

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

А. М. МАКЪЕВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

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 ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

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

ТОМЪ IX.

ФЕВРАЛЬ 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.

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

ФЕВРАЛЬ 1895, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

О щ и п ц а х ъ.

В. И. Штольца.

Мм. Гг.! Въ качествѣ стараго практика-акушера я позволю себѣ занять Ваше вниманіе въ данную минуту вопросомъ чисто акушерскимъ. Въ акушерствѣ, какъ и вообще въ медицинѣ, каждый приѣмъ, каждая теорія со временемъ видоизмѣняются; отъ излишняго увлеченія переходятъ къ забвенію и vice versa. Такая участь постигла и одинъ изъ самыхъ употребительныхъ и полезнѣйшихъ акушерскихъ инструментовъ—щипцы. Было время, когда ими увлекались. *Озіандеръ Старшій* накладывалъ ихъ чуть ли не при каждомъ родѣхъ; потомъ его же сынъ и *Штейнъ* ограничили ихъ употребленіе; затѣмъ акушерскимъ щипцамъ было указано подобающее мѣсто, они примѣнялись болѣе или менѣе тѣмъ или другимъ акушеромъ. Но вотъ въ настоящее время явились противники ихъ вообще, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ которыхъ примѣненіе этого инструмента въ рукахъ старыхъ практиковъ имѣло свой *raison d'être*, даже стали совсѣмъ ихъ отрицать. *Ahlfeld* въ новомъ руководствѣ возстаетъ противъ примѣненія щипцовъ вообще и противъ примѣненія ихъ при высококомъ стояніи головки въ особенности. Съ легкой руки этого авторитета и у насъ раздаются голоса противъ щипцовъ; въ послѣднемъ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества, здѣсь же, былъ произнесенъ нѣкоторыми членами смертный приговоръ этому

инструменту. Даже типическіе щипцы «Zangenrecht», какъ называютъ ихъ нѣмцы, и тѣ подверглись гоненію. У *Ahlfeld*'а мы встрѣчаемъ, что 1) щипцы производятъ частые разрывы промежности. 2) ими повреждаются мягкія части. 3) Послѣ нихъ встрѣчаются часто сильныя кровотеченія. 4) Результатомъ ихъ является неправильное теченіе послѣродоваго періода. 5) Они наносятъ тяжелыя поврежденія ребенку.

1) Частые разрывы промежностей нельзя никакъ поставить на счетъ щипцамъ. Первое время моей практики разрывы промежностей встрѣчались при щипцахъ довольно часто; но зависѣли они, какъ показалъ впослѣдствіи опытъ, отъ неумѣлаго накладыванія ихъ и, до извѣстной степени, отъ типа щипцовъ. До тѣхъ поръ пока я не приобрѣлъ извѣстнаго навыка и руководствовался только общими совѣтами, встрѣчающимися въ учебникахъ, дѣлать тракціи по оси таза и соотвѣтственно механизма родовъ—до тѣхъ поръ разрывы промежностей были обычнымъ явленіемъ. Но путемъ практики я замѣтилъ, что щипцы при извлеченіи головки сами указываютъ путь, по которому они должны слѣдовать, и тогда, бросивъ всякое теоретическое руководство тракціями, я началъ присматриваться къ движенію щипцовъ и старался не нарушать того механизма, который долженъ служить руководящею нитью нашихъ дѣйствій въ данномъ случаѣ.

Результаты оправдали мои дѣйствія: разрывы стали гораздо рѣже. Не могу привести точныхъ цифръ, но основываясь на тѣхъ, которыя мною такъ или иначе отмѣчены, я скажу, что въ первое время на 30 выходныхъ щипцовъ у первородящихъ я получилъ 20 разрывовъ промежностей, т. е. 67⁰/₀, а съ тѣхъ поръ какъ я сталъ руководствоваться указаннымъ приемомъ, то уже на 400 щипцовъ у первородящихъ я имѣлъ только 120 разрывовъ, т. е. 30⁰/₀; а этотъ процентъ почти равенъ количеству разрывовъ у первородящихъ при естественномъ выхожденіи головки и даже менѣе его

Хотя указанный пріемъ невольно напрашивается вниманію всякаго акушера и разумѣется извѣстенъ всѣмъ Вамъ, но я позволилъ себѣ помянуть о немъ, потому что не встрѣчалъ его въ руководствахъ (развѣ за исключеніемъ *Ahlfeld*'а, у котораго имѣется намекъ на него).

Что касается до типа щипцовъ; то я помню одинъ моментъ моей начальной практики, когда, увлекшись красивымъ наружнымъ видомъ и портативностью щипцовъ *Флоринскаго*, я примѣнилъ ихъ, и при первомъ же наложеніи, не смотря на осторожность и извѣстную правильность тракціи (это было далеко не въ первые годы практики), я разорвалъ промежности вмѣстѣ съ сфинктеромъ. Это происшествіе навело на меня панику и я долго не рѣшался накладывать щипцы, что, какъ теперь живо помню, было два раза причиною смерти ребенка, котораго я оставилъ долго стоять у выхода таза.... Бросивъ эти щипцы, я сталъ пользоваться пражскими, громоздкими щипцами съ большими длинными рукоятками, при употребленіи которыхъ тракціи производятся двумя руками, при чемъ трудно, разумѣется, ощущать тѣ тонкія указанія, которыя даетъ извлекаемая головка и наложенные щипцы.

Употребляя я эти щипцы до тѣхъ поръ, пока въ 71 году случайно не увидѣлъ у покойнаго д-ра *Гагарина* щипцы *Грималга*. Не стану Вамъ описывать этотъ инструментъ: онъ навѣрно извѣстенъ каждому изъ Васъ, но скажу, что его обѣ кривизны какъ бы созданы для выводныхъ щипцовъ; ложки принаровлены такъ, что при выхожденіи головки, ихъ не видать, и онѣ не натягиваютъ надъ собою промежности, какъ это бываетъ при всякихъ другихъ щипцахъ; главное достоинство этого инструмента то, что тракціи производятся при помощи пальца, вложеннаго въ имѣющіяся передъ замкомъ кольца; рукоятки инструмента коротки, около 3—4 сант. длины, и не сжимаются рукою, слѣдовательно не сдавливаютъ головку. Правда, что въ случаяхъ трудной податливости головки, когда она стоитъ въ тазу, нужно развивать большую силу въ пальцѣ но тѣмъ не менѣе, въ то время когда наступаетъ моментъ опасности разрыва промежностей, т. е. при выведеніи головки, такое устройство замка и ручекъ, давая возможность дѣлать тракціи при помощи одного пальца, позволяетъ легко воспринимать ощущеніе движенія головки и щипцовъ. Заручившись инструментомъ и выработавъ навыкъ, я могъ убѣдиться, что при наложеніи щипцовъ разрывы наблюдались не чаще, чѣмъ при естественныхъ родахъ.

2) Все сказанное про разрывъ промежности, можетъ быть

отнесено и къ другимъ поврежденіямъ рукава. Долгое стояніе головки въ тазу и у выхода, давая поводъ къ продолжительному давленію на мягкія части, производитъ само по себѣ ушибы ихъ, и эти ушибы будутъ, пожалуй, болѣе существенны, чѣмъ тѣ, которые получаютъ отъ болѣе сильнаго, но за то далеко не такъ продолжительнаго давленія щипцами. Мнѣ, по крайней мѣрѣ, не пришлось наблюдать ушибовъ, повлекшихъ за собою фистулы мечеиспускательнаго канала, послѣ наложенія щипцовъ, а между тѣмъ я не разъ видалъ подобныя фистулы послѣ продолжительнаго стоянія головки въ тазу.

3) Что касается кровотеченія, то я даже не могу представить себѣ откуда можетъ получиться подобное кровотеченіе при выводныхъ щипцахъ. Напротивъ, излишнее раздраженіе полости матки невыходящимъ плодомъ и несвоевременное отдѣленіе послѣда вслѣдствіе этого, скорѣе могутъ обусловить кровотеченіе, чѣмъ своевременное ея опороженіе при помощи щипцовъ: при полостныхъ щипцахъ, осторожное манипулированіе ими рѣдко ведетъ къ образованію глубокихъ надрывовъ рукава.

4) Теченіе послѣродового періода, какъ я могу удостовѣрить наблюденіями надъ 2500 родовъ, въ Родильномъ Пріютѣ, находившемся въ моемъ завѣдываніи, гдѣ въ общемъ были наложены 80 разъ щипцы, не представляло никакой разницы по отношенію къ таковому послѣ естественныхъ родовъ, не смотря даже на то, что эти наблюденія въ большинствѣ случаевъ относятся ко временамъ до антисептическимъ.

Также при полостныхъ и выводныхъ щипцахъ не встрѣчаются такія поврежденія головки ребенка, которыя можно было бы отнести къ разряду тяжелыхъ. Что же касается высокихъ щипцовъ, то изъ 20 извлеченныхъ щипцами ребятъ я только у одного видѣлъ поврежденіе черепа, окончившееся смертью черезъ полъ часа послѣ родовъ; но за то вѣдь были спасены 17, которыя при перфорациі погибли бы всѣ навѣрняка. Что касается до частной практики, то наложивши щипцы болѣе 900 разъ, я не наблюдалъ какой-либо ненормальности въ послѣродовомъ періодѣ, которую могъ бы отнести за счетъ щипцовъ.

Напротивъ, дальше и больше я убѣждался въ томъ, что наложеніе полостныхъ и тѣмъ болѣе выводныхъ щипцовъ есть

вполнѣ безопасная операція. Это убѣжденіе настолько проникло въ мое сознаніе, что у меня выработалось особое показаніе къ наложенію щипцовъ, о которомъ я позволю себѣ упомянуть передъ вами, Гг., именно: если головка въ теченіи двухъ часовъ послѣ совершеннаго зѣва и изліянія водъ стоитъ въ полости таза, или у выхода его, то я считаю необходимымъ не ожидать больше и накладывать щипцы. Я такъ поступаю уже около 20 лѣтъ и ни разу не раскаивался въ этомъ.

Не считаю нужнымъ распространяться болѣе о полостныхъ и выводныхъ щипцахъ; прибавлю только, что исправленіе положенія головки и измѣненіе механизма при помощи поворотовъ щипцами, на основаніи того, что я испыталъ самъ и видѣлъ у другихъ, я считаю приѣмомъ нераціональнымъ и приносящимъ всѣ тѣ печальныя послѣдствія, которыя приписываются щипцамъ. Тѣмъ болѣе я возстаю противъ всякихъ насильственныхъ поворотовъ головы, что они плохо удаются и совершенно излишни; размыкая по временамъ щипцы, наложенные въ поперечномъ размѣрѣ таза, въ промежуткахъ между тракціями, мы достигаемъ того, что головка, подвигаясь къ выходу, сама измѣняетъ свое положеніе и продѣлываетъ подходящій механизмъ.

Перейду теперь къ атипическимъ щипцамъ, накладываемымъ на высокостоящую головку. Наложеніе щипцовъ на высокостоящую головку тѣсно связано съ ученіемъ о подачѣ помощи при узкихъ тазахъ и потому, чтобы говорить объ употребленіи щипцовъ въ подобномъ случаѣ, я позволю себѣ напомнить почтенному собранію основныя положенія по отношенію къ подачѣ помощи при узкихъ тазахъ, высказанныя мною два года тому назадъ здѣсь же. Я тогда говорилъ, что помощь при узкихъ тазахъ представляется въ видѣ 3-хъ отдѣльныхъ, если можно такъ выразиться, типовъ или методовъ: 1) выжидательный методъ; 2) профилактическій поворотъ; 3) профилактическое кесарское сѣченіе.

По моему убѣжденію эти 3 метода исключаютъ другъ друга и смѣшиваемы одинъ съ другимъ никоимъ образомъ быть не могутъ. Въ прошломъ году, къ своему удовольствію, мнѣ пришлось прочитать въ Centralbl. f. Gynäs., что и *Ольгаузенъ* высказался почти въ моемъ смыслѣ, хотя не вполне отчетливо.

Сравнивая тогда эти методы я пришелъ къ такому выводу: выжидательный методъ даетъ 50⁰/о произвольныхъ родовъ при суженіи таза II степени. Смертность матерей при его примѣненіи 0,4⁰/о; смертность дѣтей—26,4⁰/о. Подъ наблюдениемъ имѣлись 250 родовъ. При поворотѣ, на 193 родовъ, умирало матерей 2,6⁰/о и дѣтей—41,4⁰/о; даже принимая самыя благопріятныя цифры получалась для матерей смертность равная 0,9⁰/о, а для дѣтей—32,8⁰/о. При кесарскомъ сѣченіи, по *Causo*, въ 1890 году на 61 случай получалась смертность равная для матерей 11,4⁰/о, и для дѣтей—5⁰/о.

Слѣдовательно, что касается до поворота, то онъ ни въ какомъ отношеніи сравниваемъ съ выжидательнымъ методомъ быть не можетъ. По отношенію къ кесарскому сѣченію скажу, что оно въ общемъ, правда, сохраняетъ большое количество жизней, но если мы вспомнимъ споръ, бывшій 25 лѣтъ, или около того, назадъ между Страсбургскимъ проф. *Stolz*'омъ и *Pajo*, когда этотъ послѣдній поставилъ *Stolz*'у вопросъ, заставившій его замолчать, именно спросилъ его, чтобы онъ сдѣлалъ, если бы ему пришлось цѣною большого риска для дочери спасти имѣющаго появиться внука, то мы скажемъ все и поймемъ, что 11⁰/о смертности матерей не могутъ уравновѣсить 21⁰/о сохранившихся дѣтей. Изъ сказаннаго ясно, что выжидательный методъ лѣченія до настоящаго времени всетаки остается самымъ цѣлесообразнымъ и благодѣтельнымъ.

Въ упомянутомъ же докладѣ я опредѣлилъ выжидательный методъ такъ: выжидать, пока не явятся симптомы опасности для матери и для ребенка; выжидать хладнокровно, стараясь, какъ можно меньше изслѣдовать и сохранять силы и спокойствіе роженицы. Явились угрожающія явленія, накладывать щипцы; неудались щипцы—дѣлать перфорацію. Слѣдовательно щипцы являются элементарною составною частью этого метода, ибо при этомъ методѣ 50⁰/о родовъ произвольныхъ, 28⁰/о родовъ при помощи щипцовъ и 22⁰/о при помощи перфораціи.

Но вотъ явилась плеяда акушеровъ, какъ нашихъ съ *Феноменовымъ* во главѣ, унаслѣдовавшимъ нерасположеніе къ щипцамъ отъ своего учителя, покойнаго проф. *Горвица*, такъ и заграничныхъ въ лицѣ *Ahlfeld*'а, которые совсѣмъ отвергаютъ высокіе щипцы; другіе же считаютъ только непригод-

ными для этой цѣли, какъ высказано было здѣсь въ прошлое засѣданіе, существующіе щипцы и полагають надежду на будущее, когда можетъ быть будетъ изобрѣтенъ сложный инструментъ, могущій примѣняться къ механизму движенія головки. Тѣ и другіе считають эту операцію кровавою, сопряженною съ поврежденіями мягкихъ частей, съ опасностями для матери и ребенка и поэтому отвергають ее. Но желалъ бы я знать, какія операціи, предпринимаемыя для спасенія жизни или даже двухъ, не кровавы, не сопряжены съ опасностями и не могутъ имѣть вредныхъ послѣдствій. Разсуждая такъ, какъ разсуждаютъ отвергающіе щипцы, нужно отвергнуть и кесарское сѣченіе, дающее въ лучшемъ случаѣ 9⁰/₀ смертности; даже гинекологическія операціи въ родѣ міотоміи и оваріотоміи при подобныхъ соображеніяхъ должны подвергнуться остракизму. Когда ничего не остается для того, чтобы спасти жизнь, которой угрожаетъ неизбѣжный смертельный исходъ, тогда нечего стѣсняться кровавостью операціи, надо только искать того пособія, которое вело бы къ цѣли и менѣе всего угрожало бы здоровью и жизни. Вѣдь и естественные роды при узкихъ тазяхъ сопровождаются ушибами и ранами мягкихъ частей; да даже и при нормальномъ тазѣ у первородящихъ мы встрѣчаемъ послѣ родовъ разрывы и значительные ушибы. Ясно, что нельзя ожидать отъ щипцовъ, чтобы они дѣйствовали болѣе мягко и бережно, чѣмъ природа въ выполненіи самыхъ естественныхъ, созданныхъ ею же явленій.

Но посмотримъ, насколько въ самомъ дѣлѣ высокіе щипцы являются такой кровавой и опасной операціей, какъ утверждаютъ ея противники. При 27 наложенныхъ мною щипцахъ во II степени сѣуженія таза на высокостоящую головку, причемъ, смотря по случаю, было производимо отъ 10 до 25 тракцій—20 удались и было извлечено ими 17 живыхъ дѣтей; 7 не удались и сдѣланы послѣдовательныя перфорациі; матери, какъ въ томъ, такъ и другомъ случаѣ остались живы, здоровы и даже мало хворали. При 64 высокіхъ щипцахъ, наложенныхъ *Брауномъ*, 56 дѣтей остались живы; изъ матерей умерла только одна; у остальныхъ не констатировано ни разу никакихъ ни тяжкихъ ни смертельныхъ поврежденій.

Но надо знать также, что мы разумѣемъ подъ именемъ

высокихъ щипцовъ, потому что иногда высокіе щипцы при-мѣняются тамъ, гдѣ ихъ накладывать нельзя; такъ напр. у *Ahlfeld'a* приведенъ случай нѣкоего *Wolf'a*, который накладывалъ щипцы на балотирующую головку, и при этомъ сдѣлалъ что-то больше 200 тракцій. Разумѣется подобныя высокіе щипцы принадлежатъ не только къ кровавымъ и опаснымъ операціямъ, но даже къ операціямъ, неимѣющимъ никакого смысла. Мы называемъ высокими щипцами тѣ, которые накладываютъ на установившуюся у входа въ тазъ головку, не балотирующую даже въ то время, когда больная захлороформирована. Но и при этомъ положеніи головки мы обыкновенно ждемъ, такъ какъ окончаніе родовъ силами природы, при такомъ приспособленіи головки въ тазу, является всегда возможнымъ; только появленіе симптомовъ, угрожающихъ матери или ребенку, служитъ намъ показаніемъ къ наложенію щипцовъ. Въ указанный моментъ уже ничто не можетъ замѣнить щипцы и отвергая щипцы въ этотъ моментъ, мы отвергаемъ весь выжидательный методъ, который, какъ уже указано, пока по результатамъ представляется самымъ благопріятнымъ какъ для матерей, такъ и для дѣтей.

Въ самомъ дѣлѣ, что же можетъ замѣнить щипцы въ это время?—*Поворотъ и кесарское сеченіе?*—Но помимо того, что объ эти операціи, и какъ профилактическая мѣра, даютъ худшій исходъ, они въ данный моментъ уже немыслимы.

Перфорация, которая по мнѣнію *Феноменова* и другихъ болѣе пригодна, такъ какъ производитъ меньшую травму, чѣмъ щипцы; но изъ 27 указаннымъ наложеній щипцовъ это наложеніе было произведено 11 разъ по поводу опасности, угрожающей матери, т. е. при показаніи, которое уже не давало возможность выжидать; 10 дѣтей было спасено и вмѣстѣ съ тѣмъ матери ничего не потерпѣли.

Пресловутая симфизіотомія—но вѣдь при этой операціи по статистикѣ *Sänger'a* и *Harris'a* въ 1892 году изъ 108 случаевъ умерло 13% матерей и 27% дѣтей.

Изъ сказаннаго явствуетъ, что примѣненіе высокихъ щипцовъ является *conditio sine qua non* при выжидательномъ методѣ, и мы считаемъ не лишнимъ въ настоящее время еще разъ упомянуть объ условіяхъ и показаніяхъ и коснуться техники

этой операціи. Мы уже сказали, что щипцы должно накладывать при установившейся хотя небольшимъ сегментомъ во входѣ въ тазъ головкѣ; съ наложеніемъ щипцовъ спѣшить не слѣдуетъ и только появленіе симптомовъ, указывающихъ на опасность для жизни матери и ребенка, служить показаніемъ къ наложенію щипцовъ; симптомы эти Вамъ всѣмъ Гг. хорошо извѣстны и потому я говорить объ нихъ не стану. Что касается до техники, то я всегда накладывалъ щипцы въ поперечномъ размѣрѣ таза, такъ что щипцы захватываютъ головку въ продольномъ ея размѣрѣ; но главное за чѣмъ, по моему, нужно строго слѣдить—это направленія тракцій. Мнѣ не разъ случалось протаскивать головку изъ узкости таза въ 4—5 тракцій, въ тѣхъ случаяхъ, когда 10 тракцій, сдѣланныя передъ этимъ другимъ операторомъ, не подвигали дѣло ни на волосъ впередъ.

Извлечение удается тогда, когда тракціи направляютъ такъ, чтобы ручки щипцовъ какъ бы налегали на копчикъ; при этомъ, для того чтобы удовлетворять показаніямъ механизма родовъ, тракціи должно производить не по прямой линіи, но соотвѣтственно опущенія того или другаго родничка, по перемѣнно, одна, другая тракціи, отклоняя ручки щипцовъ вправо, 3-я и 4-я тракціи, отклоняя ихъ влево. Считаю не лишнимъ добавить, что подобное направленіе тракціи удается скорѣе въ томъ случаѣ, когда больная помѣщается высоко. Не разъ мнѣ случалось, что низведеніе головки, не удававшееся на кровати, при поперечномъ положеніи больной (что не рѣдко приходилось дѣлать въ частной практикѣ), сейчасъ же удавалось вслѣдъ за помѣщеніемъ больной на высокій столъ. При извѣстномъ навыкѣ, послѣ нѣсколькихъ тракцій, получается ощущеніе того, что головка подвигается, и тогда можно продолжать тракціи; но если это ощущеніе не получается даже послѣ 10 тракцій, тогда слѣдуетъ прекратить попытки къ извлеченію. Поступая такимъ образомъ, я имѣлъ удовольствіе, какъ я уже указалъ, видѣть спасенными 17 ребятъ, обреченныхъ при другихъ условіяхъ, (т. е. при перфораціи) на безысходную гибель.

Теперь считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ о самыхъ щипцахъ; разумѣется, желательно было бы, если возможно, изобрѣсти какой нибудь механизмъ, хотя бы сложный, но при-

мѣняющійся къ условію механизма головки. Но насколько мнѣ кажется, на основаніи моей многолѣтней акушерской практики, самый совершенный механизмъ для этого, есть рука акушера. При тракціяхъ нужно взвѣшивать сопротивление, нужно воспринимать впечатлѣнія отъ тѣхъ или другихъ эволюцій головки и, сообразуясь съ этими данными, такъ или иначе видоизмѣнять направленіе и силу тракціи. Врядъ-ли мы можемъ когда нибудь дождаться изобрѣтенія такого разумнаго и чувствительнаго инструмента, а поэтому покамѣсть приходится *volens nolens* обходиться обыкновенными, (но никакъ не механическими) щипцами.

Я накладывалъ и, какъ видно изъ предыдущаго, не рѣдко извлекалъ головку щипцами того же *Гринальга*, которые, правда, иногда случалось замыкать даже въ рукавѣ, *также* употреблялъ щипцы *Буша*; и подъ конецъ заказалъ для этой цѣли щипцы *Гринальга*, но съ меньшей тазовой кривизной и съ удлиненными къ кольцу ложками. Всѣ эти инструменты, въ большинствѣ случаевъ, удовлетворяли цѣли. Многихъ матерей, которымъ были наложены высокіе щипцы, я видѣлъ благоденствующими много времени спустя послѣ операціи; также знаю двухъ почти взрослыхъ дѣвицъ, учащихъ въ учебныхъ заведеніяхъ, которыя были извлечены на свѣтъ при помощи высокыхъ щипцовъ; у одной изъ нихъ до сихъ поръ имѣется знакъ на лбу подъ волосами отъ этого страшнаго инструмента, но, тѣмъ не менѣе она пользуется примѣрнымъ здоровьемъ и по способностямъ не представляетъ никакихъ указаній на то, что щипцы причинили ей какой-либо вредъ. Также въ настоящее время я вижу двухъ мальчиковъ, одного 14, а другаго 10 лѣтъ, извлеченныхъ высокими щипцами; они оба не даютъ пока указаній на то, что операція, давшая имъ жизнь, чѣмъ-либо отразилась на ихъ физическомъ и нравственномъ состояніи.

Что касается до вопроса о томъ, что трудные щипцы якобы вліяютъ впослѣдствіи на появленіе психозовъ, то я разумѣется, не могу опровергать это мнѣніе случаями, почерпнутыми изъ собственнаго опыта, но скажу, что даже упоминающіе объ этомъ неблагопріятномъ дѣйствиі трудныхъ щипцовъ, какъ напр., тотъ же *Ahlfeld*, говорить; что подобное вліяніе щипцовъ пока еще далеко не доказано.

Заканчивая свое слово, я позволю себѣ его резюмировать слѣдующимъ образомъ: 1) Высокіе щипцы при узкихъ тазахъ должны сохранить за собою право гражданства въ наукѣ. 2) Эти щипцы должны быть накладываемы только на установившуюся во входѣ головку и притомъ при строго взвѣшенныхъ показаніяхъ. 3) Всегда при влеченіи щипцовъ необходимо руководиться тѣми указаніями, которыя даетъ движущаяся головка и самъ влекомый инструментъ. 4) Всякіе щипцы, къ которымъ акушеръ привыкъ, могутъ быть накладываемы съ пользою на высокостоящую головку. 5) Главное дѣло не въ хитромъ механизмѣ инструмента, а въ опытной рукѣ; поэтому наложеніе высокихъ щипцовъ, *при возможности*, слѣдуетъ предоставлять людямъ болѣе опытнымъ; лицамъ же, не имѣвшимъ еще случай производить эту операцію, при показаніяхъ къ ней, слѣдуетъ: помнить о соблюденіи указанныхъ нами правилъ, быть осторожными по отношенію къ силѣ тракцій и не злоупотреблять количествомъ послѣднихъ.

II.

Роды при сросшихся плодахъ.

Клинич. лекц. прив.-доц. И. М. Львова.

Мм. Гг.! Многие изъ Васъ присутствовали недавно на очень интересныхъ и рѣдкихъ патологическихъ родахъ въ Лихачевскомъ Родильномъ Домѣ. Позвольте мнѣ теперь разобрать подробнѣе эти роды, продемонстрировать Вамъ объектъ—сросшіеся плоды, вызвавшій большія затрудненія при родахъ, и затѣмъ сдѣлать общее резюме о веденіи родовъ при сросшихся плодахъ вообще.

27 октября 1894 года, въ 12 часовъ дня, доставлена была въ родильный домъ роженица, 24 лѣтъ, съ родившейся уже головкой плода и ущемленнымъ туловищемъ его. Изъ анамнеза было узнано, что наша пациентка отличалась всегда хорошимъ здоровьемъ и никакими особенными болѣзнями не хворала. Въ наслѣдствѣ съ ея стороны и со стороны ея мужа какихъ либо уродствъ и болѣзней нѣтъ. Менструировать начала съ 14 лѣтъ, правильно, чрезъ 3 недѣли по 5 дней. Замужъ вышла 19 лѣтъ. Родила два раза; обѣ эти беременности и роды протекли правильно, дѣти родились живыми. Настоящая третья беременность протекла правильно, никакихъ беспокоящихъ больную припадковъ не было. Правда, животь былъ больше чѣмъ въ прежнія беременности, но все же до послѣдняго времени больная занималась тяжелой физической работой. Роды начались въ срокъ, вечеромъ 26/х, и шли правильно. Утромъ 27, часовъ въ 7, родилась головка плода, а дальнѣйшаго выхожденія плода не было, не смотря на значительной силы потуги и помощь повитухъ, которыя сильно тащили ребенка за вышедшую головку. Тѣмъ не менѣе, не смотря на всевозможныя усилія, ребенокъ не родился. Потуги продолжались еще болѣе часа послѣ рожденія головки, хотя пользы отъ нихъ не было, равно не было никакой пользы и отъ повторныхъ сильныхъ тасканій ребенка за головку повитухой. Не смотря на все это, все же больная оставалась на дому до 11 час. дня и только въ это время, убѣдившись въ невозможности окончанія родовъ на дому, роженица поѣхала въ родильный домъ.

Осмотръ роженицы, произведенный мною чрезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ приѣзда ея въ родильный домъ совмѣстно съ многими изъ Васъ, далъ слѣдующее: роста выше-средняго, сложенія правильнаго, питанія средняго. На видъ роженица представляется значительно утомленной; родовыхъ болей нѣтъ. Животъ значительно увеличенъ; дно матки подъ *scrobiculum cordis*; матка тетанически сокращена, болѣзненна при ощупываніи. Въ силу болѣзненности матки, наружное изслѣдованіе не дало важныхъ результатовъ для опредѣленія положенія плода. Форма матки правильная съ небольшою бороздкой, какъ бы раздвоеніемъ въ днѣ, начиная отъ пупка. Движеній плода нѣтъ и, по словамъ роженицы, онѣ прекратились вскорѣ по роженіи головки плода. Сердцебіеній плода не слышно. Изъ наружныхъ половыхъ органовъ торчитъ головка плода, обращенная лицомъ къ лобку; на ней большая родовая опухоль; головка обильно покрыта черными волосами, вѣки глазъ закрыты, какъ бы отекли, у подбородка кожныя кровоизліянія, объемъ головы—средняго не крупнаго ребенка; кости ея сформированы хорошо: швы узки. По обмываніи наружныхъ половыхъ частей и входа 1:3000 растворомъ сулемы произведено внутреннее изслѣдованіе. Послѣднее было очень затруднено вслѣдствіе того, что рожденная головка какъ бы была втянута въ половой входъ и крѣпко его запирала. Поэтому, изслѣдующими двумя пальцами едва удалось добраться до плеча, лежащаго въ поперечномъ размѣрѣ входа въ тазъ очень плотно.

Вотъ и все, что дало намъ изслѣдованіе. Невольно напрашивается вопросъ, отчего не родится туловище плода? Первое предположеніе будетъ то, что плечи его ущемились во входѣ, установившись не въ тотъ размѣръ, въ какомъ онѣ обыкновенно проходятъ. Такое явленіе при крупныхъ плодахъ и неправильномъ поворотѣ головки по ея роженіи бываетъ; и затрудненіе наступаетъ вслѣдствіе того, что плечики вводятся во входъ въ тазъ въ прямомъ размѣрѣ—наименьшемъ изъ всѣхъ и здѣсь, вслѣдствіе несоотвѣтствія ихъ размѣровъ съ размѣрами таза, ущемляются, застрѣваютъ. Въ нашемъ случаѣ такое предположеніе не имѣло мѣста на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) рожденная головка плода была среднихъ размѣровъ, значитъ, и туловище должно быть среднихъ размѣровъ; 2) головка лицомъ была обращена впередъ къ лобку,—значитъ, плечики должны стоять въ поперечномъ размѣрѣ таза—размѣръ большой, въ которомъ ущемленіе невозможно; 3) изслѣдованіе прямо подтверждало, что плечики стоятъ въ поперечномъ размѣрѣ тазоваго входа, и 4) суженія таза нѣтъ.

Отвергнувъ это предположеніе, перешли къ другому—туловище плода задерживается потому, что существуютъ какія либо опухоли въ немъ, значительно увеличивающія его объемъ

и тѣмъ препятствующія его рожденію. Извѣстно, что таковыми препятствіями могутъ быть: водянка живота, накопленіе мочи въ растянутомъ мочевомъ пузырьѣ при суженіи или зарощеніи мочеиспускательнаго канала, при гидронефрозѣ, перерожденіи почекъ съ кистовидными полостями въ нихъ (подобный случай наблюдалъ и я лѣтъ 7 тому назадъ,—ребенокъ съ трудомъ былъ извлеченъ по рожденіи головки), водянка двуполостной матки и проч., (см. между прочимъ статьи: *Niederding*, Cyst. Nierendegen. als Geburtshind. Münch. med. Wochenschr., 1887, XXXIV, 633; *Porak*, Dist. par. vet. d'urine etc. France med., 1885, II, 1441; *Феноменовъ* Arch. f. Gynäkol., 1881, XVII, 133). Но и это предположеніе съ большой вѣроятностью должно быть исключено, ибо во всѣхъ этихъ случаяхъ задерживаются не плечики плода въ тазовомъ входѣ, а брюшко, плечики же легко доходятъ до тазоваго выхода и даже иногда рождаются. У насъ же задерживались именно плечики во входѣ. Предположить какую либо аномалію въ видѣ опухоли въ нихъ нельзя было по теоретическимъ соображеніямъ.

Далѣе, возможно было предположить, что мы имѣемъ дѣло съ двойнями, при чемъ одновременно съ первымъ плодомъ вступила во входъ въ тазъ съ плечиками перваго плода какая либо крупная часть втораго плода и тѣмъ задержала рожденіе перваго плода. Такое предположеніе вполне возможно и лично мнѣ въ прошломъ году въ томъ-же родильномъ домѣ пришлось демонстрировать своимъ слушателямъ такой случай, окончившійся, впрочемъ, вполне благополучно для матери и плодовъ, благодаря своевременному распознаванію и принятію нужныхъ мѣръ. Для основательнаго допущенія такой вѣроятности въ данномъ случаѣ недоставало изслѣдованія, подтверждающаго эту возможность.

