

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ VIII.

ОКТАБРЬ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.

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

ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ОКТАБРЬ 1894, № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

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

Юзь этиологіи кистъ малыхъ губъ vulvae.

А. Ф. Брандта.

Насколько часты въ литературѣ описанія кистовидныхъ образованій, развивающихся въ области большихъ губъ, настолько ограничено число случаевъ этихъ образованій, встрѣчающихся на малыхъ губахъ.

Большинство руководствъ по гинекологіи умалчиваютъ о кистахъ малыхъ губъ, напр., *Hildebrandt* (Руков. къ женск. болѢзнямъ, VIII отд., 1878, стр. 58) считаетъ мѣстомъ развитія кистъ почти безъ исключенія большія губы; *Zweifel* (Handb. d. Frauenkrankh., v. *Billroth* u. *Lücke*, Bd. III, 1886, pag. 249—250) упоминаетъ, что, кромѣ встрѣчающихся кистъ Бартолиновыхъ железъ, въ области vulvae бываютъ еще кисты трудно объяснимаго происхожденія; у *Sinety* (Traité pratique de gynécologie et des malad. d. femmes, 1884, pag. 115—116) читаемъ лишь одно, что если кисты развиваются на малыхъ губахъ, то тогда онѣ имѣютъ наклонность развиваться по на-

правленію къ влагалищу, при чемъ *Sinety* не разбираетъ виды кисть и ихъ этиологію, и т. д.; да и въ спеціальныхъ гинекологическихъ журналахъ описанія отдѣльныхъ случаевъ падаются лишь изрѣдка.

Klob (Patholog. Anat. d. weibl. Sexualorgane, 1864, pag. 164), описывая кисты, встрѣчающіяся въ области vulvae, прямо заявляетъ: «Ueber die Art der Entstehung dieser Cysten ist nichts bekannt etc.» и со временъ *Klob*'а ничего новаго не прибавилось по вопросу объ этиологіи подобныхъ кисть.

Далѣе, *Klob* говоритъ, что различной величины кисты большихъ и малыхъ губъ, растущія въ различныхъ направленіяхъ, большею же частью кнаружи, представляются въ видѣ свисающихъ опухолей. Если же исходною точкою кисть являются малыя губы, то ростъ этихъ кисть можетъ быть и по направленію къ тазу. Содержимое кисть представлялось или серознымъ, или слизистымъ, коллоиднымъ, желтоватаго или же шоколадно-бураго, даже чернаго цвѣта. Плотныя стѣнки кисть съ внутренней стороны были гладкія, выложенныя плоскимъ эпителиемъ; по направленію же кнаружи были настолько срощены съ клѣтчаткой губъ, что при вылущеніи представили бы не малыя затрудненія.

Развитіе этихъ кисть *Klob* ставитъ въ зависимость отъ инкапсулированія экстравазата въ толщѣ губъ.

Очевидно это объясненіе *Klob*'а нѣсколько натянуто, ибо нельзя объяснить способъ появленія плоскаго эпителия на внутренней поверхности кисть при инкапсулированіи эксудата въ толщѣ губы, когда извѣстно, что инкапсуляція происходитъ лишь при помощи соединительной ткани, образующей какъ бы оболочку вокругъ экстравазата.

Одинъ случай, наблюдавшійся самимъ *Klob*'омъ, гдѣ кисты, не превышая величины горошины, располагались одна возлѣ другой, а также случай *Cederschjöld*'а—у первородящей появились на половыхъ губахъ въ большомъ количествѣ образованія въ видѣ пузырей, величиною до воложскаго орѣха, со стѣнками образованными очень толстою кожею и содержащихъ гной, на подобіе молока—и *Busch*'а (*Klob*, l. c., pag. 465), *Klob* считаетъ за эктазіи лимфатическихъ сосудовъ, происхожденія вслѣдствіе тромбовъ въ этихъ послѣднихъ.

Кромѣ того, *Klob* упоминаетъ о маленькихъ кистовидныхъ образованіяхъ не превышающихъ величины горошины и содержащихъ жирную, маркую массу. Эти кистовидныя образованія *Klob* ставитъ въ зависимость съ закупоркою выводныхъ протоковъ салныхъ железъ.

Werth (Zur Anatomie d. Cysten d. Vulva, Centralbl. f. Gynäk., 1878 pag. 513—516) опубликовалъ кисту у дѣвушки 21 года. Киста, величиною съ вишню, помѣщалась in sulco interlabiali sinistro на границѣ между верхнею и среднею третями лѣвой малой губы, и образовалась втеченіи двухъ лѣтъ вслѣдствие ушиба. *Werth*, оперировавший эту кисту, послѣ надлежащаго микроскопическаго изслѣдованія (на внутренней гладкой поверхности расположено образованіе въ двѣ горошины величиною, состоящее изъ соединительнотканной основы, въ петляхъ которой находятся трубки, выстланныя узкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Покрывающій это образованіе цилиндрической эпителий у основанія постепенно переходитъ въ плоскій, который и выстилаетъ всю полость кисты извнутри), ставитъ происхожденіе кисты въ зависимость отъ заблудшихся скопленій цилиндрическаго-железистаго эпителия, такъ какъ въ бороздѣ между губами, по *Werth*'у, нѣтъ железъ, могущихъ дать толчокъ къ образованію ретенціонной кисты.

Сутуринъ (Краткое извлеченіе изъ медицинскаго отчета Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія за 1887 г. Журн. Акуш. и Женск. болѣз. т. II., 1888, стр. 514) упоминаетъ въ числѣ прочихъ гинекологическихъ операцій объ одномъ случаѣ вылуценія кисты малой губы. Свѣдѣній болѣе подробныхъ о характерѣ вылуценной кисты въ отчетѣ не имѣется.

Riedinger (Bericht d. mähr.-schles. Gebäranstalt., Brünn, 1888, pag. 73—74, по Frommel's Jahresbericht ü. d. Fortschr. a. d. Gebiete d. Geburtsh. u. Gynäk., II. Jahrgang, 1889, pag. 499—500) изъ 4 встрѣченныхъ имъ кистъ въ области срамныхъ губъ, въ двухъ—наблюдалъ ихъ на малыхъ губахъ. Одна киста, величиною съ апельсинъ, занимала правыя большую и малую губы. Киста съ коллоиднымъ содержимымъ была вылущена цѣбликомъ. Другая же—величиною съ куриное яйцо—помѣщалась на лѣвой малой губѣ и была удалена посредствомъ шва, наложеннаго подъ захватившимъ ножку кисты, пинце-

томъ. Изъ реферата не видно, чтобы было произведено микроскопическое изслѣдованіе и опредѣленъ характеръ этихъ образований.

Bagot (Cysten in den kleinen Schamlippen, Dublin. Journ. of med. science, 1891, Sept., по реф. въ Centralbl. f. Gynäk., № 25, 1892, pag. 485) описываетъ у дѣвушки 23 лѣтъ кисту обѣихъ малыхъ губъ и нижней части клитора, величиною съ куриное яйцо, и мѣшавшую сидѣть и ходить. Поверхность кисты гладкая, отъ нижней периферіи отходитъ вторичная киста. Киста была вылуцена. При макроскопическомъ изслѣдованіи въ стѣнкѣ главной кисты сидятъ нѣсколько меньшихъ. Ссодержимое кисты желтоватаго цвѣта, крошится, содержитъ жиръ и кристаллы холестеарина. Внутренняя оболочка стѣнки похожа на слизистую. При микроскопическомъ изслѣдованіи толща стѣнки состояла изъ соединительной ткани, выложенной какъ снаружи, такъ и внутри мостовиднымъ эпителиемъ. О родѣ кисты и объ этиологіи ея *Bagot* ничего не упоминаетъ.

Вотъ и всѣ литературныя свѣдѣнія, которыя намъ удалось собрать по интересующему насъ вопросу.

Приводимъ какъ дополненіе къ имѣющемуся числу случаевъ еще одинъ, наблюдавшійся и оперированный нами въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*.

18-го мая 1894 г., была принята жена мѣщанина Е. А.—ва, 44 лѣтъ, по занятію прачка, присланная въ клинику съ амбулаторіи Общины Св. Евгеніи д-ромъ *Садовскимъ*.

А—ва замужъ вышла на 19 году. Первая менструація на 15 году. Рожала 2 раза въ срокъ. Первые роды на 1 году замужества, послѣдніе—20 лѣтъ тому назадъ. Число живорожденныхъ 2. Въ живыхъ не осталось ни одного.

По разсказу больной, до начала половой жизни чувствовала себя вполне здоровой. Регулы приходили правильно каждыи мѣсяць 1 разъ, въ достаточномъ количествѣ, безъ всякихъ болей. Больной себя считаетъ съ 31 года, т. е. 13 лѣтъ тому назадъ, и какъ причину заболѣванія выставляетъ поднятіе тяжести. Болѣзнь начала проявляться усиленными отдѣленіями крови во время регулъ. Регулы стали продолжаться болѣе недѣли, при этомъ появились постоянное лихорадочное состояніе и боли внизу живота, почти безъ всякихъ послабленій. Въ видахъ такихъ непрерывающихся болѣзненныхъ явленій, А—ва поступила въ больницу Маріи Магдалины, гдѣ и пролежала 4 мѣсяца. Послѣ примѣннаго лѣченія, въ видѣ мушекъ и смазыванія іодной настойкой низа живота, какихъ то медикаментовъ внутрь, больная выписалась, хотя и съ улучшеннымъ состояніемъ, но все-таки съ тѣми же болѣзненными явленіями. Послѣ этого А—ва ходила по разнымъ лѣчеб-

ницамъ. Болѣзненные явленія то улучшались, то ухудшались, такъ что наконецъ бросивъ всякое лѣченіе, она поступила на мѣсто и занялась прачешнымъ ремесломъ. Занимаясь своимъ дѣломъ, шесть лѣтъ тому назадъ сразу почувствовала сильныя боли внизу живота, и одновременно появилось истеченіе гноя изъ половой щели. Гной шелъ въ обильномъ количествѣ. Никакого лѣченія А—ва не предпринимала, но одновременно съ истеченіемъ гноя, болѣзненные явленія внизу живота почти совсѣмъ исчезли и по настоящее время чувствуетъ себя удовлетворительно. Восемь лѣтъ тому назадъ на правой малой губѣ замѣтила появленіе небольшого оплотнѣнія, которое постепенно увеличивалось. Какъ появленіе опухоли, такъ и дальнѣйшій ростъ ея протекали совершенно безъ всякихъ болѣзненныхъ ощущеній и лишь, когда опухоль достигла настоящей величины, начала чувствовать неловкость при половыхъ отправленіяхъ, а также и при ходьбѣ.

При изслѣдованіи въ клиникѣ оказалось слѣдующее:

Большая средняяго роста, хорошаго питанія съ правильно развитыми скелетомъ и мускулатурою. Органы дыханія и кровообращенія ничего ненормального не представляютъ.

Половые органы: при бимануальномъ изслѣдованіи тѣло матки находится въ переднемъ сводѣ. Само тѣло матки довольно большое, плотное, безболѣзненное. Подвижность матки ограниченная.

Въ обоихъ боковыхъ сводахъ прощупываются очень плотныя опухоли, почти неподвижныя. Опухоли находятся въ соединеніи съ обоими боковыми краями матки довольно широкимъ основаніемъ. Вслѣдствіе нахожденія опухолей въ сводахъ, послѣдніе представляются нѣсколько уплощенными, вслѣдствіе же соединенія съ тѣломъ матки, подвижность послѣдней должна быть ограничена. Сами опухоли не превышаютъ величины куриного яйца, рѣзкихъ границъ не имѣютъ, а какъ бы расплываются по параметральной клѣтчаткѣ, захвативъ въ одну массу яичники и Фаллопиевы трубы.

Влагалищная часть матки довольно велика, плотна, слегка бугристая, съ зарубцевавшимися боковыми надрывами, проникающими почти до сводовъ.

Рукавъ вялъ. Половая щель зияетъ, какъ вслѣдствіе вялости наружныхъ половыхъ органовъ, такъ и вслѣдствіе неполнаго стараго зарубцевавшагося разрыва промежности 2-й степени.

На правой малой губѣ, въ верхней ея трети, по направленію къ клитору, и именно на свободномъ краю губы, имѣется опухоль, величиною съ большой грецкій орѣхъ. Такъ какъ опухоль начинается изъ края губы, то послѣдняя на разстояніи одного сантиметра составляетъ какъ бы ножку опухоли расширяющуюся сразу въ широкую часть и свисающую по направленію книзу. Стѣнки опухоли составляютъ непосредственнымъ продолженіемъ наружныхъ покрововъ малой губы. Форма опухоли совсѣмъ круглая. Наружная поверхность гладкая. На внутренней поверхности, обращенной къ *vestibulum vulvae*, имѣются нѣсколько пятенъ бѣло-сѣрватаго цвѣта, рѣзко отличающихся отъ темноватой окраски остальной части покрововъ какъ губы, такъ и самой опухоли. Консистенція опухоли тѣстоватая. При ощупываніи никакой болѣзненности А—ва не ощущаетъ.

Д-ръ *Фингеръ* былъ настолько любезенъ что сдѣлалъ рисунки опухоли и на рисункѣ 1-мъ видно расположеніе опухоли, причемъ она оттянута вправо, чтобы видѣть мѣсто отхода ножки.

На основаніи такихъ объективныхъ данныхъ, клинически характеръ опухоли могъ быть поставленъ лишь въ томъ смыслѣ, что у больной имѣется образованіе, повидимому, съ жидкимъ содержимымъ, можетъ быть коллоиднымъ, слѣдовательно, *tumor cysticus labii minoris dextri et peri-parametritis bilateralis chr.*

Такъ какъ желаніе больной было избавиться отъ опухоли, то рѣшено было удалить ее.

При обсужденіи способа операціи можно было бы поступить, въ данномъ случаѣ, двояко. Опредѣливъ кистовидный характеръ опухоли, можно было бы провести продольный разрѣзъ черезъ наружные покровы опухоли и попробовать ее вылущить цѣликомъ; но, въ такомъ случаѣ, получилась бы большая распластанная поверхность, которую закрывать пришлось бы большимъ количествомъ швовъ и при заживленіи, если бы даже ткани и сократились хорошо, получился бы въ результатѣ большой и плотный рубецъ. Затѣмъ, при такой большой обнаженной поверхности, нельзя было бы поручиться, что не произойдетъ инфекціи. По этому, принявъ все это во вниманіе, рѣшено было удалить опухоль *in toto*.

Послѣ надлежащаго приготовленія (клизма, ванна, промывка рукава слабымъ растворомъ сулемы) 20 мая больная была положена на операціонномъ столѣ въ положеніи, какъ при камнеисъченіи. Наружные половые органы тщательно вымыты мыломъ, рукавъ промытъ еще разъ растворомъ сулемы. Послѣ этихъ манипуляцій, опухоль была захвачена по бокамъ двумя тупыми пинцетами и приподнята вверхъ, такъ что ножка обозначилась совершенно рельефно. Затѣмъ, вокругъ всего основанія проведены два сходящіяся полулунные разрѣза, проникающіе въ толщу малой губы, такъ что образовался какъ бы клинь. Этими двумя разрѣзами было достигнуто полное удаленіе опухоли съ ея основаніемъ. Оставшаяся раневая поверхность оказалась больше чѣмъ предполагалась вслѣдствіе расхожденія краевъ раны. Тотчасъ послѣ удаленія опухоли, показалось довольно сильное кровотеченіе, которое остановилось лишь послѣ наложенія швовъ. Швы накладывались катгуттовые и всѣхъ швовъ наложено пять (3 глубокихъ и 2 поверхностныхъ). Послѣ зашитія раны оказалось, что при такомъ веденіи разрѣзовъ, края раны сблизились совершенно. Затѣмъ спитая рава была засыпана іодоформомъ и въ *vestibulum vulvae* заложень іодоформированный тампонъ. Операція велась все время подъ орошеніемъ операціоннаго поля слабымъ растворомъ сулемы и никакого наркоза примѣнено не было.

Послѣопераціонное теченіе было слѣдующее: на другой же день послѣ операціи, у больной пришли крови въ довольно обильномъ количествѣ.

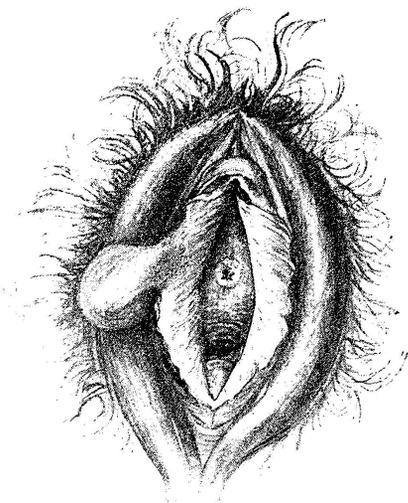


Рис. I.

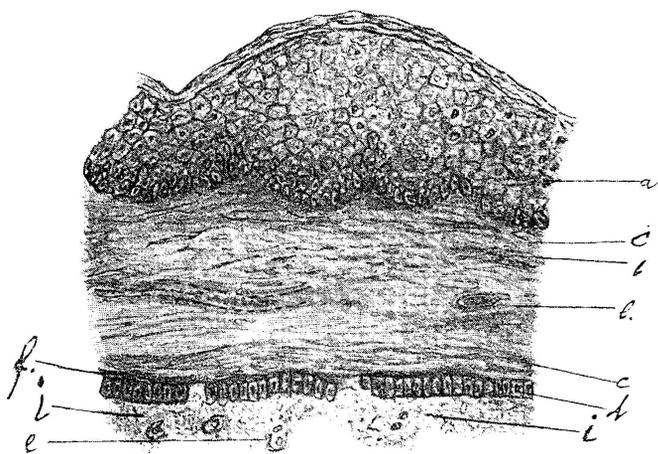


Рис. II.

Иодоформированный тампонъ выпалъ. Такъ какъ вся цѣль операціи была, чтобы рана зажила первичнымъ натяженіемъ, то все время, пока продолжались крови (отъ 21—28 мая), больная находилась въ полномъ покоѣ и влагалище ежедневно промывалось слабымъ растворомъ сулемы, рана запудривалась порошкомъ иодоформа и вставлялся новый иодоформированный тампонъ. Въ результатъ такого лѣченія получилое полное сращеніе первичнымъ натяженіемъ къ 29 мая и лишь сросшіеся края были еще нѣсколько утолщены и покраснѣвши. Съ 30 мая больная начала вставать, ходить совершенно свободно, такъ что изслѣдованіе губы въ день выписки А—вой 9 іюня, т. е. на 20 день послѣ операціи, показало совершенно нормальный видъ губы, и лишь тонкій, рубчатый рубчикъ на краю ея, въ верхней трети, указывалъ на присутствіе когда то указанной уже выше опухоли.

При описаніи макроскопическаго вида опухоли, мы ограничимся лишь описаніемъ внутренности опухоли, такъ какъ наружный видъ ея достаточно описанъ при клиническомъ изслѣдованіи наружныхъ половыхъ органовъ А—вой.

По вскрытіи препарата оказалось, что онъ состоитъ изъ плотной, довольно толстой стѣнки, около 3 линій толщины и содержащаго двоякаго рода. Тотчасъ же по вскрытіи опухоли изъ разрѣза вытекло небольшое количество совершенно прозрачной жидкости, въ полости же осталась бѣлая, маркая масса, облѣплявшая всю внутреннюю поверхность стѣнки кисты толстымъ слоемъ, доходящимъ по мѣстамъ до 4 линій. Этотъ маркій слой отдѣлялся сравнительно легко небольшими пластами. Послѣ удаленія этого слоя, открылась внутренняя оболочка совершенно гладкая, блестящая. При внимательномъ разсмотрѣваніи поверхности разрѣза стѣнки и простымъ глазомъ замѣтны двѣ части: наружная—толстая, принадлежащая наружнымъ покровамъ губы и внутренняя—блестящая, очень тонкая, находящаяся въ связи съ первой. При осторожномъ потягиваніи пинцетомъ за внутреннюю оболочку, видно какъ она, хотя и съ трудомъ, отдѣляется отъ наружной, оставляя отдѣльные обрывки тонкихъ, бѣлаго цвѣта, волоконъ—остатки связывающаго аппарата между двумя оболочками. Слѣдовательно, стѣнка кисты состоитъ изъ наружнаго и внутренняго слоевъ, находящихся въ соединеніи между собою, и самаго внутренняго, маркаго слоя, прилегающаго только къ внутренней поверхности.

Вся эта опухоль была положена цѣликомъ на сутки въ крѣпкій растворъ сулемы для лучшей фиксаціи нѣжныхъ элементовъ, могущихъ покрывать внутреннюю поверхность блестящей оболочки. Черезъ сутки весь препаратъ былъ основательно вымытъ въ водѣ для удаленія сулемы, затѣмъ разрѣзанъ на шесть частей, которыя и были погружены на 3 сутокъ въ 70°, а затѣмъ на 5 сутокъ въ абсолютный спиртъ. Послѣ этого срока кусочки были настолько плотны, что могли быть опущены въ уплотняющую среду для приготовленія микроскопическихъ срѣзовъ. Къ сожалѣнію, эта часть микроскопической техники нами не могла быть выполнена, по случаю общаго ремонта клиники. Поэтому д-ръ Садовскій, занимавшійся какъ разъ въ Институтѣ Экспериментальной Медицины, взялъ на себя трудъ закончить эту часть техники. Заливка оплотнѣвшихъ кусковъ производилась въ восковую массу проф. Ускова,

а нарѣзанные препараты были окрашены сперва квасцевымъ карминомъ и затѣмъ въ дополнительные цвѣта слабымъ воднымъ растворомъ Victoria-blue. Препараты мы получили закрѣпленные въ канадскомъ бальзамѣ и вполне готовые для микроскопическаго изслѣдованія.

Микроскопическое изслѣдованіе. (Рис. 2-й). Всѣ три, упомянутые уже при макроскопическомъ изслѣдованіи, слоя кистовидной опухоли совершенно ясно опредѣляются также подъ микроскопомъ. Разсматривая препараты при окул. 5 системъ 3 Verick'a и иля снаружи внутрь, видимъ слѣдующее: слой многослойнаго поверхностнаго эпителія съ рѣзко окрашенными въ фіолетовый цвѣтъ ядрами (*a*). Этотъ эпителиальный слой задается въ видѣ папиллы, рѣзко ограниченныхъ, въ подлежащую соединительную ткань. Эта соединительная ткань состоитъ изъ 2 частей: двухъ крайнихъ (*c c*), состоящихъ изъ волоконъ плотно прилегающихъ другъ къ другу съ незначительнымъ количествомъ веретенеобразныхъ клѣтокъ и одной промежуточной (*b b*), состоящей изъ рыхлой соединительной ткани, пучки которой, переплетаясь между собою, образуютъ различной величины промежутки. Весь этотъ соединительно-тканый слой окрашенъ въ свѣтло-зеленый цвѣтъ. Къ этому соединительно-тканному слою непосредственно прилежитъ съ внутренней стороны полости слой клѣтокъ цилиндрическаго эпителія, расположенныхъ въ одинъ рядъ (*d*). Клѣтки эти должны быть отнесены къ типу узкоцилиндрическому. Каждая клѣтка состоитъ изъ нѣжной протоплазмы, окрашенной въ розово-желтый цвѣтъ и ядеръ, при основаніи клѣтокъ, окрасившихся въ рѣзко фіолетовый цвѣтъ. Въ нѣкоторыхъ ядрахъ замѣтно ясное дѣленіе ихъ—каріокинезъ—причемъ фигуры получаются то лучистыя, то клубковидныя. Цилиндрическій эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность кисты, по мѣстамъ отсталъ въ видѣ узкой ленты, и тогда дѣлается замѣтною плотная соединительная ткань, служащая основой для цилиндрическаго эпителія и отдѣляющаяся отъ послѣдняго очень тонкою, прозрачною, безструктурною полоскою (*f*). Что касается до бѣлой маркой массы, облѣпляющей внутреннюю поверхность кисты, то она состоитъ почти изъ совсѣмъ безструктурной массы, невоспринимающей окраски (*i i*). Кое гдѣ въ этой массѣ встрѣчаются какъ бы слѣды эпителиальныхъ клѣтокъ, но нѣсколько большихъ, чѣмъ описанныя клѣтки цилиндрическаго эпителія. Кромѣ того, разрушенныя эпителиальныя клѣтки въ безструктурной массѣ отличаются также и по формѣ отъ описанныхъ клѣтокъ. Онѣ даютъ впечатлѣніе остатковъ какъ бы отъ многоугольныхъ или плоскихъ клѣтокъ (*e*) и т. д. Протоплазма подобныхъ клѣтокъ, гдѣ она осталась, тоже окрашивается въ розово-желтый цвѣтъ, ядра же въ рѣзко-фіолетовый. Кромѣ того, среди безструктурной массы встрѣчаются рѣзко окрашенные въ фіолетовый цвѣтъ круглыя или овальныя образования—ядра клѣтокъ, лишенныхъ, вслѣдствіе распада, протоплазмы. Наконецъ, въ этой же массѣ попадаются очень мелкія, блестящія, сильно преломляющія свѣтъ, точки, жировыя капельки. Что касается сосудовъ въ соединительно-тканномъ слоѣ стѣнки, то въ общемъ, они не представляютъ ничего особеннаго ни въ своемъ распредѣленіи, ни въ строеніи стѣнокъ. Всѣ кровеносныя сосуды въ стѣнкѣ почти совершенно пусты.

Общій выводъ изъ результатовъ какъ клиническаго, такъ и микроскопическаго изслѣдованій сводится къ тому, что мы имѣемъ дѣло съ образованіемъ патологическимъ, состоящимъ изъ полости, выстланной цилиндрическимъ эпителиемъ, и снабженнаго собственной соединительно-тканной оболочкой. Образованія подобнаго строенія носятъ названіе «кисть» и, слѣдовательно, данный случай представляетъ собою, по мѣстоположенію, кисту правой малой срамной губы.

Кисты, наблюдаемыя въ области vulvae, вообще, могутъ быть подраздѣлены на 3 группы.

Къ первой группѣ относятся, чаще всего, встрѣчающіяся, такъ называемыя, ретенціонныя кисты; вторую группу составляютъ кисты, образующіяся путемъ частичнаго размягченія, расплыванія тканей — *Erweichungscysten* и, наконецъ, къ третьей группѣ принадлежатъ кисты, когда вокругъ инородныхъ тѣлъ образуется соединительно-тканная капсула.

Вторую и третью группы, на основаніи анамнеза и микроскопическаго изслѣдованія, въ нашемъ случаѣ можемъ совершенно исключить; остается первая группа — кисты ретенціонныя.

Подъ названіемъ «ретенціонныхъ кистъ» понимается скопленіе въ железахъ, или въ ихъ выводныхъ протокахъ, или же въ ранѣе существовавшихъ каналахъ, какого-либо секрета.

Что касается происхожденія кисты у А—вой изъ какого-либо ранѣе существовавшаго канала, то противъ такого предположенія говоритъ сама исторія развитія малыхъ губъ, исключаящая возможность внѣдренія въ нихъ какого-либо эмбриональнаго канала. Въ то время, какъ на третьемъ мѣсяцѣ утробной жизни, большія губы образуются изъ половыхъ складокъ — *Genitalfalten*, малыя — развиваются лишь изъ краевъ полового желобка — *Genitalrinne* и анатомически представляютъ ничто иное, какъ узкія, бѣдныя жиромъ складки кожи.

Изъ числа железъ съ выводными протоками, помѣщающихся въ малыхъ губахъ и могущихъ дать поводъ къ образованію кистъ, слѣдуетъ упомянуть лишь о сальныхъ железахъ — какъ единственныхъ железистыхъ образованіяхъ. По изслѣдованіямъ *Martin* и *Leger* (*Zur Anat. u. Pathol. d. ausser. Geschlechtstheilen d. Weibes*, *Archiv génér*, V, Ser. XIX, pag. 69, 174, 1862) въ малыхъ губахъ, маленькія сальныя железки

расположены тѣсно другъ возлѣ друга, открываясь выводными протоками кнаружи, что замѣтно и простымъ глазомъ; на внутренней же поверхности губъ онѣ расположены рядами, по направленію поперечныхъ складокъ и сразу оканчиваются на границѣ vestibuli vulvae не встрѣчаясь уже болѣе въ послѣдней области vulvae.

Такимъ образомъ, единственный источникъ, изъ котораго образовалась киста у больной А—вой нужно считать сальныя железы.

Что изъ сальныхъ железъ могутъ развиваться кисты, подтверждается многочисленными наблюденіями на другихъ частяхъ тѣла, содержащихъ сальныя железы, а также въ мѣстахъ, гдѣ normaliter присутствіе железъ отрицалось, какъ напр., *Martin'*омъ и *Leger'*омъ. Невѣрность взгляда *Martin'a* и *Leger'a* въ достаточной степени доказано нами въ одной изъ прежнихъ работъ, описаніемъ атероматозной кисты in regione subclaviculari (*Брандтъ* и *Фишеръ*. Къ патол. анат. женск. наружн. полов. орган. Сборн. работъ по акуш. и женск. болѣз. посвящ. XXV-лѣтію ученой дѣятельности проф. *Славянскаго*. Т. II. стр. 356—359).

Кисты, происшедшія изъ сальныхъ железъ путемъ закупорки, вслѣдствіе какихъ бы то ни было причинъ, носятъ названіе мѣшеччатыхъ опухолей или атеромъ. Каждая такая киста состоитъ изъ собственной соединительно-тканной оболочки выстланной многослойнымъ эпителиемъ разнообразнаго типа, и кашеобразной, маркой серединной массы, состоящей изъ капелекъ жира и продукта распада эпителиальныхъ клѣтокъ, выполнившихъ железу.

Обращаясь къ нашему случаю видимъ, что макро-и микроскопическій видъ удаленной кисты совершенно совпадаютъ съ только что указанною картиною мѣшеччатыхъ опухолей.

Объясненія требуетъ только однослойный цилиндрическій эпителий, выстилающій внутреннюю поверхность нашего препарата, въ отличіе отъ многослойнаго, и разнообразнаго по формѣ, наблюдаемаго обыкновенно въ мѣшеччатыхъ опухоляхъ.

Дѣло заключается въ томъ, что въ нормальномъ состояніи тѣло сальной железы выполнено эпителиальными клѣтками такимъ образомъ, что эпителий, прилегающій къ membrana propria

будеть цилиндрической, а далѣе внутрь шарообразный и многогранный. Когда железа функционируетъ, то клѣтки внутреннихъ слоевъ, наполненныя жиромъ, выталкиваются въ просвѣтъ железы, гдѣ и разрушаются. Остается только первый слой — чисто цилиндрической, такъ называемый образовательный, который и служитъ для пополненія разрушающихся клѣтокъ путемъ дѣленія.

Изъ этого вытекаетъ, что въ нашей кистѣ, образовавшейся несомнѣнно путемъ закупорки выводнаго протока, остался лишь образовательный слой эпителия, доставляющій все таки матеріалъ для центральной массы, путемъ образованія новыхъ клѣтокъ, на что указываетъ каріокинетическій процессъ въ ядрахъ узко-цилиндрическаго эпителия. Что дѣйствительно, кромѣ клѣтокъ узко-цилиндрическихъ, имѣются еще клѣтки и другихъ формъ, на это указываютъ разрушенные остатки таковыхъ эпителиальныхъ клѣтокъ въ безструктурной массѣ.

Въ литературѣ имѣется очень немного случаевъ оперированныхъ атероматозныхъ кистъ наружныхъ женскихъ половыхъ органовъ. Кромѣ описываемаго случая, мы имѣли возможность оперировать такую же кисту, но много меньшихъ размѣровъ *in regione subcyltoridea* (Брандтъ и Фишеръ, l. c., стр. 357). *Winckel* (Lehrb. d. Frauenkrankh., 1886, pag. 28) также оперировалъ атероматозную кисту величиною съ куриное яйцо, развившуюся на большой губѣ.

Въ большинствѣ случаевъ, показаніями къ операціи удаленія кисты служили жалобы больныхъ на затрудненія при ходьбѣ и coitus. Тѣмъ не менѣе, атероматозныя кисты не всегда бываютъ такими безобидными образованиями, вызывающими лишь легко устранимыя явленія.

