, что въ толпѣ, окружавшей цѣлые дни эту больную, была и сама виновница, но она значитъ держала себя достаточно осторожно, что не обратила на себя вниманія и не выдала себя.

Такимъ образомъ, совершенно случайно истина была обнаружена и мое первоначальное предположеніе, что данное заболѣваніе есть лишь слѣдствіе искусственнаго выкидыша съ продыравливаніемъ матки и остаткомъ инороднаго тѣла въ брюшной полости, подтвердилось. Положеніе больной было во всякомъ случаѣ на столько тяжелое, что это признаніе ея только ухудшило прогнозъ, и на 7 день она умерла. Тогда же этотъ случай былъ мною подробно записанъ и я рѣшилась теперь подѣлиться имъ съ товарищами, чтобы сказать нѣсколько словъ въ защиту пострадавшаго доктора *Пютровича.*

По 1 пункту онъ обвиняется въ *ошибочности распознаванія* беременности, съ чѣмъ соглашаются даже защищающіе его. Вѣдь д-ръ *Піотровичъ* изслѣдовалъ Марканову за недѣлю до ея заболѣванія у себя на квартирѣ, нашелъ у нея *увеличеніе матки* и высказалъ предположеніе, что у больной беременность, чего больная не отрицала. Вѣдь *бабка Вистенгаузенъ*, приглашая черезъ недѣлю д-ра *Піотровича* къ Маркановой на домъ, *заявила ему*, что у больной *сильное кровотеченіе, боли, открытіе зва*, въ которомъ уже даже *торчитъ яйцо*. Вѣдь д-ръ *Піотровичъ*, являсь къ больной, *уже не нашелъ этого торчащаго яйца* и *обратилъ вниманіе бабки, что въ постели больной было меньше крови, чѣмъ онъ ожидалъ по рассказамъ бабки*, на что ему отвѣтили, что *бѣлье прежнее было убрано*, тамъ могло быть среди сгустковъ яйцо или части его; и д-ръ *Піотровичъ* при первомъ изслѣдованіи нашелъ *раскрытіе наружнаго зва и расширеніе канала маточной шейки* такое, что расширитель *Негар'а № 10* проходилъ безъ всякаго насилія. Очевидно, тутъ былъ только что закончившійся выкидышъ, между тѣмъ д-ръ *Ливенъ* и д-ръ *Блейнъ* изслѣдовали больную много позже д-ра *Піотровича*, когда матка успѣла уже закрыться, когда уже и д-ръ *Піотровичъ* не находилъ прежнихъ явленій. Не будь продыравливанія матки, сдѣланнаго вѣроятно до прихода *Піотровича*, ничего дурнаго для больной не произошло бы отъ предпринятаго имъ расширенія матки. Онъ только убѣдился бы, что яйцо уже вышло; а тутъ еще картина перитонита и параметрита, слѣдовательно, усилившіяся страданія больной, затемняли дѣло и отвлекли вниманіе какъ самой больной, такъ и ее окружающихъ отъ истинной причины болѣзни. Уважаемый д-ръ *Штольцъ*, въ своемъ докладѣ въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ по дѣлу д-ра *Піотровича*, говоритъ между прочимъ: «Прокурорскому же надзору, чтобы удовлетворительно выполнить свою задачу, цѣлесообразнѣе было бы вмѣсто нападенія на врачей вообще и нѣкоторыхъ въ особенности, заняться вопросомъ: *какъ и при какихъ условіяхъ образовалось это расширеніе канала шейки и разрывъ матки*». Съ этого то и нужно было начать, хотя въ этомъ направленіи было бы труднѣе вызвать у Маркановой признаніе; выкидышъ могъ быть вызванъ при ея непосред-

ственномъ участіи. Къ сожалѣнію преступные выкидыши на столько распространяются, что не мѣшало бы прокурорскому оку заглянуть въ эту область.

Въ данномъ процессѣ, не смотря на то, что вся фактическая сторона дѣла говорить въ пользу д-ра *Пютровича*, лишь показанія Маркановой, ея мужа и бабки, отъ части которыхъ они въ послѣдствіи и сами отказываются, принимаются судомъ во вниманіе и рѣшается судьба невиннаго человѣка. Игнорировать анамнезомъ при лѣченіи больного нельзя, особенно въ акушерствѣ, но ни въ одномъ отдѣлѣ медицины не встрѣчается столько обмановъ со стороны больныхъ, какъ въ вопросахъ о беременности, ставящихъ врача въ крайне затруднительное положеніе. Это можетъ подтвердить всякій занимающійся акушерствомъ врачъ. И вотъ врачу приходится не только распутываться въ трудныхъ подѣ-часъ и безъ того діагнозахъ, но еще играть роль слѣдователя, подозрѣвать обманъ, и счастливъ тотъ, кому удастся сыграть лучше эту роль, иначе чего добраго этотъ самый больной при плохомъ исходѣ свалить все съ больной головы на здоровую, благо и общественное мнѣніе и судъ съ его представителями легче становятся на сторону пострадавшаго больного, имѣя готовое шаблонное предубѣжденіе противъ врача, а къ тому же такой недобросовѣстный больной имѣетъ прекрасное оружіе въ рукахъ: «докторъ долженъ сохранять тайну больного».

IV.

ИЗЪ С.-ПЕТЕРБУРГСКАГО РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

Къ вопросу объ изслѣдованіи роженицъ *per gestum*.

Д-ра В. Г. Бекмана.

Въ гинекологіи асептика считается почти единогласно методомъ, дающимъ наилучшіе результаты, а въ акушерствѣ антисептическое веденіе родовъ еще очень распространено. Не мало содѣйствуетъ этому ученіе о самозараженіи роженицъ вслѣдствіе иммиграціи патогенныхъ микробовъ изъ рукава въ полость матки или въ другія раны полового канала, происшедшія во время родового акта. Влагалищныя дезинфицирующія спринцеванія считаются необходимыми частью на основаніи личныхъ практическихъ наблюденій (*Ahlfeld* ¹⁾), частью на основаніи результатовъ бактериологическихъ работъ, доказывающихъ присутствіе патогенныхъ микробовъ въ рукавѣ (*Winter* ²⁾), *Steffeck* ³⁾), *Döderlein* ⁴⁾), *Williams* ⁵⁾), *Масловскій* ⁶⁾).

Тѣмъ не менѣе увеличивается въ послѣднее время число акушеровъ, отвергающихъ цѣлесообразность профилактическихъ влагалищныхъ спринцеваній. Результаты, полученные *Mer-*

¹⁾ *Ahlfeld*. Beiträge zur Lehre von Resorptions fieber in der Geburt. und in Wochenbette und von der Selbstinfection. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. 27.

²⁾ Zeitschr. f. Gebh. u. Gynäk., Bd. XIV, Heft. 2.

³⁾ Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. XV.

⁴⁾ *Döderlein*. Das Scheidensecret und seine Bedeutung f. d. Puerperalfieber. Leipzig., 1892.

⁵⁾ Americ. Journal. of the medical. Sciences., 1893, July.

⁶⁾ Журналъ Акушерства и Женскихъ Болѣзней. 1892, апрѣль.

*mann'*омъ ⁷⁾ при веденіи родовъ безъ антисептическихъ спринцеваній блестящи: на 1300 родовъ, смертность равняется 0,0⁰/0, а заболѣваемость, т. е. всѣ повышенія температуры выше 38,0⁰, отъ 6—7⁰/0. Новѣйшія бактериологическія работы *Krönig'a* ⁸⁾ даютъ теоретическое объясненіе результатамъ *Mermann'a*.

Krönig подтверждаетъ, что влагалище каждой не изслѣдованной женщины септическихъ микробовъ не содержитъ.

Такое же заключеніе сдѣлалъ *Menge* ⁹⁾ на основаніи своихъ наблюденій. Выводы послѣднихъ двухъ авторовъ соотвѣтствуютъ основанному на практикѣ требованію *Schröder'a* и *Bokelmann'a*, по которому каждую здоровую роженицу нужно считать асептической.

Далѣе изъ новѣйшихъ работъ, занимающихся вопросомъ о бактериологіи полового канала женщины и о самозараженіи нельзя не упомянуть о прекрасной работѣ *В. Строгонова* ¹⁰⁾. Доказывая возможность самозащиты женскаго полового канала отъ внѣдренія въ него патогенныхъ микробовъ и въ частности стафилококковъ и стрептококковъ, этотъ авторъ того мнѣнія, что вопросъ о примѣненіи дезинфекціи влагалища нельзя признать рѣшеннымъ. Единственнымъ путемъ для разрѣшенія этого вопроса *Строгоновъ* считаетъ сравненіе результатовъ возможно большаго числа нормальныхъ и патологическихъ родовъ, проведенныхъ потому или другому способу (съ дезинфекціей или безъ нея).

Если такимъ образомъ вопросъ о самозараженіи до сихъ поръ остается открытымъ *), всѣ авторы единогласно считаютъ зараженіе роженицы при внутреннемъ изслѣдованіи нечистыми пальцами въ практикѣ болѣе частымъ, чѣмъ самозараженіе.

Со временъ введенія антисептики въ акушерствѣ всѣми принято за правило только асептическими пальцами производить внутреннее изслѣдованіе. Однако это довольно простое требо-

⁷⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1889—№ 16, 1890—№ 18, 1891—№ 20, 1892—№ 11, 1893—№ 9, 1894—№ 33.

⁸⁾ Centralbl. f. Gynäk., 1894—№ 1 и № 31, pag. 754.

⁹⁾ Centralbl. f. Gynäk., 1894, pag. 28 и 29.

¹⁰⁾ *В. В. Строгоновъ*. Бактеріологическія изслѣдованія полового канала женщины въ различные періоды ея жизни. Дисс. С.-Петербургъ, 1893.

*) По *Madlener'y* (Münch. med. Abhandlungen, IV Reihe, 2 Hft) въ концѣ 1892 года, въ 12 германскихъ клиникахъ профилактическія спринцеванія не примѣняются, а въ 8 клиникахъ еще дѣлаются, только въ Лейпцигѣ даже передъ и послѣ операціи, вовсе не спринцуютъ рукава.

ваніе исполняется недостаточно добросовѣстно въ практикѣ. Блестящимъ успѣхамъ въ хирургіи, полученнымъ послѣ введенія антисептики, вовсе не соотвѣтствуетъ процентъ послѣродовыхъ заболѣваній. Послѣдній уменьшился значительно только въ родовспомогательныхъ заведеніяхъ и клиникахъ, а для громаднаго числа родовъ въ частныхъ домахъ почти не замѣчается разницы противъ до антисептическаго времени. По *Dohrn*'у ¹¹⁾ смертность родильницъ въ Баденскомъ великогерцогствѣ въ антисептическое время не уменьшилась. Для Англіи *Robert Boxall* ¹²⁾ обработалъ статистическій матеріалъ съ 1847 года. Онъ нашелъ, что смертность отъ послѣродовой горячки увеличилась во всей Англіи съ 16 на 25 на 10000 родовъ. Только въ Лондонѣ смертность отъ послѣродовыхъ заболѣваній уменьшилась немного съ 24 до 21 на 10000 родовъ. Единственнымъ объясненіемъ этого печальнаго явленія служить недостаточность дезинфекціонныхъ мѣръ при родахъ, а въ частности поверхностная или совсѣмъ отсутствующая дезинфекція изслѣдующихъ рукъ.

Принимая во вниманіе, что преобладающее число всѣхъ родовъ предоставлено повивальнымъ бабкамъ, не вполне сознающимъ опасность упуцненій при дезинфекціи, можно сказать, что вѣроятно при теперь существующихъ условіяхъ веденія родовъ послѣродовая заболѣваемость не скоро измѣнится къ лучшему.

Въ послѣднее время сдѣланы новыя попытки для достиженія улучшенія процента послѣродовыхъ заболѣваній. *Leopold* ¹³⁾ предлагаетъ совсѣмъ отказаться отъ внутренняго изслѣдованія роженицъ какъ отъ главнаго источника инфекціи. Онъ доказалъ вмѣстѣ съ *Spörlin*'омъ, что въ большинствѣ всѣхъ родовъ возможно ограничиваться только наружнымъ изслѣдованіемъ, примѣнивши исключительно наружное изслѣдованіе при 1000 родахъ. За ограниченіе внутренняго изслѣдованія высказались еще другіе авторы, изъ которыхъ называю только *Veit*'а ¹⁴⁾. Послѣдній авторъ указалъ еще на возможность, кромѣ изслѣдованія черезъ брюшные покровы, прощупывать головку снаружи съ

¹¹⁾ Volkmann's Saml. klin. Vorträge. Neue Folge, № 94.

¹²⁾ Lancet, 1893, July 1.

¹³⁾ Archiv für Gynäk., Bd. 45, H. 2.

¹⁴⁾ I. Veit. Aseptische Grundsätze in der Geburtshülfe. Berl. klin. Wochen., 1894, № 3.

задней стѣнки таза возлѣ крестца черезъ *incisura ischiadica*, черезъ область по обѣимъ сторонамъ копчика и между копчикомъ и заднимъ проходомъ. Всѣ эти способы наружнаго изслѣдованія представляютъ цѣнное обогащеніе нашихъ діагностическихъ методовъ. Въ опытныхъ рукахъ они даютъ очень удовлетворительные результаты, въ чемъ легко можно убѣдиться.

Къ сожалѣнію для акушеровъ наружное изслѣдованіе довольно часто оказывается все таки чрезчуръ тонкимъ и труднымъ. Кромѣ того при помощи наружнаго изслѣдованія нельзя опредѣлить состоянія шейки, открытія зѣва и извѣстныхъ подробностей подлежащей части. Въ виду этого недостатка наружнаго изслѣдованія почти одновременно *Krönig* ¹⁵⁾ въ Лейпцигѣ и *Ries* ¹⁶⁾ въ Страсбургѣ рекомендовали изслѣдованіе роженицъ *per rectum*, на которое въ свое время уже раньше указалъ *Hegar*.

Въ гинекологіи изслѣдованіе *per rectum* уже давно приобрѣло себѣ право гражданства. Во многихъ случаяхъ нельзя обходиться безъ него, и оно даетъ важные результаты. Въ акушерствѣ, кромѣ приѣма *Rietgen*'а, для выведенія головки наврядъ-ли до сихъ поръ кто-нибудь воспользовался этимъ методомъ для діагностическихъ цѣлей. Тѣмъ не менѣе мы можемъ уже а priori ожидать отъ введенія новаго способа изслѣдованія въ практику самыя благоприятныя послѣдствія относительно послѣродовыхъ заболѣваній, если только этотъ методъ въ самомъ дѣлѣ въ состояніи замѣнить наше обычное внутреннее изслѣдованіе.

Познакомившись на практикѣ съ новымъ способомъ изслѣдованія *per rectum*, я постараюсь изложить въ нижеслѣдующемъ полученные мною результаты.

Изслѣдованія свои производилъ я въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи отъ апрѣля до іюля мѣсяца сего года. Первые изслѣдованія служили мнѣ для приобретенія необходимой опытности въ этомъ діагностическомъ методѣ, поэтому онѣ не приняты мною въ расчетъ. Основаніемъ для ниже приведенныхъ выводовъ служили мнѣ изслѣдованія 100 роженицъ съ черепными положеніями и кромѣ того еще нѣсколько случаевъ другихъ положеній.

¹⁵⁾ Centralbl. f. Gynäkol., 1894, № 10.

¹⁶⁾ Centralbl. f. Gynäkol., 1894, № 17.

