

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

А. М. МАКЪЕВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВ-
СКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕН-
СКИХЪ 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

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Д. О. ОТТА,

и

Л. Г. ЛИЧКУСА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ЕДИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ
СКОМЪ РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ IX.

МАРТЪ 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.

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

МАРТЪ 1895, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

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

Нѣсколько замѣчаній объ изслѣдованіи роженицъ
per rectum на основаніи 25 случаевъ личныхъ
наблюденій.

Штатнаго ординатора (ассистента) той же клиники А. А. Ануфриева.

Die einföhrung der rectalen inneren
Untersuchung in die Hebammenpraxis
ist eine Bankrotterklärung der bestehen-
der Desinfections vorschriften.

Sänger.

Въ то время какъ въ хирургіи и оперативной гинекологіи асептика восторжествовала уже надъ антисептикой, въ акушерствѣ, благодаря спеціальнымъ особенностямъ этой науки и болѣе сложной постановкѣ акушерскаго дѣла, мы переживаемъ переходную эпоху.

Разнорѣчивыя данныя по вопросу о самозараженіи и дезинфекціи роженицы съ одной стороны и какой-то чуть не суевѣрный страхъ передъ внутреннимъ изслѣдованіемъ повели къ тому, что нѣкоторые акушеры не только избѣгаютъ внутреннего изслѣдованія и обращаютъ все свое вниманіе на *exploratio externa* (*Leopold, Spörlin, Veit* и друг.), но даже начинаютъ предлагать *vias artificiales* вмѣсто *vias naturales* ради изслѣдованія (*Ries, Krönig, Бекманъ*). По отношенію

къ родовому каналу rectum, несомнѣнно, служить путемъ искусственнымъ въ смыслѣ изслѣдованія.

Въ № 9 «Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней» за 1894 годъ появилась работа *Бекмана*, въ которой онъ предлагаетъ разрѣшить изслѣдованіе роженицъ черезъ влагалище, повивальнымъ бабкамъ, только въ исключительно строго опредѣленныхъ случаяхъ, а въ остальныхъ настоятельно совѣтуетъ exploratio per rectum.

Будучи заинтересованъ этимъ вопросомъ, еще со времени сообщенія *Ries'a* изъ гинекологической клиники проф. *Freund'a* въ Страсбургѣ (Ueber die innere Untersuchung Kreissender durch den Mastdarm, Centralblatt für Gynäkologie, № 17, 1894 г.) я теперь, произведя личные наблюденія, позволю себѣ высказать и свои замѣчанія о данномъ методѣ изслѣдованія.

Прежде, чѣмъ говорить о результатахъ моихъ изслѣдованій и наблюденій, считаю нужнымъ коснуться бактериологической, анатомической и практической сторонъ такого рода изслѣдованій вообще. Не слѣдуетъ забывать остроумнаго выраженія святаго отца у *Гиртля*, что мы рождаемся inter faeces et urinam и нужно при этомъ добавить, что уже при самомъ рожденіи намъ угрожаетъ опасность именно со стороны этихъ сосѣднихъ съ влагалищемъ каналовъ.

Въ самомъ дѣлѣ, кромѣ наружныхъ половыхъ органовъ и предметовъ, приходящихъ съ ними въ соприкосновеніе, кромѣ патогенныхъ микробовъ во влагалищѣ (я склоняюсь въ этомъ отношеніи на сторону *Winter'a*, *Steffeck'a*, *Масловскаго*, *Döderlein'a*, *Миронова* и друг.) и изслѣдующаго пальца, urethra и anus суть области, изъ которыхъ весьма легко можетъ исходить инфекция. Какъ изслѣдованія *Lustgarten'a* и *Mannaberg'a*, *Rovsing'a* и *Гавронскаго* доказали присутствіе въ мочеиспускательномъ каналѣ патогенныхъ микробовъ, именно staphylococcus pyogenes aureus и albus, не говоря уже о гонококкахъ *Neisser'a*, такъ равно изслѣдованія *Kaltenbach'a* и въ самое послѣднее время весьма поучительное наблюденіе *Eisenhart'a* (Archiv. für Gynäkolog., Bd. XLVII, Heft. 2) указываютъ, что anus для родового канала роженицы является далеко не безопаснымъ сосѣдомъ. *Габричевскій* говоритъ, что нѣтъ ни одного патогеннаго микроцита, который бы не могъ встрѣтиться

въ каловыхъ массахъ. Здѣсь открываютъ bacillus anthracis, tuberculosis, actinomycetes, различныхъ гноеродныхъ бактерій и т. д. Чаше же всего, какъ извѣстно, въ прямой кишкѣ можно встрѣтить bacterium colli commune. Исслѣдованія *Escherich'a* и послѣдующихъ авторовъ, какъ *Laxuell'a*, *Tavel'a*, *Roux*, *Rodet*, и друг. обнаружили несомнѣнные патогенныя свойства этой бактеріи, а *Eisenhart* имѣлъ случай зараженія родильницы bacterio coli commune, кончившійся летально. *Яновскій* находилъ въ каловой массѣ изъ каловыхъ свищей, сообщавшихся съ наружной кожей, кромѣ bacillus liquefaciens ilei, streptococcus coli gracilis *Escherich'a* и др., также патогенный микроорганизмъ bacillus pyocyaneus *Gessard'a*. Не могу здѣсь, кстати, не отклониться въ сторону отъ затронутой темы и не отмѣтить какъ справедливаго замѣчанія проф. *Подвысоцкаго*, что эта послѣдняя бацилла у *Яновскаго* могла попасть съ наружной кожи, такъ равно и того, замѣченнаго мною въ прошломъ году весьма интереснаго факта, что у новорожденныхъ bacillus pyocyaneus при omphalit'ахъ проникаетъ въ кишечникъ черезъ грануляціонную ткань пупка и вызываетъ энтериты, нерѣдко кончающіеся летально. Культуры мною взяты были съ пупка и каловыхъ массъ и дали пышный ростъ этой бациллы на мясопептоновой желатинѣ съ образованіемъ синяго пигмента-псіціанина.

Я упоминаю здѣсь объ этомъ фактѣ въ виду того, что начатыя другія работы, вѣроятно, не скоро позволятъ мнѣ опубликовать болѣе подробно свои наблюденія.

Разсматривая далѣе область прямой кишки, съ паразитарной точки зрѣнія, не лишнимъ будетъ дополнить все вышесказанное еще словами проф. *Подвысоцкаго*: «изъ всѣхъ бактерій, которыя найдены въ различныхъ отдѣлахъ пищеварительной трубки и которыя являются постоянными ея спутниками, для патологіи особеннаго вниманія заслуживаютъ тѣ виды, которые могутъ производить вредное дѣйствіе на слизистую оболочку и которые могутъ по временамъ становиться источникомъ не только мѣстныхъ пораженій кишечника, но даже общихъ заболѣваній всего организма».

Зуда относятся, главнымъ образомъ, гноеродные стафилококки и стрептококки, которые были находимы какъ въ полости рта, такъ и въ различныхъ частяхъ кишечнаго канала.

Число постоянныхъ микроорганизмовъ въ кишечномъ каналѣ такъ велико, что однихъ видовъ ихъ насчитываютъ болѣе двадцати. *Vignal* изолировалъ изъ каловыхъ массъ 10 видовъ бактерій (Основы общей патологіи, 1894 г., томъ II).

Такимъ образомъ, въ виду приведенныхъ изслѣдованій и наблюденій rectum нужно считать областью безусловно септической, откуда мы можемъ очень легко внести инфекцію въ родовую каналъ родиньницы.

Я не могу по этому согласиться съ мнѣніемъ *Бекмана*, что съ одной стороны легко возможно тщательной дезинфекціей возстановить асептичность загрязненнаго пальца тѣмъ болѣе, что въ прямой кишкѣ патогенные микробы не встрѣчаются (?), а съ другой стороны, все еще имѣется въ запасѣ (?) въ такихъ исключительныхъ случаяхъ для изслѣдованія per vaginam палецъ другой руки.

Въ томъ-то и бѣда, что патогенные микробы въ прямой кишкѣ всегда можно встрѣтить, слѣдовательно, загрязненный палецъ необходимо *весьма* тщательно дезинфецировать, и при этомъ не слѣдуетъ смотрѣть на эту дезинфекцію «какъ на легко возможную». Трудно имѣть въ запасѣ другой палецъ чистымъ, когда рука руку моетъ, а палецъ—палецъ; по меньшей мѣрѣ это представляется крайне неудобнымъ и затруднительнымъ. Въ акушерствѣ, напротивъ, слѣдуетъ держаться принципа, чтобы всѣ пальцы обѣихъ рукъ изслѣдующаго всегда были асептичными и готовыми для изслѣдованія, такъ какъ обѣ руки неожиданно могутъ потребоваться при актѣ родовъ.

Разъ мы установили ту бактериологическую точку зрѣнія, что изслѣдующій черезъ прямую кишку палецъ можетъ загрязниться патогенными микроорганизмами, и намъ невольно вмѣстѣ съ *Zweifel*'емъ и *Ries*'омъ напрашивается вопросъ, можетъ-ли быть дѣйствительно безопасно позднѣйшее изслѣдованіе черезъ влагалище и акушерскія операціи, если въ нихъ явится неожиданная необходимость?

Ries отвѣчаетъ на этотъ вопросъ такимъ образомъ: «да, изслѣдованіе per rectum совсѣмъ не препятствуетъ дальнѣйшему изслѣдованію и операціямъ во влагалищѣ». «Развѣ до сихъ поръ, замѣчаетъ онъ далѣе, ручное извлеченіе послѣда, рѣшительно опасную акушерскую операцію, тоже запрещаютъ

производить, если передъ нею при поддерживаніи промежности палецъ былъ загрязненъ фекальными массамаи, или служилъ при *Ritgen*'овскомъ способѣ извлеченія головки? Наконецъ онъ приводитъ въ подтвержденіе своихъ взглядовъ ежедневные факты, гдѣ гинекологъ, имѣя дѣло съ сифилисомъ и карциномой, долженъ производить и акушерскія операціи

Не претендуя быть авторитетомъ въ данномъ случаѣ, я позволю себѣ однако же высказать свое личное мнѣніе по поводу приводимыхъ этимъ авторомъ аргументовъ. Если во 1-хъ) не произведена тщательная дезинфекція рукъ послѣ изслѣдованія *per rectum* послѣдующія манипуляціи для роженицы должны оказаться безусловно не безопасными; опасность эта увеличивается со стороны повивальныхъ бабокъ, которыя имѣютъ не вполне точныя представленія о бактериологіи. Во 2-хъ) при поддерживаніи промежности давно уже существуетъ обычай обертыванія поддерживающей руки пеленкой, или другимъ какимъ-нибудь предметомъ, дабы не пачкать рукъ въ фекальныхъ массахъ; если же руки и пачкаются, не смотря на это, то у постели роженицы долженъ стоять тазикъ съ дезинфицирующими жидкостями, въ которыя врачъ, или акушерка при такихъ обстоятельствахъ должны погружать свои руки, какъ это и принято у насъ въ клиникѣ. Затѣмъ къ задне-промежностному способу *Ritgen*'а, хотя и убѣдительно рекомендованному *Fehling*'омъ и *Löhlein*'омъ, а равно выдавливанію головки по совѣту *Olshausen*'а *per rectum*, приходится прибѣгать далеко не часто. *Strassman* на засѣданіи Берлинскаго гинекологическаго общества 14/26 октября 1894 г. въ своемъ докладѣ «О наружныхъ и комбинированныхъ акушерскихъ приѣмахъ», начинаетъ опять выставлять на видъ методъ *Ritgen*'а и говорить вообще по поводу такого рода комбинированныхъ приѣмовъ: «im interesse der asepsis ist die Vervollkommnung äusserer und kombinirter Verfahren in der Geburtshilfe wünschenswerth und weiter fortzusetzen». Въ этомъ году, напримѣръ, въ нашей клиникѣ на 600 слишкомъ родовъ не пришлось воспользоваться методами *Ritgen*'а ни разу, а методами *Olshausen*'а всего только одинъ разъ. *Runge* по поводу послѣдняго способа замѣчаетъ слѣдующее: «при осторожномъ производствѣ этотъ прямокишечный ручной приѣмъ вполне безопасенъ».

Конечно, его можно примѣнять и какъ средство для ускоренія родовъ. Но *безспорное неудобство его состоитъ въ томъ*, что *рука акушера неизбежно загрязняется каломъ*. Что касается въ 3-хъ) того обстоятельства, что врачу-акушеру нерѣдко приходится имѣть дѣло съ заразными веществами передъ тѣмъ, какъ изслѣдовать роженицу, то вѣдь это есть уже *talium necessarium* врачебной практики. Я не могу не привести по этому поводу слова того же *Runge*: «если врачъ, послѣ того, какъ рука его была въ соприкосновеніи съ заразными веществами, совершенно не можетъ выполнить эти мѣры предосторожности или можетъ выполнить ихъ не со всею необходимою тщательностью, то онъ обязанъ отказаться отъ приложенія къ родамъ». Это замѣчаніе должно относиться еще въ большей мѣрѣ къ повивальнымъ бабкамъ, которыя поверхностиѣ смотрятъ на личную дезинфекцію.

Если, такимъ образомъ, намъ акушерамъ приходится волей неволей считаться въ силу необходимости съ извѣстными недостатками нашей дѣятельности, то зачѣмъ еще усложнять ее борьбой съ тѣми новыми врагами, съ которыми встрѣчается нашъ палецъ въ прямой кишкѣ?

Бекманъ при изслѣдованіи, подобно *Ries*'у, подногтевое и вокруг ногтевое пространство изслѣдующаго пальца выполнялъ мыломъ, а затѣмъ самый палецъ смазывалъ тонкимъ слоемъ мыла или вазелина. Такой способъ еще болѣе представляется рискованнымъ для послѣдующей дезинфекціи съ цѣлью манипуляцій во влагалищѣ, такъ какъ извѣстно, что дезинфецирующія жидкости, особенно сулема, теряютъ присущія имъ свойства въ соприкосновеніи съ жирами, гезр. жирными кислотами (*Liebreich*).

Руководствуясь приведенными выше соображеніями, я рѣшился производить изслѣдованіе *per gestum* только съ кондомомъ, какъ это совѣтовалъ уже *Krönig* для повивальныхъ бабокъ.

Ries находитъ это совершенно лишнимъ, такъ какъ кондомъ, во 1-хъ) не устраняетъ послѣдующаго мытья рукъ, и во 2-хъ) приноситъ значительный вредъ тонкому осязанію. Что кондомъ дѣйствительно лишаетъ до извѣстной степени тонкости осязанія, это не подлежитъ сомнѣнію, хотя къ нему можно на столько привыкнуть, что разница въ чувствѣ осязанія можетъ

быть весьма незначительная. Дезинфекція же при этомъ способѣ можетъ быть несомнѣнно болѣе дѣйствительной.

Оставивъ теперь бактериологическую сторону вопроса, нельзя не сказать и объ анатомической сторонѣ этихъ изслѣдованій.

Не нужно забывать при этомъ способѣ изслѣдованія того обстоятельства, что слизистая оболочка влагалища и прямой кишки значительно разнятся одна отъ другой. Первая покрыта плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ, а нѣкоторые авторы (*Fritsch*) даже разсматриваютъ ее какъ кожный эпидермисъ, между тѣмъ *rectum* покрыта цилиндрическимъ эпителиемъ весьма чувствительнымъ, какъ извѣстно, къ механическимъ насиліямъ и способный само по себѣ инфицироваться.

Самъ *Freund*, изъ клиники котораго вышла работа *Ries*'а, сообщилъ случай, гдѣ произошло заболѣваніе и смерть женщины отъ грязнаго клистира. «Такимъ образомъ, говоритъ *Ries*, достовѣрно извѣстно, что причинить вредъ прямой кишкѣ возможно, но во всякомъ случаѣ съ рѣдкой и болѣе слабой вѣроятностью, чѣмъ при изслѣдованіи *per vaginam*». Повторныя манипуляціи въ прямой кишкѣ, измѣненія ея направленія введеннымъ пальцемъ для изслѣдованія раскрытія зѣва, опредѣленія подлежащей части, швовъ и родничковъ (на головкѣ), неизбежное давленіе при этомъ на слизистую оболочку едва-ли могутъ проходить безнаказанно.

«Слизистая оболочка прямой кишки присутствіемъ инородныхъ тѣлъ раздражается и воспаляется», говоритъ *Tillaux*. Другой хирургъ *Fr. König*, говоря о болѣзняхъ прямой кишки и діагностическихъ приемахъ, замѣчаетъ: «само собою разумѣется, что съ діагностическою цѣлью мы будемъ прибѣгать къ ручному изслѣдованію только въ томъ случаѣ, когда безъ введенія руки распознаваніе невозможно. Дѣло въ томъ, что самый способъ не совсѣмъ безопасенъ и уже нѣсколько разъ былъ причиной скоропостижной смерти». Во время изслѣдованія *Dandridge*'а напр., лопнула аневризма аорты.

Таковы мнѣнія компетентныхъ въ этомъ дѣлѣ хирурговъ.

А развѣ мы можемъ поручиться за то, что не встрѣтимся у роженицы съ какимъ нибудь патологическимъ процессомъ въ прямой кишкѣ? Для повивальныхъ бабокъ вѣдь это уже совершенная *terra incognita*.

Я не стану говорить также подробно о томъ, что (наружный) жомъ задняго прохода можетъ представлять значительное препятствіе для изслѣдованія.

Вѣдь хирургамъ это хорошо извѣстно и они принуждены бывають прибѣгать нерѣдко къ хлороформу. Затѣмъ, если мы примемъ во вниманіе анатоми-топографическія данныя относительно расположенія брюшины на прямой кишкѣ, то отсюда станетъ яснымъ, что усиленныя манипуляціи въ послѣдней могутъ отразиться и на первой. *Tillaux*, указываетъ напр., что при тщательныхъ измѣреніяхъ разстояніе между заднимъ проходомъ и точкою, до которой опускается брюшина по передней поверхности прямой кишки, равняется отъ 11—12 стн. «Стало быть, говорить онъ, есть возможность указательнымъ пальцемъ дойти до этой точки, въ особенности, если давить рукою на промежность вверхъ».

Разъ мы можемъ дойти до брюшины, то легко можемъ её и травмировать черезъ тонкій слой слизистой и мышечной оболочекъ прямой кишки.

Изъ 25 случаевъ, въ которыхъ было произведено мною изслѣдованіе *per rectum*, въ 3-хъ наблюдалось раздраженіе тазовой брюшины и во 2-хъ сопротивленіе со стороны сфинктера *ani*.

Если, наконецъ, мы взглянемъ съ практической стороны на изслѣдованія *per rectum*, то въ этомъ отношеніи я раздѣлилъ бы ихъ: 1) на изслѣдованія въ клиникахъ и родильныхъ большихъ учрежденіяхъ, гдѣ имѣются повивальныя школы, и 2) на частную практику.

Что касается клиникъ и большихъ родильныхъ домовъ, гдѣ обучается повивальному искусству молодое поколѣніе студентовъ и ученицъ, воспитанное въ духѣ антисептики и асептики двухъ послѣднихъ десятилѣтій и гдѣ методы соединеннаго изслѣдованія, предложенныя еще *Rigos* (1753 года), даютъ полную возможность воспринять современное ученіе о теченіи родоваго акта и въ частности механизма родовъ, тамъ едва ли будетъ умѣстно вводить новые способы изслѣдованія и неасептичныя, и небезопасныя и, наконецъ, далеко уже уступающіе по своей точности способамъ, выработаннымъ вѣками.

Я не могу не высказать здѣсь того мнѣнія, что новые методы только наружнаго акушерскаго изслѣдованія и изслѣдованіе *per rectum* несомнѣнно обогащают акушерское изслѣдованіе вообще и расширяють его горизонты, но онѣ не могутъ пользоваться пріоритетомъ передъ изслѣдованіемъ наружно-внутреннимъ (*per vaginam*) ради сокращенія случаевъ послѣродовыхъ заболѣваній.

Развѣ мы не замѣчаемъ, что съ каждымъ годомъ процентъ заболѣваемости уменьшается въ клиникахъ и родильныхъ домахъ, развѣ часто намъ приходится теперь видѣть въ клиникахъ типическія формы не только септицемій и піемій, но даже эндометритовъ и параметритовъ? Если же въ частной практикѣ процентъ заболѣваній держится чуть не прежній, о чемъ съ прискорбіемъ замѣчаетъ *Veit* и видитъ всю бѣду въ ручныхъ извлеченіяхъ послѣда, то вина не въ изслѣдованіи *per vaginam*, а въ томъ, какъ и кѣмъ производится это изслѣдованіе. Мое личное въ данномъ случаѣ мнѣніе таково, на основаніи достаточно многочисленныхъ клиническихъ наблюденій (я состою шесть лѣтъ въ акушерской клиникѣ, изъ которыхъ 3 года въ качествѣ ассистента) и наблюденій въ частной практикѣ, что при строгихъ, а главное раціональныхъ антисептическихъ мѣропріятіяхъ, изслѣдованіе *per vaginam* въ настоящее время является *рѣшительно безопаснымъ*.

Поднятіе образовательнаго ценза повивальныхъ бабокъ и распространеніе среди публики, особенно среди нашихъ, такъ называемыхъ интеллигентныхъ женщинъ, здоровыхъ фізіологическихъ понятій, а не институтскихъ, и знакомства, хотя бы съ основами бактеріологіи,—вотъ куда должно быть направлено вниманіе врачей, вотъ благодаря чему можетъ пасть самъ собою высокій процентъ послѣродовыхъ заболѣваній женщинъ, дѣлающихъ въ цвѣтѣ силъ калѣжками на всю жизнь! Въ недостаточномъ классѣ общества, разумѣется, кромѣ этого приходится считаться еще и съ соціальными условіями жизни, но и здѣсь образованная и при этомъ честно относящаяся къ своему дѣлу акушерка, съумѣетъ обезопасить роженицу болѣе, чѣмъ какая нибудь невѣжественная повитуха.

Всякое тяжелое послѣродовое заболѣваніе я считаю въ настоящее время положительно анахронизмомъ, хотя это и слишкомъ смѣло сказано, но такова моя личная точка зрѣнія.

Переходя теперь къ способу изслѣдованія per rectum въ частной практикѣ, я бы долженъ былъ повторить все сказанное выше и при этомъ еще добавить, что у интеллигентной женщины и, какъ это бываетъ сплошь да рядомъ крайне нервной, изслѣдованіе per rectum можетъ вызвать весьма непріятное ощущеніе, особенно со стороны сфинктера; а такъ какъ изслѣдованія вообще въ подобной практикѣ приходится сокращать до minimum'a, то, при нежеланіи доставлять безпокойство роженицъ, эти изслѣдованія могутъ быть и поверхностными въ ущербъ правильному веденію дѣла.

Затѣмъ, кто-же изъ акушеровъ будетъ сомнѣваться въ томъ, что женщинъ М—рага слѣдуетъ пересоздать, чтобы приучить ихъ къ изслѣдованію per rectum и что на первыхъ порахъ со стороны самихъ роженицъ можно вызвать недоумѣніе?

Высказавши такимъ образомъ свой взглядъ на акушерское изслѣдованіе per rectum вообще, перехожу къ болѣе подробному разбору моихъ 25 случаевъ. Эти 25 случаевъ ректальнаго изслѣдованія взяты послѣ того, какъ нѣсколько предварительныхъ случаевъ ушли на выработку метода и въ счетъ не ставились. Изъ 25 въ 23 случаяхъ были срочные роды и въ двухъ абортъ (одинъ на пятомъ и другой на шестомъ мѣсяцахъ). Изъ 23 срочныхъ родовъ было 20 черепныхъ предлежаній, двое лицевыхъ и одинъ случай ягодичнаго (простаго). Изъ 20 черепныхъ предлежаній въ 17 роды были безъ осложненій и въ 3 съ осложненіями, а именно въ одномъ случаѣ *obliquitas Naegele*, въ другомъ—*obliquitas Litzmani* и въ третьемъ—выпаденіе пуповины при головкѣ. Изъ 20 черепныхъ предлежаній 17 было темянныхъ и 3 затылочныхъ. Абортъ были оба въ ягодичномъ предлежаніи.

Что касается тазовъ, то они распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: обширный тазъ встрѣтился 1 разъ, нормальный—8; простой общесъуженный—6; общесъуженный рахитическій—5; общесъуженный рахитическій плоскій—1; обще-съуженный плоскій—2; простой плоскій—1 и поперечно суженный—1. Уже на этомъ небольшомъ матеріалѣ видно, какъ богата у насъ клиника атипическими по отношенію къ идеальной нормѣ resp. узкими тазами, если изъ 25 случаевъ въ 16 встрѣтились деформированные тазы, т. е. въ 64%.

Изъ 25 случаевъ, пришлось въ трехъ прибѣгнуть къ оперативному пособию: въ 1) forceps; 2) extractio foetus и 3) extractio placentae manualis.

Что касается заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ, то не было ни одного ясно выраженнаго, равно не было ни одного и смертнаго случая. Однократныхъ повышеній было 3, изъ которыхъ одно обуславливалось нагрубаніемъ грудей; не считая послѣдняго, процентъ = 8 (въ случаяхъ аборта). Многократныхъ было одно, зависящее отъ нагрубанія грудей. Въ 3-хъ оперативныхъ случаяхъ послѣродовой періодъ протекалъ нормально.

Жаль, что у *Бекмана* не указано въ его работѣ, какъ протекалъ послѣродовой періодъ у изслѣдованныхъ имъ ста роженицъ.

Изслѣдованіе производилось мною сначала per rectum, затѣмъ per vaginam.

Изъ 25 случаевъ ректальнаго изслѣдованія открытіе зѣва опредѣлялось въ 24-хъ, изъ этихъ послѣднихъ въ одномъ случаѣ весьма трудно, когда зѣвъ былъ открытъ на 2 $\frac{1}{2}$ пальца и головка стояла высоко надъ входомъ; опредѣлить его можно было только по напряженному пузырю во время сокращеній матки. Въ одномъ случаѣ нельзя было опредѣлить при ягодичномъ предлежаніи, когда ягодицы плотно установились въ верхнемъ отдѣлѣ полости таза, и край зѣва прощупывался вокругъ нихъ въ формѣ тонкой каймы. Такимъ образомъ, процентъ неопредѣленныхъ случаевъ = 4. Вообще нужно замѣтить, что чѣмъ тоньше края зѣва, чѣмъ они выше и чѣмъ болѣе кпереди направлена влагалищная часть шейки, тѣмъ изслѣдованіе труднѣе. Разница въ открытіи между ректальнымъ и вагинальнымъ изслѣдованіемъ = не болѣе $\frac{1}{2}$ поперечнаго пальца.

Плодный пузырь опредѣлялся въ 9 случаяхъ, въ 11 не опредѣлялся, когда его совсѣмъ не было и въ 5 нельзя было судить объ немъ per rectum, между тѣмъ какъ онъ былъ найденъ per vaginam.

Такимъ образомъ, можно было имѣть правильное представленіе о пузырьѣ въ 20 случаяхъ и въ 5 нельзя. Процентъ неопредѣленныхъ случаевъ = 25. Такой сравнительно большой процентъ невозможности опредѣленія плоднаго пузыря весьма вѣроятно объясняется кондомомъ, который самъ по себѣ есть

пузырь и маскируетъ плодный. Состояніе краевъ зѣва можно было опредѣлить въ 18 случаяхъ и въ 7 нѣтъ, т. е. въ 28⁰/₀. Предлежащая часть плода опредѣлялась въ 20 случаяхъ хорошо, въ одномъ трудно (когда была прижата ко входу), въ двухъ не опредѣлялась при срочныхъ родахъ и въ 2-хъ при выкидышахъ. Последніе случаи собственно нельзя считать, такъ какъ предлежащая часть слишкомъ мала на V и VI мѣсяцахъ и въ одномъ случаѣ и *per vaginam* нельзя было ее опредѣлить. Для вычисленія процента, слѣдовательно, два эти случая я выбрасываю, что составляетъ 8,7⁰/₀ неопредѣляемыхъ. Предлежащую часть можно опредѣлять *per rectum* тогда, когда она находится во входѣ и въ полости; если-же надъ входомъ, или прижата ко входу, то въ такихъ случаяхъ она или совсѣмъ не опредѣляется, или опредѣляется очень не точно. Подобное обстоятельство можетъ имѣть большое значеніе, когда напр., предлежитъ пуповина, или мелкія части плода, или плацента.

Кромѣ того, степень приспособляемости предлежащей части ко входу остается для насъ неизвѣстной. То, чего можно достигнуть въ этомъ отношеніи пальцемъ *per vaginam*, удастся съ трудомъ *per rectum*, или совсѣмъ не удастся.

Опредѣленіе стрѣловиднаго шва изъ 20-ти случаевъ черепныхъ предлежаній (выкидышей не считаю) удалось въ 14-ти. *Per vaginam* же во всѣхъ случаяхъ. Въ 5-ти случаяхъ стрѣловиднаго шва не удалось опредѣлить; это происходило обычно тогда, когда не опредѣлялись и роднички (4⁰/₀). Препятствіемъ къ опредѣленію шва служило или высокое положеніе предлежащей части, или недостаточное открытіе матки. Роднички изъ 20-ти случаевъ черепныхъ предлежаній опредѣлялись въ 9-ти, при чемъ во всѣхъ удалось опредѣлить только одинъ родничекъ и въ 2-хъ случаяхъ нельзя было судить, какой это родничекъ. Въ 11-ти случаяхъ ихъ совсѣмъ нельзя было опредѣлить. *Per vaginam* роднички опредѣлялись въ 19-ти случаяхъ и въ одномъ, вслѣдствіе раскрытія зѣва только на 1¹/₂ пальца, ни одного нельзя было опредѣлить. Изъ 19-ти черепныхъ предлежаній, изслѣдованныхъ *per vaginam*, въ 8-ми можно было опредѣлить только одинъ родничекъ. Слѣдовательно, *per rectum* въ 7 случаяхъ можно было точно опредѣлить роднички, а въ 13-ти нѣтъ, т. е. 65⁰/₀ неопредѣленныхъ.

