

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

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

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

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

ТОМЪ VIII.

Іюль и Августъ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ,

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1894, № 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

ИЗЪ КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ
ПРОФ. К. Ф. СЛАВЯНСКАГО.

Къ патологической анатоміи первичныхъ злокачественныхъ новообразованій тазовой клѣтчатки и объ измѣненіяхъ вызываемыхъ ими въ маткѣ и придаткахъ ея.

А. Ф. Брандта.

Новообразованія, встрѣчающіяся въ клѣтчаткѣ широкихъ связокъ, въ общемъ могутъ быть подраздѣлены на двѣ группы. Къ наиболее частымъ новообразованіямъ—первая группа—относятся:

а) новообразованія, ведущія свое начало изъ лежащаго между листками широкой связки—*parovarium* и остатковъ *Wolff*ова тѣла помѣщающихся, какъ извѣстно, между *parovarium* и маткою. Новообразованія подобнаго типа представляютъ собою болѣе или менѣе значительной величины кисты, одиночныя или множественныя, разнообразной величины и консистенціи;

б) кисты и новообразованія яичниковъ, вступающія между пластинками широкихъ связокъ;

с) новообразованія, имѣющія своимъ началомъ матку или мышечные элементы ея придатковъ;

d) опухоли круглыхъ связокъ.

Къ этой же группѣ могутъ быть отнесены:

е) дермоидныя кисты, описанныя *Saenger*'омъ въ его статьѣ «Ueber Dermoidcysten des Beckenbindegewebes et c.» (Archiv. f. Gynäk., Bd. 37, 1896), а также хотя и не новообразованія въ тѣсномъ смыслѣ—эхинококки полости малаго таза (*Freund*, Gyn. Klinik.: «Die Echinok. Krankh. im weibl. Becken», 1885, pag. 299).

Къ второй группѣ новообразованій нужно отнести лишь тѣ опухоли, которыя непосредственно исходятъ изъ соединительной ткани рыхлой клѣтчатки широкихъ связокъ, ограничиваясь лишь мѣстомъ ея распространенія.

Хотя казуистика опухолей широкихъ связокъ очень велика, тѣмъ не менѣ встрѣчается очень мало случаевъ, гдѣ бы было опредѣлено мѣсто развитія опухоли—клѣтчатка ли широкой связки, или брюшинный покровъ ея. *I. Pozzi* (Lehrb. d. klin. u. operat. Gynäk. Deutsche Ausgabe, 1892, pag. 835) сообщены случаи *Tedenat*, удалившаго громадную кисто-міому правой широкой связки, и *Terrilon*'а,—удалившаго громадную субсерозную липому широкой связки, начавшейся однако въ брызжейкѣ. *Hofmeier* (Schroeder's Handbuch. d. Frauenkrankheiten, bearbeitet v. *Hofmeier*, pag 581) вкратцѣ упоминаетъ объ одномъ случаѣ односторонней фиброміомы широкой связки, развившейся изъ клѣтчатки широкой связки. Подобная же, но двухсторонняя, фиброміома клѣтчатки широкой связки обстоятельно изложена *Uerow*'омъ (Ein Fall, v. doppelseitigem Fibromyom d. Beckenbindegewebes. Centralb. f. Gynäk. № 48, 1892, pag. 942—944). Вотъ и всѣ литературныя данныя, касающіяся доброкачественныхъ опухолей клѣтчатки широкихъ связокъ; что же касается до первичныхъ злокачественныхъ опухолей клѣтчатки широкихъ связокъ, то они являются, повидимому, величайшею рѣдкостью, и въ доступной литературѣ мы не могли найти сколько нибудь подходящаго случая. Нѣкоторые, какъ *Pozzi* (loc. pag. 835) считаютъ даже злокачественныя новообразованія широкихъ связокъ за результатъ распространенія ихъ съ брюшины, яичниковъ, матки въ полость широкихъ связокъ, отрицая

возможность первичнаго возникновенія подобныхъ опухолей изъ той или другой части широкой связки.

Въ виду недостаточности свѣдѣній по поводу такого сорта опухолей, важныхъ, какъ въ патолого-анатомическомъ, такъ и клиническомъ отношеніяхъ, считаемъ нелишнимъ пополнить этотъ пробѣлъ описаніемъ подходящаго случая, находившагося подъ нашимъ наблюденіемъ втеченіи одного мѣсяца.

9 марта 1892 г., въ клинику поступила дочь губернскаго секретаря дѣвица Раиса В—ва, 28 лѣтъ. Изъ распросовъ при поступленіи оказывается, что больная родомъ изъ Новгородской губерніи, половую жизнь не жила. Первые регулы пришли на 14 году и продолжались по 2—3 дня черезъ каждыя 3 недѣли. Регулы приходили всегда правильно, безъ боли, но въ очень небольшомъ количествѣ. До 25 года ничѣмъ особеннымъ не болѣла. Поступивъ въ январѣ 1890 г. учительницею въ школу, начала чувствовать боль въ лѣвомъ боку, въ области между 6—8 ребрами. Боли выражались сильными колотьями и по временамъ проходили, но затѣмъ снова возвращались. Назначенные врачомъ въ Новгородѣ какія то капли и горчишники быстро прекратили всѣ болѣзненные явленія въ груди. Въ мартѣ 1890 г. у В—ой сразу появилась сильная боль внизу живота. Боль была настолько сильна, что ночью пришлось обратиться къ врачебной помощи. Консультированный врачъ опредѣлилъ воспаленіе кишекъ и черезъ три дня всѣ явленія послѣ соотвѣствующихъ лѣкарствъ и согрѣвающихъ компрессовъ исчезли совсѣмъ. Въ началѣ ноября 1891 г. ночью, когда начала раздѣваться, почувствовала какую то неловкость въ области крестцовой кости. Неловкость сопровождалась сильною болью. Черезъ двѣ недѣли къ этой боли присоединилась еще сильная стрѣляющая боль въ лѣвой ногѣ, начиная отъ тазоваго сочлененія вплоть до колѣна. Послѣ какихъ то втираній боль въ ногѣ какъ будто стала слабѣе, но функція ноги значительно нарушилась. Больная не могла свободно ступить на эту ногу, такъ какъ стопа какъ бы подвигивалась. Еще черезъ двѣ недѣли заболѣла и правая нога. Сначала въ ней появилась тяжесть, затѣмъ затрудненіе въ движеніи вслѣдствіе страшныхъ стрѣляющихъ болей по задне-боковой поверхности бедра и голени до пальцевъ. Теперь примѣненные втиранія нисколько не облегчали положеніе больной. Для уменьшенія болѣзненности въ ногѣ прибѣгла къ электричеству. Всѣхъ сеансовъ было сдѣлано 17, но безуспѣшно. Больной сдѣлалось хуже, такъ что ходить болѣе не могла и принуждена была лечь. Въ видахъ такого безпомощнаго состоянія В—ва была принята въ Новгородскій мѣстный лазаретъ. При поступленіи туда В—ва сверхъ всего сказаннаго начала чувствоватьеще тяжесть и стрѣляющія боли внизу живота, затрудненіе при мочеиспусканіи и дефекаціи. Животъ былъ всегда вздутъ и уже во время изслѣдованія въ госпиталѣ было констатировано присутствіе какой то опухоли внизу живота. Опухоль эта въ теченіи мѣсячнаго пребыванія въ госпиталѣ увеличивалась очень быстро. Отъ лежанія почти въ одномъ положеніи на задней поверхности лѣваго бедра образовался пролежень. Кромѣ того, когда была опредѣлена увеличивающаяся опухоль въ полости

живота, начали отекать и нѣмѣть пальцы обѣихъ ступней. Общее состояніе больной съ начала заболѣванія, т. е. съ ноября 1891 г. постепенно измѣнялось. Больная начала худѣть, появилась слабость, дошедшая при обозначавшейся опухоли живота до того, что для отправленія естественныхъ нуждъ, В—ву нужно было поднимать за плечи кверху. Такъ какъ отъ ваннъ, втираній и другихъ медицинскихъ пособій больной нисколько не было лучше, а напротивъ состояніе здоровья все ухудшалось, она была перевезена изъ Новгорода въ С.-Петербургъ и помѣщена въ клинику женскихъ болѣзней проф. *Славянского*.

При изслѣдованіи въ клиникѣ В—ва представляется особою небольшою роста, очень исхудалой. Лежитъ на лѣвомъ боку съ согнутою въ колѣнѣ правой ногою. Подкожный жирный слой почти отсутствуетъ, такъ что кожа морщиниста и легко собирается въ складки. Костная и мышечная системы развиты правильно. Ступни ногъ отечны. На лѣвомъ бедрѣ, и именно, на задней поверхности—пролежень около 7 сант. въ длину и 4 сант. въ ширину. Пролежень доходитъ почти до подкожной клѣтчатки. Изслѣдованіе дыхательнаго аппарата ничего ненормальнаго не представляетъ. Сердцебіеніе слабое; въ пульсовой волнѣ замѣчаются перебои. Температура нормальна. При пальпации живота надъ лобковымъ сочлененіемъ прощупывается разлитая опухоль нѣсколько болѣе кулака величиною, выступающая изъ полости малаго таза. Опухоль мало подвижна. При бимануальномъ изслѣдованіи нельзя опредѣлить съ точностью: исходить ли опухоль изъ тѣла матки или придатковъ, такъ какъ невозможно уловить пальцами очень высоко стоящую и какъ кажется, неизмѣненную влагалищную часть матки. Оба боковые свода не существуютъ и выполнены плотною неподвижною опухолью. Спереди и сзади обѣ боковыя опухоли сливаются, образуя какъ-бы кольцо вокругъ влагалищной части матки отодвигая одновременно послѣднюю вверхъ. Кромѣ того, только что описанная опухоль настолько сжуживаетъ влагалище, что палецъ съ трудомъ вводится въ рукавъ и едва достигаетъ, какъ уже сказано, влагалищной части матки. Изслѣдованіе *per rectum* показываетъ, что впереди *rectum* расположена плотная опухоль, выполняющая почти всю полость малаго таза и доходящая до стѣнокъ послѣдняго. Такъ какъ *rectum* сдавлено опухолью, то изслѣдованіе *per rectum* довольно болѣзненно. Катетеръ введенный въ *urethr*'у съ трудомъ проскальзываетъ въ мочевой пузырь и уходитъ куда-то очень далеко вверхъ. Изслѣдованіе нижнихъ конечностей не представляетъ по наружному виду ничего особеннаго, кромѣ отечности клѣтчатки ступней и болѣзненности при ощупываніи заднихъ поверхностей бедръ. Общее самочувствіе больной подавленное.

Вотъ всѣ данныя, которыя могли быть добыты съ большимъ трудомъ при изслѣдованіи больной.

Принимая во вниманіе такой быстрый ростъ опухоли, полную неподвижность послѣдней, наконецъ сопутствующее росту опухоли сильное исхуданіе съ полнымъ упадкомъ силъ, клиническій діагнозъ гласилъ такъ, что имѣемъ дѣло съ далекоушедшею впередъ въ своемъ развитіи злокачественною опу-

холью полости малаго таза. Если къ этому прибавить молодой возрастъ больной, поражаемый чаще саркомами, то рѣшено было считать опухоль за саркому. Понятно, нечего было и думать о возможности при помощи бимануальнаго изслѣдованія съ точностью опредѣлить органъ, изъ котораго развилась опухоль, въ видахъ сильно разлитаго характера ея и невозможности прощупать органы помѣщающіеся въ полости малаго таза.

Исходя изъ этихъ же самыхъ соображеній и принимая во вниманіе крайне плохое общее состояніе больной, пришлось отрѣшиться отъ мысли предпринять какое либо оперативное вмѣшательство, чтобы хотя *per coeliotomiam* попытаться удалить это новообразованіе. Поэтому дальнѣйшая медицинская помощь сводилась на лѣченіе симптоматическое.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни было слѣдующее: общая слабость и исхуданіе прогрессировали; по временамъ появлялись припадки, характеризующіеся потерю сознанія, выпячиваніемъ глазъ, ціанозомъ лица и хриплѣніемъ. Мочеиспусканіе и дефекація становились все болѣе и болѣе затруднительными, такъ что приходилось прибѣгать все время къ катетеризаціи пузыря и клизмамъ. Сообразно затрудненію въ отправленіи естественныхъ нуждъ, усиливался ростъ опухоли и наконецъ при полномъ упадкѣ силъ, безсознательномъ состояніи, наступила смерть 9 апрѣля, т. е. ровно черезъ мѣсяць послѣ поступленія въ клинику.

Приводимъ протоколъ вскрытія произведеннаго 11 апрѣля.

Трупъ представляется сильно исхудалымъ.

Мягкая мозговая оболочка блѣдна, отечна, легко отдѣляется отъ мозговыхъ полушарій.

Вещество мозга блѣдно, отечно.

Мускулатура сердца вялая, дряблая, цвѣтъ сердечной мышцы сѣроватый; клапаны сердца и эндокардій безъ измѣненій.

Оба легкія въ заднихъ своихъ отдѣлахъ въ состояніи гипостаза; при разрѣзѣ изъ мелкихъ бронхъ выступаетъ значительное количество слизисто-гноинной жидкости. Передніе отдѣлы малокровны. Оба легкія срошены крѣпкими перемычками съ грудною клеткою.

Въ желудочно-кишечномъ каналѣ ничего особеннаго.

Печень увеличена, по переднему краю закруглена; ткань ея сѣровато-бураго цвѣта.

Селезенка немного увеличена; мякоть ея дрябла, темновисневаго цвѣта. Обѣ почки увеличены; по снятіи капсулы, легко отдѣляющейся, какъ на наружной поверхности корковаго слоя, такъ и въ глубинѣ разрѣза его, а также въ пирамидахъ разсѣяны сѣроватаго цвѣта мелкія гнѣзда—гноиннички, величиною отъ маковаго до коноплянаго зерна. Само вещество почекъ весьма рыхло, сѣровато-грязнаго цвѣта; лоханки растянуты, сѣро-аспиднаго цвѣта и содержатъ мутную жидкость.

Полость малаго таза съ половыми органами *in situ* по вскрытіи брюшной полости представилась въ слѣдующемъ видѣ:

Брюшина, выстилающая Дугласовы пространства и покрывающая матку и мочевоу пузырь, совершенно безъ измѣненій и съ нормальнымъ блескомъ. Мочевоу пузырь передней своей стѣнкой срощенъ съ заднеу поверхностью лобковыхъ костей. Матка нормальная по объему плотно прилежитъ къ выпячивающейся вверхъ изъ полости малаго таза опухоли.

Фаллопиевы трубы тонки, брюшные концы ихъ совершенно свободны.

Яичники довольно плотны. Никакихъ слѣдовъ срощеній Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ не имѣется.

Широкія связки раздвинуты опухолью находящейся между пластинками ихъ.

Видимый отдѣлъ круглыхъ связокъ со стороны полости малаго таза представляются неизмѣненнымъ.

Уяснивъ себѣ топографію и видимыя измѣненія внутреннихъ половыхъ органовъ со стороны брюшной полости, послѣдніе были вынуты цѣликомъ вмѣстѣ съ опухолью и наружными половыми органами.

Переходимъ теперь къ болѣе подробному описанію препарата, хранящагося въ патолого-анатомическомъ музѣе клиники проф. К. Ф. Славникова.

Вокругъ всей нижней половины матки имѣется опухоль переходящая кпереди въ видѣ тонкой пластинки въ промежутокъ между маткою и пузыремъ, а сзади между маткою и прямоу кишкоу. Обойдя такимъ образомъ нижнюю периферію матки, опухоль задается въ обѣ стороны отъ матки между пластинками широкихъ связокъ, растягивая ихъ по направленію кпереди и кзади. Приближаясь къ внутреннимъ стѣнкамъ костей малаго таза, опухоль прилегаеть къ нимъ не переходя нигдѣ въ субстанцію костей, но за то по направленію кзади прорастаетъ *fasciam iliaca* по направленію *mm. ilio psoas*. Подходя къ этимъ мышцамъ, опухоль уже не можетъ быть отдѣлена отъ нихъ свободно, а напротивъ при отдѣленіи получается впечатлѣніе, что она какъ бы вростаетъ въ нихъ. Ограничиваясь сверху совершенно нормальноу брюшинною частью широкихъ связокъ, опухоль нисколько не соприкасается къ внутренней поверхности этой части, которая свободно можетъ быть захвачена съ обѣихъ сторонъ въ складку вмѣстѣ съ заключенными въ ней придатками (яичники, трубы, круглыя связки). Нельзя прослѣдить также никакого перехода опухоли на стѣнки матки или мочевоу пузыря.

Такимъ образомъ при разсматриваніи положенія опухоли въ полости малаго таза получается впечатлѣніе, что она избрала первоначально мѣстомъ своего развитія ту часть широкихъ связокъ, которая извѣстна подъ названіемъ *parametrium*. Такъ какъ *parametrium* состоитъ изъ рыхлой соединительной ткани съ сосудами, нервами, лимфатическими железами, жиромъ и распространяется въ свободномъ пространствѣ между брюшинною частью широкихъ связокъ, половыми органами и *mm. levatores ani*, то отсюда и понятно развитіе опухоли соотвѣтственно ходу клѣтчатки. Захвативъ всю клѣтчатку, опухоль, по направленію внизу, начала узурировать *diaphragmat pelvis*, такъ что нѣкоторые узлы опухоли проникли и въ *cavum ischio-rectale*. Распространяясь во всѣ стороны, опухоль сдавила также и мочегочники, прямоу кишку, вла-

галище, приподнявъ одновременно изъ полости малаго таза какъ матку съ придатками, такъ и мочевоу пузыря.

Сама опухоль состоитъ изъ узловъ, на разрѣзѣ блѣдносѣраго, мѣстами буроаго цвѣта. Поверхность разрѣзовъ представляется сочною, довольно легко соскабливающеюся ножемъ. Кое-гдѣ на поверхности разрѣзовъ встрѣчаются поперечно перерѣзанные большіе сосуды. Въ общемъ опухоль достигаетъ величины головы ребенка.

Влагалище, мочевоу пузырь и матка, разрѣзанные по передней поверхности, представились въ слѣдующемъ видѣ:

Влагалище довольно длинное (13 сант.) съ нѣскольکو утонченными стѣнками, удлиненіе рукава объясняется легко подтягиваніемъ его растущей опухолью вверхъ; слизистая оболочка рукава сѣраго цвѣта, разрыхлена слегка по поверхности; *columnae rugarum* сохранены.

Матка дѣвственнаа, 7,5 сант. длиною. Слизистая оболочка ея разрыхлена, сѣро-краснаго цвѣта. По мѣстамъ испещрена красными точками и полосками; полость матки выполнена мутноватымъ, тягучимъ содержимымъ.

Слизистая оболочка трубъ тоже слегка разрыхлена, сѣрокраснаго цвѣта, съ красными точками кое гдѣ; просвѣтъ трубъ пустъ.

Яичники при разрѣзѣ оказались довольно плотными. Наружная поверхность ихъ гладкая, кое-гдѣ съ вдавненіемъ въ видѣ небольшихъ рубчиковъ. Длина яичника до 3,5 сант., ширина 3 сант., толщина около $\frac{1}{2}$ сант. На довольно ровной поверхности разрѣза имѣются нѣскольکو очень мелкихъ полостей съ плотнымъ содержимымъ. Цвѣтъ поверхности разрѣза блѣдносѣрый.

Стѣнки мочеваго пузыря сильно утолщены и плотны; полость его очень объемиста; слизистая оболочка разрыхлена, сѣроаспиднаго цвѣта, по мѣстамъ покрыта гнѣздами омертвѣвшей ткани грязносѣраго цвѣта, снимающихся легко въ видѣ лоскутковъ различной величины. Особенно сильно омертвѣніе слизистой оболочки пузыря по направленію къ уретрѣ.

Наружные половые органы ничего особеннаго не представляютъ.

Микроскопическое изслѣдованіе какъ самой опухоли, такъ и половыхъ органовъ производилось слѣдующимъ образомъ: послѣ надлежащаго уплотненія вырѣзанныхъ кусочковъ (до 1 куб. сант.) сперва въ 70° спирту (3 сутокъ), а затѣмъ въ абсолютномъ (4 сутокъ), они клались постепенно въ различной густоты растворъ целлоидина. Срѣзы изъ оплотнѣвшихъ препаратовъ окрашивались растворомъ сафранина или же применялась двойная окраска гематоксилиномъ и эозиномъ. Наконецъ очень отчетливые препараты получались также отъ окраски квасцевымъ карминомъ. Слизистая оболочка мочеваго пузыря кромѣ того подвергалась и бактериоскопическому изслѣдованію при помощи жидкости *Loeffler'a*.

Препараты, приготовленные изъ различныхъ мѣстъ опухоли, дали слѣдующую картину: почти по всему полю микроскопа расположены довольно крупныя, круглыя элементы раза въ два болѣ лимфоидной клѣтки. Каждый подобный элементъ при внимательномъ разсматриваніи состоитъ изъ зернистой протоплазмы и ядра, въ которомъ при сильномъ увеличеніи, можно замѣтить еще присутствіе ядрышка. Клѣтки,

располагаясь тѣсно другъ возлѣ друга, окружены каждая въ отдѣльности межучочнымъ веществомъ, очень нѣжнымъ, прозрачнымъ и однороднымъ.

Въ тѣхъ мѣстахъ препарата, гдѣ клѣтки расположены отдѣльно особенно по краямъ срѣза, ясно видно, какъ каждая клѣтка обладаетъ двуконтурностью, зависящей отъ прозрачнаго межучочнаго вещества, окружающаго зернистую протоплазму клѣтки. Только что описанные элементы, соединяясь въ цѣлыя группы, такъ сказать, проростають подлежащія цуги волоконъ клѣтчатки, частью раздвигая волокна, частью же разрушая ихъ, такъ что по мѣстамъ встрѣчаются цѣлыя островки разрушенныхъ волоконъ клѣтчатки. Въ тѣхъ мѣстахъ препарата, гдѣ имѣется жировая клѣтчатка, получаютъ весьма интересныя картины. Цуги круглыхъ клѣтокъ, вросая между отдѣльными жировыми клѣтками, разрушаютъ соединительно тканную строму, такъ что жировыя клѣтки лежатъ совершенно изолированными между круглыми клѣтками въ видѣ свѣтлыхъ кружковъ, сильно преломляющихъ свѣтъ. Кромѣ того въ препаратѣ встрѣчаются цуги гладкихъ мышечныхъ волоконъ подвергающихся той же участи, что и волокна соединительной ткани, т. е. проростаютъ круглыми элементами съ послѣдовательнымъ распаденіемъ въ мелкозернистую массу мышечныхъ волоконъ. Количество сосудовъ, какъ предсуществующихъ, такъ и вновь образованныхъ, довольно обильно. Вновь образованные сосуды очень тонки и въ видѣ широкихъ каналовъ проходятъ между круглыми клѣточными элементами. Что же касается до предсуществующихъ сосудовъ, то стѣнки ихъ кажутся значительно утолщенными. *Adventitia* ихъ не замѣтно переходитъ въ окружающіе сосуды кучки круглыхъ элементовъ. При этомъ замѣчается слѣдующая вещь; во всѣхъ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ *adventitia* переходитъ въ круглыя клѣтки, переходъ этотъ совершается постепенно, а именно—сперва замѣчается слой очень мелкихъ безъядерныхъ клѣтокъ вполне похожихъ на лимфоидные элементы, затѣмъ элементы нѣсколько увеличиваются, въ нихъ становятся замѣтными ядра и слабозернистая протоплазма и уже послѣ этого слоя идутъ клѣтки вышеописаннаго вида. При этомъ нужно замѣтить, что рѣзкихъ границъ между отдѣльными слоями не замѣчается, а переходъ совершается незамѣтно. Просвѣтъ сосудовъ большею частью пустъ. Утолщенные стѣнки сосудовъ представляются однородными, одинаково окрашивающимися въ слабый розовый цвѣтъ. Различить оболочки въ стѣнкѣ одну отъ другой довольно трудно вслѣдствіе сліянія ихъ въ однородную полупрозрачную массу. Исключеніе развѣ составляетъ только что упомянутый наружный слой *adventitiæ* переходящей незамѣтно въ окружающую сосудъ массу круглыхъ клѣтокъ. Кромѣ всего вышесказаннаго коегдѣ встрѣчаются кровоизліянія въ толщѣ тѣхъ участковъ, которые заняты круглыми клѣтками. Кровоизліянія частью свѣжія и тогда совершенно явственно различаются отдѣльные форменные элементы крови, частью же болѣе старыя, тогда рельефно выступаетъ нѣжно волокнистая сѣть фибрина, въ петляхъ которой помѣщается мелкозернистая масса—продуктъ распада форменныхъ элементовъ крови,—причемъ красящее вещество крови—пигментъ скопляется въ видѣ неправильной формы кучекъ краснобураго цвѣта.

Теперь слѣдуютъ результаты микроскопическаго изслѣдованія матки, ея придатковъ и мочеваго пузыря.

На срѣзахъ проведенныхъ черезъ всю толщю стѣнки матки замѣчается, что слизистая оболочка ея нѣсколько тоньше, чѣмъ нормально. Аденоидное строеніе слизистой оболочки сохранено, но количество железъ уменьшено. Мерцательный эпителий, покрывающій слизистую оболочку, по крайней мѣрѣ, на изслѣдуемыхъ срѣзахъ отсутствуетъ. Эпителий железъ нѣсколько уплощенъ и мѣстами отстаетъ отъ базальнаго слоя. Въ самихъ эпителиальныхъ клѣткахъ тоже наблюдаются довольно рѣзкія измѣненія. Протоплазма отставшихъ клѣтокъ сильно зерниста, плохо воспринимаетъ окраску. Ядро клѣтки изъ за зернистости различимо не ясно. Встрѣчаются и такія клѣтки, которыя производятъ впечатлѣніе, что онѣ какъ бы начинаютъ распадаться въ мелкозернистую массу. Послѣ прибавленія къ неокрашенному препарату эфира можно видѣть, какъ зернистость въ протоплазмѣ, а также сама мелкозернистая масса расплываются и исчезаютъ совершенно изъ поля зрѣнія. Прибавленіе уксусной кислоты остается безъ всякаго эффекта. Мышечный слой ничего особеннаго не представляетъ. Сосуды на препаратѣ сильно измѣнены. Стѣнки ихъ утолщены; граница между отдѣльными оболочками стѣнокъ сглажена. Консистенція стѣнокъ гомогенна, слегка преломляетъ свѣтъ и окрашиваются въ слабо-розовый цвѣтъ. На срѣзахъ попадаются также кровеизліянія, частью свѣжія и тогда форменные элементы крови ясно различимы частью болѣе старыя, въ которыхъ распавшіеся въ мелкозернистую массу форменные элементы заложены въ петли фибринозной сѣти. Встрѣчаются и такія образованія, объемъ которыхъ довольно великъ и они представляютъ собою гомогенныя массы вполне похожія по своему наружному виду на массы, въ которыя превратились стѣнки сосудовъ. Капиллярные сосуды растянуты и сплошь заполнены форменными элементами крови.

Микроскопическое изслѣдованіе Фаллопиевыхъ трубъ дало почти тѣже самыя измѣненія, что и въ маткѣ. Тоже истонченіе слизистой оболочки, выразившееся еще въ видѣ уплощенія складокъ слизистой оболочки. Тѣже измѣненія въ клѣткахъ цилиндрическаго эпителия, подвергшихся частью отставанію отъ подлежащаго слоя, частью же мелкозернистому распаду, исчезающему отъ прибавленія эфира и неизмѣняющемуся отъ прибавленія уксусной кислоты. Въ сосудахъ такое же утолщеніе и измѣненіе въ строеніи стѣнокъ ихъ. Наблюдаются также кровеизліянія тѣхъ же свойствъ, какъ и въ стѣнкахъ матки.

Въ яичникахъ измѣненія локализируются въ обоихъ слояхъ. Отъ зародышеваго эпителия на поверхности яичника не замѣтно и слѣдовъ. Въ корковомъ веществѣ особенно бросается въ глаза уменьшеніе какъ трубокъ *Pflüger's*, такъ и Графовыхъ пузырей. Лишь при тщательномъ осматриваніи препарата можно найти ясно выраженные Графовы фолликулы. Въ такомъ фолликулѣ клѣтки *membranae granulosaе* не представляютъ сплошнаго ободка ограничивающаго полость пузырька, но мѣстами эпителий отсутствуетъ вслѣдствіе отпаденія отъ подлежащей основы, такъ что непрерывная граница какъ бы прервана. Какъ въ отпавшихъ клѣткахъ, такъ и въ остальномъ эпителии оставшемся на мѣстѣ, замѣчается сильная зернистость протоплазмы. Почти вся полость пузыря выполнена мелкозернистою массою, которая отдѣляется отъ *membrana granulosa* лишь совершенно прозрачнымъ, тонкимъ, сильно

преломляющимъ свѣтъ ободкомъ. Присутствіе яйца въ этой мелкозернистой массѣ доказать не удается. Отъ дѣйствія укусной кислоты препаратъ не измѣняется, прибавленіе же эфира заставляеть расплываться и исчезать изъ поля зрѣнія какъ зернистость протоплазмы, такъ и центральную мелкозернистую массу. По мѣстамъ, въ корковомъ слоѣ встрѣчаются еще довольно большія образованія, замѣтныя даже простымъ глазомъ на микроскопическомъ разрѣзѣ яичниковъ и представляющія собою ничто иное какъ *corpora fibrosa*. Общій видъ ихъ былъ таковъ: полость вплотную выполнена однородною массою пересѣченной въ нѣсколькихъ мѣстахъ волокнами соединительной ткани съ веретенообразными клѣтками, съ большимъ ядромъ на мѣстѣ пересѣченія волоконъ. Что касается сосудовъ, то стѣнки, какъ большихъ, такъ и мелкихъ сосудовъ, сильно утолщены и превращены въ однородную, гомогенную массу слабо воспринимающую окраску. Капилляры, пробѣгающіе въ корковомъ веществѣ, растянуты и переполнены форменными элементами. Кромѣ того вблизи сосудовъ встрѣчаются довольно большія кровоизліянія, частью свѣжія, частью уже организовавшіеся въ однородную безструктурную массу.

При изслѣдованіи слизистой оболочки мочевого пузыря замѣчается наслоеніе на ея поверхности, довольно толстое, состоящее изъ нѣжной сѣти фибрина, петли которой выполнены мелкозернистою массою, въ которой встрѣчаются свѣтлыя точки сильно преломляющія свѣтъ—капельки жира. Этотъ слой совершенно невоспринимаетъ окраски. Слѣдовало бы ожидать непосредственно за этимъ слоемъ встрѣтить слой многочисленнаго эпителія покрывающаго нормально слизистую оболочку мочевого пузыря, но оказывается, что на препаратѣ не имѣется и намека даже на этотъ эпителий, а неокрашивающійся слой лежитъ прямо на соединительно-тканномъ и мышечномъ слояхъ, почти сплошь инфильтрованныхъ скопленіями мелкихъ, круглыхъ, лимфоидныхъ элементовъ. Между этимъ нижнимъ грануляціоннымъ извѣннымъ слоемъ и невоспринимающимъ окраску верхнимъ слоемъ расположены кровоизліянія въ видѣ свертковъ, состоящихъ частью изъ форменныхъ элементовъ крови, частью же изъ продуктовъ распада ихъ и фибринозной сѣти. Сосуды въ мышечныхъ слояхъ сильно расширены, стѣнки ихъ безъ яснаго различія границъ оболочекъ, такъ какъ превращены въ однородную, безструктурную массу, слабо розовой окраски. Кромѣ того, только что упомянутая мелко-клѣточковая инфильтрація располагается преимущественно вокругъ мелкихъ сосудовъ и капилляровъ, пробѣгающихъ въ этихъ слояхъ.

При бактериоскопическомъ изслѣдованіи этихъ срѣзовъ оказывается что въ поверхностномъ некротическомъ слоѣ констатируется масса микробовъ самыхъ разнообразныхъ видовъ. Преобладаютъ преимущественно кокковыя формы. Гораздо интереснѣе изслѣдованіе подлежащихъ слоевъ; въ грануляціонномъ слоѣ встрѣчаются исключительно мелкіе кокки, располагающіеся въ видѣ гроздей и прекрасно воспринимающіе синюю окраску. Просвѣтъ нѣкоторыхъ мелкихъ сосудовъ, такъ сказать, набить этими мелкими кокками. Такъ какъ культуръ изъ этихъ мѣстъ при вскрытіи не было сдѣлано, то о видѣ этихъ послѣднихъ микробовъ можно судить только приблизительно. Принимая во вни-

маніе характерное гроздевидное расположение, а также тотъ фактъ, что въ гнойничкахъ въ почкахъ (мелкіе сосуды и мочевые каналцы) найдены такого же вида микробы, можемъ считать ихъ за одинъ изъ видовъ патогенныхъ гноеродныхъ микробовъ группы *staphylococcus*.

Вотъ всѣ измѣненія, полученныя путемъ макро—и микроскопическаго изслѣдованій.

Разсматривая результаты этихъ изслѣдованій приходится придти къ заключенію, что въ описываемой области разыгрываются процессы разнообразнаго характера. Процессъ, развившійся въ параметральной клѣтчаткѣ, будетъ несомнѣнно первичнымъ; явленія же въ маткѣ, ея придаткахъ, мочевомъ пузырьрѣ могутъ быть сочтены послѣдовательными, развившимися подъ вліяніемъ первичнаго процесса въ клѣтчаткѣ.

Теперь спрашивается, что же это за процессъ, захватившій околوماتочную клѣтчатку и справедливъ ли клинической діагнозъ—принявъ его за саркому. Уже одинъ взглядъ, брошенный при вскрытіи на данный препаратъ, рѣшилъ въ положительномъ смыслѣ вопросъ, что имѣемъ дѣло съ новообразованиемъ, по всей вѣроятности, саркоматознаго характера (рѣзко очерченные узлы частью сливающиміеся другъ съ другомъ, матовосѣрый цвѣтъ и легкая соскабливаемость поверхности). Но окончательное рѣшеніе вѣрности вопроса должно быть предоставлено микроскопу, который и рѣшилъ въ положительномъ смыслѣ первоначальное предположеніе. Громадное количество круглыхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ сравнительно незначительномъ количествѣ межучочнаго вещества и которыя, распространяясь во всѣ стороны, подавляютъ и разрушаютъ какъ основную ткань, такъ и элементы, встрѣчающіеся на пути развитія, даютъ ту форму саркомы, которая извѣстна подъ названіемъ круглоклѣточной *sarcoma globocellulare*, образованіе обладающее въ высшей степени злокачественнымъ характеромъ.

Развившись и распространяясь исключительно по соединительно-тканной клѣтчаткѣ широкихъ связокъ нужно допустить также, что опухоль развилась исключительно изъ клѣтокъ и волоконъ соединительной ткани, такъ какъ всѣ другія ткани и элементы, входящіе въ составъ клѣтчатки широкихъ связокъ (мышечныя волокна, эпителий брюшины широкихъ связокъ, лимфатическія железы и т. д.) никакого про-

дуктивного участія въ образованіи опухоли не принимаютъ, а подвергаются скорѣе процессу разрушенія распространяющимся новообразованіемъ. Наконецъ, нѣкоторыя мѣста на микроскопическихъ препаратахъ уясняютъ генезъ этого новообразованія. Въ подобныхъ мѣстахъ какъ уже описано вокругъ сосудовъ, наружная часть *adventitiae* переходитъ совершенно незамѣтно въ мелкія круглыя клѣтки, въ свою очередь переходящія незамѣтно въ саркоматозныя клѣтки. Несомнѣнно, слѣдовательно, что продуктивная дѣятельность сосредоточена въ элементахъ соединительной ткани и давшей толчокъ къ развитію новообразованія. Но будетъ ли исходною точкою соединительная ткань *adventitiae* сосудовъ, какъ это принимаетъ въ числѣ прочихъ генетическихъ моментовъ саркомы *Birch-Hirschfeldt* (Lehrb. d. pathol. Anat., 1877, Leipzig) или же подлежащая соединительная ткань клѣтчатки вообще (*Virchow*. Die Krankhaften Geschwülste, Bd. 2, 1863, Berlin) рѣшить въ настоящемъ случаѣ невозможно. Нельзя сомнѣваться также въ томъ, что саркома развилась исключительно только изъ клѣтчатки широкихъ связокъ, такъ какъ ни брюшинный покровъ широкихъ связокъ, ни сама матка съ придатками, ни мочевоу пузырь не показали при макро—и микроскопическомъ изслѣдованіи ни малѣйшаго слѣда присутствія саркоматозныхъ элементовъ—фактъ вполнѣ противорѣчащій мнѣнію *Pozzi* (l. c., pag. 835) считающаго, что появленіе злокачественныхъ образованій въ широкой связкѣ никогда не бываетъ первичнымъ, а есть лишь переходъ новообразованія съ сосѣднихъ органовъ (брюшины, яичниковъ, матки).

Установивъ такимъ образомъ, что въ нашемъ случаѣ имѣется дѣйствительно первичная саркома клѣтчатки широкихъ связокъ, переходимъ къ объясненію остальныхъ измѣненій вызванныхъ развитіемъ опухоли, какъ въ самой клѣтчаткѣ, такъ и въ маткѣ съ придатками.

Сосудистыя стѣнки, какъ видно при микроскопическомъ изслѣдованіи, представлялись сильно измѣненными. Однородный восковидный почти безструктурный видъ утолщенныхъ стѣнокъ заставляеть принять амилоидное или гіалиновое перерожденіе. Но противъ амилоиднаго перерожденія говоритъ безрезультатность реакцій характеризующихъ это перерожденіе.

Реакція съ J и съ H_2SO_4 съ генціанъ-віолетъ остались безъ вліянія на стѣнки.

Поэтому наблюдаемое въ нашихъ препаратахъ перерожденіе будетъ гіалиновое, характеризующееся по *Recklinghausen*'у (Pathologie d. allgem. Ernähr. Deutsche Chir, Lief. 2,3) тѣмъ, что окрашиваясь карминомъ, какъ въ нашемъ случаѣ, остается однороднымъ, сильно преломляющимъ свѣтъ и не выдерживающимъ реакціи съ J и H_2SO_4 . По *Recklinghausen*'у (l. c.) подобное перерожденіе можетъ встрѣчаться при разнообразныхъ процессахъ и между прочихъ въ гиперпластическихъ опухоляхъ соединительной ткани (саркомы), въ фолликулахъ яичниковъ и въ слизистыхъ оболочкахъ при истощающихъ организмъ заболѣваніяхъ и т. д.

Принимая во вниманіе, что присутствіе злокачественныхъ новообразованій въ организмѣ всегда вызываетъ истощеніе послѣдняго, то становятся понятными тѣ измѣненія въ сосудахъ встрѣтившихся на нашихъ препаратахъ. Наблюдаемыя въ толщу ткани кровеизліянія тоже являются какъ результатъ гіалиноваго измѣненія стѣнокъ сосудовъ утратившихъ свою эластичность и не выдерживавшихъ влѣдствіе этого напора крови.

Разсматривая измѣненія въ маткѣ и ея придаткахъ приходится придти къ заключенію, что имѣемъ здѣсь дѣло съ начинающимся, преждевременнымъ атрофическимъ процессомъ. Утонченіе слизистой оболочки матки, Фаллопиевыхъ трубъ, крайне незначительное количество Граафовыхъ пузырей; жировое перерожденіе эпителиальныхъ элементовъ въ железахъ матки, слизистой оболочки Фаллопиевыхъ трубъ, *membranae granulosaе* фалликулъ яичниковъ, доказываемое исчезновеніемъ жирно перерожденныхъ элементовъ отъ эфира и не измѣняющихся отъ уксусной кислоты—такіе признаки вполне характеризующіе атрофію (*Ziegler. Lehrb. d. allg. u. Spez. pathol. Anat., Bd. I, pag. 108, 1889. Kisch. Die Veränderungen d. Graaf'schen Follikels n. d. Aufhören d. Sexualthätigkeit, Archiv f. Gynäk., Bd. XII, pag. 418, 419. Birch-Hirschfeldt (l. c., pag. 28).* Преждевременное прекращеніе отдѣленія менструальной крови тоже можетъ быть объяснено изъ разсматриванія препаратовъ яичниковъ. Въ препаратахъ имѣется незначительное количество старыхъ *corpora fibrosa*, образовавшихся изъ преждебывшихъ

corpora lutea; новыхъ же corpora lutea не имѣется и слѣда, что объясняется также, кромѣ общихъ причинъ, еще и патологическимъ измѣненіемъ въ оставшихся Граафовыхъ пузыряхъ.