Такъ какъ матеріаль Родовспомогательнаго Заведенія служитъ педагогическимъ цѣлямъ, мнѣ нельзя было вести извѣстное число родовъ исключительно при помощи изслѣдованій *per rectum*. Поэтому я рѣшился для справедливой оцѣнки ректальныхъ изслѣдованій дѣлать одновременно изслѣдованія *per vaginam*. Изслѣдованіе *per rectum* производилось во всѣхъ случаяхъ раньше, чѣмъ изслѣдованіе *per vaginam*. *Per rectum* я изслѣдовалъ указательнымъ пальцемъ лѣвой (моей болѣе опытной руки), а *per vaginam*—однимъ или двумя пальцами правой руки. Сравненіе результатовъ обоихъ способовъ изслѣдованія позволяетъ по моему сдѣлать выводы относительно преимуществъ изслѣдованія новаго метода и его недостатковъ. Изслѣдованіе *per rectum* производилось всегда послѣ предварительнаго очищенія прямой кишки клизмой. Подногтевое и вокругногтевое пространство изслѣдующаго пальца выполнялись мыломъ какъ это рекомендуетъ *Ries*, а потомъ палецъ смазывался тонкимъ слоемъ мыла или вазелина. При изслѣдованіи *per rectum* остальные пальцы изслѣдующей руки располагались такъ, чтобы они не попали въ *vulv'u* или рукавъ.

Изъ 100 изслѣдованныхъ роженицъ было 38 первородящихъ и 62 многородящихъ. Ввиду того, что изслѣдовать первородящую сравнительно труднѣе, чѣмъ многородящую, я старался изслѣдовать побольше первыхъ, чѣмъ и объясняется высокій процентъ первородящихъ.

Результаты моихъ опытовъ сводятся къ слѣдующему:

Опредѣлить податливость и растяжимость промежности и стѣнокъ влагалища при этомъ способѣ изслѣдованія не представляло никакихъ препятствій.

Что касается до опредѣленія открытія зѣва, то только въ одномъ случаѣ *per rectum* этого не удалось. Въ этомъ случаѣ у первородящей весь сводъ влагалища выпячивался сильно напряженнымъ пузыремъ. Предлежащая головка находилась вслѣдствіе узкаго таза высоко надъ входомъ. *Per rectum* нельзя было прощупать зѣва, *per vaginam* оказалось, что края зѣва очень тонки и плотно прилежатъ къ напряженному пузырю; открытіе зѣва было на 2 пальца. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ я могъ *per rectum* опредѣлить открытіе зѣва. *Krönig* и отчасти и *Ries* указываютъ на трудность опредѣле-

нія открытія зѣва *per rectum* въ извѣстномъ числѣ случаевъ, особенно у первородящихъ. Внимательнымъ изслѣдованіемъ мнѣ удавалось опредѣлять даже тонкій край зѣва, прилежащій къ головкѣ. Я долженъ однако прибавить, что результаты изслѣдованія по обоимъ методамъ разумѣется не всегда были вполне одинаковы. Въ 8 случаяхъ *per rectum* зѣвъ оказался менѣе открытымъ, чѣмъ *per vaginam*. Но эта разница въ опредѣленіи открытія зѣва никогда не была больше чѣмъ на $\frac{1}{2}$ —1 поперечныхъ пальца; она наблюдалась при сравнительно мало открытомъ зѣвѣ. Съ другой стороны во многихъ случаяхъ, особенно у первородящихъ, у которыхъ зѣвъ находится, очень сзади, послѣдній достигался *per rectum* легче чѣмъ *per vaginam*.

Только въ 3 изъ всѣхъ изслѣдованныхъ случаевъ существовала шейка и она каждый разъ опредѣлялась *per rectum*. Тоже самое относится и къ опредѣленію толщины краевъ зѣва.

Плодный пузырь въ напряженномъ состояніи прощупывался во всѣхъ (46) случаяхъ *per rectum*, точно опредѣлялся и плоскій не напряженный пузырь въ 16, а отсутствіе водъ въ 27 случаяхъ. У 4 роженицъ при открытіи зѣва на 1 палецъ и высоко стоящей головкѣ ни *per rectum*, ни *per vaginam* нельзя было оріентироваться въ состояніи пузыря. Только въ 7 случаяхъ—изъ 100—изслѣдованіе *per rectum* дало менѣе хорошіе результаты, чѣмъ изслѣдованіе *per vaginam*.

Въ 1-мъ случаѣ *per rectum* ошибочно былъ діагностированъ плоскій пузырь при незначительномъ количествѣ переднихъ водъ, между тѣмъ какъ влагалищное изслѣдованіе показало что пузыря не было; въ остальныхъ 6 случаяхъ *per rectum* нельзя было констатировать—существуетъ ли пузырь или нѣтъ. Во всѣхъ этихъ 6 случаяхъ открытіе зѣва было незначительное (на 1—2 пальца) и въ 5 случаяхъ головка находилась надъ входомъ; тѣмъ не менѣе *per vaginam* легко было опредѣлить что пузыря не существовало.

Предлежащая часть—головка—легко опредѣлялась *per rectum* въ 96 случаяхъ и не достигалась въ 4 случаяхъ. Въ послѣднихъ случаяхъ головка находилась высоко надъ входомъ, а зѣвъ былъ мало открытъ и пузырь сильно напρια-

женъ. Здѣсь умѣстно упомянуть о томъ, что вообще *per rectum* изслѣдующій палецъ проникаетъ менѣе высоко, чѣмъ *per vaginam*. Это объясняется тѣмъ, что при изслѣдованіи черезъ влагалище промежность легко вдавливается лежащей на ней снаружи рукою, между тѣмъ какъ, такъ называемая задняя промежность, т. е. область между заднимъ проходомъ и копчиковой костью, на которой лежитъ изслѣдующая *per rectum* рука, вслѣдствіе меньшей податливости почти совсѣмъ не вдавливается.

Изслѣдованіе таза какъ и отношенія его къ головкѣ *per rectum* даетъ такіе-же результаты какъ изслѣдованіе *per vaginam*.

Прощупываніе родничковъ и швовъ *per rectum* затрудняется находящимися между изслѣдующимъ пальцемъ и головою стѣнками рукава и прямой кишки. Изъ всѣхъ изслѣдованныхъ 100 случаевъ надо выдѣлить 23 случая, гдѣ вслѣдствіе высокаго стоянія головки и напряженія пузыря ни *per rectum*, ни *per vaginam* нельзя было прощупывать родничковъ. Изъ остальныхъ 77 случаевъ 55 разъ *per rectum* опредѣлялись или родничекъ и стрѣловидный шовъ, или только одинъ изъ нихъ, а 22 раза (28⁰/о) ни того ни другого я не могъ опредѣлить. Послѣднія 22 изслѣдованія относятся, за исключеніемъ 2 случаевъ, къ высоко надъ или во входѣ стоящей головкѣ; кромѣ того у 14 изъ этихъ 22 роженицъ отмѣчено сильное напряженіе пузыря. Такимъ образомъ, точность результатовъ изслѣдованія *per rectum* въ 28⁰/о уступала изслѣдованію *per vaginam*. Кромѣ того, въ нѣкоторыхъ изъ 55 случаевъ *per vaginam* удавалось опредѣлить съ точностью оба родничка, между тѣмъ какъ *per rectum* опредѣлялся только одинъ изъ родничковъ.

Окончивъ разсмотрѣніе результатовъ изслѣдованія *per rectum* черепныхъ положеній, я долженъ еще указать на нѣкоторыя подробности, замѣченныя мною. Въ большинствѣ случаевъ введеніе пальца черезъ задній проходъ въ прямую кишку не встрѣчало препятствій. Сфинктеръ находился въ болѣе или менѣе расслабленномъ состояніи. Однако въ немногихъ случаяхъ при введеніи пальца сфинктеръ рефлекторно сокращался и обхватывая палецъ не мало мѣшала движеніямъ его при изслѣдо-

ваніи полости таза. Безъ этого препятствія достаточно мѣста въ *ampulla recti* для передвиженія изслѣдующаго пальца во всѣ стороны. Далѣе, *per rectum* задняя половина таза лучше доступна изслѣдованію чѣмъ передняя. Малый родничекъ и затылочная часть головки, стоящей въ выходѣ таза, *per rectum* не достигаются, за то еще въ выходѣ прощупывается находящійся сзади большой родничекъ.

Кромѣ черепныхъ положеній я изслѣдовалъ еще нѣсколько случаевъ ягодичныхъ, ножныхъ и одинъ случай лицеваго положеній. Ягодичное положеніе ясно опредѣляемо *per rectum*. Ягодицы діагностицировались какъ надъ входомъ таза, такъ и въ полости. Кромѣ мягкихъ частей ягодицъ характеренъ также при этомъ изслѣдованіи крестецъ. Задній проходъ плода *per rectum* во всѣхъ (6) случаяхъ не прощупывался (*per vaginam* легко опредѣлялся). Ножки опредѣлялись во всѣхъ 3 случаяхъ ножныхъ положеній *per rectum*. Лицо въ одномъ случаѣ лицеваго положенія распознано безъ затрудненія: лобикъ, край *orbitarum* и носикъ прощупывались, а ротикъ былъ не опредѣленъ.

Резюмируя результаты своихъ изслѣдованій, я долженъ сказать, что они превысили мои ожиданія. *Per rectum* не опредѣлялись:

Подробности таза	въ	0 ⁰ /о	всѣхъ	случаевъ
» » шейки	»	0 ⁰ /о	»	»
» » зѣва	»	7 ⁰ /о	»	»
Состоянія пузыря	»	7 ⁰ /о	»	»
Предлежащая головка	»	4 ⁰ /о	»	»
Роднички и швы	»	28 ⁰ /о	»	»

Разница между обоими методами внутренняго изслѣдованія, такимъ образомъ, очень незначительна и замѣчается чаще всего при опредѣленіи родничковъ и швовъ. Тоже самое наблюдали и *Ries*, и *Krönig*. Этотъ недостатокъ изслѣдованія *per rectum* менѣе чувствителенъ, потому что положеніе плода легко опредѣляется наружнымъ изслѣдованіемъ, особенно при помощи аускультации сердцебіенія плода. Съ другой стороны *per rectum* всегда возможно было по конфигураціи головки отличить затылочную часть отъ лобной. При другихъ положеніяхъ изслѣдованіе *per rectum* дало тоже достаточно хорошіе результаты и возможность опредѣлить въ данномъ случаѣ положеніе плода.

Представляя, такимъ образомъ, безспорное обогащеніе нашихъ діагностическихъ методовъ, изслѣдованіе *per rectum* имѣетъ важное практическое значеніе. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно производится вмѣсто изслѣдованія *per vaginam*, опасность инфекціи снаружи устраняется. При изслѣдованіи *per rectum* инфекція черезъ нормальную слизистую оболочку прямой кишки невозможна. Единственный упрекъ, который можетъ быть сдѣланъ этому новому способу изслѣдованія тотъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ изслѣдованія *per rectum* все таки еще требуется изслѣдованіе *per vaginam*, изслѣдующій палецъ уже загрязненъ. Но съ одной стороны легко возможно тщательной дезинфекціей восстановить асептичность загрязненного пальца, тѣмъ болѣе, что въ прямой кишкѣ патогенные микробы не встрѣчаются, а съ другой стороны, все еще имѣется въ запасѣ въ такихъ исключительныхъ случаяхъ для изслѣдованія *per vaginam* палецъ другой руки. Изъ всѣхъ изслѣдованныхъ мною такимъ образомъ роженицъ черезъ прямую кишку и черезъ рукавъ ни одна не заболѣла.

Изслѣдованіе *per rectum* имѣетъ главное значеніе при нормальныхъ родахъ, находящихся въ большинствѣ случаевъ въ рукахъ акушеровъ. Мнѣ кажется, что при помощи наружнаго и ректальнаго изслѣдованія акушерка въ состояніи вести нормальные роды или опредѣлить, нужно ли присутствіе врача при родахъ или нѣтъ.

По этому изслѣдованіе черезъ влагалище должно быть разрѣшено повивальнымъ бабкамъ только въ исключительныхъ, строго опредѣленныхъ случаяхъ, этимъ изслѣдованію *per vaginam* будетъ придано важное значеніе въ родѣ вмѣшательства, позволеннаго только при извѣстныхъ показаніяхъ. При такихъ условіяхъ мы можемъ ожидать, что передъ каждымъ изслѣдованіемъ *per vaginam* акушерка будетъ лучше дезинфицировать свои руки, чѣмъ теперь, когда она привыкла смотрѣть на внутреннее изслѣдованіе какъ на нѣчто обыденное. Кто имѣлъ возможность познакомиться съ тѣмъ какъ большинство нашихъ акушеровъ изслѣдуетъ роженицъ, тотъ знаетъ, что онѣ ограничиваются опредѣленіемъ слѣдующихъ моментовъ: жизни плода по сердцебіенію, а черезъ влагалище только открытія зѣва, состоянія пузыря и подлежащей части; на роднички и швы

большинство акушеровъ не обращаетъ вниманія. На основаніи этихъ данныхъ акушерка составляетъ себѣ мнѣніе о продолжительности родовъ, т. е. на основаніи тѣхъ моментовъ, которые легко достижимы и при изслѣдованіи *per rectum*. По этому, я думаю, что запрещеніе изслѣдованія черезъ рукавъ будетъ соблюдено акушерками, а не останется *pium desiderium*.

Въ повивальномъ училищѣ въ Лейпцигѣ *Zweifel* уже практически примѣняетъ ученіе ученицъ этому новому способу изслѣдованія. Результаты соотвѣтствовали вполнѣ ожиданіямъ и доказали, что акушерки могли опредѣлить *per rectum* все для нихъ нужное.

На основаніи своего маленькаго матеріала я отказываюсь отъ точной классификаціи тѣхъ случаевъ, въ которыхъ допустимо изслѣдованіе *per vaginam* акушеркамъ. Для этого необходимо большее количество наблюденій разныхъ авторовъ, а также произвести опыты преподаванія выше упомянутого способа. Укажу только на мнѣніе *Krönig*'а и *Ries*'а, выводы которыхъ приблизительно такіе-же какъ мои. *Ries* того мнѣнія, что возможно совершенно запретить акушеркамъ изслѣдованіе черезъ рукавъ, ввиду того, что имъ предоставлено право вести только нормальные роды. Изъ этого онъ заключаетъ, что и обученіе акушеровъ должно быть направлено въ этомъ смыслѣ. *Krönig* склоненъ разрѣшить повивальнымъ бабкамъ изслѣдованіе *per vaginam* только въ 2 случаяхъ 1) если повивальной бабкѣ *per rectum* не удалось опредѣлить предлежитъ ли головка или другая часть плода; 2) если акушерка *per rectum* не могла опредѣлить открытія зѣва, а потуги уже продолжаютъ болѣе 2 часовъ.

Въ Лейпцигской клиникѣ изъ 215 роженицъ только 22 были изслѣдованы *per vaginam*, т. е. въ 90% всѣхъ родовъ примѣнялось исключительно изслѣдованіе черезъ прямую кишку. Изъ 22 роженицъ, изслѣдованныхъ *per vaginam*, у 20 потребовалось оперативное вмѣшательство, такъ что только у 2 роженицъ встрѣтилась необходимость изслѣдованія *per vaginam* для вѣрной постановки діагноза (меньше 1%).