Наконецъ, послѣднее предположеніе, въ данномъ случаѣ существуетъ какое либо уродство плода и изъ него самое вѣроятное—это сросшіеся близнецы въ грудной части, такъ называемые thoracopagus. Это предположеніе также вполне возможно и для даннаго случая, но для него недоставало подтвержденія, полученнаго изслѣдованіемъ.

Остановившись на этихъ послѣднихъ двухъ предложеніяхъ, могущихъ имѣть мѣсто въ данномъ случаѣ, я приступилъ къ окончанію родовъ.

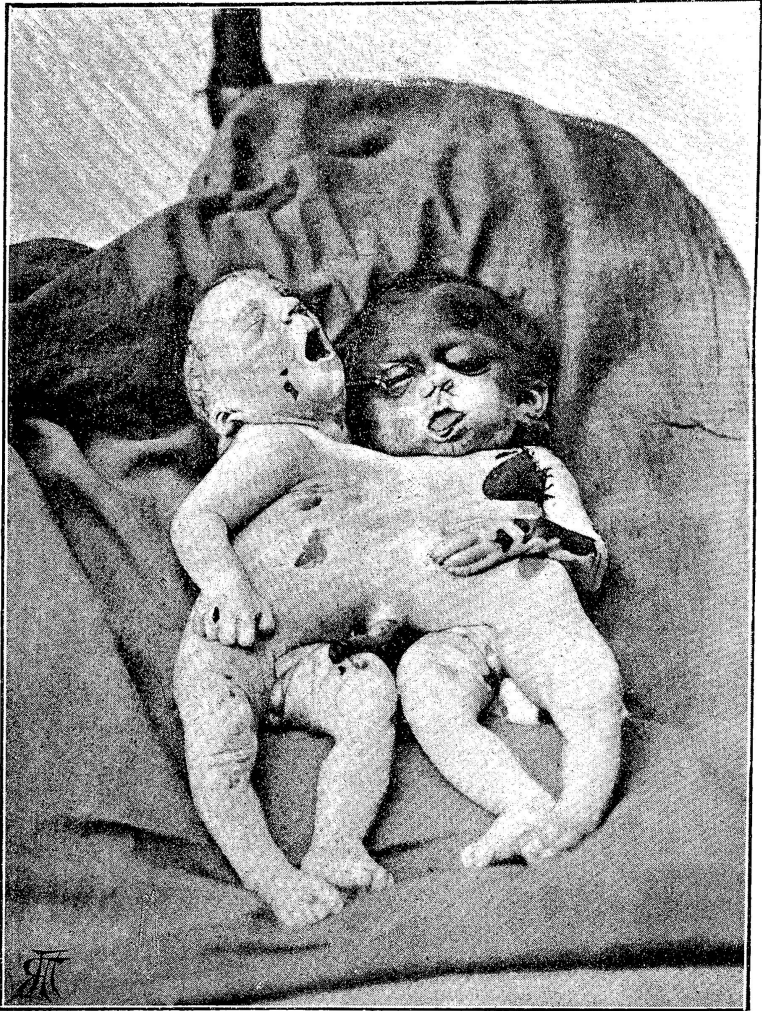


Рис. 1.
Thoracospagus—видъ спереди.



Рис. 1.
Thoracosragus—видъ сзади.

Прежде всего помощію нѣсколькихъ сильныхъ тракцій за рожденную головку я убѣдился въ полной невозможности извлечь туловище плода и окончить роды. Затѣмъ, частію для точнаго опредѣленія того, съ какой аномаліей мы имѣемъ дѣло, а частію и съ цѣлію окончанія родовъ, я отдѣлилъ въ шейной части рожденную головку прочь и тѣмъ открылъ себѣ путь для подробнаго и обстоятельнаго обследованія подлежащаго туловища плода. Изслѣдуя роженицу по отдѣленіи головки, я нашелъ, что плечевой поясъ лежитъ нѣсколько косо, во входѣ въ тазъ, будучи оттѣсненъ влѣво, и лежитъ въ поперечномъ размѣрѣ таза; сзади и слѣва у подлежащаго плеча низко лежала ручка, согнутая въ локтевомъ сгибѣ и безъ всякихъ насилій мною сейчасъ-же низведенная для освобожденія мѣста въ тазовомъ входѣ. Справа во входѣ въ тазъ одновременно съ плечиками, немного лишь выше ихъ, стояла неподвижно головка другаго плода. Эта головка очень сильно была прижата къ плечу другаго плода, вслѣдствіе чего опредѣлить точно, принадлежность эта головка другому самостоятельному плоду, или мы имѣемъ дѣло со сросшимися двойнями, было невозможно. Такимъ образомъ, предположенія наши о причинѣ задержанія родовъ оправдались, но оставалось точно рѣшить, имѣемъ ли мы дѣло съ двойнями, или же съ сросшимися плодами. Для выясненія этого и вмѣстѣ для окончанія родовъ я сдѣлалъ нѣсколько тракцій за извлеченную ручку, надѣясь, если нѣтъ сросшихся близнецовъ, провести чрезъ тазовой входъ значительно уменьшенные плечики перваго плода и такимъ образомъ окончить роды. Но первыя-же тракціи показали, что плечики не спускаются, а изслѣдованіе въ это время показало, что плечики перваго плода, нѣсколько спустившіеся книзу, тѣсно и широко сросшены съ плечиками втораго плода.

Выяснивши такимъ путемъ, что мы имѣемъ дѣло со сросшимися плодами въ формѣ *thoracopagus*, дальнѣйшая терапия случая рѣшена мною такъ: перфорация головки втораго плода съ послѣдующей кранио-клазіей; по выведеніи ея, плечики сложатся вдвое и такимъ образомъ пройдутъ чрезъ тазъ; возможность такого исхода допускалась тѣмъ, что плоды имѣли не особенно большіе размѣры. Перфорация головки перфораторомъ *Blot* и наложеніе краниокласта, сдѣланы были безъ затрудненій, но извлеченіе было не легкое, вначалѣ оно затруднялось мѣшавшими ходу головки плечиками перваго плода, а дальше тѣмъ, что двое плечиковъ вмѣстѣ трудно спускались въ тазовой входъ. Тѣмъ не менѣе, этимъ путемъ удалось окончить роды безъ какихъ либо травматическихъ поврежденій половыхъ органовъ у роженицы и въ сравнительно скорое время. Только вслѣдствіе продолжительнаго давленія родившейся головки на вульварное кольцо, послѣднее послѣ окончанія родовъ представлялось сильно зявшимъ, открытымъ, въ него свободно можно было ввести двѣ руки, сложенныхъ вмѣстѣ. Послѣ родовъ, матка была промита горячимъ растворомъ карболовой кислоты, на половыя части наложена Т-образная повязка изъ марли съ гигроскопической ватой для того, чтобы закрыть вульварное кольцо и внутренніе половыя органы, отъ постоянного доступа въ нихъ воздуха. Послѣродовой періодъ протекъ почти нормально, съ небольшими явленіями легкаго *endometritis puerperalis*, на 8-й день больная встала съ постели, а на 11-й вышла изъ родильнаго дома здоровой.

Разсмотримъ теперь родившихся сросшихся близнецовъ. Вы ихъ видите предъ собою, (рис. 1) это двѣ дѣвочки, одинаковаго роста и сложенія, сросшіяся между собою въ грудной части, такимъ образомъ, что *os. sternum* имѣется для обоихъ плодовъ одна общая, при чемъ самостоятельно у того и другого плода другъ къ другу прилегающихъ боковъ, грудной части совсѣмъ не имѣется. Вы видите двѣ головки, правильно развитыхъ и сидящихъ на правильно-развитыхъ шеяхъ, они укрѣплены такъ, что какъ будто оба младенца, нѣсколько повернулись другъ къ другу и смотрять другъ на друга. Далѣе идутъ плечики, правильно устроенные. Вы видите и 4 ручки правильно развитыхъ и нормально отходящихъ отъ плечеваго пояса, при чемъ двѣ изъ нихъ—лѣвая у лѣваго плода и правая у праваго, расположены нормально по краямъ, а двѣ другія ручки отходятъ отъ приросшихъ другъ къ другу плечиковъ, въ силу поворота плодовъ брюшною поверхностію другъ къ другу отклоненныхъ кзади и потому видныхъ только сзади. Лопатки правильно развиты. Брюшная полость до пупка одна для обоихъ плодовъ, при чемъ Вы ясно ощущаете, что печень того и другого плода соединена въ одинъ органъ, лежащій на своемъ мѣстѣ. Пуповина отходитъ отъ пупочнаго кольца, общаго обоимъ младенцамъ; пупочное кольцо помѣщается въ срединѣ между младенцами и тутъ подъ нимъ сейчасъ-же и заканчивается сращеніе близнецовъ между собою, а отрѣзокъ пуповины, мотающійся свободно между плодами, своимъ видомъ и положеніемъ издали очень напоминаетъ мужской *penis*. Далѣе, вы видите полное раздѣленіе плодовъ и вполне правильное ихъ развитіе. Вы видите правильно развитыя тазовыя пояса у обѣихъ дѣвочекъ, правильно развитыя наружныя половыя органы и ноги. По наружному виду сросшіяся младенцы имѣютъ вполне развитый доношенный видъ. Размѣры этихъ дѣтей таковы: общій вѣсъ ихъ = 4750 граммъ при ростѣ въ 49 и 48 *cm*. Общая окружность груди = 45 *cm*. Размѣръ ягодницъ у того и другаго = 7 *cm*. Послѣдъ одинъ и вѣсъ его = 720 граммъ. Пуповина длиною въ 71 *cm*., въ ней видны отверстія только четырехъ сосудовъ. Подробное анатомическое обследованіе близнецовъ произведено въ Патолого-анатомическомъ институтѣ Казанскаго Университета докторомъ *А. И. Подбельскимъ* и дало слѣдующіе результаты: *Диафрагма и сердечная сорочка* общія для обѣихъ младенцевъ. *Сердце* представляется сращеннымъ изъ двухъ сердецъ. Оба предсердія составляютъ общую полость безъ перегородокъ. На передней и задней стѣнкахъ предсердія возвышаются по два ушка неправильнаго очертанія. Изъ предсердія ведутъ въ желудочки 4 отверстія. Лѣвые желудочки лежатъ у наружныхъ краевъ органа, а правые помѣщаются кнутри отъ лѣвыхъ. Всѣ желудочки отдѣлены другъ отъ друга мышечными перегородками. Обѣ *a. pulmonales* и ихъ правыя и лѣвыя вѣтви правильны, точно также обѣ аорты и отходящія отъ ихъ дугъ вѣтви. Въ предсердіе отъ праваго и лѣваго плода впадаетъ лишь по одной легочной венѣ. Черезъ пупочное кольцо вступаютъ двѣ пупочныя вены и каждая изъ нихъ по соответственной передней брюшной стѣнкѣ поднимается къ печени своего плода и, проходя по нижней поверхности послѣдней, дѣлится на двѣ вѣтви; изъ послѣднихъ одна соединяется съ *v. porta* своего плода, а другая—съ *v. cava inf.* другаго плода.

Aa. umbilicales правого изъ двойней правильны. *Aa. umbilicales* лѣваго, выйдя изъ правой и лѣвой *aa. hypogastricae*, соединяются на срединѣ *liniae innominatae* правой половины таза въ одну артерію, которая поднявшись справа отъ *urachus* по передней брюшной стѣнкѣ, входитъ въ пупочное кольцо и канатикъ.

Печени срослены своими задними тупыми краями, длинникомъ своимъ расположены въ направленіи отъ позвоночника одного плода къ позвоночнику другого. На нижней поверхности обѣихъ печеней отсутствуютъ *fossae dextr. et sin. hepatis*, а также и *lobus quadrangularis*. Спигелиевы доли смѣщены къ наружнымъ краямъ, очертанія ихъ неправильны *Vv. cava inf. et ducti choledoch.* проходятъ въ промежуткѣ или вырѣзкѣ остающейся между задними краями печеней вблизи того и другого позвоночника. *Vv. hepaticae* выходятъ изъ задняго края лѣвой доли печеней каждаго плода и впадаютъ въ *v. cava inf.* другого плода (напримѣръ отъ лѣваго *in. v. cavam inf.* правого).

Грудная кость общая для обоихъ двойней. Рукоятка ея загнута назадъ, а послѣ 2 сант. длины такого изгиба книзу здѣсь кончается, сливаясь съ хрящевой частью реберъ. На сторонахъ, обращенныхъ къ правому и лѣвому плоду, рукоятка имѣетъ по одной полулунной выемкѣ и по 2 фасатки вблизи послѣдней для сочлененія съ собственными концами ключицъ каждаго изъ двойней.

Разберемтеся теперь въ вопросѣ, какъ вести роды при сросшихся двойняхъ вообще и правильно ли поступилъ я въ своемъ случаѣ. Вопросомъ этимъ, съ акушерской точки зрѣнія занимались *Hohl, Gustav Veit* и *Schauta*, и мы воспользуемся ихъ данными и взглядами при сужденіи о томъ, какъ вести роды въ подобныхъ случаяхъ, ибо своего личнаго взгляда для каждаго врача въ такихъ случаяхъ имѣть трудно вслѣдствіе рѣдкости такихъ уродствъ.

G. Veit въ своей очень обстоятельной статьѣ дѣлитъ двойныя уродства, съ акушерской точки зрѣнія, на три группы. Къ первой группѣ онъ относитъ тѣ случаи, въ которыхъ имѣется увеличеніе объема или всего тѣла, или отдѣльныхъ его частей вслѣдствіе частичнаго двойнаго уродства. Сюда относятся: а) *diprosopus*, представляющій удвоеніе передней окружности черепа и плода и вслѣдствіе этого увеличеніе всей головы. Такой случай наблюдался и нами два года назадъ, препаратъ его Вы видите предъ собою, а также и на фотографическихъ карточкахъ (рис. 2) ¹⁾; б) *kephalothoracopagus*, представляющій удвоеніе не только черепа, но и туловища, такъ что оба сросшіеся между собою черепа и туловища вмѣстѣ

¹⁾ Случай этотъ описанъ мною въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней за 1891 годъ.

имѣютъ естественно большой объемъ и в) *dipygus*, представляющій удвоеніе въ тазовомъ концѣ. (См. рис. 3 и 4-й).

Ко второй группѣ *Veit* относить тѣ уродства, въ которыхъ два плода сращены между собою только тѣми или другими концами тѣла. Сюда принадлежатъ: а) *kranioragus*, представляющій два вида сращеній головками: или головки срастаются лбами или затылками или теменемъ; въ первомъ случаѣ обѣ плодныхъ оси перекрещиваются подъ прямымъ или острымъ угломъ, во второмъ-же—оси представляютъ какъ бы одну прямую линію (рис. 5); б) *ischioragus* (рис. 6), гдѣ оба плода сращены своими тазовыми концами и образуютъ собою опять прямую линію и в) *pygoragus* (рис. 7), гдѣ сращенія происходятъ въ области крестца или копчика, при чемъ оба плода своими осями стоятъ другъ къ другу подъ острымъ угломъ.

Къ третьей группѣ *Veit* относить тѣ двойныя уродства, которыя проявляютъ большую или меньшую сдвигаемость отдѣльныхъ тѣлъ или частей тѣла другъ возлѣ друга. Сюда принадлежатъ: а) различные виды *diccephalus*, представляющіе въ общемъ двѣ отдѣльныхъ головы на одномъ туловищѣ; б) *thoracoragus*, и в) *xurhoragus*. Нашъ случай относится къ этой группѣ, представляя типическій образецъ *thoracoragus*'а.

Что касается до хода родовъ при такихъ уродствахъ, то самыя серьезныя осложненія могутъ встрѣтиться только при третей группѣ двойныхъ уродствъ, двѣ же первые группы, хотя и могутъ дать затрудненія, нуждающіяся для ихъ устраненія въ оперативной помощи, тѣмъ не менѣ эти затрудненія легко устранимы. Такъ при *diprosopus*, вслѣдствіе большого объема головки могутъ потребоваться щипцы или перфорация; при *kerhalothoracoragus* при головномъ положеніи—щипцы съ послѣдующимъ извлеченіемъ цѣлаго или уменьшеннаго туловища, а при *dipygus* только при ягодичномъ положеніи можетъ потребоваться низведеніе всѣхъ ножекъ для уменьшенія объема ягодицъ. Значить, помощь самая ординарная, и показанія къ ней тоже вполне очевидныя.

Что касается до 2-й группы, то и тутъ далеко не всегда нужна будетъ акушерская помощь, ибо, если плоды уродовъ устанавливаются въ родахъ однимъ изъ двухъ не сращенныхъ своихъ концевъ, то роды происходятъ произвольно или

при помощи умѣренного влеченія зародившіяся части плода; но если будутъ подлежать въ родахъ сращенные между собою концы тѣла, то могутъ послѣдовать серьезныя затрудненія въ родахъ, требующія въ большинствѣ случаевъ уменьшенія помощью или перфорация, или эмбриотоміи объема подлежащей части, или полного раздѣленія сросшихся частей.

Не то совсѣмъ при третьей группѣ уродствъ, тутъ роды всегда патологическіе.

Течение и терапія родовъ въ этихъ случаяхъ складываются своеобразно въ силу главнымъ образомъ того, что врачъ видитъ роды тогда, когда препятствіе для родовъ уже вполне обозначилось. Притомъ-же и врачъ, наблюдающій такіе роды, обыкновенно въ началѣ и не думаетъ о такомъ уродствѣ, а приходитъ къ нему только послѣ того, когда примѣнявшаяся терапія для преодоленія имѣющихся препятствій не приводитъ къ цѣли, или когда онъ наталкивается на такія препятствія, которыя необъяснимы всевозможными болѣе или менѣе ординарными казусами. Отсюда выходитъ, что въ практикѣ врачу приходится имѣть дѣло съ запущенными родами при такихъ уродствахъ.

Терапія въ такихъ случаяхъ различная, смотря потому, что подлежитъ—головка или тазовый конецъ, при чемъ и въ томъ и другомъ случаѣ можетъ задержаться только одна изъ двухъ крупныхъ частей, или обѣ одновременно и при томъ во входѣ въ тазъ, въ его полости или даже послѣ выхода изъ наружныхъ половыхъ частей.

Разберемъ сначала терапію при головномъ предлежаніи и при томъ только одной головки. Если головка задерживается во входѣ въ тазъ, то установивъ діагностику величины головки и ея плотности и исключивши безусловно hydrocephalus, вы поступаете такъ: если головка подвижна надъ входомъ, дѣлаете поворотъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ, а если головка установилась плотно во входѣ, то дѣлаете или извлеченіе щипцами, или перфорацию, смотря по величинѣ головки. И этимъ всѣ препятствія закончены, ибо туловище, такъ или иначе, но непременно родится послѣ рожденія головки.

Если головка задержалась въ полости таза, то, конечно, она извлекается щипцами. Но затѣмъ, когда головка выведена,

выступает на видъ новое препятствіе,—головка какъ-бы втягивается внутрь, указывая этимъ на препятствія во вступленіи въ малый тазъ туловища плода. При тракціяхъ за рожденную головку далѣе туловище можетъ быть выведено, при чемъ вторая головка будетъ прилежать къ туловищу—къ шеѣ или даже къ животу (при *dicerphalus tripus*). Или же туловище можетъ не слѣдовать при тракціяхъ,—тогда Вы должны всею рукою, если возможно, или полурукою произвести точное обследованіе входа въ тазъ. При этомъ обследованіи непременно рука Ваша натолкнется на вторую головку, стоящую или низко во входѣ и оказывающую препятствіе для дальнѣйшаго хода родовъ, или высоко надъ входомъ, но плотно, неподвижно и едва достигается изслѣдующимъ пальцемъ. Выяснивши этимъ изслѣдованіемъ препятствія, Вы приступаете къ устраненію ихъ: въ первомъ случаѣ, когда головка легко достижима, Вы можете ее извлечь безъ затрудненій щипцами, а во второмъ случаѣ Вамъ добраться до нея очень трудно и примѣнять къ ней силу влеченія нельзя, прежде чѣмъ Вы не расчистите себѣ поле для операціи, т. е. пока Вы не освободите выходъ таза отъ лежащей здѣсь рожденной первой головки. Слѣдовательно, Вы должны декапитировать рожденную головку, а затѣмъ, если вторая головка вступила во входъ, Вы ее извлекаете щипцами, или дѣлаете перфوراцію ея; если-же она значительно отклонена и подвижною стала послѣ отдѣленія первой головки то, обследовавши хорошенько подлежащую часть, Вы роды кончаете или поворотомъ на ножки, если имѣете дѣло съ *thoracopagus* или *dicerphalus quadribrachius* или эмбриотоміей эвиспераціей, если раздѣленіе распространяется только на шею и Вы опредѣляете *dicerphalus dibrachius*. Если далѣе, Вы встрѣчаетесь съ случаемъ, гдѣ не только одна головка родилась, но родились и плечики, то значитъ, препятствіе лежитъ въ тазовомъ поясѣ и Вы будете имѣть или *ischioragus*, или *rigoragus*. Тутъ Вы устраняете препятствіе и оканчиваете роды или просто усиленнымъ влеченіемъ за родившуюся часть плода, или, что правильнѣе, достигаете рукой до ножекъ и двѣ изъ нихъ низводите, чѣмъ уменьшаете объемъ ягодицъ и даете имъ возможность при влеченіи пройти чрезъ тазовой поясъ. Правда,

при крупномъ плодѣ дойти до ножекъ чрезъ рукавъ, наполненный туловищемъ плода, не легко и не всегда возможно, но попытка эта все-же полезна и необходима потому, что ножки обыкновенно лежатъ низко, у входа, легко достаются и потому безъ труда низводятся и тѣмъ даютъ возможность окончить роды просто однимъ влеченіемъ за рожденную часть плода.

Если будутъ подлежать сразу обѣ головки и если онѣ задержались у входа въ тазъ, то при подвижныхъ головкахъ, нужно стараться одну изъ нихъ оттолкнуть отъ входа, а другую фиксировать во входѣ, что легко удастся. И тогда вторая головка тѣсно приляжетъ къ шейкѣ другой головки и легко можетъ пройти чрезъ тазъ произвольно или при помощи влеченій за первую головку. Если же такой маневръ не симпатиченъ или почему либо кажется мало надежнымъ, при суженіи таза, крупныхъ головкахъ, то слѣдуетъ дѣлать поворотъ непременно только на всѣ четыре ножки.

Если обѣ головки фиксированы во входѣ въ тазъ, то тутъ роды могутъ быть окончены только перфорациею одной или обѣихъ головокъ съ послѣдующимъ ихъ извлеченіемъ. Наконецъ, если обѣ головки вступили въ полость таза—а онѣ могутъ вступить только при условіи, что одна стоитъ ниже, а другая выше, то роды при достаточныхъ родовыхъ потугахъ могутъ окончиться сами собой, или-же могутъ быть окончены наложеніемъ щипцовъ сначала на одну, затѣмъ и на другую головку.

Вотъ приблизительно терапия, которой слѣдуетъ держаться при головныхъ положеніяхъ въ случаяхъ двойного уродства плода.

Возьмемъ теперь тазовое предлежаніе. И тутъ могутъ подлежать только однѣ ягодицы или два отдѣльныхъ тазовыхъ конца вмѣстѣ. Въ первомъ случаѣ врачъ у постели роженицы долженъ поступать такъ: если ягодицы стоятъ надъ входомъ въ тазъ и, слѣдовательно, встрѣчаютъ препятствіе для своего вступленія въ тазъ, то значить, мы встрѣчаемся съ *tripus* или *dicerphalus tripus* и для окончанія родовъ должны вывести всѣ три ножки и тогда роды окончатся правильно. Препятствіе для родовъ въ этихъ случаяхъ заключается или въ нестигаемости одной изъ ногъ, или же въ значительномъ отклоненіи ея отъ тазовой оси. Если-же мы встрѣчаемъ 4 ноги

при подлежащихъ ягодицахъ, то будетъ *rigoragus*, а роды также должны окончиться низведеніемъ всѣхъ ножекъ. Если ягодицы вступили во входъ въ тазъ, то они при достаточной родовой силѣ проходятъ чрезъ него, но затѣмъ можетъ встрѣтиться остановка ихъ сейчасъ-же по рожденіи. Тогда мы будемъ имѣть дѣло съ *kranioragus* или *dicerphalus dibrachius*, *tribrachius* или *quadribrachius*. При *kranioragus*, когда сращеніе плодовъ происходитъ лбомъ или затылкомъ, терапия состоитъ въ простомъ извлеченіи и только развѣ при неправильныхъ головкахъ онѣ не пройдутъ чрезъ тазовой поясъ. При *dicerphalus* препятствіе лежитъ въ одновременномъ вступленіи въ тазъ обѣихъ головокъ, тутъ терапия состоитъ въ томъ, что мы должны освободить всѣ ручки и способствовать вступленію въ тазъ только одной головки, для чего можемъ ее направлять и непременно чрезъ животъ низдавливаніемъ, и одновременно потягиваніемъ за плечико, принадлежащее этой головкѣ. Разъ удалось одну головку ввести въ тазъ, она уже пройдетъ чрезъ него безъ задержекъ, а за нею пройдетъ и вторая головка. Буде-же препятствіе окажется большимъ, то придется перфорировать одну головку.

Если будутъ подлежать затѣмъ два отдѣльныхъ тазовыхъ конца надъ входомъ, то тутъ мы будемъ имѣть дѣло или съ двойнями—двумя совершенно отдѣльными плодами, или же съ *dirugus*, *thoracoragus* или *xurhoragus*. Въ первомъ случаѣ, при предположеніи двухъ отдѣльныхъ плодовъ, (а это предположеніе прежде всего и навязывается) мы должны низвести двѣ ножки, принадлежація одному и тому же тазовому концу и тащить за нихъ. Если это не удастся, то, значить, мы ошиблись въ въ своемъ предположеніи и имѣемъ дѣло съ уродствомъ и тогда должны низвести всѣ 4 ноги и за нихъ производить влеченіе, помня при этомъ, что для правильнаго вступленія головокъ въ тазъ, нужно ихъ вводить не вмѣстѣ, а врозь, а потому, какъ только родились плечики, мы должны обследовать операционное поле и затѣмъ дѣлать влеченіе за то плечо, головка плода которато стоитъ ниже съ тою цѣлью, чтобы не дать вступить во входъ обоимъ головкамъ вмѣстѣ. Препятствіе для вступленія въ тазъ въ этихъ случаяхъ лежитъ въ томъ, что два тазовыхъ конца вмѣстѣ съ ножками представляются вели-



Рис. 2.
Одинъ изъ видовъ Diprosopus.

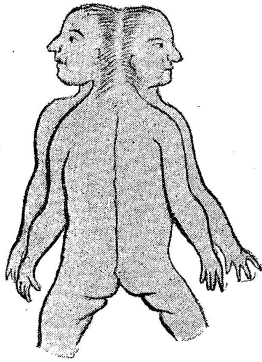


Рис. 3.
Kerhalothoracopagus.

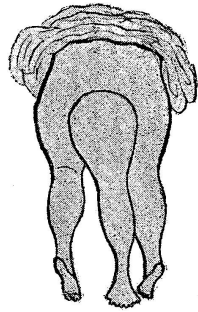


Рис. 4.
Dipygus.

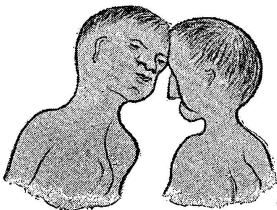


Рис 5.

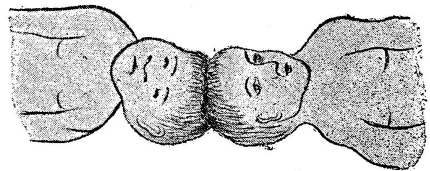


Рис. 5.
Kranioragus.

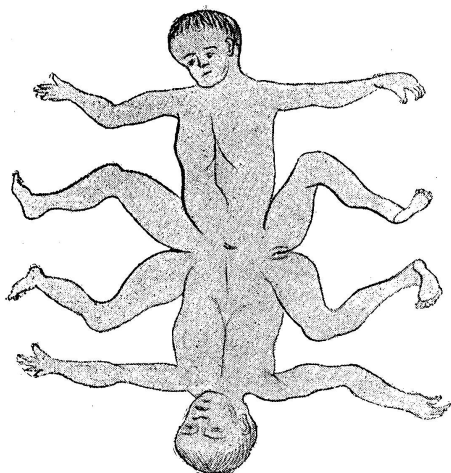


Рис. 6.
Ischiopagus.

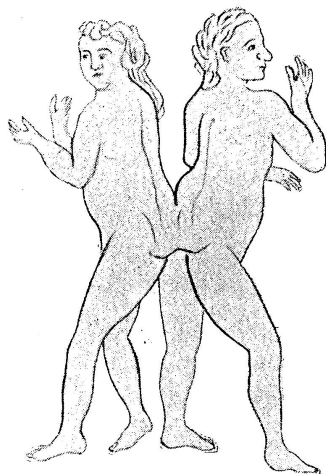


Рис. 7.
Pygopagus.

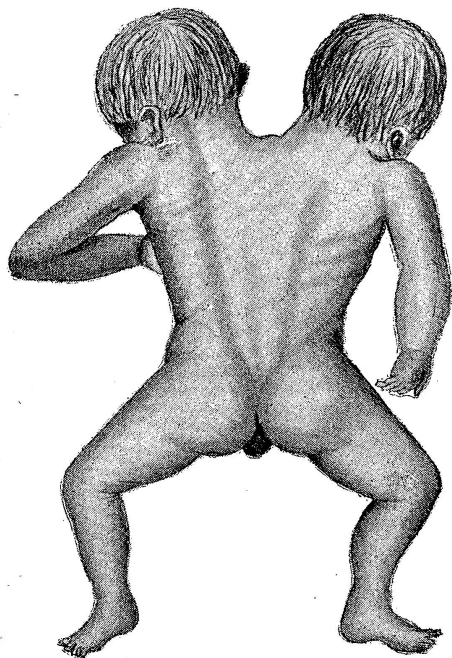


Рис. 8.
Dicephalus.

кими для тазоваго отверстія, если же ихъ уменьшить низведеніемъ всѣхъ ножекъ, то тогда ягодицы вступаютъ во входъ въ тазъ и пройдутъ чрезъ него безъ особеннаго труда.

Наконецъ, долженъ упомянуть, что сросшіеся двойни могутъ лежать и поперечно. Тутъ роды должны быть окончены поворотомъ, и, принимая во вниманіе все только что сказанное, обязательно на всѣ 4 ноги. Только въ случаѣ *kranioragus* поворотъ долженъ быть сдѣланъ на двѣ ноги согласно тѣмъ даннымъ, о которыхъ я уже Вамъ говорилъ.

Вотъ тѣ пути, по которымъ слѣдуетъ идти при родахъ въ различныхъ случаяхъ сросшихся двойней. Вы видите, что и мы въ своемъ случаѣ шли правильно, согласно только что изложеннымъ теоретическимъ соображеніямъ. Да иначе и идти нельзя, и при томъ стремиться къ тому, чтобы дѣти родились живыми незачѣмъ. Слѣдовательно, дѣйствуйте согласно правиламъ науки и по возможности берегите жизнь матери, а о плодахъ заботиться не зачѣмъ, лишь бы только ихъ вынуть.

Но Вы теперь можете меня спросить, можно ли діагностировать въ началѣ родовъ такое уродство и какъ вести роды, если такое уродство будетъ распознано своевременно?

На первый изъ Вашихъ вопросовъ я отвѣчу, что распознаваніе двойнаго уродства во время беременности и въ началѣ родовъ невозможно, можно лишь діагносцировать сложную беременность двойнями, можно даже діагносцировать неправильное вступленіе въ малый тазъ одновременно двухъ предлежащихъ частей, принадлежащихъ разнымъ плодамъ, но и только. Никакой мысли о сросшихся двойняхъ не можетъ быть, и только развѣ присутствіе въ одномъ плодномъ пузырьѣ обоихъ плодовъ можетъ давать подозрѣніе на возможность присутствія въ данномъ случаѣ двойнаго уродства. Предлежаніе же двухъ крупныхъ частей, напр., головокъ одновременно вещь вполне возможная при двойняхъ. Такого рода экзквизитный случай былъ подъ наблюденьемъ Вашихъ предшественниковъ въ Лихачевскомъ родильномъ домѣ въ прошломъ году. Въ этомъ случаѣ одновременно предлежали двѣ головки, при чемъ имѣлось два отдѣльныхъ плодныхъ пузыря, оба напряженныхъ и готовыхъ къ разрыву, головки стояли надъ входомъ въ тазъ почти неподвижно, — роды были окончены поворотомъ на ножку одного

изъ плодовъ съ предварительнымъ отодвиганіемъ головки другого плода кверху, въ большой тазъ.