Опухоль постепенно разростаясь по параметральной кѣлѣчаткѣ и приподнимая половые органы изъ полости малаго таза вверхъ, одновременно сдавливала мочевой пузырь, вслѣдствіе чего получило затрудненіе въ мочеиспусканіи. Моча, застаиваясь въ пузырьѣ, разлагалась и въ результатѣ образовался бактерійный циститъ съ послѣдовательнымъ омертвѣніемъ слизистой оболочки пузыря. Микроорганизмы, распространяясь *per continuitatem* по мочеточникамъ, вызвали также и бактерійный нефритъ констатированный при вскрытіи.

Прогнозъ для больныхъ, имѣвшихъ несчастье заполучить подобнаго сорта опухоль, долженъ быть считаемъ почти безнадежнымъ, даже въ раннихъ періодахъ развитія опухоли, такъ какъ діагностика подобныхъ новообразованій съ клинической стороны является дѣломъ почти невозможнымъ вслѣдствіе того, что симптомы, вызываемые развитіемъ такой опухоли, не представляютъ ничего специфическаго и встрѣчаются при другихъ, какъ злокачественныхъ, такъ и доброкачественныхъ заболѣваніяхъ органовъ расположенныхъ въ полости малаго таза.

Въ нашемъ случаѣ діагностика сдѣлалась возможною лишь тогда, когда вслѣдствіе быстраго роста, опухоль увеличилась настолько, что могла быть совершенно легко опредѣлена прощупываніемъ черезъ брюшные покровы и когда всѣ шансы для спасенія больной были сведены къ нулю. Если же бы въ самомъ началѣ развитія опухоли возможно было приступить къ чревосѣченію, то, расщепивъ широкія связки, опухоль (развивавшаяся очагами) можно бы было вылущить.

Операцией было бы достигнуто, если и не спасеніе жизни больной, то во всякомъ случаѣ всѣ вышеописанныя страданія были бы много слабѣе и доставлено было бы хотя можетъ быть и кратковременное, но за то сравнительно спокойное существованіе.

II.

ИЗЪ КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ
ПРОФ. Н. В. ЯСТРЕБОВА.

Юъ ученію о человѣческихъ уродствахъ.

Штата. ордин. А. А. Ануфріева.

La science des monstres chez les animaux vertébrés, science qui ne dat que de cinquante ans, est donc aujourd'hui l'une des branches les plus avancées de la biologie. *Camille Dareste.*

Уродства вообще въ животномъ царствѣ, и въ частности человѣческія уродства, занимали и занимаютъ умы изслѣдователей, главнымъ образомъ, съ этиологической точки зрѣнія. Въ древности Аристотель считалъ уродства за ошибку природы (*error naturae*), а Плиній характеризовалъ ихъ ея игрою (*lusus naturae*). Греческіе и римскіе законы отличались жестокостью по отношенію къ рождавшимся уродамъ, но эти законы не имѣли подъ собою религіозной почвы, а преслѣдовали главнымъ образомъ реальную цѣль — сохраненіе здоровой націи и предупреждали вырожденіе послѣдней. Такъ двѣнадцать таблицъ въ Римѣ предписывали смерть всѣмъ тѣмъ дѣтямъ, которыя появлялись на свѣтъ съ какой-либо деформаціей организма. Въ мрачное время среднихъ вѣковъ женщинъ, родящихъ уродовъ, упрекали въ сношеніяхъ съ дьяволомъ и сжигали на кострахъ.

Кромѣ того видѣли въ уродствахъ божественный промыселъ за неповиновеніе правиламъ церковнаго устава. Рассказываютъ, напримѣръ, что Робертъ Благочестивый, женившись

на своей кузницѣ и навлекши на себя этимъ со стороны папы отлученіе отъ церкви, имѣлъ отъ брака уродливаго ребенка. Долго происхожденіе уродствъ было окутано мистическимъ покрываломъ, тѣнь отъ котораго даже и въ наши дни ложится на суевѣрные умы полуобразованной публики. Только въ первые годы прошлаго столѣтія, когда причину уродствъ начали искать въ анатомическихъ основахъ, ученіе объ уродствахъ стало получать научную уже окраску. Возрожденіе тератологіи всецѣло связано съ таковымъ-же эмбриологіи. Сюда принадлежатъ изслѣдованія *Aromatori*, *Swammerdam*'а, *Malpighi*'а *Cuvier*'а, *Duverney*'а, *Holler*'а, *Winslowa*, затѣмъ позже *Wolff*'а, и наконецъ въ позднѣйшее сравнительно время *Geoffroy Saint-Hillair*'а, *Prévost*'а, *Thomson*'а, *Buffon*'а, *Bischoff*'а, *Blumenbach*'а, *Förster*'а, *Darest*'а и др. Долгое время происхожденіе анатомическаго уродства приписывали главнымъ образомъ неправильному анатомическому строенію самихъ зачатковъ организма, пока дальнѣйшія наблюденія не показали, что чаще всего уродства появляются при неблагоприятныхъ условіяхъ развитія зародышей. И въ самомъ дѣлѣ, первая теорія могла имѣть мѣсто въ то время, когда или въ сѣмянныхъ нитяхъ видѣли сѣмянныхъ животныхъ (spermatozoo, сперматисты), или въ яйцѣ усматривали полный человѣческій организмъ (овисты). Но когда стали извѣстны факты, добытые эмбриологіей, это ученіе сильно было поколеблено. Ко второй теоріи, т. е. неблагоприятныхъ условій развитія эмбрионовъ относится весьма интересное явленіе, именно «уродство съ глазу». Опубликованные въ этомъ отношеніи факты ясно указываютъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ сильныя впечатлѣнія беременныхъ женщинъ, полученныя при видѣ, напр., обезглавленныхъ людей, или пожаровъ могутъ вліять такъ или иначе на развивающійся внутриутробный плодъ. Не смотря на гипотетическія догадки въ этомъ отношеніи въ смыслѣ измѣненій въ кровеносной и нервной системахъ у женщинъ, все-таки объясненія этихъ явленій остаются пока еще вопросомъ открытымъ. Нужно замѣтить, что въ этихъ случаяхъ вліяніе психическихъ эффектовъ можетъ играть роль только въ первой половинѣ беременности, въ періодѣ эмбриональномъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова, но не въ періодѣ фетальномъ,

когда уже опредѣлилась формировка всѣхъ органовъ, необходимыхъ для индивидуальной жизни.

Теорія неблагоприятныхъ условій для развитія плода въ маткѣ сама по себѣ на столько интересна и вмѣстѣ съ тѣмъ обширна, что я считаю необходимымъ остановиться на ней подробнѣе, чтобы детальнымъ разборомъ эмбриологическихъ и анатомо-патологическихъ фактовъ подойти ближе къ объясненію встрѣтившихся мнѣ двухъ случаевъ уродствъ и имъ подобныхъ.

Собственно говоря, теорія, извѣстная подъ общимъ именемъ неблагоприятныхъ условій для развитія плода въ маткѣ, создала нѣсколько другихъ теорій, изъ которыхъ укажу на слѣдующія: 1) патологическая (*Моргани*), объясняющая уродства болѣзнями зародыша; 2) эмбриологическая, которая всѣ уродства видитъ въ задержкѣ развитія (*Мекель*, *Жоффруа*), и наконецъ 3) механическая объясняетъ происхожденіе уродства механическимъ препятствіемъ развитію, давленіемъ, дерганіемъ и проч. (*Стефано*, *Даресто*). При разборѣ этихъ теорій является вопросъ, справедливо ли такое дѣленіе, не слишкомъ ли одностороння каждая изъ этихъ теорій? Возьмемъ хотя бы остановку развитія амніона, которая ведетъ къ срощенію между плодомъ и оболочками,—мы получимъ тогда форму уродства, которая будетъ столько же относиться къ эмбриональной теоріи, сколько и къ патологической. А куда отнести, на примѣръ, заворотъ оболочекъ яйца въ открытыя расщелины зародыша? Это состояніе чуть ли не ко всѣмъ будетъ подходить теоріямъ. Кромѣ того, эмбриологическая теорія, видящая сущность уродствъ въ задержкѣ развитія въ основѣ своей, чаще всего имѣетъ патологическія условія. Поэтому мнѣ казалось бы болѣе подходящимъ признавать только двѣ теоріи: теорію патологическую и механическую, третью же теорію, эмбриологическую, какъ ничего не выражающую съ современной точки зрѣнія слѣдуетъ совершенно оставить. Возможно допускать, что въ происхожденіи уродствъ могутъ играть роль или патологическіе процессы, главнымъ образомъ воспалительнаго характера, или механическія причины, препятствующія правильному развитію зародыша.

Кромѣ того, могутъ быть переходныя формы отъ патологическихъ процессовъ къ механическимъ и обратно. Такъ напр.,

заболѣванія органовъ, которыя служатъ связью между матерью и плодомъ, какъ дѣтскаго мѣста, оболочекъ яйца, пупочныхъ сосудовъ, сращенія между оболочками яйца и зародыша служатъ до извѣстной степени и механической причиной. «Большую часть уродствъ, говорятъ *Улэ* и *Вагнеръ*, особенно такъ называемыя задержки въ развитіи, слѣдуетъ свести къ болѣзнямъ зародыша. Зародышъ имѣетъ свою сосудистую систему, свое питанія, совершенно также, какъ и взрослый; слѣдовательно, у него могутъ происходить закупорки сосудовъ, кровоизліянія, выпоты, атрофіи, гипертрофіи и т. д.; точно также, какъ у взрослога». Кромѣ механическаго непосредственнаго вліянія на зародышъ, напр., обвитія пуповины или давленія другимъ плодомъ, или неправильнаго строенія самого плодывмѣщителя, есть еще механическія поврежденія, подѣйствовавшія на животъ беременныхъ. Правда, что подобныя вліянія скорѣе могутъ вызывать выкидышъ, но, какъ оказывается, не всегда. Изъ судебной медицины извѣстны случаи, когда при ударахъ въ животъ не только не наступалъ выкидышъ, или уродство, но даже рождались правильно сформированныя и здоровыя дѣти. Интересный случай описываетъ *Brilland-Laujardiere*, въ которомъ крестьянинъ желалъ вызвать выкидышъ у своей любовницы. Онъ бралъ дѣвушку къ себѣ на руки, садился на лошадь и со скакавшей бѣшеннымъ галопомъ послѣдней бросалъ ее на земь. Затѣмъ, когда это средство не помогло, онъ прикладывалъ ей на животъ горячій хлѣбъ, вынутый прямо изъ печи. Не смотря на эти варварскія средства, дѣвушка родила живаго и неуродливаго плода.

Затѣмъ, въ случаѣ *Kasper'a*, подмастерье портнаго топталъ ногами свою любовницу, однако беременность не была прервана (*Мержеевскій*). Послѣ экспериментальныхъ изслѣдованій *Darest'a* и другихъ на животныхъ едва-ли можетъ быть сомнѣніе въ томъ, что механическія насилія могутъ вызывать и уродства. *Бирхъ-Гиршфельдъ*, говоря объ такого рода вліяніяхъ замѣчаетъ: «могутъ-ли они быть также причиной уродства еще не рѣшено»; но мнѣ кажется, что этотъ вопросъ, судя по нижеприведенному случаю, долженъ быть рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ.

Darest показалъ, что потряхиванія, направленныя на куриное яйцо, въ промежуткѣ, который отдѣляетъ кладку яйца отъ высиживанія, могутъ видоизмѣнять зародышъ и развивать въ немъ наклонность къ аномальной эволюціи. Тотъ-же самый авторъ констатировалъ, что вертикальныя потряхиванія имѣютъ вредное дѣйствіе, которое варьируетъ значительно съ положеніемъ яицъ. Такъ яйца, встряхиваемыя въ вертикальномъ положеніи, острымъ концомъ вверхъ, производятъ главнымъ образомъ уродливыхъ эмбрионовъ, между тѣмъ какъ встряхиванія острымъ концомъ внизъ, или въ горизонтальномъ положеніи, давали обыкновенно нормальныхъ эмбрионовъ. Кромѣ того, уродства вызывали при искусственномъ высиживаніи покрытіемъ скорлупы лакомъ, приближеніемъ источника теплоты къ мѣсту *sicatriculae*, высшими или нисшими температурами. Такія-же весьма интересныя и важныя изслѣдованія производили *Lombordini* на лягушкообразныхъ и *Lekeboullet* и *Knoch* на рыбахъ. Къ сожалѣнію прямыхъ опытовъ на людяхъ въ этомъ отношеніи невозможно ставить, не подвергая мать опасности; и поэтому вышеприведенные опыты можно переносить на людей только *bona fide*. Что касается ближайшихъ анатомо-патологическихъ причинъ, которыя вызываютъ въ этихъ случаяхъ уродства, то тутъ много есть еще неопредѣленнаго, что ждетъ дальнѣйшихъ изысканій.

Какъ я уже раньше указывалъ, развитіе уродства главнымъ образомъ можетъ происходить въ первый періодъ развитія зародыша, когда «намѣчается организмъ». Первичные органы существуютъ, но они еще клѣтки. Въ этотъ именно моментъ вредныя причины наиболѣе сильно дѣйствуютъ и находятъ самыя благопріятныя условія для развитія аномалій. Чѣмъ дальше отъ зачатія дѣйствуютъ эти причины, тѣмъ скорѣе онѣ могутъ вызвать выкидышъ, чѣмъ уродство.

Между органами эмбриона есть — во 1) такіе, существованіе которыхъ переходное и которые назначены со временемъ исчезнуть; во 2) органы, которые остаются, только видоизмѣняясь, и наконецъ третьей категоріи органы, которые развиваются довольно медленно. Въ настоящей работѣ насъ интересуютъ главнымъ образомъ аномаліи третьей группы, и преимущественно недостатокъ развитія органовъ, или простѣйшія уродливости.

Этотъ видъ уродливостей въ формѣ недоразвитія нѣкоторыхъ частей (*per defectum*) объясняютъ (*Darest*) по преимуществу задержкой развитія водной оболочки и *ageae vasculosae*, вслѣдствіе измѣненія которыхъ происходятъ вторичныя измѣненія другихъ органовъ. Другія изслѣдователи видятъ причину въ эксцентрическомъ развитіи органа, напр., *Lerres*. Этотъ авторъ допускалъ, что всякая аномалія болѣе или менѣе происходитъ отъ первоначальной аномаліи сосудистой системы.

Наконецъ третьи, какъ *Jules Guérin*, въ нервной системѣ видѣли причину уродствъ, говоря, что уроды и обезображиванія, которыя ихъ сопровождаютъ, составляютъ совершенно одно и тоже, происходящее отъ деструктивнаго и судорожнаго состоянія нервныхъ центровъ и периферическихъ нервовъ. Состояніе, выражающееся въ 3-хъ рядахъ измѣненій: 1) разрушеніе, 2) остановка въ развитіи и 3) неправильное образованіе частей на пути развитія. Эти три ряда измѣненій сопровождали: 1) уродливости, 2) пороки образованія и въ 3) обезображиванія. Весь механизмъ этихъ трехъ видовъ уклоненій въ развитіи, *Guérin* видитъ въ судорожномъ элементѣ, т. е. въ мышечномъ сокращеніи. Но нужно замѣтить, что нѣкоторыя части скелета дифференцируются задолго еще до образованія кровеносной системы (*Bischoff—Entwichelungsgeschichte*). Такъ напр., у человѣка зачатокъ конечностей принимаетъ определенную форму на пятой недѣлѣ, а на шестой можно различить уже три главныхъ части конечностей, между тѣмъ структура нервной системы начинается только около третьяго мѣсяца. Передъ этимъ временемъ нервная система состоитъ только изъ эмбриональныхъ клѣтокъ и, казалось бы, не имѣетъ еще спеціальной функціи, а равно и вліянія на развитіе органовъ. Тоже относится и къ кровеносной системѣ. Но какимъ образомъ поставить въ связь съ только-что сказаннымъ слѣдующіе факты. На двухъ человѣческихъ зародышахъ и на двухъ кошкахъ, пораженныхъ брюшной экстремеліей, *Lerres* замѣтилъ, что поясничнаго утолщенія мозга не было. Тоже самое было подтверждено на шейной части другаго плода и на теляткѣ, пораженныхъ грудной экстремеліей. *M. Troisier* могъ произвести вскрытіе ребенка, который представлялъ *hémimélie unitoracique*. На разрѣзѣ шейнаго утолщенія

спинного мозга онъ замѣтилъ, что сѣрая субстанція соотвѣтствующей стороны была менѣе широка и что эта разница происходила не только отъ измѣненія (?) тканей, но и отъ уменьшенія въ числѣ нервныхъ волоконъ и клѣтокъ. Слѣдовательно, въ этихъ случаяхъ связь между деструктивными процессами въ центральной нервной системѣ и уродствами очевидна. Съ другой стороны, изъ эмбриологіи извѣстно, что уже на третьемъ мѣсяцѣ мѣста спинного мозга, изъ которыхъ периферическіе нервные стволы отходятъ къ переднимъ и заднимъ конечностямъ и которыя принадлежатъ шейной и поясничной областямъ, растутъ сильнѣе, такъ какъ въ мѣстахъ выхода откладывается масса нервныхъ клѣтокъ. Эти мѣста становятся значительно толще сосѣднихъ (*Oskar Hertwig*). Подобные эмбриологическіе факты бросаютъ уже нѣкоторый свѣтъ на происхожденія уродствъ *per defectum* нижнихъ и верхнихъ конечностей. Но какъ же въ самомъ дѣлѣ уяснить связь между нервной системой и развитіемъ конечностей, когда существуетъ довольно значительная разница по времени въ дифференцировкѣ той и другой системы? Прежде всего для рѣшенія этого вопроса приходится искать отвѣта опять-таки въ эмбриологіи, именно въ гистогенетическомъ развитіи периферической нервной системы и въ зависимости отъ нея размноженіи клѣточныхъ элементовъ другихъ системъ. Но къ сожалѣнію этотъ отдѣлъ до настоящаго времени въ эмбриологіи еще слишкомъ скуденъ и требуетъ дальнѣйшихъ изслѣдованій. Я не буду говорить здѣсь о наблюденіяхъ *His*'а, *Kölliker*'а, *Balfour*'а, укажу лишь на мнѣніе *Hensen*'а (II теорія развитія периферической нервной системы), которое ближе другихъ отвѣчаетъ на затронутый вопросъ. Онъ говоритъ: «эмбриональныя клѣтки находятся въ соединеніи посредствомъ тонкихъ отростковъ. Если одна клѣтка дѣлится, то и связующая нить должна также раздѣляться, а этимъ путемъ произойдетъ безконечная сѣть нитей. Изъ этихъ нитей происходятъ нервные пути, а часть исчезаетъ». Если это дѣйствительно такъ, то можно допускать далѣе, что и эмбриональныя клѣтки имѣютъ тѣсную связь съ нервной системой и подчиняются ея влиянію въ самые элементарные періоды жизни эмбриона.

Слѣдовало бы думать, что первоначальное развитіе эмбриона

лежитъ въ типѣ его организациі, какъ продолженіе вліянія мужской ядерной субстанціи на женскую, дальнѣйшее же дѣленіе клѣтокъ въ его органахъ происходитъ подѣ вліяніемъ нутритивныхъ процессовъ, которые находятся въ зависимости отъ элементарной нервной системы.

Относительно вліянія трофическихъ нервовъ на ткани мы можемъ видѣть на доказательныхъ клиническихъ и экспериментальныхъ наблюденіяхъ *Оболенскаго*, *Samuel'a*, *Clod Bernard'a*, *Echord'a*, *Heidenhain'a* и друг., которые выяснили трофоневротическое происхожденіе извѣстнаго рода атрофій. «Атрофіи, говоритъ *Подвысоцкій*, которыя развиваются въ періодѣ роста органовъ, въ особенности въ утробномъ періодѣ жизни, создаютъ аплазіи, оставляющія болѣею частью неизгладимый слѣдъ на всей архитектурѣ тѣла, таковы болѣею частью одиночныхъ уродствъ и недоразвитій». Возможно допускать, что атрофіи трофоневротическаго происхожденія могутъ вліять и на недоразвитіе сосудовъ и тѣмъ задерживать ростъ извѣстныхъ частей тѣла. Извѣстно, что плацентарная циркуляція у зародыша выступаетъ впервые уже на четвертой недѣлѣ.

Впослѣдствіи концы кардинальныхъ венъ до мѣста сообщенія ихъ съ *vena cava inferior* посредствомъ анастомотической вѣтви сохраняются въ качествѣ *venae hypogastricae* и соединяются съ *vena cruralis*, которыя по мѣрѣ развитія нижнихъ конечностей постоянно разрастаются. Задержка въ развитіи *venae cruralis* подѣ вліяніемъ деструктивныхъ процессовъ въ центральной нервной системѣ и трофическихъ нервахъ можетъ сама по себѣ въ дальнѣйшемъ быть причиною недоразвитія питаемыхъ ею органовъ.

Невольно напрашивается такая теорія, что разъ созданъ элементарный организмъ эмбриона, дальнѣйшая дифференцировка и образованіе отдѣльныхъ частей его совершается путемъ раздѣленія труда клѣточныхъ элементовъ подѣ вліяніемъ трофическихъ нервныхъ зачатковъ. На этомъ же, можетъ быть, основывается и недоразвитіе сосудистыхъ стволовъ при дальнѣйшемъ ростѣ извѣстныхъ частей эмбриона.

Мы знаемъ, что конечности у человѣка появляются въ видѣ маленькихъ бугорковъ по бокамъ туловища и что послѣдніе иннервируются вентральными вѣтками спинныхъ нервовъ.



У млекопитающих эти маленькіе бугорки состоятъ изъ сплошной массы клѣтокъ, среди которыхъ не удается пока опредѣлить, что принадлежитъ мезенхимѣ тѣла, что мышцамъ или нервамъ. Если бы удалось прослѣдить нервныя окончанія въ этихъ бугоркахъ и уяснить вліяніе ихъ на дальнѣйшее дѣленіе бугорковъ (на 3 части), разрѣшеніе вопроса о недоразвитіи конечностей значительно подвинулось бы впередъ. У низшихъ животныхъ, напр., у селакій *Dohrn*'у удалось уже прослѣдить развитіе мышечной ткани въ плавникахъ.

Относительно эмбриологическаго развитія нижнихъ конечностей нужно замѣтить, что не всѣ части ихъ появляются одновременно. Раздѣленіе начинается спереди и направляется постепенно назадъ; раньше развиваются проксимальныя части, т. е. лежащія ближе къ туловищу, а позже дистальныя, дальше отстоящія отъ него. При этомъ въ развитіи повторяются три послѣдовательныя стадіи: кожистая, хрящевая и костная. Формулируя все вышесказанное, я позволилъ бы себѣ сдѣлать слѣдующія заключенія: I) механическія вліянія на беременную матку могутъ вліять на развивающійся эмбрионъ, производя уклоненія въ развитіи отдѣльныхъ частей его; и во II) анатомо-патологическія измѣненія прежде всего должны касаться самой нѣжной ткани эмбриона, именно нервной, и тѣмъ вызывать глубокія измѣненія въ нутритивныхъ процессахъ иннервируемыхъ частей.

Что касается нашего нижеприведеннаго случая уродства, въ которомъ замѣчалось полное отсутствіе правой голени, надколѣнной кости, стопы и наличность только первичнаго кожистаго зачатка на задней поверхности правильно сформированнаго бедра, то здѣсь главную причину приходится видѣть въ толчкахъ и ударахъ, которымъ подвергался развивающійся плодъ, а какъ результатъ этихъ толчковъ вѣроятныя деструктивныя измѣненія въ нервной системѣ.

Исторія этого случая слѣдующая: роженица М. О., жена солдата, 19 лѣтъ отъ роду, уроженка г. Варшавы поступила въ клинику 12-го января этого года, въ 3 ч. 55' пополудни. Замужемъ около года. Тѣло-сложенія и питанія умѣреннаго; никакихъ деформаций въ костной и мышечной системахъ не замѣчается. Ростъ 157 см. Родилась отъ ш—рага, при чемъ мать ея была 2 раза замужемъ. Отъ перваго мужа было 9 чело-вѣкъ дѣтей, отъ втораго не было. Всѣ дѣти были здоровы и въ семьѣ никакихъ уродствъ не замѣчалось. Роженица начала ходить на 2 году

жизни; въ дѣтствѣ перенесла корь и оспу. Питалась хорошо; работала не тяжело. Крови получила на 16 году. Типъ кровей сразу установился $\frac{3 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ безъ болей. Послѣ выхода замужъ характеръ кровей остался тотъ же самый. Послѣдняя менструація была въ первыхъ числахъ апрѣля 1893 года, продолжалась 3 дня, ничего особеннаго не представляла. Настоящей беременности IX мѣсяцевъ. Во время беременности никакихъ осложненій не было за исключеніемъ рвоты въ первые мѣсяцы. Первые сношенія мужъ имѣлъ въ трезвомъ видѣ, но, по словамъ роженицы, онъ имѣетъ привычку 2—3 раза въ мѣсяцъ напиваться, причемъ, въ такомъ видѣ дѣлался буйнымъ и неоднократно билъ ее по чему попало. Удары иногда попадали и въ животъ, когда она была уже беременна. Родные мужа уродствъ никакихъ не имѣли. Мужъ, имѣя 15 лѣтъ отъ роду, упалъ съ лошади и ушибъ себѣ колѣно правой ноги; колѣно опухло, но въ скоромъ времени пришло въ норму. Status praesens: размѣры таза роженицы: sp. sp. 27; сг. сг. 28,5; conjug. extern. 20 см. Влагалище разрыхлено. Наружный зѣвъ матки открытъ болѣе 4 пальцевъ. Шейка изглажена. Пузырь плоди. есть. Предлежать надъ входомъ ягодицы: I-е ягодичное, простое, передній видъ. Въ 4 ч. 25' пополудни того-же дня отошли воды. Въ 6 час. вечера было полное открытіе матки. Черезъ 1 часъ 30' послѣ этого, когда ягодицы опустились уже въ полость таза, въ виду замедленнаго сердцебіенія у плода, произведена экстракція его за ягодицы. Сначала вышла лѣвая нормальная ножка, затѣмъ уродливая правая. Запрокинувшіяся ручки освобождены одноименной рукой. Головка потягиваніемъ за ягодицы. Родившійся ребенокъ былъ живой, мужескаго пола, 3550 grm. вѣсомъ и 53 см. длиною. Окружность прямая головки—35 см., косая—39. Прямой размѣръ—11,5 см. Большой косой—13 см.; малый косой—10,5. Большой поперечный—10 см., малый поперечный—7,5. Окружность плечиковъ—34 см.; поперечный размѣръ ихъ—12. Окружность ягодицъ—27 см.; поперечный размѣръ—8,5 см. Грудной размѣръ—7,5 см. Правая голень и стопа отсутствуютъ, а также и правая надколѣнная кость. Правое бедро совершенно правильно сформировано, только отстала въ своемъ развитіи: длина его 10 см., между тѣмъ лѣвою—11 см. Condylus externus et internus ясно выражены, также fossa patellaris et fossa intercondyloidea. На сантиметръ отъ эпифиза бедра справа и слева имѣется кожный придатокъ, величиною съ миндальный орѣхъ. Консистенція его кожистая: никакихъ хрящевыхъ элементовъ не прощупывается. При сгибаніи бедра, на мѣстѣ condylus externus, кожа звѣздообразно морщится; при разгибаніи натянутая кожа совершенно нормальна; не замѣчается ни рубцовой ткани и никакихъ другихъ слѣдовъ отъ самоампутаціи. Flexio и extensio femoris, а равно adductio и abductio совершаются вполнѣ свободно и правильно. Послѣдъ—680 grm. Никакихъ уклоненій въ развитіи его, а равно оболочекъ не замѣчается.

Второй случай, который представляетъ уклоненіе въ развитіи плода въ зависимости отъ неправильнаго строенія плодовместилища-двурогой матки, слѣдующій: М. Л., служанка, 28 лѣтъ отъ роду, III—рага поступила въ клинику 18 апрѣля 1892 года. Тѣлосложенія и питанія удовлетворительнаго. Никакихъ уклоненій въ скелетѣ и периферической мышечной системѣ нѣтъ. Ростъ 150 см. Беременность срочная. Тазъ:

sp. sp. 27; cr. cr. 29; conjug. externa 19; diagonalis 12; vera—10. Uterus bicornis. Положеніе плода: 1-е черепное, передній видъ; тазовой конецъ его находился въ правой половинѣ матки (правомъ рогѣ). Разрѣшена при помощи метода *Kristeller'a*. Въ механизмѣ родовъ отмѣчено: hyperotatio trunci et capitis. Пуповина обвита вокругъ шеи плода два раза. Hydramnion. Родившійся плодъ мужскаго пола, 3360 grm. вѣсомъ и 49 см. длиною. Прямая окружность головки 32 см.; косая—35. Прямой размѣръ—10 см.; малый косой—9 см.; большой поперечный—8½ см., малый поперечный—7½. Окружность плечаковъ—38; поперечный размѣръ ихъ—13½. Окружность ягодицъ—31 см., поперечный размѣръ—9 см. Грудной—9 см. Форма головки овальная. Сильное захожденіе черепныхъ костей. Лѣвая ушная раковина больше правой; скуловые кости сильно выдаются; въ области шеи значительно развита подкожная жировая клѣтчатка. Недоразвитіе мягкаго неба и язычка. *Pedes equino vari*.

Приведенные случаи представляютъ интересъ 4-хъ сторонъ: эмбриологической, акушерской, судебно-медицинской и скубальной. Причину неправильнаго развитія эмбриона въ 1-мъ случаѣ слѣдуетъ искать въ толчкахъ, ударахъ, которые испытывала беременная матка. О ближайшемъ-же дѣйствиіи механическихъ вліяній на организмъ эмбриона я говорилъ выше. Нельзя не упомянуть объ ушибѣ правой ноги, который получилъ отецъ въ дѣтствѣ, но въ виду отсутствія какихъ-либо деформаций у него въ ушибленной конечности трудно и почти невозможно говорить о какихъ-либо вліяніяхъ съ этой именно стороны. Что касается причины неправильнаго строенія ножекъ (*pedes equino vari*) во 2-мъ случаѣ, то ее въ значительной мѣрѣ можно приписывать давленію со стороны маточной перегородки въ верхнемъ отдѣлѣ и уклоненію въ функции связокъ стопы и голени. Остальныя неправильности въ развитіи приходится объяснять туманнымъ словомъ «наслѣдственность».

Въ акушерскомъ отношеніи первый случай представляетъ тѣ особенности, что, во первыхъ, предлежаніе плода при данной формѣ уродства было ягодичное, простое, а затѣмъ, что при извѣстномъ положеніи плода, напр. поперечномъ, дефектъ нижней конечности при подачѣ акушерской помощи могъ создать и затрудненія: въ тѣхъ случаяхъ, напр., поворота, когда удобнѣе было-бы захватить правую ножку и имѣть ее, какъ рукоятку. О 2-мъ случаѣ съ акушерской стороны, исключая положенія тазоваго конца въ правомъ рогѣ матки, сказать болѣе ничего нельзя. Не могутъ-ли служить уродства подобныя 1-му случаю и въ судебномъ медицинскомъ отношеніи

за *corpus delicti* при обвиненіяхъ въ истязаніяхъ и побояхъ беременныхъ женщинъ, обвиненіяхъ, предусмотрѣнныхъ статьей 1491 Уголовн. наказ.? Эта статья опредѣляетъ наказанія за нанесенія беременной женщинѣ побоевъ, или истязаній, или иныхъ мученій, послѣдствіемъ чего будутъ преждевременныя роды и смерть ея младенца. Не слѣдуетъ-ли прибавить къ этимъ послѣдствіямъ и рожденія уродовъ въ тѣхъ случаяхъ, когда отсутствуютъ всѣ другія извѣстныя намъ причины неправильнаго или недостаточнаго развитія плода? Вопросъ, на которомъ желательно остановиться въ будущемъ. Наконецъ, съ скубальной стороны, рождающіеся съ подобнаго рода дефектами младенцы, которые требуютъ за собою тщательнаго ухода въ продолженіе всего дѣтства, наводятъ на мысль объ учрежденіи возможно большаго числа пріютовъ и благотворительныхъ заведеній, куда-бы могли помѣщать несостоятельные родители своихъ уродливыхъ дѣтей, нерѣдко жертвъ той же скубальной жизни.

Что касается частоты человѣческихъ уродствъ вообще, то по статистикѣ, собранной *Puech*'омъ во Франціи, они встрѣчаются въ пропорціи 11 : 96; чаще наблюдаются у незаконно-рожденныхъ дѣтей 1 : 31, чѣмъ у законныхъ 1 : 592 при этомъ чаще у индивидуумовъ женскаго пола, чѣмъ мужскаго. Кромѣ того, аномаліи въ формѣ дефектовъ превалируютъ надъ аномаліями въ формѣ избытка. На 100,000 рожденій *Puech* замѣтилъ 454 простыхъ аномалій, 61 простыхъ уродствъ и 2 случ. двойныхъ уродствъ.

Интересна статистика уродствъ у животныхъ, собранная *Gurlt*'омъ: изъ 740 уродствъ, наблюдавшихся авторомъ, наибольшее количество принадлежало коровамъ—239, овцамъ—179, свиньямъ—87; собакамъ—78, кошкамъ—71; кобылицамъ—56; козамъ—24 и наименьшее ослицамъ—3.

III.

Опухоль фаллопиевой трубы съ жидкимъ содержи- мымъ, вскрывшимся выше пупка. Удаленіе мѣшка. Выздоровленіе.

Прѣв.-доц. А. Н. Соловьѣва.

10 марта 1894 года, въ больницу Императора Павла I, была принята жена унтеръ-офицера О. О. М—на, приходившая ко мнѣ за недѣлю въ лѣчебницу для совѣта. Больная 35 лѣтъ; первыя регулы появились 16 лѣтъ и затѣмъ продолжались по 2—3 дня черезъ каждыя 3 недѣли. Имѣла пять срочныхъ родовъ, изъ которыхъ послѣдніе въ маѣ 1893 года. *Девять* лѣтъ тому назадъ были первыя боли въ правой половинѣ живота, выше паха, продолжавшіяся около мѣсяца; боли эти сопровожлались лихорадочнымъ состояніемъ. *Пять* лѣтъ тому назадъ послѣ 3 родовъ боль въ указанномъ мѣстѣ повторилась, но скоро исчезла. За два или три мѣсяца до послѣднихъ родовъ (въ маѣ 1893 г.), т. е. *годъ* тому назадъ, было третье обострѣніе этихъ болей въ правой сторонѣ живота, сопровождавшееся лихорадочнымъ состояніемъ. Послѣ легкихъ родовъ лихорадочное состояніе продолжалось. Спустя мѣсяць post part. нѣсколько выше пупочнаго кольца образовался нарывъ, вскрывшійся безъ искусственнаго вмѣшательства. По словамъ больной изъ полости нарыва вытекло большое количество жидкаго, вонючаго гноя съ примѣсью темной отчасти сгустившейся крови. Съ этого момента, т. е. втеченіе девяти мѣсяцевъ отверстіе не закрывается и черезъ него вытекаетъ постоянно тягучій дурно пахучій гной. Количество вытекающаго гноя различно, хотя иногда выдѣленіе его прекращается, что вызываетъ лихорадочное состояніе. За послѣдніе шесть мѣсяцевъ больная похудѣла и чувствуетъ упадокъ силъ; по ночамъ часто потѣетъ. Аппетитъ плохъ; запоровъ нѣтъ. При движеніи отдышка, быстрое утомленіе. Небольшой кашель.

При осмотрѣ больная представляется истощенною; слизистыя оболочки и кожа блѣдны. Сердцебиенія нормальны. Въ заднихъ доляхъ немного влажныхъ и сухихъ бронхіальныхъ хриповъ. Притупленія нигдѣ не замѣтно. Температура, измѣрявшаяся втеченіе нѣсколькихъ дней, 36,8°—37,3°. Моча нормальна.

Въ нижней половинѣ живота, надъ лоннымъ соединеніемъ, ощупывается кругловатая опухоль, величиною въ голову новорожденного ребенка; консистенція опухоли мягкая, нѣсколько упругая, поверхность гладкая; флюктуируетъ. Верхняя граница опухоли на два пальца выше пупка. На 1 см. выше пупочнаго кольца замѣчается фистулезное отверстіе среди кровотоочивыхъ грануляцій. Черезъ это отверстіе, въ полость опухоли, можно провести зондъ болѣе чѣмъ на 8 см. внизъ и вправо (по направленію къ соесум). При надавливаніи на опухоль снизу изъ фистулезнаго отверстія вытекаетъ густая, тягучая гноевидная жидкость съ отвратительнымъ запахомъ. По временамъ опухоль какъ бы увеличивается, причемъ изслѣдованіе болѣзненно; подвижность опухоли въ стороны ограничена. Матка невелика, правую стороною прилежитъ къ описанной опухоли; подвижность ея также ограничена. Нижний сегментъ опухоли прощупывается очень высоко черезъ правый сводъ рукава. Лѣвый сводъ свободенъ.

Діагнозъ колебался между *нагноившеюся кистой* яичника и *perityphlit'*омъ. Противъ послѣдняго говорило отсутствіе явленій со стороны кишечника, а также anamnesis. О скопленіи жидкости въ фаллопиевой трубѣ было трудно думать, потому что больная не страдала заразными бѣлями и не указывала симптомовъ, хотя и не обязательныхъ, какъ напр., безплодія. Правда, обострившіяся боли въ правой сторонѣ живота могли дать поводъ думать о *заболѣваніи трубы*, но большая величина и форма опухоли говорили скорѣе за *кистому яичника*.

Съ этимъ діагнозомъ мы и приступили къ операціи чревосѣченія 16-го марта съ помощію д-ровъ: *Н. А. Живописцева, В. М. Медведьева и И. М. Серебровскаго*.

Наркозъ хлороформомъ. Разрѣзъ по бѣлой линіи нѣсколько выше пупка и не доходя на два пальца выше лоннаго соединенія. Фистулезное отверстіе оставлено вправо отъ разрѣза. По вскрытіи брюшины тотчасъ же въ отверстіи показались сальникъ и кишечныя петли, выступая въ него наружу. Опухоль лежала въ правой половинѣ таза и непосредственно примыкала къ правому углу и боку матки и была крѣпко сращена съ этою послѣднею. Вверху опухоль была сращена съ брюшною стѣнкою по направленію замѣченнаго теперь фистулезнаго канала, а съ боковъ и сзади представились сращенія съ сальникомъ и тонкими кишками.

Вслѣдствіе этихъ сращеній отдѣленіе опухоли было очень затруднительно и очень продолжительно, и когда оно было окончено, то приступлено къ отдѣленію опухоли рядомъ лигатуръ на широкую связку свачало снаружи опухоли, а затѣмъ отъ самой матки. Постепенно перевязывая и перерѣзывая ткань широкой связки опухоль приподнималась кверху и затѣмъ лигатуры также постепенно подведены подъ основаніе или дно опухоли. Такъ какъ опухоли тѣсно прилегали къ боку матки, то отдѣлить всю ткань ея отъ послѣдней не удалось и рѣшено было

вшить ее въ нижній уголь раны. Въ концѣ концовъ опухоль отдѣлена отъ брюшины и весь фистулезный ходъ вмѣстѣ съ пупкомъ вырѣзаны. При отдѣленіи опухоли вверху стѣнка ея лопнула и изъ полости ея стали вытекать вонючій, слизистый гной, который былъ удаляемъ марлевыми салфетками и въ брюшную полость повидимому не попалъ. Этой жидкости вытекло около двухъ стакановъ.

Боковая сторона матки вшита въ брюшную рану такимъ образомъ что края оставшейся ткани мѣшка сшиты съ брюшиною брюшной стѣнки, причѣмъ помимо брюшины въ шовъ захвачена какъ ткань матки, такъ и брюшныхъ стѣнокъ. Лигатуры края матки, довольно коротко остриженные, выведены въ рану. Затѣмъ послѣ промыванія брюшинной полости нормальнымъ растворомъ поваренной соли брюшная рана закрыта, причѣмъ брюшина соединена непрерывнымъ швомъ, а кожа съ подлежащими слоями—узловатымъ. За исключеніемъ полоски іодоформенной марли, положенной на кожный разрѣзъ, вся операція велась асептически, какъ это вообще ведется при гинекологическихъ операціяхъ въ Павловской больницѣ; повязка изъ стерилизованной марли и ваты.

Вся операція длилась 1 ч. 40 м.