Какъ опыты *Reis*'а и *Krönig*'а, такъ и выводы изъ моихъ наблюденій, говорятъ въ пользу введенія ректальныхъ изслѣдованій въ акушерскую практику. Ограниченіе вслѣд-

ствіе этого влагалищныхъ изслѣдованій для исключительныхъ случаевъ, уменьшить навѣрно заболѣваемость въ послѣродовомъ періодѣ. Для достиженія этой цѣли однако желательно, чтобы всѣ товарищи лично убѣдились въ цѣлесообразности изслѣдованія *per rectum*. Только въ такомъ случаѣ исчезнетъ предразсудокъ противъ этого нелюбимаго врачами метода, и новый способъ изслѣдованія мало по малу будетъ проникать въ учебники акушерства. Я самъ служу примѣромъ того, что только послѣ личныхъ опытовъ возможно оцѣнить изслѣдованіе *per rectum*, ибо до своихъ опытовъ я очень недовѣрчиво относился къ этому способу изслѣдованія. Тѣмъ болѣе я считалъ себя обязаннымъ подѣлиться съ товарищами своими наблюденіями. Цѣль настоящей работы я сочту достигнутой, если она послужитъ товарищамъ поводомъ для дальнѣйшей разработки затронутыхъ вопросовъ. Методъ изслѣдованія роженицъ *per rectum*, по моему мнѣнію, имѣетъ несомнѣнную будущность.

Считаю пріятнымъ долгомъ выразить благодарность глубокоуважаемымъ академику *Антону Яковлевичу Крассовскому* и *Ипполиту Михайловичу Тарновскому* за разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.

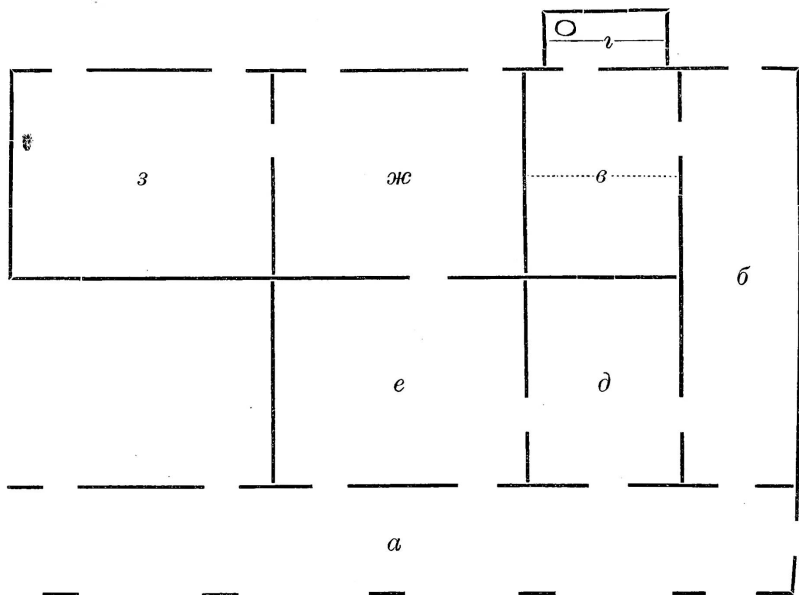
V.

Отчетъ по родильному Отдѣленію Одесской Городской Больницы за 1893 годъ.

Штатн. ордин. М. И. Разумовскаго.

Предлагая вниманію товарищей отчетъ по Родильному отдѣленію Одесской Городской Больницы за 1893 годъ и имѣя въ виду издавать подобные отчеты ежегодно, считаю не безъ интереснымъ предпослать нѣсколько словъ о внутреннемъ устройствѣ этого отдѣленія и о порядкахъ, введенныхъ при приѣмѣ роженицъ, въ теченіи родового акта и въ послѣродовомъ періодѣ. Въ настоящее время отдѣленіе рассчитано на 12 коекъ послѣродовыхъ и на 3 койки для роженицъ; оно занимаетъ, сравнительно, небольшой уголъ въ главномъ корпусѣ стараго зданія городской больницы, въ нижнемъ этажѣ и вмѣщаетъ въ себѣ 4 небольшихъ палаты, изъ которыхъ двѣ полутемныя—окнами въ общій корридоръ, и двѣ свѣтлыя—окнами въ задній дворъ больницы, смотрящими на фасадъ довольно близкаго, но непріятнаго сосѣда,—на баракъ съ острыми сыпными формами. Въ трехъ палатахъ по два окна, и въ четвертой, самой маленькой—одно окно. Площадь пола въ первыхъ трехъ палатахъ равняется 21,5 квадр. саж.; въ четвертой—4,5 квадр. саж. Полы во всѣхъ палатахъ деревянные, крашенные. Палаты довольно высоки (6 аршинъ), но расположены, какъ видно изъ прилагаемаго плановаго наброска,

такъ, что имѣють единственный выходъ въ корридоръ чрезъ маленькую палату.



Ради ясности, будемъ придерживаться плана, и такъ: изъ общаго корридора *а*, огибающаго собою все зданіе больницы, и зимой, не взирая на усердное отопленіе, довольно прохладнаго, ведетъ дверь въ другой небольшой корридоръ, соединяющій задній дворъ больницы съ общимъ корридоромъ. Изъ этого маленькаго корридора *б*, зимою еще болѣе холоднаго, благодаря наружной двери, одна дверь ведетъ въ палаты родильнаго отдѣленія, другая—въ ванную и вмѣстѣ съ тѣмъ въ пріемную для роженицъ комнату, которая граничитъ непосредственно съ холоднымъ ватерклозетомъ, (здѣсь кстати замѣтить, что этимъ ватерклозетомъ наши родильницы не пользуются, и всѣ ихъ выдѣленія выносятся въ судкахъ служанками). Комната эта въ высшей степени неудобна; она темна, освѣщаясь днемъ только чрезъ отворенную дверь, идущую въ корридоръ, и до невозможности тѣсна,—въ ней едва помѣщается одна ванна, съ установленнымъ здѣсь же кубомъ и деревянный топчанъ, покрываемый клеенкой и простыней во время перваго осмотра роженицъ. Первая, маленькая палата *д*, вмѣщая въ себѣ двѣ койки, предназначенныхъ нами для лихорадя-

щихъ родильницъ, имѣть характеръ quasi изоляціонной комнаты; говоримъ—quasi, потому что она кромѣ того служить и кабинетомъ ординатору, и его раздѣвальной и комнатой для купанья новорожденныхъ, и умывальной для врачебнаго персонала,—такъ много функций въ такомъ маломъ объемѣ! Затѣмъ слѣдуютъ палаты *e* и *ж* для родильницъ; въ первой 4 кровати, во второй—6; и наконецъ, родильная комната *з* съ тремя кроватями для нормальныхъ родовъ и операціоннымъ столомъ; тутъ же помѣщается деревянный крашенный шкафъ для инструментовъ и небольшой столъ для храненія банокъ съ пуповинными лигатурами, съ іодоформенной марлей, растворами *lysolia* и *acidi carbolici* и прочими необходимыми принадлежностями во время родовъ ¹⁾).

Такимъ образомъ, едва-ли не до очевидности ясно, что родильное отдѣленіе наше, среди массы отрицательныхъ качествъ, не запаслось ни однимъ положительнымъ. Начать съ того, что оно помѣщается въ общемъ зданіи больницы, имѣя въ ближайшемъ сосѣдствѣ палаты съ самыми разнообразными, подчасъ заразительными болѣзнями. Рука объ руку, далѣе, что на планѣ не обозначено, помѣщается амбулансъ городской больницы, а чрезъ общій корридоръ иногда транспортируются мимо больные въ заразное отдѣленіе, между которыми нерѣдки скарлатинозные и септическіе дифтериты. Затѣмъ, отдѣленіе на половину темно и лишено всякихъ вентиляціонныхъ приспособленій, кромѣ простыхъ форточекъ, которыя зимою даютъ тонкіе и рѣзкіе сквозняки, простуживающіе родильницъ. Далѣе, всѣ палаты проходныя, что въ значительной мѣрѣ затрудняетъ соблюденіе строгой чистоты въ нихъ и чрезвычайно безпкойно для родильницъ, особенно по ночамъ, когда идутъ роды, что, какъ извѣстно, чаще всего и наблюдается. Отсутствіе отдѣльной комнаты для больныхъ роженицъ, кромѣ понятнаго опасенія переноса заразы на здоровыхъ, крайне усложняетъ уходъ за тѣми и другими; а недостатокъ отдѣльныхъ помѣщеній для купанья младенцевъ и для изоляціи заболѣвающихъ родильницъ, дополняетъ перечень неудобствъ родильнаго отдѣ-

¹⁾ Кровати у насъ желѣзныя, крытыя бѣлой краской; матрасы и нижнія подушки набиты соломой, верхнія же—пуховыя.

ленія, которое, къ слову сказать, въ послѣднее время улучшено, насколько это возможно при данныхъ условіяхъ.

Въ виду всего этого, послѣ перехода родильнаго отдѣленія въ наше завѣдываніе (3 года тому назадъ) главнѣйшей задачей дѣятельности нашей стало: поставить большинство родовъ въ условія наименьшаго вѣроятія занесенія тѣмъ, или другимъ путемъ заразы; а посему акушеркамъ было запрещено производить, особенно повторно, внутреннее изслѣдованіе роженицъ. Для установки же того или другаго діагноза въ положеніи плода и подлежащей части предписывалось ограничиваться тщательнымъ и подробнымъ наружнымъ изслѣдованіемъ. Внутреннее изслѣдованіе дозволялось только въ крайнихъ, строго показанныхъ случаяхъ, напр.: въ случаяхъ кровотеченія, въ случаяхъ рѣзкаго замедленія родового акта, необъяснимаго данными наружнаго изслѣдованія, въ случаяхъ неясности данныхъ относительно подлежащей части и т. п.

Сообразно съ этимъ, каждая изъ поступающихъ роженицъ подвергается прежде всего тщательному обмыванію ея половыхъ частей, сначала простой водой съ мыломъ и щеткой, затѣмъ 1⁰/₀ растворомъ lysol'я. Придавая большое значеніе чистотѣ рукъ роженицы, мы настойчиво также требуемъ тщательнаго ихъ обмыванія и дезинфекціи, соблюдая это правило и во все время послѣродового періода. Промываніе влагалища дѣлается только при наличности какихъ либо подозрительныхъ выдѣленій. Послѣ этого роженица подвергается предварительному наружному изслѣдованію съ необходимымъ анамнестическимъ распросомъ. Если окажется, что дѣло имѣется со случаемъ, не выходящимъ изъ предѣловъ нормы, то роженица тотчасъ же беретъ ванну и направляется въ родильный покой, гдѣ, если нужно, подвергается болѣе обстоятельному наружному изслѣдованію и измѣренію таза. Послѣ этого роженица оставляется въ покоѣ, и, если не встрѣтится никакихъ осложненій въ теченіи родового акта, ни разу не изслѣдуется до полнаго окончанія родовъ. Даже поддержка промежности сведена у насъ на возможно упрощенный актъ: внимательно противодействовать быстрому *extensio capitis*, которое при сильныхъ потугахъ обыкновенно совершается съ особенною стремительностью,—чѣмъ тоже, отчасти, достигается наша задача:

меньше времени и меньше точекъ соприкосновенія съ роженицей. Послѣродовой періодъ ведется просто: принятое выдерживаніе родильницъ въ постели 9 дней у насъ рѣдко соблюдается въ виду необходимости раньше выписывать, дабы очистить мѣсто вновь поступающимъ. У здоровыхъ родильницъ, кромѣ двукратнаго въ день подмыванія 1⁰/₀ растворомъ lysol'я и классическаго ol. ricini на 3-й день ничего не дѣлается. Послѣ родовъ мацерированными плодами обязательно обильное промываніе полости матки 1⁰/₀ растворомъ lysol'я. Кромѣ того у всѣхъ родильницъ ежедневно наблюдается за ходомъ обратнаго развитія матки, и, въ случаяхъ плохой инволюціи, назначается или эрготинъ внутрь, или же массажъ и горячіе влагалищные души. Серьезно заболѣвшія родильницы переводятся немедленно въ заразное родильное отдѣленіе, находящееся въ завѣдываніи другого врача.

Для дезинфекціи рукъ, роженицъ и родильницъ мы употребляемъ въ теченіи послѣднихъ двухъ лѣтъ растворы lysol'я различной крѣпости, смотря по надобности отъ 1¹/₂⁰/₀ до 2⁰/₀. Инструменты передъ операціей погружаются въ 4⁰/₀ растворъ ас. carbolicі. Для удобства и во избѣжаніе возможности перенесенія какихъ либо заболѣваній, (не рѣдко случается, что у насъ лежатъ и сифилитички въ заразительномъ стадіи) нами устроены надъ каждой кроватью родильницъ особыя деревянныя, покрашенныя бѣлой краской гнѣзда—полочки, съ заключенными въ нихъ двумя, хорошо закрывающимися, стеклянными банками, наполненными 3⁰/₀ растворомъ ас. carbolicі. Въ одной изъ банокъ, большей, хранится внутриматочный наконечникъ, въ другой, меньшей, влагалищный наконечникъ и катетеръ; всѣ эти инструменты изъ стекла.

Въ заключеніе не могу обойти молчаніемъ еще одного, крайне важнаго факта. Практика послѣднихъ двухъ лѣтъ показала, что родильное отдѣленіе, при данномъ количествѣ коекъ, далеко не удовлетворяетъ требуемому спросу со стороны поступающихъ роженицъ, количество которыхъ съ каждымъ годомъ замѣтно стало возрастать. Теперь, къ сожалѣнію, не рѣдки случаи, когда мы бываемъ принуждены или отказывать въ пріемѣ роженицъ, направляя ихъ, обыкновенно, въ Павловскій пріютъ, чѣмъ вызываемъ съ ихъ стороны вполне понятныя

неудовольствія и нарѣканія, или же прибѣгать къ размѣщенію родильницъ по другимъ палатамъ, что, во всякомъ случаѣ, крайне неудобно. Такимъ образомъ, неумолимая, не лицепріятная дѣйствительность открыто заявляетъ: расширьте отдѣленіе, устраняйте его недостатки. Достигнуть перваго всегда возможно, но выполнить второе безусловно нельзя, даже при всей готовности лицъ, стоящихъ во главѣ учрежденія, ибо нельзя исправить то, что не исправимо. Помочь дѣлу можетъ только одна мѣра:—постройка отдѣльнаго, специально приспособленнаго зданія, которое отвѣчало-бы на всѣ строгіе запросы и требованія современнаго акушерства. Мѣра эта, сознанныя уже года три тому назадъ представителями нашего городского общественнаго самоуправленія, къ величайшему прискорбію, остается до сихъ поръ не исполненною, за не имѣніемъ достаточныхъ средствъ для ея осуществленія. На нѣтъ—суда нѣтъ. Но мы твердо все таки убѣждены, что въ скоромъ будущемъ одна изъ не отложныхъ потребностей гор. Одессы будетъ блестяще осуществлена, по прекрасному проекту одного изъ мѣстныхъ архитекторовъ, заслуженно получившему первую премію два года тому назадъ въ комиссіи врачей специалистовъ, въ числѣ которыхъ имѣлъ честь состоять и пишущій эти строки.

Число роженицъ, разрѣшившихся въ Родильномъ Отдѣленіи Одесской Городской Больницы въ теченіи 1893 года 379. Прибавивъ къ этому числу 10 случаевъ такъ называемыхъ уличныхъ родовъ, постигшихъ роженицъ во время доставки ихъ въ городскую больницу и пролежавшихъ въ послѣдней необходимое время послѣродоваго періода, получимъ общее число роженицъ равняющееся 389.