Существуютъ указанія, свидѣтельствующія, что на внутренней поверхности атероматозныхъ кистъ, подъ вліяніемъ внѣшнихъ воздѣйствій, или же даже безъ всякихъ видимыхъ причинъ, начинали развиваться разрощенія на подобіе цвѣтной капусты или же образованія, по строенію напоминающія канкрюидъ (Chenantais. De l'épithélioma calcifié, Thèse de Paris, 1881; v. Noorden. Das verkalkte Epitheliom. Beitr. z. klin. Chir., v. Bruns, III, Tübingen 1888; Werhner. Das Atherom ein eingealgtes Epitheliom, Virch. Arch., 8 Bd., 1855, etc.).

Эти наблюденія заставляють насъ придти къ заключенію, что мѣшеччатая опухоль малыхъ губъ несомнѣнно представляють, въ противоположность мнѣнію *Sinety* (1. с., р. 115), интересъ какъ клинической, такъ и патолого-анатомической, и что радикальная операція (вылуциваніе цѣликомъ или же ампутація, если киста сидитъ на ножкѣ), должна не только предпочитаться средствамъ палліативнымъ, но, даже, является необходимою для предупрежденія возможности перехода въ злокачественное новообразованіе.

II.

Къ лѣченію подслизистыхъ и межзубчатыхъ фиброзныхъ опухолей матки въ послѣродовомъ періодѣ.

Прив.-доцента А. А. Муратова.

Лѣченію фиброзныхъ внутриматочныхъ опухолей во время беременности и родовъ посвящено значительное количество работъ какъ въ иностранной, такъ и въ отечественной литературѣ. Я укажу здѣсь только на нѣкоторыя—*Berlin* ¹⁾, *C. Braun* ²⁾, *Hellwig* ³⁾, *Ish.-Wall* ⁴⁾, *Кашкаровъ* ⁵⁾, *Pozzi* ⁶⁾, *В. В. Сутымынъ* ⁷⁾, *Buissert* ⁸⁾, *Duret* ⁹⁾, *Flaischlen* ¹⁰⁾ и мног. друг., въ тоже время относительно фиброзныхъ и вообще внутрима-

¹⁾ *Berlin*.—Fibromyome du corps de l'utérus compliquant grossesse (Arch de Tocol., 1890, № 11).

²⁾ *C. Braun*.—Myomotomie in der Schwangerschaft (Centralbl. für Gynäk., 1890, № 527).

³⁾ *Hellwig*.—Über Complication von gravidität mit Submucösen u. intramuralen Fibromyomen des Uterus. In.—Diss., Halle, 1890.

⁴⁾ *Ish.-Wall*.—Fibromes utérins; grossesse; dystocie; mort par rupture d'un foyer ramolli de la tumeur dans la peritoine. Bull. Soc. anat. de Paris, 1889, L. XIV, 22.

⁵⁾ *Kaschkaroff*.—Ein Fall von Myomo-hysterektomie während der Schwangerschaft mit Hydramnion. (Centralbl. für Gynäk., 1890, S. 889).

⁶⁾ *Pozzi*.—Tumeurs fibreuses de l'utérus pendant la grossesse. (Gaz. Médic. de Paris, 1890, 21).

⁷⁾ *В. В. Сутымынъ*.—Къ вопросу о лѣченіи при беременности и родахъ, осложненныхъ фибромиомами, стѣсняющими полость малаго таза. (Врачъ, 1891, №№ 1 и 2).

⁸⁾ *Buissert*.—Des indications de l'intervention chirurgicale dans la grossesse compliquée de fibrome uterin. (Rev. obst. et gynec., 1892, V. VIII, p. 285).

⁹⁾ *Duret*.—Fibromes utérins pendant la grossesse et l'accouchement. (Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn., 1892, № 7, p. 310).

¹⁰⁾ *Flaischlen*.—Myomotomie in der Schwangerschaft. (Centralbl. für Gyn., 1892, S. 185).

точныхъ опухолей, осложняющихъ послѣродовой періодъ женщины, нельзя сказать этого—они еще ждутъ своей очереди въ смыслѣ болѣе детальной разработки вопроса.

Фиброзныя опухоли матки, по всему вѣроятію, вообще осложняютъ беременность, роды и послѣродовой періодъ не особенно рѣдко. Но такъ какъ эти новообразованія въ большинствѣ случаевъ не нарушаютъ болѣе или менѣе замѣтно данное фізіологическое состояніе женщины, то фиброзныя опухоли протекаютъ или не замѣтно, или онѣ завѣдомо игнорируются по своему индифферентному вліянію на матку. За относительную частоту фиброзныхъ опухолей матки у женщинъ говорить и клиническія наблюденія и особенно патолого-анатомическія изслѣдованія, изъ которыхъ мы знаемъ, что каждая изъ 10 женщинъ страдаетъ тѣмъ или другимъ видомъ фиброзныхъ опухолей матки ¹¹⁾. Далѣе, въ литературѣ установленъ такой фактъ, что разъ существуютъ фиброзныя новообразованія матки въ небеременномъ состояніи женщины, то во время наступившей беременности эти новообразованія имѣютъ склонность къ дальнѣйшему росту; но съ наступленіемъ послѣродоваго времени фиброзныя опухоли также склонны къ очень значительному уменьшенію путемъ регрессивнаго метаморфоза, идущаго параллельно съ таковымъ-же процессомъ въ существѣ самой матки. Нѣкоторыми авторами цитируются даже случаи полного рассасыванія всей фиброзной опухоли матки.

Полное исчезаніе разъ образовавшейся фиброміомы матки не признаетъ такой авторитетъ въ патологической анатоміи, какъ *R. Virchow* ¹²⁾. Онъ вполне допускаетъ рассасываніе мышечныхъ элементовъ опухоли, но въ тоже время не можетъ допустить всасыванія соединительной ткани, элементы которой неспособны къ такому процессу и, поэтому, при частичномъ всасываніи (мышечныхъ элементовъ) опухоли, всегда останется, въ данной опухоли достаточное количество пучковъ соединительной ткани для обнаруженія остатковъ опухоли. Исходя изъ этого положенія, слѣдуетъ допустить діагностическую ошибку, происходящую при сужденіи о полномъ рассасываніи *in utero* маточныхъ фиброміомъ. Въ этомъ отношеніи я сошлюсь еще

¹¹⁾ *Dr. H. Fritsch.*— Женскія болѣзни, пер. *С. Б. Оршкіна*, 1889 г., стр. 281.

¹²⁾ *Virchow.*—*Die Krankhaften Geschwülste*, III.

на *H. Fritsch'a* ¹³⁾, который въ своемъ руководствѣ категорически заявляетъ такъ: «я видѣлъ нѣсколько случаевъ, гдѣ міома достигала во время беременности громаднхъ размѣровъ и потомъ (in puerperio) на столько уменьшалась, что ее едва можно было найти. Быть можетъ такимъ-же образомъ объясняется большинство случаевъ *«исчезанія міомъ въ послѣродовомъ періодѣ»*. Я, въ свою очередь, могу упомянуть здѣсь о двухъ случаяхъ, которые мнѣ пришлось лично наблюдать. Въ моей памятной книжкѣ коротко записаны исторіи болѣзни двухъ больныхъ, которыхъ я наблюдалъ внѣ беременности, въ беременномъ состояніи и въ теченіе послѣродоваго времени. У обѣихъ больныхъ внѣ беременности были діагностированы фиброміомы—у одной межзубчатая, у другой—подбрюшинная. У обѣихъ этихъ больныхъ, но особенно у той, у которой была межзубчатая фиброміома, съ прогрессированіемъ беременности, опухоли поразительно, такъ сказать, на моихъ глазахъ увеличивались въ объемѣ. Послѣ срочнаго окончанія беременности у одной — черезъ 7 недѣль, а у другой—послѣ прекращенія беременности на VIII мѣсяцѣ, черезъ 9 недѣль,—я едва могъ констатировать остатки, сравнительно, большихъ опухолей, такъ увеличившихся во время беременности.

Дѣйствительно, относясь болѣе внимательно къ вопросу о разсасываніи фиброміомъ матки въ послѣродовомъ періодѣ, нельзя не согласиться съ *Virchow'ымъ* ¹⁴⁾, что пока не будетъ доказано анатомическимъ путемъ безслѣдное исчезаніе фиброміоматозной опухоли in puerperio—до того времени оно должно оставаться сомнительнымъ.

Переходя къ лѣченію подслизистыхъ и межзубчатыхъ фиброміомъ матки въ послѣродовомъ періодѣ женщины, прежде всего является вопросъ—всякая-ли таковая опухоль матки, сопутствующая puerperium, подлежитъ лѣченію?

Изъ разсмотрѣнія вліянія этихъ опухолей на puerperium вообще и на послѣродовую матку въ частности, мы знаемъ, что нерѣдко фиброміомы матки, не смотря на свою относительно большую величину не причиняютъ ничего существенно-вреднаго для послѣродовой матки и затѣмъ, кромѣ того, съ

¹³⁾ l. c.

¹⁴⁾ l. c.

еченіемъ времени уменьшаются до такой степени, что иногда съ трудомъ распознаются по минованіи послѣродоваго періода. Или, *in puerperio*, иной разъ ясно обнаруживаются въ маткѣ фиброміомы малата объема, не причиняющія ровно никакихъ разстройствъ данному состоянію женщины съ одной стороны и, съ другой стороны— по своему мѣстоположенію и способу прикрѣпленія къ маткѣ,— трудно достижимыя для нашихъ мѣропріятій.

Вопросъ въ такихъ случаяхъ, понятно, рѣшается самъ собою: не трогать, такъ сказать, не вредящія новообразованія до поры—до времени и предоставить послѣродовой періодъ своему естественному теченію, чтобы безъ нужды не тревожить и безъ того не возстановившійся еще организмъ женщины послѣ недавно совершившагося родового акта.

Далѣе, иногда при изслѣдованіи пуэрперальной матки, встрѣчаются фиброзныя опухоли матки другой категоріи. Такого рода фиброміомы, исходя изъ того или другого отдѣла маточной полости не причиняютъ никакихъ разстройствъ въ данное время, ни общему благосостоянію организма, ни въ мѣстѣ своего прикрѣпленія. Но эти опухоли прикрѣплены къ своему ложу тонкою ножкою, легко доступны, легко низводятся, словомъ, сами напрашиваются на удаленіе. Здѣсь, конечно, нечего ожидать окончанія послѣродоваго періода—подобныя опухоли должно удалять тотчасъ-же.

Наконецъ, послѣдняя категорія фиброміоматозныхъ опухолей матки, осложняющихъ послѣродовое время женщины— это будутъ опухоли подслизистыя и отчасти межзачаточныя, вліяющія на *puerperium* иначе, чѣмъ только что поименованныя фиброміомы матки. Такія опухоли, которыя по своему мѣстоположенію и по времени, въ которое они представляются нашему наблюденію,— не особенно ободряютъ насъ къ хирургическому вмѣшательству; но тѣмъ не менѣе въ силу тѣхъ или иныхъ обстоятельствъ могутъ подлежать настоящему, немедленному удаленію; даже болѣе, въ такихъ случаяхъ можетъ явиться витальное показаніе къ тому или другому скорому хирургическому вмѣшательству. Но при трудности достиженія новообразованія черезъ естественныя родовыя пути, вслѣдствіе топографическихъ условій данной мѣстности, здѣсь можетъ

возникнуть вопросъ объ удаленіи опухоли другимъ путемъ— посредствомъ чревосѣченія. Послѣдній путь при извѣстныхъ условіяхъ можетъ представиться и болѣе легкимъ въ техническомъ отношеніи. Но хирургъ, естественно, не долженъ руководствоваться однимъ этимъ обстоятельствомъ при выборѣ того или другого оперативнаго приема. Кромѣ этого обязательно имѣть въ виду какъ, по теоріи вѣроятности, отзовется операція въ послѣоперационное время на общее благосостояніе организма оперированнаго субъекта и насколько при этомъ врачеваніи сохранится принципъ консервативнаго направленія хирургіи. Я разумѣю здѣсь фиброміоматозныя опухоли, исходящія изъ внутренней поверхности матки, при томъ опухоли, которыя подверглись омертвѣнію на большемъ или меньшемъ районѣ по своей периферіи. Послѣдующее вліяніе такого метаморфоза въ существѣ опухоли на близлежащія участки и на общую экономію организма родильницы—понятно само собою. Въ этихъ-то, именно, случаяхъ и можетъ возникнуть вопросъ о чревосѣченіи. Тѣмъ болѣе, что въ литературѣ мы имѣемъ аналогичные случаи, которые, какъ говорится, еще болѣе подстрекають къ производству чревосѣченія *in puerperio*. Я укажу при этомъ, какъ примѣръ, на случай *B. S. Schültze*¹⁵⁾, удалившаго посредствомъ лапаротоміи послѣродовую матку съ задержавшимся послѣдомъ у больной, у которой авторъ констатировалъ септицемію и послѣдняя прекратилась послѣ удаленія матки. Фактъ на лицо и *Schültze* слѣдуетъ поздравить съ такимъ блестящимъ исходомъ.

Но если даже бѣгло анализировать описанный случай, то полагаю, что придется кое-что и возразить относительно произведенной операціи. Если произошла только мѣстная инфекция вслѣдствіе задержавшагося въ маткѣ послѣда, какъ и было въ данномъ случаѣ и когда только и имѣла значеніе надвлагалищная ампутація тѣла матки, то вырѣзываніе матки удалило болѣзненный очагъ и септицемія прекратилась. Но развѣ нельзя было достигнуть тѣхъ-же результатовъ удаленіемъ плаценты изъ полости матки основательнымъ выскабливаніемъ внутрен-

¹⁵⁾ *B. S. Schültze* (Jena).—Amputation des Corpus Uteri mittels Laparatomie wegen Retention der Placenta und puerperaler Sepsis. (Centralbl. für Gynäk., 1886, № 47, S. 765).

ней поверхности матки и послѣдовательнымъ тщательнымъ дезинфицированиемъ маточной полости. Между тѣмъ послѣдствія были-бы въ высшей степени различны. Въ первомъ случаѣ, мы во всякомъ разѣ послѣ операціи получили урода, тогда какъ въ послѣднемъ—индивидуума, способнаго къ продолженію своего рода. Сверхъ того, при вырѣзываніи посредствомъ чревосѣченія матки съ инфицированнымъ послѣдомъ, при всѣхъ мельчайшихъ предосторожностяхъ, никогда нельзя поручиться, что болѣзнетворные микроорганизмы не будутъ перенесены на здоровую дотолѣ брюшину, а какъ она реагируетъ на это—говорить, конечно, лишнее. Съ другой стороны, если допустить, что у больной отъ мѣстной инфекціи дѣло перешло уже къ общему септическому заболѣванію организма, то что-же здѣсь можетъ сдѣлать вырѣзываніе только части зараженнаго—развѣ только можетъ ускорить роковую развязку. При томъ, всегда-ли можно при подобныхъ условіяхъ дифференцировать—ограничился ли процессъ только мѣстной инфекціей или дѣло пошло далѣе. И такъ, даже при этихъ бѣглыхъ замѣчаніяхъ можно до нѣкоторой степени убѣдиться, что нельзя пропагандировать оперативный пріемъ, примѣненный *Schultze* при задержаніи разложившагося въ полости матки послѣда.

Все, что я только что сказалъ относительно удаленія послѣда, я говорю всецѣло, можетъ быть перенесено при сужденіи о лѣченіи фиброміоматозныхъ, внутриматочно-гнѣздящихся опухолей въ послѣродовомъ періодѣ женщины. Но здѣсь же смѣшу оговориться, что въ акушерской практикѣ, понятно, найдутся такіе случаи фиброміомъ матки *in puerperio*, гдѣ потребуется чревосѣченіе для удаленія опухолей; но слѣдуетъ надѣяться, что рамки показаній къ производству этой операціи—будутъ очень сужены.

Слѣдовательно, остается самый подходящій путь для удаленія фиброміомъ изъ послѣродовой матки—это удаленіе опухолей черезъ влагалище. Въ тѣхъ, помѣченныхъ выше случаяхъ, гдѣ вся масса опухоли легко достижима для требующихся мѣропріятій или опухоль соединена съ маткою посредствомъ тонкой ножки,—тамъ это удается легко. Но къ сожалѣнію такое положеніе дѣла встрѣчается далеко не всегда. Въ другихъ,—каковыя встрѣтились и въ моей практикѣ, уда-

леніе фиброміомъ изъ послѣродовой матки встрѣтило очень большія затрудненія. Тогда вслѣдствіе малодоступности опухоли и прорѣзыванія лишь незначительной части ея черезъ маточный зѣвъ, приходится ограничиваться только частичнымъ удаленіемъ новообразованія; операція на долго затягивается, приходится по необходимости производить ее въ нѣсколько сеансовъ, отдѣленныхъ другъ отъ друга болѣе или менѣе длинными промежутками времени. Словомъ, порою операція въ высшей степени не изящная, но вызываемая горькою необходимостью. Не смотря на всю не симпатичность операціи въ смыслѣ ея техники, результаты данной операціи, какъ показываютъ литературныя справки и мои личныя клиническія наблюденія, должны считаться довольно благоприятными.

А ргіогі можно опасаться много неутѣшительнаго, имѣя опухоль, которая подверглась омертвѣнію, при чемъ операцію извлеченія этой опухоли приходится раздѣлить на нѣсколько сеансовъ. Но въ дѣйствительности дурной исходъ дѣла въ настоящее время происходитъ очень рѣдко, какъ показываютъ клиническія наблюденія.

На основаніи личнаго опыта я вывелъ такія заключенія относительно затронутого мною вопроса. Въ силу тѣхъ или иныхъ условій, которыя имѣютъ мѣсто во время родового акта или даже въ послѣродовомъ періодѣ женщины, если происходитъ омертвѣніе внутриматочно-помѣщающейся фиброміомы, то процессъ омертвѣнія поражаетъ не все существо опухоли, а омертвѣваетъ только периферія опухоли и притомъ часть, спустившаяся черезъ маточный зѣвъ во влагалище или часть наиболѣе близкая къ маточному зѣву. Этимъ обстоятельствомъ, вѣроятно, и объясняется, какъ будетъ видно ниже въ моихъ случаяхъ, что, вслѣдъ за каждымъ удаленіемъ омертвѣвшаго и послѣ обстоятельнаго дезинфицированія маточной полости, t⁰ тѣла понижалась до нормы, а параллельно съ этимъ и общее состояніе больной улучшалось.

Затѣмъ, такое удовлетворительное состояніе больной продолжалось впредь до того времени пока опухоль дѣйствіемъ маточной мускулатуры не проталкивалась впередъ, т. е. опускалась во влагалище, сжималась мышечнымъ жомомъ маточнаго зѣва; вслѣдствіе этого нарушалось питаніе нижней части остав-

шейся опухоли и происходило омертвѣніе этого отдѣла опухоли. Въ другихъ случаяхъ можетъ быть возникало нагноеніе въ существѣ самой опухоли или вѣрнѣе въ ложѣ опухоли—на границѣ опухоли и матки. Естественно и въ томъ и другомъ случаѣ появлялся лихорадочный процессъ, стихавшій всякій разъ въ то время когда омертвѣлыя части удалялись изъ матки или скопившіеся продукты нагноенія тщательною промывкою выводились изъ маточной полости.

Переходя къ разсмотрѣнію тѣхъ случаевъ маточныхъ фиброміомъ in situ, которые представились моему наблюденію, прежде всего возникаетъ вопросъ—слѣдовало-ли удалять въ моихъ случаяхъ in situ внутриматочно-сидящія фиброміомы? Прежде чѣмъ прямо отвѣчать на этотъ вопросъ, я позволяю себѣ сослаться на литературу и приведу нѣкоторые указанія. Я привожу какъ примѣръ—*B. I. Halliday Groom* ¹⁶⁾, который даетъ такой совѣтъ: если опухоль легко достижима и можетъ быть удалена безъ серьезной операціи въ первые дни послѣ родовъ, то искусственное удаленіе должно производить для предупрежденія гангрены и септического зараженія; надо стараться, чтобы была удалена вся опухоль; разъ существуетъ сомнѣніе въ возможности полнаго удаленія, лучше оставить опухоль, предоставивъ природѣ отдѣлить ее самопроизвольно; если бы при удаленіи пришлось прибѣгнуть къ серьезной операціи, лучше не вмѣшиваться. *Величайшее значеніе имѣетъ промываніе полости матки растворомъ сулемы.* Изъ нашихъ русскихъ работъ, я сошлюсь на д-ра *В. В. Сутугина* ¹⁷⁾, который итотируя изложенное въ своей статьѣ, между прочимъ, говоритъ—«при послѣродовомъ опредѣленіи опухоли лучше выжидать окончанія послѣродоваго періода; вылуценіе же вскорѣ послѣ родовъ показано только при наличности распада опухоли».

Что касается до меня лично, то я скорѣе присоединяюсь къ мнѣнію д-ра *В. В. Сутугина*.

Засимъ, нельзя-ли было примѣнить другой методъ для удаленія новообразованія въ моихъ случаяхъ? Въ этомъ отношеніи о той больной, у которой опухоль была на тонкой ножкѣ—распространяться

¹⁶⁾ The transactions of the Edinburgh Obstetrical Society, vol. XI, p. 106, цитировано по реферату въ Журн. Акуш. и Женск. болѣзней за 1887 г., стр. 143.

¹⁷⁾ Врачъ, 1891 г., № 2, стр. 37.

нечего. Здѣсь единственно былъ показанъ употребленный мною приемъ. Перехожу къ двумъ остальнымъ больнымъ. У обѣихъ больныхъ, вслѣдствіе достаточнаго открытія маточнаго зѣва, относительно легкой доступности новообразованія—было показано удаленіе послѣдняго *per vaginam* и, конечно, самое желательное удаленіе, по возможности, быстрое и въ одинъ сеансъ. Вначалѣ и былъ предпринятъ именно такой планъ операціи; но, слѣдуетъ взять во вниманіе изъ приводимыхъ ниже исторій болѣзни то обстоятельство, что послѣ легкаго вылу-щенія достаточно большого сегмента опухоли изъ ея ложа было только замѣчено—во первыхъ, что дальнѣйшее вылу-щеніе представлялось очень затруднительнымъ безъ того, чтобы неминуемо не захватить большую или меньшую часть существа самой матки при отсепарованіи опухоли, а, во вторыхъ, и самое главное, по мѣрѣ продвиганія сепарирующаго пальца въ высшіе отдѣлы маточной полости—маточная стѣнка оказа-лась очень истонченною, такъ что представлялась легкая возможность перфораціи маточной стѣнки со всѣми ея небла-приятными послѣдствіями, да еще при инфицированной маточ-ной полости. Съ другой стороны приемъ, къ которому я при-нужденъ былъ перейти *sub operatione*, приемъ, повторяю, не желательный, не изящный въ смыслѣ техники, но менѣе риско-ванный въ данное время и обѣщаль вмѣстѣ съ тѣмъ благо-приятные результаты при извѣстныхъ предосторожностяхъ при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни въ послѣопераціонномъ періодѣ. Такимъ образомъ, самъ случай, да позволено мнѣ будетъ вы-разиться, заставилъ меня произвести операцію въ нѣсколько сеансовъ (*opératiou à deux temps*).

Изъ представлявшихся прежде моему наблюденію подоб-ныхъ, неблагоприятныхъ по началу, случаевъ при *colpomyo-
tomі* я укажу на одинъ (*fibromyoma intraparietale polyposum
submucosum*), описанный мною въ 1892 году¹⁸⁾, который въ
техническомъ отношеніи былъ аналогиченъ случаямъ, которые
мною представляются нынѣ ниже этихъ строкъ; этотъ случай
не смотря на трудности и осложненія окончился благопріятно
для больной. *Opératiou à deux temps*, какъ необходимость,
практиковалась многими гинекологами; я ограничусь здѣсь

¹⁸⁾ Хирургическаѣ Лѣтопись, 1892 г., № 4.

только нѣсколькими указаніями. *М. Hofmeier* ¹⁹⁾— между прочимъ упоминаетъ, что при извѣстныхъ случаяхъ можно съ успѣхомъ удалять, со стороны влагалища, въ нѣсколько сеансовъ опухоли, доходящія до уровня пупка. Д-ръ *В. Урвичъ* ²⁰⁾ приводитъ въ своей статьѣ много подобныхъ случаевъ и соединяетъ къ нимъ одинъ изъ своей практики. То же самое сообщаетъ *P. F. Munde* ²¹⁾ и т. д.

Поэтому, руководясь отчасти и этими указаніями, я, вызванный необходимостью рѣшался на солпроуомотомію въ нѣсколько приемовъ, когда оказалось невозможнымъ безъ очень большого риска окончить операцію заразъ.

При солпроуомотоміяхъ, которыя не могутъ быть окончены въ одинъ приемъ, съ имѣющимися на лицо явленіями распада опухоли въ послѣродовомъ періодѣ или внѣ его—это безразлично—играетъ могущественную роль примѣненіе маточно-влагалищныхъ спринцеваній или постоянного орошенія влагалища. Этому уходу за половымъ каналомъ женщины только и обязано такое относительно благоприятное теченіе послѣоперационнаго времени, какъ примѣрно было въ случаяхъ моемъ ²²⁾, въ недавно описанномъ случаѣ д-ра *Н. А. Живописцева* ²³⁾ и на что такъ категорически указываетъ *Н. Groow* ²⁴⁾. Въ подтвержденіе высказаннаго мною я позволяю себѣ привести здѣсь исторіи болѣзни моихъ больныхъ.

Случай I. М. Р., 40 лѣтъ отъ роду, купчиха, начала менструировать съ 13—14 лѣтъ, въ дѣвичество неправильно, скудно, но безъ боли. Больная вышла замужъ 17 лѣтъ и на первомъ мѣсяцѣ своего замужества забеременѣла. Послѣ замужества до 34 лѣтняго возраста почти не имѣла регулъ, вслѣдствіе частыхъ беременностей и кормленія дѣтей; по этому о характерѣ менструацій за этотъ промежутокъ времени, больная ничего опредѣленнаго сказать не можетъ. Но съ 34 лѣтъ, когда больная начала рѣже беременѣть, она отмѣчаетъ на счетъ менструацій слѣдующее: менструація обыкновенно появлялись черезъ 18—20 дней, продолжались

¹⁹⁾ *М. Гобмейеръ*.—Очеркъ основъ гинекологическихъ операцій. Перев. Г. К. Рунге, подъ редакціей проф. К. Ф. Славянского. Спб., 1893 г.

²⁰⁾ Dr *B. Urwitsch*.—Ein Fall von Enucleation eines submukösen Fibromyoms der Gebärmutter unmittelbar post partum. (Centralbl. für Gynäk., 1887, № 31.

²¹⁾ *P. F. Munde*.—Id. 1887, № 42.

²²⁾ Хир. Лѣтоп., I. с.

²³⁾ Къ вопросу о вліяніи родовъ и послѣродоваго періода на фиброзныя опухоли матки съ описаніемъ одного случая. Больничная газета *Боткина*, 1894 г., №№ 10 и 11.

²⁴⁾ *H. Groow*—The Transactions etc, I. с.

по 7 дней, были очень обильны и болѣзненны. Больная имѣла 17 своевременныхъ родовъ, изъ которыхъ послѣдніе окончились 5 недѣль тому назадъ. Послѣдніе роды продолжались около 3 сутокъ, причемъ околоплодные воды прошли къ концу первыхъ сутокъ. По рожденіи ребенка съ роженицей сдѣлалось сильное маточное кровотеченіе, такъ что акушерка, помогавшая при родахъ, послѣдила сама удалить послѣдъ и послѣ этого сдѣлала нѣсколько разъ горячее спринцеваніе. Кровотеченіе послѣ этихъ манипуляцій унялось. Но довольно обильныя кровавыя выдѣленія не прекращались во всѣ 5 недѣль послѣ родовъ. Кромѣ того, родильница, начиная съ 4-го дня послѣ родовъ, вначала лихорадить очень ослабѣла, такъ что немогла вставать съ постели; а въ послѣдніе дни, кромѣ того, выдѣленія изъ половой щели приняли гнилостный запахъ.

1890 года, 2 февраля, когда я былъ приглашенъ къ больной, то акушерка объяснила мнѣ, что 2 дня тому назадъ у больной послѣ сильныхъ маточныхъ схватокъ сдѣлался выворотъ матки и что дно матки прощупывается при влагалищномъ изслѣдованіи во влагалищѣ.

Status praesens. Больная малаго роста, но хорошаго сложенія, только очень изнурена, пульсъ малаго наполненія, т° 39,1°. Въ органахъ груди ничего не нормального не обнаруживается. Животъ при ощупываніи не болѣзненъ, надъ лоннымъ соединеніемъ прощупывается увеличенная матка, дно ея стоитъ выше лона на 3 сантим. При внутреннемъ изслѣдованіи представляется такая картина. Прежде всего поражаетъ отвратительный, ихорозный запахъ выдѣляемаго изъ влагалища. Далѣе, двѣ верхнихъ трети влагалища заняты твердымъ, круглымъ, легкоподвижнымъ тѣломъ, поверхность этого тѣла шероховата. Вокругъ этого тѣла, какъ бы кольцемъ, облегаютъ края маточнаго зѣва. Зондъ глубоко и свободно проникаетъ въ полость матки, влагалищные своды прощупываются на нормальной высотѣ. По фиксированіи опухоли крѣпкимъ мязе легко можно было достигнуть до верхняго полюса опухоли, отъ котораго шла довольно тонкая ножка и прикрѣплялась въ верхнемъ отдѣлѣ справа внутренней поверхности матки; словомъ, въ данномъ случаѣ, очевидно, я имѣлъ дѣло съ фибрознымъ полипомъ матки, сидящимъ на тонкой ножкѣ.

Въ виду септического характера лихорадки, происходящей вслѣдствіе вѣроятнаго мертвѣннаго опухоли и вмѣстѣ съ тѣмъ легкой доступности мѣста прикрѣпленія полипа, желательнымъ было возможно скорѣе удалить изъ матки разлагающуюся опухоль. Посему, послѣ обычныхъ приготовленій и тщательнаго дезинфицированія операціоннаго поля, опухоль при помощи мязе была низведена помощникомъ возможно болѣе. За симъ, дойдя указательнымъ пальцемъ лѣвой руки до мѣста прикрѣпленія ножки къ внутренней поверхности матки, я по пальцу крѣпкими ножницами отсѣкъ ножку возможно ближе къ границѣ отхожденія ея отъ матки. Операція не сопровождалась совсѣмъ потерей крови. Послѣ операціи матка была основательно промыта растворомъ сулемы (1:3000), т° 35,0° и шейка затампонирована, а равно и влагалище 10° йодоформной марли. Вообще вся эта процедура удалась очень легко и быстро, но не смотря на всю относительную легкость операціи, черезъ нѣсколько минутъ послѣ операціи съ опериро-

ванной сдѣлался ознобъ, правда незначительный и продолжавшійся всего нѣсколько минутъ, но t° послѣ него поднялась до $39,7^{\circ}$. Большая послѣ операціи жаловалась на схватко-образныя боли. На 2-й день (3/II) при осмотрѣ оперированной оказалось, что маточно-влагалищный тампонъ выдвинулся на столько по половому каналу внизъ, что нижній конецъ его находился во входѣ влагалища. По извлеченіи тампона, матка представлялась хорошо сокращенною, маточная шейка сложилась, такъ что съ трудомъ пропускала конецъ указательнаго пальца при изслѣдованіи, t° нормальная, самочувствіе хорошее. Въ послѣдніе 4 дня матка очень быстро сократилась до нормы и больная оставила постель, чувствуя себя достаточно сильною для этого.

