

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

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. СНЕГИРЕВА,

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 БАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ VIII.

1894.

С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

1894.

ОГЛАВЛЕНИЕ VIII ТОМА.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

	СТР.
Ануфриевъ А. А. Къ казуистикѣ опухолей наружныхъ половыхъ органовъ у женщинъ	633
— — — Къ учению о человѣческихъ уродствахъ	617
Бекманъ В. Г. Къ вопросу объ изслѣдованіи роженицъ per rectum.	808
— — — Къ этиологии выворотовъ матки послѣ родовъ	518
Брандъ А. Ф. Къ патологической анатоміи первичныхъ злокачественныхъ новообразованій тазовой клѣтчатки и объ измѣненіяхъ, вызываемыхъ ими въ маткѣ и придаткахъ ея	603
— — — Къ этиологии кистъ малыхъ губъ vulvae	857
Бржезинскій В. А. Медицинскій отчетъ о дѣятельности акушерскаго отдѣленія гинекологической клиники проф. <i>Н. В. Ястребова</i> при Императорскомъ Варшавскомъ университетѣ за 1890, 1891 и 1892 гг.	97 и 194
Варидарскій С. Т. Къ казуистикѣ полныхъ разрывовъ матки во время акта родовъ	187
— — — Случай разсѣченія лоннаго соединенія	23
Димантъ Е. Б. Новое видоизмѣненіе акушерскихъ шипцовъ	971
— — — Экспериментальныя изслѣдованія о вліяніи сѣченія лоннаго соединенія на размѣры таза	13
Драницынъ А. А. Къ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при гидронефрозѣ	321
— — — Случай излѣченія порочнаго развитія мочеиспускательнаго канала, осложненнаго недержаніемъ мочи	567
Ивановъ А. И. Къ вопросу о родахъ, осложненныхъ фибромиомами матки	444
Клаузинская Ю. Отчетъ о дѣятельности Варшавскаго VI городского родильнаго пріюта со времени его открытія	637
Купидоновъ В. Электротерапія при пери- параметритахъ	725
Лацковъ М. Къ вопросу о примѣненіи ферратива при metrorrhagi'яхъ	1062
Липинскій С. Случай близнецовъ, сросшихся нижними концами грудины	33
Львовъ И. М. О поврежденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ при половомъ сношеніи	279
Массень В. Н. Дальнѣйшія данныя къ вопросу о патогенезѣ эклампсіи	3
— — — Случай врожденнаго отсутствія глазныхъ яблокъ	357

	СТР.
Мионовъ М. М. Къ техникѣ выскабливанія полости матки	1066
Михинъ П. Къ вопросу о вѣматочной беременности	413
— — Чревосѣченіе при частичныхъ зарощеніяхъ родового канала	84
Муратовъ А. А. Къ лѣченію подслизистыхъ и фиброзныхъ опухолей матки въ послѣродовомъ періодѣ	869
Оттъ Д. О. Объ оперативномъ лѣченіи пузырно-влагалищныхъ фистулъ, осложненныхъ разрушеніемъ мочеиспускательнаго канала	513
— — — Современное положеніе вопроса о радикальномъ лѣченіи фиброміомъ матки	69
Паргаминъ М. Н. Весьма рѣдкій случай многоплодныхъ родовъ	894
Потъенко В. В. Семь чревосѣченій	780
Поюроевскій Г. Г. Примѣненіе постоянного орошенія для подготовленія пузырныхъ фистулъ къ оперативному лѣченію	553
Разумовскій М. И. Отчетъ по родильному отдѣленію Одесской городской больницы за 1893 г.	819
Сережниковъ Г. П. Къ дифференціальному распознаванію эхинококка и другихъ мѣшеччатыхъ образованій женской половой сферы	312
— — — <i>Uterus duplex bicornis cum vagina subseptata infrasimplici</i> или <i>uterus didelphys cum vagina subseptata infrasimplici</i>	183
Соловьевъ А. Н. Опухоль Фаллопіевой трубы съ жидкимъ содержимымъ, вскрывшимся выше пупка. Удаленіе мѣшка. Выздоровленіе	629
Строгановъ В. В. Добываніе посредствомъ самовара стерилизованной воды для асептическихъ операцій	953
— — — Къ вопросу объ асептическомъ методѣ при операціяхъ	175
Улезко-Строганова К. П. Къ патологіи кистъ дѣвственной плевы и влагалища	115
Фавръ В. Перфораторъ-буравъ	1071
Федоровъ И. И. Электризація по методу д-ра Александра при лѣченіи gonorrhoea ascendens	28
Фейнбергъ Б. И. <i>Inversio vesicae urinariae per fissuram abdominis cum atresia vaginae</i> у новорожденной дѣвочки	967
Феноменовъ Н. Н. Къ казуистикѣ поврежденій, наносимыхъ sub coitu	1043
Филоновичъ В. П. Два случая стеноза влагалища	887
Хомицкій П. В. Къ вопросу о происхожденіи кистъ влагалища. Киста передней стѣнки влагалища	1054
Черномордикъ-Гинзбургъ М. Къ казуистикѣ продырявленія матки самой больной съ цѣлью вызвать абортъ	801
Штольцъ В. И. Дѣло д-ра Піотровича съ судебно-медицинской точки зрѣнія	454
Щеткинъ Д. С. Къ вопросу о судебно-медицинскомъ значеніи мѣста разрыва кольцевидной дѣвственной плевы при мастурбаціи	438

II. УКАЗАТЕЛЬ ИМЕНЪ.

А) Русскіе.

- Агаоновъ С. Н.** 47, 912.
Александровъ А. Н. 913.
Ануфриевъ А. А. 246, 617, 633, 912, 1009.
Артемьевъ А. П. 1078.
Бабаевъ А. Н. 480.
Баташовъ 410.
Бапевичъ Е. Ф. 64, 136, 365.
Бекманъ В. Г. 518, 808.
Беллинъ Э. Ф. 1004.
Богаевскій А. 918
Брандтъ А. Ф. 603, 857, 914.
Бржезинскій В. А. 97, 194, 911.
Букоемскій Ф. В. 912.
Быховскій С. Б. 406, 597, 940.
Бѣлиловскій К. А. 912.
Вастень 50, 932.
Введенскій А. А. 258.
Верницъ И. 698.
Виридарскій С. Т. 23, 39, 131, 187, 240.
Волкова М. М. 933.
Войцѣховскій А. И. 911.
Воробьевъ Д. А. 577.
Воскресенскій М. А. 912.
Воффъ И. А. 912, 1006.
Гавронскій Н. Д. 589, 669, 695.
Гейнацъ В. Н. 1006.
Гинзбургъ 922.
Головчинеръ М. С. 918.
Гордонъ Л. 54.
Груздевъ В. С. 927, 930, 1005.
Даниловичъ И. О. 147.
Димантъ Е. Б. 13, 133, 475, 971.
Докупевская М. А. 469, 978.
Долгополовъ Н. И. 1009.
Драницкинъ А. А. 38, 130, 239, 321, 469, 567, 907, 912.
Дрентельнъ Е. 1036.
Дубенскій И. И. 914.
Дьяконенко Н. П. 1009.
Евменьевъ В. А. 51.
Живописцевъ 575.
Заболотскій А. П. 914, 978.
Замшинъ А. И. 47, 130, 474.
Захарьевскій А. 499.
Заявцкій С. С. 259, 996, 1008.
Зенковъ А. М. 1008.
Змигродскій К. 911.
Ивановъ А. И. 444.
Каземъ-Бекъ П. 913.
Какушкинъ Н. М. 137, 249, 475, 585, 977, 1078.
Камеразъ Б. 929.
Капланъ А. И. 258.
Кирѣевъ Д. М. 911.
Клаузинская Ю. 637.
Ковалевскій П. И. 254, 255, 481, 482, 917.
Комаревскій Н. 991.
Котелянскій В. О. 256.
Кочетковъ А. 922.
Красноглазовъ В. П. 480.
Крассовскій А. Я. 42, 364, 365.
Купидоновъ В. 725.
Лазаревичъ И. П. 64.
Ланговой А. П. 919.
Ланковъ М. 914, 1062.
Лапшинъ А. 249.
Лебедевъ А. И. 46, 50, 62, 66.
Лебенсбаумъ 846.
Либерзонъ Е. А. 574.
Липинскій С. 33, 837.
Литкенсъ А. А. 405.
Личкусъ Л. Г. 140.
Лорисъ-Меликовъ 1002.
Львовъ И. М. 50, 54, 61, 279, 377, 477, 478, 835, 934, 987, 989.
Лянцъ А. И. 480.
Мазуркевичъ А. К. 363.
Маминовъ А. Я. 929.
Массень В. Н. 3, 123, 239, 257, 363, 470, 474, 911, 912.
Мацѣевскій К. Ф. 37.
Мершъ Г. 913.
Миллеръ В. Я. 56.
Мировновъ М. М. 137, 497, 932, 1008, 1066.
Михайлова Е. А. 1003.
Махинъ 84, 413.
Муратовъ А. А. 869, 928.
Наркевичъ 584.
Никитинъ М. Д. 917.
Никольская А. И. 52.
Оленинъ С. К. 131, 581, 582, 930.
Онуфриевъ В. М. 257.

Орловъ 52.
Оттъ Д. О. 69, 131, 238,
365, 367, 470, 475, 513,
592, 838, 905, 913, 981,
985.

Павловъ А. П. 912.
Павскій С. 931.
Панфиловичъ М. А.
915, 916.
Паргаминъ 894, 1007.
Парышевъ Д. А. 59.
Потѣенко В. В. 715, 780.
Покуровский Г. Г. 553.
Прокопьевъ Г. 250.
Пулавскій 852.

Рауумовскій М. И. 819.
Рапчевскій 849.
Рачинскій Н. И. 130,
252, 363, 471, 905.
Рейнъ Г. Е. 46, 51, 52,
55, 130, 131, 588, 911.
Розевичъ Г. 1004.
Розенталь Я. 854.
Рузи Д. А. 910.
Рутковский 475, 914.
Рымша А. Р. 127.
Рѣзниковъ О. 583, 699,
1082.

Савицкій 851.
Савченко Ф. 913.
Саловскій П. Т. 913.
Сазонова М. Г. 911.
Сенковский 840.

Сережниковъ Г. П. 183,
240, 312, 365.
Славянскій К. Ф. 150,
368, 905.
Смольскій И. И. 47, 61.
Совѣтовъ 481.
Соловьевъ А. Н. 629,
915.
Соловьевъ Г. А. 247,
248, 573, 1007.
Столыпинскій В. А.
913, 1002.
Стравинскій Н. И. 145,
364, 368, 474.
Строгановъ В. В. 64,
131, 176, 913, 953.
Сутугинъ В. В. 61, 65.

Тепловъ П. Я. 836,
988, 989.
Тяпковъ В. В. 928,
1003, 1007.
Томсонъ Г. И. 579.

Улезко-Строганова 115.

Фавръ В. 1071.
Федоровъ И. И. 28, 138,
913.
Фейнбергъ 967, 991.
Феноменовъ Н. Н. 48,
55, 62, 64, 66, 131,
137, 913, 926, 1043.
Филоновичъ В. П. 887,
977.

Фишеръ А. Р. 67, 242,
474, 910, 914.
Фогель 914.
Фраткинъ 48.

Хазанъ С. 675.
Хомипкій П. 1054.
Хростовскій Л. 914.

Черномордикъ - Гинз-
бургъ 801.
Чопъ 250.

Шабельскій С. 946.
Шевелевъ Н. Н. 929.
Шиперовичъ М. 924.
Шлоккеръ Г. 1009.
Шорръ Я. 248.
Шрайберъ Л. 582, 670.
Штольцъ В. И. 454, 474,
904, 984.

Щеткинъ Д. С. 438,
914.

Эберманъ А. Л. 239,
365.

Юровский Д. Я. 934.

Яворовскій А. 848.
Яковлевъ М. П. 581.
Якубъ I. Ю. 244.
Яновскій Р. К. 916.
Ястребовъ Н. В. 912.

Фаворскій В. Г. 911.

Б) ИНОСТРАННЫЕ.

Adenot 268.
Amann 589.
Anderson 483.
Apostoli 586.
Arendt 393.
Arnould 266.

Bäcker 148.
Barnes 1099.
Batuaud 1011.
Bensinger 390.
Betrix 1018.
Binaud 1017.
Bonnet 1010, 1014.
Borisowicz 672.
Bosis 588.
Bourges 1011.
Braitwaite 484.

Brennecke 1086.
Brohl 400.
Buechler 1090.
Burckhardt 403.
Butler 1115.
Butte 271.

Calderini 396, 592.
Carle 587.
Caruso 589.
Charles 503, 504, 505.
Charpentier 273.
Chrobak 389.
Condamin 506.
Cripps 488.
Crosti 591.
Czempin 689.

Dickinson 483.
Döderlein 387.
Doktor 498.
Dohrn 695, 699.
Doléris 260, 1011, 1016.
Dor 505.
Doyen 586.
Dupuy 1018.

Eames 1093.
Eastes 492.
Eberhart 699.
Eisenhart 1031.
Emanuel 1087.

Feis 495, 677.
Fernvald 1025.

Finsi 1094.
 Flaischlen 939.
 Foveau de Courmelles 586.
 Fraenkel 681, 1026.
 Fraisse 1013.
 Frank 589.
 Franqué 938.
 Freund 1014.
 Fritsch 1099.
 Frommel 1033.
 Füth 1086.

Gaertig 1085.
 Gardiner 1114.
 Goelet 1112.
 Goenner 673, 935.
 Goldberg 1085.
 Gottschalk 1029.

Harris 1103.
 Henck 392, 935.
 Hindle 491.
 Hochsteller 380.
 Hofmeier 959.
 Holstein 1012.
 Horrocks 1097.

Jaboulay 505.
 Jakobs 502, 586, 588, 590.
 Jordan 490.

Kehrer 496, 701.
 Kelly 1092, 1095.
 Kisch 394.
 Konikow 401.
 Krönig 386, 587.
 Krohl 402.
 Küstner 686.

Landau 586, 587.
 Lefour 270.
 Lentzer 591.
 Leopold 497, 585, 588,
 671, 700.
 Levis 1105,
 Levrat 506.

Leyden 692.
 Löhlein 386, 399.
 Ludwig 1029.
 Luther 703.

Mackenrodt 692.
 Madlener 702.
 Mancusi 586.
 Mangiagali 586.
 Mars 589.
 Martin 396, 586, 587.
 Matthaer 679.
 Mende 586.
 Menge 699.
 Merz 403.
 Monod 267.
 Morisani 585.
 Müller 395, 589.
 Müllerheim 383.
 Munde 1098.

Neumann 1032.
 Noll 670.
 Noorden 395.

Oliwer 1114.
 Olivier 1018.
 Olshausen 1082.
 Owens 1108.
Pagenstecher 389.
 Pawlik 591.
 Pean 586.
 Pelzer 697.
 Petit 1014.
 Pezze 590.
 Pfannenstiel 673, 698.
 Pinard 586.
 Pozzi 506, 587.
 Prochownick 694.

Quenu 272.

Reclus 1010.
 Regis 274.
 Regnier 1013.
 Reynier 267.

Richelot 509.
 Ries 500.
 Robson 487.
 Roettinger 401.
 Rollet 269, 508.
 Rosner 161, 167.
 Rossa 500, 1028.
 Runge 1031.

Sänger 586, 588, 677.
 Segond 509.
 Schauta 398.
 Schmid 1022.
 Schwarz 1083.
 Schultze 590, 691.
 Sippel 675, 676, 703.
 Smith 1110.
 Solmann 163.
 Solowij 1084.
 Spinelli 585.
 Sprengle 493.
 Strassman 495.

Tarnier 1018.
 Theilhaber 1023, 1032.
 Thelen 674.
 Thorn 390, 693, 1086.
 Tibone 587.
 Treyman 395.
 Tuffier 271.

Vargos 1108.
 Veit 936.
 Vignard 505.
 Villard 1012.
 Vuillet 587, 671.

Warman 169.
 Wehle 404.
 Weis 1027.
 Willett 491.
 Winckel 589.
 Woerz 388, 676, 1084.
Zweifel 400, 585, 588.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ СОДЕРЖАНИЯ.

А.

- Adenoma матки 378.
Акушерки 911, 1078.
Амниотический пупокъ 388.
Anophthalmia congenita 239, 357.
Антисептика при лѣченіи воспаления матки 268.
Асептика при операціяхъ 175, 913, 953. — въ акушерствѣ 386, 699, 918.
Atresia, см. заращеніе.
Атрофія острая печени 670.

Б (В).

- Бактеріи влагалища, вліяніе ихъ на родовой періодъ 403.
Бартолиновы железы, перелой ихъ 258.
Безплодіе, причины его 1007.
Беременность, — вѣматочная 38, 47, 127, 163, 250, 256, 271, 397, 405, 413, 505, 836, 911, 912, 928, 1003, 1026, 1108. — въ двурогой маткѣ 163, 1009. — измѣненія положенія и искривленія матки при ней 249, 484, 588, 1029. — многоплодная 1009. — послѣ ventrofixatio 399. — послѣ излѣченія сальпингита 1021. — при порочномъ развитіи полового канала 912.
Беременная матка, дно ея 589. — ракъ ея 978, 981, 1023. — фиброміомы ея 161.
Беременные, — душевное состояніе ихъ 481. — куриная слѣпота у нихъ 1004. — обмѣнъ у нихъ 499. — операціи у нихъ 54, 163, 263, 939. — перемежающаяся лихорадка у нихъ 248, 573, 582. — рвота чрезмѣрная у нихъ 401, 911. — сифилисъ у нихъ 504. — hydroorrhoea у нихъ 675.
Близнецы 33, 505.

Брефотомія 248.

Брюшина, — туберкулезъ ея 835.
— мнимый слизевикъ ея 471.

В (V).

- Vaginofixatio 399.
Walcher'овское положеніе ногъ при акушерскихъ операціяхъ 404.
Ventrofixatio 399, 502, 506, 581, 689, 931.
Вибраціи при лѣченіи фиброміомы матки 933.
Viburnum prunifolium въ акушерствѣ 1003.
Влагалище, бактерии его 403. — выдѣленія и отдѣленія его 386, 387, 914. — двойное 914, 1009. — инородная тѣла въ немъ 480, 492. — кровяная опухоль его 582. — недоразвитіе его 1005. — новообразованія его 115, 698, 1054. — свищи его 513, 553, 692. — суженія и зарощенія его 854, 887, 967, 977. — удаленіе черезъ него матки 674, 978, 1006, 1010. — удаленіе придатковъ 989.
Вода, обезпложенная въ самоварѣ 953. — околоплодная, происхожденіе ея 1005.
Выкидышъ 169, 483, 673, 801, 922. — трубный 588.
Выворотъ матки 244, 518, 914, 915, 934.
Выпаденіе — матки 506, 509, 581, 686, 848, 1006, 1011, 1014. — — — лѣченіе его влагалищнымъ вырѣзываніемъ 1006. — — операція Freund'a при немъ 1014. — задней стѣнки влагалища 699.
Выскабливаніе — при фиброміомахъ матки 52. — прободеніе стѣнки матки при немъ 719, 1018. — техника его 1066.

Г (G).

- Гидронефрозъ 321.
 Гистеропексія, см. Ventrofixatio.
 Глаза, отсутствіе ихъ у новорожденныхъ 239, 357.
 Глицеринъ для вызыванія преждевременныхъ родовъ 673, 697, 698, 1032.
 Головка плода, отрывъ отъ туловища 266.
 Gossyrium herbaceum 584.
 Грыжа, кишечно-влагалищная 699.
 — матки 400. — пупочная, одновременно съ кистой яичника 915. — фаллопиевой трубы 1115.
 Губки при операціяхъ, асептичность ихъ 913.
 Губы большія, — molluscum fibrosum ихъ 480. — кровяная опухоль ихъ 582, 929.
 Губы малыя, кисты ихъ 857.
 Гематома, см. кровяная опухоль.

Д (D).

- Двуснастіе 400, 491, 1004.
 Дермоидъ, см. коживиъ и киста дермоидная.
 Дизменорея цервикальная 670
 Диабеть см. мочеизнуреніе.
 Дренажъ брюшной полости 589.
 Дыханіе, легочное у новорожденныхъ 1031. — плацентарное 271.
 Дѣвственная плева, — беременность и роли при цѣлости ея 1008. — зарощеніе врожденное ея 840, 914. — кисты ея 115. — разрывы ея при рукоблудіи 433.

З (Z).

- Заматочная кровяная опухоль 272.
 Замѣтки, акушерско-гинекологическія 715.
 Заносъ пузырьный 496.
 Зарощенія родового канала 406, 500, 840, 914, 967, 1114. — чревосѣченіе при нихъ 84.
 Зубы, внутритрубное прорѣзываніе 1005.

И (I).

- Иностранцы Сибири, женщина у нихъ 912.

К (K).

- Кавернозная опухоль шейки матки 914.
 Камень, — въ пузырно-влагалищной полости 854. маточный 390.
 Кастрація, см. осклопеніе.
 Кесарское сѣченіе 167, 702, 1002 1103.

- Киста, — влагалища 115, 1054. — дермоидная 470, 505, 906. дѣвственной плевы 115. — мальхъ губъ 857. — пароваріальная 39, 990. — широкихъ связокъ 59. — яичниковъ 33, 127, 130, 377, 915, 988. — — нагноеніе ея 924. — — перекручиваніе ножки ея 913. — сообщеніе ея съ прямой кишкой 488. — — туберкулезья 702 — — у беременныхъ 263, 987. — ракъ ея 490. — кишка прямая, — изслѣдованіе черезъ нее 500, 808. — непроходимость ея 702.
 Ключица, — переломъ ея у ребенка 691. — перерѣзка при эмбриотоміи 926.

- Coitus, см. половыя сношенія.
 Кольпейринтеръ, — при выворотѣ матки 913. — при предлежаніи послѣда 684.
 Конгрессъ въ Римѣ 585.
 Кормилицы, — передача имъ сифилиса 929.
 Кормленіе грудью, — атрофія матки при немъ 1086. — внезапная потеря молока 1004. — душевныя заболѣванія въ періодѣ кормленія 482.

- Корнугинъ 402.
 Кровоизліяніе, — околоматочное въбрюшинное 1007.
 Кровообращеніе у новорожденныхъ 495.
 Кровотеченія маточныя, — вызываніе матки по поводу ихъ 913. — послѣродовыя 936, 1095. — при Верльгофовой болѣзни 583. — солевой растворъ противъ нихъ 1093, 1097. — ферратинчъ противъ нихъ 1062.
 Кровь матери, мочевины въ ней 495.
 Кровяная опухоль наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища 582, 1085.
 Круглыя связки, укороченіе ихъ 1098.

Л (L).

- Лампа керосиновая для гинекологическихъ операцій 988.
 Lagoenn'e способъ гистеропексіи 506.
 Лигатура эластическая для перевязки ножки 699.
 Лонное соединеніе, — врожденное расщепленіе его 388. — расщепленіе его во время родовъ, см. симфизеотомія.

М.

Маисовая головня для усиленія потугъ 927.
 Мalaria у беременныхъ и родильницъ 248, 573, 582.
 Марганцево-кислый кали въ гинекологіи 267.
 Массажъ при женскихъ болѣзняхъ 51, 592.
 Матка, — аденома ея 378. — атрофія ея при кормленіи грудью 1086. — бугорчатка ея 702, 1087. — воспаленіе ея 263, 940, 1018. — выворотъ ея, см. это слово. — выпаденіе ея, см. это слово. — вырѣзываніе ея черезъ влагалище 38, 130, 239, 363, 377, 378, 379, 469, 470, 477, 506, 590, 614, 905, 1010, 1090. — выскабливаніе ея, см. это слово. — двурогая 183, 721, 914, 1009. — зарощеніе ея 406. — измѣненія ея формы и наклоненіе ея 249, 267, 579, 588, 681, 689, 701, 931, 1029. — міомотомія и надвлагалищная ампутація ея 38, 39, 130, 239, 363, 389, 396, 400, 469, 487, 586, 699, 700, 703, 905, 1086, 1110. — отсутствіе ея 1005. — пришиваніе къ брюшной стѣнкѣ, см. ventrofixatio. — прободеніе ея 719, 801, 1018. — разрывы ея 39, 187, 246, 403, 491, 581, 695, 922, 932, 1003. — ракъ ея 38, 56, 239, 363, 396, 469, 470, 477, 905, 914, 978, 1023. — распространеніе изъ нея микробовъ 913. — фибромы ея 37, 39, 52, 69, 130, 161, 238, 239, 240, 363, 377, 378, 379, 395, 444, 470, 471, 483, 575, 592, 869, 905, 933, 1013, 1110, 1112. — физиологическія разстройства ея 260.
 Маточные рога, результаты перерѣзки ихъ и резекціи 252.
 Меконій — преждевременное отхожденіе его 1028.
 Менструація 497. — болѣзненная 670. — психозъ во время ея 255.
 Минеральная вода Старорусскія при женскихъ болѣзняхъ 913.
 Многоводіе, этиологія его 1005.
 Молоко 1029. — патологія отдѣленія его 577, 1004.
 Молочная железа, — бугорчатка ея 1012. — вліяніе на нее нервной системы 932. — измѣненія ея послѣ удаленія соска 481.
 Морфинизмъ и женскія болѣзни 574.
 Моча при остеомаляціи 1032.
 Мочевой пузырь, — вліяніе на него

болѣзни матки 365. — выворотъ его чрезъ брюшную щель 388, 588, 967. — двойной 1086. — свищи его 513, 553, 692. — эндоскопія его 591.
 Мочезнуреніе сахарное у беременныхъ 911.
 Мочепускательный каналъ 1005. — микробы его 669. — перелой его 258, 269, 508. — порокъ развитія его 567, 590. — разрушеніе его 513, 837.

Н (N).

Наружные половые органы, — воспаление ихъ 677. — кровяная опухоль ихъ 1085. — новообразованія ихъ 480, 633, 698, 914.
 Насѣчки на губахъ во время родовъ 503.
 Нервы женскихъ половыхъ органовъ 589, 695.
 Новорожденные, — кровообращеніе у нихъ 495. — оживленіе мноумершихъ 691. — перелой у нихъ 692. — причины легочнаго дыханія у нихъ 1031. — разрывъ промежности у новорожденнаго 851.
 Ногодержатель Pagenstecher'a 389.

О.

Обмѣнъ у беременныхъ и родильницъ 499.
 Общества, — акушерско-гинекол. въ С.-Петербургѣ 37, 43, 123, 140, 238, 363, 469, 904. — русскихъ врачей въ память Пирогова 46.
 Овариотомія при беременности 54, 130.
 Овуляція 497.
 Оофоронексія 505.
 Операции гинекологическія, — модели изъ глины для демонстраціи ихъ 589.
 Орощеніе постоянное при лѣченіи пузырныхъ свещей 553.
 Осколпленіе 1089.
 Остеомаляція 386, 1032, 1089.
 Отчетъ, — акуш.-гин. Общ. въ Спб. за 1893 г. 140. — акуш. отдѣл. Варшавской клиники 97, 195. — акуш. отдѣл. клиники Славянскаго 910. — бібліотекаря акуш.-гин. Общ. въ Спб. 147. — Варшавскаго 6-го родильнаго пріюта 637. — Гаванскаго род. пріюта 911. — Екатеринбургск. род. дома 257. — казначая акуш.-

гин. Общ въ Спб. 145. — Одес-ской гор. больницы по родиль-ному отдѣленію 819. — Спас-скаго родильнаго пріюта 911. — Тамбовск. больницы по гинек. и родильн. отдѣл. 930.

П (P).

Параметритъ 725, 987.
 Перекись водорода при пuerпе-ральныхъ язвахъ 1009.
 Перелой 258, 269, 692, 703, 845, 1016, 1082.
 Перфораторъ 1071.
 Пессарій, ущемившій шейку матки 492.
 Печень, — острая атрофія ея 670.
 Піотровича дѣло 454, 954.
 Плодъ, — новообразованія у него 363. — положеніе его въ маткѣ 715, 718, 911, 929. — порокъ разви-тія его 388. — черепъ его по отношенію къ черепу матери 935.
 Поворотъ 474, 1082.
 Половая зрѣлость, начало ея у обитательницъ Россіи 930.
 Половыя сношенія, — поврежденія при нихъ 279, 1043, см. также совокупленіе.
 Porro, — операція его 490, 581, 590. — жизнь и дѣятельность его 1105.
 Послѣдъ, — болѣзни его 938. — за-держаніе его 410. — предлежаніе его 392, 684, 935, 939, 1009. — преждевременное отдѣленіе его 1027. — распознаваніе мѣста прикрѣпленія 676.
 Послѣродовой періодъ, — гнило-кровіе 918, 1033. — заворотъ кишекъ 987. — кровотеченія во время его 936, 1095. — малярія при немъ 573. — наклоненіе таза въ зависимости отъ него 912. — обмѣнъ веществъ во время его 499. — психозы во время его 254, 482. — спорынья по отно-шенію къ нему 402. — столбнякъ во время его 846. — удаленіе матки во время его 703. — фибро-міомы матки при немъ 575, 869. — эритема во время его 1085.
 Потуги и майсовая головня 927.
 Почка, — удаленіе ея при ruope-phrosis 919.
 Придатки, — болѣзни ихъ 1012. — удаленіе ихъ влагалищное 477, 989. — удаленіе чревосѣче-ніемъ 378, 590, 919. — вліяніе на организмъ 928. — хирурги-ческое лѣченіе ихъ 393, 398.