Число разрѣшившихся по мѣсяцамъ распредѣлялось слѣдующимъ образомъ:

Въ Январѣ . . . 35		По числу беременностей роженицы распре- дѣлялись:			
» Февралѣ . . . 45					
» Мартѣ . . . 27					
» Апрельѣ . . . 28					
» Маѣ . . . 37					
» Іюнѣ . . . 34					
» Іюлѣ . . . 28					
» Августѣ . . . 41					
» Сентябрѣ . . . 28					
				Процентъ	
		Разрѣшившихся въ 1 разъ	133	34,1	
		» 2 »	110	28,2	
		» 3 »	55	14,5	
		» 4 »	19	4,8	
		» 5 »	20	5,1	
		» 6 »	18	4,6	

Въ Октябрѣ	25	Разрѣшившихся въ 7 разъ	10	2,5
» Ноябрь	32	» 8 »	3	0,7
» Декабрь	29	» 9 »	6	1,3
		» 10 »	8	2,0
Итого	389	» 11 »	2	0,5
		» 12 »	2	0,5
		» 13 »	3	0,7
Среднее число мѣ- сячнаго поступле- нія = 32.4.		Итого	389	

По вѣроисповѣданію распредѣлялись:

Православныхъ	314	80,7 ⁰ / ₀
Католичекъ	18	4,6 ⁰ / ₀
Лютеранокъ	5	1,2 ⁰ / ₀
Иудеекъ	52	13,5 ⁰ / ₀
Итого	389	

По сословію роженіцы распредѣлялись:

Крестьянокъ	216	55,5 ⁰ / ₀
Мѣщанокъ	159	40,9 ⁰ / ₀
Дворянокъ	7	1,9 ⁰ / ₀
Иностранно-поддан.	7	1,9 ⁰ / ₀
Итого	389	

По роду занятій:

Горничныхъ	80	20,5 ⁰ / ₀
Кухарокъ	80	20,5 ⁰ / ₀
Прачекъ	19	4,8 ⁰ / ₀
Домаш. хозяйств.	156	40,2 ⁰ / ₀
Чернорабочихъ	15	3,9 ⁰ / ₀
Швей	16	4,1 ⁰ / ₀
Нянь	4	1,1 ⁰ / ₀
Служанокъ Гор. Больницы	7	1,9 ⁰ / ₀
Торговокъ	5	1,2 ⁰ / ₀
Учительницъ	1	0,2 ⁰ / ₀
Акушеровъ	1	0,2 ⁰ / ₀
Надзирательницъ Гор. Больн.	1	0,2 ⁰ / ₀
Гладильщицъ	1	0,2 ⁰ / ₀
Безъ опредѣл. занятій	1	0,2 ⁰ / ₀
Проституттокъ	2	0,5 ⁰ / ₀
Итого	389	

По СОЦІАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕНІЮ РОЖЕНИЦЫ РАСПРЕДѢЛЯЛИСЬ:

Замужнихъ	182	46,7 ⁰ / ₀
Незамужнихъ	193	49,8 ⁰ / ₀
Вдовъ	8	2,0 ⁰ / ₀
Разведенныхъ	6	1,5 ⁰ / ₀
Итого	389	

По СТЕПЕНИ ОБРАЗОВАНІЯ РАСПРЕДѢЛЯЛИСЬ:

Грамотныхъ	86	22,1 ⁰ / ₀
Неграмотныхъ	303	77,9 ⁰ / ₀
Итого	389	

По ВОЗРАСТУ РАСПРЕДѢЛЯЛИСЬ:

Возрастъ	отъ 17—20	отъ 21—25	отъ 26—30	отъ 31—35	отъ 36—40	отъ 41—43	Итого
	75	137	95	47	23	4	389,

прибавивъ 8 случаевъ не отмѣченныхъ.

Иногороднихъ, но постоянно живущихъ въ Одессѣ	344
Пріѣзжихъ	2
Одесситокъ	43
Итого	389

Такимъ образомъ процентъ иногороднихъ, но постоянно живущихъ въ Одессѣ	88,2
Процентъ пріѣзжихъ	0,5
» Одесситокъ	11,0

По МѢСТУ РОЖДЕНІЯ РОЖЕНИЦЫ РАСПРЕДѢЛЯЛИСЬ:

Губерніи	Число	Проценты	Губерніи	Число	Проценты
Херсонской	123	31,7	Могилевской	2	0,5
Подольской	49	12,7	С.-Петербургской	1	0,2
Кіевской	40	10,3	Саратовской	1	0,2
Бессарабской	22	5,8	Воронежской	1	0,2
Орловской	18	4,7	Смоленской	1	0,2
Волынской	17	4,5	Оренбургской	1	0,2
Полтавской	15	3,9	Владимірской	1	0,2
Курской	10	2,6	Тамбовской	1	0,2
Гродненской	12	3,0	Радомской	2	0,5
Минской	10	2,6	Тверской	1	0,2
Калужской	10	2,6	Плоцкой	1	0,2

Губерніи	Число	Проценты	Губерніи	Число	Проценты
Харьковской . . .	9	2,3	Финляндской . . .	1	0,2
Тульской	4	1,0	Курляндской . . .	1	0,2
Таврической . . .	4	1,0	Люблинской . . .	1	0,2
Черниговской . . .	4	1,0	По подданству:		
Екатеринославской	4	1,0	Румынско-п. . . .	1	0,2
Виленской	3	0,7	Турецко-п.	1	0,2
Ковенской	3	0,7	Греческо-п.	1	0,2
Московской	2	0,5	Молдавско-п. . . .	1	0,2
Рязанской	2	0,5	Прусско-п.	1	0,2
Самарской	2	0,5	Австрийско-п. . .	3	0,7
Сѣдлецкой	2	0,5	Итого . . . 389		

О РОЖЕНИЦАХЪ:

Родовъ одиночныхъ наблюдалось: 385 или 98,9⁰/₀
 » двойными » 4 или 1,1⁰/₀

Итого . . . 389

Отношеніе одиночныхъ родовъ къ многоплоднымъ выра-
 жается какъ 1:96,2

Преждевременно разрывившихся было: 16 или 4,1⁰/₀

Изъ нихъ 7 мѣсяцевъ. 11 или 2,9⁰/₀
 » 8 » 5 или 1,2⁰/₀

Итого. . . 16

Выкидышныхъ родовъ. 1 или 0,2⁰/₀

Положенія и предлежанія плода наблюдались слѣдующія и въ
 слѣдующемъ количествѣ разъ:

Черепныя предлежанія	375	96,4 ⁰ / ₀
Лицевыя »	1	0,2 ⁰ / ₀
Тазовыя »	8	2,0 ⁰ / ₀
Ногоположенія	2	0,5 ⁰ / ₀
Косыя предлежанія бокомъ съ вы- паденіемъ конечности	2	0,5 ⁰ / ₀
Неопредѣленныхъ положеній. . . .	5	1,2 ⁰ / ₀

Итого. . . 393 включая въ эту
 сумму 4 предлежанія отъ четырехъ родовъ двойнями.

Въ частности предлежанія по положенію и виду ихъ наблюдались:

Первое затылочное, передній видъ	243	62,2 ⁰ / ₀
» » задній видъ	3	0,7 ⁰ / ₀
Второе затылочное, передній видъ	127	32,6 ⁰ / ₀
» » задній видъ	2	0,5 ⁰ / ₀
Первое лицевое положеніе или лобно-подздошное лѣвое	1	0,2 ⁰ / ₀
Первое ягодичное, передній видъ	7	1,7 ⁰ / ₀
Второе ягодичное, передній видъ	1	0,2 ⁰ / ₀
Ногоположеніе (не отмѣченнаго вида)	2	0,5 ⁰ / ₀
Предлежаніе лѣвымъ бокомъ съ выпаденіемъ лѣвой ручки	2	0,5 ⁰ / ₀
Неотмѣченныя положенія	5	1,2 ⁰ / ₀
Итого		393

Роженицъ, имѣвшихъ нормальнаго размѣра тазъ, наблюдалось 321 или 82,5⁰/₀.

Среднее количество часовъ продолжительность родового акта равняется 11,04 час.

Въ частности—средняя продолжительность родовъ для *первородящихъ* 16,6 ч. и таковая же для *многородящихъ* 6,9 ч.

Самая меньшая продолжительность родового акта наблюдалось въ 1¹/₂ часа; *самая же большая* 144 часа.

Для наглядности продолжительности родового акта приведена слѣдующая таблица:

Продолжит. родовъ въ часахъ.	отъ 1 ¹ / ₂ -7	отъ 8-12	отъ 13-17	отъ 18-22	отъ 23-27	отъ 28-32	отъ 33-37	отъ 38-42	отъ 43-47	отъ 48-52	отъ 53-90	отъ 91-144	Итого.
Число случаевъ родовъ	115	102	40	25	19	9	5	5	2	1	1	2	389
Неотмѣченныя	63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Принимая во вниманіе, что 4 роженицы разрѣшились двойнями, общее количество родившихся дѣтей равняется 393; изъ нихъ:

мальчиковъ	221	56 ⁰ / ₀
дѣвочекъ	172	44 ⁰ / ₀
Итого		393

Отношеніе числа родившихся мальчиковъ къ таковому же дѣвочекъ выражается какъ 1:1,2; или же приводя это отношеніе къ цифрѣ 100—получимъ, что на 100 мальчиковъ приходится 77,8 дѣвочекъ.

Мертвыхъ жизнеспособныхъ дѣтей родилось .	19	или	4,9 ⁰ / ₀
Изъ нихъ мертвыхъ не мацерированныхъ .	13	или	3,3 ⁰ / ₀
» » » мацерированныхъ .	6	или	1,6 ⁰ / ₀

Итого . . 19

Мертвыхъ не жизнеспособныхъ (асерphalus) дѣтей	
родилось	1 0,2 ⁰ / ₀
Родившихся въ асфиксіи и привед. къ жизни . . .	2 0,5 ⁰ / ₀

Отношеніе числа разрѣшеній мертвыми плодами къ общему числу живыхъ дѣтей выражается какъ 1:19,65; или же, выражая это отношеніе къ цифрѣ 100 получимъ, что на 100 живыхъ дѣтей рождается 5,09 мертвыхъ.

Объ осложненіяхъ родового акта.

Не подлежитъ сомнѣнію, что самый существенный этиологическій моментъ большинства осложненій родового акта,—суженіе таза въ различныхъ степеняхъ и видахъ его. Неоспоримо также и то, что единственно точнымъ критеріумомъ суженія таза и степени этого суженія должно считаться тщательное внутреннее изслѣдованіе полости малаго таза и, главнымъ образомъ, точное измѣреніе conjugatae verae.

Поэтому составителю отчета, при ссылкѣ на частоту узкихъ тазовъ, какъ на причину вызвавшую въ теченіи родового акта тѣ или другія осложненія послѣдняго, слѣдовало бы пользоваться исключительно данными точнаго внутренняго изслѣдованія таза, при наличности, конечно, данныхъ наружнаго измѣренія, помогающихъ устанавливать характеръ даннаго суженія и его виды. Но провести на практикѣ это условіе не только трудно исполнимо, но даже безусловно невозможно, особенно при условіяхъ больничнаго веденія дѣла—при его сравнительной малочисленности врачебно-акушерскаго персонала.

Въ виду этого мои данныя о частотѣ узкихъ тазовъ будутъ основываться почти исключительно на результатахъ наружнаго измѣренія и именно на величинѣ наружной конъюгаты; и хотя у меня имѣются данныя и точнаго внутренняго изслѣдованія таза, но принять ихъ въ расчетъ не рѣшаюсь, по ихъ сравнительной малочисленности.

Предѣль, съ котораго начинается суженіе таза я рѣшилъ считать 18 цнт. для наружной конъюгаты, какъ это принято дѣлать многими авторами и составителями отчетовъ. Такимъ образомъ, оказывается, что

тазовъ, у которыхъ conjugata ext. = 18 . . .	31	7,9 ⁰ / ₀
» » » » » = 17 ¹ / ₂ . . .	20	5,1 ⁰ / ₀
» » » » » = 17 . . .	15	3,8 ⁰ / ₀
» » » » » = 16 ¹ / ₂ . . .	1	0,2 ⁰ / ₀
» » » » » = 16 . . .	1	0,2 ⁰ / ₀
И т о г о . . .		68 17,1 ⁰ / ₀

Такимъ образомъ, оказывается, что отношеніе нормальныхъ тазовъ къ тазамъ суженнымъ выражается такъ: 5,2 : 1, т. е. въ каждахъ 5,2 случаяхъ родовъ можно предполагать встрѣтиться одинъ разъ съ той или другой степенью суженія таза.

Частные случаи осложненій родового акта наблюдались слѣдующіе:

Выпаденіе конечностей, именно:

Выпаденіе лѣвой ручки до локтя	2	0,5 ⁰ / ₀
Выпаденіе пуповины	1	0,2 ⁰ / ₀
Вставленіе головки въ сильно выраженной, такъ называемой obliquitas Naegele	1	0,2 ⁰ / ₀
Eclampsia s. partu	1	0,2 ⁰ / ₀
Endometritis sub partu	1	0,2 ⁰ / ₀
Обвитіе пуповины вокругъ шеи	6	1,5 ⁰ / ₀
Обвитіе въ 1 разъ	1	
» » 2 раза	4	
» » 3 »	1	
Разрывы промежности 2-й степ.	8	2,0 ⁰ / ₀
Кровотеченіе вслѣдствіе преждевременнаго отдѣ- отдѣленія послѣда	1	0,2 ⁰ / ₀
Итого . . .		21 5,3 ⁰ / ₀

Осложненія родового акта общими заболѣваніями:

Nephritis parenchymatosa chronica	1	0,2 ⁰ / ₀
Pneumonia crouposa	1	0,2 ⁰ / ₀
Syphilis (papula humida introitus vaginae)	1	0,2 ⁰ / ₀
Insuffic. valvulae mitralis	2	0,5 ⁰ / ₀

Angina follicularis acuta	1	0,2 ⁰ / ₀
Bronchitis catarrhalis chronica	2	0,5 ⁰ / ₀
Periostitis radii manu dextri	1	0,2 ⁰ / ₀
Eczema fossae popliteae dextri	1	0,2 ⁰ / ₀
Итого	10	2,5 ⁰ / ₀

ОПЕРАЦИОННОЕ ПОСОБІЕ ПРИМѢНЯЛОСЬ ВЪ 17 СЛУЧАЯХЪ, ИМЕННО:

Внутренній поворотъ на ножку	4	1,1 ⁰ / ₀
Perforatio capitis et cranioclasia	4	1,1 ⁰ / ₀
Наложение щипцовъ	2	0,5 ⁰ / ₀
Perineorrhaphia	7	1,8 ⁰ / ₀
Итого	17	4,5 ⁰ / ₀

Показанія къ операціямъ:

Внутренній поворотъ на ножку произведенъ:

1) При выпаденіи лѣвой ручки	2
2) При двойняхъ во время еслампси'и на второмъ плодѣ для ускоренія родовъ	1
3) При двойняхъ, по случаю кровотеченія послѣ рожденія перваго плода, на второмъ плодѣ	1

Perforatio cap. et cranioclasia произведены:

1) При двойняхъ во время еслампси'и на первомъ, за- вѣдомо мертвомъ плодѣ, для ускоренія родовъ при мало-открытомъ наружномъ зѣвѣ	1
2) При чрезмѣрно косомъ переднетемянномъ вставленіи (obliquitas Naegele)	2
При плоскомъ нерахитическомъ тазѣ на мертвомъ плодѣ	1

Наложеніе щипцовъ:

При pneumonia scirrosa, при неполнѣ раскрытомъ зѣвѣ для ускоренія родовъ вслѣдствіе грозныхъ припад- ковъ одышки	1
При внѣзапномъ ослабленіи потужной дѣятельности	1

О послѣродовомъ періодѣ.