Случай II. Больная С. Т., 28 лѣтъ отъ роду, жена прикащика, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Т. начала менструировать съ 14 лѣтъ, черезъ три недѣли, по 3—4 дня безболѣзненно и не сильно—въ дѣвичествѣ. Вышла замужъ 16 лѣтъ, имѣла шесть нормальныхъ родовъ, при чемъ 2 послѣднихъ родовъ продолжались долго, сравнительно съ предшествовавшими. Дѣтей кормила сама. Послѣдній разъ больная родила 3 недѣли назадъ. Относительно теченія послѣднихъ родовъ больная отмѣчаетъ, что за нѣсколько часовъ до рожденія ребенка у нея появилось кровотеченіе изъ влагалища, что подало поводъ повитухѣ, помогавшей при родахъ, заподозрѣть у роженицы предлежаніе послѣда, но какъ оказалось въ послѣдствіи этого не было. Послѣ рожденія ребенка и выхожденія плаценты у родильницы сдѣлалось обильное кровотеченіе и матка долго не сокращалась, не смотря на всѣ мѣры, предпріятыя бабкой, такъ что потребовалась помощь акушера, который и констатировалъ у родильницы присутствіе подслизистаго фиброида. Съ перваго дня послѣ родовъ родильница начала лихорадить и маточное кровотеченіе не прекращается по сіе время. Кромѣ того, больная жалуется на общую слабость и “нестерпимо дурной”, запахъ, исходящій изъ ея половыхъ частей.

Объективное изслѣдованіе, произведенное мною 22/VI 91 г., дало слѣдующее: больная средняго роста и тѣлосложенія, очень блѣдна, слаба, пульсъ слабый—120, t° $39,3^{\circ}$. Въ органахъ груди, кромѣ анемичныхъ сердечныхъ шумовъ, ничего ненормальнаго не отмѣчается. Животъ вздутъ, матка болѣзненна при ощупываніи и верхняя граница ея прощупывается приблизительно на срединѣ разстоянія между пупкомъ и лономъ. При внутреннемъ гинекологическомъ изслѣдованіи, во влагалищѣ палецъ осязаетъ опухоль кругловатаго очертанія, съ периферіи мягкой консистенціи, покрытой мѣстами обрывками ткани. Продвигая изслѣдующій палецъ выше можно было отмѣтить, что края маточнаго вѣва обхватываютъ опухоль въ видѣ кольца. Изъ влагалища выдѣляется ихорозная, сукровичная жидкость. По обнаженіи желобоватыми зеркалами родившагося сегмента опухоли, нетрудно было замѣтить простымъ глазомъ омертвѣвшую поверхность нижняго сегмента опухоли. Больная представляла всѣ признаки септической лихорадки, вслѣдствіе гангренесцировавшей опухоли, исходящей изъ внутренней поверхности матки, что требовало, понятно, немедленнаго оперативнаго вмѣшательства. Поэтому, промывъ тщательно влагалище и матку, помѣстивъ больную на операціонный столъ, я фиксировалъ крѣпкими музе родившійся

сегментъ опухоли и оттянулъ послѣднюю внизъ. Указательный палецъ, введенный въ полость матки, констатировалъ, что опухоль прикрѣпляется къ передней стѣнкѣ матки широкимъ основаніемъ. Затѣмъ, наружная периферія опухоли и внизу мѣсто прикрѣпленія опухоли съ ея ложемъ представляется очень рыхлымъ, легко разрывающимся подъ напоромъ указательнаго пальца. Это обстоятельство заставило меня испробовать отдѣленіе опухоли посредствомъ пальца отъ мѣста ея прикрѣпленія. Вначалѣ этотъ маневръ хорошо удавался; но за симъ, по отдѣленіи значительной части опухоли отъ маточной стѣнки, я замѣтилъ, что послѣдняя представляется очень истонченной. По сему я счелъ за лучшее отсѣчь крѣпкими ножницами отсепарованный сегментъ опухоли, что и было произведено безъ особенной потери крови. Маточная полость послѣ описанныхъ манипуляцій была промыта растворомъ сулемы (1:3000), t° 35,0° и слегка затампонирована 10% іодоформной марли. При прополаскиваніи матки вышла масса ключевъ омертвѣлой ткани опухоли. По истеченіи $\frac{1}{4}$ часа послѣ операціи съ оперированной сдѣлался потрясающій ознобъ съ послѣдовательнымъ повышеніемъ t° до 40,0°. Вечеромъ этого дня t° упала до нормы. Въ послѣдующіе за операціей дни можно отмѣтить: самочувствіе оперированной улучшилось, t° установилась нормальной и больная только жаловалась на схваткообразныя боли внизу живота. Объективно: съ окончаніемъ операціи верхняя граница матки постепенно понижалась; маточный зѣвъ держался открытымъ и начиная съ 3-го дня (25/VI) послѣ операціи, черезъ маточный зѣвъ снова началъ прорѣзываться сегментъ опухоли, на ощупь довольно мягкій и покрытый обрывками ткани; вмѣстѣ съ этимъ на 5-й день (27/VI) послѣ операціоннаго періода появился ихорозный запахъ влагалищныхъ выдѣленій и t° повысилась до 39,3°. Внутреннее изслѣдованіе показало прорѣзываніе значительнаго сегмента опухоли черезъ маточный зѣвъ; поверхность опухоли представлялась на ощупь мягкой, легко рвущейся. Такъ какъ маточная стѣнка, граничащая съ прикрѣпленіемъ опухоли, представлялась истонченной, то я началъ удалять омертвѣвшую часть опухоли осторожно подъ контролемъ указательнаго пальца помощью острой кюретки. Этими манипуляціями была снята значительная часть оставшейся въ маткѣ опухоли. Послѣ этого матка точно также была промыта, какъ и въ предъидущій разъ. Но и здѣсь, не смотря на очень осторожныя манипуляціи, черезъ нѣсколько минутъ по окончаніи выскабливанія съ большой сдѣлался потрясающій ознобъ, продолжавшійся, впрочемъ, не долго, около 6 минутъ; t° послѣ озноба поднялась до 40,1°. И такимъ образомъ волей—неволей, приходилось повторять выскабливаніе еще 2 раза; послѣ послѣдняго выскабливанія посредствомъ пальца можно было констатировать, повидимому, полное удаленіе опухоли. Всякій разъ послѣ выскабливанія слѣдовалъ болѣе или менѣе значительный, потрясающій ознобъ, съ послѣдовательнымъ повышеніемъ t° 39,8—40,3°.

Постояннымъ показаніемъ къ частичному удаленію опухоли изъ полости матки, служило—при уменьшеніи всего существа матки, одновременное прорѣзываніе нижняго отрѣзка опухоли черезъ маточный зѣвъ. Обыкновенно ко времени выскабливанія t° тѣла повышалась, но не достигала выше—38,5°; выдѣленія изъ полового канала принимали слегка

сукровичный видъ съ ихорознымъ запахомъ. Послѣ всѣхъ, произведенныхъ этой больной выскабливаній, кромѣ болѣе или менѣе значительнаго, единичнаго озноба, дѣло быстро принимало поворотъ къ лучшему; т^о становилась почти нормальной, силы больной скоро возстановлялись, матка хорошо сокращалась, выдѣленія изъ полового канала принимали характеръ хорошихъ гноевидныхъ, безъ ихорознаго запаха. Особенно быстро было замѣтно *restitutio ad integrum* послѣ послѣдняго выскабливанія. Матка въ теченіи 4—5 дней хорошо сократилась, маточная шейка вполне сложилась, черезъ первикальный каналъ не проходитъ уже тонкій Фритчъ-Хегаровскій наконечникъ, т^о тѣла совершенно нормальная и оперированная на 7-й день послѣ послѣдняго выскабливанія вышла изъ лѣчебницы, чувствуя себя совершенно здоровою.

Случай III. О. К., 25 лѣтъ отъ роду, уроженка Екатеринбургской губ., мѣщанка, начала менструировать съ 12 лѣтъ, черезъ 30 дневные промежутки по 1—2 дней, скудно и иногда съ болью въ дѣвичесत्वѣ. По выходѣ больной замужъ 20 лѣтъ, а равно и послѣ рожденія перваго ребенка—типъ регулъ оставался тотъ-же самый и измѣненіе произошло только въ томъ отношеніи, что *meneses* совершались безъ всякаго болѣзненнаго ощущенія. Больная была 3 раза беременна, причемъ 2 первыя беременности окончились своевременными родами, а послѣдняя беременность прервалась преждевременными родами на 8 мѣсяцѣ, безъ всякой видимой причины. Послѣдніе роды произошли 4 недѣли назадъ. Всѣхъ дѣтей, даже и послѣдняго, больная кормила сама. Въ теченіе бывшихъ беременностей больная чувствовала себя удовлетворительно, роды продолжались не долго и *puerperium* послѣ первыхъ и вторыхъ родовъ проходилъ нормально, такъ что больная на 8-й день послѣ родовъ вставала съ постели, чувствуя себя вполне здоровой. Но послѣдніе роды, бывшіе 4 недѣли назадъ, и первое время послѣродового періода шли необыкновеннымъ порядкомъ. Эти роды продолжались болѣе предшествовавшихъ; послѣ рожденія ребенка появилось обильное кровотеченіе, потребовавшее искусственнаго удаленія послѣда изъ полости матки и послѣдовательныхъ горячихъ спринцеваній матки. Больная, по ея словамъ, очень ослабѣла отъ кровотеченія и съ перваго дня послѣ родовъ у нея началось лихорадочное состояніе. Первые 3—4 дня послѣ родовъ у родильницы были обыкновенныя кровавыя послѣродовыя очищенія; но начиная съ 5 дня у нея появилось настоящее кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, что продолжается и до сихъ поръ. Сверхъ того, кровотеченіе это за послѣдніе дни сопровождалось особенно непріятнымъ запахомъ, невыносимымъ даже для самой родильницы. Я увидѣлъ родильницу черезъ 4 недѣли послѣ родовъ, 31/1 1894 г. и изъ объективнаго изслѣдованія я добылъ слѣдующія данныя.

Больная средняго роста, очень крѣпкаго сложенія; общіе покровы и видимыя слизистыя оболочки блѣдны, языкъ сухой, т^о утромъ—39,1^о пульсъ 120—наполненія ниже средняго, дыханіе учащено, больная очень слаба и не вдругъ отвѣчаетъ на вопросы, не можетъ сидѣть; отъ больной на разстояніи ощущается рѣзкій ихорозный запахъ.

Въ органахъ груди при изслѣдованіи ничего ненормальнаго не найдено. При ощупываніи живота прежде всего бросается въ глаза усиленная болѣзненность брюшныхъ покрововъ и прощупываніе увели-

ченной матки, дно которой достигает до высоты точки, лежащей на 3 сантиметра выше пупка. При внутреннемъ дигитальномъ изслѣдованіи оказалось слѣдующее: при введеніи пальца во влагалище, послѣдній очень скоро достигаетъ до опухоли, лежащей во влагалищѣ. Поверхность этой опухоли мѣстами шероховата, неровна, покрыта на ощупь какъ-бы ключьями, легко отрывающимися отъ поверхности опухоли, консистенція опухоли твердая. При попыткахъ обойти опухоль пальцемъ можно убѣдиться, что опухоль исходитъ изъ полости матки, спустилась изъ матки, при чемъ ясно осязаются края расширеннаго маточнаго зѣва, обхватывающіе кругомъ опухоль какъ бы эластическимъ кольцомъ. При изслѣдованіи больной изъ половыхъ частей ея выдѣляется крайне ихорозная сукровичная жидкость.

Для того, чтобы болѣе точно ориентироваться относительно мѣста и способа прикрѣпленія опухоли къ внутренней поверхности матки, я произвелъ изслѣдованіе при помощи ложкообразныхъ зеркалъ. Обнаживъ насколько было возможно выдающійся во влагалище сегментъ опухоли, послѣдняя представилась на видъ грязновато-сѣраго цвѣта и всюду покрыта обрывками омертвѣвшей ткани. При попыткахъ свести ниже опухоль при помощи крѣпкихъ музе,—этотъ маневръ не особенно легко удавался, вслѣдствіе ломкости опухоли, легко прорывавшейся отъ зубьевъ музе. Но во всякомъ случаѣ, когда мнѣ удалось нѣсколько низвести опухоль и, главное фиксировать ее щипцами музе, я точно могъ убѣдиться въ томъ, что опухоль исходитъ отъ право-задней внутренней поверхности матки и прикрѣпляется къ своему ложу очень широкимъ основаніемъ, нижній край котораго начинается тотчасъ за маточнымъ зѣвомъ. Послѣ произведеннаго мною изслѣдованія маточная полость была промыта (1:3000) растворомъ сулемы, t° 35,0°. При промываніи выдѣлилась масса мелкихъ ключевъ омертвѣвшей ткани и затѣмъ, черезъ 20 минутъ послѣ промыванія, съ большой сдѣлался потрясающій ознобъ, продолжавшійся ¼ часа. Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ представилась нашему наблюденію, по первому изслѣдованію, подслизистая фиброзная опухоль матки, которая спустилась значительнымъ своимъ сегментомъ во влагалище и въ то же время подверглась гангреногенценціи, что повело въ свою очередь, къ септическому заболѣванію родильницы. Вслѣдствіе такого тяжелаго болѣзненнаго состоянія больной, требовалось возможно быстрое удаленіе опухоли, подвергшейся омертвѣнію, изъ полости послѣродовой матки, не смотря на значительную слабость родильницы. И хотя опухоль была значительно велика, но она, благодаря расширенному маточному зѣву, казалась довольно доступной со стороны влагалища, то поэтому избрано удаленіе опухоли *per vaginam*. Сверхъ того, не смотря на значительную общую слабость больной, операція была произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ, вслѣдствіе рѣшительнаго отказа больной подвергнуться операціи безъ хлороформа. Операція произведена мною въ день моего перваго изслѣдованія больной.

Послѣ обычныхъ приготовленій больная была легко занаркотизована, послѣ предварительнаго впрыскиванія морфія съ атропиномъ, и затѣмъ положена на операціонный столъ. По обнаженіи влагалищнаго сегмента опухоли, Фритчевскими ложкообразными зеркалами, родив-

шаяся часть опухоли захвачена крѣпкими мюзе и низдавлена внизъ. Подъ наркозомъ еще точнѣе можно было убѣдиться въ отмѣченныхъ топографическихъ отношеніяхъ опухоли. Сверхъ того, при комбинированномъ изслѣдованіи толщины маточной стѣнки оказалось, что въ одномъ районѣ мѣстопрікрѣпленія опухоли, именно правая, боковая сторона маточной стѣнки представлялась очень тонкою. Въ виду только что указанного обстоятельства я рѣшился, насколько возможно, вылучить опухоль изъ ея ложа помощью указательнаго пальца. Вылученіе я началъ снизу и съ задней стѣнки внутренней поверхности матки и эта манипуляція вначалѣ удавалась очень легко; но чѣмъ выше подвигалось вылученіе, тѣмъ эта операція становилась труднѣе съ одной стороны, а съ другой—тѣмъ стѣнка матки представлялась истонченнѣе. Кровотеченіе во время производства энуклеаціи—было незначительное. Имѣя въ виду болѣе затруднительное вылученіе опухоли въ выше лежащемъ отдѣлѣ маточной полости и истонченіе съ вѣроятнымъ измѣненіемъ строенія маточной стѣнки, дальнѣйшее насильственное вылученіе опухоли я счелъ рискованнымъ; поэтому я ограничился вылученнымъ сегментомъ опухоли и осторожно, подъ контролемъ указательнаго и средняго пальцевъ, отсѣкъ какъ можно выше вылученную часть опухоли. Отсѣченіе я производилъ крѣпкими Зибольдовскими ножницами; отнятіе опухоли не сопровождалось усиленіемъ кровотеченія. Удаленная часть новообразованія достигала объема большаго мужскаго кулака, что составляло, приблизительно $\frac{3}{4}$ всей массы опухоли. По удаленіи опухоли маточная полость тщательно проспринцована растворомъ сулемы (1 : 3000), t° 35,0°; при промываніи выдѣлилась масса обрывковъ омертвѣвшей ткани. За сѣмъ, по удаленіи всей жидкости изъ полости матки, послѣдняя не туго была затампонирована 10% іодоформной марли. Во влагалище также вложенъ кусокъ іодоформной марли; на низъ живота пузырь со льдомъ. По перенесеніи больной на кровать и черезъ 25 минутъ послѣ окончанія операціи съ больной сдѣлался сильный потрясающій ознобъ, продолжавшійся 20 минутъ.

Теченіе послѣоперационнаго періода выразилось въ такомъ порядкѣ. Въ день операціи 31/г оперированная была очень слаба, частая хлороформная тошнота, вызывающая сильныя схваткообразныя боли внизу живота.

2-й день, 1/п, оперированная чувствуетъ себя сносно: рвота прекратилась; беспокоятъ только частыя и болѣзненные маточныя схватки. Верхняя граница матки опустилась на 4 сант. ниже пупка. Удаленъ влагалищно-маточный тампонъ, кровотеченія нѣтъ, маточное устье немного сократилась, но вся матка сократилась довольно значительно. Маточная полость снова промыта 3% растворомъ карболовой кислоты t,0°, 35° и вагина слегка затампонирована 10% іодоформной марли.

Въ послѣдующіе за операціей 5 дней субъективное ощущеніе оперированной много улучшилось; а параллельно съ этимъ и объективныя явленія также измѣнились къ лучшему: матка мало по малу хорошо сократилась, такъ что уменьшилась до объема большаго апельсина, длина маточной полости = 11 сантим., ихорозныя отдѣленія изъ влагалища прекратились. При внутреннемъ изслѣдованіи черезъ расширенный маточный зѣвъ, на 6 день послѣ операціи, сталъ прорѣзываться

нижній отрѣзокъ, оставшейся въ маточной полости части фиброида; t° за все это время держалась болѣе въ нормальныхъ границахъ, хотя иногда повышалась держась однако субфебрильною. Такъ какъ нижній сегментъ опухоли значительно прорѣзался черезъ маточный зѣвъ, то на 8 й день послѣ перваго оперативнаго приѣма было приступлено къ вторичной энуклеаціи опухоли подъ наркозомъ. Въ этотъ разъ вылу- щеніе опухоли не удавалось такъ легко, какъ это было при первой операціи. Дигитальнымъ приемомъ невозможно было отсепаровать опу- холь изъ ея ложа; кромѣ того, истонченное мѣсто маточной стѣнки, отмѣченное при производствѣ первой операціи, комбинированнымъ изслѣдованіемъ, констатировалось и теперь. Все это, понятно, обязывало насъ быть очень осторожнымъ и теперь во время нашихъ манипуляцій. Поэтому въ этотъ сеансъ я рѣшился отсѣчь ножницами насколько воз- можно большой кусокъ опухоли. При отсѣченіи ткань опухоли пред- ставлялась довольно твердою, не кровоточащею; отсѣченіе удалось легко, скоро и удаленный кусокъ опухоли достигалъ объема, приблизительно, куриного яйца. Послѣдующее лѣченіе было такое же, какъ и послѣ первой операціи. И, на этотъ разъ, послѣ операціи прошло едва $\frac{1}{4}$ часа времени, какъ съ оперированной снова сдѣлался потрясающій ознобъ съ послѣдовательнымъ повышеніемъ t° до $41,2^{\circ}$. Ознобъ продолжался 10 минутъ, затѣмъ оперированная успокоилась и ни на что особенное не жаловалась; t° субфебрильная. Черезъ 3 дня послѣ вторичнаго ча- стичнаго удаленія фиброміомы можно было констатировать еще боль- шее сокращеніе матки; вмѣстѣ съ этимъ изъ маточной полости появи- лось обильное гноевидное выдѣленіе. Самочувствіе оперированной удов- летворительное, за исключеніемъ беспокоящихъ ее иногда маточныхъ схватокъ. На 9-й день послѣ вторичнаго частичнаго удаленія опухоли у больной появились особенно сильныя маточныя схватки. Гинеколо- гическое изслѣдованіе, произведенное въ этотъ день, показало прорѣ- завшійся черезъ маточный зѣвъ отрѣзокъ опухоли, довольно твердой консистенціи. Послѣ возможнаго отягиванія внизъ опухоли, послѣд- няя была экстирпирована очень скоро при помощи ножницъ. И послѣ этого оперативнаго воздѣйствія черезъ 18 минутъ у оперированной появился потрясающій ознобъ, который продолжался 10 минутъ и сопро- вождался повышеніемъ t° до $40,5^{\circ}$. Послѣ этого раза матка очень бы- стро сократилась до нормы и оперированная, чувствуя себя вполне удовлетворительно, черезъ 7 дней послѣ третьяго частичнаго удаленія опухоли начала выѣзжать.

Удаленныя опухоли у больныхъ, исторіи болѣзни которыхъ я только что привелъ здѣсь, были подвергнуты подробному осмотру и микроскопическое изслѣдованіе этихъ новообразо- ваній показало строеніе, свойственное фиброміомотознымъ опу- холямъ матки.

Суммируя мою настоящую статью, я позволяю себѣ за- кончить ее слѣдующими соображеніями относительно лѣченія

въ послѣродовомъ періодѣ внутриматочно-гнѣздящихся фибромиоматозныхъ опухолей:

1) Опухоли, легко доступныя и легко удалимыя, должны быть экстирпируемы въ послѣродовомъ періодѣ.

2) Опухоли, хотя не легко достижимыя, но такія, которыя *in puerperio* подверглись распаду—должно также экстирпировать въ послѣродовомъ періодѣ, чтобы такимъ образомъ уничтожить очагъ инфекціи; при этомъ нужно стремиться окончить операцію въ одинъ приемъ.

3) Въ тѣхъ неблагоприятныхъ случаяхъ, гдѣ въ силу тѣхъ или иныхъ обстоятельствъ, поневолѣ приходится дробить операцію на нѣсколько сеансовъ, слѣдуетъ въ каждый приемъ отнимать, по возможности, все подвергшееся процессу распада. Затѣмъ, въ промежутки между оперативными приемами—тщательно дезинфицировать маточную полость и особенно ложе опухоли.

4) Дезинфекцію въ этихъ случаяхъ лучше всего производить помощью частыхъ спринцеваній растворами сулемы или вкладываніемъ въ матку іодоформной марли, хорошо пропитанной іодоформной эмульсіей.

5) Въ случаѣ необходимости приступить къ удаленію фиброзной опухоли изъ послѣродовой матки—всегда нужно стараться произвести эту операцію черезъ естественные родовые пути; и только крайняя и неустраняемая необходимость можетъ заставить произвести операцію при посредствѣ чревосѣченія.

6) На единичные потрясающіе ознобы, слѣдующіе за частичнымъ удаленіемъ *in puerperio* внутриматочно-гнѣздящихся новообразованій, кажется, не слѣдуетъ смотрѣть, какъ на показатели всасыванія болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ; скорѣе это есть реакція матки на болѣе или менѣе сильное травматическое раздраженіе, вызываемое удаленіемъ опухоли изъ маточной полости.

III.

(ИЗЪ МОРШАНСКОЙ МАРИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ).

Два случая стеноза влагалища.

В. П. Филоновича.

Приобрѣтенныя рубцевыя суженія влагалища, встрѣчаясь довольно рѣдко, представляютъ большой интересъ въ терапевтическомъ отношеніи для акушера и гинеколога. Какое серьезное препятствіе составляетъ стенозъ влагалища для беременной матки во время родовъ—видно изъ статьи *Merz'a*, помѣщенной въ *Archiv für Gynäcologie*, Bd XLV: на 230 случаевъ разрыва беременной матки, собранныхъ изъ литературы за послѣдніе 20 лѣтъ, въ 16-ти причиной послужилъ стенозъ влагалища. Своевременное устраненіе этого препятствія спасло бы 16 жизней! Нужно полагать, что громадное число случаевъ кромѣ того остается необнародованнымъ; въ ноябрѣ прошлаго года (1893 г.) я, совмѣстно съ товарищемъ моимъ д-ромъ *Бобкевичемъ*, былъ свидѣтелемъ летальнаго исхода срочныхъ родовъ второрожавшей женщины вслѣдствіе рубцеваго суженія влагалища.

Гинекологъ чаще встрѣчается со стенозомъ влагалища, составляющимъ въ высшей степени тяжелое осложненіе моче-влагалищныхъ фистулъ; зашить фистулу, не удаливъ стеноза, подчасъ становится невозможнымъ,—но какъ устранить стенозъ?—раціональное рѣшеніе этого вопроса принадлежитъ лишь послѣднему времени.

Breisky, M. Sims, Горвицъ, Schröder, Крассовскій, Соловьевъ, во главѣ о лѣченіи стенозовъ влагалища даютъ тождественные совѣты: а) расширять влагалище сжатыми губками, кольпейринтеромъ, маточными зеркалами, увеличивая постепенно ихъ калибръ, или б) произвести предварительно нѣсколько циркулярныхъ надрѣзовъ влагалища и затѣмъ ввести въ него на продолжительное время зеркало, препятствующее послѣдовательному суженію влагалища. Послѣдній совѣтъ болѣе подробно описанъ *Vogelman'*омъ въ 1878 г. Однако всѣ авторы соглашаются въ томъ, что эти способы дѣйствительны лишь на самый непродолжительный періодъ и какъ только перестаютъ примѣнять систематическое расширение влагалища, оно мало-по-малу принимаетъ прежній калибръ.

Въ 1885 г. *A. Martin* предложилъ удалять всю рубцовую ткань, тщательно вырѣзывая ее, насколько возможно глубоко, а раненую поверхность зашивать стягиваньемъ слизистой оболочки. Способъ этотъ ограничивается тѣми случаями, гдѣ рубцы не особенно широки, а таковыя могутъ и безъ того подъ влияніемъ беременности и наступленія родового періода въ значительной мѣрѣ рассосаться.

Неудовлетворительная терапия, естественно, должна была породить стремленіе выработать болѣе надежный способъ; ниже приводимыя литературныя справки укажутъ намъ, въ хронологическомъ порядкѣ, что примѣняли авторы при лѣченіи стенозовъ влагалища.

1) *B. Credé jun.* пришла мысль произвести трансплантацію лоскута кожи на рану во влагалищѣ; у 50-ти лѣтней женщины, имѣвшей значительный стенозъ влагалища *Credé* произвелъ разрѣзъ вдоль лѣвой стѣнки и насильственное расширение; большая зияющая рана для предотвращенія возможности развитія рубцовой ткани была выполнена кожнымъ лоскутомъ взятымъ съ большой лѣвой губы, съ образованіемъ мостика книзу, т. е. къ промежности; кожный дефектъ на губѣ стянутъ нѣсколькими швами. Случай кончился выздоровленіемъ; черезъ годъ влагалище при изслѣдованіи оказалось широкимъ. (*Archiv für Gynäecologie*, В. XXII, Н. 2).

2) *C. Г. Шалита*—у одной женщины съ недоразвитіемъ влагалища, которой онъ раньше дѣлалъ расщепленіе влагалища,

отчего впоследствии произошел рубцевый стеноз влагалища, пересадил на оживленную стѣнку нѣсколько кусочковъ (въ $1/2$ —1 кв. см.) слизистой оболочки, взятой совнутренней поверхности большихъ и малыхъ губъ. Успѣхъ. («*Врачъ*», 1888 г., № 37, стр. 705).

3) *O. Küstner* также съ успѣхомъ пересадилъ слизистую оболочку тонкой кишки отъ человѣка, которому дѣлали резекцію въ это время. Черезъ нѣкоторое время той-же женщиной въ другомъ мѣстѣ влагалища онъ пересадилъ слизистую оболочку влагалища другой женщины, у которой въ это время дѣлали операцію colpogharphae. Выздоровленіе. (Schmidt's Jahrbücher, 1890 г., Т. 227).

4) *H. Swiecicki* пересадилъ съ тою-же цѣлью слизистую оболочку кишки кролика, при чемъ лоскутки слизистой, приложенныя во влагалище, покрывались листиками оловяной бумаги, а затѣмъ прижимались асептической марлей. При производствѣ операціи у этого автора примѣнялась строгая асептика и смачиванье лоскутковъ физиологическимъ растворомъ соли. Въ результатѣ успѣхъ. (Archives de Tocologie, 1892 г.).

Вотъ всѣ случаи, которые любезно собраны для меня *Н. М. Какушкинымъ*; въ литературѣ извѣстны еще случаи образованія влагалища: per transplantationem ani (проф. *Снигирева*), изъ кожныхъ лоскутовъ ягодицъ и друг., но я не упоминаю о нихъ по той причинѣ, что поводомъ къ операціи послужила атрезія vaginae. Въ моей земской практикѣ привелось встрѣтиться съ двумя случаями рубцевого суженія влагалища на столько интересными, что я рѣшаюсь подѣлиться моими наблюденіями съ товарищами.

Случай 1-й. 1892 г. 18 ноября, въ Сосновскую земскую больницу поступила крестьянка Д. Я. Л., 21 года, жалуясь на постоянное истеченіе мочи.

Anamnesis. Въ дѣтствѣ пользовалась прекраснымъ здоровьемъ. Регулы съ 17 лѣтъ, замужъ вышла 19 лѣтъ и вскорѣ забеременѣла. Роды наступили въ срокъ, но потужная дѣятельность къ концу первыхъ сутокъ ослабла въ то время, когда головка младенца находилась въ полости малаго таза. Эти роды, къ несчастью больной, совпали съ разлитьемъ рѣкъ (29 марта 1892 г.), а потому правильная акушерская помощь не могла быть оказана. Только къ концу третьихъ сутокъ, при усиліяхъ сельскихъ повитухъ, младенецъ былъ извлеченъ мертвымъ. Наступило тяжелое послѣродовое заболѣваніе: повышенная t^0 , боли внизу живота и вонючія гнойныя отдѣленія изъ влагалища. На четвертый день послѣ-

родового періода замѣчено было непроизвольное постоянное истеченіе мочи изъ влагалища. Только черезъ 3 мѣсяца послѣ родовъ большая поступила въ одну изъ земскихъ лечебницъ, гдѣ втеченіи 2 мѣсяцевъ всѣ острыя явленія стихли.

St. praesens. Женщина хорошо сложена и упитана. Органы дыханія, кровообращенія и пр. нормальны. Костякъ таза и наклоненіе его видимыхъ отклоненій не представляютъ. Размѣры таза: Dis. crist. 28, Dis. spin. 26, Conj.-Ex. 18,5. Мысль стоитъ довольно низко. Conjugat. diagon. = 11,2, слѣдовательно vera = около 9,5. Данныя измѣренія указываютъ, что тазъ относится къ разряду, такъ называемыхъ, простыхъ, плоскихъ тазовъ, что до нѣкоторой степени дастъ объясненіе тяжелымъ родамъ. На промежности замѣчается бѣлесоватый рубецъ отъ бывшаго разрыва. Этотъ рубецъ не посредственно переходитъ въ кольцевидное суженіе introitus vaginae.

Наружные половые органы и сосѣднія части бедеръ покрыты сплошной erythematе intertrigine. Катетеромъ выпущено нѣсколько капелъ мочи—свѣтлой, кислой реакціи, безъ бѣлка. Ввести указательный палець въ влагалище невозможно; онъ встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе, вслѣдствіе развитія на значительномъ протяженіи рубцовой ткани. Тѣмъ не мѣнѣе мизинцемъ осторожно было произведено расширеніе влагалища, пока не явилась возможность ввести указательный палець. Результаты изслѣдованія влагалища слѣдующія: передняя стѣнка его сильно натянута, передняго свода какъ-бы не существуетъ—вѣрнѣе сказать, онъ сглаженъ, такъ какъ линія прикрѣпленія его близко подходить къ ori. colli uteri externum. Посрединѣ передней стѣнки влагалища, ближе къ маточной шейкѣ, продушивается отверстіе, ведущее въ мочевой пузырь, овальной формы, идущее поперекъ влагалища, въ три поперечныхъ пальца въ діаметрѣ. Края фистулы тонки, неомозольные, натянута какъ струны. Черезъ фистулу свободно можно изслѣдовать пузырь.

Влагалищная часть матки кажется укороченной, матка нормальныхъ размѣровъ, находится въ положеніи lateropositionis dextrae и низвести ее ad introitum vaginae невозможно. При двойномъ изслѣдованіи въ околوماتочной клѣтчаткѣ можно прощупать нѣсколько тяжей и перемычекъ.

Подготовительное лѣченіе передъ операцией состояло въ ежедневныхъ промываніяхъ влагалища solut. ac. carbol. 1% и смазываніи эрозированныхъ мѣстъ цинковою мазью; за день до операции кишечникъ очищенъ.