Что касается до втораго вопроса, то своевременное распознаваніе двойнаго уродства и въ особенности вида, значительно облегчаетъ терапію родовъ и, главное, дѣлаетъ ее вполнѣ сознательной. Важно лишь распознать это уродство. По этому я долженъ указать Вамъ признаки, основываясь на которыхъ можно заподозрить существованіе двойнаго уродства при родахъ: а) если мы діагностируемъ при родахъ присутствіе двухъ плодовъ въ одномъ пузырьѣ, то есть подозрѣніе на двойное уродство и потому случай этотъ должны обследовать немедленно подробно; б) если послѣ стока водъ предлежать одновременно двѣ крупныхъ части плода и если околоплодные воды слили у обоихъ, то есть подозрѣніе на двойное уродство и случай требуетъ подробнаго изслѣдованія безъ выжиданія; в) если въ одномъ плодномъ мѣшкѣ лежатъ однополые плоды, то есть подозрѣніе на двойное уродство, ибо при немъ всегда плоды бываютъ одного пола. Разъ Вы заподозрѣли присутствіе двойнаго уродства, то для выясненія дѣла Вы должны произвести и изслѣдованіе всей рукой и воочию убѣдиться въ справедливости Вашего предположенія. А разъ предположеніе оказалось справедливымъ, то Вы этимъ-же изслѣдованіемъ должны опредѣлить и видъ двойнаго уродства, чѣмъ въ свою очередь опредѣляется и Ваша терапія даннаго случая.

При установкѣ терапіи Вы пользуетесь слѣдующими общими данными: а) при предлежаніи головками: если онѣ обладаютъ значительною подвижностію другъ къ другу, если возможно одну изъ головокъ отклонить, а другую направить во входъ въ тазъ, то можно такъ и поступить,—тогда головки родятся одна за другой и роды могутъ окончиться или произвольно, или при помощи щипцовъ и извлеченія за головки. Но лучше такъ не поступать, а дѣлать поворотъ на всѣ ножки на томъ основаніи, что тогда головки вѣрнѣе будутъ послѣдовательно проведены чрезъ тазъ и дѣло можетъ окончиться даже рожденіемъ живыхъ плодовъ. Правда, при очень большомъ туловищѣ можетъ встрѣтиться препятствіе при его прохожденіи чрезъ тазъ, но это бѣда не большой руки, ибо сдѣлать эвисцерацію, уменьшить этимъ туловище совсѣмъ не

трудно; б) если будутъ подлежать ягодицы, то обязательно нужно низвести всѣ ножки, а затѣмъ наблюдать за ходомъ родовъ, помогая имъ, если боли слабы, и способствуя вставленію въ тазъ головокъ не сразу, а послѣдовательно тѣмъ способомъ, о которомъ я говорилъ вамъ ранѣе. При срашеніяхъ очень подвижныхъ, какъ *xiphoragus*, роды могутъ происходить различными путями, такъ одинъ можетъ родиться въ головномъ положеніи, а другой—въ тазовомъ, (сіамскіе близнецы такъ родились); равнымъ образомъ одинъ можетъ родиться правильно, а другой лечь поперекъ и потребовать поворота на ножку и пр. Но тутъ помощь акушерская совсѣмъ не трудна и прямо указывается случаемъ.

Наконецъ, послѣдній вопросъ, который вы можете мнѣ дать при разборѣ ученія о двойныхъ уродствахъ, это вопросъ о происхожденіи такого уродства. Не мудрствуя лукаво, я вамъ отвѣчу на него такъ: хотя эмбриологія намъ не доказала, чтобы въ одномъ человѣческомъ яйцѣ могло быть два *vesicula germinativa*, хотя всѣ новѣйшія изслѣдователи строенія Граафова пузырька и человѣческаго яйца тоже не даютъ намъ права предполагать такой возможности, тѣмъ не менѣе клиника заставляетъ насъ допустить возможность присутствія въ одномъ яйцѣ двухъ зародышевыхъ пузырьковъ. Вѣдь, всѣмъ извѣстно, что сложная беременность двойнями можетъ наступить изъ одного яйца, что клинически доказывается присутствіемъ только извѣстныхъ оболочекъ (одного общаго *chorion*'а для обоихъ плодовъ); всѣмъ извѣстны такъ называемыя двухжелтковые куриныя яйца, т. е. яйца содержащія по два зародышевыхъ зачатка и къ нимъ по два отдѣльныхъ питательныхъ желтка, извѣстно также, что изъ двухжелтковаго яйца часто родятся цыплята, сросшіеся между собою, т. е. представляющіе изъ себя двойное уродство.

А если это такъ, то вполне основательно допустить и развитіе двойнаго уродства изъ человѣческаго яйца, при условіи оплодотворенія въ немъ обоихъ зародышевыхъ зачатковъ, *pronucleus femininus* по послѣднимъ изслѣдованіямъ.

III.

Сообщенія изъ больничной практики.

В. А. Добберта.

Просматривая, при составленіи ежегоднаго цифроваго отчета, скорбные листы гинекологическихъ больныхъ, пользовавшихся въ Петропавловской больницѣ въ теченіи 1892 и 1893 годовъ, я позволилъ себѣ, въ виду интереса, который они представляютъ, обработать ихъ болѣе подробно для сообщенія товарищамъ.

I. Случай гнойнаго разрушенія лоннаго соединенія въ послѣ-родовомъ періодѣ.

Значительная рѣдкость встрѣчающихся въ литературѣ случаевъ гнойнаго разрушенія тазовыхъ сочлененій въ послѣродовомъ періодѣ¹⁾, даже въ то время, когдѣ «родильныя горячки» принадлежали къ обыденнымъ явленіямъ, говорятъ за то, что эти «суставы» относительно рѣдко поражаются гнилостнымъ процессомъ и что нужны особенно неблагоприятныя обстоятельства для того, чтобы въ теченіи послѣродоваго періода дѣло дошло до гнойнаго ихъ разрушенія.

Значительно болѣе благоприятныя условія для зараженія существуютъ тогда, когда во время родовъ явились поврежденія въ этихъ суставахъ²⁾. По *Ahlfeld*'у³⁾ поврежденія

¹⁾ *A. Hempel*. Ein Fall von eitriger Zerstörung der Symphyse und rechten Neo-sacraljunctur im Puerperium. Archiv f. Gyn., т. VIII.

²⁾ *P. Zweifel*. Ueber Symphyseotomie und Symphysenruptur. Centralbl. f. Gyn., 1892, № 44.—*Лаважевичъ*. Beiträge zur Frage der Diastase der Beckenknochen während der Geburt. Wiener med. Blätter., 1891, № 7—9. *Dührssen*. Ueber Symphysenruptur. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. in Berlin. Забѣданіе 9/xi 1888.

³⁾ *Ahlfeld*. Die Verletzungen des Beckengelenke während der Geburt und im Wochenbette. Schmidts Jahrb. f. d. Ges. Med., 1876.

суставовъ случаются не только во время родовъ, но и въ послѣродовомъ періодѣ и при томъ чаще, чѣмъ это принято думать. Какъ показываетъ случай *Galvagni* ⁴⁾ самопроизвольный разрывъ можетъ наступить и при правильномъ тазѣ и нормальныхъ размѣрахъ ребенка. *Ahlfeld* видѣлъ расхождение сустава, не смотря на то, что плодъ родился съ совершенно цѣлыми яйцевыми оболочками. *Fordyce Barker* ⁵⁾ наблюдалъ, что разрывъ лоннаго сращенія случается часто именно при нормальной ширинѣ таза или даже выше нормы, когда головка долгое время покоится глубоко на тазовомъ днѣ. Но и наступающіе векорѣ за оперативнымъ вмѣшательствомъ разрывы лоннаго сращенія не всегда могутъ быть объяснены пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между черепомъ ребенка и тазомъ матери или чрезмѣрнымъ насилиемъ во время родоразрѣшенія. *Pouillet* при своихъ опытахъ нашелъ, что для разрыва тазоваго сочлененія нужно развить силу въ 8—10 разъ большую, чѣмъ для обычнаго наложенія щипцовъ. По этому онъ принимаетъ существованіе разрыхленія или особенной слабости костей и суставовъ, какъ условіе предрасполагающее къ разрывамъ лоннаго сращенія.

Basham ⁷⁾, *Феноменовъ* ⁸⁾, *Fraisse* ⁹⁾, *Gusserow* ¹⁰⁾ и др. показали, что и при нормальныхъ условіяхъ къ концу беременности и во время послѣродоваго періода наблюдается большая или меньшая подвижность лоннаго сращенія. *Braun v. Fernwald* ¹¹⁾ нашелъ, что «небольшая степень подвижности концовъ лонныхъ дугъ существуетъ почти въ каждомъ тазѣ беременныхъ и родильницъ». Подвижность эта не зависитъ ни отъ родовъ, ни отъ размѣровъ ребенка.

Легкіе случаи ненормальной подвижности лоннаго соединенія подвергаются обратному развитію въ нѣсколько дней и

⁴⁾ Ueber einige Erkrankungen der Beckensymphyse etc. Rev. clin., VII, 1888. Цитир. по *Braun v. Fernwald*, въ Archiv f. Gyn., томъ 47.

⁵⁾ Цитированъ въ Lehrb. des Geburtshilfe *Winckel*'я, 1893, стр. 826.

⁶⁾ De la rupture des articulations du bassin pendant l'accouchement. Lyon médical., 1864.

⁷⁾ Fall von Lockerung der Beckensymphyse. Lancet., 1. 17/iv 1877.

⁸⁾ Zur Lehre von dem Kyphot. Becken und der Ruptur der Beckensymphyse während der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., VII.

⁹⁾ Étude sur la disjunction de la symphyse pubienne dans l'accouchement. Paris, 1882.

¹⁰⁾ Ges. f. Geb. u. Gyn. Засѣданіе, 9/vi 88.

¹¹⁾ Ueber Symphyse lockerung u. Symphyse ruptur. Archiv. f. Gyn., томъ 47.

могутъ быть легко просмотрѣны и смѣшаны съ состояніемъ общей слабости. При болѣе сильныхъ степеняхъ нарушенія цѣлости лоннаго сочлененія поражается также обыкновенно, въ большей или меньшей степени, и связочный аппаратъ; при слабыхъ степеняхъ разрыва поврежденіе можетъ ограничиться самымъ сращеніемъ, не распространяясь на капсулу. Благодаря этому обстоятельству незначительныя поврежденія проходятъ незамѣченными и при покоѣ заживаютъ, не оставляя никакихъ дурныхъ послѣдствій для больной. Тѣ же случаи протекаютъ совсѣмъ иначе, если необходимый покой не соблюдается и если присоединяется септическое заболѣваніе родильницы. Въ этомъ случаѣ образованіе нарыва въ лонномъ сращеніи со всѣми послѣдствіями его обыкновенно надолго приковываетъ больную къ постели.

Случай, о которомъ я хочу говорить— слѣдующій:

Крестьянка М. Н., 27 лѣтъ, принята была въ Петропавловскую больницу 25 октября 1892 г. Изъ анамнеза видно, что больная до послѣдняго времени пользовалась цвѣтущимъ здоровьемъ и въ дѣтствѣ также не имѣла серьезныхъ заболѣваній. Регулы появились на 15 году, съ тѣхъ поръ держатся безъ болей по 3 дня. Послѣдніе регулы были въ началѣ января. Беременность протекла правильно. Больная чувствовала себя хорошо и перестала работать лишь за день до родовъ. Первые боли почувствовала 16 октября и тогда же поступила въ одинъ изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ. Теченіе родовъ, любезно сообщенное мнѣ изъ пріюта, было слѣдующее: больная поступила въ пріютъ съ очень сильными болями и съ зѣвомъ, расширеннымъ на два пальца, черезъ два часа она родила ребенка въ первомъ черепномъ положеніи. Механизмъ родовъ былъ вполне нормальный. Размѣры таза: Cris. 26, Spin. 24, Conj. ext. 18,5, Troch. 30. Ребенокъ вѣсилъ 2800 грм.; длина его тѣла была 47 см. Окружность головки 34, большой поперечный діаметръ 9, малый 7, лобно-затылочный 11, большой косою 12,5, малый косою 9.

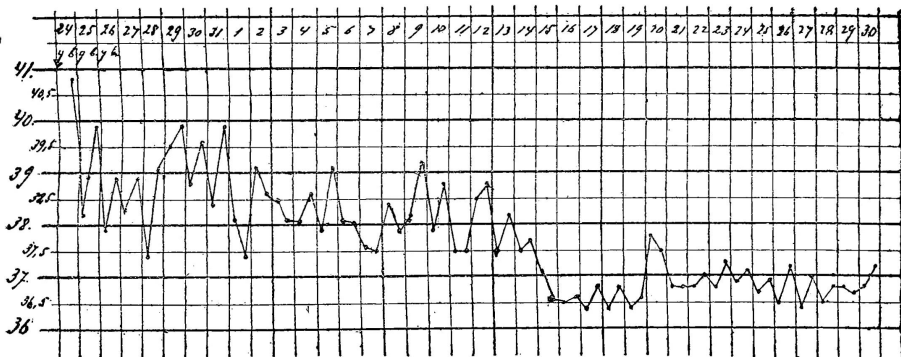
Въ первые дни послѣродоваго періода больная чувствовала себя хорошо, неохотно лежала въ постели и нѣсколько разъ, не смотря на запрещеніе, вставала. (t° 17/x 37,8°—37,8°. 18/x 37,0°—36,5°). На третій день у больной былъ легкій потрясающій ознобъ, утромъ t° 39,5°, пульсъ 110, вечеромъ t° 38,2°, пульсъ 100. Послѣродовыя очищенія въ скудномъ количествѣ, нормальнаго вида, болей нѣтъ. 20 утромъ t° 37,0°, вечеромъ 38,9°, матка хорошо сократилась, каналъ шейки проходима для пальца. Лохіи въ скудномъ количествѣ, дурнаго запаха нѣтъ. Своды свободны. 21/x t° 37,2°—39,0°, задержка стула. 22/x t° 37,2°—38,2°, самочувствіе больной лучше. 23/x t° 36,9°. Больная чувствуетъ себя настолько хорошо, что просится на выписку, но вечеромъ является потрясающій ознобъ съ послѣдующимъ повышеніемъ температуры до 41,0°. Больная уже нѣсколько дней кашляла, а теперь явилось осложненіе со стороны легкихъ; справа найденъ жесткій выдыхъ и сухіе и влажные

хрипы, вслѣдствіе чего больная 24/x переведена была въ Петропавловскую больницу.

Изъ скорбнаго листа я приведу слѣдующее: Status praesens. 25/x. Крѣпкаго сложенія блондинка; груди слегка нагрудли; дыханіе учащено и поверхностно. При постукиваніи легкихъ, тонъ получается нормальный, при выслушиваніи, особенно на спинѣ, крупно и мелко-пузырчатые хрипы. Мучительный кашель съ довольно обильною мокротою. Животъ слегка вздутъ въ нижней части, справа болѣзненъ. Шейка хорошо сформировалась, каналъ ея уже непроходимъ для пальца, въ сводахъ, кромѣ нѣкоторой сочности, ничего ненормальнаго не опредѣляется. Ложи слизисто-гнойныя, слегка окрашены кровью, безъ запаха.

Въ слѣдующіе дни уллучшенія въ состояніи больной не наступило. Къ признакамъ катаррального воспаленія легкихъ присоединились въслѣдствіи еще признаки лѣвосторонняго плевритическаго выпота небольшихъ размѣровъ. Боли въ животѣ, которыхъ больная не могла отнести къ опредѣленному мѣсту, ожесточились. Больная имѣла очень безпомощный видъ, не могла сама двинуться съ мѣста, потому что малѣйшее движеніе вызывало сильныя боли внизу живота; всякая перемѣна положенія совершалась при помощи сидѣлокъ.

Ходъ температуры виденъ изъ слѣдующей кривой:



Пульсъ при этомъ былъ правильный, полный, частота его колебалась между 80—100 ударами въ минуту. За эти дни надъ лоннымъ сращеніемъ, образовалась довольно рѣзкоограниченная опухоль, болѣзненная при дотрогиваніи. 6/xi, при изслѣдованіи пальцемъ, опредѣлялась черезъ передній сводъ влагалища, тѣстовато-эластическая опухоль, которая однако большею частью сидѣла на лонномъ сращеніи, такъ что черезъ влагалище можно было дойти пальцемъ только до нижней границы ея. Сила процесса въ легкихъ, между тѣмъ, значительно пала, дыханіе, правда все еще оставалось поверхностнымъ и учащеннымъ, но субкрепитирующіе хрипы стали менѣе обильными и менѣе распространенными. Боли внизу живота, на которыя жаловалась больная и которыя значительно усиливались при движеніяхъ, ожесточились. Размѣры опухоли надъ симфизомъ также увеличились. 14/xi. Состояніе больной слѣдующее: Portio vaginalis хорошо сформирована, матка въ auteflexio и retropositio, боковые и задній сводъ свободны; черезъ пе-

редній, слегка лишь выпяченный, сводь прощупывается напряженно-эластическая опухоль, которая распространяется въ видѣ цѣлаго слоя подъ брюшной стѣнкой. Соответственно этому, надъ симфизомъ, на протяженіи ладони, прощупывается повышенное сопротивление, которое кверху доходитъ почти до пупка. Границы этой опухоли отвѣтствуютъ приблизительно бокамъ треугольника, основаниемъ котораго служитъ лонное соединеніе и верхушка котораго достигаетъ пупка. Точкась надъ симфизомъ, опухоль распространяется равномерно въ обѣ стороны; чѣмъ далѣе кверху, тѣмъ она все болѣе и болѣе переходитъ въ лѣвую половину брюшной стѣнки. Во всемъ этомъ отдѣлѣ брюшной стѣнки, существуетъ большая чувствительность, которая рѣзче всего выражена по направленію къ симфизу. На одной точкѣ, приблизительно на серединѣ разстоянія отъ пупка до лоннаго соединенія, опредѣляется ясная глубокая флюктуация.

Предполагая, что здѣсь имѣется нарывъ въ брюшной стѣнкѣ, я сдѣлалъ на мѣстѣ рѣзкой флюктуации, параллельно бѣлой линіи, разрѣзъ, которымъ нарывъ былъ широко вскрытъ, при чемъ выдѣлилось много густаго гноя. Войдя пальцемъ въ рану, можно было ощупать въ области симфиза обнаженную кость. При болѣе точномъ изслѣдованіи оказалось, что оба конца горизонтальной вѣтви лонной кости были на небольшомъ протяженіи обнажены отъ надкостницы и что между обоими концами былъ свободный промежутокъ, куда можно было ввести палецъ. Такъ какъ разрѣзъ былъ сдѣланъ довольно далеко отъ лоннаго соединенія, то пальцемъ можно было ощупать только верхнюю часть области симфиза; по той же причинѣ нельзя было рѣшить, распространяется ли вышеописанная щель на всю высоту симфиза или же она занимаетъ только верхній его отдѣлъ. Во всякомъ случаѣ связочный аппаратъ и хрящевой слой, повидимому, сохранились еще въ нижнихъ отдѣлахъ сустава, на болѣе прочныхъ мѣстахъ; замѣтной подвижности обихъ лонныхъ вѣтвей нельзя было констатировать. Полость была промыта и затампонирована іодоформенной марлей.

Дальнѣйшее теченіе, противъ ожиданія, оказалось благоприятнымъ. Температура тотчасъ послѣ операціи пала до нормы и не повышалась и въ слѣдующіе дни.

При перемѣнѣ повязки на другой день, большая гнойная полость уже значительно сдузилась; гной отдѣлялся въ ничтожномъ количествѣ. Черезъ нѣсколько дней, которые больная провела въ постели въ положеніи на спинѣ съ эластическимъ бинтомъ вокругъ таза, въ глубинѣ нельзя уже было опредѣлить обнаженную кость. Палецъ вездѣ наталкивался на мягкія грануляціи. Болѣзненность въ области симфиза, ощущавшаяся еще довольно сильно въ первые дни, теперь почти совершенно исчезла, и больная могла въ положеніи на спинѣ безъ болей производить разныя движенія ногами. 27/xi больная въ первый разъ встала. Въ первый день она чувствовала себя еще не совсѣмъ прочно на ногахъ, но уже на второй день начала ходить смѣлѣе. При изслѣдованіи въ области лоннаго сращенія не опредѣлялось ничего ненормального, кромѣ небольшой безболѣзненной припухлости. 6/xii и вся рана оказалась зажившей.

Я не имѣю намѣренія ставить выше описанный процессъ въ прямую зависимость отъ sepsis'a и объяснять появленіе нарыва метастазомъ. Частичное пораженіе сустава и паразитично быстрое выздоровленіе послѣ опорожненія гноя, чего мы обыкновенно не встрѣчаемъ при піэмическихъ абсцессахъ, скорѣе говорятъ за то, что мы въ данномъ случаѣ имѣемъ дѣло съ нагноеніемъ послѣ частичнаго поврежденія сустава. При покойномъ положеніи больной и нормальномъ, въ другихъ отношеніяхъ, теченіи послѣродоваго періода это поврежденіе зажило бы безъ всякихъ дурныхъ послѣдствій. Но при выше указанныхъ обстоятельствахъ поврежденіе повлекло за собою образованіе нарыва и частичное разрушеніе лоннаго сращенія. Наше предположеніе оправдывается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что *Ahlfeld* въ уломянутой выше работѣ, на которую ссылается большинство авторовъ, утверждаетъ, что въ большинствѣ случаевъ, описываемыхъ какъ піэмически-метастатическое нагноеніе суставовъ, нужно принять существованіе первичнаго поврежденія.

II. О «неполныхъ» выкидышахъ.

При лѣченіи неполныхъ выкидышей старѣй выжидательный методъ, какъ извѣстно, все болѣе и болѣе теряетъ своихъ приверженцевъ, уступая мѣсто болѣе активному вмѣшательству. Активный методъ лѣченія состоитъ въ удаленіи изъ полости матки остатковъ яйца: а) просто пальцемъ и б) помощью инструментовъ. Что касается послѣдняго метода, то такъ называемая острая ложечка, со времени введенія ея въ гинекологическую практику *Recamier* (1846) и *Simon* (1870), пользуется столь большимъ распространеніемъ, что въ настоящее время всякое оперативное опорожненіе матки почти безъ исключенія производится тѣмъ или другимъ видоизмѣненіемъ острой ложечки.

Новѣйшее время дало намъ много ревностныхъ сторонниковъ инструментальнаго метода лѣченія выкидыша вообще и «неполнаго» выкидыша въ частности. (*Dührssen*¹²⁾, *Nejhoff*¹³⁾,

¹²⁾ Archiv f Gyn., т. 31.

¹³⁾ Centralbl. f. Gyn., 1889 и 1890.

Fehling ¹⁴⁾, *Fritsch* ¹⁵⁾, *Zweifel* ¹⁶⁾, *Финшеръ* ¹⁷⁾, *Хазанъ* ¹⁸⁾, *Моргулисъ* ¹⁹⁾, *Фейнбергъ* ²⁰⁾, но нѣтъ недостатка и въ рѣшительныхъ противникахъ этого метода (*Winkel* ²¹⁾, *Winter* ²²⁾, *Award* ²³⁾, *Ahlfeld* ²⁴⁾), которые, кромѣ опасности прободенія матки или усиленія кровотеченія, боятся еще возможности гнилостнаго зараженія, въ особенности когда дѣло идетъ объ опорожненіи разложившихся остатковъ яйца.

Въ отчетахъ за 1892 годъ мы находимъ 45 случаевъ маточнаго кровотеченія послѣ выкидыша; въ 1893 году отмѣчено такихъ случаевъ 71. Чтобы имѣть дѣло съ нѣсколькими большими числами, я прибавлю еще 36 случаевъ, наблюдавшихся въ 1894 году до августа мѣсяца. Изъ этихъ 152 случаевъ въ 100 было произведено инструментальное удаленіе остатковъ яйца, при чемъ 31 разъ отмѣчено было разложеніе послѣдняго. Въ 52 случаяхъ дѣло окончилось или самопроизвольнымъ выходомъ остатковъ яйца или легко удававшимся ручнымъ удаленіемъ ихъ или же, наконецъ, въ маткѣ не оказывалось частей яйца, служившихъ показаніемъ къ оперативному вмѣшательству.

Въ значительномъ большинствѣ случаевъ эта маленькая операція произведена была мною, небольшое число операций, произведенныхъ по тѣмъ же правиламъ, принадлежитъ товарищу д-ру *Буркову*. Такъ какъ матеріалъ въ отношеніи метода лѣченія нужно считать вполнѣ однообразнымъ, то я позволю себѣ описать этотъ методъ въ нѣсколькихъ словахъ.

Послѣ обычнаго обеззараживанія наружныхъ половыхъ органовъ и рукава, вставляютъ заднюю ложку *Simon*'скаго заркала, захватываютъ щипцами *Museux*'а переднюю губу

¹⁴⁾ Archiv f. Gyn., т. 13.

¹⁵⁾ Klinik Geburtshilf. Operationen.

¹⁶⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe., 1892.

¹⁷⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1887.

¹⁸⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1887.

¹⁹⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1892.

²⁰⁾ Журн. Акуш. и Женск. бол., 1893.

²¹⁾ Münchner med. Wochenschr., 1888.

²²⁾ Archiv f. Gyn., т. 39.

²³⁾ Traité pratique d'accouchements. Paris, 1890.

²⁴⁾ Lehrbuch der Geburtshilfe. 1894.

матки и возможно больше низводятъ ее. Къ расширенію дилаторомъ прибѣгали только тогда, когда почему либо требовалось ввести палецъ въ полость матки или когда каналъ шейки не достигалъ ширины гусиного пера, что кстати сказать, бываетъ рѣдко. Выскабливаніе производилось обширными размахами возможно болѣе, не очень острой ложки и продолжалось до тѣхъ поръ пока повсюду не получался характерный «скребущій» шумъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда въ маткѣ оказывались болѣе значительные остатки яйца, или остатки уже образовавшагося послѣда, ихъ предварительно отдѣляли или пальцемъ или корнцангомъ и затѣмъ приступали къ выскабливанію, (комбинированное лѣченіе *Dührssen*'а). Послѣ выскабливанія полость матки вытиралась продолговатыми, скрученными и намоченными въ 5⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты кусочками ваты (*Leopold*). Этою манипуляціею можно было при нѣкоторомъ навыкѣ лучше и скорѣе удалить всѣ оставшіеся въ маткѣ куски отдѣленной слизистой оболочки, чѣмъ съ помощью внутриматочныхъ вливаній, въ чемъ я имѣлъ возможность неоднократно убѣждаться. Въ полость матки послѣ этого вводятъ небольшую полосу іодоформенной марли. Нѣсколько большій тампонъ помѣщаютъ впереди рыльца матки во влагищѣ.

Операція, какъ извѣстно, не особенно болѣзненна; за исключеніемъ одного случая, она была произведена безъ наркоза. У чувствительныхъ женщинъ достаточно было впръснуть въ portio vaginalis 1—2 шприца 5⁰/₀ раствора кокаина.

Послѣдовательное лѣченіе чрезвычайно простое. На другой день послѣ операціи удаляютъ изъ рукава тампонъ и дѣлаютъ дезинфицирующее спринцеваніе рукава. На третій день удаляютъ марлевый тампонъ изъ матки и вновь проспринцуютъ рукавъ дезинфицирующимъ растворомъ. Иногда съ этого дня прекращается всякое выдѣленіе изъ матки, но часто еще нѣсколько дней держатся незначительныя кровянисто-сывороточныя или сывороточно-волоконныя выдѣленія. На 4-й день больной разрѣшается посидѣть въ кровати, а на пятый—она начинаетъ ходить.

Послѣ этого отступленія вернемся снова къ нашему отчету.

Въ описанныхъ 152 случаяхъ беременность прерывалась:

		9 разъ черезъ 1 мѣсяць послѣ послѣднихъ регуль.	
16	»	1 1/2 мѣсяца	»
38	»	2	»
35	»	2 1/2	»
35	»	3	»
1	»	3 1/2	»
6	»	4	»
1	»	4 1/2	»
1	»	5 мѣсяцевъ	»

Въ 10 случаяхъ нельзя было собрать вѣрныхъ данныхъ о срокѣ беременности.

Какъ уже сказано, почти въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаяхъ было произведено выскабливаніе полости матки. Случаевъ смерти не наблюдалось. При дальнѣйшемъ обзорѣ нужно исключить изъ числа 100 оперированныхъ 3 случая, въ которыхъ выкидыши были «нечисты» (2 раза была бугорчатка легкихъ, 1 разъ больная поступила съ ожесточеніемъ гнойнаго тазоваго перитонита, перенесеннаго 9 мѣсяцевъ назадъ вслѣдствіе запущеннаго гнилостнаго выкидыша).

Изъ остальныхъ 97 случаевъ 54 (=55,6%) не дали повышения температуры ни до, ни послѣ операціи. Колебанія температуры въ остальныхъ 43 случаяхъ видны изъ слѣдующей таблицы:

Число случаевъ.	Передъ операціей имѣли.					Послѣ операціи имѣли.					Число случаевъ.
	ТЕМПЕРАТУРУ.					ТЕМПЕРАТУРУ.					
	Нормальную.	37,5—38°.	38—38,5°.	38,5—39°.	Свыше 39°.	Нормальную.	37,5—38°.	38—38,5°.	38,5—39°.	Свыше 39°.	
19	19	—	—	—	—	0	12	3	4	0	19
	—	9	—	—	—	4	—	—	5	0	
24	—	—	3	—	—	2	—	—	1	0	17
	—	—	—	5	—	1	2	1	1	0	
	—	—	—	—	7	0	1	1	5	0	
43						7					36

Такимъ образомъ, 19 больныхъ, имѣвшихъ до операціи нормальную температуру, дали послѣ операціи повышеніе ея. Изъ 24 больныхъ, лихорадившихъ уже до операціи, лишь въ 7 случаяхъ наблюдалось паденіе температуры до нормы послѣ операціи. Что касается продолжительности лихорадки, то изъ 36 случаевъ, давшихъ повышеніе температуры послѣ операціи, въ 31 случаѣ повышеніе это наблюдалось одинъ разъ въ первый вечеръ послѣ операціи, въ трехъ случаяхъ лихорадка держалась 2 дня, въ двухъ—3 дня. Въ двухъ случаяхъ послѣ операціи наблюдался сильный потрясающій ознобъ.

Хотя лихорадка держалась въ умѣренныхъ предѣлахъ и не превышала 39° , но все-таки поднятіе температуры свыше 38° въ 21% всѣхъ случаевъ указываетъ на то, что выскабливаніе матки вовсе не такое ничтожное вмѣшательство и что мы не въ состояніи удалить изъ организма всѣ вредныя вещества съ помощью выскабливанія. Возможно лучшимъ опорожненіемъ матки отъ разлагающихся веществъ и тщательнымъ примѣненіемъ асептики и антисептики мы должны по этому подготовитъ всѣ необходимыя условія для полной *restitutio ad integrum*. Я хочу здѣсь сказать нѣсколько словъ о тампонированіи полости матки. Нѣтъ никакого сомнѣнія въ томъ, что послѣ обстоятельного выскабливанія матки кровотеченіе = 0, и потому для такихъ случаевъ тампонація, употреблявшаяся нами, можетъ показаться излишней. Но главное значеніе тампонированія заключается вовсе не въ остановкѣ кровотеченія. Мы знаемъ, что въ настоящее время въ хирургіи не только при гноящихся, но и при свѣжихъ полостныхъ ранахъ въ самыхъ обширныхъ размѣрахъ примѣняется тампонированіе, которое дѣйствуетъ на рану не только кровоостанавливающимъ, но и дренирующимъ и высушивающимъ образомъ. Въ маткѣ, которая послѣ выскабливанія можетъ быть приравнена къ полостной ранѣ, тампонъ вызываетъ еще сокращенія, которыя безусловно необходимы для правильнаго обратнаго развитія матки. Если тампонъ удаляется черезъ сутки, то онъ оказывается очень сильно приставшимъ къ слизистой оболочкѣ матки. Удаленіе тампона сопряжено съ болями и въ большинствѣ случаевъ вызываетъ кровотеченіе, хотя и незначительное, но достаточное для того, чтобы въ маткѣ образовался сгустокъ крови, который можетъ

служить очень благоприятной средой для всякаго рода процессов разложенія. Когда же тампонъ пролежитъ 36 или 48 часовъ, то онъ больше пропитывается секретомъ, дѣлается скользкимъ и можетъ быть удаленъ безъ болей и кровотеченія. Тамъ гдѣ остатки яйца совершенно разложились, я предпочиталъ удалять тампонъ черезъ сутки и вводить еще на сутки новый тампонъ.

Что выскабливаніе матки дало и въ нашихъ случаяхъ условія, благоприятныя для излѣченія, видно изъ того, что лихорадка, если она и была, продолжалась недолго и не сопровождалась явлениями общаго зараженія или локализаціи яда (endometritis, para-perimetritis). Всѣ больныя, благодаря операціи, скоро и надолго выздоравливали. Изъ всѣхъ 152 больныхъ тѣ, которые не подверглись операціи (52) пробыли въ больницѣ 625 дней, что составитъ въ среднемъ на каждую больную 12 дней, 97 больныхъ, подвергавшихся операціи, 929 дней или каждая 9,5 дней послѣ операціи. Эти послѣднія числа должны бы быть еще меньше, если бы мы не считали нужнымъ не торопиться съ выпиской нашихъ больныхъ, которыя всѣ принадлежали къ бѣднѣйшему классу населенія. Задерживая нѣкоторыхъ больныхъ въ больницѣ нѣсколько дальше, чѣмъ необходимо, мы вмѣстѣ съ тѣмъ увеличивали среднее число дней, проведенныхъ каждою больною въ больницѣ. Среднимъ числомъ больныя могутъ приступать къ работѣ черезъ 6—7 дней послѣ операціи.