Промежность, — разрывы ея 679, 851, 912.

Проститутки, — вагинитъ у нихъ 480.

Прямая кишка, см. кишка.

Pseudomухота, см. слизевикъ.

Психозы, — беременныхъ 481. — кор-мящихъ 482. — во время мѣсяч-ныхъ 255. — послѣ родовъ 254. — послѣ осколленія 274.

Пуповина, — вліяніе ея на жизнь плода 270. — узелъ ея 269.

Пупокъ, — мухо-sarcoma его 589. — уходъ за нимъ 498.

Р (R).

Разрывы матки, см. матка.

Ракъ, — заразительность его 675, 693. — матки 38, 56, 130, 239, 363, 905, 914, 978, 981. — отношеніе къ родовому періоду 981, 1023. — паразиты его 56. — прямой кишки 490. — статистика боль-ныхъ имъ 249, 1002. — трубы 913.

Рвота беременныхъ 401, 582, 911, 1010.

Родильницы, — болѣзни ихъ 1029. — зараженіе ихъ bacterio coli comm. 1031. — эпилепсія у нихъ 1114.

Родильные пріюты, — асептика и антисептика въ нихъ 918, см. также отчеты.

Роды, — вліяніе ихъ на наклоне-ніе таза 912. — запоздалые 699. — искусственные преждевремен-ные 673, 697, 698, 1007, 1032, 1099. — многоплодные 250, 894, 1009. неожиданные 1005. — при заро-щеніи зѣва 1114. — при новооб-разованіяхъ матки, яичниковъ и таза 444, 575, 939, 981, 1023, 1094. — при порочномъ развитіи полового канала 912. — смерть во время ихъ 247, 1093. — хло-роформъ при нихъ 912.

Роженицы, — изслѣдованіе ихъ наружное 671. — черезъ прямую кишку 500, 808. — куриная слѣ-пота у нихъ 1004. — обмороки у нихъ 917, перелой у нихъ 845.

С (S).

Самоваръ для приготовленія обез-пложенной воды 953.

Сборникъ посвященный Славян-скому 910.

Свищъ, — мочеточниково - влагалыщный 380, 914. — пузырно-влагалыщный 127, 513, 553, 692, 837, 996.

Сердце, — порокъ его и смерть во время родовъ 247.

Симфиза, разрыхленіе ея и разрывъ 1025.

Симфизеотомія 13, 23, 62, 130, 131, 133, 240, 383, 390, 395, 493, 585, 589, 1008, 1082, 1083, 1084, 1103.

Сифилисъ наслѣдственный 929.

Скопчество 481.

Слизевикъ мнимый брюшины 471, 906.

Слѣпота куриная у беременныхъ, роженецъ и родильницъ 1004.

Совокупленіе, — безъ вѣдома женщины 1005; — невозможность его 1005.

Совѣтъ врачей Казанской больницы. — засѣданія его 377, 477, 835, 987.

Солевой растворъ при кровотеченіяхъ 1095, 1097.

Spina bifida 388.

Списокъ, — членовъ акуш.-гинеколог. общ. въ Спб. 155. — членовъ прavitелія этого общ. 160.

Спорынья, — вліяніе ея на послѣродовой періодъ 402.

Sternopagus tetrabrachius 33.

Столбнякъ въ послѣродовомъ періодѣ 846.

Streptococcus brevis 1011.

Суставы, — перелой ихъ 1082.

Съездъ, — 5 Пироговскій 46; — русскихъ гинекологовъ 67, 242, 368.

Сѣмя, — migratio extrauterina 259.

Т.

Тазовая клѣтчатка, — злокачественное новообразование ея 603.

Тазъ, — кифосколиотическій 912. — нагноеніе въ немъ 586, 1010, 1011. — наклоненіе его подъ вліяніемъ родовъ и послѣродового періода 912. — опухоль его, пренятствовавшая родамъ 1094. — развитіе и половыя отличія его 401. — размѣры послѣ симфизеотоміи 13, 133. — узкій 474, 912, 1007.

Трубы, — воспаленіе ихъ 39, 1017, 1021. — грыжи ихъ 1115. — жидкія скопленія въ нихъ 394, 587, 629. — ракъ ихъ 913.

Туберкулезъ, — брюшины 835. — кисты и полипа 702. — матки 1087.

У (U).

Уретра, см. мочеиспускательный каналъ.

Уродства 617, 967, 1005.

Ущемленіе перегнутой назадъ беременной матки 249.

Ф (F).

Фарадизація при наклоненіяхъ матки 267.

Ферратинъ при маточныхъ кровотеченіяхъ 1062.

Фиброміома, — матки, см. матка. — переходъ ея въ саркому 483. — лѣченіе вибраціями 933. — ячника 38, 677.

Х (H).

Hermaphroditismus, см. двусвастіе.

Хлороформъ при родахъ 912.

Холера, половые органы при ней 913.

Hydrocele у женщинъ 1006.

Ч.

Черепъ плода, — отношеніе его къ черепу матери 935.

Члены акуш.-гинеколог. общ. въ Спб. 155.

Чревосѣченіе 250, 487, 780, 913, 987, 1013, 1108. — въ частной практикѣ 916. — при зарощеніи родового канала 84. — при туберкулезѣ брюшины 835. — у беременныхъ 987. — уходъ за больными послѣ него 991. — электрическое освѣщеніе поля операціи 1092.

Ш.

Шейка, — ампутація ея 848. — кавернозная опухоль ея 914. — лѣченіе суженій ея 478, 671, 934. — перелой ея 258. — расширеніе ея 588, 672.

Широкія связки, — киста ихъ 59. — перевязка ихъ при фиброміомахъ 1112.

Щ.

Щипцы, — на низкостоящую головку 717. — новое видоизмѣненіе ихъ 971. — предсказаніе при вложеніи ихъ 1022. — условія для наложенія 912.

Э.

Эклямпсія 3, 123, 273, 587, 592, 597, 849, 912, 1008, 1018.
 Электротерапія 28, 138, 725, 913, 1036. — при наклоненіяхъ матки 267. — электродъ перчатка 480. — электромассажъ 480.
 Эмболія при предлежаніи послѣда 392, 935.
 Эмбриотомія 916, 926.
 Эндометритъ 589.
 Эндоскопія мочевого пузыря 591.
 Эпилепсія послѣ родовъ 1114.
 Эфиръ, наркозъ имъ 258.
 Эхинококкъ, распознаваніе его 312, 365.

Я.

Ягодичное положеніе 718.
 Язвы послѣродовыя, — лѣченіе ихъ перекисью водорода 1009.
 Яичникъ, — гипертрофія у раковыхъ больныхъ 470. — киста его, сообщающаяся съ прямой кишкой 488. — киста его совместно съ пупочной грыжей 915. — ложно дермоидныя кисты его 505. — опухоли его во время беременности и родовъ 263, 939, 987. — отсутствіе его 1005. — саркома его 989.
 Яйцо, — *migratio extrauterina* 259. — плодное двухнедѣльное 591. — трехнедѣльное и шестинедѣльное 477.

О П Е Ч А Т К А.

Въ Ноябрьской книгѣ „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“, въ отдѣлѣ критики и библиографіи, авторъ сочиненія „*Матеріалы объ уходѣ за женщиной послѣ чревосъченія по поводу заболѣваній матки и ея придатковъ*“, докторъ медицины *Н. В. Комаревскій*, къ сожалѣнію, ошибочно названъ *Комаровскимъ*.
Ред.

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. СНЕГИРЕВА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ VIII.

ДЕКАБРЬ 1894.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1894.

Ж У Р Н А Л Ъ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ВОСЬМОЙ.

ДЕКАБРЬ 1894, № 12.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Иъ казуистикѣ поврежденій, наносимыхъ *sub coitu*.

Проф. Н. Н. Феноменова.

Поврежденія женскихъ половыхъ органовъ, обязанныя своимъ происхожденіемъ акту совокупленія, могутъ быть весьма разнообразны и по мѣсту, и по характеру, и по степени обширности и важности вообще. По мимо, такъ сказать, «физиологическаго» разрыва дѣвственной плевы при первомъ совокупленіи, который по самой сущности дѣла является неизбѣжнымъ, здѣсь наблюдается цѣлый рядъ и другихъ поврежденій, начиная, съ ничтожныхъ ушибовъ и ссадинъ на слизистой оболочкѣ по преимуществу и до весьма серьезныхъ нарушеній цѣлости полового канала (разрыва сводовъ рукава и т. п.). Казуистика этихъ поврежденій довольно обширна и разнообразна. Приводить здѣсь все, что извѣстно въ этомъ отношеніи, я не буду, а постараюсь упомянуть только о тѣхъ случаяхъ, которые мнѣ приходилось наблюдать лично, какъ въ свѣжемъ состояніи, такъ и болѣе или менѣе долгое время спустя. И такихъ случаевъ мнѣ встрѣтилось нѣсколько. Въ числѣ ихъ приходилось видѣть и такъ называемыя «физиологическія» поврежденія дѣвственной плевы при первомъ совокупленіи, которыя требовали хирургическаго пособія по случаю кровотеченій.

За все время моей практической дѣятельности такихъ случаевъ было 4.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло шло о разрывѣ артеріальнаго ствола, проходившаго въ существѣ гимена. Изъ нихъ въ одномъ—кровотеченіе было остановлено тампономъ изъ іодоформной марли, въ другомъ—наложеніемъ Koeberle'вскаго пинцета съ скручиваніемъ, въ третьемъ—наложеніемъ шелковой лигатуры на кровоточащій сосудъ. Наконецъ, въ четвертомъ случаѣ (не въ хронологическомъ порядкѣ), куда я явился вслѣдъ за приглашеніемъ почти немедленно, мнѣ пришлось быть только свидѣтелемъ поданнаго уже пособія. Оказалось, что родственники больной одновременно послали за нѣсколькими врачами и первый пріѣхавшій, зная изъ рассказовъ посланнаго въ чемъ дѣло, захвативъ иглы и шелкъ и найдя кровоточившій сосудъ, соединилъ края разрыва двумя швами и такимъ образомъ остановилъ кровотеченіе. Обсуждая характеръ поданнаго пособія, я высказалъ товарищу мнѣніе, что избранный имъ способъ, хотя и далъ удовлетворительные результаты въ смыслѣ немедленной и прочной остановки кровотеченія, тѣмъ не менѣе не гарантируетъ отъ возможнаго и весьма вѣроятнаго повторенія кровотеченія въ ближайшемъ будущемъ. Это мнѣніе я основывалъ на томъ, что здѣсь произведена была маленькая пластическая операція на органѣ, который *долженъ* быть разорванъ, другими словами здѣсь *вполнѣ*, или почти *вполнѣ*, восстановлена была цѣлость гимена, а стало быть, при слѣдующемъ совокупленіи опять нужно ожидать разрыва и кровотеченія. Въ этомъ случаѣ достаточно было бы не зашивать образовавшуюся рану, а только обколоть кровоточащій сосудъ. Предсказаніе не замедлило оправдаться. На 4-й день товарищъ удалилъ швы и далъ совѣтъ воздержанія на нѣкоторое время, а черезъ два дня намъ опять пришлось съѣхаться у больной, по поводу повторившагося кровотеченія, которое на этотъ разъ и было остановлено обкалываніемъ безъ дальнѣйшихъ уже повтореній въ послѣдствіи.

Два раза я видѣлъ (спустя 2 и 3 года послѣ свадьбы) случаи отрыва дѣвственной плевы отъ ея основанія, при чемъ самое отверстіе плевы осталось не нарушеннымъ и оторванная плева висѣла въ видѣ сережки, прикрѣпляясь на передней

окружности и частію сбоку влагалищнаго входа. Такъ какъ въ обоихъ случаяхъ дѣло шло о не рожавшихъ, то способъ и механизмъ происхожденія поврежденія sub coitu для меня не оставляли сомнѣнія.

Недавно мнѣ встрѣтился случай поврежденіе малой губы у нерожавшей. Малая губа была развита не одинаково,—правая была значительно больше развита, чѣмъ лѣвая и свободно могла прикрывать входъ во влагалище. На этой то губѣ, отступя на 0,5 сант. отъ свободного края, найдено было отверстіе, легко пропускавшее указательный палець; края отверстія неровны и покрыты старой рубцовой тканью. Когда я объявилъ больной о своей находкѣ (больная явилась ко мнѣ по поводу опухоли матки, міомы), она отвѣтила, что знаетъ объ этомъ и рассказала, что это поврежденіе случилось три года назадъ при coitus'ѣ, который отличался большой энергіей. Вскорѣ послѣ поврежденія больная показывалась врачу, который констатировалъ сквозной разрывъ малой губы и посоветывалъ чистое содержаніе раны, которая вскорѣ и зарубцевалась. Такое объясненіе, происхожденіе даннаго поврежденія я не считалъ невѣроятнымъ. Въ литературѣ между прочимъ имѣется очень подходящій случай, сообщенный *Thomalla* ¹⁾. Дѣло шло о молодомъ чловѣкѣ (студентѣ), который во время сѣвокупленія чувствовалъ сильную боль и извлеченный членъ былъ въ крови. Больной вскорѣ явился къ автору, который нашелъ сильный отекъ кожи члена; крайняя плоть была отодвинута въ лѣвую сторону члена и на ней (крайней плоти) имѣлась дыра, въ которой и выдавалась головка, проткнувшая крайнюю плоть. Механизмъ поврежденія въ обоихъ этихъ случаяхъ, очевидно, одинаковъ: напряженная головка члена, встрѣтивъ препятствіе (губу, закрывавшую входъ во влагалище въ одномъ—случаѣ и сдвинутую крайнюю плоть—въ другомъ) на пути своего поступательнаго движенія, совершавшагося съ большой энергіей, преодолѣла препятствіе, прорвавъ отверстіе въ подлежащихъ тканяхъ.

Изъ личнаго сообщенія проф. *К. Ф. Славянскаго* мнѣ привелось узнать, что ему тоже извѣстенъ несомнѣнный случай поврежденія малой губы, возникшаго такимъ же образомъ.

¹⁾ La province médical, 1888 г., 17/хI.

Одинъ разъ я видѣлъ поврежденіе гимена, который былъ какъ бы вырванъ изъ мѣста своего прикрѣпленія по задней окружности входа въ рукавъ и будучи въ тоже время разорванъ слѣва (отъ свободнаго края до основанія) висѣлъ въ видѣ лоскута неправильнаго очертанія, а на мѣстѣ прикрѣпленія гимена (сзади) образовалось отверстіе, сообщавшееся съ полостью (fistula rectovaginalis) прямой кишки, величиною до 0,75 сант. въ діаметрѣ. Это поврежденіе я видѣлъ около года спустя, послѣ того, какъ оно было причинено.

Два раза пришлось наблюдать разрывъ промежности при первомъ совокупленіи. Оба случая потребовали остановки кровотеченія и наложенія шва. Разорваны были: уздечка, слизистая ладьеобразной ямки и кожа промежности на 1,5—1,75 сант. Одинъ изъ этихъ случаевъ я видѣлъ, благодаря любезности привить-доцента *В. А. Столытинскаго*. Въ обоихъ случаяхъ, по заживленіи поврежденія, послѣдующія совокупленія прошли благополучно, послѣ того, какъ супругамъ преподаны были надлежащіе совѣты и указанія. Возможность и вѣроятность такихъ поврежденій, какъ въ нашихъ случаяхъ, такъ и въ другихъ (напримѣръ случай д-ра *Масалитинова* ²⁾ и проч.) именно *sub coitu*, т. е. непосредственно при дѣйствии половымъ членомъ, а не при помощи тѣхъ или другихъ сопутствующихъ манипуляцій, для меня не подлежитъ никакому сомнѣнію, хотя это и не допускается нѣкоторыми авторами (*Hoffman* и др.).

Приходилось встрѣчать и поврежденія сводовъ рукава. Одинъ такой случай я видѣлъ два года назадъ у молодой женщины, которая явилась въ завѣдываемую мною клинику, съ жалобой на кровотеченіе, появившееся около двухъ сутокъ тому назадъ, послѣ того, какъ больная подняла тяжелую корзину съ бѣльемъ. При изслѣдованіи оказалось: въ переднемъ и правомъ сводѣ рукава—рваная рана неправильнаго очертанія, въ нѣсколько сантиметровъ длины.

На сомнѣніе относительно вліянія поднятія тяжести и на вопросы о томъ, не было ли здѣсь какой нибудь болѣе непосредственной причины, больная упорно отвѣчала—нѣтъ и нѣтъ. Однако, когда рана была благополучно зашита и зажила и послѣ того, какъ при уходѣ за больной, удалось приобрѣсти ея довѣріе,

²⁾ Врачъ, 1885 г., № 13.

она откровенно объяснила, что должна сознаться въ томъ, что первоначально сказала неправду. Никакой корзины она не поднимала, а въ ночь, наканунѣ прихода въ клинику, будучи навеселѣ, имѣла послѣдовательно нѣсколько совокупленій съ тремя мужчинами. При чемъ, первому очень сопротивлялась, но, будучи удерживаема двумя остальными, должна была подчиниться; во время совокупленій чувствовала боль, а придя домой замѣтила на половыхъ частяхъ кровь.

Случаевъ серьезныхъ поврежденій (сводовъ) влагалища при совокупленіи описано довольно много, какъ въ отечественной, такъ и иностранной литературѣ. Напр., 2-й случай *Масалитинова* (1. с.), *Бартеля* ³⁾, *Амиславскаго* ⁴⁾, *Гиммельфарба* ⁵⁾, *Львова* ⁶⁾ и др. Также *Zeiss'a* ⁷⁾, *Chadwick'a* ⁸⁾, *Mundé* ⁹⁾, *Holiday Groom* ¹⁰⁾, *Frank'a* ¹¹⁾ (изъ клиники *Schau'a*), *Teuffel'a* ¹²⁾, наконецъ, обыкновенно цитируемыя, два наблюденія *Dieterbroeck'a* и др.

Въ заключеніе позволяю себѣ изложить случай, представившійся моему наблюденію въ концѣ іюля 1894 г., въ Желѣзноводскѣ, благодаря любезности д-ра *А. К. Хрионовича*.

Больная г-жа Ч., 29 лѣтъ, родилась и все время жила на Кавказѣ; происходитъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ была здорова; первыя регулы пришли на 14 году, установились сразу, приходили чрезъ 4 недѣли по 4 дня, по временамъ бывали болѣзненны. До замужества была совершенно здорова, вышла замужъ на 24 году, мужу было 25 лѣтъ, онъ тоже былъ (и есть) человекъ вполне здоровый. Ч. считаетъ себя больной со времени выхода замужъ, при чемъ рассказываетъ, что въ первую ночь она испытывала сильную боль, сопровождавшуюся кровотеченіемъ. Кровотеченія и потомъ повторялись послѣ каждаго „совокупленія“, въ продолженіи почти 2-хъ мѣсяцевъ. Въ теченіи этого времени визиты мужа бывали иногда по нѣскольку разъ въ день и больная каждый разъ испытывала боль, иногда очень сильную, державшуюся довольно долго и послѣ совокупленія. Въ это же время больная жаловалась на чувство неловкости и болѣзненности при ходьбѣ, а мужъ, вспоминая

³⁾ Врачъ, 1884 г.

⁴⁾ Врачъ, 1892 г.

⁵⁾ Журн. Ак. и Ж. Б., 1890 г.

⁶⁾ Тамъ же, 1894 г.

⁷⁾ Centr. f. Gyn., 1885, 21/II.

⁸⁾ The Boston Medical. Journal, 1885, 30/IV.

⁹⁾ Lyon Med., 1884.

¹⁰⁾ L'union Medic., 1886, 23/v.

¹¹⁾ Wiener med. Presse, 1889, № 49.

¹²⁾ Centralbl. f. Gyn., 1890 г.

это время, говорилъ, что ему довольно долго не удавалось совершить совокупленіе, „какъ слѣдуетъ“. Всякій разъ онъ чувствовалъ, что членъ входилъ не настолько глубоко, какъ было бы желательнo. Вскорѣ послѣ свадьбы больная замѣтила недержаніе газовъ и непроизвольное появленіе испражнений, въ особенности жидкихъ. Эти явленія бывали выражены не всегда одинаково рѣзко. Въ первыя же недѣли замужней жизни (когда именно больная не помнитъ точно), было лихорадочное состояніе и боль въ половыхъ частяхъ; coitus въ это время былъ особенно болѣзненъ, къ этому присоединилось гнойное истеченіе изъ половыхъ путей; мѣсто этого отдѣленія больная опредѣлить не можетъ. Гное-теченіе, однако, было недолго и съ прекращеніемъ его больная считала себя выздоровѣвшей. Въ такомъ состояніи больная прожила 5 лѣтъ. За это время два раза будто бы обращалась къ медицинской помощи за разрѣшеніемъ вопроса о причинахъ безплодія. Оба раза была изслѣдуема пальцемъ, но осмотрѣна не была ни разу. Удовлетворительнаго объясненія на предложенные вопросы въ оба раза не получила.

Въ настоящее время больная жалуется на безплодіе и на недержаніе кала и газовъ (бывающее по временамъ), на запоры и болѣзненный coitus. Какихъ либо эротическихъ ощущеній при этомъ больная не испытывала ни разу и выполняла этотъ актъ только по обязанности. Кромѣ этихъ мѣстныхъ жалобъ больная указываетъ на цѣлый рядъ беспокоящихъ ее отраженныхъ явленій (сердцебіеніе, головныя боли и проч.).

При изслѣдованіи найдено: больная роста средняго, тѣлосложенія крѣпкаго, костная и мышечная системы развиты довольно хорошо, подкожный жирный слой въ достаточномъ количествѣ. Видимыя слизистыя оболочки блѣдноваты. Въ органахъ грудной и брюшной полостей никакихъ ненормальностей не замѣчено. Mons veneris густо покрытъ волосами, большія и малыя губы сформированы правильно, клиторъ средней величины, слизистая вульвы блѣднорозоваго цвѣта, отверстіе мочеиспускательнаго канала небольшое, входъ въ рукавъ закрытъ дѣвственной плевой. Плева довольно плотная, мясистая, полулунной формы, отверстіе помѣщается ближе впереди, края плевы нигдѣ не нарушены въ своей цѣлости. Величина отверстія незначительна, указательный палецъ входитъ до второй фаланги, введеніе пальца нѣсколько болѣзненно. Уздечки и ладьеобразной ямки не существуетъ. Тотчасъ у основанія гимена замѣтно отверстіе значительной величины, занимающее область ладьеобразной ямки и большую часть промежности, при чемъ задняя (нижняя) граница отверстія не доходитъ до *anus*'а приблизительно на 1 сантиметръ. Діаметръ отверстія около 3,5 сантим. Отверстіе имѣетъ видъ воронки, основаніемъ обращенной къ промежности, края отверстія покрыты рубцомъ весьма неправильной формы и довольно плотнымъ. Въ глубинѣ воронки виднѣются складки слизистой оболочки прямой кишки. Отверстіе со стороны кишки лежитъ выше наружнаго отверстія (на промежности и ладьеобразной ямкѣ), такъ что каналъ воронки имѣетъ косвенное направленіе снаружи внутрь, спереди назадъ и снизу кверху. Черезъ эту воронку въ полость кишки довольно свободно можно провести два пальца. Жомъ задняго прохода совершенно цѣлъ.

Такимъ образомъ сущность страданія была очевидна. Дѣло шло о нарушеніи цѣлости промежности съ образованіемъ отверстія въ прямую кишку, т. е. о, такъ называемой, *fistula perineo (vulvo) rectalis*.

Что касается способа происхожденія этого поврежденія, то на основаніи анамнеза и анатомо-топографическихъ отношеній этого поврежденія, я думаю, что начало этому поврежденію положено было при первой попыткѣ къ совокупленію. Напряженный членъ, дурно направленный, не попалъ въ *introitus vaginae* и, такъ сказать, всюю силою своего дѣйствія обрушился на ладьеобразную ямку и уздечку. Эти нѣжныя части, подъ вліяніемъ энергичнаго насилія, были повреждены, появилось кровотеченіе—образовалась рана. Повторныя и частыя попытки къ совокупленію, совершавшіяся въ первую же ночь и въ послѣдующіе дни и недѣли, каждый разъ наносили все большее и большее поврежденіе. Первоначальная рана не имѣла возможности «заживать». Половой актъ каждый разъ сопровождался свѣжимъ кровотеченіемъ и первоначальное поврежденіе должно было измѣнить свой характеръ—рана, мало по малу, превратилась въ язву, грануляціонная ткань не могла противостоятъ внѣшнему насилію, при каждомъ совокупленіи была нарушаема и размѣры и глубина язвы постоянно увеличивались. Вскорѣ сюда присоединился воспалительный процессъ, сопровождавшійся отдѣленіемъ гноя, очевидно вслѣдствіе зараженія раны (язвы), что, въ свою очередь, дѣлало язвенную поверхность и окружность ткани еще меньше устойчивыми и менѣе способными къ сопротивленію.

Сколько времени продолжалась эта разрушительная работа, сказать трудно; во всякомъ случаѣ больше вѣроятности думать, что поврежденіе, въ томъ видѣ, какъ оно представлялось моему наблюденію, было нанесено не сразу, а представляется результатомъ цѣлаго ряда повторныхъ усилій. Въ пользу этого соображенія говоритъ какъ то, что *coitus* въ теченіи (сравнительно) долгаго времени каждый разъ сопровождался кровотеченіемъ и былъ болѣзненнымъ для жены и относительно мало удовлетворяющимъ для мужа, такъ и то, что признаки недержанія кала и газовъ появились не тотчасъ послѣ первой ночи, а спустя нѣкоторое время. Съ момента образованія отверстія

въ кишку и въ особенности съ момента достаточнаго расширения его—«совокупленіе» сдѣлалось легче и удобнѣе. Теперь половой членъ проходилъ чрезъ достаточной ширины искусственный каналъ и входилъ въ полость кишки на желаемую глубину, гдѣ и могъ помѣщаться съ извѣстнымъ удобствомъ. Очевидно, что при такомъ способѣ «совокупленія» новообразованный каналъ въ сознаніи мужа игралъ роль входа во влагалище, а полость прямой кишки разсматривалась, какъ полость влагалища.

Въ виду того, что, при данныхъ условіяхъ, сѣмя извергалось въ прямую кишку, вовсе минуя настоящіе законные пути, нужно признать, что такой способъ соитія представляетъ не что иное, какъ противоестественное удовлетвореніе половой потребности, извѣстное подъ именемъ «содоміи». Правда, здѣсь и для этого вида «совокупленія» имѣется *error loci*, такъ какъ совокупленіе совершалось не чрезъ (естественное) заднепроходное отверстіе (содомія въ собственномъ смыслѣ), а чрезъ искусственно проведенный каналъ, тѣмъ не менѣе въ конечномъ результатѣ дѣло обстоитъ одинаково.

Когда я разъяснилъ супругамъ истинное положеніе дѣла, то *она* была очень удивлена, а *онъ*—сконфуженъ. Оба начали просить объ устраненіи послѣдствій этой ошибки. Я предложилъ операцию, на которую послѣдовало полное согласіе.