1892 г. 28-го ноября, t^o 37,1^o. Непосредственно передъ операцией, уже въ операционной (чистой и свѣтлой) комнатѣ половые органы еще разъ вымыты щеткой съ мыломъ и растворомъ суглемы 1:1000; больной впрыснуто подъ кожу $\frac{1}{8}$ morphii muriatici и затѣмъ приступлено къ хлороформированію смѣсью Вильрота. Инструменты, тщательно вымыты, находились въ тазикахъ съ 2% растворомъ карболовой кислоты. Ближайшими помощниками были два фельдшера и фельдшерница.

Операциа. Лѣвый указательный палець вставленъ въ задній проходъ; большимъ скальпелемъ произведено два разрѣза вдоль боковыхъ стѣнокъ влагалища изнутри кнаружи, минуя прямую кишку. Длина

разрѣзовъ 7 см., а глубина въ серединѣ $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ см. Такимъ образомъ, раненая поверхность каждаго изъ разрѣзовъ напоминала сложенный по продольной оси древесный листъ, длиною въ 7 см., а шириною въ 3—3,5 см., ибо проникая пожегъ въ глубину на $1\frac{1}{2}$ см., мы получаемъ двойную окровавленную поверхность, равную 3 см. Для предотвращения появленія вторичнаго стеноза—я рѣшилъ произвести трансплантацию кожного лоскута, а потому точно измѣривши и отмѣтивъ длину и ширину, я вырѣзалъ изъ каждой большой губы по одному листообразному лоскуту съ питательнымъ мостикомъ книзу, т. е. къ промежности. Разрѣзы проникали чрезъ кожу и *fasciam superficialem* съ хорошей жирной подкладкой до *tunica dartos*. Кожный дефектъ на большихъ губахъ былъ стянуть шелковыми швами, а отсепарованные лоскуты вставлены въ разрѣзы и пришиты слегка кетгутомъ, обработаннымъ въ *ol. juniperi e ligno*. Для болѣе тѣснаго соприкосновенія раненыхъ поверхностей, поверхъ лоскутовъ были наложены марлевые тампоны. По окончаніи этой части операція я занялся оживленіемъ краевъ фистулы и наложеніемъ кетгутовыхъ швовъ.

Послѣоперационное теченіе безлихорадочное; кожная рана на губѣ зажила *per primam*; лоскутъ все время въ хорошемъ видѣ и выполняетъ раненую поверхность; въ прочности приращенія его на новомъ мѣстѣ можно было убѣдиться дней 7—10 спустя; къ сожалѣнію, кетгутъ, наложенный на фистулу, всосался раньше чѣмъ послѣдовало сращеніе и потому черезъ 1 мѣсяць мнѣ пришлось повторить зашиванье фистулы; во второй разъ вмѣсто кетгута я употребилъ серебряную проволоку,—успѣхъ получился полный; моча прекрасно задерживается, влагалище довольно широкое. Въ мартѣ 1894 г., т. е. черезъ 15 мѣсяцевъ, я имѣлъ возможность видѣть эту больную и показывалъ ее д-ру *Бобковичу*. Влагалище широкое, на губахъ рубцы едва замѣтны, внизу слѣды перекручивания питающаго мостика, а кожные лоскуты точно переродились; на нихъ почти не замѣтно волосныхъ мѣшечковъ (растительность у этой больной вообще была слаба).

Случай 2-й. 28-го февраля 1894 г., поступила въ Моршанскую Маріинскую больницу, 21 года, крестьянка Ав. С., жалуясь на отдѣленіе мочи и кала.

Изъ *anamnesis* можно отмѣтить слѣдующее: 19 лѣтъ родила первый разъ. Вскорѣ послѣ родовъ появилась *fistula vesicovagin*, успѣшно оперированная мною въ с. Сосновкѣ. Вторые роды происходили 2-го февраля сего 1894 г. очень трудные и продолжительные. На четвертый день, при повышенной t° и воюющихъ отдѣленіяхъ, показалось непроизвольное отдѣленіе мочи и кала. Боли внизу живота были ужасныя. На 4-й день послѣ родовъ поступила въ Моршанскую Маріинскую больницу, гдѣ подверглась подготовительному лѣченію спринцеваніями, ваннами, всасывающими и проч., по поводу *parametritis et paravaginitis phlegmon*.

Status praesens. къ 15 апрѣля, т. е. черезъ $2\frac{1}{2}$ мѣсяца послѣ родовъ: худая, анемична, t° 37,—36,5; П. 80; грудные и брюшные органы нормальны. Наружные половые органы и внутренняя сторона бедеръ покрыты сплошной экземой, вслѣдствіе постоянного истеченія мочи. D. cris. = 28, D. spin. = 25,5; Conj. ex. = 18; Conj. diag. = 11; Conj. vera = 9. Такимъ образомъ, таъ второй моей больной имѣеть боль-

шое сходство съ тазомъ первой больной. Входъ во влагалище и само влагалище значительно сужено, вслѣдствіе *paravaginitis adhaesiva*, значительное отложеніе рубцовой ткани наблюдается на промежности и въ глубинѣ лѣваго свода. Матка неподвижна, вслѣдствіе *parametritis adhaesiva*, размѣры ея нормальны. Тотчасъ за *sphincter ani* расположена *fistula recto-vaginalis*, пропускающая палець, имѣющая поперечное направленіе; края ея оmozолѣлы и сильно притянуты справа къ тазовымъ костямъ плотными тяжами. Тотчасъ за внутреннимъ отверстіемъ уретры расположена *fistula vesicovaginalis*, тоже свободно пропускающая палець, имѣющая поперечное направленіе. Края оmozолѣлы и притянуты въ лѣвую сторону плотными тяжами.

22-го апрѣля 1894 г. Послѣ обычныхъ приготовленій при помощи д-ровъ П. Г. Аврамова и И. Е. Бобкевича произведена мною операція. Прежде всего двумя разрѣзами по боковымъ стѣнкамъ влагалища снаружи и кзади, минуя прямую кишку, влагалищу приданъ большій размѣръ, съ цѣлью имѣть большій просторъ при зашиваніи едва видимыхъ глазомъ фистулъ. Съ правой стороны разрѣзъ проведенъ не глубоко, такъ какъ тому препятствовала близко подходившая къ лѣвому краю влагалища *fist. recto-vaginalis*, затѣмъ введено было зеркало *Sims'a* и защиты *lege artis* сперва *fistula recto-vaginalis*, а потомъ *fistula vesicovaginalis* серебрянными проволоками, продѣтыми не чрезъ ушко иголки, а чрезъ шелковую петлю вдѣтую въ иглу. При такомъ проведеніи проволока не образуетъ по сторонамъ ушка иголки плечиковъ и наноситъ меньшую травму. Убѣдившись наполненіемъ жидкости въ пузырь и кишку въ прочности наложенныхъ швовъ, я приступилъ къ пластическому возстановленію влагалища.

Отмѣривши предварительно размѣры раны, проведенной вдоль лѣваго края влагалища, равной $9\frac{1}{2} \times 4$ ст. и имѣвшей сходство съ древеснымъ листомъ, изъ лѣвой большой губы выкроенъ листообразный кожный лоскутъ, проникавшій до *tunica dartos* — съ питательнымъ мостикомъ кзади, т. е. къ промежности. Дефектъ, образованный по отсепаровкѣ лоскута, стянуть шелковыми швами, а лоскутъ впитать изрѣдка наложенными стежками; на основаніе мостика я избѣгалъ накладывать шовъ, чтобы не нарушить питанія мостика; лоскутъ слегка прижать марлевымъ тампономъ. перевязка ранъ—*iodoformo*.

Послѣоперационное теченіе въ высшей степени благопріятное; 4^{го} въ день операціи вечеромъ 38,1 и съ тѣхъ поръ ни разу не поднималась выше нормы. Моча задерживалась все время хорошо. На пятый день поставлена клизма—прослабило *per rectum*. На 7-й день сняты всѣ швы съ лѣвой губы=*prima intentio*. Лоскутъ, впитанный во влагалище въ прекрасномъ видѣ; на 11-й день сняты нѣкоторые серебряные швы съ фистулъ и лоскута; на 15-й день сняты всѣ остальные швы. Съ каждымъ днемъ больная можетъ задерживать все большее количество мочи, испражненія идутъ *per anum*.

Больная подмочивается во время глубокаго продолжительнаго сна.

Для усиленія дѣятельности *sphinteris vesicae*—примѣняется электризація пузыря и внутрь назначенъ *pux vomica*. Замѣчается улучшеніе. Наконецъ, влагалище нынче, т. е. 3 іюня, черезъ 1½ мѣсяца послѣ операціи—не обнаруживаетъ наклонности къ рубцеванію, оставаясь довольно широкимъ.

Въ такомъ состояніи больная была демонстрировану Моршанскому Медицинскому Обществу.

Больную я видѣлъ затѣмъ 3 августа, т. е. черезъ 3¹/₂ мѣсяца—стеноза не наблюдается.

IV.

Весьма рѣдкій случай многоплодныхъ родовъ.

М. Н. Паргамина.

I.

Многоплодною или сложною беременностью называется такое состояніе женщины, при которомъ въ полости ея матки развивается два или болѣе плодовъ и смотря по количеству послѣднихъ называется беременностью двойнями, тройнями и т. д. Наибольшее количество плодовъ, которыми можетъ быть женщина беременна ограничивается пятью. Болѣе пяти плодовъ до сихъ поръ не замѣчалось. Уже и *Аристотель* говоритъ, что не бываетъ беременности больше какъ пятью плодами. Всего чаще приходится наблюдать беременность двойнями, беременность тройнями наблюдается уже гораздо рѣже. Случаи же, въ которыхъ матка содержала въ себѣ четыре и пять плодовъ, принадлежать къ крайне рѣдкимъ исключеніямъ, особенно пятью плодами. О такомъ крайне рѣдкомъ (беременность пятью плодами) случаѣ упоминаетъ только проф. *Штгелъбергъ*. По словамъ названнаго акушера докторъ *Galopin*, изъ Илье, сообщаетъ въ Journ. de Connais. méd. Chirurg., № 12, 1867 г., о случаѣ беременности пятью плодами. Самъ проф. *Штгелъбергъ* говоритъ, что онъ видѣлъ въ Ирландіи препаратъ пяти близнецовъ ¹⁾. Хотя другихъ подобныхъ наблюденій въ медицинской литературѣ и не имѣется, но въ виду авторитетности акушера *Штгелъ-*

¹⁾ См. учебникъ акушерства для врачей и учащихся, изд. 1879 г., стр. 202

берга, мы должны признать возможность беременности пятью плодами. Но во всякомъ случаѣ беременность, а тѣмъ болѣе роды четырьмя плодами принадлежить къ очень рѣдкимъ явленіямъ.

Вотъ въ виду рѣдкости такихъ случаевъ, имѣвшійся у меня недавно подъ наблюденіемъ случай родовъ четырьмя плодами, безъ сомнѣнія, заслуживаетъ быть отмѣченнымъ въ нашей медицинской литературѣ.

II.

Относительно частоты многоплодной беременности статистическія цифры различныхъ авторовъ нѣсколько расходятся. Акушеры *Манури* и *Сальмони* показываютъ, что на 36,570 беременныхъ женщинъ 582 были беременны двойнями (слѣдовательно, на 62 обыкновенныхъ рожденій приходится 1 разъ двойни) 6—имѣли тройни (1 на 6,000)²⁾.

По вычисленіямъ проф. *Veit'a*, обнимающимъ статистику болѣе чѣмъ 13 милліоновъ родовъ, въ Пруссіи на 89 родовъ приходится одни роды двойнями; тройни бывають разъ на 7,910 родовъ, а четверни 1 разъ на 371,126 родовъ.

По старой статистикѣ *Hohl'a*³⁾ одни роды тройнями приходятся на 4,205 родовъ. У *Шредера*⁴⁾ это отношеніе равно 1:7,910.

У *Leopold'a*⁵⁾ 1:3,800.

У *A. M. Макнева*⁶⁾ 1:2000.

По старой статистикѣ *Berlin'a*⁷⁾, въ Ниццѣ роды тройнями случаются одинъ разъ на 5,575 родовъ, во Франціи, вообще, одинъ разъ на 10,000.

Въ С.-Петербургскомъ Повивальномъ Институтѣ на 8,036 родовъ было 181 двойни и 3 тройни⁸⁾.

Въ секретнородильномъ отдѣленіи Московскаго воспитательнаго дома съ 1832 по 1863 г. на 53,039 разрѣшившихся, было 1011 двойней и 13 тройней.

²⁾ См. курсъ акушерства *Манури* и *Сальмони*, стр. 415.

³⁾ *Hohl. Lehrbuch. d. Geburtshülfe.* 1862, стр. 188.

⁴⁾ *Schröder.*—Учебникъ акушерства, 1888 г., стр. 70.

⁵⁾ *Sperling.* Arch. f. Gynäkol., XXXIV.

⁶⁾ Отчетъ акушер. факульт. кл. Моск. Унив., за 1874—1888 г.

⁷⁾ Le concours. medical., 1889 г.

⁸⁾ *Θ. К. Гугенберг.* Отч. С.-Петер. Повивальн. Инстит., 1863 г., стр. 17.

Въ Тобольской земской больницѣ, съ 1 января 1876 года по 1 октября 1891 года, было 1,232 родовъ и изъ нихъ одинъ разъ тройни.

Въ среднемъ, по вычисленіямъ проф. *Шнигельберга*, статистика показываетъ для двоенъ 1:80, а для троенъ 1:6—7000 всѣхъ рожденій.

Кромѣ того, наблюденія показываютъ, что многоплодная беременность различна въ разныхъ странахъ и въ различные годы и идетъ вообще параллельно съ плодовитостью. Баварія, Ирландія, Россія представляютъ наибольшія числа, Франція наименьшія, Соединенная Германія приближается къ выше-означеннымъ среднимъ цифрамъ, согласно вычисленію проф. *Шнигельберга* ⁹⁾.

Многоплодная беременность наблюдается чаще у многорожавшихъ и болѣе старыхъ женщинъ, чѣмъ у первороженицъ и у молодыхъ. Наслѣдственность тоже, повидимому, имѣетъ нѣкоторое вліяніе и нельзя также отрицать предрасположенія послѣ однократной беременности двойнями.

III.

Происхожденіе многоплодной беременности объясняютъ слѣдующимъ образомъ:

Какъ извѣстно, для того, чтобы произошло зачатіе нужно, чтобы здоровое сѣмя мужчины (spermatozoa) проникло (impregatio) въ женское яичко, которое, у вполне здоровой, небеременной и находящейся въ возрастѣ половой производительной дѣятельности женщины, выдѣляется ежемѣсячно изъ граафова пузырька яичника. Обыкновенно, у такой женщины въ каждомъ межъ менструаціонномъ періодѣ изъ граафова пузырька яичника отдѣляется одно яичко, заключающее въ себѣ только одинъ, такъ называемый, зародышевый зачатокъ (keim), способный подъ вліяніемъ сѣмяннаго живчика къ дальнѣйшему развитію.

Сказаннымъ объясняется, всего чаще случающееся, зачатіе, беременность и роды однимъ плодомъ. Но иногда случается:

1) Что выдѣлившееся изъ граафова пузырька яичника—яичко заключаетъ въ себѣ нѣсколько зародышевыхъ зачат-

⁹⁾ См. выше.

ковъ (keim), способныхъ подъ вліяніемъ сѣмянныхъ живчиковъ къ дальнѣйшему развитію и тогда, понятно, при плодотворномъ совокупленіи всѣ эти зародышевые зачатки яйца получаютъ импульсъ къ дальнѣйшему развитію и въ результатѣ получимъ многоплодную беременность.

2) Изъ одного граафова пузырька личника можетъ выдѣлиться не одно яичко, какъ обыкновенно это бываетъ, а нѣсколько и если онѣ способны къ дальнѣйшему развитію, то при плодотворномъ совокупленіи получится многоплодная беременность.

3) Въ одномъ и томъ же межъ-менструальномъ періодѣ въ яичникахъ могутъ созрѣть и выдѣлиться нѣсколько яичекъ одновременно или постепенно. Въ этомъ случаѣ многоплодная беременность можетъ имѣть мѣсто или при однократномъ плодотворномъ совокупленіи, или при повторномъ *coitus'*ѣ, но въ одномъ и томъ же менструальномъ періодѣ. Эта послѣдовательность оплодотворенія яичекъ въ одномъ и томъ же межъ-менструальномъ періодѣ, когда одно или нѣсколько яичекъ уже оплодотворены, извѣстно подъ названіемъ *superfoecundatio*.

Въ пользу *superfoecundatio* говорятъ съ большою вѣроятностью случаи, въ которыхъ женщины, завѣдомо имѣвшія въ одномъ и томъ же межъ-менструальномъ періодѣ соитіе съ негромъ и бѣлымъ, рожали двойни различнаго цвѣта (бѣлаго и мулата) ¹⁰⁾ (1).

Проф. Шредеръ, допуская *superfoecundatio* вполне справедливо относится скептически къ подобнаго рода доказательствамъ. Онъ говоритъ, что вышеприведенное доказательство ничего не говоритъ въ пользу *superfoecundatio*, ибо извѣстно, что при скрещиваніи расъ дѣти иногда бываютъ похожи почти исключительно или на отца, или же на мать, и слѣдовательно, бѣлое дитя бѣлой матери могло бы быть законнымъ ребенкомъ негра ¹¹⁾.

¹⁰⁾ (1) Возможность *superfoecundatio* доказано положительными данными изъ животнаго царства. Есть нѣсколько заслуживающихъ довѣрія наблюдений, въ которыхъ кобыла разрѣшилась одновременно жеребенкомъ и лошакомъ. Сука, допускающая во время течки самцовъ различныхъ породъ, разрѣшается иногда дѣтенышами различныхъ перекрещенныхъ формъ, соответствующихъ породѣ отцовъ. Кошка, совокупающаяся съ котами различныхъ цвѣтовъ, разрѣшается дѣтенышами разныхъ цвѣтовъ.

¹¹⁾ Шредеръ.—Учебника акушерства, стр. 67.

4) Наконецъ, нѣкоторые авторы, какъ причину многоплодія, допускаютъ еще, такъ называемое, сверхъ зарожденіе *superfoetatio*, т. е. при уже развивающемся въ полости матки зародышѣ будто могутъ оплодотвориться еще одно или нѣсколько яичекъ, принадлежащихъ одному изъ послѣдующихъ менструальныхъ періодовъ.

Теоретически разсуждая сверхзарожденіе (*superfoetatio*) при извѣстныхъ условіяхъ должно быть допускаемо, ибо встрѣча сѣмени съ яйцомъ, при существующей уже беременности возможна. Особенно это явленіе допустимо: а) въ первые три мѣсяца беременности женщины, такъ какъ только съ этого времени оболочки плода (*dec. vera et reflexa*) соприкасаются между собою и только съ этого времени фактически становится невозможнымъ встрѣча яйца съ сѣменемъ; б) затѣмъ *superfoetatio* возможна во все время беременности женщины при двойной маткѣ. Состояніе небеременной ея половины ни въ какое время не представляетъ полнаго препятствія относительно прониканія въ нее какъ яичка, такъ и сѣмени.

И такъ, сверхзарожденіе (*superfoetio*) возможно въ первые три мѣсяца беременности женщины, или при двойной маткѣ, во все время беременности женщины, если бы только было доказано, что при существующей уже беременности еще продолжаютъ созрѣвать и выдѣляться яички изъ яичниковъ.

Но это послѣднее фізіологическое явленіе со стороны яичниковъ мы должны отрицать въ виду того, что при беременности весь избытокъ питательнаго матеріала женщины направляется уже исключительно для питанія плода и его не хватаетъ для выработки новыхъ яичекъ. Вотъ почему трудно допустить дальнѣйшее созрѣваніе яичекъ, а слѣдовательно, и сверхзарожденіе (*superfoetatio*) при существующей уже беременности.

И въ самомъ дѣлѣ, въ медицинской литературѣ не имѣется почти ни одного положительно доказаннаго примѣра созрѣванія и выдѣленія яичка изъ яичника при существующей уже беременности. То обстоятельство, что иногда у беременныхъ женщинъ появляется менструація, еще ничего не говоритъ въ пользу образованія и выдѣленія яйца изъ яичника, какъ это доказываетъ слѣдующій случай д-ра *Kreuzer*'а, который вскры-

валь одну женщину, умершую отъ разрыва плоднаго мѣшка на четвертомъ мѣсяцѣ трубной беременности.

Эта женщина три раза менструировала во время беременности и однакоже не было найдено на яичникахъ ни одного свѣже разорваннаго граафова пузырька. Слѣдовательно, менструальное кровотеченіе при существующей уже беременности не доказываетъ еще образованія и выдѣленія яичекъ изъ яичника ¹²⁾ (2).

Проф. *Шредеръ* ¹²⁾ (3) относительно сверхзарожденія (*superfoetatio*) говоритъ: во всякомъ случаѣ надо признаться, что хотя а priori возможность сверхзарожденія нельзя отрицать, все таки до сихъ поръ нѣтъ ни одного несомнѣннаго наблюденія этого явленія. Впрочемъ, съ другой стороны, необходимо сознаться, что и дѣйствительную *superfoetatio* трудно было-бы доказать вполне, такъ какъ на основаніи имѣющихся фактовъ, она могла бы получить и другое объясненіе.

Въ доказательство сверхзарожденія (*superfoetatio*) представляютъ случаи, въ которыхъ одинъ плодъ родился значительнымъ промежуткомъ времени раньше другаго.

Въ одномъ случаѣ, сообщенномъ *Meobus*'омъ, черезъ 33 дня послѣ рожденія зрѣлой дѣвочки, родилась также вполне развитая дѣвочка.

Въ случаѣ *Thilmann*'а прошло 52 дня между рожденіемъ двухъ жизнеспособныхъ дѣтей ¹³⁾ (4).

Д-ръ *Матонъ* приводитъ случай, въ которомъ одинъ плодъ родился позже другаго тремя мѣсяцами и оба были зрѣлы.

Д-ръ *Дегранжъ* описываетъ случай, въ которомъ плодъ родился послѣ другаго пятью мѣсяцами и шестнадцатью днями и оба они были живы.

Хотя вышеприведенные случаи и гсворятъ въ пользу сверхзарожденія (*superfoetatio*), но они могутъ быть объяснены и тѣмъ, какъ уже сказано было и выше, что въ указанныхъ случаяхъ имѣлись двойныя матки и ничего не мѣшало не беременной половинѣ матки воспринять и развитъ въ себѣ вновь оплодотворенное яичко, въ то время когда вторая поло-

¹²⁾ (2) У животныхъ тоже бываетъ въ исключительныхъ случаяхъ, что течка еще разъ появляется во время беременности.

¹²⁾ (3) *Шредеръ*.—Учебникъ акушерства, стр. 67.

¹³⁾ (4) См. Акушер. проф. *Шредера*, стр. 146.

вина матки заключала въ себѣ уже зародышъ въ опредѣленномъ періодѣ развитія. И такой именно случай приводитъ извѣстная г-жа *Буавенъ*.

Вотъ приблизительно почти все, что извѣстно о причинахъ и условіяхъ возникновенія и развитія многоплодной беременности.

IV.

Относительно самихъ плодовъ (ихъ вѣса, величины, развитія и т. п.) при многоплодной беременности наблюденія показываютъ, что даже двойни уступаютъ одиночнымъ новорожденнымъ въ величинѣ и вѣсѣ, тѣмъ болѣе это слѣдуетъ сказать о беременности тройнями и четырьмя плодами. Причина этого явленія во многихъ случаяхъ зависитъ отъ того, что многоплодная беременность, чаще простой, не достигаетъ нормальнаго срока въ 40 недѣль, потому что, вслѣдствіе чрезмѣрнаго растяженія матки сокращенія ея возбуждаются раньше нормальнаго срока ¹⁵⁾; но даже и въ томъ случаѣ, когда продолжительность беременности при близнецахъ нормальна, (а это иногда наблюдается) все же близнецы чаще одиночекъ меньше средняго размѣра, хотя вѣсъ обоихъ младенцевъ вмѣстѣ взятыхъ обыкновенно превышаетъ вѣсъ одиночнаго ребенка. Причина малаго размѣра плодовъ при многоплодной беременности заключается въ томъ, что материнскій организмъ не можетъ доставить питательный матеріалъ для нѣсколькихъ плодовъ одновременно, какъ для одного; быть можетъ также, что ростъ плодовъ встрѣчаетъ механическое препятствіе.

Далѣе рѣдко отсутствующее явленіе при многоплодной беременности составляетъ неодинаковое развитіе плодовъ. Причина безъ сомнѣнія мѣстная и заключается въ томъ, что одинъ плодъ мѣшаетъ развитію другого — борьба за существованіе въ утробѣ матери—по *Дарвину*. Это можетъ обусловливаться также и тѣмъ, что оплодотворенныя яички прикрѣпляются къ различнымъ областямъ внутренней поверхности полости матки, гдѣ для ихъ развитія представляются неодинако-

¹⁵⁾ При родахъ двойнями проф. *Шпильбергъ* нашелъ изъ 92 случаевъ 25 преждевременныхъ родовъ или 27 процентовъ. *Рейсъ* вычислилъ въ Вюрсбургской клиникѣ 26,5%.

выя условия питанія, различная степень давленія другъ на друга и т. п. ¹⁶⁾ (3). Далѣ относительно плодовъ, развивающихся въ утробѣ матери при многоплодной беременности, слѣдуетъ отмѣтить, что тѣ изъ нихъ, которые развились изъ разныхъ яицъ представляютъ только сходство, подобно дѣтямъ родившимся въ разное время отъ однихъ и тѣхъ же родителей; происшедшіе же изъ одного и того же яйца бываютъ поразительно похожи другъ на друга, равны въ вѣсѣ и тѣлесно одинаково равны.

Наконецъ, плоды происшедшіе изъ одного яйца (лежащіе въ общей яйцевой полости) всегда одинаковаго пола.

V.

Послѣ всего вышеизложеннаго я перехожу къ случаю многоплодныхъ родовъ, бывшему недавно подѣ моимъ личнымъ наблюденіемъ:

23-го августа сего года, я былъ приглашенъ въ м. Бѣлой-Церкви къ еврейкѣ Фейгѣ Г—нѣ, для подачи ей акушерской помощи. Больная имѣетъ отъ роду 31 годъ, средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, скелеть, мускулатура и подкожный жирный слой нормально развиты. Замѣчается отекъ и varices на нижнихъ конечностяхъ въ незначительной степени. Первые регулы больная получила на 14 году, правильно приходили черезъ три недѣли на четвертую, были не обильны, безболѣзны, 3—4 дня продолжительности. На 18 году больная вышла замужъ и черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ свадьбы родила въ срокъ дѣвочку. Въ настоящее время Ф. Г. уже 14 лѣтъ замужемъ и родила нормально въ срокъ 6 разъ двухъ мальчиковъ и четырехъ дѣвочекъ. Роды первыхъ четырехъ дѣтей произошли правильно, черезъ годъ одинъ за другимъ; затѣмъ, между четвертыми и пятыми родами прошло 1½ года времени, а отъ пятыхъ до шестыхъ родовъ прошло пять лѣтъ. Такимъ образомъ, предпоследніе роды были два года тому назадъ и она разрѣшилась тогда мертвымъ младенцемъ мужскаго пола. Всѣ шесть предшествующихъ родовъ отличались болѣзненностью и продолжительностью. Первые роды продолжались четыре дня, а послѣдующіе не менѣе двухъ дней каждыя. Причины продолжительности родовъ больная объясняетъ большимъ чѣмъ обыкновенно объемомъ ея младенцевъ при роженіи. Близнецовъ она никогда не рожала и не имѣетъ также наследственнаго къ тому предрасположенія. Относительно настоящихъ многоплодныхъ родовъ больная не помнитъ ни времени послѣднихъ мѣсячныхъ, ни времени первыхъ движеній плодовъ, но все-таки съ увѣренностью утверждаетъ, что считаетъ себя въ седьмомъ мѣсяцѣ беременности.

¹⁶⁾ (3) У животныхъ, которыя мечутъ по нѣсколько дѣтенышей за разъ, также замѣчается, что тѣ плоды, которыя лежатъ ближе къ верхушкѣ роговъ матки часто бываютъ меньше, лежащихъ болѣе глубоко въ ея полости.

Родовыя боли начались еще 20-го августа и постепенно дѣлались все чаще и болѣзненнѣе. 22-го августа, по словамъ больной, отошли воды и хотя боли съ большими промежутками все еще продолжаютъ, но онѣ сдѣлались болѣе слабыми и роды впередъ не подвигаются.

При объективномъ изслѣдованіи роженицы животъ оказался сильно растянутымъ, 114 стм. въ области пупка, и болѣзненнымъ при пальпации; дно матки ощупывается у мечевиднаго отростка. сердцебіеніе плодовъ, хотя и слышно даже въ различныхъ мѣстахъ живота по обѣимъ сторонамъ *linea alba*, но оно слабо и не отчетливо выражено; ощупать отдѣльныя части плодовъ вслѣдствіе болѣзненности и растянутости покрововъ живота не удастся. Внутреннее изслѣдованіе дало слѣдующее: зѣвъ раскрытъ вполнѣ, родовой пузырь цѣлъ, переднихъ водъ мало, предлежитъ небольшая по объему головка, малый родничекъ влѣво и впередъ. Въ виду незначительнаго объема головки и уступчивости черепныхъ костей и большаго объема живота больной, а также и того, что сердцебіеніе было слышно на различныхъ мѣстахъ живота, я предположилъ, что имѣю дѣло съ беременностью двойнями.

Дальнѣйшій ходъ родовъ былъ слѣдующій: такъ какъ роды не подвигались впередъ, то я старался усилить потуги наружными приѣмами и чтобы хоть немного уменьшить объемъ матки и тѣмъ дать ей возможность собраться съ силами, я вскрылъ родовой пузырь. Результатъ указанныхъ приѣмовъ былъ довольно удовлетворительный и вскорѣ родился первый плодъ.

Потуги по рожденіи перваго младенца усилились и черезъ $\frac{1}{4}$ часа вставился въ шейкѣ матки роловой пузырь второго младенца, предлежащую его частью оказались ножки плода; роды второго младенца продолжались 10 минутъ и въ томъ же порядкѣ и черезъ столько же времени родился третій плодъ въ полномъ ногоположеніи, какъ и второй по счету.

По рожденіи третьяго младенца, хотя и бросалось въ глаза высокое стояніе дна матки (оно ощупывалось въ области пупка), но причиною этого я считалъ нахожденіе въ ея полости трехъ дѣтскихъ мѣстъ родившихся младенцевъ, тѣмъ болѣе, что черезъ покровы живота не удалось ничего прощупать, что дало бы поводъ поозрѣвать присутствіе въ полости матки четвертаго плода.

Черезъ полчаса по рожденіи третьяго младенца стали видѣяться одно за другимъ въ порядкѣ рожденія плодовъ дѣтскія ихъ мѣста, что всего заняло 30 минутъ времени.

Въ виду быстрого опорожненія матки для предупрежденія кровоте- ченія, я далъ больной 10 гранъ маточныхъ рожковъ въ порошокъ.

Но къ крайнему моему удивленію потуги стали очень частыми и болѣзненными и больная стала натуживаться. Матка тверда на ощупь, дно ея стоитъ на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка. При внутреннемъ изслѣдованіи оказался въ полости шейки матки напряженный родовой пузырь четвертаго по счету плода, который (родовой пузырь) вскорѣ лопнулъ и родился четвертый плодъ въ ягодичномъ положеніи и вслѣдъ за плодомъ вышелъ и его послѣдъ.

Всѣ младенцы (одна дѣвочка и три мальчика), родились живыми, представляли почти одинаковую степень развитія, были вполнѣ нор-

мально сформированными, двигали конечностями и сильно кричали. Длина и вѣсъ младенцевъ слѣдующій:

Плоды.	1-я дѣвочка.	2-й мальчикъ.	3-й мальчикъ.	4-й мальчикъ.
Ростъ.	34 снтм.	32 снтм.	32 снтм.	31 снтм.
Вѣсъ.	3 ¹ / ₂ фун.	3 ¹ / ₄ фун.	3 ¹ / ₄ фун.	3 фунта.