Несчастныхъ случаевъ во время операціи, въ родѣ прободенія матки и проч., не было. Нужно только упомянуть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ во время выскабливанія наблюдалось чрезвычайно сильное кровотеченіе, которое однако очень скоро останавливалось послѣ окончанія операціи и введенія въ полость матки марлевого тампона. Послѣдовательныхъ кровотеченій не было.

Повторяя вкратцѣ все сказанное, мы видимъ, что, за исключеніемъ небольшой лихорадки (въ 21% случаевъ), никакого вреда, впрочемъ, не причинившей, операціи ничего кромѣ пользы не приносила. Указанныя уже *Dührssen*'омъ и другими преимущества—меньшее кровотеченіе во время и послѣ выкидыша, болѣе скорое обратное развитіе матки, предохраненіе

отъ заболѣванія эндометритомъ и параметритомъ, большія удобства для больной и врача—преимущества которыя и мы можемъ подтвердить, сильно говорятъ въ пользу инструментальнаго лѣченія «неполнаго» выкидыша.

III. 21 СЛУЧАЙ HAEMATOCELE RETROUTERINA.

Благодаря большому числу опубликованныхъ случаевъ внѣматочной беременности и нѣсколько сангвиническимъ статьямъ нѣкоторыхъ авторовъ, какъ напр., *Veit'a* ²⁵⁾, образованіе внутрибрюшныхъ кровяныхъ опухолей въ настоящее время многими ставится въ тѣсную связь съ существованіемъ эктопической беременности. Такой взглядъ на происхожденіе haematocеле не вполнѣ соотвѣтствуетъ истинѣ (*Zweifel* ²⁶⁾). Не подлежитъ сомнѣнію, что интраперитонеальныя кровоизліянія часто наблюдаются въ связи съ внѣматочной беременностью, но встрѣчаются и многіе случаи, въ которыхъ не только анамнезъ и изслѣдованіе, но даже препараты, добытые при операціи или вскрытіи, говорятъ не въ пользу такого происхожденія кровоизліяній.

Въ Петропавловской больницѣ въ 1892 г. наблюдалось 9, въ 1893 г.—12 случаевъ haematocеле retrouterina, въ которыхъ присутствіе крови въ Дугласовомъ пространствѣ было съ положительностью доказано пробнымъ проколомъ или операціей. Въ 8 изъ этихъ случаевъ причиною кровотеченія безусловно была внѣматочная беременность; въ 4 случаяхъ существованіе такого этиологическаго момента весьма вѣроятно (отсутствіе регуль, нагрубаніе грудей, выдѣленіе молозива и наличность другихъ признаковъ беременности). Въ остальныхъ 9 случаяхъ для предположенія внѣматочной беременности не было никакихъ данныхъ.

Не хочу затруднять читателей изложеніемъ всѣхъ исторій болѣзней, тѣмъ болѣе, что картина заболѣванія въ 9 случаяхъ не представляла какихъ либо своеобразностей. Внутрибрюшинныя опухоли были среднихъ размѣровъ; повторныхъ крово-

²⁵⁾ Die Eileiterschwangerschaft. Shuttgart. 1884. и Ueber intraperitoneale Blutergüsse. *Volkmann's Saml., klin., Vortr. N. F. № 15.*

²⁶⁾ Ueber Extrauterin gravidität u retrouterine Hoematome. Festschrift z. 25 jährigen Jubiläum Prof. *Gusserow's*, Berlin, 1891.

течений не замѣчалось, самочувствіе больныхъ улучшалось довольно скоро и всасываніе крови, не сопровождавшееся продолжительными повышеніями температуры, происходило быстро. При выпискѣ больныя еще не могли считаться излеченными, но онѣ на столько поправлялись, что остатки кровоизліянія при нѣкоторой осторожности со стороны больныхъ не представляли для нихъ никакихъ опасностей. Какъ извѣстно, исходъ haematocoele не всегда такой благопріятный. Кровоизліянія имѣютъ иногда мало склонности къ всасыванію и нагнаиваются. Значительныя боли и продолжительная лихорадка, изнуряющія силы организма, дѣлаютъ положеніе больной очень мучительнымъ. Но даже въ такихъ безнадежныхъ случаяхъ можно надѣяться на *vis medicatrix naturae*. Прободеніе въ прямую кишку или во влагалище спасаетъ больную отъ угрожающей ей опасности. Примѣромъ такого самоизлѣченія можетъ служить слѣдующій случай, исторія болѣзни котораго вкратцѣ слѣдующая:

Скорбный листъ № 4630. Матрена А., 27 лѣтъ, кр-ка, крѣпкого тѣлосложенія, поступила 29/ix 1893 г. въ больницу. Въ дѣтствѣ не хворала. Первые регулы у нея появились на 12 году и приходили то черезъ 3, то черезъ 4 недѣли; продолжались они около 7 дней. Родила одинъ разъ благополучно, 9 мѣсяцевъ тому назадъ. Послѣ родовъ крови стали путаться. Послѣдніе два мѣсяца страдаетъ кровотеченіемъ.

Status praesens. Влагалищная часть матки немного объема, плотна. Матка плотная, немного удлинена и смѣщена къ симфизу. Задній и правый своды значительно выпячиваются и заняты плотно-эластическою опухолью безболѣзненною, величиною съ кулакъ, лѣвый сводъ свободенъ. Подвижность матки ограничена, изъ полости ея выдѣляется кровянистая жидкость. При пункции въ заднемъ сводѣ получается жидкая кровь. До 23/x въ состояніи больной особенныхъ перемѣнъ не происходило. При спокойномъ положеніи въ постели, она болѣе почти не ощущала. Температура все время была нормальна, но опухоль внизу живота не уменьшалась и кровянистыя выдѣленія то усиливались, то прекращались почти совсѣмъ. 24/x т^о утромъ была 38,2°, вечеромъ 38,7°; появились боли въ спинѣ и животѣ. Съ этого дня больная до 4/xi все время лихорадила и чувствовала себя не хорошо. Температура колебалась между 38° и 39,6°, по временамъ появлялись схваткообразныя боли въ животѣ и поясницѣ. 4/xi съ испраженіями выдѣлилось много жидкой крови. На другой день температура утромъ была 37,5°, къ вечеру спала до 37,3° и уже больше не повышалась. Опухоль внизу живота значительно уменьшилась въ объемѣ. Въ испраженіяхъ крови больше не замѣчалось. Кровянистыя выдѣленія изъ матки прекратились, больная стала хорошо поправляться. Всасываніе остатковъ кровоизліянія совершалось довольно быстро и 6/xii больную можно уже было выписать.

къ этому времени матка сдѣлалась подвижною и стояла въ нормальной anteversio. Въ заднемъ сводѣ прощупывались небольшіе, плотные остатки кровоизліянія.

Сравнительно рѣдко встрѣчается такое самоизлѣченіе. При выше изложенныхъ обстоятельствахъ часто приходится прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, чтобы спасти жизнь больной. На этомъ поприщѣ оперативная гинекологія празднуетъ свои важнѣйшія побѣды.

Скорбный листъ № 5221. Фекла Л., кр-ка 28 лѣтъ, была принята въ больницу 21/xi 92 г., съ жалобами на сильную боль внизу живота и въ поясницѣ; общая слабость. Первые регулы имѣла на 17 году, родила одинъ разъ благополучно, 5 лѣтъ тому назадъ. Послѣ родовъ не хворала. Крови съ этого времени приходили правильно, но продолжались дольше (7—8 дней), чѣмъ до родовъ. Въ послѣдніе годы, крови часто неправильны, приходятъ то черезъ недѣлю, то черезъ три, но продолжаются не долгое время. Три недѣли тому назадъ у больной появились крови, которыя, съ нѣкоторыми перерывами, продолжались до поступленія въ больницу.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, немного малокровна. Животъ напряженъ и болѣзненъ, особенно въ нижней части. Температура 37,4°, пульсъ правильный, нормальной напряженности. Языкъ обложенъ, влаженъ. Изъ половой щели выдѣляется кровянистая жидкость буроватаго цвѣта. *Portio vaginalis* стоитъ высоко, немного укорочена. Наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ. Боковые своды слегка опущены. Задній сводъ сильно выпячивается, занять плотно эластическою, неподвижною опухолью, лежащею за маткой и распространяющею болѣе въ лѣвую, чѣмъ въ правую половину таза. Верхняя граница опухоли находится приблизительно между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Пункціей въ заднемъ сводѣ опредѣляется, какъ содержимое опухоли, темная кровь.

Такъ какъ больная чувствовала себя еще довольно сносно, то она на предложенную операцію не согласилась.

Съ 1/xii замѣчается перемѣна въ состояніи больной; она начинаетъ лихорадить. Вначалѣ температура только по вечерамъ была значительно повышена, а по утрамъ еще была субфебрильная, но уже черезъ нѣсколько дней лихорадка приняла характеръ *febris continua*. Появились сильнѣйшія боли внизу живота, сопровождаемая увеличеніемъ опухоли. Пульсъ все время учащенъ и слабъ. По ночамъ больная не спитъ и страдаетъ отсутствіемъ аппетита. Продолжительною лихорадкою силы больной постепенно истощаются, температура колеблется между 38,3° и 39,2°. Въ теченіи десяти дней больной такъ много пришлось выстрадать, что она изъявила свое согласіе на небольшую операцію 11/xii была произведена *elytrotomia*. Послѣ вскрытія мѣшка *haematocoele* широкимъ разрѣзомъ изъ полости выдѣлилось большое количество икорозной крови. Послѣ опороженія полости отъ сгустковъ, въ верхнихъ частяхъ мѣшка, пальцемъ можно было прощупать болѣе плотныя части, которыя однакожь удалить не удалось. Въ полость введенъ

тампонъ, который впослѣдствіи замѣненъ дренажемъ. Въ жидкой крови и въ сгусткахъ частей плоднаго яйца опредѣлить не удалось.

Послѣ операціи общее состояніе больной значительно улучшилось, температура вечеромъ была 38,2°, на другой день нормальная. Хотя въ послѣдующіе дни температура по вечерамъ иногда еще доходила до 38° и 38,5°, но больная видимо стала поправляться. Первую недѣлю послѣ операціи изъ раны выдѣлялось значительное количество кровянисто-гнойной жидкости. На второй недѣлѣ выдѣленія стали менѣе обильны и опухоль внизу живота постепенно уменьшалась. Вслѣдствие уменьшенія опухоли влагалищная часть матки опускалась все ниже и ниже, при чемъ отчасти закладывала сдѣланное въ заднемъ сводѣ отверстие, которое имѣло значительную наклонность къ суженію; пришлось вторично разрѣзомъ расширить рану. Въ началѣ января больная на столько поправилась, что могла начать ходить. При изслѣдованіи въ окружности матки все еще прощупывались плотныя безболѣзненные инфильтраціи. 29/1 93 г. больная, по ея настоятельной просьбѣ, была отпущена домой. Въ заднемъ сводѣ имѣлось отверстие, съ трудомъ пропускающее палець, изъ котораго выдѣлялось незначительное количество серозно-гнойной жидкости. Въ началѣ февраля больная зашла показаться. Она пополнѣла и чувствуетъ себя хорошо; только при ходьбѣ или работѣ жалуется на боль внизу живота. Отверстіе въ заднемъ сводѣ почти срослось. Матка немного подвижнѣе, въ сводахъ плотныя сращенія.

Здѣсь слѣдовало бы привести еще исторіи болѣзни двухъ больныхъ, но такъ какъ онѣ уже опубликованы мною въ другой статьѣ,²⁷⁾ то ограничусь слѣдующими примѣчаніями. Въ обоихъ случаяхъ кровяная опухоль была величиною болѣе чѣмъ съ кулакъ. Вслѣдствие начинающагося разложенія въ этихъ случаяхъ была произведена *coeliotomia* съ благополучнымъ исходомъ. Въ препаратахъ, добытыхъ при операціи, макроскопическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ не удалось найти измѣненій, доказывающихъ присутствіе внѣматочной беременности.

Перехожу теперь къ описанію случаевъ, въ которыхъ эктопическая беременность служила источникомъ внутрибрюшинной кровяной опухоли.

Скорбный листъ № 318. Марія А., солдатка, 27 лѣтъ. Поступила въ больницу 23/1 1893 г. Родила одинъ разъ шесть лѣтъ тому назадъ. На 13 году первый разъ менструировала. Регулы приходили постоянно правильно, черезъ три недѣли и продолжались 7 дней. Послѣдніе нормальные регулы были въ октябрѣ. Около мѣсяца больная страдаетъ тошнотой и рвотой. Три недѣли до поступленія въ больницу у А.

²⁷⁾ Beiträge zur Lehre von der Tubenschwangerschaft. St. Petersburg. med. Wochenschr., 1892., № 48.

появились схваткообразныя боли и затрудненіе при мочеиспусканіи. Изъ половыхъ органовъ стала выдѣляться темная кровь. Больная очень поблѣднѣла и ослабла.

Status praesens. Больная хорошаго тѣлосложенія. Значительная анемія кожи и слизистыхъ оболочекъ. Языкъ немного обложенъ, влаженъ. Температура $36,8^{\circ}$, пульсъ слабый. Животъ вздутъ, при дотрагиваніи очень болѣзненъ, особенно въ нижней части. *Portio vaginalis* стоитъ очень высоко, прижата къ лонному соединенію. Наружный звѣвъ пропускаетъ палець. Матка немного увеличена, въ *anteflexio*. Своды, особенно задній, опущены, заняты плотно-эластическою опухолью, выполняющей почти весь малый тазъ. Верхняя граница опухоли стоитъ почти на уровнѣ пупка. Болѣе точное опредѣленіе границъ опухоли, вслѣдствіе сильной чувствительности, не удается. При пункціи въ заднемъ сводѣ получается темная жидкая кровь.

Въ слѣдующіе дни самочувствіе больной, благодаря полному покою и наркотическимъ средствамъ, немного улучшилось. Она все еще жаловалась на сильную слабость и головокруженіе. Опухоль внизу живота начала немного плотнѣть. Температура была нормальная.

28 т въ два часа дня, при сильныхъ схватывающихъ боляхъ, изъ полости матки выдѣлился кусокъ ткани, оказавшійся при болѣе тщательномъ осмотрѣ цѣликомъ отдѣлившейся *decidua uterina*. Вечеромъ температура $37,8^{\circ}$. Въ слѣдующіе 9 дней, температура по утрамъ была субфебрильная, а по вечерамъ колебалась между 38° и $38,5^{\circ}$. Самочувствіе больной между тѣмъ не ухудшилось. По временамъ бывали не сильныя боли въ животѣ и поясницѣ. Выдѣленія изъ матки не обильныя, кровянистыя, иногда съ примѣсю небольшихъ хлопьевъ. Кровяная опухоль принимаетъ болѣе твердую консистенцію и при пальпаціи дѣлается менѣе болѣзненной. Съ 7/II больная по вечерамъ больше не лихорадила. Выдѣленія изъ матки почти прекратились. Опухоль внизу живота сдѣлалась очень плотною, но медленно уменьшалась. Спустя нѣкоторое время, больная чувствовала себя такъ хорошо, что она настоятельно требовала, чтобы ее отпустили домой. Въ день выписки 26/III изслѣдованіе дало слѣдующій результатъ. Матка стоитъ еще высоко за лоннымъ соединеніемъ. Сзади и справа отъ нея прощупывается плотная опухоль величиною съ дѣтскую головку. Правая утолщенная труба, постепенно расширяясь, переходитъ въ вышеописанную опухоль. Въ сравненіи съ прежними размѣрами опухоль немного уменьшилась, границы ея яснѣе опредѣляются.

Въ августѣ, 13 и 28 числа, мнѣ удалось увидѣть больную. Она имѣла очень хорошій видъ и чувствовала себя прекрасно. При изслѣдованіи матка найдена немного увеличенной, но подвижной. Справа прощупывается плотная, безболѣзненная опухоль, величиною съ куриное яйцо. Въ заднемъ и правомъ сводахъ незначительныя, плотныя инфильтраты. До августа у больной регуль не было. Въ 20 числахъ этого мѣсяца, показались крови, которыя продолжались три дня и не сопровождались никакими особенными явленіями.

Скорбный листъ № 2961. Марія А., жена запаснаго рядоваго, 32 лѣтъ, поступила 6/vii 1893 г. въ больницу, съ явленіями острой анеміи и жаблами на сильную боль въ животѣ. Изъ анамнеза выяснилось: родила два раза, одинъ разъ выкинула. Регулы появились на 14 году, приходятъ черезъ 4 недѣли и продолжаются три дня. Послѣднія мѣсячныя имѣла вначалѣ марта. Съ мая мѣсяца больная чувствуетъ себя плохо: по утрамъ бывала тошнота и часто боли въ животѣ. Предполагая, что она беременна, она обратилась къ акушеркѣ, которая ей посовѣтовала брать ванны. Послѣ ваннъ бои внизу живота усиливались и временами являлось обильное выдѣленіе крови изъ половыхъ органовъ. 4/vii послѣ ванны больная почувствовала сильнѣйшую боль въ животѣ, голова закружилась, ей сдѣлалось дурно и она упала въ обморокъ.

Status praesens. Общая значительная анемія. Пульсъ слабый, едва прощупывается. Грудь нагрудли, изъ нихъ при надавливаніи выжимается молозиво. Животъ вздутъ. При дотрогиваніи больная ощущаетъ сильную боль. Въ нижней части живота получается при перкуссии притупленіе тона. Моча задерживается и отдѣляется съ болью. Больную очень клонитъ ко сну, по временамъ появляется икота. Выдѣленія изъ половыхъ органовъ кровянистыя. Температура 37,9°. Назначено: опій внутрь, ледъ на животъ. 7/vii температура 37,0° — 37,0°, ночь больная провела плохо. Икота прекратилась. Животъ еще вздутъ, но чувствительность немного уменьшилась. Частые позывы къ мочеиспусканію. Видъ больной немного бодрѣе. Пульсъ нитевидный. 8/vii температура 37,2° — 37,9° больная чувствуетъ себя лучше. Пульсъ полнѣе. Рвало одинъ разъ. Вздутость и болѣзненность живота на столько уменьшились, что можно было приступить къ гинекологическому изслѣдованію. *Portio vaginalis* немного объемиста, стоитъ низко, неспдвжжно. Матка въ *anteflexio* увеличена соотвѣтственно двумъ мѣсяцамъ беременности. *Fundus* наклоненъ вправо. Задній и лѣвый своды опущены, заняты плотно-эластическою опухолью, величиною съ дѣтскую головку. При пункціи въ заднемъ сводѣ получается жидкая темная кровь. 10/vii температура 37,0° — 37,3°. Состояніе больной значительно улучшилось, она ночь спала хорошо и чувствуетъ себя гораздо бодрѣе. Пульсъ правильный, довольно полный. Икоты не было. Животъ менѣе болѣзненъ. Консистенція опухоли болѣе плотная и границы ея, особенно съ лѣвой стороны, яснѣе опредѣлимы. Не обильныя кровянистыя выдѣленія изъ матки. 12/vii изъ влагалища удаленъ кусокъ отпадающей оболочки. Ткань на столько подверглась разложенію, что она для постановки микроскопическаго діагноза не пригодна. Начиная съ этого дня больная быстро стала поправляться, температура не превышала нормы. Кровянистыя выдѣленія изъ матки прекратились и силы больной довольно скоро возстановились. Кровяная опухоль плотнѣла и постепенно уменьшалась въ объемѣ. 30/vii при изслѣдованіи матка найдена въ *anteflexio*. Влагалищная часть матки объемиста. Задній сводъ выпячивается меньше. *Corpus uteri* спаянъ съ плотнымъ инфильтратомъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Слѣва прощупывается довольно ясно ограниченная и немного подвижная продолговатая опухоль, переходящая въ вышеописанныя плотныя массы въ заднемъ сводѣ. Не смотря на всѣ увѣщанія, больная выписалась изъ больницы и о дальнѣйшей судьбѣ ея свѣденій не имѣется.

Скорбный листъ № 2325, 1893 г. Евдокія К., 23 лѣтъ. Имѣла первыя регулы на 14 году. Menstrua все время приходили правильно, черезъ 4 недѣли по 5 лней. Родила одинъ разъ благополучно годъ и три мѣсяца тому назадъ. Послѣ послѣднихъ регулъ болѣе пяти недѣль кровей не носила. 15 у больная подняла тяжелое ведро, при чемъ почувствовала сильныя схваткообразныя боли въ животѣ. Больная упала въ обморокъ и нѣкоторое время лежала безъ чувствъ. Появилось сильное кровотечение изъ матки, которое въ послѣдствіи уменьшилось, но кровянистыя выдѣленія продолжались до дня поступления въ больницу, т. е. 1/VI.

Status praesens. Организмъ средняго сложенія. Ясно выраженная анемія. Животъ мало напряженъ, но при дотрагиваніи очень болѣзненъ. Влагалищная часть матки укорочена, стоитъ высоко за лоннымъ соединеніемъ. Своды, особенно задній, выпячиваются. Весь малый тазъ занятъ плотною эластическою опухолью, окружающею матку. Верхняя граница опухоли стоитъ почти на уровнѣ пупка. При пункции въ заднемъ сводѣ получается темная кровь. Мочеиспусканіе затруднено. Больная жалуется на частыя схваткообразныя боли. Температура 37,9°. Пульсъ немного учащенъ, слабый. До 11/VI въ состояніи больной особенныхъ перемѣнъ не происходило. Температура была большею частью субфебрильная, но иногда наблюдались также вечернія повышенія. 11/VI появились схватки, которыя продолжались всю ночь, къ утру изъ матки выдѣлились довольно большіе куски ткани, которые при изслѣдованіи оказались отпадающей оболочкой. Въ неопильныхъ кровянистыхъ выдѣленіяхъ изъ матки въ послѣдующіе дни еще иногда находились кусочки deciduae. Кровяная опухоль показывала мало наклонности къ уплотненію и уменьшенію; температура постепенно повышалась и колебалась между 38 и 39 градусами. Дни съ субфебрильною температурою бывали весьма рѣдко. Общее состояніе больной также не улучшилось. Она слабѣла, жаловалась на тошноту. Въ такомъ положеніи больная находилась до 23/VI. 24/VI вечеромъ больную сильно знобило и температура повысилась до 40 градусовъ, появились сильныя боли въ правой половинѣ живота, тошнота, рвота. Температура въ слѣдующіе дни была повышена; по утрамъ она держалась около 38 градусовъ, по вечерамъ повышалась до 40°. Вечернія повышенія обыкновенно сопровождалась знобомъ. Не смотря на очень мучительное состояніе больной, она на операціи не соглашалась. 28/VI у больной, которая въ послѣднее время страдала запорами, самопроизвольно было два обильныхъ испраженія темно-буроватыми жидкими массами. На другой день температура упала до нормы, знобовъ больше не было и общее состояніе здоровья значительно улучшилось. Объемъ опухоли сразу уменьшился. Въ слѣдующіе дни въ испраженіяхъ замѣчались такія же темныя вонючія массы.

1/VIII при изслѣдованіи найдено: portio vaginalis небольшихъ размѣровъ, стоитъ ниже. Матка въ anteflexio, немного подвижна. Лѣвый сводъ свободенъ. Въ заднемъ, но особенно въ правомъ сводѣ прощупывается плотная, неболезненная инфильтрація, которая не выходитъ изъ предѣловъ малаго таза. Больная настолько поправилась, что 13/VIII, по ея просьбѣ, была отпущена домой. 24/IX больная опять была изслѣдована. Матка подвижна въ anteflexio. Въ правомъ сводѣ прощупывается плотная, немного подвижная и безболѣзненная опухоль, величиною съ куриное яйцо.

Въ противоположность этимъ случаямъ выжидательнаго лѣченія привожу слѣдующія исторіи болѣзни, въ которыхъ пришлось прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству.

Скорбный листъ № 4695. Акулина В. поступила 8/х 92 г., въ Петропавловскую больницу. Въ дѣтствѣ была постоянно здорова. Первые регулы на 14-мъ году. Родила 6 разъ, послѣдніе роды (двойни), 9 лѣтъ тому назадъ, были преждевременные. Послѣ родовыми болѣзнями не страдала. Послѣ послѣднихъ родовъ регулы появлялись не совсѣмъ правильно и были немного обильны, но особенныхъ болей во время менструацій не было. Послѣдніе нормальные регулы приблизительно два мѣсяца тому назадъ. Около 4-хъ дней больная страдаетъ сильными болями въ животѣ и поясницѣ. Рвота замѣчалась одинъ разъ.

Status praesens. Брюнетка, крѣпкаго тѣлосложенія; кожа блѣдно-желтоватаго цвѣта. Пульсъ слабый и учащенный. Температура 36,3°. Органы грудной полости нормальны. Животъ сильно вздутъ. При малѣйшемъ дотрагиваніи больная вскрикиваетъ отъ боли. При перкуссии въ области надъ лоннымъ соединеніемъ получается притупленіе тона. Бимануальное изслѣдованіе невозможно. Влагалищная часть матки объемиста, плотна. Подвижность повидимому увеличенной матки ограничена. Своды сравнительно мало опущены, въ нихъ не ясно прощупывается эластическое очень болѣзненное уплотнѣніе. Въ такое состояніе больная впала безъ всякихъ уважительныхъ причинъ 7/х вечеромъ. До этого времени, за исключеніемъ болей, она чувствовала себя сносно. 9/х температура 37,4—37,5°. Больная ночь спала довольно хорошо. Животъ немного менѣе болѣзненъ. Изъ половыхъ органовъ выдѣляется окрашенная жидкость. Обильное испраженіе послѣ клистира. 10/х t° 37,2—38,2°. Самочувствіе улучшается, отдѣленіе крови изъ матки менѣе обильное. Пульсъ еще немного учащенъ, но гораздо полнѣе. 11/х t° 37,4—37,8°. Ночью появились схваткообразныя боли. Въ общемъ больная себя чувствуетъ довольно хорошо. Животъ не вздутъ и мало болѣзненъ. Выдѣленій изъ матки нѣтъ. 12/х t° 37,5—37,8°. При ощупываніи живота больная не жалуется на особенныя боли и потому приступлено къ гинекологическому изслѣдованію. *Portio vaginalis* стоитъ нѣсколько выше нормы, наружный зѣвъ пропускаетъ палецъ. Матка увеличена соответственно 2-му мѣсяцу беременности, *fundus* наклоненъ вправо. Въ лѣвомъ параметріи прощупывается неплотная и неясно ограниченная опухоль, которая переходитъ въ Дугласово пространство, выпячиваетъ довольно значительно задній сводъ. Изъ груди выжимается молозиво. 13/х t° 37,2—37,8°. Изъ матки опять появились кровянистыя выдѣленія. Боль въ животѣ *in statu quo*. Запоръ. 14/х t° 37,3—38,1°. Больная жалуется опять на сильную боль въ животѣ. Консистенція опухоли въ лѣвой половинѣ живота дѣлается болѣе плотной, но размѣры ея немного увеличились она соответствуетъ теперь величинѣ головкѣ новорожденнаго. Верхняя граница находится почти на уровнѣ пупка. 16/х t° 37,5—37,9°. Опухоль внизу живота плотнѣетъ. Больная чувствуетъ себя не хорошо; особенно сильныхъ болей она не ощущаетъ, но она находитъ такое положеніе невыносимымъ и изъявляетъ свое согласіе на операцію. 18/х t° 38°—38°. *Koeliotomia* (д-ръ *Домбровский*). Разрѣзъ параллельно

бѣлой линіи, черезъ лѣвый *m. rectus abdominis*. Послѣ вскрытія брюшины, нижняя часть полости живота оказалась наполненною кровяными сгустками. Послѣ удаленія ихъ, сдѣлалось виднымъ дно увеличенной матки. Лѣвая труба значительно расширена, абдоминальное отверстіе ея находится въ полости, выполненной кровяными сгустками, которые распространяются съ боку и сзади отъ матки. Лѣвая широкая связка значительно расширена и, куполообразно выпячиваясь, образуетъ переднюю стѣнку кровяной опухоли. Задняя и правая стѣнка *haematocoele* образуется склеенными между собою петлями кишекъ. Лѣвая труба была перевязана около лѣваго угла матки и удалена вмѣстѣ съ частью широкой связки. Оставшаяся культи широкой связки, впитана въ брюшную рану. Послѣ возможно тщательнаго удаленія сгустковъ, полость была затампонирована, одинъ тампонъ былъ проведенъ во влагалище, черезъ сдѣланный въ заднемъ сводѣ разрѣзъ. Препаратъ, добытый при операциі, состоитъ изъ измѣненной трубы, яичника и части *lig. lat.* Труба, имѣющая въ длину около 9 сант., почти совсѣмъ не представляетъ извивовъ; она постепенно расширяется до діаметра въ 5 сант. Стѣнка ея довольно тонка, надрывовъ въ ней нѣтъ. Къ значительно расширенному абдоминальному концу, прилегаютъ часть стѣнки мѣшка *haematocoele*. Просвѣтъ трубы совершенно выполненъ плотнымъ кровянымъ сгусткомъ. Яичникъ увеличенъ, частью пропитанъ кровью; на разрѣзѣ видно свѣжее *corpus luteum verum*.

Микроскопическія данныя: атрофическая *muscularis*, тонкій слой соединительной ткани частью съ мелко-кѣлочной инфильтраціей. Въ истонченной стѣнкѣ трубы видны многочисленные кровеносные сосуды и продолговатая наполненная кровью полости. Близъ слизистой оболочки вокругъ сосудовъ имѣются группы децидуальныхъ кѣлокъ. Большая часть слизистой оболочки или отслоена крововзліаніемъ или вполнѣ разрушена имъ. Въ кровяномъ сгусткѣ, плотно прилежащемъ къ стѣнкѣ трубы, кромѣ остатковъ кѣлокъ и обрывковъ слизистой оболочки, видны многочисленные ворсинки *chorion'a*.

19/x 1° 38,1° — 38,4°. Животъ немного вздутъ, не болѣзненъ, рвоты не было, на икоту больная не жалуется. Пульсъ удовлетворительный. Послѣоперационный періодъ до 1/xi протекъ несовсѣмъ безлихорадно; по вечерамъ обыкновенно замѣчались повышенія температуры до 38°, рѣже до 38,4°. Больная все это время чувствовала себя довольно хорошо. Въ началѣ при перевязкахъ выдѣлялось довольно много старыхъ сгустковъ, но полость сравнительно скоро уменьшилась и кровянистойгнойныя выдѣленія сдѣлались менѣе обильными. Съ 1/xi больная больше не лихорадила и такъ какъ отдѣленія изъ полости сдѣлались незначительными, то 12/xi брюшная рана была зашита вторичнымъ швомъ и хорошо срослась. Послѣ удаленія тампона изъ отверстія въ заднемъ сводѣ, рана скоро затянулась. При выпискѣ 5/xii больная чувствовала себя очень хорошо, при ходьбѣ болѣе не ощущала. Матка найдена въ *anteflexio*, притянута немного лѣвымъ краемъ по направлению къ нижнему углу брюшной раны, вслѣдствіе чего подвижность ея еще не совсѣмъ нормальная. Своды свободны.

Скорбный листъ № 5516. Екатерина Н., 23 лѣтъ, была принята 12/xii въ больницу. Nulipara. Первые регулы у нее появились на 19 году,

приходили каждую четвертую недѣлю и продолжались около 7 дней. Послѣдніе регулы въ началѣ октября. Приблизительно двѣ недѣли тому назад, у больной появились схваткообразныя боли въ животѣ, ей сдѣлалось дурно и она упала въ обморокъ. Появившееся кровотечение изъ матки продолжалось приблизительно $1\frac{1}{2}$ недѣли. Къ усиливающимся болямъ, внизу живота за послѣднее время присоединилось еще болѣзненное и затрудненное мочеиспускание.