Невозможность опредѣленія родничковъ встрѣчалась обычно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ или зѣвъ недостаточно былъ раскрытъ, или головка была надъ входомъ, или малымъ сегментомъ во входѣ. Что касается особенностей изслѣдуемыхъ частей и уклоненій въ теченіи родового акта, то изъ 23-хъ случаевъ срочныхъ родовъ въ 2-хъ нельзя было опредѣлить: 1) особенностей зѣва; 2) рубцевого измѣненія его отъ прежде бывшихъ родовъ. Въ 1-мъ случаѣ зѣвъ былъ раскрытъ на 2 пальца, края его толстыя, при чемъ на краяхъ зѣва прощупывались кистообразныя привѣски (*ovula Nabothi*) съ правой стороны два и съ лѣвой одинъ, что указывало на *endometritis colli uteri*. Это былъ единственный случай такого рѣзкаго развитія железъ цервикальнаго канала, который мнѣ пришлось наблюдать во время родового акта. Во второмъ случаѣ были разрывы и рубцы на влагалищной части шейки матки отъ прежнихъ родовъ: одинъ изъ рубцовъ тянулся по краю задняго свода въ формѣ поперечной перелонки, соединяющей два мясистые лоскута нижняго отдѣла шейки. Благодаря этимъ разрывамъ, влагалищная часть, *resp.* наружный зѣвъ, совершенно обезобразился. Въ двухъ случаяхъ нельзя было опредѣлить: въ 1-мъ) отношенія стрѣловиднаго шва къ симфизу; во 2-мъ) къ мысу; въ одномъ предлежащую пуповину, въ одномъ лицо и въ одномъ позицію при ягодичномъ предлежаніи.

Такимъ образомъ, всего неопредѣленныхъ особенностей = 7 или 3,4⁰%. Въ другомъ случаѣ лицеваго предлежанія ясно опредѣлялись: ротъ, носъ и орбиты. Отношеніе предлежащей части къ различнымъ отдѣламъ таза изъ 23-хъ черепныхъ предлежаній опредѣлялось въ 22-хъ и только въ одномъ нельзя было опредѣлить, вслѣдствіе сильнаго напряженія пузыря; всего неопредѣлялось въ 4,3⁰%.

Во всѣхъ случаяхъ хорошо опредѣлялись также, какъ у *Ries'a*: *promontorium*, *os sacrum*, *os coccygis*, *spinae Ichi* и боковыя стѣнки таза (*Beckenwand*). Всѣ малѣйшія измѣненія какъ въ направленіи, такъ равно въ формѣ крестца и копчика очень легко можно опредѣлять *per rectum*, равно особенности плотныхъ и мягкихъ частей полости и выхода малаго таза.

Подводя итоги ректальному изслѣдованію, нужно замѣтить, что при немъ несомнѣнно много можно получить данныхъ, но

при этомъ много особенностей и пропадаетъ, весьма цѣнныхъ и важныхъ въ теченіи родового акта. Такъ, напр., оказывается почти невозможнымъ опредѣлять точно высоко стоящую надъ входомъ подлежащую часть, часто роднички, особенности зѣва и подлежащую пуповину.

Слѣдовательно, приходится сдѣлать выводъ, что *ректальное изслѣдованіе безусловно должно уступать вагинальному*. Въ этомъ, я думаю, легко убѣдятся тѣ товарищи, которымъ придется работать надъ этимъ вопросомъ. Главнымъ образомъ, при узкихъ тазахъ, гдѣ могутъ встрѣтиться особенности и осложненія въ теченіи родового акта, изслѣдованію *per vaginam* всегда должно быть отдано предпочтеніе. При порокахъ и уклоненіяхъ въ развитіи мягкихъ частей родового канала, всегда, само собою разумѣется, будетъ играть первенствующую роль вагинальное изслѣдованіе. Что касается повивальныхъ бабокъ, которыя иногда и во влагалищѣ не могутъ дать себѣ надлежащаго отчета, слѣдуетъ во избѣжаніе напраснаго загрязненія пальца и раздраженія прямой кишки разрѣшать имъ изслѣдованіе *per rectum* въ частной практикѣ, только въ исключительныхъ случаяхъ (желательно въ присутствіи врача), а въ повивальныхъ школахъ знакомить съ нимъ ученицъ какъ однимъ изъ дополнительныхъ методовъ акушерскаго изслѣдованія.

Мнѣ кажется, что гораздо больше будетъ пользы, если ученицы акушерскихъ школъ будутъ еще болѣе, чѣмъ въ настоящее время, дисциплинированы въ смыслѣ основъ современной асептики и антисептики, а публика, отбросивъ прародительскіе взгляды на «бабушекъ», будетъ искать помощи у дѣйствительно образованныхъ акушерокъ.

Стоитъ посмотрѣть на типы, встрѣчающихся акушерокъ, въ такомъ большомъ, съ полумилліоннымъ населеніемъ, городѣ, какъ Варшава, а такихъ акушерокъ больше половины, чтобы нисколько не удивляться высокому проценту послѣродовыхъ заболѣваній въ здѣшней частной практикѣ.

Нигдѣ столько не встрѣчается перитонитовъ, какъ заявилъ здѣшній инспекторъ врачебной Управы *П. И. Троицкій* на одномъ изъ засѣданій русскаго медицинскаго Общества, какъ въ Варшавѣ, «и при этомъ нужно думать, прибавилъ онъ, что

большая часть ихъ относится по послѣродовымъ». Въ здѣшнемъ краѣ званіе акушерки до сихъ поръ еще считается чуть не унизительнымъ, почему присвоивали до сихъ поръ это званіе лица часто весьма низкаго умственнаго и нравственнаго уровня.

Въ здѣшней клиникѣ, не смотря на то, что общіе методы изслѣдованія и дезинфекціи, введенные съ 15 марта 1885 года, остаются прежними и не смотря на многократныя (иногда до 20), внутреннія изслѣдованія, процентъ заболѣваемости и безъ ректальнаго изслѣдованія съ каждымъ годомъ падаетъ. Такъ, въ 1885—1887 г.г. процентъ легко заболѣвшихъ = 11⁰/₀; въ 1888 и 1889 онъ равенъ уже = 6,8⁰/₀, въ 1890, 1891 и 1892 г.г. до 15-го марта = 4,5⁰/₀, а въ послѣдніе годы и еще меньше.

Если-же общій процентъ послѣродовыхъ заболѣваній (тяжелыхъ и легкихъ) еще = 6⁰/₀, то виною служатъ нерѣдко предварительныя уже изслѣдованія въ городѣ. Такъ по статистикѣ, собранной д-ромъ *Бржезинскимъ* изъ нашей клиники, за 1890, 1891 и 1892 годы до 15 марта изъ изслѣдованныхъ въ городѣ 305 роженицъ заболѣло 5, т. е. 1,6⁰/₀, между тѣмъ изъ 626 неизслѣдованныхъ, только одна, т. е. 0,16⁰/₀; на это я также указывалъ въ свое время въ работѣ, «Къ вопросу о примѣненіи сулемы въ акушерской практикѣ» (1891 г.).

Слѣдовательно, дѣло здѣсь не въ новыхъ методахъ акушерскаго изслѣдованія, а въ томъ режимѣ, которымъ обставлено одно и тоже изслѣдованіе. Если-же мы будемъ предлагать изслѣдованіе *per rectum*, а условія асептики и антисептики въ родильныхъ учрежденіяхъ и частной практикѣ оставимъ прежнія, то по справедливому замѣчанію *Sänger'a*, мы объявимъ банкротство существующимъ до сихъ поръ предписаніямъ о дезинфекціи въ практикѣ повивальныхъ бабокъ.

Пусть *Zweifel*, обучая повивальныхъ бабокъ въ Лейпцигѣ изслѣдованію *per rectum*, покажетъ намъ на большомъ матеріалѣ, что черезъ прямую кишку можно опредѣлять безъ всякаго вреда для женщины всѣ особенности въ теченіи родового акта и что у всѣхъ женщинъ при такомъ методѣ послѣродовой періодъ протекалъ нормально, и тогда, можетъ быть къ методу сомнительному мы прибавимъ, хотя и *cum grano salis*, извѣстную долю убѣжденія въ его пригодности. До сихъ же поръ сказать

этого не можемъ. Я убѣжденъ, что *методъ ректальнаго изслѣдованія всегда останется только методомъ дополнительнымъ въ акушерствѣ*. Считая его таковымъ, невольно является вопросъ, когда же къ нему можемъ мы прибѣгать?

Я бы сказалъ на основаніи личныхъ наблюдений слѣдующее: методъ ректальнаго изслѣдованія въ акушерствѣ долженъ имѣть такое-же значеніе, какъ и въ гинекологіи, т. е. имъ слѣдуетъ пользоваться для болѣе тщательнаго выясненія особенностей какъ мягкихъ частей родового канала на протяженіи доступномъ со стороны прямой кишки, такъ равно плотныхъ, геср. костнаго таза, задняя и боковая стѣнки котораго весьма хорошо опредѣляются этимъ путемъ.

Слѣдовательно, показанія будутъ со стороны: во 1) уклоненій въ развитіи влагалища и новообразованій въ немъ; затѣмъ 2) со стороны деформациі таза, а равно костныхъ, хрящевыхъ и друг. опухолей послѣдняго. Вотъ какого характера, по моему убѣжденію, должны быть случаи, при которыхъ можетъ понадобится акушерское изслѣдованіе per rectum.

II.

О дренажѣ брюшной полости.

КЛИНИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ.

Проф. А. П. Губарева.

(Директора женской клиники въ Юрьевѣ).

Вопросъ о примѣненіи дренажа при операціяхъ на брюшной полости далеко нельзя считать законченнымъ и показанія къ его примѣненію и удаленію допускаютъ разнорѣчивыя толкованія. Достиженіе единства во взглядахъ по этому вопросу было бы весьма желательно: оно указывало бы на большую точность нашихъ практическихъ знаній объ этомъ могучемъ и разумномъ хирургическомъ приѣмѣ.

Повидимому *Koerberlé* первому пришла мысль воспользоваться примѣненіемъ дренажа послѣ чревосѣченія. Польза этого усовершенствованія, какъ и многихъ другихъ, рекомендованныхъ этимъ талантливымъ піонеромъ брюшной хирургіи, была оцѣнена только впоследствии. *Thomas Keith* еще въ 1866 году вывезъ изъ Страсбурга образцы стеклянныхъ трубочекъ, подаренныхъ ему *Koerberlé*, и сталъ примѣнять ихъ при своихъ операціяхъ. Блестящіе результаты, полученные знаменитымъ Единбургскимъ хирургомъ, приводившіе въ изумленіе его современниковъ (*M. Sims*), онъ самъ приписывалъ въ значительной степени примѣненію дренажа. «Я убѣжденъ», писалъ онъ въ 1878 году, «также какъ въ моемъ собственномъ существованіи, что если бы я пользовался имъ (т. е. дренажемъ) раньше и чаще, то смертность моя была бы меньше

по крайней мѣрѣ на цѣлую треть ¹⁾». *Marion Sims* ²⁾, подмѣтивши клиническое значеніе скопленія въ брюшной полости серознокровянистой жидкости (bloody serum), которое онъ видѣлъ при вскрытіяхъ послѣ чревосѣченій, много способствовалъ убѣдительною своихъ сужденій распространенію внутри-брюшиннаго дренажа. Особенно сильное впечатлѣніе на него произвело необыкновенно хорошее теченіе нѣсколькихъ тяжелыхъ огнестрѣльныхъ поврежденій тазовыхъ органовъ, которое ему случилось наблюдать подѣ Седаномъ въ 1870 году. Раненные выздоравливали безъ всякихъ осложненій и безъ всякаго лѣченія только въ силу хорошаго оттока выдѣленій, обезпеченнаго самой формой раненія ³⁾. Онъ рекомендовалъ сквозной дренажъ черезъ брюшную стѣнку и черезъ вагину ⁴⁾. Этотъ методъ былъ въ послѣдствіи усвоенъ и примѣняемъ *Spiegelberg*'омъ ⁵⁾. Отъ него же беретъ свое начало вагинальный дренажъ *Martin*'а ⁶⁾. *Bardenheuer* ⁷⁾ своими публикаціями много способствовалъ вентилированію на континентѣ вопроса о дренированьи брюшной полости. Его catgut'овая сѣтка оказалась слишкомъ осложненной, чтобы найти примѣненіе, но быть можетъ она много способствовала разработкѣ капиллярнаго дренажа. Чрезвычайно здравое и толковое объясненіе многихъ клиническихъ свойствъ дренажа и его вліяніе въ смыслѣ вторичной, послѣдовательной антисептики (Secunder antiseptis), т. е. такой антисептики, которая имѣетъ мѣсто не только во время операціи (Primär antiseptis), а вліяетъ и послѣ нея и выясненіе многихъ сторонъ показаній къ дренажу находимъ въ обстоятельной статьѣ *Wiedow* ⁸⁾. Обстоятельная работа *Miculicz* ⁹⁾ разъяснила многія изъ условій дренированія брюшной полости, въ особенности по отношенію къ полному, т. е. всемѣстному дренированію этого обширнаго серознаго мѣшка, на

¹⁾ British Med. Journ., 1878, Vol. II, p. 591.

²⁾ American Journal of obstetr., 1880, April, pag. 301.

³⁾ *Marion Sims on Ovariectomy*, 1873.

⁴⁾ Ibid.

⁵⁾ Archiv für Gynaecol., 1875, Bd. VII und VIII.

⁶⁾ *A. Martin. Die Drainage bei peritonealen Operationen Samml. klin. Vorträge v. Volkmann*, № 219, 1882.

⁷⁾ *Bardenheuer. Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle*, 1880. Derselbe—*Die Drainage der Peritonealhöhle*, 1881.

⁸⁾ *Wiedow. Berliner klinische Wochenschrift*, 1880, № 39.

⁹⁾ *Archiv für klinische Chirurgie*, 1881, Bd. XXVI.

физиологию коего не задолго передъ тѣмъ пролито много свѣта работою *Wegener*'а ¹⁰⁾. Одинъ изъ самыхъ счастливыхъ, по своимъ результатамъ въ брюшной хирургіи, операторовъ нашего столѣтія *L. Tait* такъ выражается о значеніи дренажа при операціяхъ на брюшинѣ: «когда я слышу», говоритъ онъ ¹¹⁾ «что какой-либо авторъ говоритъ, что онъ никогда не моетъ брюшиной полости и не нуждается въ дренажѣ, то я дѣлаю только такое заключеніе, что онъ теряетъ тѣ случаи, которые я спасаю и приписываетъ свои неблагоприятные результаты всемогущимъ зародышамъ».

Въ настоящее время для дренированія брюшной полости употребляются слѣдующіе виды дренажа: 1) трубчатые, по типу предложенному *Chassaignac*'омъ и 2) пористые, по типу выработанному *Miculicz*'емъ.

1) Трубчатые дренажи примѣняются или а) стеклянные, преимущественно англичанами (*Th. Keith, Bantok, Doran, B. Sutton, Sk. Keith*) или б) резиновые: они готовятся или просто изъ обыкновенной резиновой трубки (*Снегиревъ*), или въ видѣ особыхъ снарядовъ изъ твердаго каучука (вродѣ цилиндрическихъ влагалищныхъ зеркалъ) (*Hegar*).

При пользованіи этими дренажами поступаютъ двояко: одни, въ особенности англичане, высасываютъ особыми спринцовками жидкость, скопляющуюся въ трубкѣ или откачиваютъ её ватными стерилизованными шариками (*Hegar*); наконецъ, другіе—просто накладываютъ толстую повязку, которая всасываетъ содержимое трубки по мѣрѣ того, какъ оно достигаетъ ея наружнаго конца.

2) Пористые дренажи тоже бываютъ двухъ видовъ: они дѣйствуютъ своею капиллярностью и состоятъ или просто изъ марли стерилизованной, или іодоформной и устраиваются по типу мѣшка *Miculicz*'а, это очень распространенный видъ и въ Германіи, и во Франціи (*Rozzi, Doyen* и др.) и у насъ (*Снегиревъ*); или трубчатые наполненные пористымъ матерьяломъ, напр. стеклянные, наполненные марлей (*Hegar, Küstner* ¹²⁾;

¹⁰⁾ Arch. für klin. Chir., 1878, Bd. XXI.

¹¹⁾ L. Tait. Peritonitis its nature and prevention British. Med. Jour., 1892, Nov. 12, p. 1048.

¹²⁾ Küstner. Grundzüge der Gynaecologie. Iena, 1893.

по дѣйствию они аналогичны простому марлевому дренажу *Miculicz'a*.

Выборъ того или другого вида дренажа не основывается, повидимому, на какихъ либо существенныхъ преимуществахъ каждаго изъ нихъ и много зависитъ отъ субъективныхъ впечатлѣній и привычекъ оператора.

Дренированье черезъ влагалище обыкновенно избѣгаютъ, вслѣдствіе затрудненій примѣнять асептику и только нѣкоторые французскіе авторы пользуются имъ какъ методомъ *electionis* (*Boisleux*, иногда *Pozzi*). Дренированье черезъ влагалище послѣ вагинальной экстирпаціи матки, на чемъ настаивалъ *Bardenheuer* еще въ 1880 году, примѣняется всѣми тѣми, кто не зашиваетъ послѣ этой операціи рану брюшной полости, слѣдовательно едва ли не большинствомъ хирурговъ, дѣлающихъ эту операцію и видѣтъ въ этомъ модификацію (*L. Landau*) рѣшительно нѣтъ никакой надобности.

*Christofer Martin*¹³⁾, бывшій ассистентъ и непосредственный помощникъ *L. Tait'a* въ Бирмингамѣ, довольно удачно резюмируетъ слѣдующимъ образомъ показанія къ дренажу брюшной полости послѣ лапаротоміи.

Вотъ эти показанія.

1) Когда находится на лицо *peritonitis*, или асцитическая жидкость.

2) Когда во время операціи брюшина пришла въ соприкосновеніе съ каломъ, мочей, или вонючимъ содержимымъ опухоли.

3) Когда сдѣлано прополаскиваніе брюшной полости.

4) Когда были разорваны обширныя сращения.

5) Когда отъ какой либо причины существуетъ паренхиматозное кровотеченіе.

6) Когда есть основаніе предполагать, что кишки, или пузырь могли быть поранены.

Показанія подъ № 1 и подъ № 3 требуютъ значительнаго ограниченія. № 1 относительно простой асцитической жидкости, которая только въ исключительныхъ случаяхъ, а не сама по себѣ можетъ потребовать примѣненія дренажа; т. е.

¹³⁾ *Christofer Martin* The after treatment of cases of abdominal section. London und Birmingham, 1894.

здѣсь все таки показаніемъ къ нему служить измѣненіе брюшины. Показаніе № 3 справедливо только для тѣхъ случаевъ, когда промываніе дѣлается простой водой, какъ это дѣлають англичане, или когда нельзя почему либо тщательно вытереть брюшную полость послѣ промыванія. Если промываніе дѣлать стерилизованнымъ фізіологическимъ растворомъ, какъ мы это всегда дѣлаемъ, то показаніе это выпадаетъ.

Остальные изъ приведенныхъ показаній обнимають всѣ случаи, дѣйствительно требующіе примѣненія дренажа. Особого вниманія заслуживаетъ показаніе подъ № 5 и примѣненіе дренажа въ тѣхъ случаяхъ, когда можно ожидать послѣдова- тельнаго кровотеченія, потому что этимъ отмѣчается крово- останавливающее дѣйствіе дренажа способствующаго свертыванію крови. Надо считать фактомъ установленнымъ, что при введеніи дренажа въ брюшную полость въ огромномъ большинствѣ случаевъ нельзя дренировать всей этой полости. Это установлено и экспериментальнымъ путемъ и путемъ клиническаго наблюденія (*Mikulicz* ¹⁴). *Delbet* ¹⁵) дѣлалъ многочисленныя опыты на трупахъ и убѣдился, что черезъ дренажную трубку и даже помощью двухъ дренажныхъ трубокъ, помѣщенныхъ рядомъ промыть брюшную полость нельзя. На трупѣ даже нельзя черезъ дренажную трубку выдавить изъ брюшной полости всю жидкость, которая въ нее налита. На живомъ человѣкѣ при дыхательныхъ движеніяхъ и вообще при дѣйствіи брюшнаго пресса, черезъ дренажъ просачивается и вытекаетъ жидкость, находящаяся въ брюшной полости. Это совершенно тоже, что бываетъ иногда послѣ прокола при асцитѣ если не вся жидкость выпущена черезъ троакаръ и если брюшной прессъ работаетъ энергично. Припоминаю случай, гдѣ послѣ такого прокола втеченіе четырехъ сутокъ изъ ранки тонкой струйкой сочилась серозная жидкость, такъ что приходилось нѣсколько разъ въ день перемѣнять толстую повязку, которая ею пропитывалась. Никакого раздраженія брюшины при этомъ не было и больная эта впослѣдствіи выздоровѣла совершенно. Если брюшина измѣнена вслѣдствіе хроническаго воспаленія, то дренажъ, введенный въ ея полость еще имѣеть

¹⁴) *Mikulicz*. Arch. für clin. Chir., 1881, Bd. XXVI.

¹⁵) *Pierre Delbet*. Des Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891.

право на названіе дренажа брюшной полости. Дренажъ, помѣщенный въ полость здоровой брюшины весьма скоро, обыкновенно, уже черезъ 24—36 часовъ теряетъ право на это названіе. Такъ велика пластическая способность здоровой брюшины, что уже черезъ 24 часа, слипчивое воспаленіе образуетъ замкнутый каналъ, въ коемъ находится дренажъ. Въ брюшинѣ, измѣненной хроническимъ воспаленіемъ, или продолжительнымъ пребываніемъ въ ней асцитической жидкости, пластическія явленія ослаблены. Если такую брюшину промыть и въ особенности хорошенъко протереть, какъ напимѣрь, при сухомъ методѣ оперироваія, то этимъ можно возвратитъ ей часть ея пластическихъ свойствъ. Промытая и затѣмъ вытертая брюшина можетъ иногда сростаться столь же быстро, какъ брюшина здоровая.

Жидкость, скопляющаяся въ брюшной полости, просачивается черезъ трубчатый, или стеклянный дренажъ долѣе, чѣмъ черезъ дренажъ марлевый, или вообще пористый; конечно, это бываетъ только тогда, когда сальникъ, или *appendices epiploici* не закупориваютъ механически отверстія дренажа. Въ этомъ случаѣ дѣйствіе дренажа представляется мнѣ болѣе, чѣмъ иллюзорнымъ. Не предрѣшая вопроса объ интересныхъ и загадочныхъ физиологическихъ функціяхъ сальника и другихъ придатковъ брюшины, не могу однако не отмѣтить, что изо всей брюшной полости сальникъ, быть можетъ, единственное мѣсто ея поверхности, которое не должно требовать дренажа. И патологическая анатомія, и клиническія наблюденія учатъ насъ, что сальникъ во многихъ случаяхъ самъ играетъ роль естественнаго дренажа, приходя на помощь въ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, коимъ угрожаетъ опасность со стороны воспалительнаго заболѣванія какого либо органа. Всѣмъ извѣстны сращенія сальника съ тазовыми органами женщины, столь часто встрѣчаемыя при вскрытіяхъ. Всѣмъ извѣстна польза прикрытія задней поверхности брюшной раны сальникомъ при лапаротоміяхъ. Сростаясь съ болѣзненно измѣненнымъ, или пораненнымъ мѣстомъ, сальникъ устанавливаетъ связь пораженнаго мѣста съ своею богатою лимфатическою сѣтью. Огромное развитіе лимфатической сѣти сальника еще ждетъ изслѣдователей, которые изучили бы ее помощью

инъекцій. Патолого-анатомы находят иногда чрезвычайно богатыя развѣтвленія этой сѣти въ зависимости отъ патологическихъ условій, ее обнаруживающихъ. Проф. *В. А. Афанасьевъ* наблюдалъ чрезвычайно интересный случай этого рода, въ коемъ лимфатическіе сосуды занимали весь сальникъ и были такъ нашпигованы казеозной массой туберкулезнаго происхожденія, что имѣли видъ прекрасной естественной инъекціи. Къ сожалѣнію, попытки налить лимфатическіе сосуды сальника даже такой тонкой массой, какъ растворъ асфальта въ скипидарѣ, веществомъ указаннымъ лишь для этой цѣли покойнымъ моимъ учителемъ проф. *А. И. Бабухинымъ*, еще не дали мнѣ тѣхъ результатовъ, какіе я иногда получалъ помощью этого метода при изученіи лимфатическихъ сосудовъ въ другихъ областяхъ тѣла. Изобиліе слоевъ эндотелія, коимъ характеризуется исторія развитія сальника и энергическое фагоцитарное вліяніе эндотеліальныхъ клѣтокъ брюшины, обусловливающее способность этой мембраны переваривать различныя ткани, должно придавать сальнику огромное значеніе съ точки зрѣнія фагоцитарной теоріи и должно въ значительной степени усиливать значеніе его дренирующаго вліянія. Клиническія наблюденія, повидимому, подтверждаютъ въ данномъ случаѣ справедливость самой фагоцитарной теоріи.

Такимъ образомъ попаданіе сальника въ отверстія дренажа нельзя считать явленіемъ безразличнымъ: затрачиваются силы, которыя могутъ понадобиться въ другихъ мѣстахъ брюшной полости, на такое дѣйствіе, коего мы въ правѣ ожидать отъ самого дренажа. Мало того приростаніе сальника къ каналу, въ коемъ помѣщается дренажъ и интимная связь лимфатическихъ сосудовъ сальника съ этимъ каналомъ, отъ коего они отдѣляются только слоемъ грануляціонной ткани, съ каналомъ, который пока онъ еще не заростетъ окончательно, все же можетъ послужить путемъ для проникновенія заразныхъ началъ въ организмъ, есть явленіе далеко не безопасное. И кто знаетъ, многіе случаи поздняго зараженія, послѣ совершеннаго изолированія брюшины отъ канала, въ коемъ помѣщался дренажъ; тѣ случаи, когда зараженіе случается на 12-й—20-й день и приводятъ къ летальному исходу, не зависятъ ли они отъ этой особенности въ строеніи сальника. Приросшія мѣста, обле-

ченныя рубцовой тканью и лишенныя эндотелія съ его фагаци- тарными особенностями, сохраняютъ, однако, свои лимфати- ческіе сосуды и разрывы этой молодой ткани могутъ поставить концы разрыва лимфатическихъ сосудовъ въ непосредствен- ное соприкосновеніе съ отдѣляемымъ дренажнаго канала; а кто можетъ поручиться что оно асептично. Да и бываетъ ли оно асептично? Бактеріологи это отрицаютъ. Такимъ образомъ тѣ мѣста, гдѣ сальникъ соприкасается съ дренажемъ, или его каналомъ, едва ли можно включать въ область полезнаго и желательнаго дѣйствія дренажа. Всѣ виды трубчатого дренажа предрасполагаютъ къ этой случайности и это ихъ недостатокъ.

Въ большинствѣ случаевъ при дренажѣ пористомъ: будетъ ли то стеклянная трубка, наполненная марлей, или просто марлевый кусокъ, напр. мѣшокъ *Miculicz*'а, уже черезъ 24 часа можно рассчитывать на сформированіе канала, вслѣдствіе слипанія серознаго покрова кишекъ, сальника. Дренажъ мар- левый, по типу *Miculicz*'а, вызываетъ болѣе плотныя сращения и они образуются скорѣе, чѣмъ при дренажѣ трубчатомъ. Я могъ убѣдиться при вскрытіи одной больной, которую я потерялъ послѣ резекціи толстой кишки, какъ далеко распро- страняется вліяніе такого марлеваго дренажа въ брюшной полости. Случай этотъ поучительный во многихъ отношеніяхъ закончился смертью черезъ 36 часовъ послѣ операціи отъ остраго, гнойнаго и чрезвычайно злокачественнаго септиче- скаго перитонита. Всѣ тѣ мѣста, которыя соприкасались съ марлевымъ дренажемъ, были совершенно здоровы и серозный покровъ кишекъ въ этихъ мѣстахъ былъ блѣднаго цвѣта и сохранилъ часть своего блеска. На разстояніи около 10 санти- метровъ по сосѣдству съ дренажемъ, кишки были спаяны слипчивымъ воспаленіемъ и тонкими ложными фибринозными оболочками; никакихъ признаковъ гноя здѣсь не замѣчалось; (а между тѣмъ дренажъ соприкасался съ тѣмъ мѣстомъ, гдѣ были сшиты концы кишки и гдѣ можно было ожидать про- сачиванья ея содержимаго). За этимъ сращеннымъ простран- ствомъ, т. е. около 10 сантиметровъ отъ поверхности марле- ваго дренажа, начинались владѣнія гнойнаго перитонита: здѣсь ложныя оболочки слѣпливали кишечныя петли гораздо слабѣе, чѣмъ по сосѣдству съ дренажемъ, сращения были рыхлѣе,—

онѣ разрывались легче; въ ихъ толщѣ попадались отдѣльныя капли гноя. Серозная поверхность была совершенно матовая, мутная и гиперемія кишекъ была выражена интензивно. Еще далѣе наблюдались цѣлые фокусы, наполненные гноемъ: сначала густымъ и желтымъ, а чѣмъ дальше, тѣмъ болѣе похожимъ на ихоръ.

Въ этомъ случаѣ благотѣльное вліяніе дренажа на воспалительное состояніе серознаго покрова произвело на меня глубокое впечатлѣніе. Если бы мнѣ удалось дренировать всю брюшную полость такъ, какъ это удалось сдѣлать по сосѣдству съ полемъ операціи, то я глубоко убѣжденъ, что удалось бы сохранить жизнь этой больной, ибо явленія остраго перитонита, найденныя при вскрытіи, были выражены по сосѣдству съ дренажемъ гораздо слабѣе, чѣмъ во время производства операціи, продолжавшейся къ тому же 1 часъ 55 минутъ и потребовавшей эвентраціи всего кишечника для отысканія и изсѣченія причины внутренняго ущемленія.

Случай поврежденія и ушиба кишекъ, которые ведутъ къ образованію кишечныхъ фистулъ, появляющихся иногда спустя много дней послѣ операціи, нельзя относить исключительно къ пораненію кишки дренажемъ, къ пролежню — вслѣдствіе давленія дренажа: въ случаѣ резинового дренажа такое объясненіе еще понятно; но какъ объяснить появленіе каловаго запаха и одновременнаго нагноенія въ ранѣ, явленія обнаружившіяся на 12-й день, какъ это было въ одномъ изъ моихъ случаевъ и на 5-й, какъ это было въ другомъ. Въ первомъ изъ этихъ случаевъ внесеніе заразы я допустить не могу, ибо первые признаки нагноенія появились послѣ самаго осторожнаго, простаго (не двойнаго) изслѣдованія, не вызвавшаго никакихъ болѣзненныхъ ощущеній и выразились повышеніемъ температуры и болями. Повязка была перемѣнена за 4 дня передъ этимъ и у этой больной, у коей были вставлены во время операціи два стерилизованныхъ марлевыхъ мѣшка *Miculicz'a*: одинъ спереди ножки огромной нагноившейся кисты, а другой — сзади ея, до этого изслѣдованія, бывшаго на 12-й день, температура была все время нормальная и теченіе послѣоперационнаго періода отличалось простотой, не смотря на тяжелое раненіе, которое она перенесла при этой затруднительной операціи.