Таблица эта показываетъ, что младенцы находились приблизительно въ седьмомъ мѣсяцѣ утробной жизни.

Дѣвочка жила пять сутокъ, а мальчики умерли въ продолженіи первыхъ сутокъ одинъ за другимъ, по порядку ихъ рожденія. Родильница здорова, послѣродовой періодъ протекаетъ правильно. Каждый младенецъ имѣлъ совершенно отдѣльныя плодовые оболочки и отдѣльное дѣтское мѣсто.

По окончаніи родовъ, я пригласилъ нѣкоторыхъ мѣстныхъ врачей для ознакомленія съ этимъ интереснымъ случаемъ и всѣ они обратили мое вниманіе на поразительное сходство всѣхъ трехъ мальчиковъ между собою.

Въ доступной мнѣ медицинской литературѣ, за послѣднія 10 лѣтъ, я нашелъ только краткое извѣщеніе о трехъ случаяхъ родовъ четырьмя плодами ¹⁾ ²⁾ ³⁾.

1) *M. Tarnier*, въ *Bullet. de l'academ. de medec.*, № 30, 1889 г.

2) *M. Havasse*, въ *Journ. d'accouchements*, № 16, 1888 г.

3) *Somerville*. *Brit. med. Journ.*, № 22, 1888 г.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 5.

Засѣданіе 12-го мая 1894 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали: почетный членъ *К. Ф. Славянской*, 45 членовъ: Антиповъ, Балинскій, Бадевичъ, Бутчакъ, Вастень, Веберъ, Вердинскій, Виридарскій, Горайскій, Даниловичъ, Димантъ, Добрадинъ, Долинскій, Драницынъ, Заболотскій, Зампинъ, Какушкинъ, Лапинъ, Лебедевъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массень, Піотровичъ, Полонскій, Рачинскій, Родзевичъ, Рымша, Савченко, Садовскій, Салмановъ, Сержниковъ, Сицинскій, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Фишеръ А. Р., Фраткинъ, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Шмидтъ, Штольцъ, Шуттенбахъ, Эберманъ, Эйхфусъ и 63 гостя.

1) *В. И. Штольцъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ «Дѣло д-ра *Піотровича* съ судебно-медицинской точки зрѣнія». Докладъ этотъ напечатанъ въ майской книжкѣ «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней».

А. Л. Эберманъ, *Н. М. Стельмаховичъ* и *И. Л. Долинскій* вполнѣ присоединились къ мнѣнію докладчика. Послѣ нѣсколькихъ замѣчаній, сдѣланныхъ *В. Т. Бутчикомъ* и *Б. А. Родзевичемъ*, защитникъ *Ө. И. Піотровича*, присяжный повѣренный *В. Ө. Леонтьевъ* 2-й, замѣтилъ, что *Піотровичъ* обвинялся исключительно по пункту 2-му, изложенному въ докладѣ *В. И. Штольца*.

К. Ф. Славянский замѣтилъ на это, что подобное обвиненіе не имѣетъ подъ собою никакой почвы, ибо, если допустить, что *Піотровичъ* разорвалъ матку, то это, очевидно, должно было бы случиться при введеніи 1-го расширителя, № 10; оставленный же расширитель, № 14,5, проникъ въ брюшную полость уже черезъ имѣвшееся въ шейкѣ отверстіе. Сверхъ того, *К. Ф.* убѣжденъ, что *матка была порвана до Піотровича* и что послѣдній расширителемъ и *Martin'овской* ложкой съ самого начала уже проникалъ черезъ разрывъ въ брюшную полость.

Д. О. Оттъ сказалъ слѣдующее: ошибочное распознаваніе болѣзни *Маркановой* нельзя ставить въ вину *Піотровичу*, такъ какъ каждому изъ насъ извѣстно, что опредѣленіе беременности, въ раннихъ періодахъ ея, вещь не всегда возможная. Мало того, каждый изъ насъ знаетъ, что иногда трудно распознать даже и *срочную* беременность. Такихъ ошибокъ случалось не мало; бывали онѣ, какъ извѣстно, и въ Россіи. Что касается до „неосторожности“, выразившейся въ томъ, что *Піотровичъ*, оставивъ въ маткѣ расширитель, не счелъ нужнымъ остаться при больной, то этотъ пунктъ обвиненія вполне основательно опровергнуто докладчикомъ. Прокуроръ, къ сожалѣнію, повидимому, не имѣлъ яснаго представленія о томъ, что такое расширитель; это явствуетъ изъ вопросовъ, которые онъ задавалъ эксперту: „а какой длины и толщины расширителя № 10, № 14“ и т. д. Обстоятельство это ввело въ заблужденіе и печать, въ которой сплошь и рядомъ дилататоръ оказывался „дипломаторомъ“. Очевидно Гг. корреспонденты производили это названіе отъ слова „ломъ“ и предполагали, что *Піотровичъ* проткнулъ будто бы матку инструментомъ, подобнымъ лому. Опыты, приведенные докладчикомъ, доказали уже, что обвиненный товарищъ, при *вышеуказанныхъ условіяхъ*, не могъ порвать матку. Самъ *Д. О.* произвелъ такіе же опыты на 6 труппахъ и, не смотря на всѣ усилія, матки порвать не могъ. Безсильнымъ оказался въ этомъ отношеніи и сторожъ Анатомическаго Института, которому приказано было дѣйствовать изо всей мочи. Для доказательства *Д. О. Оттъ* велѣлъ принести въ засѣданіе нижнія половины двухъ женскихъ труповъ и предлагалъ всѣмъ присутствовавшимъ попробовать разорвать матку, не укрѣпляя (фиксируя) ее, какъ это дѣлалъ *Піотровичъ*.

И. Л. Долгинскій попробовалъ, но, не смотря на всѣ усилія, матки не порвалъ: она была приподнята только кверху.

2) *Н. И. Рачинскій* показалъ препараты изъ Гинекологическаго отдѣленія *Д. О. Отта* въ клиническомъ институтѣ: *вырѣзанную черезъ влагалище матку, пораженную канкрюидомъ* (больная поправилась), и *два фиброзно-перерожденныя матки*. Обѣ послѣднія сръзаны надвлагалищно, безъ предварительнаго наложенія упругаго жгута на маточную шейку и безъ обшиванія культи брюшиной; у одной изъ больныхъ операція была произведена по поводу маточныхъ кровотеченій и явленій прижатія прямой кишки и мочевого пузыря, а у другой—по по-

воду весьма обильных мѣсячныхъ; одна изъ больныхъ поправилась. другой операція произведена лишь три дня назадъ.

Имъ же показанъ былъ *препаратъ, полученный изъ дермоидной кисты яичника*, отъ больной, которой докладчикъ произвелъ по поводу этой кисты чревосѣченіе: въ кистѣ, кромѣ сала, волосъ и зуба, найдено было приросшее къ стѣнкѣ кисты безформенное тѣло, длиною около 10 см.; при ближайшемъ осмотрѣ оказалось, что тѣло это, кожистая поверхность котораго покрыта длинными волосами, имѣетъ два образованія, напоминающія ноги, при чемъ подошвенныя поверхности ногъ гладки, непокрыты волосами, а на одномъ изъ пальцевъ имѣется ноготь; кромѣ того, отъ верхне-боковаго угла этого тѣла отходитъ трубчатая кость, длиною около 3 см.; послѣ разрѣза толстой кожи, внутренняя поверхность которой представлялась красной и кровоточила, обнаруженъ костякъ, напоминавшій, по виду, кости таза; здѣсь же имѣется маленькая, длинная кость, могущая напоминать плечо; конечно, окончательное рѣшеніе вопроса, какимъ частямъ принадлежитъ этотъ костякъ, требуетъ подробнаго гистологическаго изслѣдованія; во всякомъ случаѣ, подобный препаратъ можетъ считаться рѣдкостью, ибо въ дермоидныхъ кистахъ обыкновенно, кромѣ зубовъ и, въ рѣдкихъ случаяхъ, подобія челюстей, не приходится встрѣчать болѣе сложноорганизованныхъ частей.

Затѣмъ, докладчикъ показалъ *микроскопическіе препараты изъ брюшины* больной, которой произведено *Д. О. Оттомъ* чревосѣченіе, по поводу лопнувшей слизистой кисты съ выходомъ слизистыхъ массъ въ брюшную полость. Случай этотъ дополняетъ тотъ случай, такъ называемаго, «ложнаго слизевика брюшины», о которомъ говорилъ докладчикъ въ прошломъ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества. Какъ тамъ, такъ и здѣсь, микроскопическіе препараты показываютъ, что *мы имѣемъ дѣло отнюдь не со слизевикомъ брюшины, какъ полагали прежде, а просто съ реактивнымъ воспаленіемъ брюшины*, которое выражается мелкоклѣточнымъ пропитываніемъ и усиленнымъ развитіемъ соединительной ткани и волосниковъ, проростающихъ въ слизь, лежащую на брюшинѣ. Кромѣ того, данный случай подтверждаетъ высказанное раньше докладчикомъ мнѣніе о необходимости неотложнаго оперативнаго вмѣ-

шательства при слизистых кистах яичника: больная, не смотря на громадное скопление слизи в животѣ (окружность живота на уровнѣ пупка 113 см.) и сильное истощеніе, быстро и вполне поправилась послѣ операціи, такъ какъ операція была произведена сравнительно скоро послѣ разрыва кисты, — черезъ 2¹/₂ мѣсяца послѣ родовъ, во время которыхъ и произошелъ, вѣроятно, разрывъ кисты. Достоинно вниманія также, что, какъ показываетъ представленная кривая, температура больной, державшаяся все время до операціи между 38° и 39°, послѣ операціи упала и не поднималась уже ни разу, даже и до 38°; вѣроятно, это слѣдуетъ объяснить прекращеніемъ воспаления брюшины вслѣдъ за очисткой брюшной полости отъ слизистыхъ массъ, игравшихъ въ данномъ случаѣ роль посторонняго тѣла, постоянно раздражавшаго брюшину.

3) *А. А. Драницинъ* сообщилъ «*О случаѣ врожденнаго недостатка уретры*». Случай этотъ описанъ въ журналѣ «Акушерства и Женскихъ болѣзней» (Іюнь).

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № V.

Административное засѣданіе 12-го мая 1894 года (§ 34).

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 25 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № IV.

2) *К. Ф. Славянскій*, сообщилъ присутствовавшимъ, что избранные въ почетные члены Акушерско-Гинекологическаго Общества, профессора *Olshausen*, *Gusserow* и *Martin* (см. выше стр. 368) поручили ему передать Обществу свою искреннюю признательность за оказанную имъ честь.

3) *Д. О. Оттъ* представилъ Обществу полученныя имъ письма отъ *Olshausen'a* и *Gusserow'a*, въ которыхъ они благодарятъ гг. членовъ Акушерско-Гинекологическаго Общества за избраніе въ почетные члены.

4) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Ануфриевъ, Александръ Андреевичъ, лѣкарь, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1862 году, въ гор. Архангельскѣ. Среднее образованіе получилъ въ Архангельской гимназій, по окончаніи которой поступилъ на Медицинскій факультетъ Императорскаго Варшавскаго Университета, гдѣ и окончилъ курсъ со степенью лѣкаря въ 1888 году. По 1-е декабря 1889 года состоялъ ассистентомъ при гигиенической лабораторіи того-же Университета. Съ февраля мѣсяца 1890 года состоялъ сверхштатнымъ ординаторомъ при акушерской клиникѣ того-же Университета, а съ 25-го декабря 1891 года состоитъ штатнымъ ординаторомъ (ассистентомъ) при той-же клиникѣ. 1-го марта 1889 года былъ назначенъ, кромѣ того, врачомъ по найму въ Варшавскую женскую прогимназію; съ 1-го мая 1889 года—штатнымъ врачомъ Варшавской 1-й мужской прогимназій; 1-го октября 1889 года, независимо отъ занимаемыхъ должностей, былъ назначенъ врачомъ Варшавскаго городского трехкласснаго ремесленнаго училища; 1-го ноября 1889 года былъ освобожденъ отъ занимаемыхъ должностей въ Варшавской женской прогимназій, въ Варшавскомъ городскомъ трехклассномъ ремесленномъ учи-

лицѣ, съ назначеніемъ врачомъ по найму въ Варшавскую II женскую гимназію.

Кромѣ того, съ 1890 года состоитъ врачомъ-консультантомъ по женскимъ болѣзнямъ въ Варшавской Общинѣ Краснаго креста.

Напечатаны имъ слѣдующія работы:

- 1) Къ вопросу о примѣненіи сулемы въ акушерской практикѣ.
- 2) Къ казуистикѣ полного удаленія матки черезъ влагалище.
- 3) Къ вопросу о пузырно-цервикальныхъ фистулахъ и описаніе 5-ти случаевъ такого рода фистулъ, окончившихся полнымъ выздоровленіемъ.
- 4) Краткій медицинскій отчетъ клиники акушерства женскихъ болѣзней при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ за пятилѣтній періодъ ея дѣятельности съ 1-го января 1869 года по 1-е января 1874 года.
- 5) Случай кифо-сколиозорахитического косо-поставленнаго таза.
- 6) Разрывы матки и исходы ихъ въ зависимости отъ характера акушерской помощи.

Предсѣдатель Дм. Оттъ.

Секретарь Личкусъ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

Сборникъ работъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. К. Ѳ. Славянскому его учениками въ 25-лѣтіе его врачебно-ученой дѣятельности. Изданъ подъ редакціей А. Р. Фишера. Спб., 1894 г., 2 части, XXXVIII+629 стр. и 369 стр.

Когда возникаетъ мысль о чествованіи лица, потрудившагося извѣстный періодъ времени на научномъ поприщѣ, тогда не можетъ быть и рѣчи о преимуществахъ какого либо иного подарка, приуроченнаго къ торжеству, какъ тотъ, который лежитъ передъ нами. Въ этомъ сборникѣ посильныхъ трудовъ нельзя искать личныхъ чувствъ и поклоненій, чуждыхъ научному безпристрастію; посильные труды сборника служатъ только выраженіемъ почтенія и преданности тѣмъ научнымъ основамъ и цѣлямъ, среди которыхъ протекала дѣятельность виновника торжества. Для послѣдняго, слѣдовательно, такой подарокъ долженъ быть самымъ желаннымъ, самымъ пріятнымъ.

Не желая брать на себя подробнаго разбора этой книги и искренно совѣтуя читателямъ непосредственно познакомиться съ нею, мы ограничимся здѣсь краткимъ обзоромъ ея содержанія.

Кромѣ *предисловія* редактора, д-ра А. Р. Фишера, которому, къ слову сказать, нельзя не отдать полной справедливости въ прекрасномъ изданіи этой книги, въ ней помѣщены:

1) Проф. Н. В. Ястребова.—*Біографическій очеркъ проф. К. Ѳ. Славянскаго.*

2) А. Р. Фишера.—*Списокъ работъ, написанныхъ подъ руководствомъ проф. Славянскаго.*

3) Д. А. Рузи.—*Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиникки проф. Славянскаго за 1891 и 1892 г.г.*—За эти два года въ клиникѣ было 1595 родовъ (срочныхъ 86,89% всего числа);

роженницы были наичаще въ возрастѣ 20—30 лѣтъ. Число перво-родящихъ относится къ числу многородящихъ, какъ 1 : 1,99. Одинъ узкій тазъ пришелся по вычисленію на 12,17 нормальныхъ тазовъ. На каждые 8,96 родовъ приходится одинъ разрывъ промежности. Craniotomia была сдѣлана въ 0,5⁰/₀ случаевъ, однажды на живомъ. Число родившихся дѣтей 1614. Болѣвшихъ родильницъ было 18,55⁰/₀, умершихъ отъ послѣродовыхъ заболѣваній 0,56⁰/₀.

4) *В. И. Массена.*—*Медицинскій отчетъ по Гаваньскому безплатному родильному приюту за время съ 29-го сентября 1892 г. по 25 мая 1893 г.* Родовъ 365. Узкіе тазы составляли 16,05⁰/₀. Родилось 363 младенца. Совершенно здоровыхъ родильницъ было 84,39⁰/₀.

5) *М. Г. Сизоновой.*—*Медицинскій отчетъ Спаскаго городского родильнаго приюта съ 1-го января 1890 г. по 1 января 1893 г.* Родовъ 1127. Дѣтей 1146. Здоровыхъ родильницъ 86,2⁰/₀. Умершихъ не было.

6) *А. И. Войцеховскаго.*—*Организація курсовъ для подготовки сельскихъ повивальныхъ бабокъ и устройство сельско-повивальной помощи въ Курляндской губерніи.* Особенность сельско-повивальной помощи въ этой губерніи заключается въ существованіи повивальныхъ участковъ съ одной или двумя акушерками, подготовляемыми обычнымъ путемъ въ больницы Приказа Общ. Приз. въ Митавѣ.

7) *Проф. Г. Е. Рейна.*—*Речь, произнесенная при торжественномъ освященіи подстройки зданія акушерской клиники въ Кіевѣ 7-го ноября 1893 года.*

8) *В. А. Бржезинскаго.*—*О причинахъ болѣе частаго развитія первой позиціи передняго вида и второй позиціи задняго вида при черепныхъ предлежаніяхъ со включеніемъ краткаго обзора теорій, объясняющихъ положеніе плода во время беременности.* Авторъ признаетъ значеніе въ этомъ вопросѣ центра тяжести плода.

9) *В. Г. Фаворскаго.*—*Hyperemesis gravidarum и diabetes insipidus.* Описать случай совместнаго присутствія у беременной этихъ двухъ заболѣваній.

10) *К. И. Змиродскаго.*—*О внематочной беременности въ Россіи.* Статья представляетъ библиографическій очеркъ литературы по этому вопросу со времени появленія диссертациі автора по настоящее время.

11) *Д. М. Курьева.*—*О методахъ оперативнаго леченія оставившейся въ своемъ развитіи внематочной беременности.* Описано

10 случаевъ, изъ которыхъ 3 оперированы per laparotomiam и 7 per vaginam. Авторъ стоитъ за индивидуализацію при лѣченіи вѣматочной беременности, становясь на сторону хирургическихъ методовъ.

12) *С. Н. Алафонова.*—*Случай повторной вѣматочной беременности.* Случай протекалъ безъ хирургическаго вмѣшательства. Распознаваніе обосновано анамнестическими данными и объективными признаками внутреннего кровоизліянія.

13) *А. А. Дранищина.*—*Къ казуистикѣ беременности и родовъ при порочномъ развитіи полового канала.* При uterus bicornis, infra duplex s. bicollis, vagina septa (разсѣчена во время родовъ) родился доношенный мальчикъ.

14) *Ф. В. Букоемскаго.*—*Къ вопросу о вліяніи хлороформованія на теченіе нормальныхъ родовъ.* На основаніи собственнаго опыта, авторъ высказывается о хлороформованіи, какъ о средствѣ, вліяющемъ благотворно на теченіе родовъ.

15) *Проф. Н. В. Ястребова.*—*Условія для наложенія акушерскихъ щипцовъ.* Клиника профессора значительно расширяетъ показанія и условія для наложенія щипцовъ.

16) *В. Н. Массена.*—*Наблюденія надъ теченіемъ родовъ при узкомъ тазѣ. Перфорация и профилактической поворотъ.* На основаніи наблюденій въ Гаваньскомъ пріютѣ, авторъ высказывается за поворотъ.

17) *А. А. Ануфриева.*—*Случай кифо-сколиоза рахитическаго косооставленнаго таза.* Представляетъ интересъ весь скелетъ роженицы. Роды протекали съ помощью щипцовъ.

18) *А. П. Павлова.*—*Измѣненіе наклоненія таза подъ вліяніемъ родовъ и послѣродового періода.* Наклоненіе наружной конъюгаты послѣ родовъ уменьшается, а уголъ наклоненія симфиза увеличивается.

19) *М. А. Воскресенскаго.*—*О зашиваніи разрывовъ промежности.* Окровавливаніе при старыхъ разрывахъ дѣлается авторомъ помощью ножницъ. Двухъэтажный катгутовый шовъ (непрерывный) сначала кладется во влагалищѣ, а затѣмъ на кожѣ промежности (по направленію отъ задняго прохода кверху).

20) *И. А. Вольфа.*—*Къ бактериологіи эклампсін.* Въ двухъ случаяхъ авторъ изслѣдовалъ бактериологически кровь и кусочки дѣтскаго мѣста (у роженицы) и получилъ отрицательный результатъ.

21) *К. А. Бѣмловскаго.*—*Женщины инородцевъ Сибири. (Медико-этнографическій очеркъ).*

22) Проф. Д. О. Отта.—*Краткій обзоръ 204 чревосѣченій*. Изъ этого числа чревосѣченій только въ шести случаяхъ былъ сдѣланъ эксплораторный разрѣзъ. Въ 47,1% всѣхъ случаевъ показаніемъ къ чревосѣченію служили болѣзни яичниковъ. Процентъ смертности 7,3%. Чревосѣченій при болѣзняхъ трубъ было 19,1%. Процентъ смертности 2,5%. Кисть широкихъ связокъ удалено семь. 22,5% всѣхъ чревосѣченій приходится на долю міомотоміи; процентъ смертности 17,4% (методъ автора далъ 6,7% смертности). Остальные чревосѣченія представляли вмѣшательство при злокачественныхъ новообразованіяхъ матки (3 случая) и по другимъ, весьма разнообразнымъ показаніямъ. Изъ всѣхъ умершихъ только 8 человѣкъ погибли въ непосредственной зависимости отъ операціи.

23) Проф. Н. Н. Феноменова.—*Сто чревосѣченій*. Это—третья сотня чревосѣченій автора. Овариотоміи сдѣлано 56, міомотоміи 24, удаленій придатковъ 10, при вѣнчаточной беременности 4. Умерло 6.

24) П. Каземъ-Бека.—*Къ вопросу объ асептичности губокъ, употребляемыхъ при чревосѣченіяхъ*. Описанъ практикующійся въ Казанской клиникѣ способъ обезпложиванія губокъ.

25) А. Н. Александрова и И. И. Федорова.—*Къ вопросу о примѣненіи электричества въ гинекологіи по методу Александрова*. Подробное описаніе метода и результаты клиническаго его приложенія.

26) Ф. И. Савченка.—*Нѣсколько словъ о Старорусскихъ минеральныхъ водахъ при гинекологическихъ заболѣваніяхъ*. При различныхъ заболѣваніяхъ, преимущественно при хроническихъ выпотахъ, воды даютъ благопріятные результаты.

27) П. Т. Садовскаго.—*Способы распространенія микробовъ изъ полости матки*. Пути распространенія—лимфатическіе и даже кровеносные сосуды. Возможность зараженія существуетъ даже при самомъ незначительномъ измѣненіи эпителия.

28) В. А. Столятинскаго.—*Къ вопросу о воспалительныхъ измѣненіяхъ въ половой сферѣ женщины при азиатской холерѣ*. Въ пяти случаяхъ катарръ влагалища, въ двухъ—дифтеритъ влагалища, въ одномъ омертвѣніе влагалищной части шейки.

29) Г. Мерша.—*Къ вопросу о перекручиваніи ножки кистъ яичниковъ*. Въ трехъ случаяхъ авторъ отмѣчаетъ быстрое измѣненіе положенія тѣла, какъ моментъ, вызывающій перекручиваніе.

30) В. В. Строганова.—*Первичный ракъ Фаллопиевой трубы*. Объ этомъ случаѣ было сдѣлано сообщеніе въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ.

31) *М. Лапкина.*—Случай полного вырѣзыванія матки черезъ рукавъ по поводу кровотеченій. Операция, какъ *ultimum refugium*, предпринята по поводу неудержимыхъ кровотеченій (гліаниное перерожденіе сосудовъ).

32) *Л. А. Фоеля.*—Къ механизму вправленія застарѣлыхъ выворотовъ матки подѣ влияніемъ кольпейринтера. Рѣчь идетъ о вправленіи шестилѣтняго выворота.

33) *А. П. Заболотскаго.*—*Vagina septa, uterus didelphys.*

34) *Л. Хростовскаго.*—Случай *uteri didelphys et vaginae septae infrasimplicis.*

35) *А. В. Рутковскаго.*—Рѣдкая форма рака матки. Полипозное новообразованіе тѣла матки проникло во влагалище, неза- тронувъ шеечнаго канала.

36) *И. И. Дубенскаго.*—Кавернозная опухоль влагалищной части матки. У роженицы. Обусловила смерть вслѣдствіе кровотеченія.

37) *А. П. Заболотскаго.*—Опытъ опредѣленія реакціи влагалищныхъ отдѣленій титрованіемъ. Практическая цѣль опытовъ—найти степень кислотности и щелочности по отношенію къ безплодію женщины.

38) *Д. С. Щеткина.*—Къ оперативному леченію мочеточниково-влагалищныхъ фистулъ. Въ одномъ случаѣ фистула излѣчена хирургическимъ путемъ, съ предварительнымъ образованіемъ пузырьно-влагалищной фистулы.

39) *Л. И. Хростовскаго.*—Случай *atresiae hymenis.* Обычно встрѣчающійся случай.

40) *А. Ф. Брандта* и *А. Р. Фишера.*—Къ патологической анатоміи женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ. Тщательно обследовано и описано 14 препаратовъ изъ музея при клиникѣ проф. Славянскаго.
Ник. Какушкинъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ акушерско-гинекологической литературы:

а) Русской.

159. Женщ.-вр. М. А. Панфиловичъ. Случай выворота матки. (Сборникъ протоколовъ Общ. Калужскихъ врачей за 1893 г. Калуга. 1894, стр. 53).

У родильницы 20 лѣтъ, спустя 4¹/₂ недѣли послѣ родовъ (роды протекали при простой повитухѣ, но, повидимому, безъ энергичныхъ вмѣшательствъ съ ея стороны), констатировано: высокая t^o, кровотеченіе и тилическій выворотъ матки. Послѣ неудачныхъ попытокъ вправленія влагалище плотно затампонировано іодоформной марлею. Черезъ три дня, по удаленіи марли, отмѣчено неполное вправленіе. Тампонація повторена и вправленіе достигнуто.

Н. Какушкинъ.

160. Прив.-доц. А. Н. Соловьевъ. Кистомы яичниковъ. Осложненіе пупочной грыжей, затруднившей діагнозъ. Двойная овариотомія и радикальная операція грыжи. Выздоровленіе. (Медиц. Обозрѣніе, 1894 г., № 11, с. 1048).

Больная 67 лѣтъ, не носитъ кровей съ 50 года жизни, страдаетъ 5 лѣтъ пупочной грыжей и прогрессирующимъ увеличеніемъ живота. Грыжа не выравляется, животъ сильно увеличенъ въ объемѣ. Выше грыжи звукъ, при постукиваніи, тимпаническій, съ боковъ—тупой, переходящій на разстояніи 4 пальцевъ отъ позвоночника, въ тимпаническій; ниже грыжи звукъ тупой. Въ области тупого звука зыбленіе. Черезъ влагалище содержимое

газа не обследовано: endocolitis vetularum съ обильными, кровоточивыми сращениями. Распознавание: или кисты яичника, или эхинококк. Чревосечение въ области грыжевого мешка. Въ полости брюшины небольшое количество желто-соломенной жидкости. Подъ кишечными петлями находилась киста лѣваго яичника, а за ней, отдѣленная кишечными петлями, киста праваго. Обѣ удалены, а также часть сальника, приросшаго къ краю пупочнаго кольца и удерживавшаго кишки впереди опухоли, мѣшая имъ подниматься вверхъ. Послѣоперационный періодъ прошелъ вполне гладко. Интересъ случая, по автору,—затруднительный діагнозъ, вслѣдствіе положенія кишекъ впереди опухолей.

Н. Какушкинъ.

161. **Женщ.-вр. М. А. Панфиловичъ. Три случая эмбриотоміи.** (Сборникъ протоколовъ Общ. Калужскихъ врачей за 1893 г. Калуга. 1894, стр. 55).

Техника эмбриотоміи, по автору, еще не вполне выработана. Въ трехъ случаяхъ запущенныхъ поперечныхъ положеній автору пришлось съ успѣхомъ примѣнить изогнутыя ножницы на длинныхъ ручкахъ. Въ двухъ случаяхъ при этомъ было сдѣлано прободеніе грудной кѣтки съ послѣдовательнымъ разъединеніемъ (подкожно) позвоночнаго столба, а въ одномъ случаѣ ножницами перерѣзана шейка плода.

Н. Какушкинъ.

162. **Р. Ю. Яновскій. О лапаротоміяхъ въ частной практикѣ.** (Труды Общ. Минскихъ врачей, за 1892—93 г. Минскъ. 1893, стр. 18).

Авторъ скептически относится къ болзни многихъ современныхъ хирурговъ, дѣлающихъ чревосечение, воздуха и всего, что находится въ операционной комнатѣ въ моментъ операціи, хотя и не имѣетъ соприкосновенія съ полемъ раненія. По его мнѣнію, заботы нѣкоторыхъ хирурговъ обставлять свои чревосечения до крайности строго, въ отношеніи окружающей обстановки, излишни. Самъ онъ оперируетъ въ частномъ домѣ. (Къ сожалѣнію, въ статьѣ нѣтъ *подробныхъ* указаній относительно обстановки его чревосеченій. *Реф.*). Изъ трехъ лапаротомій, описанныхъ въ статьѣ, одна произведена по причинѣ туберкулезнаго перитонита (дѣвочка 7 лѣтъ. Выздоровленіе); другая—при невыправимой пупочной грыжѣ (не радикальная) и третья—по поводу кожевика праваго яичника: дворянка, 35 л., рожавшая. Крови отсутствуютъ около 2 мѣсяцевъ. Опухоль круглая, съ кулакъ, подвижная, удалена обычнымъ

путемъ. Единичное повышеніе t^0 тѣла до $38,3^0$. Черезъ 7 мѣсяцевъ послѣ операціи—срочные роды. *Н. Какушкинъ.*

162. **М. Д. Никитинъ. Объ обморокѣхъ роженицъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи.** (Вѣстн. Общ. Гиг., Суд. и Практ. Медицины, 1894 г., май).

Судебно-медицинское значеніе обморока роженицъ возникло благодаря тому, что женщины, обвиняемыя въ причиненіи смерти своему новорожденному младенцу, очень часто указываютъ на обморочное состояніе, въ которомъ находились онѣ въ моментъ родовъ, или тотчасъ послѣ нихъ. Авторъ на основаніи историко-литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій старается, насколько возможно, выяснить тѣ основанія, которыми долженъ руководствоваться экспертъ при разрѣшеніи вопросовъ объ обморокѣхъ роженицъ. Оказывается, что историко-литературныя данныя по этому вопросу не только скудны, но и въ высшей степени противорѣчивы. *M. Freyer* (*Die Ohnmacht bei d. Geburt von gerichtsarztlichen Standpunct.* Berlin., 1887) собралъ цѣлый рядъ прямо противоположныхъ мнѣній различныхъ свѣдущихъ по этому дѣлу лицъ. Тѣмъ не менѣе *Freyer* довольно опредѣленно высказывается по этому вопросу, признавая возможность случаевъ родо-разрѣшенія при обморочномъ состояніи, особенно при тайныхъ родахъ, и даже упоминая о существованіи извѣстныхъ условій, необходимыхъ для наступленія обморока. По мнѣнію автора, данныя физиологіи родового процесса и личныя наблюденія говорятъ о *несвойственности* обморока состоянію женщины во время или даже тотчасъ послѣ родовъ, но возможность обморока не должна быть безусловно отрицаема, чему доказательствомъ служитъ случай обморока, бывшій подъ наблюденіемъ автора (у первородящей 26 лѣтъ; теченіе родовъ правильное). Подобно *Freyer*'у, авторъ большую возможность обморока допускаетъ при тайныхъ родахъ. Причинами его онъ называетъ: сильную родовую боль, внезапное опорожненіе матки, беспокойное состояніе духа, испугъ и т. п. *Н. Какушкинъ.*

163. **Проф. П. И. Ковалевскій. Родовые психозы.** (Журн. Медицины и Гигіены, 1894 г., № 1, стр. 95).