Послѣоперационный періодъ. Послѣ операціи пульсъ сталъ 68 въ 1'; темп. вѣч. 37,4°, пульсъ 80. Боль въ правой половинѣ живота. Рвоты нѣтъ.

17-го марта. Спала плохо. Позывъ на рвоту; боль въ подреберьяхъ. Дыханіе учащено. Лѣченіе: ледь, опій, вино; снаружи—горчичники. Втеченіе дня три раза рвота. Изъ половыхъ органовъ показалась кровь. Вздутіе подъ ложечкой. Сухость во рту. Вечеромъ пульсъ 120; темп. 37,6°.

18-го марта. Ночь провела спокойноѣ. Боль въ подреберьяхъ продолжается; жалуются на боль подъ ложечкой; вздутіе здѣсь усилилось. За день не рвало, хотя утромъ позывы были. Лѣченіе: ледь, висмутъ и клистиръ cum ol. terebinthini. Вечеромъ температура 37,5°, пульсъ 80.

19-го марта. Спала плохо. Боль въ подреберьяхъ есть, но вздутіе меньше. Кашель. Температура 37,7°.

21-го марта. Кашель усилился; спала однако хорошо. При выслушиваніи сады въ легкихъ разлитые сухіе и влажные хрипы. Лѣченіе: ипекакуана и кодеинъ. Первая перемѣна повязки (на четвертый день), которая промокла. Изъ нижняго угла раны, гдѣ выведены лигатуры—небольшой запахъ. Поверхность раны выдѣляетъ грязноватый гной. Къ вечеру температура 38,6°, пульсъ 90. Клистиромъ выведено большое количество газовъ, это доставило субъективное облегченіе больной.

22-го марта. Въ легкихъ явленія тѣже. Дано ol. icini, что вызвало четыре испраженія.

23-го марта. Температура 37,3°. Кашель меньше. Ночь провела хорошо. Нижніе слои повязки пропитались кровянисто-гноевидною жидкостью и ихорознымъ запахомъ; выдѣленія изъ нижняго угла раны вонючія. Въ области пупочнаго кольца выдѣляется значительное количество темной жидкой крови, а вокругъ пупка и въ мѣстѣ, гдѣ было фистулезное отверстіе замѣчается затверденіе приблизительно въ половину ладони величиною, по всей вѣроятности вслѣдствіе крововизліянія въ подкожную клітчатку.

24-го марта. Температура 37,4°—37,8°. Ночь провела спокойно, вслѣдствіе кашля. Перевязка ежедневно. Изъ верхняго угла раны вы-

текло около стакана *темной* жидкой крови, а изъ нижняго—клочковатый, вонючій гной. За исключеніемъ верхняго угла раны заживленіе регрессивнѣе. Удалено нѣсколько швовъ.

25-го марта удалены всѣ швы, при чемъ изъ верхняго угла раны выдавлены много кровяныхъ сгустковъ. Въ расширенное отверстіе вставлена полоска іодоформенной марли.

Дальнѣйшее лѣченіе не представляло ничего особеннаго. Больная постепенно оправлялась; рана уменьшилась. Оставались только нѣсколько лигатуръ, которыя сидѣли очень крѣпко. Отъ 5—8 мая у больной прошли регулы, безъ всякихъ болей. Больная вышла изъ больницы въ очень хорошемъ состояніи послѣ окончанія регулъ.

Интересъ случая состоитъ въ трудности постановки діагноза, т. е. отличить заболѣваніе трубы отъ кистомы яичника. По изслѣдованію вырѣзаннаго мѣшка проф. *М. Н. Никифоровымъ* оказалось, что мы имѣли дѣло съ фаллопиевой трубой.

Очень жаль, что мы не имѣли возможности видѣть больную прежде и такимъ образомъ опредѣлить время сращенія мѣшка съ брюшными стѣнками. Должно предполагать однако, что это приращеніе совершилось въ одну изъ беременностей, потому что иначе трудно объяснить то высокое мѣсто приращенія и вскрытія опухоли, которое мы наблюдали въ описанномъ случаѣ.

IV.

ИЗЪ КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ
ПРОФ. Н. В. ЯСТРЕБОВА.

Объ казуистикѣ опухолей наружныхъ половыхъ
органовъ у женщинъ.

(Lipoma labii majoris sinistri).

Штатн. ординатора А. А. Ануфриева.

Новообразования жироваго характера (lipomata), не только достигшія значительныхъ размѣровъ, но и малой сравнительной величины, встрѣчаются на наружныхъ половыхъ частяхъ у женщинъ далеко не часто. Эти новообразования берутъ начало или изъ большихъ губъ, или montis veneris. Исходнымъ пунктомъ происхожденія жировиковъ въ большихъ губахъ служитъ тотъ постоянный клубочикъ жира, который заложенъ въ дартостическомъ мѣшкѣ (*P. Tillaux*). Самый же дартостическій мѣшокъ составляется изъ оболочекъ, похожихъ на таковыя же оболочки мужскихъ половыхъ органовъ (слѣдовательно на продолженіе fasciae superficialis abdominis). По изслѣдованіямъ *Брокка* эта оболочка имѣетъ форму мѣшка, узкая часть котораго соотвѣтствуетъ нижнему отверстию паховаго канала. Кпереди дартостическая оболочка не сростается съ глубокою поверхностью кожи, но кнутри и кзади она крѣпко приростаетъ къ покрову губы и къ поверхностному апоневрозу промежности. Въ полости вышеупомянутаго мѣшка находятся: постоянный клубочикъ жира, конецъ круглой связки матки и иногда встрѣчается здѣсь брюшинный придатокъ, извѣстный

ЖУРН. АКУШ. И ЖЕН. БОЛ. ЮЛЬ И АВГ. 94. 1

подъ именемъ Нукова канала (*canalis Nuckii*). Случается, что этотъ послѣдній каналъ не закрывается весь, а часть его растягивается и наполняется жидкостью, вслѣдствіе чего развивается на губахъ киста (*hydrocele mulibris*). Въ виду рѣдкости жировиковъ большихъ губъ и не всегда легкой дифференціальной діагностики между ними и другими страданіями этой области я и рѣшился опубликовать наблюдавшійся и оперированный мною случай подобнаго рода въ клиникѣ.

Эм. Б., служанка, 32 лѣтъ отъ роду, беременная на IV мѣсяцѣ первый разъ, поступила въ клинику 7-го апрѣля этого года. Первая крови получила на 17 году. Титъ кровей $\frac{7 \text{ дн.}}{2 \text{ нед.}}$. Количество крови обильное, во время нихъ появляются боли. Послѣднія крови были 3½ мѣсяца тому назадъ, продолжались 7 дней и были больше, чѣмъ всегда. Бользней дѣтства не помнитъ. Жалуется на боли внизу живота, въ ногахъ, затрудненіе при ходьбѣ со стороны опухшей лѣвой большой губы и общее недомоганіе. Больная сообщаетъ, что 6 лѣтъ тому назадъ, когда она мыла окно, упала съ послѣдняго въ комнату и ударилась наружными половыми частями объ ручку кресла. Была садина на лѣвой большой губѣ и наблюдалось изъ нея же обильное кровотеченіе. Пролежала тогда въ постели около 6 недѣль. Годъ тому назадъ стала замѣчать на лѣвой большой губѣ опухоль, которая постепенно увеличивалась въ объемѣ. Съ наступленіемъ настоящей беременности опухоль начала причинять безпокойства: по временамъ болѣть и мѣшать при ходьбѣ, что и заставило больную поступить въ клинику. *Status praesens*: тѣлосложеніе и питаніе удовлетворительныя. Лѣвая большая губа представляется въ формѣ мѣшчатой эластическо-мягкой опухоли съ нормальными наружными покровами.

Длина лѣвой большой губы около 8 см. По своему виду опухоль похожа на *scrotum*. При перкуссіи она даетъ тупой тонъ; при надавливаніи безболѣзненна. Ощупывая опухоль, получается такое впечатлѣніе, какъ будто она состоитъ изъ тяжей, шнурковъ и мѣстами изъ мягкихъ скученныхъ, величиною съ миндальный орѣхъ, образований, при чемъ не исключается возможности присутствія и небольшого количества жидкаго содержимаго. Опухоль, по видимому, расположена въ нижней задней периферіи большой губы. По направленію къ паховому каналу то-же прощупывается какъ-бы тяжъ, который однако, не доходя до него, прерывается.

Правая большая губа не измѣнена, равно какъ и малыя губы. Влагалище въ нижней своей части складчатое. Матка соответствуетъ IV мѣсяцу беременности и лежитъ въ *anteversio flexio*, подвижна и безболѣзненна. Яичники не измѣнены. Остальные органы таза и брюшной полости не представляютъ ничего особеннаго.

Не только первый взглядъ на опухоль, но даже и первое изслѣдованіе наводитъ на мысль, что имѣется дѣло съ паховой грыжей: такъ опухоль похожа на нее и такъ мало сходна съ

новообразованіемъ. Особенно спутываетъ чрезмѣрная рыхлость, пастозность опухоли и отсутствіе рѣзко ограниченной формы. Расположеніе ея въ нижне-задней периферіи губы не исключаетъ предположенія и *herniae labialis posterioris* (*perinealis*). Но болѣе тщательное изслѣдованіе обнаруживаетъ, что это образованіе не имѣетъ ничего общаго съ какой бы то ни было грыжей. Такъ: во 1) не удается прощупать наружнаго пахово-го кольца и связи съ нимъ опухоли; во 2) опухоль не вправляется; въ 3) при перкуссии нѣтъ тимпаническаго тона, а есть тупой; въ 4) при кашле-выхъ толчкахъ и натуживаніи опухоль не увеличивается и въ 5) наконецъ, впродолженіи почти цѣлаго года никакихъ явленій ущемленія не замѣчалось. Остаются, такимъ образомъ, кромѣ грыжи, слѣдующіе процессы: варикозныя расширенія венъ въ формѣ узловатыхъ утолщеній, *haematoma labii*, *hydrocele muliebris*, *cystis glandulae Bortolinianae* и наконецъ новообразованія: фибромы и липомы. Первый процессъ исключается въ виду отсутствія увеличенія опухоли при сжатіи центрального конца вены; второй—не имѣетъ мѣста, такъ какъ нѣтъ измѣненія цвѣта кожи, напряженности и зыбленія. Кромѣ того, пробнымъ проколомъ Праваца не удалось получить ни капли какой-либо жидкости, что исключало присутствіе и *hydrocele muliebris*. Отсутствіе связи съ бартолиниевой железой и нормальная внутренняя стѣнка губы не допускали возможности образованія опухоли съ этой стороны. Оставались, слѣдовательно, новообразованія; и такъ какъ опухоль не была плотной консистенціи и не имѣла бугристой поверхности, то скорѣе можно было высказаться въ пользу липомы, чѣмъ фибромы. Я не говорю о воспалительныхъ процессахъ и *elephantiasis*, о которыхъ невозможно было дѣлать какого-либо даже и предположенія. Въ данномъ случаѣ былъ одинъ только діагностическій признакъ, указанный *Гиллдебрантомъ* для липомъ большихъ губъ—это своеобразная мягко-эластическая консистенція опухоли, рѣзко ограниченной же формы не существовало. Въ виду того, что опухоль мѣшала больной ходить, вызывала рефлекторныя явленія и могла создать извѣстныя препятствія во время родового акта (при поздней беременности первый разъ на 32 году весьма вѣроятно, что роды придется окон-

чить еще и щипцами), рѣшено было удалить ее подѣ хлороформнымъ наркозомъ.

Разрѣзъ проведенъ по длиннику большой губы на протяженіи 6 см. При разрѣзѣ передней дартостической оболочки опухоль выступила наружу и легко была экстирпирована. Рана закрыта 4 швами и наложена антисептическая повязка. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений, исключая только одного интереснаго явленія, что больная трое сутокъ не могла сама мочиться и приходилось выпускать мочу катетеромъ. На 7 день швы удалены: заживленіе *per prim. intention*. Губа сморщилась и на мѣстѣ опухоли имѣется мѣшеччатой формы утолщеніе. Расчитывая на сморщиваніе кожи, я воздержался отъ клиновиднаго иссѣченія ея, но въ виду все таки значительнаго растяженія кожи желательно такого рода иссѣченіе.

Беременность продолжаетъ протекать правильно, безъ всякихъ осложнений. Вырѣзанная опухоль вѣсила 50 grm.; длина ея—7 см., ширина 5 см. и толщина 3,5 см. Опухоль представляетъ чистый жировикъ съ вѣжной соединительно-тканной стромой.

Данный случай представляетъ интересъ по своей сравнительной рѣдкости, затѣмъ въ отношеніи дифференціальной діагностики и наконецъ по этиологическому моменту—травмѣ, какъ несомнѣнной причинѣ опухоли.

V.

Отчетъ о дѣятельности Варшавскаго VI Городскаго Родильнаго Приюта со времени его открытія (съ

1 ноября 1887 г. по 1 января 1894 г.).

Завѣдующаго врача Юліи Клаузинской.

(Сообщено 26 марта 1894 г. въ Варшавскомъ Русскомъ Медицинскомъ Обществѣ).

Давно уже признанный, общеизвѣстный фактъ недостаточности родильныхъ учрежденій большихъ и малыхъ въ гор. Варшавѣ до сихъ поръ является печальнымъ явленіемъ, для устраненія котораго еще ничего не сдѣлано. Сотни несчастныхъ бѣдныхъ роженицъ ежегодно обиваютъ пороги родильныхъ заведеній, прося убѣжища, необходимаго въ ихъ состояніи, требующаго скорой, безотлагательной помощи. Многія получаютъ соотвѣтственную помощь, принимаются и призрѣваются въ этихъ заведеніяхъ, но еще большее количество уходитъ съ отказомъ и скитается въ мукахъ, во всякую пору дня и ночи, въ ужасѣ, что роды ихъ застигнутъ на дорогѣ. Что случаи такіе не рѣдки, всякому извѣстно. Что дѣлается съ тѣми сотнями жертвъ недостаточности нашихъ родильныхъ заведеній, мы не знаемъ—знаемъ только фактъ большаго 0/0 заболѣваній и смертности отъ родильной горячки у женщинъ, разрѣшающихся внѣ родильныхъ заведеній.

На весь городъ съ четырьмястами съ лишнимъ тысячъ жителей и его окрестности, имѣется всего 55 мѣстъ въ различныхъ родильныхъ заведеніяхъ. Въ акушерской клиникѣ Варшавскаго Университета 12 кроватей, въ родовспомогатель-

номъ заведеніи «Общества оказанія помощи неимущимъ матерямъ и ихъ дѣтямъ» 15, въ отдѣленіи для роженицъ при Еврейской больницѣ 10 и наконецъ въ шести городскихъ родильныхъ покояхъ 18, считая въ каждомъ изъ нихъ по 3 кровати. Ничего нѣтъ удивительнаго, что при такихъ условіяхъ является сильное переполненіе нѣкоторыхъ изъ этихъ учреждений, громадное количество отказовъ по неимѣнію мѣста, скитаніе несчастныхъ роженицъ изъ одного заведенія въ другое, находящихся на значительномъ разстояніи другъ отъ друга и несоединенныхъ между собою телефонами.

Нижепомѣщаемая табличка указываетъ на количество принятыхъ роженицъ во всѣ родильныя заведенія гор. Варшавы въ теченіе 3-хъ лѣтъ съ 1889 по 1891 г.

| Родильное заведеніе. | Штатное число кроватей. | П Р И Н Я Т О . | | | ВСЕГО. |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|---------|---------|--------|
| | | въ 1889 г. | 1890 г. | 1891 г. | |
| Акушерская клиника . . . | 12 | 458 | 521 | 472 | 1451 |
| Частное вспомогательное за- веденіе | 15 | 251 | 257 | 243 | 751 |
| Отдѣленіе роженицъ при Еврейской больницѣ . . . | 10 | 146 | 151 | 133 | 430 |
| 6 городскихъ родильныхъ пріютовъ | 6×3=18 | 1100 | 1202 | 1422 | 3724 |

Изъ этой таблички видно, что въ родильныхъ пріютахъ призрѣвается большинство роженицъ, число поступающихъ въ нихъ постоянно возрастаетъ, въ другихъ заведеніяхъ въ 1891 г. замѣчается пониженіе числа поступающихъ.

Самое большое число принимаемыхъ падаетъ на Акушерскую клинику и пріюты, но въ то время, какъ отношеніе числа кроватей первой ко вторымъ относится какъ 1:1,5, число призрѣваемыхъ женщинъ въ клиникѣ относительно значительно меньше: оно выражается отношеніемъ 1:2,5.

Это еще нагляднѣе видно, если сопоставить среднее годовое и среднее мѣсячное число роженицъ, принимаемыхъ на одну кровать во всѣхъ родильныхъ заведеніяхъ.

Въ то время, какъ клиника принимаетъ въ годъ на одну кровать 40,3, другія заведенія 16,7 и 14,3—пріюты при-
 2

мають 68,9. Если въ мѣсяцъ на одну кровать клиники приходится 3,4,—въ другихъ заведеніяхъ 1,4 и 1,2, то въ пріютѣ 5,7.

| Родильное заведеніе. | СРЕДНЕЕ ГОДОВОЕ ЧИСЛО РОЖЕНИЦЪ НА 1 КРОВАТЬ. | | | Среднее за три года. |
|-------------------------------|----------------------------------------------|---------|---------|----------------------|
| | 1889 г. | 1890 г. | 1891 г. | |
| Акушерская клиника | 38,1 | 43,4 | 39,3 | 40,3 |
| Родовспомогат. завед. | 16,7 | 17,1 | 16,2 | 16,7 |
| Еврейская больница | 14,6 | 15,1 | 13,3 | 14,3 |
| Городскіе пріюты | 61,1 | 66,7 | 79,0 | 68,9 |

| Родильное заведеніе. | СРЕДНЕЕ МѢСЯЧНОЕ ЧИСЛО РОЖЕНИЦЪ НА 1 КРОВАТЬ. | | | Среднее за три года. |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|---------|---------|----------------------|
| | 1889 г. | 1890 г. | 1891 г. | |
| Акушерская клиника | 3,2 | 3,6 | 3,3 | 3,4 |
| Родовспомогат. завед. | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| Еврейская больница | 1,2 | 1,3 | 1,1 | 1,2 |
| Городскіе пріюты | 5,1 | 5,5 | 6,6 | 5,7 |

Въ 1891 году отношеніе количества призрѣваемыхъ женщинъ въ городскихъ пріютахъ вдвое больше, чѣмъ въ клиникѣ и почти въ пять разъ больше, чѣмъ въ другихъ заведеніяхъ. Слѣдовательно, если вслѣдствіе недостатка мѣстъ въ гор. Варшавѣ, родильныя заведенія переполняются, то это переполненіе въ особенности рѣзко замѣтно въ городскихъ пріютахъ.

Понятно, что при такомъ стеченіи роженицъ, и такомъ маломъ количествѣ кроватей, пріюты вынуждены помѣщать своихъ больныхъ не только на кровати родильной, но зачастую приходится помѣщать больныхъ на полу. Не смотря на всѣ употребляемыя пріютами усилія, доставлять возможно большому количеству роженицъ убѣжище, они часто и очень часто вынуждены отказывать этимъ несчастнымъ въ помѣщеніи ихъ. За эти три года общее число отказовъ въ городскихъ пріютахъ по неимѣнію мѣста достигаетъ 2795. Это голая цифра, но сколько за ней скрыто слезъ, отчаянія, ругани, проклятій, упрековъ, посылаемыхъ по адресу этихъ учрежденій,—это хо-

рошо извѣстно лишь тому, кто близко съ этимъ дѣломъ соприкасается. Все выносятся приюты: и ругань и слезы несчастныхъ, которымъ отказываютъ приюты, недовольство общества, которое въ большой претензи, если рекомендованная имъ роженица не находитъ мѣста, и упреки и тяжкія обвиненія со стороны врачей, что приюты доставляютъ запущенные роды въ клинику акушерскую. А причина всему одна—недостаточность кроватей въ приютахъ и отсутствіе телефонныхъ сообщеній. Выводъ слѣдующій: если общее количество мѣстъ для роженицъ въ гор. Варшавѣ недостаточно, то въ особенности рѣзко проявляется недостаточность кроватей въ 6 городскихъ приютахъ, куда стекается большинство роженицъ. Увеличеніе, какъ числа кроватей въ существующихъ уже приютахъ, такъ и увеличеніе количества приотовъ крайне необходимо.

За двѣнадцать лѣтъ существованіе пяти городскихъ приотовъ, которые открыты въ ноябрѣ 1882 года и за шестилѣтнее существованіе VI, съ 1 ноября 1887 года, которымъ я завѣдую—не было ни одного печатнаго отчета, болѣе или менѣе наглядно рисующаго дѣятельность этихъ учреждений. Только въ общей прессѣ, а именно въ Варшавскомъ Дневникѣ за 1886 и 87 годы появились общіе отчеты о пяти родильныхъ приютахъ, доказывающіе постоянное возростаніе ищущихъ помощи въ этихъ приютахъ и громадное количество отказовъ за неимѣніемъ мѣста. Покойному проф. *Вальтеру*, бывшему медицинскому инспектору больницъ гор. Варшавы, мы обязаны этими свѣдѣніями о родильныхъ приютахъ; онъ сознавалъ существенную необходимость такихъ малыхъ приотовъ, будучи глубоко убѣжденнымъ въ ихъ полной пригодности для бѣднаго народонаселенія, которое не въ состояніи поставить бѣдную роженицу въ условія, необходимыя для правильнаго теченія родоваго акта. Крайняя нищета, грязь, грубое невѣжество ухаживающаго за роженицами нисшаго медицинскаго персонала, въ особенности заставляющаго много желать въ нашемъ краѣ, ставить рождающую въ большую опасность, подчасъ смертельную, при этомъ физиологическомъ актѣ.

VI Городской Родильный Приютъ, какъ и всѣ прочіе приюты, помѣщается въ частномъ домѣ и занимаетъ квартиру, состоящую изъ шести комнатъ, двухъ кухонь, изъ которыхъ

одна превращена въ смотровую и ванную, двухъ переднихъ и отдѣльной прачешной въ подвальномъ этажѣ. Пріютъ занимаетъ весь второй этажъ дома, стоящаго особнякомъ на берегу Вислы, по улицѣ Доброй. Жильцовъ въ домѣ мало, занятыми 3-й и 1-й этажи. Флигелей нѣтъ—за домомъ находится довольно большой садикъ съ фруктовыми деревьями, за нимъ берегъ Вислы. Изъ оконъ пріюта прелестный видъ на Вислу и островокъ Саскую Кемпу. Улица мало заселенная—воздухъ чистый; къ сожалѣнію канализація по этой улицѣ еще нѣтъ.

Въ смотровой комнатѣ, которая вмѣстѣ съ тѣмъ служитъ и ванной, промываются, дезинфицируются и изслѣдуются не только поступающія роженицы, но и каждая изъ женщинъ, ищущихъ помощи въ пріютѣ. Въ виду того, что VI Городской Родильный Пріютъ помѣщается на окраинѣ города и дорога къ другимъ пріютамъ не близкая, то любая изъ роженицъ можетъ быть застигнута родами по дорогѣ, послѣ отказа въ приемѣ за неимѣніемъ мѣста. Во избѣжаніе такихъ случайностей, сдѣлано распоряженіе, каждую изслѣдовать, и слѣдовательно промывать и дезинфицировать (ибо безъ таковой дезинфекціи изслѣдованіе беременныхъ строго воспрещено) и только при наличности условій, (т. е. начавшихся родахъ), дающихъ право на поступленіе, она принимается, въ противномъ случаѣ отправляется домой. При неимѣніи же мѣста, если роды далеко подвинуты впередъ и если роженица не можетъ поспѣть во время въ другой пріютъ или клинику, одна изъ родильницъ помѣщается на тюфякѣ на полу, а роженица переводится для родовъ въ родильный залъ.

При поступленіи роженицы и при изслѣдованіи каждой изъ входящихъ беременныхъ, половые органы обмываются теплой водой, мыломъ, vagina проспринцовывается $\frac{3}{1000}$ растворомъ сулемы, причемъ въ послѣднее время примѣняется вымываніе vaginae при помощи введеннаго въ нее указательнаго пальца, которымъ гораздо легче удаляется слизь, кровь и пр. выдѣленія изъ влагалища, и достигается болѣе тщательная очистка полового канала. Затѣмъ роженица поступившая, если позволяетъ періодъ родовъ, беретъ ванну въ этой же комнатѣ, переодѣвается въ чистое бѣлье и направляется въ родильный залъ. При невозможности брать ванну, она дѣлаетъ

частичное обмываніе тѣла, вытирается полотенцемъ, смоченнымъ въ сулемѣ 1:1000. Ухаживающая акушерка одѣта въ ситцевое платье и полотнянный бѣлый длинный передникъ, закрывающій все платье.

Родильный залъ въ 62 куб. метра вмѣстимости, окрашенъ бѣлой клеевой краской, полъ выкрашенъ масляной, какъ и во всѣхъ прочихъ комнатахъ. Вся мебель состоитъ изъ родильной кровати, малаго столика около нея, деревяннаго операціоннаго стола умывальника, стеклянной бутылки съ растворомъ сулемы 1:1000 для дезинфекціи рукъ. Кровати для рожениць и родильницъ деревянныя съ проволочной сѣткой, тюфяки соломенные, клеенка на всю кровать въ родильной и на половину въ послѣродовыхъ палатахъ. Все бѣлье, солома, само собой разумѣется, мѣняется для каждой вновь поступающей. Промывка производится изъ большой стеклянной бутылки, находящейся на подвижномъ чугунномъ штативѣ на колесикахъ (по примѣру имѣющихся въ Акушерской Клиникѣ), которыхъ имѣется два въ пріютѣ, одинъ—для родильнаго зала, другой—для послѣродовыхъ палатъ. Фарфоровыя подкладныя судна, накопечники, катетры стеклянные у каждой роженицы отдѣльные, послѣдніе хранятся въ сосудѣ съ растворомъ сулемы 1:1000.

Для послѣродовыхъ отведены двѣ палаты; одна въ 90 куб. метр.—для двухъ, а другая въ 54 куб. метр.—для одной; послѣдняя служитъ также для изоляціи въ случаѣ появленія послѣродовыхъ заболѣваній. И въ этихъ комнатахъ, кромѣ кроватей, того же типа, кроватокъ для дѣтей и столиковъ, другой мебели не имѣется. Тотчасъ послѣ родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ примѣняются только наружныя обмыванія половыхъ частей сулемой 1:3000; внутривлагалищныя спринцеванія примѣняются только въ патологическихъ случаяхъ.

Прочія двѣ комнаты заняты акушеркой и прислугой, а 3-я маленькая, гдѣ стоятъ 2 шкафа съ бѣльемъ и 1 съ инструментами и лѣкарствами, представляетъ въ то же время и кабинетъ для врача. Въ настоящее время въ послѣдней будутъ помѣщены двѣ кровати для платныхъ больныхъ.

Къ сожалѣнію одно изъ важныхъ неудобствъ помѣщенія, это отсутствіе ватерклозета, такъ какъ въ этой части города еще не проведена канализація; приходится довольствоваться

пудеркловетомъ съ отвоцкимъ порошкомъ. Это неудобство настолько ощутительно, что послужить поводомъ къ перемѣнѣ помѣщенія по истеченіи контракта.

Пища готовится хозяйственнымъ образомъ подъ наблюдениемъ акушерки и по предписанію врача.

Изъ служащаго персонала пріюта всѣ, кромѣ врача, живутъ въ пріютѣ, а именно: акушерка, ея помощница, простая повитуха, окончившая въ клиникѣ 4-мѣсячный курсъ акушерства, вполне пригодная для такой помощи, тѣмъ болѣе, что требованія ея невелики, она помѣщается наравнѣ съ прислугой въ общей для нихъ комнатѣ, и получаетъ всего 5 руб. жалованія частнымъ образомъ, такъ какъ пріютъ не ассигнуетъ суммъ для содержанія такой помощницы, а при такомъ количествѣ больныхъ, она безусловно необходима и безъ таковой обойтись нельзя. Приходящая же бесплатная помощница, каковая по уставу, неудобна въ виду невозможности полного за нею контроля въ смыслѣ занесенія въ пріютъ заразы. Затѣмъ имѣются горничная и кухарка, которыя кромѣ своихъ обязанностей, занимаются и стиркой бѣлья для больныхъ.

Каждая родящая женщина съ нормальными или патологическими родами имѣетъ право на поступленіе въ пріютъ, если она не одержима заразною болѣзью. Документовъ не требуется. Помощь бесплатная. Въ послѣднее время заведены впрочемъ кружки, въ которыя принимаемая роженица вноситъ по мѣрѣ возможности нѣкоторую плату. Заболѣвшія переводятся въ одну изъ городскихъ больницъ, либо оставляются въ пріютѣ, въ который тогда пріемъ другихъ роженицъ прекращается.

Въ VI городскомъ Родильномъ Пріютѣ каждая изъ заболѣвшихъ послѣродовой горячкой оставляется по крайней мѣрѣ на первое время, т. е. до 9 сутокъ въ пріютѣ и выписывается по выздоровленіи. Если же болѣзнь затягивается, то выписывается на домъ, гдѣ пользуется дальнѣйшимъ лѣченіемъ завѣдующаго врача, либо направляется въ больницу для окончательнаго излѣченія. При появленіи случая послѣродовой инфекции—жизнь и порядокъ такого маленькаго заведенія рѣзко измѣняются; такъ: заболѣвшая помѣщается въ отдѣльную палату, которая вполне изолируется отъ прочихъ комнатъ пріюта. Къ заболѣвшей входъ разрѣшается только ухаживающей за ней акушеркѣ, причемъ

въ особенно тяжелыхъ случаяхъ производятся завѣдующимъ врачомъ не только промывка матки, но часто и влагалищная, дабы избѣжать опасности занесенія заразы другимъ роженицамъ. Это тѣмъ настоятельнѣе необходимо въ нашемъ пріютѣ, въ которомъ не смотря на § Устава о прекращеніи пріема во время заболѣванія одной изъ родильницъ, никогда не удавалось вполнѣ провести даннаго требованія, не рискуя заставить женщину, просящую пріюта, родить на улицѣ, или же являлось невозможнымъ отказать въ приемѣ женщинѣ, разрѣшившейся уже на улицѣ и поступающей въ послѣродовомъ періодѣ съ ребенкомъ на рукахъ. Не смотря на невозможность полного прекращенія пріема роженицъ во время заболѣванія одной изъ поступившихъ, ни одна изъ поступающихъ въ такіе тяжелые дни жизни нашего маленькаго заведенія не заболѣвала, благодаря, конечно, той тщательной, если можно еще болѣе усиленной осторожности при веденіи родовъ въ такихъ случаяхъ. Послѣ выписки такой заболѣвшей производится самое тщательное обеззараживаніе комнаты и всего соприкосавшагося съ больной. Много вещей, какъ наконечники, катетры, клеенка—подвергаются полному уничтоженію. Солома сжигается—тюфяки и все бѣлье кладутся на сутки въ 1:1000 растворъ сулемы. Одѣяла, подушки и пр. вещи отсылаются въ дезинфекціонную камеру больницы Св. Духа. Кровать, столикъ обмываютъ 3⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты или 1:1000 сулемы. Комната заболѣвшей въ первые годы существованія пріюта дезинфецировалась при помощи сжиганія сѣры, въ послѣднее время распыленіемъ и обмываніемъ стѣнъ, потолка, пола 3⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты изъ особаго насоса. Въ особенно тяжелыхъ случаяхъ, послѣ такого обмыванія, стѣны и потолокъ соскабливаются и заново красятся.

Одно изъ важныхъ неудобствъ перевода заболѣвшихъ родильницъ въ больницы, это невозможность отправлять вмѣстѣ съ ними и новорожденныхъ дѣтей, которыхъ по уставу больницы не принимаютъ; обстоятельство, объясняющее, почему родильницы въ большинствѣ случаевъ отказываются отъ помѣщенія ихъ въ больницы и предпочитаютъ отправиться домой и такимъ образомъ завѣдующему пріютомъ врачу приходится лечить ихъ на дому. Устройство вполнѣ приспособленнаго отдѣльнаго помѣщенія для заболѣвшихъ родильницъ и ихъ дѣтей въ

одной изъ центральныхъ городскихъ больницъ, куда стекались бы больныя съ послѣродовыми заболѣваніями изъ всего города, является насущною потребностію. Въ то же время устройство такого отдѣленія дало бы возможность полнаго контроля за дѣятельностію мѣстныхъ акушерокъ, что отозвалось бы несомнѣнно на уменьшеніи заболѣвающихъ родильной горячкой.

№ 1. ОВЩЕЕ ЧИСЛО ПОСТУПИВШИХЪ.

| Годъ. | Всего. | Беременныхъ выписанныхъ перезрѣвшихъ. | Роженицъ. | Послѣ уличныхъ родовъ. | Отказано въ пріемъ за неимѣніемъ мѣста. |
|-------|--------|---------------------------------------------|-----------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1887 | 13 | 1 | 12 | — | — |
| 1888 | 115 | — | 115 | — | — |
| 1889 | 154 | — | 154 | — | — |
| 1890 | 202 | — | 202 | — | — |
| 1891 | 249 | 1 | 246 | 2 | 29 |
| 1892 | 288 | — | 286 | 2 | 85 |
| 1893 | 253 | — | 251 | 2 | 110 |
| | 1274 | 2 | 1266 | 6 | 224 |

Вѣдомость № 1 указываетъ на постепенно увеличивающееся число поступающихъ роженицъ въ VI Городскомъ Пріютѣ и лишь въ 1893 году замѣтно нѣкоторое уменьшеніе числа поступающихъ, по причинѣ ремонта въ пріютѣ. Число отказовъ по неимѣнію мѣста за два съ лишнимъ года = 224. Прежде количество непринимаемыхъ не было записываемо.

Число принимаемыхъ въ VI Родильный Пріютъ на одну кровать въ годъ и въ мѣсяцъ выражено въ слѣдующей табличкѣ.

| | 1888. | 1889. | 1890. | 1891. | 1892. | 1893. |
|-----------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Среднее годовое число роженицъ на одну кровать | 38,3 | 51,3 | 67,3 | 83 | 96 | 84 |
| Среднее мѣсячное число роженицъ на одну кровать | 3,2 | 4,3 | 5,6 | 7 | 8 | 7 |

Если среднее число дней, проводимых роженицей въ приютѣ = 6,1, то понятно, что при такомъ количествѣ принимаемыхъ, число кроватей не можетъ быть достаточнымъ, а потому сплошь да рядомъ роженицамъ приходится проводить послѣродовой періодъ на полу.

Вѣдомость № 2 указываетъ, что максимумъ родоразрѣшеній въ нашемъ приютѣ падаетъ на мѣсяцы августъ и июль, а минимумъ на апрѣль. Это сильное увеличеніе поступленій въ лѣтніе мѣсяцы неразрывно связано съ ремонтомъ другихъ родильныхъ заведеній и клиники, обычно закрываемыхъ на это время.

№ 2. РАСПРЕДѢЛЕНІЕ РОДОВЪ ПО МѢСЯЦАМЪ.

| | 1887. | | 1888. | | 1889. | | 1890. | | 1891. | | 1892. | | 1893. | | Всего. | | ИТОГО. |
|--------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|
| | I-p. | M-p. | I-p. | M-p. | |
| Январь . . | | | 4 | 3 | 3 | 8 | 2 | 17 | 2 | 16 | 9 | 11 | 7 | 14 | 27 | 69 | 96 |
| Февраль . . | | | 2 | 5 | — | 9 | 11 | 9 | 4 | 14 | 9 | 11 | 9 | 11 | 35 | 59 | 94 |
| Мартъ . . | | | 3 | 5 | 6 | 11 | 8 | 8 | 3 | 12 | 8 | 19 | 6 | 19 | 34 | 74 | 108 |
| Апрѣль . . | | | 4 | 6 | 3 | 3 | 3 | 16 | 6 | 7 | 8 | 12 | 6 | 14 | 30 | 58 | 88 |
| Май | | | 3 | 9 | 9 | 4 | 2 | 6 | 2 | 18 | 8 | 23 | 5 | 18 | 29 | 78 | 107 |
| Іюнь | | | 5 | 4 | 9 | 7 | 3 | 8 | 12 | 11 | 7 | 18 | 2 | 14 | 38 | 62 | 100 |
| Іюль | | | 5 | 7 | 8 | 9 | 9 | 11 | 11 | 24 | 9 | 16 | 5 | 12 | 47 | 79 | 126 |
| Августъ . . | | | 7 | 8 | 3 | 10 | 4 | 14 | 6 | 19 | 8 | 21 | 13 | 17 | 41 | 89 | 130 |
| Сентябрь . . | | | 2 | 6 | 5 | 9 | 3 | 18 | 8 | 10 | 6 | 20 | 3 | 17 | 27 | 80 | 107 |
| Октябрь . . | | | 3 | 7 | 1 | 8 | 4 | 8 | 3 | 18 | 8 | 14 | 2 | 19 | 21 | 74 | 95 |
| Ноябрь . . | 1 | 5 | 3 | 6 | 5 | 7 | 4 | 14 | 9 | 8 | 7 | 14 | 7 | 9 | 36 | 63 | 99 |
| Декабрь . . | 4 | 2 | 3 | 5 | 5 | 12 | 6 | 14 | 9 | 14 | 4 | 16 | 11 | 11 | 42 | 74 | 116 |
| | 5 | 7 | 44 | 71 | 57 | 97 | 59 | 143 | 75 | 171 | 91 | 195 | 76 | 175 | | | |
| | 12 | | 115 | | 154 | | 202 | | 246 | | 286 | | 251 | | | | |

Среднее число поступленій въ мѣсяць за всѣ шесть лѣтъ равно 17,5. Сравнивая среднее число мѣсячныхъ поступленій за 1890, 91 и 92 года, гдѣ оно равно 20,1, съ таковымъ же среднимъ числомъ мѣсячныхъ поступленій въ Варшавскую

акушерскую клинику, гдѣ оно равно 43,9, мы видимъ, что относительное число поступившихъ въ VI Городской Пріютъ почти вдвое больше такового въ клиникѣ (число кроватей въ послѣдней вчетверо больше чѣмъ въ пріютѣ).

За отчетное время, т. е. съ 1 ноября 1887 г. по 1 января 1894 г. поступило въ VI Городской Родильный Пріютъ 1266 роженницъ и 2 беременныя. Эти двѣ беременныя, поступившія съ кровотеченіемъ, выписались выздоровѣвшими, неразрѣшившись. 5 женщинъ принято въ послѣродовомъ періодѣ; у нихъ роды произошли на улицѣ по дорогѣ въ пріютъ, одна поступила послѣ рожденія ребенка и выдѣленія послѣда, также послѣ уличныхъ родовъ. У всѣхъ шестерыхъ послѣродовой періодъ прошелъ нормально безъ всякихъ осложнений, не было также поврежденій родовыхъ путей, что считается правильнымъ при уличныхъ родахъ; впрочемъ всѣ были многогородящія, у которыхъ обыкновенно разрывы промежности бываютъ значительно рѣже. Одна роженица умерла неразрѣшившись спустя короткое время по поступленіи. На мертвой сдѣлано въ пріютѣ кесарское сѣченіе и извлеченъ мертвый плодъ. Этотъ случай представляетъ нѣкоторый интересъ по той своеобразной помощи, которой больная пользовалась на дому и можетъ служить образчикомъ той печальной обстановки, которая зачастую окружаетъ бѣдную роженицу нашей мѣстности.

16 іюля 1891 года, доставлена, въ 7 ч. 30 м. вечера, въ пріютъ, 24 лѣтняя, II разъ родящая, жена крестьянина, привезенная на крестьянской телѣгѣ изъ одного изъ предмѣстій нашего города. Роды начались 14 іюля вечеромъ, вода прошла 15 іюля утромъ, 15 же была приглашена акушерка, которая провела около роженицы ночь съ 15 на 16 іюля. 16 утромъ акушеркой былъ приглашенъ фельдшеръ (!), который совмѣстно съ акушеркой накладывалъ многократно щипцы, но безуспѣшно. Спустя 7 часовъ послѣ накладыванія щипцовъ въ 6 ч. вечера того же дня, больная направлена въ родильный пріютъ. По словамъ акушерки Пріюта больная доставлена съ едва ощущаемымъ пульсомъ, холодными конечностями. Животъ вздутъ, болѣзненъ, наружныя части припухши, синеватаго цвѣта, зѣвъ совсѣмъ открытъ, головка неподвижна во входѣ таза въ I черепномъ положеніи—сердцебіенія ребенка не слышно.