Здоровыхъ родильницъ, ни разу не лихорадив- шихъ было	348	89 ⁰ / ₀
Родильницъ лихорадившихъ	41	10,5 ⁰ / ₀
Итого	389	

Родильницъ, заболѣвшихъ послѣродовыми формами и лихорадившихъ было 27 6,90/0

именно:

съ endometritis	4	1,00/0
» colpitis traumatica	9	2,30/0
» parametritis exudativa.	3	0,70/0
» febricula	6	1,50/0
» ulcera puerperalia	1	0,20/0
» phlegmasia alba dolens	1	0,20/0
» endometritis ex retention. velamentor	1	0,20/0
» endometritis ex retention. part. plac.	1	0,20/0
» retentio lochiorum ex antevers. uteri	1	0,20/0
Итого	27	

Родильницъ, заболѣвшихъ непосредственными формами и лихорадившихъ было 12 3,00/0

именно:

съ bronchitis catarrhalis acuta	4	1,00/0
» enteritis catarrhalis	5	1,20/0
» parotitis idiopatica	1	0,20/0
» pleuritis exudativa	1	0,20/0
» angina catarrhalis acuta	1	0,20/0
Итого	12	

Родильницъ, страдавшихъ трещинами сосковъ, чаще наблюдававшимися на обоихъ соскахъ, было 16 4,30/0

Что касается до продолжительности пребыванія родильницъ въ родильномъ отдѣленіи, то среднее число дней этого пребыванія = 6,5 дн.

Въ частности же — среднее число дней пребыванія въ родильномъ отдѣленіи для первородящихъ 7,5 »
для многородящихъ 5,5 »

Самый краткій срокъ пребыванія родильницъ въ родильномъ отдѣленіи 3 дня.

Самый продолжительный 53 »

Выписалось здоровыхъ родильницъ 366 94 0/0

» выздоравливающихъ 13 3,30/0

Переведено въ послѣродовое отдѣленіе 3 0,70/0

» 3-е отдѣленіе 4 1,00/0

» хирургическое отдѣленіе 1 0,20/0

Умерло 2 0,50/0

Итого 389

Просматривая отчетныя вѣдомости о заболѣваемости и смертности родильницъ въ другихъ родильныхъ учрежденіяхъ и сравнивая ихъ съ данными нашего отдѣленія, получаются чрезвычайно утѣшительные факты въ пользу нашей статистики. Именно, въ то время, какъ въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи процентъ здоровыхъ родильницъ за 1888 г. равняется 78,33, въ Московскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи и въ Родильномъ Приютѣ Московской Голицинской Больницы за тѣ же года онъ равняется: въ первомъ—71,3 и во второмъ—74,0, у насъ онъ достигаетъ почтенной цифры 94. Не говорю уже о Варшавской Акушерской клиникѣ, въ которой за 1885—87 года процентъ здоровыхъ родильницъ достигъ только—50,7.

Что касается смертности, то и въ этомъ отношеніи мы довольно счастливы; тѣмъ болѣе, что она у насъ на самомъ дѣлѣ равняется не 0,5⁰/₀ какъ показано въ отчетѣ, а 0,2⁰/₀, такъ какъ изъ двухъ бывшихъ у насъ смертныхъ случаевъ—*pneumonia scoprosa* можно не принимать въ расчетъ, какъ неимѣющій ничего общаго съ занимающими насъ заболѣваніями. Просматривая процентъ смертности отъ *послѣродовыхъ заболѣваній* въ заведеніяхъ: С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ, въ Московской Акушерской Клиникѣ и въ Московскомъ Родовспомогательномъ, гдѣ онъ равняется: въ первомъ—0,4, во второмъ—0,5 и въ третьемъ—0,3—мы видимъ, что нашъ истинный процентъ смертности меньше, чѣмъ во всѣхъ поименованныхъ родильныхъ учрежденіяхъ, за исключеніемъ Родильнаго Приюта Московской Голицинской Больницы, гдѣ онъ равняется 0—фактъ по истинѣ отрадный для насъ, въ особенности, если принять во вниманіе ту массу отрицательныхъ качествъ, которыми до послѣдняго времени такъ изобилуетъ Родильное Отдѣленіе Одесской Городской Больницы, не смотря на цѣлый рядъ улучшеній, удавшихся намъ провести за послѣдніе года, благодаря энергіи и заботамъ лицъ, стоящихъ во главѣ учрежденія.

Заканчивая отчетъ, не могу не замѣтить, что показанное нами отношеніе узкихъ тазовъ къ тазамъ нормальнымъ сравнительно велико и находится въ рѣзкомъ не соотвѣтствіи съ числомъ примѣнявшихся у насъ оперативныхъ пособій. Про-

центъ послѣднихъ всегда долженъ близко стоять къ процентному отношенію узкихъ тазовъ, такъ какъ эти послѣдніе служатъ въ большинствѣ случаевъ главными источниками оперативной статистики. Подобное соображеніе примѣнимо къ нашему отчету еще и тѣмъ болѣе, что процентъ другихъ осложненій родового акта, не потребовавшихъ примѣненія какихъ либо операций, сравнительно ничтоженъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мнѣ лично, у постели роженицъ, приходилось убѣждаться, что conjug. ext.=18 ц., не давала никакихъ уклоненій ни въ механизмъ родового акта, ни въ конфигураціи нормальной величины младенческой головки—фактъ—очевидно не мыслимый при наличности тазового суженія.

Все это, поэтому, даетъ намъ нѣкоторое основаніе предположить, что сумма узкихъ тазовъ, показанная нами, не соответствуетъ дѣйствительности—преувеличена, и, быть можетъ, на добрую часть той суммы тазовъ, у которыхъ conjug. ext.=18 цнтм. Но гдѣ истина на самомъ дѣлѣ,—не знаю. Вѣроятно, какъ и всегда,—по срединѣ.

Изъ засѣданій Совѣта врачей Казанской губернской земской больницы 3 іюня 1894 г.

1) Д-ръ И. М. Львовъ показалъ 10 лѣтнюю дѣвочку, которой онъ 4 недѣли назадъ произвелъ *чревостиченіе по поводу туберкулезнаго перитонита*. Больная была переведена въ его отдѣленіе съ установленнымъ уже діагнозомъ. Дѣвочка была очень слаба, существовали отеки всего тѣла и значительный ascites; моча нормальна, легкія здоровы—бациллъ туберкулезныхъ не найдено въ мокротѣ, а равно и въ асцитической жидкости, которой за 3 недѣли передъ тѣмъ было выпущено 1000 грамм. Жидкость эта была нейтральной реакціи, уд. в. 1020, желтовато-мутная, содержала бѣлые и красные кровяные шарики и эндотеліальныя клѣтки,—въ ней бациллъ также не найдено. У больной высокая температура и одновременно существуетъ хроническая малярія 3-хъ дневнаго типа съ сильно увеличенными печенью и селезенкой. Окружность живота наибольшая=84 ст., а на уровнѣ пупка=76 ст. до парацентеза живота. При операціи оказалось: значительно развитый слипчивый хроническій перитонитъ ниже colonis transversi, и выше его по отдѣленіи сращеній вся брюшина, покрывающая верхнюю и переднюю стѣнки colonis transvers, duodeni, ventriculi, частію восходящей толстой и нѣкоторыхъ тонкихъ кишекъ, усыяна мелкими туберкулезными бугорками,—таковыхъ не было на печени и селезенкѣ. Операція состояла въ отдѣленіи сращеній между кишками и обильномъ—троекратномъ промываніи полости брюшины растворомъ 1 : 2000 3 chloriodi съ послѣдующимъ зашиваніемъ на глухо полости живота.

Послѣоперационный періодъ безъ осложненийъ. Дѣвочка значительно окрѣпла,—водянки живота и отековъ нѣтъ. Общее состояніе здоровья вполне удовлетворительное.

2) Д-ръ П. Я. Тепловъ показалъ препаратъ $3\frac{1}{2}$ мѣсячной трубной правосторонней беременности, полученный чревостъченіемъ, произведеннымъ д-ромъ И. М. Львовымъ у больной 27 лѣтъ. Діагностика заранѣе установлена была точно; беременность еще продолжалась. Больная эта ранѣе рожала 1 разъ,—послѣ родовъ не болѣла. За время беременности 3 раза были сильныя боли внизу живота, не подолгу, часовъ по 6—12, наступавшія сразу, безъ предвѣстниковъ, матка была увеличена согласно сроку въ 3— $3\frac{1}{2}$ мѣсяца. Операция безъ осложненийъ. Труба цѣлою полностью удалена послѣ предварительной перевязки сосудовъ. На препаратъ обращаютъ на себя вниманіе слѣдующіе факты: а) имѣются 3 отдѣльныхъ разрыва стѣнки трубы безъ разрыва оболочекъ съ кровотеченіями въ полость задняго дугласа, отверстія не шире толщины гусиного пера; б) стѣнка трубы не толще тонкаго листа почтовой бумаги; в) къ маткѣ лежалъ послѣдъ и затѣмъ уже плодъ совершенно живой съ признаками жизни, но съ сильно измѣненной треугольной и конической головой отъ давленія на нее стѣнками трубы и ткани послѣда. Отпадающія оболочки вышли на 4-й день послѣ операціи цѣлыми, представляя полный снімокъ внутренней поверхности матки. Послѣоперационный періодъ безъ осложненийъ. Больная поправилась. *Ив. Львовъ.*

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

**Краткая замѣтка по поводу статьи проф. Дм. Отта:
«Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ,
осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала»**

Д-ра Мед. С. Липинскаго.

Въ Журналѣ «Акушерства и Женскихъ Болѣзней» за Іюнь т. г. помѣщена статья проф. Дм. Отта: «Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала». Въ этой статьѣ проф. Оттъ предлагаетъ, въ случаяхъ значительнаго разрушенія мочеиспускательнаго канала, гдѣ и послѣ удавшейся пластики пузырно-влагалищной стѣнки, всетаки больная не въ состояніи удерживать мочу, оперативный пріемъ, состоящій въ удлинении мочеиспускательнаго канала путемъ сращиванія малыхъ губъ вплоть до клитора по передней сторонѣ симфизы. Описанію этого оперативнаго пріема проф. Оттъ предпосылаетъ указаніе на сообщеніе, сдѣланное проф. Шульце въ засѣданіи послѣдняго Римскаго конгресса и относительно этого сообщенія онъ замѣчаетъ, что хотя методъ проф. Шульце и имѣетъ нѣкоторое сходство съ методомъ, который предложенъ проф. Оттомъ, но что въ деталяхъ онъ всетаки находитъ его весьма отличнымъ отъ своего. Затѣмъ, приведенная проф. Оттомъ статья д-ра Драницина только подтверждаетъ, такъ сказать, достоинство оперативнаго метода, предложеннаго будто бы впервые проф. Оттомъ. На самомъ же дѣлѣ въ 1886 г. въ одной изъ книжекъ «Медицинскаго Обзоренія», издаваемого въ Москвѣ д-ромъ Спримономъ, помѣщена статья Н. Бяльева

подъ заглавіемъ «Оперативно-гинекологическая казуистика (изъ Гинекологическаго отдѣленія Голицынской больницы), гдѣ авторъ статьи описываетъ оперативный методъ, предложенный д-ромъ *Заяицкимъ* въ случаяхъ вполнѣ аналогичныхъ со случаемъ проф. *Отта*, приемы котораго уже и въ деталяхъ нисколько не отличаются отъ тѣхъ приемовъ, которые изложены въ статьѣ проф. *Отта*.

Описаніе у *Н. Бялева* сдѣлано настолько подробно, что даже приведенъ размѣръ окровавливаемаго пространства, а именно—ширина его должна равняться 7 милл., а число швовъ—четырнадцать. Что очень важно въ статьѣ д-ра *Н. Бялева* и чего нѣтъ въ статьѣ проф. *Отта*, такъ это описаніе примѣненія S образнаго катетера, поверхъ котораго во время операціи соединяются швами окровавленные поверхности и который затѣмъ оставляется à demeure во вновь образованномъ мочеиспускательномъ каналѣ, для стока мочи, до окончательнаго сращенія этихъ поверхностей.

Что касается причины возстановленія способности задерживать мочу вслѣдъ за производствомъ подобной операціи, то, по этому поводу въ статьѣ д-ра *Н. Бялева* приведено объясненіе, которое, повидимому, болѣе подходитъ къ истинѣ, нежели объясненіе проф. *Отта*. *Бялевъ*, геср. *Заяицкій*, смотритъ на вновь образованное отношеніе мочеиспускательнаго канала и мочеваго пузыря, какъ на два сообщающіеся между собою сосуда, въ которыхъ, по закону физики, жидкость въ нихъ вмѣщающаяся, должна находиться всегда на одномъ уровнѣ и слѣдовательно, удлинненіе мочеиспускательнаго канала (одного изъ сообщающихся сосудовъ) допускаетъ накопленіе жидкости въ другомъ сосудѣ (въ мочевомъ пузырьѣ) до уровня равнаго высотѣ перваго сосуда. Этой степени накопленія мочи въ мочевомъ пузырьѣ и достаточно для того, чтобы у женщинъ послѣ подобной операціи въ теченіи извѣстнаго времени не истекала непроизвольно моча *).

*) Помѣщая на страницахъ „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ замѣтку уважаемаго товарища д-ра мед. *С. Литинскаго*, мы не считаемъ возможнымъ оставить безъ разъясненія тотъ упрекъ, который онъ намъ дѣлаетъ. Д-ръ мед. *Литинскій* заявляетъ читателю, что примѣненный проф. *Оттомъ* оперативный способъ по идеѣ не соста-

вляеть ничего новаго и что техника даже „въ деталяхъ нисколько не отличается“ отъ того, что описано *Н. Блассевымъ*. Что касается до „пріоритета“, то этой стороною дѣла я нимало не интересовался и въ моей статьѣ ни словомъ не обмолвился; въ виду же того, что моя статья представляетъ только простое изложеніе случая, сообщеннаго мною въ одномъ изъ засѣданій С.-Петербургскаго Акушерскаго Общества, то я вовсе не касался литературы даннаго вопроса, желая подвергнуть его обсужденію исключительно съ практической стороны. Руководствуясь этимъ я охотно готовъ дать разясненія на тѣ указанія, которыя дѣлаеть д-ръ мед. *Липинскій*, думающій, что мною сообщенный случай ни въ чемъ не отличается отъ операціи, описанной *Н. Блассевымъ*. Воздерживаясь отъ критической оцѣнки частныхъ въ замѣткѣ д-ра *Л.*, я ограничусь лишь указаніемъ на отличія моего случая. Они слѣдующія: во 1-хъ, у моей больной вновь образованный каналъ сообщался не съ пузыремъ, а съ клоакой; во 2-хъ, образованная трубка не являлась только удлиненіемъ мочеиспускательнаго канала, а главнымъ образомъ представляла насколько возможно возстановленную уретру; въ 3-хъ, верхніе концы фигуры освѣженія оканчиваются непосредственно подъ клиторомъ, не заходя на волосистую часть лобка; въ 4-хъ свободные концы фигуры освѣженія закругляются, чему я приписываю большое значеніе и чего не видно изъ рисунка статьи, на которую ссылается д-ръ *Л.*; въ 5-хъ, способъ зашиванія оригинальный съ примѣненіемъ погруженныхъ швовъ; онъ производится безъ примѣненія катетра.