Брюшная рана заросла вездѣ *per primam* (швы сняты на 14-й день) и при перемѣнѣ повязки всѣ мѣры принимались совершенно такія же, какія примѣняются при чревосѣченіи. Совершенно гладкое теченіе, сдѣланныхъ при тѣхъ же условіяхъ чревосѣченій, позволяетъ мнѣ выразить увѣренность, что и въ этомъ случаѣ, гдѣ никто, кромѣ самого оператора, не прикасался къ ранѣ, асептика была соблюдена полная и появленіе нагноенія при томъ только въ томъ мѣстѣ, гдѣ помѣщался задній «*Miculicz*» (т. е. дренажъ, который лежалъ кзади отъ оставленной ножки), тогда какъ спереди этой ножки, при совершенно одинаковыхъ условіяхъ, никакого выдѣленія гноя не наблюдалось, есть фактъ дѣйствительно убѣдительный. Появленіе каловаго запаха одновременно съ гноемъ, быть можетъ, слѣдуетъ объяснить въ данномъ случаѣ проникновеніемъ микробовъ изъ полости кишки въ томъ мѣстѣ, гдѣ еще во время операціи мною была сдѣлана попытка отдѣлить сращенія кишечныхъ петель. Отъ попытки этой пришлось отказаться въ виду большаго протяженія приросшаго отдѣла кишечника, въ виду прочности сращеній и въ виду разложившагося содержимаго этой нагноившейся кисты. По всей вѣроятности, ушибленное, а быть можетъ лишенное части своего серознаго покрова мѣсто этой кишки и вызвало эти явленія, допустивъ, или диффузію кишечныхъ газовъ, въ чемъ сомнѣваюсь, ибо при двухъ первыхъ перевязкахъ каловаго запаха не было, или допустивъ частичное излітіе этого содержимаго.

Другой случай появленія на дренажѣ отдѣлимаго съ каловымъ запахомъ относится къ экстирпаціи матки черезъ влагалище по случаю интерстиціальной фиброміомы. Операція была сдѣлана по способу *Doyen*¹⁶⁾ безъ лигатуръ, съ наложеніемъ щипцовъ на широкія связки, способомъ коимъ пользуюсь съ весны нынѣшняго года въ виду какъ необыкновенной быстроты и легкости его выполненія, такъ и благопріятнаго теченія. (Матки, при удаленіи коихъ по старымъ способамъ, требовали нѣсколькихъ десятковъ лигатуръ и затягивали продолжительность операціи до 45 и даже 55 минутъ, при этомъ методѣ удаляются въ 12—15 минутъ). Щипцы были удалены черезъ

¹⁶⁾ *Doyen*. Archives Provinciales de Chirurgie, 1892, 1 Decem., а также Comptes rendues du I Congrès International de Gynécologie. Bruxelles, 1894.

48 часовъ и теченіе не представляло особенностей. Годоформная марля, введенная въ брюшную полость послѣ операціи, оставлена была еще на двое сутокъ, вслѣдствіе нѣкоторыхъ особенностей, встрѣтившихся при операціи. Извлеченіе этой фиброматозной матки, величиною въ два кулака взрослого человѣка, удалось весьма скоро; но, какъ это часто бываетъ при удаленіи большихъ матокъ черезъ влагалище, вслѣдъ за маткой выпала петля тонкой кишки: она тотчасъ была вправлена назадъ, но въ брюшной полости не удерживалась и пришлось поручить помощнику удерживать ее тамъ, помощью куска марли, захваченнаго корнцангомъ. При такихъ условіяхъ, пришлось накладывать *Doyen*'овскіе щипцы на широкія связки и отрѣзать ихъ прикрѣпленія къ маткѣ. При этомъ вслѣдствіе короткости щипцовъ, съ которыми я тогда работалъ (у меня еще не было большой модели *Doyen*, съ коей я познакомился только нынѣшнимъ лѣтомъ въ клиникѣ *Doyen* въ Реймсѣ и я довольствовался среднею моделью этихъ щипцовъ, изготовленною для меня инструментальнымъ мастеромъ *Mariaud* въ Парижѣ, отъ коего я ихъ привезъ во время зимнихъ каникулъ прошлаго года) появилось кровотеченіе изъ лѣвой *arteria aeterina*, которая щипцами захвачена быть не могла, вслѣдствіе ихъ короткости. Наложеніе отдѣльныхъ щипцовъ на этотъ сосудъ и затрудненія, испытанныя при этомъ помощникомъ при удерживаньи въ это время вышеупомянутой кишечной петли, заставили меня помедлить съ удаленіемъ марли изъ брюшной полости respective дренажа и я удалилъ его только на пятый день, тогда какъ обыкновенно мѣняю марлю одновременно со снятіемъ щипцовъ, т. е. черезъ 48 часовъ послѣ операціи.

Чрезвычайно благопріятное теченіе послѣ-операционнаго періода, послѣ удаленія матки черезъ влагалище по способу *Doyen*, я приписываю въ значительной степени идеальному дренажу, который при этомъ получается черезъ вагину. Два случая удаленія большихъ фибромъ *per laparotomiam* съ полной экстирпаціей матки, по способу *Doyen* ¹⁷⁾, и выведеніемъ широкихъ связокъ во влагалище и четыре случая полного удаленія матки черезъ влагалище убѣдили меня, какъ въ огромныхъ

¹⁷⁾ loco citato.

преимуществахъ этого метода, такъ и въ преимуществахъ получающагося при этомъ дренажа черезъ вагину, въ тѣхъ случаяхъ, когда удалена вся матка. Въ самомъ дѣлѣ, самый каналъ влагалища, какъ не содержащій вовсе железъ (*Sappey*), можно дезинфицировать также какъ и кожу на поверхности тѣла. Кромѣ того, длина этого канала такова, что если положить въ него марли, напр., іодоформную, то черезъ нее не скоро могутъ процѣдиться микроорганизмы. Кромѣ того, и въ чемъ легко убѣдиться на трупѣ, черезъ влагалище послѣ вырѣзыванія матки, вытекаетъ всякая жидкость, налитая въ брюшную полость. Уже два эти условія даютъ огромныя преимущества такому дренажу черезъ влагалище. Но самымъ существеннымъ его преимуществомъ, надо считать его капиллярное дѣйствіе. Въ самомъ дѣлѣ: давно было извѣстно и изучено, между прочимъ, экспериментально докторомъ *Преображенскимъ*, что всякое пористое тѣло, введенное въ рану, высасываетъ изъ нея, вслѣдствіе капиллярности, всякую жидкость, въ ней находящуюся. Здѣсь происходитъ совершенно то же, что бываетъ съ фитилемъ лампы, который подаетъ масло по мѣрѣ его сгорания. Только здѣсь происходитъ не сгораніе, а высыханіе жидкости, ибо вата, помѣщенная снаружи и закрывающая половую щель конечно смачивается жидкостью, вытекающею изъ влагалища и высыхая вытягиваетъ содержимое этого канала, а онъ въ свою очередь снова наполняется жидкостью, высасываемой марлей, коей влагалище затампонировано. Такимъ образомъ, соприкосновеніе марлеваго пористаго дренажа, или его продолженія съ воздухомъ, а слѣдовательно высыханіе наружнаго конца усиливаетъ высасывающее дѣйствіе этого дренажа.

Такъ велико и энергично его дѣйствіе, что даже въ тѣхъ случаяхъ, когда отщепленныя *Doyen'*овскими щипцами ткани, подвергаются распаду и загниванію, неудобство, которое случается нерѣдко на 4-й или 5-й день послѣ операціи, такое явленіе нисколько не осложняетъ теченіе выздоровленія и только заставляеть прибѣгать къ болѣе частому промыванію раны. Брюшная рана къ этому времени уже давно бываетъ зарощена. Многѣ приходилось удивляться, какъ иногда чрезвычайно фетидное отдѣленіе не сопровождалось никакими субъективными явленіями со стороны больныхъ и не сопровождалось никакимъ

повышеніемъ температуры. Явленіе это я приписываю исключительно благоприятному вліянію марлеваго дренажа. Единственное осложненіе, которое встрѣтилось мнѣ въ одномъ изъ шести случаевъ, оперированныхъ мною, по *Doyen*, касается случая, о коемъ я уже говорилъ по поводу появленія каловаго запаха на марлевома дренажѣ. (Второй случай этого осложненія см. выше, запахъ появился на 5-й день). У этой больной на 12-й день послѣ операціи появились всѣ признаки внутренняго ущемленія кишекъ. Сначала чрезвычайно частый пульсъ при низкой температурѣ, отсутствіе испражнений и характерное выступаніе *Wahl'*евскаго признака мѣстнаго вздутія лѣвой *regionis hypogastricae*. Слабительныя не дѣйствовали: онѣ стали вызывать тошноту и даже по временамъ рвоту. Животъ вздулся до огромныхъ размѣровъ, отдѣленіе газовъ прекратилось совершенно (признакъ *Tillaux*) и вечеромъ на 13-й день я уже подумывалъ назначить ей на другой день *laparatomiam* для устраненія внутренняго ущемленія. (Къ операціи этой пришлось недавно прибѣгнуть послѣ такой же операціи моему учителю и другу проф. *Снегиреву*, о чемъ онъ сообщилъ мнѣ на дняхъ). При внутреннемъ изслѣдованіи, сдѣланномъ довольно энергично, оказалось, что омертвѣвшія и отщепленныя щипцами ткани уже отдѣлились и образовался гранулирующій рубецъ. Я сдѣлалъ попытку смѣстить этотъ рубецъ въ сторону и онъ съ нѣкоторой запинкой смѣстился. Больная при этомъ отмѣтила, что у нея внутри что-то перемѣстилось—передвинулось. Черезъ полчаса послѣ этого изслѣдованія у нея стали отходить газы въ большомъ количествѣ и къ утру животъ опалъ, *facies peritonealis* исчезла и пульсъ спустился съ 130—140 въ минуту до 90—84. Всѣ явленія остраго ущемленія исчезли и послѣ небольшой фарадизаціи живота её хорошо прослабило. Съ этого дня больная стала быстро поправляться и выписалась здоровою. Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ подтвержденіе того, какъ далеко распространяются сращенія кишечныхъ петель при марлевома дренажѣ. Исчезновеніе внутренняго ущемленія я приписываю въ этомъ случаѣ тому, что, быть можетъ при энергическомъ изслѣдованіи мнѣ удалось освободить прилипшую кишечную петлю и тѣмъ устранить ущемленіе.

Такія сращенія образуются обыкновенно въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ на марлевомъ дренажѣ находится гноевидное желтоватое отложеніе. Вынимая дренажъ по прошествіи 48 часовъ, можно обыкновенно на самыхъ глубокихъ частяхъ его поверхности видѣть эти отложенія. Если операція сдѣлана вполне асептично, то разумѣется здѣсь о настоящемъгноѣ говорить не приходится. Не дѣлавши бактериологическихъ изслѣдованій, утверждать не рѣшаюсь, но подѣ микроскопомъ въ этихъ отложеніяхъ встрѣчается очень немного крупныхъ элементовъ съ ядрами: они состоятъ изъ круглыхъ лимфоидныхъ клѣтокъ, которыя за гнойныя признать едва ли возможно, тѣмъ болѣе, что по удаленіи дренажа изъ раны гноя не выдѣляется, а выдѣляется липкая серозная жидкость, которая гной не напоминаетъ. Если марлевый дренажъ прикасается гдѣ либо къ печени, то въ этомъ мѣстѣ поверхность этого органа принимаетъ видъ грануляцій и съ нею легко соскрести бѣловатое вещество, состоящее почти исключительно изъ лимфоидныхъ элементовъ, то же самое относится, собственно, ко всѣмъ органамъ брюшной полости къ коимъ прикасается дренажъ. Такое богатство клѣточныхъ безразличныхъ элементовъ объясняетъ намъ, почему получается такое обиліе новой соединительной ткани въ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, гдѣ дренажъ пробылъ время большее, нежели то, какое эта полость индивидуально по своимъ пластическимъ свойствамъ этого требовала, т. е. какъ уже сказано въ большинствѣ случаевъ около 48 часовъ. Это образованіе молодой соединительной ткани объясняетъ намъ, почему, при удаленіи такого дренажа, онъ такъ крѣпко приростаетъ въ глубинѣ, что требуется иногда значительное усиліе, чтобы удалить его.

И такъ, при продолжительномъ пребываніи дренажа въ брюшной полости, слѣдуетъ всегда ожидать болѣе или менѣе плотныхъ сращеній.

При повторныхъ на томъ же субъектѣ лапаротоміяхъ удивляешься незначительности сращеній, которыя иногда при этомъ встрѣчаются, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда чревосѣченіе сдѣлано за нѣсколько лѣтъ передъ тѣмъ. Даже классическое приростаніе сальника къ задней поверхности раны брюшной стѣнки удивляетъ своей рыхлостью, или незначи-

тельнымъ протяженіемъ. Если дренажъ не былъ примѣненъ вовсе, или если онъ пробылъ очень непродолжительное время, напримѣръ 24 часа, то срощеній можетъ не быть вовсе. Припоминаю случай *gastro enterostomiae* по случаю *cancer pylori*, (который при микроскопическомъ изслѣдованіи оказался саркомой), гдѣ марлевый мѣшокъ *Miculicz* былъ удаленъ черезъ 24 часа послѣ операціи. На вскрытіи этого тяжелого случая, окончившагося летально на 7-й день послѣ операціи, я былъ пораженъ отсутствіемъ всякихъ срощеній въ томъ мѣстѣ, гдѣ помѣщался дренажъ и о томъ, что онъ былъ поставленъ во время операціи можно было знать, а догадаться при аутопсіи не было никакой возможности. Брюшина была вездѣ гладкая и блестящая—словомъ совершенно здоровая. Единственныя срощенія были около спитой поверхности кишки и желудка и только въ томъ мѣстѣ, гдѣ эти органы были наложены другъ на друга.

Невольно напрашивается вопросъ, слѣдуетъ ли прибѣгать къ особымъ, кромѣ тщательнаго сшиванія пораненныхъ серозныхъ поверхностей, мѣрамъ, чтобы избѣжать срощеній? Способъ *Martin'a*, смазывающаго брюшную полость оливковымъ масломъ, не понятенъ по физическимъ условіямъ. Невозможно себѣ представить, чтобы масло могло расположиться на влажной серозной поверхности иначе, какъ въ видѣ отдѣльныхъ капель и отдѣлить одну серозную поверхность отъ другой такія капли могутъ только отчасти. Отсутствіе срощеній у этого оператора я склоненъ болѣе объяснять его искусствомъ, чѣмъ примѣненіемъ оливковаго масла. Гдѣ хорошо зашито, тамъ и такъ не будетъ срощеній, а если зашить тщательно не удастся, то и масло не поможетъ.

Чрезвычайная продуктивность эндотелія брюшной полости и энергическая пролиферація ея клѣточныхъ элементовъ, стремящихся возстановить эндотеліальный покровъ и цѣлость серозной полости брюшины съ ея огромными проявленіями всасыванія и трансудациі и различными токами жидкости, въ ней совершающимися,—все это въ значительной степени оберегаетъ брюшную полость отъ излишнихъ срощеній. Подвижные органы брюшной полости срастаются только тогда, когда они начинаютъ воспаляться и чѣмъ меньше это воспаленіе, тѣмъ меньше и

сращения. Только серьезная опасность заставляет брюшину жертвовать въ этомъ случаѣ существенной особенностью, обусловливающей одну изъ главныхъ ея функций безпрепятственной подвижности брюшныхъ органовъ.

Способность брюшины перерабатывать сращения и восстанавливать подвижность сросшихся органовъ по истинѣ изумительна. Недавно мнѣ встрѣтился случай, гдѣ практически брюшная полость отсутствовала совершенно, а подвижность кишекъ была сохранена и отправления ихъ нисколько не были нарушены. По вскрытіи брюшной полости кишки оказались до такой степени сросшимися между собой и такъ приросли къ паріетальному листку передней брюшной стѣнки, что не было никакой возможности раздѣлить эти сращения, допускавшія однако нѣкоторую подвижность кишечныхъ петель. Внѣшній видъ кишекъ представлялся совершенно нормальнымъ, но обильныя сращения покрывали ихъ въ видѣ паутины. Эти, похожія по внѣшнему виду на рыхлую клѣтчатку, сращения оказались настолько плотными и оказывали такое сопротивление, что серозный покровъ кишекъ рвался и кровоточилъ, а сращения не уступали. Достигнуть опухоли лѣвыхъ придатковъ матки, не смотря на ея подвижность, не было никакой возможности и я закрылъ брюшную полость, намѣреваясь впоследствии достигнуть опухоли черезъ влагалище. Повидимому это былъ старый туберкулезный перитонитъ, съ давно закончившимся процессомъ, ибо женщина на видъ была очень крѣпкая. На туберкулезную натуру этихъ измѣненій указывали нѣкоторыя данныя изъ анамнеза и небольшія, величиной съ горошину, бѣловатыя отложенія, мягкія на ощупь, и по виду напоминавшія казеозную массу, въ большомъ количествѣ найденныя во время операціи въ промежуткахъ между сросшимися кишечными петлями. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи эта больная совершенно выздоровѣла и къ общему удивленію отъ опухоли, величиною въ 1½ кулака взрослого человѣка, которая ясно прощупывалась и до операціи и во время нея, ничего кромѣ небольшой резистенціи въ лѣвомъ сводѣ не осталось, что и было демонстрировано многимъ изъ изслѣдовавшихъ эту женщину ранѣе. Боли, коими она страдала нѣсколько лѣтъ, совершенно исчезли и матка сдѣлалась совсѣмъ подвижной. Такихъ случаевъ

исчезновенія опухолей послѣ простой лапаротоміи при туберкулезныхъ страданіяхъ брюшины описано въ литературѣ нѣсколько. Случаи отсутствія брюшной полости встрѣчались *L. Tait*'у и *Снегиреву*.

Для дренажа пористаго, по типу *Miculicz*, вовсе не требуется, чтобы онъ былъ помѣщенъ въ Дугласовомъ пространствѣ. Его можно помѣщать въ любомъ отдѣлѣ брюшной полости и его капиллярное дѣйствіе не замедлитъ проявиться. Въ одномъ случаѣ, гдѣ послѣ резекціи желудка, по *Kocher*'у¹⁸⁾, при чемъ была удалена ровно половина желудка, я былъ пораженъ тому огромному количеству серозной жидкости, которое въ первые сутки три раза смочила толстую ватную повязку. Повидимому жидкость эта стекала изъ перерѣзанныхъ около большой кривизны желудка лимфатическихъ сосудовъ сальника. Черезъ 48 часовъ при удаленіи дренажа поверхность его была едва окрашена кровью и выдѣленіе изъ дренажнаго канала было ничтожное. Случай этотъ отличался необыкновенно благоприятнымъ теченіемъ первые 10 сутокъ, къ сожалѣнію на 10-е сутки послѣ операціи образовалась фистула и содержимое двѣнадцатиперстной кишки стало вытекать черезъ дренажный каналъ. Больная, уже и раньше находившаяся въ состояніи глубокаго маразма, скончалась на 13 день, вслѣдствіе бураго перерожденія сердца и марантического истощенія. Аутопсія показала, что каналъ, въ коемъ раньше находился дренажъ и черезъ который вытекало содержимое кишки, былъ совершенно изолированъ отъ брюшной полости. Стѣнки его состояли изъ большаго сальника, передней поверхности желудка и небольшого, сантиметра въ 4 квадратныхъ, отдѣла нижней поверхности печени. Рана желудка срослась такъ, что ее удалось розыскать только разрѣзавши желудокъ и отыскавъ на внутренней поверхности этого органа мѣсто, гдѣ находился глубокій основной шовъ. Никакого раздраженія при этомъ найдено не было и только шелковая нить указывала на мѣсто шва. На серозной поверхности и послѣ этого невозможно было отыскать то мѣсто, на которое былъ наложенъ серозный шовъ *Lembert*. (Я накладываю этотъ шовъ тонкимъ шелкомъ и простой

¹⁸⁾ *Th. Kocher. Chirurgische operationslehre, Iena, 1894. pag. 146 und folgend.*

обыкновенной, женской, прямой, швейной иглой безъ иглодержателя, ибо убѣдился, что со всякими иглодержателями у меня дѣло идетъ гораздо медленнѣе, и выходить не такъ ровно и чисто. Во время операціи по наложеніи скорняжнаго *Lembert'*овскаго шва, стежки его ложились также часто и имѣли совершенно такой же видъ какъ швы на лайковыхъ перчаткахъ, когда они бываютъ сшиты скорняжнымъ швомъ). Въ этомъ мѣстѣ даже самаго слабаго слипанія съ сосѣдними органами не было и заросшая рана желудка была совершенно свободна и подвижна. Къ сожалѣнію въ томъ мѣстѣ, гдѣ передній край *duodeni* былъ пришитъ къ задней поверхности желудка, по видимому, вслѣдствіе натяженія этого мѣста, произошло частичное омертвѣніе этой кишки. Омертвѣвшая поверхность занимала пространство около 2 квадратныхъ миллиметровъ и могло конечно зависѣть отъ сдавливанія глубокими швами и не достаточнаго притока крови къ этому мѣсту. На это, по видимому, указываетъ отдѣленіе эшары, которое имѣло, однако, мѣсто не на 9-й день, какъ это обыкновенно бываетъ, а къ концу 10 хъ сутокъ. Какъ бы то ни было, но едвали можно ставить летальный исходъ этого случая въ непосредственную связь съ этимъ осложненіемъ. Я не сомнѣваюсь, что еслибы этой больной была сдѣлана операція даже двумя недѣлями раньше, она могла бы выздороветь и эта незначительная фистула закрылась бы сама собою. Отсутствие всякихъ метастазовъ и полное удаленіе пораженныхъ новообразованіемъ тканей могло бы въ данномъ случаѣ дать полное выздоровленіе, что конечно при этомъ страданіи встрѣчается не часто. Случай этотъ, кромѣ того убѣдиль меня въ важномъ значеніи промыванія желудка при операціяхъ на этомъ органѣ. День на третій или четвертый я имѣлъ неосторожность назначить этой больной пептонъ *Ketmerich'a* и дѣйствіе этого средства обнаружилось уже черезъ полчаса: появилась тошнота и даже рвота. Всѣ присутствующіе были изумлены тѣмъ зловоніемъ, которое исходило отъ жидкости, добытой изъ желудка при промываніи, (хотя состояніе больной и самочувствіе были все время прекрасные). Послѣ промыванія больной назначенъ обыкновенный бутылочный бульонъ и всѣ явленія со стороны желудка быстро исчезли и не повторялись: она переносила разнообразную жидкую пищу.

Есть еще одна услуга, которую может оказать простой марлевый дренажъ. Онъ можетъ механически поддерживать части, покрытыя брюшиной, до того времени, пока онѣ успѣють слипнуться, въ тѣхъ случаяхъ, когда укрѣпленіе этихъ частей швами нельзя считать надежнымъ, здѣсь дренажъ играетъ роль и шва и удерживающей повязки. Не знаю, отмѣчена ли къмѣ эта особенность, но въ практическомъ значеніи ея я могъ убѣдиться въ одномъ чрезвычайно затруднительномъ случаѣ *salpingoöphoritis purulentaе*. Въ этомъ случаѣ опухоль, величиною въ кулакъ взрослога человѣка, обладала нѣкоторой подвижностью, хотя тѣсно была срощена съ кишками. При отдѣленіи *S. Romanum*, которая была приращена на всемъ протяженіи опухоли, срощенія оказались настолько интимными, что ни помощью тупыхъ инструментовъ: пальцы, марля, пинцетъ, ни помощью термокаутера отдѣлить эту кишку не удалось. При этомъ ея стѣнка разрывалась два раза. Въ первый разъ она была зашита швомъ *Lembert'a*, а во второй разъ, въ виду возможности излітія гнойнаго бленноройнаго содержимаго опухоли, я рѣшился отказаться отъ вылуценія этой однокамерной гнойной полости и пришилъ ее къ нижнему углу брюшной раны (*Marsupialisatio*). Въ нижній уголъ раны я вставилъ резиновый дренажъ и помѣстилъ его въ верхній, т. е. приводящій конецъ кишки, которая была приращена болѣе чѣмъ половиной своей периферіи къ опухоли. Сзади опухоли я помѣстилъ огромный стеклянный дренажъ, выполненный марлей (одинъ изъ тѣхъ дренажей, которые я унаслѣдовалъ отъ моего предшественника проф. *Кюстнера*), такъ какъ въ то время я еще не зналъ незамѣнимыя преимущества мѣшка *Mikulicz'a* для этихъ случаевъ. Между этимъ дренажемъ и опухолью, которую я укрѣпилъ шестью узловатыми швами къ паріетальному листку брюшины, я помѣстилъ полоску іодоформной марли, чтобы обезпечить удержаніе опухоли, ибо въ виду натяженія не рассчитывалъ, что швы не прорѣжутся, что, впрочемъ, впоследствии и случилось. Теченіе этого случая было изъ простыхъ. Первые дни температура поднималась съ яснымъ типомъ гнойной лихорадки, что объяснялось шелковыми швами, погруженными въ гнойную полость. Перитонеальныя явленія все время отсутствовали. Гнойная полость

вскрылась около одного изъ швовъ и опорожнившись, сморщилась окончательно. Кишечная фистула, черезъ которую вышло много *ascarides*, закрылась на 18 день и на 32 день больная выписалась здоровою.

По отношенію къ остановкѣ кровотока всѣ преимущества находятся на сторонѣ дренажа пористаго. Дренажъ трубчатый, напр., резиновый можетъ закрыться кровянымъ сгусткомъ, образующимся въ немъ и тогда кровь изъ дренажа не потечетъ. Самое кровоостанавливающее дѣйствіе такого дренажа не можетъ быть значительнымъ. Механически слишкомъ малая поверхность трубчатого дренажа служить тампономъ не можетъ. Воздухъ, проникающій черезъ такой дренажъ, хотя и увеличиваетъ свертываемость крови, но для того, чтобы онъ проникалъ въ глубину, необходимо, чтобы въ полости дренажной трубки не было жидкости, а это можетъ быть только тотчасъ послѣ отсасыванья жидкости и продолжается не долго. Правда, въ такой дренажъ можно влить какое нибудь *stipticum*, какъ это рекомендуетъ *Christofer Martin*, по совѣту *Tait'a*, но никогда нельзя быть увѣреннымъ, что такая жидкость, налитая въ дренажъ, достигнетъ своего назначенія, ибо она прежде всего свернетъ кровь, находящуюся въ полости дренажа и свертокъ закроетъ просвѣтъ этой трубки. Какъ средство кровоостанавливающее, дренажъ марлевый, напр. *Miculicz*, гораздо надежнѣе. Въ самомъ дѣлѣ, мѣшокъ *Miculicz'a* дѣйствуетъ прежде всего какъ тампонъ и механически придавливая кровоточащее мѣсто останавливаетъ парэнхиматозное кровотеченіе. Это показываютъ ежедневныя наблюденія. Кромѣ того онъ уже по самымъ физическимъ своимъ свойствамъ устраняетъ всякую возможность образованія свободного сгустка въ глубинѣ. Конечно, это не относится къ тѣмъ случаямъ, когда соскочить лигатура, или когда оставлено артіальное кровотеченіе. Но такое парэнхиматозное кровотеченіе, которое останавливается отъ прижатія теплымъ компрессомъ простымъ или смоченнымъ *tinctura matico* (средство которое я перенялъ у *Bantok'a* въ hospital) не даетъ сгустка внѣ ткани самаго дренажа. Кровотеченіе, если оно продолжается, окрашиваетъ дренажъ и находящуюся на немъ повязку; свертыванье крови, если оно и происходитъ, то главнымъ образомъ у наружнаго конца дренажа.

Все вышесказанное заставляеть меня высказаться въ пользу дренажа пористаго и въ частности въ пользу марлеваго мѣшка *Mikulicz'a*, если дѣло касается простой лапоратоміи, требующей примѣненія дренажа и простой марлевой тампонады черезъ влагаліще въ тѣхъ случаяхъ, когда матка удалена, а показанія ко всѣмъ видамъ трубчатаго дренажа въ брюшной полости считаю болѣе чѣмъ сомнительными, а для ухода онъ несомнѣнно болѣе затруднителенъ.

Показанія къ удаленію дренажа основываются главнымъ образомъ на присутствіи или отсутствіи кровянистой сыворотки, т. е. того самаго явленія (*bloody serum*) для борьбы съ коимъ его предложилъ еще *Marion Sims*.

Чѣмъ раньше удалить дренажъ, тѣмъ лучше. Если жидкость, пропитывающая дренажъ и смачивающая повязку, совершенно безцвѣтна и нѣтъ указаній со стороны общаго состоянія, то можно удалить дренажъ черезъ 24 часа и тотчасъ завязать провизорный, заранѣе наложенный шовъ. Въ этомъ случаѣ, теченіе не отличается отъ теченія простыхъ случаевъ, гдѣ дренажъ не былъ примѣненъ вовсе. Показаніемъ къ удаленію дренажа, служить густое липкое серозное отдѣлимое. Если отдѣлимое не содержитъ крови и гноя и если количество его не велико: 30—50 граммъ въ $\frac{1}{2}$ сутокъ, то это показаніе къ удаленію дренажа.

Въ случаяхъ, гдѣ есть основаніе ожидать осложненій, разумѣется, необходимо оставлять въ каналѣ отъ дренажа полоску іодоформной марли и уменьшать ее по мѣрѣ того, какъ она вылѣзаетъ изъ раны. Въ случаѣ нагноенія, это показаніе становится обязательнымъ также какъ и промываніе (*t-ra jodii* съ водой).

III.

Случай разрыва матки во время беременности.

Жен.-врача Р. Л. Кауфманъ.

(Сообщено въ Обществѣ Одесскихъ врачей 14-го января 1895 года).