Въ 8 ч. 5 м. вечера я нашла роженицу мертвою—осталось только извлечь плодъ при помощи кесарскаго сѣченія.

При вскрытіи найдено слѣдующее: при переходѣ тѣла матки въ шейку на передней ея поверхности рваная рана овальной формы, длинный діаметръ около 7 centm., поперечный 4. На задней стѣнкѣ vaginae, въ средней ея трети, найденъ продольный надрывъ слизистой оболочки около 4 centm. величиной, верхній край котораго представляется подрытымъ на протяженіи около 2 centm. Въ окружности надрыва, прижизненные кровоподтеки, болѣе развиты въ верхней части. Въ заднемъ сводѣ влагалища двѣ, проникающія въ Дугласово пространство, раны, изъ которыхъ одна почти по средней линіи, длиною въ 5 centm., другая—нѣсколько влѣво и внизъ отъ предыдущей, длиною въ 8 centm. Края раны почти ровны. На слизистой оболочкѣ входа vaginae небольшія трещины и ссадины.

Размѣры таза, полученные на трупѣ: прямой входа 10 centm. поперечной 13,75,—косой 12,5 centm. Размѣры ребенка—длина 52,5 centm. Окружность головки 35 centm., вѣсъ 4000 gm.

Если разрывъ матки въ данномъ случаѣ могъ произойти и самопроизвольно, вслѣдствіе затянувшихся родовъ, несообразностью между тазомъ и плодомъ, то поврежденія vaginae приходится всецѣло приписать оперативному вмѣшательству. При своевременномъ умѣломъ оперативномъ вмѣшательствѣ, эта бѣдная жертва грубаго невѣжества могла бы быть спасена.

Изъ 1266 разрѣшившихся въ пріютѣ было 407 первородящихъ или 32⁰/₀ и 859 многородящихъ, т. е. 68⁰/₀.

Одиночныхъ родовъ было 1247 или 98,5⁰/₀ и 1,5⁰/₀ или 19 многоплодныхъ.

Срочныхъ родовъ было 1198 или 94,6⁰/₀, преждевременныхъ 57 или 4,5⁰/₀ и всего 0,9⁰/₀ или 11 выкидышей.

1255 родильницъ, разрѣшившихся въ пріютѣ, выписано здоровыми. Изъ 32 родильницъ, болѣвшихъ послѣродовыми септическими заболѣваніями, одна переведена въ больницу, 9 выписаны больными изъ пріюта, находились подъ наблюдениемъ и пользовались лѣченіемъ завѣдующаго врача; изъ нихъ умерла 1 отъ септическаго эндометрита,—прочія выздоровѣли.

№ 3.

ОБЩАЯ ВѢДОМОСТЬ О РОДАХЪ.

| | 1887. | | 1888. | | 1889. | | 1890. | | 1891. | | 1892. | | 1893. | | Всего. | | ИТОГО. | % по отноше- нню къ общему числу родовъ. |
|-----------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|------------------------------------------------|
| | Г-р. | М-р. | Г-р. | М-р. | | |
| Разрѣшилось | 5 | 7 | 44 | 71 | 57 | 97 | 59 | 143 | 75 | 171 | 91 | 195 | 76 | 175 | 407 | 859 | 1266 | — |
| Родовъ одиночныхъ | 5 | 6 | 43 | 70 | 57 | 95 | 57 | 141 | 75 | 166 | 91 | 194 | 74 | 173 | 402 | 845 | 1247 | 98,5 |
| Родовъ многоплодныхъ | — | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 2 | 2 | — | 5 | — | 1 | 2 | 2 | 5 | 14 | 19 | 1,5 |
| Родовъ срочныхъ | 5 | 7 | 38 | 65 | 52 | 90 | 56 | 136 | 68 | 168 | 87 | 186 | 70 | 170 | 376 | 822 | 1198 | 94,6 |
| Родовъ преждевременныхъ | — | — | 6 | 5 | 5 | 7 | 3 | 6 | 6 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 27 | 30 | 57 | 4,5 |
| Родовъ выкидышныхъ | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | 5 | 2 | — | 4 | 7 | 11 | 0,9 |

| РОДИЛОСЬ ДѢТЕЙ. | 1887. | | 1888. | | 1889. | | 1890. | | 1891. | | 1892. | | 1893. | | Всего. | | ИТОГО. | °/о по отноше- нію къ общему числу дѣтей. |
|--------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|-------------------------------------------------|
| | І-р. | М-р. | І-р. | М-р. | | |
| Доношенныхъ | 5 | 8 | 38 | 66 | 52 | 92 | 58 | 138 | 68 | 173 | 87 | 186 | 70 | 171 | 378 | 834 | 1212 | 94,4 |
| Недоношенныхъ жизнеспособныхъ | — | — | 7 | 5 | 5 | 7 | 3 | 6 | 6 | 3 | 3 | 5 | 6 | 6 | 30 | 32 | 62 | 4,8 |
| „ не способныхъ къ жизни | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | 5 | 2 | — | 4 | 7 | 17 | 0,8 |
| Живыхъ | 5 | 7 | 41 | 66 | 52 | 89 | 56 | 137 | 69 | 166 | 87 | 179 | 73 | 172 | 383 | 816 | 1199 | 93,4 |
| изъ нихъ: родившихся въ асфиксіи—оживленныхъ | — | — | 1 | 1 | — | 2 | — | — | — | 2 | — | 2 | — | 1 | 1 | 8 | 9 | |
| Мертвыхъ жизнеспособныхъ | — | 1 | 4 | 5 | 7 | 8 | 5 | 7 | 5 | 10 | 3 | 12 | 3 | 5 | 27 | 48 | 75 | 5,8 |
| изъ нихъ: мацерированныхъ | — | — | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 1 | 4 | 8 | 16 | 24 | |
| „ „ мертворожденныхъ | — | — | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 | 3 | |
| „ „ родившихся въ асфиксіи—неоживленныхъ | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | — | 5 | 5 | 10 | 0,8 |
| Мертвыхъ неспособныхъ къ жизни | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | 5 | 2 | — | 4 | 7 | 11 | |
| Мальчиковъ: { Живыхъ | 5 | 2 | 21 | 33 | 28 | 47 | 29 | 79 | 37 | 84 | 37 | 97 | 38 | 84 | 195 | 426 | 621 | 51,3 |
| { Мертвыхъ | — | 1 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 6 | 2 | 6 | 2 | 2 | 17 | 22 | 39 | |
| Дѣвочекъ: { Живыхъ | — | 5 | 20 | 33 | 22 | 44 | 27 | 58 | 32 | 82 | 50 | 82 | 35 | 88 | 186 | 392 | 578 | 48,2 |
| { Мертвыхъ | — | — | 1 | 3 | 3 | 6 | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 | 10 | 1 | 3 | 10 | 31 | 41 | |
| Неопредѣленнаго пола | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 | 2 | — | 4 | 2 | 6 | 0,5 |
| Умерло во время пребыванія въ пріютѣ | — | — | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 5 | 3 | 6 | 1 | 4 | 9 | 23 | 32 | 2,5 |

Что касается до общих свѣдѣній относительно мѣсторожденія, вѣроисповѣданія и пр., то таковыя будутъ относиться лишь къ 1230 женщинамъ, ибо на 1266 роженицъ, 6 послѣ уличныхъ родовъ и 2 беременныхъ, поступившихъ въ пріютъ, только 1230 женщинъ рожало—иныя изъ нихъ по два раза—число таковыхъ 34 и 5 женщинъ рожало по три раза.

Это довольно значительное число повторныхъ посѣщеній роженицами Родильнаго Пріюта за сравнительно короткій промежутокъ времени указываетъ на пригодность нашихъ маленькихъ родильныхъ учрежденій для мѣстнаго народонаселенія. Съ теченіемъ времени эти роженицы—рецидивистки все болѣе и болѣе наполняютъ наши пріюты. Въ особенности стремятся попасть вторично въ пріютъ тѣ изъ нихъ, роды которыхъ требовали того или другого оперативнаго вмѣшательства, или же тѣ, которыя до поступленія, находясь у акушерокъ мѣстныхъ, переносили то или другое септическое заболѣваніе. Таковыя, вторично уже, избѣгая попасть въ руки акушерокъ, прямо направляются въ пріютъ и въ этотъ разъ благополучно переносятъ и послѣродовой періодъ. Такъ что постепенно бѣдный рабочій классъ проникается убѣжденіемъ, что роды всякіе, а въ особенности тяжелые, лучше протекаютъ въ родильномъ заведеніи, чѣмъ у нихъ на дому при помощи акушерокъ, и усиленно стремятся въ наши заведенія, которыя, къ сожалѣнію, не въ состояніи удовлетворить ихъ всѣхъ.

Женщины, поступающія въ пріютъ, въ большинствѣ случаевъ уроженки Привислянскаго края, а именно 94,5⁰/₀. 1,7⁰/₀ уроженки прочихъ губерній Россіи и 1,4⁰/₀ падаетъ на иностранокъ.

По губерніямъ онѣ распредѣляются:

| | |
|------------------------|-----|
| Варшавской | 490 |
| Плоцкой | 210 |
| Ломжинской | 127 |
| Петроковской | 88 |
| Радомской | 67 |
| Сѣдлецкой | 63 |
| Кѣлецкой | 39 |
| Люблинской | 12 |
| Сувалкской | 4 |

Всего . 1165—94,5⁰/₀.

Изъ прочихъ губерній Россіи приходится на Гродненскую—7; Петербургскую, Минскую, Херсонскую, Балужскую по 2; Воронежскую, Волынскую, Новгородскую, Саратовскую, Виленскую, Полтавскую, Смоленскую, Орловскую по 1. Итого 23 или 1,7⁰/о.

| | |
|------------------------|-------------------------|
| Изъ Германіи | 10 |
| » Австріи | 7 |
| » Франціи | 1 |
| | <hr/> |
| | 18—1,4 ⁰ /о. |

24 женщины не сумѣли или не желали выяснитъ своего происхожденія.

Главный контингентъ поступающихъ принадлежитъ къ бѣдному рабочему классу. И только 0,5⁰/о падаетъ на привилегированныя сословія.

Замужнихъ было 574—46,6⁰/о. Незамужнихъ 620—50,4⁰/о и вдовъ 36—3⁰/о.

По вѣроисповѣданію раздѣляются на:

| | |
|-------------------------|------|
| католичекъ | 1163 |
| православныхъ | 24 |
| евреекъ | 24 |
| лютеранокъ | 19 |

По возрасту:

Самая молодая роженица была 15 лѣтъ, I родящая, а самая старая—48 лѣтъ, II родящая и самая старая I родящая была 38 лѣтъ.

Прочія по возрасту распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

| | | | | I род. | Многор. |
|--------|-------|------|--|--------|---------|
| Отъ 15 | до 20 | лѣтъ | | 140 | 32 |
| » 21 | » 25 | » | | 187 | 238 |
| » 26 | » 30 | » | | 62 | 350 |
| » 31 | » 35 | » | | 13 | 119 |
| » 36 | » 40 | » | | 3 | 104 |
| » 41 | » 45 | » | | — | 14 |
| » 46 | » > | » | | — | 2 |
| | ? | » | | 2 | — |
| | | | | <hr/> | |
| | | | | 407 | 859 |

№ 5. ВѢДОМОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЯМЪ БЕРЕМЕННОСТИ.

| | 1887. | | 1888. | | 1889. | | 1890. | | 1891. | | 1892. | | 1893. | | Всего. | | ВСЕГО. |
|---------------------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|
| | I-p. | M-p. | I-p. | M-p. | |
| Metrorrhagia | — | 1 | — | 2 | 1 | 2 | — | 4 | — | 4 | 1 | 3 | — | — | 2 | 16 | 18 |
| Endometritis | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | 4 | 3 | 7 |
| Oedema vulvae | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 2 | 2 | 4 |
| Varices genit. et extrem. infer. | — | — | — | — | 1 | — | — | 4 | — | 1 | — | 1 | — | — | 1 | 6 | 7 |
| Rupt. perinaei et pro- lapsus vaginae. | — | 3 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 5 | 5 |
| Hernia lineae albae | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 |
| Scoliosis | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Coxitis. | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | 2 |
| Двойной рядъ нижнихъ рѣзцовъ | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Глухонѣмота | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Ulcers cruris | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | 2 |
| „ femoris | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| „ labii inferioris | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Mastitis | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 |
| Laryngitis | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Bronchitis | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 |
| Haemoptoe | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | — | 2 | — | — | — | 1 | 3 | 4 |
| Epistaxis | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | — | 2 |
| Haematemesis | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 2 |
| Phthisis pulmonum | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | 2 |
| Vitium cordis | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Enteritis | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | 1 |
| Cystitis | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 3 | 3 |
| Rheumatismus | — | — | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | 3 | — | — | — | — | 1 | 6 | 7 |
| Syphilis | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 |
| Eczema | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Pruritus | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Eclampsia | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Ischias. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Anaemia | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Contusio | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | 1 |

И такъ большинство разрѣшившихся были многородящія отъ 21 до 30 лѣтъ, затѣмъ слѣдуютъ по количеству первородящія отъ 21 до 25 лѣтъ и отъ 15 до 20 лѣтъ.

На осложненія въ теченіи беременности указываетъ вѣдомость № 5, а именно—у 86 или въ 7⁰/₁₀₀ случаевъ отмѣчены различныя заболѣванія. Кромѣ того у 232 беременности осложнялась рвотой, у 450 отеками ногъ, на зубную боль жаловались 23, страдавшихъ во время беременности головной болью 58 и наконецъ 54 чувствовали сильную общую слабость. У остальныхъ беременность безъ всякихъ осложнений.

Что касается положенія и членорасположенія плода въ случаяхъ родовъ въ VI Городскомъ Пріютѣ, то мы имѣли 94⁰/₁₀₀ черепныхъ положеній—0,7 лицевыхъ и лобныхъ; 3,9⁰/₁₀₀ тазовыхъ и 1,1 поперечныхъ. Отношеніе поперечныхъ положеній къ продольнымъ у насъ 1:86,2.

Выкидыши. Всѣхъ выкидышей за отчетное время было 11; изъ нихъ 4 у первородящихъ и 7 у многородящихъ.

Одинъ на 2-мъ мѣсяцѣ, на 3, 4 и 5 мѣсяцахъ по три и одинъ на 6-мъ.

7 произошли силами природы. Въ 1 случаѣ было примѣнено извлеченіе плода и послѣда.

Одно отдѣленіе послѣда, вслѣдствіе его приращенія; одно извлеченіе частей плоднаго яйца при 2 мѣсячномъ выкидышѣ и наконецъ въ 2 случаяхъ извлеченіе за ножки при ножномъ положеніи. Ригрегіумъ у всѣхъ безъ повышенія температуры.

Преждевременные роды. Было ихъ 57 или 4,5⁰/₁₀₀; 27 у перво и 30 у многородящихъ. 52 одиночныхъ и 5 двойней. 15 на 7 мѣсяцѣ, 38 на 8 и 4 на 9 мѣсяцѣ.

Узкихъ тазовъ всего 35; съ conj. ext. ниже 18 centm. было 8.

Выпаденій пуповинъ при черепномъ положеніи было 2 раза—роды силами природы—дѣти живыя, одинъ асфиктичeskій, оживленъ.

Нудгаміонъ 2 раза на 7 и 8 мѣсяцѣ, въ первомъ случаѣ ребенокъ мертвый, во второмъ—живой мальчикъ, умеръ на 3-й день.

Живыхъ мальчиковъ родилось 30. Дѣвочекъ живыхъ 13. Мертвыхъ мальчиковъ 7. Изъ нихъ 2 мацерированныхъ. Мертвыхъ дѣвочекъ 12; изъ нихъ 11 мацерированныхъ. Умерло 16: 12 мальчиковъ и 4 дѣвочки.

ВѢДОМОСТЬ ПОЛОЖЕНИЯМЪ ПЛОДА ПРИ РОДАХЪ.

| | I. Черепное передній видъ. | I. Черепное поперечный видъ. | I. Черепное задній видъ. | I. Черепное задній видъ съ переходомъ въ передній. | II. Черепное передній видъ. | II. Черепное поперечный видъ. | II. Черепное задній видъ. | II. Черепное задній видъ съ переходомъ въ передній | Черепное неопредѣленное. | I. Лицевое. | II. Лицевое. | Лобное. | I. Ягодичное. | II. Ягодичное. | Ягодичное неопредѣленное. | Ножное. | I. Поперечное передній видъ. | I. Поперечное задній видъ. | II. Поперечное передній видъ. | II. Поперечное задній видъ. | Неопредѣленное. | ВСЕГО. |
|-----------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|---------|-------------------|----------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------|--------|
| 1887. . . | 9 | — | — | — | 3 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 13 |
| 1888. . . | 80 | 1 | 2 | 4 | 4 | 2 | — | 5 | 13 | 1 | — | 1 | — | 2 | 1 | — | — | — | 1 | — | — | 117 |
| 1889. . . | 120 | — | 1 | 1 | 16 | — | — | 2 | 9 | — | — | — | 3 | — | 1 | — | — | — | 2 | 1 | — | 156 |
| 1890. . . | 158 | — | — | 1 | 23 | — | 3 | 3 | 3 | 1 | — | — | 6 | 3 | — | — | 1 | — | 3 | — | 1 | 206 |
| 1891. . . | 199 | — | 1 | 1 | 30 | 1 | — | — | 3 | 2 | — | — | 7 | 2 | — | 2 | 1 | 1 | — | — | 1 | 251 |
| 1892. . . | 192 | — | 1 | — | 72 | — | 1 | — | 2 | 2 | — | — | 5 | 2 | 1 | 4 | — | — | — | 3 | 2 | 287 |
| 1893. . . | 196 | — | — | — | 43 | — | — | — | 1 | 1 | 1 | — | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | — | — | — | 1 | 255 |
| | 954 | 1 | 5 | 7 | 191 | 3 | 4 | 10 | 32 | 7 | 1 | 1 | 24 | 11 | 5 | 10 | 3 | 1 | 6 | 4 | 5 | 1285 |
| | Черепныхъ 1207—94%. | | | | | | | | | Лицевыхъ и лобныхъ 9—0,7%. | | | Тазовыхъ 50—3,9%. | | | Поперечныхъ 14—1,1%. | | | Неопредѣленныхъ 5—0,3%. | | | |

Дѣтей родилось живыхъ 43 (66,7⁰/о).

Мертвыхъ 19 или 33,3⁰/о.

Мацерированныхъ 13. Смертность дѣтей при преждевременныхъ родахъ 35⁰/о. Общая потеря 55⁰/о.

Оперативныя пособія: поворотовъ и экстракцій при поперечномъ положеніи 4; 2 при одиночныхъ родахъ, 2 при двойняхъ—дѣтей 3 живыхъ, 1 мертвый. Умерло 2 близнецовъ. Puerperium въ 3 случаяхъ нормально, въ одномъ въ первые сутки t⁰ 39⁰, затѣмъ нормально (эта больная поступила въ пріютъ съ t⁰ 38⁰ на третьи сутки родовъ). Щипцы наложены въ одномъ случаѣ, при двойняхъ у первородящей, по причинѣ слабости болей и повышенія температуры до 37,9⁰—ребенокъ живой. Puerperium нормальное. Отдѣленіе приросшаго послѣда въ двухъ случаяхъ. Одна экстракція при ягодичвомъ положеніи. Ребенокъ мертвый—послѣ родовъ не было повышенія температуры. Въ числѣ осложненій послѣродоваго періода у преждевременно разрѣшившихся отмѣчено въ одномъ случаѣ mastitis, въ одномъ случаѣ endometritis puerperalis. И такъ послѣродовыхъ заболѣваній септическихъ 1:57 или 1,8⁰/о.

Родовъ срочныхъ было 1198 (94,6⁰/о); 1184 одиночныхъ, 14 многоплодныхъ. Дѣтей родилось живыхъ 1156 (95,4⁰/о), 589 мальчиковъ и 567 дѣвочекъ; мертвыхъ 56 (4,6⁰/о)—31 мальчикъ и 25 дѣвочекъ. Умерло 4 мальчика и 12 дѣвочекъ—всего 16 (1,3⁰/о). Общая потеря дѣтей при срочныхъ родахъ 5,9⁰/о.

Изъ осложненій родовъ обращаетъ на себя вниманіе большое число суженныхъ тазовъ. Измѣренія таза производились почти исключительно наружными приѣмами при помощи тазомѣра *Боделока*, а потому цифры полученныя грѣшатъ тѣмъ, что онѣ недостаточно точны. Но если принять, по примѣру *Litzmann'a*, что при измѣреніи наружномъ, тазы съ *cojugata externa* въ 16 снтм. будутъ во всякомъ случаѣ узкими, а отъ 16 снт. и болѣе только въ половинѣ случаевъ можно признавать узкими, то дѣлая въ нашихъ цифрахъ соответственныя сокращенія, получимъ тѣмъ не менѣе довольно большую цифру суженій тазовъ, подтверждающую дѣйствительно большую частоту узкихъ тазовъ данной мѣстности. Если признавать тазы узкими, начиная съ небольшихъ степеней суженій отъ одного

| | 1887. | | 1888. | | 1889. | | 1890. | | 1891. | | 1892. | | 1893. | | Всего. | | В СЕГО осложненій. | °/о по отноше- нію къ общему числу родовъ. | |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|-----------------------|--------------------------------------------------|--------|
| | I-p. | M-p. | I-p. | M-p. | | | |
| Съуженіе таза | 3 | 5 | 28 | 39 | 34 | 54 | 44 | 90 | 54 | 121 | 69 | 123 | 60 | 114 | 292 | 546 | 838 | 66,2 | [33,1] |
| Преждевременное излитіе водъ . (до появленія болей и одновременно съ ними). | — | — | — | 5 | 2 | 4 | 10 | 7 | 7 | 12 | 4 | 8 | 10 | 9 | 33 | 45 | 78 | 6,2 | |
| Выпаденіе пуповины | — | — | 1 | 3 | — | 1 | 1 | 4 | — | 6 | 2 | 7 | 1 | — | 5 | 21 | 26 | 2 | |
| „ ручекъ | — | 1 | — | 2 | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 6 | 7 | 0,7 | |
| „ ножекъ | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 2 | 2 | | |
| Кровотеченія въ I и II пер. родовъ | — | — | — | 1 | — | 2 | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 | — | — | 1 | 7 | 8 | 10,0 | |
| „ III „ „ | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | — | 2 | — | 2 | 3 | 5 | | |
| Приращеніе послѣда | — | — | — | 1 | — | 2 | 2 | 6 | 1 | 3 | — | 6 | 3 | — | 6 | 18 | 24 | 1,9 | |
| Предлежаніе „ | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 1 | 2 | — | — | 1 | 4 | 5 | 0,4 | |
| Эклампсія | — | — | 2 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 3 | — | 3 | 0,2 | |
| Разрывъ матки и влагалища . . | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 0,08 | |
| „ промежности | 2 | — | 12 | — | 10 | 1 | 6 | 2 | 18 | — | 16 | — | 8 | 2 | 72 | 5 | 77 | 6 | |
| Слабья боли | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | — | — | 2 | 1 | 12 | 7 | 9 | 1,5 | |
| Лихорадочное состояніе | — | — | 5 | 7 | 7 | 5 | 3 | 6 | — | — | — | 2 | — | — | 15 | 20 | 35 | 2,8 | |
| Haematoma vulvae et vaginae . . | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 0,08 | |

центиметра, то мы получимъ довольно крупныя цифры для VI Городскаго Приюта, какъ это видно изъ слѣдующей таблички:
тазовъ съ conj. externa отъ 16 до 17 было 33 или 2,6⁰/₀.
» » » » 17,5 » 18 » 223 » 17,6⁰/₀.
» » » » 18,5 » 19 » 582 » 46⁰/₀.

На все количество измѣреній тазовъ получается 66,2⁰/₀ тазовъ съ наружной конъюгатой отъ 16 до 19 центиметровъ. Тазы съ конъюгатой отъ 16 до 18 цнт. составляютъ 20,2⁰/₀. Если мы уменьшимъ, согласно *Litzmann*'у количество суженныхъ тазовъ вдвое, то получимъ 33,1⁰/₀ узкихъ тазовъ.

№ 8. Вѣдомость операциямъ при родахъ.

| | 1887. | | 1888. | | 1889. | | 1890. | | 1891. | | 1892. | | 1893. | | Всего. | | ВСЕГО. | °/о по отноше- нню къ числу родовъ. | |
|-----------------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|--------|------|--------|-------------------------------------------|------|
| | I-р. | M-р. | I-р. | M-р. | | | |
| Вправление ручекъ | — | — | — | 1 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 | 0,16 |
| „ пуповины | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 0,08 |
| Поворотъ на ножку | — | — | — | 1 | 1 | 3 | 1 | 5 | — | 3 | — | 5 | 1 | — | 3 | 17 | 20 | 1,58 | |
| Щипцы | — | 1 | 2 | — | 2 | 2 | 2 | 4 | 5 | 4 | 1 | 5 | 2 | 2 | 14 | 18 | 32 | 2,52 | |
| Извлечение за тазовой конецъ | — | — | — | 1 | 5 | 5 | 1 | 7 | 1 | 8 | 2 | 8 | 1 | 2 | 6 | 31 | 37 | 3 | |
| Краниотомія | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | 2 | 1 | 2 | — | — | 3 | 6 | 9 | 0,71 | |
| Кесарское сѣченіе | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 0,08 | |
| Ручное отдѣленіе и извлечение плода | — | — | — | 1 | — | 2 | 2 | 6 | 1 | 3 | — | 6 | 3 | — | 6 | 18 | 24 | 1,9 | |
| Сшивание промежности | 2 | — | 12 | — | 10 | 1 | 6 | 2 | 18 | — | 16 | — | 8 | 2 | 72 | 5 | 77 | 6,0 | |
| Выскабливаніе послѣ родовъ матки | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 0,08 | |
| Извлечение остатковъ плода | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 0,08 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 106 | 99 | 205 | 16,19% | |

На 33 узкихъ таза съ conj. externa отъ 16 до 17 цнт., роды кончились силами природы у 26 рожениць, т. е. въ 79⁰/₀

и у 7 или 21⁰/₀ понадобилась искусственная помощь; мертворожденных дѣтей 8 (24⁰/₀).

На 223 узкихъ таза съ conjugata externa отъ 17,5 до 18 centm. родовъ самопроизвольныхъ 199 (89,2⁰/₀) и 24 (10,8⁰/₀) окончены оперативно. 27 или 12⁰/₀ мертворожденных дѣтей. При самыхъ малыхъ степеняхъ суженія конъюгата, отъ 18,5 до 19 centm., 555 (95,4⁰/₀) родовъ силами природы и 27 (4,6⁰/₀) при помощи искусства. Мертворожденных дѣтей 26 или 3,1⁰/₀.

На 1266 разрѣшившихся въ пріютѣ, правильно протекшихъ родовъ, безъ искусственной помощи и безъ всякаго оперативнаго вмѣшательства было 83,8⁰/₀.

Операций произведено 205 или 16,2⁰/₀; у первородящихъ 106 и 99 у многородящихъ. Процентъ оперативныхъ родовъ въ пріютѣ болѣе или менѣе приближается къ ⁰/₀ операций въ Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, гдѣ таковой 17,8⁰/₀. Но въ послѣднемъ включены въ это число и такія операции, которыя у насъ не отмѣчены совершенно, какъ напримѣръ вскрытіе плоднаго пузыря, выжиманіе плода по *Кристеллеру*, еписиотомія (послѣдняя впрочемъ ни разу не производилась), вслѣдствіе чего процентъ большихъ операций у насъ нѣсколько даже превышаетъ таковой въ Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи. У насъ онъ 8⁰/₀, тамъ 7,7⁰/₀, цифры противорѣчація общему мнѣнію, что пріюты въ Варшавѣ принимаютъ роженицъ только съ нормальными родами, а патологическіе и оперативные случаи препровождаютъ въ клинику, увеличивая тѣмъ число оперативныхъ и запущенныхъ родовъ послѣдней. Что касается VI Пріюта, то за все время его существованія отправлены изъ Пріюта въ клинику всего двѣ роженицы и только одна съ запущенными родами. (NB. поступившая уже съ запущенными родами въ Пріютъ и по обстоятельствамъ совершенно случайнымъ переведенная въ клинику). Каждая роженица, если есть мѣсто въ Пріютѣ, не взирая на нормальные или патологическіе роды, принимается въ Пріютъ и ей подается соотвѣтственная помощь. Что акушерская клиника не есть единственнымъ убѣжищемъ для патологическихъ и оперативныхъ родовъ гор. Варшавы, доказываютъ соотвѣтственные вѣдомости настоящаго отчета; что число случаевъ съ запущенными родами и въ Пріютѣ занимаетъ извѣстное мѣсто тоже

наглядно видно из настоящей работы. Стоит указать только, что почти 11⁰/₀ всѣхъ поступающихъ въ пріютъ, раньше побывали въ пріютахъ другихъ, акушерской клиникѣ, у мѣстныхъ акушерокъ, что 35 изъ нихъ, т. е. 2,8⁰/₀ поступали съ повышенной температурой, либо она у нихъ повышалась вскорѣ по поступленіи. И такъ свѣдѣнія о дѣятельности родильныхъ пріютовъ, помѣщаемыя въ отчетахъ изъ акушерской клиники грѣшатъ тѣмъ, что не имѣютъ фактической подкладки по причинѣ полного отсутствія отчетовъ изъ родильныхъ пріютовъ и основываются исключительно на тѣхъ единичныхъ, тяжелыхъ, запущенныхъ случаяхъ родовъ, которые попадаютъ иногда въ клинику и благодаря которымъ такъ мрачно освѣщается дѣятельность этихъ маленькихъ заведеній.

Вѣдомость 8 указываетъ на количество оперативныхъ пособій, которымъ подвергались роженицы. По количеству оперативныхъ вмѣшательствъ сшиваніе разрывовъ промежности стоитъ на первомъ планѣ. Произведено всего 77 сшиваній т. е. 6⁰/₀, при чемъ только 5 у многородящихъ и то въ 4 случаяхъ послѣ наложеній щипцовъ, 72 у первородящихъ. Поддерживаются промежности въ пріютѣ по способу *И. О. Баландина*, чѣмъ, мнѣ кажется, и можно объяснить сравнительно небольшой процентъ разрывовъ промежности. Сшиваніе разрыва производится тотчасъ послѣ родовъ, или въ исключительныхъ случаяхъ 2—3 часа спустя. Швы шелковые, узловатые. *Prima intentio* общее правило, за исключеніемъ тяжелыхъ септическихъ заболѣваній, гдѣ приходится снимать наложенные швы. *Conditio sine qua non* хорошаго сращенія абсолютная чистота и тщательное прилаживаніе краевъ раны. Не слѣдуетъ скупиться на лишніе уколы и гуще накладывать швы, чѣмъ достигается вѣрный успѣхъ. Послѣоперационный уходъ заключается только въ наружномъ обмываніи половыхъ частей. Мнѣ зачастую приходилось при сшитыхъ промежностяхъ производить промывки матки въ первые же дни послѣ родовъ и даже при такихъ условіяхъ видѣть полное сращеніе. Конечно необходимы при этомъ большая осторожность при проведеніи пальца и наконечника.

Повороты произведено всего 20; 3 у перво-и 17 у много-родящихъ. причемъ всегда послѣ поворота примѣнялась и

экстракция младенца, 14 поворотовъ произведено при поперечномъ положеніи плода, 6 при черепномъ. Показаніемъ къ повороту при черепныхъ предлежаніяхъ въ двухъ случаяхъ было кровотеченіе при двойняхъ, послѣ рожденія перваго младенца, въ одномъ случаѣ при placenta praevia, одинъ разъ по причинѣ узкаго таза и 2 раза вслѣдствіе выпаденія пуповины и конечностей. Извлечено 14 (70⁰/о) живыхъ дѣтей и 6 (30⁰/о) мертвыхъ. Процентъ этого рода операций къ общему числу родовъ 1,58⁰/о. Послѣродовой періодъ у 13 оперированныхъ безлихорадочный; у 3-хъ однократное повышеніе температуры на первые и вторые сутки и только одна заболѣла послѣродовымъ лѣвостороннимъ параметритомъ, что составитъ 5⁰/о септическихъ заболѣваній. Одна болѣла маститомъ, и въ одномъ же случаѣ наблюдалось воспаленіе лоннаго сочлененія. Всѣ заболѣвшія выздоровѣли. Пять роженицъ были до поступленія на попеченіи мѣстныхъ акушерокъ, одна изъ нихъ пользовалась пособіемъ трехъ простыхъ бабъ и поступила на 3 сутки отъ начала родовъ. Разрывовъ промежности при этой операциі—одинъ—у первородящей. Количество сутокъ, проведенныхъ оперированными въ пріютѣ—144; среднее число сутокъ на одну родильницу 7, 2; minimum проведенныхъ сутокъ 4; maximum 12.

Щипцы. Наложеній щипцовъ было 32. Изъ нихъ въ 5 случаяхъ роды окончены прободеніемъ головки плода. Оперированы 14 первородящихъ и 18 многородящихъ. Въ 28 случаяхъ былъ узкій тазъ, при чемъ суженія conj. ext. отъ 16¹/₂ до 17,5 было въ 8 случаяхъ и 20 тазовъ съ conj. externa отъ 18 до 19. У 11 или 34,4⁰/о предыдущіе роды были патологическіе и оперативные. У одной было произведено 8 операций подрядъ.

Въ двухъ случаяхъ наложены щипцы при двойняхъ. Извлечено 20 живыхъ дѣтей и 12 мертвыхъ; если исключить отсюда 5 дѣтей, гдѣ была произведена perforatio и одного мацерированнаго, то при наложеніяхъ щипцовъ, мы имѣемъ 6 мертворожденныхъ дѣтей—22,9⁰/о.

Puerperium у 19 оперированныхъ безлихорадочный; у 11 повышеніе температуры на 1 и 2 сутки не превышало 38,2. Болѣло легкимъ endometritis puerperalis 2. Итого ⁰/о септическихъ заболѣваній 6,2⁰/о; смертности 0.

Разрывовъ промежности у оперированныхъ было 9 или 33⁰/₀, 5 у первородящихъ и 4 у многородящихъ. 9 роженицъ до поступления въ Пріютъ побывали у акушерокъ, въ пріютахъ, клиникѣ. Одна изъ нихъ скиталась цѣлый день изъ одного пріюта въ другой, не находя пріема, побывала два раза въ клиникѣ и наконецъ привезена врачомъ ко мнѣ на домъ и отправлена вторично въ Пріютъ, гдѣ не нашла мѣста раньше. Пришлось помѣстить родильницу на полу. ⁰/₀ наложенія щипцовъ къ общему числу родовъ у насъ 2,5, цифра близко подходящая къ таковому же процентному отношенію данной операціи въ другихъ родильныхъ заведеніяхъ Россіи.

Число сутокъ, проведенныхъ въ пріютѣ всѣми оперированными 200; среднее число на одну родильницу 7,4—minimum 5—maximum 10.

Перфорация. Было произведено 9—изъ нихъ на мертвыхъ дѣтяхъ въ трехъ случаяхъ или 33,3⁰/₀. Оперировано 3 первородящихъ и 6 многородящихъ. Во всѣхъ случаяхъ суженіе таза. Въ 5 случаяхъ conj. ext. ниже 18, въ 3—она = 18 и въ 1 случаѣ 18¹/₂, въ двухъ случаяхъ кромѣ того сильное растяженіе нижняго отрѣзка матки. Въ трехъ случаяхъ температура во время родовъ повышена. Въ одномъ изъ нихъ мертворожденной плодъ и септический эндометритъ. Четыре роженицы, до поступления въ пріютъ, были на попеченіи у акушерокъ, у одной въ городѣ врачъ дѣлалъ попытки къ извлеченію ребенка щипцами, но безуспѣшно.

Регрегіумъ у 7 безлихорадочно. Двѣ заболѣли септическими послѣродовыми заболѣваніями. Изъ нихъ одна умерла. ⁰/₀ септическихъ заболѣваній 22,2.

Количество сутокъ, проведенныхъ оперированными въ Пріютѣ, 68—среднее 7,5; minimum 5, maximum 11.

Процентное отношеніе данной операціи въ нашемъ Пріютѣ превышаетъ таковой въ Родильномъ Заведеніи въ Петербургѣ, гдѣ онъ = 0,5. Въ Московскомъ Родильномъ Заведеніи—0,1 и Гаванскомъ Родильномъ Пріютѣ 0,2; у насъ—0,7.

Случай смерти послѣ перфорации мы никоимъ образомъ не можемъ отнести къ оперативному вмѣшательству, а приходится его отнести всецѣло къ септическому заболѣванію, проявившемуся у больной еще во время родовъ. Я позволю себѣ

сказать нѣсколько словъ объ этомъ случаѣ родовъ, кончившемся смертью.

6 іюня 1889 года доставлена въ Приютъ 28-лѣтняя, незамужняя, первородящая, служанка, на четвертые сутки родовъ. До этого времени она находилась на попеченіи акушерки, пока приглашенный врачъ не распорядился о переводѣ больной въ Городской Приютъ. При поступленіи зѣвъ открытъ на $1\frac{1}{2}$ пальца, пузырь нѣтъ, головка во входѣ малаго таза. Тазъ: Spina il.=27. Crist. 28,5. Conj. externa 18. Ребенокъ въ 1 черепномъ положеніи. Сердцебіенія не слышно. Температура $38,3^{\circ}$. Изъ половыхъ органовъ вонючія выдѣленія. Въ 8 часовъ вечера того же дня произведены перфорачія и извлеченіе краниокластомъ мертво-гнилого, сильно вонючаго младенца женскаго пола. Операція произведена безъ хлороформа, очень скоро, такъ какъ головка была уже въ полости таза и особыхъ затрудненій при извлеченіи ея краниокластомъ не представилось. Поврежденія половыхъ органовъ ограничились небольшими ссадинами у входа во влагалище. Во время операцій потрясающій ознобъ. $t^{\circ} 39^{\circ}$. Р. 120, буйный бредъ. Больная стремится вырваться, бѣжать. Черезъ 20 минутъ больная успокаивается. Въ послѣродовомъ періодѣ явленія септического эндометрита, отъ котораго больная и погибла.

Что касается до теченія послѣродоваго періода у родильницъ нашего приюта, то цифры заболѣванія и смертности значительно меньше цифръ другихъ родильныхъ заведеній, что именно связано, конечно, съ тѣми условіями, въ которыя поставлены приюты, не имѣющіе у себя учащагося персонала, вслѣдствіе чего изслѣдованіе роженицъ можно довести до возможнаго минимума, что и строго соблюдается въ нашемъ Приютѣ, гдѣ изслѣдованія обычно ограничиваются 1—2 разами и только въ трудныхъ случаяхъ производятся повторно.

Совершенно здоровыхъ родильницъ, не имѣвшихъ ни одного повышенія температуры было 1065 (84,4⁰/о). Повышеніе t° до 38° , въ особенности въ первые сутки было у 95 (7,5⁰/о).

Болѣвшихъ септическими послѣродовыми формами было 32—2,5⁰/о.

Болѣвшихъ общими болѣзнями 24—1,8⁰/о и послѣродовыми несептическими формами 5 или 0,4⁰/о.

Повторно лихорадили безъ мѣстныхъ явленій 22—1,70/0 и 22 имѣли повышенія температуры въ зависимости отъ нагрубанія грудей, трещинъ сосковъ.

Умерла отъ послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній—одна. Процентъ смертности общій 0,16, процентъ смертности отъ септическихъ заболѣваній 0,08.

№ 9. Вѣдомость болѣзнямъ родильницъ общимъ и послѣродовымъ несептическимъ.

| | 1887. | 1888. | 1889. | 1890. | 1891. | 1892. | 1893. | Всего. |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Syphilis | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 2 |
| Coxitis | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 2 |
| Angina follicularis | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 2 |
| Bronchitis | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 2 |
| Haemoptoë | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Pleuritis sinistra. | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Phthisis pulmonum | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 2 |
| Vitium cordis | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Typhus abdominalis. | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ischias | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 |
| Hystero-epilepsia. | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Eclampsia | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | 3 |
| Mastitis | — | 1 | — | 1 | 1 | — | — | 3 |
| Symphysitis | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Phlebitis | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 |
| Oedema vulvae | — | 2 | 2 | — | — | — | — | 4 |
| Haematoma vaginae et lab. maj. dextri | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |

Общее число сутокъ, проведенныхъ всѣми поступившими 7763; среднее число сутокъ, приходящееся на одну изъ нихъ 6,7 (исключена женщина, умершая вскорѣ по поступленіи, такъ что всѣхъ поступившихъ было 1273).