Операция, въ присутствіи 6—7 товарищей, пожелавшихъ ознакомиться съ этимъ случаемъ, была выполнена весьма просто. Уложивъ больную въ обычное для гинекологическихъ операций положеніе и обеззаразивъ операционное поле, я произвелъ освѣженіе (подъ наркозомъ) такимъ образомъ, какъ это я постоянно дѣлаю съ 1883 г., при зашиваніи мочеполовыхъ и друг. свищей половой сферы, при операціи полныхъ разрывовъ промежности и проч. Захвативъ верхній уголъ операционнаго поля пулевыми щипцами, которыя были поручены помощнику, и напрягая боковыя края отверстія оттягиваніемъ въ стороны кожи промежности, я сдѣлалъ разрѣзъ сначала по правому краю отверстія, а затѣмъ по лѣвому; линіи разрѣза сошлись какъ вверху (спереди), такъ и внизу (сзади). Разрѣзъ веденъ былъ съ такимъ расчетомъ, чтобы онъ проходилъ какъ разъ на границѣ соединенія вывороченной слизистой оболочки

gesti съ рубцовой тканью на мѣстѣ воронки. Такимъ образомъ получилось расщепленіе по всей внутренней периферіи отверстія (воронки) съ образованіемъ лоскутовъ (верхняго и нижняго) достаточной толщины. Отпрепаровавъ слизистую gesti съ частью подлежащей ткани отъ удерживавшихъ ее рубцовыхъ образованій и, получивъ значительную подвижность слизистой оболочки, вполне достаточную для того, чтобы при легкомъ сведеніи краевъ, можно было безъ труда (напряженія) закрыть дефектъ въ кишкѣ, я сшилъ освѣженные поверхности кишечныхъ лоскутовъ мелкими узловатыми швами. Швы были наложены съ такимъ расчетомъ, чтобы петли швовъ не проникали въ просвѣтъ кишки, а цѣликомъ лежали въ толщѣ ткани. Это были потерянные швы. По зашираніи отверстія въ кишкѣ, остальная (освѣженная) поверхность бывшаго разрыва была закрыта глубокими и поверхностными шелковыми швами. При этомъ также обращалось вниманіе на то, чтобы края (поверхности) раны прилаживались другъ къ другу безъ напряженія. Всѣхъ швовъ наложено 10. Внѣшній видъ промежности и задней периферіи половой щели теперь измѣнился совершенно. Первоначальныя нормальныя отношенія были восстановлены вполне, образовалась и ладьеобразная ямка и уздечка, напряженіе тканей на мѣстѣ бывшаго разрыва ничтожно.

Послѣ обсушиванія, операціонное поле было напудрено іодоформомъ и прикрыто полоской іодоформенной марли, одинъ конецъ которой введенъ былъ въ рукавъ. Поверхъ марли легкая подушечка изъ тонкаго слоя ваты, завернутой въ обезпложенную марли. Ноги связаны. Дальнѣйшій уходъ за оперированной—какъ послѣ облыкновенной перинеопластики. На 6 день снята часть швовъ; заживленіе per gr̄am; остальные швы удалены на 9 день. На 10 день оперированная встала съ постели. Отправленія кишечника правильны.

Во время операціи, нѣкоторыми изъ присутствовавшихъ товарищей высказано было мнѣніе—не слѣдуетъ-ли сдѣлать гименотомію, дабы такимъ образомъ устранить преграду для безпрепятственнаго входа въ рукавъ, во избѣжаніе повторенія тѣхъ же поврежденій, при первомъ совокупленіи въ будущемъ, которыя только что были исправлены.

Такъ какъ дѣвственная плева была вполне нормальна и

только представлялась слегка мясистой, что едва ли могло представить скольконибудь значительную преграду для данного полового члена, особенно въ виду его крѣпости, такъ сказать экспериментально доказанной фактомъ бывшаго поврежденія, я не считалъ себя вправѣ нарушать цѣлость нормальнаго органа и для избѣжанія прежде бывшей ошибки со стороны мужа, считалъ достаточнымъ разъяснить* ему сущность ошибки и указать средство къ ея устраненію на будущее время.

Хотя такія серьезныя поврежденія sub coitu, какъ было въ нашемъ случаѣ, встрѣчаются рѣдко, тѣмъ не менѣе они все таки наблюдаются и время отъ времени описываются въ литературѣ. Для примѣра изъ старыхъ случаевъ можно указать на наблюденія *Plazzanus'a* (*De artibus generationis*, 1644 г.), видѣвшаго разрывъ задней стѣнки влагалища съ образованіемъ кишечно-влагалищнаго свища. Изъ новѣйшей литературы по этому вопросу я укажу только на сообщенія русскихъ авторовъ, касающіяся случаевъ весьма близко сходныхъ съ нашимъ по характеру поврежденія. Таковы, напр., случаи д-ра *А. Боряковского*¹³⁾, д-ра *Синайскаго*¹⁴⁾, д-ра *Савина*¹⁵⁾, отчасти д-ра *Смоличева*¹⁶⁾ и д-ра *Львова*¹⁷⁾. Изъ иностранныхъ—ближе всего подходятъ случаи *Price*¹⁸⁾ и *Barton Hirst'a*¹⁹⁾.

Въ случаѣ д-ра *Синайскаго* дѣло шло о разрывѣ промежности, отрывѣ именина, (который былъ не разорванъ) съ образованіемъ кишечно-рукавнаго свища. Мужъ былъ въ дѣлѣ любви совершенно неопытный и совершалъ совокупленіе въ *первый* разъ.

Въ случаѣ д-ра *Боряковского* былъ разрывъ промежности съ образованіемъ vulvo-rectal'наго свища, при чемъ (задняя) стѣнка влагалища не была нарушена въ своей цѣлости. Такимъ образомъ этотъ случай, по характеру поврежденія всего болѣе подходитъ къ нашему, но между ними есть и разница, именно въ дальнѣйшемъ теченіи половой жизни. Дѣло въ томъ, что въ случаѣ д-ра *Боряковского* неправильность въ совокупленіи была

¹³⁾ Врачъ, 1886, № 46—47.

¹⁴⁾ Русская Медиц., 1889, 10 декабря.

¹⁵⁾ Протоколъ Кіевского Акуш. Общ., 1887.

¹⁶⁾ Русская Медиц., 1890, № 14.

¹⁷⁾ I. c.

¹⁸⁾ The american. Journal of Obstetrics, 1886, апрѣль.

¹⁹⁾ Centr. f. Gyn., 1887.

довольно скоро замѣчена мужемъ и исправлена, — больная была дефлорирована и впоследствии совокупленіе совершалось чрезъ естественные пути, при чемъ для попаданія туда полового члена всякій разъ требовалось предварительное введеніе пальца, который и служилъ кондукторомъ для penis'a. Правда и ложный ходъ, проложенный при первомъ совокупленіи, не былъ окончательно забытъ. Совокупленіе, по показанію больной, совершалось иногда и чрезъ этотъ каналъ, при нѣкоторыхъ особенныхъ условіяхъ, чаще всего въ состояніи относительной невмѣняемости мужа (опьянѣніе). Въ нашемъ случаѣ больная осталась дѣвственницей, совокупленіе совершалось только чрезъ новообразованный каналъ, постоянно причиняло значительныя неудобства и тѣмъ не менѣе въ теченіи *пяти лѣтъ* супруги и не подозрѣвали даже какихъ либо ненормальностей въ половыхъ сношеніяхъ!

По истинѣ, не знаешь, чему болѣе удивляться въ этомъ случаѣ: терпѣнію-ли и наивности жены, стоически переносившей страданія и полагавшей, что «это такъ и быть должно», или усердію и настойчивости мужа, съ такой энергіей пролагавшаго «новые пути».

II.

ИЗЪ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ПРОФ. В. Ф. СНЕ-
ГИРЕВА ПРИ МОСКОВСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТЪ.

Къ вопросу о происхожденія кистъ влагалища.—
Киста передней стѣнки влагалища.

П. В. Хомицкаго.

Въ 20-хъ числахъ января настоящаго года я былъ приглашенъ къ больной, сестрѣ одного изъ московскихъ товарищей. Больная, интеллигентная особа, 38-ми лѣтъ, пріѣхала для лѣченія изъ Черниговской губерніи, происходитъ изъ очень здоровой семьи; въ дѣтствѣ перенесла корь, на 23-мъ году нетяжелый брюшной тифъ, на 28-мъ—дифтеритъ съ послѣдующимъ параличемъ *vi facialis dextri*, прошедшимъ при лѣченіи; съ дѣтства страдаетъ двухсторонней *hemispari*ей. Менструировала до послѣднихъ двухъ лѣтъ совершенно правильно, а за послѣдніе два года регулы стали запаздывать, ходятъ мѣсяца черезъ 2—3, но такъ-же, какъ и раньше, по 5—6 дней, безболѣзненно, 10 лѣтъ была замужемъ за первымъ мужемъ, но не имѣла *coitus*'а и никакого полового желанія; 7 лѣтъ назадъ вышла замужъ вторично и съ тѣхъ поръ начала сношеніе, относясь къ нему со страхомъ и отвращеніемъ. 2 раза родила безъ послѣдующихъ заболѣваній, только первые роды были очень продолжительны: трое сутокъ. Послѣдняго родила 1½ года тому назадъ. Перваго ребенка выкормила сама, а второго кормила только 3 мѣсяца, страдая нервнымъ разстройствомъ; вообще, больная—крайне нервна и о своемъ состояніи не можетъ говорить иначе, какъ со слезами и какой-то робостью. За послѣдніе 2 года *coitus* отсутствуетъ за невозможностью совершать оный. Кровотеченіями и бѣлями никогда не страдала. Иногда чувствуетъ незначительныя, тянущія боли въ поясницѣ и внизу живота при движеніяхъ. Шесть лѣтъ назадъ, вскорѣ послѣ первыхъ родовъ, стала замѣчать выходненіе чего-то изъ влагалища. До послѣдняго года, при покойномъ положеніи больной на спячѣ, опухоль эта самопроизвольно вправлялась. При попыткахъ къ мочеиспусканію, больная должна была выводить опухоль наружу; само мочеиспусканіе учащено; на ходу при позывахъ моча выдѣляется непроизвольно, если больная медлитъ

мочиться; мочеиспускание не влияло и не влияет ни на форму, ни на размеры опухоли. За последний год опухоль не вправляется ни самостоятельно, ни насильственно, и за это время она значительно увеличилась, оставаясь, как и раньше, совершенно безболезненной.

При осмотрѣ оказалось: изъ половой расщелины непосредственно подъ мочеиспускательнымъ отверстиемъ свѣшивается мягкая, зяблущаяся, величиной съ кулакъ, опухоль съ тонкими, гладкими, темно-красными стѣнками, мало подвижная у своего широкаго основанія; книзу (кзади) она безъ ясныхъ границъ прикрѣпляется къ маткѣ, передняя губа которой совсѣмъ изглажена. Наружное маточное отверстие сагитально-щелевидно съ мелкими, старыми рубчиками по окружности. Промежность разорвана во 2-й степени; матка плотно прилегаетъ къ ней. Приподнявъ матку кверху, съ трудомъ и нѣкоторой болезненностью для больной удалось ввести палецъ по задней стѣнкѣ влагалища и нащупать удлинненную шейку матки; но задній сводъ такимъ путемъ не достигся. При наружномъ изслѣдованіи дно матки въ плоскости тазоваго входа не находится.

Попытка вправить опухоль оказалась недостижимой. Инструментальнаго изслѣдованія пузыря и матки произведено не было: во первыхъ, въ виду исключительной нервозности больной, а во вторыхъ потому, что за два дня передъ тѣмъ она была изслѣдована опытнымъ гинекологомъ подъ бромъ-этиловымъ наркозомъ, и все-таки ему не удалось ни катетеризировать пузырь, ни вправить опухоль. Не смотря на соблазнительную простоту напрашивавшагося самого собой діагноза cystocele, онъ не былъ окончательно установленъ вслѣдствіе полной независимости и неизмѣняемости опухоли отъ мочеиспусканія, необходимости со стороны больной за первое время ея существованія вывести ее наружу для опоронженія пузыря, (явленіе обратное наблюдаемому при cystocele, гдѣ иногда необходимо вправление при попыткахъ къ мочеиспусканію), затѣмъ вслѣдствіе невозможности катетеризаціи неудавшейся въ рукахъ опытнаго товарища даже подъ наркозомъ.

Не теряя надежды на хотя относительное вправление и болѣе точное выясненіе такимъ путемъ происхожденія опухоли, больной было рекомендовано покойное положеніе на спинѣ съ приподнятымъ тазомъ и прикладываніе компрессовъ изъ свинцовой примочки со льдомъ. Опухоль ни мало не втянулась, а пришедшіе черезъ два дня регулы сдѣлали ее какъ-бы больше и еще неуступчивѣй. Изслѣдованная за это время моча оказалась высокаго удѣльнаго вѣсу, 1029, отъ обильнаго содержанія мочекислыхъ солей, безъ всякихъ патологическихъ примѣсей.

5-го февраля больная была показана проф. *Владиміру Федоровичу Снегиреву*, которымъ высказано было предположеніе существованія кисты передней стѣнки влагалища, и больная принята въ клинику для оперативнаго пособія. При наблюденіи ея до операціи катетеризація ни разу не удалась, при зондированіи-же матки, она опредѣлялась въ легкой подвижной ретроверсии съ полостью, увеличенной въ длину до 12 см. и расширенной. Задній сводъ ручнымъ изслѣдованіемъ все-же не достигался отъ стѣсненія влагалищнаго входа отодвинутой кзади маткой опухолью, что, конечно, ясно указало увеличеніе средней части маточной шейки. 8-го февраля подъ полнымъ наркозомъ *Владиміромъ*

Федоровичемъ произведена операція по методу полного изсѣченія кисты. Вслѣдствіе тонкости стѣнокъ, при вылученіи въ нижней части, оболочка вскрылась, и черезъ образовавшійся просвѣтъ вылилась большая часть содержимаго кисты: темнобурая, отъ бывшаго, вѣроятно, въ полость ея кровоизліянія, жидкость, щелочной реакціи, свернувшаяся при отстаиваніи. Микроскопически въ ней нашли: безцвѣтные и красные кровяные шарики, по большей части, измѣненные, фибринъ и зернистые шары. Получившійся по отнятіи кисты продольнолинейный разрѣзъ соединенъ непррывнымъ кетгутovýmъ швомъ. При зондированіи уретры зондъ прониклъ сантиметра на 3 подъ основаніе кисты книзу въ бывшее urethrocele, препятствовавшее катетеризаціи.

При хорошемъ послѣопераціонномъ теченіи (*prima intentio*) больная съ 18-го февраля начала ходить. Катетеризація свободна. 20 февраля слѣлана *amputatio colli uteri et perineographia* по *Lawson-Tait*'у. 10 марта больная выписалась вполне здоровой: матка высоко подтянулась, кверху, инволютировалась, лежитъ въ антеверсіи, влагалище свободно, мочеиспусканіе совершенно правильно.

Случай нашъ имѣетъ большой интересъ, во первыхъ, какъ представлявшій значительныя діагностическія трудности; во вторыхъ, *urethrocele*, бывшее у нашей больной—явленіе рѣдкое, *Winkel* 1) напр., въ своемъ специальномъ руководствѣ болѣзней женскихъ, мочеиспускательнаго канала и пузыря приводитъ всего 4 случая; въ третьихъ—киста была величиной съ кулакъ, занимала всю переднюю стѣнку влагалища—такая величина влагалищной кисты также рѣдкость; въ четвертыхъ—кисты влагалища сами по себѣ—явленіе далеко не частое, представляющее казуистическій интересъ, и наконецъ, анатомическое происхожденіе ихъ до сихъ поръ не выяснено въ достаточной мѣрѣ.

Изъ кистъ влагалища, прежде всего слѣдуетъ совершенно исключить воздушныя кисты *kolpohyperplasiae cysticae Winkel*'я, или *vaginitis vesiculosa Schmolling*'а, или *vaginitis emphysematosa Zweifel*'я и мѣшеччатыя опухоли съ атероматознымъ и дермоиднымъ содержимымъ, выдающіяся во влагалищный просвѣтъ, но берущія начало не изъ влагалищной стѣнки, а изъ соединительной ткани таза. Хотя собственно кисты влагалища и рѣдкое образованіе, но казуистическихъ сообщеній о нихъ не мало; такъ уже въ 1871 году *Winkel*ю 2) удалось собрать 50 случаевъ, а съ тѣхъ поръ иностранными, а отчасти и на-

1) Руководство къ общей и частн. хирургіи *Питы и Билърота*, т. III, часть IV, перев. *Иванова*, 1880 г., стр. 59.

2) *Archiv. für Gynaekologie.*, Bd. II.

Рис. 2.

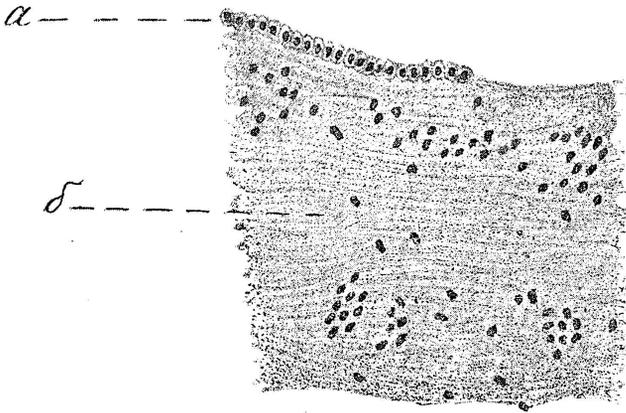
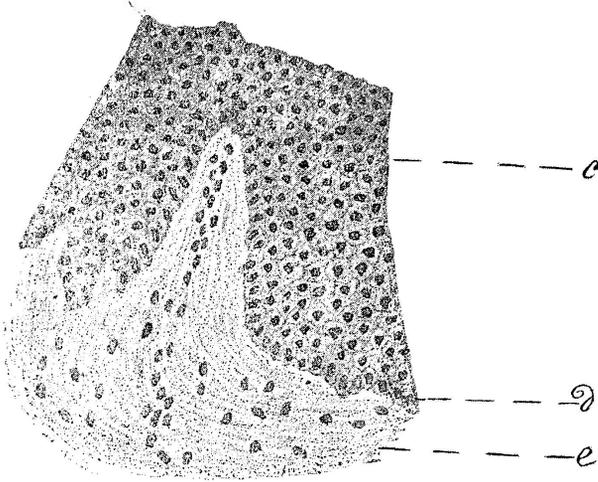


Рис. 1.

шими русскими авторами ³⁾, сдѣлано много сообщений по тому же предмету.

Какъ происхождение, такъ видъ, положеніе, строеніе, содержимое и величина кистъ весьма различны. Изъ 50 случаевъ *Winckel*'я въ 42 кисты принадлежали нерожавшимъ особамъ; нѣкоторые находили ихъ даже у новорожденныхъ дѣвочекъ; *Hugnier* же ⁴⁾ по своимъ наблюденіямъ, главнымъ источникомъ происхожденія влагалищныхъ кистъ считалъ родовую травму; такого же взгляда держится и *Thorn* ⁵⁾, наблюдавшій ихъ чаще у рожавшихъ и смотрящій на нихъ, какъ на травматическіе экстрavasаты лимфы или крови вслѣдствіе могущаго быть при родахъ травматическаго раздѣленія тканей; также и *Eustache* ⁶⁾ всѣ кисты влагалища ставитъ въ тѣсную зависимость отъ всякаго рода влагалищныхъ раздраженій, могущихъ будто бы давать въ клѣтчаткѣ новыя слизистыя сумки съ переходомъ ихъ въ тигромы. *Kleinwachter* ⁷⁾ раздѣляетъ кисты на врожденные (*congenita*) и приобретенныя (*aquisita*), относя къ первымъ тѣ, которыя произошли изъ Мюллера или Гертнера хода, а ко вторымъ—всѣ остальные. *Veit* ⁸⁾ на томъ основаніи, что у нѣкоторыхъ животныхъ, какъ у коровъ и свиней, находили во всю жизнь Гертнеровы каналы, какъ эмбриональный зачатокъ выводныхъ протоковъ Вольфовыхъ тѣлъ, первый сталъ разсматривать влагалищныя кисты, какъ рудиментарный остатокъ Вольфова хода. Съ его мнѣніемъ во многихъ случаяхъ

³⁾ *Горвицъ*—Патологія и терапия женской половой сферы, 1874 г., стр. 374, *Шредеръ*—Болезни женскихъ половыхъ органовъ, 1876 г., перев. *Тарновскаго* стр. 582, случай переводчика и д-ра *Гешенда*; Журналъ для нормальной и патологической гистологіи и клинической медицины *М. Руднева*, 1878 г., статья *Н. В. Ястребова* „Къ казуистикѣ кистъ паравагинальной клѣтчатки“; *Чудовскій*—„Къ ученію о кистахъ влагалища“ „Медицинскій Вѣстникъ“, 1879 г., №№ 1 и 2; Проф. *Лебедевъ*—*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie*, Bd. XII; *Лебедевъ*—*Zeitschrift für Geb. und Gynaec.*, Bd. VII; 4 случая *Улезко-Строгановой* „Къ патологіи влагалищныхъ кистъ“, Журналъ Акушерства и Женскихъ Болезней, 1892 г., стр. 385 и 1894 г., стр. 115.

⁴⁾ *Gaz. méd. de Paris*, 1847 г., №№ 17 и 34.

⁵⁾ *Zur Aetiologie der Vaginalcysten*,—*Centralblatt für Gynaec.*, 1889.

⁶⁾ *Archives de Tocologie*, 1878, Avril et Montpellier méd., Juin „Des Kystes du vagin“, 1870.

⁷⁾ „Ein Beitrag zu den Vaginalcysten“, *Zeitschrift für Gynaec.*, Bd. XVI, 1889 г.

⁸⁾ *Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, II Aufl., 1867 г., S. 544 und *Zeitschrift f. Geb. und Gynaec.*, Bd. VIII.

соглашаются *Virchow* 9), *Graefe* 10), *Richelot* 11), *V. Chalot* 12), а также *W. A. Freund* 13), который вмѣстѣ съ *Kaltenbach*'омъ, *Graefe* и *К. Славянскимъ* 14) признаютъ также возможнымъ происхожденіе влагалищныхъ кистъ изъ рудиментовъ Мюллера хода.

Кисты, развившіяся изъ Мюллера хода, необязательно располагаются съ боковъ *columnarum rugarum vaginae*, но могутъ находиться и на передней и на задней стѣнкѣ влагалища, такъ какъ въ эмбриональномъ періодѣ возможно спиральное расположеніе другъ къ другу Мюллеровыхъ ходовъ и послѣдующая ихъ атрезія по мѣстамъ. Выше сводовъ эти кисты, очевидно, не могутъ достигать, а кисты Гертнеровыхъ каналовъ вдаются и въ широкую связку.

Klebs допускаетъ происхожденіе влагалищныхъ кистъ изъ расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ между щелями соединительной ткани.

Что касается взгляда на влагалищныя кисты, какъ на ретенціонныя железистыя образованія, то мнѣнія объ этомъ авторитетныхъ ученыхъ раздѣляются.

Большинство гинекологовъ и анатомовъ, какъ *Kiwisch* 15), *Kölliker*, *Eustache* и др. признаютъ, что слизистая оболочка влагалища железъ не имѣетъ, что обычно наблюдаемый въ незначительномъ количествѣ влагалищный секретъ состоитъ изъ поверхностно слущившагося (многослойно)—плоскаго эпителия и тканевого пропота, какъ это обстоятельно разработано и изложено *Döderlein*'омъ 16) въ его работѣ.

Нѣкоторые, какъ *Graefe* 17) и *Славянский* 18) полагаютъ, что железы во влагалищной слизистой оболочкѣ могутъ быть,

9) *Virchow's Handbuch der spec. Patholog. und Therap.*, Bd. 6, Abs. 2.

10) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. XIII, S. 460, 1882.

11) *Gas. de Gynécol.* 1-er Nov. 1888, „Kyste du vagin“.

12) *Ann. de Gynécol. et d'obst.*, tome XXXVIII, p. 11—61 „Les Kystes Wolffiens du vagin“.

13) *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. I, 1887 г., „Beitraege zur Pathologie des doppelten Genitalkanals“.

14) *Частн. патол. и терап. женск. болѣзней*, Т. I, 1888 г., стр. 127.

15) *Руководство къ частной патологii и терапii женскихъ болѣзней*, пер. 1857 г., стр. 313.

16) *Das Scheidensecret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber*, Leipzig, 1892 г.

17) *Ibidem.*

18) *Ibidem.*

но какъ явленіе, во всякомъ случаѣ, рѣдкое, исключительное. Другіе, какъ *Luschka*, *Richet*, *Hyrtil*, *Henle*, *Ladreit de la Charrière*, *Huguier*, а въ особенности *von Preuschen* ¹⁹⁾ на основаніи тщательнѣйшихъ и многолѣтнихъ (70—77) изслѣдованій съ положительностью утверждаютъ о существованіи железъ въ толщѣ слизистой оболочки рукава. Послѣдній (*von Preuschen*) описываетъ эти железы подобно салнымъ железамъ, построенными изъ пальцевидныхъ трубокъ, выстланныхъ простымъ слоемъ мерцательнаго цилиндрическаго эпителія, оканчивающихся по нѣскольку однимъ общимъ широкимъ концомъ (*сгуртае*), покрытымъ уже плоскимъ, а не цилиндрическимъ эпителиемъ, такъ что присутствіе послѣдняго на внутренней поверхности кистозной стѣнки нѣкоторыя, какъ *Улезко-Строганова* ²⁰⁾, признаютъ согласно этому необязательнымъ для доказательства железистаго происхожденія кисты: киста можетъ возникнуть только изъ выводнаго протока железы, и тогда внутренній ея покровъ будетъ изъ плоскаго эпителія. Проф. *Лебедевъ* ²¹⁾, на основаніи одного случая, допускаетъ переходъ цилиндрическаго эпителія въ плоскій многослойный отъ давленія содержимаго кисты на ея стѣнки. *Eppinger* ²²⁾ опять опровергаетъ этотъ взглядъ, описывая вмѣсто железъ бухтообразныя углубленія слизистой оболочки, которыя будто-бы прежними изслѣдователями и принимались за железы, не бывъ таковыми.

Въ прошломъ году появилась новая работа проф. *Грамматикати* ²³⁾, гдѣ онъ, на основаніи двухлѣтнихъ анатомическихъ и микроскопическихъ изслѣдованій слизистой оболочки рукава, приходитъ къ заключенію, что на различныхъ мѣстахъ влагалищной стѣнки и даже опредѣленныхъ мѣстахъ, иногда видимыхъ невооруженнымъ глазомъ въ видѣ точечныхъ углубленій, слизистая оболочка дѣлаетъ бухто-железо-подобные ходы вглубь до 1,5 *cent.*, что бухты эти ни по формѣ, ни по строенію не подходятъ подъ типъ железистыхъ образований, что онѣ только тѣмъ разнятся отъ наружной слизистой оболочки влага-

¹⁹⁾ Centralblatt f. d. med. Wissensch. „Cysten der Vagina“, 1874, S. 773 und Virchow's Archiv, Bd. 70.

²⁰⁾ Ibidem.

²¹⁾ Zeitschrift für Geb. und Gynaec., Bd. VII.

²²⁾ Zeitschrift für Heilkunde, Bd. I.

²³⁾ Основы къ изученію Акушерства и Женскихъ болѣзней, Томскъ, 1893 г.

лица, что эпителий ихъ, какъ болѣе защищенный, сочнѣй и толще. Развитіе этихъ ходовъ по *Dorhn*'у относится къ 17—19 недѣлямъ утробной жизни. Настоящихъ-же железъ слизистая оболочка влагалища не имѣетъ.

Микроскопическое изслѣдованіе нашей кистозной стѣнки показало несомнѣнное присутствіе цилиндрическаго эпителия на нѣкоторыхъ мѣстахъ внутренней, совершенно гладкой, поверхности ея, тамъ-же, гдѣ цилиндрическій эпителий отсутствовалъ, стѣнка совсѣмъ была лишена эпителиальнаго покрова, представляя ихъ себя фиброзно-мышечную подслизистую ткань влагалища. Нахожденіе цилиндрическаго эпителия лишь на немногихъ мѣстахъ объясняется нѣжностью его и легкой потерей при обработкѣ препаратовъ, а, можетъ быть, и давнишней утратой по мѣстамъ вслѣдствіе бывшаго въ полость кисты кровоизліянія. Цилиндрическій эпителий говоритъ за происхожденіе кисты или изъ эмбриональныхъ зачатковъ, т. е. Гертнеровскаго или Мюллерава хода; или изъ железы ретенціоннымъ путемъ; но, такъ какъ эмбриологіей уже неопровержимо доказано существованіе вышеназванныхъ рудиментовъ у нѣкоторыхъ животныхъ во всю жизнь, а даже спеціальныя изслѣдованія влагалищной слизистой весьма компетентными лицами даютъ разнорѣчивые выводы, и никто не считаетъ безусловно признаннымъ обычность присутствія железъ во влагалищѣ, то, намъ кажется, болѣе основательнымъ сдѣлать предположеніе, что наблюдавшаяся нами киста произошла не изъ железы, а изъ эмбриональныхъ зачатковъ; какой-же изъ ходовъ: Мюллеровъ или Гертнеровъ былъ источникомъ происхожденія—сказать невозможно. Имѣли-ли роды какое-либо этиологическое значеніе на возникновеніе и ростъ кисты, или то явленіе, что больная впервые замѣтила опухоль вскорѣ послѣ первыхъ родовъ, а быстро ростъ киста начала вскорѣ послѣ вторыхъ родовъ—простая случайность, рѣшать этотъ вопросъ въ положительномъ смыслѣ намъ кажется затруднительнымъ, хотя легко допустимо, что вторые роды, не смотря на свою относительную легкость, были причиннымъ моментомъ кровоизліянія въ кистозную полость и тѣмъ дали ускоренный ростъ кистѣ за послѣдній годъ.

ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ:

I. Внутренняя поверхность кисты, покрытая цилиндрическимъ эпителиемъ:

a—цилиндрической эпителий.

b—соединительная ткань.