Во временно-завѣдываемое мною Гинекологическое отдѣленіе д-ра *Юзефовича* при Одесской еврейской больницѣ, 6-го сентября вечеромъ, 1894 года, поступила беременная женщина съ явленіями септического peritonit'a на 5-й день послѣ начала болѣзни. Въ больницѣ, вслѣдствіе поставленнаго діагноза разрыва беременной матки, произведена laparotomia и ампутація разорванной матки. Больная умерла на 8-й день послѣ операціи. Разрывъ въ данномъ случай, какъ мы увидимъ дальше изъ приведенной исторіи болѣзни, произошелъ безъ какого либо механическаго инсульта, какъ то: паденія, толчка и т. п. Въ виду того, что разрывы беременной матки встрѣчаются *крайне рѣдко* и этиологія разрывовъ, происходящихъ безъ вліянія извнѣ—*темна*, я считаю не безъинтереснымъ сообщить о наблюдавшемся мною случаѣ. Случай этотъ представляетъ собою еще интересъ и въ терапевтическомъ отношеніи, больная получила надлежащую помощь только на 8-й день отъ начала болѣзни. Можно съ большею или меньшею увѣренностью сказать, что если бы этотъ разрывъ былъ опознанъ во время—въ началѣ развившейся болѣзни, то, оказанной надлежащей помощью, удалось бы предупредить наступленіе летальнаго исхода.

Перейдемъ къ исторіи болѣзни.

Больная Е—на Т—ко, 40 л., отъ роду, уроженка гор. Одессы. Считаетъ себя беременной во второй половинѣ 9-го мѣсяца, роды, по ея

счету, должны наступить 15-го сентября. Въ послѣдній разъ крови имѣла 15-го декабря прошлаго года. Замужемъ она 14 лѣтъ; рожала 7 разъ въ срокъ, одни роды были окончены поворотомъ на ножку, вслѣдствіе поперечнаго положенія плода, съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Въ послѣдній разъ родила 3 года назадъ; роды эти были продолжительны, но окончились силами природы. Когда стала менструировать не помнитъ, но всегда имѣла правильно черезъ 4 недѣли по 5-ти дней не обильныя и безболѣзненныя menstrua. Заболѣла она 2-го сентября вечеромъ, совершенно внезапно. Возвратившись послѣ продолжительной прогулки пѣшкомъ (съ Мастерской улицы въ Карантинъ и обратно), которую, однако, она дѣлала не въ первый разъ, почувствовала внезапно сильныя рѣзущія, но не потугообразныя боли въ животѣ, обморочное состояніе и по временамъ рвоты. Никакому насилію извѣи она не подвергалась.

До момента заболѣванія чувствовала ясно движенія плода, которыя постепенно ослабѣвали и затѣмъ совсѣмъ прекратились. Все время послѣдней беременности страдала общимъ недомоганіемъ и по временамъ довольно сильными болями въ животѣ. Никакихъ тяжелыхъ болѣзней раньше не переносила. До поступления въ больницу больная была изслѣдована много разъ на дому.

7/ix. Больная средняго роста, цвѣтъ наружныхъ покрововъ иктерoidalный, видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Поверхностная клѣтчатка развита въ достаточной степени. Костная и мышечная системы—удовлетворительны. Больная очень безпокойна, въ полномъ сознаніи, непрерывно стонетъ, жалуется на боли въ животѣ, рвоты нѣтъ. Дышетъ тяжело, часто и поверхностно. Пульсъ 120, полный правильный, t° при поступленіи $38,4^{\circ}$, утромъ $37,6^{\circ}$. Животъ вздутъ, увеличенъ, *крайне чувствителенъ къ малѣйшему давленію*. Контуровъ беременной матки опредѣлить нельзя, не получается также во время ощупыванія живота *обыденнаго сокращенія беременной матки*. Въ нижней половинѣ живота вправо отъ linea alba и внизу ощупываются мелкія части плода, которыя какъ бы лежатъ тотчасъ подъ брюшными покровами. Выше пупка и нѣсколько вправо отъ linea alba ощущается плотная круглая часть, видимому, головка. Въ лѣвой половинѣ живота, соотвѣтственно области S romanum—разлитое уплотненіе, особенно болѣзненное при дотрагиваніи. Въ общемъ получается такая картина—нижняя половина живота выполнена опухолюю массою, верхній край которой на 2 пальца выше пупка. Въ этой области перкуторный тонъ вездѣ тупой, въ рѣзкій тимпаническій переходитъ только въ верхней половинѣ живота. Границы печени и селезенки нормальны. *Ни толчковъ отъ движенія плода, ни сердцебиенія плода нѣтъ*. Половая щель зияетъ, introitus vaginae цианотичный, labia minora слегка отечны. Portio vaginalis стоитъ высоко, orificium externum открытъ, пропускаетъ 2 пальца до orific. internum. Своды свободны, найти предлежащей части нельзя. Назначено больной: опій, вино, ледъ на животъ.

8/ix. Утр. t° $37,6^{\circ}$. Общее состояніе больной такое же, какъ наканунѣ; пульсъ малый, правильный, 120. Дыханіе 30, частое и поверхностное. Вздутіе брюшной полости сильнѣе. Каналь маточной шейки проходимъ для 2-хъ пальцевъ, шейка виситъ въ видѣ рыхлой, вялой, открытой трубки. При введеніи 2-хъ пальцевъ въ открытый каналъ шейки выше

внутренняго рыльца нельзя было ощупать никакого тѣла. Изъ канала шейки сочится темно-красная жидкость, издающая запахъ.

И такъ больная, находясь за 2 недѣли до окончанія беременности, внезапно, только послѣ пройденнаго большаго разстоянія пѣшкомъ, впала въ обморочное состояніе, прерывавшееся сильными болями въ животѣ, рвоток. Нѣсколько часовъ спустя отъ начала болѣзни прекратилась и жизнь плода. Подобное состояніе безъ какого либо улучшенія, а наоборотъ съ возрастающею общею слабостью больной, продолжалось со дня заболѣванія вплоть до послѣдняго изслѣдованія. Картина болѣзни представляетъ собою ясно выраженный общій peritonit. — беременность съ ненаступившими еще родами; а невысокое лихорадочное состояніе, ясно выраженное иктерическое окрашиваніе наружныхъ покрововъ, общій habitus больной, характеръ пульса и дыханія, явно указывали на септическое происхожденіе peritonit'a.

Внезапно наступившія сильныя рѣжущія боли въ животѣ, обморокъ, рвота, смерть плода, не находященіе во время изслѣдованія предлежащей части плода, наводятъ на мысль, что у больной произошелъ внезапно разрывъ вмѣстилища плода, внутреннее кровоизліаніе и выходъ плода въ брюшную полость, будь это разрывъ матки при нормально существующей беременности или же разрывъ мѣшка вѣматочной беременности.

Въ виду такого заключенія и тяжелаго состоянія больной, рѣшено подвергнуть ее операциі laparotomii, съ тѣмъ, чтобы по вскрытіи брюшной полости дѣйствовать сообразно обстоятельствамъ. Операциі пришлося назначить только на 9-е число, т. е. 2 дня спустя по поступленіи въ больницу и чрезъ 8 дней со дня заболѣванія, такъ какъ раньше не имѣлось согласія мужа больной.

9-го. Утромъ. t° 36,5°. Общая слабость выражена сильнѣе. Остальныя явленія безъ переменъ. Больная приготовлена обыкновеннымъ способомъ, принятымъ для брюшныхъ операций. Наружныя половыя органы и область живота тщательно дезинфицированы. Наркозизируется больная эфиромъ. Наркозъ переноситъ хорошо. Начало операциі въ 9 часовъ утра. Операцию производитъ многоуважаемый д-ръ Исаакъ Григорьевичъ *Мандельштамъ*.

Проведенъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по linea alba отъ пупка до лобка.

Тотчасъ по вскрытіи брюшины выдѣлилось небольшое количество кровянистой жидкости и предъ глазами предсталъ свободно лежащій мертвый плодъ, слегка уже мацерированный. Положеніе его было спинкою впередъ, тазомъ внизъ, головкою вверхъ и вправо. Удаленіе плода было очень легко; послѣ перевязки пуповины была извлечена и довольно объемистая placenta, тоже лежавшая свободно въ брюшной полости; отходившія отъ нея оболочки были слабо склеены съ петлями кишекъ. Въ брюшной полости оказалось не особенно много свернувшейся крови. По удаленіи placentaе представилась *сокращенная матка, полость которой вскрыта разрывомъ, идущимъ отъ середины дна по лѣвому краю до внутренняго рыльца и продолжающійся по задней пластинкѣ лѣвой ligament. latae, вплоть до mesocolon flexur. sigmoideae.* Лѣвая широкая связка изорвана въ лоскуты, одинъ изъ которыхъ содержалъ лѣвую

Фалопіеву трубу, а параметральная клітчатка между ея листками обнажена. Клітчатка эта была пронизана темными кровяными сгустками. Затѣмъ матка была выведена изъ брюшной раны и рѣшено было ее ампутировать; для этого правая широкая связка отдѣлена послѣ частичной перевязки; лоскутъя же лѣвой связки были прилажены и зашиты такимъ образомъ, что въ верхнемъ краѣ связки осталось довольно объемистое отверстіе, чрезъ которое проведенъ дренажъ изъ іодоформенной марли, предназначенный для дренированія параметральнаго пространства. Брюшная рана закрыта наглухо вплоть до выведенной наружу матки. Обшивъ затѣмъ брюшинный покровъ нижняго сегмента матки съ паріетальнымъ листкомъ брюшныхъ стѣнокъ и, наложивъ выше швовъ эластическую лигатуру, произвели ампутацію матки на нѣкоторомъ разстояніи отъ жгута.

Полученная культи, удержанная проткнутою чрезъ нея длинною ланцетовидной иглой, посыпана смѣсью изъ *acidum tannicum et acidum salicylicum*.

Желобъ вокругъ нея выполненъ іодоформенной марлею и на брюшные покровы наложена обыкновенная перевязка. Операция продолжалась 50'. Отъ наркоза больная проснулась скоро. Пульсъ малый. Сдѣлаю нѣсколько подкожныхъ впрыскиваній эфира. Дыханіе учащенное, поверхностное.

Удаленный плодъ—дѣвочка; слегка мацерированная, имѣеть въ длину 52 см.
 Окружность головки 34 „
 Передній поперечный размѣръ 9 „
 Задній поперечный размѣръ 10 „
 Прямой діаметръ головки 12 „
 Длинный косой 14 „
 Ширина плечиковъ 13 „

Изъ вышеприведенныхъ размѣровъ плода, мы видимъ, что онъ по величинѣ своей вполне соответствуетъ 9-ти мѣсячной беременности и можетъ быть причисленнымъ къ числу плодовъ крупныхъ. Внѣшній видъ ампутированной матки представляетъ собою *совершенно нормальныя стѣнки*; края разрыва сильно выворочены, такъ что *полость матки обращена наружу; разрывъ идетъ вдоль по лѣвой стѣнкѣ со срединѣ дна*. Величина тѣла отъ дна до ампутированнаго мѣста = 14 см. Длина разрыва = 13 см. Поперечная толщина стѣнокъ матки на всемъ протяженіи разрыва одинакова и равняется 5 см. Нигдѣ также не замѣтно измѣненій ни въ цвѣтѣ, ни въ консистенціи; только края разрыва не совсѣмъ ровные и покрыты снаружи кровоподтеками. Матка представляется довольно хорошо сокращенной. Вечеромъ въ день операциі № 38°. Пульсъ 120. Дышетъ часто и поверхностно, прерываетъ дыханіе по временамъ глубокими вздохами. Жалуется на сильныя рѣзы въ животѣ, сухость во рту. Рвоты не было. Моча выщущена катетеромъ въ довольно большомъ количествѣ. Въ виду безпокойнаго состоянія больной сдѣлано подкожное впрыскиваніе морфія. Ледъ на животъ и глотаетъ кусочки льду.

10. № утромъ 38,5°. Пульсъ правильный, болѣе полный, 114. Дыханій 34. Спала ночью хорошо, боли въ животѣ меньше, рвоты не было.

Вѣтры отходятъ, жалуется на жажду. Прибавлено внутрь небольшая порція чаю.

11. Вечеромъ t° 37,9°. Утромъ 38,3°. Иктероидное окрашивание кожи довольно рѣзко выражено. Сильная одышка. Во время глубокаго вдыханія больная испытываетъ колютъя въ груди. *Vzdutіe in regio epigastri* исчезло. Больная очень безпокойна. Сердечный толчекъ сильно распространень и учащенъ. Аускультация легкихъ даетъ отрицательный результатъ. Больной назначено вдыханіе кислорода, подкожныя инъекціи морфія и *coffein. patri benzoici*; ледъ на область сердца, чай и кофе.

12. t° вечеромъ 38,3°—утромъ 38,3°. Наканунѣ вечеромъ, самопроизвольное мочеиспусканіе и произвольный стулъ. Дышетъ сравнительно со вчерашнимъ легче. *Vzdutія живота нѣтъ*. Пульсъ 100, полный и правильный.

13. t° 37,8—38,0°. Пульсъ 100. Ритмъ дыханія болѣе ровный и спокойный. Общее самочувствіе удовлетворительно. Такъ какъ повязка сильно промокла и уже со времени операціи наступили 5-я сутки, то повязка перемѣнена. Рана довольно чистая, изъ раны широкой маточной связки, послѣ удаленія полосокъ іодоформной марли, выдѣлилось порядочное количество буро-грязной кровянистой жидкости, съ сильнымъ запахомъ. Проведены снова полоски іодоформенной марли въ рану широкой маточной связки; культя также обложена полосками іодоформенной марли и снова присыпана смѣсью *acidum tannicum et acidum salicylicum*. На животъ наложена обыкновенная перевязка. Ледъ съ живота снятъ. Получаетъ молоко, бульонъ и вино.

14. t° 38,5—37,9°. Ночью спала хорошо. Пульсъ 102. *Meteorisma нѣтъ*. Дыханій 30. Иктероидное окрашивание кожи сильнѣе выражено. Языкъ сухъ съ темно-коричневымъ налетомъ. У больной появились галлюцинаціи обонянія и стала заговариваться. Толчекъ сердца сильно распространень, у края 3-го ребра слѣва у *sternum* слышится шумъ тренія *pleur'y*. Вся повязка пропиталась кровянисто-серозною жидкостью. Перемѣнены верхніе слои перевязки. Получаетъ внутрь *Coffeini patri benzoic. et inf. digitalis*.

15. t° 38,5—37,9°. Пульсъ 102. Одышка сильная. Больная провела ночь плохо, бредитъ, галлюцинаціи обонянія рѣзче. Ночью слабило нѣсколько разъ. Повязка снята. Изъ окружности культы выдѣляется громадное количество темно-коричневаго жидкаго секрета, отшнурованная культя издаетъ рѣзкій гнилостный запахъ и вся повязка почти пропитана грязными, издающими сильный запахъ, выдѣленіями. Отшнурованная культя частями срѣзана, поддерживающая ея игла удалена. Сдѣлана тщательная очистка всей окружности раны, наложена новая повязка. Въ виду поноса и явленій со стороны сердца назначены внутрь порошки *ex coffeini patri benzoic. 0,18, Dermatoli 0,5, Cal. Opii. 0,015*. 4 раза въ день по порошокъ. Вино, бульонъ, кофе и яйца.

16. t° 38,3—38,0°. Пульсъ 114. Ночью спала, не слабило. Дыханіе тяжелое, повязка перемѣнена.

17. t° 38,9—37,7°. Пульсъ 120. Общее состояніе хуже, ночью не спала. Слабило 2 раза. Дыханіе очень частое. Въ глубинѣ раны застаивается большое количество грязно-кровянистой жидкости, края раны вялые, грязноватая, безъ грануляцій. Полость раны промыта смѣсью

изъ vini aromotici + t-rae myrrhae съ цѣлью возбудить жизнедѣятельность тканей. вмѣсто іодоформной марли употреблена стерилизованная.

Въ виду возрастающаго упадка силъ назначено — шампанское, бульонъ, кофе и черезъ 2 часа питательные клизмы изъ бульона, яйца, вина и t-rae valerian. aether. Вечеромъ повязка снова перемѣнена, выдѣленийъ изъ раны меньше. Большая очень безпокойна. Общее состояніе плохое.

18. t° 37,5—36,9°. Пульсъ малый, частый, трудно сосчитывающійся—140—150. Дыханій 40. Большая очень безпокойна, бредитъ. Повязка перемѣнена. Въ глубинѣ зіяющей раны видны 2 петли кишекъ, ригитопешъ которыхъ имѣетъ матово-грязноватый цвѣтъ. Края раны грязно-желтаго цвѣта, безъ слѣдовъ грануляцій. Въ теченіе дня все возрастала общая слабость, не смотря на обиліе возбуждающаго и въ 6 часовъ вечера она скончалась при явленіяхъ паралича сердца.

Изъ приведенной исторіи болѣзни видно, что непосредственной причиной смерти былъ *септический перитонитъ*, разившійся еще до производства операціи.

Хотя оперативно былъ удаленъ источникъ, вызывающій раздраженіе брюшины, но ткани организма, вслѣдствіе истощенія больной, уже не были въ состояніи возстановить свою жизнедѣятельность, это между прочимъ видно было изъ того, что больная, не смотря на то, что послѣ операціи прожила еще 8 дней, а въ культѣ ампутированной матки еще незамѣтно было никакихъ слѣдовъ демаркаціонной линіи, равно не образовались грануляціи въ окружающемъ ея желобѣ брюшныхъ стѣнокъ. Главною причиною даннаго заболѣванія, конечно, нужно считать разрывъ, прободающій насквозь всю стѣнку матки. Разрывъ этотъ, повидимому, происходилъ медленно въ теченіи нѣсколькихъ дней, такъ какъ съ одной стороны въ брюшной полости, при такомъ значительномъ разрывѣ, найдено сравнительно *незначительное кровоизліяніе*, съ другой стороны не было такихъ бурныхъ явленій, которыя несомнѣнно наступили бы, если бы ruptura сразу достигла такой величины. Плодъ, постепенно выступая въ брюшную полость, увеличивалъ такимъ путемъ и разрывъ и вмѣстѣ съ тѣмъ, обхватываемый сокращающейся маткою, повидимому служилъ тампономъ и охранялъ больную отъ быстрой и сильной потери крови.

Остается выяснитъ самое важное — причину даннаго разрыва. Руководствуясь анамнезомъ больной — причиною разрыва можно считать только пройденное большое разстояніе пѣшкомъ, еще есть указаніе на болѣзненное состояніе больной

въ теченіи всей послѣдней беременности; слѣдовательно, можно подозрѣвать существованіе какого либо патологическаго процесса со стороны матки, существовавшего еще во время беременности, а быть можетъ и раньше уже служилъ причиною затрудненія и медленности предпослѣднихъ родовъ, на почвѣ котораго потомъ и произошелъ разрывъ.

Обращаясь къ этиологіи разрывовъ матки, по скольку она выясняется въ довольно богатой литературѣ этого вопроса, мы видимъ, что причины разрыва бываютъ *механическія* и *самопроизвольныя*. Къ разрывамъ механическимъ нужно отнести разрывы, происходящіе во время акта родовъ, которые выпадаютъ въ большинствѣ случаевъ на долю женщинъ, имѣющихъ какіе либо неправильности въ строеніи таза; сюда относятся плоскіе и обще-суженные тазы, выдающійся promontorium, экзостозы на тазовыхъ костяхъ, опухоли въ сосѣднихъ органахъ. Въ этихъ случаяхъ разрывы происходятъ, очевидно, благодаря несоотвѣтствію между размѣрами плода, подлежащей части его и тазовымъ кольцомъ, чрезъ которое сокращающаяся матка силится прогнать плодъ. Причина этихъ разрывовъ прекрасно объясняется теоріею *Бандля*. Онъ объясняетъ разрывъ матки во время акта родовъ — *перевѣсомъ мускулатуры въ дно и тѣлѣ* ея надъ относительно *слабо развитымъ мышечнымъ слоемъ нижняго отръзка и шейки матки*. Плодъ, толкаемый впередъ болѣе развитой мускулатурою дна и тѣла матки, встрѣчая препятствіе къ своему поступательному движенію, мало по малу перемѣщается въ болѣе податливыя части плодовместилища, т. е. въ нижній отръзокъ и шейку матки, растягиваетъ ихъ до крайнихъ предѣловъ, и ткань послѣднихъ, ущемляясь между подлежащею частью и стѣнками тазоваго кольца—протирается и разрывается. Рвется въ этихъ случаяхъ преимущественно шейка; однако, при значительномъ препятствіи разрывы съ шейки могутъ перейти и на стѣнки тѣла матки. Затѣмъ причиною разрывовъ во время родовъ могутъ служить затянувшіеся роды, неправильное положеніе плода, чрезмѣрная величина его, hydrocephalus, сильныя потуги, отвислый животъ, неправильно оказанная акушерская помощь, не во время употребленная спорынья, чрезмѣрное усиліе употребленное при выжиманіи placentae.

Эти всѣ причины слѣдуетъ отнести къ ряду механически вызывающихъ *ruptura uteri*. Къ этой же группѣ причинъ механическихъ нужно отнести разрывы, вызванные нанесеніемъ какой либо травмы извнѣ. По мнѣнію *Бандля* измѣненія, находимыя въ стѣнкахъ изорванной матки, какъ то: истонченія, изъязвленія, жировое перерожденіе, нужно считать явленіями *не* первичными, а послѣдовательными. Какъ видно, онъ допускаетъ разрывъ въ совершенно здоровой ткани матки.

Большинство авторовъ, однако, находятъ совершенно противное. Такъ *Scanzoni* говоритъ, что при самомъ значительномъ препятствіи со стороны таза и полномъ несоотвѣтствіи въ величинѣ подлежащей части *здоровая матка не разорвется*, она своими сокращеніями или сожметъ плодъ настолько, что онъ родится, или, вслѣдствіе наступленія паралича матки, женщина умретъ не разрѣшившись. Того же взгляда придерживается *Murphy*, подкрѣпляя его указаніями на то, что разрывы во время родовъ чаще встрѣчаются у многорожавшихъ, нежели у первороженицъ; между тѣмъ больше препятствій во время родовъ встрѣчается у первороженицъ; слѣдовательно, разрывы эти находятся въ зависимости не только отъ препятствій, а есть какая либо другая причина—именно онъ указываетъ на болѣзненное состояніе тѣхъ матокъ, которыя даютъ разрывы. Изъ 417 случаевъ, собранныхъ *Trask*’омъ, въ 67 причина разрыва лежала, очевидно, въ состояніи самой матки. *Frank* также находитъ, что узкому тазу придаютъ слишкомъ большое значеніе: изъ 26, собранныхъ имъ разрывовъ, въ 19 разрывы были въ тѣлѣ и днѣ матки и произошли благодаря патологическимъ измѣненіямъ въ стѣнкахъ матки. Такого же мнѣнія придерживаются *Baudeloque, Osiander, Duparqué, Churchile, Kivisch, Lehmann, Klobb, Simpson, Hervieux*. По *Leusmann*’у разрывы еще находятся въ связи съ поломъ плода, мальчики даютъ большій % разрывовъ. По *Шредеру* имѣетъ также значеніе индивидуальность. Не стану приводить въ отдѣльности мнѣнія всѣхъ вышеупомянутыхъ авторовъ, такъ какъ всѣ ихъ взгляды собраны и изложены довольно подробно въ диссертациі на степень д-ра медицины д-ра *Дубенскаго* «О разрывахъ матки».

И такъ большинство авторовъ причины разрывовъ во время родовъ ищеть не въ однихъ механическихъ вліяніяхъ, но ставятъ также въ зависимость отъ раньше существующихъ паталогическихъ измѣненій въ ткани маточныхъ стѣнокъ; такъ сюда относятся: метриты, периметриты, ригидность шейки, жировое перерожденіе ткани и т. п., словомъ въ ткани матки должно существовать *приобрѣтенное предрасположеніе къ разрыву*. Существуютъ также мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ о *врожденномъ предрасположеніи* ткани матки къ разрыву. Если въ стѣнкахъ разорванной матки, отъ какой бы причины не произошелъ разрывъ, во время-ли родовъ или во время беременности, не найдено ни макроскопическихъ, ни микроскопическихъ измѣненій и причина, вызвавшая разрывъ незначительная, то эти разрывы и приписываются такъ называемому *врожденному предрасположенію ткани*. Такой случай приводитъ *Hofmeister*. Беременная въ 7-й разъ, въ 9-мъ мѣсяцѣ, тазъ нормальный. Во время родовъ, при незначительномъ еще раскрытіи маточнаго рыльца, *внезапно* наступилъ коллапс и кровоотеченіе. Роды быстро окончены поворотомъ на ножку и экстракціей. На вторые сутки—смерть. Оказался разрывъ матки отъ дна до *orificium externum* съ правой стороны. Микроскопическое изслѣдованіе ткани въ мѣстѣ разрыва дало отрицательный результатъ—ни истонченія, ни рубцовъ, ни перерожденія не было найдено. Если допустить возможность существованія въ ткани матки какъ *приобрѣтенное*, такъ и *врожденное предрасположеніе*, то становится понятнымъ, что какъ незначительныя припятствія во время родового акта, такъ и самыя незначительныя причины и во время беременности, какъ то: кашель, ѣзда, неловкій поворотъ женщины, поднятіе тяжести, напряженіе брюшнаго пресса, могутъ дать разрывы матки. Изъ 230 случаевъ разрывовъ матки, собранныхъ и опубликованныхъ д-ромъ *Merz'*омъ, въ *Archiv für Gynäkologie* за 1893 годъ, «*Zur behandlungen der uterus ruptur*», мы видимъ, что въ 70 случаяхъ разрывы произошли отъ незначительныхъ причинъ, какъ напримѣръ: отъ поворота беременной женщины съ бока на бокъ. Въ одномъ случаѣ онъ указываетъ причину разрыва на сифились. Въ остальныхъ причинами разрыва служатъ узкіе, неправильные тазы, опухоли

въ тазу—miofibrom'ы, овариальныя опухоли въ дугласовомъ пространствѣ; нѣсколько случаевъ травмы—паденіе съ воза съ сѣномъ, ударъ подковою лошади; разрывъ послѣ сильного движенія во время вставанія съ мѣста, толчекъ во время беременности и разрывъ безъ всякой видимой причины.

Разрывы самопроизвольные происходятъ, главнымъ образомъ, во время беременности. Разрывы тѣла матки во время беременности встрѣчаются большею частью въ *днѣ* ея. Д-ръ *Дубенскій* въ своей диссертациі приводитъ 4 случая, которые онъ наблюдалъ въ клиникѣ проф. *Славянского*. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ въ мѣстѣ разрыва найдены патологическія измѣненія. Особенно подробное изслѣдованіе сдѣлано въ 4-мъ случаѣ.

Разрывъ прободающій дно матки, произошелъ самопроизвольно въ 7-мъ мѣсяцѣ беременности. Больная умерла черезъ 19 дней послѣ прошедшей *ruptur'ы*. По механизму этого самопроизвольнаго разрыва матки—медленно происходящаго, этотъ аналогиченъ мною приведенному. Микроскопическое изслѣдованіе ткани тѣла въ 4-мъ случаѣ д-ра *Дубенскаго* въ мѣстѣ разрыва указываетъ на развитіе интерстиціальной соединительной ткани, поведшее къ атрофіи мышечныхъ волоконъ; особенно эта картина рѣзко выражена въ мѣстѣ разрыва, гдѣ мышечныхъ волоконъ совершенно не найдено, а только интерстиціальная соединительная ткань. Здѣсь, очевидно, существовалъ старый интерстиціальныи метритъ, который при незначительной причинѣ далъ трещину въ стѣнкѣ матки, которая превратилась мало по малу въ разрывъ.

И такъ большинство авторовъ признаетъ, что произошелъ ли разрывъ отъ механическаго какого либо инсульта или самопроизвольный во время беременности, причина его лежитъ въ *патологическомъ измѣненіи структуры маточной ткани*.

Обращаясь къ этиологіи интересующаго насъ вопроса о причинѣ разрыва матки у нашей больной, которая какъ видно изъ исторіи болѣзни, не подвергалась никакому механическому инульту, не находилась въ родахъ, можно сказать, что разрывъ у нея произошелъ самопроизвольно на почвѣ существовавшаго патологическаго процесса въ стѣнкѣ матки. Это заключеніе можно сдѣлать частью основываясь на данныхъ анамнеза

(больная хворала всю беременность—боли въ животѣ и поясницѣ), частью на основаніи вышеприведеннаго мнѣнія большинства авторовъ относительно этиологіи разрывовъ матки вообще. Къ сожалѣнію, установить какого рода патологическія измѣненія существовали въ данномъ случаѣ не удалось, такъ какъ микроскопическаго изслѣдованія не было сдѣлано по незави-сѣвшимъ отъ меня обстоятельствамъ.

IV.

ИЗЪ ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

Случай повторнаго кесарскаго сѣченія.

М. М. Федоровской-Виридарской.

Случай кесарскаго сѣченія, который я намѣрена сообщить многоуважаемому обществу, представляетъ интересъ въ смыслѣ рѣдкости подобныхъ случаевъ въ русской литературѣ. Кесарское сѣченіе сдѣлано второй разъ у одной и той же женщины. Первый разъ пациентка оперирована проф. *И. Θ. Баландинымъ* въ мартѣ 1889 г. и вторично проф. *Д. О. Оттъ* въ октябрѣ 1894 г. Исходъ операций въ обоихъ случаяхъ благополучный для матери и дѣтей.

Просмотрѣвъ русскую литературу за послѣдніе два десятилѣтія въ этомъ направленіи, я нашла одинъ только случай повторнаго кесарскаго сѣченія въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней (январь 1892 г.). Случай этотъ принадлежитъ *А. Я. Красовскому*, описанъ въ докторѣ *А. К. Мазуркевичемъ*, и представленъ въ формѣ доклада Акушерско-Гинекологическому Обществу. Показаніемъ къ производству кесарскихъ сѣченій въ случаѣ *А. Я. Красовскаго* послужилъ узкій тазъ (плоскій ассиметричный общенеравномѣрно суженный съ воронкообразнымъ суженіемъ къ выходу). Первый разъ пациентка оперирована *А. Я. Красовскимъ* въ 1886 г., второй разъ въ 1891 г. Оба раза исходъ благополучный для матери и дѣтей; оба раза мать кормила сама.

Мнѣ извѣстенъ еще одинъ случай вторичнаго кесарскаго сѣченія, принадлежащій *И. Θ. Баландину*. Этотъ случай въ

литературѣ не значится, описанъ онъ не былъ. Пациенткой была крестьянка Ярославской губ., Θεоктиста Вас—ва, роста ниже средняго, (138 см.), скелеть носить на себѣ ясныя слѣды рахита. Показаніемъ къ операціи послужилъ общесъуженный и косою тазъ, укорочень 2-й косою размѣръ. Первый разъ она оперирована д-ромъ *И. Θ. Баландинымъ* въ 1887 г. и второй разъ въ ноябрѣ 1890 г. Обѣ эти операціи значатся въ отчетахъ Повивальнаго Института за 1887 г. и 1890 г.г.; исходъ для дѣтей оба раза благопріятный; пациентка же послѣ вторичнаго кесарскаго сѣченія умерла въ исходѣ 3-хъ сутокъ отъ септического перитонита, что и значится въ протокѣ вскрытія, сдѣланнаго проф. *Ивановскимъ*.