Minimum сутокъ, проведенныхъ одной лишь родильницей— были однѣ сутки. Это была родильница съ mastitis purulenta, развившейся у нея задолго до родовъ, вслѣдствіе необходимости хирургической операціи переведенная въ больницу Св. Роха. Эта больная выписана изъ больницы здоровой. Затѣмъ двѣ родильницы выписаны спустя 2 сутокъ, по настоящему своему требованію—одна послѣ выкидыша, другая послѣ срочныхъ родовъ. Такъ какъ обѣ женщины благополучно разрѣшились, не были изслѣдованы до поступления въ Пріютъ, то слѣдуетъ ожидать, что онѣ остались здоровыми. Двадцать одна родильница выписаны спустя трое сутокъ послѣ правильно протекшихъ родовъ и безъ малѣйшихъ проявленій заболѣваній въ дни ихъ пребыванія въ Пріютѣ. Остальныя были выписываемы спустя 4 сутки и проч. Maximum проведенныхъ дней было 14.

№ 10. Вѣдомость заболѣвшихъ септическими формами.

| | 1887. | 1888. | 1889. | 1890. | 1891. | 1892. | 1893. | Всего. |
|---------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Endometritis puerperalis . . . | — | 8 | 7 | — | 3 | 2 | 1 | 21 |
| Ulcerata puerperalia. Endometritis | — | 1 | 2 | — | — | 1 | — | 4 |
| Ulcerata puerperalis. Eudo-parametritis | — | 1 | 1 | — | — | 1 | 1 | 4 |
| Endo-parametritis | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| Parametritis | — | — | 2 | — | — | — | — | 2 |

Что касается до болѣвшихъ септическими формами, то общее количество сутокъ для нихъ 281—minimum 5, среднее 8,8 и maximum 14.

Изъ всего числа поступившихъ въ пріютъ— 138 женщинъ или 10,9⁰/₀, до поступления побывали и были изслѣдованы либо въ пріютахъ и акушерской клиникѣ, либо находились на попеченіи мѣстныхъ акушеровъ. Изъ этого числа заболѣли послѣродовыми инфекціонными формами 15,9⁰/₀ и одна умерла, другая умерла отъ разрыва матки, между тѣмъ изъ роженицъ, прямо попавшихъ въ пріютъ и никѣмъ неизслѣдованныхъ заболѣло всего 0,7⁰/₀ и всѣ выздоровѣли.

И такъ наши городскіе родильные пріюты, не смотря на извѣстный процентъ патологическихъ и оперативныхъ родовъ, близко подходящихъ къ таковому же проценту большихъ родильныхъ заведеній Россіи, не смотря на сильное переполненіе этихъ учрежденій громаднымъ наплывомъ стекающихся сюда рожениць, зачастую побывавшихъ на рукахъ мѣстныхъ акушеровъ, обстоятельство, далеко не способствующее правильному теченію родовъ и послѣродоваго періода, не смотря на эти неблагоприятныя условія, въ общемъ даютъ весьма утѣшительные результаты, выражающіеся въ минимальномъ процентѣ смертности и заболѣваній.

Тѣмъ печальнѣе и рельефнѣе выдѣляется несостоятельность дѣятельности нашихъ мѣстныхъ акушеровъ, въ рукахъ которыхъ случаи заболѣваній и смерти отъ послѣродовой горячки представляютъ далеко не рѣдкія явленія.

Если принять во вниманіе, что роженицы, доставляемыя акушерками, чаще заболѣваютъ, чѣмъ женщины, направляющіяся прямо въ эти заведенія, что $\%$ смертности въ этихъ заведеніяхъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ неразрывно связанъ съ пребываніемъ рожениць у акушеровъ, то приходится признаться, что акушерская дѣятельность этихъ послѣднихъ въ большомъ числѣ случаевъ является гибельной для роженицы. На сколько хороши или пагубны результаты этой дѣятельности, намъ съ точностію не извѣстно. Только единичныя, случайныя свѣдѣнія о смерти той или другой роженицы въ первые дни послѣ родовъ и то нормальныхъ, отчасти указываютъ на несостоятельность этого рода помощи. Статистическія цифры о смертности отъ послѣродовой горячки въ гор. Варшавѣ хотя и значительны, не могутъ давать точныхъ и вѣрныхъ свѣдѣній, ибо въ рубрику причинъ смерти отъ послѣродовой горячки входятъ заболѣванія, не указывающія на ихъ этиологию, какъ напр., перитонитъ, риаемія и т. д.

Принявъ во вниманіе, что въ нашемъ городѣ, гдѣ въ общемъ происходитъ отъ 18 до 22 тысячъ родовъ въ годъ, только десятая часть ихъ совершается въ родильныхъ заведеніяхъ, мы получимъ обширное поле дѣятельности для мѣстныхъ акушеровъ, являющихся вершителями судьбы тысячъ женщинъ и дѣтей.

На сколько онѣ приспособлены къ такой отвѣтственной дѣятельности, на сколько онѣ въ состояніи исполнить болѣе или менѣе удовлетворительно требованія асептического веденія родовъ, указываютъ намъ только отчасти печальные образчики ихъ дѣятельности въ нашихъ родильныхъ заведеніяхъ.

Иначе оно и быть не можетъ. Стоитъ вспомнить, что только въ послѣдніе годы повысилось требованіе нѣсколько большаго образовательнаго ценза для поступающихъ въ акушерки. До этого времени для поступленія въ школу акушерокъ достаточно было быть грамотной. При такомъ повышенномъ требованіи общаго образованія, количество поступающихъ въ акушерскую школу значительно понизилось, что объясняется въ особенномъ взглядѣ на общественное положеніе акушерокъ въ здѣшнемъ краѣ. Тутъ крайне рѣдко видимъ мы интеллигентную дѣвушку, кончившую среднее учебное заведеніе, въ роли ученицы акушерской школы, между тѣмъ, какъ въ Петербургѣ и Москвѣ это сплошь да рядомъ. Слѣдовательно, при ограниченномъ числѣ хорошо подготовленныхъ акушерокъ, сознательно и умѣло примѣняющихъ принципы асептики и антисептики во время родовъ и послѣродоваго періода, преобладающее количество акушерокъ старой школы, получившихъ свое спеціальное образованіе въ доантисептическую эру—весьма замѣтно и ощутительно въ нашей акушерской практикѣ. На сколько смутны и темны понятія объ надлежащемъ уходѣ за роженицами у этого класса акушерокъ (конечно бываютъ и тутъ счастливыя исключенія), извѣстно каждому врачу специалисту. И если большое количество нашихъ акушерокъ крайне неудовлетворительно ознакомлено съ требованіями современнаго ухода за роженицами, которыя составляютъ тотъ фундаментъ, безъ котораго немислима правильная акушерская помощь, то приходится прійти къ убѣжденію, что эти акушерки представляютъ зло, которое такъ или иначе надо искоренить. Нельзя требовать отъ человѣка, которому не дано надлежащихъ знаній для правильнаго производства работы, чтобы онъ исполнялъ ее безукоризненно. Точно также мы не можемъ требовать отъ акушерки, которая не одинъ десятокъ лѣтъ тому назадъ окончила свое образованіе, никогда не брала книги въ руки, у которой съ годами испарились и тѣ обрывки знаній, которыми ее надѣлили во время ея ученія, чтобы она могла

умѣло и сознательно вести свое дѣло. Совершенно устранить такую акушерку отъ ея дѣятельности невозможно, а потому остается одно: это учить ее!

Какъ это сдѣлать, въ какой формѣ, въ формѣ ли повторительныхъ курсовъ или въ формѣ прикомандированія ихъ къ родильнымъ заведеніямъ, гдѣ бы онѣ наглядно ознакомились съ настоящимъ веденіемъ родовъ—это уже частности.

Моя цѣль—поднять еще разъ этотъ жгучій вопросъ, въ надеждѣ на то, что въ концѣ концовъ и въ Варшавѣ сдѣлается кое-что въ смыслѣ огражденія сотенъ и тысячъ несчастныхъ женщинъ, являющихся жертвами нашего неудовлетворительнаго положенія акушерской помощи.

Имѣя въ виду, что наша мѣстность доставляетъ большой патологическій матерьялъ въ акушерскомъ смыслѣ, что наши родильныя заведенія крайне недостаточны, на разумную постановку дѣла акушерской помощи, подаваемой мѣстными акушерками, должно быть болѣе, чѣмъ гдѣ либо обращено серьезное вниманіе.

Если нельзя равнодушно смотрѣть на гибель здороваго организма отъ заразныхъ болѣзней, то до глубины души возмущаетъ смерть отъ родильной горячки. Если въ первомъ случаѣ дѣлается многое, затрачиваются громадныя суммы на уничтоженіе эпидемическихъ болѣзней, то во второмъ—дѣлается, по крайней мѣрѣ, у насъ, очень мало.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ нѣмецкой акушерско-гинекологической литературы:

111. Н. Гавронскій. Ueber das Vorkommen von Mikroben in der normalen Urethra des Weibes. (Separatabdruck aus der Münch. Med. Wochenschrift, 1894, № 11). **О присутствіи микробовъ въ нормальномъ мочеиспускательномъ каналѣ женщины.**

На основаніи обзора литературы авторъ приходитъ къ заключенію, что вопросъ о содержаніи бактерій въ *нормальной* urethrae женщины еще не рѣшенъ. Онъ изслѣдовалъ 62 женщины, у которыхъ не было никакихъ признаковъ заболѣванія мочеиспускательнаго канала или пузыря. Методъ его для полученія секрета былъ слѣдующій. Послѣ тщательнаго обмыванія наружнаго отверстия urethrae и окружающихъ частей 3% карболовымъ растворомъ и затѣмъ стерилизованной водой, онъ вводилъ стеклянную воронку на подобіе ушнаго зеркала (около 2 сант. длины и $\frac{1}{2}$ сант. въ діаметрѣ) и подъ контролемъ глаза бралъ секретъ со стѣнки urethrae посредствомъ платиновой петли. Въ 15 случаяхъ изъ 62, т. е. въ 24% онъ получилъ положительный результатъ. Изъ нихъ въ 3 случаяхъ онъ нашелъ streptococc. pyogenes, въ 8—staphylococcus pyogenes aureus, въ 1—staphylococ. pyog. albus, въ 2—bacterium colli commune и въ 1—bacterium Gessner.

Поразительно, что почти во всѣхъ случаяхъ имѣлись лишь патогенныя бактеріи безъ примѣси другихъ родовъ микроорганизмовъ.

В. Строгоновъ.

112. **Dr. Ferd. Noll. Behandlung der cervicaldysmenorrhoe.** (Centralblatt f. Gynaekologie, № 21, 1894). **Къ лѣченію цервикальной дизменорреи.**

У нѣкоторыхъ уже рожавшихъ женщинъ наблюдается иногда дизменоррея, обусловленная суженіемъ канала шейки въ области внутренняго маточнаго зѣва, происшедшаго вслѣдствіе эндометрита послѣ родовъ или аборта. Такого рода больныя жалуются обыкновенно, не только на судорожныя, потугообразныя боли при наступленіи мѣсячныхъ, но и на различныя рефлекторныя недомоганія, кардіальгіи, головныя боли и пр. Зондомъ констатируютъ, обыкновенно, у нихъ въ области внутренняго зѣва стенозированное мѣсто, прохожденіе по которому концемъ зонда сопровождается сильной болью.

У 5 женщинъ съ подобнаго рода заболѣваніемъ авторъ лишь съ проходящимъ успѣхомъ примѣнялъ смазываніе хлористымъ цинкомъ (50%), настойкой іода, растворомъ желѣза (?) и расширеніе 10 № *Hegar*'а, пока не рѣшился примѣнить способъ, рекомендованный *Фритчемъ*, при суженіи наружнаго зѣва. .

Именно, послѣ надлежащей дезинфекціи, онъ расширялъ каналъ шейки № 9 *Hegar*'а и дѣлалъ на мѣстѣ стеноза радіальные надрѣзы маленькимъ инцизионнымъ ножомъ, вытиралъ затѣмъ стерилизованной полосой газа и тотчасъ проводилъ Пакеленовскимъ ножомъ, отвѣчающимъ № 9 *Hegar*'а.

Тампонація шейки до полости матки іодоформнымъ газомъ на 24 часа и постельное содержаніе въ теченіи 6 сутокъ.

Во всѣхъ 5 случаяхъ получился полный успѣхъ, безъ возврата недомоганій въ теченіи года. Авторъ полагаетъ, что успѣхъ этотъ обусловливается кромѣ устраненія стеноза еще энергичнымъ прижиганіемъ воспаленныхъ нервныхъ окончаній. *В. Строгоновъ.*

113. **Шрейберъ. Die akute Leberatrophie.** (Centralblatt für Gynäkologie, № 21). **Острая атрофія печени.**

Авторъ наблюдалъ случай острой желтой атрофіи печени. Поэтому поводу онъ сообщаетъ нѣкоторыя свѣденія объ этой болѣзни. Этиологія ея до сихъ поръ не выяснена, хотя многіе авторы въ последнее время склоняются къ мысли объ инфекціонномъ происхожденіи ея. Лѣченіе остается также не вполне установленнымъ и почти во всѣхъ случаяхъ безуспѣшнымъ. Случай автора представлялъ характерную картину этой болѣзни: желтушное окрашиваніе всего тѣла, головная боль, рвота, сопорозное состояніе, умень-

шеніе печени, увеличеніе селезенки, желчныя элементы въ мочѣ. Отсутствіе бѣлка. При непрерывно прогрессирующихъ явленіяхъ больная умерла на 4 сутки послѣ родовъ и судя по разсказу больной на 9 отъ начала заболѣванія. При вскрытіи печень уменьшена на $\frac{1}{3}$ сравнительно съ нормой. Селезенка на половину больше нормы. Сердце не увеличено, мускулатура дрябла. Подъ микроскопомъ печень представляетъ явленія острой желтой атрофіи.

В. Строгоновъ.

114. Leopold. Über die Leitung der regelmässigen Geburten nur durch äussere Untersuchung. (Centr. f. Gynaecol., № 21, 1894 г.). **О веденіи нормальныхъ родовъ только при наружномъ изслѣдованіи.**

Авторъ указываетъ на неточную передачу содержанія его статьи *Krönig*'омъ (№ 10 этого журнала) и *Ries*'омъ (№ 17 тамъ-же), почему замѣтка не представляетъ интереса для реферирования.

В. Строгоновъ.

115. Prof. Vuillet, Über die Erweiterung von Verengerungen des Collum uteri auf plastischem Wege. (Centr. f. Gynaecologie, № 3, 1894). **О расширеніи суженій шейки матки пластическимъ путемъ.**

Проф. В. предлагаетъ новую операцію для расширенія узкой шейки. Онъ часто наблюдалъ, что у женщинъ, имѣющихъ сильно антефлектированную матку съ незначительно увеличенной и удлиненной полостью, съ склерозомъ на мѣстѣ угла, причемъ влагалищная часть также удлинена, отклонена впередъ съ узкимъ наружнымъ зѣвомъ,—съ явленіями дизменорреи, бесплодія или эндометрита, общепринятыя способы лѣченія (бужированіе, расширеніе, дисцизія по *Симсу*, *Фричу*, *Шредеру*) не даютъ удовлетворительныхъ результатовъ.

А. предлагаетъ расширять каналъ шейки слѣдующимъ образомъ:

- 1) Шейка и влагалищный сводъ низводятся до уровня вульвы.
- 2) Полукружнымъ разрѣзомъ отдѣляютъ переднюю влагалищную стѣнку отъ ея прикрѣпленія къ шейкѣ. Затѣмъ, слѣдуетъ отсепаровка тупымъ способомъ передней стѣнки отъ матки до обнаженія угла маточнаго исправленія. Если полукружный надрѣзъ для этого недостаточенъ, то дѣлаютъ надрѣзъ кверху по средней линіи влагалищной части, начинающійся отъ перваго разрѣза. Полученный 3-хъ угольный лоскутъ отсепаровывается, вводятъ катетеръ въ пузырь для опредѣленія его отношенія къ

мѣсту раненія, и въ случаѣ надобности отодвигаютъ его желобоватымъ зеркаломъ для избѣжанія раненія.

3) Длинный полый зондъ вводятъ въ матку. Ассистентъ, который его держитъ, поворачиваетъ борозду къ оператору и фиксируетъ матку спереди.

4) Ориентировавшись пальцемъ относительно положенія зонда, тыкаютъ остріе ножа въ мѣсто соединенныхъ разрѣзовъ, въ стѣнку матки, стараясь попасть въ бороздку желоб. зонда, послѣ чего производятъ разрѣзъ по линіи вверхъ столь далеко, чтобы верхняя точка его была на 1—2 mm. выше мѣста суженія. По извлеченіи ножа снова тыкаютъ его у вышеописанной точки, чтобы произвести второй горизонтальный или-же лучше нѣсколько спиральный разрѣзъ, который, такимъ образомъ, огибаетъ шейку съ лѣвой стороны и оканчивается у наружнаго зѣва тѣмъ дальше кзади, чѣмъ больше хотятъ вырѣзать лоскутъ, отвѣчающій длинѣ вертикальнаго разрѣза.

5) Верхушку отрѣзаннаго лоскута притягиваютъ къ верхней точкѣ вертикальнаго разрѣза, гдѣ и фиксируютъ швомъ. Другіе швы соединяютъ лоскутъ съ краями вертикальнаго разрѣза.

Въ заключеніи закрываютъ оставшуюся рану.

Конечно при этомъ на нѣкоторыхъ мѣстахъ лоскута должна быть удалена слизистая оболочка, (тамъ гдѣ расчитываютъ получить сращеніе).

В. Строгоновъ.

116. Д-ръ **Ворисовичъ** *Über die permanente Erweiterung des äusseren Muttermundes mittels der Ligatur. (Dilatatio ostii externi uteri ope ligaturae).* (Centr. f. Gynaec., № 3, 1894). **О постоянномъ расширеніи наружнаго маточнаго зѣва посредствомъ лигатуры.**

В. полагасть, что коническая эксцизія, рекомендуемая *Шредеромъ* и др., при суженіи наружнаго зѣва, вполне цѣлесообразна при гипертрофической шейкѣ, но при нормальной, а въ особенности при тонкой и короткой влагалищной части, ни эксцизія, ни ампутація не должны быть примѣняемы. *В.* рекомендуетъ свой особый способъ для разсѣченія наружнаго зѣва, отличающійся большей простотой и удобствомъ примѣненія, чѣмъ подобныя раньше предложенныя способы. Крѣпкой *Наyedorn'овской* иглой съ двойной лигатурой онъ прокалываетъ влагалищную часть въ поперечномъ направленіи такъ, чтобы игла прошла черезъ средину канала шейки. Вытянувъ лигатуру изъ канала, получаютъ по 2 лигатуры на каждой сторонѣ.

Одну изъ нихъ онъ крѣпко затягиваетъ и завязываетъ, съ другой же онъ продѣлываетъ тоже самое черезъ 3—5 дней. Черезъ 12—16 дней лигатуры отпадаютъ, прорѣзавъ сдавленные и лишеныя питаія ткани, а наружный зѣвъ представляется расширеннымъ, бисквито-образной формы. Выгоды операціи, по автору состоятъ въ легкости, безболѣзненности, и, слѣдовательно, возможности производить ее безъ хлороформнаго наркоза, необременительности для больной послѣдующаго лѣченія.

Операція была уже произведена около 50 разъ. Показаніемъ къ операціи авторъ считаетъ стенозъ наружнаго маточнаго зѣва при нормальной или малой влагалищной части. *В. Строгоновъ.*

117. **Alfred Goenner. Ein Fall von selbsteingeleitetem Abort.** (Centr. f. Gynaecol., № 3, 1894). **Случай искусственнаго аборта вызваннаго самой больной.**

25/x 1885 г. *G.* былъ приглашенъ къ 37-лѣтней больной, родившей уже 4 зрѣлыхъ дѣтей и имѣвшей уже 3 выкидыша, вызванныхъ искусственнымъ путемъ. И на этотъ разъ больная считала себя беременной и ввела, какъ и прежде эластическій катетеръ съ мандриномъ во влагалище, а затѣмъ, по ея мнѣнію, въ матку. Часть катетера была отрѣзана, при введеніи была нѣкоторая боль. Вечеромъ рвота. На 4-й день t^0 39,5⁰. Чувствительность живота слѣва. При изслѣдованіи врачомъ катетера не найдено, во влагалищѣ нѣтъ слѣдовъ раненія. Явленія перитонита увеличились.

На 6-й день произошелъ абортъ, но катетеръ не вышелъ, тѣмъ не мѣнѣ болѣзненные явленія значительно уменьшились, и лишь по временамъ появлялась высокая температура. Черезъ 1½—2 мѣсяца больная обратилась къ проф. *Bischoff*'у, который не могъ констатировать гдѣ либо куска катетера. На слѣдующій день онъ выпалъ самъ при стулѣ, но къ сожалѣнію точно не констатировано изъ влагалища, или *per rectum*. Большое количество слизи, покрывавшей его, говоритъ за послѣдній путь.

В. Строгоновъ.

118. **Pfannenstiel. Ueber die gefährlichkeit der intra uterinen glycerineinspritzung behufs Einleitung der Künstlichen Frühgeburt.** (Centr. f. Gynaecolog., № 4, 1894). **Объ опасности внутриматочнаго вырыскиванія глицерина для вызыванія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.**

P. сообщаетъ два случая примѣненія глицериновыхъ вырыскиваній, доказывающихъ по его мнѣнію, большую опасность этого спо-

соба. Въ первомъ случаѣ онъ былъ примѣненъ на больной, уже находившейся почти въ состояніи агоніи и страдавшей воспаленіемъ почекъ. Маточныхъ сокращеній за впрыскиваніемъ не появилось. (Очевидно на основаніи этого наблюденія никакихъ выводовъ дѣлать нельзя). Во второмъ случаѣ вслѣдъ за впрыскиваніемъ глицерина тотчасъ наступили сильныя сокращенія, крайне болѣзненные, но они скоро прекратились, между тѣмъ какъ боль осталась.

Спустя часъ послѣ инъекціи t^0 у больной поднялась до 39^0 , она ціанотична, угнетена, пульсъ сдѣлался медленнѣе приблизительно на 20 ударовъ (съ 84—92 до 68). Черезъ 3 часа t^0 и пульсъ нормальны. Моча, выпущенная катетеромъ часъ спустя послѣ глицериновой инъекціи, интенсивно кровянисто окрашена. Черезъ 24 часа она дѣлается нормальной. При изслѣдованіи въ мочѣ констатируется много бѣлку, почти полное отсутствіе морфологическихъ элементовъ, имѣются лишь скудные обломки гіалиновыхъ цилиндровъ, метгемоглобинъ съ гемоглобиномъ. На второй день состояніе больной удовлетворительно, на третій день моча нормальна.

P. полагаетъ, что его наблюденіе вполне отвѣчаетъ давно извѣстнымъ результатамъ экспериментовъ съ глицериномъ на животныхъ, по которымъ это средство вызываетъ разложеніе крови, гемоглобинурию и glomerulo-nephritis. По этому онъ считаетъ глицериновые инъекціи за способъ весьма опасный.

B. Строгоновъ.

119. **Thelen. Ein Beitrag zur vaginalen Uterusextirpation.** (Centr. f. Gynaecologie, № 4, 1894). **Къ вопросу о влагалищной экстирпаціи матки.**

T. предлагаетъ для тѣхъ случаевъ влагалищной экстирпаціи, гдѣ влагалище очень узко и матку нельзя низвести ad introitum вслѣдствіе рубцовыхъ, или раковыхъ фиксацій, производить боковыя надрѣзы влагалища и промежности, при чемъ большія и малыя губы разрѣзаются около середины ихъ, разрѣзъ влагалища можно доводить до свода, а на промежности вести разрѣзъ снаружки и нѣсколько кзади соотвѣтственной величины для даннаго случая.

Авторъ оперировалъ такимъ образомъ всего одинъ разъ при ракѣ матки съ благополучнымъ исходомъ. *B. Строгоновъ.*

120. **Sippel. Überimpfung des Carcinoms auf gesunde Körperstellen der Erkrankten.** (Centr. f. Gynaecol., № 4, 1894). **Самозаражение ракомъ здоровыхъ частей тѣла у страдающей этой болѣзнию.**

А. приводитъ слѣдующіе два случая самозараженія ракомъ:

1) У 43 лѣтней пациентки съ опущеніемъ матки, влагалищная часть на обширномъ протяженіи поражена ракомъ; верхній отдѣлъ влагалища равно и параметріи захвачены тѣмъ же процессомъ. Casus inoperabilis. Непосредственно за узкимъ входомъ во влагалище, тамъ, гдѣ опущенная влагалищная часть упиралась въ заднюю стѣнку, находится совершенно изолированное мѣсто, пораженное ракомъ. Между этимъ мѣстомъ и (пораженнымъ ракомъ) заднимъ сводомъ влагалища находится кусокъ совершенно здоровой слизистой оболочки на протяженіи 6—7 сант.

2) Во время производства лапаротоміи больной разорвалась одна изъ кистъ, наполненная ломкими массами (микроскопическое изслѣдованіе сдѣлано не было). Больная совершенно оправилась, но черезъ 6 мѣсяцевъ снова явилась съ явленіемъ разлитого пораженія брюшины ракомъ, и что особенно замѣчательно, и наиболѣе доказательно въ смыслѣ зараженія, уколы швовъ оказались также раково-пораженными. Рана же брюшной стѣнки не представляла ничего ненормальнаго. *В. Строгоновъ.*

121. **Хазанъ. Zur Lehre von der Hydrorrhoea gravidarum.** (Centralbl. f. Gynaec., № 5, 1894 г). **Къ ученію о Hydrorrhoea gravidarum.**

Сдѣлавши обзоръ теорій о происхожденіи жидкости при этой болѣзни, Х. приходитъ къ заключенію, что амниотическая полость также служитъ источникомъ hydrorrhoea gravidarum и даже не особенно рѣдко.

Онъ самъ наблюдалъ случай подобнаго рода у перворождающей, у которой впервые на 7-мъ мѣсяцѣ, при явленіяхъ совершающихся преждевременныхъ родовъ, отошло большое количество жидкости, принятой за истинныя воды. Матка послѣ этого значительно уменьшилась, а боли постепенно дѣлались болѣе и болѣе слабыми и наконецъ совершенно прекратились. Черезъ 14 дней снова наступили сокращенія матки и выдѣлилось небольшое количество жидкости. Подобныя явленія повторялись еще 2 раза, пока не наступило время срочныхъ родовъ, которые и протекли совершенно правильно. При изслѣдованіи оболочекъ д-ръ Хазанъ, кромѣ мѣста разрыва, гдѣ прошли воды и головка во время

родовъ, констатировалъ другое отверстие въ амнионѣ около сантиметра въ діаметрѣ, окруженное валикообразнымъ краемъ.

В. Строгановъ.

122. **Sippel. Zur Diagnose des Placentarsitzes nach R. Palm.** (Centr. f. G., № 5, 1894 г). **Къ діагнозу мѣста прикрѣпленія плаценты по R. Palm'у.**

А. имѣлъ возможность подтвердить мнѣніе *Palm'a*, что по разстоянію между круглой связкой и трубой можно опредѣлить мѣсто прикрѣпленія плаценты. Въ 2-хъ случаяхъ кесарскаго сѣченія и при одной аутопсіи 7-ми мѣсячной беременной женщины дѣйствительно былъ констатированъ указанный *P.* признакъ.

123. **Woerz. Ein Fall von Lymphangioma subaxillare, als Gebutrshindernis.** (Ibid). **Случай lymphangiomae subaxillaris, препятствовавшей родовому акту.**

W. описываетъ слѣдующій крайне рѣдкій случай опухоли, который онъ наблюдалъ въ клиникѣ проф. *Schant'ы*. 28 лѣтн., второрождающая, съ нормальнымъ тазомъ поступила въ клинику, имѣя поперечное положеніе съ предлежащей ручкой и пуповиной. Зѣвъ совершенный. Сдѣланъ поворотъ на ножку. Сердцебіеніе нормально. Черезъ 1½ часа роды не подвигаются впередъ, между тѣмъ какъ сердцебіеніе дѣлается неправильнымъ. Приступлено къ извлеченію, при которомъ уже низведеніе нижней части туловища было затруднено. Еще труднѣе освободилась правая ручка, послѣдующій поворотъ передняго плеча къзади не могъ быть совершенъ. Изслѣдованіе полной рукой показало присутствіе большой опухоли на боковой сторонѣ плода, мѣшавшей прохожденію его черезъ тазъ. Только послѣ продолжительнаго влеченія и одновременнаго давленія снаружи удалось протолкнуть туловище, а затѣмъ и ручку черезъ тазъ. Головка освободилась легко. Ребенокъ мертвый.

При осмотрѣ послѣдняго на лѣвой половинѣ груди констатируется опухоль нѣсколько больше дѣтской головки величиной, покрытая нѣсколько истонченной, въ остальномъ нормальной кожей.

Опухоль дряблая, даетъ флюктуацію и свѣшиваясь достигаетъ гребешка подвздошной кости. Лѣвая ключица—6,3, правая—5,5 см. Лѣвое ключично-грудинное сочлененіе значительно подвижнѣе праваго. Верхній сегментъ опухоли, величиной съ куриное яйцо поднимается выше ключицы. Сообщеніе верхняго и нижняго отдѣла констатируется непосредственно пальцемъ позади ключицы.

При секціи опухоль оказалась солитарной кистой, содержащей прозрачную сыворотку, съ внутренней стѣнкой похожей на сывороточную оболочку. Въ окружности большой множество мелкихъ кистъ величиной съ горошину.

В. Строгоновъ.

124. Feis. Ein Fall von Fibromyoma ovarii. (Centr. f. Gynaecol., № 6, 1894 г.). **Случай фиброміомы яичника.**

F. наблюдалъ относительно рѣдкій случай фиброміомы яичника. Какъ извѣстно нѣкоторые авторы отрицають существованіе яичниковыхъ твердыхъ опухолей, заключающихъ мышечные элементы, хотя въ литературѣ имѣется уже нѣсколько сообщеній, опровергающихъ это мнѣніе.

Случай *Feis*'а слѣдующій: 38 лѣтн., больная была оперирована проф. *Runge* по поводу опухоли лѣваго яичника. По удаленіи изъ живота она оказалась величиной съ гусиное яйцо, имѣла форму увеличеннаго яичника. Труба проходила свободно по ней. Новообразование равномерно твердо, имѣеть бугристую поверхность безъ слѣда сращеній.

При микроскопическомъ изслѣдованіи, кромѣ соединительной ткани, констатируются многочисленные мышечные пучки, находящіеся не только вблизи сосудовъ, но и въ отдаленіи отъ нихъ. Только на одномъ мѣстѣ былъ найденъ Граафовъ пузырекъ съ хорошо сохраннымъ эпителиемъ, которымъ и удалось доказать яичниковую натуру опухоли. Пузырекъ лежалъ непосредственно подъ капсулой.

125. Säger. Zur Aetiologie und operativen Behandlung der Vulvitis pruriginosa. (Centralblatt für Gynaecologie, № 7, 1894 г.). **Къ этиологіи и оперативному лѣченію vulvitis pruriginosae.**

S. вначалѣ разсматриваетъ различныя возрвнія авторовъ на эту болѣзнь и указываетъ на ихъ односторонность. Онъ полагаетъ, что pruritus vulvae всегда сочетается съ воспалительными явленіями этой области, и потому считаетъ наиболѣе рациональнымъ названіе vulvitis pruriginosa. Причины этой болѣзни онъ раздѣляетъ на 2 большія группы: эндогенныя и экзогенныя.

Къ первымъ онъ относить:

1) Гемотогенныя—точноѣ гематохимическія, какъ напримѣръ, при желтухѣ, при хроническомъ нефритѣ, при сахарномъ мочеизнуреніи, а также иногда при морфинизмѣ, алкоголизмѣ и хроническомъ отравленіи іодоформомъ. Соотвѣтственныя вещества,

циркулирующія при этихъ заболѣваніяхъ въ крови, дѣйствуютъ на нервныя окончанія и вызываютъ зудъ.

2) Причины, обусловливающія гиперемію. Такъ напр., застойныя гипереміи въ области срамныхъ вѣнъ, геморроидальныхъ вѣнъ вмѣстѣ съ *plexus pampiniformis*, при порокахъ сердца, беременности, геморроѣ, *retroflexio uteri*, опухоляхъ матки.

3) При гематогенныхъ кожныхъ заболѣваніяхъ, какъ напр., эритема, крапивница, herpes, отдѣльныя формы экземы производятъ заболѣваніе кожныхъ сосочковъ вмѣстѣ съ чувствительными нервными окончаніями или приводятъ къ таковому вслѣдствіе механическаго раздраженія треніемъ, чесаніемъ и проч.

Къ экзогенной группѣ онъ относитъ:

1) Секреторно-химическія причины, какъ напр., при чрезмѣрной потливости, при чрезмѣрномъ отдѣленіи салныхъ железъ, при орошеніи нормальной или патологической мочей, при ѣдкихъ бѣляхъ, будутъ ли послѣднія исходить изъ *vulvae*, влагалища или матки, при катарральномъ и гнойномъ секретѣ изъ прямой кишки (въ послѣднемъ случаѣ прежде всего развивается *pruritus ani* нерѣдко съ переходомъ на *vulv'y*).

2) Причины, обусловленныя паразитами, какъ животнаго, такъ и растительнаго царства. Изъ первыхъ онъ упоминаетъ вшей, *morgion'ovъ* и острицъ, изъ растительныхъ называетъ *leptothrix*, *leptomitus*, *oidium albicans*, *micrococcus ureae*, *bacterium ureae*, *gonococcus*, *smegmabacillus*, *bacterium termo*, стрептококковъ, стафилококковъ и различныхъ микробовъ кожи и влагалища.

3) Механическія причины, какъ напр., мастурбація, излишнее мытье, особенно губками и растираніе.

4) Термическія причины, какъ напр., *pruritus aestivus et hiemalis*.

Переходя къ терапіи этого заболѣванія S. говоритъ, что въ большинствѣ случаевъ причинная и мѣстная терапія устраняетъ или значительно ослабляетъ заболѣваніе. Въ упорныхъ же случаяхъ онъ рекомендуетъ оперативное лѣченіе, уже давно предложенное нѣкоторыми авторами, но до сихъ поръ имѣющее лишь небольшое примѣненіе. Въ своихъ 2-хъ случаяхъ онъ получилъ полный успѣхъ, причемъ въ первомъ онъ удалилъ клиторъ, съ уздечкой и покрываломъ, большія и малыя губы, а во второмъ—была экстирпирована вся вульва. Кромѣ того въ обѣихъ случаяхъ было сдѣлано *abrasio mucosae uteri*, а въ первомъ—еще и *perineorrhaphi'a*.

В. Строгоновъ.

126. Dr. Fr. Matthaei. Zwei Fälle von centralem Dammris. (Deut. med. Woch., № 19, 1894). Два случая центрального разрыва промежности.

Центральные разрывы промежности во время родовъ съ изгна-
ніемъ, особенно, плода черезъ разрывъ, принадлежать къ чрез-
вычайно рѣдкимъ явленіямъ. Собранный *Charpentier*’омъ въ его
монографіи казуистическій матеріалъ пополненный впоследствии
Delcroix, обнимаетъ всего 74 случая, изъ которыхъ въ 38 родо-
разрѣшеніе послѣдовало черезъ образовавшийся разрывъ. Упомя-
нувъ о найденныхъ въ литературѣ еще четырехъ случаяхъ
(*Bigelow, Coe, Ashton, Marta*), авторъ обогащаетъ казуистику
центральныхъ разрывовъ промежности двумя новыми случаями,
представившимися его наблюденію въ теченіи короткаго времени
одинъ за другимъ. Въ первомъ случаѣ дѣло касалось III-пара,
34 л., два раза нормально рожавшей доношенныхъ дѣтей въ
1881 и 1885 году. Шестъ лѣтъ тому назадъ по причинѣ выпаденія
рукава ей была произведена на влагалищѣ и промежности
пластическая операція (*prolapsoperation*); послѣдніе роды проте-
кали въ ягодичномъ положеніи при чрезвычайно сильныхъ родо-
выхъ схваткахъ. Образовавшийся вначалѣ небольшой разрывъ въ
срединѣ промежности, въ которомъ показалась ножка плода, подъ
вліяніемъ потугъ быстро увеличился и черезъ разрывъ родился
ребенокъ (мертвый) вплоть до головки съ обращенной впереди
спинкой. Головка затѣмъ также извлечена чрезъ разрывъ. По раз-
мѣрамъ и вѣсу плодъ былъ доношеннымъ. Широко зіяющій раз-
рывъ начинался на 3 см., позади совершенно цѣлой задней
спайки, длиною въ 9 см., съ изорванными и разможженными
краями, простираясь до сжимающей задній проходъ мышцы, остав-
шейся неповрежденной. Введенной въ разрывъ рукой подъ мо-
стикомъ изъ уцѣлѣвшей ткани промежности удавалось проник-
нуть во влагалище съ совершенно неповрежденнымъ, очень
узкимъ и неподатливымъ входомъ. По наложеніи частью узло-
ватыхъ, частью непрерывнаго этажнаго кетгутовыхъ швовъ, раз-
рывъ зажилъ первымъ натяженіемъ за исключеніемъ небольшого
промежностновлагалищнаго свища въ переднемъ углу раны, за-
крывшагося чрезъ шесть недѣль. Длина промежности по прошествіи
послѣродоваго періода равнялась 7,5 см. Размѣры таза слѣдующіе:
D. sp. 24 см., D. cr. 27 см., D. tr. 32,5 см., Conj. ext. 18 см.,
наклоненіе таза въ вертикальномъ положеніи съ параллельно поста-
вленными ногами—34°, что по сравненію съ нормой (55°—60° *Ресф.*)
является слишкомъ малымъ. Второй случай относился къ здоровой

женщинъ 25 л., тоже III—рага. Двое предшествовавшихъ родовъ нормальны. На седьмомъ мѣсяцѣ второй беременности паденіе на промежность съ поврежденіемъ рубца, зажившимъ чрезъ нѣсколько дней безъ шва. Теченіе послѣднихъ (3-хъ) родовъ очень быстро. Подъ вліяніемъ сильныхъ потугъ головка выпятила предъ собою промежность въ видѣ свода; истонченная промежность разорвалась по срединѣ и ребенокъ въ затылочномъ положеніи родился черезъ разрывъ. Послѣдній, начинаясь на 2 см. позади задней спайки, простирался вплоть до задняго прохода. Введенной рукой легко можно было проникнуть во влагалище. Входъ послѣдняго, кожа и слизистая наружныхъ половыхъ частей остались неповрежденными. Лѣченіе состояло въ наложеніи непрерывнаго о-этажнаго кетгутоваго шва; заживленіе первымъ натяженіемъ. Размѣры и наклоненіе таза (55°) нормальны. Въ мягкихъ частяхъ никакихъ рѣзкихъ уклоненій. Съ этиологической стороны въ происхожденіи центральныхъ разрывовъ промежности авторъ прилаетъ первенствующее значеніе слишкомъ малому наклоненію таза, отъ котораго въ свою очередь зависитъ ненормальное положеніе наружныхъ половыхъ частей, расположенныхъ болѣе впередъ и вверхъ, и затѣмъ черезчуръ значительной высотѣ промежности. (Высокая и длинная промежность, равно какъ и слишкомъ узкій входъ во влагалище являются иногда, какъ въ первомъ случаѣ автора, слѣдствіемъ пластическихъ операцій). При существованіи подобныхъ условій поворотъ предлежащей части по направленію къ половой щели затрудненъ и давленіе сосредоточивается въ теченіи долгаго времени на тазовомъ днѣ и промежности. Кромѣ этого въ первомъ случаѣ существовалъ еще цѣлый рядъ другихъ моментовъ, признаваемыхъ различными авторами предрасполагающими къ центральному разрывамъ, а именно: узкій входъ во влагалище, рубцы въ промежности, чрезвычайно бурная потужная дѣятельность и ягодичное положеніе. Что же касается второго случая, то здѣсь, за отсутствіемъ всѣхъ другихъ моментовъ, центральный разрывъ, авторъ объясняетъ черезчуръ быстрымъ теченіемъ родовъ въ зависимости отъ весьма сильной потужной дѣятельности и быть можетъ малой величины головки, размѣровъ которой къ сожалѣнію, онъ не имѣлъ въ своемъ распоряженіи (оба случая постушили подъ наблюденіе автора уже послѣ родовъ съ образовавшимися разрывами). Профилактика центральныхъ разрывовъ должна состоять въ содѣйствіи возможно скорому прорѣзыванію предлежащей части. Головку выжимаютъ по способу *Olshausen'a* со стороны прямой кишки или извлекаютъ щипцами. При ягодич-

номъ наложеніи оттягиваютъ подлежащую часть за паховой сгибъ въ направленіи къ симфизу—при живомъ плодѣ пальцемъ, при мертвомъ—тупымъ крючкомъ. Въ случаѣ недостаточнаго наклоненія таза авторъ совѣтуетъ оперировать при свѣщенныхъ внизу бедрахъ, благодаря чему половая щель смѣщается отчасти внизу и кзади. Если же, не смотря на все принятые мѣры, на глазахъ происходитъ разрывъ, то лучше всего, слѣдуя совѣту *Charpentier*'а, тотчасъ прибѣгнуть къ разсѣченію всего передняго мостика ткани. Этимъ путемъ, по мнѣнію автора, можно воспрепятствовать дальнѣйшему продолженію разрыва на sphincter ani. Цѣлесообразность такого превращенія центрального разрыва въ обыкновенный тѣмъ болѣе очевидна, что при послѣдующемъ наложеніи швовъ является возможность лучшей ориентировки и болѣе тщательнаго прилаживанія раненыхъ поверхностей, а вмѣстѣ съ тѣмъ и больше надежды на заживленіе первымъ натяженіемъ.