Что же касается до основной идеи метода, то способъ, описанный *В—мъ* подъ названіемъ „Операціи образованія мужской уретры“, направлень къ удлиненію ея, что и дало поводъ къ названію операціи; тогда какъ мною преслѣдуемая цѣль заключается въ стремленіи соединить главнымъ образомъ тѣ части, которыя служатъ запирательнымъ аппаратомъ уретры. Такимъ образомъ, наиболѣе существеннымъ въ моемъ случаѣ является достигнутый результатъ возстановленія физиологическаго процесса при мочеотдѣленіи: получившееся произвольное задержаніе мочи, а также нормальный позывъ къ мочеотдѣленію говорить за возстановленіе физиологическихъ отправленій соотвѣтственной мускулатуры. Въ виду сказаннаго для меня далѣе совершенно непонятно отчего д-ру *Л.* объясненіе механизма временнаго задержанія мочи, приведенное д-мъ *Н. Блассевымъ*, кажется „болѣе подходящимъ къ истинѣ“, чѣмъ мое? Если бы способность задерживать мочу сводилась только къ закону сообщающихся сосудовъ, то при всякомъ мало-мальски рѣзкомъ движеніи больной, равновѣсіе жидкостей должно было бы нарушаться и появляться, вѣроятно безъ всякаго къ тому позыву, непріязвольное истеченіе мочи. Моей больной, остававшейся послѣ операціи въ клиническомъ институтѣ въ качествѣ сидѣлки, не рѣдко приходилось мыть полы и производить т. п. работу, требующую рѣзкаго перемѣщенія положенія тѣла, и тѣмъ не менѣе у нея при этомъ не выдѣлялось ни капли мочи. Очевидно однимъ физическимъ закономъ сообщающихся сосудовъ этого не объяснишь,—требуются другія условія, на которыя я и указалъ. Такимъ образомъ и этого замѣчанія д-ра *Л.* нельзя считать убѣдительнымъ.

Дм. Оттг.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ польской акушерско-гинекологической литературы:

151. Д-ръ Владисл. Сенковскій. *W sprawie operacyjnego leczenia wrodzonego, catkowitego zarosnięcia blony dziewiczej.* (Medycyna, № 17, 1894). Къ оперативному лѣченію врожденнаго полнаго зарощенія дѣвственной плевы.

23-хъ лѣтняя дѣвственница, еще не менструировавшая, въ теченіи 3 мѣсячнаго замужества ни разу не могла совершить coitus. Въ теченіи послѣднихъ 7 лѣтъ, многократно въ теченіи каждого года, больная ощущаетъ внизу живота неопредѣленныя, постепенно проходящія боли, не влекущія за собою никакихъ послѣдствій. Habitus больной вполне женскій, хорошо развита и пользуется вообще хорошимъ здоровьемъ. Лобокъ обильно покрытъ волосами, половая щель немного зіяетъ. Между раздвинутыми большими губами introitus представляется совершенно закрытымъ выпячивающеюся, круглою, не особенно напряженною, зыблущеюся опухолью, растянутою отъ ладьеобразной ямки до нижняго (заднаго) края устья мочеиспускательнаго канала, по бокамъ непосредственно переходящею въ малыя губы. Сквозь синеватую слизистую оболочку опухоли просвѣчиваетъ густая венозная сѣть, на ощупь стѣнка опухоли довольно толстая. Съ лѣвой стороны устья мочеиспускательнаго канала находится нарывъ въ 1 сантиметръ въ діаметрѣ, образовавшійся вслѣдствіе многократныхъ неудачныхъ попытокъ къ половымъ сношеніямъ.

Изслѣдуя черезъ ненапряженные и нежирные покровы живота, съ легкостью прощупывается надъ лоннымъ соединеніемъ опухоль, не достигающая на два пальца до пупка. Форма ея грушевидная,

основаніемъ кверху, мало подвижна, величиною до 2 кулаковъ, гладкая; отъ основанія ея вправо и влѣво неясно прощупываются колбасообразныя образованія, теряющіяся въ паховыхъ ямкахъ. Черезъ прямую кишку по направленію рукава прощупывается цилиндрическая опухоль, переходящая вверхъ въ овальное, гладкое тѣло, отъ котораго по бокамъ распространяются утолщенія съ неравною бугроватою поверхностью.

На основаніи анамнеза и изслѣдованія, исключая существованіе какого бы то ни было новообразованія или кровоизліянія въ сосѣдствѣ матки, установленъ діагнозъ: *atresia hymenis congenita seu hymen imperforatus. Haematocolpos. Haemametra et Haematosalpinx*. При безусловномъ соблюденіи правилъ антисептики, глубоко захлороформировавъ больную, авторъ сдѣлалъ проколъ бистуріемъ въ самомъ центрѣ *hymenis*. Изъ отверстія стала немедленно вытекать густая, тягучая, шоколаднаго цвѣта жидкость. Послѣ получасоваго ея выдѣленія, *hymen* былъ вскрытъ крестообразнымъ разрѣзомъ, въ формѣ X.

Обождая окончанія выдѣленія жидкости, авторъ срѣзалъ образовавшіеся четыре лоскута утолщенной, плотной дѣвственной плевы, при чемъ изъ раненныхъ поверхностей послѣдовало довольно обильное кровотеченіе, потребовавшее немедленнаго наложенія швовъ, послѣ чего, рукавъ былъ *не плотно* выполненъ легкой іодоформной марли ради свободнаго оттока жидкости наружу. Снаружи, іодоформная, *lege artis*, повязка. На второй день наружная повязка была обновлена. На 3-й день вся перевязка была обновлена. Послѣ удаленія марли изъ рукава выдѣлилось наружу до 400 граммъ жидкости, вовсе безъ запаха. (Во время операціи вышло этой же жидкости около 3½ литровъ).

На 5-й день вся повязка обновлена, выдѣленія гораздо меньше. На 7-й день тоже. На 10-й сняты швы. *Prima intentio*. Выдѣленіе чрезвычайно густой жидкости въ маломъ количествѣ. На 13-й день послѣ операціи появились *menstrua*, продолжавшіяся совершенно нормально 4 сутокъ. На 19-й день рукавъ промытъ растворомъ сулемы 1:3000, причемъ выдѣлилось значительное количество безцвѣтной, студенистой жидкости. Внутреннее изслѣдованіе, изъ принципа, произведено не было. Весь послѣоперационный періодъ прошелъ безлихорадочно. На 30-й день больная сама постигла автора. Общее ея состояніе здоровья значительно улучшилось. Болѣзненности живота ни малѣйшей. Матка черезъ покровъ живота не прощупывается. Выдѣленія изъ рукава никакого. Палецъ безъ затрудненія проникаетъ до влагалищной части, шейка еще

не сформирована, зѣвъ открытъ на 2 пальца, матка увеличена, мягка, яйцепроводы значительно объемистѣ нормальныхъ.

Закончивъ описаніе своего случая, авторъ цитируетъ разныхъ авторовъ, начиная отъ *Cels'a*, причемъ высказываетъ свое удивленіе по поводу его мнѣнія, считавшаго операцію прободенія *hymenis imperforatus* пустяшною. *Bayer*, *Dupuytren*, *Cazaux*, съ крайней осторожностью приступавшіе къ совершенію этой операціи, давали сомнительное предсказаніе относительно ея исхода. Даже въ настоящее время, въ періодъ разцвѣта антисептики, статистика указываетъ на неоднократно встрѣчающіеся случаи неудовлетворительнаго исхода этой операціи, а именно у всѣхъ авторовъ приблизительно до 8⁰/о смертности. У *Ross'a* на 36 случаевъ операцій, 3 съ смертельнымъ исходомъ. У *Fuld'a* на 66 операцій умерло 6. Въ Варшавѣ автору извѣстны нѣсколько неопубликованныхъ случаевъ, изъ коихъ нѣкоторые окончились летально. Сравнительно частые неудовлетворительные исходы оперативнаго лѣченія зарощенія дѣвственной плевы авторъ приписываетъ встрѣчающимся осложненіямъ въ послѣопераціонномъ періодѣ, какъ-то: септическому зараженію и чрезмѣрной растянутости кровью, до полной атоніи, яйцепроводовъ и матки, такъ напр., по статистикѣ *Ross'a*, въ количествѣ 15⁰/о, т. е. на 36 операцій 4 разрыва яйцепроводовъ, съ послѣдовательнымъ воспаленіемъ брюшины и септициеміей. Далѣе, авторъ утверждаетъ, что мы, манипулируя въ рукавѣ и маткѣ, вообще далеко еще не въ состояніи исполнѣ предотвращать внедренія туда гнилостныхъ элементовъ, въ частности-же, особенно при совершеніи такой сравнительно ничтожной хирургической операціи, какъ прободеніе *hymenis imperforatus*. Причиною тому служатъ нѣкоторые крайне неблагоприятныя условія въ послѣопераціонномъ періодѣ, во 1) чрезвычайно растянутые рукавъ, матка и трубы, несокращающіеся вслѣдъ за ихъ опорожненіемъ, представляя, такимъ образомъ, изъ себя, широкія ворота, крайне благоприятствующія проникновенію въ нихъ всякихъ микроорганизмовъ вплоть до самой полости брюха. Мнѣніе это высказываютъ и *Gueniot*, *Gosselin*, *Gillet*, *Delannay*, *Ross* и многіе другіе. Во 2-хъ) внезапное ослабленіе внутрибрюшнаго давленія на чрезмѣрно напряженныя и растянутыя трубы можетъ повлечь за собою нарушеніе цѣлости ихъ стѣнокъ, а именно, по разнымъ причинамъ: если, напр., во время производства самой операціи, опорожненіе переполненныхъ рукава и матки совершится слишкомъ быстро; или отъ сильныхъ механическихъ встряхиваній, какъ напр., кашель, рвота, недостаточно глубокое усыпленіе больной. Случайное давленіе извнѣ на покровы

живота. Разрывы же трубъ въ позднѣйшіе дни послѣ операціи бываютъ послѣдствіемъ слишкомъ ранняго вставанія съ кровати, или ранiovременнаго исполненія физическаго профессиональнаго труда, въ доказательство чего существуетъ въ литературѣ не мало наглядныхъ примѣровъ. Одни изъ главнѣйшихъ причинъ разрыва трубъ служатъ сращенія ихъ съ костями таза, причемъ опорожненные матка и рукавъ, подвергаясь значительному смѣщенію, тянутъ за собою фиксированныя трубы, которые, дойдя до извѣстнаго предѣла своей растяжимости, должны разорваться. Патологическіе, воспалительные процессы въ самыхъ стѣнкахъ трубъ тоже способствуютъ нарушенію ихъ цѣлости въ болѣе позднихъ періодахъ послѣ операціи.

Способъ совершенія самой операціи подвергался и подвергается разнымъ измѣненіямъ и усовершенствованіямъ, не всегда впрочемъ удачнымъ. Однимъ изъ лучшихъ методовъ, авторъ считаетъ предложенный *Hegar*'омъ, *Kaltenbach*'омъ, *Brejski*, *Pozzi*, *Segond*'омъ и др. Операція совершается въ два приѣма: въ первомъ—проколъ *hymenis* и медленное выведеніе жидкости наружу, а во второмъ—крестообразный разрѣзъ съ послѣдовательнымъ прополаскиваніемъ рукава обезгниливающей жидкостью. Авторъ не прополаскиваетъ рукава вовсе по той причинѣ, что содержимое рукава и матки само собою совершенно асептично и не требуетъ обезгниливанія. При соблюденіи же полнѣйшей чистоты во время операціи опасаться гнилостнаго зараженія нечего. Во избѣжаніе разрыва трубъ, *Baker—Brown*, *Kaltenbach* предварительно удаляютъ ихъ содержимое проколомъ черезъ покровы живота или прямую кишку. По автору однако, увеличеніе опасности внесенія заразы, дѣлають этотъ методъ неудобопримѣнимымъ, въ особенности же черезъ прямую кишку, которая никакому обеззараживанію не поддается.

Принимая во вниманіе мнѣніе *Hegar*'а и *Schröder*'а, что менструальная кровь выдѣляется не только маткою, но и трубами, безъ труда объясняется явленіе, что въ большинствѣ случаевъ *haematosalpingitidis* только наружный конецъ трубъ переполняется и растягивается кровью, стѣнки же маточнаго, внутренняго конца утолщены до полной облитераціи просвѣта *ostium uterinum*, причемъ должно случиться, что послѣ опорожненія матки, трубы, оставаясь аполненными, вслѣдствіе уменьшенія наружнаго на нихъ давленія, угрожаютъ разрывомъ, обстоятельство, по автору, указывающее на необходимость немедленнаго совершенія сальпинготоміи.

Къ этой же категоріи случаевъ принадлежатъ и тѣ, въ которыхъ вслѣдъ за опорожненіемъ матки, опорожняются и трубы,

но при первой же менструации снова наполняются кровью. Авторъ считаетъ излишнимъ напоминать о томъ, что во всѣхъ случаяхъ разрыва трубъ показано немедленное чревосѣченіе. *Fuld* утверждаетъ, что ежели во время хода операціи и опорожненія матки, растянутыя трубы и уменьшаются въ объемѣ, но въ тоже время количество выдѣляющейся наружу жидкости не увеличивается въ соотвѣтственномъ количествѣ, то слѣдуетъ видѣть въ этомъ прямое указаніе на то, что произошелъ разрывъ стѣнокъ трубъ и немедленно приступать къ чревосѣченію.

Въ концѣ статьи авторъ считаетъ необходимымъ присоветовать, что наложеніе швовъ на края разрѣзанной дѣвственной плевы потому необходимо, что этимъ избѣгается образованіе плотнаго, неподатливаго и болѣзненнаго рубца.

Основываясь на описанномъ своемъ случаѣ и на данныхъ, найденныхъ въ литературѣ, авторъ установилъ слѣдующія схематическія правила при хирургическомъ лѣченіи *atresia hymenis* (тоже и при *Atresiae vaginae inferior membranaceae cum haematosalpingitide*):

1) Осторожное изслѣдованіе больной, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже подъ хлороформомъ.

2) Родственниковъ больныхъ слѣдуетъ предупредить о важности операціи и возможности появленія осложнений послѣ совершенія оной.

3) Глубокій наркозъ во время операціи.

4) Пункція дѣвственной плевы, медленное выведеніе содержимаго наружу съ послѣдовательнымъ крестообразнымъ разрѣзомъ, при соблюденіи безукоризненной анти- и асептики.

5) Наложеніе швовъ, соединяющихъ края обѣихъ поверхностей слизистой *hymenis*.

6) Рукавъ вовсе не прополаскивать послѣ операціи, развѣ послѣ окончательнаго прекращенія выдѣленія изъ рукава, или если такое стало зловоннымъ.

7) Введеніе іодоформной ленты въ рукавъ, какъ фитиля, для вывода по немъ жидкости наружу. Широкая, легко надавливающая повязка на животъ.

8) Больную удерживать въ горизонтальномъ положеніи дней 10, а позволить встать не ранѣе 18 дней.