Status praesens. Больная средняго тѣлосложенія, хорошо упитана. Кожа блѣдноватого цвѣта. t^0 повышена. Пульсъ учащенъ, средней напряженности. Груды не нагрудли, изъ лѣвой при надавливаніи выдѣляется нѣсколько капель молокообразной жидкости. Животъ не вздутъ. Перкуссия нижней части живота даетъ до пупка тупость тона. При пальпации въ этой области прощупывается уплотненіе, занимающее главнымъ образомъ лѣвую и среднюю часть живота и доходящее почти до пупка. Матка увеличена, прижата къ лонному соединенію. Задній сводъ занятъ плотно-эластическою опухолью, выпячивающей также боковые своды и сливающейся кверху съ вышеупомянутымъ уплотненіемъ въ животѣ. Пункция въ заднемъ сводѣ открываетъ присутствіе разлагающейся крови съ сильнымъ запахомъ. Въ послѣдующіе дни температура по утрамъ была субфебрильная ($37,6-37,9^0$), по вечерамъ замѣчались повышенія до $39,1^0$. Не смотря на примѣненіе холода, наркотическихъ средствъ и полнаго покоя, состояніе больной не улучшалось, она видимо слабѣла. Боли продолжались и замѣчалось скорѣе увеличеніе, чѣмъ уменьшеніе кровяной опухоли. Въ виду такого безвыходнаго положенія, я 19/xii приступилъ къ операціи. Поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; выдѣлилось большое количество вонючей кровянисто-гношной жидкости. Въ отверстіе въ заднемъ сводѣ былъ введенъ тампонъ. Большую уложили на операционный столъ въ положеніи *Trendelenburg'a* для вскрытія брюшной полости. Разрѣзъ параллельно бѣлой линіи черезъ *mus. rectus abdom. sin.* Послѣ вскрытія брюшной полости оказалось, что предлежащій мѣшокъ кровяной опухоли въ верхней части былъ уже склеенъ съ *peritoneum parietale*. Книзу такого сращенія съ брюшными стѣнками не существовало, здѣсь прощупывалось дно увеличенной матки и расширенная лѣвая труба, которая, перегибаясь взадъ, непосредственно переходило въ стѣнки кровяной опухоли. Мѣшокъ *haematocoele* былъ вскрытъ разрѣзомъ и изъ полости выдѣлено значительное количество отчасти уже организованныхъ кровяныхъ сгустковъ. Послѣ перевязки измѣненный ялицепроводъ съ частью широкой связки и по возможности большимъ отдѣломъ мѣшка были удалены. Съ правой стороны имѣлся *ruosalpinx*, вслѣдствіе чего и эта труба была экстирпирована. Оставшаяся полость плотно затампонирована; концы тампоновъ выведены какъ въ брюшную рану, такъ и въ отверстіе въ заднемъ сводѣ.

Препаратъ, добытый при операціи, представляетъ главнымъ образомъ часть стѣнки мѣшка, толщиною въ 1 — $1\frac{1}{2}$ сант. и шириною въ небольшую ладонь. Стѣнка эта состоитъ изъ организованныхъ уже частью кровяныхъ сгустковъ. Къ внутренней поверхности на нѣкоторомъ протяженіи прикрѣпленъ кусокъ водной оболочки съ остаткомъ цуповины. Придатокъ, который нужно считать концомъ трубы, на-

столько измененъ кровоизліяніемъ, что точно установить существованіе тканей, характерныхъ для трубы, не удается. Ворсинки chorion имѣются въ значительномъ числѣ.

Послѣ операціи больная чувствовала себя довольно хорошо. Температура иногда по вечерамъ была повышена до 38°, но въ общемъ больная не лихорадила. Пульсъ былъ вначалѣ учащенъ (100—110 ударовъ въ минуту), но довольно полный. Первые дни послѣ операціи была небольшая икота. Изъ полости съ 6 дня выдѣлялась обильная, зловонная кровянисто-гнойная жидкость. Съ уменьшеніемъ полости, нагноеніе становилось менѣе обильнымъ и 4/1 уже можно было приступить къ наложенію вторичнаго шва на брюшную рану. Брюшная рана впослѣдствіи отчасти опять разошлась и зажила вторичнымъ натяженіемъ. Выдѣленіе гноя изъ отверстия въ заднемъ сводѣ, продолжалось еще довольно долгое время. Съ 7/11 отверстие въ Дугласовомъ пространствѣ больше не тампонировалось и постепенно затягивалось. 18/11 больная выписалась здоровою.

Остальные три случая (скорбный листъ № 1065, 1145, 1266), въ которыхъ кровяная опухоль, образовавшаяся вслѣдствіе трубной беременности, была удалена посредствомъ операціи (coeliotomia et elytrotomia) съ благопріятнымъ исходомъ, подробнѣе уже изложены въ вышеупомянутой статьѣ, почему я и ограничусь этими указаніями.

Терапія въ нашихъ случаяхъ была проведена различнымъ образомъ. Примѣнялись три главные типа лѣченія внутрибрюшинной кровяной опухоли. Выжидательнымъ способомъ лѣчились 12 случаевъ. Больныя все выписались поправившимися. Во время пребыванія въ больницѣ онѣ благополучно пережили тотъ періодъ, въ которомъ обыкновенно появляются припадки, угрожающіе жизни, но можемъ ли мы ихъ назвать уже излѣченными? До полного всасыванія крови или частей плоднаго яйца въ случаяхъ внѣматочной беременности пройдетъ еще много времени. Въ эти недѣли, а можетъ быть и мѣсяцы, пластическія residua во многихъ случаяхъ для пациентокъ будутъ источникомъ болей и неспособности къ труду. Какъ разъ въ случаяхъ, гдѣ женщины должны искать себѣ пропитанія тяжелымъ трудомъ, часто является желаніе возстановить по возможности скоро оперативнымъ пособіемъ нормальныя условія. Но если обратить вниманіе на то, что сравнительно такая небольшая операція, какъ elytrotomia, все еще даетъ около 7,4% смертности, то будетъ понятно, что въ настоящее время опять чаще прибѣгаютъ въ выжидательному методу лѣченія и счи-

таютъ операцию только тогда показанной, когда не разлагающаяся кровяная опухоль, достигаетъ громаднѣхъ размѣровъ.

При начинающемся нагноеніи haematocoele — лихорадка, увеличеніе опухоли и общій упадокъ силъ дѣлаютъ операцию неизбѣжной. *Zweifel* ²⁸⁾, *Strauch* ²⁹⁾ и др. въ такихъ случаяхъ лучшимъ оперативнымъ пособіемъ считаютъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ.

Elytrotomia въ нашихъ случаяхъ производилась только одинъ разъ. Результатъ этого метода лѣченія былъ *quo ad vitam* хорошій, *quo ad valetudinem completam* не удовлетворительный. Данный случай подтвердилъ уже ранѣе сдѣланное наблюденіе. Причина кровотеченія осталась неизвѣстной. Удаленіе патологически-измѣненныхъ частей не удалось; выздоровленіе, не говоря уже, о трудности послѣоперационнаго лѣченія, продолжалось долгое время, а не двѣ или три недѣли, какъ утверждаетъ *Zweifel*. Въ концѣ концовъ больная не была излѣчена операцией.

Полное выздоровленіе мы наблюдали только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ была сдѣлана *koeliotomia*. Примѣнялся способъ, подробнѣе описанный мною въ другомъ мѣстѣ ³⁰⁾ и состоящій главнымъ образомъ въ комбинаціи *koeliotomia* съ *elytrotomia* и дающій возможность тампонировать брюшную полость черезъ рану въ стѣнкахъ живота и черезъ влагалище. Смертныхъ случаевъ, какъ видно изъ вышеизложенныхъ исторій болѣзни, не было. Въ большинствѣ случаевъ въ брюшной полости пришлось оставить части мѣшка *haematocoele*, но не смотря на это при выпискѣ больныхъ, матка всегда была находима подвижною и уплотненій въ ея окружности не замѣчалось. Что всасываніе оставленныхъ частей мѣшка дѣйствительно происходитъ вполне, если измѣненная труба или плодное яйцо, т. е. главныя причины усиленнаго кровообращенія, удалены, въ этомъ я могъ убѣдиться въ трехъ случаяхъ вторичнаго чревосѣченія вслѣдствіе грыжъ бѣлой линіи. Небольшія перемычки и спайки брюшины въ этихъ случаяхъ были единственными остатками бывшихъ патологическихъ процессовъ.

²⁸⁾ l. c.

²⁹⁾ St. Petersburg. Med. Wochenschrift, 1890, № 52, стр. 47.

³⁰⁾ l. c.

Если по какимъ бы то не было соображеніямъ при операциі покажется неудобнымъ сейчасъ же зашить брюшную рану, то возможность образованіе грыжи при заживленіи раны *per secundam* надо постоянно имѣть въ виду. Опасность эта одинаково велика, дѣлается ли разрѣзъ вдоль бѣлой линіи или параллельно къ ней черезъ прямыя мышцы брюшныхъ покрововъ. Эти недостатки операциі легко исправимы тщательнымъ наложеніемъ мускуло-апоневротическаго шва при вторичной операциі и далеко не такъ существенны, какъ выгоды этого метода лѣченія.

При внутрибрюшинныхъ кровяныхъ опухоляхъ большихъ размѣровъ, если онѣ происходятъ вслѣдствіе внѣматочной беременности, *koeliotomia*, по нашимъ наблюденіямъ, остается самымъ удобнымъ и радикальнымъ оперативнымъ пособіемъ.

IV. СЛУЧАЙ HYDROCELE FEMINAE.

Кр-ка Евдокія И., 21 г., поступила, 23/VI 1892 г., въ больницу съ жалобами на боль внизу живота, запоры и тошноту. Больная слабого тѣлосложенія, плохо упитана, цвѣтъ лица блѣдный. Исслѣдованіе органовъ грудной полости не даетъ уклоненій отъ нормы. Языкъ обложенъ животъ немного вздутъ, болѣзненъ. Правая *regio inguinalis* немного выстоять надъ общимъ уровнемъ брюшныхъ стѣнокъ. При пальпациі въ области праваго паховаго канала прощупывается довольно плотная продолговатая опухоль, величиною съ гусиное яйцо. Вся эта область очень болѣзненна при дотрагиваніи. Температура и пульсъ нормальны. Больная заявляетъ, что больно въ паху, страдаетъ третій день; уже нѣкоторое время до заболѣванія замѣчала припухлость въ правой сторонѣ живота, но такъ какъ опухоль ей не причиняла какихъ либо болей, то она особеннаго вниманія на нее не обращала.

На другой день, не смотря на полный покой, примѣненіе холода и опороженіе кишечника, боли въ паховой области скорѣе усилились, чѣмъ уменьшились. По этому 25/VI было приступлено къ удаленію опухоли (д-ръ *Домбровский*). Разрѣзъ надъ опухолью по направленію паховаго канала. Предлежала опухоль грушевидной формы съ довольно плотными стѣнками и жидкимъ содержимымъ. Болѣе узкая часть опухоли находилась въ паховомъ каналѣ и была плотно спаяна съ круглой связкой. Большая часть опухоли находилась внѣ канала. Полное отдѣленіе мѣшка отъ круглой связки не удалось, почему она послѣ перевязки была экстирпирована вмѣстѣ съ частью *lig. rotundi*, конецъ котораго былъ вшитъ въ рану. Наложеніе нѣсколькихъ швовъ на наружную рану и тампонація полости. Послѣоперационный періодъ протекъ совершенно безлихорадочно, рана хорошо срослась и больная вскорѣ выписалась здоровой.

Весь извѣстный матеріаль о патологіи круглыхъ связокъ впервые былъ собранъ *Rau* ³¹⁾, но такъ какъ большинство имъ описанныхъ случаевъ не были провѣрены вскрытіемъ или тщательнымъ осмотромъ во время операціи, то матеріаль этотъ для дальнѣйшихъ изслѣдованій мало пригоденъ. Только съ появленіемъ изслѣдованій *Zuckerandel'a* ³²⁾ извѣстная клиническая картина hydrocele feminae получила свое объясненіе въ патолого-анатомическомъ отношеніи. Въ своей статьѣ «Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles etc.», этотъ авторъ приводитъ, что онъ въ 19 трупахъ дѣвочекъ, отъ 1 до 12 недѣль отъ роду, 4 раза находилъ diverticulum *Nuckii*, и при томъ 3 раза съ обѣихъ сторонъ. *Schröder* ³³⁾ описываетъ одинъ случай, въ которомъ серозное содержимое опухоли при надавливаніи опорожнялось въ брюшную полость. Въ большинствѣ случаевъ diverticulum *Nuckii* зарастаетъ на какомъ нибудь выпележащемъ мѣстѣ. Въ оставшейся полости вслѣдствіе разныхъ причинъ можетъ накопиться жидкость, что и ведетъ къ извѣстной картинѣ hydrocele.

Въ настоящее время большинствомъ авторовъ ³⁴⁾, hydrocele lig. rotundi строго выдѣляется изъ патологіи круглыхъ связокъ и по этому названіе hydrocele feminae болѣе подходящее.

Заболѣваніе встрѣчается не очень часто. До 1884 года *Hennig* ³⁵⁾ изъ литературы могъ собрать только 41 случай. За послѣднее время такіе случаи описали: *Bergmann* ³⁶⁾, *Osborn* ³⁷⁾, *Pena* ³⁸⁾, *Wright* ³⁹⁾, *Szénasy* ⁴⁰⁾, *Gayraud* ⁴¹⁾,

³¹⁾ Neue Zeitschr. f. Geb., т. 28, 1850.

³²⁾ Langenbeck's Archiv., т. 21, стр. 215.

³³⁾ Handbuch der Kr. d. weibl. Geschlechtsorgane. Leipzig, 1881.

³⁴⁾ *Martin*. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., т. 22, стр. 445.

³⁵⁾ Archiv f. Gyn., т. 25, стр. 103.

³⁶⁾ Hydrocele feminae. Diss. inaug. Bonn, 1887.

³⁷⁾ Hydrocele in female. Brit. med. Journ., 1887, II, 1377.

³⁸⁾ Hydrocele del ligaments redondo etc. An. d. Circ. med. argent. Buenos-Aires, т. 15, стр. 317—320.

³⁹⁾ Three cases of hydrocele in the female. New-York med. Journ., 1887, стр. 357.

⁴⁰⁾ Hydrocele muliebris. Pester med. chir. Presse, 1887, стр. 1008.

⁴¹⁾ De l'hydrocèle de la femme. Gaz. hebdom. des sc. med. de Montpellier, 1888. 61.

Hinterstoisser ⁴²⁾, *Serb* ⁴³⁾, *Lammert* ⁴⁴⁾ и *Lethaus* ⁴⁵⁾. По *Гейману* ⁴⁶⁾ число опубликованных несомнѣнныхъ случаевъ hydrocele у женщинъ доходить до 80.

⁴²⁾ Ein Fall von hydrocele cystica beim Weibe. Wiener. klin. Wochenschr 1888, № 12.

⁴³⁾ Ein Fall von hydrocele muliebris. Würzb., 1888, *A. Bogler*.

⁴⁴⁾ Beitrag zur Kasuistik der Hydrocele feminae. Münchner med. Wochenschr 1891, № 29.

⁴⁵⁾ Hydrocele muliebris. Diss. inaug. Bonn 1893, рефер. въ Centralbl. f. Gyn., 1893, № 35.

⁴⁶⁾ Хирург. Вѣстн., 1894, VIII—IX.

IV.

Результаты измѣренія выхода таза женщины *).

В. Н. Массена,

Привать-доцента Императорской Военно-Медицинской Академіи.

(Продолженіе).

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію полученныхъ нами данныхъ измѣренія выхода таза на живыхъ, мы позволимъ изложить какимъ образомъ производились общія измѣренія таза въ Гаваньскомъ Родильномъ Приютѣ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ опредѣлялся и выходъ.

Первое измѣреніе таза въ грубыхъ его чертахъ, т. е. опредѣленіе *conj. externae, dist. spinarum, d. cristarum, d. intertrochantericae*, производится дежурной акушеркой, а иногда кромѣ нея дежурнымъ врачомъ или студентомъ. Данныя записываются въ родильный листокъ. При выпискѣ родильницы изъ Приюта, мы самолично производили второй разъ тѣ же измѣренія, которыя были уже однажды сдѣланы принявшей роженицу акушеркой. Кромѣ того, вслѣдъ за нами въ палатѣ производились измѣренія и еще одной акушеркой, дежурной по послѣродовому отдѣленію. Такимъ образомъ, получалось три ряда данныхъ, касавшихся обычныхъ акушерскихъ измѣреній. Эти данныя, полученныя совершенно независимо другъ отъ друга, сопоставлялись; въ случаѣ рѣзкихъ разногласій производились добавочныя измѣренія, и, наконецъ, среднія величины вносились въ протоколъ измѣренія таза данной родильницы.

*) См. „Журн. Акуш. и Женск. болѣз.“ за Январь 1895 г. стр. 3.

Эти величины и послужили для опредѣленія средних размѣровъ нормальнаго таза на томъ матеріалѣ, который прошелъ черезъ Гаванскій Родильный Приютъ въ періодъ 1893/4 года. Для опредѣленія ненормальныхъ тазовъ, ихъ среднихъ размѣровъ и уклоненій, мы поступали точно также, какъ и съ нормальными тазами. Но кромѣ опредѣленій обычныхъ размѣровъ (*spinae, cristae, tiochanteres, conj. externa*) мы, въ случаяхъ оказавшагося суженія таза, опредѣляли еще *conj. diagonalem* и по ней вычисляли *conj. vagam*. Въ отдѣльныхъ случаяхъ (отмѣченныхъ въ нашихъ таблицахъ, см. ниже) мы заносили въ протоколы и данныя другихъ измѣреній и изслѣдованій, (о крестцѣ, о копчикѣ, о поясничныхъ позвонкахъ и пр.).

Покончивъ съ опредѣленіемъ упомянутыхъ размѣровъ, мы приступали къ измѣренію выхода. Прежде всего опредѣляется поперечникъ. Въ началѣ нашей работы намъ хотѣлось выработать такой способъ опредѣленія поперечника, который бы вмѣстѣ съ точностью соединялъ бы въ себѣ и легкость примѣненія во всякой обстановкѣ, будь то клиническая кровать или диванъ частной квартиры. Намъ казалось, что способъ *Schroeder*'а наиболѣе отвѣчаетъ такому требованію. Вотъ почему мы значительное количество нашихъ измѣреній поперечника выхода сдѣлали исключительно по этому методу.

Позднѣе мы сочли необходимымъ, одновременно съ измѣреніемъ поперечника по *Schroeder*'у, производить измѣреніе и по *Breisk*'ому для того, во первыхъ, чтобы сопоставить оба способа между собою и выяснить, который изъ нихъ легче, удобнѣе и точнѣе, а, во вторыхъ, ради того, чтобы получить возможно больше данныхъ измѣреній по *Breisk*'ому для опредѣленія средней величины поперечника по этому способу.

Приступая къ опредѣленію поперечника по *Schroeder*'у, намъ прежде всего необходимо было выбрать тѣ точки, къ которымъ надлежало прилагать пуговицы тазомѣра. Описание *Schroeder*'а, который совѣтывалъ опредѣлить «положеніе» бугровъ карандашемъ на кожѣ и разстояніе между отмѣченными черточками измѣрить лентой или циркулемъ, представлялось намъ мало удовлетворительнымъ. И, дѣйствительно, что такое значить слово «положеніе» сѣдалищныхъ бугровъ? Сѣдалищный бугоръ и на скелетѣ представляетъ собою довольно

объемистое неправильное костное тѣло, имѣющее наружную и внутреннюю поверхности и широкое основаніе. Покрытый хрящевой тканью, фасціями, жиромъ и кожей, бугоръ этотъ представляетъ очень большое утолщеніе среди ягодицъ, имѣющее иногда довольно неясныя контуры.

Какую же точку избрать на этомъ объемистомъ утолщеніи? Намъ показалось болѣе удобнымъ выбрать въ качествѣ этой точки *приблизительную* середину на болѣе плотной части утолщенія въ ягодицахъ, соответствующаго сѣдалищнымъ буграмъ.

Самый процессъ опредѣленія поперечника по *Schroeder*'у производится нами слѣдующимъ образомъ. Женщина лежитъ горизонтально на кровати. Подъ тазъ подкладывается судно, а нижнія конечности пригибаются къ животу какъ при камнесѣченіи. При согнутыхъ и нѣсколько разведенныхъ бедрахъ, ягодицы представляются въ видѣ довольно равномерно округленныхъ выступовъ, въ которыхъ нетрудно прощупать сѣдалищныя бугры. Эти бугры, вмѣстѣ съ покрывающими ихъ мягкими частями, можно безъ труда захватить между двумя пальцами (большимъ и указательнымъ). Сдѣлавъ это, мысленно выбираютъ середину захваченной массы и отмѣчаютъ эту середину цвѣтнымъ дермаграфическимъ карандашомъ. Вслѣдъ затѣмъ необходимо, насколько возможно тщательно, обследовать контуры наружной и внутренней поверхностей сѣдалищныхъ бугровъ, для того чтобы окончательно убѣдиться, что намѣченное карандашомъ мѣсто, болѣе или менѣе соответствуетъ срединѣ сѣдалищнаго бугра. Судя по результатамъ обследования, намѣченныя линіи могутъ въ отдѣльныхъ случаяхъ быть перемѣщены нѣсколько кнаружи или кнутри. Когда, наконецъ, точки окончательно установлены, берутъ циркуль *Martin*'а и приставляя пуговки его вѣтвей по одной горизонтальной линіи, соответствующей *переднему* краю *ani*, измѣряютъ разстояніе между двумя отмѣченными карандашомъ черточками. Весьма важно то, чтобы женщина во время производства измѣренія не двигалась, равно какъ помощница, придерживающая изслѣдуемую въ спинно-ягодичномъ положеніи, не смѣщала бы конечности родильницы. Въ противномъ случаѣ, отмѣченныя уже карандашомъ точки смѣщаются вмѣстѣ съ кожей, приходится нѣсколько разъ дѣлать добавочныя обследования и

терять время, рискуя даже получить невѣрные результаты. При извѣстномъ навыкѣ, для того, чтобы опредѣлить поперечникъ по *Schroeder*'у, требуется, однако, несравненно меньше времени, чѣмъ сдѣлать описаніе этого опредѣленія.

Для опредѣленія поперечника выхода по *Breisk*'ому, мы поступили слѣдующимъ образомъ. Положеніе изслѣдуемой совершенно такое же, какъ и при примѣненіи способа *Schroeder*'а. Захвативъ между большимъ и указательнымъ пальцами концы вѣтвей *Osiander*'овскаго циркуля съ расходящимися вѣтвями, при чемъ скала съ дѣлениями лежитъ на предплечьи правой руки, мы плотно прижимаемъ пуговицы циркуля къ переднему краю внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ, обращая особенно вниманіе на то, чтобы точки прилагаемыхъ пуговокъ были на одной мысленной горизонтальной линіи, проходящей черезъ передній край *an*.

Мы принимали передній край *an* за анатомическій признакъ для проведенія мысленной горизонтальной линіи согласно съ изслѣдованіями *Garfunkel*'я. Изслѣдованія эти были имъ предприняты для того, чтобы устранить одинъ существенный недостатокъ способа *Breisk*'аго при опредѣленіи поперечника выхода. А именно, *Breisky*, какъ извѣстно, при опредѣленіи конечныхъ точекъ на внутреннихъ краяхъ сѣдалищныхъ бугровъ, предоставилъ произволу изслѣдующаго провести горизонтальную линію либо черезъ *ap* или черезъ промежностный край его сфинктера. Изслѣдованія, предпринятыя *Garfunkel*'емъ для опредѣленія положенія точекъ наибольшаго разстоянія между внутренними краями сѣдалищныхъ бугровъ, привели автора къ тому заключенію, что точки эти находятся на концахъ воображаемой линіи, касающейся передняго края *an*.

Относительно-же того, не могли ли бы при опредѣленіи поперечника по *Breisk*'ому послужить въ качествѣ опредѣленныхъ анатомическихъ точекъ для приложенія пуговокъ циркуля тѣ бугорки, которые, какъ извѣстно, находятся въ переднемъ краѣ внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ, то въ этомъ случаѣ намъ приходится совершенно присоединиться къ *Гельстрому* ³²⁾. На стр. 12—13 своей диссертациі

³²⁾ *Гельстромъ Иванъ*. Акушерское тазовизмѣреніе и тазомѣры. Дисс. Москва. 1873.

онъ говорить слѣдующее: «Ощупывая внимательно бугры на всемъ ихъ протяженіи, я только въ двухъ случаяхъ изъ 10, осязаль ихъ внутренній край и на немъ ощутительный для пальца заостренный бугорокъ. При препаровкѣ отростковъ въ названныхъ двухъ случаяхъ на внутреннемъ краѣ оказался рѣзко выраженный выступъ. Въ остальныхъ случаяхъ, гдѣ этой особенности (отклоненія отъ нормы) не было, края эти оказались округленными, а потому опредѣленнаго мѣста для точнаго приставленія инструмента на нихъ не отыскивалось».

Мы со своей стороны можемъ сказать, что на живыхъ лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ (почти исключительно у особъ худощавыхъ и съ дряблой или тонкой кожей) можно опредѣлить на переднемъ краѣ внутренней поверхности сѣдалищной кости довольно неясную неровность, которая представляетъ костный выступъ передняго края внутренней поверхности сѣдалищныхъ бугровъ.

Чтобы закончить рѣчь объ способѣ опредѣленія поперечника по *Schroeder*'у и по *Breisk*'ому, приведемъ относительно того и другого способа мнѣнія *Гарфункеля* и *Гельстромъ*, какъ лицъ, которыя подвергли практической оцѣнкѣ и анатомическому освѣщенію тотъ и другой способы.

Говоря въ своей диссертациі о способѣ *Breisk*'аго при опредѣленіи поперечнаго размѣра выхода таза, *Гельстромъ* пишетъ: «При своихъ изслѣдованіяхъ я давалъ трупамъ по возможности описанное (*Breisk*'имъ) положеніе, при чемъ нашелъ, что мнѣніе *Breisk*'аго о выгодахъ этого положенія, дѣйствительно, не лишено основанія, такъ какъ оттого, что при этомъ положеніи нижній край *m. glutei magni* удаляется, сумма мягкихъ частей, покрывающихъ эти отростки (сѣдалищные бугры), уменьшается на одинъ слой, но съ другой стороны ни кожа, которая здѣсь очень толста, ни подкожный жирный слой этимъ нисколько не утончаются». Въ своихъ измѣреніяхъ по способу *Breisk*'аго мы, какъ это указали выше, помѣщали изслѣдуемую не совсѣмъ такъ какъ *Breisk*'у, (поднятый крестецъ, бедра нѣсколько раздвинуты и стоятъ на кровати), а въ спинно-ягодичномъ положеніи съ приподнятымъ крестцомъ. Тѣмъ не менѣе въ нашихъ контрольныхъ изслѣдованіяхъ на трупахъ, о чемъ будетъ рѣчь ниже, мы могли, убѣдиться, что и при спинно-ягодичномъ положеніи *m.*

gluteus отходить кнаружи, кожа, покрывающая ягодичы, растягивается, а между нею и сѣдалищными буграми, кромѣ фасцій, оказывается лишь большее или меньшее количество (смотря, конечно, по степени упитанности и индивидуальности больной) жировой ткани, представляющей къ тому растянутой, уточненной, благодаря давленію на нее нѣсколько напряженной кожи³³⁾.

Отсюда слѣдуетъ, что для болѣе точнаго опредѣленія поперечника выхода по *Breisk'*ому спинно-ягодичное положеніе изслѣдуемой съ приподнятымъ крестцомъ представляетъ больше выгоды.

Мнѣніе *Гарфункеля* о способѣ *Breisk'*аго нами уже сообщено: всѣ измѣренія *Гарфункеля* сдѣланы съ помощью этого метода и первое положеніе диссертаци: «Наружный инструментальный способъ, усовершенствованный *Брейскимъ*—единственно годный для измѣренія выхода таза», достаточно, полагаемъ, краснорѣчиво говоритъ о взглядѣ автора и позволяетъ намъ удержаться отъ дальнѣйшихъ по этому поводу разсужденій.

Это первое положеніе, рекомендуя способъ *Breisk'*аго «единственно годнымъ», говоритъ, такимъ образомъ, что всѣ остальные способы какъ-бы негодны для опредѣленія поперечника выхода. Среди нихъ находится и интересующій насъ способъ *Schroeder'a*.

Къ сожалѣнію, изъ диссертаци *Гарфункеля* намъ въ подробности не видно, какимъ образомъ и много ли разъ пытался онъ примѣнить этотъ способъ; смерть же, унесшая преждевременно этого почтеннаго дѣятеля, лишаетъ насъ окончательно надежды получить въ этомъ отношеніи какія либо свѣдѣнія.

Остается довольствоваться диссертацией, въ которой мы, между прочимъ, читаемъ слѣдующее: «На основаніи нашихъ изслѣдованій мы не можемъ согласиться съ предположеніемъ *Шредера*, которому «кажется», что измѣреніе поперечнаго діаметра было бы проще и также вѣрно, если отмѣчать на кожѣ мѣста положенія бугровъ и разстоянія между ними

³³⁾ Во избѣжаніе сильнаго натяженія кожи, которое необходимо появляется, если у женщины, лежащей на спинѣ и имѣющей подъ крестцомъ подкладное судно, пригнуть бедра къ животу и отвести ихъ другъ отъ друга, мы приподнимали обѣими руками ягодичы больной и устраняли такимъ образомъ ущемленные судномъ общіе покровы.

измѣрять циркулемъ. Благодаря этой поправкѣ, способъ *Брейскаго* немного выигралъ бы по отношенію къ простотѣ, но за то значительно потерялъ бы въ точности. Дѣло въ томъ, что сѣдалищные бугры слишкомъ широки и образуютъ гладкую выпуклую поверхность, на которой нѣтъ опредѣленной точки для приставленія пуговки циркуля.

Въ этомъ же смыслѣ говорить объ нихъ *Michaelis*, который считаетъ бугры несовсѣмъ удобными для измѣренія поперечнаго размѣра выхода. Прикладывая къ буграмъ пуговки циркуля, мы всегда захватываемъ между послѣдними и часть толщины бугровъ и, понятно, размѣръ этой толщины будетъ въ зависимости отъ положенія точекъ, къ которымъ приставлены пуговки; но такъ какъ точки эти на гладкой поверхности бугровъ совершенно произвольны, то результаты подобныхъ измѣреній не могутъ отличаться точностью. И дѣйствительно, повторныя измѣренія по способу *Шредера* на одномъ и томъ же трупѣ давали намъ различные результаты. Мы также неоднократно сравнивали между собою результаты измѣренія, сдѣланнаго по способу *Шредера*, съ дѣйствительнымъ разстояніемъ между внутренними краями бугровъ. При этомъ мы находили, что первый всегда значительно превышаетъ послѣднее «(дисс., стр. 23)».

Мы позволили себѣ привести эту длинную цитату для того, чтобы показать къ какимъ послѣдствіямъ приводитъ неясно сказанная фраза. Какъ мы уже говорили выше, описаніе *Schroeder*'омъ своего приема, гдѣ туманно говорится лишь о «положеніи» сѣдалищныхъ бугровъ, безъ точнаго указанія на опредѣленные пункты этихъ бугровъ, дало возможность различнымъ авторамъ по своему описывать точки приложенія пуговокъ циркуля при измѣреніи поперечника выхода по *Schroeder*'у. Таже неясность описанія ввела въ заблужденіе и *Гаффункеля*. Несомнѣнно, что такъ какъ (по нашимъ измѣреніямъ) ширина сѣдалищнаго бугра равна 1,5—2 см., то, приставляя пуговки циркуля къ *любой* точкѣ бугровъ, можно получить размѣры различающіеся другъ отъ друга на величину до 4 сантиметровъ. Несомнѣнно и то, что прикладываніе пуговокъ тазомѣра по *Breisk*'ому, къ внутреннимъ краямъ сѣдалищныхъ бугровъ, дастъ размѣръ меньшій, чѣмъ приклады-

ваніе пуговокъ къ основаніямъ (нижней поверхности) сѣдалищныхъ бугровъ на ихъ протяженіи и эта разница будетъ тѣмъ ощутительнѣе, чѣмъ ближе къ наружному краю бугровъ будутъ приставлены пуговицы циркуля.

Остается только сожалѣть, что *Гарфункель* въ своей повѣркѣ способа *Schroeder*'а, не выбралъ по своему усмотрѣнію какую нибудь одну, разъ навсегда опредѣленную точку на буграхъ и не произвелъ ряда сравнительныхъ изслѣдованій способовъ *Schroeder*'а и *Breisk*'аго, изслѣдованій, которыя, въ виду богатаго матеріала, находившагося въ распоряженіи *Гарфункеля*, должны были бы дать интересный и серьезный результатъ.

Нашей работой мы сдѣлали попытку пополнить и этотъ пробѣлъ въ изслѣдованіяхъ *Гарфункеля*. О томъ какіе результаты получились у насъ при этомъ, поговоримъ ниже.

Намъ предстоитъ теперь сдѣлать описаніе того приѣма, которымъ мы пользовались при опредѣленіи прямого размѣра выхода таза. Мы уже говорили раньше, что за прямой размѣръ выхода таза мы брали собственно прямой размѣръ узкой части полости таза. Согласно съ указаніями *Breisk*'аго мы опредѣляли прямой размѣръ выхода слѣдующимъ образомъ.