Н. Алексенко.

127. **E. Fraenkel. Ueber die Dauererfolge der gegen die Retrodeviationen des Uterus gerichteten Operationen** ¹⁾. (Deut. med. Woch., № 19, 1894 г.). **Объ отдаленныхъ результатахъ операций, направленныхъ противъ загибовъ матки кзади.**

Изъ числа различныхъ оперативныхъ способовъ, предложенныхъ съ цѣлью исправленія подвижныхъ или укрѣпленныхъ загибовъ матки кзади, и при томъ, осложненныхъ иногда выпаденіемъ рукава или самой матки,—какъ по стойкости получаемыхъ результатовъ, такъ и въ отношеніи правильнаго теченія послѣ операціи различныхъ отправленияхъ матки (особенно беременность, роды, послѣродовой періодъ и проч.), являются болѣе надежными, заслуживающими предпочтительнаго вниманія, лишь два способа: прикрѣпленіе матки къ передней брюшной стѣнкѣ (*ventrofixatio uteri*)—способъ *Olshausen*'а и влагалищное укрѣпленіе матки (*vaginofixatio uteri*) *Mackenrodt*'а. Въ подтвержденіе сказаннаго авторъ приводитъ результаты лѣченія въ 4 случаяхъ, оперированныхъ по различнымъ методамъ. Два случая были подвергнуты брюшному укрѣпленію матки по поводу подвижнаго загиба ея кзади; въ одномъ изъ нихъ матка пришита по способу *Olshausen—Sänger*'а, въ другомъ по *Leopold*'у. Состояніе больныхъ до операціи слѣдующее: у одной изъ нихъ постоянныя и мучительныя головныя и поясничныя боли, диспепсія, дисменоррея и крайняя слабость въ

¹⁾ Докладъ въ медицинскои секціи Силезскаго Общества отечественной культуры 19-го января 1894 г.

ногахъ. Матка рѣзко увеличена, истерическій парезъ нижнихъ конечностей съ легкимъ пониженіемъ электро-мышечной возбудимости. Удерживаніе матки въ нормальномъ положеніи помощью пессаріевъ не удавалось. Общее исхуданіе и малокровіе. Въ другомъ случаѣ кромѣ загиба назадъ имѣлось опущеніе обѣихъ влагалищныхъ стѣнокъ, жалобы на давленіе внизу живота, боли въ крестцѣ, а съ 1890 г. упорныя, неправильныя кровотеченія. Примѣненіе различныхъ пессаріевъ, выскабливаніе слизистой матки, внутриматочныя инъекціи припадковъ не уменьшали. Послѣ операціи, стойкіе и успѣшныя результаты въ обоихъ случаяхъ— въ первомъ въ теченіи 6-ти лѣтъ (операція 1/II 1888 г.), во второмъ—почти 2½ года (операція 9/IX 1891 г.). Въ обоихъ случаяхъ полное возстановленіе здоровья и способности къ работѣ (обѣ больныя изъ крестьянскаго сословія). Отправленіе мочевого пузыря вполнѣ нормально. Въ третьемъ случаѣ авторъ произвелъ 16/VI 1890 г. полное влагалищное вырѣзываніе матки съ резекціей рукава и удаленіемъ придатковъ по способу *Fritsch—Asch'a*. Спустя шесть недѣль *colporrhaphia anterior* съ широкимъ овальнымъ изсѣченіемъ и *perineoplastica*. Состояніе больной до операціи: полное выпаденіе влагалища и перегнутой назадъ матки, рѣзко увеличенной и утолщенной, какъ бываетъ на 10-й недѣль беременности; тяжелыя разстройства стула и мочеиспусканія. Съ 1887 года больная лѣчилась въ поликлиникѣ автора, но безъ особенныхъ результатовъ; нѣкоторое облегченіе и даже временное исчезновеніе припадковъ наблюдалось отъ массажа.

Результаты операціи удовлетворительны. Черезъ 2 года незначительное выпаденіе передней стѣнки рукава, не причиняющее, однако существенныхъ разстройствъ. Четвертый случай относился къ больной съ полнымъ выпаденіемъ обѣихъ стѣнокъ рукава; кромѣ того въ рѣзкой степени *retroversio-flexio uteri infarcti*; большая грыжа пузыря (*cystocele*), незначительная прямой кишки (*rectocele*); полнѣйшая неспособность къ работѣ. 18/VIII 93 г. произведено влагалищное укрѣпленіе матки по *Mackenrodt'u* съ овальнымъ изсѣченіемъ въ соотвѣтственной степени передней стѣнки рукава. Спустя 14 дней *colporrhaphia posterior* и *perineoplastica*. Гладкое выздоровленіе и полное возстановленіе способности къ работѣ. Черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ операціи матка также въ нормальномъ положеніи и достаточно подвижна. Наполненіе пузыря водой въ количествѣ 1½ литра только усиливало *anteflexi'ю*. Съ тѣхъ поръ авторъ повторно оперировалъ по способу *Mackenrodt'a* и не находитъ нужнымъ его сколько нибудь

видоизмѣнять. Послѣоперационное теченіе и результаты всегда были одинаково хороши. Насколько послѣдніе стойки и продолжительны, покажетъ будущее. Возраженія *Fritsch*'а (*Deut. med. Woch.*, № 1, 1894 г., *Жур. Ак. и Жен. Бол.*, № 4), по мнѣнію автора, чисто теоретичны и не оправдываются клиническими наблюденіями. Операцию *Machenrodt*'а онъ считаетъ особенно показанной въ случаяхъ съ выпаденіемъ рукава, выпаденіемъ и загибомъ кзади вторично увеличенной матки, и большимъ или меньшимъ дефектомъ промежности, какъ это часто приходится встрѣчать все вмѣстѣ у женщинъ бѣднаго класса. Производя въ одинъ сеансъ *vaginofixati*ю, *colporrhaphi*ю и *perineoplastic*'у, мы достигаемъ полного излѣченія въ теченіи короткаго времени, не подвергая больныхъ ни малѣйшей опасности, тогда какъ брюшное укрѣпленіе матки связано съ чревосѣченіемъ, безопасность котораго во всякомъ случаѣ только относительна. Послѣдняя операція находитъ прежде всего свое показаніе, во всѣхъ случаяхъ неподвижно укрѣпленнаго загиба матки назадъ, число которыхъ въ общемъ не велико. Качество и продолжительность результатовъ ея, по сообщеніямъ *Leopold*'а, *Sänger*'а и др., проверены на большомъ матеріалѣ, равно какъ и въ первомъ случаѣ автора, въ теченіи 6—7 лѣтъ и не оставляютъ желать ничего лучшаго. Слабая сторона ея—въ частомъ развитіи грыжи брюшныхъ стѣнокъ, требующей постоянного ношенія бандажа, что является особенно тягостнымъ для женщинъ рабочаго класса. Въ виду этого обстоятельства, а равно и возможности послѣ чревосѣченія внутреннихъ ущемленій и послѣдовательныхъ сращеній кишекъ съ брюшиной, причиняющихъ подчасъ значительныя разстройства, авторъ готовъ отдать предпочтеніе влагалищному укрѣпленію матки предъ брюшнымъ, если только наблюденіе покажетъ, что результаты перваго также стойки и продолжительны. Напротивъ, въ случаяхъ выпаденій матки, гдѣ одновременно имѣются болѣзненные измѣненія яичниковъ, либо тяжелый метритъ, либо фиброматозныя измѣненія въ маткѣ, авторъ, согласно съ *Fehling—Wolf*'омъ, совѣтуетъ соединять кастрацію съ *ventrofixat*іей. Такъ-бы онъ поступилъ теперь и въ томъ случаѣ, въ которомъ 4 года назадъ сдѣлалъ влагалищное вырѣзываніе матки. Поле примѣненія этого послѣдняго должно быть ограничено только тѣми случаями выпаденій, гдѣ одновременно имѣется злокачественное перерожденіе матки, требующее полного удаленія органа.

Н. Алексенко.

128. Dührssen. Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittels intrauteriner Kolpeuryse. (Deut. med. Woch., № 19, 1894 г.).
О лѣченіи предлежанія дѣтскаго мѣста внутриматочной колпейризацией.

Съ введеніемъ въ акушерскую практику комбинированнаго поворота по *Braxton—Hicks*'у въ лѣченіи предлежанія дѣтскаго мѣста достигнуты большіе успѣхи, выразившіеся въ значительномъ пониженіи смертности матерей. Напротивъ, смертность дѣтей даже по самымъ благопріятнымъ статистикамъ достигаетъ 60%, а у автора изъ 22 дѣтей погибло 19. Въ виду этой невыгодной стороны комбинированнаго поворота, представляющаго къ тому-же иногда большія трудности, въ замѣнъ его авторъ горячо рекомендуетъ примѣнять при предлежаніи дѣтскаго мѣста внутриматочную колпейризацию, предложенную впервые *Schaut*'омъ и одинаково благопріятную, какъ для матери, такъ и для плода. Въ сообщаемыхъ шести случаяхъ съ подробнымъ описаніемъ исторій родовъ всѣ матери продѣлали нормальный послѣродовой періодъ, а изъ дѣтей родилось живыми 5. Кровотеченіе во всѣхъ случаяхъ послѣ введенія колпейринтера сразу останавливалось не смотря на то, что въ 3-хъ изъ нихъ было центральное предлежаніе. Внутриматочная колпейризация въ томъ видѣ, какъ примѣняетъ ее авторъ, отличается двумя особенностями, которымъ онъ и приписываетъ исключительное значеніе въ полученіи столь успѣшныхъ результатовъ. Первая особенность—*это искусственный разрывъ пузыря, resp. placentae и введеніе колпейринтера во вскрытую полость яйца*, вторая—*примѣненіе умереннаго, но непрерывно дѣйствующаго влеченія за трубку колпейринтера*. Введенный въ полость яйца и наполненный водою колпейринтеръ дѣйствуетъ въ направленіи сверху внизъ, придавливая отдѣленные части дѣтскаго мѣста къ кровоточащимъ стѣнкамъ матки, подражая такимъ образомъ механизму физиологической остановки кровотеченія, при *placenta praevia*, предлежащей частью плода. Но одного лишь наполненія колпейринтера бываетъ недостаточно и для полной остановки кровотеченія, какъ показали случаи автора, необходимо еще влеченіе съ извѣстной силой за трубку колпейринтера. Послѣднее не слѣдуетъ производить руками, съ одной стороны въ виду обременительности подобнаго образа дѣйствія, какъ для роженицы, такъ и для акушера, а съ другой—потому, что влекущая сила не бываетъ тогда равномерной, но увеличивается до того, что въ какихъ-нибудь $\frac{1}{2}$ часа колпейринтеръ насильно извлекается чрезъ шейку наружу. Подобное-же ускореніе родовъ (быстрое расширеніе шейки, за которымъ,

во избѣжаніе новаго кровотеченія, тотчасъ-же должно предприниматься опорожненіе матки) вредно отзывается на ослабленной роженицѣ. Влеченіе поэтому устраиваютъ съ помощью петли, сдѣланной ex tempore изъ любого матеріала и укрѣпленной въ концѣ кровати: продѣтая сквозь петлю трубка колпейринтера натягивается до тѣхъ поръ, пока больная въ состояніи это выносить безъ боли, и затѣмъ удерживается въ такомъ напряженіи зажимнымъ пинцетомъ, захватывающимъ оба конца трубки у самой петли.

Примѣненіе влеченія въ только что указанной формѣ имѣетъ за собой то преимущество, что въ половинѣ случаевъ (50%), благодаря наступленію сильныхъ схватокъ, въ теченіи времени около 3-хъ часовъ происходитъ произвольное изгнаніе колпейринтера въ рукавъ, за которымъ часто тотчасъ-же слѣдуютъ сами собой и роды. Изъ шести случаевъ автора, одинъ разъ колпейринтеръ былъ извергнутъ черезъ $\frac{1}{4}$ часа, другой разъ черезъ 2 часа, а въ третій разъ черезъ 3 часа, при чемъ въ двухъ случаяхъ спустя 5—10 минутъ послѣдовали произвольные роды и только въ одномъ—по причинѣ наступившаго вновь сильнаго кровотеченія вслѣдъ за изгнаніемъ колпейринтера—пришлось немедленно приступить къ повороту и извлеченію, которые вслѣдствіе подготовленности къ тому родовыхъ путей, ни малѣйшихъ трудностей не представляли. Произвольное изгнаніе колпейринтера, по мнѣнію автора, могло-бы имѣть мѣсто даже чаще, нежели въ половинѣ случаевъ, если только для наполненія будутъ брать не литръ воды, какъ поступалъ всегда онъ самъ, а лишь $\frac{1}{2}$ литра. Этого количества также вполне достаточно для полной остановки кровотеченія, а между тѣмъ избѣгается чрезмѣрное растяженіе стѣнокъ матки, которое въ состояніи ослабить потужную дѣятельность. Но если и при такомъ умѣренномъ наполненіи не наступаетъ схватокъ, достаточныхъ для того, чтобы вытолкнуть колпейринтеръ чрезъ нѣсколько часовъ, то авторъ совѣтуетъ оставлять его въ маткѣ возможно дольше (часовъ 10—14) и только по истеченіи этого времени приступать къ его извлеченію руками. Благодаря этому, остается, во первыхъ, надежда, что съ усиленіемъ схватокъ, быть можетъ, послѣдуетъ все таки произвольное изгнаніе колпейринтера, а во вторыхъ—если и придется удалить колпейринтеръ руками, то предпринимаемые тогда въ случаѣ надобности (возобновленіе кровотеченія) поворотъ и извлеченіе, или одно послѣднее (приягод. полож.), оказываются выполнимыми съ гораздо большей легкостью, нежели въ томъ

случаѣ, когда колпейринтеръ извлекается послѣ лишь 3—4 часовъ нахождения въ маткѣ. Для ознакомленія со многими другими менѣе существенными подробностями техники, излагаемой авторомъ, отсылаемъ читателя къ подлинной статьѣ.

Въ общемъ внутриматочная колпейризація автора представляетъ собою способъ, легко выполнимый даже при не изглаженной, проходимой лишь для одного пальца шейкѣ, нисколько не угрожающій жизни плода и надежнымъ образомъ останавливающимъ кровотеченіе.

Н. Алексенко.

129. **Otto Küstner. Die Principien der Prolapsbehandlung.** (Deut. med. Woch., № 19, 1894 г.). **Принципы въ лѣченіи выпаденій.**

Въ довольно пространной статьѣ авторъ излагаетъ въ существенныхъ чертахъ механизмъ выпаденій различныхъ отдѣловъ женскихъ половыхъ органовъ и высказываетъ рядъ соображеній, которыя, по его мнѣнію, должны лечь въ основу лѣченія этихъ страданій. Протестуя противъ шаблоннаго лѣченія, онъ указываетъ, что всегда необходимо сообразовываться съ особенностями каждаго даннаго случая, какъ со стороны формы выпаденія, такъ и его причинъ. Обособленное, въ большинствѣ случаевъ ограниченное выпаденіе *задней стѣнки влагалища* бываетъ часто послѣдствіемъ неполныхъ разрывовъ промежности, зажившихъ вторымъ натяженіемъ. Очень не рѣдко къ этому присоединяется выпячиваніе соотвѣтствующей части прямокишечной стѣнки (*rectocele*). Весьма понятно, что съ устраненіемъ причины (*perineoplastica*) во многихъ случаяхъ исчезаетъ и эта форма выпаденія. Если же оно существовало долгое время, такъ что успѣла ужъ развиться гипертрофія выпавшей стѣнки, то цѣлесообразнымъ будетъ произвести изъ нея изсѣченіе лишней ткани (*colporrhaphia posterior*), а потомъ сдѣлать *perineoplastic*'у. Отдѣльное выпаденіе *передней стѣнки рукава* также можетъ развиваться вслѣдствіе неполнаго, рѣже полнаго дефекта промежности. И здѣсь поэтому зашиваніе промежности, а въ случаѣ надобности *colporrhaphia anterior* приведетъ къ излѣченію. Гораздо чаще, однако, вмѣстѣ съ выпаданіемъ передней стѣнки влагалища приходится наблюдать измѣненіе въ положеніи матки, а именно наклоненіе и загибъ ея кзади. Не отвергая волиѣ возможности такого случая, гдѣ оба страданія возникаютъ независимо одно отъ другаго, авторъ утверждаетъ, что несравненно чаще они находятся между собою въ причинной зависимости и при томъ неправильное по-

положеніе матки почти всегда бываетъ первичнымъ, выпаденіе же передней влагалищной стѣнки вторичнымъ страданіемъ. Только въ весьма исключительныхъ случаяхъ встрѣчается обратная послѣдовательность.

Типичную картину болѣзни представляютъ сочетанныя формы, чрезвычайно часто наблюдаемыя: неполный ррзрывъ промежности, опущеніе передней стѣнки влагалища, нерѣдко также задней и потомъ наклоненіе или загибъ матки кзади. Сверхъ того имѣются сплошь и рядомъ одинъ или два разрыва шейки и, какъ послѣдствіе выворота губъ и шеечнаго катарра, эндометритъ тѣла матки. Послѣдній можетъ развиваться также и вслѣдствіе обусловленныхъ загибомъ матки назадъ разстройствъ въ кровообращеніи и принять даже гиперпластическую форму. Такъ какъ коренной причиной заболѣванія здѣсь является неправильное положеніе матки—загибъ ея назадъ, то и при лѣченіи необходимо прежде всего исправить положеніе матки; самымъ простымъ, конечно, средствомъ будетъ вправление ея и введеніе подходящаго пессарія, котораго одного часто бываетъ достаточно, чтобы достигнуть излѣченія. Ограничиваться же въ подобныхъ случаяхъ пластическими операціями на влагалищѣ и промежности, оставляя безъ вниманія загибъ матки назадъ—не выдерживаетъ ни малѣйшей критики. Въ тѣхъ случаяхъ, когда рядомъ съ загибомъ матки назадъ имѣются большіе дефекты промежности, а равно значительное выпаденіе стѣнокъ рукава, сами по себѣ требующіе пластическихъ операцій, авторъ предлагаетъ взамѣнъ пессарія примѣнять для исправленія положенія матки операцію *Mackenrodt'a*. Иначе главная сторона лѣченія—устраненіе загиба матки назадъ осталась бы не выполненной, такъ какъ введеніе пессарія возможно лишь послѣ того, когда раны во влагалищѣ и промежности не только заживутъ, но и рубцы достаточно окрѣпнутъ, т. е. спустя нѣсколько мѣсяцевъ. До тѣхъ-же поръ больныя, хотя и подвергались операціи, должны оставаться съ припадками загиба матки назадъ, не ощущая отъ лѣченія ни малѣйшей пользы. Такимъ образомъ при существованіи, напр., одновременно: болѣе сильнаго гиперпластическаго эндометрита, разрывовъ шейки съ выворотомъ губъ, разрыва промежности, опущенія передней стѣнки влагалища и загиба матки назадъ слѣдуетъ дѣлать въ одинъ пріемъ: выскабливаніе, операцію *Emmet'a*, операцію *Mackenrodt'a*, перинеопластику, а въ случаѣ надобности *colporrhaphi'ю* anterior. Примѣненіе-же пессаріевъ авторъ допускаетъ лишь въ случаяхъ неосложненныхъ, подвижныхъ наклоненій и загибовъ матки назадъ. Въ тех-

нику операціи *Mackenrodt*'а онъ вноситъ небольшое измѣненіе въ томъ, что, послѣ обычныхъ продольнаго разрѣза между мочеиспускательнымъ валикомъ и влагалищной частью и отдѣленія пузыря отъ передней влагалищной стѣнки, матки и пузырно-маточной складки, широко вскрываетъ послѣднюю, крючкомъ захватываетъ и выводитъ тѣло матки въ рану, вслѣдъ за тѣмъ кладетъ чрезъ него два—три шва (силквормгутъ), которые затѣмъ проводятъ чрезъ верхній уголъ влагалищной раны и завязываетъ во влагалищѣ. Остальную часть раны соединяетъ кетгутowymi швами, изъ которыхъ 3—4 также проводятся чрезъ тѣло матки. Въ Бреславлѣ авторъ произвелъ 27 операцій *Mackenrodt*'а съ весьма успѣшнымъ результатомъ по изложенному тотчасъ способу; въ одномъ только случаѣ онъ не разрѣзалъ пузырно-маточной складки и результатъ получился менѣе успѣшный. Считаю-же съ произведенными въ Юрьевѣ и опубликованными докторомъ *Кнорре*, до сихъ поръ авторомъ сдѣлано 60 операцій *Mackenrodt*'а. Что касается теперь выпаденія матки, то и здѣсь авторъ проводитъ тотъ-же взглядъ и высказываетъ убѣжденіе, что всѣ выпаденія матки, будутъ ли то полныя или неполныя, происходятъ изъ наклоненій и загибовъ ея кзади. Это неправильное положеніе матки всегда предшествуетъ ея выпаденію. Поэтому и задача рациональнаго лѣченія должна заключаться не только въ томъ, чтобы вправить и удержать въ тазу выпавшій органъ, но неизменно также слѣдуетъ позаботиться и о томъ, чтобы, будучи вправленной, матка оставалась въ совершенно нормальномъ положеніи (наклоненіе или перегибъ впередъ). Ходячій-же способъ лѣченія выпаденій (*Prolapsoperation*) не удовлетворяетъ достаточно этимъ требованіямъ, такъ какъ стремится лишь, путемъ искусственнаго суженія влагалища (кольпорафіи) и укороченія влагалищной части удержать матку позади наружныхъ половыхъ органовъ, оставляя совершенно безъ вниманія загибъ ея кзади. Пребывая въ этомъ неправильномъ положеніи матка постоянно обнаруживаетъ склонность къ новому выпаденію, угрожая раннимъ или позднимъ появленіемъ рецидива. Помочь горю можно-бы, пожалуй, проще всего такимъ образомъ, что послѣ кольпорафіи и отсѣченія влагалищной части удерживать матку въ нормальномъ положеніи пессаріями, но это съ одной стороны затянуло-бы лѣченіе на очень долгое время, а съ другой—весьма понятно, пессарій даже и въ случаѣ достаточной крѣпости рубцовъ снова ихъ растянетъ и тѣмъ уничтожитъ достигнутое кольпорафіей суженіе влагалища. Въ виду этихъ соображеній при выпаденіяхъ матки авторъ

поступаетъ всегда такъ: *пришиваетъ матку къ передней брюшной стѣнкѣ и вслѣдъ за тѣмъ дѣлаетъ переднюю и заднюю кольпорафіи*. Послѣднія операціи необходимы потому, что при долгомъ существованіи выпаденія влагалищныя стѣнки бываютъ слишкомъ объемисты, половая щель широка, тазовое дно разслаблено. Всякое укораченіе матки авторъ считаетъ совершенно излишнимъ, тазъ какъ гипертрофія шейки въ громадномъ большинствѣ случаевъ составляетъ результатъ отека вслѣдствіе выпаденія и разстройствъ въ кровообращеніи, а потому при нормальномъ положеніи матки весьма скоро исчезаетъ. Также пассивно слѣдуетъ относиться и къ язвамъ влагалищной части, которыя, представляя собою либо пролежни, либо надрывы, вслѣдствіе растяженія, весьма скоро заживаютъ сами собою послѣ вправленія матки. Авторъ не производитъ на томъ-же основаніи и выскабливанія при выпаденіи матки и не наблюдалъ вполнѣдствіи ни сильныхъ кровотеченій, ни слизистаго отдѣленія. Придерживаясь въ леченіи выпаденій изложенныхъ принциповъ, въ заключеніе авторъ говоритъ, что дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ предстоитъ рѣшить вопросъ, на сколько можетъ быть расширено поле примѣненія операціи *Mackenrodt*'а вмѣстѣ съ передней и задней кольпорафіей на счетъ пришиванія матки къ брюшнымъ стѣнкамъ съ тѣми-же кольпорафіями.

Н. Алексенко.

130. **A. Czempin. Eine neue Operationsmethode der Retroflexio uteri (Ventrofixation des Uterus ohne Eröffnung der Bauchhöhle).** (Deut. med. Woch., № 21, 1894 г.). **Новый оперативный способъ при загибѣ матки къзади (брюшное укрѣпленіе матки безъ вскрытія брюшной полости)** ¹⁾.

Операція пришиванія матки къ брюшнымъ стѣнкамъ по поводу загиба ея къзади, предложенная впервые *Olshausen*'омъ въ 1886 г., скоро обратила на себя общее вниманіе и получила широкое распространеніе съ небольшими лишь измѣненіями въ наложеніи швовъ (*Czerny, Leopold, Sänger* и др.). Этимъ она обязана прочности и успѣшности достигаемыхъ ею результатовъ, и, какъ въ этомъ отношеніи, такъ и по простотѣ техники, далеко оставляетъ за собою всѣ другія операціи, предложенныя съ тою-же цѣлью, къ которымъ относятся: способы *Alquié-Alexander-Adams*'а, *Freund*'а, *Sänger*'а, *Frommel*'я, *Schücking*'а и др. Помощью предложенной въ послѣднее время *Dührssen*'омъ и *Mackenrodt*'омъ операціи *влагалищнаго укрѣ-*

¹⁾ Докладъ въ Засѣданіи Берлинскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества въ день 50 лѣтняго его юбилея 10 мая (н. с.) 1894 г.

пленія матки (Vaginofixatio), хотя и можно въ большинствѣ случаевъ устранить загибъ матки назадъ, но авторъ отъ нея тоже отказался, потому что наступающее впоследствии рубцовое сморщиваніе отдѣленной стѣнки пузыря вызываетъ со стороны послѣдняго иногда непріятныя припадки. Напротивъ, во всѣхъ случаяхъ брюшнаго укрѣпленія матки онъ получалъ вполне безупречные результаты. Желательно было-бы поэтому пользоваться преимуществами этого способа и при тѣхъ подвижныхъ загибахъ матки кзади, которые не поддаются лѣченію пессаріями и требуютъ оперативнаго пособія, но тогда слѣдуетъ освободить его отъ всѣхъ опасностей и худыхъ послѣдствій, сопряженныхъ съ чревосѣченіемъ. Достигнуть этого можно, примѣняя слѣдующій, предлагаемый авторомъ способъ, идея котораго уже раньше была высказана *Sims'омъ*, а первыя практическія осуществленія на больныхъ сдѣланы *Kelly* и *Assaky*: послѣ выскабливанія, въ случаѣ надобности, слизистой матки въ нее вводится значительно изогнутый, толстый зондъ, помощью котораго матка переводится въ anteflexi'ю, а зондъ укрѣпляется шелковыми швами, проведенными черезъ влагалищную часть и сидящее на его сторонѣ, обращенной къ передней стѣнкѣ матки, кольцо. Больная переводится въ положеніе съ высоколежащимъ тазомъ, для чего авторъ пользуется или своимъ столомъ, или тазовой подставкой (Beckenbock) *Fritsch'a*. Пузырь при этомъ отходить за симфизъ. Разрѣзъ въ 4—4½ см. по бѣлой линіи на 1 см. выше лоннаго соединенія, всего лишь до глубокой брюшной фасціи (прямые мышцы раздѣляются тупымъ образомъ). Помощью зонда матка подводится къ ранѣ, попеременно обоими углами и пришивается къ брюшной стѣнкѣ двумя, перекрещивающимися на верхушкѣ дна ея, шелковыми нитями, каждая изъ которыхъ захватываетъ въ косомъ направленіи ткань матки въ двухъ мѣстахъ—впереди одного и позади другого трубныхъ концовъ. По удаленіи зонда брюшная рана закрывается, вслѣдъ за тѣмъ по обѣимъ сторонамъ ея завязываются концы укрѣпляющихъ матку нитей поверхъ подстилки изъ марлевыхъ свитковъ (Gazerollen). Ни пузырь, ни кишки при этомъ способѣ не могутъ быть поранены. Авторомъ оперировано 11 случаевъ и во всѣхъ матка не только остается въ anteflexi'и, но и обладаетъ достаточной подвижностью.

Н. Алексенко.

131. **B. S. Schultze.** Ist Fraktur des Schlüsselbeins Kontraindikation ein tief asphyktisch geborenes Kind zu schwingen. Служить ли переломъ ключицы противопоказаніемъ для качанія (способъ *Шультца*) ребенка, родившагося въ асфиксіи?

Статья вызвана сообщеніемъ одного случая *Heidrich*'а изъ Бреславльской поликлиники, которое было напечатано въ № 7 1890 г. *Centralbl. für Gynaec.*

По случаю выпаденія пуговины было произведено извлечение ребенка за ножки. Онъ родился въ легкой асфиксіи. Тремя качаніями по *Schultze* онъ былъ оживленъ, но черезъ два часа найденъ былъ мертвымъ въ постелѣ.

Вскрытіе показало переломъ правой ключицы и прободеніе однимъ изъ переломленныхъ концовъ межребернаго пространства, *pleurae costalis* и легкихъ. Слѣдствіемъ этого была *pneumothorax* и смерть.

Leopold Meyer, въ 10 № *Centralblattes* того же года, высказалъ мнѣніе, что качаніе ребенка было причиной поврежденія легкаго переломленнымъ концемъ.

По этому поводу *Körber*, въ *Petersburg Medicinisch. Wochenschrift* за 1892 г., № 51, приводитъ рядъ противопоказаній для качанія ребенка, родившагося въ асфиксіи.

Schultze описываетъ случай, гдѣ было сдѣлано извлечение, при чемъ произошелъ также переломъ ключицы. Потребовалось 30 качаній, пока ребенокъ не былъ оживленъ. Послѣ чего наложена повязка *Velpeau*. Образовалась костная мозоль и ребенокъ развивался совершенно правильно.

Авторъ полагаетъ, что въ случаѣ *Heidrich*'а прободеніе переломленнымъ концемъ ключицы легкихъ произошло вслѣдствіе черезъ-чуръ сильнаго захватыванія за плечи.

При вдыхательныхъ качаніяхъ ребенокъ долженъ всей тяжестью своего тѣла покоиться на указательныхъ пальцахъ оперирующаго, введенныхъ въ подмышечныя впадины.

При медленномъ опрокидываніи для выдыхательныхъ движеній, передняя стѣнка груди новорожденнаго должна покоиться на подставленныхъ большихъ пальцахъ, въ то же время остальные 4 пальца лежатъ свободно на спинкѣ и въ подмышечныхъ ямкахъ, такъ что ни въ одной фазѣ качанія ключицы не могутъ смѣщаться кзади.

Такъ какъ при сломанной ключицѣ главный моментъ для вдыхательныхъ экскурсій потерянъ,—ключица подымаетъ ребра и *sternum*, въ то время когда новорожденный виситъ на подмы-

шечныхъ впадинахъ, то по этому авторъ дѣйствуетъ съ особеннымъ напряженіемъ при вдыхательныхъ движеніяхъ: чтобы влеченіе за верхнія конечности и лопатки замѣняло бы дѣйствіе теперъ не функціонирующей ключицы.

В. Строгоновъ.

132. A. Mackenrodt. Die operative Heilung grosser Blasescheidenfisteln. (Centr. f. Gynaec., № 8, 1894). **Оперативное лѣченіе большихъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ.**

Въ виду частой несостоятельности способа *Симона* при лѣченіи большихъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ, въ послѣднее время нѣкоторые предлагали достигать исцѣленіе при помощи чревосѣченія. Но эта операція представляется очень опасной. Авторъ предлагаетъ слѣдующій способъ, который въ двухъ случаяхъ чрезвычайно трудныхъ фистулъ, сопровождался полнымъ успѣхомъ. Захвативши пулевыми щипцами влагалищную часть матки у верхняго края фистулы, а также складку мочеиспускательнаго канала у нижняго края, онъ растягиваетъ переднюю влагалищную стѣнку и низводитъ матку насколько возможно. Въ случаѣ препятствій со стороны рубцевыхъ тяжей, послѣдніе разсѣкаются; затѣмъ производятъ срединный разрѣзъ отъ мочеиспускательнаго канала до влагалищной части, который, конечно, проходитъ черезъ отверстіе фистулы. Далѣе, по краямъ фистулы дѣлается разрѣзъ и производится отдѣленіе пузыря отъ передней влагалищной стѣнки; затѣмъ отдѣляютъ тупымъ или острымъ путемъ пузырь отъ матки высоко вверхъ. Теперъ стѣнка пузыря дѣлается значительно подвижной и на нее легко можно наложить одинъ, два или даже три этажа швовъ въ области фистулы. Матеріаломъ для швовъ автору служилъ *Silkwormgut*.

Теперъ переходятъ къ зашиванію отверстія фистулы во влагалищной стѣнкѣ. Накладываютъ рядъ поперечныхъ швовъ, пока напряженіе это позволитъ. Остальную же часть пришиваютъ непосредственно къ маткѣ.

В. Строгоновъ.

133. Leyden. Ein Beitrag zu der Lehre von der gonorrhoeischen Affektion der Mundhöhle bei Neugeborenen. (Centr. f. Gynaec., № 8, 1894). **Къ ученію о гонорройномъ пораженіи полости рта у новорожденныхъ.**

L. сообщаетъ интересный случай пораженія верхней губы новорожденнаго трипернымъ ядомъ. При поступленіи въ клинику мать его имѣла бѣли въ умѣренной степени. Непосред-

ственно послѣ родовъ глаза ребенка были очищены сублиматнымъ растворомъ (1:7000). Были назначены лизоловыя спринцеванія для матери и бѣли къ 10-му дню почти совершенно исчезли. Первые признаки заболѣванія у ребенка появились лишь на седьмыя сутки въ видѣ значительнаго припуханія и покрасиленія праваго глаза, а затѣмъ появленіемъ желтоватой пустулы съ горошину величиной на внутренней поверхности верхней губы.

Бактеріологическое изслѣдованіе жидкости слезнаго мѣшка, равно и упомянутой пустулы показало присутствіе гонококковъ. На другой день заболѣлъ и лѣвый глазъ. Лѣченіе пустулы состояло въ частомъ вытираніи растворомъ сулемы 1:7000. Черезъ 9 дней пораженіе рта почти совершенно исчезло, лишь имѣлось небольшое шелушеніе. Ребенокъ переведенъ въ глазное отдѣленіе.

134. **Thorn.** Zur Infektiosität des Carcinoms. (Centrbl. f. Gynäkologie, № 10, 1894). **О заразительности рака.**

Авторъ еще въ 1887 г. высказался за инфекціозность рака, что затѣмъ нашло нѣкоторое подтвержденіе въ экспериментахъ *Hahn'a*, *Novinsky*, *Winter'a*, *Wehr'a* и *Hanan*.

Самъ онъ произвелъ около 20 опытовъ съ прививкой рака на 6 женщинахъ, страдавшихъ уже этой болѣзью въ неоперируемой формѣ. Въ одной части опытовъ онъ вшивалъ кусочки рака подъ слизистую оболочку вагины, въ другой—онъ втиралъ раковыя массы въ произведенныя для этой цѣли маленькія раненія.

Только въ одномъ случаѣ пришитая частичка вначалѣ увеличилась, но спустя 3 недѣли совершенно резорбировалась. *T.* сообщаетъ 4 клиническихъ наблюденій, говорящихъ за инфекціозность рака. Онѣ суть слѣдующія: 2 случая зараженія черезъ соприкосновеніе:

1) 46 лѣтняя женщина, съ маткой фиксированной и наклоненной вправо, имѣла изъязвленное раковое пораженіе на длинной влагалищной части, тѣсно прикасавшейся къ лѣвой влагалища. Послѣдняя на мѣстѣ прикосновенія имѣла точно отвѣчающее круглое, кратеро-образное раковое пораженіе.

2) Психически больная старая дѣвица имѣла раковое пораженіе большой и малой губъ съ правой стороны; слѣва находилась на соотвѣтственномъ мѣстѣ плоская раковая язва, въ то время какъ межлежущая ткань была здорова.

Слѣдующіе 2 случая представляютъ примѣры зараженія прививкой:

1) Женщина была оперирована по случаю карциномы шейки. Влагалищная экстирпация была сильно затруднена вследствие узкости половой щели и влагалища, для устранения которыхъ съ обѣихъ сторонъ были сдѣланы глубокия надрѣзы. Рубецъ свода остался здоровымъ, между тѣмъ какъ на правомъ рубцѣ произведенной насѣчки развилось раковое новообразование, тождественное съ удаленнымъ.

2) 6 недѣль спустя послѣ влагалищной экстирпации при сильно изъязвленномъ ракъ шейки, который не заходилъ за наружный зѣвъ, въ срединѣ влагалищнаго рубца появился рецидивъ, гистологически совершенно отвѣчавшій удаленной опухоли.

Далѣе авторъ описываетъ мѣры, принимаемыя имъ противъ возможнаго зараженія ракомъ во время операци. *В. Строгоновъ.*

135. **L. Prochownick. Zur Behandlung der Asphyxia neonatorum.** (Centr. f. Gynaec., № 10, 1894). **Къ лѣченію асфиксіи новорожденныхъ.**

P. считаетъ способъ *Schultze* за вполне цѣлесообразный, но онъ не всегда можетъ быть примѣненъ, (напр. въ низкихъ комнатахъ, при переломахъ костей у новорожденныхъ), да къ тому же и утомителенъ.

Уже въ теченіи многихъ лѣтъ авторъ съ успѣхомъ примѣнялъ свой способъ, вполне удовлетворяющій основнымъ требованіямъ при производствѣ искусственнаго дыханія у новорожденнаго: сдѣлать свободными дыхательные пути, ввести воздухъ въ легкія, поднять циркуляцію крови, способствовать притоку окисленной крови къ прологловатому мозгу.

Способъ его состоитъ въ слѣдующемъ, кто либо изъ окружающихъ, или же самъ врачъ захватываютъ ножки ребенка и приводятъ его въ всячее положеніе головой книзу, причемъ послѣдняя находясь въ состояніи легкой экстензіи, упирается верхушкой въ мягкую подкладку. Двумя руками, или одной (въ случаѣ если другая—лѣвая держитъ ножки) врачъ производитъ ритмическія неслишкомъ сильныя сжиманія грудной клѣтки, вслѣдствіе чего происходятъ выдыхательныя движенія. Послѣ нѣсколькихъ первыхъ выдыхательныхъ движеній онъ медленно съ слабымъ сопротивленіемъ даетъ расправиться грудной клѣткѣ, чтобы первое вдыханіе произошло уже послѣ достаточнаго очищенія дыхательныхъ путей отъ слизи. Притокъ воздуха въ легкія достигается быстрымъ освобожденіемъ грудной клѣтки отъ давленія въ моментъ

наибольшей экспирации. Этотъ способъ менѣе утомительный и столь-же успѣшный, какъ и способъ *Schultze*, онъ применяеть его уже нѣсколько лѣтъ. *В. Строгоновъ.*

136. Prof. *Dohrn*. Ein Fall geheilter Uterus ruptur. (Centralblat. f. Gynaecologie, № 11). Случай выздоровленія при разрывѣ матки.