Случай проф. *Д. О. Оттз* есть третій случай въ Россіи вторичнаго кесарскаго сѣченія, окончившійся также счастливо для матери и ребенка какъ и первый случай *А. Я. Красовскаго*. Въ иностранной литературѣ случаи повторныхъ кесарскихъ сѣченій встрѣчаются довольно часто, такъ наприм., у *Леопольда* приводится статистика 53 кесарскихъ сѣченій, между которыми 7 повторныхъ; 2 женщинамъ кесарское сѣченіе было сдѣлано 3 раза и 5—два раза. Въ послѣднемъ, № 4, «Centralblatt für Gynäkologie», приведена литература повторныхъ кесарскихъ сѣченій, гдѣ, между прочимъ, случай *А. Я. Красовскаго* не значится.

Перехожу къ описанію даннаго случая.

Пациентка Ирина В—ева, 38 лѣтъ, крестьянка, православная, уроженка Псковской губ. Тѣлосложенія крѣпкаго, ростъ 158 сантиметровъ; скелеть чрезвычайно массивень; подкожный жирный слой хорошо развитъ; наружные покровы и видимыя слизистыя оболочки удовлетворительно окрашены. Въ данное время животъ представляется обвислымъ, на срединной линіи живота замѣчается рубецъ послѣ перваго кесарскаго сѣченія; рубецъ этотъ широкъ, растянутъ, истонченъ и на всемъ своемъ протяженіи имѣетъ грыжевыя выпячиванія. Тазъ общесъуженный, плоскій. Размѣры его: dist. crist. 30 ст., dist. spin. 26 ст., dist. trochant. 34 ст., conjug. ext. 20,5, conjug. diag. 9,3 ст. Первые menstrua получила на 17 году, сразу, безъ болей; продолжались 4—5 дней, черезъ 28 дней, всегда были обильны и правильны. Замужъ вышла 19 лѣтъ, беременѣла скоро, черезъ 3 мѣсяца.

За 19 лѣтъ своей замужней жизни В—ва имѣла 12 беременностей. Беременность всегда переносила легко, исключая послѣднюю, и рожала въ срокъ, за исключеніемъ 8 беременностей, которая была прервана искусственно въ началѣ 9 мѣсяца. Положеніе плода всегда было правильное, продольное, за исключеніемъ послѣдняго, 2 раза ягодичное

предлежаніе, 9 разъ черепное и при послѣднихъ родахъ косое положеніе и предлежала ручка. Большая часть родовъ тяжелыя, продолжительность отъ 16 час. до 5 сутокъ. Примѣняемы были всѣ способы оперативнаго родоразрѣшенія, начиная съ извлеченія и кончая кесарскимъ сѣченіемъ, произведеннымъ 2 раза. Первые 3 беременности провела въ деревнѣ Псковской губ. и пользовалась пособіемъ деревенской повитухи. Первый ребенокъ, маленькій, предлежалъ ягодицами, по словамъ больной, и родился мертвымъ; 2-й ребенокъ тоже маленькій, тщедушный, но живой (жилъ 6 мѣсяцевъ); 3-й ребенокъ снова мертвый. 4-ую и послѣдующія беременности пациентка проводила уже въ Петербургѣ. 4-е роды прошли еще произвольно; родился очень маленькій, но живой ребенокъ, который жилъ около часа. 5-е и 6-е роды окончены щипцами; 7-е, 9-е и 11-е—перфорацией; 8-е искусственные преждевременные роды, ягодичное предлежаніе, извлеченіе, мертвый ребенокъ; 10-е и 12-е окончены кесарскимъ сѣченіемъ. При щипцахъ 5-хъ родовъ ребенокъ мертвый; при щипцахъ 6-хъ родовъ ребенокъ живой, но скоро умираетъ при судорожныхъ явленіяхъ. Послѣродовой періодъ у В-ой послѣ всѣхъ родовъ протекалъ правильно, за исключеніемъ 2-хъ разъ, а именно послѣ тяжелыхъ щипцовъ, которыми окончены 5-е роды въ Повивальномъ Институтѣ, хворала 6 недѣль при явленіяхъ расхожденія лоннаго сочлененія; была положена давящая повязка на тазовую область. Черезъ 6 недѣль выписывается изъ Института съ явленіями затрудненной ходьбы; походка качающаяся и плохо ходитъ около года послѣ родовъ; 2-й разъ пациентка хворала послѣ 1-го кесарскаго сѣченія, было повышеніе температуры, объясненное явленіями мѣстнаго перитонита и нагноеніемъ швовъ брюшной раны.

При 1-мъ кесарскомъ сѣченіи пациентка была кастрирована и при выпискѣ была предупреждена, что она ни менструировать, ни беременѣть не будетъ. Вскорѣ послѣ выписки больная получаетъ менструацію, которая повторяется правильно, удержавъ прежде бывшій типъ. Черезъ 1 годъ 3 мѣсяца менструація прекращается и, къ удивленію пациентки и слѣдующаго за нею врача, она беременна. Беременность доходитъ благополучно до конца и тяжелыя длительныя роды окончены перфорацией въ одномъ изъ городскихъ родильныхъ пріютовъ. Menstrua послѣ этихъ родовъ появляются снова и черезъ 3 года наступаетъ 12-я беременность. Беременность переносится тяжело, плохой аппетитъ, плохой сонъ, полная невозможность работать и какія то постоянныя боли въ костяхъ таза и нижнихъ конечностей. Пациентка чрезвычайно озабочена своимъ состояніемъ и предстоящимъ родоразрѣшеніемъ. Имѣя 8 мѣсяць беременности и желая сохранить ребенка, обращается въ Повивальный Институтъ съ просьбой произвести ей искусственныя преждевременныя роды. Пациентка была представлена проф. Оттъ мною 10 сентября 1894 г. для консультаціи о ея настоящемъ болѣзненномъ состояніи и предстоящемъ родоразрѣшеніи. Проф. Оттъ изслѣдовалъ больную и ея тазъ и высказался въ томъ смыслѣ, что и при преждевременныхъ родахъ нельзя ей обѣщать живаго ребенка. Имъ найдено, что тазъ чрезвычайно суженъ, имѣется 2-й promontorium и діагональная конъюгата, по измѣренію проф. Оттъ, равна 8,5 ст., что не согласуется съ преждесдѣланнымъ измѣреніемъ той же конъюгаты. Эта разница въ измѣреніяхъ таза и бо-

лѣзненныя явленія въ костяхъ таза и нижнихъ конечностей дали ему возможность сдѣлать предположеніе о существованіи болѣзненнаго процесса въ костяхъ, подобнаго остеомалачическому. Здѣсь же предложенъ пациенткѣ въ виду ея желанія имѣть живаго ребенка болѣе вѣрный способъ родоразрѣшенія—вторичное кесарское сѣченіе.

16 сентября Ирина В.—ва явилась снова съ просьбой произвести ей искусственные преждевременные роды, не желая вторично подвергаться кесарскому сѣченію. 16-го же принята въ Повивальный Институтъ. Немедленно приступлено къ произведенію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ способомъ бужирования. Число бужей, введенныхъ въ матку, доведено до 6, при введеніи каждаго бужа отдѣлялось порядочное количество крови. Матка на раздраженія не реагировала. 27 сентября всѣ бужи изъ матки удалены; 28-го введенъ кольпейринтеръ, 29-го кольпейринтеръ удаленъ и всѣ манипуляціи по производству преждевременныхъ родовъ прекращены. Въ виду безуспѣшности указанныхъ мѣропріятій пациентка рѣшила свою беременность вести до конца, она оставалась подъ наблюденіемъ въ Повивальномъ Институтѣ до 4 октября. Признаковъ родовой дѣятельности не появлялось и 4 октября она по собственному желанію отпущена домой.

12 октября, въ 7 часовъ вечера, при легкихъ родовыхъ боляхъ, отошли воды и роженка немедленно доставлена въ Повивальный Институтъ. Матка открыта на 2 пальца, вода нѣтъ, положеніе плода косое, предлежитъ ручка. Ребенокъ живой. Легкія родовыя боли. Больной предложено выбирать способъ ея родоразрѣшенія: извлечь ребенка мертвымъ или же подвергнуться кесарскому сѣченію. Предлагая кесарское сѣченіе, желали дать ей живаго ребенка (живыхъ дѣтей у нея нѣтъ) и исправить рубецъ брюшной стѣнки, послѣ 1-го кесарскаго сѣченія. Пациентка дала согласіе на предложенную операцію, желая получить живаго ребенка. Послѣ обычныхъ приготовленій къ операціи кесарскаго сѣченія, больная захлороформирована и помѣщена на наклонную плоскость по *Тренделенбургу*. Разрѣзъ брюшной стѣнки веденъ по старому рубцу. Передняя брюшная стѣнка внизу сращена съ переднею поверхностью матки, съ передней же поверхностью матки и съ задней поверхностью передней брюшной стѣнки сращенъ сальникъ, кромѣ того замѣчается много тонкихъ перитонеальныхъ перемычекъ—слѣды бывшаго перитонита. Сращения нарушены тупымъ способомъ, частью же послѣ наложенія лигатуръ. Матка выкачена наружу; на верхній уголъ брюшной раны наложено 2 провизорныхъ шва. Жгутъ не примѣнялся, а матка сдавливалась руками ассистента. Старыхъ швовъ послѣ перваго кесарскаго сѣченія въ стѣнкѣ матки не найдено; рубецъ не замѣтенъ. Разрѣзъ матки ведется послойно по ея передней поверхности. Кровоотдѣленіе незначительное. Въ моментъ разрѣза стѣнки матки подъ кожу больной впрыснуть шприцъ стерилизованнаго эрготина. Живой ребенокъ быстро удаленъ изъ полости матки, а вслѣдъ за ребенкомъ и послѣдъ съ оболочками. Матка сократилась хорошо. На матку наложены глубокіе и поверхностные шелковые швы, не захватывая децидуальную оболочку. Яичниковъ нѣтъ, а на ихъ мѣстахъ имѣются неправильной формы образованія, содержащія паренхиму яичниковой ткани, оставшюся неудаленной послѣ предпринятой кастраціи при первомъ кесар-

скомъ сѣченіи. Фаллопиевы трубы перевязаны *одиночной* лигатурой, уступая настоятельной просьбѣ больной лишить ее возможности дальнѣйшаго зачатія. Матка помѣщена на свое мѣсто и прикрыта сальникомъ. Приступлено къ зашиванію брюшной раны.

Такъ какъ вся область прежняго рубца представляла рядъ грыжевидныхъ мѣшковъ, то пришлось для образованія правильнаго и стойкаго рубца, изсѣкая эти грыжевые выпячиванія, удалить по порядочному лоскуту съ краевъ раны. Брюшная рана закрыта глубокими и поверхностными шелковыми лигатурами. Послѣоперационный періодъ нормаленъ. На 5, 8 и 11 день t° повышалась до 38° однократно. Первые поверхностные швы сняты послѣ перваго повышенія t° на 6 день. Послѣдніе швы сняты на 13 день. Верхній уголъ раны далъ поверхностное расхожденіе на небольшемъ протяженіи. Ребенокъ—дѣвочка вѣситъ при рожденіи 3400 grmm. Мать кормитъ ребенка сама съ 1-го дня послѣ операциіи. Пациентка выписана изъ Повивальнаго Института 23-го ноября 1894 года. Исслѣлована при выпискѣ и никакихъ отступленій отъ нормы не найдено. Общее состояніе хорошо. Ребенокъ и мать вполне здоровы.

V.

Выборъ инструмента для быстрого расширенія шейки матки.

Проф. А. П. Губарева.

(Въ гор. Юрьевъ).

Богатство инструментальнаго арсенала современнаго гинеколога, въ особености по отношенію къ инструментамъ, назначеннымъ для расширенія шейки матки, такъ велико, что можетъ поставить начинающаго въ затруднительное положеніе относительно выбора такого инструмента, коимъ можно было бы ограничиться.

Расширители створчатые и расширители, построенные по типу корнцанговъ, слишкомъ сложны по своему устройству, чтобы допускать хорошую и вѣрную асептику, а по конструкціи своей не всегда функционируютъ съ надлежащей отчетливостью, ибо легко подвергаются порчѣ и требуютъ большаго ухода. Кромѣ того отдѣльныя створки, или бранши этихъ инструментовъ все-таки оставляютъ поврежденія и ушибы на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала. Они совершенно основательно оставлены почти всѣми. Наиболѣе простые и рациональные по своему устройству расширители,—это расширители цилиндрическіе. (Таковы расширители *Hegar*, *Schroeder* и др.). Ихъ легко чистить и если они сдѣланы изъ металла, то у нихъ остается только одинъ недостатокъ—это дороговизна и большой объемъ относящихся къ нимъ отдѣльныхъ номеровъ инструмента.

Идея цилиндрическаго расширителя всегда казалось мнѣ не совсѣмъ вѣрной въ своемъ основаніи. Въ самомъ дѣлѣ,

производя расширение цилиндрическими расширителями, напр., расширителями *Hegar*'а, нерѣдко приходится вводить въ другой разъ тотъ же номеръ расширителя, ибо пока его вынимають и пока успѣешь взять слѣдующій номеръ, шейка матки сокращается и приходится брать снова предъидущій номеръ прежде, чѣмъ удастся ввести слѣдующій.

Дѣло представляется въ совершенно другомъ свѣтѣ, если вмѣсто цилиндрическаго расширителя взять расширитель конической. Въ самомъ дѣлѣ, коническая поверхность, дѣйствуя какъ клинь, можетъ расширить каналъ при значительно меньшей затратѣ силы со стороны оператора, ибо клинь самъ по себѣ способенъ развивать значительную силу, которая выигрывается на счетъ времени необходимаго для его введенія. Кромѣ того, плавное и безъ усилія со стороны оператора введеніе коническаго расширителя исключаетъ всякую возможность толчка, или ушиба тканей. Еще въ 1889 году *Lawson Tait* въ своемъ руководствѣ ¹⁾ описалъ коническій расширитель, коимъ онъ пользуется постоянно для медленнаго расширения шейнаго канала матки. Онъ вводитъ свои расширители помщью особой повязки, дѣйствующей эластичностью и постепенно вталкивающей соотвѣтствующіе номера его инструмента.

Я не знаю пользовался ли знаменитый Бирмингамскій хирургъ этимъ инструментомъ для быстрого въ одинъ сеансъ расширения шейнаго канала, но что касается меня, то я пользуюсь имъ уже болѣе года для этой цѣли.

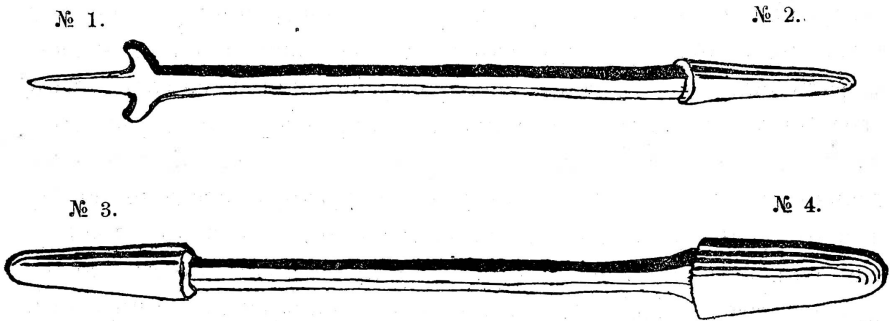
Дѣйствительно я былъ пораженъ той быстротой и легкостью, съ коей этотъ инструментъ вводится въ цервикальный каналъ. Достаточно ввести три номера, чтобы сдѣлать выскабливаніе слизистой оболочки матки (*curettement*), а послѣ 4 номера легко вводится указательный палецъ для внутренняго изслѣдованія полости матки. Неудобство, зависящее отъ необходимости отвинчивать и навинчивать послѣдовательные номера этого расширителя и желаніе получить инструментъ, который можно было бы кипятить передъ употребленіемъ, побудили меня замѣнить каучуковый расширитель *Tait*, полученный мною отъ

¹⁾ *Lawson Tait. Diseases of Women and abdominal surgery. Leicester, 1889, pag. 109 и слѣд.*

Mayer and Meltzer въ Лондонѣ, нѣкоторой модификаціей, которую мнѣ сдѣлалъ здѣшній университетскій мастеръ *Keiss*.

Вотъ описаніе инструмента, коимъ я теперь пользуюсь. Онъ состоитъ изъ двухъ отдѣльныхъ стержней, на концахъ коихъ находятся по коническому расширителю *Tait*.

Общій видъ понятенъ изъ рисунка:



Этотъ рисунокъ изображаетъ общій видъ расширителей; размѣры конусовъ уменьшены, приблизительно, вдвое. (Длина стержня уменьшена немного меньше). №№ соответствуютъ №№ *Tait* ²⁾.

Конусъ № 1 снабженъ особымъ выступомъ въ формѣ блюдечка, срубаннаго въ инструментѣ *Tait* съ одной стороны, а въ моемъ съ двухъ сторонъ. Блюдечко назначено для остановки инструмента, чтобы онъ не могъ своимъ острымъ концемъ поранить слизистую полости матки; а срубано оно для того, чтобы можно было захватить переднюю и заднюю губы щипцами *Museux*. Конецъ конуса № 2 соответствуетъ какъ разъ діаметру середины № 1, а конецъ № 3 срединѣ № 2 и т. д. Если-бы сдѣлать № 5 и № 6, то діаметръ № 6 былъ бы больше № 28 *Hegar*. Эти два послѣдніе номера совсѣмъ не нужны, ибо послѣ № 4 проходитъ указательный палець. (Для цѣлей акушерскихъ и для демонстраціи на лекціяхъ у меня имѣются № 5 и 6 на отдѣльномъ стержнѣ).

²⁾ Теперь можно получить отъ *Mayer and Meltzer*, 71, Graet Portland str. London, W.

Способъ примѣненія этого инструмента, чрезвычайно простъ. Обнаживши зеркалами влагалищную часть матки, захватываютъ и фиксируютъ переднюю и заднюю губу щипцами *Museux* и медленно вводятъ въ шейный каналъ расширитель № 1. Затѣмъ вводится № 2, т. е. инструментъ перевертывается другимъ концомъ и т. д. Чрезвычайная легкость, съ которой вводятся эти инструменты и быстрота, съ которой все это совершается, вотъ существенныя преимущества этого инструмента. Малый объемъ и удобство дезинфекціи, ставятъ его на мой взглядъ далеко выше всѣхъ извѣстныхъ мнѣ инструментовъ, предложенныхъ для этой цѣли. Поэтому я позволяю себѣ горячо рекомендовать этотъ инструментъ вниманію товарищей и думаю, что онъ можетъ найти большое примѣненіе, особенно въ земской практикѣ, гдѣ простота, малый объемъ и дешевизна инструмента, имѣютъ большое значеніе. Выточить на токарномъ станкѣ такіе конусы можетъ всякая, напр., желѣзнодорожная, или вообще хорошая слесарная мастерская. Цѣль моей замѣтки обратить вниманіе товарищей на удобное упрощеніе употребительнаго инструмента.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 10.

Засѣданіе 16-го февраля 1895 года.

Предсѣдательствовалъ В. И. Штольцъ.

Присутствовали: почетный членъ *К. Ф. Славянской*, 25 членовъ: *Вастень, Верцинскій, Виридарскій, Димантъ, Добрадинъ, Долинскій, Заболотскій, Какушкинъ, Личкусъ, Массень, Мацѣвскій, Мисевичъ, Піотровичъ, Рымша, Савченко, Сережниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгановъ, Фишеръ, А. Р., Франкъ, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Эберманъ* и 20 гостей.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ 8 и 9.

2) *А. Р. Рымша*, по поводу доклада *В. Н. Массена*, «*Данныя измѣренія выхода таза у русской женщины*», сказалъ слѣдующее:

Въ своемъ докладѣ д-ръ *Массень*, между прочимъ, представилъ среднія величины наружныхъ размѣровъ нормальнаго таза, выведенныя изъ измѣреній таза 276 роженицъ. Если мы сравнимъ представленныя д-ромъ *Массеномъ* среднія величины съ такими же другихъ авторовъ, работавшихъ на русскомъ матеріалѣ въ этомъ направленіи, то замѣтимъ, что хотя соотвѣтствующія среднія величины не одинаковы точь въ точь, что въ прочемъ вполне понятно, однако всѣ эти измѣренія указываютъ ясно на то обстоятельство, что нормальный тазъ русской женщины имѣеть своеобразный типъ, отличающій его отъ тазовъ другихъ европейскихъ народовъ. Кромѣ того, изслѣдованія скелетированнаго таза, произведенныя *Филатовымъ* и *Рунге*, показываютъ, что тазъ

русской женщины по формѣ входа малаго таза не одинаковъ съ тазами англійскихъ, французскихъ и нѣмецкихъ женщинъ. Эти данныя, обоснованныя измѣреніемъ около 1000 женщинъ и 100 скелетированныхъ тазовъ, позволяютъ полагать, что послѣ провѣрки и дополненія, къ уже сдѣланному дальнѣйшими измѣреніями, знакомство съ размѣрами и строеніемъ нормальнаго таза русской женщины и съ его племенными отличіями, получить должное распространеніе среди имѣющихъ дѣло съ акушерствомъ въ Россіи. Это было бы весьма желательно и даже необходимо по слѣдующимъ двумъ причинамъ. Во первыхъ, до сихъ поръ въ русскихъ акушерскихъ сочиненіяхъ и учебникахъ для акушерокъ встрѣчаются данныя о размѣрахъ и строеніи женскаго таза, заимствованныя изъ иностранныхъ, главнымъ образомъ, нѣмецкихъ источниковъ. Если врачи, занимающіеся специально акушерствомъ, по опыту знаютъ, что сплошь да рядомъ роды протекаютъ безъ малѣйшихъ уклоненій отъ механизма, признаваемаго за нормальный, у женщинъ, размѣры таза которыхъ далеко ниже указываемыхъ въ учебникахъ, то это обстоятельство легко вводитъ въ заблужденіе и приводить къ ложному представленію и образу дѣйствій акушерокъ и врачей не специалистовъ. Во вторыхъ болѣе близкое знакомство съ строеніемъ русскаго женскаго таза и его племенными отличіями можетъ принести большую пользу даже специалистамъ—акушерамъ, а именно для вѣрной клинической оцѣнки акушерскихъ приѣмовъ, предлагаемыхъ за границей. Мы знаемъ, что нѣкоторые акушерскіе приемы рекомендуются и охотно примѣняются въ извѣстныхъ случаяхъ англичанами или французами, между тѣмъ, какъ напримѣръ, нѣмецкіе акушеры не получаютъ отъ нихъ хорошихъ результатовъ. Не дальше какъ въ прошлое засѣданіе, во время преній по поводу примѣненія высокихъ щипцовъ, было сдѣлано замѣчаніе, что французы охотно прибѣгаютъ къ наложенію высокихъ щипцовъ при узкомъ тазѣ, между тѣмъ какъ нѣмецкіе акушеры относятся къ этому приѣму больше скептически. Тоже самое можно сказать и о примѣненіи профилактическаго поворота на ножку при узкомъ тазѣ, который у насъ не даетъ такихъ блестящихъ результатовъ, какихъ бы можно было ожидать отъ этого приѣма, судя по статистикѣ *Nagel'*я и другихъ нѣмецкихъ авторовъ. Мнѣ кажется, что такое разногласіе въ мнѣніи относительно одного и того же приѣма при одинаковыхъ показаніяхъ и получаемые различные отъ него результаты, елики объясняются однимъ индивидуализмомъ авторовъ и смѣю думать, что при оцѣнкѣ примѣняемости какого либо акушерскаго приѣма, дающаго извѣстные результаты за границею, явится большимъ подспорьемъ личному опыту акушера знакомство съ строеніемъ таза, съ которымъ онъ имѣетъ дѣло, и съ племенными отличіями этого таза отъ такого, при которомъ данный приѣмъ оказался въ извѣстныхъ случаяхъ полезнымъ.

3) *М. М. Федоровская-Виридарская* сообщила «*Случай повторнаго кесарскаго сеченія*». (Докладъ этотъ напечатанъ въ «*Журналѣ Акушерства и Женскихъ Болѣзней*»).

И. Л. Доминскій замѣтилъ, что, перевязывая выводной протокъ поджелудочной железы у кроликовъ и собакъ, онъ по истеченіи нѣкотораго времени находилъ, что просвѣтъ протока восстанавливался. Если

предпочити, что подобное же явление возможно и при перевязкѣ Fallorі'евыхъ трубъ, то очевидно, что такая перевязка окажется недостигающей цѣли: женщина можетъ, все таки, снова забеременѣть.

М. М. Федоровская-Виридарская сказала, что въ литературѣ, дѣйствительно, имѣется подобное наблюденіе. *Fallaschi* перевязалъ трубы, но женщина, тѣмъ не менѣе, забеременѣла; поэтому, при вторичномъ кесарскомъ сѣченіи на той же женщинѣ названный авторъ перерѣзалъ трубы между 2-мя перевязками. Докладчица думаетъ, что такой образъ дѣйствія надежнѣе, вѣрнѣе велеть къ цѣли.

К. Θ. Славяскій смотритъ на перевязку Fallorі'евыхъ трубъ, какъ на средство, вполне обезпечивающее больную отъ возможности зачатія въ будущемъ. Въ этомъ отношеніи данная операція безусловно заслуживаетъ предпочтеніе передъ оскпленіемъ, которое искусственно старитъ больную, обуславливая преждевременный *climax*, со всѣми его послѣдствіями. Что касается до замѣчанія *И. Л. Доменскаго* о недостаточности одиночной перевязки, то *К. Θ.* не можетъ съ этимъ согласиться; существуютъ, вѣдь, опыты, доказывающіе, что послѣ такой перевязки въ трубахъ скопляется жидкость—несомнѣнное доказательство, что просвѣтъ трубы закрыть. Осылка докладчицы на наблюденіе *Fallaschi* тоже недоказательна, послѣднее можетъ насъ убѣдить только въ томъ, что труба иногда переязывается неудачно, какъ неудачно иногда производится и оскпленіе, въ чемъ мы могли убѣдиться изъ только что прсчитаннаго доклада. Перевязывать трубы, закончилъ *К. Θ.*, слѣдуетъ всегда по возможности ближе въ маткѣ, какъ это отмѣтила, впрочемъ и докладчица.

Предсѣдательствовавшій, за отсутствіемъ *Д. О. Отта*, *В. И. Штолцъ*, поблагодаривъ докладчицу за ея интересное сообщеніе, замѣтилъ, что нельзя проводить параллели между выводнымъ протокомъ железы и трубой, такъ какъ отдѣляемое железы своимъ напоромъ можетъ содѣйствовать открытію закрытаго просвѣта протока, чего въ трубѣ нѣтъ.

4) *В. В. Строгановъ* говорилъ «*О леченіи разрывовъ матки во время родовъ*». Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ Болѣзней».

Нѣсколько замѣчаній сдѣлали—*К. Θ. Славяскій*, *А. И. Замшинъ*, *А. В. Вастень* и *В. И. Штолцъ*.

Предсѣдатель *Дм. Оттъ*.

Секретарь *Л. Личкусъ*.

ПРОТОКОЛЬ № X.

Административное засѣданіе 16-го февраля 1895 года.

Предсѣдательствовалъ **В. И. Штольцъ**.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ VIII и IX.

2) Ревизіонная комиссія изъ членовъ *Горайскаго, Замшина* и *Франка* доложила Обществу, что при ревизіи денежной кассы, послѣдняя найдена ими въ полномъ порядкѣ.

3) Ревизіонная комиссія изъ членовъ *Эбермана, Вастена* и *А. Р. Фишера* доложила Обществу, что приходо-расходныя книги и, вооооце, все счетоводство редакціи «Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней», за истекшій 1894 годъ, велись правильно. Отчетный финансовый годъ, заключенъ съ наличнымъ остаткомъ въ размѣрѣ двухсотъ шестидесяти семи рублей 32 коп. (267 р. 32 к.).

4) Ревизіонная комиссія изъ членовъ *Какушкина, Массена* и *Садовскаго*, указавши на то, что библіотека, благодаря *А. П. Заболотскому*, приводится въ настоящее время въ надлежащій порядокъ, высказали слѣдующія пожеланія: а) необходимо теперь же помѣстить библіотеку въ одномъ мѣстѣ. б) Необходимо теперь же увеличить число шкафовъ. в) Поблаботиться о приобрѣтеніи недостающихъ выпусковъ періодическихъ изданій. г) Ускорить составленіе систематическаго каталога, напечатать его и разослать всѣмъ членамъ Общества. д) Выработать правила для пользованія библіотекой.

Присутствовавшіе поблагодарили гг. казначея, редакторовъ „Журнала Акушерства и Женскихъ Болѣзней“, библіотекаря и членовъ ревизіонныхъ комиссій рукоплесканіями.

5) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Терещенко, Григорій Гавріиловичъ, родился въ гор. Черниговѣ, въ 1863 году. Среднее образованіе получилъ въ училищѣ Св. Анны въ С.-Петербургѣ. Въ 1886 году поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Дерптскаго Университета, который окончилъ въ 1891 году

со степенью докторанта и, по защищеніи диссертациі подъ заглавіемъ „Haben vasomotorische Störungen Aenderungen in der Durchlässigkeit der Gefässwand zur Folge“, получилъ степень доктора медицины.

По окончаніи курса принималъ въ 1892 году, въ теченіи 5 мѣсяцевъ участіе въ борьбѣ съ холерною эпидеміей. Съ 1892 года состоитъ экстерномъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи и экстерномъ Гинекологическаго Отдѣленія Женской Обуховской больницы, а съ 1893 года врачомъ при амбулаторіи Георгіевской Общины Краснаго Креста по женскимъ болѣзнямъ.

Состоя чиновникомъ Медицинскаго Департамента, былъ командированъ на борьбу съ холерною эпидеміей въ 1893 году завѣдующимъ переселенческимъ пунктомъ и больницею Его Императорскаго Высочества Наслѣдника Цесаревича въ Челябинскѣ, а въ 1894 году въ Подольскую губернію.

6) Предложенъ въ дѣйствительные члены: *Бухштабъ*, Адольфъ Александровичъ, лѣкарь. (Предложенъ—*А. Р. Фишеромъ*, *Савченко* и *Массеномъ*).

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Л. Личкусь.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ акушерско-гинекологической литературы.

а) Русской.