9) Въ случаѣ разрыва яйцепроводовъ, немедленное чревосѣченіе.

10) Съ профилактическою цѣлью изслѣдованіе половыхъ органовъ новорожденныхъ.

Б. Полонскій.

152. Казиміръ Краковъ. *Przypadek ostrej wzerzaczki w rologu.* (Gazeta lekarska, № 24, 1894). Случай острой гонорреи во время родовъ.

19-го ноября 1893 г., поступила въ гинекологическое отдѣленіе д-ра *Neugebauer'a*, 23 лѣтняя, 9-го ноября родившая съ помощью щипцовъ, больная. Менструировала съ 16-го года жизни всегда правильно. Вся родня больной здоровая. Послѣдніе регулы были въ началѣ февраля 1893. Во второй половинѣ беременности больная замѣтила обильное выдѣленіе изъ рукава желтоватаго, ѣдкаго гноя. Мочеиспусканіе сопровождалось рѣзью и жженіемъ. 8-го ноября, въ 10 час. утра, отошли воды; подлежащая головка, не смотря на энергическія сокращенія матки, не подвигалась впередъ. Приглашенный врачъ, въ 2 часа ночи, окончилъ роды съ помощью щипцовъ. Вечеромъ того же дня температура поднялась до 39°, вкizu живота появились сильныя боли. Назначены были холодныя компрессы на животъ, 8 пиявокъ на нижнюю область живота, внутрь хининъ. Ежедневныя промыванія полости матки растворомъ сулемы и тампонированіе рукава іодоформной марлей. Состояніе больной прогрессивно ухудшалось. Выдѣленіе изъ рукава, хотя обильное, но не зловонное. По утрамъ температура 38°, вечеромъ до 39°. 10-го ноября появились рѣзкіе боли и опухоль около праваго запястья, почему больная была отправлена въ отдѣленіе д-ра *Neugebauer'a*. У новорожденнаго констатировано *ophthalmoblenorrhoea*, *periphigus bullosus* почти по всему тѣлу и гноящійся пупокъ. Сама больная плохо унитана, пульсъ 120, слабый, животъ вздутый, окраска кожи желтоватая. Кожа всего живота, внутренняя поверхность бедеръ, ягодицы покрыты *periphigus bullosus*. Кромѣ того, всѣ мѣста пиявочныхъ укусовъ выдѣляютъ гной, кругомъ ихъ значительныя кровоподтеки. Значительная опухоль и болѣзненность праваго запястья. Внутренніе половые органы больной въ состояніи *subinvolutionis*, дно матки почти въ уровень съ пупкомъ, зѣвъ широко раскрытъ, остатковъ послѣда въ полости не найдено. Изъ матки въ обилии выдѣляется серозная, очень зловонная, сѣраго цвѣта жидкость. Вся площадь незащитаго разрыва промежности покрыта зеленовато сѣрымъ налетомъ. *Diagnosis: endometritis septica puerperalis.* Сифилисъ исключенъ. Имѣя въ виду существованіе *periphigus bullosus* у матери и ребенка, *ophthalmo-bleunorrhoeam* и *ompholorrhoeam purulentam*, и предполагается зараженіе трипперомъ. Теченіе болѣзни было весьма тяжелое, больная лежала въ отдѣленіи 5 недѣль.

Вслѣдъ за прибытіемъ больной примѣнено было энергичное

мѣстное лѣчение, заключающееся въ ежедневномъ двукратномъ прополаскиваніи полости матки растворомъ сулемы 1:4000, внутрь салоль, хининъ, laxantia salina и тонические. Въ теченіи 5 дней температура держалась приблизительно между 38—39°. 24 ноября надъ правымъ запястьемъ ясное зыбленіе. Нарывъ вскрытъ и опорожненъ, въ тотъ же день температура упала до 37,8°, а вечеромъ 38,6°. Спустя 3 дня въ области лѣваго ключично-грудиннаго сочлененія тоже образовалось зыбленіе, нарывъ вскрытъ. Въ теченіи слѣдующихъ дней температура постепенно понижалась и на 4-й день дошла до 36,8°. Явились боли въ мочеиспускательномъ каналѣ. Выведенная катетеромъ моча мутна и съ примѣсью гноя. Распознано cystitis et urethritis purulenta. Ежедневные прополаскиванія пузыря растворомъ борной кислоты 1:500 въ теченіи 3-хъ недѣль, пока больная сама, безъ боли, могла испускать мочу. 1 декабря температура снова поднялась до 38,4°. Образование новаго нарыва на тыльной поверхности лѣвой кисти между 1-мъ и 2-мъ пальцами. Нарывъ вскрытъ. 5 декабря еще нарывъ на задней поверхности лѣваго плеча. Послѣ его вскрытія, новыхъ болѣе не появлялось и больная, хотя медленно, но видимо стала поправляться и 26 января была выписана. Больная находится и по настоящее время подъ наблюденіемъ автора. Найденные подъ микроскопомъ въ выдѣленіяхъ изъ полового канала гонококки и въ гноѣ изъ нарывовъ стрептококки, подтвердили діагнозъ гонорреи и гнилокровія.

Въ заключеніе авторъ упоминаетъ о вполне тождественномъ случаѣ *Leopold'a*, въ которомъ роженица, ни разу не бывъ изслѣдованною и родившая благополучно безъ какого бы то ни было оперативнаго вмѣшательства, заболѣла септицеміей, этиологическимъ моментомъ которой служило существующее страданіе трипперомъ.

Leopold, съ мнѣніемъ котораго соглашается *К. Краковъ* и другіе авторы, объясняетъ явленіе это тѣмъ, что слизистая оболочка полового канала, въ высокой степени раздраженная гонококками теряетъ свою способность противодѣйствовать внедрѣнію въ нее гниlostныхъ началъ, постоянно и при всякихъ условіяхъ находящихся въ рукавѣ. Въ описываемомъ случаѣ особаго вниманія заслуживаетъ осложненіе synovitis gonorrhoeica multiplex.

Б. Полонскій.

153. М. Лебенсбаумъ. Przypadek tezcařpologowego. (Medycyna, № 16, 94). Случай столбняка въ послѣродовомъ періодѣ.

Проживающая въ Варшавѣ, 23 лѣтняя замужняя женщина, не отличавшаяся крѣпкимъ здоровьемъ, но никогда не перено-

сившая никакихъ тяжкихъ болѣзней до замужества, вышла замужъ на 17 году жизни. Годъ спустя родила и хворала послѣ-родовой горячкой. 18 мѣсяцевъ спустя родила вторично и болѣла полъ года (септический параметритъ). 2 года назадъ родила третій разъ. Вслѣдствіе сильнаго кровотеченія послѣдъ былъ удаленъ искусственно, послѣродовой періодъ былъ нормальный. Послѣдніе роды 9 марта текущаго года. Первые два дня больная чувствовала себя хорошо. На третій день появилась лихорадка, жалобы на удушье, кашель и колотье въ плечахъ и бокахъ. Приглашенный врачъ констатировалъ волокнинное воспаленіе лѣваго легкаго. Два дня спустя появились зловонныя выдѣленія изъ рукава, до появленія котораго бабка ежедневно прополаскивала рукавъ карболовымъ растворомъ. На 10 день наступилъ кризисъ, явленія со стороны легкихъ исчезли, лихорадка тоже. Съ 22 марта больная чувствовала себя не дурно, перешла съ кровати на диванъ, хотя и покашливала еще. 24-го числа появились боли въ затылкѣ, ощущеніе какой то неловкости и затрудненій при раскрываніи рта. Ни тошноты, ни рвоты не было. На слѣдующій день, авторъ, приглашенный къ больной и увидѣвъ ее впервые, нашелъ слѣдующее: t^0 37,2 0 , П. 96, правильный. Челюсти крѣпко сжаты, губы, ротъ растянутъ въ ширину, складки на лицѣ отчетливо очерчены, жевательные мышцы тверды, при прикосновеніи болѣзненны (*trismus*). Голова закинута назадъ, затылочные мышцы напряжены, при малѣйшихъ движеніяхъ головою болѣзненны. Глотаніе не затруднено. Дыханіе не совѣмъ свободно, поздри расширены. Подвижность всѣхъ конечностей ограничена. Животъ при прикосновеніи не болѣзненъ. При двойномъ изслѣдованіи матка оказалась увеличенною, мягкой консистенціи, своды свободными. *Lochia* водянисты, скудны и зловонны. Въ мочѣ ни сахара, ни бѣлка нѣтъ. Осязаніе у больной нормальное. Сквозъ сжатые зубы больная едва въ состояніи передать жалобы на сильные боли въ затылкѣ и темени. Приглашенные на консультацію врачи подтвердили діагнозъ автора: столбнякъ въ послѣ-родовомъ періодѣ.

Лѣченіе состояло въ назначеніи абсолютнаго покоя, большихъ приѣмовъ хлорала, впослѣдствіи съ морфіемъ *per rectum*. Состояніе больной ухудшалось съ часу на часъ. Въ 5-мъ часу пополудни явленія *trismus* и *tetanus* усилились, на лицѣ появился характерный *visus sardonicus*. Легкая напряженность мышцъ всѣхъ конечностей, t^0 37,8 0 П. 100. Сознаніе вполне ясное. Въ 9-мъ часу вечера проливной потъ, t^0 40 0 . П. нитевидный.

Пѣна у рта, невозможность глотать, синюха лица. Больная издаетъ безсвязные звуки, сильное удушье. Мышцы конечностей напряжены, покровы живота тверды. Вслѣдствіе сдѣланной попытки изслѣдовать больную, впервые появились общія судороги.

Дыханіе крайне затруднено, необычайная синюха. Сознаніе возвращалось только съ окончаніемъ припадковъ, число которыхъ достигло до 30. Смерть наступила 27 часовъ спустя послѣ первыхъ явленій столбняка. Столь быстрое, молніеобразное теченіе болѣзни, по мнѣнію автора, приходится рѣдко встрѣчать, какъ и необычайно позднее появленіе болѣзни послѣ родовъ (на 15 день). Причину заболѣванія въ описываемомъ случаѣ авторъ объясняетъ проникновеніемъ въ организмъ черезъ половые пути заразительныхъ началъ столбняка.

Б. Полонскій.

154. Александръ Яворовскій. Полное выпаденіе матки и рукава. Надвлагалищная ампутація маточной шейки. Заднее и переднее искусственное зарощеніе рукава. (Medycyna, № 23, 94).

Авторъ демонстрировалъ больную до и послѣ совершенія операціи у нея въ Любелскомъ Обществѣ врачей ради рѣдко встрѣчающихся необычайной величины и объема выпавшихъ частей. 30 лѣтняя, незамужняя, никогда не рожавшая женщина, занимается тяжелымъ физическимъ трудомъ, которому и приписываетъ свое настоящее страданіе. Продолжительность болѣзни 5 лѣтъ. Менструировала съ 16-го года жизни всегда правильно. Полъ года тому назадъ появились постоянные кровопотери изъ изъязвленныхъ мѣстъ выпавшихъ рукава и наружной поверхности влагалищной части. Въ теченіи этихъ пяти лѣтъ лѣченіе разными кольцами и пессаріями не привело ни къ какому результату. Во всѣхъ размѣрахъ матка колоссально увеличена, образуетъ съ гипертрофированными стѣнками рукава громадную выпячивающуюся изъ половой щели опухоль, достигающую до нижней трети бедеръ. Длина матки 23 сант. Объемъ 41 сант. Вся влагалищная часть, верхній, или въ данномъ положеніи нижній отдѣлъ рукава, прилежающій къ влагалищной части, покрытъ обширными, постоянно и легко кровоточащими изъязвленіями. Вся остальная слизистая суха, кожеобразна. Авторъ рѣшилъ предварительно ограничиться лишь ампутаціей маточной шейки, послѣ заживленія всѣхъ изъязвленій на поверхности матки. Отъ примѣненія ваннъ, ихтіола, піоктаннина, іодоформа въ теченіи 5 мѣсяцевъ, объемъ матки уменьшился до 28 сантим. и всѣ изъязвленія зарубцевались. Матка, хотя съ трудомъ, но была

вправлена, послѣ чего больная съ недѣлю лихорадила при явленіяхъ мѣстнаго травматическаго перитонита. Образовавшееся значительное рубцовое суженіе маточнаго зѣва авторъ устранилъ крестообразнымъ разрѣзомъ и послѣдовательно съ помощью расширителя *Ellinger'a* выполнялъ всю полость и шейку матки іодоформной марлей. Съ цѣлью дальнѣйшаго достиженія уменьшенія объема матки (длина 15 сантим.), была примѣнена гальванизация, послѣ чего четверо сутокъ спустя явились отсутствовавшіе около 1½ года мѣсячныя, продолжавшіеся 5 сутокъ. Увеличенная матка съ трудомъ прощупывается черезъ покровы живота. 22 дня спустя явились вторыя мѣсячныя, тоже нѣсколько дней спустя послѣ гальванизации. Послѣ 10 сеансовъ длинникъ матки укоротился до 10 сантим. Выдѣленіе изъ матки прекратилось совершенно. Въ виду постоянного стремленія матки къ смѣщенію внизъ, послѣ окончанія 3 по счету мѣсячныхъ, авторомъ была совершена надвлагалищная ампутація шейки. Ампутированный кусокъ былъ 5 сантим. длинны. Швы сняты 12 дней спустя, *prima intentio*. Съ тою же цѣлью ради устраненія выпаденія стѣнокъ рукава 2 мѣсяца спустя была совершена *colporaphia anter. et posterior*, послѣ чего наступило полное выздоровленіе. Матка 6 сантим. длины, положеніе ея совершенно нормальное. *Б. Полонскій.*

155. Д-ръ Ф. Рапчевскій. Къ симптоматологіи эclamптическихъ родовыхъ судорогъ. (*Gazeta lekarska*, № 39, 1894).

Женщина 20 лѣтъ, 3 года замужемъ, пользовавшаяся прекраснымъ здоровьемъ, изъ здоровой семьи. Съ 15 года жизни менструируетъ правильно черезъ 4 недѣли 4—5 дней. Полтора года тому назадъ родила въ срокъ благополучно; беременность протекала безъ всякаго уклоненія отъ нормы. Въ настоящее время беременна на 7 мѣсяцѣ. 14/1 94 г., больная обратилась къ автору по поводу ощущаемой необычайной слабости въ нижнихъ конечностяхъ. Констатированъ лишь ничтожный отекъ ногъ, въ мочѣ бѣлка не оказалось. Нигдѣ, ни въ какихъ органахъ ничего особеннаго найдено не было. Ночью 25/1 внезапно появилась рвота, очень сильная боль въ затылкѣ и темени, во время рвоты непроизвольное мочеиспусканіе. Въ теченіи сутокъ рвало разъ 30. Въ концѣ сутокъ 25/1 больная начала жаловаться на ослабленіе зрѣнія, на слѣдующій же день перешедшее въ *полную слѣпоту*, причемъ одновременно появился отекъ лица. Къ больной (проживающей во деревнѣ) авторъ прибылъ вечеромъ, въ 8 часовъ 26/1. До его прибытія у больной было два припадка судорогъ.