D. сообщаетъ крайне интересный слѣдующій случай выздоровленія при разрывѣ матки: 9/xii 93, въ гинекологическую клинику въ Кенигсбергѣ, поступила крестьянка, привезенная въ саняхъ по зимней стужѣ за 30 km. Сознаніе угнетено, пульсъ малъ, 136, лице блѣдно, животъ растянуть вздутымъ кишечникомъ, матка плотно сокращена. Изъ влагалища висить перевязанная пуповина. Порядочное отдѣленіе крови. Больная 41 года, рождаетъ 11-й разъ, имѣла поперечное положеніе, во время исправленія котораго врачомъ произошелъ разрывъ. Ребенокъ извлечень мертвымъ, послѣдъ-же остался въ маткѣ и женщина отправлена съ нимъ въ Кенигсбергъ.

Въ клиникѣ произведена дезинфекція наружныхъ половыхъ частей 5% растворомъ карболовой кислоты, влагалище вытерто ватой, смоченой сублиматнымъ растворомъ (1:1000), и затѣмъ проспирцовано 4% борнымъ растворомъ.

Послѣ этого введенной рукой былъ констатированъ разрывъ матки и извлечень послѣдъ, находившійся между кишечными петлями.

Кровотеченіе было ничтожно. Затѣмъ влагалище было затампонировано 20% йодоформнымъ тампономъ (6 m. длины и 8 cm. ширины) и наложенъ крѣпкій бинтъ на животъ. Кровотеченіе совершенно прекратилось и больная стала оправляться при полученіи *analeptica*. Йодоформный газъ извлечень на 6 день. Отдѣленія безъ запаха. Въ послѣродовомъ періодѣ были лишь легкія повышенія t° . Четыре недѣли спустя больная заболѣла пнеймоніей, оправившись отъ которой она выписалась здоровой 16/1, слѣдовательно, черезъ 37 дней по поступленіи. *В. Строгоновъ.*

137. Гавронскій. Über Verbreitung u. Endigung der Nerven in den weiblichen Genitalien. О распространеніи и окончаніи нервовъ въ женскихъ половыхъ органахъ.

G. получены слѣдующіе результаты, посредствомъ *Golgi*'вской быстрой импрегнаціи осміево-азотнокислымъ серебромъ:

1) Въ мышечномъ слоѣ матки нервы проходятъ густыми пучками, невступая однако въ соединеніе между собою, а направляясь

въ видѣ кисточекъ къ слизистой оболочкѣ. Въ подслизистомъ слоѣ на вѣкоторыхъ изъ послѣднихъ волоконъ находятъ образованія, по формѣ сходныя съ много-полярными гангліозными клѣтками. Отъ этихъ послѣднихъ идутъ отростки во всѣ стороны, нѣкоторыя въ слизистую оболочку, гдѣ сканчиваются свободно въ эпителиѣ, по большей части представляя на концѣ утолщеніе какъ бы шишечку. Волокна въ мышечномъ слоѣ представляютъ многочисленныя изгибы, отъ угловъ которыхъ отходятъ многочисленные вѣточки, идущія то въ направленіи главныхъ стволонъ, то въ обратномъ. Оканчиваются онѣ въ мышцахъ нижеописаннымъ способомъ.

2-й родъ нервныхъ волоконъ идетъ изъ мышечнаго слоя къ эпителию матки и железъ, какъ и предыдущія, но безъ проникновенія на пути въ гангліозныя клѣтки.

Непосредственно передъ вхожденіемъ въ эпителий нервныя волокна побольшей части изгибаются почти подъ прямымъ угломъ, пробѣгаютъ прежде всего параллельно основанію цилиндрическихъ клѣтокъ, отдавая послѣднимъ вѣточки, направляющіяся прямо кверху.

Въ мышечномъ слоѣ нервное окончаніе также имѣетъ форму шишечки, или же острія.

Только на одномъ препаратѣ были констатированы чашкообразныя образованія на концѣ двухъ нервовъ.

2) Въ трубахъ пробѣгаютъ многочисленныя нервныя стволы, дающіе изогнутыя боковыя вѣтви къ эпителию, иногда дѣлясь передъ послѣднимъ на двѣ и болѣе вѣточекъ. Они оканчиваются въ формѣ шишечки или острія подъ эпителиемъ, иногда въ немъ самомъ, иногда на его границѣ.

3) Въ мышечномъ слоѣ влагалища проходятъ болѣе толстыя нервныя стволы, образуя изгибы почти подъ прямымъ угломъ къ верхней поверхности эпителия. Здѣсь они даютъ боковыя вѣтви, имѣющія окончанія сходныя съ описанными въ мышечномъ слоѣ матки.

Въ подслизистомъ слоѣ они собираются какъ бы въ силетеніе (plexus) и направляются затѣмъ вдоль верхней поверхности влагалищнаго эпителия, отдавая боковыя вѣтви къ послѣднему съ окончаніями похожими на описанныя въ маткѣ.

4) Въ яичникахъ нервныя стволы расходятся вѣрообразно, не соединяясь другъ съ другомъ. Нервныя стволы проникаютъ въ theca folliculi, часто даже въ membrana granulosa, а въ отдѣль-

ныхъ случаяхъ они были видны даже вблизи zona яйца; способъ окончанія въ послѣднемъ случаѣ не могъ быть констатированъ.

В. Строгоновъ.

138. **Pelzer. Weitere Mittheilungen über die intra-uterine Injection von Glycerin, als Erviederung auf Pfannestiel's Aufsatz.** (Centr. f. Gynaecologie, 1894, № 15). Дальнѣйшія сообщенія о внутриматочномъ впрыскиваніи глицерина, въ отвѣтъ на статью Pfannenstiel'я.

Pelzer не совсѣмъ объективно возражаетъ на статью своего противника; онъ полагаетъ, что вредное дѣйствіе глицерина въ случаяхъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ *Pfannenstiel'*я, не доказано, что повышение t^0 зависѣло отъ раздраженія тепловаго центра глицериномъ, и что можно абсолютно устранить воздушную эмболию при осторожномъ примѣненіи способа, рекомендуемаго имъ.

Далѣе онъ дѣлаетъ краткій обзоръ 28 случаевъ примѣненія глицерина для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ или для усиленія маточныхъ сокращеній. Въ двухъ случаяхъ наблюдался смертельный исходъ. Оба съ нефритомъ. Къ сожалѣнію они описаны очень кратко. Возбужденіе маточныхъ сокращеній наблюдалось не только при впрыскиваніи большихъ дозъ (100 grm.), но и значительно меньшихъ (50 и даже 15 grm.) въ послѣднихъ случаяхъ, правда, приходилось иногда повторять впрыскиваніе.

Резюмируя наблюденія, онъ говоритъ: ни въ одномъ случаѣ (за исключеніемъ двухъ, имѣвшихъ уже Брайтову болѣзнь) не наблюдалось появленія въ мочѣ ни бѣлка, ни кровянистаго окрашиванія. Не было также воздушной эмболии.

Родовыя боли наступали среднимъ числомъ въ періодъ времени около 2 часовъ. До совершеннаго раскрытія маточнаго зѣва проходило еще 8—10 часовъ, а при узкомъ тазѣ нѣсколько больше.

Смерть двухъ матерей отъ частыхъ экламптическихъ припадковъ, можетъ быть была нѣсколько ускорена впрыскиваніемъ глицерина. Одинъ изъ плодовъ, по мнѣнію автора, умеръ вслѣдствіе сильныхъ маточныхъ сокращеній, вызванныхъ впрыскиваніемъ 100 ссм. глицерина.

На основаніи этихъ данныхъ онъ приходитъ къ заключенію, что впрыскивать слѣдуетъ отъ 30 до 50 ссм. иногда повторяя это и что при эклампсіи, равно и при центральномъ предлежаніи

послѣда примѣнять этотъ способъ не слѣдуетъ, въ другихъ же случаяхъ онъ заслуживаетъ дальнѣйшаго примѣненія и испытанія.

В. Строгоновъ.

139. **Pfannenstiel.** **Nochmals über die Gefährlichkeit der intrauterinen Glycerineinspritzung behufs Einleitung der Künstlichen Frühgeburt.** (Centr. f. G., № 16, 1894). **Еще разъ объ опасности внутриматочнаго впрыскиванія глицерина съ цѣлью производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Возраженіе на статью Pelzer'a.** (Centr. f. G., № 15, 1894).

Возражая *Pelzer*'у, *Pf.* приводитъ нѣкоторыя подробности ранѣе сообщенныхъ имъ случаевъ впрыскиванія глицерина для производства преждевременныхъ родовъ. Онъ полагаетъ, что тамъ имѣлись несомнѣнныя явленія отравленія глицериномъ. Далѣе онъ реферировать случай *Müller*'а (опущенный *Pelzer*'омъ) изъ клиники *Winckel*'я, гдѣ наблюдались подобныя явленія, а именно: послѣ впрыскиванія глицерина появилась рвота, потрясающій знобъ, повышение t^0 до 40^0 С., учащеніе дыханія до 44, при явленіяхъ сильной одышки. При этомъ моча сдѣлалась красно-темнокоричневою, въ ней найдены гемоглобинъ, гематопорфиринъ и небольшое число красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Далѣе онъ сообщаетъ наблюденіе *Микулича*, что впрыскиваніе іодоформа въ глицеринъ при свѣжихъ раненіяхъ зачастую вызываетъ гемоглобинурию. Въ одномъ случаѣ дѣло окончилось даже смертью у ребенка четырехъ лѣтъ, при явленіяхъ остраго паренхиматознаго нефрита, отека легкихъ и инфаркта почекъ метгемоглобиномъ.

На основаніи вышеизложеннаго *Pf.* отвергаетъ впрыскиваніе большихъ дозъ глицерина для производства преждевременныхъ родовъ. Что же касается впрыскиванія малыхъ дозъ, то дѣйствительность ихъ далеко не доказана, такъ какъ чистыхъ наблюденій въ этомъ направленіи очень мало, и едва-ли въ такой формѣ предлагаемый способъ болѣе дѣйствителенъ, чѣмъ давно примѣняемое бужированіе и колнейризы матки, которые, по мнѣнію автора, значительно менѣе опасны.

В. Строгоновъ.

140. **И. Верницъ.** **Zur Kasuistik der Geschwülste der Vagina und Vulva.** (Centralbl. f. Gynäk., 1894, № 26). **Къ казуистикѣ новообразованій влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ.**

Два случая: 1) *fibromyoma*, съ гусиное яйцо, передней стѣнки влагалища, у рожавшей женщины, 49 лѣтъ; 2) *sarcoma fibroides*, съ кулакъ, лѣвой большой губы, у рожавшей женщины, 44 лѣтъ.

Н. Какушкинъ.

141. **О. А. Рѣзниковъ.** Ein Fall von Partus Serotinus. (Centralbl. f. Gynäkol., 1894 г., № 24). **Случай запоздалыхъ родовъ.**

Второродящая, родила по меньшей мѣрѣ черезъ 11 мѣсяцевъ послѣ начала беременности. Во время беременности и раньше была почти постоянно подъ наблюдениемъ автора. Роды совершились произвольно, мадерированнымъ плодомъ, хотя первые роды совершились съ помощью щипцовъ. (Conjugata vera около 10—12½ снтм.).

Н. Какушкинъ.

142. **Eberhart.** Ein Fall von Enterocele vaginalis post. cum Prolapsu vag. post. (Centralbl. f. Gynäkol., 1894 г., № 24). **Случай задней кишечно-влагалищной грыжи съ выпадениемъ задней стѣнки влагалища.**

Авторъ дѣлаетъ краткія литературныя указанія. Его случай слѣдующій: многорожавшая, 46 лѣтъ, жалуется на выпаденіе опухоли изъ влагалища (въ кулакъ величиной) и боли въ спинѣ. Маленькая, хорошо инволюцированная матка, наклоненная вперед. Опухоль состоитъ изъ задней стѣнки влагалища и изъ задняго свода. Подъ наркозомъ сдѣлана colporaphia posterior и резекція задняго свода съ частью прилегающей брюшины. Выздоровленіе.

Н. Какушкинъ.

143. **K. Menge.** Ein kleiner Dampfsterilisationsapparat für die geburtshilfliche Praxis. (Centralbl. f. Gynäkol., 1894 г., № 24). **Маленькій паровой обеззараживатель для акушерской практики.**

Аппаратъ пригоденъ для приготовленія асептическихъ ваты и марли. Матеріаль кладется въ цилиндрическую коробку (23 снтм. длины и 7 снтм. въ поперечникѣ) съ рѣшетчатымъ дномъ; коробка эта надѣвается на горлышко (6½ снтм. въ поперечникѣ) сосуда съ водой (500 кб. снтм.). подъ которымъ ставится спиртовая лампочка. Обезпложиваніе совершается въ теченіе ½ часа. Аппаратъ—удобенъ для переноски и во время его дѣйствія. *Н. Какушкинъ.*

144. Проф. **Dohrn.** Ueber die Verwendung elastischer Ligaturen zu Stielunterbindungen bei Laparotomien. (Centralbl. für. Gynäkol., 1894 г., № 28). **Объ употребленіи эластическихъ лигатуръ для перевязки ножки при чревосѣченіяхъ.**

Авторъ употребляетъ для перевязки ножки резиновый жгутъ въ 4 миллим. толщиной и погружаетъ его навсегда въ брюшной полости. Такимъ способомъ онъ сдѣлалъ около 300 чревосѣченій.

Преимущества этого приема онъ видитъ въ прочности и надежности кровоостанавливающего его дѣйствія и въ легкости обезпложиванія жгута. Для закрѣпленія жгута употребляется свинцовое колечко. Въ одномъ случаѣ повторнаго чревосѣченія автору пришлось черезъ годъ наблюдать, что погруженный жгутъ совершенно былъ зарощенъ окружающей тканью.

Н. Какушкинъ.

145. **G. Leopold. Zur Myomektomie mit intraperitonealer Stielbehandlung.** (Centralbl. f. Gynäkol., 1894 г., № 26). **Къ вопросу о миомэктомии съ внутрибрюшиннымъ способомъ ухода за ножкой.**

Практикуемый авторомъ способъ таковъ. По извлеченіи матки изъ брюшной полости, верхній отдѣлъ брюшной раны зашивается. Перевязываются четыре связки. Если опухоль лежитъ далеко отъ маточныхъ артерій и наложение жгута удобоисполнимо, жгутъ накладывается, въ противномъ случаѣ маточныя артеріи тотчасъ же за перевязкой связокъ перевязываются, и операція совершается безъ жгута. Послѣ наложенія жгута дѣлается круговой разрѣзъ серозной оболочки, которая отсекаровывается внизъ. Перерѣзается шейка, прижигается термокаутеромъ каналъ и вырѣзывается полученный струпъ. Двѣ прочныя нити проводятся по сторонамъ канала параллельно спереди назадъ (подбрюшинно) и завязываются направо и налево. Тонкими нитями затѣмъ зашивается надъ культей брюшина. По этому способу авторъ оперировалъ 20 разъ и описываетъ теперь девять случаевъ (предыдущіе 11 случаевъ описаны въ XLIII томѣ Arch. f. Gynäkol.). Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

По вопросу о лѣченіи фиброміомъ матки вообще авторъ высказывается за индивидуализацію и модифицируетъ свои способы сообразно съ обстоятельствами. Для надвлагалищныхъ ампутацій онъ беретъ опухоли съ дѣтскую головку величиной, не обращая вниманія на мѣсто ихъ развитія. Въ 90 случаяхъ операций миомъ матки путемъ чревосѣченія у него получилось 4,4% смертности (въ томъ числѣ кастраціи дали 5% смертности). Операціи чрезъ влагалище (70 случ.) не дали ни одного смертнаго исхода.

Н. Какушкинъ.

146. F. A. Kehrer. Mastdarmverschluss durch Einkeilung des Uterus myomatosus, resp. puerperalis in das Becken nach laparotomie. (Centralblatt für. d. Gynäkologie, 1894 г., № 22). Полное закрытіе просвѣта прямой кишки вслѣдствіе вколачиванія послѣ чревосѣченія въ тазу матки съ міомой и послѣ-родовой.

Авторъ описываетъ два случая: 1) замужняя, рожавшая, 30 л., страдаетъ кровотеченіями, запорами и задержкой мочи около $\frac{3}{4}$ года. Распознава міома съ дѣтскую голову, исходящая изъ задней стѣнки матки. При чревосѣченіи не удалось вывести матку и опухоль изъ полости таза, почему сдѣлана двухсторонняя кастрація. Въ послѣоперационномъ періодѣ развились постепенно явленія закупорки кишекъ (въ первый день была дана опійная настойка); сдѣланъ проколъ тонкой кишки, подлежащей въ брюшной ранѣ (края отчасти разошлись). Посмертное вскрытіе показало неподвижно-вколоченное положеніе матки и опухоли въ маломъ тазу, сдавленіе прямой кишки и мочеточниковъ, растяженіе верхняго отдѣла послѣднихъ и толстыхъ кишекъ, некрозъ и прободеніе восходящей ободочной кишки, септической перитонитъ, тромбозъ бедренныхъ венъ. 2) Рожавшая, 36 лѣтъ, съ остео-малатическимъ тазомъ и скелетомъ, прибыла на второй день срочныхъ родовъ. Размѣры таза 27; 28,7; 29; 20; 11. Dist. sarcocotylolidea 6. Плодъ живъ, но выходеніе его не совершалось, не смотря на частыя и хорошія схватки. Сдѣлано кесарское сѣченіе. Трубы перерѣзаны между двумя лигатурами. Маточная рана (продольная, по средней линіи) сшита 10 глубокими и 9 промежуточными швами. Съ перваго дня и въ послѣдующіе температура тѣла колебалась въ предѣлахъ 38,6—39,5. Пульсъ 120—150. На второй день рвота. Клизма быстро выливалась обратно. Дано было: ежедневно inf. sennae и клизмы (простыя, съ касторовымъ масломъ и съ inf. sennae). Смерть на пятый день, при постепенно увеличивавшемся метеоризмѣ, рвотѣ, боляхъ въ животѣ, упадкѣ силъ. Вскрытіе констатировало высокой степени параличъ прямой кишки съ дифтеритомъ толстыхъ кишекъ, легкой гемморрагической перитонитъ и вколоченную въ малый тазъ хорошо сократившуюся матку (послѣднее явленіе авторъ считаетъ вѣроятной причиной стеноза прямой кишки).

И. Какушкинъ.

147. Max Madlener. Tuberculöse Ovarialcyste und tuberculöser Uteruspolyp. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 22). **Туберкулезъ яичниковой кисты и маточнаго полипа.**

Различаютъ два вида туберкулезныхъ кистъ: обыкновенныя первичныя пролиферирующія кистомы, въ стѣнкѣ которыхъ развиваются туберкулы, *переходя* съ брюшины, пораженной бугорчаткой (*Sp. Wells, Baumgarten, Sängner*), и кисты, представляющія изъ себя полости, наполненныя казеозными массами, съ туберкулами на внутренней поверхности стѣнки (*Heiberg*). Автору пришлось наблюдать послѣдняго рода кисту при вскрытіи женщины, 54 л., умершей отъ туберкулеза легкихъ: киста, правыхъ яичника и трубы (*tuboovarialis*), величиной съ женскую голову, съ гладкой наружной поверхностью, содержала зеленоватую жидкость съ казеозными массами. Въ стѣнкѣ констатированы бугорки, бугорчатыя палочки.

У этой же женщины найденъ, исходящій изъ дна, полипъ, длиной въ 4 сантим., съ гладкой поверхностью, но содержащій внутри туберкулезный процессъ, перешедшій, повидимому, изъ дна матки, гдѣ, по сосѣдству съ сращеніемъ описанной выше кисты, имѣлись нѣсколько туберкулезныхъ гнѣздъ. Раньше подобный случай туберкулеза полипа описанъ *Lahn*’омъ.

Н. Какушкинъ.

148. I. Bäcker. Sectio caesarea post mortem; lebendes Kind. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 24). **Посмертное кесарское сѣченіе. Живой ребенокъ.**

По *Neumann*’у и *Lange*, въ 331 случаѣ кесарскаго сѣченія на мертвыхъ сохранено дѣтей живыми 2⁰/₀; по *Pusch*’у, 453 случая кесарскаго сѣченія на мертвыхъ дали 43 живыхъ дѣтей. Случай автора касается 40-лѣтней женщины, беременной въ восьмой разъ, на послѣднемъ мѣсяцѣ, и умершей отъ хронической атрофіи сердца и хроническаго отека легкихъ. Операция кесарскаго сѣченія начата тотчасъ за послѣднимъ вздохомъ беременной. Извлечена въ асфиксіи дѣвочка, вѣсомъ въ 2510, оживлена 56 взмахами Шульцевскихъ качаній. Дѣвочка затѣмъ прекрасно росла и развивалась. Авторъ отмѣчаетъ интересное явленіе: послѣ извлечения плода матка быстро сократилась, какъ у живой роженицы.

Рядомъ съ этимъ авторъ описываетъ другой случай, 26-лѣтней беременной, умершей отъ гнойнаго менингита, гдѣ кесарское сѣченіе дало плодъ, не оживленный и 733 взмахами Шульцевскихъ качаній.

Н. Какушкинъ.

149. **Albert Sippel. Supravaginale Amputation des septischen puerperalen Uterus.** (Centralbl. f. Gynäkol., 1894, № 28). **Надвлагалищная ампутація септической послѣродовой матки.**

Послѣ произвольныхъ родовъ и ручнаго удаленія послѣда у родильницы развились явленія сепсиса. t° тѣла колебалась въ предѣлахъ 38,8° и 40°. Пульсъ и силы больной падали съ каждымъ днемъ. При отсутствіи какихъ либо явленій со стороны брюшины и околоматочныхъ пространствъ у больной отмѣчены: кровотеченія маточныя, обильное отдѣленіе изъ матки жидкости, вонючей, характера мясныхъ помоевъ. На 12-й день послѣ родовъ слизистая оболочка матки была тщательно вычищена и полость матки вымыта хлорной водой (хлорную воду авторъ считаетъ лучшимъ дезинфицирующимъ при мѣстныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ). Это немного улучшило состояніе родильницы. Считая всю маточную ткань инфицированной и не видя наклонности къ несомнѣнному благопріятному теченію болѣзни, авторъ удалил у больной (на 16-й день послѣ родовъ) матку путемъ чревосѣченія, тщательно защитивъ брюшную полость отъ вторичной инфекции. Больная быстро поправилась (матка была надвлагалищно ампутирована по внѣбрюшинному способу).

Авторъ показаніемъ къ подобному же удаленію матки ставитъ также случаи гнойнаго флебита, протекающаго подъ видомъ затянущейся піэміи. Въ такихъ случаяхъ, по его мнѣнію, нельзя ограничиваться удаленіемъ одной матки, а слѣдуетъ по возможности резецировать *venae spermaticae internae* и *uterinae*, въ случаѣ ихъ тромбозированія, потому что тромбы, оставленные удаленными, могутъ послужить удобной почвой для дальнѣйшаго размноженія микробовъ.

Н. Какушкинъ.

150. Д-ра *E. Luther'a. Ueber Frauen Tripper.* Трипперъ женщины. (Sammlung klinischer Vorträge von *R. Volkmann*, G., № 82, 83, X, 1893).

Въ виду обширности брошюры д-ра *Лютера* (150 страницъ) представляемъ здѣсь по возможности краткое извлеченіе изъ нея.

I. *Историческій очеркъ.* Когда-то перелой какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ считался легко излѣчимой болѣзью. Но въ 1872 г. американскій врачъ *Noeggerath* выступилъ съ своимъ сочиненіемъ о неизлѣчимости триппера женщины, у которой болѣзнь, говорилъ онъ, распространяется по всему половому тракту и, переходя на брюшину, обуславливаетъ рядъ тяжелыхъ страданій и безплодіе. У мужчинъ онъ допускалъ излѣченіе триппера не бо-

лѣе чѣмъ у 10⁰%, остальные 90% онъ считалъ одержимыми скрытымъ трипперомъ (*die latente gonorrhoea*). Сначала нѣкоторые корифеи науки (*Schröder, Fritsch*) провалили ученіе *Noeggerath*'а рѣзко порицающимъ отзывомъ о немъ, но въ 1884 г. *Sänger, Olshausen* и др. доказали вѣрность воззрѣній *Noeggerath*'а; вслѣдъ за ними цѣлый рядъ ученыхъ: *Gusserow, Hegar, Lawson Tait* и др. подтвердили тоже своими наблюденіями и даже *Schröder* (въ изданіи своего учебника 1887 г.) и *Фришъ* (въ своихъ руководствахъ 1892 г.) сознались въ ошибочности прежде высказанныхъ ими мнѣній объ этомъ предметѣ.

II. *Бактеріологическія изслѣдованія.* Еще до *Neisser*'а нѣкоторые искали причину гонорреи въ специфическихъ микроорганизмахъ. Самъ *Noeggerath* еще въ 1872 г. сообщалъ о своихъ изслѣдованіяхъ въ этомъ направленіи, но только *Neisser*'у въ 1879 г. удалось открыть гонококки. *Luther* упоминаетъ о томъ, что они окрашиваются метиленовою синькою, но о формѣ и величинѣ ихъ ничего не говоритъ. (Д-ръ *Черевковъ*, въ своемъ руководствѣ къ практической бактеріологіи, Харьковъ, 1894, стр. 311, описываетъ ихъ такъ: это диплококки средней величины, отъ 0,2 до 0,4 μ . въ діаметрѣ, слегка приплюснуты, сжаты съ полюсовъ и въ мѣстахъ соединенія напоминаютъ видъ булочки *Peef.*). *Bumm* указалъ на то, что по формѣ, величинѣ и окрашиванію встрѣчаются формы, сходныя съ гонококками, но послѣднія отличаются тѣмъ, что, вѣдряясь въ гнойныя и другія клѣтки, располагаются около ихъ ядра. *Neisser* увѣрялъ, что гонококки проникаютъ только въ цилиндрической эпителии, въ плоскомъ онъ ихъ не видѣлъ. *Dinkler* же находилъ гонококки также въ плоскомъ эпителии. *Wertheim* прослѣдилъ, что гонококки, проникая по существующимъ между тканями и между лимфатическими сосудами расщелинамъ, обуславливаютъ пораженіе отдаленныхъ органовъ.

Въ клиническомъ отношеніи нахожденіе гонококковъ по *Luther*'у не особенно важно: въ сомнительныхъ случаяхъ не найдешь ихъ ни на одномъ изъ $\frac{1}{2}$ дюжины препаратовъ, а все таки нельзя отрицать гоноррею. Культура гонококковъ на пластинкахъ (лучшего всего на кровяной сывороткѣ женскаго послѣда) даетъ, по *Bumm*'у, болѣе вѣрный способъ діагноза: безуспѣшность ея доказываетъ отсутствіе гоноррею, успѣхъ указываетъ существованіе болѣзни. Время, нужное на культуру, менѣе продолжительное чѣмъ разсмотрѣніе нѣсколькихъ микроскопическихъ препаратовъ.

III. *Области распространенія гонококковъ у женщины:* 1) *Уретра.* По короткости и ширинѣ ея канала, заболѣваніе мочевого канала

не бывает тяжелымъ; встрѣчается оно въ 90% всѣхъ случаевъ гонорреи у женщинъ. Въ складкахъ слизистой оболочки уретры, въ кринтахъ ея, гонококки гнѣздятся очень упорно, служа причиною хроническаго уретрита. Болѣзнь не рѣдко осложняется періуретритомъ, инфильтраціей и нарывами окружающей клѣтчатки, парауретритомъ; зависимость этихъ осложненийъ отъ гонококковъ вѣроятна, хотя не доказана. Переходу процесса на мочевой пузырь мѣшаетъ, быть можетъ, кислая реакція мочи; впрочемъ, если пузырь и поражается гонорреей, то здѣсь процессъ скоро прекращается, хотя можетъ распространиться еще выше: наблюдали pyelitis и pyonephrosis, но тамъ допускали смѣшанное зараженіе. Боль при уретритѣ у женщинъ и другія субъективныя явленія незначительны: изъ объективныхъ замѣчаются: припуханіе и краснота уретры и возможность выдавить изъ нея каплю гноя. Переходъ болѣзни на половой трактъ встрѣчается по *Martin*'у, въ большей половинѣ всѣхъ случаевъ: въ 26 изъ 47 случаевъ его клиники.

2) *Прямая кишка*. Пораженіе этой кишки гонорреей встрѣчается у женщинъ чаще, чѣмъ у мужчинъ, особенно при существованіи разрыва промежности, когда истекающее изъ уретры или влагалища отдѣляемое попадаетъ на анусъ.

3) *Vulva и ея железы*. Часть наружныхъ половыхъ органовъ, покрытыхъ слизистой оболочкою, нерѣдко поражается гонорреей, особенно Бартолиновы железы, въ выходномъ отверстіи которыхъ слѣды болѣзни въ видѣ покраснѣвшей каймы остаются на многіе годы. Процессъ, прекратившійся уже въ уретрѣ и наружныхъ половыхъ органахъ, упорно гнѣздится въ выводныхъ протокахъ Бартолиновыхъ железъ, откуда можетъ произойти рецидивъ у самой больной и зараженіе ею мужчины. Свойственныя гонорреѣ *остроконечныя кондиломы* встрѣчаются чаще всего на vulva не только у нечистоплотныхъ, но и у женщинъ изысканной чистоты.

4) *Влагалище*. Изъ 483 больныхъ женщинъ, *Horand* нашелъ гонококки въ рукавѣ 20 разъ, въ уретрѣ 140 разъ. Причина рѣдкаго пораженія влагалища—кислая реакція слизи. *Döderlein* перевесъ на слизистую оболочку взрослой дѣвственницы *staphylococcus pyogenus*, а на 4-й день не нашелъ и слѣдовъ его въ рукавѣ; также погибають тамъ и гонококки. Послѣдніе держатся дольше всего въ сводахъ рукава. Хроническіе вагиниты поддерживаются тѣмъ, что въ вагину часто попадаютъ гонококки изъ шейки или полости матки и вновь заражаютъ влагалище.

Въ противоположность со взрослыми, у дѣтей *vulvo—vaginitis* встрѣчается не рѣдко, большею частью отъ случайнаго переноса туда гонококковъ, рѣже отъ насилія, которое производится иными изъ безобразнаго суевѣрія, что сношеніе съ невинною излѣчиваетъ трипперъ. *Döderlein* доказалъ, что влагалищная слизь дѣтей не имѣетъ кислой реакціи.

5) *Шейка и матка*. При зараженіи гонококки попадаютъ во влагалище и въ маточную шейку; въ первомъ они быстро погибаютъ, въ послѣдней размножаются, проникая въ углубленія ея слизистой оболочки и въ железы ея, обуславливая по временамъ обостренія процесса. Прекратившаяся болѣзнь обостряется при менструаціи, беременности, абортѣ и родахъ.

Roggi утверждаетъ, что всѣ воспаленія слизистаго покрова матки и ткани ея—инфекціоннаго происхожденія. Определить, поражена ли одна шейка или и матка, почти невозможно въ виду чрезвычайной трудности получить секретъ матки отдѣльно отъ шейки.

Какимъ путемъ гонококки передвигаются вверхъ по половому тракту? *Sänger* объясняетъ это передвиженіемъ въ сказанномъ направленіи рѣсничекъ мерцательнаго эпителия. *Fritsch*, *Bumt* и др. считаютъ внутреннее маточное отверстіе этапнымъ пунктомъ, который гонококки переходятъ рѣдко, при чрезвычайныхъ условіяхъ: при зондированіи или другихъ внутри-маточныхъ манипуляціяхъ; самопроизвольно—при менструаціи, когда при усиленныхъ движеніяхъ кровь просасывается изъ шейки обратно въ полость матки, регургитируетъ. *Luther* приписываетъ смѣщенія матки у не рожавшихъ гонорреѣ путемъ паренхиматозныхъ измѣненій матки; имъ же онъ приписываетъ заболѣванія у дѣвственницъ, при мастубраціи.

6) *Маточные придатки и брюшина*. Главная опасность гонорреи у женщинъ зависитъ отъ перехода болѣзни на трубы, яичники и на брюшину.

Положенія *Nöggerrath*'а, что обусловленныя гонорреей воспаленія брюшины бываютъ ограниченными, подтверждается многими новѣйшими изслѣдованіями. Пути перехода гонококковъ на брюшину троякіе:

а) По продолженію, съ слизистой оболочки матки черезъ трубы на брюшину.

б) *Per contiguitatem*, по щелямъ лимфатическихъ путей шейки, тѣла матки и трубы въ *raga*-и *perimetrium*.

с) По кровеноснымъ сосудамъ. Послѣднимъ путемъ гонококки переносятся въ отдаленные органы, обуславливая гнойныя скопленія въ сочлененіяхъ, въ головномъ и спинномъ мозгу, эндокардитъ и т. п. Не смотря на частоту триппера, метастазы встрѣчаются очень рѣдко. *Luther* объясняетъ это тѣмъ, что гонококки труднѣе пробираются въ кровообращеніе, чѣмъ другіе микроорганизмы и то только при случайныхъ пораненіяхъ. *Puosalpinx* подвергаетъ женщину постоянной опасности: выходненіе гноя изъ трубы при дефекаціи или другихъ физическихъ напряженіяхъ производитъ периметритъ, пельвиперитонитъ, которые не рѣдко рецидивируютъ.

Kaltenbach, подмѣтивъ, что родильницы, у дѣтей которыхъ является бленоррея глазъ, заболѣваютъ часто параметритомъ, приписалъ послѣднее гонококкамъ. *Krönig* въ 1893 г. подтвердилъ мнѣніе *Kaltenbach*'а бактериологически: у родильницы, въ лохіяяхъ которой кромѣ гонококковъ не было никакихъ другихъ микроорганизмовъ, появился параметритъ на 20 день послѣ родовъ. *Wertheim* доказалъ, что гонококки проникаютъ въ брюшину черезъ стѣнки Фалопіевой трубы, абдоминальной конецъ которой былъ зарощенъ и этимъ путемъ произвели периметритъ.

На яичникъ гонококки попадаютъ также или по поверхности или сквозь толщу тканей широкой связки.

Всѣ формы воспаленія трубъ (катарральныя, гнойныя, интерстиціальныя, hydro-уо-haematosalpinx) и различныя воспаленія яичниковъ зависятъ отъ зараженія, чаще всего отъ гонорреи (*Wertheim*, *Pozzi*).

Одно микроскопическое изслѣдованіе не даетъ еще достаточныхъ результатовъ: изъ 100, изслѣдованныхъ д-ромъ *Menge*, случаевъ, гонококки найдены были только въ 10; тогда какъ *Wertheim*, изслѣдуя посредствомъ культивировки на пластинкахъ 24 случая, нашелъ гонококки въ 17 или въ 70,8⁰/о.

Старыя гнойныя скопленія въ трубахъ становятся безвредными: не только гонококки, но и стрептококки въ случаѣ разрыва такой трубы при родахъ или лапоротоміяхъ теряютъ способность производить новыя зараженія брюшины (*Fritsch*, *Schmitt*). Послѣднее опровергается впрочемъ бактериологическими изслѣдованіями *Wertheim*'а, проверенными клинически. Чистыя культуры гонококковъ, полученныя изъ гноя Фалопіевой трубы, представлявшей значительныя измѣненія, т. е. изъ гноя, оставшагося въ трубѣ очень долго, привитыя двумъ паралитикамъ и одному идиоту, произвели у нихъ бленноройный уретритъ. Культура гонококковъ

оставшаяся въ той же питательной средѣ 45 дней, при переносѣ ея на новую среду, дала нормальные гонококки, обладавшіе способностью произвести зараженіе.

Гонорройный перитонитъ. Нѣкоторые ученые отрицали названную форму перитонита, но *Wertheim*'у удалось прививкою гонококковъ вызвать перитонитъ у морскихъ свинокъ и бѣлыхъ мышей; у кроликовъ и собакъ прививка не удавалась. *Cerpi* нашелъ гонококки въ гноѣ при pelvi-peritonitis у женщины, а *Wilander* въ перитонеальномъ экссудатѣ 5 лѣтней дѣвочки при разлитомъ перитонитѣ. *Luther* допускаетъ въ подобныхъ случаяхъ примѣсъ другихъ микроорганизмовъ.

Почему peritonitis gonorrhoeica остается ограниченной, а произведенная стрепто-и стафилококками разлитого? *Luther* объясняетъ это обиліемъ фибрино-пластическаго вещества и фермента въ лейкоцитахъ, въ которые гонококки вѣдряются и которые они разрушаютъ; тогда какъ другіе микроорганизмы даютъ болѣе обильный, жидкій экссудатъ.

Частота гонорройныхъ пораженийъ придатковъ матки. При вскрытіи 138 трушовъ женщинъ въ возрастѣ 20—30 лѣтъ придатки оказались больными 58 разъ; а изъ 575 вскрытій женщинъ всѣхъ возрастовъ тоже было въ 182 случаяхъ (*Winckel*).

IV. *Послѣродовыя гонорройныя и смѣшанныя зараженія.* *Noeggerath* первый обратилъ вниманіе на то, что у женщинъ, страдавшихъ гонорреей, послѣ родовъ не рѣдко развивается периметритъ или ограниченный перитонитъ. Частоту этого пораженія *Sänger* считаетъ равною 15% (у 35 изъ 230 родильницъ).

Что количество гонококковъ значительно увеличивается во время беременности и послѣ родовъ, фактъ обще-извѣстный. Удивительно, что при такой частотѣ гонорреи, воспаленія придатковъ встрѣчаются такъ мало. *Krönig* объясняетъ это отчасти позднимъ обнаруженіемъ этихъ воспаленій, ускользящимъ отъ регистраціи клиникъ. Такъ у одной онъ наблюдалъ pelvi-peritonitis exudativa черезъ 4 недѣли, у другой—параметральный экссудатъ черезъ 26 дней послѣ родовъ (такъ называемое самозараженіе родильницъ *Sänger* объясняетъ гонорреей. *Pefer*.).

Kaltenbach и др. доказали, что въ здоровой маткѣ не должно быть никакихъ микробовъ; но иногда гонококки въ маткѣ не вызываютъ никакихъ заболѣваній. *Krönig* получалъ чистые культуры гонококковъ изъ секрета самой матки въ 9 случаяхъ, изъ которыхъ у 4 puerperium сопровождался высокой лихорадкой,

у 4 умеренною (не болѣе Ц.), у 38,50 одной же безъ всякаго повышения температуры, такъ что она считалась здоровою.

Не всѣ случаи гнойнаго сальпингита зависятъ отъ гонококковъ: по *Wertheim*'у, изъ 116 случаевъ пносальпингита въ 72 не оказалось никакихъ бактерій, въ 32—найлены гонококки, въ 6—стрептококки, въ 1—стафилококки, въ 1—пнеймококки, въ 4—бактеріи неопредѣленной формы и ни разу гонококки не были найдены одновременно вмѣстѣ съ другими бактеріями, такъ что смѣшаннаго зараженія *W.* не допускаетъ; *Witte* доказалъ противоположное: въ гной Фалоніевой трубѣ 3 родильницъ онъ нашелъ гонококки и другія бактеріи, у одной—гоно-и стрептококки, у пятой въ секретѣ рукава—гоно-и стафилококки.

V. *Біологія гонококковъ*, ихъ скрытое состояніе.

Гонококки, забравшись въ лейкоциты и эпителиальныя клѣтки, размножаются въ нихъ и обусловливаютъ разрушеніе гостеприимно пріютившихъ ихъ клѣтокъ. Въ микроскопѣ мы видимъ клѣтки, болѣе или менѣе переполненные гонококками и кучки послѣднихъ, свободно плавающіе въ полѣ зрѣнія. Изъ всѣхъ бактерій одни гонококки обладаютъ свойствомъ разрушать бѣлые кровяные шарики. Наблюдая культивировку гонококковъ на пластинкахъ съ кровяною сывороткою и агарь-агаромъ, мы замѣчаемъ, что они больше всего разрастаются при температурѣ 36°, при постоянной влажности, безъ притока кислорода, притомъ въ болѣе глубокихъ слояхъ пластинки. Всѣ эти условія встрѣчаются въ женскихъ половыхъ органахъ, особенно во время беременности и менструаціи, когда влажность ткани увеличивается; гонококи преодолеваютъ препятствія у внутренняго маточнаго и яйцеводнаго отверстій, но, попадая на брюшину, окружаясь ложными оболочками, вскорѣ сморщивающимися, они лишаются необходимой имъ влаги вслѣдствіе всасыванія жидкости здоровою брюшиной изъ откапсулированныхъ частей ея, въ которыхъ гонококки, высыхая, погибаютъ. Впрочемъ нѣкоторые изслѣдователи переносили высохшія въ агарь-культурѣ гонококки на новую среду и получали вполне заразительныя гонококки.