Измѣреніе производится обыкновенно при пустомъ пузырьѣ и при опорожненной прямой кишкѣ, хотя обстоятельство это въ сущности и не играетъ большой роли. Измѣряемая лежитъ на лѣвомъ боку, лѣвая нижняя конечность согнута и приведена къ животу, правая вытянута. Помощница беретъ между двумя пальцами правой руки пуговку одной вѣтви (правой) циркуля *Osiander*'а и подъ руководствомъ пальцевъ лѣвой руки помѣщаетъ подъ симфизъ пуговку довольно плотно, предварительно осторожно отодвинувъ на право какъ возвышеніе клитора, такъ и бугорокъ мочеиспускательнаго канала. Точкой приложенія пуговицы циркуля выбирается передній край нижней поверхности лоннаго сращенія съ тѣмъ условіемъ, чтобы пуговка находилась какъ разъ на уровнѣ передней губы (на остромъ краю *l. arcuati*) этой поверхности и во всякомъ случаѣ не выстояла впереди *lig. arcuati*. Одновременно съ установкой правой вѣтви циркуля подъ лонной дугой, другая, лѣвая вѣтвь помѣщается снаружи на кожѣ, на мѣстѣ соответствующемъ крестцово-копчиковому

сочлененію. Необходимо точно констатировать это сочлененіе. Съ этою цѣлью, обильно смазавъ указательный палецъ правой руки вазелиномъ, я ввожу его въ прямую кишку, дохожу до верхушки (рожка) крестца и между указательнымъ и большимъ пальцами той же правой руки опредѣляю и захватываю крестцово-копчиковое сочлененіе. Что я имѣю дѣло именно съ сочлененіемъ, а не другимъ какимъ либо выступомъ на внутренней поверхности крестца или копчика,—это констатируется съ несомнѣнною отчетливостью, благодаря подвижности сочлененія крестца съ копчикомъ. Стоитъ подвигать между двухъ пальцевъ копчикъ, какъ мѣсто соприкосновенія его съ неподвижнымъ крестцомъ станетъ внѣ всякихъ сомнѣній. Случаи полного анкилоза копчиково-крестцового сочлененія слѣдуетъ отнести къ явленіямъ исключительнымъ. Но даже и въ этихъ случаяхъ узловатое утолщеніе, бугроватый выступъ на нижней части крестца, соотвѣтствующій аномально — неподвижному сочлененію крестца съ копчикомъ, представляется настолько характернымъ, что трудно смѣшать его съ костными выступами, нерѣдко находящимися на мѣстахъ сращенія крестцовыхъ или копчиковыхъ позвонковъ.

Опредѣливъ съ точностью сочлененіе крестца съ копчикомъ, которое и на наружной своей поверхности подъ общими покровами представляется хорошо констатируемымъ выступомъ (у худощавыхъ даже видимымъ на глазъ), мы приставляемъ пуговку лѣвой вѣтви тазомѣра и по скалѣ циркуля отмѣчаемъ найденное нами разстояніе между пуговками циркуля.

Обычно измѣреніе прямого размѣра, въ томъ видѣ какъ это нами только что описано, не представляетъ никакой болѣзненности для изслѣдуемой. Даже у очень нѣжныхъ и нервныхъ особъ мы измѣряли прямой размѣръ безо всякой съ ихъ стороны жалобы. Въ отдѣльнымъ случаяхъ, а именно при повышенной чувствительности области клитора и мочеиспускательнаго канала, что имѣетъ иногда мѣсто у родильницъ съ истощенной или чрезмѣрно возбудимой нервной системой, равно какъ у тѣхъ, у которыхъ получились небольшія, но болѣзненные трещины верхней части входа во влагалище, во всѣхъ этихъ случаяхъ помѣщеніе пуговки циркуля подъ лономъ вызываетъ небольшое, быстро, впрочемъ, исчезающее чувство боли. Но и этой болѣз-

ненности можно избѣгать, если смазать область клитора и мочеиспускательнаго канала вазелиномъ и при введеніи пюговки во влагалище осторожно отодвинуть въ сторону возвышеніе клитора и бугорокъ мочеиспускательнаго канала.

У нѣкоторыхъ беременныхъ и, особенно, у родильницъ (чаще всего у М-рагае) бываетъ иногда столь сильное припуханіе геморроидальныхъ венъ въ области заднепроходнаго отверстія и нижней части прямой кишки, что введеніе въ нее пальца вызываетъ непріятное чувство. Но и здѣсь, при помощи вазелина и осторожности, можно парализовать это маленькое зло. При навыкѣ измѣреніе прямого размѣра дѣлается быстро и — повторяемъ — какъ правило, совершенно безболѣзненно.

Изъ изложеннаго видно, что сравнительно съ типичнымъ способомъ опредѣленія прямого размѣра выхода по *Breisk'*ому, нами сдѣлано лишь одно отклоненіе, а именно, что измѣреніе производится не однимъ лицомъ, какъ у *Breisk'*аго и *Гарфункеля*, а двумя, что, по нашему мнѣнію, значительно способствуетъ успѣху примѣненія метода, дѣлая его легкимъ на практикѣ и обезпечивая, такимъ образомъ, правильность его результатовъ.

Покончивъ, такимъ образомъ, съ описательной стороной методовъ измѣренія выхода, примѣненныхъ нами на нашемъ живомъ матеріалѣ, мы позволимъ себѣ, наконецъ, перейти къ изложенію самыхъ результатовъ, полученныхъ при помощи сказанныхъ методовъ.

Весь нашъ клиническій матеріалъ мы раздѣляемъ на двѣ большія группы: 1) случаи нормальнаго таза и 2) случаи тазовъ узкихъ. Изъ боязни черезъ чуръ растянуть рамки нашей работы, мы, относительно, первой группы нашего матеріала, ограничимся приведеніемъ лишь, исключительно, среднихъ цифръ и группировкой ихъ съ тою или иною цѣлью. Для одной изъ основныхъ нашихъ цѣлей, именно, для выработки приблизительной нормы размѣровъ выхода русекой женщины, равно какъ и возможныхъ колебаній этой нормы, такой приѣмъ нашъ будетъ, какъ думаемъ, имѣть *raison d'être*, не оставляя въ то же время ничего не досказаннымъ.

Иное дѣло узкіе тазы. Почти каждый случай родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ, имѣетъ свою особенность, свою клиническую индивидуальность. Мало указать на среднія вели-

чины выхода въ узкихъ тазвахъ, надо перечислить подробно всѣ случаи, надо поставить рядомъ съ цифровыми данными касающимися таза, цифровыя данныя какъ относящіяся къ продолжительности родовъ, такъ и размѣрамъ рожденного младенца. Кромѣ того, сопоставленіе рядомъ со всѣми этими данными свѣдѣній анамнеза должно и со своей стороны представлять немаловажный интересъ. Этимъ объясняется, почему мы взяли на себя смѣлость представить вниманію читателя подробныя таблицы нашихъ узкихъ тазовъ.

Нормальные тазы.

Всѣхъ нормальныхъ тазовъ, къ которымъ были примѣнены наши измѣренія, было у насъ 276. Располагая измѣренныхъ женщинъ по губерніямъ, мы видимъ, что на долю уроженокъ Петербургской губерніи приходится наибольшее число, а именно 64 или 23,18⁰/₀; затѣмъ слѣдуютъ по численности уроженки Тверской губ., въ количествѣ 43 человекъ (15,57⁰/₀), Новгородской 40 чел. (14,49⁰/₀), Псковской 21 чел. (7,61⁰/₀), Вологодской и Архангельской по 10 чел. (3,62⁰/₀), Смоленской и Костромской по 9 чел. (3,26⁰/₀), Рязанской и Ярославской по 8 чел. (2,89⁰/₀), Московской 7 чел. (2,53⁰/₀), Виленской 5 чел. (1,81⁰/₀), Витебской 4 чел. (1,41⁰/₀), и остальное число изъ самыхъ разнообразныхъ губерній Россіи. Изъ представительницъ не русскаго происхожденія было 13 изъ Финляндіи, 2 изъ Эстляндіи и 1 изъ Пруссіи, что составляетъ 16 человекъ или 5,8⁰/₀ общаго числа измѣренныхъ женщинъ. Полагаемъ, что при такомъ незначительномъ числѣ чуждаго элемента, результаты, полученные нами съ измѣреніемъ таза, безъ особой погрѣшности характеризуютъ собой тазъ русской женщины.

Полученныя нами при измѣреніи нормальныхъ тазовъ среднія арифметическія величины представляются въ слѣдующемъ видѣ:

Distantia spinarum	=	22,9808
» cristarum	=	25,8217
» intertrochanterica	=	30,4773
» conjugata externa	=	18,9085
Выходъ: diam. rectum spurium	=	13,6098
» » transversum spurium:		
» » » (по <i>Schroeder</i> 'у)	=	9,82664
» » » (по <i>Breisk</i> 'ому)	=	8,8245

Для того, чтобы полученные нами средня ариѳметическія представлялись бы возможно болѣе точными, мы примѣнили къ нимъ формулы *Stied'*ы, опредѣляющія какъ предѣлъ колебанія полученной средней ариѳметической, такъ и ту степень точности, съ которой эта средняя величина опредѣлена. Изъ русскихъ авторовъ этими формулами воспользовались *Г. К. Рунге* ³⁴⁾ и *Рымша* ³⁵⁾.

Считая, что примѣненіе этихъ формулъ *Stied'*ы является какъ бы обязательнымъ для всякаго, кто работаетъ надъ опредѣленіемъ среднихъ размѣровъ таза вообще и имѣя въ виду, что подробное описаніе и толкованіе этихъ формулъ на русскомъ языкѣ помѣщено лишь въ диссертациі доктора *Г. К. Рунге*, которая быть можетъ не всѣмъ доступна, я позволилъ себѣ привести часть перевода статьи *Stied'*ы (*L. Stieda*—«Ueber die Anwendung der Wahrscheinlichkeitsrechnung in der antropologischen Statistik. Arch. f. Anthropologie, XIV Bd., 1883), помѣщенного въ диссертациі доктора *Рунге*:

„Если среднюю ариѳметическую *M*, полученную изъ очень большаго ряда измѣреній индивидуумовъ, принадлежащихъ одной и той же расѣ или группѣ, назвать типомъ этой расы, то примѣненіе теоріи вѣроятности основывается на слѣдующихъ предположеніяхъ:

- 1) Одинаковья отклоненія отъ типа въ ту или другую сторону одинаково вѣроятны.
- 2) Менѣе значительное отклоненіе вѣроятнѣе болѣе значительнаго отклоненія.
- 3) Существуетъ высшій предѣлъ, котораго числовое выраженіе отклоненія переступить не можетъ.

На основаніи этихъ предположеній можно помощью формулы:

$$r = 0,6745 \sqrt{\frac{Sd^2}{n-1}} \dots \dots \dots (1)$$

опредѣлить величину *r*. Величина *r* имѣетъ такое свойство, что отклоненіе болѣе значительное, чѣмъ $= r$, настолько же вѣроятно, какъ и отклоненіе менѣе значительное, чѣмъ *r*, или другими словами: въ извѣстномъ ряду измѣреній, къ которому приложимъ вышеобозначенныя предположенія, встрѣчается столько же отклоненій, которыя больше *r*, какъ и такія, которыя меньше *r*.

Въ этой формулѣ обозначаютъ:

d = Отклоненіе (разность) отдѣльнаго измѣренія отъ *M*.

*d*² = Квадратъ разности.

S = Сумма всѣхъ квадратовъ разности.

n = Число отдѣльныхъ измѣреній.

³⁴⁾ *Рунге*, 1. с.

³⁵⁾ *Рымша*, 1. с., стр. 118, и сл.

Приведенная формула (1) ведетъ однако, если n велико, къ очень продолжительнымъ вычислениямъ. Въ такихъ случаяхъ целесообразнѣе пользоваться другой формулой:

$$r = 0,8453 \frac{Sd}{n} \dots \dots \dots (2)$$

Формула указываетъ, что нужно сложить отклоненія всѣхъ отдѣльных членовъ цифроваго ряда отъ средней цифры, не обращая вниманія на то, будутъ-ли эти отклоненія отрицательны или положительны, затѣмъ сумму отклоненій Sd раздѣлить на число измѣреній n и наконецъ помножить полученное число на всегда постоянное выраженіе 0,8453, чтобы получить r .

Здѣсь же замѣчу, что $\frac{Sd}{n}$ есть ничто иное, какъ экспонентъ колебанія (Oscillationsexponent), на котораго указалъ *Jhering*, по примѣру статистиковъ.

Упомянутая формула (2) впрочемъ только приближительна, и ею можно пользоваться только тогда, когда число измѣреній мало, по крайней мѣрѣ 10 или больше. При небольшихъ цифровыхъ рядахъ, лучше пользоваться формулой (1), которая тогда также не очень затрудняетъ дѣла. Какимъ же образомъ можно воспользоваться величиною r ? Какъ уже было сказано выше, при антропологическихъ изслѣдованіяхъ обыкновенно довольствуются обозначеніемъ средней величины съ прибавленіемъ maximum и minimum'a.

Если же вычислены сперва M , а затѣмъ и r , то можно опредѣлить, принимая во вниманіе вышеупомянутое предположеніе, $M + r$ и $M - r$. Число r есть показатель колебанія извѣстнаго ряда. *Lexis* называетъ это число „вѣроятнымъ отклоненіемъ“, $\frac{Sd}{n}$ же среднимъ отклоненіемъ.

$M + r$ и $M - r$ представляютъ границы, между которыми находится одна половина отдѣльных членовъ извѣстнаго ряда, между тѣмъ какъ другая половина находится внѣ этихъ границъ.

Наконецъ, можно еще воспользоваться величиною r для опредѣленія точности средней величины M по формулѣ:

$$R = \frac{r}{\sqrt{n}} \dots \dots \dots (3)$$

Если мы изъ одного ряда A получили среднюю величину M , то R намъ указываетъ предѣлы колебанія послѣдней, т. е. тѣ границы, между которыми колеблется настоящая средняя величина. И здѣсь значитъ, необходимо опредѣлить $M \pm R$. R намъ указываетъ степень точности нашихъ измѣреній, оно имѣетъ такое же значеніе для средней величины M , какъ r для каждаго отдѣльнаго измѣренія того же ряда. Если опредѣлены M , r и R для извѣстнаго ряда цифръ, то пишутъ $M \pm R$; $r =$

Предположивъ, что въ измѣренныхъ индивидуумахъ существуетъ извѣстный типъ, упомянутыми величинами можно воспользоваться для опредѣленія этого типа и его колебаній ($M \pm r$) и для контроля средней величины ($M \pm R$)“.

Примѣняя къ полученнымъ нами среднимъ ариѳметическимъ формулы:

$$r = 0,8453 \frac{Sd}{n} \text{ и } R = \frac{r}{\sqrt{n}}$$

равно какъ выраженія $M \pm r$ и $M \pm R$, мы получили цѣлый рядъ специальныхъ данныхъ. Сопоставляя эти данныя съ другими данными по измѣренію нормальнаго таза (съ мягкими частями), приведенными въ работѣ доктора *Рымина*, мы получаемъ нижеслѣдующую таблицу II.

Сравнивая между собою данныя, изображенныя на этой таблицѣ, мы видимъ, что данныя, полученныя нами, представляютъ размѣры таза нѣсколько меньшими, чѣмъ у другихъ авторовъ. Всего болѣе наши данныя приближаются къ размѣрамъ, полученнымъ *Schroeter*'омъ⁸⁹⁾ для польскихъ женщинъ. Самое большое отлічіе нашихъ размѣровъ отъ другихъ сказывается въ данныхъ, относящихся къ *d. cristarum*. Это обстоятельство несомнѣнно зависѣло отъ того, что мы, для опредѣленія *d. cristarum*, принимали разстояніе между *среднею* губою гребня (*lab. media cristarum*) съ одной и другой стороны, а не между *наружными* губами, какъ это дѣлали другіе авторы. Что же касается до ложнаго прямого размѣра выхода, то мы получили его большимъ чѣмъ, *Гарфункель*, а именно 13,61 с., вмѣсто 12,3 с.; въ тоже время нашъ ложный поперечникъ выхода, измѣренный по *Breisk*'ому (8,82 с.) меньше поперечника *Гарфункеля* (9,3 с.). Но истинный поперечникъ нашъ и *Гарфункеля* почти совпадаютъ (10,28 и 10,8). Поперечный размѣръ выхода таза, измѣренный по *Schroeder*'у, у насъ получился равнымъ 9,83. У другихъ авторовъ этого размѣра совсѣмъ нѣтъ.

Примѣняя къ полученнымъ нами даннымъ размѣра выхода выраженія $M \pm r$ и $M \pm R$ (см. выше), получаемъ для нормальнаго таза слѣдующія точныя опредѣленія размѣровъ выхода:

Прямой выхода —	13,61 ± 0,80 = 14,48 и 12,81 с.
	13,61 ± 0,05 = 13,66 и 10,56 с.
Поперечникъ, измѣренный по <i>Breisk</i> 'ому —	8,82 ± 0,52 = 9,34 и 8,30 с.
	8,82 ± 0,06 = 8,86 и 8,76 с.
Поперечникъ, измѣренный по <i>Schroeder</i> 'у —	9,83 ± 0,64 = 10,47 и 9,19 с.
	9,83 ± 0,03 = 9,86 и 9,80 с.

⁸⁹⁾ *Schroeter*. Antropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen. Diss. Dorpat. 1884.

Т А Б Л И Ц А П.

Данные измереній на живыхъ нормального таза съ мягкими частями.

Кто производилъ измѣренія.	Число случаевъ.	Distantia spinarum.	Distantia cristarum.	Distantia intertroch.	Conj. externa.	Прямой выхода.	ПОПЕРЕЧНЫЙ ВЫХОДА.	
							по Breisk'ому.	по Schroeder'y
<i>P. Schroeter</i> (Варшава).	64	23,1 ± 0,11 <i>r</i> = ± 0,95	27,2 ± 0,10 <i>r</i> = ± 0,84	31,1 ± 0,12 <i>r</i> = ± 0,97	18,7 ± 0,08 <i>r</i> = ± 0,70	—	—	—
<i>Филатовъ</i> (Москва).	197	23,7	27,5	—	19,4	9,8 (vera)	—	—
<i>А. Рышя</i> (С.-Петербургъ).	363	24,5 ± 0,05 <i>r</i> = ± 0,86	27,7 ± 0,05 <i>r</i> = ± 0,87	31,0 ± 0,04 <i>r</i> = ± 0,73	19,1 ± 0,03 <i>r</i> = ± 0,66	—	8,183 (verum=9,683) ³⁶⁾	—
<i>Гарфункель</i> (С.-Петербургъ).	90	25,2	28,3	30,6	19,7	12,3 (vera 10,8) ³⁶⁾	9,3 (verum 10,8) ³⁶⁾	—
<i>Массенъ</i> (С.-Петербургъ).	276	22,98 ± 0,05 <i>r</i> = ± 0,85	25,83 ± 0,04 <i>r</i> = ± 0,87	30,48 ± 0,04 <i>r</i> = ± 0,78	18,9 ± 0,03 <i>r</i> = ± 0,5332	13,61 ± 0,05 <i>r</i> = 0,8004 vera = 12,585 ³⁷⁾	8,82 ± 0,06 <i>r</i> = 0,5209 verum = 10,28 ³⁸⁾	9,83 ± 0,03 <i>r</i> = 0,6444

³⁶⁾ Вычисленіе vera изъ sruvia, по *Гарфункелю*, т. е. путемъ прибавленія или отнятія 1,5 стм.

³⁷⁾ Истинный размѣръ полученъ изъ ложнаго путемъ вычета 1,025 с. (см. ниже).

³⁸⁾ Тоже путемъ считыванья 1,36 с.

Таково точное опредѣленіе какъ предѣла колебаній средняго размѣра выхода, такъ и той степени точности, съ какой этотъ средній размѣръ опредѣленъ. На этомъ мы временно поканчиваемъ съ нормальнымъ тазомъ и приступаемъ къ изложенію матерьяла и выводовъ изъ измѣреній, относящихся къ узкому тазу.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 8.

Засѣданіе 22-го декабря 1894 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали: почетный членъ *А. Я. Крассовскій*, 30 членовъ Баскинъ, Бутчикъ, Вастенъ, Вертеръ, Верцинскій, Виридарскій, Гессъ, Даниловичъ, Димантъ, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Змигородскій, Какушкинъ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массенъ, Мацѣевскій, Поршняковъ, Рачинскій, Рутковскій, Рымша, Савченко, Салмановъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Франкъ, Чагинъ, Черневскій и 12 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 7.

2) *В. Н. Массенъ* показаль *вырѣзанную имъ*, въ клиникѣ *К. Ф. Славянскаго*, довольно плотную кисту яичника, съ кулакъ взрослога человѣка, *выполненную жиромъ, смѣшаннымъ съ съ волосами*. Внутренняя поверхность кисты повсюду гладка и блестяща; только въ одномъ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ снаружи ножкѣ опухоли, находится небольшой, съ вишню, бугорокъ, оказавшійся при микроскопическомъ изслѣдованіи *жировикомъ*. Одни срѣзы внутренней поверхности кисты дали подъ микроскопомъ картину строенія кожи (многослойный плоскій эпителий, сосочки *Malpighi*'ева слоя, желѣзистые эле-

менты и пр.); другіе же (изъ другихъ мѣсть) показали богатую молодыми клѣточными элементами и сосудами фиброзную ткань, покрытую цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ. Такое строеніе кисты даетъ, по мнѣнію докладчика, право отнести ее, сообразно съ указаніями *Orth'a* (*Lehrbuch der speciellen Anatomie*, т. II, отдѣлъ I, стр. 590 и 591), къ разряду тѣхъ дермоидовъ, въ стѣнкѣ которыхъ развиваются дочернія кистовидныя образованія изъ одного изъ желѣзистыхъ элементовъ кожи, — всего вѣроятнѣе, изъ потовой клубочковой железы.

На замѣчаніе *Д. О. Отта*, что данную опухоль, скорѣе можно отнести къ разряду *тератомъ*, *В. Н. Массенъ* возразилъ, что въ пользу послѣдней опухоли, могло бы говорить лишь присутствіе мерцательнаго эпителия, но ему, *Массену*, это обстоятельство не представляется достаточнымъ, для распознаванія тератомы. Обществу были показаны и микроскопическіе препараты.

3) *А. А. Драницынъ* (изъ клиники *Д. О. Отта*) показалъ слѣдующіе препараты: а) *правую беременную трубу*. 34-лѣтняя женщина, всегда правильно носившая мѣсячныя, обратилась въ клинику съ жалобами на боли въ животѣ. Ожидавшееся къ $\frac{1}{2}$ іюня мѣсячное не пришло. Въ концѣ же іюля внезапно появились сильныя схваткообразныя боли внутри живота и обморочное состояніе; въ тоже время показалось небольшое истеченіе крови изъ половыхъ путей, продолжавшееся, однако, недѣли 3. Больная пролежала въ постели $1\frac{1}{2}$ мѣсяца. Послѣ этого мѣсячныя опять приняли почти нормальный типъ: черезъ $3\frac{1}{2}$ недѣли, по 3 дня. Внизу живота — твердая опухоль, доходящая до пупка; справа отъ нея — тяжъ, шедшій какъ бы отъ матки, снизу вверхъ и внутрь, и напоминавшій нѣсколько круглую связку; слѣва также тяжъ, но болѣе горизонтальный. При двуручномъ изслѣдованіи: матка — клереди и немного вправо; отъ праваго рога ея идетъ вышеупомянутый тяжъ, соединяющій матку съ опухолью; нижній отрѣзокъ послѣдней занимаетъ *Douglas'*ово пространство и оба свода. Опухоль неподвижна, болѣзненна, упруга. Длина полости матки 10 см. Пробное выскабливаніе дало децидуальную ткань въ различныхъ періодахъ развитія; пробный проколъ въ 1-й разъ далъ старую кровь, а во 2-й — свѣтлую жидкость. Послѣ вскрытія брюшной полости и нарушенія сращеній оказалось, что протиснувавшійся справа тяжъ была труба, расширенный наруж-

ный конецъ которой представлялъ опухоль. Содержимое послѣдней—старая кровь (жидкая и сгустками). Микроскопическое изслѣдованіе не обнаружило ни ворсинъ, ни децидуальныхъ клѣточекъ, но показало мышечное строеніе стѣнки опухоли. Лѣвый яичникъ, представлявшій кисту, съ куриное яйцо, удаленъ; удалена и измѣненная лѣвая труба. Больная поправилась. б) *Фиброміому матки*. Больная 35 лѣтъ, 6 лѣтъ назадъ замѣтила опухоль внизу живота, мѣсячныя стали приходиться чаще, обильнѣе и продолжительнѣе. Внизу живота—плотная, мало подвижная опухоль, съ голову взрослога человѣка, несомнѣнно связанная съ маткой; дно послѣдней увеличено, а длина полости равна лишь 8 см. Слѣва—другая, упругая опухоль, съ апельсинъ: киста. Послѣ вскрытія брюшной полости оказалось, что опухоль исходила изъ дна матки, съ которой соединялась широкой, мягкой ножкой. По наложеніи жгута на матку, ножка перерѣзана въ основаніи. На рану наложена 2 ряда швовъ: внутренній, матрацный, на ткань матки и наружный, узловатый, соединявшій брюшину. Находившійся слѣва другой фиброидъ, съ яйце, вылуцены. Кромѣ того, вылуцены еще нѣсколько фиброидовъ различной величины. Такимъ образомъ, операція произведена сохраняющимъ образомъ и безъ вскрытія полости матки. Больная поправилась. в) *Вырѣзанную черезъ влагалище пораженную ракомъ матку*. Операція была значительно затруднена, вслѣдствіе большой величины матки и воспалительныхъ измѣненій въ связкахъ. Больная поправилась.

4) *Г. П. Серезжниковъ* (изъ Повивальнаго Иститута) показалъ: а) *беременную трубу* и б) *вырѣзанную черезъ влагалище кускованіемъ фиброматозно-перерожденную матку*. Обѣ больныя поправились.

5) *Э. Ф. Черневскій* сдѣлалъ *нѣсколько замѣчаній объ акушерскихъ щипцахъ*. (Докладъ этотъ напечатанъ въ «Журналѣ Акуш. и Женск. болѣзней: январь, 1895 г.).

В. Н. Массенъ сказалъ, что онъ относительно щипцовъ, всецѣло присоединяется къ докладчику. Наложение щипцовъ высокихъ и полостныхъ, особенно при узкихъ тазахъ, онъ считаетъ довольно тяжелой, по своимъ послѣдствіямъ, операціей, какъ для матери, такъ и для плода. То обстоятельство, что у различныхъ акушеровъ, % наложенія щипцовъ представляетъ большія различія, говоритъ за то, что частота этой операціи въ практикѣ, зависитъ отъ личнаго взгляда акушера на

неизбѣжность ея примѣненія. Несомнѣнно, что, *терпѣливо выжидая*, можно во многихъ случаяхъ обходиться безъ щипцовъ. Далѣе, щипцы могутъ быть замѣнены и другими, менѣе тяжелыми по своимъ послѣдствіямъ, родоразрѣшающими приѣмами, а, въ частности, такъ называемые высокіе щипцы при узкомъ тазѣ, могутъ быть замѣнены поворотомъ на ножку. На 178 случаевъ узкаго таза, которые *Массенъ* наблюдалъ въ теченіи послѣдняго года, онъ прибѣгнулъ къ наложенію щипцовъ всего 6 разъ, при чемъ во всѣхъ случаяхъ, щипцы были выходныя. Если вспомнить, что послѣ родовое время послѣ наложенія щипцовъ, протекаетъ хуже, чѣмъ послѣ нормальныхъ родовъ, что много чаще, чѣмъ обыкновенно, получаютъ (особенно у перво-роженницъ) разрывы нижней части полового канала, требующіе новой операціи, что получаютъ поврежденія головки плода и пр., то нельзя не высказать пожеланія, чтобы щипцы примѣнялись на практикѣ все рѣже и рѣже.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что все сказанное относительно щипцовъ *Э. Ф. Черневскимъ* и *В. Н. Массеномъ* не представляетъ ничего новаго; все это изложено уже въ учебникахъ акушерства (*Ahlfeld, Runge, Феломеновъ* и др.), предостерегающихъ отъ наложенія высокыхъ (атипическихъ) щипцовъ въ особенности при узкомъ тазѣ. Не говоря уже о тяжкихъ, иногда смертельныхъ, поврежденіяхъ, наносимыхъ матери и плоду, даже и плоды, извлеченные живыми и по видимому, здоровыми, въ дальнѣйшемъ теченіи своей жизни подвергаются различнымъ опасностямъ и, въ частности напр., опасности заболѣть падучей и душевными заболѣваніями; послѣднее не невѣроятно, судя по нѣкоторымъ, правда единичнымъ наблюденіямъ. Акушерская наука, на почвѣ многочисленныхъ клиническихъ данныхъ, выработала уже извѣстныя показанія и условія для наложенія имѣющихся у насъ теперь щипцовъ. Разногласія во взглядахъ акушеровъ на щипцы завязать отъ того, какъ строго они придерживаются выработанныхъ для примѣненія ихъ условій: щипцы, дѣйствительно, полезны лишь тогда, когда ихъ накладываютъ на головку, стоящую, какъ выражаются нѣмцы, *Zangenrecht* (типическіе щипцы), т. е., тогда, когда головка стоитъ уже низко въ полости таза. При подобныхъ обстоятельствахъ щипцы—дѣйствительно разумное и благодѣтельное пособіе.

Если же ихъ накладывать на высоко (подвижно) стоящую головку, какъ это дѣлали нѣкоторые французскіе акушеры, то нечего и удивляться плачевнымъ результатамъ: они давно уже извѣстны и описаны въ литературѣ. При томъ, поступать такимъ образомъ—значитъ совершенно смѣшивать показанія для поворота и щипцовъ. Вотъ, почему, *Личкусъ* и удивляется заявленію д-ра *Массена*, что онъ считаетъ возможнымъ при узкомъ тазѣ *замѣнить* щипцы поворотомъ. По мнѣнію *Личкуса*, въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ возможенъ поворотъ, не можетъ быть и рѣчи о щипцахъ.

В. Н. Массенъ возразилъ, что бываютъ такіе случаи (при узкихъ тазахъ), въ которыхъ не знаешь, что предпринять: сдѣлать ли поворотъ, или наложить щипцы; это бываетъ тогда, когда при изслѣдованіи роженицы *безъ наркоза* мы находимъ предлагающую головку, стоящей *неподвижно* во входѣ. Казалось бы, что при этомъ даны условія для наложенія щипцовъ. Но при *глубокомъ наркозѣ* роженицы оказывается,

что головка может быть довольно легко выведена из входа въ тазъ и даже значительно отведена отъ входа кверху. Въ такихъ случаяхъ поворотъ увѣнчивается успѣхомъ и для матери, и для плода. Разумѣется, *Массенъ* не противникъ щипцовъ, во чтобы то ни стало, но онъ убѣжденъ, что въ значительномъ количествѣ случаевъ щипцы накладываются безъ достаточныхъ оснований, и что наложеніе ихъ представляетъ собою кровавую операцію, которая едва ли имѣетъ право называться „благодѣтельной“.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что и поворотъ, и высокіе щипцы примѣняются подъ наркозомъ; слѣдовательно, затрудненіе, указываемое *Массеномъ*, само собою устраняется. Кромѣ того *Личкусъ* еще разъ подчеркнул то обстоятельство, что при узкомъ тазѣ не слѣдуетъ накладывать щипцовъ, пока головка не прошла черезъ суженный входъ. Если твердо придержививаться этого правила, т. е. иначе говоря, не накладывать щипцовъ тамъ, гдѣ ихъ не нужно накладывать, то и поводовъ для зачисленія ихъ въ рядъ „грубыхъ инструментовъ“ будетъ, по меньшей мѣрѣ, значительно меньше.

Б. А. Фраткинъ, упоминая о защитникахъ высокіхъ щипцовъ (*Nagel*, *Федоровъ* и др.), присоединился къ мнѣнію *Личкуса*, заявивъ при этомъ, что покойный *И. О. Баландинъ* еще 14—15 лѣтъ тому назадъ проводилъ тѣ же взгляды, т. е. что не слѣдуетъ накладывать щипцовъ на головку, пока она не прошла черезъ суженный входъ.

Е. Б. Димантъ замѣтилъ, что въ настоящее время щипцы не представляютъ еще совершеннаго, законченнаго инструмента. Вотъ почему возраженія противниковъ щипцовъ и стремленіе ограничить излишнее ихъ примѣненіе должны быть дѣлаемы съ осторожностью, такъ какъ, несомнѣнно, многое потеряетъ подъ собою почву съ улучшеніемъ инструмента и съ постройкой его на болѣе разумныхъ основаціяхъ.

Э. Ф. Черневскій, упоминая о большой смертности дѣтей при наложеніи щипцовъ (въ Родовспомогательномъ Заведеніи смертность одно время доходила даже до 23%) и сославшись на *Ahlfeld'a*, который тоже считаетъ наложеніе щипцовъ одной изъ самыхъ кровавыхъ операцій, замѣтилъ, что подраздѣленіе щипцовъ на типическіе и атипическіе онъ считаетъ условнымъ: накладываютъ, вѣдь, французы щипцы, сплошь и рядомъ на высоко стоящую головку.

Д. О. Оттъ высказался противъ тѣхъ ограниченій для примѣненія щипцовъ, которыя приводятся въ учебникахъ. По его мнѣнію, *jugate in verba magistri* хорошо, но для успѣха дѣла критика имѣетъ большое значеніе. Вотъ почему онъ привѣтствуетъ сообщеніе докладчика, имѣющее въ виду изобрѣтеніе такого рода щипцовъ, которые дали бы возможность расширить область ихъ примѣненія.