т°. 37,6°. П. 70. Сознаніе ясное, окружающих и автора узнаетъ только по голосу, такъ какъ *ничего не видитъ*, хотя ощущеніе свѣта сохранилось, но предметовъ различать не можетъ. Чрезвычайно сильная головная боль. Въ сердцѣ и легкихъ никакихъ аномалій, на лицѣ легкій отекъ, зрачки расширены, на ногахъ отековъ нѣтъ. Объемъ и высота матки соответствуютъ 7-му мѣсяцу беременности. Съ цѣлью введенія подѣ кожу морфія, отъ укола иглою *Pravaz* появились судороги, олицетворяющіе картину *eslampsiae*, продолжавшіяся до 3-хъ минутъ, затѣмъ послѣдовала спячка, длившаяся около часа, изъ которой больная очнувшись, не приходя однако въ полное сознаніе, чувствовала себя лучше. Головная боль и тошнота исчезли, *видитъ окружающих и отчетливо различаетъ предметы*. Въ 11^{3/4} часовъ вмѣстѣ съ появленіемъ сильной головной боли, тошноты, наступила снова *полная слѣпота*, 10 минутъ спустя эclamптический припадокъ, снова полусознаніе, общее улучшеніе и возвратъ зрѣнія. 2 часа спустя снова полное повтореніе описаннаго. Послѣ пріемовъ большихъ дозъ хлорала, припадки прекратились. На слѣдующій день больная чувствовала себя несравненно лучше. Моча содержитъ 1^{1/2}‰ бѣлка. Больная прогрессивно поправляясь, могла предаваться своимъ обычнымъ занятіямъ, но внезапно, 15/II вечеромъ, безъ всякихъ предвѣстниковъ, упала въ обморокъ, перешедшій въ сонъ въ теченіи всей ночи. На другой день рвота, головная боль, бурное безпокойство, отекъ лица и вѣкъ, полная *слѣпота*, безъ судорогъ, послѣ чего, постепенно успокоившись, послѣ 2-хъ часоваго сна, вернулось и зрѣніе. 17 февраля родилась, живая, хотя слабая, недоношенная дѣвочка. Послѣродовой періодъ безукоризненный, родильница выздоровѣла окончательно. Описанный случай, въ общихъ чертахъ не разнящійся отъ общеизвѣстныхъ явленій эclamпсіи, заслужилъ вниманія автора тѣмъ, что каждому отдѣльному припадку судорогъ предшествовали извѣстныя, правильно повторяющіяся явленія. Просматривая литературу, авторъ пришелъ къ убѣжденію, что симптоматологія эclamптическихъ судорогъ всюду трактуется вообще крайне поверхностно. Одинъ только *Olshausen*, описывая подобный наблюдавшемуся авторомъ случай, упоминаетъ, что подобныя явленія, какъ слѣпота съ послѣдовательными судорогами, наблюдаются крайне рѣдко, такъ напр., на 200 случаевъ заболѣваній эclamпсіей, всего одинъ разъ. Отеки ногъ авторъ ставитъ въ прямую зависимость отъ беременности. Отеки лица одинъ только *Olshausen* (другіе же авторы или вовсе не упоминаютъ объ этомъ явленіи, или только вскользь) видѣлъ у сорока

изъ двухсотъ заболѣваній. Причиною сихъ послѣднихъ *Leyden* считаетъ острое жировое перерожденіе почечнаго эпителія, не входя въ дальнѣйшія поясненія о происхожденіи сего перерожденія.

Б. Полонскій.

156. Брониславъ Савицкій. Случай разрыва промежности у новорожденной дѣвочки. (Gazeta lekarska, № 32, 1894).

Насколько часто упомянутое увѣще случается у женщинъ во время родовъ, настолько рѣдко приходится его наблюдать у новорожденныхъ, такъ что даже въ пространныхъ руководствахъ педиатрической хирургіи, (напр. *Die chirurgische Erkrankungen des Kindesalters, Schönborn Demme etc.* 1887., *die chirurg. Krankheiten des Kindesalters, Karewski*, 1894) объ немъ вовсе не упоминается. 31-го октября 1893 г., автору представился случай лѣчить 4 недѣльную дѣвочку, страдавшую недержаніемъ мочи и кала. Мать больного ребенка, 42 лѣтняя здоровая женщина, рожала всегда въ срокъ благополучно 9 разъ, 8 предъидущихъ головкою, послѣдній ягодицами. Въ послѣднихъ родахъ акушерка опредѣлила черепное положеніе, но плодъ родился въ ягодичномъ. При осмотрѣ родившейся дѣвочки, оказалось что у нея промежность разорвана, но вслѣдствіе увѣренія этой же акушерки, что, „это само собою заростетъ и заживетъ“, ничего противъ этого не было предпринято. Безпрерывное выдѣленіе мочи и кала, вызвавшее экзематозное воспаленіе кожи кругомъ разрыва, заставило родителей обратиться къ врачебной помощи. При осмотрѣ больного ребенка, авторъ нашелъ всю площадь разорванной промежности уже зарубцевавшеюся.

Introitus очень широкъ, передняя стѣнка рукава во время крика ребенка значительно выпячивается. *Septum recto—vaginale* очень тонка. Въ прямой кишкѣ *sphincter recti ext.* и за нимъ значительная часть передней стѣнки кишки разорваны. Во время крика ребенка образуется родъ выпаденія прямой кишки, изъ которой постоянно вытекаетъ жидкій желтый калъ. Изъ устья мочевого канала каждые 2—3 минуты выдѣляется по немногу моча. Всѣ видимыя слизистыя оболочки лишены эпителія и кожа наружныхъ половыхъ частей, ягодицъ и бедеръ поражены экземой. 3 недѣли спустя, послѣ устраненія экземы и явленій раздраженія, авторъ произвелъ операцію по способу *Lawson-Tait'a*, единственно въ данномъ случаѣ примѣнимому, вслѣдствіе крайне ограниченного операціоннаго поля. *Sphincter recti* сросся совершенно новообразовавшаяся промежность возстановилась не вполне, тѣмъ

не менѣ естественная функція прямой кишки и пузыря возстановились. Широкий входъ въ рукавъ вслѣдствіе разошедшагося въ этомъ мѣстѣ шва и отсутствія hymenis, представлялись единственными неустраненными анатомическими аномаліями.

Этіологическую причину подобнаго рода увѣчій у новорожденныхъ авторъ видитъ въ неосторожныхъ и грубыхъ манипуляціяхъ врачей и акушеровъ, ошибочно принимающихъ половые части и anus плода при ягодичномъ положеніи за не вполне открытый маточный зѣвъ, стараясь оный упомянутыми манипуляціями насильственно расширить, наносятъ младенцу столь тяжкое поврежденіе. Въ заключеніе авторъ описываетъ одинъ случай изъ практики одного молодого французскаго акушера, вполне иллюстрирующій и подтверждающій мнѣніе автора относительно этиологіи даннаго увѣчья.

Б. Полонскій.

157. А. Пулавскій. Къ лѣченію отековъ кожи у страдающихъ блѣдною немочью. (Gazeta lekarska, № 24, 1894).

Учительница, дѣвица 21 года, нѣсколько лѣтъ уже страдаетъ блѣдною немочью въ высокой степени. Наружные покровы, въ особенности всѣ видимыя слизистыя оболочки необычайно блѣдны восковаго цвѣта, отечны, общій видъ больной одутловато ожирѣлый. Регулы отсутствовали вовсе, аппетитъ крайне плохъ, отвращеніе къ мясу, тошнота и запоры. Постоянная одышка, звонъ и шумъ въ ушахъ, головокруженія, склонность къ обморокамъ. Кожа нижней лѣвой конечности особенно отечна, блестящая, напряженная, болѣзненная при прикосновеніяхъ. Выпотовъ въ полостяхъ опредѣлить невозможно. t. 36°. Пульсъ около ста, очень мягкій. Всякое физическое движеніе, какъ и нравственное возбужденіе утомляютъ больную и доводятъ почти до обмороковъ. Легкія нормальны. Поперечникъ сердца слегка удлинненъ. У верхушки систолическій шумъ, въ шейныхъ венахъ громкое гуденіе. Сквозь сильно ожирѣвшіе, отечные покровы живота невозможно прощупать ни печени, ни селезенки. Въ мочѣ бѣлка не оказалось и слѣдовъ. Въ испражненіяхъ никакихъ яищъ чужеродныхъ не найдено. Красные шарики блѣдны, всѣ одинаковой, нормальной величины, но слабо укладывающіеся въ монетные свертки.

Количественное отношеніе бѣлыхъ къ краснымъ шарикамъ не нарушено.

Больная никогда серьезно не лѣчилась, но проживая постоянно въ деревнѣ, по увѣренію окружающихъ, пользовалась larga manu холодными купаніями, свѣжимъ воздухомъ и усиленными, для нея крайне утомительными физическими движеніями и упражненіями.

Авторъ высказываетъ убѣжденіе, что не взирая на отсутствіе какихъ либо рѣзкихъ отклоненій отъ нормы морфологическаго состава крови у больной (ни количество гемоглобина, ни удѣльный вѣсъ опредѣлены не были), не подлежало ни малѣйшему сомнѣнію, что она страдала эксквизитною, тяжкою формою chlorosis, чему служили доказательствомъ переходящіе отеки въ обширныхъ размѣрахъ (oedema fugax). Совершенное отсутствіе бѣлка въ мочѣ, дальнѣйшій ходъ болѣзни, окончившейся полнымъ выздоровленіемъ, отрицаютъ всякое предположеніе существованія Bright'овой болѣзни, или какого бы то нибыло стойкаго органическаго страданія сердца, за исключеніемъ ослабленія мышцы сердца (insufficiencia muscularis cordis), возникающаго, какъ извѣстно, вслѣдствіе чрезмѣрныхъ физическихъ усилій у людей къ тому расположенныхъ (Uberanstrengung des Herzens). Случай этотъ имѣлъ всѣ характерныя черты блѣдной немочи сердечнаго типа (chlorosis cardiaca), прекрасно описаннаго въ статьѣ *Глюзинскаго*. (O bledniey i jej leceniu. Przegląd lekarski, 1892).

Переходя къ описанію лѣченія, авторъ предпосылаетъ замѣчаніе, что на сколько слабыя формы этой болѣзни легко поддаются несложному лѣченію, настолько тяжкія упорны и трудно преодолимы. Не говоря уже о діагностическихъ трудностяхъ, часто напр., вслѣдствіе дѣйствительной или внушенной неусвояемости желѣзныхъ препаратовъ, застарѣлыхъ неправильностей пищеваренія, ложнаго убѣжденія больныхъ въ необходимости усиленнаго движенія, и многихъ другихъ причинъ, служатъ поводомъ укорененію болѣзни и доведенію ея до отчаяннаго состоянія, что и произошло въ описываемомъ случаѣ автора.

Лѣченіе состояло въ примѣненіи способа *Weir-Mitchel'*а. Абсолютный физическій и нравственный покой, полная изоляція, частые приемы молока въ малыхъ количествахъ, доведенные впослѣдствіи до большихъ, одновременное назначеніе Liq. ferri albuminati. Съ появленіемъ аппетита къ разнородной пищѣ, больная безъ вреда для пищеваренія могла ѣсть все безъ различія. Затѣмъ, ей были назначены пилюли *Blaud Niemeyer'*а съ мышьякомъ. Ежедневный массажъ всего тѣла. 6 недѣль спустя больная встала съ кровати совершенно поправившеюся. Въ заключеніе авторъ заявляетъ, что описанный случай болѣзни и его лѣченіе, вовсе не представляясь чѣмъ нибудь новымъ, заслужили его вниманіе лишь тѣмъ, что послужили примѣромъ, подтверждающимъ успѣшность лѣченія *Niemeyer'*а, *Weir-Mitchel'*а, *Gluzinski'*аго и *Dunin'*а.

Б. Полонскій.

158. Д-ръ Яковъ Розенталь. *Przypadek utworzenia sie kamienia w jamie pecherzowo-pochwowej po zupełnem zaszcyciu przewodn. pochwowego. (Colpoplekisis).* (Gazeta lekarska, № 12, 1894). Случай образованія камня въ пузырно-влагалищной полости послѣ совершенія операціи полной облитераціи рукава.

У 42 лѣтней, крайне истощенной, больной, 20 лѣтъ тому назадъ одинъ разъ рожавшей, образовался вслѣдствіе родовъ пузырно-влагалищный свищъ. Неоднократно совершенныя операціи по этому поводу не доставили больной облегченія, пока, 5 лѣтъ тому назадъ, она не согласилась на операцію искусственнаго закрытія влагалища (colpoplekisis). Полтора года тому назадъ больная стала ощущать боли внизу живота, усилившіяся въ послѣднее время до нестерпимости, кромѣ того появилось непроизвольное выдѣленіе мочи. При изслѣдованіи, половая щель воспалена, покрыта зловоннымъ гноемъ. Въ закрывающей входъ въ рукавъ искусственной перепонкѣ, находятся спереди и сзади по одному сквозному отверстию, свободно пропускающихъ катетеръ, которымъ прощупывается у задней стѣнки рукава твердое неподатливое тѣло, при толчкахъ въ которое, катетеръ издаетъ металлическій звукъ.

Съ цѣлью облегченія доступа къ камню, на введенномъ въ одно отверстіе и выведенномъ въ другое, катетерѣ, выпяченная перепонка была разъединена тупымъ способомъ, т. е. пальцемъ, послѣ чего удалось ощупать камень значительной величины. Удаленіе его *ex situ* сопровождалось нѣкоторыми затрудненіями, причемъ добрая его половина раздробилась отъ давленія окончатными щипцами. Извлеченная половина камня вѣсила 25 граммъ. Передней стѣнки влагалища вовсе на лицо не оказалось. О дальнѣйшей судьбѣ больной ничего неизвѣстно, такъ какъ она нѣсколько дней спустя послѣ извлеченія камня, была выписана изъ больницы.

Затѣмъ авторъ, упоминаетъ о нѣсколькихъ, подобныхъ описанному, случаяхъ другихъ авторовъ, при чемъ высказывается вообще противъ операціи *colpoplekisis*, находя несравненно ея цѣлесообразнее, предложенную въ 1877 году *Rose* операцію „*Obliteration vulvae rectalis*“, т. е., полное закрытіе половой щели вслѣдъ за искусственнымъ образованіемъ кишечно-влагалищнаго свища.

Б. Полонскій.

Редакторы: { Д. Оттъ.
Л. Личкусь.

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

1) *С. Павскій*. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи перегибовъ матки
кзади (ventro—fixatio uteri). Томскъ, 1894.

2) *Труды* Перваго Съѣзда Кавказскихъ врачей. Холерная эпидемія 1892 г.
на Кавказѣ, т. III. Тифлисъ, 1894 г.

3) Проф. *Р. Кобертъ*. Желѣзо въ діететическомъ отношеніи. (Переводъ
статьи, помѣщенной въ журналъ „Deutsche medicinische Wochenschrift“, 1894 г.,
№№ 28 и 29, д-ра мед. *А. И. Гринфельда*).

4) *А. Pinard*. De l'agrandissement momentané du bassin. Paris. 1894.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1895 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ отдѣлѣ наукъ: ученые изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованныя факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ отдѣлѣ критики и библіографіи: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертациі, представляемая въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и за границей книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія, библіографическія отзывы и замѣтки.

III. Университетская лѣтопись: извлеченіе изъ протоколовъ засѣданій Совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учреждений при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія, распредѣленія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. Приложенія: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературные съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнаруженные.

Ученыя Записки выходятъ періодически шесть разъ въ годъ, книжками въ размѣрѣ не менѣе 15 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 руб. Отдѣльныя книжки можно получать въ редакціи по 1 руб. 50 коп. Подписка принимается въ Правленіи университета.

1—(3)

Редакторъ *Θ. Мищенко.*