II. Наружная поверхность кисты, покрытая слизистой оболочкой влагалища:

c—многослойноплоский эпителий.

d—базальный его слой, при поверхностномъ наблюдении по высотѣ напоминающій цилиндрической эпителий.

e—слизиста оболочка влагалища съ сосочкомъ.

Препараты окрашены гематоксилиномъ и эозиномъ.

Увеличение: Hartnack Syst. 7., Ос. 3.

III.

ИЗЪ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ
ПРОФ. Н. Н. ФЕНОМЕНОВА.

Юъ вопросу о примѣненіи ферратина при metror-
rhagi'яхъ.

М. Лапкива.

Въ акушерско-гинекологической практикѣ весьма часто приходится имѣть дѣло какъ съ кровотеченіемъ, такъ и послѣд-
ствиемъ его — анеміей. Правда, въ острыхъ случаяхъ, при подачѣ
своевременнаго пособія, кровотеченія не оставляютъ глубокихъ
слѣдовъ, — женскій организмъ довольно быстро справляется съ
задачей пополненія даже значительныхъ потерь крови. Но это
относится большею частью къ акушерской патологіи. Совер-
шенно иначе обстоитъ дѣло по отношенію къ гинекологиче-
скимъ случаямъ. Здѣсь ежедневная клиническая практика
заставляетъ насъ сталкиваться большею частью съ хрониче-
скими формами кровотеченій, обусловленными различными забо-
лѣваніями половой сѣры, при чемъ эти послѣднія, въ свою
очередь, нерѣдко развиваются на почвѣ общаго страданія орга-
низма. Не удивительно, поэтому, что зачастую кровотеченія
не поддаются обыденной гинекологической терапіи и уступаютъ
лишь мѣрамъ, направленнымъ на улучшеніе общаго состоянія
организма. Такъ называемыя «эссенціальныя» кровотеченія
должны быть разсматриваемы именно какъ проявленіе общаго
заболѣванія организма или же заболѣванія половой сѣры, не
поддающагося объективному изслѣдованію. Разобраться въ каж-

домъ отдѣльномъ случаѣ относительно исходной точки заболѣванія бываетъ крайне трудно, тѣмъ болѣе, что подобныя болѣзныя являются въ клинику большею частью съ сильнымъ упадкомъ силъ и ясно выраженными признаками малокровія. Здѣсь терапия, направленная на улучшение общаго состоянія организма (при безуспѣшности мѣстнаго, спеціальнаго лѣченія), должна оказать намъ немаловажную услугу: помимо своего прямого назначенія она еще укажетъ, имѣемъ ли мы дѣло съ упадкомъ питанія, — упадкомъ кровообразовательной дѣятельности, обусловливающимъ въ данномъ случаѣ кровотеченіе, или это послѣднее, являясь однимъ изъ симптомовъ заболѣванія половой сфѣры, само по себѣ вызываетъ общее разстройство организма. Въ послѣднемъ случаѣ наша терапия останется, конечно, безрезультатной и придется прибѣгнуть къ коренному лѣченію (иногда къ удаленію кровоточащаго органа). Такой случай наблюдался въ нашей клиникѣ, при чемъ гистологическое изслѣдованіе экстирпированной *per vaginam* матки указало на гіалиновое перерожденіе сосудовъ какъ на причину кровотечения ¹⁾. Въ виду сказаннаго, гивекологія особенно нуждается въ средствахъ, обладающихъ въ высокой степени нутритивными, кровообразовательными свойствами. Изъ такихъ средствъ на первое мѣсто, несомнѣнно, должно быть поставлено желѣзо. Не вдаваясь здѣсь въ сравнительную оцѣнку различныхъ его препаратовъ, укажемъ только, что за послѣднее время стали примѣнять преимущественно органическія соединенія желѣза въ той или другой формѣ (*ferrum albuminatum*, *peptonatum*, *haemogalloi* и проч.). Изъ этихъ послѣднихъ особеннаго вниманія заслуживаетъ *ferratin* — своеобразное органическое соединеніе, добытое первоначально проф. *О. Шмидебергомъ* ²⁾ изъ свиной печени, а затѣмъ полученное имъ-же искусственнымъ путемъ. Это мелкій коричневаго цвѣта порошокъ; въ чистомъ видѣ онъ нерастворимъ въ водѣ, а растворяется въ соединеніи съ натромъ и въ этой формѣ является весьма удобнымъ препаратомъ для пользованія даже маленькихъ дѣтей.

¹⁾ Сборникъ работъ по акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. *К. Ф. Славяискому*, Спб., 1893.

²⁾ *Centralblatt für klinische Medicin*, 1893, № 45.

По мнѣнію проф. *Шмидеберга*, ферратинъ представляет тотъ видъ желѣза, въ какомъ оно вводится въ организмъ съ пищевыми веществами и, откладываясь въ тканяхъ, служитъ цѣлямъ его питанія.

Въ текущей литературѣ уже имѣются указанія на примѣненіе ферратина при различнаго рода заболѣваніяхъ и, повидимому, это средство должно занять выдающееся мѣсто въ ряду желѣзныхъ препаратовъ. По крайней мѣрѣ, изъ казуистики д-ровъ *A. Jaquet'a* и *A. Kündig'a* ³⁾, обнимающей 24 случая, видно, что подъ вліяніемъ ферратина у больныхъ усиливался аппетитъ, самочувствіе улучшалось, больные прибывали въ вѣсѣ (максимумъ на 7,4 kilo въ теченіе четырехъ недѣль), и если анемія зависѣла отъ обильныхъ кровопотерь, то эти послѣднія, съ назначеніемъ ферратина, обыкновенно прекращались (за исключеніемъ одного случая, гдѣ кровотеченіе обусловливалось туюм'ой матки и больная находилась въ состояніи кахексіи); параллельно съ этимъ замѣчалось увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ и гемоглобина. На основаніи своихъ наблюденій указанные авторы и приписываютъ ферратину роль питательнаго и терапевтическаго средства, при чемъ особенно отмѣчаютъ его легкую усвояемость и отсутствіе разстройствъ со стороны пищеварительныхъ органовъ (даже у маленькихъ дѣтей). Насколько вѣрно подобное заключеніе о дѣйствиіи этого средства, покажутъ, конечно, дальнѣйшія точныя наблюденія, но все же считаемъ не лишнимъ и съ своей стороны привести клиническій случай, гдѣ эффектъ лѣченія, повидимому, обусловливался назначеніемъ ферратина.

Больная Н. П., 18 лѣтъ, воспитанница гимназіи.

Въ дѣтствѣ перенесла корь, коклюшъ и 2 раза воспаленіе легкихъ (6 и 11 лѣтъ). Считаетъ себя больной 4 года, при чемъ рассказываетъ, что появившіяся на 15 году регулы установились въ трехнедѣльный типъ, продолжаясь по 3 дня, безъ болей. Но такъ было только 2 раза, затѣмъ регулы прекратились на 9 мѣсяцевъ, а по прошествіи этого времени безъ всякой видимой причины появились кровотеченія, которыя съ промежутками отъ одного дня до недѣли продолжаютъ по настоящее время. Въмѣстѣ съ кровотеченіями появились и бѣлы—вначалѣ небольшія; мѣсяца два тому назадъ онѣ усилились, а въ настоящее время выдѣляются по прежнему въ небольшомъ количествѣ. За промежутокъ времени отъ начала заболѣванія до поступленія въ клинику больная

³⁾ Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1894, № 11.

подвергалась различнымъ способамъ лѣченія, какъ то: впрыскиваніямъ въ полость матки t-rae jodi etc., электризаціи по *Apostoli*, но все это не принесло никакой пользы. Безъ результата остались и подкожныя впрыскиванія эрготина. 4-го мая текущаго года больной произведено выскабливаніе слизистой оболочки матки, но также безъ всякаго успѣха. Операция эта была повторена 6-го августа и съ тѣмъ же результатомъ, въ виду чего больная направлена въ клинику, куда и поступила 31-го августа текущаго года.

Больная шатенка; средняго роста, умѣреннаго питанія. Скелеть правильно развитъ. На поверхности тѣла никакихъ болѣзненныхъ слѣдовъ не замѣтно. Видимыя слизистыя оболочки блѣдно-розоваго цвѣта. Въ правой *vena jugularis* выслушивается шумъ волчка, анемическіе шумы сердца.

Наружная половая сфера нормальна; *virgo intacta*.

Матка нормальной величины и консистенціи, въ *anteflexi*'и 2 й степени. Своды свободны.

Вѣсъ больной при поступленіи—2 пуда 13 фун.

Назначенъ *ferratin* по 0,5—3 раза въ день, и спринцеванія растворомъ сулемы (1:3000) 2 раза въ день.

Кровотеченія вскорѣ же прекратились и за все время пребыванія больной въ клиникѣ не возобновлялись. Больная начала постепенно прибавляться въ вѣсѣ, аппетитъ значительно усилился, и при выпискѣ изъ клиники (1-го октября) больная вѣсила 3 пуда 6 фун., т. е. въ теченіе мѣсяца увеличилась въ вѣсѣ на 23 р. (9,4 kilo). Бѣли не прекратились, но выдѣляются теперь въ весьма незначительномъ количествѣ. Дальнѣйшихъ свѣдѣній о состояніи больной пока не имѣется ⁴⁾.

Такимъ образомъ, мы можемъ отмѣтить, что у больной съ самаго начала заболѣванія кровотеченія ниразу не останавливались на такой сравнительно большой промежутокъ времени, а различныя гинекологическія мѣропріятія не принесли никакой пользы; далѣе, слѣдуетъ указать на значительную прибавку въ вѣсѣ и улучшеніе общаго состоянія больной—все это не могло быть случайнымъ явленіемъ и должно быть поставлено въ зависимость отъ примѣненія ферратина. Другой вопросъ, касающійся прочности излѣченія, рѣшить, конечно, будущее. Во всякомъ случаѣ, крайне желательно, чтобы ферратинъ въ числѣ другихъ средствъ каждый разъ примѣнялся при такъ называемыхъ «эссенціальныхъ кровотеченіяхъ» и чтобы наблюденія, подобныя описанному, не оставались единичными.

⁴⁾ Больной предложено въ случаѣ ухудшенія ея состоянія сообщать объ этомъ письменно.

IV.

Иъ технику выскабливанія полости матки.

М. М. Миронова,

Пр.-доцента Императорскаго Харьковскаго Университета.

(Читано въ Харьковскомъ Медицинскомъ Обществѣ 26/хл 94).

Въ настоящей замѣткѣ я имѣлъ въ виду указать на нѣкоторыя модификаціи, которыя втеченіе послѣдняго времени вошли постепенно въ технику выскабливанія полости матки и которыя, какъ показали наблюденія, имѣютъ нѣкоторыя преимущества передъ обычно практикующимися приемами и по этому заслуживаютъ всеобщаго вниманія.

Начать съ того, что хотя выскабливаніе полости матки и не причиняетъ чрезмѣрной болѣзненности, которая заставляла бы *всегда* прибѣгать къ помощи наркоза, однако почти всегда она на столько чувствительна для больныхъ, что заставляетъ ихъ кричать отъ боли, и въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ уже предварительное изслѣдованіе зондомъ указываетъ на сильную чувствительность, приходится даже мириться съ неприятностями и рискомъ общей анестезіи и прибѣгать къ вдыханію хлороформа или эфира; сообенно у особъ нервныхъ и чувствительныхъ вообще, или въ случаяхъ, гдѣ чувствительность эта обусловливается остатками воспалительныхъ процессовъ по сосѣдству съ маткой.

Такъ какъ въ задачу врача входитъ не только лѣчить болѣзненные измѣненія въ организмѣ, но и облегчать всюду, гдѣ возможно, страданія больного, то мнѣ всегда казалось очень

желательнымъ притупить какими нибудь способами болевую чувствительность при выскабливаніи матки помощью различныхъ наркотическихъ, какъ напр., введеніемъ въ прямую кишку свѣчекъ съ опіумомъ или морфіемъ, или клизмочкой съ опійной настойкой, сдѣланной за нѣсколько минутъ до операціи. Однако, всѣ такого рода мѣры далеко не достигали своей цѣли и больныя обыкновенно жаловались на боль во время самой операціи и иногда настолько сильно, что мѣшали спокойному и тщательному производству самой операціи.

Послѣ нѣсколькихъ такихъ безуспѣшныхъ попытокъ, я наконецъ остановился на кокаинѣ.

Послѣднимъ я имѣлъ въ виду произвести мѣстную анестезію нервовъ матки по ходу ихъ, т. е. на протяженіи. Этимъ, я надѣялся, удастся притупить болевья ощущенія, получаемыя съ мѣстъ распространенія этихъ нервовъ. Я рѣшилъ впрыскивать кокаинъ въ клѣтчатку основанія широкихъ связокъ, рассчитывая достигнуть маточнаго сплетенія и мѣста вхожденія въ матку маточной артеріи и сопутствующихъ ее нервовъ. Наблюденія показали, что вышеприведенныя теоретическія разсужденія имѣли свое основаніе; и въ настоящее время я произвожу обыкновенно выскабливаніе полости матки подъ кокаиномъ слѣдующимъ образомъ.

Вымывши наружные половые органы и влагалище мыломъ и растворомъ сулемы, я обнажаю влагалищную часть матки, захватываю ее пулевыми щипцами и обнаживши боковой сводъ впрыскиваю 0,5 куб. сантиметра воднаго раствора солянокислаго кокаина изъ 0,5 на 8,0 помощью працевскаго шприца. Игла вкалывается какъ разъ подлѣ шейки матки параллельно этой послѣдней въ основаніе широкой связки на такую глубину, чтобы игла вошла почти вся, т. е. около 2 см. Затѣмъ тоже самое дѣлается на другой сторонѣ шейки. Потомъ, выждавши втеченіе 2—3 минутъ дѣйствія кокаина, приступаю уже къ дальнѣйшимъ манипуляціямъ: расширенію канала шейки и выскабливанію.

Правда, послѣ такого впрыскиванія чувство боли не прекращается вполнѣ, чего и нельзя было ожидать, но оно настолько понижается, что больныя обыкновенно уже не кричатъ и легко переносятъ эту подѣ-часъ довольно болѣзненную опе-

рацію и даютъ возможность не торопясь и спокойно произвести тщательное выскабливаніе всей полости матки. По окончаніи операціи боль быстро (черезъ 5—10 минутъ) стихаетъ окончательно.

Въ общемъ на основаніи ряда наблюденій надъ обезболивающимъ дѣйствіемъ кокаина при вышеописаномъ его примѣненіи, надо сказать, что онъ превосходитъ всѣ извѣстныя до сихъ поръ наркотическія средства и въ значительной мѣрѣ облегчаетъ больнымъ перенесеніе этой хотя и небольшой, но все таки болѣзненной операціи и поэтому заслуживаетъ полного вниманія и широкаго примѣненія въ подобныхъ случаяхъ.

Непріятныхъ побочныхъ явленій отъ кокаина мнѣ наблюдать не приходилось, кромѣ непродолжительнаго головокруженія и иногда скоропреходящаго онѣмѣнія конечностей у слабыхъ больныхъ.

Переходя къ отдѣльнымъ моментамъ самой операціи я хотѣлъ бы остановиться на способѣ дезинфекціи канала шейки и полости матки. Обыкновенно принято производить эту дезинфекцію, пропаласкивая полость матки дезинфицирующимъ растворомъ черезъ катетеръ *Fritsch*'а или сходный съ нимъ по конструкціи; приэтомъ жидкость собственно приходитъ въ соприкосновеніе только со стѣнками тѣла матки, не касаясь стѣнокъ шейки, такъ такъ обратно она вытекаетъ по внѣшней трубкѣ катетра, закрывающей стѣнки шейки. Тогда какъ именно, если и подлежитъ что предварительной дезинфекціи, такъ это полость шейки, а никакъ не полость тѣла матки, которая обыкновенно и безъ того свободна отъ микроорганизмовъ.

Наконецъ дезинфицировать какую бы то ни было поверхность, поливая ее растворомъ дезинфицирующей жидкости, есть мѣра по меньшей мѣрѣ проблематичная; а специально для шейки матки, покрытой обыкновенно вязкой, плотно приставшей къ стѣнкамъ ея слизью и совершенно безцѣльная. По этому я смотрю на промываніе матки съ цѣлью обеззараживанія ея полости, какъ на приемъ не только бесполезный и безцѣльный, но нерѣдко и прямо вредный, такъ какъ послѣ него иногда наблюдается рядъ нервныхъ разстройствъ рефлекторнаго характера, какъ то: тошнота, рвота и т. п., а иногда припадки и отравленія въ формѣ головокруженія, обморочнаго состоянія и т. п. явленій.

По этому прежде чѣмъ приступить къ расширенію канала шейки, я примѣняю для обеззараживанія его стѣнокъ вытираніе маленькими кусочками ваты, смоченными въ 4⁰/₀ или 5⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты. Эти маленькіе ватные цилиндрики захватываются тонкимъ, длиннымъ зубчатымъ пинцетомъ и ими стѣнки канала шейки очищаются съ одной стороны механически, а съ другой смачиваются на столько крѣпкимъ растворомъ дезинфицирующей жидкости, что можно быть уже вполне увѣреннымъ въ дѣйствительности подобной мѣры.

Тотъ же самый пріемъ примѣняется и по окончаніи выскабливанія для очищенія какъ полости тѣла, такъ и шейки матки.

Третье обстоятельство, на которомъ я остановлюсь, касается уже не техники самой операціи, а послѣоперационнаго лѣченія. Какъ извѣстно, для полученія желательнаго результата послѣ выскабливанія полости матки, рекомендуется втеченіе извѣстнаго времени дѣлать промыванія ея и впрыскиваніе различныхъ жидкостей, способствующихъ болѣе правильному развитію вновь образующейся слизистой оболочки; для чего совѣтуютъ впрыскивать іодную настойку съ глицериномъ, или разведенную со спиртомъ, или чистую іодную настойку, или растворъ *ferris sesquichlorati* и т. п. жидкости.

Кромѣ чистой іодной настойки я не рѣдко примѣняю на 4—5 день послѣ операціи, впрыскиванье 50⁰/₀ раствора хлористаго цинка—средства, какъ извѣстно, сильно прижигающаго и отъ примѣненія котораго нѣкоторые, какъ напр., *Olshausen*, сильно предостерегаютъ. Основаніемъ для такого предостереженія служить опасеніе получить зарощеніе канала шейки съ одной стороны и рубцовое перерожденіе слизистой оболочки всей матки съ другой.

Примѣняя впрыскиваніе такого 50⁰/₀ раствора хлористаго цинка съ помощью Брауновской спринцовки втеченіе нѣсколькихъ лѣтъ болѣе, чѣмъ въ 100 случаяхъ, я никогда не наблюдалъ ничего подобнаго. Правда, иногда послѣ подобнаго впрыскиванія менструальное кровотеченіе отсутствуетъ 1 или 2 періода; но затѣмъ снова начинаются правильныя регулы. Неоднократно послѣ такого прижиганія приходилось наблюдать наступленіе беременности и сплошь и рядомъ регулы прихо-

дять, не смотря на такое впрыскиваніе, въ первый же менструальный періодъ.

Такъ что никакихъ дурныхъ послѣдствій отъ подобнаго впрыскиванія я не наблюдалъ. Неприятнымъ является въ этомъ впрыскиваніи главнымъ образомъ сильная болѣзненность, наступающая спустя уже нѣсколько минутъ послѣ введенія хлористаго цинка, и продолжающаяся обыкновенно нѣсколько часовъ, а въ отдѣльныхъ, исключительныхъ случаяхъ даже по нѣсколько дней, до 2-хъ и даже 3-хъ сутокъ. Нерѣдко послѣ впрыскиванія наблюдается и рвота.

Но если передъ промываніемъ матки сдѣлать впрыскиваніе кокаина въ оба свода и затѣмъ уже дѣлать прополаскиваніе матки и впрыскиваніе 50⁰/₀ раствора хлористаго цинка, то нерѣдко послѣ этого небольшая боль длится всего нѣсколько минутъ. Однако, такъ какъ дѣйствіе кокаина скоропреходящее, а боль отъ впрыскиванія хлористаго цинка можетъ продолжаться долго, то въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ она не прекращается черезъ 5—10 минутъ, приходится прибѣгать къ опиуму или морфію.

Причина, заставившая меня, не смотря на такія неприятныя сопутствующія явленія, все таки иногда примѣнять хлористый цинкъ, лежитъ въ томъ, что это средство давало мнѣ наилучшіе результаты въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требовалось энергичное прижиганіе слизистой оболочки, какъ напримѣръ, при подозрительныхъ кровотеченіяхъ въ пожиломъ возрастѣ или гдѣ необходимо было заставить матку сократиться болѣе или менѣе энергично, какъ напримѣръ, въ случаяхъ недостаточнаго обратнаго развитія матки и т. п. случаяхъ.

Съ устраненіемъ же помощью кокаина и другихъ наркотическихъ сильныхъ болевыхъ ощущеній исчезаетъ и то единственное неудобство, которое наблюдалось при примѣненіи этого средства и въ настоящее время хлористый цинкъ можетъ быть рекомендованъ, какъ одно изъ хорошихъ прижигающихъ для внутриматочной терапіи.

V.

Перфораторъ — буравъ.

В. Фавра,

Помощника директора Харьковскаго земскаго повивальнаго училища.

(Сообщено въ Харьковскомъ Медицинскомъ Обществѣ 18 Декабря 1893 г.).

Операція, съ помощью которой мы уменьшаемъ объемъ головки черезъ сдѣланное въ ней отверстіе опорожненіемъ ея содержимаго, носить названіе перфорации или прободенія (*perforatio cranii craniotomia*).

Для этой цѣли было придумано большое количество различнаго вида и формы инструментовъ, которые можно подраздѣлить на слѣдующія 4 категоріи:

1) Ножи и копыя (*Ould'a*, *Fried'a* копые въ 4-хъ угольномъ футлярѣ, черепосверлитель *Щеткина* и др.).

2) Стилеты и буравы (троакаръ *Fried'a*, *Dugés* короткій и толстый буравъ со стержнемъ и рукояткою, *Simpson'a* basist 1888 г. инструментъ, состоящій изъ 2-хъ частей: его буравъ долженъ раскрываться при сжиманіи рукоятокъ).

3) Ножницеобразные перфораторы (*Smellie*, *Naegele*, *Blot* и другіе).

4) Тренаны (*Leisnig-Kiwisch'a*, *Braun'a*, *Pajot*, *Guyon'a*, *Assalini* и друг.).

Совершенно отдѣльно стоитъ брѣфотомъ проф. *Лазаревича*.

Въ настоящее время наиболѣе употребительны перфораторы *Smellie*, *Naegele*, въ особенности *Blot*, *Leisnig-Kiwisch'a* *Braun'a* и *Pajot*.

Одни акушеры предпочитают оперировать исключительно однимъ перфораторомъ, другіе же прибѣгаютъ въ однихъ случаяхъ къ ножницеобразнымъ перфораторомъ, а въ другихъ—къ трепанамъ. Мнѣнія акушеровъ нашихъ дней объ этихъ инструментахъ относительно достоинства и способа ихъ примѣненія различны.

Проф. *Крассовскій* (Оперативное Акушерство 1885 г.) исключительно употребляетъ перфораторъ *Blot*. Коль скоро верхушка прободника коснулась кости, то *вращательными* движеніями то вправо, то влѣво прободаютъ кость; по проникновеніи ея (верхушки) въ полость черепа, что узнается по уменьшенному сопротивленію, начинаютъ *буравить* до тѣхъ поръ, пока все копые не проникнетъ въ полость черепа.

Упрекъ, который дѣлаетъ проф. *Крассовскій* перфоратору *Blot*, тотъ, что прободеніе легко при условіи возможности приложенія его къ какому-нибудь шву или родничку; въ противномъ случаѣ вслѣдствіи необходимаго болѣе сильнаго нажима инстумента на кости черепа, легко можетъ случиться соскальзываніе его и пораненіе мягкихъ родовыхъ путей матери.

Проф. *Лазаревичъ* (курсъ акушерства) говоритъ, что какъ копьевидные, такъ и ножницеобразные перфораторы опасны для матери, ими легко повреждаются мягкія ея части и даже руки самаго оператора. Мѣсто приложенія перфоратора швы или роднички. О трепанѣ проф. *Лазаревичъ* отзывается тоже неодобрительно, въ Боннѣ ему показывалъ проф. *Kilian* тазы съ прободеніемъ ими крестцоваго мыса, а значительная, кромѣ того, толщина ихъ требуетъ столько мѣста, что остается мало пространства для руки оператора. Проф. *Лазаревичъ* изобрѣлъ свой собственный перфораторъ, носящій названіе брэфотом а Точка приложенія его швы или роднички.

Въ примѣчаніи къ руководству по акушерству *Schoeder'a*, проф. *Горвицъ* говоритъ, что трепанамъ должно всегда отдать преимущество передъ ножницеобразнымъ перфораторамъ, такъ какъ ими оперировать несравненно легче и удобнѣе и, кромѣ того, проколоть головку стоящую долго въ тазу и когда на ней образовалась значительная отечная опухоль не такъ легко, какъ кажется на первый взглядъ.

Видъ острія сверху



Разрѣзъ А. В.



Проф. *Феноменовъ* (Оперативное Акушерство 1892 г.) совѣтуетъ при низкомъ стояніи подлежащей части и достаточномъ раскрытіи зѣва лучше всего пользоваться трепаномъ *Leisnig-Kiwisch'a*. Мѣсто приложенія безразлично.

Для ножницеобразныхъ перфораторовъ удобнѣе всего выбирать мѣсто, гдѣ легче проникнуть въ полость черепа при наименьшемъ насиліи, т. е. въ какой либо родничекъ или шовъ. Можно проникнуть въ полость черепа и на протяженіи кости, пользуясь прободникомъ *Blot*.

Способъ употребленія—надавливаніе на инструментъ и *буравящія* его движенія.

Д-ръ *Шеткинъ* (Мед. Обозр., 1893 г., № 3) предложилъ имъ придуманный перфораторъ, который онъ называетъ *черепо-сверлитель* и о которомъ онъ говоритъ, что его инструментъ есть не болѣе, какъ упрощенный *perce-crape Blot*. Самое названіе этого инструмента показываетъ способъ его примѣненія. Мѣсто приложенія безразлично, лучше компактная кость.

Spiegelberg (Учебникъ Акушерства 1879 года) говоритъ, что лучший перфораторъ *Blot*, хотя трепанъ *Pajot* предпочитаетъ, такъ какъ онъ не такъ легко соскальзываетъ и представляетъ меньше опасности поранить мать. При соскальзываніи же ножницъ, матка и рукавъ скорѣе могутъ быть проткнуты (это случилось съ однимъ врачомъ въ присутствіи *Spiegelberg'a*). Производство операціи: разрѣзъ бистуріемъ покрововъ черепа; ножницами стараются избѣгнуть шва, потому, что сдѣланное отверстіе въ этомъ мѣстѣ очень легко закрывается вслѣдствіи надвиганія другъ на друга краевъ раны. Инструментъ устанавливается перпендикулярно и *вращательными* движеніями *пробуравливаютъ* кости.

Schroeder (Учебникъ Акушерства 1887 г.) употребляетъ ножницеобразный перфораторъ *Naegele* и трепанъ *Leisnig-Kiwisch'a*.

Точка приложенія, по возможности, шовъ или родничекъ. Относительно преимущества одного прободника передъ другимъ, *Schroeder* ничего не говоритъ. При употребленіи трепана слѣдуетъ особенно остерегаться соскальзыванія его кзади. При послѣдующей головкѣ, когда нужно перфорировать основаніе черепа между подбородкомъ и позвоночникомъ совѣтуетъ тре-

панъ, или же ножницеобразный перфораторъ, если можно добраться до одного изъ боковыхъ родничковъ. При предлежаніи личика перфорируютъ лобъ или же проникаютъ въ черепъ черезъ лобный шовъ. Способъ примѣненія ножницеобразнаго перфоратора простое вкальваніе.

Naegele и *Grenser* (Traité pratique de l'art des accouchemts) отдають трепанамъ преимущество, хотя вполне они не могутъ замѣнить ножницеобразныхъ перфораторовъ. Мѣсто приложенія безразлично, естественнѣе шовъ или родничекъ. Трепаны образуютъ хорошее отверстіе въ черепѣ и не ранятъ матери такъ легко, даже въ рукахъ неопытныхъ, какъ ножницеобразные перфораторы. Прободеніе послѣдними совершается *вращательными* движеніями.

