

# ЖУРНАЛЪ

## АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

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

**А. М. МАКЪЕВА,**  
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

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

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

**В. Ф. СНЕГИРЕВА,**  
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

**Д. О. ОТТА,**

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

**Л. Г. ЛИЧКУСА,**

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ ІХ.

АПРѢЛЬ 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.



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

АПРѢЛЬ 1895. № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Матеріалы къ микроскопическому строенію послѣда.

Женщ.-врача К. Улезко-Строгановой.

Года два тому назадъ, по предложенію проф. *Д. О. Отта*, я занялась изученіемъ возникновенія и развитія децидуальной ткани въ періодъ беременности, дегенераціей ея въ послѣродовомъ состояніи, а также послѣдующимъ возстановленіемъ новой слизистой оболочки матки. Матеріаломъ служили кролики въ различные періоды беременности, значительное количество человѣческихъ абортонъ различнаго возраста и нѣсколько случаевъ экстирпированной беременной матки женщины въ срединѣ (V мѣс.), въ концѣ беременности и въ послѣродовомъ состояніи (14 дней послѣ родовъ).

Имѣя довольно богатый и разнообразный матеріалъ въ своемъ распоряженіи, я постепенно измѣнила своей первоначальной задачѣ, заинтересовавшись строеніемъ плацентъы, ея возникновеніемъ и послѣдующими измѣненіями въ теченіе беременности.

Знакомство съ литературой этого вопроса показало, сколько разнообразныхъ и подчасъ противорѣчивыхъ взглядовъ существуетъ въ этой области даже среди наиболѣе компетентныхъ и солидныхъ изслѣдователей. Вполнѣ сознавая поэтому всю сложность и трудность задачи и возможность ошибокъ, тѣмъ

не менѣе я беру на себя смѣлость сообщить результаты своихъ изслѣдованій, такъ какъ рядъ убѣдительныхъ микроскопическихъ картинъ, а также сопоставленіе (гдѣ это возможно) препаратовъ человѣка и кроликовъ, представляющихъ болѣе доступный матеріалъ и болѣе простыя картины, чѣмъ человѣческая placenta, даютъ намъ достаточное основаніе для опредѣленныхъ выводовъ и заключеній.

Интересъ изслѣдователей сосредоточивается главнымъ образомъ на вопросѣ о способѣ прикрѣпленія яйца къ слизистой оболочкѣ матки и о возникновеніи межворсинчатого пространства (Zottenraum), содержимое котораго служить главнымъ источникомъ для питанія и развитія плода.

Разсмотрю коротко мнѣнія, высказанныя въ этомъ направленіи различными авторами въ различное время.

*Langhans* первый, а за нимъ *Кащенко* и многіе другіе авторы даютъ обстоятельныя картины ворсинъ chorion'a.

Описываемый ранѣе покровъ ворсинокъ подъ общимъ именемъ chorionepithel, оказывается состоящимъ изъ двойнаго ряда различныхъ по своему наружному виду элементовъ. Глубокій слой, сидящій непосредственно на соединительно-тканной стромѣ ворсинъ, состоитъ изъ довольно крупныхъ, рѣзко ограниченныхъ, клѣтокъ. *Langhans* находилъ его особенно хорошо выраженнымъ въ первые мѣсяцы беременности. Этотъ слой сталъ называться, по имени впервые описавшаго его, клѣточнымъ слоемъ (Zellschicht) *Langhans*'а. Второй поверхностный, сидящій на немъ слой представляетъ однородную гомогенную массу съ ядрами. Глубокій клѣточный слой происходитъ изъ эктодерма (серознаго листка), поверхностный же материнскаго происхожденія—изъ преобразованнаго маточнаго и железистаго эпителия, что впрочемъ авторъ не считаетъ еще вполне доказаннымъ. Въ другихъ работахъ онъ говоритъ, что ворсины не вторгаются ни въ железы, ни въ материнскіе сосуды и что связь между материнскою и плодовою частями послѣда происходитъ посредствомъ востанія ворсинъ in toto въ материнскую decidua, но востаніе это ограничивается лишь ея поверхностными слоями.