Актъ родовъ, даже при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ, ставитъ роженицу въ положеніе, близкое къ патологическому. Если же у роженицы имѣется патологическая наслѣдственность, личное невротическое предрасположеніе, а со стороны родовъ

какія либо отклоненія отъ нормы, то физическое и душевное состояніе роженицы не можетъ оставаться въ предѣлахъ физиологическихъ. Случаи преступленій во время родовъ отмѣчались многими. По *Dörfler*'у, душевныя разстройства роженицъ возникаютъ или на почвѣ истощенія организма (въ формѣ обморока, сонливости и мнимой смерти), или на почвѣ раздраженія центральной нервной системы (въ формѣ аффектовъ, приступовъ гнѣва, преходящей маніи, *raptus melancholici*, истерическаго, эclamптическаго и лихорадочнаго бреда). Послѣдній рядъ разстройствъ наиболѣе серьезный. Авторъ заключаетъ, что роды являются только толчкомъ къ возникновенію душевнаго разстройства, на почвѣ, подготовленной или наслѣдственностью, или предшествующими душевными и нервными потрясеніями. *Н. Какушкинъ.*

164. **А. Богаевскій.** Значеніе родильныхъ пріютовъ въ связи съ антисептикой и асептикой. (Земскій Врачъ, 1894, № 13—14).

Статья представляетъ рѣчь, произнесенную въ годичномъ собраніи Общества Кременчугскихъ врачей. Рѣчь эта, рассчитанная, повидимому, главнымъ образомъ на слушателей—не врачей, въ удобопонятной формѣ обстоятельно знакомитъ слушателей съ сущностью послѣродовыхъ заболѣваній, съ исторіей борьбы противъ послѣродовой лихорадки и съ настоящимъ положеніемъ этого вопроса и имѣла, между прочимъ, цѣлью вызвать со стороны общества сочувствіе и матеріальную поддержку родильному пріюту, открытому въ 1890 г. при лечебницѣ Общества врачей для проходящихъ больныхъ. Достоинно замѣчанія, что въ такомъ большомъ городѣ, какъ Кременчугъ, пріютъ этотъ—единственное убѣжище для несостоятельныхъ роженицъ, такъ какъ даже больница губернскаго земства, устроенная на 120 кроватей, не имѣетъ родильнаго отдѣленія. *Н. Рачинскій.*

165. **М. С. Головчинеръ.** *Febris puerperalis (septicaemia). Parotitis metastatica duplex. Erysipelas migrans.* Выздоровленіе. (Медицина, 1894, №№ 25 и 26).

24/ix авторъ, приглашенный къ первородящей по поводу затянувшихся родовъ, окончилъ роды щипцами. Дѣтское мѣсто частично приросло къ маточной стѣнкѣ; при ручномъ отдѣленіи его приросшая часть оболочекъ осталась въ маткѣ; послѣдовательныя попытки двухъ врачей отдѣлить эти остатки оказались тщетными. Сшиванію небольшого разрыва промежности родильница воспротивилась. Назначены сулемовыя рукавныя спринцеванія и іодо-

формъ на мѣсто разрыва промежности. На 4 день послѣ родовъ t^0 38^0 съ долями; въ слѣдующіе дни t^0 прогрессивно поднималась; матка велика, въ области лѣваго яичника небольшая боль и увеличенная резистенція. Каломель и фенацетинъ дали кратковременный эффектъ. „Сотрясательные ознобы съ повышеніемъ t^0 до $40,6^0$, при частомъ и маломъ пульсѣ, обильные поты, бессонница, нѣсколько иктеричная окраска лица, foetor ex ore,—все съ очевидностью указывало на поступленіе въ кровь sepsis“. 29/ix назначено прополаскиваніе полости матки $\frac{1}{2}^0/_{\infty}$ растворомъ сулемы разъ въ сутки, засимъ черезъ день и рѣже. Матка стала быстро сокращаться, t^0 послѣ каждаго сиринцеванія маточной полости падала, 5/x упала до $36,6^0$ и на этой высотѣ держалась 3 дня. Маточныя сиринцеванія замѣнены рукавными. Съ 8/x, втеченіи недѣли, при повышенной t^0 , образовались прежде правый, затѣмъ лѣвый паротитъ. 27/x вскрытъ нарывъ правой околоушной железы. Произведенное въ это время изслѣдованіе половыхъ органовъ не открыло въ нихъ ничего ненормальнаго; надрывъ промежности заживаетъ, на внутренней поверхности лѣвой губы незначительныя эрозіи. 29/x отекъ лѣвой срамной губы. На слѣдующій день t^0 40^0 съ долями и явленія прогрессивно распространяющейся рожи на стѣнкахъ влагалища, лѣвой ягодицѣ и лѣвомъ бедрѣ. Унадокъ силь, потеря аппетита, частый, слабого наполненія пульсъ. Prognosis dubia. Противъ сердечной слабости назначены вино, кофеинъ съ хининомъ, противъ рожи—мѣстные дезинфецирующія. Рожа, потухая въ центрѣ прежнихъ мѣстъ, увеличилась на лѣвомъ бедрѣ и прогрессивно заняла всю поясницу и правую ягодицу. За это время (2/xi) вскрытъ нарывъ лѣвой околоушной железы. Рожа, по мѣстамъ уменьшаясь, по мѣстамъ разростаясь въ первой половинѣ ноября внолнѣ закончилась. Половые органы въ это время, по изслѣдованію, оказались нормальными. Къ концу 8 недѣли зажили нарывы, на 9 недѣлѣ больная оставила постель.

Н. Рачинскій.

166. А. П. Ланговой. Случай pyonephrosis съ удаленіемъ большой почки и придатковъ матки. (Библиотека Врача, 1894, № 3).

Въ мартѣ 1891 г., больная, 33 лѣтъ, замужняя, нерожавшая, обратилась къ автору съ явленіями цистита. Предпринятое лѣченіе приносило мало пользы, напротивъ, вскорѣ даже появились явленія заболѣванія правой почки. Такъ какъ у больной было также и гинекологическое страданіе, то ее направили въ Москов-

скую университетскую гинекологическую клинику, гдѣ, по обследованіи больной, предположено руперphritis et salpingo-oophoritis duplex. Въ маѣ того же года путемъ чревосѣченія произведено у больной проф. *Снегиревымъ* удаленіе почки и придатковъ матки (яичники найдены кистозно перерожденными, а обѣ трубы оказались оmozолѣвшими, утолщенными и приросшими къ окружающимъ тканямъ). Къ концу вторыхъ сутокъ послѣ операціи, развились явленія непроходимости кишекъ: сильныя и болѣзненные схватки въ животѣ, рвота каловыми массами и метеоризмъ. Брюшная рана подъ хлороформомъ раскрыта и ущемленная кишка освобождена. На слѣдующія сутки рвота прекратилась и появилось послабленіе. Дальнѣйшее поправленіе шло совершенно правильно, безъ особенныхъ осложненій; черезъ 3 недѣли зарубцевалась брюшная рана. Вскорѣ больная пополнѣла и окрѣпла, но явленія цистита не проходили, въ виду чего въ сентябрѣ того же года была сдѣлана кальпоцистотомія для промыванія пузыря чрезъ дренажъ; послѣ трехнедѣльнаго промыванія пузыря растворомъ борной кислоты, явленія цистита стихли. Фистула была зашита наложеніемъ швовъ. Съ тѣхъ поръ авторъ отъ времени до времени наблюдаетъ больную. Въ 1894 году, т. е. чрезъ 3 года послѣ чревосѣченія, изслѣдованіе больной показало слѣдующее: больная ожирѣла и ослабѣла; прежде покойная, съ ровнымъ, сдержаннымъ характеромъ, она сдѣлалась болѣзненно впечатлительной, плаксивой, мрачной; приступы истеріи, тоски, мигрени, бессонницы; кромѣ того, ее беспокоятъ ощущенія жара, какъ она выражается, —приливы, которые появляются въ формѣ припадковъ, припадки эти начались уже въ первое лѣто послѣ операціи, но сперва были рѣдки и появлялись чаще около времени регуль; потомъ они стали все учащаться, такъ что въ нѣкоторые дни повторялись по 10—15 разъ; припадки эти проявлялись въ слѣдующей формѣ: больная внезапно чувствуетъ ощущеніе жара во всемъ тѣлѣ, лицо сильно краснѣетъ, она вскакиваетъ со стула, бѣгаетъ по комнатѣ, машетъ платкомъ, задыхается, но сердцебиенія нѣтъ; по прошествіи минуты—днухъ лицо и голова холодѣютъ, выступаетъ потъ на лбу и больная успокаивается. Сравнивая, такимъ образомъ, состояніе больной до чревосѣченія съ тѣмъ, что найдено чрезъ 3 года послѣ операціи, авторъ отмѣчаетъ рѣзкую разницу по отношенію къ питанію больной и состоянію нервной системы. Такъ какъ для объясненія имѣющихся у больной симптомовъ со стороны нервной системы наслѣдственность больной не даетъ никакихъ указаній, внѣшнія же условія жизни больной

остаются по прежнему неизмѣнно благоприятными, то настоящее состояніе больной, естественно, слѣдуетъ привести въ связь съ тѣми новыми условіями, въ которыя сталъ организмъ, благодаря операціи. Съ громадной травмой, причиненной операціей, осложненной ущемленіемъ кишки, организмъ превосходно справился. Что же произошло въ организмѣ подъ вліяніемъ удаленія, во первыхъ, почки, во вторыхъ, придатковъ матки? Какихъ-либо уклоненій отъ нормы, по отношенію къ мочеотдѣленію нѣтъ; на сосудистую систему вообще и въ частности на сердце, удаленіе почки не оказало замѣтнаго вліянія—нѣтъ гипертрофіи сердца и давленіе въ артеріальной системѣ не повышено. Что же касается удаленія придатковъ матки, то несомнѣнно, что, благодаря этой операціи, организмъ, говоря вообще, ставится въ условія, близкія съ тѣми, въ которыхъ онъ находится въ климактерическомъ періодѣ, такъ какъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ менструаціи прекращаются или тотчасъ же послѣ операціи, или спустя нѣкоторое время послѣ нея, съ тою лишь разницею, что физиологическій климактерій наступаетъ постепенно и притомъ въ періодѣ увяданія женскаго организма, тогда какъ операція вызываетъ эти условія внезапно и притомъ нерѣдко въ молодомъ организмѣ, еще очень удаленномъ отъ физиологическаго климактерія. Зная, въ какой степени предрасполагаетъ наступленіе климактерія къ различнаго рода заболѣваніямъ нервной системы и психическимъ страданіямъ, мы, конечно, уже а priori должны ожидать, что кастрація женщины будетъ далеко не безразлична для состоянія ея нервной системы. Кромѣ того, операція удаленія яичниковъ, въ особенности, когда они измѣнены сравнительно мало, захватывая нервныя сплетенія, обуславливаетъ въ высшей степени разнообразныя рефлекторныя расстройства, наблюдающіяся или непосредственно во время операціи, или спустя нѣкоторое время послѣ нея.

Сопоставляя явленія, имѣющіяся у описанной больной, съ тѣми, которыя отмѣчены другими наблюдателями у кастрированныхъ женщинъ (въ статьѣ приведена литература по вопросу о вліяніи кастраціи на женскій организмъ), авторъ приходитъ къ выводу, что тяжелое состояніе его больной находится въ зависимости отъ удаленія придатковъ матки.

Н. Рачинскій.

167. Гинзбургъ. Искусственный законный выкидышъ по способу Peltzer'a при сильныхъ кровотеченияхъ у беременныхъ. (Еженедѣльникъ, 1894, № 10).

Авторъ описываетъ 2 случая кровотеченій во время беременности (5-ти мѣсячной и 4-хъ мѣсячной), гдѣ онъ, послѣ безуспѣшныхъ попытокъ остановить кровотеченіе, произвелъ выкидышъ по способу, предложенному Peltzer'омъ. Способъ этотъ, какъ извѣстно, состоитъ въ томъ, что чрезъ катетеръ, введенный на нѣсколько сантиметровъ между стѣнками матки и плодными оболочками, вливается глицеринъ. (Глицеринъ, обладая свойствами раздражать слизистую матки, дѣйствуетъ вѣрнѣе, чѣмъ вода). Въ обоихъ случаяхъ выкидышъ произошелъ черезъ нѣсколько часовъ. Такъ какъ при болѣе или менѣе затянувшемся кровотеченіи во время беременности, гдѣ можно предполагать уже кровоизліяніе въ существо плаценты, плодъ врядъ-ли можетъ сохраниться живымъ, то авторъ совѣтуетъ не тратить времени на выжидательное лѣченіе. Въ заключеніе онъ, какъ дезинфицирующее, рекомендуетъ формалинъ (40% водный растворъ формальдегида), который, по наблюденіямъ Либрейха и Valude, обладаетъ свойствомъ убивать всѣ бактеріи, не свертываетъ бѣлковъ, не измѣняется отъ свѣта и менѣе опасенъ, чѣмъ сулема.

Н. Р.

168. А. Кочетковъ. Два случая разрыва матки. (Еженедѣльникъ, 1894, № 12).

Въ ноябрѣ 1892 г., въ Казанскую Акушерскую клинику поступила роженица, V—para, съ t^o 39,1^o. Животъ вздутъ, очень чувствителенъ при дотрогиваніи, въ нижнихъ частяхъ живота крепитация; дно матки пальца на 2 отъ мечевиднаго отростка; контракціонное кольцо на палецъ ниже пупка, надъ входомъ въ тазъ головка; громадный отекъ наружныхъ половыхъ органовъ; изъ рукава выдѣляется сукровичная жидкость, съ гнилостнымъ запахомъ; сердцебіенія плода не слышно. Размѣры таза: dist. spin. 24, dist. crist. 26,5, dist. troch. 29, conjug. ext. 18, conjug. diagon. 9,5. Полное открытіе зѣва, предлежитъ головка, спустившаяся только небольшимъ сегментомъ за входъ таза. Рѣзко выраженный caput succedaneum. Промежутки между потугами 5—10 минутъ. Распознано: ruptura uteri et endometritis sub partu septica. Произведено прободеніе головки и краниоклазія. Извлеченъ доношенный и прекрасно развитый мальчикъ, вѣсившій 3700 grm. безъ мозга. При изслѣдованіи рукою полости матки оказалась разорванной правая стѣнка матки, вачинаясь немного выше наружнаго

зѣва, разрывъ продолжался кверху приблизительно на 6 снт., причѣмъ верхній конецъ его видообразно раздвигался; разрывъ брюшины, повидимому, не соответствовалъ разрыву мускулатуры, а былъ гораздо меньше. Полость матки промыта растворомъ карболовой кислоты и затампонирована іодоформированной марлей. Больная на 4-й день послѣ операціи стала вновь лихорадить, lochia съ запахомъ, на 9-й день смерть. На вскрытіи анатомическій діагнозъ гласилъ: *peritonitis suppurativa diffusa*, абсцессъ правой почки; *endometritis diphtheritica*; *ruptura uteri*; *colpitis diphtheritica*; *parametritis ichorrhosa*. Микроскопическое изслѣдованіе маточной ткаши указало на рѣзко выраженный интерстиціальній метритъ. На происхожденіе разрыва въ данномъ случаѣ соединились два фактора: пространственное несоотвѣтствие между тазомъ и головкой и заболѣваніе маточной ткаши.

Въ концѣ апрѣля 1893 г. въ ту же клинику явилась больная со слѣдующимъ анамнезомъ:

Рожала 4 раза, послѣ послѣднихъ родовъ нузырно-влагалищный свищъ; послѣдніе регулы были въ концѣ мал 1892 года, и больная считала себя беременной. Въ половинѣ марта 1893 г. схватки, на другой день прошли воды; схватки продолжались еще часа 1½, а затѣмъ вдругъ прекратились. Послѣ прекращенія схватокъ больная почувствовала около пупка, какъ она выражается, „комочекъ“, въ которомъ признала плодъ. Черезъ недѣлю вышло дѣтское мѣсто, издававшее сильный запахъ, а затѣмъ черезъ нѣсколько дней стали выходить косточки. Въ началѣ апрѣля изъ полости абсцесса, образовавшагося въ области пупка, показалась косточка, при потягиваніи за которую удалось достать всю ручку плода, послѣ чего вышло оттуда же еще нѣсколько косточекъ.

Изслѣдованіе больной: t^0 39°; изъ отверстія въ области пупка выдѣляется гноевидная жидкость съ рѣзкимъ запахомъ; въ глубинѣ отверстія видны клочья омертвѣвшей ткани и кости; изъ половыхъ органовъ выдѣляется такая же жидкость, какъ и изъ отверстія въ передней брюшной стѣнкѣ; влагалищная часть маточной шейки стоитъ высоко, увеличена въ объемѣ; изъ зѣва выдается косточка; матка нигдѣ отдѣльно не опредѣляется; размѣры таза: *dist. spin.* 23, *dist. crist.* 25, *dist. trochant.* 28, *conj. ext.* 14, *conj. diag.* 10.

Подъ хлороформомъ расширено отверстіе брюшной фистулы и по частямъ удалены остатки плода; запахъ во время операціи былъ настолько силенъ, что присутствующіе съ трудомъ его переносили. Полость промыта растворомъ карболовой кислоты, при-

чемъ жидкость вытекала и черезъ рукавъ; черезъ цервикальный каналъ изъ полости въ рукавъ проведена дренажная трубка, полость затампонирована полосами йодоформированнаго газа. Промываніе и перевязываніе больной чрезъ каждыя 3—4 дня. Чрезъ 12 дней больная встала. Въ декабрѣ того же года она поступила въ клинику для излѣченія старой пузырьно-влагалищной фистулы. Общій видъ больной прекрасенъ; отверстіе въ брюшной стѣнкѣ закрылось; матка подвижна, своды свободны.

Въ заключеніе, авторъ, высказывая соображенія относительно терапіи разрывовъ при беременности, думаетъ, что при невозможности извлечь плодъ *per vias naturales* и при маломальски подходящей обстановкѣ единственная терапія—чревосѣченіе,—при наличности *endometritidis* даже съ удаленіемъ матки. *Н. Р.*

169. М. Шиперовичъ. Къ этиологіи „самопроизвольнаго нагноенія“ кистъ яичника. (Еженедѣльникъ, 1894, № 18).

Описанію видѣннаго авторомъ случая предпосылается указаніе причинъ нагноенія, вообще. Установившееся было мнѣніе, что нагноеніе вызывается специфическими микроорганизмами (*staphylococcus pyogenes aureus et albus* и *streptococcus pyogenes*) и что гдѣ имѣется нагноеніе, тамъ должны быть находимы и названные микроорганизмы,—теперь оставлено.

Опытами доказано, что нарывы, свободные отъ нагноенія, вызываются разнаго рода химическими продуктами (ртуть, скипидаръ, кротоновое масло, птомаины, кадаверинъ); гнойный процессъ, повидому, можетъ быть вызываемъ также всевозможными бактеріями, въ томъ числѣ диплококкомъ крупозной пневмоніи, бугорчатыми и брюшно-тифозными палочками.

Этиологія нагноенія кистъ яичника, по литературнымъ даннымъ, во многихъ случаяхъ остается невыясненной. *Spencer-Wells, Olshausen, Schroeder, Славянской* упоминаютъ даже „о самопроизвольномъ“ нагноеніи яичниковыхъ кистъ. Не признавая „самопроизвольнаго нагноенія“, вообще, авторъ существованіе случаевъ такъ называемаго „самопроизвольнаго нагноенія“ кистъ яичниковыхъ объясняетъ недостаточнымъ изученіемъ этиологіи нагноенія этихъ кистъ.

Нижеописанный случай интересенъ въ томъ отношеніи, что указываетъ на брюшной тифъ, какъ на одинъ изъ возможныхъ этиологическихъ моментовъ нагноенія яичниковыхъ кистъ.

Въ 1893 г., въ Уральской области, авторъ пользовалъ отъ брюшнаго тифа больную, у которой имѣлась одновременно и опухоль

въ животѣ. По выздоровленіи больной отъ тифа авторъ тщательно изслѣдовалъ ея опухоль, констатировалъ кисту лѣваго яичника и совѣтовалъ подвергнуться операціи. Больная совѣта автора относительно операціи не выполнила и приблизительно мѣсяца черезъ 2 послѣ выздоровленія отъ тифа вновь обратилась къ автору изнуренная, задыхающаяся при каждомъ шагѣ, съ жалобами на лихорадку, расстройство кишечника, обильные поты и частыя рвоты; языкъ обложенъ; пульсъ слабый и частый; животъ напряженъ, горячъ на ощупь и болѣзненъ; опухоль нѣсколько больше, чѣмъ была при первомъ изслѣдованіи. Предположивъ нагноеніе въ кистѣ, авторъ произвелъ проколъ ея чрезъ брюшныя покровы и извлекъ около 6 стакановъ жидкости, цвѣтомъ похожую на долго простоявшее въ печи топленое молоко, прѣснаго запаха; часть гноя собрана непосредственно изъ подъ канюли труакара въ прокипяченный пузырекъ, который затѣмъ былъ плотно закупоренъ прокипяченной же пробкой. Приблизительно мѣсяца черезъ 2 гной въ пузыркѣ подвергнутъ былъ въ Кіевѣ бактериологическому изслѣдованію, доказавшему присутствіе въ гноѣ брюшно-тифозныхъ палочекъ, подтвердившееся затѣмъ прививками на картофель и желатинъ, приготовленной по способу *Uffelmann'a*. Очевидно, что нагноеніе кисты имѣло здѣсь этиологическимъ моментомъ брюшно-тифозную палочку; если же предположить здѣсь перекручиваніе ножки кисты, то оно могло служить благоприятствующимъ моментомъ развитія нагноенія въ кистѣ. Затѣмъ авторъ останавливается на слѣдующихъ вопросахъ: 1) Какимъ образомъ брюшно тифозныя палочки могли проникнуть въ кисту? Непосредственнымъ путемъ для внѣдренія бактерій въ кисту могли служить мѣста соприкосновенія кисты съ кишечникомъ и возможныя сращенія между ними; посредственный же путь, наибѣрнѣйшій и понятнѣйшій, кровь, захватывающая съ помощью своихъ лейкоцитовъ патогенныхъ микробовъ и разносящая ихъ по разнымъ уголкамъ нашихъ органовъ и тканей. 2) Могли-ли бациллы брюшнаго тифа оставаться жизнеспособными въ тѣлѣ больной втеченіи почти 2 мѣсяцевъ (какъ это слѣдуетъ изъ описаннаго случая) по выздоровленіи отъ брюшнаго тифа? Въ литературѣ отмѣчены случаи, гдѣ брюшно-тифозныя палочки въ нарывахъ были находимы черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ перенесеннаго тифа. 3) Какую роль играютъ брюшно-тифозныя палочки въ нагноительномъ процессѣ? Авторъ склоняется къ предположенію, основанному на хеміотаксисѣ (*chemotaxis?* *Ресфер.*) лейкоцитовъ: продукты жизнедѣятельности тифозныхъ бациллъ играютъ

здѣсь роль какъ бы приманки для бугорчатыхъ клѣтокъ, устремляющихся со всѣхъ концовъ съ цѣлью защиты нашего тѣла къ данному фокусу и преобразующихся въ гнойныя тѣльца.

Н. Р.

170. Проф. Н. Н. Феноменовъ. **Къ вопросу объ эмбриотоміи. Операція перерѣзки ключиць.** (Cleidotomia). (Еженедѣльникъ, 1894, № 20).

Если послѣ рожденія головки существенныя требованія правильного родового механизма имѣются на лицо, т. е. наибольшіе размѣры туловища (плечики) совпадаютъ съ наибольшими размѣрами родового канала, существуетъ и достаточная изгоняющая дѣятельность естественная или искусственная, а рожденіе все таки не происходитъ, то всего естественнѣе остановиться на предположеніи о существованіи пространственнаго несоотвѣтствія между родовымъ каналомъ и плодомъ. Плодъ въ такихъ случаяхъ довольно скоро умираетъ и потому плодоразрушающая операція въ томъ или другомъ видѣ является самымъ цѣлесообразнымъ врачомъ пособіемъ. Съ этою цѣлью авторъ предлагаетъ перерѣзку ключиць, которая описывается имъ слѣдующимъ образомъ: головка сильно оттягивается отъ половой щели и отодвигается въ соотвѣтственномъ направленіи, дабы доставить большій просторъ рукѣ, вводимой въ тазовой каналъ; лѣвая рука (4 пальца) вводится въ тазъ; дойдя до туловища, операторъ тщательно ориентуется на счетъ положенія плечевого пояса; ощутивъ ключицу, онъ проводитъ подъ защитой лѣвой руки крѣпкія вожницы (авторъ употребляетъ инструментъ собственнаго образца, описанный въ его Оперативномъ Акушерствѣ) къ мѣсту положенія ключицы и перерѣзываетъ ее вмѣстѣ съ мягкими частями, подъ защитой и руководствомъ пальцевъ лѣвой руки, однимъ—двумя короткими ударами ножницъ; точно также перерѣзываютъ и другую ключицу. Теперь плечевой поясъ, подъ вліяніемъ тракцій, можетъ измѣнить свое очертаніе въ выгодномъ смыслѣ, концы перерѣзанныхъ костей сдвигаются кнутри и такимъ образомъ размѣръ плечиковъ уменьшается, что даетъ возможность вывести туловище, буде въ немъ нѣтъ другихъ аномалій. Для иллюстраціи примѣромъ авторъ описываетъ наблюдавшійся имъ случай родовъ при суженіи таза 1-й степени и очень крупномъ плодѣ, гдѣ, послѣ извлеченія щипцами головки, не удалось вывести плечиковъ; плодъ, сдѣлавъ нѣсколько дыхательныхъ движеній, умеръ; послѣдующая попытка вывести плодъ также не удалась; по этому произве-

дена перерѣзка ключиць, послѣ чего безъ труда извлечень крупный младенець (вѣсъ 13 фунт., длина 61 см., размѣръ плечиковъ 14 см.)

Н. Р.

171. **В. С. Груздевъ. Маисовая головня (Ustilago maydis), какъ средство, усиливающее родовыя сокращенія матки.** (Врачъ, 1894, № 19).

Слабость потугъ, встрѣчающаяся столь часто въ практической дѣятельности акушеровъ и ведущая не рѣдко къ серьезному оперативному вмѣшательству, которое не всегда кончается благополучно для матери и младенца, заставила искать для борьбы съ нею средствъ болѣе невинныхъ, чѣмъ операція. Всѣ имѣющіяся въ настоящее время средства, усиливающія родовыя потуги, не всегда дѣйствительны, поэтому исполнѣ понятны и желательны поиски за новыми болѣе дѣйствительными средствами. Авторъ, желая испробовать при слабости родовыхъ болей какое либо изъ вновь предложенныхъ средствъ, остановился на маисовой головнѣ.

Маисовая головня—чужеядное споровое растеніе, растущее на цвѣткахъ, стебляхъ и листьяхъ кукурузы въ видѣ наростовъ. Такъ какъ ее считали за причину пеллагры (болѣзнь эта особенно распространена въ Италіи), то и принялись за изученіе ея физиологическаго дѣйствія. Ея способность рѣзко повышать мышечную раздражительность заставила германскихъ, а за ними и американскихъ врачей испытать это средство, и не безъ успѣха, въ качествѣ усиливающаго родовыя сокращенія матки. Авторъ употреблялъ маисовую головню въ видѣ жидкаго экстракта по $\frac{1}{2}$ —1 драхмъ. Изъ всѣхъ приведенныхъ 8 случаевъ первичной слабости болей уже послѣ однократнаго приѣма головни минутъ чрезъ 25—40 наступили достаточныя схватки въ 7 случаяхъ,— въ 1 случаѣ не получилось никакого результата. Такъ какъ средство это давалось лишь тогда, когда и хининъ, и механическое раздраженіе матки, и холодъ, и ванны были уже безуспѣшно испробованы, то результаты, полученные отъ него авторомъ, заслуживаютъ еще большаго вниманія. Средство это можетъ быть примѣняемо съ успѣхомъ втеченіи всего времени родовъ, не только въ періодъ изгнанія, но и въ періодъ раскрытія. Вызываемыя имъ сокращенія матки имѣютъ исполнѣ физиологическія свойства: это не судороги, производимыя спорынней, а нормальныя клоническія сокращенія, прерываемыя правильными промежутками; никакого неблагопріятнаго побочнаго вліянія на мать и плодъ маисовая головня въ указанныхъ выше дозахъ не производитъ.

Н. Р.

172. Прив.-доц. А. А. Муратовъ. **Къ вопросу о различныхъ измѣненіяхъ въ организмѣ оперированныхъ послѣ удаленія маточныхъ придатковъ.** (Медиц. Обзорѣніе, 1894 г. № 15, стр. 231).

Авторъ описываетъ десять случаевъ хроническихъ воспалительныхъ процессовъ въ придаткахъ, въ которыхъ онъ произвёлъ удаленіе этихъ придатковъ. Показаніемъ служили въ каждомъ случаѣ рѣзкіе мѣстныя болевья и общія нервныя явленія, не уступавшія до этого никакимъ терапевтическимъ воздѣйствіямъ. Во всѣхъ случаяхъ у автора получило выздоровленіе, въ смыслѣ исчезновенія субъективныхъ припадковъ. Въ заключеніи своемъ авторъ однако считаетъ допустимою эту операцію, только какъ *ultimum refugium*, въ виду того, что благоприятные ея результаты наступаютъ не всегда быстро и не всегда дѣло обходится безъ послѣдовательныхъ тяжелыхъ измѣненій въ организмѣ оперированныхъ.

Н. Какушкинъ.

173. В. В. Типяковъ. **Нѣсколько случаевъ внѣматочной беременности.** (Медиц. Обзорѣніе, 1894 г. № 14, стр. 129).

Въ 1893 г. и началѣ 1894 г. авторъ наблюдалъ пять случаевъ: 1) Крестьянка, 33 л., замужняя, рожавшая, 3-хъ мѣсячное отсутствіе кровей. Попытки къ искусственному выкидышу (повитуха) вызвало небольшое кровотеченіе. Авторъ, опредѣливъ зыблющуюся опухоль слѣва около матки и предположивъ внѣматочную беременность, тонкимъ троокаромъ прокололъ черезъ влагалище опухоль и выпустилъ около чайной ложки жидкости. Предварительно матка выскоблена, влагалище было затампонировано сулемовой марлю. Опухоль черезъ два мѣсяца рассосалась. 2) Крестьянка, 21 года, рожавшая. 2½—мѣсячное отсутствіе кровей. Поступила съ кровянистымъ отдѣляемымъ изъ матки. Въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ опухоль. Послѣ выскабливанія матки широкимъ разрѣзомъ чрезъ задній сводъ опухоль вскрыта, освобождена отъ плодныхъ частей (2—2½ мѣсячная беременность) и затампонирована. Выздоровленіе. 3) Мѣщанка, 25 л., не была беременной раньше. 3-хъ мѣсячное отсутствіе кровей. Поступила съ болями и кровотеченіемъ. Опухоль сзади справа. Лѣченіе, какъ въ предыдущемъ случаѣ. Выздоровленіе. 4) Дворянка, 21 г.; 2½ мѣсячное отсутствіе кровей. Прогрессирующая въ ростѣ опухоль слѣва. Явленія разрыва плоднаго мѣшка. Чревосѣченіе подтвердило распознаваніе; беременность брюшинная. Выздоровленіе. Патолого-анатомическое обследованіе пока-

зало давнишнее зарощеніе брюшиннаго конца лѣвой трубы и лѣвую яичниково-брюшинную беременность. 5) 32 лѣтъ, рожавшая. Годъ назадъ, послѣ задержки кровей, при бурныхъ явленіяхъ, развилась haematocele retrouterin. Теперь 2-хъ мѣсячное отсутствіе кровей. Поступила съ болями и кровотеченіемъ. Послѣ выжидательнаго лѣченія—чревосѣченіе. Опухоль въ области лѣваго яичника и въ дугласовомъ пространствѣ удалены. Послѣ операціи упорная рвота. Выздоровленіе. *Н. Какушкинъ.*

174. **Н. Н. Шевелевъ.** **Кровяная опухоль большой губы.** (Медиц. Обозрѣніе, 1894 г. № 15, стр. 243).