6) *Н. С. Каннешеръ* (изъ Повивальнаго Института) сказалъ нѣсколько словъ по вопросу о внутриматочномъ трупномъ окоченіи плода. (Докладъ этотъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней»: январь, 1895 г.).

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что вопросъ о внутриматочномъ трупномъ окоченіи, помимо, такъ сказать, его физиологической стороны, интересенъ еще и въ судебно-медицинскомъ и практически-акушерскомъ

отношеніяхъ. Въ статьѣ Feis'a (Archiv für Gynaecologie, т. XLVI, стр. 387) приводится слѣдующее весьма интересное сообщеніе Parkinson'a: въ 1869 г. одна женщина обвинялась въ дѣтубійствѣ. При изслѣдованіи, кромѣ незначительныхъ поврежденій, отмѣчено еще и трупное окоченѣніе новорожденнаго. На основаніи послѣдняго обстоятельства, экспертъ высказался въ томъ смыслѣ, что ребенокъ несомнѣнно жилъ, такъ какъ у мертворожденныхъ труднаго окоченѣнія не бываетъ. Обвиняемая все таки была оправдана. Въ доказательство того, что трупное окоченѣние можетъ имѣть извѣстное значеніе и въ акушерскомъ отношеніи, Личкусъ сослался, между прочимъ, на наблюденіе Ahlfeld'a (Lehrbuch der Geburtshilfe, стр. 294): плодъ роженицы, подвергшейся аполексіи во время родовъ и умершей непосредственно послѣ нихъ, чахотился въ состояніи трупнаго окоченѣнія. Вслѣдствіе неподатливости нижнихъ конечностей, туловищу плода при извлеченіи пришлось придать нѣсколько иное направленіе, чѣмъ это дѣлается обыкновенно.

А. И. Замининъ усматриваетъ поразительное численное несоответствіе между случаями докладчика и чрезвычайно скудными случаями въ литературѣ; докладчикъ не даетъ объясненія этому явленію, а между тѣмъ оно могло-бы нѣсколько освѣтить этотъ, все еще темный для насъ, вопросъ.

Жен.-вр. Докучевская, въ pendant къ сообщенію докладчика, рассказала слѣдующій случай: 18/xii 1894 г., ей пришлось наблюдать явленіе, нѣсколько напоминающее опытъ Stenson'a. Въ Повивальный Институтъ поступила первородящая, 40 л., беременная 8 мѣсяцевъ. По ея словамъ, у нея 17/xii утромъ вышло много крови изъ половыхъ частей. Послѣ того въ теченіи 17 и слѣдующаго дня кровотеченіе, хотя и въ небольшомъ количествѣ, все еще продолжалось. Къ вечеру, 18-го, появились сокращенія матки, и больная поступила въ Повивальный Институтъ: общее состояніе ея вполне удовлетворительное; малокровія нѣтъ. Температура и пульсъ нормальны. Отдѣленія крови нѣтъ; лишь при изслѣдованіи на пальцѣ остается небольшое количество ея. Шейка матки сглажена, зѣвъ открытъ на 2 см.; плодный пузырь вялъ. Предлежащая головка надъ входомъ. Сердцебіеніе плода слышно ясно. Родовая дѣятельность правильна. Въ теченіи 1½ часа зѣвъ раскрылся почти совсѣмъ, и, при помощи 2—3 потугъ, плодъ сталъ рождаться въ пузырьѣ. За разрывомъ пузыря плодъ тотчасъ же ролился въ глубокой асфиксіи; затѣмъ сейчасъ же вышелъ послѣдъ. При оживленіи новорожденнаго, по Schultze, замѣчено слѣдующее: при появленіи первыхъ, еще не ровныхъ и поверхностныхъ, дыханій — кожа стала покрываться красными пятнами; одновременно съ этимъ наступило столбнячное сокращеніе мышцъ всего тѣла. Ребенокъ принялъ положеніе, свойственное утробному плоду. При опусканіи туловища, ноги оставались плотно притянутыми къ животу; при попыткахъ разогнуть конечности мышцы оказывались сильно напряженными. По мѣрѣ восстановленія правильнаго дыханія, кожа стала ярко-розовою, и вышесписанное столбнячное сокращеніе мышцъ прошло; мышцы приняли плотность, свойственную живой мышцѣ.

Д. О. Оттъ, поблагодаривъ докладчика за его сообщеніе, замѣтилъ, что на его докладъ слѣдуетъ смотрѣть только, какъ на матеріаль,

могущій способствовать разрѣшенію, но, конечно, не разрѣшающій вопроса о внутриматочномъ трупномъ окоченіи плода. Съ накопленіемъ новыхъ клиническихъ и опытныхъ изслѣдованій, несомнѣнно, освѣтится и эта, пока еще темная, область.

7) *К. I. Змигродскій* заявилъ слѣдующее: «25-го октября 1890 года я обратился черезъ посредство этого уважаемаго Общества и затѣмъ разсылкою статистическихъ листковъ нашимъ представителямъ гинекологіи и акушерства съ просьбою о содѣйствіи мнѣ въ предпринимаемомъ мною *статистическомъ трудѣ о внѣматочной беременности*. Результатъ моего предпріятія быть можетъ не лишень будетъ интереса для нѣкоторыхъ товарищей, такъ напр., д-ръ *Оленинъ* (Хирургическая Лѣтопись, томъ I, книга 3-я, Москва 1891, стр. 338), замѣтилъ въ своей статьѣ «тубная беременность, чревосѣченіе съ благопріятнымъ исходомъ», что «судьба этого (моего) предположенія осталась неизвѣстной». Какова же эта *судьба*? Мною было разослано по почтѣ *болѣе сотни* статистическихъ листковъ, но получено всего только *девять* отвѣтныхъ писемъ, а именно: отъ д-ровъ *Вертера, Видемана, Сутугина* и *Хрионовича* изъ С.-Петербурга, *Агафонова* изъ Твери, *Заяицкаго* изъ Москвы, *Масалитинова* изъ Харькова, *Мыкертчянца* изъ Тифлиса и *Онуфриева* изъ Екатеринбурга.

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ искренно поблагодарить уважаемыхъ товарищей, удостоившихъ меня своимъ отвѣтомъ, но въ тоже время я не рискую дѣлать выводы на основаніи столь незначительныхъ по количеству статистическихъ данныхъ. Привожу только цифры изъ присланныхъ мнѣ писемъ: *девять* врачей въ 103 года акушерско-гинекологической практики наблюдали 34 случая внѣматочной беременности, при чемъ 1 случай ея приходится на 3 года практики, на 2317 гинекологическихъ больныхъ и 1109 маточныхъ беременностей. Это повидимому подтверждаетъ общепринятое мнѣніе, что внѣматочная беременность вовсе не такъ рѣдко встрѣчается какъ думали прежде (*Löw* — 1 внѣматочная беременность на 4 — 500,000 родовъ, или *Bandl* — 5 случаевъ на 60,000 индивидовъ, поступившихъ въ клинику *Braun'a* и *Spall'a* въ теченіе 7 лѣтъ). Пользуюсь этимъ случаемъ, чтобы *вторично обратиться* къ товарищамъ съ той просьбой, которая четыре года тому назадъ дала только 90% благопріятныхъ отвѣтовъ и прошу прилагаемыя при семь

листки, снабдивъ отвѣтами, переслать мнѣ, хотя бы и не въ назначенный срокъ, а тогда, когда время позволить и на досугѣ заняться этимъ скучнымъ вычисленіемъ. Вѣдь до сихъ поръ, какъ говоритъ *Kleinwächter* (Реальная энциклопедія *Eulen-burg*'а — *Афанасьева*): «*Статистическихъ данныхъ относительно частоты внематочной беременности не существуетъ. Можно только сказать одно, что внематочная беременность, къ счастью наблюдается рѣдко*». *Мнѣ кажется небезинтересно имѣть болѣе точныя данныя по этому поводу.*

8) *В. Н. Массенъ* сообщилъ «Данныя измѣреній выхода таза у русской женщины». (Докладъ этотъ печатается въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней»).

Пренія, за позднимъ временемъ, отложены до слѣдующаго засѣданія.

За Предсѣдателя **В. Штольцъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № VIII.

Административное засѣданіе 22-го декабря 1894 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 30 членовъ.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № VII.
- 2) Предсѣдатель заявилъ, что Правленіе отъ имени Общества поздравило г-на Казначея Общества *Н. И. Стравинскаго*, по случаю 25-лѣтія его врачебной дѣятельности. Всѣ присутствовавшіе отозвались на это заявленіе продолжительными, долго не смолкавшими, рукоплесканіями. *Н. И. Стравинскій* поблагодарилъ Общество за оказанное ему вниманіе.
- 3) Читано слѣдующее письмо Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ:

«Общество постановило: просить бюро Общества написать въ редакцію «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней», что Кіевское Акушерско-Гинекологическое Общество, согласно печатать свои труды въ означенномъ журналѣ на тѣхъ-же условіяхъ, на какихъ они печатаются въ Университетскихъ извѣстіяхъ; редактированіе какъ протоколовъ, такъ и всѣхъ другихъ статей, принадлежащихъ членамъ Кіевского Акушерско-Гинекологическаго Общества или сообщенныхъ въ его засѣданіяхъ, должно производиться предсѣдателемъ и секретаремъ, какъ производится и нынѣ. Никакихъ измѣненій въ этихъ статьяхъ, безъ вѣдома и согласія предсѣдателя и секретаря Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, редакція журнала производить не должна. Корректуры, принадлежащихъ Кіевскому Обществу статей,

«должны быть присылаемы для просмотра въ Кіевъ. Печатаніе въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней» статей, получаемыхъ отъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ, производится бесплатно. Акушерско-Гинекологическое Общество въ Кіевѣ получаетъ за особую плату, (за бумагу, печать и брошюровку), 250 экземпляровъ протоколовъ съ приложеніями и по 25 экземпляровъ статей каждаго автора, помѣстившаго свою статью въ приложеніяхъ къ протоколамъ».

Постановлено, за недостаточнымъ числомъ присутствующихъ, отложить обсужденіе письма Кіевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества до слѣдующаго засѣданія, назначивши послѣднее на основаніи § 34 Устава.

4) Предложенъ въ дѣйствительные члены лѣкарь Францъ Викторовичъ *Букоемскій*. (Предложенъ *Оттомъ, Садовскимъ* и *Массеномъ*).

За Предсѣдателя **В. Штольцъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № 9.

Годичное засѣданіе 18-го января 1895 года.

Предсѣдательствоваль Д. О. Оттъ.

Присутствовали 23 члена: Баскинъ, Бутчикъ, Вастень, Горайскій, Драницынъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Массень, Мацѣевскій, Піотровичъ, Поршняковъ, Рачинскій, Рутковскій, Садовскій, Стравинскій, Строгановъ, Фишеръ А. Р., Франкъ, Швердловъ, Штольць, Эберманъ и 10 гостей.

1) Секретарь Общества Л. Г. Личкусъ прочель годовой отчетъ «О дѣятельности Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за 1894 годъ». (Девятый годъ).

Мм. Гг.! Съ 18 января 1894 года по настоящее время избраны въ дѣйствительные члены 8: Александръ Андреевичъ *Ануфриевъ*, Степанъ Александровичъ *Липинскій*, Иванъ Моисеевичъ *Львовъ*, Александръ Александровичъ *Муратовъ*, Василій Михайловичъ *Онуфриевъ*, Анастасій Александровичъ *Сущинскій* Николай Васильевичъ *Склифосовскій* и Самуиль Павловичъ *Шахъ-Шаронянъ*.

За это же время избраны въ почетные члены 3: *Gusserow* (Берлинъ), *A. Martin* (Берлинъ) и *Olshausen* (Берлинъ).

Такимъ образомъ число членовъ Общества, равное въ прошломъ году 164, за этотъ годъ возросло до 180; изъ нихъ 5—*А. Я. Крассовскій*, *К. Ф. Славянскій*, *Gusserow*, *Martin* и *Olshausen*—почетныхъ и двое—*Нейнебауеръ* въ Варшавѣ и *Auvard* въ Парижѣ—члены корреспонденты; остальные же 173—дѣйствительные члены Общества; изъ этого числа въ настоящее время въ составѣ Общества находятся 52 члена учредителя. По имѣющимся свѣдѣніямъ 111 членовъ (въ томъ числѣ двое почетныхъ) живутъ въ Петербургѣ и 69 (въ томъ числѣ трое почетныхъ и 2 члена корреспондента) внѣ его.

Всѣхъ засѣданій въ истекшемъ году было 16, изъ нихъ 8 научныхъ и 8 административныхъ.

Въ научныхъ засѣданіяхъ были сдѣланы нижеслѣдующіе доклады:

1) Рѣчь Предсѣдателя *Д. О. Отта*—Современное положеніе вопроса о коренномъ лѣченіи фиброміомъ матки.

2) *А. Л. Эберманъ*—О вліяніи болѣзней матки на отпращивленія мочеваго пузыря.

3) *В. Н. Массенъ*—Что можетъ дать предохраняющій внутренній поворотъ плода на ножку при узкомъ тазѣ?

4) *Д. О. Оттъ*—О лѣченіи рака матки во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

5) *В. В. Строгановъ*—О примѣненіи обыкновеннаго самовара, въ качествѣ обеззараживателя при безгнилостныхъ операціяхъ.

6) *Ф. В. Букоемскій*—Объ обезболиваніи родовъ вдыханіями эфира.

7) *Э. Ф. Черневскій*—Нѣсколько замѣчаній объ акушерскихъ щипцахъ.

8) *В. Н. Массенъ*—Данныя измѣреній выхода таза у русской женщины.

Кромѣ того были сдѣланы слѣдующія казуистическія сообщенія:

1) *В. Н. Массенъ*—Случай врожденнаго отсутствія глазныхъ яблокъ.

2) *В. Н. Массенъ*—О случаѣ врожденнаго новообразованія плода (*muco-sarcoma colloides congenitum*), съ демонстраціей препаратовъ и фотографическаго снимка съ плода.

3) *Г. П. Серезниковъ*—Объ отличительномъ распознаваніи эхинококка и другихъ мѣшеччатыхъ образованій половой сферы.

4) *Н. І. Рачинскій*—О мнимомъ слизевикѣ (*pseudomucoма*) брюшины съ демонстраціей препаратовъ и фотографическаго снимка съ больной.

5) *В. И. Штольцъ*—Дѣло д-ра *Питровича* съ судебно-медицинской точки зрѣнія.

6) *А. А. Драннимынъ*—О случаѣ врожденнаго недостатка уретры, съ демонстраціей рисунковъ.

7) *В. П. Филоновичъ*—Два случая рубцевого суженія влагалища.

8) *А. П. Заболотскій*—Случай плоскаго рака матки съ демонстраціей препарата.

9) *М. А. Докушевская*—Случай влагалищнаго вырѣзыванія матки на 13-й день послѣ родовъ, по поводу пораженія влагалищной части раковымъ новообразованіемъ, съ демонстраціей препаратовъ.

10) *Н. С. Каннеисеръ*—Нѣсколько словъ по вопросу о внутриматочномъ трупномъ окоченѣннн плода.

Сверхъ того нижепоименованныя лица показали слѣдующіе препараты, инструменты и больныхъ:

1) *А. А. Драницынъ*—а) кистофибромѣ матки, б) 3 вырѣзанныя черезъ влагалище матки, пораженныя ракомъ, в) дермоидную кисту, г) 2 надвлагалищно срѣзанныя, ради фиброміомъ, матки, д) вылуценную фиброміомѣ матки, съ сохраненіемъ послѣдней, е) препаратъ внѣматочной (трубной) беременности.

2) *Г. П. Серезниковъ*—а) 2 надвлагалищно срѣзанныя, ради фиброміомъ, матки, б) 2 вырѣзанныя черезъ влагалище фиброматозно перерожденныя матки, в) препаратъ внѣматочной (трубной) беременности.

3) *С. Т. Виридарскій*—больную послѣ симфизиотоміи.

4) *Н. I. Рачинскій*—а) 4 срѣзанныя надъ влагалищемъ матки, ради фиброміомъ, б) 3 вырѣзанныя черезъ влагалище, пораженныя ракомъ, матки, в) дермоидную кисту яичника, г) препараты мнимаго слизевика брюшины.

5) *А. К. Мазуркевичъ*—2 вырѣзанныя черезъ влагалище матки, вслѣдствіе пораженія ихъ фиброміомами. (Одна изъ этихъ матокъ, кромѣ того, была поражена еще и канкроидомъ).

6) *М. А. Докушевская*—вырѣзанную черезъ влагалище матку, пораженную ракомъ.

7) *В. Н. Массенъ*—а) половые органы, умершей отъ рака, 26-ти лѣтней женщины съ гипертрофированными яичниками, б) дермоидную кисту.

8) *Д. О. Оттъ*—а) вылуценную громадную фиброміомѣ, б) надвлагалищно срѣзанную, громадную фиброматозно перерожденную, матку.

9) *А. И. Заминин*—вырѣзанную черезъ влагалище, пораженную ракомъ, матку.

10) *Н. С. Каннеисеръ*—вырѣзанную черезъ влагалище, кускованіемъ, матку, пораженную ракомъ.

11) *В. В. Строгановъ*—а) отшнуровавшійся червевидный отростокъ слѣпой кишки, наполненный жидкостью, б) удаленный изъ полости матки фиброзный полипъ, в) вырѣзанную черезъ влагалище матку, пораженную ракомъ (въ днѣ матки, кромѣ того, сидѣлъ фиброзный полипъ), г) препаратъ вѣматочной (трубной) беременности.

12) *Е. Б. Димантъ*—видоизмѣненные акушерскіе щипцы.

Совершенно особнякомъ стоитъ, собственно говоря, не сообщеніе, а заявленіе *К. И. Змиродскаго* о неудавшемся ему пока статистическомъ изслѣдованіи частоты вѣматочной беременности.

Такимъ образомъ, и въ истекшемъ году, какъ и въ предшествовавшемъ ему, 1893, дѣятельность общества была довольно разнообразна и обширна. Этотъ годъ, впрочемъ, отличается отъ предыдущаго тѣю особенностью, что въ теченіи его общество посвящало больше времени разсмотрѣнію специально акушерскихъ вопросовъ; такъ изъ 8 докладовъ, общаго содержанія, 5, т. е. больше половины, посвящены вопросамъ акушерства. Слѣдуетъ, далѣе, отмѣтить, что и въ истекшемъ году мы имѣли возможность видѣть массу препаратовъ.

Изъ вопросовъ, разбиравшихся въ административныхъ засѣданіяхъ, нужно указать на неуваженное ходатайство Общества объ учрежденіи періодическихъ акушерско-гинекологическихъ съѣздовъ.—Перехожу теперь къ *отчету по дѣламъ редакціи*.

П Р И Х О Д Ъ.

Иногороднихъ подписчиковъ отмѣчено 296; изъ нихъ одинъ (№ 50) денегъ не уплатилъ, а другой (№ 243) записанъ по ошибкѣ. Такимъ образомъ, всѣхъ иногороднихъ подписчиковъ было 294. За 11 изъ нихъ, какъ членовъ Общества (§ 17 Устава) получено отъ г-на казначея, считая по 5 р. съ каждаго, всего 55 р. — к.
 Съ остальныхъ же 283, по 8 ¹⁾ рублей съ каждаго, получено. . 2264 „ 5 „
 Итого отъ *иногороднихъ* подписчиковъ получено 2319 р. — к.

¹⁾ Отъ одного подписчика получено 8 р. 5 к.

<i>Городскихъ</i> подписчиковъ было 62, изъ нихъ членовъ Общества, за которыхъ подписныя деньги получены отъ г-на казначея, по 5 рублей съ каждаго, — 43.	
Такимъ образомъ, отъ 43 членовъ, уплатившихъ по 5 рублей, получено	215 р. — к.
Отъ остальныхъ 19 подписчиковъ, уплатившихъ по 7 р. 50 коп., получено	142 „ 50 „
<hr/>	
Итого отъ <i>городскихъ</i> подписчиковъ получено	357 р. 50 к.

Отъ всѣхъ же подписчиковъ, какъ городскихъ, такъ и иногороднихъ, получено (2319 р. 5 к. + 357 р. 50 к.)	2676 р. 55 к.
За печатаніе протоколовъ — отъ Общества получено	300 „ — „
Отъ <i>А. Я. Красовскаго</i> на уплату гг. референтамъ получено	100 „ — „
За 9 проданныхъ томовъ за истекшіе годы получено	45 „ — „
<hr/>	

Итого, слѣдовательно, весь приходъ = 3121 р. 55 к.

РАСХОДЪ.

Уплочено типографіи	935 р. — к.
„ переплетчику	188 „ 95 „
„ за бумагу	518 „ 10 „
„ „ рисунки	112 „ 25 „
„ Риккеру за журналы	96 „ 40 „
Содержаніе редакціи, разѣзды и мелкіе расходы	568 „ — „
Разсылка журналовъ и отгисковъ	300 „ 41 „
Почтовый расходъ (простая и заказная корреспонденція)	56 „ 62 „
Гербовыя марки	5 „ 30 „
Свидки книгопродавцамъ	35 „ 20 „
Одному референту	30 „ — „
На чай служителямъ типографіи	8 „ — „
<hr/>	

И Т О Г О 2854 р. 23 к.

Остается, слѣдовательно: {	Приходъ	3121 р. 55 к.
	Расходъ	2854 „ 23 „

267 р. 32 к.

Журналъ въ 1894 г. издавался въ количествѣ 600 экземпляровъ и вышелъ въ размѣрѣ 75¹¹/₁₆ листовъ. Такимъ образомъ, стоимость каждаго печатнаго листа со всеми накладными расходами обоилась, приблизительно, въ 37 р. 50 к.—Если мы обратимся къ вопросу, почему изданіе Журнала въ истекшемъ 1894 г. обошлось такъ благополучно для Общества, то мы увидимъ, что причина кроется исключительно въ уменьшеніи расходовъ. И дѣйствительно, вслѣдствіе измѣненія § 17 Устава, мы получили отъ Гг. членовъ Общества, черезъ г-на казначея, лишнихъ, сравнительно съ 1893 г., 270 рублей. Если бы мы этихъ денегъ и не получили, то все-таки вышли бы безъ дефицита, ибо, какъ уже сказано, у насъ осталось 267 р. 32 к. прибыли.

2) Казначей Общества *Н. И. Стравинскій* доложилъ:

О Т Ч Е Т Ъ

о приходѣ и расходѣ суммъ Акушерско-Гинекологическаго
Общества въ С.-Петербурѣ за 1894 годъ (девятый).

П Р И Х О Д Ъ.

	Руб.	Коп.
Къ 1-му Января 1894 года состояло 26 билетовъ П Восточнаго займа, по 100 руб., (считая по цѣнѣ покупки) 2595 р. 19 в. и наличными 138 руб. 89 коп., итого	2734	08
Недоимокъ за предшествующіе годы поступило	302	—
За 1894 годъ получено 36 членскихъ взносов по 5 руб. и 55 взносов по 10 руб. *), итого.	730	—
Въ счетъ 1895 года уплачено 13 членскихъ взносов по 10 руб. и тремя членами Общества внесено 13 руб., итого	143	—
Отъ вновь поступившихъ членовъ Общества получено единовременныхъ взносов по 8 руб., итого	56	—
Получено отъ почетнаго члена нашего Общества <i>Антоня Яковлевича Красовскаго</i> , на уплату референтамъ по „Журналу Акушерства и Женскихъ болѣзней“ за 1894 годъ	100	—
Процентовъ за 1894 годъ съ бумагъ, принадлежащихъ Обществу получено	108	42
Получено процентовъ за 1894 годъ съ суммы, находившейся на текущемъ счету въ <i>банкирской конторѣ Вавельбера</i>	11	40
<hr/>		
Итого поступило въ теченіи 1894 года 1450 руб. 82 коп., что вмѣстѣ съ оставшею суммою отъ предшествовавшихъ лѣтъ составляетъ.	4184	90

Р А С Х О Д Ъ.

	Руб.	Коп.
Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ на засѣданія Общества	19	—
Переписка протоколовъ засѣданій Общества для печати	27	—
Почтовый расходъ	24	76
Устройство бібліотеки Общества и переплетъ книгъ	119	50
Уплачено редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ за печатаніе протоколовъ засѣданій Общества въ 1894 году	300	—
Уплачено той-же редакціи на покрытіе дефицита по изданію журнала въ 1893 году (см. постановленіе Общества отъ 24 марта 1894 года)	434	06
Передано редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ пожертвованные почетнымъ членомъ <i>Антономъ Яковлевичемъ Красовскимъ</i> для вознагражденія референтовъ	100	—
Отданы той-же редакціи съ 55 членскихъ взносов за 1894 годъ по 5 руб., итого.	275	—
Мелкіе расходы	20	85
Уплачено прислугѣ	28	—
<hr/>		
Итого	1348	17

*) Члены Общества, подписавшіеся на „Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней“ на 1894 г., равно какъ и уплатившіе свои взносы до утвержденія измѣненнаго § 17 нашего Устава уплачивали членскій взносъ по 5 р., прочіе-же члены вносили по 10 руб.

	Руб.	Коп.
<i>Приходъ въ 1894 г. вмѣстѣ съ суммою, оставшеюся отъ прежнихъ лѣтъ</i>	<i>4184</i>	<i>90</i>
<i>Расходъ въ 1894 году</i>	<i>1348</i>	<i>17</i>
<i>Осталось къ 1 января 1895 года</i>	<i>2836</i>	<i>73</i>
Капиталь Общества былъ помѣщенъ въ билетахъ II Восточнаго займа; на основаніи даннаго мнѣ Обществомъ порученія я конвертировалъ лѣтомъ 1894 года въ билеты Государственной 4% ренты. Билеты получены по цѣнѣ 92 ¹ / ₂ руб., нынѣ курсовая цѣна ихъ значительно выше, такъ что конверсію бумагъ нужно признать вполнѣ удачною въ интересахъ Общества.		
Такимъ образомъ, денежные средства Общества къ 1 января 1895 года состоятъ: изъ 27 билетовъ Государственной 4% ренты, по 100 руб. (находятся на храненіи въ Государственномъ Банкѣ), считая по курсу дня (95 ¹ / ₄ руб.).		
На текущемъ счету въ банкирской конторѣ Вавельберга.	2571	75
Находится въ кассѣ	318	10
	23	44
<hr/>		
Итого	2913	29

Разсматривая вышеизложенныя цифры нельзя не замѣтить весьма утѣшительнаго факта, что доходы въ истекшемъ году почти по всѣмъ статьямъ увеличились, преимущественно благодаря увеличенію членскаго взноса, такъ что общая цифра дохода оказалась выше многихъ предшествующихъ лѣтъ. И потому, не смотря на значительный расходъ прошлаго года, все-таки доходы превысили и въ результатѣ получилось увеличеніе денежных средствъ Общества приблизительно на полтора ста рублей. Число членовъ Общества, не уплатившихъ за предшествующіе годы, остается весьма значительнымъ. Въ теченіи 1894 года не внесли своихъ членскихъ взносовъ 80 человекъ, нѣкоторые изъ нихъ за многіе годы и за ними считается недоимка въ 1406 руб. Благодаря весьма старательному и бержливому веденію дѣла редакціею «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней», кредитъ, назначенный ей отъ Общества въ количествѣ 500 руб., остался не тронутымъ за что необходимо высказать ей искреннее спасибо. И такъ вступаемъ въ десятый годъ существованія Общества при хорошихъ предзнаменованіяхъ, слѣдуетъ надѣяться, что онъ еще больше будетъ способствовать дальнѣйшему научному и матерьяльному развитію нашего Общества.

3) Библиотечарь Общества *А. П. Заболотскій* сообщилъ:

О Т Ч Е Т Ъ

**о библиотекѣ Акушерско-Гинекологическаго Общества
въ С.-Петербургѣ за 1894 (девятый) годъ.**

Библиотека Общества за отчетный годъ пополнилась, главнымъ образомъ, журналами, поступившими отъ редакціи Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней. Журналовъ этихъ поступило: на русскомъ языкѣ—33, на французскомъ—18, на нѣмецкомъ—6, на польскомъ—5, на англійскомъ—3, на испанскомъ—2, на итальянскомъ—2, на шведскомъ—1, на финскомъ—1 и на румынскомъ—1, а всего 72 названія.

Къ сожалѣнію надо сказать, что цѣнность нѣкоторыхъ изъ этихъ журналовъ значительно понижается недостаткомъ нѣкоторыхъ номеровъ, вслѣдствіе неполученія ихъ отъ редакцій, по поводу чего, конечно, приняты будутъ надлежащія мѣры.

Вторымъ солиднымъ по цѣнности вкладомъ въ библиотеку являются, присланные Библиотекой Императорской Военно-Медицинской Академіи, 127 экземпляровъ докторскихъ диссертаци за 1893/94 академическій годъ.

Кромѣ того въ библиотеку общества поступили протоколы, труды, записки, бесѣды и отчеты разныхъ медицинскихъ столичныхъ и провинціальныхъ обществъ, брошюры и отдѣльные оттиски статей, напечатанныхъ въ разныхъ періодическихъ медицинскихъ изданіяхъ.

Въ отчетномъ году законченъ составленіемъ подвижной (карточный) каталогъ и приступлено къ составленію систематическаго алфавитнаго каталога по отдѣламъ и авторамъ, каковой предполагается окончить въ первой половинѣ текущаго года и, если Общество признаетъ это цѣлесообразнымъ, напечатать его въ видѣ приложенія въ Журналѣ нашемъ, чтобы городскіе члены общества всегда имѣли каталогъ библіотеки подъ руками.

Въ теченіи отчетнаго года переплетено книгъ 222 тома, кругомъ по 33¹/₃ коп. за переплетъ, какъ большаго, такъ и малаго размѣра, а всего израсходовано на переплеты 74 рубля.

Кромѣ того уплочено: за разборку книгъ и написаніе карточнаго каталога 40 руб., за напечатаніе бланокъ для

библіотечныхъ записныхъ книгъ, за картонъ для карточекъ, на перевозку книгъ и на другіе расходы 18 руб. 50 коп., а всего 132 руб. 50 коп.

Требованіе на книги и журналы изъ бібліотеки въ отчетномъ году было крайне ограниченнымъ, да иначе и быть не могло, ибо, при отсутствіи каталога и при тѣснотѣ размѣщенія книгъ въ шкафахъ, отыскиваніе, особенно переплетенныхъ брошюръ и журналовъ, представляло большія затрудненія, что навѣрно удерживало нѣкоторыхъ членовъ обращаться въ бібліотеку за книгами.

Тѣснота въ шкафахъ сказывалась уже и въ началѣ истекшаго года, а въ концѣ его, когда редакція стала доставлять прореферированные журналы, и еще болѣе. Это обстоятельство заставило обратиться съ просьбой къ почетному члену нашего общества проф. *К. Ѡ. Славянскому* о помѣщеніи части книгъ въ его клиникѣ, на что онъ, испросивъ у г-на начальника Военно-Медицинской Академіи словесное разрѣшеніе, любезно согласился, предоставивъ для общества, на время, одинъ шкафъ, въ которомъ и помѣщена часть книгъ. Конечно, храненіе книгъ въ двухъ помѣщеніяхъ, далеко находящихся другъ отъ друга, представляетъ большія неудобства, но по неволѣ приходится мириться пока съ этими неудобствами, за неимѣніемъ мѣста для постановки новыхъ шкафовъ въ теперешнемъ помѣщеніи бібліотеки, почему и пріобрѣтеніе этихъ новыхъ шкафовъ, на что было дано разрѣшеніе общества, сдѣлано не было.

4) Товарищъ Предсѣдателя *В. И. Штольцъ* произнесъ рѣчь «*О штицахъ*». (Рѣчь эта напечатана выше, стр. 99).

За Предсѣдателя **В. Штольцъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № IX.

Административное засѣданіе 18 января 1895 года (§ 34).

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 23 члена.

1) Предсѣдатель заявилъ присутствовавшимъ, что Правленіе постановило *вторично* разослать Гг. членамъ Общества измѣненный § 17 Устава, утвержденный Правительствомъ 22 февраля 1894 года.

2) Читано письмо Кіевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества. (См. протоколь № VIII, засѣданіе 22-го декабря 1894 года).

Постановлено: принять предложеніе названнаго Общества съ тѣмъ, однако, ограниченіемъ, чтобы статьи, хотя бы и членовъ Кіевскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества, но не доложенныя въ семь Обществѣ, принимались редакціей «Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней» на общихъ основаніяхъ.

3) По примѣру прошлаго 1894 года (томъ VIII, стр. 367), Общество постановило покрыть изъ своихъ денежныхъ средствъ возможный дефицитъ по изданію «Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней» въ 1895 году—въ размѣрѣ до пятисотъ (500) рублей.

4) Казначей Общества *Н. И. Стравинскій*, представилъ слѣдующую «Смѣту расходовъ на 1895 годъ».

Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ	30 р.
Почтовый расходъ	25 "
Переписка протоколовъ засѣданій Общества	30 "
Канцелярскія расходы	15 "
Прислугѣ	30 "
Покупка шкафа и переплетъ книгъ для бібліотеки Общества	120 "
Печатаніе протоколовъ засѣданій Общества	300 "
Непредвидѣнные расходы	100 "

ИТОГО . . . 650 р.

Кромѣ того, половина суммы поступившихъ членскихъ взносов, передается въ редакцію „Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней“

и, наконецъ, открыть кредитъ вышеназванной редакціи на изданіе „Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней“, въ размѣрѣ до 500 рублей.

Общество утвердило представленную смѣту.

5) Читано письмо редакціи журнала «*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie*», предлагающей помѣщать у себя протоколы засѣданій Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

Постановлено принять предположеніе названной редакціи и поблагодарить ее.

6) Читано отношеніе Департамента Внутреннихъ Сношеній Министерства Иностранныхъ Дѣлъ за № 270, заключающее просьбу указать русскихъ специалистовъ по акушерству, женскимъ и дѣтскимъ болѣзнямъ, которымъ могли бы быть сдѣланы приглашенія принять участіе въ занятіяхъ конгресса по названнымъ болѣзнямъ, который (конгрессъ) предполагается созвать во время имѣющей быть въ настоящемъ году выставки въ Бордо.

Постановлено—послать въ вышеназванный Департаментъ списокъ членовъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

7) Читано письмо Рыбинской уѣздной земской управы, за № 142, предлагающей въ виду уменьшенія ассигновки на содержаніе бібліотеки, высылать «Журналь Акушерства и Женскихъ болѣзней» по уменьшенной цѣнѣ—за 5 или 6 руб.

Постановлено предложить названной Управѣ выписывать «Журналь» за истекшій годъ: тогда онъ обойдется только въ 5 руб.

8) Читано письмо Русской публичной бібліотеки въ Юрьевѣ, просящей высылать одинъ экземпляръ «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» бесплатно или съ значительной уступкой.

Постановлено—высылать «Журналь» названной бібліотекѣ бесплатно.

9) Избрана комиссія для ревизіи счетовъ и состоянія кассы Общества изъ членовъ: *Горайскаго, Заминина и Франка*.

10) Избрана комиссія для ревизіи счетовъ и состоянія кассы редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» изъ членовъ: *Вастена, Эбермана и А. Р. Фишера*.

11) Избрана комиссія для ревизіи бібліотеки изъ членовъ: *Какушкина, Массена и Садовскаго*.

12) Постановлено послать поздравительное письмо Тамбовскому Медицинскому Обществу по поводу 25-лѣтія его ученой дѣятельности.

13) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Вукоемскій, Францъ Викторовичъ, лѣкарь, дворянинъ. Окончилъ Житомирскую гимназію въ 1880 году. Въ 1886 году окончилъ Кіевскій университетъ, со степенью лѣкаря съ отличіемъ. Съ того же года по настоящее время состоитъ заводскимъ врачомъ въ М. Тагангѣ, Кіевской губерніи. Первый семестръ 1890/91 года исполнялъ обязанности ординатора въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянскаго*, второй семестръ 1892/93 г. занимался въ клиникѣ проф. *В. А. Ратимова*, и въ теченіи этого времени, сдалъ экзамены на степень д-ра медицины при Императорской Военно-Медицинской Академіи. Текущій семестръ занимался въ Гаваньскомъ родильномъ пріютѣ, завѣдуемомъ частнымъ преподавателемъ *В. Н. Массеномъ*.

Изъ печатныхъ работъ имѣеть:

1) О вліяніи струнцевъ на теченіи острыхъ болѣзней у дѣтей (Врачъ, 1892).

2) Нѣсколько параллельныхъ наблюденій надъ дѣйствіемъ Spermini Рохл'я и Браунъ-Секаровской эмульсии на людей. (Журналъ Медицинской Химіи и Фармаціи, № 1, 1892 г.).

3) О вліяніи хлороформа на теченіе нормальныхъ родовъ. (Юбилейный сборникъ, посвященный проф. *К. Ф. Славянскому*).

4) Объ обезболиваніи родовъ влѣханіями эфира. (Докладъ въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ, 17 ноября, 1894) „Врачъ“, 1894.

5) Печатается во Врачѣ. „Къ вопросу о соврожденныхъ смѣщеніяхъ матки“.

14) Предложенъ въ дѣйствительные члены: *Терещенко*, Григорій Гавриловичъ, докторъ медицины (предложенъ — *Рымшей*, *Желтухинымъ* и *Вастеномъ*).

За Предсѣдателя *В. Штольць*.

Секретарь *Личкусъ*.

СПИСОКЪ

членовъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербурѣ за первые 9 лѣтъ, до 18 января 1895 г.

а) Почетные члены:

Крассовскій, Антонъ Яковлевичъ, съ 86 г., чл. учр.
Славянскій, Кронидъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
Gusserow, съ 94 г.
Martin, съ 94 г.
Olshausen, съ 94 г.

б) Дѣйствительные члены:

Агафоновъ, Сергій Николаевичъ, съ 86 г.
Алексенко, Николай Демьяновичъ, съ 88 г.
Андреевъ, Николай Юстиновичъ, съ 86 г., чл. учр.
Андреевъ, Николай Павловичъ, съ 86 г.
Антиповъ, Николай Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
Антиповъ, Петръ Александровичъ, съ 93 г.
Ануфриевъ, Александръ Андреевичъ, съ 94 г.
Байковъ, Андрей Ивановичъ, съ 86 г.
†Баландинъ, Илья Федосѣевичъ, съ 86 г., чл. учр.
Балинскій, Михаилъ Ивановичъ, съ 86 г.
Баньковскій, Владиславъ Александровичъ, 86 г.
Баскинъ, Самуиль Захаровичъ, съ 86 г.
Бацевичъ, Евгенийъ Феликсовичъ, съ 86 г.
Биддеръ, Эрнестъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
Блонскій, Иванъ Яковлевичъ, съ 89 г.
Большесольскій, Павелъ Константиновичъ, съ 87 г.
Брандтъ, Александръ Федоровичъ, съ 91 г.
Бутчикъ, Владиміръ Тимофѣевичъ, съ 92 г.
Бѣлиловскій, Веняминъ Александровичъ, съ 93 г.
Бѣлиловскій, Кесаръ Александровичъ, съ 93 г.
Бѣляевъ, Викторъ Семеновичъ, съ 90 г.
Бѣляевъ, Яковъ Петровичъ, съ 87 г.
Васильевъ, Николай Ивановичъ, съ 86 г.
Вастень, Владиміръ Александровичъ, съ 86 г., чл. учр.
Веберъ, Фридрихъ Даниловичъ, съ 86 г., чл. учр.
Вертеръ, Андрей Леонтьевичъ, съ 88 г.

- Верцинскій, Урбанъ Эдуардовичъ, съ 90 г.
 Виридарскій, Сергѣй Тимоновичъ, съ 86 г.
 Воловскій, Казиміръ Альбертовичъ, съ 87 г.
 Воробьевъ, Дмитрій Александровичъ, съ 89 г.
 Воскресенскій, Михаилъ Александровичъ, съ 89 г.
 Воффъ, Исидоръ Алексѣевичъ, съ 90 г.
 Гавронскій, Николай Денисовичъ, съ 88 г.
 Генрихсенъ, Карлъ Романовичъ, съ 88 г.
 Гермоніусъ, Александръ Карловичъ, съ 89 г.
 Гессъ, Николай Федоровичъ, съ 86 г.
 Гешвендъ, Александръ Александровичъ, съ 86 г.
 Горайскій, Константинъ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Грамматикати, Иванъ Николаевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Гриневальдъ, Отто Оттовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Гриневъ, Леонидъ Ильичъ, съ 86 г.
 †Гугенбергеръ, Федоръ Карловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Даниловичъ, Иванъ Осиповичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Димантъ, Ефимъ Бенсіоновичъ, съ 93 г.
 Добрадинъ, Павелъ Алексѣевичъ, съ 89 г.
 Добровольскій, Вацлавъ Николаевичъ, съ 90 г.
 Добровольскій, Станиславъ Ивановичъ, съ 91 г.
 Добронравовъ, Варнава Алексѣевичъ, съ 86 г.
 Добрынинъ, Петръ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 †Довнарловичъ, Ярославъ Францевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Долинскій, Иванъ Лукичъ, съ 93 г.
 Драницынъ, Алексѣй Алексѣевичъ, съ 91 г.
 Еремѣевъ, Анатолій Андріановичъ, съ 86 г.
 †Еськовъ, Сергѣй Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Желтухинъ, Василій Васильевичъ, съ 86 г.
 Жураковскій, Маріанъ Конрадовичъ, съ 93 г.
 Заболотскій, Алексѣй Павловичъ, съ 88 г.
 Замшинъ, Андрей Ивановичъ, съ 88 г.
 Зачекъ, Мечиславъ Маркеловичъ, съ 86 г.
 Залицкій, Сергѣй Спиридоновичъ, съ 88 г.
 Зейдлеръ, Петръ Николаевичъ, съ 89 г.
 Земацкій, Іосифъ Францевичъ, съ 90 г.
 Змигородскій, Казиміръ Іосифовичъ, съ 86 г.
 Иноевъ, Константинъ Харлампіевичъ, съ 86 г.
 Казьминъ, Иванъ Ивановичъ, съ 93 г.
 Какушкинъ, Николай Михайловичъ, съ 93 г.
 Кирѣевъ, Дмитрій Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Краснопольскій, Федоръ Петровичъ, съ 91 г.
 Крейтцеръ, Робертъ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.

- Круковичъ, Гософъ Адамовичъ, съ 90 г.
 Кузнецкій, Петръ Васильевичъ, съ 89 г.
Лазаревичъ, Иванъ Павловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Лабенскій, Петръ Степановичъ, съ 86 г.
 Лапинъ, Илья Ивановичъ, съ 88 г.
 Лебедевъ, Алексѣй Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Ливень, Павелъ Павловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Лилъевъ, Федоръ Николаевичъ, съ 87 г.
 Липинскій, Степанъ Александровичъ, съ 94 г.
 Личкусъ, Лазарь Григорьевичъ, съ 86 г.
 Лопатинскій, Осипъ Григорьевичъ, съ 86 г.
 Львовъ, Иванъ Моисѣевичъ, съ 94 г.
Мазуревичъ, Александръ Ксенофоновичъ, съ 88 г.
 Матвѣевъ, Александръ Матвѣевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Мартыновъ, Александръ Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Марцынкевичъ, Евгенийъ Осиповичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Масловскій, Иванъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Масловскій, Василій Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Массентъ, Василій Николаевичъ, съ 88 г.
 Матвѣевъ, Владиміръ Алексѣевичъ, съ 86 г.
 Мацѣевскій, Казиміръ Фелиціановичъ, съ 93 г.
 Мершъ, Готлибъ Генриховичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Миллеръ, Виталій Яковлевичъ, съ 88 г.
 Мироновъ, Матвѣй Максимовичъ, съ 93 г.
 Мисевичъ, Антонъ Игнатъевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Муратовъ, Александръ Александровичъ, съ 94 г.
Нейштубъ, Петръ Тимофѣевичъ, съ 88 г.
Олевинъ, Сергѣй Константиновичъ, съ 90 г.
 Онуфріевъ, Василій Михайловичъ, съ 94 г.
 Орнатскій, Василій Ивановичъ, съ 90 г.
 Оттъ, Дмитрій Оскаровичъ, съ 86 г., чл. учр.
Пассоверъ, Леонидъ Петровичъ, съ 87 г.
 Петрашкевичъ, Иванъ Осиповичъ, съ 93 г.
 Петровъ, Василій Степановичъ, съ 91 г.
 Піотровичъ, Ѳома Ивановичъ, съ 86 г.
 Поваринъ, Михаилъ Инокентъевичъ, съ 88 г.
 Полонскій, Болеславъ Игнатъевичъ, съ 86 г.
 Полотебновъ, Сергѣй Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Поповъ, Александръ Васильевичъ, съ 90 г.
 Поржецкій, Владиміръ Юліановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Поршняковъ, Николай Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
Радецкій, Иванъ Ивановичъ, съ 88 г.
 Радецкій, Рудольфъ Кондратьевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Раѣвъ, Андрей Платоновичъ, съ 86 г.

- Рачинскій, Николай Геронимовичъ, съ 91 г.
 Рачковскій, Петръ Ивановичъ, съ 88 г.
 Рейнъ, Георгій Ермолаевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Рентельнъ, Карлъ-Отто Владиміровичъ, съ 86 г.
 Репревъ, Александръ Васильевичъ, съ 86 г.
 Родзевичъ, Болеславъ Адамовичъ, съ 89 г.
 Ростковскій, Оома Яковлевичъ, съ 87 г.
 Рудольскій, Леонидъ Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Рузи, Дмитрій Александровичъ, съ 91 г.
 Рунге, Георгій Карловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Рутковскій, Александръ Васильевичъ, съ 91 г.
 Рымша, Адамъ Ромуальдовичъ, съ 93 г.
 Рясенцевъ, Іосифъ Марковичъ, съ 86 г.
Савченко, Оедоръ Іосифовичъ съ 90 г.
 Садовскій, Петръ Тимофѣевичъ, съ 91 г.
 Салмановъ, Николай Антоновичъ, съ 86 г.
 Семяниковъ, Александръ Александровичъ, съ 88 г.
 Сержниковъ, Григорій Петровичъ, съ 93 г.
 Сицинскій, Анастасій Александровичъ, съ 94 г.
 Склифосовскій, Николай Васильевичъ, съ 94 г.
 Смольскій, Иванъ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Соколенскій, Иванъ Федоровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Соколовскій, Людвигъ Игнатъевичъ, съ 86 г.
 Соловьевъ, Александръ Николаевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Соловьевъ, Афанасій Семеновичъ, съ 87 г.
 Стельмаховичъ, Николай Матвѣевичъ, съ 87 г., чл. учр.
 Стравинскій, Николай Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Строгановъ, Василій Васильевичъ, съ 90 г.
 Сутугинъ, Василій Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Сченсновичъ, Василій Васильевичъ, съ 88 г.
 Сыромятниковъ, Иванъ Михайловичъ, съ 86 г.
 Тарновскій, Ипполитъ Михайловичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Толочиновъ, Николай Филипповичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Ульрихъ, Владиміръ Андреевичъ, съ 86 г.
 Урвичъ, Борисъ Осиповичъ, съ 86 г.
Федоровъ, Иванъ Ивановичъ, съ 88 г.
 Феноменовъ, Николай Николаевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Фишеръ, Андрей Романовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Фишеръ, Болеславъ Адамовичъ, съ 87 г.
 Франкъ, Дмитрій Александровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Фраткинъ, Борисъ Анисимовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Хмара-Барщевскій, Эммануилъ Петровичъ, съ 93 г.
 Хростовскій, Лукьянъ Інокентъевичъ, съ 93 г.
 Хрщоновичъ, Александръ Казиміровичъ, съ 86 г., чл. учр.

- Цѣхановецкій, Сигизмундъ Владиміровичъ, съ 86 г.
 Цырскій, Леонардъ Игнатъевичъ, съ 87 г.
 Чагинъ, Алексѣй Александровичъ, съ 88 г.
 Черневскій, Эдуардъ Францевичъ, съ 86 г.
 Чернышевъ, Иванъ Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Чошинъ, Григорій Александровичъ, съ 86 г.
 Шабельскій, Семенъ Федоровичъ, съ 92 г.
 Шахъ-Пароніанъ, Самуиль Павловичъ, съ 94 г.
 Швердловъ, Иванъ Львовичъ, съ 90 г.
 Шлезингеръ, Оскаръ Александровичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Шмидтъ, Александръ Эдуардовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Штоль, Карлъ Германовичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Штольцъ, Владиміръ Ивановичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Шуриновъ, Михаилъ Александровичъ, съ 86 г.
 Шуттенбахъ, фонъ-, Николай Густавовичъ, съ 91 г.
 Щеткинъ, Дмитрій Сергѣевичъ, съ 90 г.
 Эберманъ, Александръ Леонтьевичъ, съ 90 г.
 Эйхфусъ, Альбертъ Ричардовичъ, съ 91 г.
 Янпольскій, Борисъ Григорьевичъ, съ 86 г., чл. учр.
 Ястребовъ, Николай Васильевичъ, съ 86 г., чл. учр.

с) Члены корреспонденты:

- Нейгебауеръ, Францъ Людовиковичъ, съ 87 г.
 D-r Auvard (Paris), съ 88 г.

РЕФЕРАТЫ.

Обзор полькой акушерско-гинекологической литературы.

24. Д-ръ Владиславъ Гараевичъ (изъ Кракова). Случай беременности и родовъ послѣ перенесенной операціи экстирпаціи правой почки. (*Przegląd chirurgiczny*, 1894, томъ II, книга 1).

24 лѣтняя женщина, всегда, отъ перваго появленія регуль на 16 году жизни, страдала дизменореей. Menstrua скудны, со сгустками. Въ іюлѣ 87 г. забеременѣла въ первый разъ. Въ апрѣлѣ 88 г. родила въ срокъ доношеннаго младенца. Нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ родовъ, появились сильные и частые позывы къ мочеиспусканію, боли въ правомъ боку и правомъ бедрѣ. Лѣтомъ, въ 1890 году, явленія эти значительно усилились, больная начала лихорадить. Моча стала выдѣляться темно-красною, мутною. Осенью больная обратилась въ хирургическое отдѣленіе больницы Св. Лазаря въ Краковѣ, гдѣ ей проф. *Обалинскій*, вслѣдствіе страшныхъ почечныхъ коликъ, удалилъ правую почку. Клинически распознано было litho-уро-nephrosis. Операція и послѣоперационный періодъ прошли весьма благополучно и болѣзненные явленія со стороны мочевыхъ органовъ исчезли совершенно. Въ концѣ 1891 года появились обильные гнойные бѣлы и почти непрерывныя рѣзкія боли въ крестцѣ. Больная обратилась къ автору за помощію, который распозналъ слѣдующее: *Retropositio uteri fixata, adhaesiones ejusdem posteriores, parametritis chron. sinistra, endometritis hyperplastica haemorrhagica, vaginitis probab. gonorrh. in individuo post nephrectomiam*, и назначивъ лѣчение электролизомъ, не входя въ описаніе подробностей этого примѣненнаго имъ способа, достигъ прекрасныхъ результатовъ, т. е. больная поправилась, и, когда авторъ, спустя годъ, ее увидѣлъ,

она оказалась беременною на второмъ мѣсяцѣ. Беременность протекла совершенно правильно, роды наступили въ срокъ и окончились благополучно. Плодъ доношенный, здоровый. Многократно изслѣдованная моча, во время беременности не представляла ни въ качественномъ, ни въ количественномъ отношеніи никакихъ отклоненій отъ нормы, что явно указывало на нормальную, усиленную функцію оставшейся здоровой почки. Подобнаго втораго описанному случаю, автору не удалось найти въ литературѣ.

Б. Полонскій.

25. Д-ръ Александръ Чаплицкій. Къ лѣченію хроническаго выворота матки. (Przeгляд chirurgiczny, томъ II, книга 1, 1894).

22 лѣтняя замужняя женщина, высокаго роста, страшно изуренная, до замужества была совершенно здорова. Менструировала всегда правильно, черезъ 4 недѣли. Беременность протекла совершенно правильно. 8-го апрѣля 1885 года начались роды. Ради усиленія болей, сельская бабка совѣтовала роженицѣ ходить по комнатѣ. Плодъ родился внезапно, въ положеніи роженицы на колѣняхъ и упалъ на полъ, послѣ чего псевдо-акушерка, ухвативъ пуповину, стремительно вытащила послѣдъ наружу, а родильница упала въ обморокъ. Послѣ родовъ, длившихся 10 часовъ, родильница лежала въ кровати 7 недѣль, страдала сильными болями внизу живота, постоянными кровопотерями и отекомъ наружныхъ половыхъ частей. Постепенно больная какъ-бы и поправилась, встала съ постели, но выдѣленіе крови изъ половыхъ частей, хотя и въ уменьшенномъ количествѣ, но совсѣмъ не прекращалось. Спустя около года, появилось снова сильное кровотеченіе, вынудившее больную обратиться къ автору за врачебною помощію. Авторъ распозналъ у нея полный выворотъ матки, возникшій вслѣдствіе механическаго низведенія дна матки насильственнымъ извлеченіемъ послѣда изъ нея 11 мѣсяцевъ тому назадъ. Вслѣдъ за поступленіемъ больной въ больницу 23 марта, авторъ дѣлалъ попытки вправить вывороченную матку, но безуспѣшно, послѣ чего рѣшилъ прибѣгнуть къ методу *Rockendahl*'а, основывающемся на постепенномъ механическомъ вдавливаніи — вправленіи матки кольпейринтеромъ, ежедневно наполняемымъ водою лѣтней температуры. Начавъ съ 8 унцій воды, почти ежедневно прибавляя по 1 унціи, авторъ дошелъ въ теченіи 1½ недѣль до 16 унцій. Къ концу второй недѣли, появились значительное кровотеченіе и рѣзкія боли въ поясницѣ. Назначенъ эрготинъ. Кровотеченіе прекратилось, но спазматическія боли еще усилились. Изслѣдованіе

показало, что дно матки ушло на столько въ глубину, что указательнымъ пальцемъ, съ трудомъ могло быть достигаемо. На слѣдующій день, боли достигнувъ своего апогея и принявъ характеръ родовыхъ схватокъ, внезапно прекратились. При изслѣдованіи оказалось, что дно матки возвратилось на свое нормальное мѣсто, сама же матка, формою своею изображала колоколь, маточная же часть и губы вовсе отсутствовали, т. е. были сглажены, такъ что стѣнки рукава непосредственно переходили въ полость матки. Черезъ покровы живота дно матки прощупывалось на нормальномъ мѣстѣ. Послѣ четырехъ недѣльнаго лѣченія эрготиномъ и при исполнѣ еще открытомъ зѣвѣ, черезъ внутренній зѣвъ пальцемъ невозможно уже было проникнуть. Кольпейринтеръ былъ окончательно удаленъ. Двѣ недѣли спустя, больная съ исполнѣ сформировавшеюся влагалищною частью была выписана изъ больницы. Въ теченіе нѣсколькихъ послѣдующихъ лѣтъ, она рожала благополучно нѣсколько разъ.

Б. Полонскій.

26. Д-ръ Иосифъ Яворскій. Случай *hypertrophiae labii pendendi minoris*. (*Przegląd chirurgiczny*. Томъ II, книга II, 1894).

34 лѣтняя замужняя жевщина обратилась къ автору съ жалобами на затрудненное мочеиспускание, болѣзненность и жженіе въ половыхъ частяхъ. Coitus всегда сопровождается жестокими болями въ наружныхъ половыхъ частяхъ. При изслѣдованіи, авторъ нашелъ у больной чрезмѣрное увеличеніе лѣвой малой губы, длина которой $9\frac{1}{2}$ сантим., такъ что оттянутая кзади, она своимъ свободновисящимъ краемъ достигаетъ до заднепроходнаго отверстия. Кромѣ того на слизистой vulvae распознано vulvovaginitis catarrhalis follicularis, по устраненіи чего, авторъ ампутировалъ губу и больная выздоровѣла совершенно.

Б. Полонскій.

27. А. Карчевскій (въ Варшавѣ). Къ лѣченію гнилокровія. („*Przegląd chirurgiczny*“. Томъ II, кн. II, 1894. Стр. 285).

Многочисленность существующихъ общеизвѣстныхъ средствъ противъ развившагося уже гноекровія, указываетъ на ихъ ненадежность, и, примѣняются онѣ врачами, такъ сказать, скрѣпя сердце, одно за другимъ—въ большинствѣ случаевъ съ отрицательными результатами. Въ настоящее время, благодаря раціональной профилактики, въ сравнительно рѣдко встрѣчающихся случаяхъ этого заболѣванія, намъ всетаки приходится бороться съ нимъ тѣми-же, мало внушающими довѣрія средствами, какъ то: рвотными, про-

носными, потогонными, трансфузіей, ваннами, хининомъ, виннымъ спиртомъ, втираніями ртутной мази—и многими иными. Въ теченіи послѣднихъ лѣтъ вопросъ лѣченія общаго гнилокровія былъ снова поставленъ на очередь, преимущественно гинекологами. Среди нѣсколькихъ новыхъ способовъ лѣченія, занимаетъ выдающееся мѣсто по своимъ удовлетворительнымъ результатамъ одинъ основывающійся на искусственномъ образованіи подкожныхъ нарывовъ—гнойниковъ, впрыскиваніемъ подъ кожу гноетворящихъ—нарывныхъ веществъ. *Fochier* наблюдалъ многократно въ клиникахъ, что образованіе мѣстныхъ нарывовъ у больныхъ гноекровоіемъ сопровождалось не только внезапнымъ ослабленіемъ угрожающихъ явленій, но даже способствовало иногда и выздоровленію, изъ чего онъ и вывелъ заключеніе, что очищеніе крови, такъ сказать, отъ заразительныхъ (септическихъ) началъ происходитъ путемъ образованія нарывовъ, и рѣшилъ добиться подтвержденія своего мнѣнія клинически экспериментальнымъ путемъ, а именно введеніемъ подъ кожу раздражающихъ ткани и образующихъ нарывы веществъ. Онъ избралъ для этой цѣли трудно, почти вовсе не всасывающееся скипидарное масло. Благопріятное вліяніе нарывовъ на теченіе гноекровія *Fochier* объясняетъ образованіемъ въ нихъ какихъ то растворимыхъ, невѣдомыхъ продуктовъ, противодѣйствующихъ септическимъ элементамъ, вѣдрившимся въ организмъ. *Salmon* и *Thierry* примѣняли этотъ способъ еще и до *Fochier*, но впрыскивали подъ кожу съ тою же цѣлью растворъ азотнокислаго серебра. Авторъ цитируетъ изъ французской литературы нѣсколько случаевъ излѣченія этимъ способомъ. *Frank* въ Нюрнбергѣ въ 1893 г. получилъ блестящіе результаты отъ впрыскиванія креозота подъ кожу въ количествѣ до 3-хъ граммъ pro die, въ формѣ эмульсіи съ камфарнымъ масломъ. Упомянувъ вкратцѣ еще о нѣсколькихъ новыхъ способахъ лѣченія септицеміи, авторъ переходитъ къ описанію своихъ собственныхъ наблюденій, сопровождавшихся контрольнымъ бактериологическимъ изслѣдованіемъ крови больной. 21 января 1894 г. въ больницу младенца Іисуса, въ отдѣленіе д-ра *Краевского*, прибыла больная 24 лѣтъ отъ роду, въ первый разъ родившая 26 декабря 1893 г. Роды были правильны, послѣ нихъ на 7-й день появился лѣвосторонній маститъ. Нарывы были вскрыты и дренированы еще до поступленія больной въ больницу. Констатирована септицемія. Пульсъ слабый, 120. t° 40. Найденные въ глубинѣ грудной железы нарывы вскрыты, опорожнены и дезинфицированы, состояніе же больной отъ этого нисколько не улучшилось.

На слѣдующій день t^0 поднялась до 40,9. Дальнѣйшее теченіе болѣзни подтвердило установленный діагнозъ тяжкаго септического зараженія. Тщательное обеззараживающее лѣченіе матки, вопреки отсутствію, какъ въ ней, такъ и въ сосѣдствѣ ея признаковъ какого бы то нибыло заболѣванія, не вызвало тоже никакого улучшенія. Температура на показанной кривой по утрамъ субнормальная, по вечерамъ до 41,2⁰. Убѣдившись, что источникомъ зараженія служитъ лѣвая грудная железа, рѣшено было *ex consilio* ампутировать ее, но и послѣ совершения этой операціи, въ силу накопившихся уже въ крови заразительныхъ началъ, никакого улучшенія не послѣдовало. До операціи отнятія груди въ привитой на агарѣ крови больной, на 2-й уже день въ термостатѣ при 37⁰ найдены колоніи разводовъ *staphylococcus albus et aureus*, такъ что, спустя нѣсколько дней рѣшено было прибѣгнуть къ методу *Fochier*'а. При неукоснительномъ соблюденіи правилъ асептики, 1 февраля была вприснута подъ кожу снаружи праваго бедра полная спринцовка Праваца скипидарнаго масла, а мѣсто укола покрыто асептической повязкой. Не особенно сильное жженіе на мѣстѣ укола продолжалось около 2 часовъ. На слѣдующій день t^0 была утромъ 37⁰, вечеромъ 37,8⁰, но на 3 день поднялась утромъ до 40⁰, а вечеромъ до 41,2⁰. Изслѣдованіе крови больной указало присутствіе въ ней тѣхъ же болѣзнетворныхъ элементовъ въ большомъ количествѣ. Послѣ столь значительнаго повышенія температуры, черезъ нѣсколько дней послѣдовалъ какъ бы переломъ болѣзни и температура, падая *per lysin*, въ теченіи 4-хъ дней опустилась постепенно до нормы. На мѣстѣ введенія подъ кожу скипидарнаго масла образовался абсцессъ, кожа вздулась, но не покраснѣла. На 12 день появилось зыбленіе, на 13-й нарывъ вскрытъ, выдѣлившійся гной безъ запаха, привитой на агарѣ, не взирая на семидневное храненіе въ пробиркахъ въ термостатѣ при 37⁰, оказался вполне стерилизованнымъ. Отъ времени паденія температуры до нормы, рана на груди стала покрываться грануляціями, появился аппетитъ, словомъ, наступило общее прогрессивное улучшеніе и 9 марта больная выписалась изъ больницы съ заживленною раною на бедрѣ и почти зарубцевавшеюся раною на груди. Въ заключеніе авторъ, критически разбирая по деталямъ свой случай, заявляетъ, что, основываясь только на одномъ своемъ случаѣ, никакихъ рѣшительныхъ заключеній дать не можетъ, но что въ будущемъ, онъ намѣренъ производить въ этомъ направленіи дальнѣйшіе опыты, о чемъ и опубликуетъ своевременно.

В. Полонскій.

28. Д-ръ И. Роговичъ (изъ Варшавы). Случай полнаго хроническаго выворота матки. (*Inversio uteri completa chronica.*— (Medycyna, № 1, 1895).

На сколько вправленіе свѣже вывороченной матки не представляется особенно затруднительнымъ, настолько лѣченіе хроническихъ случаевъ не только трудно, но подчасъ бываетъ и совершенно безрезультатно. Статистика указываетъ на 19% ампутацій вывороченныхъ матокъ, общая же смертность достигаетъ 14%.

20 лѣтняя, замужняя, въ высшей степени изнуренная, малокровная женщина, 9 января 1894 г. обратилась къ автору по поводу непрерывнаго кровотеченія изъ половыхъ частей, начавшагося недѣль 11 тому назадъ послѣ родовъ. Подававшая посobie акушерка, желая скорѣе окончить роды, вслѣдъ за рожденіемъ плода, троекратно вводила руку въ полость матки съ цѣлью немедленнаго извлеченія послѣда, чего ей наконецъ и удалось достигнуть, но вслѣдъ за чѣмъ, однако, послѣдовало сильное кровотеченіе и потеря сознанія родильницы. Послѣ подачи пособія приглашеннымъ врачомъ, кровотеченіе, хотя и не столь сильное, но не прекращалось вполне. Кромѣ того моча выдѣляется и по настоящее время только катетеромъ. При изслѣдованіи распознанъ полный выворотъ матки. Послѣ немедленныхъ, но безуспѣшно предпринятыхъ попытокъ къ вправленію вывороченной матки ручными приѣмами, авторъ прибѣгнулъ къ лѣченію кольпейринтеромъ, въ первый день наполненнаго 150 граммами холодной воды. Вводимое количество воды, постепенно увеличивалось и было доведено до 600 граммъ, но возникшія нестерпимыя боли у больной, вынудили автора удалить кольпейринтеръ, и послѣ нѣсколькихъ-дневнаго отдыха, замѣнить воду въ кольпейринтерѣ воздухомъ, количествомъ равнымъ объему 600 граммъ воды. Давленіе воздухомъ въ кольпейринтерѣ больная переносила прекрасно, кромѣ того 3 дня спустя, т. е. на 28 день всего лѣченія вообще, оказалось, что вывороченное дно матки, сдѣлалось на столько мягкимъ и податливымъ, что уходило внутрь отъ слабаго давленія пальцемъ. Послѣ двухдневнаго давленія кольпейринтеромъ наполненнымъ воздухомъ, дно матки редуцировалось совершенно, при чемъ влагалищная часть отсутствовала вовсе и истонченная, сложенная стѣнки ея переходили непосредственно на стѣнки рукава. Длинникъ полости матки 9 сант. Дальнѣйшее лѣченіе состояло въ сохраненіи спокойствія, обеззараживающихъ спринцеваній, смазываніи полости матки іодной настойкой. Двѣ недѣли спустя, передъ выпиской изъ больницы, матка плотной конси-

стенци, съ вполнѣ сформировавшеюся влагалищной частью, съ полостью отъ наружлаго зѣва до дна 7 сантим. Въ заключеніе авторъ вкратцѣ описываетъ нѣсколько подобныхъ же случаевъ изъ отечественной и иностранной литературы.

Б. Полонскій.