*Кащенко* въ своей очень интересной работѣ описываетъ строеніе ворсинъ, ихъ двойной покровъ. Клѣточные гнѣзда, встрѣчаемыя между ворсинами—Zellknoten *Langhans*'а, онъ про-

изводить изъ клѣточного слоя *Langhans's*, независимо отъ материнской decidua, какъ это ранѣе думалъ самъ *Langhans*. По его же мнѣнію, элементы клѣточного слоя входятъ въ составъ serotin'ы. Plasmodium или поверхностный покровъ ворсинъ усѣянъ рѣсничками. Элементы клѣточного слоя возникаютъ изъ plasmodium.

*Hutabuxx*, изслѣдуя микроскопически беременную матку V мѣсяцевъ, нашла между дѣтской и материнской частями placent'ы особый слой, названный ею, согласно съ *Langhans's*омъ, canalisirtes Fibrin, который составляетъ границу между выше-названными частями и можетъ быть разсматриваемъ, какъ осадокъ изъ крови (Niederschlag) Zottenraum'a.

*Anna Reinstein-Mogilowa* различаетъ въ serotin'ѣ и reflex'ѣ слѣдующіе слои: 1) глубокой, образующій главную массу, состоитъ изъ крупныхъ богатыхъ протоплазмой клѣтокъ съ сосудами и железами; 2) этотъ слой отдѣляется отъ placentaraum тонкимъ слоемъ фибрина; 3) на немъ лежитъ слой клѣтокъ меньшихъ чѣмъ въ глубокомъ слоѣ, многоугольныхъ со свѣтлой протоплазмой; 4) подобная же ткань находится въ формѣ островковъ между ворсинками и входитъ въ клѣточный слой ворсинъ. Vera построена какъ глубокой слой serotin'ы. Это подтверждаетъ, что другой клѣточный слой serotin'ы зародышеваго происхожденія.

*Selenka* находитъ, что въ первую недѣлю развитія человѣческаго яйца вступаетъ въ тѣсную связь съ маткой, именно ворсины входятъ въ просвѣтъ железъ, такъ что ворсина состоитъ изъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ, однослойныхъ кубическихъ или призматическихъ chorionektoderm'a и плоскихъ эпителиальныхъ клѣтокъ—измѣненный эпителий маточныхъ железъ. Прежде чѣмъ ворсины достигаютъ слѣпыхъ концовъ железъ, послѣднія начинаютъ развѣтвляться.

*Keibel* находитъ эндотелій на поверхности ворсинъ. Второй наружный слой chorionepithel усѣянъ мерцательными рѣсничками.

По *Winkler's*у ворсины или свободно оканчиваются въ кавернахъ, будучи покрыты своимъ эпителиемъ или же врастаютъ въ материнскую ткань и лишены своего покрова. Ворсины входятъ въ железы и прорывая ихъ покровъ, врастаютъ въ

маточную ткань. Такимъ образомъ онъ объясняетъ кажущійся второй покровъ ворсинъ.

*Gunsser* признаетъ двойной покровъ ворсинъ, но не вездѣ. Наружный слой, syncytium встрѣчается на ворсинахъ, лежащихъ близь слизистой оболочки матки и связывающихся съ нею. Онъ происходитъ изъ материнскаго эпителия и, переходя съ serotin'ы на ворсины, обуславливаетъ связь яйца съ маткой.

*Hoffmeier* и *Klein* не находятъ двойнаго покрова ворсинъ: они считаютъ его artefactum. Ворсины врастаютъ въ decidua, а decidua встаетъ въ Zottenraum. Decidua разрушается ворсинками, проникающими до самаго мускульнаго слоя. Capalisirtes Fibrin *Humbuxx* и *Langhans's*, по мнѣнію *Hoffmeier's*, явленіе нормальное и происходитъ вслѣдствіе нарушенія питанія, какъ результатъ дегенерации deciduae.

По мнѣнію *Steffek's*, названіе этого слоя фибриномъ не удачно, слѣдовало бы называть его некротической массой.