Schauta (Очеркъ основъ оперативнаго акушерства 1885 г.) совѣтуетъ ножницы *Naegele* и трепаны *Leisnig-Kiwisch'a*, *Braun'a* и *Guyon'a*. Первыми прокалываетъ шовъ или родничекъ въ виду меньшаго ихъ сопротивленія, впрочемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится дѣлать прободеніе и компактной кости. Перфорация трепаномъ требуетъ помощника. Какъ на недостатокъ ножницеобразныхъ перфораторовъ, даже въ опытныхъ рукахъ, *Schauta* указываетъ на могущія произойти поврежденія влагалища, шейки матки и даже брюшины вслѣдствіе соскальзыванія инструмента въ моментъ предполагаемаго вкальванія. Трепаны, въ особенности *Braun'a*, легко ломаются, ржавѣютъ, послѣ каждой операціи требуютъ тщательной чистки опытнымъ мастеромъ и дороги. Хвалить трепанъ *Guyon'a*, такъ какъ не требуетъ помощника.

Kehrer (Учебникъ оперативнаго акушерства 1893 г.) предпочитаетъ трепанъ ножницеобразному перфоратору (за исключеніемъ случаевъ головной водянки), такъ какъ черезъ отверстіе, сдѣланное имъ, мозгъ легче можетъ выйти, нежели черезъ разрѣзъ, окруженный четырьмя подвижными лопастями. Мѣсто приложенія ножницеобразнаго перфоратора шовъ или родничекъ.

Если же нельзя прощупать въ маточномъ зѣвѣ какого либо шва или родничка, то прокалываютъ инструментомъ черепныя кости, что требуетъ значительной силы. При употребленіи трепана отверстіе дѣлается гораздо надежнѣе, если перфорируютъ не на мѣстѣ шва или родничка.

Fritsch (Клиника Акушерскихъ операцій, 1890 г.), для прободенія черепа употребляетъ ножницеобразный перффораторъ *Smellie*; совѣтуетъ избѣгать швовъ и родничковъ; перффорируетъ *вращательными* движеніями.

Dührssen (Акушерскій Спутникъ, 1890 г.), предпочитаетъ ножницеобразный перффораторъ *Naegele* всѣмъ прочимъ. При невозможности проникновенія въ полость черепа черезъ шовъ или родничекъ совѣтуетъ прибѣгать для прободенія компактныхъ черепныхъ костей къ *буравящимъ* движеніямъ перффоратора.

Charpentier (Traité pratique des accouchements 1883 г.), лучшимъ перффораторомъ считаетъ *Blot*. Мѣсто приложенія безразлично. Вкалывая инструментъ перпендикулярно во избѣжанія соскальзыванія въ мягкія части черепа, *Charpentier* совѣтуетъ для прободенія костей, какъ болѣе удобный пріемъ, дѣлать перффораторомъ *вращательныя* движенія то вправо, то влѣво.

Winckel (Lehrbuch der Geburtshülfe, 1889 г.). При возможности достигнуть перффораторомъ шва или родничка совѣтуетъ ножницеобразный, въ противномъ случаѣ трепанъ.

Runge (Учебникъ Акушерства, 1894 г.), предпочитаетъ ножницеобразный перффораторъ *Naegele*. Точка приложенія шовъ или родничекъ; въ противномъ случаѣ прободеніе компактныхъ костей дѣлается или «сильнымъ толчкомъ на рукоятку» или *вращательными* движеніями.

Такимъ образомъ, разсматривая мнѣнія различныхъ акушеровъ относительно выбора, достоинства и способа примѣненія того или другого перффоратора, мы видимъ, что одни предпочитаютъ ножницеобразные, другіе трепаны и нѣкоторые совѣтуютъ имѣть въ акушерскомъ наборѣ оба эти вида.

Выбирая ножницеобразный перффораторъ, большинство авторовъ предостерегаютъ оперирующихъ отъ соскальзыванія его и могущихъ отъ этого произойти пораненія мягкихъ родовыхъ частей матери; даже трепаны и тѣ въ состояніи произвести такія разрушенія тканей, какъ прободенія крестцового мыса (случай) *Kilian*'а. Не говоря уже о возможности подобныхъ случаевъ, ножницеобразные перффораторы неудобны еще тѣмъ, что точка приложенія ихъ должна обуславливаться мѣстомъ наименьшаго сопротивленія, т. е. швами или родничками (брефотомъ проф. *Лазаревича* безусловно этого требуетъ), что, какъ

извѣстно, не всегда бываетъ возможно, особенно при узкихъ и плоско сѣуженныхъ тазахъ. При подобныхъ условіяхъ для прободенія достаточно одного прокола «смѣлымъ напоромъ». (*Schauta*. Учебникъ опер. акуш.).

Совершенно иначе бываетъ, если перфораторъ встрѣчаетъ компактную кость. Для того, чтобы сдѣлать въ ней отверстіе, необходимо прибѣгнуть къ такимъ манипуляціямъ, какъ вращеніе вокругъ продольной его оси, т. е. къ буравящимъ движеніямъ, такимъ, которыя спеціально не присущи и чужды подобнаго устройства инструментамъ.

Необходимость въ этомъ съ особенною яркостью выступаетъ, если приходится перфорировать одинъ изъ темянныхъ бугровъ по причинѣ ихъ выпуклости и твердости. Препятствія велики и соскальзываніе прободника легко.

Эти затрудненія заставляютъ нѣкоторыхъ акушеровъ обращаться къ трепанамъ.

Эти инструменты, помимо того, что требуютъ еще помощника, объемисты и неудобны для чистки и для дезинфекціи вслѣдствіи сложности ихъ конструкціи, т. е. обладаютъ качествами совершенно противоположными современнымъ требованіямъ оперативнаго акушерства.

Въ заслугу трепановъ можно поставить производимое ими безъ усилій хорошее круглое отверстіе, допускающее свободное выходеніе мозга и возможность перфорировать въ любомъ мѣстѣ черепа, но преимущественно все таки въ компактныхъ его частяхъ. Если съ одной стороны въ силу сказанныхъ недостатковъ трепановъ они далеки отъ совершенства и мало употребительны, а съ другой—такіе авторитетные акушеры, какъ профф. *Лазаревичъ, Крассовскій, Spiegelberg, Charpentier, Fritsch, Naegele*, не смотря на несовершенства ножницеобразныхъ перфораторовъ, отдають предпочтеніе послѣднимъ, то естественно рождается потребность въ устройствѣ такого инструмента, который не имѣлъ бы недостатковъ какъ ножницеобразныхъ прободниковъ, такъ и трепановъ, соединялъ бы вмѣстѣ съ тѣмъ ихъ достоинства и который былъ бы далекъ отъ упрека въ опасности его въ неопытныхъ рукахъ, въ ограниченіи мѣстомъ для перфорациі, трудности дезинфекціи, тяжеловѣсности и дороговизнѣ.

Придуманнй мною перфораторъ, названнй мною буравомъ, я полагаю, вполнѣ удовлетворяетъ перечисленнмъ качествамъ. Образцемъ для него послужилъ мнѣ обыкновеннй американскй буравъ. Длина его отъ верхушки до ручки 22 с., длина ручки 12 с. Отъ острія до начала широкой части бурава 12 мм.; длина широкой части 22 мм. Поперечникъ широкой части 18 мм. Достигнувши остріемъ бурава подъ руководствомъ 2 или 3 пальцевъ (указательнымъ, среднимъ и безыменнымъ) лѣвой руки до покрововъ черепа легкимъ нажиманіемъ прокалываютъ его поверхностныя мягкія части и, установивши инструментъ на мѣстѣ прободенія, начинаютъ буравить.

Въ 1—2 минуты, отверстіе готово.

Операція прободенія, въ особенности на живомъ плодѣ, тяжела, совершая ее, сознаешь за собой передъ человѣчествомъ вину, какъ то притихаешь передъ окружающими, будто совершаешь что то нехорошее, теряешь задоръ, испытываемый всякимъ операторомъ послѣ удачной операціи и утѣшаешь себя только тѣмъ, что успѣхи акушерства за послѣдніе годы способствовали болѣе рѣдкому ея примѣненію, утѣшаешь себя тѣмъ, что спасаешь драгоценную жизнь жены и матери, выносящей на своихъ плечахъ всѣ трудности дѣла домоводства и воспитанія подростоющаго поколѣнія, жертвуя для этого проблематичной жизнью находящагося въ ея утробѣ плода.

Было бы, конечно, лучше, если бы мы имѣли въ нашихъ рукахъ средство, могущее безусловно сохранить двѣ жизни: матери и ребенка; но такъ какъ такимъ средствомъ, къ несчастью, въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы еще не обладаемъ, то, по крайней мѣрѣ въ встрѣтившейся необходимости въ перфорации, эта операція должна быть совершена по стародавнему правилу хирурговъ «cito et tuto»; вотъ что могу сказать себѣ въ концѣ концовъ въ оправданіе предлагаемаго мною новаго перфоратора *).

*) Цѣна перфоратора 4 руб. 50 коп.—въ магазинѣ Хирургическихъ инструментовъ Д. П. Алферова въ Харьковѣ.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФІЯ.

А. П. Артемьевъ. Краткій очеркъ развитія «бабичьего» дѣла въ Россіи и проектъ мѣропріятій къ его упорядоченію. Тифлисъ, 1894 года.

Н. М. Какушкина.

Вопросъ объ улучшеніи акушерской помощи, съ какой бы стороны онъ ни разсматривался, заслуживаетъ всегда, чтобы остановиться на немъ съ полнымъ вниманіемъ и заботливостью. По этому, нельзя не быть благодарнымъ автору вышеназванной брошюры за то что онъ напоминаетъ теперь объ одной, чуть ли не самой важной, сторонѣ этого вопроса,—о повивальныхъ бабкахъ. Дѣйствительно какъ-бы широко ни была поставлена медицинская помощь населенію вообще и какъ бы высоко ни стояли его культурные успѣхи, повивальныя бабки очень долго, если не всегда, будутъ неизбѣжнымъ, а слѣдовательно и важнымъ, элементомъ въ дѣлѣ родовспоможенія.

Въ нашемъ государствѣ, при его обширности и экономической неустраенности большей части его населенія, значеніе этого элемента получаетъ еще большую цѣну и побуждаетъ насъ безъ размысленій стать на сторону мнѣнія автора объ упорядоченіи акушерскаго дѣла путемъ главнымъ, образомъ, увеличенія числа повивальныхъ бабокъ.

Оставляя въ сторонѣ вопросъ о мѣрахъ, какими это увеличеніе можетъ быть достигнуто, мы не можемъ пройти мимо его взгляда на желательную степень образованности акушеровъ, на размѣры ихъ предварительныхъ познаній, на характеръ ихъ подготовки и т. д. „Размѣръ предварительныхъ познаній, необ-

ходимый для поступления на акушерские курсы, долженъ быть самый ограниченный“. Таково мнѣніе автора, увидѣвшаго исключительно вредныя стороны въ поднятїи образовательнаго ценза акушеровъ и требующаго отъ акушеровъ весьма немногихъ качествъ именно: педантической исполнительности преподаваемыхъ правилъ, аккуратности, чистоплотности и вѣжливости. Можно-ли согласиться съ такимъ мнѣніемъ? Конечно, нельзя. Можно допускать ограниченность познаній, какъ временное неизбѣжное условіе, при общемъ низкомъ уровнѣ развитія лицъ, ищущихъ званіе акушерки, но возводить эту ограниченность въ принципъ, считать ее предпочтительною, желательною и полезною,—это по меньшей мѣрѣ—несправедливо. Не только теорія никогда не станетъ въ этомъ взглядѣ на сторону автора, но и практика врядъ-ли оправдаетъ его увѣренность въ томъ, что только исполнительная, аккуратная, вѣжливая и чистоплотная женщина можетъ быть хорошей акушеркой. Ратуя за ограниченность познаній, не надо забывать, что акушерство,—хотя и искусство можетъ быть, требующее талантовъ но искусство, всецѣло выросшее на научныхъ данныхъ, требующихъ для своего усвоенія общаго умственнаго развитія. При современныхъ условіяхъ русской деревни большинству нашихъ акушеровъ приходится работать въ сферѣ патологическаго акушерства и въ такой обстановкѣ, гдѣ, при отсутствіи врача, не можетъ быть и рѣчи объ исполненіи предписаній. Акушеркѣ сплошь и рядомъ приходится одной, самостоятельно, и оцѣнить патологическій случай, и найтись во время. Да наконецъ сама по себѣ исполнительность предписаній, созвательная, несущая пользу больнымъ,—развѣ это автоматизмъ?

Переходя дальше къ вопросу о размѣрахъ знаній, собственно медицинскихъ, необходимыхъ для акушеровъ, мы не можемъ не пожалѣть, что авторъ недостаточно подробно выяснилъ намъ необходимость для населенія собственно акушеровъ, а не другого какого либо типа женскаго низшаго медицинскаго персонала. Насколько намъ извѣстно, почти всѣ земскія губерніи въ настоящее время довольно опредѣленно выяснили себѣ это дѣло и съ нѣкоторыхъ поръ стремятся замѣнить всѣхъ своихъ собственно акушеровъ акушерками-фельдшерицами. Намъ кажется, что мотивы такого взгляда на это дѣло вполне ясны, даже съ той точки зрѣнія, на которой мы стоимъ въ данную минуту, т. е. съ точки зрѣнія лица, стремящагося къ улучшенію акушерской помощи въ населеніи. Фельдшерица-акушерка всегда будетъ не только лучшей повивальной бабкой, чѣмъ просто акушерка, но и несомнѣнно

болѣе подготовленной къ тому, чтобы удовлетворить интересы и вкусы крестьянскаго населенія, желающаго видѣть въ своей бабкѣ свѣдущаго человѣка по разнымъ видамъ страданій своего организма. Конечно, обучать акушерку одному только сифилису и венерическимъ болѣзнямъ довольно странно, но учить ее вообще медицинѣ слѣдуетъ и намъ очень непонятно, почему это авторъ такъ ревниво охраняетъ „знаніе“ отъ тѣхъ, кто его ищетъ и кому оно можетъ служить съ несомнѣнною и большою пользою. Что касается программы, которую авторъ предлагаетъ для руководства на акушерскихъ курсахъ, то со стороны акушерства она пожалуй довольно подробно и составлена такъ, что не стѣснить преподавателя, давъ ему возможность широкой рукой индивидуализировать обученіе. Одна только бѣда: авторъ строго предостерегаетъ отъ употребленія *различныхъ* учебниковъ и руководствъ по акушерству, а считаетъ необходимымъ вести преподаваніе всюду и всемъ по *однимъ и тѣмъ же* учебникамъ, одобреннымъ и рекомендованнымъ Медицинскимъ Совѣтомъ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ. Это, очевидно, стѣснить дѣло преподаванія, превратить его изъ живаго въ шаблонное и, связавъ преподавателей по рукамъ, отобьетъ у нихъ охоту къ преподаванію. Въ заключеніе проиграетъ все та-же повивальная бабка, при посредствѣ которой мы стремимся улучшить дѣло акушерской помощи.

Одно изъ важныхъ условій успѣха упорядоченія акушерской помощи въ Россіи авторъ видитъ въ преобразованіи административной стороны этого дѣла. Онъ считаетъ необходимымъ отдѣлить въ Россіи строго акушерское дѣло отъ лѣчебнаго и санитарнаго, для чего предлагаетъ акушеровъ въ каждой губерніи подчинить надзору губернскаго акушера, его помощниковъ и врачей—преподавателей акушерскихъ школъ, этихъ послѣднихъ тому же губернскому акушеру съ помощниками и всѣхъ вмѣстѣ особому „родовспомогательному“ отдѣленію Медицинскаго Департамента. По его проекту получается красивая картина бюрократической лѣстницы, на нижней ступенькѣ которой сидитъ повивальная бабка, а на самой верхней управляющій „родовспомогательнаго“ отдѣленія.

Спрашивается насколько она нужна и насколько она будетъ полезна? Если говорить о нуждѣ, то въ самомъ раздѣленіи акушерства и лѣчебнаго дѣла нельзя не видѣть вреднаго обособленія, какъ бы китайскою стѣною, акушерскаго дѣла отъ того бурнаго, широкаго, быстро стремящагося впередъ потока, который зовется практической медициной. А затѣмъ развѣ мало над-

зора за акушерками и въ настоящее время, въ лицѣ врачебнаго инспектора, его помощника, уѣзднаго врача и прочихъ правительственныхъ и частныхъ врачей? Если говорить о пользѣ предлагаемой мѣры, то не мѣшаетъ сравнить современную земскую медицину съ сельской медициной не земскихъ губерній и подумать о тѣхъ причинахъ и условіяхъ, которыя помогли земской медицинѣ достигнуть ея настоящаго сравнительно блестящаго состоянія. И наконецъ, траты на приведеніе этой мѣры въ исполненіе. Вѣдь, заботясь объ акушерскомъ дѣлѣ такимъ образомъ мы невольно будемъ походить на мать, которая тратитъ большіе деньги на нянекъ и гувернеровъ для своего ребенка и въ тоже время плохо его кормить.

Оставляя въ сторонѣ другіе болѣе мелкіе вопросы по разсматриваемому авторомъ предмету, мы не можемъ въ заключеніе еще разъ не сказать, что брошюра его заслуживаетъ вниманія всѣхъ интересующихся этимъ дѣломъ лицъ. Пусть авторъ высказываетъ иной разъ взгляды, съ которыми трудно согласиться; но это пожалуй даже хорошо, потому что поневолѣ приходится высказывать и противурѣчивыя мнѣнія; вопросъ такимъ образомъ поневолѣ изучается и разсматривается всесторонне. Слѣдуетъ быть благодарнымъ автору за то, что своимъ прекраснымъ историческимъ очеркомъ онъ познакомилъ насъ съ тѣми путями, которыми шло развитіе бабичьяго дѣла въ Россіи. Пожелаемъ отъ души, чтобы на дѣло это было обращено вниманіе врачами разныхъ убѣжденій и различнаго опыта и чтобы окончательное рѣшеніе этого вопроса объ упорядоченіи этого дѣла не откладывалось въ дальній ящикъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ акушерско-гинекологической литературы:

а) Н ѣ м е ц к о й.

239. О. А. Рѣзниковъ. Zur Kasuistik der „Arthritis gonorrhoeica“. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 32). **Къ казуистикѣ перелойнаго воспаления суставовъ.**

У 16-лѣтней черезъ 4 дня послѣ перваго сношенія появилась боль въ лѣвомъ плечевомъ и правомъ локтевомъ суставахъ. Затѣмъ съ ознобомъ и повышенной температурой появились боли и припуханіе праваго колѣннаго сустава. Припуханіе прогрессировало. Болѣзнь продолжалась 2 мѣсяца. Со стороны половыхъ органовъ не было измѣненій. Мужъ оказался больнымъ острымъ перелоемъ. Авторъ думаетъ, что здѣсь было зараженіе черезъ ранку разорванной при сношеніи дѣвственной плевы.

Въ доказательство невѣрности мнѣнія I. Veit'a, думающаго, что послѣ *единичнаго* сношенія съ перелойнымъ мужчиной, никогда не развивается перелойное воспаление тазовой брюшины, Ячниковъ и трубъ, авторъ приводитъ 2 случая, гдѣ заболѣваніе придатковъ быстро развилось послѣ точно установленнаго единичнаго сношенія съ перелойнымъ мужчиной. *Н. Какушкинъ.*

240. R. Olshausen. Spontane Geburt. Prophylaktische Wendung. Symphyseotomie. Ihr gegenseitiges Verhalten zu einander. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 36). **Произвольные роды.—Профилактическій поворотъ.—Разсѣченіе лона.—Ихъ взаимное соотношеніе другъ къ другу.**

Авторъ не согласенъ съ Leopold'омъ, ограничившимъ показанія къ кесарскому сѣченію въ пользу симфизеотоміи. По его мнѣнію, кесарское сѣченіе—простая, типическая операція, безо-

пасная въ рукахъ акушера, вполне усвоившаго законы асептики; симфизеотомія не вполне безопасна. По поводу выбора между поворотомъ и симфизеотоміей при узкомъ тазѣ авторъ говоритъ о возможности въ такихъ случаяхъ произвольныхъ родовъ. При цѣломъ пузырьѣ трудно, говоритъ онъ, заранѣе говорить навѣрное о томъ, что произвольные роды будутъ невозможны. При отошедшихъ водахъ другое дѣло: если размѣры головки соответственно велики, это становится яснымъ уже черезъ $\frac{1}{4}$ часа послѣ разрыва пузыря, смотря на силѣ потужной дѣятельности матки. Словомъ, поворотъ, произведенный рано, нисколько не говоритъ, по мнѣнію автора, въ пользу его преимуществъ сравнительно съ выжидательнымъ способомъ (произвольныхъ родовъ). Такое же отношеніе авторъ устанавливаетъ между симфизеотоміей и произвольными родами. Вообще-же авторъ большой сторонникъ кесарскаго сѣченія, и при относительномъ показаніи онъ дѣлаетъ его въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ предыдущіе роды были очень трудны. Въ однихъ случаяхъ, при цѣломъ пузырьѣ, или при наличности потужной дѣятельности, авторъ дѣлаетъ выборъ между выжидательнымъ методомъ, поворотомъ и кесарскимъ сѣченіемъ, въ другихъ случаяхъ, при отсутствіи потужной дѣятельности, онъ выбираетъ между кесарскимъ сѣченіемъ и симфизеотоміей.

Н. Какушкинъ.

241. Friedrich Schwarz. Sytphyseotomie bei allgemein verengtem Becken mit 7,0 cm. Conj. vera. (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 36). Разсѣченіе лона при обще-суженномъ тазѣ съ истинной конъюгатой въ 7 смтм.

I пара, 27 лѣтъ; ростъ 142; размѣры таза: ср. 25; ср. 23; с. diagon. 9,0; Baudeloque'овскій размѣръ 15; conjug. vera 7. Отеки тѣла; въ мочѣ бѣлокъ. Воды отошли; предлежитъ головка, глубоко, поперечно. Температура тѣла 38°. Сдѣлана симфизеотомія на 2 сутки послѣ начала родовъ; трудно было найти симфизу, уклонившуюся влево отъ средней линіи. Расхожденіе концовъ костей послѣ разсѣченія лона было 4 смтм., при извлеченіи щипцами плода (живой) 7 $\frac{1}{2}$ смтм. Размѣры таза послѣ разсѣченія лона были: ср. 30, ср. 27, Baudeloque'овскій размѣръ 17. Послѣ извлеченія плода—швы на мягкія части. жгутъ Эсмарха на тазъ (съ ватной подстилкой), иммобилизація ногъ, катетеръ à demeure. Выздоровленіе черезъ 5 недѣль, при чемъ размѣры таза оказались таковы: ср. 26; ср. 23,5; разм. Baudeloque'a 15,7; conjug. diag. 9; conjug. vera 7. На основаніи 5 случаевъ разсѣченія лона

авторъ считаетъ эту операцію показанною при плоскомъ, общесъуженномъ, рахитическомъ тазѣ съ истинной конъюгатой въ 7—9 снтм., при чемъ расхождение концовъ лонныхъ костей возможно до 7 снтм. Симфизеотомія не исключаетъ необходимости преждевременныхъ родовъ, не производится на мертвомъ плодѣ. Она должна замѣнить кесарское сѣченіе при запущенныхъ родахъ даже съ конъюгатой таза въ 6 снтм., если со стороны родовыхъ путей наступили осложненія, могущія представить опасности при производствѣ чревосѣченія. Авторъ желаетъ широкаго распространенія симфизеотоміи въ провинціи, гдѣ нѣтъ удобства для производства кесарскаго сѣченія.

Н. Какушкинъ.

242. **A. Selowij. Zur Symphyseotomie.** (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 36). **Къ вопросу о симфизеотоміи.**

Авторъ считаетъ симфизеотомію операціей ненужною, не лишеною неурядныхъ послѣдствій и опасностей для матери. По техникѣ, по послѣдовательному уходу за больной и по исходамъ онъ отдаетъ предпочтеніе кесарскому сѣченію. Ставя себѣ идеаломъ заботиться главнымъ образомъ о жизни матери, а не о жизни и плода вмѣстѣ, что не всегда достижимо, авторъ представляетъ слѣдующій планъ своихъ дѣйствій: при узкомъ тазѣ съ истинной конъюгатой въ 9—11 снтм. онъ обходится произвольными родами; при тазѣ съ конъюгатой $7\frac{1}{2}$ —9 снтм. онъ припримѣняетъ или преждевременные роды на 32—34 недѣляхъ, или поворотъ и извлеченіе при Walcher'овскомъ положеніи ногъ; при тазѣ съ конъюгатой въ 6— $7\frac{1}{2}$ снтм. онъ дѣлаетъ краниотомію, даже живаго ребенка, или, если мать желаетъ получить ребенка живымъ, кесарское сѣченіе.

Н. Какушкинъ.

243. **Hans v. Woerz. Die Enderfolge der Symphyseotomie.** (Centralbl. für Gynäkol., 1894 г., № 36). **Конечные исходы симфизеотоміи.**

Изъ 10 случаевъ симфизеотоміи, бывшихъ подъ наблюденіемъ автора, онъ имѣлъ возможность наблюдать исходы этой операціи въ 9, причемъ въ 7 случаяхъ эти наблюденія длились болѣе года послѣ операціи. Въ 5 случаяхъ изъ нихъ, гдѣ былъ наложенъ послѣдовательно хорошій серебряный шовъ на симфизу, наступило полное возстановленіе послѣдней. На основаніи этого авторъ, такому шву при операціи разсѣченія лона, придаетъ большое значеніе. Въ 4 остальныхъ, изъ которыхъ продолжительное наблюденіе было въ 2 случаяхъ, шовъ не былъ наложенъ удачно, и въ костяхъ

констатировано расхождение, выполняемое соединительно-тканной мозолью. Измѣненія походки и слабость ногъ, впрочемъ, и въ этихъ случаяхъ не наблюдались. Авторъ думаетъ, что и безъ шва возможно восстановление лона. Нарушеніе цѣлости мягкихъ частей у автора прошли для женщинъ безслѣдно. Костный шовъ авторъ накладываетъ, дѣлая сверломъ отверстіе въ концахъ лонныхъ костей; на кончикѣ сверла имѣется ушко, съ помощью котораго черезъ слѣдланное отверстіе проводится серебряная проволока. Надъ шитой костью шивается надкостница, а затѣмъ мягкія ткани.

Н. Какушкинъ.

244. **A. Goldberg. Ein Fall von Haematoma vulvae et vaginae post partum.** (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 30). **Случай гематомы наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища послѣ родовъ.**

У первородящей 20 лѣтъ оухоль, съ голову ребенка, обнаружилась черезъ 1 часъ послѣ родовъ, которые продолжались 3 дня (окончились произвольно). Она занимала лѣвую большую губу и часть влагалищной стѣнки. Черезъ 4 дня она прорвалась. Больная выздоровѣла черезъ 3 недѣли. Повышенія температуры не было.

Н. Какушкинъ.

245. **H. Gaertig. Ueber Erythem im Wochenbett.** (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 30). **Объ эритемѣ въ послѣродовомъ періодѣ.**

Больная 26 лѣтъ. Никогда не страдала кожными болѣзнями. Первая беременность протекала безъ осложнений. Роды правильны. Послѣ родовъ задержка послѣда и сильное маточное кровотеченіе. На 3-й день послѣ родовъ появилась сыпь въ области пупка, зудящая, съ чувствомъ жара; кожа немного припухла и гиперемирована. Черезъ 2 дня сыпь на кожѣ живота стала пропадать, а на бедрахъ, рукахъ и груди появилась вновь. На 12 день послѣ родовъ родильница была здорова. Повышенія t^0 , заболѣваній въ зѣвѣ и бѣлка въ мочѣ не наблюдалось. Черезъ 1½ года—вторые роды съ такою же, какъ въ первый разъ, задержкой послѣда и кровотеченіемъ. Черезъ 20 часовъ послѣ родовъ, появилась сыпь на животѣ сильно зудящая, съ припухлостью и краснотой кожи, при чемъ t^0 поднялась безъ зноба до 40^0 и держалась на лихорадочныхъ цыфрахъ около 10 дней. Сыпь затѣмъ появлялась на конечностяхъ, груди и лицѣ. Дѣло окончилось выздоровленіемъ и на этотъ разъ. Послѣ 3-хъ родовъ (черезъ 16 мѣсяцевъ), протекавшихъ также съ обильнымъ кровотеченіемъ, также наблюдалась кожная сыпь, при нормальной t^0 , окончившаяся отрубевиднымъ

шелушеніемъ. Исключая рожу и скарлатину, авторъ это заболѣваніе ставитъ въ связь съ анеміей родильницы, развивавшейся послѣ каждаго родовъ вслѣдствіе кровотеченій. Подобное же совмѣстное существованіе анеміи и эритемы, по словамъ автора, наблюдалъ *Вагитт*.

Н. Какушкинъ.

246. **Füth. Ueber einem Fall von Harnblasenverdoppelung.** (Centralbl. f. Gynäkol., 1894 г., № 14, стр. 332). **Случай двойного мочевого пузыря.**

Особенности случая (4-мѣсячный мальчикъ): грыжа бѣлой линіи, расщепъ лонной дуги, сращеніе, въ формѣ тяжей, между прямой кишкой и пузыремъ и между послѣднимъ и брюшной стѣнкой, и удлиненіе брыжейки flexurae sigmoideae.