33 лѣтъ, многорожавшая. Послѣдніе роды, три дня назадъ, быстро (въ теченіе 2 часовъ). Тотчасъ-же образовалась опухоль лѣвой губы. t^0 по вечерамъ 38^0 . На 7-й день послѣ родовъ сдѣланъ разрѣзъ и удалено содержимое опухоли. Выздоровленіе.

Н. Какушкинъ.

175. **В. М. Камеразъ.** **къ этиологіи поперечнаго положенія плода.** (Проток. засѣд. Двинскаго Мед. Общ. за 189¹/₂ и 189²/₃ г.г., Двинскъ, 1894 г., ст. 156).

У второродящей, 22 лѣтъ, съ широкимъ тазомъ,—поперечное положеніе плода съ выпаденіемъ ручки. Поворотъ и извлеченіе съ благополучнымъ исходомъ. Послѣ родовъ обнаружено, что у родильницы ясная форма двуроговой матки (uterus bicornis, arcuatus). Эту форму авторъ считаетъ причиной поперечнаго положенія плода. При первыхъ родахъ такая форма не повліяла на положеніе плода, по автору, потому, что у первородящихъ головка плода въ концѣ беременности стоитъ уже въ маломъ тазу.

Н. Какушкинъ.

176. **А. Я. Маминовъ.** **О времени проявленія наследственнаго сифилиса и о мѣрахъ предупрежденія передачи его кормилицамъ.** (Проток. Засѣд. Импер. Кавказск. Мед. Общ., 1894 г., № 3, стр. 55).

Вопросъ, затрогиваемый авторомъ, интересенъ для учреждений, имѣющихъ дѣло съ новорожденными дѣтьми. Врожденный сифилисъ не всегда проявляется тотчасъ по рожденіи, иногда черезъ недѣлю, иногда даже мѣсяцевъ чрезъ семь. За этотъ періодъ скрытаго состоянія болѣзни ребенокъ-сифилитикъ легко можетъ заразить здоровую кормилицу. При трудности распознаванія врожденнаго сифилиса нельзя въ зараженіи кормилицъ винить врачей

и все учреждение. Во избѣжаніе подобныхъ случаевъ авторъ предлагаетъ всѣмъ учреждениямъ, имѣющимъ дѣло съ новорожденными дѣтьми, завести у себя ослицъ и кормить дѣтей, заставляя ихъ сосать молоко у этихъ животныхъ. *Н. Какушкинъ.*

177. В. С. Груздевъ. Начало половой зрѣлости у обитательницъ Россіи въ зависимости отъ вліяющихъ на него факторовъ. (Журн. Русск. Общ. Охран. Нар. Здравія, 1894 г., №№ 5—7).

Данныя по этому вопросу, полученные тридцатью четырьмя авторами, собраны въ этой статьѣ воедино и разработаны. Данные эти касаются 64.759 случаевъ. По выводамъ, сдѣланнымъ авторомъ, первыя мѣсячныя у обитательницъ Россіи въ среднемъ приходятъ на 15,83 году; наичаще на 16 году, (216% всѣхъ случаевъ). Раньше созрѣваютъ въ половомъ отношеніи южанки, семиты, превиллегированныя, состоятельныя, низкорослыя, брюнетки. Въ основѣ вліянія всѣхъ этихъ факторовъ лежитъ, по автору, та или другая степень развитія нервной системы. Половое созрѣваніе замедляется, если нервная система груба, невосприимчива, мало развита,—и обратно. *Н. Какушкинъ.*

178. С. К. Оленинъ. Отчетъ гинекологическаго и родильнаго отдѣленій Тамбовской губернской земской больницы за 1893 г., Тамбовъ. 1894 г.

Число гинекологическихъ больныхъ 293. Изъ нихъ прислано земскими врачами Тамбовской губ. для спеціальнаго лѣченія 38. Возрастъ преимущественно 21—30 лѣтъ. 116 женщинъ имѣли болѣзни матки (преимущественно новообразованія и воспалительныя процессы), 90—болѣзни придатковъ, 56—наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища. Умерло 17 (5,8%). Разрывы промежности лѣчимы были по *L. Tait*'у съ видоизмѣненіями *Славянского*. Одинъ изъ этихъ случаевъ окончился септическимъ параметритомъ, со смертельнымъ исходомъ, вслѣдствіе затека изъ прямой кишки въ клѣтчатку каловой жидкости черезъ бывшую здѣсь язву (?). Изъ пяти случаевъ операціи пузырьно-влагалищныхъ свищей полный успѣхъ далъ одинъ случай. При эндометритахъ примѣнялось съ успѣхомъ выскабливаніе (13 случаевъ). Воспаленіе матки и шейки лѣчились преимущественно хирургически (ампутація шейки, выскабливанія, въ одномъ случаѣ операція *Reed*'а). Въ одномъ случаѣ выпаденія матки—пришиваніе къ передней брюшной стѣнкѣ. Фиброзныя полипы (2 случ.) уда-

лены. При другихъ фиброміомахъ примѣнялось преимущественно электричество. Въ двухъ случаяхъ опухоли подверглись гнилоственному распаду (смерть). Одинъ случай окончился смертью, въ виду тромбоза венъ таза и эмболій легочныхъ артерій. Въ 4 случаяхъ рака—полное вырѣзываніе матки, съ успѣхомъ въ 3 случаяхъ и съ рецидивомъ въ одномъ. При воспаленіяхъ придатковъ обычные, не хирургическіе средства; при новообразованіяхъ яичниковъ—овариотомія. Одинъ случай вѣматочной беременности былъ лѣчимъ чревосѣченіемъ, съ успѣхомъ.

Въ родильномъ отдѣленіи было 241 беременная. Родовъ 234. Смертность родильницъ=0. Первобеременные составляли 38,6%. Возрастъ преимущественно отъ 16 до 30 л. Преждевременные роды составляютъ 7,7% всѣхъ родовъ. Двойни—2,5%. Разрывы промежности были 16 разъ. Conjug. ext. въ 20 снтм. была въ 60,2%, conjug. ext. въ 17 снтм. была въ 1,7% (всѣ роды при с. ext. въ 17 снтм. протекали произвольно, безъ осложненій). Изъ оперативныхъ вмѣшательствъ наичаще было производимо шиваніе промежности, затѣмъ отдѣленіе дѣтскаго мѣста и наложеніе щипцовъ (въ 2,1% всѣхъ родовъ). Послѣродовыхъ заболѣваній было 13. Мальчиковъ родилось 136, дѣвочекъ 104. Средній вѣсъ ребенка 3650 грм., средній ростъ 50 снтм.

Н. Какушкинъ.

179. С. Павскій. Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи перегибовъ матки взади. (Ventreo fixatio uteri). Томскъ. 1894 г.

МногOROжавшая, 43 лѣтъ. Послѣднія три беременности окончились выкидышемъ. Страдаетъ кровотеченіями. Распознавъ перегибъ назадъ, хроническій метритъ и эндометритъ. Послѣ безуспѣшнаго лѣченія массажемъ и кольцами, сдѣлана hysteropexia abdominalis anterior. Спустя 8½ мѣсяцевъ послѣ операціи трехмѣсячный выкидышъ. Нѣсколько болѣе года послѣ операціи эффектъ ея не нарушенъ. Черезъ два года больная родила въ срокъ благополучно. Обратное развитіе матки совершалось довольно медленно; спустя мѣсяць послѣ родовъ было кровотеченіе, обусловленное недостаточнымъ обратнымъ развитіемъ. Въ остальномъ отступленіи отъ нормы нѣтъ. Авторъ считаетъ этотъ случай, какъ нельзя лучше говорящимъ въ пользу операціи пришиванія матки къ передней брюшной стѣнкѣ.

Н. Какушкинъ.

180. М. М. Мироновъ. Вліяніе нервной системы на дѣятельность молочной железы. (Труды Общ. Русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ за 1893—1894 г., мартъ).

Анатомическими изслѣдованіями *Eckhard'a*, *Roehrig'a* и *Winkler'a* въ молочной железнѣ констатированы нервы сосудодвигательные и нервы, снабжающіе мышечныя стѣнки млечныхъ ходовъ, синусовъ и выводныхъ протоковъ; секреторныхъ нервовъ не найдено. Физиологическіе опыты тѣхъ же авторовъ, а также *Lafont'a*, *De-Sinety*, *Partscha*, *Hammerbacher'a* дали диаметрально противоположные результаты. Схема иннерваціи грудной железы у козы, по автору, такова: главный нервный стволъ—*n. splanchnicus externus*,—входитъ въ железу снаружи. Кромѣ того, въ подкожной клѣтчаткѣ стѣнки живота, параллельно бѣлой линіи, идутъ къ наружному краю соска два пучка сосудовъ и нервовъ, соответствующихъ *v. epigastrica inf. superfic.* у человѣка (эти послѣдніе нервы авторъ называетъ *nerv. epigastricus infer.*). Къ заднему отрѣзку железы подходит, идущая отъ лона вена, (непарная вена, по автору) и нервъ (*n. azygos*, по автору). Раздражая электричествомъ *n. saphenus* у козы съ молокомъ, авторъ подмѣтилъ уменьшеніе количества молока и измѣненіе его качества въ смыслѣ увеличенія количества плотныхъ частей (повидимому, жира). Этимъ фактомъ подтверждается вліяніе нервныхъ страданій и душевныхъ волненій на качество и количество отдѣляемаго молока. Устраняя вліяніе на дѣятельность железы всѣхъ перечисленныхъ нервовъ, авторъ получилъ уменьшеніе количества молока при неизмѣненномъ его составѣ. Эти результаты даютъ подтвержденіе положенія, что млекообразование и млекоотдѣленіе находятся въ зависимости отъ нервной системы. Кромѣ того, опыты, даютъ право допустить существованіе въ самой грудной железнѣ особыхъ нервныхъ центровъ, завѣдующихъ дѣятельностью этихъ железъ. Удаленіе матки и яичниковъ повлекло за собой въ одномъ случаѣ увеличеніе количества отдѣляемаго молока. Изслѣдованія автора продолжаются. *Н. Какущинъ.*

181. В. Вастень. Къ вопросу о лѣченіи полныхъ разрывовъ матки во время родовъ. (Больн. Газ. Боткина, 1894 г., № 24, с. 593).

9-рага, 29 лѣтъ. Роды окончены щипцами (слегка плоскій тазъ). Во время родовъ, бывшихъ на дому, констатированъ разрывъ матки. Прибыла въ больницу съ неудаленнымъ послѣдомъ, весьма слабою, съ явленіями начинающагося воспаленія брюшины.

Немедленно сдѣлано чревосѣченіе. Послѣдъ найденъ внѣ матки, въ брюшной полости. Матка разорвана въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Она надвлагалищно ампутирована: шейка матки перевязана въ три пучка, безъ предварительнаго наложенія жгута. Передъ отрѣзаніемъ тѣла матки на шейку, кромѣ того, временно наложены пинцеты *Richelot*. Культия по удаленіи тѣла матки прижжена термокаутеромъ и опущена въ брюшную полость. Послѣдняя очищена отъ сгустковъ крови и дренажирована черезъ задній сводъ. Рана брюшныхъ стѣнокъ закрыта обычнымъ образомъ. Послѣ операциі больная нѣсколько дней лихорадила и выздоровѣла.

Авторъ дѣлаетъ нѣсколько литературныхъ указаній и высказывается за чревосѣченіе, какъ единственный способъ раціональнаго вмѣшательства при разрывахъ матки. Послѣдніе должны быть зашиваемы, если матка не представляетъ въ себѣ очага для распространенія зараженія (*endometritis*), въ противномъ случаѣ матка должна быть удалена.

Н. Какушкинъ.

182. Женщ.-вр. М. Волкова. Случай лѣченія неоперируемой фиброміомы матки посредствомъ вибрацій. (Труды Общ. Русскихъ врачей въ С.-Петербургѣ за 1893—1894 г., мартъ).

Замужняя, нерожавшая, 35 лѣтъ, заболѣла послѣ тяжелаго травматическаго поврежденія. Рядомъ съ забрюшинной опухолью (отчасти межсвязочной по направленію къ лѣвой широкой связкѣ) отмѣченъ былъ цѣлый рядъ общихъ нервныхъ расстройствъ, шедшихъ параллельно съ упадкомъ питанія и истощенія вслѣдствіе кровопотери. Больная совѣтовалась почти со всѣми извѣстными русскими и иностранными гинекологами, изъ которыхъ большинство высказалось за возможность оперативнаго вмѣшательства, послѣ общаго укрѣпляющаго лѣченія. Послѣ безрезультатныхъ путешествій на воды и примѣненій подкожныхъ впрыскиваній эрготина и лѣченія массажемъ, больная подверглась лѣченію вибраціями. Вначалѣ для этого больная обнаженными ногами упиралась въ музыкальный ящикъ; впослѣдствіи между ящикомъ и подошвами ногъ клались мѣдная и цинковая пластинки, соединенныя проводниками съ одной стороны съ такими же пластинками на животѣ и на спинѣ, съ другой съ электрической батареи. Въ результатѣ получилось ослабленіе всѣхъ припадковъ болѣзни и уменьшеніе размѣровъ опухоли.

Н. Какушкинъ.

183. **И. М. Львовъ.** Суженіе наружнаго отверстія шейки матки и его лѣченіе упрощеннымъ способомъ *Borissowicz'a*. (Еженедѣльникъ, 1894 г., № 29, с. 485).

Дѣлая краткій очеркъ патологии суженій шеечнаго канала, авторъ указываетъ на суженіе наружнаго отверстія, какъ на частую причину (96%) безплодія женщинъ и какъ на причину, совместно съ воспалительными измѣненіями въ шейкѣ, болѣзненныхъ мѣсячныхъ. При лѣченіи суженій авторъ часто прибѣгаетъ къ разрыву шейки (*Sims*) и хвалитъ этотъ методъ. При конической шейкѣ, удлиненной, авторъ примѣняетъ клиновидное вырѣзываніе шейки (*Simon, Markwald*); при конической шейкѣ не удлиненной, тонкой и утолщенной, онъ примѣняетъ видоизмѣненный имъ способъ *Borissowicz'a* (18 случаевъ, съ успѣхомъ): обыкновенной, сильно изогнутой, иглой дѣлается вколъ снаружи шейки и сбоку, отступя отъ края наружнаго отверстія на 1—1½ снтм.; вколъ идетъ въ полость шеечнаго канала, откуда конецъ шелковой лигатуры выводится наружу и туго затягивается съ наружнымъ концомъ. Тоже дѣлается на противоположной сторонѣ шейки. Лигатуры сами отпадаютъ на 9—12 дни. *Н. Какущкинъ.*

184. **Д. Я. Юровскій.** Три случая выворота матки. (Врачъ, 1894 г., № 26, стр. 738).

У женщины, 32 лѣтъ, на 5 мѣсяцѣ беременности послѣ выкидыша обнаруженъ выворотъ матки. Лѣченіе выжидательное (обеззараживающія промыванія влагалища). Черезъ нѣсколько дней отъ дна матки отдѣлилась опухоль (міома) съ куриное яйцо (не распознанная раньше) и совершилось произвольное вправленіе матки. Въ другомъ случаѣ, у женщины, 48 л., выворотъ вызванъ такою же опухолью, съ кулакъ величиной. Опухоль вылучена и вправленіе совершилось подъ дѣйствіемъ кольпейринтера. Третій случай касается женщины, 24 л., заболѣвшей выворотомъ послѣ родовъ. Благопріятный результатъ получился послѣ повторныхъ (въ теченіе 3 недѣль) введеній кольпейринтера. Авторъ высказывается противъ насильственныхъ попытокъ къ вправленію выворотовъ и совѣтуетъ выжидательный методъ съ примѣненіемъ кольпейринтера.

Н. Какущкинъ.

б) Н ѣ м е ц к о й.

185. **Heuck. Ein neuer Fall von Luftembolie bei placenta praevia.** (Zetschrift f. Geb., und Gyn. Bd. XXVIII, 1 Hft). **Новый случай воздушной эмболии при предлежаніи дѣтскаго мѣста.**

У 28 лѣтней здоровой первородящей въ 9 мѣсяцѣ беременности вслѣдствіе сильныхъ, обусловленныхъ предлежаніемъ дѣтскаго мѣста, кровотеченій былъ сдѣланъ поворотъ при зѣвѣ проходимомъ лишь для 2 пальцевъ. Операция была произведена на поперечной кровати подъ хлороформнымъ наркозомъ, который немедленно былъ прекращенъ, послѣ того какъ захватили ножку. Когда эту послѣднюю вывели ко входу во влагалище роженица почувствовала боль, сильно натужилась, при чемъ изъ влагалища полилась струя околоплодной жидкости окрашенной кровью. На ножку, которая уже болѣе не реагировала на щекотаніе, наложили петлю. Когда теперь захотѣли положить больную на поперечную кровать, пульсъ вдругъ пропалъ и лицо стало ціанотичнымъ. Дыханіе еще продолжалось, но становилось все медленнѣе а черезъ 3—5 минутъ совершенно прекратилось, не смотря на всѣ употребленныя средства. При произведенномъ 2 часа спустя вскрытіи было констатировано присутствіе пузырьковъ воздуха въ правой v. spermatica, въ правомъ сердцѣ и въ правой v. jugularis. Механизмъ эмболии авторъ объясняетъ себѣ слѣдующимъ образомъ. При послѣдней сильной потугѣ, которая имѣла мѣсто уже послѣ совершеннаго поворота, находившійся между маточно стѣнкою и отдѣленною частью дѣтскаго мѣста воздухъ былъ вогнанъ въ открытыя вены и оттуда при послѣдовавшей за прекращеніемъ потуги уменьшеніи внутри брюшнаго давленія онъ былъ аспирированъ въ стволъ v. spermaticae.

С. Ю. Хазанъ.

186. **Goenner. Das Verhältniss des Schädels der Mutter zu dem des Kindes und dessen geburtshilfliche Bedeutung mit gleichzeitiger Berichtsichtigung des mütterlichen Beckens.** (Zeitschrift f. Geb. und Gyn., XXVIII Bd., 2 Hft). **Соотношеніе черепа матери къ черепу плода и акушерское значеніе этого соотношенія въ связи съ величиною материнскаго таза.**

Установленный клиническими наблюденіями фактъ, что сплошь да рядомъ у женщинъ съ такими размѣрами таза, которые принято считать патологическими, роды протекаютъ совершенно самопро-

извольно, невольно возбуждаетъ вопросъ, не принадлежать ли особы эти другой расѣ и не рожаютъ ли онѣ дѣтей съ другою формою головки. Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ равно какъ на тотъ, существуетъ ли вообще правильное соотношеніе между размѣрами головки плода и головою матери, а также между размѣрами головки плода и размѣрами материнскаго таза, авторъ предпринялъ на живыхъ цѣлый рядъ измѣреній, которыя привели его къ слѣдующимъ результатамъ:

1) Въ громадномъ большинствѣ случаетъ типъ дѣтской головки не соотвѣтствуетъ типу материнскаго черепа, такъ что по формѣ этого послѣдняго мы отнюдь не можемъ судить о формѣ дѣтской головки и о прогнозѣ родовъ при существованіи узкаго таза.

2) У мальчиковъ размѣры головки большіе, чѣмъ у дѣвочекъ.

3) Съ увеличеніемъ роста матери увеличивается и вѣсъ тѣла ребенка.

4) Уменьшеніе размѣровъ таза находится въ большинствѣ случаевъ въ тѣсной связи съ уменьшеніемъ роста тѣла вообще и отнюдь не представляетъ расовой особенности.

С. Ю. Хазанъ.

187. Veit. Zur Pathologie und Therapie der Blutungen unmittelbar nach der Geburt (Zeitschrift f. Geb. und Gyn., XXVIII Bd., 2 Hft.). **Къ патологіи и терапіи послѣродовыхъ кровотеченій.**

При видѣ послѣродоваго кровотечения врачъ, обыкновенно, такъ теряется, что не останавливается надъ выборомъ средствъ для остановки его, сплошь да рядомъ подвергая такимъ образомъ роженицу опасности зараженія въ то время какъ опасность отъ кровотечения или совсѣмъ не существуетъ, или же легко можетъ быть устранима болѣе раціональнымъ путемъ. Дѣйствительно, если не дѣйствовать опрометчиво, а наоборотъ хладнокровно ориентироваться всякій разъ въ положеніи дѣла, то весьма легко можно обойтись вполне асептическими мѣропріятіями, совершенно не прибѣгая къ столь опаснымъ манипуляціямъ, какъ ручное отдѣленіе плаценты, введеніе полной руки въ полость матки или даже тампонація іодоформною марлею. Причиною кровотеченій въ послѣродовомъ періодѣ бываетъ, какъ извѣстно, или пораненія мягкихъ частей, или же атонія матки. Авторъ указываетъ на то, что послѣдняя причина въ высшей степени рѣдка: въ клиникахъ, напр., смертельный случай атоническаго кровотечения наблюдается всего разъ на десять тысячъ родовъ. Несравненно чаще попадаютъ

кровотеченія, источникомъ которыхъ являются пораненныя мягкія части. Если до удаленія плаценты кровотечение обильно и, не смотря на хорошія маточныя сокращенія, совсѣмъ не прекращается или останавливается не вполне, то передъ нами несомнѣнно разрывъ мягкихъ частей, который необходимо найти и зашить. Это собственно и есть та категория случаевъ, въ которыхъ позволительно дѣлать отступленіе отъ принципа асептики и вводить руку во внутренніе половые пути, тѣмъ болѣе, что въ этихъ случаяхъ всегда есть время замѣнить асептику строгою антисептикою. За то, по мнѣнію *Veit'a*, въ первые часы послѣ нормальныхъ родовъ никогда не слѣдуетъ вводить руку въ половые пути изъ за атоніи матки; точно также ручное отдѣленіе плаценты къ этому времени является, по его мнѣнію, совершенно излишнею операціею, ибо массажъ матки, произведенный черезъ брюшныя покровы, вызывая маточныя сокращенія, всегда ведетъ къ желанной цѣли. Это, въ краткихъ словахъ, содержаніе этой въ высшей степени поучительной статьи, которую мы не можемъ не рекомендовать для прочтенія въ оригиналѣ всякому врачу практику.

Вполнѣ соглашаясь съ мнѣніемъ почтеннаго автора относительно возможности остановить всякое атоническое кровотеченіе одними наружными приѣмами, мы никакъ не можемъ согласиться съ тѣмъ, будто всегда можно такимъ же путемъ вывести задержанную плаценту наружу. Правда, нельзя въ каждомъ данномъ случаѣ указать на причину неудавшейся *expressio*, мы именно не всегда увѣрены въ томъ, произошло ли задержаніе вслѣдствіе того, что плацента, благодаря неумѣлому вмѣшательству, отдѣлилась не вполне и въ этомъ состояніи вообще не поддается маточнымъ сокращеніямъ *) или отъ того, что не произошло предварительнаго разрыхленія связи въ элементахъ *serotinae*, resp. *veraе* и т. п. Мы только констатируемъ неоднократно наблюденный нами фактъ, что, не смотря на всѣ употребленныя наружныя манипуляціи, не смотря даже на то, что матка порою ощущалась совершенно твердою, намъ часто не удавалось выдавить плаценту и мы принуждены были прибѣгнуть къ ручному внутриматочному отдѣленію (прим. *Рефер.*). С. Ю. Хазанъ.

*) См. подробнѣе объ этомъ предметѣ *S. Chazan. Ueber Placentar retention nach rechtzeitigiger Geburt. Volkman's Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge, № 93, S. 62 и 70.*

188. v. Franqué. Anatomische und klinische Beobachtungen über Placentarerkrankungen. (Zeitschrift f. Geb. und. Gyn., Hft. 2). **Анатомическія и клиническія наблюденія о заболѣваніяхъ дѣтскаго мѣста.**

Въ дѣтскомъ мѣстѣ попадаютъ измѣненія какъ сосудистаго аппарата, такъ и соединительно-тканеваго остова, при чемъ въ различной степени преобладаетъ страданіе, то одной, то другой изъ составныхъ частей (endo-и peri-arteritis, phlebitis, клѣтчатое разрастаніе соединительно-тканеваго остова съ послѣдующимъ развитіемъ соединительной ткани и безъ онаго). Измѣненія эти или разсѣяны по всей плацентѣ, развиваясь самостоятельно подъ вліяніемъ сифилиса, нефрита и эндометрита матери, или же онѣ имѣютъ мѣстный характеръ, являясь слѣдствіемъ мѣстныхъ геморрагіи и инфарктовъ. Въ клиническомъ отношеніи процессы эти заслуживаютъ особаго вниманія. Прежде всего они могутъ повести къ смерти плода во время беременности безъ того, чтобы микроскопически плацента чѣмъ либо отличалась отъ нормальной. Затѣмъ, они могутъ обусловить слабое не соотвѣтствующее сроку беременности развитіе плода. Наконецъ, они могутъ стать причиною смерти плода во время самаго акта родовъ, такъ какъ обусловливаемое этими измѣненіями разстройство циркуляціи бываетъ на столько сильно, что достаточно самаго ничтожнаго осложненія или просто того нормальнаго во время акта родовъ разстройства кровообращенія, чтобы плодъ совершенно лишился необходимаго для него кислорода. Есть заболѣванія плаценты, ведущія къ возникновенію hydramnion'a, а именно: фиброзная гипертрофія болѣе толстыхъ ворсинчатыхъ стволиковъ обуславливающая собою застой и усиленную трансудацію въ капиллярной системѣ пупочныхъ сосудовъ и placentitis, вызывающая эксудацію со стороны воспаленныхъ материнской и плодной плацентъ. Такъ называемый бѣлый инфарктъ плаценты имѣетъ источникомъ своимъ воспалительные процессы отпадающей оболочки. Эти послѣднія бываютъ двоякаго свойства: продуктивно-дегенеративнаго, когда за заростаніемъ serotinae слѣдуетъ дегенерация гипертрофированныхъ частей, или эксудативнаго, причемъ образующійся на serotinae эксудатъ, окружая и сдавливая ворсинки, обезкровливаетъ ихъ до полнаго некроза. Второй видъ встрѣчается, впрочемъ, лишь какъ исключеніе. Наблюдаемая при инфарктѣ измѣненія въ плодныхъ частяхъ плаценты, слѣдуетъ разсматривать какъ вторичныя явленія, вызванныя или механическими условіями, или распространеніемъ процесса съ материнской на плодную ткань плаценты.

С. Ю. Хазанъ.

189. Hofmeier. Zur Entstehung der Placenta praevia. (Zeitschrift f. Geb. und. Gyn., Bd. XXIX, Hft. 1). **Къ возникновенію предлежащаго дѣтскаго мѣста.**

Описавъ новый препаратъ дѣтскаго мѣста 4 мѣсяца беременности, на материнской поверхности котораго находился островокъ съ вполне гладкимъ децидуальнымъ покровомъ (reflexa) авторъ въ этой полемической статьѣ выступаетъ противъ *Ahlfeld'a* въ защиту своей теоріи, по которой предлежащее дѣтское мѣсто возникаетъ благодаря ненормальному развитію плаценты въ области же reflexae.

С. Ю. Хазанъ.

190. Fleischlen. Zur Complication der Schwangerschaft und der Geburt durch Ovarialtumoren. (Zeitschrift. für Geb. und Gyn., Bd. XXIX). **Къ осложненію беременности и родовъ опухолями яичниковъ.**

Въ то время какъ прежде при осложненіи беременности опухолями яичниковъ прибѣгали кромѣ чревосѣченія и къ пункціи кистъ и къ искусственному родоразрѣшенію, въ послѣднее время лапоротомія особенно послѣ результатовъ *Шредера* и *Ольсгаузена*, которые изъ 42 случаевъ чревосѣченій во время беременности не потеряли ни одного, является единственною рациональною мѣрою. Спорнымъ остается только вопросъ относительно момента самаго удобнаго для операціи. На основаніи пяти собственныхъ наблюденій авторъ высказывается противъ того мнѣнія будто ранняя операція представляетъ менѣе шансовъ для жизни плода. Что касается акта родовъ, осложненнаго яичниковыми опухолями, то значеніе этого страданія находится въ зависимости отъ положенія опухоли. Особеннаго вниманія заслуживаютъ тѣ случаи, при которыхъ опухоль находится вколоченною въ маломъ тазу, такъ какъ случаи эти безъ оперативнаго вмѣшательства оканчиваются весьма плохо. Изъ оперативныхъ приемовъ рациональны только пункція и репозиція опухоли; послѣдній приемъ долженъ быть всегда испробованъ. Если же репозиція не удастся, а послѣ пункціи опухоль опорожняется недостаточно, то лучше всего сдѣлать инцизію, а послѣ родоразрѣшенія немедленно приступить къ удаленію опухоли путемъ лапоротоміи, дабы предотвратить такимъ образомъ неминуемое безъ того нагноеніе опухоли съ его опасными послѣдствіями.

С. Ю. Хазанъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

I.

Къ вопросу о лѣченіи *metritis chronica*.

Скептицизмъ, высказываемый многими руководствами и врачами-практиками относительно усиѣховъ лѣченія хроническаго метрита, основывается, какъ мнѣ кажется, не на томъ, что этотъ родъ страданія совершенно не подается лѣченію, но на трудности задачи, которую приходится разрѣшать врачу. Лѣченіе здѣсь должно быть очень продолжительное, (на что не хватаетъ терпѣнія какъ со стороны больныхъ, такъ нерѣдко и врача!) не только симптоматическое, но строго обдуманное для каждаго отдѣльнаго случая, представляющаго свои индивидуальныя особенности, съ которыми приходится считаться. Не говоря о такихъ случаяхъ, когда измѣненія въ тканяхъ матки столь рѣзки, что не только о *restitutio ad integrum* нельзя и думать, но даже трудно назначить предѣлъ возможности излѣченія,—въ громадномъ большинствѣ случаевъ можно достигнуть не только значительнаго улучшенія самочувствія больныхъ, но и такого состоянія, что всѣ функціи половыхъ органовъ могутъ совершаться правильно и даже родовая функція восстанавливается, если процессъ не былъ осложненъ хроническимъ слипчивымъ воспаленіемъ брюшины, производящимъ или неподвижность матки или измѣненіе въ положеніи ея или сращенія Фаллопиевыхъ трубъ. Полное излѣченіе, быть можетъ, могло бы послѣдовать въ значительно большемъ числѣ случаевъ, чѣмъ это наблюдается въ дѣйствительности, если бы тому не встрѣчалось цѣлой массы препятствій. Не представляя вначалѣ своего развитія *тяжелого* страданія для больной, въ смыслѣ субъективныхъ ощущеній, эта форма болѣзни заставляеть больную обращаться къ врачу, когда патологическій процессъ пустилъ уже глубокіе корни. Но даже и подвергшаяся лѣченію больная сплошь и рядомъ прерываетъ его, лишь только почувствуетъ свѣтлый періодъ въ теченіи своей болѣзни, (тѣмъ болѣе что эти свѣтлые промежутки являются нерѣдко и помимо вмѣшательства терапіи). Въ такіе моменты у больныхъ являются

погрѣшности въ образѣ жизни, частый coitus и т. п. причины, нарушающія правильную циркуляцію крови въ организмѣ, а это лучшее условіе для новыхъ обострѣній процесса, содѣйствующее при томъ дальнѣйшему развитію его.

Извѣстное число метритовъ не причиняютъ больнымъ никакихъ болѣзненныхъ ощущеній, (таковы—metritis colli при endometritis cervicalis glandularis); другіе, напротивъ, сопровождаются болевыми ощущеніями, какъ metritis вслѣдствіе разрывовъ шейки, или metritis parenchymatosa cervicalis или corporis uteri: больныя не въ состояніи долго оставаться на ногахъ, быстро утомляются и спѣшатъ принять сидячее или даже лежащее положеніе.

Если принять за основаніе, что наиболѣе частой причиной воспаленія маточной ткани служитъ инфекция, (хотя происхожденіе метритовъ можетъ быть и вторичное), при существованіи травмъ, отъ несоблюденія правилъ антисептики во время родовъ, или отъ употребленія грязныхъ инструментовъ, или даже отъ изслѣдующаго пальца, то понятно будетъ, что интенсивность патологическаго процесса будетъ въ зависимости съ одной стороны отъ силы и характера инфицирующаго агента, а съ другой—отъ локализациі его.