*Hoffmeier* у же удалось прослѣдить артеріи и вены, свободно открывающіяся въ межворсинчатое пространство; въ послѣднемъ эндотелія нѣтъ.

*Kossmann* думаетъ, что межворсинчатое пространство возникаетъ среди syncytium'a, а syncytium происходитъ изъ материнскаго эпителия.

*Leopold* не допускаетъ, чтобы ворсинки внѣдрялись въ железы матки, потому что верхніе отдѣлы железъ въ беременномъ состояніи теряютъ свой эпителий.

По *Klein*'у ворсины въ serotin'ѣ и reflex'ѣ связываются съ децидуальной тканью посредствомъ нѣсколькихъ рядовъ клѣтокъ, происшедшихъ изъ ворсинъ. Эпителий на поверхности serotin'ы и reflex'ы погибаетъ въ концѣ перваго мѣсяца беременности.

По *Gottschalk*'у въ среднемъ слоѣ serotin'ы, происходятъ процессы разрушенія на счетъ разростанія ворсинъ и сосудовъ. Нижний или наружный слой serotin'ы, можно было бы назвать остающимся, ибо онъ сохраняется все время беременности. На границѣ между нимъ и остальною частью послѣда, находится слой фибрина, который есть некробіозъ распадающихся островковъ децидуальной ткани при востаніи ворсинъ.

*Strahl* считаетъ, что одинъ слой, покрывающій ворсины, происходитъ изъ эктодерма, другой—изъ материнскаго эпителия, но ворсины не врастаютъ въ железы, такъ какъ просвѣтъ железъ заполняется сильно развивающимся эпителиемъ и съ этимъ то эпителиемъ и происходитъ сляніе эктодерміальнаго слоя ворсинъ (кроликъ и др. животные).

Въ эктодерміальномъ слоѣ авторъ описываетъ ядра верхняго слоя, но не объясняетъ ихъ присутствія здѣсь. Syncytium—это маточный и железистый эпителий, превратившійся въ протоплазматическую массу съ ядрами. У хищныхъ часть его погибаетъ и всасывается эктодермой, часть образуетъ второй наружный покровъ ворсинъ. Въ Placentarrand (periplacenta др. авторовъ) syncytium отходитъ къ эктодерміальному покрову и даже вторгается въ него, отрывая его иногда отъ соединительной ткани стромы ворсины. Повидимому онъ обладаетъ даже способностью къ передвиженію.

По *Frommel*'ю, въ томъ мѣстѣ, гдѣ яйцо прилегаетъ къ стѣнкѣ матки, исчезаетъ устье железъ, такъ какъ и маточный эпителий. Соединеніе яйца съ маткой происходитъ посредствомъ эктодерма, продуцирующаго волокно-подобныя клѣтки и имѣющаго склонность образовывать эпителиальные отрѣзки. Но онъ не отрицаетъ участія въ этомъ соединеніи и материнскаго эпителия, кажущагося погибающимъ. Эпителиальные столбы и трубки въ среднемъ сосудистомъ слоѣ placent'ы, даютъ кровяныя лакуны (Blutlakunen) и, образуя кровь, анастомозируютъ съ прочими материнскими сосудами. Долгое время авторъ принималъ ихъ за разрѣзы железъ, но потомъ убѣдился, что всѣ железы погибаютъ.

Отношенія происхожденія Zellschicht'a *Langhans*'а изъ plasmodium'a (наружный покровъ ворсинъ) *Minot* согласенъ съ *Кашенко*. По *Minot*, ворсины у кролика развиваются на 10-й день и начинаютъ быстро вращать въ материнскую ткань. Съ седьмаго дня беременности происходитъ дегенерация железъ и эпителия. Въ верхнихъ своихъ отдѣлахъ, железы представляютъ рѣзкую дегенерацию: эпителий утолщается, становится многоядернымъ, просвѣтъ железъ закрывается. Monsterzells есть эмигрирующія клѣтки железистаго эпителия. Ворсины покрыты утолщеннымъ эпителиемъ areae placentalis. На 12 день

беременности дифференцируется гликогенная ткань. Онъ разсматриваетъ ее, какъ особую ткань, располагающуюся между настоящею decidua и Zottenschicht.