Н. Какушкинъ.

247. **Brennecke. Zur Frage der Stumpfbehandlung bei der Myomhysterektomie.** (Centralbl. für gynäkol., 1894 г., № 30). **Къ вопросу объ уходѣ за культей при надвлагалищной ампутаціи міоматозной матки.**

Въ этой статьѣ, съ полемическимъ характеромъ, авторъ высказывается противъ метода *Leopold'a*. Стремясь выяснитъ условія, при которыхъ возможно было-бы съ увѣренностью въ хорошій исходъ дѣлать ампутацію матки, авторъ ставитъ два основанія или два принципа, для способовъ ухода за культей; послѣдняя, обдѣлывается или по законамъ пластики, или такъ, чтобы достигалось по возможности полное уничтоженіе культи. Въ показаніяхъ *Leopold'a* авторъ видитъ стремленіе къ пластикѣ, но въ самомъ методѣ онъ находитъ условія, не только мѣшающія пластикѣ, но и ставящія культу въ опасное положеніе быть мѣстомъ вторичнаго зараженія, вслѣдствіе присутствія тканей, плохо питающихся. Еще есть, по автору, въ методѣ *Leopold'a* сходство съ методомъ *Hofmeir-Chrobak'a*, но отсутствіе дренажированія и съ этой точки зрѣнія характеризуетъ методъ *Leopold'a*, какъ методъ невѣрный, рискованный.

Н. Какушкинъ.

248. **W. Thorn. Zur Lactationsatrophie des Uterus.** (Centralbl. für Gynäkol. 1894 г., № 30). **Къ вопросу объ атрофіи матки во время кормленія грудью.**

Авторъ уже раньше трактовалъ объ этомъ предметѣ (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XVI), и теперь возражаетъ *O. Engström'u*, сообщившему о своихъ случаяхъ атрофіи матки во время корм-

ленія грудью (Festschrift d. Deutsch. Gesellschaft f. Gyn. u. Geb.). Послѣдній наблюдаемую атрофію относить всецѣло на счетъ анеміи и плохаго питанія кормящихъ женщинъ, авторъ-же видитъ въ атрофіи матки явленіе фізіологическое, какъ проявленіе трофоневроза вслѣдствіе кормленія грудью. Такая атрофія наблюдается у совершенно здоровыхъ кормилицъ. Несомнѣнно, отъ такихъ случаевъ нужно строго отграничивать, по его мнѣнію, случаи атрофіи, зависящія отъ разстройствъ общаго питанія или отъ какихъ либо болѣзней. По наблюденіямъ автора атрофія матки во время кормленія грудью касается только тѣла матки, шейка не измѣняется. Яичники могутъ быть даже въ состояніи гипертрофіи. Овуляція у такихъ женщинъ продолжается и онѣ вполне способны къ зачатію. Атрофія впоследствии можетъ распространиться на параметріи, влагалище, брюшныя стѣнки, но очень рѣдко она дѣлается стойкой; съ прекращеніемъ кормленія органы, обыкновенно, принимаютъ постепенно нормальныя свойства. Зависитъ эта атрофія отъ потери соковъ, вслѣдствіе млекоотдѣленія. При ней сосуды, питающіе матку и сосѣдніе органы, не измѣняются. Только въ въ высокихъ степеняхъ атрофіи можно допустить гіалиновое перерожденіе *мельчайшихъ* сосудовъ, и то не въ такой степени, чтобы невозможно было возстановленіе тканей. Авторъ проводитъ параллель между отношеніемъ функционирующей грудной железы къ маткѣ и между отношеніемъ яичниковъ къ костямъ скелета (при остеомалачіи). Въ послѣднемъ случаѣ удаленіе яичниковъ прекращаетъ процессъ размягченія костей, въ первомъ—прекращеніе кормленія грудью возстановляетъ атрофированную матку.

Н. Какущинъ.

249. **R. Emanuel.** Beitrag zur Lehre von der uterus tuberculose. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Bd., XXIX). **Къ ученію о туберкулезѣ матки.**

Въ клиникѣ *I. Veit'a* авторъ наблюдалъ слѣдующій случай: г-жа Н., 50 лѣтъ, менструируетъ съ 14-го года, не рожала. Климактерическій возрастъ съ 41 года. Страдала въ разное время бѣлями; въ ноябрѣ 1892 г. болѣла циститомъ.

Status praesens. 24/IV 1893 г. Хорошо сложена; довольно сильное отложеніе жира по всему тѣлу. Между anus и introitus vaginae, занимая всю ширину промежности, находится изъязвленіе шириною въ 10 см. и вышиною въ 2 см., дно его интенсивно краснаго цвѣта и покрыто гноемъ. Края неправильнаго очертанія, разѣдены. При внимательномъ осмотрѣ на днѣ раны замѣ-

чаются прозрачные, величиною въ булавочную головку узелки возлѣ которыхъ лежатъ точечныя кровоизліянія. Portio vaginalis превращена въ бугристую опухоль, величиною въ яблоко, распространяющаяся и на рукавъ; лѣвостороннія паховыя железы инфильтрированы. Матка загнута впередъ, *не увеличена*; параметріи свободны; per speculum: обѣ губы сильно опухли и превращены въ туморъ, поверхность котораго частью изъязвлена, частью покрыта многими маленькими пузырьчатыми узелками; возлѣ послѣднихъ находятся точкообразныя кровоизліянія. Сводъ и верхняя часть рукава также поражены. По внѣшнему виду новообразование похоже на саркомъ, микроскопическое же изслѣдованіе удаленныхъ частицъ изъ пораженной промежности и portio vag. показываетъ характерныя туберкулы, клѣтки-великаны (Riesenzellen); кромѣ того обнаружень Коховскій бациллъ. Въ легкихъ никакихъ признаковъ туберкулеза не найдено. (Изслѣдовалъ проф. Гергардъ).

Операция, по видоизмѣненному I. Veit'омъ способу Freund'a, произведена 29/IV и окончилась спустя нѣсколько часовъ летально, отъ шока.

Вскрытіе показало: Tuberculosis miliaris lienis, renum, hepatis et peritonei; intumescencia gland. mesent. Непосредственная причина смерти: Myodegeneratio adiposa cordis acuta.

Туберкулезъ матки встрѣчается главнымъ образомъ какъ частичное проявленіе, либо при туберкулезѣ легкихъ, либо при общемъ туберкулезѣ; и въ качествѣ *вторичной* формы, по незначительности симптомовъ, въ сравненіи съ тяжелыми симптомами первичныхъ гнѣздъ (легкія), отходить на второй планъ. Пораженіе гениталій большею частью констатируется на секціонномъ столѣ. Въ данномъ случаѣ, по автору, пораженіе гениталій есть *первичное* заболѣваніе, ибо легкія найдены здоровыми. Туберкулезъ брюшины, селезенки, почки и т. д., были милліарнаго характера и потому не могутъ быть приняты за первичное заболѣваніе, а были вторичной формой, какъ послѣдствіе тяжелаго заболѣванія port. vaginalis uteri. Помимо этого первичность заболѣванія port. vag. доказывается еще отсутствіемъ пораженія трубъ, послѣднее почти безъ исключенія встрѣчается при пораженіи брюшины и встрѣчается въ такой формѣ, что процессъ въ трубахъ значительно болѣе развитъ чѣмъ въ маткѣ, туберкулезъ трубъ постепенно опускаясь переходитъ на матку (G. Veit, Hegar, Klebs, Cohnheim, Heiberg, Orth и др.).

Пораженіе ретроперитонеальныхъ железъ, въ описанномъ случаѣ, можетъ быть сравнимо съ пораженіемъ ихъ при карциномѣ;

послѣднее всегда считается вторичнымъ явленіемъ, тоже относится и къ лимфатическимъ железамъ. Въ доказательство первичности заболѣванія *port. vag.* авторъ приводитъ еще то, что полость матки не была задѣта, что имѣло бы мѣсто, еслибы поражение шло сверху внизъ, т. е. изъ трубы. Принимая все изложенное во вниманіе, авторъ полагаетъ, что туберкулезный процессъ начался съ *port. vag.* и отсюда распространился.

Причиной туберкулеза женскихъ гениталій, главнымъ образомъ является туберкулезъ гениталій у мужчинъ, встрѣчающійся весьма нерѣдко. Переносится туберкулезный ядъ посредствомъ *coitus*. *Hegar*, указывающій на этотъ этиологическій моментъ, мотивируетъ свой взглядъ указаніемъ, что туберкулезъ гениталій въ дѣтствѣ и послѣ наступленія климакса, встрѣчается значительно рѣже, чѣмъ въ періодѣ вѣторожденія. Сравнительно болѣе частое появленіе туберкулеза гениталій у мужчинъ, дѣлаетъ вѣроятнымъ примѣшиваніе туберкулезныхъ бациллъ къ сѣмени. Даже только общій туберкулезъ мужчинъ можетъ вызвать туберкулезъ гениталій у женщинъ (*Fernet*).

Б. И. Фейнбергъ.

250. Н. Löhlein. *Erfahrungen über den Werth der Castration bei Osteomalacie.* (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Bd., XXIX). Наблюденія надъ значеніемъ кастраціи при остеомалаціи.

Въ основѣ этихъ наблюденій лежатъ 2 кастраціи съ указанной цѣлью, опубликованныя авторомъ 2 года тому назадъ, 3 кесарскихъ сѣченій по *Porro* и 8 кастрацій, изложенныхъ въ настоящемъ трудѣ. Особенное значеніе авторъ придаетъ тому, что выводы, къ которымъ онъ приходитъ, основаны на продолжительномъ наблюденіи оперированныхъ имъ больныхъ (3½—1½ лѣтъ). Изъ кастированныхъ, случай 8 окончился летально. Помимо кесарскихъ сѣченій авторъ приводитъ еще описаніе 3-хъ случаевъ остеомалаціи, пользовавшихся терапевтически, ибо больныя на операцію не соглашались.

Сравнивая указанные три категоріи воздѣйствія на остеомалацію, *L.* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: кастраціи подлежатъ случаи остеомалаціи, въ которыхъ заболѣваніе послѣ послѣднихъ родовъ длится довольно продолжительное время и не поддается ни исцѣленію, ни улучшенію, отъ примѣненія другихъ средствъ. По *L.* кастрація не специфическое средство противъ остеомалаціи, но хирургическое пособіе имѣющее серьезное значеніе; она затѣмъ далѣе не безразличное вмѣшательство въ виду общаго упадка силъ больныхъ, въ виду слабой сердечной дѣятельности и осложненій со

стороны респираціи, встрѣчающихся у этихъ больныхъ довольно часто.

Не взирая на то, что успѣхъ кастраціи въ первое время очевиденъ, что боли значительно уменьшаются, что нарушенное передвиженіе больныхъ въ весьма удовлетворительной степени восстанавливается, полное выздоровленіе все же часто затягивается и рецидивы возможны. Съ другой стороны улучшение всѣхъ симптомовъ болѣзни послѣ родовъ возможно и при воздѣйствіи медикаментовъ, и при лѣченіи ваннами (солодовья).

Ближайшая причина успѣха кастраціи, главнымъ образомъ, зиждется на уничтоженіи прилива крови во время менструальныхъ періодовъ.

Б. Фейнбергъ.

251. **A. Buechler. R. Kaltenbach's Ergebnisse der vaginalen Totalexstirpation mit Peritonealnaht.** (Zeitschr. für Geburtsh., Bd. XXX, Hft. 2). **Результаты достигнутые Кальтенбахомъ при влагалищномъ полномъ вырѣзываніи матки со швомъ брюшины.**

Въ іюлѣ 1889 года, *Кальтенбахъ* обнародовалъ 60 такихъ операций, произведенныхъ имъ по поводу злокачественныхъ новообразованій и 2 раза онъ оперировалъ по поводу полныхъ, другимъ пособіемъ трудно восстанавливаемыхъ, пролапсовъ. Изъ 62, окончились летально 2, что равно 3,2%. Изъ 35, которыхъ въ теченіи перваго года наблюдали, умерла одна, 13 были безъ рецидивовъ, 19 въ теченіи 3½—16 мѣсяцевъ получили рецидивъ; отъ двухъ, сообщеній о состояніи здоровья не поступило. Надо замѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ наступалъ рецидивъ, операція произведена поздно, т. е. была уже задѣта ткань, окружающая матку. О дальнѣйшей судьбѣ этихъ оперированныхъ по истеченіи 5—7½ лѣтъ, *Б.* сообщаетъ слѣдующія данныя: поступило свѣденій отъ 53 больныхъ; изъ этого числа наступило полное выздоровленіе у 15, т. е. въ 25% изъ приведеннаго и 28% изъ общаго числа оперированныхъ. Со времени вышеуказаннаго сообщенія *Кальтенбаха* по 1 апрѣля 1894 года, частью покойнымъ профессоромъ, частью его ассистентами, было произведено еще 97 влагалищныхъ полныхъ вырѣзываній матки; 93 раза оперировали по поводу злокачественныхъ новообразованій матки, 2 раза вслѣдствіе неудержимой метрорагіи (endometritis, myom) и 2 раза вслѣдствіе полного выпаденія матки. вмѣстѣ съ описанными 62, число операций такимъ образомъ возросло до 159, съ 6-ю (3,8%) смертельными случаями. Въ то время какъ *Кальтенбахъ* въ первое

время не во всѣхъ случаяхъ вмѣстѣ съ маткой удалялъ и аднексы, онъ и его ассистенты впоследствии дѣлали это постоянно. По ихъ удаленіи, наступаетъ зашиваніе брюшины. Этимъ избѣгается выпаденіе и ущемленіе кишечника, послѣдовательная септическая инфекція, интоксикаціи вызываемыя тампонаціей. Въ первыхъ 62 случаяхъ дренажъ употреблялся 4 раза, въ послѣдующихъ 97 случаяхъ одинъ только разъ. Авторъ вторично указываетъ, на основаніи описываемыхъ имъ случаевъ, на прекрасные результаты отъ зашиванія брюшины; упрекъ, что вслѣдствіе этого, позади шва, можетъ накопиться гной, неоснователенъ.

Результаты, достигнутые *Кальтенбахомъ*, лучше другихъ; въ то время какъ средняя смертность послѣ 718 случаевъ полного влагалищнаго вырѣзыванія матки равна 9,5%, на долю случаевъ *Кальтенбаха* приходится только 3,9% или 3% (случаи имъ самимъ оперированные *).

Б. И. Фейнбергъ.

*) Изъ русскихъ операторовъ *Оттъ*, на 30 случаевъ, имѣлъ 0% смертности.
Реф.

б) Англійской.

252. Prof. Howard A. Kell'y (Baltimore). Electric illumination of the Field in Abdominal Surgery. (The American Journal of Obstetrics and diseases of Women and children. September, 1894, p. 348). **Электрическое освѣщеніе операціоннаго поля при лапоротоміи.**

Производящіе лапоротомію, испытываютъ неудобство отъ недостаточнаго освѣщенія операціоннаго поля, не только при искусственномъ, но и при дневномъ свѣтѣ. Обще-употребительная Шарьеровская цилиндрическая лампа съ хорошимъ рефлексоромъ не даетъ возможности направить свѣтъ, куда нужно. Д-ръ *Kelly* старался достигнуть этого помощью ручнаго зеркала изъ двухъ половинокъ, сходящихся подъ угломъ, дающаго большую возможность направить свѣтъ на желаемую точку. Въ виду неудовлетворительности этого, д-ръ *K.* перешелъ къ электрическому свѣту. При послѣднемъ операціонное поле въ маломъ тазу виднѣе какъ для накладыванія швовъ, такъ и вообще для разсмотрѣнія и перевязки кровоточащихъ сосудовъ; вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшается необходимость въ дренажѣ, а слѣдовательно и заболѣваемость и смертность въ хирургіи брюшной полости.

Когда въ 1890 г., больница *John Hopkins*'а обзавелась электрическимъ освѣщеніемъ, д-ръ *K.* устроилъ себѣ переносную электрическую лампу для освѣщенія брюшной полости, равную по силѣ свѣта 32 свѣчамъ, посредствомъ деревянной ручки въ 2 фута длины, черезъ которую проходятъ изолированныя проволоки, соединяющіяся съ идущими по стѣнкѣ проводниками; лампу можно перемѣщать какъ подсвѣчникъ. Главная цѣль д-ра *K.* была имѣть хорошее освѣщеніе для лапоротомій въ пасмурные дни; свѣтъ оказался такимъ прекраснымъ, что, благодаря ему, ясно видны самыя мелкіе кровоточащіе сосуды и тончайшіе края сшиваемыхъ поверхностей въ глубинѣ тазовой полости, что очень облегчаетъ наложеніе швовъ и перевязку сосудовъ.

Въ настоящее время въ операціонной комнатѣ *J. H.* больницы, устроены двѣ такія лампочки, въ 16 свѣчей каждая; одна укрѣплена надъ столомъ, другая подвижная, окружена рефлексоромъ; колпачекъ ея окрашенъ въ черную краску и обтянутъ фланелью, дабы защитить глаза и лицо оператора отъ ослѣпляющаго свѣта и жары. Сидѣлка или ассистентъ, который держитъ лампочку

скоро приобретаетъ нужный навыкъ, чтобы держать ее все время не далѣе 6 дюймъ отъ тѣла больной и нѣсколько ниже лица оператора. И послѣдній скоро приспособляется ясно видѣть операціонное поле и употреблять инструменты, лигатуры, губки, не касаясь ими лампы.

Такое приспособленіе электрической лампы возможно вездѣ, гдѣ зданіе освѣщается электричествомъ. Если нельзя воспользоваться домовою или уличною электрической проволокою, то можно замѣнить ее переносной складной электрической батареей. Ея неудобство—значительный вѣсъ и возможность порчи; поэтому надо имѣть батарею самой лучшей конструкціи и слѣдить за исправнымъ содержаніемъ ея.

Въ своей частной лѣчебницѣ, д-ръ *К.* пользуется батареей изъ 10—20 элементовъ, дающей свѣтъ 10—20 свѣчей въ теченіи 30 часовъ. Приборъ состоитъ изъ одной лампы въ 20 свѣчей съ шнурками, ручкой и рефлекторомъ и изъ двухъ ящичковъ съ элементами, по 5 въ каждомъ. Вѣсъ каждаго ящичка 25 фунтовъ; размѣры 10 дюймовъ длины на 9 ширины и 8 высоты. Соединеніе—по наружной сторонѣ. Стоимость—40 долларовъ (= 60 р.). Лампочка можетъ быть разъединена отъ батареи.

Для переноски въ квартиру больной, *К.* хвалитъ маленькую Эдиссонову батарею, вѣсомъ въ 10 фун. и размѣромъ: 10 на 6 $\frac{1}{4}$ и 4 $\frac{1}{2}$ дюйма. Она можетъ поддержать свѣтъ въ лампочкѣ въ 4 свѣчи въ теченіи 15 часовъ; пламя этой лампы проведено въ узкій цилиндръ съ рефлекторомъ сзади и линзой впереди, передвигающейся посредствомъ винта, благодаря чему свѣтъ ея концентрируется на нужномъ мѣстѣ. Лампа прикрѣпляется къ гибкой стальной пружинѣ, надѣвающейся на голову. Съ этимъ приборомъ оператору достаточно наклонить голову къ тазу оперируемой, чтобы освѣтить себѣ операціонное поле на пространствѣ 6 квадратныхъ дюймовъ и на 12 дюймовъ отъ головы. Статья *К.* иллюстрирована 5-ю прекрасными рисунками. *М. Гинзбургъ.*

253. **H. Martyn Eames. Fatty heart as a cause of sudden death during labour.** (Lancet., 1894, Juli 28, № 3700, p. 193).
Скропостижная смерть во время родовъ влѣдствие жироваго перерожденія сердца.

Д-ръ *M. Eames* былъ приглашенъ къ роженицѣ, которая въ моментъ его прихода упала на полъ и умерла. Изъ разспроса выяснилось, что роженица страдала хроническимъ бронхитомъ и одышкою, иногда впадала въ обморокъ. Пользовавшій ее врачъ

опредѣлили у ней порокъ сердца. Не смотря на все это, она въ теченіи всей беременности была на ногахъ, занималась хозяйствомъ. Это была высокая, полная женщина, среднихъ лѣтъ. Въ день смерти она съ утра чувствовала себя прекрасно. Родовыя боли начались часа за 4 до прихода д-ра *E.* Ея домашній врачъ былъ у ней часа два спустя отъ начала родовъ и не нашелъ нужнымъ остаться у ней. Часа два послѣ его ухода ей стало дурно; послали за ея докторомъ, но, не заставъ его дома, пригласили д-ра *E.* Онъ вприснулъ ей подъ кожу эфиръ, безъ успѣха. Шейка матки была мало открыта, извлеченіе ребенка натуральными путями не было возможно, а окружающіе не соглашались допустить кесарское сѣченіе. По поводу этого случая д-ръ *E.* высказывается за необходимость горизонтальнаго положенія, лежанія, съ самаго начала родовъ у женщинъ, страдающихъ болѣзнью сердца.

254. **I. Finzi. A case of osteoma of the pelvis, causing dystocia.** (Lancet., 1894, Juli 14, № 3698, p. 77). **Костная опухоль въ тазу, какъ причина неправильныхъ родовъ.**

Д-ръ *F.* былъ приглашенъ къ 28-лѣтней перво-роженницѣ 16/vi 94 г. При изслѣдованіи черезъ влагалище *F.* ощупалъ широкую, гладкую шаровидную опухоль костяной твердости, выдающуюся въ правую переднюю часть тазовой полости, производившую впечатлѣніе предлежащей головки. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи удалось ощупать головку, находившуюся въ лѣвой половинѣ таза, затылкомъ къзади, надъ входомъ; зѣвъ открытъ мало, пузырь цѣлъ. Черезъ 2 часа сильныхъ родовыхъ потугъ д-ръ *F.* ввелъ съ трудомъ осевые щипцы (*Milne Murray*'я) и послѣ 2-хъ часовой работы ими, безъ всякаго результата, рѣшилъ окончить роды краніотоміей, что и сдѣлалъ при помощи своего ассистента, извлекиши хорошо развитаго ребенка. Благодаря тщательной антисептикѣ, мать выздоровѣла безлихорадочно. Изслѣдованіе живота на 11-й день послѣ родовъ показало, что упомянутая опухоль ощупывается черезъ покровы живота въ правой половинѣ таза въ видѣ гладкаго шарообразнаго выступа съ $\frac{1}{2}$ дюйма вышины, направляясь въ сторону и книзу. Анамнезъ указалъ, что въ 14-лѣтнемъ возрастѣ больная, вслѣдствіе ушиба при паденіи, пролежала около 12 мѣсяцевъ въ больницѣ, изъ нихъ 6 мѣсяцевъ ей дѣлалось вытяженіе ноги съ подвѣшиваніемъ тяжести и, не смотря на то, она 3 года не могла вытянуть ногу до земли и ходила помощью костылей. Во время родовъ она

чувствовала боль на внутренней сторонѣ правой ноги, на какую часто жаловалась и раньше.

М. Гинзбургъ.

255. Prof. Howard A. Kelly. Resuscitation, from impeding death due to concealed haemorrhage, by the infusion of a litre of normal salt solution centrally into the radial artery. (American Journal of Obstetrics and diseases of women and children, august, 1894, p. 184). Смерть, угрожавшая родильницѣ вслѣдствіе скрытаго кровотечения. Оживленіе вливаніемъ 1 литра нормальнаго солянаго раствора въ лучевую артерію по направленію къ сердцу.

Въ теченіи послѣднихъ десяти мѣсяцевъ проф. *Kelly* спасъ жизнь шести больнымъ вливаніемъ нормальнаго солянаго раствора въ сосуды, преимущественно въ лучевую артерію. Упомянувъ о томъ, что въ послѣднее дѣсятилѣтіе операція переливанія крови, нѣкогда считавшаяся жизне-спасительною, совершенно заброшена, проф. *К.* считаетъ очень полезнымъ пропагандировать ее въ измѣненномъ видѣ, т. е. вмѣсто крови вливать растворъ соли, что онъ доказываетъ слѣдующимъ случаемъ.

У перво-роженницы, страдавшей альбуминурией и отеками ногъ, роды шли вначалѣ нормально, потомъ появились крови. вышли 2 большіе сгустка, пульсъ сталъ ускореннымъ, сокращенія матки ослабѣли, стали очень короткими и съ неправильными промежутками. Сердцебиеніе плода не было слышно. Матка не имѣла обыкновенной формы, а была растянута болѣе въ ширину. Изслѣдованіе изнутри указало, что влагалище выполнено кровяными сгустками, шейка высоко и кзади, каналъ ея—2 снт. въ длину, съ неуступчивыми стѣнками, открытъ на 2½ снт. Головка не ощущивалась черезъ влагалище. Предлежанія послѣда не было, а нижній задній отрѣзокъ матки былъ тоже выполненъ сгустками. Пляцентарный шумъ былъ рѣзко слышенъ вверху, у лѣваго угла матки. Проф. *К.* рѣшилъ произвести поворотъ на ножку. Подъ хлороформомъ, въ поперечномъ положеніи, *К.* приступилъ къ повороту, ему показалось, что онъ разорвалъ околоплодныя оболочки. изъ матки хлынула жидкость въ большомъ количествѣ. *К.* полагалъ, что имѣетъ дѣло съ hydramnios, при боковомъ прикрѣпленіи послѣда. Осмотръ излившейся жидкости указалъ, однако, что это жидкая черная кровь со сгустками, что и выяснило, что здѣсь было раннее отслоеніе послѣда. Тогда *К.* провелъ руку выше въ расширенную имъ шейку и, разорвавъ пузырь, при чемъ вышло немного околоплодной жидкости, низвелъ правую ножку.

Прекративъ хлороформированіе, К. полагалъ предоставить изгнаніе плода маточнымъ сокращеніямъ; но послѣднія были слабы и К. предпочелъ извлечь ребенка. По извлеченіи туловища и ручекъ, матка опять разслабла, наполнившись, повидимому, сгустками крови, К. поторопился извлечь головку (съ небольшимъ разрывомъ промежности). Родильница жаловалась на сильную боль въ животѣ, кричала, пульсъ былъ 132. За отсутствіемъ маточныхъ сокращеній, достаточныхъ для изгнанія послѣда, К. ввелъ 2 пальца въ матку и извлекъ послѣдъ, оказавшійся приросшимъ и разорвавшимся на нѣсколько долекъ; ощупываніе матки изнутри показало, что въ ней не осталось частиць послѣда. Больная, обмытая и уложенная въ постель, перенесена въ другую комнату, въ 9 час. вечера. Кровотеченія не было, но каждое сокращеніе матки сопровождалось небольшимъ излітіемъ изъ нея крови, а главное— было столь болѣзненно, что больная не переставала кричать; у ней появилась сильная жажда, одышка, пульсъ 167, дыханіе 60—70 въ минуту. Катетеризація въ три часа ночи вызвала страшные крики, которые К. объяснилъ было себѣ чрезвычайной нервною на истерической почвѣ; но около 3 часовъ ночи у больной появились два приступа уремиическихъ конвульсій съ общимъ упадкомъ силъ, стертормознымъ дыханіемъ, закатываніемъ глазъ и т. д. Около 8 ч. утра проф. К. вызвалъ своихъ ординаторовъ и пригласилъ для консультаціи д-ра *Neale*'а съ цѣлью произвести лапоротомию, дабы выяснить причину страданій родильницы и помочь ей. Изслѣдуя больную д-ръ *Neale* нашелъ въ маткѣ приросшую дольку плаценты 10 сантим. длины и 3 ширины, по удаленіи которой, матка, промытая горячей водой, хорошо сократилась. Пульсъ въ лучевой артеріи сталъ неощутимъ. Проф. К. обнаружилъ лучевую артерію на протяженіи 2 сантим., вставилъ въ артерію по направленію къ сердцу тонкую трубку, соединенную съ опрокинутой дномъ вверхъ аспираціонной бутылкою, наполненной нормальнымъ солянымъ растворомъ и влилъ въ артерію литръ жидкости. При этомъ, вслѣдствіи случайной ошибки при открытіи крановъ аспираціоннаго прибора, въ артерію попало немного воздуха, но это обошлось благополучно. Пульсація въ лучевой артеріи другой руки появилась еще во время вливанія жидкости и можно было сосчитать 120 ударовъ въ минуту. На рану наложены швы и перевязка, давшіе первичное заживленіе. Дальнѣйшее теченіе было такое: матка хорошо сократилась, пульсъ черезъ 3 часа былъ 172, на другой день 126, на 3-й—116, на 11-й—96; температура съ 99° поднялась на 101° F (=37°—38,5° C.),

больная жаловалась на сильныя головныя боли и боли въ пораженной рукѣ. Альбинурия уменьшалась постепенно. На 23 день у ней развилась phlebitis въ правой ногѣ, все это прошло и она теперь здорова. Изъ терапіи отмѣтимъ, что первые 2 дня ей ежечасно впрыскивали подъ кожу $\frac{1}{40}$ стрихнина, на 2-й день дали фенацетинъ по причинѣ головной боли. Питали ее первые дни водою съ яичнымъ бѣлкомъ, послѣ молокомъ и сливками.