Коснувшись вопроса объ инфекціонномъ происхожденіи метритовъ, остановлюсь нѣсколько дольше на самой частой (по крайней мѣрѣ въ современной жизни) причинѣ этого страданія—пораженіи перелоемъ. Острая форма перелойнаго метрита большею частью ускользаетъ отъ нашего вниманія вслѣдствіе того, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, если не всегда, рядомъ съ нею намъ встрѣчаются уретриты, вагиниты и вульвиты. Жестокія боли, испытываемыя тогда больными, при малѣйшемъ прикосновеніи къ ихъ половымъ частямъ, лишаютъ насъ возможности точнымъ изслѣдованіемъ найти локализацию процесса и констатировать вызванныя имъ измѣненія. Въ дальнѣйшемъ острия явленія стихаютъ; болѣе чѣмъ рѣдко наступаетъ выздоровленіе; чаще же, если воспалительный процессъ не распространился на трубы, яичники и брюшину, болѣзнь переходитъ въ хроническое состояніе.

Однако чаще хроническіе гонорройные метриты являются результатомъ хронической же гонорреи. Эта форма метрита наиболѣе распространена среди женщинъ, имѣвшихъ несчастіе вступить въ бракъ съ мужчинами, одержимыми хроническимъ трипперомъ. Если *Noeggerath* и заходитъ въ своемъ пессимизмѣ уже слишкомъ далеко, полагая, что 80% гонорройныхъ заболѣваній представляютъ неизлѣчимые случаи „скрытаго“ триппера, (который и передается мужьями женамъ, вызывая у нихъ цѣлый комплексъ самыхъ мучительныхъ и продолжительныхъ страданій), то все же должно признать, что весьма значительное число всѣхъ женщинъ, обращающихся къ гинекологу за совѣтомъ, страдаетъ трипперомъ въ хронической формѣ и этимъ онѣ обязаны своимъ мужьямъ, вступившимъ въ бракъ при существованіи у нихъ хроническаго перелоя, содержащаго гонококки.

Эти послѣдніе, при продолжительномъ размноженіи ихъ на одной и той же почвѣ, теряютъ свою заразительность и прямо уже вызываютъ хронически протекающій процессъ, который можетъ, миновавъ вульву и вагину, перейти на слизистую оболочку шейки и матки. Или же болѣзненные симптомы со стороны влагалища настолько слабо выражены, что проходятъ совершенно незамѣтно и начинаютъ беспокоить больныхъ лишь съ того момента, когда поражена уже матка. Излюбленнымъ мѣстомъ гонорройнаго процесса является, согласно изслѣдованіямъ *Bumm'a*, *Schwarz'a* и др., слизистая оболочка шейки матки: *plicae palmatae* съ ихъ многочисленными складками представляютъ для гоноккоковъ чрезвычайно удобное мѣсто для дальнѣйшаго ихъ развитія. Отсюда они лишь съ большимъ трудомъ могутъ быть удалены, почему лѣчение метритовъ гонорройнаго происхожденія и представляется чрезвычайно сложнымъ и труднымъ.

Если метриты нерѣдко дѣлаютъ, цвѣтущихъ прежде здоровьемъ, женщинъ инвалидами, то причина этого кроется съ одной стороны въ боляхъ испытываемыхъ при этомъ ими вслѣдствіе участія въ процессѣ брюшиннаго покрова матки, а съ другой—въ постоянной и значительной потерѣ соковъ эндометральными выдѣленіями: большая истощается, постоянно хвораетъ, исхирика ея разстраивается,—а при такихъ условіяхъ она, конечно, легко поддается другимъ случайнымъ заболѣваніямъ, что окончательно подрываетъ ея здоровье.

Если разобраться въ тѣхъ измѣненіяхъ, какимъ подверглась матка при хроническомъ состояніи воспаленія ея паренхимы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, то станетъ ясно, что однимъ шаблоннымъ лѣченіемъ (скарификаціи и проч.) обойтись нельзя. Я не говорю, конечно, о такихъ диагностическихъ деталяхъ, которые выясняются лишь патолого-анатомическимъ макро- и микроскопическимъ изслѣдованіемъ этого органа. Но часто выпускаются изъ виду такія явленія, на которыя необходимо, въ цѣляхъ излѣченія, обращать вниманіе и съ ними считаться.

Если придерживаться относительно патолого-анатомическихъ измѣненій при *metritis chronica* мнѣнія *Scanzoni* (годнаго по крайней мѣрѣ для клиническихъ цѣлей), раздѣляющаго теченіе *metrit'a* на два періода: *періодъ инфильтраціи*, характеризующійся гипереміей органа, и теченіе котораго начинаетъ уже появляться разращеніе соединительной ткани, развивающееся все болѣе и болѣе во 2-мъ *періодѣ—оплотнѣнія*, когда паренхима матки становится анемичной вслѣдствіе суженія просвѣта сосудовъ, сжимаемыхъ разрастающеюся соединительной тканью; если имѣть въ виду, что одновременно почти безъ исключенія и внутренней покровъ матки подвергается существеннымъ измѣненіямъ, характеризующимъ состояніе хроническаго катарра, то планъ лѣченія долженъ быть въ зависимости отъ состоянія органа въ данное время.

Нужно замѣтить при этомъ еще и то обстоятельство, что весьма часто хроническій метритъ сопровождается флексіей матки,

которая можетъ быть даже весьма ограниченной, тѣмъ не менѣе она все же болѣе или менѣе суживаетъ просвѣтъ внутренняго устья, вслѣдствіе чего катарральный секретъ скопляется въ полости матки, застаивается и тѣмъ еще болѣе поддерживаетъ весь патологическій процессъ.

Основной принципъ лѣченія хроническаго воспаления матки заключается въ стремленіи къ измѣненію консистенціи, величины, чувствительности матки и неправильнаго ея положенія, если таковое существуетъ.

Въ виду всего этого лѣченіе хроническихъ метритовъ должно отвѣчать *двумъ главнымъ показаніямъ*: 1) *мѣстному лѣченію и* 2) *дренированію полости матки*, чтобы имѣть возможность освободить полость матки отъ скопляющагося секрета и въ тоже время лѣчить мѣстно эндометрій. Обыкновенно—почти исключительно обращаютъ вниманіе на мѣстное лѣченіе, выпуская совершенно изъ виду второе. Между тѣмъ, чѣмъ скорѣе состояніе эндометрія при хроническихъ метритахъ возвратится къ нормѣ, тѣмъ успѣшнѣе будетъ лѣченіе самыхъ метритовъ. Расширеніе внутренняго устья должно быть здѣсь первымъ актомъ терапевтическаго вмѣшательства. Даже само по себѣ оно иногда бываетъ достаточно для инволюціи матки.

Загибы матки, о которыхъ я выше упомянулъ, при метритахъ чаще всего обязаны своимъ происхожденіемъ сопутствующимъ эндометритамъ (по крайней мѣрѣ вначалѣ), при которыхъ ткань матки вяла, сочна, полость матки увеличена. Такія флексированныя матки легко выпрямляются ручными приемами или потягиваніемъ за ту или другую губу шейки матки пулевыми щипцами; внутреннее устье становится тогда легко проходимымъ для банника, которымъ (при помощи намотанной на немъ ваты) тщательнo вытирается внутренняя поверхность матки отъ слизи и затѣмъ другимъ банникомъ прижигается *t-ra jodi* (которую иногда приходится замѣнять креозотомъ, растворомъ *cupri sulfur*, и т. д.). Въ тоже время я дѣлаю скарификацію съ послѣдующимъ примѣненіемъ ватныхъ тампоновъ, пропитанныхъ іодоформъ—глицериномъ. Больной назначаются вагинальныя инъекціи въ 29—38° R., съ какимъ-либо изъ дезинфецирующихъ веществъ (для чего я чаще всего пользуюсь креолиномъ), или безъ нихъ, и внутрь даю спорыню.

Въ періодѣ гипереміи матки я весьма часто назначаю *hydrastis*, который, какъ извѣстно, понижаетъ кровяное давленіе, угнетаетъ вазомоторные центры брюшныхъ органовъ и вызываетъ сокращенія матки. Скарификаціи и прижиганія я повторяю черезъ каждые 4—5 дней. Нѣсколько разъ оказывалъ мнѣ здѣсь хорошую услугу массажъ матки. Если больная представляется субъектомъ истощеннымъ, я въ тоже время обращаю вниманіе и на общеукрѣпляющее лѣченіе. Больной воспрещается *coitus* и дается наставленіе—избѣгать рѣзкихъ колебаній *t°*, которыя всегда вредно отзываются на теченіи болѣзни.

Два слова о горячихъ вагинальныхъ инъекціяхъ. Назначая ихъ больнымъ, которыя уже давно лѣчатся отъ метритовъ, мнѣ нерѣдко приходится встрѣчать съ ихъ стороны скептическое отношеніе къ этому моему совѣту: „дѣлала уже эти горячія спринцеванія по совѣту (такого-то) врача, да онѣ мнѣ не помогаютъ“. Разспрашивая ихъ тогда, какъ онѣ дѣлали эти спринцеванія, я узнаю слѣдующее: „какой водой вы спринцевались? какова была ея т°?“ Да просто такъ, горячая, рукой пробовала. Или: „какъ высоко вѣшаете кружку?“—Настолько высоко, что струя бьетъ сильная. „Спринцуетесь въ сидячемъ положеніи или лежащемъ?“—Конечно, въ сидячемъ! „Долго ли вы лежите послѣ спринцеванія?“ Я послѣ этого вовсе не лежу. И т. п.

Какой же толкъ выйдетъ изъ примѣненія *такого* рода горячихъ спринцеваній? Можно-ли при *такихъ* условіяхъ достигнуть желаемой цѣли? Недостаточно лишь посовѣтовать больной „дѣлать горячія спринцеванія“, а обязательно должно подробно ей выяснитъ, *какъ* ихъ дѣлать.

Сущность дѣйствія горячихъ спринцеваній, по *Emmet*'у, состоитъ въ сокращеніи и возстановленіи тонуса тазовыхъ сосудовъ, а, стало быть, и въ оттокъ крови отъ матки и ея придатковъ въ общую циркуляцію. Отсюда слѣдуетъ, что при этомъ должны быть преслѣдуемы и всѣ тѣ условія, которыя способствуютъ оттоку крови изъ кровеносной системы органовъ полости таза. Поэтому *лежащее положеніе* при спринцеваніяхъ самое выгодное. Въ виду тѣхъ же соображеній эффектъ отъ этихъ спринцеваній будетъ полнѣе, если больная послѣ нихъ остается лежать въ постели хотя $\frac{1}{2}$ часа. Вышина подвѣшиванія кружки должна быть весьма незначительной, чтобы струя воды не была сильной, такъ какъ вслѣдъ за сильной струей могутъ внезапно развиться грозныя припадки колющаго характера вслѣдствіе спазмодическаго сокращенія матки, или, при одновременномъ существованіи сальпингита, можетъ произойти изліяніе секрета трубъ въ полость брюшины съ послѣдующимъ развитіемъ *peritonit'a*. Наконечникъ употребляется прямой, стеклянный, съ однимъ центральнымъ отверстиемъ, онъ вводится по задней стѣнкѣ рукава почти до свода.

„Несоблюденіе этихъ мелочныхъ правилъ“, говоритъ *Emmet*, „разрушаетъ все благодѣтельное вліяніе горячихъ спринцеваній“; а я бы еще прибавилъ: „и подрываетъ довѣріе къ нимъ не только со стороны больныхъ, но и—врачей“.

Горячія спринцеванія: 1) уменьшаютъ матку во всѣхъ ея размѣрахъ; 2) способствуютъ переходу ея изъ мягкой, рыхлой консистенціи въ плотную; 3) боли успокаиваются, но здѣсь нужно замѣтить слѣдующее: иногда въ первое время примѣненія горячихъ спринцеваній больныя жалуются на появленіе болей или усиленіе уже существующихъ; но это явленіе временное и скоропреходящее и зависитъ отъ развивающихся сокращеній матки, которыя вначалѣ увеличиваются по силѣ и продолжительности, но вслѣдъ за этимъ ожесточеніемъ болей начинается ихъ успокоеніе. Слѣдовательно, здѣсь требуется лишь настойчивость врача,

терпѣніе больной и довѣріе съ ея стороны къ пользующему ее врачу; 4) и относительно секрети изъ полости матки должно сказать тоже, что и о боляхъ: усиливаясь вначалѣ подѣ влияніемъ горячихъ спринцеваній, онѣ постепенно ослабѣваютъ.

Благодѣтельное влияніе горячихъ спринцеваній на теченіе хроническаго метрита не наблюдается однако въ случаяхъ гоноройнаго происхожденія, по причинамъ, указаннымъ выше.

Я могъ бы привести весьма значительное число подробныхъ исторій болѣзней, изъ которыхъ было бы видно, что больныя, одержимыя хроническимъ воспаленіемъ матки, не получали, по ихъ словамъ, никакого облегченія, не смотря на весьма продолжительное лѣченіе; но тѣже больныя считаютъ себя выздоровѣвшими послѣ того, какъ онѣ правильно и педантично исполняли данные имъ совѣты относительно пользованія горячими спринцеваніями, а въ примѣненіи мѣстнаго лѣченія у нихъ преслѣдовался тотъ принципъ, который я выше высказалъ.

Bouilly и *Pozzi* совѣтуютъ, если тяжелыя формы метритовъ осложнены болѣе или менѣе значительнымъ опущеніемъ матки и ослабленіемъ *perineovaginal'*ной перегородки, дѣлать выскабливаніе слизистой оболочки матки, ампутацію шейки или восстановленіе ея въ случаѣ разрывовъ, точно также и промежности, если и послѣдняя нарушена въ своей цѣлости.

Если при метритахъ вообще необходимо заботиться объ удаленіи перѣдко весьма обильнаго секрета изъ полости матки, то при гоноройныхъ метритахъ—это *conditio sine qua non*. Здѣсь въ особенности первой задачей является расширеніе канала шейки матки и забота объ удержаніи его въ такомъ состояніи. Лѣченіе эндометрія ведется и здѣсь согласно вышесказанному.

Въ виду того, что гонококки при перелойныхъ метритахъ забираются въ самыя укромныя мѣста, куда чрезвычайно трудно проникнуть тѣмъ или другимъ орудіемъ, направленнымъ противъ нихъ,—при терапевтическомъ вмѣшательствѣ приходится быть весьма и весьма осторожнымъ, чтобы не натворить еще большихъ бѣдъ. Преслѣдуя этотъ принципъ, я бы никогда не рѣшился произвести въ такихъ случаяхъ выскабливанія слизистой оболочки матки—даже въ случаѣ кровотеченій: вѣдь нельзя быть увѣреннымъ, что острой ложкой удастся удалить всю пораженную слизистую оболочку: а по восстановленіи ея изъ оставшихся неудаляемыми частицъ, восстановится и прежнее ея состояніе. Между тѣмъ опасность возникновенія вслѣдъ за выскабливаніемъ *рага* и *perimetrit'овъ*, *salpingit'овъ*, *perioophorit'овъ* и т. д. чрезвычайно велика. Я видѣлъ немало такихъ воспалительныхъ процессововъ, возникшихъ вслѣдъ за выскабливаніемъ, произведеннымъ даже опытными руками.

Если наречима матки уже сильно уплотнена вслѣдствіе значительнаго развитія соединительной ткани, цирротична, тогда отаается одно лишь средство: это—клиновидная ампутація шейки матки. Длина полости уменьшается послѣ этого на два и болѣе сантиметровъ.

С. Б. Быховскій.

II.

Два случая вѣматочной беременности, оперированныхъ въ Саратовской городской больницѣ.

Хотя почти съ каждымъ днемъ въ литературѣ накопляются случаи вѣматочной беременности, которые были оперированы съ прекрасными исходами, но и до сихъ поръ эктопическая беременность не перестаетъ представлять особенный интересъ для врачей-практиковъ, не только по прекраснымъ результатамъ хирургическаго вмѣшательства, но главнымъ образомъ, по трудностямъ діагноза и по своему топографическому разнообразію, въ виду чего въ нижеслѣдующемъ я приведу двѣ исторіи больныхъ, съ эктопическою беременностью, оперированныхъ мною въ Саратовской городской больницѣ въ 1893^{3/4} году.

№ 1. 7 апрѣля 1893 года, больная М. С., 25 лѣтъ, Саратовская мѣщанка, замужняя, грамотная, занимается домашнимъ хозяйствомъ, поступила въ Саратовскую городскую больницу, жалуясь на насморкъ, головную боль и сильный кашель. При изслѣдованіи найдено: мокрота слизисто-гнойная, при выслушиваніи—въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ слышны свистящіе хрипы. При туалетахъ нѣтъ. Назначено *inf. ipresacuanhae* и *antifebrini*.

Далѣе отмѣчено въ скорбномъ листкѣ: 10/iv. Кашель легче. 11/iv. Головная боль. Жалуется на сильныя боли въ правой половинѣ живота. Въ нижней части правой половины живота прощупывается опухоль, величиною въ кулакъ, безъ рѣзкихъ границъ, очень болѣзненная и немного подвижная. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: матка немного увеличена, подвижна; правый сводъ уплощенъ и очень болѣзненъ, особенно въ своей передней части. Опухоль соотвѣтствуетъ, повидимому, увеличенной правой Фалопіевой трубѣ. Пигментации на животѣ нѣтъ. Изъ грудей ничего не выдавливается. Слизистая половыхъ органовъ имѣетъ нормальную окраску. Назначены Миланскія мушки. Отъ 14/iv до 20-го нѣтъ замѣтныхъ переменъ. 20/iv. Опухоль уменьшается. 23/iv. Опухоль сдѣлалась меньше и плотнѣй. Назначено: ванны въ 29° и *t. rae cannabis indicae*. 26/iv. Схваткообразныя боли въ животѣ. 27/iv. Больная переведена въ гинекологическую палату ко мнѣ для лѣченія.

Больная рассказала слѣдующее: первая крови начала носить съ 14 лѣтъ, которыя сразу установились и ходятъ правильно черезъ 3 недѣли на четвертую, отъ 3-хъ до 5 дней, средней силы. Имѣла 4-хъ дѣтей, изъ которыхъ послѣдняго ребенка родила годъ и два мѣсяца тому назадъ. Выкидышей не было. Во время кормленія грудью носила крови правильно. Въ февралѣ имѣла регулы, которыя затѣмъ черезъ 3 недѣли не пришли, а въ концѣ марта открылись у ней сильныя крови, съ сгустками и съ пленками довольно плотными. Крови продолжались двѣ недѣли и съ тѣхъ поръ она считаетъ себя больной.

При изслѣдованіи найдено: больная ниже средняго роста, сложена правильно, малокровна. Изслѣдованіе грудныхъ и брюшныхъ

органовъ и мочи не представляетъ ничего ненормальнаго. Въ правой паховой области, надъ Пунартовой связкой, прощупывается опухоль съ кулакъ величиною, весьма чувствительная и мало подвижная. Въ виду высокой чувствительности и для болѣе точнаго діагноза, 1 мая больная была изслѣдована подъ хлороформомъ, при чемъ оказалось, что матка въ антеверси, подвижна и значительно увеличена. Правая труба расширена, утолщена, представляетъ собой довольно плотную опухоль, мало подвижную, величиною въ кулакъ. Можно прослѣдить, что отъ праваго рога матки отходить утолщенный конецъ трубы, который непосредственно переходитъ въ опухоль. Правый яичникъ немного увеличенъ и подвиженъ. Лѣвая труба и яичникъ не представляютъ замѣтныхъ измѣненій. Діагнозъ: graviditas tubaria dextra. Назначена ванна и спокойное положеніе. 11/у. Въ виду приготовления больной къ операціи, назначены ей: слабительное, клизмы, влагаліщныя души съ сублиматомъ и мыльная ванна.

12/у. Сдѣланъ разрѣзь по *linea alba*, длиною въ 12 см. и разрушивъ пальцами сращенія, опухоль была выведена наружу, вмѣстѣ съ правымъ яичникомъ. Широкая ножка, которая была образована изъ широкой связки и трубы, перевязана въ три отдѣла и опухоль, развившаяся въ правой трубѣ, была отдѣлена короткими сѣченіями ножницъ вмѣстѣ съ яичникомъ. При осмотрѣ культи было замѣчено кровотеченіе, такъ что эта послѣдняя была немедленно зажата въ жомъ *Tarrier'a* и вновь перевязана въ два отдѣла и еще наложена отдѣльная лигатура на артеріальный сосудъ. Лигатуры коротко обрѣзаны, ножка опущена въ полость живота. Брюшина малаго таза очищена стерилизованными марлевыми компрессами и, осмотрѣвъ лѣвую трубу и яичникъ, приступлено къ наложенію швовъ на брюшную рану. Видя прекрасные результаты въ смыслѣ предупрежденія развитія брюшныхъ грыжъ послѣ лапаротоміи въ клиническомъ институтѣ Великой Княгини Елены Павловны у проф. *Дм. Оск. Оттга*, я усвоилъ себѣ его способъ наложенія швовъ, т. е., накладываются глубокіе, мышечно-апоневротическіе или погружные (*à fil perdu*) и кожные швы для болѣе точнаго соединенія краевъ кожи. Рана опудрена іодоформомъ и обычная повязка. Вырѣзанная опухоль была величиной немного менѣе кулака, бугристая, плотная, представляя изъ себя растянутую Фалопіеву трубу съ прекратившейся беременностью около двухъ мѣсяцевъ. Полость вышолнена сгусткомъ крови. Яичникъ мало измѣненъ и при его разрѣзѣ опредѣляется довольно большое желтое тѣло. Макроскопическій діагнозъ черезъ нѣсколько времени былъ подтвержденъ микроскопически, такъ какъ были найдены ворсины; плодъ рассосался.

13/у. Больная жалуется на боли въ поясницѣ. Мочилась произвольно. Пульсъ—84, дыханіе—28, t° 36,9 $^{\circ}$. Больную рвало нѣсколько разъ.

14/у. Больную немного тошнить. Мочилась; поясница болитъ меньше. Спитъ плохо. Пульсъ—100. Открылись крови. Вино, ледъ во внутрь и морфій подъ кожу.

16/у. Большую рвало два раза утромъ. Ночью спала хорошо. Жалуется на боль въ животѣ. Поставлена клизма изъ глицерина, но испражненія не было, а только сильная перистальтика кишекъ вызвала боли въ животѣ. Крови продолжаютъ. У больной явился аппетитъ, почему ей данъ желтокъ одного яйца. Моча выпускается катетеромъ.

17/у. Больная рвать перестала. Самочувствіе гораздо лучше, хотя жалуется на небольшія боли въ животѣ. Крови продолжаютъ. Пульсъ—120, t^0 —38°.

18/у. Рвало снова два раза вечеромъ. Жалуется на боли въ правомъ паху. t^0 нормальна.

22/у. Швы сняты всѣ. Двѣ верхнія трети раны зажили регриманъ, а въ нижней трети прорѣзали ткань и нагноились. Между швами вышло значительное количество доброкачественнаго гноя, повидимому, скопившагося между апоневрозомъ прямыхъ мышцъ. Рана промыта сулемой 1:2000 и вставленъ небольшой дренажъ въ нижнюю часть раны. Рана нигдѣ не разошлась, даже на мѣстахъ нагноенія. t^0 —нормальна, самочувствіе хорошее.

24/у. Перемѣна повязки, гноя очень мало. Дренажъ оставленъ. Стулъ имѣетъ ежедневный.

Далѣе выздоровленіе идетъ гладко. Такъ какъ больная просила оставить ее въ больницѣ подольше, чтобы лучше поправиться, боясь сейчасъ приниматься за тяжелую работу, то она выписалась только 5/уи 1893 года.

№ 2. 1894 года, 10 мая, поступила въ больницу М. Ф. П., крестьянка, чернорабочая, 30 лѣтъ, замужняя, православная.

Больная жалуется на сильныя боли внизу живота. Говоритъ, что 12 лѣтъ тому назадъ родила дѣвочку и съ тѣхъ поръ ни дѣтей, ни выкидышей не имѣла. Крови всегда носила правильно, черезъ 3 недѣли по 6—7 дней, начавъ ихъ носить съ 14 лѣтъ. Никогда ничѣмъ раньше не болѣла. Съ января мѣсяца этого года кровей нѣтъ, но беременной себя не считаетъ. Въ животѣ прощупывается опухоль, стоящая своей верхней границей пальца на три выше симфизиса, но, вслѣдствіе сильной боли нельзя точнѣе ощупать эту опухоль. Матка въ антефлексіи и сильно прижата къ симфизису; лѣвый сводъ свободнѣе, чѣмъ правый, въ которомъ прощупывается нижній сегментъ опухоли, плотной и бугристой. Въ виду воспалительныхъ явленій брюшины назначенъ ледъ и во внутрь опій. Диагнозъ—эктопическая беременность.

15/у. Больная чувствуетъ себя лучше. Назначены мушки на низъ живота. t^0 все время нормальна. Боли немного меньше.

22/у. Боли меньше. Ванны въ 30°, согрѣвающие компрессы и влагалитыя души въ 35°.

23/у. При изслѣдованіи опредѣляется опухоль, верхняя граница которой въ лѣвой половинѣ живота стоитъ выше пупка на два поперечныхъ пальца, на средней линіи круто опускается книзу, такъ что находится на срединѣ между пупкомъ и лонномъ, а справа спускается еще ниже. Опухоль довольно плотной консистенціи, но не вездѣ одинаковой, а, именно, справа плотнѣй,

чѣмъ слѣва. Опухоль почти неподвижна. Цвѣтъ слизистой оболочки наружныхъ частей и влагалища нормальный. Матка антефлексирована, прижата къ симфизу, шейка немного увеличена, плотна,—наружный зѣвъ пропускаетъ свободно палецъ до втораго сустава. Своды выполнены плотной, бугристой опухолью. Дно матки не ясно прощупывается надъ симфизомъ и почти непосредственно переходитъ въ опухоль. Были сдѣланы попытки маленькой кюреткой добыть частицу слизистой оболочки для микроскопическаго изслѣдованія на децидуальныя клѣтки, но петля и зондъ только входили на 5 см., повидимо (у, до угла перегиба матки. Лѣчение тоже.

28/у. Больная чувствуетъ себя сравнительно хорошо. Боли незначительныя.

15/vi. Замѣченъ быстрый ростъ опухоли. Предложена операція, на которую получено согласіе.

28/vi. Снова была изслѣдована подъ хлороформомъ *ex consilio*, но мнѣнія раздѣлились относительно діагноза: кистома, эксудатъ или эктопическая беременность. При изслѣдованіи въ тотъ-же день до хлороформированія были мною опущаемы въ этой опухоли ясные толчки какъ-бы плода, но во время хлороформнаго наркоза никто изъ товарищей не ощущалъ этихъ движеній. Сама больная говоритъ, что не чувствуетъ никакихъ движеній плода въ животѣ и отрицаетъ беременность. Сердцебиеній плода не слышно, изъ груди ничего не выдавливается. Изслѣдование дало ту-же картину. Рѣшено оперировать.

1/vii. Послѣ обычной подготовки больной къ операціи, подъ хлороформомъ *Pictet*, сдѣланъ разрѣзъ по *linea alba*, см. 15 длины и, когда была вскрыта брюшина, открылась подъ сальникомъ синеватаго цвѣта опухоль съ тонкими стѣнками въ особенности съ лѣвой стороны. Введена рука для изслѣдованія, при чемъ оказалось, что опухоль состоитъ изъ мѣшка, наполненнаго жидкостью и сильно сросшагоси съ кишками, маткой и тазовой брюшиной. Въ лѣвой верхней части мѣшка прощупывалась головка плода величиною въ небольшой апельсинъ. При осторожныхъ попыткахъ отдѣлить сращенія, мѣшекъ лопнулъ и излилась амниотическая жидкость. Отверстіе весьма дряблага мѣшка было быстро расширено и исвлеченъ плодъ мѣсяцевъ шести величины, при чемъ дряблая пуповина разорвалась. Конецъ пуповины зажать пальцами, а пуповина плода перевязана, такъ какъ онъ былъ живъ, кричалъ и его успѣли окрестить. Матка увеличена до двухъ мѣсяцевъ беременности, трубы и яичники не измѣнены. Плодъ лежалъ косо: головкой вверхъ и влѣво, ягодицами внизъ и вправо, а спинкой къзади, почему и не было слышно сердцебиеній его. Въ это время открылось весьма сильное кровотеченіе въ мѣшкѣ, повидимому, изъ мѣста прикрѣпленія плаценты, которая поэтому была быстро удалена по частямъ, часть мѣшка удалось отдѣлить отъ сращеній и вывести наружу. При этомъ было замѣчено, что на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты въ части мѣшка, выведенной наружу и зажатой въ рукѣ, находился крупный артеріальный сосудъ, изъ котораго

кровь била струей. Эта часть мѣшка перевязана въ три отдѣла. и иссѣчена. Задняя часть мѣшка, спаянная съ кишками осталась; кровь была удалена компрессами и опять было замѣчено весьма сильное паренхиматозное кровотеченіе изъ кармана между листками правой широкой связки. Этотъ карманъ и задній дугласъ плотно выполнены полосами марли, концы которой выведены въ нижнюю часть брюшной раны. Кровотеченіе остановилось. Брюшная рана защита глубокими, мышечно-апоневротическими и кожными швами. Повязка. Пульсъ во время операціи былъ полный, 80 въ минуту. Вся операція съ наложеніемъ швовъ продолжалась 45 минутъ. Назначенъ ледъ на животъ и эрготинъ подъ кожу. Диагнозъ: graviditas abdomin. VI м.

Больная въ 4 часа вечера начала жаловаться на схваткообразныя боли внизу живота, изъ матки показалось кровянистое отдѣленіе, а въ 6 часовъ вечера отошла довольно толстая отпадающая оболочка. Больную немного тошнить и нѣсколько разъ рвало. Подъ кожу морфій.

2/уш. Пульсъ хорошъ, t^0 нормальна; продолжаетъ ее тошнить. Моча выпускается катетеромъ.

3/уш. Жалуются на боли въ животѣ, который немного вздутъ. Ледъ и опій.

4/уш. Нѣтъ ни тошноты, ни рвоты. Боли меньше. Поставлена клизма изъ глицерины, послѣ которой отошли газы и немного кала.

5/уш до 8/уш. Температура по вечерамъ 38,5, утромъ нормальная. Самочувствіе не дурно. Стулъ имѣетъ ежедневно, мочится сама.

9/уш. Тампонъ вынуть, при чемъ вышла масса сукровичнаго зловоннаго гноя. Въ полость введена полоска іодоформенной марли. Швы всѣ сняты, вездѣ *prima intentio*.

10/уш. t^0 37,8 0 ; перемѣна повязки. Полость промыта теплымъ растворомъ борной кислоты (3 0 /о), при чемъ вышла масса омертвѣвшихъ кусковъ ткани, по всей вѣроятности, остатковъ плаценты.

15/уш. Полость быстро заживаетъ. Больной позволено сидѣть.

19/уш. Больная ходитъ, чувствуетъ себя хорошо; полость почти вся выполнена и выдѣляетъ очень мало гноя.

21/уш. Осталась небольшая поверхностная ранка.

6/уш. Выписана совершенно здоровой.

С. Шабельскій.

Редакторы: { Д. Оттъ.
Л. Личкусь.

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

1) Travaux d'électrothérapie gynécologique. Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique fondées et publiées par le dr. G. Apostoli. Volume I, Fascicules I et II. Paris. 1894.

2) Медицинскій сборникъ, издаваемый Императорскимъ Кавказскимъ Медицинскимъ Обществомъ. № 56. Тифлисъ, 1894 г.

3) Николай *Гапонскій*. Ueber Verbreitung und Endigung der Nerven in den weiblichen Genitalien. (отдѣльный оттискъ изъ Archiv für Gynäkologie).

4) *М. Волковичъ*. О лечебныхъ свойствахъ салаола при холерномъ поносѣ. Варшава. 1894.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА

НА 1895 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

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

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

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

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

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

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

2—(3)

Редакторъ *Ө. Мищенко.*