29. А. Редлихъ. Къ вопросу о примѣненіи обезпложивающаго метода при чревосѣченіяхъ въ частной практикѣ. (Протокъ засѣд. Акуш.-Гин. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, стр. 161).

Авторъ передаетъ въ статьѣ принципы обезпложиванія, которыхъ придерживается проф. Г. Е. Рейнъ. Признавая необходимымъ заботиться о чистотѣ воздуха операціонной комнаты, проф. Г. Е. Рейнъ дѣлаетъ чревосѣченія въ частной практикѣ въ палаткѣ, предложенной проф. Субботинымъ. Въ такой палаткѣ онъ сдѣлалъ пять чревосѣченій съ благоприятными результатами. Бактеріологическія изслѣдованія воздуха палатки показали ея полную асептичность. Ввиду однако того, что палатка содержитъ мало воздуха и температура послѣдняго во время операціи очень повышается, авторъ считаетъ необходимымъ устройство въ палаткѣ вентиляціонныхъ приспособленій. Н. Какушкинъ.

30. А. Редлихъ. Случай коренной операціи грыжи бѣлой линіи во время беременности. (Протокъ засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 153).

У 39-лѣтней беременной, на 3 мѣсяцѣ, имѣется въ области пупка опухоль въ 39,5 снтм. въ окружности основанія. Кожа опухоли (грыжи) истончена; грыжа не вправима. При операціи (разрѣзъ по бѣлой линіи) оказалось, что содержимое грыжи составляли кишечныя петли и сальникъ. Часть послѣднаго ампутирована. Грыжевое кольцо разрѣчено и содержимое мѣшка вправлено.

Грыжевой мѣшокъ резецированъ и грыжевое отверстіе съ кожной раной зашиты глубокими и поверхностными швами. Получился успѣхъ.

Н. Какуткинъ.

31. Д. А. Карра. Случай haematocolpos et haematometra unilateralis. (Проток. засѣд. Акуш.-Гин. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 149).

Крестьянка 20 лѣтъ. Крови съ 15 лѣтъ, черезъ неправильные промежутки, въ послѣднее время болѣзненныя. Въ животѣ больной ощущается опухоль, быстро растущая. Она по формѣ напоминаетъ однорогую матку. Продолженіемъ ея во влагалищѣ находится опухоль по правой стѣнкѣ, простирающаяся до самаго входа во влагалище. Опухоль опорожнена троакаромъ со стороны влагалища и оказалась содержащею кровь. Отверстіе расширено ножомъ, полость затампонирована. Въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло, слѣдовательно, съ двойной маткой и съ двойнымъ влагалищемъ. Авторъ, кромѣ этого случая, упоминаетъ кратко о двухъ другихъ, подобныхъ описанному, наблюдавшихся въ той же (Кіевской) клиникѣ.

Н. Какуткинъ.

32. Н. Гржибовскій. Разрывъ матки во время родовъ; чрево-сѣченіе; выздоровленіе. (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 135).

На 59681 родовъ, собранныхъ авторомъ въ русской литературѣ, разрывы наблюдались 65 разъ (1 на 1053 родовъ); на 2104061 родовъ, собранныхъ въ иностранной литературѣ, разрывы наблюдались 1034 раза (1:1940). Случай автора касается 25-лѣтней роженицы, беременной въ седьмой разъ. Предыдущіе роды были въ общемъ трудны. Настоящіе роды съ сильными схватками. Послѣ отхожденія большого количества водъ, при зѣвѣ, открытомъ на 3 пальца, прекратились схватки и появилось небольшое кровотеченіе. Опредѣленъ полный разрывъ матки и начинающійся перитонитъ, при общемъ упадкѣ силъ больной. Размѣры таза правильны. Чревосѣченіе обнаружило типическій разрывъ по передней поверхности нижняго сегмента матки, съ полнымъ выходомъ плода и послѣда въ брюшную полость. Матка ампутирована. Каналъ шейки дренажированъ стеклянной трубкой, выполненной іодоформной марлею. Брюшная полость вымыта борнымъ растворомъ. Больная выздоровѣла. Авторъ собралъ 23 надвлагалищныхъ ампутацій при разрывахъ матки съ 13 выздоровленіями.

Н. Какуткинъ.

33. В. Г. Клячкина. Случай неукротимой рвоты у беременной при ущемлении в тазу дермоидной кисты яичника. (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, стр. 169).

Больная 26 лѣтъ. На первомъ мѣсяцѣ беременности началась рвота. Слѣва матки опредѣлялась прочно сидѣвшая въ маломъ тазу опухоль съ среднее яблоко, дававшее поводъ предполагать здѣсь виѣматочную беременность. Въ теченіе почти 2 мѣсяцевъ рвота не уступала лѣченію. Чревосѣченіемъ опухоль, оказавшаяся кожевикомъ на ножкѣ, легко удалена. Послѣ операціи рвота прекратилась и больная выздоровѣла. На основаніи своего случая и литературныхъ данныхъ, авторъ заключаетъ, что причиной неукротимой рвоты могутъ служить опухоли придатковъ матки, особенно, если онѣ являются причиной смѣщенія матки и сами ущемляются въ тазу. Чревосѣченіе въ такихъ случаяхъ безусловно показано.

Н. Какушкинъ.

34. В. С. Груздевъ. Къ вопросу объ одиночной перевязкѣ пуповины. (Врачъ, 1895 г., № 7, 8 и 9).

Изъ обширнаго литературнаго очерка, приведеннаго авторомъ, видно, что въ настоящее время относительно достоинствъ того или другого способа веденія послѣдого періода существуютъ среди акушеровъ разнообразныя взгляды. Въ общемъ способы веденія послѣдого періода сводятся къ выжидательнымъ приѣмамъ (*Ahlfeld*) и къ активному вмѣшательству (*Credé*). Авторъ, отмѣчая недостатки того и другого методовъ, задается вопросомъ, не въ состояніи-ли будетъ одиночная перевязка пуповины (плодоваго конца), сгладить дурныя стороны способа *Credé* и способа *Ahlfeld*'а, сохранивъ ихъ достоинства. Онъ провелъ 80 послѣдовыхъ періодовъ, по *Credé*, съ одиночной перевязкой пуповины, при чемъ получилъ слѣдующіе результаты. Въ среднемъ продолжительность послѣдоваго періода равнялась 1½ минутамъ. Среднее количество кровопотери равнялось 176 грм. Отрывъ оболочекъ наблюдался однажды. Мѣстныхъ послѣродовыхъ заболѣваній не было. Послѣдъ былъ обезкровленъ, представлялся плотнымъ, сморщеннымъ. Безусловно выжидательный методъ съ одиночной перевязкой пуповины, авторъ наблюдалъ въ 30 случаяхъ. Послѣдовой періодъ здѣсь равнялся въ среднемъ 31 минутѣ. Отрывовъ оболочекъ не было. Въ среднемъ роженица теряла крови 622 грм. Послѣдъ былъ обезкровленнымъ, представлялся вялымъ, пустымъ. Въ 20 случаяхъ авторъ наливалъ послѣдъ черезъ пупочную вену, или холодной или теплой водой. Послѣдовый періодъ въ этихъ случаяхъ въ среднемъ = 58 мину-

тамъ. Онъ былъ короче при наливаніи холодной воды и длиннѣе при наливаніи теплой. При большей массѣ наливаемой воды послѣдъ выдѣлялся скорѣе, вслѣдствіе, какъ показали опыты автора, просачиванія жидкости въ пространства между послѣдомъ и стѣнкой матки.

Н. Какущкинъ.

35. М. О. Клейнманъ. Случай влагалищной перегородки, послужившей препятствіемъ во время родовъ. (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 67).

Primipara 19 лѣтъ. Предлежатъ ножки (въ выходѣ). При извлеченіи за ножку оказалось, что мясистая перекладина, идущая отъ передней влагалищной стѣнкѣ къ задней, попала въ ягодично-бедренную складку плода и мѣшала извлеченію туловища. Ее удалось смѣстить въ сторону, но потомъ она попала въ подкрыльцовую впадину. Авторъ ее перерѣзалъ между двумя лигатурами и извлекъ плодъ. Перекладина была толщиной въ гусиное перо.

Н. Какущкинъ.

36. Г. Л. Грауерманъ. По поводу случая *rupturae uteri completae sub partu* съ исходомъ въ выздоровленіе. (Врачебныя Записки, 1895 г. № 4).

Авторъ былъ позванъ къ роженицѣ, 26 лѣтъ, раньше 4 раза разрѣшавшейся благополучно. Теперь роды ея продолжались безуспѣшно уже 3 дня. Она была найдена авторомъ въ состояніи крайняго упадка силъ, очень малокровной. Наружнымъ изслѣдованіемъ опредѣлено присутствіе въ животѣ двухъ опухолей, не равной величины. Неточный анамнезъ и отсутствіе сердцебиенія плода заставили автора сомнѣваться въ наличности беременности. При внутреннемъ изслѣдованіи найдены на мѣстѣ зѣва и шейки какіе-то лоскуты ткани. Изслѣдующая рука свободно проникала въ брюшную полость и ощущала ручку плода и кишечныя петли. Произведенъ поворотъ на ножку и извлеченіе плода. Вслѣдъ за плодомъ выпали кишечныя петли и какая-то опухоль на длинной тонкой ножкѣ, похожая на почку. Авторъ полагаетъ, что это было какое-то новообразование (?). Кишечныя петли и опухоль вправлены, при чемъ удаленъ свободно лежавшій въ нижнемъ отдѣлѣ матки послѣдъ. Авторъ рѣшаетъ, что здѣсь былъ полный разрывъ матки въ нижнемъ сегментѣ, въ шейкѣ и даже въ верхнемъ отдѣлѣ рукава, вызванный запущеннымъ поперечнымъ положеніемъ плода. Большая выздоровѣла, хотя поправлялась очень долго. Сдѣлавъ обзоръ соотвѣтствующей литературы, авторъ справедливо замѣ-

часть, что вопросъ о предпочтительности хирургическаго или сохраняющаго способа лѣченія при разрывахъ матки остается нерѣшеннымъ.

Н. Какушкинъ.

37. Ю. Аншелесъ. **Къ казуистикѣ уродствъ женской половой сѣры у взрослыхъ.** (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 125).

Описано два случая: 1) *Atresia ani vestibularis* у 19-лѣтней еврейки, подвергавшейся безуспѣшно операціи на 3-мъ мѣсяцѣ жизни. Входъ въ прямую кишку, прикрытый клапаномъ, находится въ нижнемъ отдѣлѣ влагалища, почти во входѣ его. 2) *Defectus genitalium internorum* у 26-лѣтней еврейки. Наружные половые органы нормальны. Влагалище представляетъ слѣпой мѣшокъ въ 2½ снтм. длиной, способный растягиваться до 6—7 снтм. Внутреннихъ половыхъ органовъ объективно опредѣлить не удалось. *Molimina menstrualia* у больной отсутствуютъ.

Н. Какушкинъ.

38. Д. Абуладзе. **Къ вопросу о вліяніи заболѣванія холерою на теченіе беременности.** (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 111).

Изъ наблюдавшихся авторомъ пяти случаевъ, въ четырехъ беременность прервалась, при чемъ погибла и одна мать, въ одномъ случаѣ беременная умерла не разрѣшившись; плоды во всѣхъ случаяхъ погибли. Не смотря на то, что во всѣхъ случаяхъ были наблюдаемы сильныя судороги икроножныхъ мышцъ, матка оставалась вялой. Только съ прекращеніемъ холернаго приступа, когда больныя находились на пути къ выздоровленію, начиналась изгоняющая дѣятельность матки. Во всѣхъ случаяхъ движенія плода прекращались одновременно съ наивысшимъ развитіемъ холернаго приступа. Авторъ думаетъ, что причиной смерти плода является пониженіе кровяного давленія (вслѣдствіе потери соковъ организма), сгущеніе крови, обѣднѣніе ея кислородомъ.

Н. Какушкинъ.

39. А. Н. Афанасьевъ. **Къ вопросу о микроорганизмахъ послѣродовыхъ отдѣленій.** (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 79).

Авторъ изслѣдовалъ выдѣленія 29 родильницъ, изъ которыхъ у 20 послѣродовой періодъ протекалъ правильно и у 9 съ осложненіями. Выдѣленія изслѣдовались въ различные дни послѣродоваго періода. Для собиранія лохій изъ различныхъ отдѣловъ

полового канала авторъ придумалъ свой приборъ. Лохіи изслѣдывались подъ микроскопомъ, прививались животнымъ и засѣвались на питательныя среды. Микроскопическія изслѣдованія показали, что послѣродовыя отдѣленія въ огромномъ большинствѣ случаевъ содержатъ микробовъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ и разнообразіи формъ. Чѣмъ ближе къ выходу полового канала, тѣмъ микробовъ больше. Только въ 2 случаяхъ микробовъ въ маткѣ не было. Во влагалищѣ микробы были всегда. Относительно содержанія микробовъ въ различные дни послѣродоваго періода опредѣленныхъ результатовъ не получено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ количество ихъ постепенно уменьшалось. У здоровыхъ родильницъ было сравнительно небольшое количество микробовъ (въ сравненіи съ больными родильницами). Патогенные микробы были находимы только у больныхъ родильницъ. Разнообразіе формы микробовъ было очень велико. Прививки патогенныхъ микробовъ животнымъ давали различные болѣзненные процессы. Авторъ заключаетъ изъ этого, что послѣродовая горячка не обуславливается какимъ-либо специфическимъ пuerперальнымъ микробомъ.

Н. Какушкинъ.

40. А. И. Красковскій и Г. Ф. Писемскій. Случай разрыва матки во время родовъ у женщины съ кифотическимъ тазомъ. (Проток. засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, стр. 177).

Второродящая, 27 лѣтъ. Роды срочные. Схватки болѣзненные, почти безпрерывныя. При ослабленіи болей и показавшейся крови изъ полости матки, констатированъ разрывъ матки съ выходомъ плода въ брюшную полость. Чревосѣченіе. Разрывъ оказался находящимся на задней поверхности матки съ сильно ушибленными краями. Матка ампутирована. Каналь шейки дренированъ во влагалище полосками іодоформной марли. На 17 день послѣ операціи обнаружено, что въ каналѣ шейки припаялась спустившаяся кишечная петля. Подъ наркозомъ она освобождена и вправлена, а слегка кровоточація поверхности канала шейки соединены швами. На 18 день послѣ операціи (чревосѣченіе) больная умерла. Авторы (по вскрытіи) приходятъ къ заключенію, что больная умерла отъ отравленія хлороформомъ (сердце было жирно перерождено). Скелетъ больной былъ тщательно обслѣдованъ и тазъ весьма подробно измѣренъ (онъ оказался кифотическимъ). Въ области разрыва матка поражена хроническимъ воспалительнымъ процессомъ. Въ своихъ выводахъ авторы, между прочимъ, говорятъ, что „при ампутаціяхъ тѣла матки полная

изоляция канала шейки отъ брюшной полости не представляется безусловно необходимой“.

Н. Какушкинъ.

41. **Г. Г. Левицкій. Кифотическій женскій тазъ.** (Протокъ застѣд. Ак.-Гинека. Общ. въ Кіевѣ, томъ 7, 1894 г., стр. 71).

Еврейка, 22 лѣтъ. Рожала однажды (щипцы). Послѣ родовъ образовался пузырьно-влагалищный свищъ. Ростъ тѣла 141 смтм. Конечности не представляютъ слѣдовъ рахитическаго процесса. Лордозъ верхнегрудной части позвоночника и правосторонній сколиозъ нижнегрудной части. *Kyphosis lumbosacralis*. Длина позвоночника 56 смтм.; высота горба 7 смтм.; ширина крестца 7,5 смтм.; высота лоннаго соединенія 5,5 смтм. Размѣры таза: d. spin. 25,5; d. crist. 27; d. troch. 29; прямой выхода 10; *поперечникъ выхода* 5,75; косой диаметръ справа и слѣва 19,5. Авторъ обращаетъ вниманіе на описываемый случай, какъ на случай чистаго кифоза.

Н. Какушкинъ.

42. **А. Бондыревъ. Очеркъ холерной эпидеміи 1893 г. на фабрикѣ т-ва Мануфактуръ В. Морозова въ Покровскомъ уѣздѣ, Владимірской губ.** („Медицинская Бесѣда“, 1894 г., № 21, 22, 23 и 24).

Авторъ имѣлъ возможность наблюдать больныхъ отчасти въ фабричной больницѣ, отчасти на вольныхъ квартирахъ. Между прочимъ, отмѣчая условія, вліяющія такъ или иначе на индивидуальное предрасположеніе къ холерѣ, онъ замѣтилъ, что *женскій полъ* вообще, въ ряду предрасполагающихъ моментовъ, *занимаетъ здѣсь довольно видное мѣсто*. Изъ 301 заболѣвшихъ холерою мужчинъ было 130 (2,39%), а женщинъ 161 (3,93%) и дѣтей 10, т. е. женщинъ на 31 больше, не смотря на то, что ихъ въ общемъ счетѣ живетъ на фабрикѣ на тысячу слишкомъ меньше, нежели мужчинъ (къ началу эпидеміи 5436 муж. и 4099 женщ.), и что въ обыкновенное время заболѣваемость среди мужчинъ всегда выше женской заболѣваемости. Съ другой стороны оказывается, что женщины труднѣе переносятъ холеру, давши большій процентъ смертности сравнительно съ мужчинами, а именно: женщинъ умерло 89 (54%), мужчинъ же 53 (40,8%). Авторъ полагаетъ, что помимо чисто физиологическихъ особенностей, дѣлающихъ женщину существомъ отъ природы болѣе слабымъ особенно физически, на воспримчивость женщинъ къ заболѣванію могли до нѣкоторой степени вліять исключительная обстановка трудовой фабричной жизни, потому что доля фабричной женщины по истинѣ не

легкая: съ окончаніемъ работы на фабрикѣ для нея не настаётъ еще часъ отдыха, передъ ней цѣлый рядъ хлопотъ по хозяйству и заботъ о мужѣ и дѣтяхъ; и все это вмѣстѣ взятое изо дня въ день утомляетъ женщину, подрываетъ ея питаніе и уноситъ преждевременно ея силы и здоровье, такъ что фабричная женщина въ 30—40 л. выгладить уже совершенно старухой. Другимъ предрасполагающимъ моментомъ авторъ считаетъ беременность, которая по прежнимъ возрѣніямъ будто застраховывала отъ холеры; напротивъ оказывается, что *беременные заболѣваютъ сравнительно чаще*, почему и ‰ заболѣваемости среди беременныхъ больше нежели вообще между женщинъ. Изъ 161 женщинъ, заболѣвшихъ холерою, беременныхъ было 24,—именно, на 2-мъ мѣсяцѣ—1, на 3-мъ—4, на 4-мъ—3, на 5-мъ—1, на 6-мъ—3, на 7-мъ—8, на 8-мъ—1, на 9-мъ—3. Если принять въ расчетъ, что ежемѣсячно рождается на фабрикѣ 50 чел. и что каждый мѣсяцъ находится на лицо приблизительно такое же число беременныхъ, то получится, что изъ 200 беременныхъ за 2 мѣсяца заболѣло холерой 24, т. е. 12,0‰, тогда какъ общая заболѣваемость среди женщинъ равняется только 3,93‰. Смертность отъ холеры беременныхъ тоже очень велика: разъ заболѣвала беременная, то шансовъ на ея выздоровленіе было слишкомъ мало; изъ 24 беременныхъ умерло 19, т. е. 79,16‰ *).

В. Бурлаковъ.

*) Тоже самое и намъ пришлось наблюдать во время эпидеміи гриппа, при крупозной пневмоніи и тифѣ брюшномъ (см. „Медиц. Бес.“, 1893 г. № 13—14), а также приходилось сдѣлать предположеніе и о холерѣ, ведя роди въ холерную эпидемію 1894 г. въ С.-Петербурѣ. В. Б.

б) Англійской.

43. D-r J. C. Edgar. Prolonged, non obstructed Labor in the first stage; its Management.—(New-York medic. Journal, 12/γ 94, p. 582—585).—Проведеніе затыанувшагося перваго періода родовъ безъ механическихъ препятствій.

Затыанувшійся первый періодъ родовъ (открытія матки)—очень неприятное осложненіе ихъ, сопровождаемое часто тяжелыми послѣдствіями; терапия названнаго уклоненія въ ходъ родовъ—одна изъ серьезнѣйшихъ задачъ акушера.

При отсутствіи механическихъ препятствій къ родамъ, причина замедленія 1-го періода не въ шейкѣ, а въ изгоняющихъ силахъ.

Гдѣ граница между нормальнымъ и затыанувшимся первымъ періодомъ родовъ? *Edgar* опредѣляетъ это такъ: когда нѣтъ механическихъ препятствій, а роды въ теченіи нѣкотораго времени не подвигаются впередъ или наступаетъ истощеніе плода или матери, то роды—затыанувшіеся. На истощеніе указываетъ измѣненіе сердцебіенія плода или матери; а со стороны послѣдней кромѣ того, измѣненіе правильности схватокъ, раздражительность или нервное возбужденіе. Спазмодическія сокращенія матки обусловливаютъ не растяженіе шейки.

Наша задача—опредѣлить причины этихъ явленій и устранить ихъ.

Изъ совѣтовъ *Edgar*'а, опуская общеизвѣстное, приведу болѣе существенное. *E.* предлагаетъ назначать раньше средства, приимѣяемыя: 1) *внѣ полового тракта*, а при недостаточности ихъ и 2) *примѣняемыя въ самомъ половомъ каналѣ*. Изъ первыхъ *E.* совѣтуетъ не упускать изъ виду болѣе *простѣйшія*; опорожненіе прямой кишки и пузыря; лежащей роженицѣ—*походить немного*; давленіе головки на нижній отрѣзокъ матки усиливаетъ схватки. При слабости болей: ванны теплыя или *попеременное прикладываніе къ животу горячей и холодной воды*. При болѣзненности *E.* предпочитаетъ хлораль всѣмъ другимъ (гельземину, антипирину, кокаину); но *объ opin* замѣчаетъ, что, по возобновленіи успокоенныхъ имъ болей, схватки становятся сильнѣе прежняго и полезнѣе. *Эфиру E.* отдаетъ предпочтеніе передъ хлороформомъ: порицая полный наркозъ послѣднимъ, который по *Edgar*'у совершенно останавливаетъ схватки, *E.* говоритъ, что

эфиръ (предлагается маска *Allis'a*) также хорошо успокаиваетъ судорожныя боли, какъ и хлороформъ, но *не производитъ атоніи матки*, какъ хлороформъ. *E.* предупреждаетъ противъ растиранія дна матки или выжиманій плода при мало-раскрытой шейкѣ; точно также нельзя допускать натуживаній роженицы при названномъ состояніи шейки.

При предлежаніи головки и слабости сокращеній *Edgar* хвалитъ *электричество*; положительный электродъ онъ ставитъ на поясницу, отрицательный—на животъ, избѣгая мѣстонахожденія головки; менѣе полезно—прикладываніе электродовъ къ боковымъ частямъ матки.

При ягодичныхъ положеніяхъ электроды ставятся къ поясницѣ и на шейную часть роженицы.

Введеніе электродовъ въ матку или влагалище *E.* не совѣтуетъ, какъ ради избѣжанія переноса заразы, такъ и потому, что этимъ можно вызвать тетаническія сокращенія мышцъ матки и даже дыхательныя движенія ребенка. Но болѣе всѣхъ другихъ средствъ *Edgar* при слабости потугъ у роженицъ любитъ *стрихнинъ*. Зная вялое теченіе прежнихъ родовъ женщины или бывшія у нея кровотеченія, *E.* назначаетъ беременной, за 4 до 8 недѣль до родовъ или даже съ половины беременности, по $\frac{1}{60}$ грана сѣрно-кислаго стрихнина, 3 раза въ день. У первороженицъ съ вялымъ теченіемъ родовъ *Edgar* впрыскиваетъ подъ кожу $\frac{1}{60}$ грана стрихнина черезъ $\frac{1}{4}$ часа, доходя до $\frac{1}{20}$ грана.

Посль родовъ Edgar тоже предлагаетъ давать *стрихнинъ вмѣсто эрготина*, по $\frac{1}{60}$. (Въ Америкѣ и Австраліи стрихнинъ вообще часто примѣняется). *Edgar* считаетъ *стрихнинъ профилактической мѣрой противъ медленныхъ родовъ*.

2) Изъ средствъ, примѣняемыхъ въ самомъ половомъ каналѣ, если другія мѣры не помогли, *E.* совѣтуетъ *продолжительныя горячія души*, особенны тамъ, гдѣ шейка уже частью раскрыта и гдѣ нижній отрѣзокъ матки ущемленъ между головкою и костями таза и гдѣ существуетъ уже воспалительное или отечное состояніе шейки.

Когда внутреннее изслѣдованіе, даже при нѣкоторомъ открытіи шейки, вызываетъ маточныя сокращенія спазмодическаго, неправильнаго характера, въ родѣ судорожныхъ болей, и *когда пузырь при схваткахъ мало выпячивается впередъ*, то *Edgar* совѣтуетъ *поислѣдовать, нтъ ли сращенія оболочекъ съ нижнимъ отрѣзкомъ матки*. Если есть, то слѣдуетъ отсепаровать ихъ, по крайней мѣрѣ, дюйма на 2 отъ краевъ зѣва, пальцемъ лучше, чѣмъ инстру-

ментами; у 1-ой роженицы это производится одним пальцемъ при надавленіи матки другою рукою сверху, а у многороженицъ— вводится $\frac{1}{2}$ ручной кисти во влагалище.

Разрывъ пузыря *Edgar* совѣтуетъ только при огромномъ количествѣ околоплодныхъ водъ (*hydramnion*).

При отсутствіи механическихъ препятствій, раздраженіе внутренней поверхности матки составляетъ вѣрное средство къ усиленію потугъ.

Введеніе въ матку *бужей* или пузыря *Tarnier Edgar* называется *медленнымъ* средствомъ; онъ предпочитаетъ этому выпрыскиваніе *ко дну матки 4 унцій глицерину*, если оболочки не разорваны и если можно провести катетеръ дюймовъ на 6 въ матку.

Пузырь *Barnes'a Edgar* считаетъ хорошимъ средствомъ какъ для раздраженія матки, такъ и для расширенія шейки; но для этой цѣли *E.* предпочитаетъ пузырь-расширитель *Charpentier*, состоящій изъ нерастяжимой, непромокающей шелковой матеріи, конической формы, емкостью въ 17 унцъ, шириною у дна пузыря въ $3\frac{1}{2}$ дюйма. Его преимущества передъ пузырями *Barnesa*: 1) вмѣсто введенія нѣсколькихъ достаточно введеніе одного пузыря; 2) вслѣдствіе растяжимости пузыря *Barnesa* мы не знаемъ, наполненъ ли онъ или нѣтъ, при томъ онъ измѣняетъ свою форму, соотвѣтственно шейкѣ матки и полное растяженіе имъ послѣдней невозможно; а пузыремъ *Charpentier'a* полное растяженіе достигается легко; 3) оба пузыря одинаково смѣщаютъ подлежащую часть; но пузырь *Charpentier*, тампонируя шейку, не допускаетъ истеченія околоплодныхъ водъ и достигаемое имъ растяженіе шейки допускаетъ введеніе руки для поворота и извлеченія ребенка. *Edgar* кромѣ своихъ наблюденій приводитъ такія же Лондонскихъ знаменитостей: *Ernst'a Hermann'a* и *Herbert'a Spencer'a*, а также *Pinard'a*. Изъ 40 случаевъ примѣненія послѣднимъ пузыря *Charpentier'a* расширеніе достигнуто въ 23-хъ—въ 6 до 10 часовъ, въ 7 въ 12 до 24 часовъ, а въ 10 случаяхъ въ 24—48 часовъ. Смѣщеніе головки не составляетъ неудобства или вреда; это облегчаетъ введеніе руки для поворота, которымъ можно кончить роды, когда нужно ускорить ихъ окончаніе. Отодвиганіе передней губы за головку авторъ не считаетъ, подобно *Credé-Leopold'u*, „преступнымъ“, а полезнымъ при условіи, чтобы руки были асептичны. Въ крайнихъ случаяхъ *E.* допускаетъ глубокіе надрѣзы шейки, по *Dührssen'u*, приводя его статистику (35 случаевъ съ выздоровленіемъ всѣхъ матерей и съ потерей 2-хъ дѣтей).

М. Гинзбургъ.

44. **Dr. W. S. James. Prolonged gestation.** (New-York medical Journal, Sept. 15, 94, p. 343). **Продолжительная беременность.**

Д-ръ *James* наблюдалъ въ Cleveland'ѣ, въ Америкѣ, беременность, продолжавшуюся болѣе 10 мѣсяцевъ у 27-лѣтней женщины, при 5-й ея беременности. Послѣднія регулы были у ней 22-го апрѣля 1893 года, а 3-го февраля 1894 г. наступили родовыя схватки, признанныя ея акушеркою ложными болями; послѣднія дѣйствительно вскорѣ прекратились. Д-ръ *James*, приглашенный къ ней 24/II 1894 г., нашель шейку сглаженной при полномъ отсутствіи болей. Желая вызвать схватки, *J.* раздражалъ пальцами маточный зѣвъ, назначилъ хининъ; когда это оказалось безъ эффекта, *J.* далъ ей чайную ложку жидкаго экстракта спорыньи (около 12 gr. эрготина). Появились легкія сокращенія матки и околоплодный пузырь лопнулъ. Въ теченіи слѣдующаго дня *J.* производилъ черезъ каждыя 15 минутъ ротяженіе нижняго отрѣзка матки, схватокъ не было. Тогда *J.* наложилъ щипцы на высокостоящую головку и извлекъ безъ затрудненія дѣвочку, вѣсившую 10 фунтовъ. Мать и ребенокъ здоровы. *М. Гинзбургъ.*

45. **Dr. Tucker. Caesarean section. Obstruction overcam by Washing out Stomach.** (British med. Journ., 1894, 28/IV, p. 67) **Кесарское сѣченіе. Непроходимость кишекъ, излѣченная промываніемъ желудка.**

У беременной на сносяхъ карлицы, росту 4 футовъ 10 дюймовъ, съ conjug. extern. 5 дюймовъ, между сѣдалищными буграми 2 дюйма, роды окончены кесарскимъ сѣченіемъ. Ребенокъ 8 фунтовъ вѣсу, извлеченъ мномоумершимъ и не былъ оживлень. Черезъ 2 часа послѣ операціи у матери появилось вздутіе живота, страшныя боли, учащенный пульсъ и другіе припадки, указывавшіе на происшедшую непроходимость кишекъ. Д-ръ *Tucker* попробовалъ промываніе желудка, чѣмъ удалось устранить всѣ грозныя припадки.