М. Гинзбургъ.

256. **Dr. Horrocks. Intravenous injection of saline solution in cases of severe Hemorrhage.**, (Lancet, 23 December, 1893, p. 1569). **Вливаніе въ вены соляного раствора при сильныхъ кровотеченияхъ.**

Д-ръ *Н.* спасъ жизнь пяти больнымъ, которымъ вслѣдствіе сильныхъ кровотеченій угрожало быстрое наступленіе смерти. У 4-хъ огромное кровотеченіе наступило вслѣдствіе разрыва беременной Фаллопиевой трубы и при лапоротоміи пульсъ началъ исчезать; быстрое вливаніе соляного раствора, до 3 $\frac{1}{2}$ фунтовъ въ vena mediana basilica, оживило всѣхъ 4-хъ; три женщины выздоровѣли, а четвертая черезъ нѣсколько дней погибла отъ септического перитонита, хотя вливаніе въ вены соляного раствора и спасло ее отъ неминуемо угрожавшей ей смерти при операціи. Въ пятомъ случаѣ *Н.* оперировалъ раково-перерожденную шейку; кровотеченіе было такъ сильно, что пульсъ сталъ неощутимъ. Вливаніе соляного раствора въ вены спасло больную и она прожила еще годъ, но рецидивъ рака убилъ ее. Оживленіе на нѣсколько часовъ было достигнуто еще у одной, агонизировавшей отъ потери крови вслѣдствіе предлежанія мѣста, но пульсъ вновь ослабѣлъ и 2-е вливаніе въ вены не помогло, она умерла. На основаніи своихъ наблюденій д-ръ *Н.* предлагаетъ не допускать смерти больной отъ потери крови, и тотчасъ приступать ко вливанію въ вены нормального соляного раствора. Этотъ способъ гораздо вѣрнѣе спасаетъ больныхъ, чѣмъ вливаніе раствора in rectum или подъ кожу; онъ гораздо легче выполнимъ, чѣмъ старинное переливаніе крови. Вливаніе должно дѣлать до появленія пульса. Въ экстренныхъ случаяхъ можно вливать и чистую воду, т. е. безъ соли; при чемъ точное измѣреніе температуры воды тоже не существенно. Можно взять чайную ложку соли на фунтъ (2 стакана) воды, остуженной до 27°—37° Ц. *М. Гинзбургъ.*

257. Prof. Paul. F. Munde. Ten Years' experience with Alexander's operation for shortening the round ligaments of the uterus—sixty-five cases. (American Journal of obstetrics and diseases of Women and children, 1894, August, p. 297). Десятилѣтній опытъ съ укороченіемъ круглыхъ маточныхъ связокъ (операция Александра), 65 случаевъ.

Munde началъ производить эту операцию въ 1884 г. Результаты операции были такъ хороши, что онъ въ первый же годъ произвелъ ее 6 разъ, а въ 1888 году опубликовалъ 23 случая ея. Въ трехъ изъ нихъ *M.* не нашелъ круглыхъ связокъ, но въ остальныхъ 20 цѣль операции была достигнута. Онъ считаетъ полезнымъ опубликовать свои 65 случаевъ, чтобы доказать, что можно дать маткѣ нормальное положеніе, не прибѣгая ко вскрытію брюшной полости.

Ненахождение круглыхъ связокъ — оплошность оператора. Этого не должно случиться, если внимательно прослѣдить мѣсто-нахождение лобковыхъ остей и наружнаго паховаго кольца. При разрѣзѣ кожи обыкновенно выпячивается пучекъ жировой ткани, который нужно разъединить осторожно, ибо въ немъ содержатся начальныя волокна круглыхъ связокъ. При быстромъ потягиваніи послѣднихъ, они могутъ порваться, это единственный камень преткновенія въ этой операциі, который можно легко обойти. Разрѣзъ кожи не долженъ превышать 2 хъ дюймовъ; проф. *Munde* рѣдко пришлось продлить разрѣзъ на весь паховой каналъ. Нагноеніе наблюдалось въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, когда приходилось долго возиться въ ранѣ; но и тутъ приращеніе связокъ было достаточно для удержанія матки въ желаемомъ положеніи. Операция не повлекла за собою ни разу паховой грыжи. Оперированныя носили пессаріи отъ 1 до 6 мѣсяцевъ.

Успѣхъ операции зависитъ отъ строгого выбора случаевъ. Она показана при искривленіи или наклоненіи матки назадъ съ ощущеніемъ влагалищныхъ стѣнокъ, но при подвижности матки и ея придатковъ; приращенія ихъ противупоказаютъ операцию Александра и требуютъ лапоротомію и *ventro-fixatio*; при выпаденіи матки *M.* не производитъ эту операцию. Производство ея ради растяженія связокъ для уменьшенія *anteversio* или *anteflexio*, *M.* считаетъ противупоказаннымъ. Стойкость результатовъ операции, *M.* прослѣдилъ въ большинствѣ случаевъ; многія женщины не являлись, конечно, сообщить о результатѣ операции, но это тѣ у которыхъ излѣченіе достигнуто. Въ противномъ случаѣ больныя обыкновенно приходятъ. Явная неудача была въ 3-хъ изъ первыхъ

его операций: въ 2 связки были очень тонки и недостаточно хорошо укрѣплены, въ 3-мъ было выпаденіе большой матки. Четыре изъ оперированныхъ впоследствии были беременны и послѣ родовъ матка удержалась въ нормальномъ положеніи, не смотря даже на сеитическое заболѣваніе одной изъ родильницъ. *М. Гинзбургъ.*

258. **Prof. Robert Barnes. The indications for the induction of premature labour.** (Lancet, august 11, 1894, p. 314). **Показанія къ преждевременнымъ родамъ.** (Докладъ, читанный на сѣздѣ Британскихъ врачей въ Бристолѣ 1 августа 1894 года).

Установленіе правильныхъ показаній къ преждевременнымъ родамъ *R. Barnes* считаетъ блестящимъ доказательствомъ прогресса медицины вообще и въ частности консервативнаго направленія въ акушерствѣ. Для опредѣленія болѣзней, требующихъ прерыва беременности, слѣдуетъ прослѣдить что наступаетъ въ подобныхъ случаяхъ въ организмѣ беременной женщины самопроизвольно, т. е. присмотрѣться къ природной самопомощи. Если у женщины, которая, вслѣдствіе анатомическаго или конституціональнаго страданія, едва избѣгла угрожавшей жизни ея опасности при родахъ или въ послѣродовомъ періодѣ, появляется новая беременность, то для врача возникаетъ очень серьезный вопросъ, ждать ли обычнаго срока наступленія родовъ или предупредить опасность производствомъ преждевременныхъ родовъ. Недопущеніе беременности было бы въ подобномъ случаѣ самымъ лучшимъ средствомъ; но такая профилактика не приобрѣла еще права гражданства въ наукѣ. По наступленіи беременности рѣчь можетъ идти только о спасеніи матери и или плода, или обоихъ вмѣстѣ. По общепринятымъ законамъ жизнь матери цѣнится выше жизни ея будущаго ребенка. Нерѣдко, предубѣжденія затрудняютъ рѣшеніе этого вопроса. Напримѣръ, при альбуминуриі у беременной совѣтуютъ лѣчить болѣзнь, предоставляя беременности развиваться дальше; взглядъ этотъ ошибоченъ, болѣзнь угрожаетъ матери и плоду.

R. B., не касаясь механическихъ препятствій къ родамъ, указываетъ однако на случаи, гдѣ предстоитъ выборъ между кесарскимъ сѣченіемъ, эмбриотоміей или выкидышемъ. Успѣхи лапаротомій быстро ведутъ къ предпочтенію кесарскаго сѣченія другимъ операциямъ, которыми жизнь плода приносится въ жертву, т. е. успѣхи брюшной хирургіи ведутъ къ консервативному акушерству.

Переходя къ разсмотрѣнію конституціональныхъ страданій въ организмѣ, угрожающихъ жизни беременной непосредственно или оставляющихъ структурныя измѣненія, влекуція постоянныя болѣзни, *R. В.* указываетъ, что средства къ устраненію тѣхъ страданій могутъ быть общія, терапевтическія и хирургическія. Правильная оцѣнка пути, которымъ природа стремится достигнуть равновѣсія физиологическихъ функций организма беременной, даетъ намъ точку опоры при выборѣ терапевтическихъ или хирургическаго пособій.

Разсмотримъ же явленія, вызываемыя беременностью. На первомъ планѣ будутъ измѣненія въ нервной и сосудистой системахъ и въ качествѣ, и количествѣ крови. Пока всѣ отправления въ организмѣ женщины держатся въ нормальныхъ предѣлахъ, мы спокойно выжидаемъ. Но переходъ отъ нормальнаго къ патологическому состоянію часто бываетъ незамѣтнымъ, скрытымъ. Разумные совѣты врача въ то время, когда беременная еще здорова, предупреждаютъ заболѣваніе. Когда послѣднее наступило уже, мы примѣняемъ палліативное лѣченіе, но успѣхи нашей терапіи часто обманчивы и мы не должны очень долго медлить оперативнымъ пособіемъ.

Однимъ изъ проявленій нервнаго расстройства у беременныхъ является рвота. *R. В.* считаетъ ее полезной для здоровья, клапаномъ, уменьшающимъ чрезмѣрное напряженіе нервовъ и поддерживающимъ ихъ въ равновѣсіи; но рвота, на которую *R. В.* смотритъ какъ на одну изъ формъ конвульсій, повторяясь, дѣлаетъ нервныя центры болѣе воспримчивыми къ такого рода раздраженіямъ и въ организмѣ является привычка, склонность ко рвотѣ, а повторныя рвоты оставляютъ органическія структурныя измѣненія, т. е. ведутъ къ постоянной болѣзни. Поносы, иногда осложняющія рвоту, также нервнаго происхожденія. Вредъ отъ рвоты усугубляется присоединяющимся тяжелымъ психическимъ потрясеніемъ въ формѣ мрачнаго настроенія, переходящаго въ отчаяніе. Такіе случаи, не уступая лѣченію, даже искусственному выкидышу, ведутъ быстро къ смерти. Здѣсь наступаетъ зараженіе крови, если даже плодъ живъ; объясняется это голоданіемъ, способствующимъ процессамъ всасыванія; къ тому же вслѣдствіе недостаточнаго воспринятія питательнаго матеріала извнѣ, организмъ питается на счетъ самого себя, во всѣхъ тканяхъ замѣчается убыль, особенно это замѣтно на жировой ткани. Ненормальность количества и качества крови сказывается часто уремическими припадками. Расстройство нервной системы обнаруживается возбужденнымъ состоя-

ниемъ, лихорадкой, бредомъ. Въ такихъ случаяхъ роды, наступающіе нерѣдко самопроизвольно или вызванные искусственно, являются слишкомъ поздно: смерть наступаетъ вслѣдъ за разрѣшеніемъ. Сильныя рвоты вліяютъ дурно на сердце и мозгъ.

Рвоты, вызываемыя рѣзкими функціональными или структурными измѣненіями въ одномъ изъ органовъ, очень серьезны, напримѣръ, рвоты желчью при острой желтой атрофіи печени. На опасность отъ рвотъ указываютъ крайнее изнуреніе, малый, легко сжимаемый пульсъ, чаще 130 въ минуту, впалые глаза, гипократовское выраженіе лица, бредъ, особенно же альбуминурія. Очень упорны рвоты въ позднѣйшіе сроки беременности, зависяція отъ чрезмѣрнаго растяженія матки около-плодной водой, двойнями, или болѣзнями яйца или послѣда. Въ такихъ случаяхъ существуетъ показаніе къ преждевременнымъ родамъ въ интересахъ какъ матки, такъ и плода.

Послѣ рвоты, простѣйшей формы конвульсій у беременныхъ, авторъ излагаетъ болѣе тяжелую и болѣе частую форму конвульсій, особенно ту, гдѣ существуетъ альбуминурія, а именно *эклампсію*, требующую быстрого пособія. Опасность здѣсь велика: смерть можетъ наступить во время приступовъ и во вторыхъ, если больная не умираетъ, то очень вѣроятно, что у ней останется постоянная болѣзнь почекъ. *Тетаническія конвульсіи*. рѣдкія въ Англии, несомнѣнно требуютъ, по *R. В.*, преждевременныхъ родовъ. *Chorea* и *epilepsia*, появляясь у беременныхъ, указываютъ на болѣзненное состояніе нервныхъ центровъ, приобрѣтенное въ раннемъ дѣтствѣ и обнаружившееся вслѣдствіе раздраженія нервовъ, производимаго беременностью. Въ подобныхъ случаяхъ, *R. В.* совѣтуетъ вызвать преждевременные роды. Онъ считаетъ общимъ правиломъ, что мы не должны допускать существованіе нервныхъ расстройствъ, которыя могутъ переходить въ умопомѣшательство. Конвульсіи—признакъ пораженія спиннаго мозга, хотя мы не можемъ исключить страданія головного мозга или мозжечка. Многія *душевныя странности* беременныхъ, *R. Barnes* считаетъ мозговыми или психическими конвульсіями беременныхъ, вызванными у нихъ: 1) чрезвычайной напряженностью мозговыхъ центровъ; 2) внутриматочными или другими периферическими раздраженіями, и въ 3) реакціей на это въ формѣ душевныхъ конвульсій. Наблюденія истеріи допускаютъ подобное же объясненіе ея.

Далѣе *R. В.* отмѣчаетъ фактъ, что рѣзко выраженныя душевныя странности, не зависимыя отъ структурныхъ измѣненій, не рѣдко влекутъ къ помѣшательству. Такіе случаи ухудшаются въ теченіи

беременности и отсюда—показаніе къ перерыву беременности. *Р. В.* наблюдалъ быстрое уменьшеніе маніи съ прекращеніемъ беременности.

Необходимость питанія двухъ организмовъ достигается у беременныхъ увеличеніемъ количества крови и артеріальнаго давленія, что доказывается ускореннымъ пульсомъ и сфигмографомъ. Чрезмѣрное напряженіе въ сосудахъ разрѣшается наружными кровотечениями: носовымъ, со рвотою, кашлемъ, кровохарканіемъ, геморройными или влагалищными потерями крови. Если кровь не пролагаетъ себѣ путь кнаружи, то беременной угрожаетъ внутреннее кровотеченіе или апоплексія. Въ другихъ случаяхъ наступаютъ серозныя изліянія: отеки конечностей, набуханіе тазовой ткани и мозговой (при вскрытіи). Околоплодная жидкость служитъ также для опорожненія сосудистой системы. При обыкновенныхъ физиологическихъ условіяхъ, переполненіе сосудовъ разрѣшается испареніями черезъ кожу, легкія, почки и кишечникъ. У беременныхъ это происходитъ еще сильнѣе, разрѣшаясь также рвотой водянистыми массами. Рвотою у нихъ разрѣшается одновременно напряженіе сосудистой и нервной системъ. Изліянія въ серозныя полости служатъ для той же цѣли. Иногда эти изліянія превышаютъ физиологическіе предѣлы, становясь опасными для жизни. Въ такихъ случаяхъ иногда наступаетъ самопроизвольно выкидышъ или преждевременные роды. Что должны мы дѣлать въ подобныхъ случаяхъ? Будемъ подражать природѣ, назначая слабительныя или рвотныя (горячую воду). Иногда при существованіи кровоизліяній, при повышенномъ давленіи въ почкахъ или при появленіи конвульсій въ раннихъ періодахъ альбуминаріи—необходимо *прибѣгнуть къ кровопусканію*. Хотя послѣднее средство отжило свое время, но *Р. В.* практикуетъ это иногда съ большою пользою. Въ крайнихъ случаяхъ мы должны подражать природѣ, прибѣгая къ производству преждевременныхъ родовъ.

Крайнія степени малокровія, особенно *anemia perniciosa* тоже требуютъ опорожненія матки.

Если женщина, страдающая конституціональною или органическою болѣзнью, забеременѣетъ, мы должны обсудить, какое вліяніе окажетъ беременность на болѣзнь или обратно. Возьмемъ, на примѣръ, чахотку. *Р. В.* признаетъ ошибочность стараго мнѣнія, будто беременность замедляетъ развитіе чахотки. Клиническія наблюденія, говоритъ онъ, указываютъ, что новая болѣзнь (или беременность) ухудшаетъ теченіе прежде бывшихъ въ организмѣ болѣзней. Обусловленное беременностью усиленіе дѣятельности

легкихъ и сердца не можетъ вліять благотворно на организмъ. Если больная и переноситъ еще какъ нибудь беременность, то послѣ родовъ болѣзнь ухудшится и быстро поведетъ къ смерти. Вопросъ о возбужденіи преждевременныхъ родовъ въ случаѣ туберкулеза, по *R. В.*, трудно разрѣшимый: можемъ ли мы умѣрить прогрессивное развитіе болѣзни, прервавши беременность? Будетъ-ли въ послѣднемъ случаѣ вредъ отъ послѣ-родового періода меньшій (чѣмъ послѣ самопроизвольныхъ родовъ?), остановится-ли дальнѣйшее развитіе болѣзни? По *R. В.* это сомнительно. Природа разрѣшаетъ иногда этотъ вопросъ самопроизвольнымъ выкидышемъ или преждевременными родами. И не смотря на такой правильный взглядъ на соотношеніе беременности и чахотки, *R. В.*, какъ бы въ противорѣчіе самому себѣ, говоритъ, что въ интересахъ матери и ребенка было бы оттянуть роды возможно дольше, что онъ подкрѣпляетъ еще тѣмъ доводомъ, что прогнозъ чахотки часто бываетъ ошибочнымъ.

R. В. совѣтуетъ прерывать беременность при болѣзняхъ сердца съ разстройствомъ компенсаціи; при опухляхъ матки угрожающихъ кровотеченіемъ, разрывомъ или омертвѣніемъ; при повторныхъ беременностяхъ, кончающихся рожденіемъ мертваго ребенка; при болѣзняхъ плаценты (жировое перерожденіе, сифилитическое или бугорковое перерожденіе ея).

Изъ острыхъ болѣзней, появляющихся во время беременности, *R. В.* совѣтуетъ прерывать беременность при скарлатинѣ съ альбуминуріей. Одной беременной тяжелой пневмоніей *R. В.* спасъ жизнь, вызвавъ преждевременные роды.

Если предстоитъ выборъ между абортomъ и преждевременными родами, *R. В.* совѣтуетъ ждать до жизне-способности ребенка; но *R. В.* напоминаетъ, что здоровье матери всегда важнѣе здоровья ея ребенка. Относительно способовъ производства преждевременныхъ родовъ, *R. В.* не совѣтуетъ *accouchement forcé* по старой методѣ. Рѣшеніе вызвать преждевременные роды должно быть одобрено сотоварищами на консилиумѣ. *М. Гинзбургъ.*

259. **Robert Harris (Филадельфія).** *The Mortality under the Cesarean operation in great Britain during the last eight years; and the encouragement offered for the induction of symphysiotomy as a substitute for craniotomy.* (Lancet, 19 и 26 May 1894, p. 1272 1319). **Смертность отъ операціи кесарскаго сѣченія въ Великобританіи въ послѣднія 8 лѣтъ; поощреніе къ замѣнѣ операціи прободенія черепа симфизіотоміей.**

Д-ръ *H.* отличаетъ результаты кесарскаго сѣченія до 1886 г., когда антисептика проводилась, по его мнѣнію, недостаточно строго,

отъ послѣдующаго періода, въ теченіи котораго антисептика проводилась повсемѣстно и болѣе строго. Въ первый періодъ смертность отъ этой операціи, по статистикѣ *Thomas Radford'a*, доходила до 84%. Результаты кесарскихъ сѣченій зависятъ не только отъ соблюденія антисептики, но и отъ періода родовъ, въ которомъ оперируютъ: произведенныя вначалѣ родовъ они даютъ несравненно лучшіе результаты, чѣмъ произведенныя на истощенной уже родовыми муками женщинѣ, особенно послѣ попытокъ къ щипцамъ, повороту или краніотоміи. Еслибъ врачи меньше боялись этой операціи, они производили бы ее раньше и смертность была бы меньше.

За послѣдніе 8 лѣтъ *H.* указываетъ слѣдующія цифры:

Въ Лондонѣ произведено кесарскихъ сѣченій 22, умерло матерей 9=40%, дѣтей 5					
„ Глазговѣ „ „ „ 32, „ „ 5 „ —					
„ провинціальныхъ городахъ „ 6, „ „ 5 „ 3					
	60,	„	„	19 или 32% смерт.	

Въ Соединенныхъ Штатахъ съ 1882 года на 100 кесарскихъ сѣченій было 38 смертныхъ случаевъ (при чемъ изъ первыхъ 50 умерло 24 изъ вторыхъ 50 умерло 14 матерей).

Тамъ же въ 1893 году при 16 кесарскихъ сѣченіяхъ умерли 4 матери.

Въ Филадельфіи изъ 16 кесарскихъ сѣченій выздоровѣло 13 матерей и 14 дѣтей; изъ 3-хъ умершихъ матерей у 2-хъ прогнозъ былъ очень плохой до операціи.

Разница между смертностью въ Англіи и Америкѣ (32% : 38%) не велика, изъ чего можно заключить, что кесарское сѣченіе угрожаетъ еще значительною опасностью.

Сравнивая съ вышеприведенными цифрами результаты симфизіотомій, *H.* приводитъ цифры *Zweifel'a*: на 30 кесарскихъ сѣченій послѣдній потерялъ 2-хъ матерей; а на 23 симфизіотоміи *Zw.* не потерялъ ни одной матери и только двухъ дѣтей. Никто не можетъ похвалиться болѣе счастливыми результатами. Въ Соединенныхъ Штатахъ на 44 симфизіотоміи умерли 5 матерей и 11 дѣтей, хотя изъ послѣднихъ 5 дѣтей были мертвые до операціи. Сравнивая съ этимъ исходы послѣднихъ 44 кесарскихъ сѣченій, произведенныхъ въ Соединенныхъ Штатахъ, мы видимъ, что они дали смертность: 12 матерей и 12 дѣтей, т. е. что при кесарскомъ сѣченіи процентъ смертности 27,2%, а при симфизіотоміи—11,3%, или почти вдвое меньше. Такъ какъ дѣти при симфизіотоміи въ Америкѣ вѣсили среднимъ числомъ 8 фунтовъ, то *Harris* ограничиваетъ симфизіотоміи *conj. vera* въ 2³/₄ ". *H.*

считаетъ итальянскій методъ (подвожнѣй) лучшимъ и совѣтуетъ послѣ разъединенія лобковыхъ костей извлечь ребенка щипцами, а не выжидать самопроизвольныхъ родовъ.

Изъ послѣднихъ 28 симфизіотомій, произведенныхъ въ Америкѣ, умерли только 2 женщины, т. е. смертность равна 7⁰/₀. Кесарское сѣченіе не скоро еще дастъ намъ такой процентъ выздоровленій. Если нѣкоторые операторы спасаютъ 9 изъ каждыхъ 10-ти, то въ массѣ операцій такіе результаты еще не скоро станутъ общимъ достояніемъ.

Д-ръ М. Гинзбургъ.

260. Dr. Densbow Lewis. An Interview with Porro. (The American Journal of Obstetrics etc., 1894, Septembre, p. 354). **Интервью у Порро.**

Оглавленіе статьи—американское нововведеніе. Въмѣсто обычнаго у русскихъ врачей продолжительнаго обзора заграничныхъ клиникъ, *L.* побывалъ у проф. *Porro* и свой разговоръ съ нимъ дѣлаетъ предметомъ интереснаго сообщенія въ медицинскомъ журналѣ. Передаю вкратцѣ суть этого сообщенія.

Д-ръ *D. Lewis*, гинекологъ-акушеръ и гигиенистъ въ Чикаго; ѣздившій въ Миланъ, для осмотра строящейся тамъ канализація, навѣстилъ проф. *Porro*. Послѣдній, по описанію *Lewis*'а—полный, представительный джентельменъ, лѣтъ 45, еще безъ просѣди въ его черныхъ усахъ и бакенбардахъ.

Porro началъ свою профессорскую дѣятельность въ Миланѣ. одно время онъ, соблазнившись очень выгодными предложеніями Павіанскаго университета, занялъ тамъ катедру акушерства, но черезъ нѣсколько лѣтъ вернулся въ Миланъ, и состоитъ теперь директоромъ Миланской *Maternité*, гдѣ ежегодно бываетъ 600—700 родовъ. Родильный домъ—очень старое зданіе, совсѣмъ не соответствующее своему назначенію. Хорошіе результаты въ Миланской *Maternité* зависятъ всецѣло отъ усердія и способностей врачебнаго персонала, который ведетъ дѣло съ замѣчательнымъ совершенствомъ въ антисептическомъ смыслѣ.

Два года назадъ, *Porro* былъ назначенъ членомъ Итальянскаго Сената. Это очень пріятное явленіе, не единичное въ Италиі: въ послѣднее время Итальянское правительство удостоило еще 7 врачей избраніемъ въ сенаторы.

Веденіе родовъ. Всякая роженица, если время позволяетъ, беретъ ванну. Руки врачей, студентовъ и акушеровъ-ученицъ, которые ее изслѣдуютъ, тщательно моются мыломъ со щеткою, и погружаются въ растворъ карболовой кислоты или креолина.

Подобнымъ же растворомъ обмываются наружные половые органы роженицы и проспринцовывается влагалище послѣ каждого изслѣдованія. Безъ послѣдняго спринцеванія въ Миланскомъ родильномъ домѣ въ нормальныхъ случаяхъ не дѣлаются ни до родовъ, ни во время ихъ, ни послѣ нихъ. Прежде каждой роженицѣ назначались спринцеванія изъ антисептическихъ растворовъ, 2—3 раза въ день и смертность доходила до 10⁰/о; со времени прекращенія вагинальныхъ спринцеваній смертность въ послѣдніе 3 года низведена на 0. Роженицы разрѣшаются на желѣзной кровати, состоящей изъ двухъ раздвигающихся половиць; ножная часть когда предстоитъ операція, отодвигается изъ подъ больной.

Послѣлъ выводится по *Credé*. Если онъ задерживается или прирощень, его удаляютъ введеніемъ руки въ матку. При кровотеченіи послѣ родовъ—въ полость матки впрыскиваютъ растворъ полуторо-хлористаго желѣза, производятъ сжиманіе ея и даютъ эрготинъ внутрь или подкожно. Пуповина послѣ перерѣзки перевязывается гигроскопической ватой. Дитя прикладывается къ груди черезъ 8—10 часовъ послѣ родовъ вопреки общему обычаю въ Италіи прикладывать ребенка только на третій день и позже. Язвы сосковъ лѣчатъ таниномъ. На половые органы родильницы кладутъ гигроскопическую вату, животъ забинтовываютъ. Груди бинтуютъ только при набуханіи ихъ. Послѣ поворота или щипцовъ дѣлаютъ души изъ раствора креолина. *Porro* оперируетъ щипцами *Simpson'a*. Краниотомію *Porro* почти вовсе не производитъ или крайне рѣдко. При *placenta praevia*, *Porro* рѣдко практикуетъ способъ *Бракстонъ-Гикса*, чаще отрываетъ край подлежащаго послѣда и, въ случаѣ предлежанія затылка, извлекаетъ головку щипцами; въ другихъ случаяхъ—тампонируетъ асептическимъ матеріаломъ и выжидаетъ самопроизвольныхъ родовъ.

Въ послѣродовыхъ горячкахъ даются слабительныя въ обильномъ количествѣ, хининъ и эрготинъ подкожно, мѣстно—промыванія матки растворомъ креолина или сулемы и, если это не помогаетъ, то дѣлается выскабливаніе матки.

При эклампсіи—ледъ на голову, ялаппу внутрь, хлораль-гидратъ *per rectum* и хлороформируютъ; кормятъ больную однимъ молокомъ.

При выкидышѣ на 2 или 3 мѣсяцѣ—немедленно удаляютъ содержимое матки. Пользу кроватки-грѣлки (*couveuse Tanier'a*) *Porro* отрицаетъ.

При лапоротоміи, для соединенія брюшной раны, *Porro* употребляетъ серебрянную проволоку, вкалывая иглу косо со стороны кожи въ двухъ сантиметрахъ отъ края раны и выводя ея черезъ

брюшину въ 3—4 сантиметрахъ отъ края. При этомъ способѣ, брюшина соприкасается большею поверхностью, въ родѣ того, какъ при Лембертовскомъ швѣ. Большинство итальянскихъ хирурговъ употребляютъ этажные швы, *Porro* считаетъ это подражаніемъ модѣ восторгаться всѣмъ нѣмецкимъ. Проф. *Mangiagalli*, одинъ изъ искуснѣйшихъ Миланскихъ хирурговъ, соединяетъ брюшную рану толстымъ шелкомъ, который проводитъ со стороны брюшины двумя иглами, а по соединеніи краевъ раны накладываетъ еще нѣсколько поверхностныхъ швовъ.