Рѣдкое осложненіе гонорреи септицеміей, піэміей и метастазами зависитъ отъ того, что лейкоциты, наполненные бактеріями лишены энергіи и набуханіе ихъ мѣшаетъ имъ проскользнуть черезъ поры капиларовъ; поэтому они рѣдко заносятся по кровеноснымъ путямъ.

По лимфатическимъ путямъ гонококки распространяются какъ и другія бактеріи, ферменты нагноенія; но гонококки не произво-

дять лимфангита. *Wertheim* впрыскивалъ чистые культуры гонококковъ подъ кожу себѣ и другому лицу; впрыскиваніе повлекло только мѣстную реакцію.

Скрытымъ состояніемъ (Latenz) Noeggerath назвалъ такое теченіе болѣзни, когда она нѣсколько лѣтъ ничѣмъ не обнаруживаясь, а потомъ вдругъ является обострѣніе процесса. *Wertheim* описываетъ едва окрашивающіеся мелкія зернышки и шарики неправильной формы и величины, которые онъ называетъ дериватами гонококковъ; при культивировкѣ ихъ изъ нихъ развиваются нормальные вполне заразительные гонококки. Если считать эти дериваты спорами гонококковъ, то этимъ можно будетъ объяснить скрытое состояніе гонорреи.

О спорахъ другихъ бактерій извѣстно по наблюденіямъ *Транезникова*, (*Annales de l'instut. Pasteur*, 1891, № 6) что они, попавъ въ амебодныя клѣтки (фагоциты) долго остаются въ нихъ бездѣтельными; но при отживаніи и разрушеніи фагоцитовъ, освободившіеся споры развиваются въ бактеріи. Примѣняя тоже понятіе къ гонококкамъ, мы объяснимъ этимъ скрытое состояніе ихъ и обостреніе процесса.

VI. *Диагнозъ*. Острая форма гонорреи легко узнается, хроническая—труднѣе; встрѣчается же она гораздо чаще первой и характеризуется по *Noeggerath*'у слѣдующимъ: 1) заболѣваніе до того здоровой новобрачной безъ рѣзкихъ мѣстныхъ признаковъ; 2) гнойныя бѣли при отсутствіи глубокихъ язвъ, грануляцій на внутреннихъ половыхъ органахъ или незначительная стекловидная слизь съ мало-распространенной, но интенсивной краснотой зѣва; 3) катарръ выводныхъ протоковъ железъ наружныхъ половыхъ органовъ; 4) остроконечныя кондиломы—абсолютно вѣрный признакъ гонорреи; 5) *kolpitis granularis*. 6) *salpingoperimetritis s. ovaritis glandularis*. *Luther* прибавляетъ къ этому: 7) нахожденіе гонококковъ; 8) обычный абортъ, безплодіе или наступленіе такого послѣ первыхъ родовъ. Ненахожденіе гонококковъ въ отдѣляемомъ не исключаетъ гонорреи: во взятой для изслѣдованія каплѣ секрета нѣтъ гонококковъ, а между тѣмъ они гнѣздятся въ складкахъ или железахъ или въ клѣтчаткѣ и способны къ культивировкѣ и зараженію. Предположенная гоноррея женщины часто подтверждается изслѣдованіемъ ея мужа. Въ темныхъ случаяхъ офтальмогленоррея новорожденнаго или заболѣваніе матери послѣ единственныхъ ея родовъ, оставляющее разстройство здоровья на всю жизнь, разъясняетъ сущность болѣзни. Прекратившуюся болѣзнь можно узнать по краснотѣ болѣе или менѣе припухшихъ

отверстій протока Бартолиновыхъ железъ или уретры, или маленькихъ красныхъ точекъ на слизистой рукава—слѣды *colpitis granulosa*.

Изъ субъективныхъ признаковъ, кромѣ бѣлей, замѣчаются вначалѣ процесса чрезмѣрно обильныя, болѣзненные регулы, атипичныя по сроку; въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни—регулы скудны, черезъ 5—6 недѣль, съ болью въ видѣ предвѣстниковъ, уменьшающейся съ появленіемъ кровей.

Zweifel описываетъ отличительные признаки пѣосальпингита, обусловленнаго стрептококками отъ такого же, произведеннаго гонококками: при первомъ не бываетъ ни атипичности, ни болѣзненности, ни чрезмѣрнаго количества регулъ, больныя жалуются только на ощущеніе какой то стучащей боли въ нижней части живота; указанныя явленія вмѣстѣ съ особенной болѣзненностью *endometrii* при зондированіи указываютъ на гоноррею.

Perimetritis и *pelvoperitonitis gonorrhoeica*, появляющіеся подъ вліяніемъ какихъ нибудь внѣшнихъ причинъ, напр. послѣ родовъ, затихаютъ, а черезъ болѣе или менѣе продолжительныя паузы возобновляются. Это свойство распространяющейся кверху восходящей гонорреей.

Гонорройный перитонитъ начинается бурно, но черезъ нѣсколько дней боли стихаютъ, оставляя иногда огромный экссудатъ. Болѣзнь часто повторяется, хотя нисколько не вліяетъ на измѣненіе къ худшему цвѣтущаго, здороваго цвѣта лица больныхъ. Другія формы перитонита начинаются медленно и излѣчиваются прочно.

Съ гонорройнымъ перитонитомъ можно только смѣшать рецидивирующій перитифлитъ, не зависящій отъ гонококковъ.

VII. *Прогнозъ*. Какъ ни парадоксальнымъ покажется положеніе, что сифилисъ излѣчимъ, а трипперъ—нѣтъ, оно совершенно вѣрно: нѣтъ ни одной болѣе тяжелой, инфекціонной болѣзни у женщинъ, чѣмъ гоноррея.

Впрочемъ, если болѣзнь не переходитъ за внутреннее маточное отверстіе, предсказаніе еще не дурно.

Кромѣ измѣненій въ половыхъ органахъ и безплодія, гоноррея обусловливаетъ болѣе или менѣе тяжелую истерику и психозы.

VIII. *Лѣченіе*. При уретритѣ у мужчинъ большинство врачей откладываетъ лѣченіе до прекращенія остраго періода болѣзни, у женщинъ нельзя откладывать лѣченіе, дабы воспрепятствовать дальнѣйшему распространенію болѣзни.

Такъ какъ гонококки гнѣздятся преимущественно въ маточной шейкѣ, то мы должны направить нашу терапію на удаление ихъ изъ нея. Но въ острыхъ случаяхъ, во избѣжаніе перехода бактерій въ полость матки, мы ограничимся лѣченіемъ одного влагалища. Для промываній его *Luther* считаетъ лучшимъ, но не безопаснымъ средствомъ сулему; поэтому онъ совѣтуетъ вмѣсто нея 1% растворъ сѣрнокислой мѣди съ послѣдующими іодо-глицеринными тампонами. Въ первое время очень хороши—сидячія ванны, 2—3 раза въ день, покой, діета и щелочи.

Когда съ прекращеніемъ отдѣленій изъ рукава бѣли продолжаютъ, т. е. при хроническомъ гонорройномъ эндометритѣ—полезны обильныя промыванія полости матки тѣмъ же растворомъ (1% *supr. sulfur.*), послѣ предварительнаго расширенія ея; инструментъ для промываній матки долженъ быть съ двойнымъ каналомъ (Фричевскій катетеръ). Относительно пользы выскабливанія матки съ послѣдующимъ смазываніемъ полости іодомъ *L.* не имѣетъ собственнаго опыта. При переходѣ болѣзни на трубы сначала полезны холодъ и кровотоотвлеченія; по прекращеніи остраго періода болѣзни, иные совѣтовали расширение и дренажъ матки (подобно лѣченію мочевого пузыря при піелитѣ) или массажъ, или электризацію самихъ трубъ. *Luther* предостерегаетъ отъ этого, дабы не способствовать излитію содержимаго трубъ въ полость брюшины; а совѣтуетъ симптоматическое лѣченіе. Когда оно не помогаетъ, можно ожидать излѣченія отъ удаления заболѣвшихъ органовъ. Но хирургическимъ вмѣшательствомъ можно ожидать много лѣтъ; только при *ruosalpingit*'ѣ съ разрывомъ гнойнаго мѣшка трубы показана немедленно лапоротомія для удаления гноя изъ брюшины. Исходъ операціи въ этихъ случаяхъ обыкновенно благопріятенъ. Вообще удаление большихъ придатковъ матки дало 60% излѣченій, 30% улучшеній и въ 10% болѣзненные явленія не прекратились. (% смертности у *Luther*'а не показанъ. *Peferp.*)

Относительно прочнаго излѣченія гонорреи у женщинъ *Luther* подшучиваетъ въ пессимистскомъ духѣ: онъ говоритъ, что скорѣе больныя избавятся отъ своихъ послѣднихъ деньжонокъ, чѣмъ отъ послѣднихъ гонококковъ. (*Sänger* наблюдалъ гонор. кольпитъ многолѣтней давности даже у старухъ).

IX. *Безплодіе супружествъ, какъ медицинскій и социальный вопросъ.*

Вредъ гонорреи отражается не только на заболѣвшихъ и семьѣ ихъ, но болѣзнь подрываетъ благосостояніе страны, будучи причиной безплодныхъ браковъ. Во Франціи 20% браковъ без-

плодны, въ 24⁰/₀—имѣется по одному ребенку. (Цифры, приведенные д-ромъ *Chervin* изъ послѣдней народной переписи во Франціи, въ 1888 г. Въ общемъ убыль народонаселенія во Франціи приписывается распространенности триппера *Reф.*). При лѣченіи безплодія прежде всего нужно изслѣдовать сѣменную жидкость мужа. По *Fürbringer*'у на 200 случаевъ *impotentia coeundi et generandi* въ 51⁰/₀ причина состояла въ гонорреѣ. По *Nocgerath*'у 90⁰/₀ приобрѣтеннаго безплодія зависятъ отъ гонорреи.

X. Профилактика: а) *Личная.* Врачи должны разъяснить каждому мужчинѣ, страдающему хроническимъ уретритомъ, какое зло онъ можетъ причинить здоровой женщинѣ и поэтому долженъ отсвѣтовать ему вступленіе въ бракъ, (а женатымъ сношеніе съ женою до полного излѣченія себя, доказаннаго бактериологическимъ изслѣдованіемъ сѣменной жидкости. При существованіи трипперныхъ нитей или слипанія отверстія уретры, *Sänger* предлагаетъ обезвредить сношеніе примѣненіемъ *involucris membri virilis*. *Reф.*). б) *общественная профилактика.* Заботы о предупрежденіи заболѣванія трипперомъ должны быть возложены на государство. Для этого д-ръ *Luther* предлагаетъ:

1) Урегулировать проституцію, сосредоточивъ ее въ извѣстныхъ пунктахъ, въ казармахъ, съ воспрещеніемъ ея внѣ послѣднихъ.

2) Измѣненіе способа осмотра проституттокъ.

3) Обязательный осмотръ всѣхъ мужчинъ, посѣщающихъ проституттокъ.

4) Карательныя мѣры противъ тѣхъ, которые зная о своей болѣзни, заразили другихъ.

5) Обязать врачей доносить о всякомъ заболѣваніи гонорреей, какъ о другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, кромѣ случаевъ, касающихся семейныхъ людей, гдѣ это право предоставить каждому изъ супруговъ.

6) Обязать акушеровъ доносить о встрѣчаемыхъ ими заболѣваніяхъ у незамужнихъ.

7) Образовать низшій медицинскій персоналъ для цѣлей діагноза гонорреи.

8) Освободить административныхъ врачей отъ обязанностей практическихъ врачей.

Luther указываетъ на вредъ отъ общераспространеннаго мнѣнія, что въ публичныхъ домахъ, благодаря осмотру проституттокъ, зараженіе трипперомъ не возможно. Это опасное заблужденіе. Для того чтобы осмотръ проституттокъ принесъ дѣйствительную пользу, *L.* совѣтуетъ передъ каждымъ осмотромъ публич-

ныхъ женщинъ заарестовать ихъ на 12—24 часа, дабы онѣ не могли спринцовками и т. п. мѣрами лишить врача возможности видѣть отдѣляемое ихъ половыхъ органовъ; въ сомнительныхъ случаяхъ *L.* совѣтуетъ помѣстить изслѣдуемыхъ въ больницы, а секретъ ихъ изслѣдовать путемъ культивировки на пластинкахъ. Съ улучшеніемъ организаціи публичныхъ домовъ эти изслѣдованія станутъ возможными въ ихъ же помѣщеніяхъ.

Осмотръ мужчинъ, посѣтителей домовъ терпимости, по *Luther*'у не должно служить пропагандированіемъ безопасности ихъ посѣщенія; а наоборотъ, осмотръ этотъ долженъ удерживать благоразумныхъ людей отъ посѣщенія этихъ домовъ, въ которыхъ они рискуютъ своимъ здоровьемъ и счастьемъ своей семьи.

Законъ объ отвѣтственности за зараженіе лицъ другого пола людьми, знавшими о своей болѣзни (такъ называемый законъ *Heinze*) подвергался недавно въ Германіи обсужденію въ комисіи Рейхстага. Введеніе его составитъ прогрессъ соціального строя.

Дабы введеніе строгихъ мѣръ не содѣйствовало распространенію тайной проституціи, *Luther* предлагаетъ узаконеніе болѣе строгихъ карательныхъ мѣръ за это, даже *тѣлесное наказаніе*. Гуманные принципы XIX столѣтія объ уничтоженіи тѣлеснаго наказанія *Luther* считаетъ позоромъ нашего вѣка, который, говоритъ онъ, еще не доросъ до примѣненія крайнихъ гуманныхъ взглядовъ.

Авторъ приравниваетъ зараженіе лицъ другого пола завѣдомо-больными къ изнасилованію женщинъ и съ требуемымъ имъ тѣлеснымъ наказаніемъ за это, полагаетъ онъ, надо мириться, какъ съ допускаемой законами смертною казнью за самыя тяжкія преступленія, противъ которыхъ гуманисты не возражаютъ.

На строгія мѣры противъ гонорреи должно смотрѣть какъ на самозащиту общества отъ грозящей ему опасности отъ распространенія болѣзни, поражаемой безнравственностью.

В. Каплянскій.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

1) Акушерско-гинекологическія замѣтки.

У насъ, провинціальныхъ врачей, работающихъ въ глуши и не имѣющихъ возможности весьма часто въ затруднительныхъ случаяхъ медицинской практики посоветоваться своевременно съ опытнымъ товарищемъ (при маломъ развитіи провинціальныхъ медицинскихъ обществъ), мнѣ кажется, должна являться потребность, хотя при помощи печати, представлять отъ времени до времени на судъ авторитетовъ свои промахи и удачи въ томъ или другомъ оказаніи помощи страждущему человѣчеству; какъ слѣдствіе этой потребности являются эти мои „замѣтки“.

1. Затупленное поперечное положеніе плода; эмбриотомія; смерть матери.

Утромъ 9/VIII 93 г., я былъ приглашенъ за 10 верстъ отъ мѣста моего жительства, въ Х. Булавки, Черниговск. уѣзда, для помощи при родахъ, къ крестьянкѣ Анастасіи Л—ко, 30-ти лѣтъ отъ роду. Роды—срочные, пятые по счету.

Я прибылъ къ мѣсту вызова утромъ въ 10¹/₂ час. вмѣстѣ съ земской акушеркой.

Изъ разспросовъ старухи-матери роженицы оказалось, что воды прошли еще 5/VIII днемъ, ручка же плода выпала въ ночь съ 8/VIII на 9/VIII.

При осмотрѣ роженицы оказалось: лицо ея блѣдно и исхудало, глаза запали и лихорадочно блестятъ; пульсъ въ минуту=120 ударамъ; потугъ еще съ ночи нѣтъ никакихъ; плодъ мертвъ, хотя ночью наканунѣ 9/VIII дня роженица еще ощущала движенія его; матка плотно обхватываетъ плодъ; на частяхъ бедеръ, ближе къ наружнымъ половымъ органамъ, и на самихъ половыхъ (наружн.) органахъ имѣются ссадины и попрѣлость; изъ половой щели сочится грязная, съ запахомъ сѣроводорода, жидкость; выпавшая лѣвая ручка плода—синюшна, отечна и кожа на ней сорвана мѣстами (слѣды манипуляцій сельской повитухи); предлежитъ лѣвое плечо и лѣвая выпавшая ручка; опредѣлено: *вторая установка первый видъ поперечнаго положенія*, при чемъ плодъ изогнутъ въ позвоночникѣ пополамъ такимъ образомъ, что часть

спинки и ножки обращены прямо кпереди, а головка—затылкомъ къзади и другая, меньшая, часть спинки (грудная часть) съ правой ручкой—тоже къзади (личико прилегаетъ къ брюшку), т. е. имѣется *partus duplicatus*¹⁾; лѣвая ручка и плечо вкочлены въ маломъ тазу и стоятъ низко.

Въ виду слабости роженицы было сдѣлано измѣреніе только *conjug. exter.*, которая оказалась = 17¹/₂ сант. Нужно замѣтить, что прежнія роды у нашей роженицы были всегда очень тяжелы.

Слегка захлороформировавъ больную (истрачено было не болѣе 1—2 драхмъ хлороформа, ибо больная потомъ и безъ него находилась въ сонливомъ состояніи и не реагировала при операциі) и основательно дезинфицировавъ наружные половые органы, я приступилъ къ оказанію помощи роженицѣ; попытки окончить роды поворотомъ и извлеченіемъ за ножки не удались, такъ какъ матка плотно обхватывала плодъ; имѣя въ виду²⁾ запущенность случая, смерть плода, слабость матери и невозможность сдѣлать поворотъ, я рѣшилъ удалить плодъ по частямъ (*эмбриотомія*).

Въ виду рѣдкости подобной операциі въ настоящее время (я, напр., за 10 лѣтъ акушер. практики въ земствѣ имѣлъ только одинъ этотъ случай) въ земскомъ акушерскомъ наборѣ со мною для подобной цѣли имѣлись только короткія (для перерѣзки пуговины) прямыя ножницы и тупой акушерскій крючекъ; съ этими инструментами я приступилъ къ операциі эмбриотоміи. Такъ какъ шейная часть позвоночника плода находилась довольно высоко и поэтому моими ножницами достигъ къ ней нельзя было, я послѣ вылуценія въ плечевомъ суставѣ вынавшей и сильно отечной ручки (помощницей была только акушерка—она же и хлороформаторъ), ножницами изсѣкъ два ребра младенца и черезъ это отверстіе частью пальцами, частью ножницами же удалилъ часть легкихъ, а потомъ, проникнувъ черезъ вскрытую со стороны грудной полости грудобрюшную преграду въ брюшную полость удалилъ кишки (*evisceratio*) и тогда только ножницами же былъ разсѣченъ позвоночникъ въ средней его трети, такъ что голова младенца съ плечиками и правой ручкой составляли одно цѣлое, а остальная часть туловища съ ножками—другое (*спондиллотомія* по *Simpson'у*); теперь, захвативъ пальцами лѣвой руки конецъ позвоночника, бывшій въ связи съ верхней частью туловища, я правой рукой низведя правую ручку младенца, я извлекъ за эту ручку часть туловища съ головкой довольно легко, а потомъ еще легче—за обращенный книзу конецъ позвоночника и остальную часть туловища съ ножками.

Дѣтское мѣсто, сильно разложившееся, грязно-сѣраго цвѣта и съ запахомъ сѣроводорода, выжато по *Credé*. Младенецъ былъ мужескаго пола. Матка, совершенно неповрежденная и хорошо сократившаяся, была промыта растворомъ карболовой кислоты

¹⁾ Оперативное акушерство *Ferd. Ad. Kehler*, изд. 1893 г., стр. 250.

²⁾ Оперативное акушерство *А. Крассовскаго*, 1889 г., стр. 584 (показ. къ эмбриотоміи). Оператив. акуш. *Н. Н. Феноменова*, 1893 г., стр. 286, показ. подъ лѣт. а.

(2⁰/о); кровотечение изъ матки было незначительное; черезъ 1/2 часа послѣ выжиманія послѣда матка сдѣлалась атоничной и увеличилась въ объемѣ.

Послѣ операціи больная скоро проснулась и хорошо реагировала на растиранія дна матки для вызванія сокращенія ея.

Еще во время операціи пульсъ больной сталъ ослабѣвать и тотчасъ послѣ операціи его уже нельзя было прощупать; не смотря на возбуждающія (водку, гофманскія капли и т. п.) пульсъ не поднимался и больная часа черезъ два послѣ операціи умерла.

Операція такимъ не совершеннымъ инструментомъ была очень затруднительна, продолжительна (около 2-хъ час.) и утомительна. какъ для врача, такъ и для роженицы.

Смерть рожильницы въ данномъ случаѣ, по всей вѣроятности, наступила отъ паралича сердца, вызваннаго отравленіемъ продуктами гнилостнаго распада при запущенности родового акта; хлороформъ не могъ имѣть въ данномъ случаѣ никакого вреднаго дѣйствія, такъ какъ его давали очень мало и то только въ началѣ операціи (при попыткѣ сдѣлать поворотъ только).

Очень можетъ быть, если бы въ нашемъ распоряженіи были болѣе совершенные инструменты для эмбриотоміи,—хотя, напр., *Н. Н. Феноменовъ* ³⁾ находитъ оперированіе *длинными* ножницами наилучшимъ способомъ, операція была бы скорѣе окончена и больная тогда пожалуй не погибла-бы.

Этотъ случай еще разъ подтверждаетъ тотъ фактъ, что въ *мужи нужны болѣе разнообразныя и совершенныя инструменты, нежели въ большихъ родильныхъ домахъ и клиникахъ*, гдѣ подобные случаи вѣроятно теперь и не могутъ встрѣчаться.

II. Наложеніе щипцовъ на низко стоящую головку; слабость потугъ въ изгоняющемъ періодѣ; выздоровленіе.

На развѣтѣ 5/ix 93 г., я былъ приглашенъ на роды къ еврейкѣ, жительницѣ гор. Березны (Черниговскаго уѣзда), Алтѣ Ц—нѣ, 29 лѣтъ отъ роду. Многоороженница. Боли въ маткѣ начались еще 2 недѣли тому назадъ и истощили больную, не давая ей спать по ночамъ. Роженица умѣреннаго тѣлосложенія. Размѣры таза: *Conjugata exter.*—19 сант., *Distan. spin. ant.*—24¹/₂ с. и *Distant. crust.*—26 сант. Зѣвъ матки совершенно раскрытъ и плодный пузырь напряженъ; потуги слабы и не часты: вскорѣ послѣ моего прихода были черезъ 5—6 минутъ, а потомъ черезъ 1/4 часа каждая; для усиленія потугъ сдѣланъ разрывъ пальцами плодныхъ оболочекъ, послѣ чего схватки на время усилились было, но потомъ вновь ослабли. Положеніе плода затклочное.

Для болѣе скорого окончанія родовъ и въ виду неправильности сердцебиенія плода наложены щипцы *Simpson'a* на низко стоящую головку, при чемъ довольно легко (три тракціи) извлечень довольно крупный младенецъ (живой). Приросшіи послѣдъ отдѣленъ изъ матки рукой, введенной въ матку; матка не была промыта.

³⁾ Оператив. акуш. *Н. Н. Феноменова*, 1893 г., стр. 280.

Послѣродовой періодъ при нормальной температурѣ прошелъ гладко и родильница скоро оправилась. Этотъ случай интересенъ тѣмъ, что эта роженица будучи беременна около 2 мѣсяцевъ въ началѣ 1893 года, обращалась къ врачу за помощью по поводу сильныхъ бѣлей, появившихся вскорѣ послѣ бывшаго недѣли 2½ тому назадъ кровоточенія (около 3 недѣль было кровоточеніе); врачъ, не имѣя точнаго анамнеза и найдя матку не соотвѣтственно малой предполагавшемуся сроку беременности, предположилъ хроническій эндометритъ и метритъ и зондировалъ матку (зондъ прошелъ тогда на 11 сантим.) и тѣмъ не менѣе выкидыша не послѣдовало и роженица благополучно доносила до срока живаго младенца; это доказываетъ большую выносливость матки и что выкидышъ однимъ осторожнымъ зондированіемъ, съ чѣмъ согласенъ такой авторитетъ, какъ А. Красовскій⁴⁾, произвестъ не возможно (у меня есть этому еще нѣсколько примѣровъ, но они подробно не записаны).

III. Ягодичное положеніе, извлеченіе за одну ножку; выдвореніе.

Въ 1 часъ дня 9/xi 93 г., въ городскую Усманскую земскую больницу доставлена была въ родахъ кр. села Рыжкова, Усманскаго уѣзда, Тамбовской губ., Екатерина П...на, 21 года, первороженица. Изъ разспросовъ доставившей ее акушерки оказалось, что воды прошли 8 ноября днемъ, а схватки начались въ ночь съ 7 на 8 ноября; больная пріѣхала въ городъ вмѣстѣ съ своимъ мужемъ—новобранцемъ (проводить его). Доставившая роженицу акушерка была приглашена къ ней на квартиру въ 12½ час. дня 9 ноября.

При пальпаціи черезъ брюшныя стѣнки опредѣлялась головка плода вверху матки (дно ея) и больше кпереди; сердцебіеніе (совершенно правильнаго характера) плода слышно справа.

При внутреннемъ изслѣдованіи половыхъ органовъ оказалось: внутренній зѣвъ раскрытъ на 3—4 поперечныхъ пальца, пузырь разорванъ и не напряженъ; предлежать ягодицы (больше кпереди и вправо) и ножки (больше влѣво и кзади). Предлежащія части нѣсколько втиснуты во влагалище; схватки повторяются черезъ 5—6 минутъ и не очень сильны; температура роженицы въ 1 часъ дня равна 38,8° Ц., пульсъ роженицы равенъ 80 удар. въ минуту.

Діагнозъ: *вторая установка ягодичнаго положенія первый видъ ея.*

Роженица послѣ ванны и клизмы переведена въ отдѣльную чистую палату; веденіе родовъ—пока выжидательное.

Вскорѣ послѣ ванны изъ половыхъ частей показался месонимъ. Въ 2½ час. по полудни: сердцебіеніе младенца оказалось неправильнымъ (перемежающимся) и замедленнымъ, зѣвъ вполнѣ раскрытъ и предлежащія части значительно подвинулись во влагалище; роженица очень истощена; схватки ослабѣли и повторяются черезъ 5 минутъ, при чемъ во время схватки предлежащія части

⁴⁾ Оперативное акушерство А. Красовскаго, 1889 г., стр. 391.

впередь нисколько не подвигаются. Въ виду такого состоянія роженицы и младенца желательно было ускорить роды, для какой цѣли, подъ вліяніемъ статьи д-ра *В. И. Штольца* ⁵⁾, я сдѣлалъ *профилактическое низведеніе одной правой ножки*; черезъ 10 минутъ послѣ этой небольшой операціи *роды* все таки *не подвигались впередъ*, а *низведенная ножка посинѣла*; тогда я приступилъ къ *извлеченію плода за низведенную ножку*, которое и удалось безъ затрудненій; головка была освобождена по Пражскому способу. Извлечена дѣвочка (средней величины) въ асфиксіи и вскорѣ оживлена. Послѣдъ, частично приросшій, удаленъ черезъ 10 минутъ послѣ извлеченія младенца рукой, введенной въ матку. Послѣдъ не великъ и длина пуповины нормальна. Матка однократно промыта 2% растворомъ карболовой кислоты и оказалась хорошо сократившейся; промежность цѣла. Послѣродовое состояніе прошло нормально, безъ повышенія температуры; родильница выписалась изъ больницы на 8 день послѣ родовъ.

Этотъ случай доказываетъ полную безопасность (при антисептическихъ предосторожностяхъ) для ускоренія родовъ низведенія одной ножки, хотя въ нашемъ случаѣ *ускорить роды этимъ не удалось*, но мы потомъ имѣли *полную возможность, при опасности упрощавшейся задушеніемъ младенцу, своевременно оказать скорую помощь роженницѣ и извлеченіемъ спасти жизнь младенца*; поэтому я тоже присоединяюсь къ мнѣнію тѣхъ акушеровъ, между прочимъ и д-ра *В. И. Штольца*, которые при совершенныхъ ягодичныхъ положеніяхъ совѣтуютъ при замедленіи родовъ прибѣгать къ профилактическому низведенію одной ножки.

IV. *Геморрагическій эндометритъ послѣродовой матки; выскабливаніе, прободеніе матки во время операціи; выздоровленіе.*

Въ Уманскую больницу 7/xi, 93 г., была доставлена для операціи жена купца (изъ г. Усмани), 35 лѣтъ отъ роду, многороженница (12 разъ рожала) Марія У...ва, по поводу кровотеченія изъ матки.

Больная крѣпкого тѣлосложенія, но очень малокровна и худа, средняго роста. Послѣдній разъ родила 17/ix 93 г.; послѣ родовъ кровавистыя выдѣленія продолжались шесть дней, а потомъ до 26 октября шли грязнаго цвѣта бѣли; съ 26 же октября вновь появились крови, которыя продолжаютъ съ нѣкоторыми перерывами (иногда на 10—12 дней) и до настоящаго времени (7/xii).

Лѣкарственное лѣченіе (внутренніе приемы *extr. secal. cornut.*, *extr. gossipii herbas.*, мышьяка), горячія души и ледъ на животъ при лежаніи на спинѣ давали только временное облегченіе въ смыслѣ кратковременной остановки кровотеченія.

При гинекологическомъ осмотрѣ мною найдено: матка увеличена (длина ея по зонду = 9 сантим.), дрябла на ошупь; никакихъ измѣненій въ придаткахъ и въ параметріи нѣтъ.

⁵⁾ Пробный номеръ 1893 г. „Еженедѣльника“ журнала „Практическая медицина“, стр. 7.

Въ лѣвой сторонѣ брюшной полости прощупывается плотная, гладкая, овальной формы и безболѣзненная, величиной съ голову новорожденнаго опухоль, которая исходитъ изъ лѣваго подреберья и связи съ половыми органами не имѣетъ; существуетъ эта опухоль болѣе года (увеличенная селезенка, новообразование ея).

Больная часто страдала упорными лихорадками.

Въ послѣднее время (около недѣли) больная лихорадила (t° по вечерамъ бывала $38,5^{\circ}$).

Въ виду упорнаго кровоточенія изъ матки, не подававшагося мирнымъ средствамъ и сильно истощившаго больную, рѣшено сдѣлать выскабливаніе слизистой оболочки матки, что и было сдѣлано 7/xii 93 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ въ операционной комнатѣ Усманской больницы при участіи городского врача *И. М. Ковалинскаго*.

Выскабливаніе производилось съ большой осторожностью, такъ какъ ткань матки была дрябла и послѣ родовое состояніе ея еще не вполне прошло.

Не смотря на наши *очень осторожныя и нѣжныя манипуляціи* острой ложкой, послѣ 3—4 движеній, ложка (*средней величины*) *весьма легко, безъ всякаго насилія, далеко вошла (сантим. на 12) въ брюшную полость (прободеніе матки); конецъ ложки ассистентъ могъ черезъ брюшныя стѣнки констатировать въ брюшной полости.*

Операция все таки осторожными движеніями ложки была окончена, полость матки была тампонирована jodoform. марли и тампонъ оставленъ на двое сутокъ.

Послѣ операции больная вскорѣ пришла въ себя; она была перенесена на постель и положенъ былъ ледъ на животъ; вскорѣ послѣ операции больная чувствовала себя хорошо и на боли въ животѣ не жаловалась. Черезъ пять часовъ послѣ операции больная осторожно перевезена къ себѣ на домъ въ городъ же.

Послѣоперационное состояніе больной было слѣдующее:

7/xii (день операции) температура вечеромъ = $38,8^{\circ}$ при хошемъ самочувствіи; болей въ животѣ нѣтъ.

8/xii температура нормальна, аппетитъ хорошъ; нижняя часть живота безболѣзненна и не напряжена. Ъсть молоко и бульонъ. Вечеромъ оставленъ ледъ на животѣ и больной позволено лежать на боку. Внутрь принимаетъ Ergotin. dialysat. Wernichі по 10 капель 2 раза въ день.

9/xii температура нормальна; животъ безболѣзненъ. Самочувствіе хорошее. Аппетитъ удовлетворителенъ.

11/xii. Температура нормальна.

Сегодня удаленъ тампонъ изъ матки и въ полость ея вприсунута іодная настойка; введенъ только влагалищный тампонъ.

10/xii: температура утромъ = $37,2^{\circ}$.

Больная днемъ, безъ вѣдома врача, позволила себѣ поѣсть изрядное количество рыбы (раньше же она часто страдала при-

падками катарра желудка, съ рвотой, тошнотой и болями подъ ложечкой), а потому ночью у больной появилась тошнота и рвота при нормальной температурѣ; животъ и во время рвоты былъ безболѣзненъ и ненапряженъ.

12/xii и 13/xii тошнота и рвоты не прекращаются, не смотря на противурвотныя средства; животъ (низъ его) безболѣзненъ и ненапряженъ; сдѣланъ теплый влагалищный душъ (12/xii), причѣмъ выдѣленийъ изъ матки не оказалось никакихъ; matka безболѣзненна и температура нормальна; пульсъ = 85—90 въ минуту. Вечеромъ 13/xii рвота прекратилась произвольно.

14/xii и 15/xii больная слаба, аппетита нѣтъ; температура нормальна. Животъ безболѣзненъ и выдѣленийъ изъ полости матки нѣтъ. Выздоровленіе. Кровотеченіе изъ матки не появлялось до марта мѣсяца 1894 г., когда я больную видѣлъ въ послѣдній разъ послѣ операціи.

Итакъ въ данномъ случаѣ, не смотря на *осторожность въ оперированіи*, было сдѣлано *прободеніе стѣнки матки*, которое, благодаря строгой антисептикѣ, *окончилось вполне благополучно для больной*: выздоровленіе послѣ операціи прошло *совершенно гладко*. Я изслѣдовалъ гинекологически больную нѣсколько разъ, черезъ 1 и 2 мѣсяца послѣ операціи, и *никакихъ измѣненій въ половой сферѣ не нашель*.

Этотъ случай доказываетъ, что: 1) прободеніе матки можетъ случиться даже при *весьма осторожномъ и умѣломъ манипулированіи* ⁶⁾, вопреки мнѣнію д-ра *Б. И. Фейнберга*, высказанному въ его работѣ: „Активный методъ лѣченія выкидыша ⁷⁾...“, что 2) это поврежденіе матки при антисептикѣ оканчивается благополучно и что 3) эта, съ виду невинная, операція требуетъ большой осторожности при ея выполненіи и производить выскабливаніе матки, особенно послѣродовой, безъ зеркалъ, въ потьмахъ, по моему мнѣнію, *весьма рискованно* ⁸⁾.

V. *Двуполостная матка (uterus subseptus unicollis* ⁹⁾, *хроническій катарральный эндометритъ, перегибъ къзади тыла матки; выскабливаніе*.

Въ Усманскую земскую больницу, 12/1 94 г., поступила мѣщ. г. Усмани, Марія Б...ва, 30 л. отъ роду, съ жалобами на обильное выдѣленіе бѣлей и безплодіе (около 14 лѣтъ замужемъ и не имѣла дѣтей, а также и выкидышей не было). Во время менструацій и особенно передъ началомъ ихъ испытываетъ сильныя схваткообразныя боли въ нижней части живота и въ поясницѣ; мѣсячныя приходятъ въ срокъ и продолжаются около недѣли,

⁶⁾ Мнѣ приходилось видѣть, что и одинъ опытный и извѣстный гинекологъ, Петербургскій, случайно сдѣлалъ прободеніе матки при изслѣдованіи ее зондомъ; это прободеніе подтвердилось при лапаротоміи на слѣдующій день по поводу опухоли въ брюшной полости.

⁷⁾ См. Журналъ Акуш. и женск. болѣзней, окт. 1893 г., стр. 796.

⁸⁾ Журналъ Акуш. и женск. болѣзней, окт. м. 1883 г., стр. 801.

⁹⁾ Женскія болѣзни, д-ра *К. Славянскаго*, т. I, 1888 г., стр. 269.

кровь идетъ жидкая, иногда съ небольшими сгустками. При би-мануальномъ изслѣдованіи опредѣляется перегибъ тѣла матки кзади, который легко исправляется ручными приѣмами; это исправленное положеніе тѣла матки оставалось все время пребыванія больной въ больницѣ; тѣла матки меньше нормальнаго; въ параметріи и въ сводахъ ничего ненормальнаго нѣтъ; матка безболѣзненна.

При осмотрѣ зеркаломъ оказалось, что шейка матки, какъ у нерожавшей, и изъ первикальнаго канала выдѣляется много мутной слизи (неокрашенной); длина матки по зонду = $6\frac{3}{4}$ сантим. При зондированіи матки оказалось, что онъ тотчасъ за внутреннимъ зѣвомъ наталкивается на какое то препятствіе, а потомъ свободно прошелъ болѣе въ лѣвую сторону матки; этому отклоненію зонда въ сторону не было придано особеннаго значенія.

Въ виду хроническаго эндометрита и перегиба матки кзади больной предложено было выскабливаніе слизистой матки и носеніе кольца *Hodge*.

Выскабливаніе было произведено 15/1 послѣ предварительнаго расширенія канала шейки ламинаріей.

По расширеніи канала шейки и при болѣе тщательномъ изслѣдованіи ея полости зондомъ обнаружилось, что, при проведеніи зонда черезъ каналъ шейки въ прямомъ (срединномъ) направленіи, онъ наталкивается тотчасъ за внутреннимъ зѣвомъ на препятствіе и дальше въ этомъ направленіи проведенъ быть не можетъ; до препятствія зондъ подвинуть былъ на $2\frac{1}{2}$ сантим., тогда явилось подозрѣніе о существованіи перегородки въ маткѣ и приступлено было къ изслѣдованію полости матки одновременно двумя зондами; одинъ зондъ былъ проведенъ влѣво отъ препятствія, а другой—вправо и оба они проникли въ матку на $6\frac{3}{4}$ сантим. длиной (отъ наружнаго отверстія шейки), при чемъ при движеніи одновременно двухъ зондовъ (сведеніе ихъ) металлическаго звука соприкосновенія одного зонда о другой не было слышно.

При введеніи острой ложки въ матку повторяется тоже явленіе; ложка свободно проходитъ вправо и влѣво, а прямо не можетъ быть проведена (мѣшаетъ препятствіе).

Такимъ образомъ совершенно случайно установлена была аномалія развитія матки, т. е. *двуполостная матка*, при чемъ *перегородка начиналась нѣсколько выше внутренняго зѣва и шла до самаго дна матки (uterus subseptus unicolis авторовъ)*; перегородка была довольно мясистой, такъ какъ при выскабливаніи въ отдѣльности каждой полости матки перегородка эта не нарушилась. Интересно въ этомъ случаѣ еще то, что *матка* въ общемъ *не была увеличена* (какъ указывается на это обыкновенно въ руководствахъ по женскимъ болѣзнямъ), а даже *нѣсколько уменьшена*.

В. В. Потъенко.

Редакторы: { Д. Оттъ.
Л. Личкусъ.

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

- 1) *Э. Ф. Черневскій*. Курсъ Акушерства.
 - 2) *В. А. Столытинскій*. Къ вопросу о воспалительныхъ измѣненіяхъ въ половой сферѣ у женщинъ при азіатской холерѣ. (Отд. оттискъ изъ „Сборника работъ по акуш. и женск. бол.“, посвящ. проф. К. Ф. Славянскому).
 - 3) *В. И. Абель*. О лечебной грязи за границей и у насъ. Одесса. 1894.
 - 4) *А. В. Пель*. Водоснабженіе С.-Петербурга, съ точки зрѣнія химико-бактеріологической. (Отдѣльный оттискъ изъ „Журнала Медицинской Химіи и Фармаціи“).
-

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ПОСТУПИЛЪ ВЪ ПРОДАЖУ
СБОРНИКЪ РАБОТЪ
ПО
АКУШЕРСТВУ И ЖЕНСКИМЪ БОЛѢЗНЯМЪ,
ПОСВЯЩЕННЫЙ
ПРОФЕССОРУ К. Ф. СЛАВЯНСКОМУ
ЕГО УЧЕНИКАМИ

въ 25-лѣтіе его врачебно-ученой дѣятельности.
Спб. 1894. Два тома (болѣе 1000 страницъ)
со многими рисунками въ текстѣ и въ таб-
лицахъ.

ЦѢНА ЗА ОБА ТОМА 5 РУБЛЕЙ.

Обращающіеся къ д-ру **А. Р. Фишеру** (Спб.,
Б. Сампсон. просп., № 9), за пересылку не
з—(3) платятъ.