М. Гинзбургъ.

46. **Dr. Bodilly. Puerperal Erythema simulating scarlat Fever.** (British med. Journ., 1894, 17/III). **Послѣродовая эритематозная сыпь, казавшаяся скарлатиной.**

У женщины, разрѣшившейся отъ 2-й беременности, на 4 день послѣ нормальныхъ родовъ, появился жаръ и красная сыпь на ногахъ и животѣ, похожая на скарлатинную. На слѣдующее утро сыпь распространилась по всему тѣлу. Но прекрасное самочувствіе больной, пониженіе температуры до нормы, правильность послѣ-

родовыхъ отдѣленій, указывали, что это не была скарлатина. Сыпь быстро поблѣднѣла, родильница, вставшая съ постели на 10-й день, осталась здоровою. Анамнезомъ выяснилось, что подобное высыпаніе появлялось у этой дамы нѣсколько разъ до ея замужества; но при первыхъ ея родахъ ничего подобнаго не было.

Примѣчаніе. Референтъ описалъ въ прошломъ году (Еженедѣльникъ, № 46, 1894 г., стр. 805—807), два случая заболѣваній родильницъ, симулировавшія грозныя пуэрперально-инфекціонныя болѣзни; въ томъ числѣ одинъ, казавшійся рожистымъ процессомъ, распространился по всему тѣлу съ очень бурнымъ, свойственнымъ рожѣ теченіемъ, обусловленъ былъ, какъ выяснилось послѣ, идіосинкразіей родильницы къ ртутнымъ препаратамъ (душамъ изъ растворовъ сулемы и ртутной мази, назначенной однимъ изъ консультантовъ противъ зуда). Erythema medicamentosa, вѣроятно, нерѣдко принимается за разныя другія болѣзни.

М. Гинзбургъ.

47. Legry and Dubrisay. Streptococcie infection of the foetus through the moutt during labour (Teratologie, 1884, vol. II, № 1, p. 50). **Зараженіе плода стрептококками во время родовъ, проникшими черезъ ротъ ребенка.**

Авторы изслѣдовали трупы новорожденныхъ, умершихъ въ 1-я сутки ихъ внѣ-утробной жизни отъ бронхо-пневмоніи и отъ плевро-пневмоніи. Въ обоихъ случаяхъ найдены стрептококки, которыми дѣти заразились во время нахождения въ чревѣ матерей, доказательствомъ чему служитъ то, что околоплодные пузыри у обѣихъ женщинъ разорвались очень рано; въ первомъ случаѣ стрептококки оказались въ околоплодной жидкости матери и въ дыхательныхъ путяхъ ребенка, въ которыхъ найдено немного той же жидкости; во 2-мъ случаѣ стрептококки оказались и въ отдѣленіи влагалища родильницы.

М. Гинзбургъ.

48. Morau. Experimental researches on the transmissibility of certain neoplasms. (Teratologie 1894, vol. II, № 1, p. 53). **Экспериментальныя изслѣдованія о наслѣдственности нѣкоторыхъ новообразованій.**

М. произвелъ интересный рядъ опытовъ о наслѣдственности цилиндрической эпителиомы. Онъ прививалъ частицы новообразованія бѣлымъ мышамъ и черезъ нѣкоторое время появившимся на свѣтъ дѣтенышамъ привитыхъ мышей. Послѣднимъ прививка удавалась гораздо легче, что доказываетъ ихъ унаслѣдованную

ими отъ матерей большую воспримчивость къ этимъ новообразованіямъ, фактъ очень большой важности, какъ замѣчаетъ редакторъ *Teratologie*—Ballantine. *М. Гинзбургъ.*

49. **D-r Eccles. Monocular foetus.** (*British. med. Journ.*, 1894, 14/vi, p. 802). **Одноглазый зародышъ.**

Д-ръ *E.* демонстрировалъ на засѣданіи *Hunterian* овскаго общества урода, представлявшаго такія измѣненія формы головы, что предлежаніе ребенка во время родовъ не было узнано. Плодъ оказался одноглазымъ. Мозгъ его представлялъ сходство съ мозгомъ пресмыкающихся: мозжечекъ не былъ перекрытъ полушаріями большого мозга. *М. Гинзбургъ.*

50. **Gersuni's operation for incontinence of urine in women.** (*New-York med. Journ.*, 2/vi 94, p. 704). **Операція Герсуни для излѣченія недержанія мочи у женщинъ.**

Операція эта, какъ извѣстно, состоитъ въ отсепаровкѣ передней части уретры отъ окружающихъ частей, большею или меньшею перекручиваніи уретры около ея продольной оси и укрѣпленіи ея швами на прежнемъ мѣстѣ, чѣмъ изъ эластической ткани уретры создается механическое препятствіе къ неправильному истеченію мочи, замѣняющее сжимательный аппаратъ мочеваго пузыря. Кромѣ самаго *Gersuni*, бывшаго асистента покойнаго проф. *Билърота*, нынѣ прив.-доц. Вѣнскаго университета, названную операцію производили и подтвердили ея благодѣтельные результаты д-ръ *Way* въ Австраліи и д-ръ *Hofmolk*, произведшій перекручиваніе уретры подъ угломъ въ 180°. Въ первомъ случаѣ успѣхъ операціи былъ стойкій, во 2-мъ—возврата болѣзни не было ко времени сообщенія о ней д-ромъ *Hofmolk*'омъ (черезъ мѣсяць). Проф. *Fritsh* тоже произвелъ однажды эту операцію, но черезъ 6 недѣль появился рецидивъ болѣзни. *М. Гинзбургъ.*

51. **Dr. Gordon Cribb. 25 Cases of abdominal Section.** (*The Australasian medical Gazette*, 1894, VII, p. 230 и слѣд.). **25 лапоратомій.**

Д-ръ *Cribb*—хирургъ больницы въ *New-Castle*, въ Австраліи, произвелъ въ теченіи года 25 лапоратомій, изъ которыхъ онъ описываетъ только три, представляющіяся интересными по техникѣ (1-я и 3-я), а 2-я, сдѣланная ради діагноза, вмѣстѣ съ тѣмъ спасла жизнь больной; при томъ, въ первыхъ двухъ слу-

чаяхъ, авторомъ произведены повторныя лапоратоміи на тѣхъ же больныхъ.

I. У 41 л. женщины, 3 года назадъ, удалена опухоль праваго яичника; послѣ операціи произошла грыжа брюшной стѣнки. Вторая операція ради излѣченія грыжи, не удалась: черезъ шесть мѣсяцевъ грыжа возобновилась, причиняя больной значительныя страданія. St. pr.: общее здоровье — хорошее; на животѣ замѣчаются *два* грыжевыя отверстія: одно правѣе средней линіи, трехъ дюймовъ длины, на $\frac{1}{2}$ дюйма выше пупка, содержимое грыжи вправимо; вторая грыжа—ниже и лѣвѣе пупка, содержимое не вправимо вслѣдствіе сращеній.

Ср. произвелъ слѣдующую операцію: эллиптической разрѣзъ, обхватывающій обѣ грыжи; вскрытіе ихъ мѣшковъ и вправление содержимаго; часть лоскута брюшныхъ покрововъ отрѣзана; прилежающія поверхности m. m. recti abdom. освѣжены и мышцы разрѣзаны въ длину, такъ, чтобы можно было вложить одну мышцу въ другую и черезъ мускулы и брюшину проведены до 12 шелковыхъ швовъ, соединившія обѣ мышцы въ длину на 11 дюймовъ. Остальная часть раны зашита обычнымъ образомъ. Такъ какъ значительная часть покрововъ была удалена, то первые дни въ швахъ замѣчалась нѣкоторая напряженность, въ остальномъ выздоровленіе прошло гладко. Черезъ 3 мѣсяца на мѣстѣ одного изъ поверхностныхъ швовъ образовался нарывъ; при вскрытіи, изъ полости его удалены двѣ не инкапсулировавшіяся петли глубокихъ швовъ. Нынѣ, по истеченіи 11 мѣсяцевъ, оперированная совершенно здорова; возврата грыжи не замѣтно.

Этотъ способъ зашиванія *грыжи*—совершенно новъ и лучше, чѣмъ обычные прежніе способы.

II. Больная съ асцитомъ, вслѣдствіе предположеннаго туберкулеза брюшины, лапоратомія; кромѣ просовидной бугорчатки брюшины оказалось припуханіе брыжжеечныхъ железъ; животъ промытъ теплой борной водой, выздоровленіе гладкое. Черезъ $1\frac{1}{2}$ года у больной появилась мучительная колика въ животѣ; 4 дня не слабило, рвоты. St. pr.: пациентка лежитъ скорчившись, стонетъ, выраженіе лица страдальческое, частые приступы болей и желчной рвоты; животъ умеренно вздутъ и тимпаниченъ, болящее мѣсто непрощупывается, пульсъ 120, слабый, дыханіе поверхностное, 28 въ минуту, температура около 38° С. Когда состояніе больной ухудшилось и въ рвотѣ появился запахъ кала, д-ръ *Cribb* произвелъ лапоратомію. Туберкулезныхъ отложеній на брюшинѣ и увеличенныхъ железъ нѣтъ; тонкія кишки

оказались очень растянутыми, раздвинувъ ихъ и перекрывъ салфетками, смоченными въ горячей борной водѣ, *Cr.* нашель, что одна петля тонкихъ кишекъ опустилась книзу и ущемлена тонкой фиброзной оболочкой, трехъ дюймовъ длины, толщиною съ гусинное перо; ложная оболочка начиналась отъ брыжжейки и укрѣплялась на тонкихъ кишкахъ, образуя кольцо въ которое и ущемилась одна петля тонкой же кишки. Наложивъ лигатуры, *Cr.* перерѣзалъ оболочку: ущемленная петля оказалась потемнѣвшею, но не омертвѣвшей. Вставивъ дренажную стеклянную трубку черезъ Дугласово пространство, *Cr.* зашилъ брюшную рану, а на второй день извлекъ дренажъ. Выздоровленіе гладкое. Газы начали выдѣляться на второй день, а на пятый послѣ приѣма слабительнаго—большую прослабило; на 14 день она вышла изъ больницы совершенно здоровой.

Относительно показанія къ лапоратоміи по причинѣ туберкулеза брюшины, Cr. говоритъ, что операція получила теперь право гражданства въ наукѣ: одна больная, *Spencer-Wells'a*, живетъ послѣ операціи 25 лѣтъ уже; *L. Tait* спасъ 50% оперированныхъ имъ, а *König* собралъ 150 случаевъ съ 65% выздоровленій. *Hartmann* приводитъ 48 случаевъ съ 46 выздоровленіями. Поэтому нельзя медлить этой операціей, хотя иные врачи считаютъ ее недозволенною: такъ д-ръ *Tinlay* въ Middlesex Hospital приводитъ 35 случаевъ этой болѣзни съ 19 выздоровленіями безъ операціи, пользованныхъ ртутными втираніями. Полная безопасность лапоратоміи оправдываетъ предпочтеніе оперативнаго метода другимъ способамъ лѣченія. *Sinclair*, собравъ 205 случаевъ туберкулезнаго перитонита, пришелъ къ заключенію, что случаи съ огромнымъ асцитомъ, даютъ лучшіе результаты, чѣмъ съ малымъ эксудатомъ. Проф. *Coccherelli* утверждаетъ, что существуютъ двѣ формы туберкулезнаго перитонита: сухая и съ асцитомъ: въ первой лапоратомія бесполезна вслѣдствіе многочисленныхъ срощеній брюшины, разъединеніе которыхъ не безопасно; при асцитѣ—лапоратомія спасаетъ больныхъ; при этомъ брюшина промывается и остающіеся въ ней туберкулы, перерождаются въ фиброзную ткань, такъ какъ съ одной стороны бациллы лишаются своей питательной среды, съ другой—организмъ ставится въ болѣе благопріятныя условія для выздоровленія (по *Broadbent'u*, *Mourang'u*, *König'u* и др.).

III. 38-лѣтняя, родившая первый разъ 18 лѣтъ назадъ и имѣвшая 1 выкидышъ 14 лѣтъ назадъ, заболѣла въ мартѣ 93 г. сильными болями въ животѣ со рвотой и поносомъ; регулы, до того правиль-

ныя, возобновились черезъ недѣлю, продолжались дней 7 и, по прекращеніи, крови появились вновь черезъ 4 дня; изнурительные ночные поты и потеря аппетита заставили ее слечь въ постель и она прохворала 3 мѣсяца. Поправившись, она проходила 2 мѣсяца и, заболѣвши вновь, поступила въ больницу. St. pr.: видъ кахектической, температура до 38° C., п. 100, животъ вздутъ и такъ напряженъ, что безъ наркоза изслѣдованіе не даетъ никакихъ результатовъ; подъ анестезіей эфиромъ—ощущается эластическая опухоль, достигающая пупка съ неясной флюктуаціей и, повидимому, сросшаяся съ атрофированной маткой (зондъ проходитъ на $1\frac{1}{2}$ дюйма), смѣщенной впередъ и влѣво. Дугласово пространство выполнено экссудатовъ, широкія связки утолщены. Вслѣдствіе чрезвычайной слабости больной операція отложена на 2 недѣли. 20/x произведена лапоротомія. Разрѣзъ въ 3 дюйма длины; опухоль выдается изъ раны, ея содержимое жидкое, стѣнки сросены съ окружающими частями. Обложивши опухоль губками, ввели въ нее троакаръ и выпустили 4 пинты (2 фунта) страшно вонючей жидкости. Вслѣдствіе неисправности троакара нѣсколько унцъ разложившагося жидкаго гноя попала въ брюшину. Полость абсцесса опорожнена, промыта; часть ея съ троакарнымъ отверстіемъ пришита къ нижнему углу раны для изолированія ея полости отъ брюшины; послѣдняя хорошо промыта теплымъ борнымъ растворомъ, пока вытекавшая обратно жидкость стала совершенно чистою. Въ Дугласово пространство вставлена стеклянная дренажная трубка и укрѣплена въ верхнемъ углу раны, а другая дренажная трубка вставлена въ нижній уголъ раны. Матка оказалась сросенною съ наружною поверхностью мѣшка. У пациентки появился колыясъ, но скоро прошелъ. На второй день верхняя дренажная трубка вынута, температура не повышалась, полость абсцесса постепенно сокращалась. Единственное осложненіе—частые позывы и недержаніе мочи уступили скоро промывкѣ пузыря горячей борной водой.

Происхожденіе гнойника не было выяснено. Было ли это haematocoele, нагноившаяся киста яичника или широкой связки, ruosalpinx, вѣматочная беременность или параметральный нарывъ—осталось неизвѣстнымъ. Сильныя боли со рвотой и поносомъ незадолго до регулъ, изнурительную лихорадку съ ночными потами авторъ считаетъ подтвержденіемъ того, что здѣсь было haematocoele широкой связки, перешедшее въ нагноеніе. Киста переходить въ нагноеніе болѣе медленно; ruosalpinx не достигъ бы такой громадной величины; вѣматочная беременность исклю-

чается правильнымъ появленіемъ регуль; параметральный абсцессъ вскрылся бы скорѣе во влагалище. Такимъ образомъ авторъ останавливается на haematocoele. Относительно способовъ лѣченія такого гнойника, д-ръ *Cribb* указываетъ, что у *Lawson Tait*'а изъ 88 лапоротомій, произведенныхъ по этому поводу, всѣ выздоровѣли; а изъ 19 случаевъ *Savage*'а, пользовавшихся выщипаніемъ гноя аспираціоннымъ троакаромъ или предоставленныхъ самопроизвольному вскрытію, 5 окончились летально.

М. Гинзбургъ.

52. D-r Way. (Adelaide, въ Австраліи). Ectopic gestation, ruptured left Fallopian tube, haemato-salpinx of the right tube of same patient. (The Australasian medical Gazette, 1894, IX, p. 299). **Внѣматочная беременность, разрывъ лѣвой Фаллопіевой трубы и кровоизліяніе въ правой трубѣ.**

У молодой женщины, считавшей себя беременной, появились крови и боли съ 5 недѣли беременности и продолжались шесть недѣль. Принята въ больницу ради операціи. Въ лѣвой части таза замѣчалась эластическая опухоль, величиною съ апельсинъ, смѣстившая матку вправо, а позади матки occupied растянутая труба. Во время анестезіи дыханіе больной вдругъ стало поверхностнымъ и пульсъ ослабѣлъ, больная поблѣднѣла. Вскрытіе живота показало огромное свѣжее кровоизліяніе изъ разорвавшейся беременной трубы; быстрой перевязкой трубы кровотеченіе остановлено. Операція выяснила, что кромѣ этого свѣжаго разрыва, въ трубѣ замѣчался старый разрывъ ея съ кровоизліяніемъ въ широкую связку; а труба другой стороны (правая) была тоже растянута кровянистымъ содержимымъ. Зародышъ найденъ въ полости живота. Оперированная выздоровѣла.

М. Гинзбургъ.

53. D-r Strand. Submucous Fibromyoma together with tubo-ovarian disease mistaken for multiple fibroids of the uterus; hysterectomy; recovery. (The American Journ. of Obstetrics etc., 1894, I, p. 112). **Подслизистая фиброміома съ измѣненіями придатковъ матки, принятая по ошибкѣ за множественные интерстиціальныя фиброиды. Операція, окончившаяся выздоровленіемъ.**

D-r *Strand* и двое другихъ извѣстныхъ въ Нью-Йоркѣ гинекологовъ изслѣдовали дѣвственницу и всѣ трое сдѣлали ту же ошибку, не узнавши торчавшей изъ тонкой маточной шейки

опухоли и не отыскавъ маточнаго зѣва. При лапоротоміи дѣло выяснилось. Кромѣ опухоли, исходившей изъ матки, яичники и трубы, оказались болѣзненно-измѣненными и потому были удалены вмѣстѣ съ маткою, истонченная шейка которой оставлена вмѣсто культи. Вскрытіе вырѣзанной матки указало, что болѣзненные придатки были приняты за множественные фиброиды, а въ маткѣ вмѣсто нѣсколькихъ простѣночныхъ былъ одинъ подслизистый фиброидъ. Оперированная выздоровѣла.

М. Гинзбургъ.

в) Н ѣ м е ц к о й.

54. **Waltherd. Bacteriologische Untersuchungen des weiblichen Genitalsecretes in Graviditate und im Puerperium.** (Arch. f. Gyn., Bd., XLVIII Hft., 2). **Бактеріологическія изслѣдованія секрета женскихъ половыхъ путей во время беременности и въ родильномъ періодѣ.**

Разнорѣчивыя мнѣнія, господствующія въ наукѣ относительно примѣненія въ акушерствѣ такъ называемой объективной антисептики, заставили *W.* еще разъ провѣрить спорный вопросъ объ асептичности или неасептичности женскихъ половыхъ путей, и вотъ къ какимъ результатамъ онъ пришелъ. Половые пути неизслѣдованной беременной распадаются въ бактериологическомъ отношеніи на два отдѣла: на нижній, богатый микроорганизмами, и верхній, совершенно свободный отъ микробовъ. Граница между обоими отдѣлами находится въ средней части цервикальнаго канала и обусловлена съ одной стороны постоянно возобновляющеюся цервикальною слизью, которая представляетъ плохую питательную среду для микроорганизмовъ и съ другой стороны—фагоцитозою, которая имѣетъ мѣсто въ нижнемъ отдѣлѣ маточной шейки, благодаря свойству влагалитцаго секрета вызывать приливъ лейкоцитовъ изъ сосѣднихъ тканей. Содержаніе микробовъ въ нижнемъ отдѣлѣ нѣсколько уменьшается во время акта родовъ, благодаря отходу околоплодной жидкости, но оно опять возрастаетъ въ родильномъ періодѣ, между тѣмъ, какъ верхній отдѣлъ остается у неизслѣдованныхъ одинаково свободнымъ отъ микробовъ и во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Что касается характера микроорганизмовъ, содержащихся въ нижнемъ отдѣлѣ половыхъ путей, то тутъ находятся и стрептококки и стафилококки и гонококки и *bacterium coli*. Стрептококки были найдены болѣе чѣмъ въ одной четверти случаевъ, но они отличались отъ цѣпочныхъ кокковъ, получаемыхъ изъ болѣзненныхъ очаговъ, почти полнымъ отсутствіемъ вирулентности.

Эта послѣдняя проявляется въ нѣкоторой степени при культивировкѣ этихъ микроорганизмовъ въ лохіальномъ секретѣ, а настоящую силу она получаетъ при развитіи своемъ на тканяхъ съ ослабленною жизненною энергіею. На основаніи этихъ данныхъ авторъ дѣлаетъ слѣдующіе практическіе выводы: внутреннее изслѣдованіе и вообще всякаго рода манипуляціи въ асептической части родового канала вредны даже тогда, когда онѣ производятся

безусловно чистыми руками, ибо при этихъ манипуляціяхъ заносятся изъ влагалища въ асептическую часть половыхъ путей микроорганизмы, которые при нормальныхъ условіяхъ не имѣютъ правда вирулентности, но могутъ ее получить или въ качествѣ сапрофитовъ при задержаніи лохіального секрета или же въ качествѣ настоящихъ паразитовъ при уменьшеніи жизнениости ткани благодаря родовой травмѣ. Такимъ образомъ антисептика половыхъ путей совершенно излишня при нормальныхъ родахъ, но она необходима при манипуляціяхъ въ асептическомъ отдѣлѣ полового канала, при неправильныхъ родахъ и, наконецъ, при всѣхъ общихъ заболѣваніяхъ, какъ diabetes, lues и т. п., при которыхъ жизненная энергія организма и его тканей сильно понижена. Результаты эти, добытые путемъ бактериологическихъ изслѣдованій, заслуживаютъ тѣмъ большаго вниманія, что они вполне гармонируютъ съ выводами, которые сдѣлалъ *Leopold* на основаніи своего богатаго клиническаго матеріала.

С. Ю. Хазанъ.

55. **Beuttner.** Zur Frage der Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge.—(Arch. f. Gynäkologie. Bd. VIII, Hft. 2).—Къ вопросу объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ при узкомъ тазѣ.

На основаніи результатовъ, достигнутыхъ въ Бернской клиникѣ, *V.* ратуетъ за возбужденіе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ при узкомъ тазѣ, какъ за одну изъ самыхъ благотворныхъ акушерскихъ операцій. По мнѣнію автора ни анамнезъ предшествовавшихъ родовъ, ни абсолютная степень узкости таза тутъ существенной роли не играютъ, и показаніе къ операциіи должно быть поставлено лишь послѣ ориентированія относительно степени несоотвѣтствія между головкою плода и размѣрами таза. Эта ориентировка удается лучше всего при помощи приѣма, рекомендованнаго *Müller*'омъ, и состоящаго въ пробномъ вколочиваніи головки въ полость малаго таза помощью ручныхъ манипуляцій черезъ брюшные покровы. Пока легко удается вколотить головку въ тазъ, операція искусственныхъ преждевременныхъ родовъ не показуется.

С. Ю. Хазанъ.

56. **Apfelstedt.** Zur operativen Behandlung der Myome während der Schwangerschaft und Geburt. (Arch. f. Gynak., Bd. XLVIII, Hft. 1). Къ оперативному лѣченію міомъ во время беременности и родовъ.

Предпославъ описаніе случая осложненія родовъ двумя сидящими въ нижнемъ отрѣзкѣ матки міомами, при которомъ въ Геттин-

генской клиникѣ съ успѣхомъ была произведена операція *Porro*, и сдѣлавъ критическій обзоръ рекомендуемаго многими оперативнаго вмѣшательства во время беременности (искусственный выкидышь, міомотомія и суправагинальная ампутація матки), авторъ приходитъ къ тому заключенію, что при осложненіи беременности міомами лучше всего выждать начала родовъ и своевременно произвести ампутацію матки, такъ какъ эта операція даетъ самыя лучшіе результаты какъ для матери, такъ и для плода.

С. Ю. Хазанъ.

57. **Hofmeier. Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf die Conception, Schwangerschaft und Geburt.** (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXX, Hft. 1). **О вліяніи фиброміомъ матки на зачатіе, беременность и роды.**

Заключенія, къ которымъ приходитъ авторъ, на основаніи тщательнаго изученія чужаго и своего собственнаго богатаго матеріала, существенно разнятся отъ господствующихъ на счетъ этого предмета научныхъ положеній. *H.* именно утверждаетъ, что какъ полное безплодіе, такъ и уменьшенная плодовитость не должны быть поставлены въ зависимость отъ пораженія матки фиброміомами, что присутствіе въ маткѣ міомъ вовсе не вызываетъ большаго расположенія къ выкидышу, что осложненія, встрѣчающіяся при міомахъ во время акта родовъ и въ родильномъ періодѣ, только въ рѣдкихъ случаяхъ вызываютъ серьезную опасность, и, наконецъ, что при терпѣннн, осторожности и главное, при строго асептическомъ веденіи родовъ легко устраняется всякая опасность.

С. Ю. Хазанъ.

58. **Mertens. Beiträge zur normalen und pathalogischen Anatomie der menschlichen Placenta.** (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., XXX Bd., Hft. 1 и XXXI Bd., Hft. 1). **Къ нормальной и патологической анатоміи человѣческой плаценты.**

Послѣ обстоятельныхъ литературныхъ студій по сравнительной анатоміи и на основаніи препарата весьма молодаго человѣческаго яйца, авторъ разрѣшаетъ спорный вопросъ о характерѣ и происхожденіи покрова хоріальныхъ ворсинокъ слѣдующимъ образомъ. У человѣка, какъ и у другихъ животныхъ покровъ хоріальныхъ ворсинокъ плацентъ состоитъ изъ двухъ слоевъ, одного клѣтчатого слоя, происходящаго отъ зародыша (ectoderm) и другаго протоплазматическаго, представляющаго собою измѣненный маточный эпителий (syncytium). Уже при началѣ вгнѣздѣнія яйца оба эти слоя такъ тѣсно соединяются между собою, что образуютъ

как бы одинъ тканевой слой, на которомъ не трудно однако отличить его первоначальные составные элементы. Дальнѣйшее образованіе ворсинокъ и интервилознаго пространства авторъ представляетъ шематически такъ: на сцену выступаетъ новый элементъ, а именно, капилляры, которые попадаютъ въ syncytium снизу вверхъ, подобно тому, какъ сверху проникаютъ туда ростки ectoderm'a. По мѣрѣ того, какъ капилляры расширяются и эктодерміальныя образованія удлиняясь достигаютъ stroma матки, слой syncytium'a, въ которомъ происходятъ эти измѣненія все болѣе ступшевыается и отъ него остается лишь болѣе или менѣе тонкій слой, покрывающій хоріальныя ворсинки. Впослѣдствіи syncytium на serotina совершенно пропадаетъ и на его мѣстѣ образуются фибринозныя отложения, въ которыя могутъ видѣриться вторичныя ворсинки.

Во второй части своей работы авторъ занимается вопросомъ о дальнѣйшей судьбѣ плаценты, послѣ смерти плода. Въ то время какъ относительно первыхъ мѣсяцевъ беременности, вопросъ этотъ уже рѣшенъ въ томъ смыслѣ, что плацента продолжаетъ развиваться и послѣ смерти плода, судьба плаценты при прерываніи беременности въ ея позднѣйшихъ стадіяхъ до сихъ поръ осталась невыясненною. На основаніи 9 случаевъ, въ которыхъ какъ изъ анамнеза, такъ и изъ состоянія плода, можно было съ увѣренностью заключить, что смерть плода послѣдовала за долго до рожденія плаценты, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что всѣ ткани плаценты, за исключеніемъ мѣстъ пораженныхъ инфарктами, благодаря циркуляціи крови, сохраняютъ свою жизненность и послѣ смерти плода; только въ сосудахъ ворсинокъ замѣчаются, какъ послѣдствія смерти плода, своеобразныя разростанія intimaе, ведущія къ облитераціи сосуда. Наконецъ, авторъ описываетъ некрозъ serotinae и случай гиперплазіи хоріальныхъ ворсинокъ. Что касается перваго патологическаго процесса, то дѣло идетъ объ уже микроскопически замѣчаемыхъ на serotina темносинихъ гнѣздахъ, въ которыхъ подъ микроскопомъ удается констатировать некрозъ децидуальныхъ элементовъ и болѣе или менѣе сильную инфильтрацію многоядерными лимфатическими тѣльцами. Ближе опредѣлить причину этого, уже другими авторами констатированнаго, но подъ другими названіями (endometritis haemorrhagica, purulenta etc.) описаннаго процесса, автору не удалось, за то онъ не сомнѣвается въ причинной связи существующей между этимъ процессомъ и преждевременнымъ прерываніемъ беременности.

С. Ю. Хазанъ.

59. Trantinroth. Klinische Untersuchungen und Studien über das Verhalten der Harnorgane, insbesondere der Nieren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXX, Hft. 1). Клиническія изслѣдованія и студіи о состояніи мочевыхъ путей и преимущественно почекъ во время беременности, родовъ и родильнаго періода.