Когда нѣчь зашла объ операціи, впервые предложенной и произведенной въ 1876 г. проф. *Porro* (въ Павіи), послѣдній высказался, что онъ считаетъ не гуманнымъ допустить новую беременность у калѣки или у женщины, у которой роды естественными путями невозможны. Хотя извѣстны случаи кесарскаго сѣченія, повторно произведенные на той же самой женщинѣ, но именно необходимость повторенія такой серьезной операціи должна побудить оператора оказать предпочтеніе способу *Porro* и тѣмъ избавить несчастную женщину отъ возможности новой беременности.

Въ Павіи до 1876 г. всѣ кесарскія сѣченія кончались смертельно. *Porro* произвелъ свою первую операцію во время родильно-горячешной эпидеміи надъ женщиной съ conj. vena въ 4,2 сантиметра. По удаленіи матки съ яичниками и трубами, *Porro* наложилъ на культю металлическій проволочный жомъ *Cintrat'a* и, укрѣпивъ ее внѣбрюшинно, зашилъ рану металлическими швами и дренажировалъ Дугласово пространство со стороны влагалища. Извлеченная дѣвочка жива по настоящее время, а мать ея прожила послѣ операціи 8 лѣтъ; умерла отъ тифозной горячки. Въ Миланѣ 2 кесарскія сѣченія кончились благополучно у проф. *Billi* въ 1859 г., а до того всѣ женщины, которыя не могли разрѣшаться естественными путями, были обречены на неминуемую смерть.

Съ 1882 г. *Porro* и его ассистенты произвели 10 операцій по его способу и спасли 10 дѣтей и 8 матерей. П. измѣнилъ нѣсколько технику операціи, дренажа не употребляетъ; культю укрѣпляетъ внѣбрюшинно, туго обвивая ее іодоформенной марлей, которая спадаетъ на 12-й день.

Нѣкоторыя видоизмѣненія этой операціи, введенныя *Müller'*омъ, *Schröder'*омъ, *Lowson Tait'*омъ, какъ внутрибрюшинное опущеніе ножки и т. п. нельзя считать новыми операціями; это только варіаціи идеи *Porro*.

Д-ръ М. Гинзбургъ.

261. **Dr. Vargas. Simultaneous intra-uterine and extra-uterine foetation.** (Lancet, 18 March., 94). **Одновременная внутри и внѣматочная беременность.**

Д-ръ *V.* описываетъ рѣдкій случай беременности двойней, давший поводъ къ разнорѣчимымъ діагнозамъ и кончившійся летально. Работница сигарной фабрики, мать 3 дѣтей, жаловалась на боль, тяжесть и ненормальныя ощущенія въ правой нижней части живота. Фабричный докторъ принялъ это за salpingitis. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ она разрѣшилась живымъ 7 мѣсячнымъ ребенкомъ; боли въ правой повздошной сторонѣ послѣ родовъ не прекращались. Д-ръ *V.* видѣлъ ее черезъ нѣкоторое время и хотя нашелъ шейку сократившеюся, но ясно слышалъ сердцебиеніе другаго плода въ животѣ женщины. Вскорѣ больная обратилась къ третьему врачу, который, не находя признаковъ жизни плода, принялъ опухоль за фиброміому матки и предлагалъ лапоротомию, на что больная не согласилась. По случаю усиленія болѣзни, д-ръ *V.* былъ вновь приглашенъ къ этой женщинѣ и засталъ ее умирающей отъ перитонита.

Посмертное вскрытіе указало, что въ полости брюшины находился мертвый, разлагающійся уже плодъ 7 мѣсячнаго развитія, а матка была совершенно здорова, т. е. что здѣсь была одновременная беременность двумя плодами: одного въ маткѣ, другаго внѣ ея.

Д-ръ *M. Гинзбургъ.*

262. **Dr. Owens** (Brisbane въ Австраліи). **Three cases of abdominal section.** (The Australasian medical gazette, Sydney, April, 1894). **Три лапоротоміи.**

263. **Dr. Worrall** (въ Сиднеѣ), о томъ же, *ibidem*, June, 1894, p. 214.

Предпославъ нѣсколько словъ по поводу малочисленности публикуемыхъ имъ лапоротомій, *Ow.* оправдываетъ это тѣмъ, что онѣ произведены въ отдаленной колоніи. 3-й случай интересенъ по діагнозу и летальному исходу, обусловленному sepsis, вслѣдствіе напраснаго исканія губки въ животѣ.

1-й случай. 26 л. женщина, страдаетъ болями въ животѣ со времени первыхъ родовъ, оконченныхъ инструментально (щипцами?) Одинъ врачъ счелъ причиной ея болѣзни разрывъ шейки и сдѣлалъ ей Эмметовскую операцію, другой, позднѣе сдѣлалъ выскабливаніе матки; обѣ операціи не облегчили больную. При изслѣдованіи per vaginam влѣво, у угла матки ошупывалась небольшая опухоль, не похожая ни на кисту яичника, ни на растянутую трубу. *Owens* принялъ ее за острый гнойный сальпингитъ,

сросшійся съ яичникомъ. Больная очень тяготившаяся жизнью, охотно согласилась на операцію, которая произведена была *Owens'*омъ при помощи одного только врача, хлороформировавшаго больную.

Разрѣзъ сдѣланъ длинною въ 2 дюйма; опухшая масса перевязана и *отдѣлена у самого угла матки*. Больная плохо вдыхала хлороформъ, почему во время операціи замѣчалась сильная перистальтика кишекъ, которыми одна губка, введенная въ полость брюшины, была перемѣщена кверху, къ лѣвой почкѣ. Недостача одной губки побудила *Owens'*а поискать ее въ полости живота, гдѣ ее чуть было не забыли. Послѣопераціонное время прошло гладко; на 10-й день *Ow.* не нашелъ нужнымъ навѣщать больше паціентку.

Во 2-мъ случаѣ. *Owens* удалилъ кисту яичника, состоявшую изъ 3-хъ отдѣльныхъ полостей съ совершенно различнымъ содержимымъ въ каждой изъ нихъ. Выздоровленіе гладкое, на 11-й день паціентка могла уѣхать изъ лѣчебницы домой.

3-я лапоротомія произведена у больной съ опухолью въ животѣ, принятую *Owens'*омъ и *Ure'*омъ за фиброидъ, соединенный съ верхней частью матки длинною ножкой. Въ 1879 г. регулы отсутствовали 3—4 мѣсяца и возобновились безъ всякой боли. Съ тѣхъ поръ она имѣла 5 дѣтей и 2 выкидыша. Въ животѣ ея съ 1879 г. замѣчалась опухоль, причинявшая ей значительныя боли, такъ что она дважды поступала въ больницы съ цѣлью подвергнуться операціи, но по трусости убѣгала изъ больницъ до операціи. Въ январѣ 93 г. она поступила въ больницу въ 3-й разъ. Объемъ ея живота былъ 47 дюймовъ, покровы живота толсты, съ пупочной грыжей. Діагнозъ колебался между внѣматочной беременностью, дермоидной кистой, и фиброидомъ; за послѣднее говорило увѣреніе больной, что во время всѣхъ беременностей опухоль поднималась до подложечки и что она за послѣднее время быстро увеличилась.

Разрѣзъ живота длиною въ 10 дюймовъ. Рука наткнулась на головку плода. Отдѣленіе многочисленныхъ сращеній, зашиваніе верхней части раны и разсѣченного грыжеваго мѣшка, отыскиваніе въ животѣ одной недостававшей губки (которую вначалѣ операціи вынесли въ смежную комнату и забыли о томъ) затянули операцію; больная умерла на 5-й день при явленіяхъ сердечной слабости. Плодъ 4—5 мѣсячнаго развитія лежалъ въ тонкой плевѣ и отлично сохранился; мѣсто его развитія не было опредѣлено.

По поводу статьи *Owens'a*, въ которой авторъ считаетъ свой случай первымъ, оперированнымъ въ Австраліи, д-ръ *Worral* напоминаетъ въ № 6 той же газеты, что онъ произвелъ въ *Sydney'ѣ* 4 раза лапаротомію при внѣматочной беременнности; всѣ 4 женщины выздоровѣли: у одной изъ нихъ доношенный плодъ пролежалъ въ животѣ 2 года и при операціи въ маткѣ оказался 6-и мѣсячный плодъ новой беременнности; двѣ изъ оперированныхъ женщинъ въ послѣдствіи забеременѣли и благополучно родили.

М. Гинзбургъ.

263. **Dr. Charles N. Smith** (въ Toledo, Ohio). **Total extirpation of the uterus for myofibroma complicated by pregnancy.** American Journal of obstetrics and diseases of women and children. (September, 1894, p. 365., New-York). **Удаленіе всей матки по случаю миофибромы, осложненной беременностью.**

Большая 27 лѣтъ. 1-я берѣменность ея окончилась благополучно 3½ года назадъ, 2-я—выкидышемъ на 6-мъ мѣсяцѣ, въ февралѣ 1893 г. Съ тѣхъ поръ жалуется на боли въ животѣ и ощущаетъ въ немъ какое-то тѣло, перемѣщающееся съ одной стороны въ другую. Послѣднія регулы были въ концѣ декабря 1893 г. Черезъ мѣсяцъ уже она замѣтила въ лѣвой боковой части живота твердую опухоль, быстро разрастающуюся и причиняющую часто сильныя боли, ноги отечны.

Большая тщедушная женщина 5 футовъ росту и 100 фунтовъ вѣсу. Нижняя часть живота ея растянута твердою, неподвижною, болѣзненною опухолью, не доходящею до пупка на поперечный палецъ, надъ этою ощупывается другая подвижная, флюктурирующая, безболѣзненная опухоль, соединенная съ первою широкимъ основаніемъ, она находится влѣво отъ средней линіи тѣла, доходя кверху до реберъ, а своею нижнею поверхностью направлена къ крестцу. Зѣвъ съ твердыми вывороченными краями ощупывается высоко въ лѣвомъ сводѣ рукава. Диагнозъ: фиброміома матки, осложненная беременностью. Относительно верхней, флюктурирующей опухоли не рѣшено, образуется ли она зародышевымъ мѣшкомъ, обыкновенной яичниковой или фиброзной кистой матки.

Въ виду большой смертности отъ беременнности, осложненной фиброміомой, рѣшено удалить опухоль, а по причинѣ растяженія живота опухолью, значительно превосходящею обыкновенную величину беременной матки соотвѣтствующаго срока, д-ръ *S.* рѣшилъ оперировать немедленно, а не выжидать періода жизнеспособности плода, когда операціей *Porro* можно бы спасти и мать и ребенка.

11-го апрѣля произведена лапоротомія. Разрѣзь покрововъ сдѣланъ длинный и опухоль выведена изъ живота. Нижняя часть ея оказалась твердой и гладкой, а верхняя часть состояла изъ мягкаго, флюктуирующаго кистовиднаго образованія, изъ котораго выходили обѣ Фаллопиевы трубы. Яичники нормальны, трубы и широкія связки очень удлинены и подняты кверху, какъ обыкновенно при беременности. Длина опухоли вдвое больше ширины ея. Плодь не прощупывался въ верхней мягкой части опухоли и это повело къ предположенію, что нижняя, твердая часть опухоли состоитъ изъ матки, увеличенной соотвѣтственно 5 или 6 мѣсяцу беременности, хотя этому противорѣчило появленіе регуль въ первые два мѣсяца. Пришлось допустить мысль, что послѣднія пришли 1 или 2 раза по наступленіи беременности.

Чтобы опредѣлить свойство верхней части опухоли, д-ръ *Smith* сдѣлалъ пробный проколь ея аспираціоннымъ троакаромъ, проведеннымъ черезъ переднюю стѣнку и полость ея; вытекло немного чистой крови. Точка прокола перевязана шелковой лигатурой. Если-бы вмѣсто крови получилась околоплодная жидкость, *S.* удалилъ бы всю опухоль; но, соображаясь съ вышесказаннымъ предположеніемъ, *S.* предпочелъ предоставить беременность ея дальнѣйшему теченію. Поэтому, вложивъ опухоль въ животъ, зашилъ рану обычнымъ образомъ, имѣя въ виду, въ случаѣ надобности, вызвать выкидышъ.

Черезъ нѣсколько дней, обдумывая результаты пробной лапоротоміи и порывшись въ литературѣ, д-ръ *S.* пришелъ къ заключенію, что твердая опухоль состояла изъ новообразованія нижняго отрѣзка матки, а верхнюю, мѣшечатую часть составляла беременная матка, на что указывало выходеніе изъ нея обоихъ яйцепроводовъ. Подобные случаи были описаны: проф. *Munde* въ 1884 г. и *Ludlam*'омъ въ 94 г. Для провѣрки своего мнѣнія *S.* ввелъ въ матку зондъ, который легко прошелъ на 6 дюймовъ.

Черезъ 15 дней послѣ первой приступлено ко 2-й лапоротоміи. Предварительно *S.* отдѣлилъ матку отъ ея соединеній съ влагалищемъ, отсепаровалъ отъ нея мочевоы пузырь и наложилъ жомы на маточныя артеріи, дабы тѣмъ уменьшить продолжительность обнаженія брюшины. Разрѣзь покрововъ живота проведенъ по рубцу, въ которомъ найдены остатки не всосавшагося еще кетгута. Происшедшія легкія срощенія брюшины съ опухолью на $\frac{1}{2}$ дюйма съ каждой стороны и въ длину были легко отдѣлены; верхняя часть опухоли была покрыта сальникомъ, срощимся съ нею на небольшемъ протяженіи, потребовавшемъ отсепаровки его и пере-

вязки кровотокающихъ сосудовъ. Другихъ срощеній не было. Лигатура, наложенная на мѣсто пробной пункции, была покрыта слоемъ организовавшейся въ оболочку лимфы, какъ будто нитка была проведена безъ пораненія брюшины, обѣ части опухоли, особенно верхняя за эти двѣ недѣли увеличились, такъ что потребовалось удлинить разрѣзъ на 2 дюйма.

По выведеніи опухоли изъ живота, больная помѣщена въ Trendelenburg'овское положеніе, за тѣмъ наложены лигатуры на яичниковыя артеріи и сдѣланъ разрѣзъ брюшины спереди на 1½ дюйма выше мочевого пузыря, а на задней поверхности опухоли, на ½ дюйма ниже этого уровня; брюшина отсепарована отъ опухоли, широкія связки перевязаны и опухоль приподнята вверхъ. Затѣмъ перевязали аа. uterinae, жомы сняли и концы лигатуръ, по отдѣленіи опухоли, опустили во влагалище, затомпониравъ рукавъ сверху іодоформенной марли. За исключеніемъ лигатуръ яичниковыхъ артерій, коротко обрѣзанныхъ, всѣ остальные помѣщены внѣбрюшинно; края брюшныхъ лоскутовъ—кетгутнымъ Лембертовскимъ швомъ. Шероховатая поверхность перевязанныхъ концовъ аа. ovaricas. покрыты пришитой къ нимъ складкой брюшины, такъ чтобы въ послѣдней не было никакой шероховатой, раздражающей ее культи. Затѣмъ брюшина была вытерта до суха губками и покровы защиты безъ промывки полости брюшины и безъ дренажа ея.

Зародышъ оказался въ верхней части опухоли; вся опухоль вѣсила 8 фунтовъ.

Послѣоперационный періодъ прошелъ гладко: не было ни лихорадки, ни вздутія живота, ни кровотеченій. Больную послабило на 2-й день. Въ первый сутки изъ влагалища замѣчалось обильное серозное отдѣленіе, что *S.* считаетъ преимуществомъ полной экстирпации матки и чему приписываетъ гладкое выздоровленіе.

Швы съ покрововъ живота сняты на 11-й день; рана зажила первичнымъ натяженіемъ. *М. Гинзбургъ.*

264. Dr. Goelet. Ligation of the base of the broadligaments per vaginam, including the uterine arteries, for fibroids of the uterus. (American Medico-Surgical Bulletin, June 1894,—по по рефер. въ American Journal of Obstetrics, Iuli, 1894, p. 158). **Перевязка широкихъ связокъ и маточныхъ артерій со стороны влагалища ради излѣченія фиброида матки.**

Goelet производитъ означенную перевязку ради уменьшенія кровотеченія и роста фиброидныхъ опухолей матки и полагаетъ,

что этою легкою операціей можно замѣнить болѣе рискованную— удаление всей матки или что первая, служа подготовительною фазой ко 2-й, можетъ сдѣлать послѣднюю не нужной. Если нѣтъ обширныхъ срощеній опухоли съ сосѣдними частями, перевязкой маточныхъ артерій достигается значительное уменьшеніе опухоли, иногда полная атрофія ея путемъ прекращенія притока крови къ маткѣ и иннервации ея, такъ какъ нервы, идущіе къ маткѣ, перевязываются вмѣстѣ съ ея артеріями. Аа. uterinae снабжаютъ матку $\frac{2}{3}$ -ми притекающей къ ней крови и понятно, какое вліяніе должно оказать на матку и опухоль быстрое лишеніе ихъ питанія. Единственная опасность, возможная при этой операціи,— захватываніе въ лигатуру мочеточниковъ, которые проходятъ сзади аа. uterinae, на $\frac{1}{2}$ дюйма отъ маточной шейки. Для предупрежденія этого *Goelet* предлагаетъ вводить въ уретеры черезъ мочевоу пузырь бужи; хотя, какъ онъ самъ оговаривается, врачу, привыкшему оперировать въ этой области, легко обойти эту опасность. Способъ операціи *G.* отличается отъ обыкновеннаго тѣмъ, что онъ, вмѣсто одной лигатуры на маточную артерію на уровнѣ зѣва, накладываетъ на нее 2-ю, а часто и 3-ю лигатуру, вдоль боковой стороны матки, цѣль которыхъ прекратить компенсаторный приливъ крови къ маткѣ изъ яичниковыхъ артерій.

Goelet признаетъ первенство въ предложеніи, популяризаціи и усовершенствованіи этой операціи за *Martin'*омъ изъ Чикаго; но заявляетъ, что онъ произвелъ одностороннюю перевязку маточной артеріи еще въ 1889 г., за которой объемъ опухоли уменьшился на $\frac{1}{3}$, такъ что она перестала беспокоить больную.

[Проф. *Rydgier* пишетъ, что онъ произвелъ названную операцію тоже въ 1889 г., накладывая лигатуры одновременно на аа. uterinae и spermatici; но изъ его описанія (по крайней мѣрѣ изъ статьи его въ Centralbl. f. Gyn., 1894, № 13, р. 297) надо заключить, что онъ производитъ эту операцію со стороны брюшной полости, т. е., сдѣлавъ лапоротомію и перевязывая сосуды изнутри. По этому способъ *Goelet* окажется во многихъ случаяхъ болѣе выгоднымъ. Къ тому же *Rydgier*, на основаніи одного случая, въ которомъ прекратившееся послѣ перевязки сосудовъ кровотеченіе возобновилось черезъ годъ, рекомендуетъ производить радикальную операцію, т. е. удаленіе самой опухоли].

М. Гинзбургъ.

265. **Dr. Gardiner. Dystocia from occlusion of cervix uteri.** (Lancet, 26 May, 1894, p. 1300). Препятствіе къ родамъ вслѣдствіе зарощенія зѣва.

Д-ръ *G.* былъ приглашенъ къ беременной во второй разъ, по случаю болей, принятыхъ окружающими за родовыя, но оказавшіяся кишечными. При внутреннемъ изслѣдованіи маточная шейка оказалась зарощеною; вмѣсто отверстія зѣва, ощупывался бугорочекъ, величиною въ горчичное зерно, черезъ который нельзя было провести самый тонкій зондъ. Черезъ нѣсколько времени наступили роды. Прождавъ 3 часа, пока растянувшаяся шейка покрыла предлагающую головку, д-ръ *G.*, подъ хлороформомъ, захватилъ острымъ крючкомъ маточную шейку, оттянулъ ее еще болѣе книзу и пучковатыми ножницами разрѣзалъ ткани шейки въ направленіи поперечнаго діаметра таза; въ виду недостаточности этого, сдѣлалъ еще 2—3 продольныхъ надрѣза шейки и извлекъ щипцами ребенка 10 фунтовъ вѣсу. Черезъ 2 часа у родильницы произошло огромное кровотеченіе съ явленіями острой анеміи. Эрготинъ и эфиръ подкожно, удаленіе кровяныхъ сгустковъ изъ матки и горячіе души, такія же бутылки къ ногамъ, горчичники къ сердцу—оживили больную. Послѣродовой періодъ прошелъ гладко, за исключеніемъ двухъ-дневнаго жара, приписаннаго *G.* изъязвленію сосковъ. Зѣвъ на 25 день не представлялъ ничего ненормальнаго. *Gardiner* говоритъ, что на 4000 родовъ, онъ видѣлъ такое зарощеніе зѣва всего два раза.

М. Гинзбургъ.

266. **Dr. Thomas Oliwer. Epilepsy in a puerpera with hyperpyrexia; death.** (Lancet, 26 May, 1894). Эпилепсія у родильницы, съ чрезвычайно высокой температурой, кончившаяся летально.

Экламписическія и эпилептическія конвульсіи у родильницъ схожи только по наружнымъ проявленіямъ; но зависятъ отъ совершенно различныхъ болѣзней. Слѣдующій случай поучителенъ во многихъ отношеніяхъ.

Въ семьѣ родильницы не было эпилептиковъ, первый приступъ эпилепсіи появился у ней на 10 день послѣ первыхъ родовъ, 4 года назадъ; она тогда тяжело болѣла; вслѣдствіе частыхъ, повторныхъ приступовъ; бѣлка въ мочѣ не было.

Послѣ второй беременности у ней были легкіе приступы, petit mal. При третьей беременности она стала нервной, раздражительной, скучной и у нея появились приступы, состоявшіе въ поблѣднѣніи лица, неподвижности глазъ и потери сознанія на 1—2 минуты; ни бѣлка въ мочѣ, ни отековъ, ни рвоты не было.

Роды произошли быстро; через 7 часовъ начались у ней приступы конвульсій, повторившіеся 5—6 разъ до утра, до прихода д-ра *Ol.* Онъ засталъ ее какъ бы въ коматозномъ состояніи, изъ котораго ее можно было разбудить; языкъ былъ припухшимъ, зрачки полу-расширены, очищенія обильны, моча отдѣлялась непроизвольно; катетеромъ извлечено 3 унца мочи, въ которой бѣлка не оказалось. Температура 101,2°, пульсъ 80. Назначены бромистые препараты въ клистирѣ, горчишники на поясницу.

21/у. Съ 3 ч. ночи, до 10 ч. утра приступы возобновились. t° 101,5°, пульсъ 160. Зрачки сужены.

22/у. t° 104,4, п. 140, зрачки сужены, безъ сознанія. 20 gram. antipyrin'a низвели температуру на 102°, но къ ночи она вновь поднялась на 104°, пульсъ на 162, дыханіе на 60, съ хрипѣніемъ, зрачки въ видѣ точекъ, коматозное состояніе.

23/у. Состояніе ухудшилось и при постоянномъ повышеніи температуры, она умерла на четвертый день послѣ родовъ. Температура передъ смертью подымалась такъ: *утромъ* 104,2°; *днемъ* 105,2°; *позднѣе* 105,6°; *вечеромъ, въ 8 ч.,* 107,2°; *въ 10 ч.* 108,2°; *въ 11½ ч.* 109,0°.

Здѣсь не было послѣ-родовой септицеміи; отсутствіе бѣлка въ мочѣ исключало эклампсію. Безсознаніе, суженіе зрачковъ и гипергугехія указывали на капиллярное кровоизліаніе въ мозгу; вскрытіе къ сожалѣнію, не было допущено.

Oliver оспариваетъ взгляды *Gowers'a*, утверждающаго, что большею частью приступы эпилепсіи не появляются въ послѣ-родовомъ періодѣ. *Ol.* находитъ, что обусловливаемая беременностью измѣненія въ кровообращеніи и нервныхъ центрахъ, предрасполагають женщинъ къ повторнымъ приступамъ, подобно тому, какъ хорей, появившись при одной беременности, повторяется при слѣдующихъ беременностяхъ въ томъ же періодѣ беременности. *Ol.* рассказываетъ про одну даму, у которой при каждой беременности повторялись эпилептические приступы, такъ что она по нимъ узнавала, что у ней наступила новая беременность.

М. Гинзбургъ.

167. **Dr. Morton Butler. Two cases of hernia of the Fallopian Tube.** (Lancet, 1894, 17 February). Два случая грыжи Фаллопіевой трубы.

46-лѣтняя женщина страдала болѣе 2-хъ лѣтъ опухолью въ правомъ паху, которая вдругъ быстро увеличилась. Опухоль представлялась похожей на железу съ зыбленіемъ въ центрѣ. До

поступленія въ больницу пациентку 5 дней не слабило, назначенное ей въ госпиталѣ слабительное отлично прочистило ее. На 4-й день по поступленіи ея сдѣлали разрѣзь опухоли: въ грыжевомъ мѣшкѣ найдено немного темно-кофейной жидкости, и трубчатое тѣло неправильной формы съ варикозными расширениями и бахромкой на одномъ концѣ ея, оказавшееся Фаллопиевой трубой. Рана зашита и заросла первичнымъ натяженіемъ, больная выздоровѣла.

Другая женщина имѣла право-бедренную грыжу, въ которой двѣ недѣли замѣчались припадки ущемленія. Назначенное ей слабительное вызвало обильное испражненіе. При грыжесѣченіи въ мѣшкѣ оказались: омертвѣвшія части сальника и разорванной кишки, въ полости брюшины фекальныя массы съ гноемъ. Труба удалена и сдѣланъ искусственный anus. Черезъ 12 часовъ больная умерла отъ шока. Вскрытіе указало, что сальникъ, части тонкихъ и слѣпой кишки срослены въ одну массу, оканчивающуюся бахромками, т. е. срослись съ Фаллопиевой трубой.

М. Д. Гинзбургъ.

Редакторы: { Д. Оттъ.
Л. Личеусъ.

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

- 1) *P. Baron. Zur Chininbehandlung des Keuchhustens.* (Отд. оттискъ изъ „Berliner klin. Wochenschr.“).
- 2) *В. В. Потъенко.* Къ казуистикѣ саркомъ, исходящихъ изъ сосудистой оболочки глаза у дѣтей. (Отд. оттискъ изъ „Медицинскаго Обзорѣнія“).
- 3) *А. В. Пель.* Вліяніе спермина на объѣмъ веществъ при аутоинтоксикаціяхъ вообще и при мочекишломъ діатезѣ въ особенности. (Отд. оттискъ изъ „Журнала Медицинской Химіи и Фармаціи“).
- 4) *С. Липинскій.* Ein Fall von Episioceleisis cum fistula recto-vaginali artificiali. (Отд. оттискъ изъ „Centralblatt für Gynäkologie“).
- 5) *Его-же.* Ein Fall von Erytema im Wochenbette. (Отд. оттискъ изъ „Centralblatt für Gynäkologie“).
- 6) *Его-же.* Einige Fälle von Harngenitalfisteln. (Отдѣльный оттискъ изъ „Frauenarzt“).
- 7) *Протоколы* засѣданій Харьковскаго Медицинскаго Общества, №№ 26, 27, 28, 29, 30 и 31 за 1892 г. и №№ 1—18 за 1893 г.
- 8) *Труды* Харьковскаго Медицинскаго Общества за 1893 г. Выпуски 1-й и 2-й.
- 9) *Отчеты* о дѣятельности Харьковскаго Медицинскаго Общества за 1892 и 1893 гг.
- 10) *Протоколы* засѣданій Общества Курскихъ врачей за вторую половину 1893 г.
- 11) *В. М. Каплянскій.* Къ вопросу объ ассенизаціи гор. С.-Петербурга. (Отд. оттискъ изъ „Еженедѣльника“).
- 12) *Гинзбургъ.* De la tuberculose et de vomissements incoercibles. (Отд. оттискъ изъ „Archives de Tocologie“).
- 13) *Его-же.* 95 cas d'accouchements terminés par le forceps. (Отд. оттискъ изъ „Archives de Tocologie“).
- 14) *А. Пославская и Е. Мандельштамъ.* Обзоръ десятилѣтней дѣятельности амбулаторной лечебницы для туземныхъ женщинъ и дѣтей въ г. Ташкентѣ. (1883—1894 гг.). Ташкентъ. 1894 г.
- 15) *А. Dührssen.* Спутникъ гинеколога. Переводъ съ 3-го нѣмецкаго изданія доктора *Г. К. Рунге.* С.-Петербургъ. 1894 г. Изданіе К. Л. Риккера.