На основаніи ста наблюденій, слѣданныхъ въ Марбургской клиникѣ, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: почти у половины всѣхъ здоровыхъ женщинъ, у которыхъ до наступленія беременности почки функционировали совершенно правильно, во второй половинѣ беременности появляется незначительная альбуминурия, при чемъ многорожавшія поражаются этимъ процессомъ одинаково часто, какъ первородящія. Эта альбуминурия gravidarum только въ очень рѣдкихъ случаяхъ не почечная, въ большинствѣ же случаевъ она настоящая почечная альбуминурия, обусловливаемая тѣмъ страданіемъ почекъ, которое извѣстно подъ названіемъ „почка беременности“ (Schwangerschaftsniere) и характеризуется въ паталого-анатомическомъ отношеніи дегенеративными процессами. Въ большинствѣ случаевъ почка беременности помимо измѣненія состава мочи не сопровождается никакими симптомами и только весьма рѣдко она проявляется въ такой сильной степени, что вызываетъ общіе отеки; въ подобныхъ случаяхъ очень легко можетъ наступить эклампсія. „Почка беременности“ никогда не переходитъ въ nephritis chronica. Различать, какъ это предлагаетъ *Fischer*, почку беременности и nephritis gravidarum, какъ особыя формы, отнюдь не слѣдуетъ, ибо подъ вліяніемъ беременности почка измѣняется только однимъ характернымъ образомъ и воспаленія почекъ вызваннаго исключительно беременностью вообще не бываетъ. Если и попадаетъ во время беременности настоящее воспаление почекъ, то дѣло обыкновенно идетъ лишь объ обостреніи уже раньше существовавшего страданія. Во время акта родовъ въ мочѣ всегда почти появляется бѣлокъ и у первородящихъ въ большемъ количествѣ, чѣмъ у многорожавшихъ. Эта альбуминурия сопровождается во многихъ случаяхъ выдѣленіемъ цилиндровъ, которые при альбуминуриі у беременных попадаютъ несравненно рѣже, въ большинствѣ случаевъ она имѣетъ почечное происхожденіе и развивается преимущественно въ періодѣ раскрытія. Въ родильномъ періодѣ какъ бѣлокъ, такъ и цилиндръ быстро исчезаютъ изъ мочи, если только нѣтъ complicacіи лихорадочными процессами, и альбуминурия, встрѣчающаяся въ концѣ первой и въ началѣ второй недѣли родильнаго періода, обусловлена чаще всего

катарромъ мочевыхъ путей, который обыкновенно другихъ симптомовъ не вызываетъ. Хлороформъ только весьма мало вліяетъ на измѣненіе состава мочи. Тоже самое можно сказать о присутствіи въ маткѣ мацерированнаго плода, если только смерть этого послѣдняго не произошла отъ заболѣванія почекъ. Страданіе почекъ, существовавшее до беременности, подъ вліяніемъ этой послѣдней сплошь и рядомъ, значительно ухудшается и ведетъ къ смерти плода и прерыванію беременности; улучшение наступаетъ лишь послѣ смерти плода. Причинами „почки беременности“ являются, съ одной стороны, увеличеніе внутрибрюшнаго давленія и съ другой—стороны разстройство питанія почекъ, обусловливаемое измѣненіемъ состава крови и обмѣна веществъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ этимъ моментамъ присоединяется еще застой крови въ *v. spermatica* и затрудненное мочеотдѣленіе вслѣдствіе давленія на мочеточники со стороны головки плода. Упомянутыя причины обнаруживаютъ также свое дѣйствіе на составъ мочи во время акта родовъ, хотя *nephritis parturientium* главнымъ образомъ обусловливается дѣйствіемъ на кровь, образующихся при распадѣ децидуальныхъ клѣтокъ, токсиновъ. Эclamptическіе припадки могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ быть разсматриваемы какъ уремическіе, въ незначительномъ числѣ случаевъ они совершенно не зависятъ отъ состоянія почекъ; въ большинствѣ же случаевъ, наконецъ, эclamсія равно какъ заболѣванія почекъ являются послѣдствіемъ токсического дѣйствія образующагося въ плацентѣ и циркулирующаго въ крови яда. С. Ю. Хазанъ.

60. Thorn. Zur manuellen Umwandlung der Gesichts-und Stirnlagen in Hinterhauptlagen. (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXI, Hft. 1). Къ вопросу о превращеніи лицевыхъ и лобныхъ положеній въ затылочные.

Ученіе *Baer*'а о пользѣ выжидательнаго образа дѣйствій при лицевыхъ положеніяхъ въ общемъ не оспоримо, но оно къ сожалѣнію мало обращаетъ вниманіе на жизнь плода. Это обстоятельство часто заставляло акушеровъ отступать отъ выжидательнаго принципа и предпринимать превращеніе этихъ положеній въ затылочные. Практиковавшіеся при этомъ приемы не всегда, однако, вели къ цѣли, такъ какъ при дѣйствіи на головку (методъ *Baudelocque*'а) оставлялось безъ вниманія туловище, а при превращеніи лордоза туловища въ кифозъ (методъ *Schatz*'а) нисколько не заботились о движеніяхъ головки. Лишь при примѣненіи реко-

мендованнаго авторомъ комбинируваннаго способа, т. е., лишь при одновременномъ дѣйствіи внутренними манипуляціями на головку и наружными на туловище, можно ожидать успѣха отъ попытки превращенія. Показывается эта операція всякій разъ, когда роды въ концѣ перваго и во второмъ періодѣ, вслѣдствіе слабости потугъ, затягиваются и предвидится серьезная опасность для жизни плода. Необходимыми условіями для производства операціи, являются достаточная подвижность плода и такое раскрытіе зѣва, которое пропускало бы полруки. Противупоказуется превращеніе, при такъ называемыхъ первичныхъ лицевыхъ положеніяхъ, т. е. такихъ, которыя образовались уже задолго до родовъ, при выпаденіи пупочнаго канатика, при предлежаніи дѣтскаго мѣста, при спазмотическомъ сокращеніи шейки, при сильномъ растяженіи нижняго отрѣзка матки и при болѣе высокихъ степеняхъ суженія таза. Превращеніе же лобныхъ положеній въ затылочные, рекомендуется также и съ профилактическою цѣлью. (Подробное описаніе операціи превращенія лицевыхъ положеній въ затылочные, читатель найдетъ въ этомъ же журналѣ, за 1887 годъ, стр. 220). *С. Ю. Хазанъ.*

61. Холмогоровъ. Zur Behandlung der Completen Uterus rupturen. (Zeitsch. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXI, Hft. 1). Къ лѣченію полныхъ разрывовъ матки.

Сдѣлавъ критическую оцѣнку различныхъ способовъ лѣченія разрыва матки, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что самый рациональный способъ, это зашиваніе разрыва черезъ влагалище, съ оставленіемъ небольшого отверстія, черезъ которое въ брюшную полость вводится дренажъ изъ іодоформенной марли. Будучи примѣненнымъ въ одномъ случаѣ, методъ этотъ далъ прекрасный результатъ. *С. Ю. Хазанъ.*

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

Акушерско-гинекологическія замѣтки.

І. Кольцеобразное выпаденіе слизистой оболочки уретуры (гангреницирующее); вырѣзываніе и швы; выздоровленіе.

Около 20 ноября 1894 года въ Усманскую амбулаторію явилась крестьянка Авдотья В—ва, 21 года, изъ с. Студенокъ съ жалобой на учащенное мочеиспусканіе и—что „въ переднемъ наружномъ проходѣ стоитъ какая то шишка“.

При осмотрѣ входа во влагалище оказалось: въ области наружнаго уретральнаго отверстія имѣется выдающееся впередъ, величиною съ вишню, кругловатое на широкомъ основаніи, гангреницирующее тѣло; при введеніи катетера въ уретру оказывается, что катетеръ безъ особаго затрудненія проходитъ черезъ центръ этой опухоли и идетъ въ мочевой пузырь; прохожденіе катетера болѣзненно; такимъ образомъ, выпятившееся тѣло кольцеобразно окружаетъ наружное уретральное отверстіе; цвѣта оно темно-багроваго и покрыто черными корками; ткань его легко рвется и наружная поверхность этого выпячиванія покрыта зловонной слизью.

Точная діагностика въ амбулаторіи (вслѣдствіе массы больныхъ) тогда не была установлена и больной дана на домъ іодоформная мазь съ совѣтомъ, если не поможется, явиться черезъ нѣсколько дней и поступить въ больницу для операціи (буде окажется нужнымъ). Дѣйствительно, не замѣчая никакого улучшенія, больная исполнила мой совѣтъ и 26 ноября 1894 г. поступила въ больницу.

Изъ разспросовъ больной, по поступленіи ея въ больницу, оказалось, что вышеописанное заболѣваніе появилось черезъ недѣлю послѣ совершенно нормальныхъ и легкихъ родовъ; родила же она три недѣли тому назадъ (2-ія роды). Больная тѣлосложенія крѣпкаго и хорошо упитана; послѣродовой періодъ никакихъ уклоненій отъ нормы не представляетъ.

При болѣе подробномъ осмотрѣ въ больницѣ (28 нояб.) вполне выяснилось, что у больной *выпятившееся впередъ тѣло* (поверхностно гангреницирующее) у *наружнаго уретральнаго отверстия составляетъ непосредственное продолженіе слизистой оболочки уретры*, что это тѣло имѣетъ видъ валика, окружающаго наружное отверстие уретры. Больная мочится часто, небольшими порціями и съ рѣзью. Выдѣленія изъ матки имѣютъ слизистый характеръ съ розоватой окраской крови; матка хорошо сократилась. Такъ какъ это выпячиваніе слизистой уретры нисколько не уменьшилось отъ леченія мазью іодоформ. и содержаніемъ половыхъ органовъ въ чистотѣ, а между тѣмъ больная страдала и не могла работать, рѣшено это выпавшую часть слизистой уретры удалить ножомъ.

Операція, подъ хлороформнымъ наркозомъ, произведена 29/xI 94 г. и состояла въ слѣдующемъ: предварительно наложена временная шелковая лигатура на здоровую часть слизистой уретры, выше и внутрь отъ выпавшей измѣненной слизистой оболочки, для удержанія ея, послѣ удаленія выпавшей части, и удобства послѣдовательнаго наложенія швовъ на рану уретры; выпавшая и измѣненная часть слизистой уретры кольцеобразно изсѣчена,—потомъ края раны внутренней части слизистой оболочки соединены катгуттовыми швами съ краями раны наружнаго уретральнаго отверстия; шовъ припудренъ іодоформомъ. Больной позволено произвольно мочиться. Дальнѣйшее послѣоперационное теченіе заживленія раны шло гладко: температура была нормальна, мочеиспусканіе—правильно и безболѣзненно, швы отдѣлились на 4-й день и операціонная рана зажила *per primam*; на 6-й день послѣ операціи больная выписалась изъ больницы съ хорошо сросшейся раной и съ отсутствіемъ выпаденія и выпячиванія слизистой уретры (вполнѣ здоровой).

Я рѣшился описать данный случай только потому, что въ учебникахъ по гинекологіи о немъ трактуется весьма кратко и вскользь, и это заболѣваніе нѣкоторыми авторами считается крайне рѣдкимъ,—описанія же подобныхъ случаевъ заболѣванія въ доступной мнѣ литературѣ не встрѣчалъ.

Такъ напр. д-ръ *К. Шредеръ*¹⁾ о выпячиваніи слизистой уретры (это выпячиваніе онъ называетъ *карункулами*) говоритъ, что оно встрѣчается въ видѣ „небольшихъ полипообразныхъ опухолей, сидящихъ на широкомъ основаніи или на ножкѣ, развиваются (карункулы) чаще всего вокругъ наружнаго отверстия мочеиспускательнаго канала, представляя ограниченныя гиперплазіи слизистой оболочки, съ участіемъ фолликуловъ“; проф. же *М. Гобмейеръ*²⁾ *кольцеобразное выпаденіе части слизистой оболочки уретры* у женщинъ считаетъ *рѣдкимъ* явленіемъ и, по литератур-

¹⁾ *К. Шредеръ*. Руководство къ болѣз. женск. полов. органамъ, русск. пер., изд. 1890 г., стр. 49.

²⁾ *М. Гобмейеръ*. Очеркъ основъ гинеколог. операцій, русск. пер., 1893 г., стр. 94.

нимъ даннымъ, говорить, что „оно встрѣчается, кажется, у *молодыхъ, слабыхъ* субъектовъ, склонно къ рецидивамъ и развивается на воспалительной почвѣ“.

Въ моемъ случаѣ субъектъ былъ крѣпкаго сложенія и хорошо питанъ, воспалительныхъ явленій ни во влагалищѣ, ни въ наружныхъ половыхъ частяхъ, а также въ ближайшихъ частяхъ къ пузырю въ уретрѣ не было; роды были легкія (значитъ травмы не было); остается только допустить, какъ причину этого заболѣванія, мѣстную инфекцію ограниченнаго участка слизистой оболочки *orific. exter. urethrae* во время родовъ.

Мнѣ кажется, что это заболѣваніе, хотя и рѣдко встрѣчающееся (такъ напр. и я за 11 лѣтъ практики только одинъ разъ встрѣтилъ) въ такой сильной степени, заслуживаетъ большаго вниманія врачей-практиковъ, нежели ему до сихъ поръ удѣляли, такъ какъ: во 1-хъ, *оно очень тягостно для больныхъ, особенно крестьянокъ*, а во 2-хъ, *можетъ служить источникомъ серьезной инфекции для мочевого пузыря*.

Наконецъ, въ легкой степени это выпячиваніе встрѣчается не такъ рѣдко,—оно только часто просматривается врачами, такъ какъ больнымъ оно не столь тягостно, а для глаза мало замѣтно.

11. Задержаніе приросшаго дѣтскаго мѣста въ маткѣ; частичное отдѣленіе послѣда рукой; горячіе влагалитичные души; выздоровленіе.

17/x 94 г., я былъ приглашенъ уѣздной акушеркой къ больной родильницѣ 29-ти лѣтъ отъ роду, мѣщ. гор. Усмани, IV-рага, у которой, какъ оказалось изъ разспросовъ акушерки, 15 октября 1894 года, произошли срочные роды въ присутствіи этой же акушерки, при чемъ мѣсто дѣтское произвольно не вышло; акушерка сама, *вводя руку въ матку (впрямую не обеззараженную)*, пыталась выдѣлить мѣсто изъ матки, но это ей не удалось; тогда она пригласила вольнопрактикующаго врача (я былъ тогда въ уѣздѣ), но и этотъ врачъ, безъ наркоза, не удалилъ и части мѣста; до 17 окт. вечера, 4 раза въ день, примѣнялись горячіе души (36°) изъ 2°/о карболовой воды, а послѣ душа—тампонъ во влагалище изъ іодоформовой ваты. Больная и прежде была всегда очень мало-кновна. Въ предшествовавшую беременность наблюдалось тоже приращеніе послѣда и онъ, не будучи удаленъ, вышелъ произвольно, по частямъ, съ признаками сильнаго разложенія, при очень высокой температурѣ (заявленіе той же акушерки).

Температура у больной вечеромъ 16 окт. повысилась до 40° и тогда же появились зловонныя выдѣленія изъ матки.

При осмотрѣ больной, 17 октября 94 г., вечеромъ, мною найдено: слизистыя оболочки и кожа больной блѣдны, при подниманіи головы у больной дѣлаются обмороки, пульсъ около 135 въ минуту, слабого наполненія; дно матки стоитъ у пупка, матка слегка сокращена; маточный зѣвъ раскрытъ на 4 поперечныхъ

пальца и въ него вдается дѣтское мѣсто, изъ центра котораго виситъ во влагалище пуповина; пуповина нѣсколько выдается и изъ влагалища наружу; выдѣленія изъ матки сильно окрашены кровью и съ сильнымъ запахомъ сѣроводорода; температур. = 38,2°; иногда выдѣляются кровавые сгустки изъ матки (значительныхъ размѣровъ сгустки найдены теперъ и во влагалищѣ). Около 9 час. вечера 17/х, подкрѣпивъ больную виномъ и мускусомъ, при участіи врача *Андреева* и акушерки, подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ (безъ наркоза больная не соглашалась на операцію) мною сдѣлано частичное отдѣленіе послѣда рукой, введенной въ матку. Рука свободно проникла въ матку. Удалена большая часть послѣда, а *остальная часть (величиной около 1/3 ладони) не могла быть удалена и потому оставлена въ маткѣ.* Ткань послѣда—дряблая и съ сильнымъ запахомъ сѣроводорода. Срощенія послѣда оказались очень плотными, такъ что, при усиленныхъ попыткахъ отдѣлать его отъ стѣнки матки, можно бы было легко продырявить ткань маточную. Наркозъ прошелъ хорошо. Тотчасъ послѣ операціи сдѣлано промываніе полости матки карболовой водой (2°/о) горячей и въ обильномъ количествѣ, а потомъ введенъ во влагалище iodoform. тампонъ.

Дальнѣйшее лѣченіе состояло въ ежедневныхъ (4 раза въ день) горячихъ (до 36°), изъ карболовой воды (2°/о), влагалищныхъ душахъ съ послѣдовательною, всякій разъ послѣ душа, тампонаціей влагалища iodoform. ватой; внутрь назначено ежедневно по 25 кап., 3 раза въ день, *Extr. fl. hydrast. canadensis*, вино и питательная удобоваримая пища; въ первый день послѣ операціи, такъ какъ больная отказывалась отъ пищи и была очень слаба, нѣсколько разъ ставили горячіе клистиры изъ соленой воды съ виномъ (это ее оживляло и укрѣпляло).

Температура въ послѣоперационномъ періодѣ была слѣдующая:

18/х. Утромъ $t^0 = 36,2^0$; вечер. $t^0 = 38,2^0$.

19/х. У. $t^0 = 38,2^0$; в. $t^0 = 39^0$.

20/х. У. $t^0 = 38^0$; в. $t^0 = 32,2^0$.

21/х. У. $t^0 = 37,6^0$; в. $t^0 = 37,8^0$. Выдѣленіе еще съ небольшимъ запахомъ гнилостнымъ, гнойнаго характера.

22/х. У. $t^0 = 37,2^0$; в. $t^0 = 39,1^0$. Матка стоитъ надъ лобкомъ на 3 пальца.

23/х. У. $t^0 = 36,8^0$; в. $t^0 = 38,1^0$.

24/х. У. $t^0 = 37^0$; в. $t^0 = 37,3^0$. Выдѣленія изъ матки безъ гнилостнаго запаха, слизисто-гнойныя. Колебанія температуры (то небольшія повышенія по вечерамъ, то норма—утромъ) наблюдались еще около 2-хъ недѣль; послѣ трехъ-недѣльнаго пребыванія въ постели, больная встала и начала быстро поправляться.

3/1 95 года, бывшая больная явилась ко мнѣ въ Усманскую амбулаторію, при чемъ, при осмотрѣ половыхъ органовъ ея, ничего ненормальнаго въ нихъ я не нашель; также и придатки и околоматочная клѣтчатка никакихъ измѣненій не представляли; у больной было только значительное малокровіе, противъ котораго и было мною направлено лѣченіе.

III. *Пузырный заносъ; четырех-мѣсячная беременность; приращеніе послѣда; удаленіе части послѣда пальцемъ изъ матки; безлихорадочное выздоровленіе.*

Жена купца гор. Усмани Анфиса В—ва, 31 года, многороже-ница. Годъ тому назадъ у нея былъ выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, а полтора года тому назадъ въ Тамбовской губерн. больницѣ была сдѣлана ампутація (частичная) шейки матки, по подозрѣнію на начинающійся ракъ шейки; теперь (весь 1894 годъ при моемъ наблюденіи) намѣковъ на ракъ матки нѣтъ. Больная малокровна и страдаетъ сердцебіеніемъ (нервнаго характера). Съ 11 ноября 1894 г. (при graviditas 2¹/₂ мѣсяца) изъ матки выдѣляются грязныя бѣли, иногда лихорадитъ.

3 декабря 94 года, у больной наблюдается: бѣли изъ матки иногда желтаго цвѣта, иногда—шоколаднаго, значительныя боли въ правой паховой области живота; въ лѣвой сторонѣ живота, возлѣ матки увеличенной (болѣе 3 мѣсячной беременности) и какъ бы въ связи съ ней, имѣется какая то болѣзненная припухлость (опухоль)? Съ этого времени и до 17 декабря бѣли не прекращаются вполнѣ и имѣютъ тотъ же характеръ, какъ это наблюдалось 3 декабря.

Вечеромъ 18 декабря 1894 г., я былъ приглашенъ къ этой больной по поводу значительнаго кровоточенія изъ половыхъ органовъ.

При осмотрѣ въ этотъ вечеръ больной на дому я нашелъ слѣдующее: дно матки не доходитъ на 1¹/₂ поперечныхъ пальца до пупка, матка слегка сокращается съ довольно длинными пере-межками, зѣвъ матки пропускаетъ кончикъ указательнаго пальца; во влагалищѣ—сгустки крови; въ слегка открытомъ маточномъ зѣвѣ торчатъ часть яйца; очень значительное кровоточеніе изъ матки существуетъ уже ¹/₂ сутокъ, при чемъ выходило много большихъ кровяныхъ сгустковъ. Беременна уже 4 мѣсяца. Пульсъ учащенъ и съ перебоями, температура нормальна; больная очень ослаблена.

Въ виду малаго открытія зѣва и значительной неподатливости его ткани, а также значительнаго кровоточенія изъ матки и слабости больной, сдѣланъ горячій (до 38°) влагалищный душъ и влагалище затампонировано iodoform. марли; влагалищный тампонъ въ 6 часовъ утра 19 декабря былъ вытолкнутъ изъ влагалища, при чемъ тотчасъ же за нимъ, при сильныхъ потугахъ и значительномъ кровоточеніи, былъ вытолкнутъ изъ матки по частямъ *пузырный заносъ* (величиной болѣе 2-хъ кулаковъ взросло-го человѣка); пузырьки заноса величиной съ крупный горохъ и содержатъ прозрачную, слегка желтоватую, жидкость.

Такъ какъ и по выхожденіи, такимъ образомъ перерожденнаго, плоднаго яйца, кровоточеніе маточное не прекращалось, полость матки была изслѣдована пальцемъ, при чемъ обнаруженъ былъ въ ней большой кусокъ приросшаго дѣтскаго мѣста; тогда (около 9 час. утра) безъ наркоза (больная была малокровна до обмороч-

наго состоянія) *частично* мною былъ удаленъ (въ два приема, вслѣдствіе той же слабости больной) пальцемъ кусокъ послѣда, полость матки промыта горячимъ растворомъ (2⁰/о) карболовой воды и влагалище затампонировано іодоформной марли до вечера; внутрь больной дано вино, валеріана, а подкожно—растворъ поваренной соли (физиологической). Дальнѣйшее лѣченіе и состояніе здоровья больной:

19/xii. Веч. $t^0 = 37,6^0$, пульсъ = 100, малаго наполненія; принимала пищу; вечеромъ горячій душъ изъ aq. sublimat. (1 : 2000) и iodoform. тампонъ во влагалище; тѣже горячія души и тампонація влагалища примѣнялись до 27 декабря 94 г., а потомъ—только горячія души еще въ продолженіи одной недѣли.

20/xii. Температура утромъ = $36,9^0$, а веч. = $37,2^0$; пульсъ около 90. Самочувствіе хорошее; есть небольшой аппетитъ. Выдѣленія изъ матки—незначительны, безъ запаха, краснаго цвѣта.

21/xii. Дно матки на 3 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ и и лежитъ больше влѣво. Температура нормальна; самочувствіе хорошее; аппетитъ хорошъ. Выдѣленія изъ матки въ небольшомъ количествѣ, бурого цвѣта, безъ запаха.

22/xii. Температура нормальна; выдѣленія изъ матки тѣ же что и вчера.

23/xii. Температура нормальна. Вечеромъ *изъ матки выдѣлился кусокъ* (тонкій), *величиной въ ладонь, яичевой оболочки, устьяной* *небольшими пузырьками* (часть заноса); кусокъ этотъ безъ запаха и совершенно свѣжъ, не измѣненъ гнилостью.

24/xii. Въ предъидущую ночь вышло еще 2 небольшихъ кусочка заноса; выдѣленія изъ матки нѣсколько окрашены кровью, безъ запаха; t^0 нормальна. При бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ матка оказывается значительно увеличенной (дно яйца на 5 поперечныхъ пальца выше лобка), довольно плотной и нѣсколько болѣзненной; въ правой, нижней части живота прощупывается еще какая-то опухоль (плотная), неправильной формы и имѣющая непосредственную связь съ маткой (характеръ опухоли точно неопредѣленъ). При попыткахъ встать, больная замѣчаетъ замираніе сердца. Матка не имѣетъ особенной склонности къ инволюціи. Больной назначены внутрь. спорынья и Tinct. strophanti cum., Tinct. convallar. majal. aa (по 20 кап. 3 раза въ день).

27/xii. Въ предъидущіе дни t^0 наблюдалась нормальной и самочувствіе было хорошее. Матка теперь сокращена нѣсколько лучше; тѣло матки лежитъ больше влѣво. Въ правой, нижней части живота, вправо отъ матки опухоль и теперь прощупывается. Выдѣленія изъ матки въ меньшемъ количествѣ и желтоватаго цвѣта; t^0 нормальна. Больной позволено вставать съ постели. Дно матки стоитъ на 3 поперечныхъ пальца надъ лобкомъ; болѣе въ животѣ нѣтъ.

4/i 95 г. Температура все время нормальна; самочувствіе удовлетворительно. Больная пришла въ амбулаторію для изслѣдованія состоянія ея здоровья. Выдѣленія изъ матки въ умѣренномъ количествѣ, безъ запаха, бѣловатаго цвѣта. *Матка хороши*

сокращена и дно ея опредѣляется на 1 поперечный палецъ выше лобка. По бокамъ матки и надъ дномъ ея прощупываются довольно плотныя и мало подвижныя, безболѣзненные опухоли (новообразованія); форма опухолей неправильная и границы ихъ не очень рѣзки; шейка матки никакихъ измѣненій не представляетъ; больная малокровна. Такимъ образомъ, въ этомъ послѣднемъ случаѣ больная *вполнѣ* (такъ какъ опухоли матки или придатковъ не идутъ въ расчетъ здѣсь) *оправилась безъ повышенной температуры, не смотря на то, что, въ силу слабости больной и приращенія послѣда, въ маткѣ были оставлены значительныя части плоднаго измѣненнаго яйца.*

Въ послѣднее время, все больше и больше, какъ и въ другихъ областяхъ хирургіи, при задержаніи и приращеніи послѣда въ маткѣ, акушеры высказываются за вполнѣ выжидательный образъ дѣйствія (консервативное направленіе), конечно, при возможности *ежедневнаго* наблюденія врачомъ родильницы; *прежніе же авторы советуютъ удалять все, что можно.* Такъ въ доступной мнѣ литературѣ, объ этомъ предметѣ я могъ найти слѣдующее: д-ръ *К. Шредеръ*³⁾ въ своемъ учебникѣ по акушерству говоритъ: „хотя въ *исключительныхъ* случаяхъ послѣдъ, оставленный въ маткѣ очень долгое время, *хорошо сохраняется* и часто изгоняется позже силами природы, но *обыкновенно онъ подвергается тилостному распаденію....*“; (такое разложеніе очень скоро появилось въ нашемъ случаѣ подъ № II). Поэтому совѣтъ *К. Шредера*: всегда, по возможности, удалять задержанный послѣдъ. Академикъ *А. Крассовскій* въ „Оперативномъ Акушерствѣ“⁴⁾ говоритъ: „*Wigand* одинъ изъ первыхъ.... совѣтовалъ въ подобныхъ случаяхъ (*при обширныхъ плотныхъ сращенияхъ послѣда съ маткой*) *выводитъ послѣдъ изъ матки на столько, на сколько это возможно, а остальное, т. е. что чрезмѣрно приращено не отдѣлять, а оставлять въ маткѣ....*, болѣе рачіональнаго совѣта едва-ли можно требовать при подобныхъ условіяхъ“. Далѣе, послѣ удаленія, *А. Крассовскій* совѣтуетъ *промыть матку* и слѣдитъ за температурой и качествомъ выдѣлений маточныхъ: *при повышенной температурѣ и запахѣ—повторно промыть и попытаться удалить кусокъ, если связь разрѣшена.*

Проф. *Н. М. Феноменовъ*⁵⁾ о томъ же предметѣ говоритъ: „если есть какія либо затрудненія для проведенія руки, отъискиванія оставшихся кусковъ (мѣста) и ихъ отдѣленія, *лучше не настаивать на ихъ удаленіи, а предоставить это дѣло времени и сокращеніямъ матки....*“ „Въ случаяхъ *появленія запаха* и проч. *можно прибѣгнуть къ методическимъ промываніямъ матки....*“

Наконецъ у *Dr. Ferd. Ad. Kehler*⁶⁾ сказано, что удаленіе послѣда изъ матки показуется при: сильномъ кровотеченіи изъ

³⁾ Д-ръ *К. Шредеръ*. „Учебникъ Акушерства“, перев. подъ ред. *Г. Е. Рейна*, 1888 г., стр. 643.

⁴⁾ „Оперативное Акушерство“ *А. Крассовскаго*, 4 изд., 1889 г., стр. 666.

⁵⁾ „Оперативное Акушерство“ проф. *Н. М. Феноменова*, изд. 1893 г., стр. 380.

⁶⁾ „Оперативное Акушерство“ д-ра *Ferd. Ad. Kehler*, изд. „Практич. Медиц.“, 1893 г., стр. 314.

матки, сокращеніи маточной шейки (которое, по его мнѣнію, очень скоро наступаетъ—черезъ 2 часа) и гніеніи послѣда.

Нѣкоторые же акушеры практики, особенно въ земствѣ (я знаю такихъ), *увлекаются такимъ ничего недѣланіемъ* при задержаніи послѣда и совѣтуютъ *всегда*, если выжиманіемъ не удастся удалить, мѣсто, оставлять въ маткѣ и влагалище ежедневно дезинфицировать горячей обеззараженной водой (напримѣръ карболовой или сулемовой) въ надеждѣ, что послѣдъ произвольно выдѣлится безъ вреда для больной; но *такая пассивная терапія при задержаніи и приращеніи послѣда*, особенно въ земствѣ, гдѣ врачъ не всегда можетъ навѣстить больную послѣ акушерской операціи даже 1—2 раза, по меньшей мѣрѣ *вредна* для больной.

Въ нашихъ послѣднихъ двухъ случаяхъ дѣло окончилось благополучно; но здѣсь терапію нельзя было назвать вполне выжидательной; все, что можно было, безъ риска для здоровья больной, удалено и потомъ уже все дѣло ограничивалось въ антисептикѣ влагалища и укрѣпленіи силъ больной для болѣе успѣшной борьбы организма съ зарозой (особ. случ. № II). Правда послѣдній (№ III) случай доказываетъ безопасность оставленія *незараженной* части послѣда въ маткѣ (дѣло окончилось при совершенно нормальной температурѣ). Такимъ образомъ, на основаніи этихъ послѣднихъ случаевъ и многихъ другихъ, мною наблюдавшихся прежде ⁷⁾, я присоединяюсь къ совѣту академика *А. Крассовскаго* ⁸⁾ и полагаю, что *самая рациональная терапія* (особенно въ сельской практикѣ, да и въ большинствѣ уѣздныхъ городовъ, при необразованности нашихъ старыхъ акушерокъ) *при задержаніи въ маткѣ приросшаго послѣда*—это *наивозможно полное удаленіе его, оставлять же части послѣда въ маткѣ слѣдуетъ только дѣйствительно неудалямыя безъ особаго насилія, наконецъ дезинфекція* (если мѣсто начало разлагаться: *зловоніе, повышенная температура и т. п.*) *матки и влагалища съ одновременнымъ укрѣпленіемъ больной при помощи рациональнаго питанія.*

1895 года, февраля 22 дня.
С.-Петербургъ.

Врачъ Усманской больницы *В. В. Потъенко.*

⁷⁾ См. „Отчетъ о моей акушерской дѣятельности...“, въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ Болѣзней за 1893 г., № 8, 1. с.

⁸⁾ Оперативное акушерство академика *А. Крассовскаго*, 4-е изд., 1889 г., стр. 666.