*Duval Mathias*, изслѣдуя placenta кролика, находитъ, что на 8<sup>1/2</sup> и 9 день беременности, эктодермiальныя выпуклины яйца входятъ не только въ отверстiя железъ, но и въ промежутки между ними, сдавливаютъ маточный эпителий, который быстро погибаетъ (атрофируется). Кровяныя лакуны лежатъ въ эктодермическихъ массахъ и суть фетальнаго происхожденiя. Послѣдъ состоитъ изъ цилиндрическихъ вѣтвящихся и анастомизирующихъ между собою шнуровъ. Стѣнка ихъ образуется толстой сплошной массой съ многочисленными зернами. Протоплазма эта есть результатъ слиянiя эктодермическихъ клѣтокъ.

*Jean Masius*, также у кроликовъ, находитъ, что на 8 день беременности эпибласть (эктодермъ) дифференцируется въ два слоя—глубокой цилиндрической и поверхностный—протоплазматическая масса съ ядрами. Въ глубокомъ встрѣчаются явленiя каріокинеза, въ поверхностномъ—никогда. Можно прослѣдить образованiе поверхностнаго слоя изъ глубокаго. Этотъ же авторъ описываетъ периваскулярныя влагалища, которыя приобрѣтаютъ материнскiе капилляры.

*Клодъ Бернардъ* въ своей статьѣ: «sur une nouvelle fonction du placenta», доказываетъ, что пока печень не начнетъ функционировать, гликогенъ выдѣляется послѣдомъ, тѣмъ отдѣломъ его, который находится между дѣтской и материнской частями. Онъ, повидимому, играетъ важную роль въ питанiи развивающагося организма.

Одинъ изъ позднѣйшихъ авторовъ, *Merttens*, признавая двойной эпителиальный покровъ ворсинъ, склоняется къ тому, что наружный слой покрова ворсинъ происходитъ изъ материнскаго эпителия, хотя находитъ въ то же время, что въ беременномъ состоянiи въ syncytium могутъ превращаться decidua, эндотелий сосудовъ и железистый эпителий. Признаетъ слой *Нитабухъ*. По мнѣнiю автора связь ворсинъ съ маточною тканью устанавливается клѣточными столбами, происходящими изъ верхушекъ ворсинъ.

Резюмируя мнѣнiя авторовъ, видимъ, что до послѣдняго времени они расходятся, даже во взглядахъ на покровъ ворсинки.

Такъ, напримѣръ, въ противоположность господствующему мнѣнію, что онъ двойной, *Hoffmeier* и *Klein* вовсе не признаютъ втораго слоя, который, по ихъ мнѣнію, результатъ искусственной обработки. Межворсинчатая гнѣзда *Langhans'*а одни принимаютъ за остатки материнской decidua, другіе (*Merttens*, *Reinstein-Mogilowa*) за клѣточные скопленія зародышеваго происхожденія. Относительно способа соединенія ворсистой оболочки съ материнскою decidua только *Merttens* и *Klein* ясно высказываются, что связь эта устанавливается посредствомъ разрощеній, происходящихъ изъ ворсинъ. Другіе же авторы думаютъ, что сами ворсины врастаютъ въ decidua, а decidua въ межворсинчатое пространство (*Hoffmeier*), наконецъ, третіи, — что въ этомъ соединеніи играютъ важную роль железы, въ которыя врастаютъ ворсины (*Selenka*, *Winkler*). Противники послѣдняго мнѣнія утверждаютъ, что железы въ верхнихъ отдѣлахъ слизистой оболочки матки погибаютъ уже вначалѣ беременности. Второй поверхностный слой ворсинъ (*syncytium*) происходитъ, по мнѣнію большинства, изъ железистаго эпителия матери и только немногіе авторы (*Кащенко*, *Minot*, *Jéan Masius*) считаютъ его зародышеваго происхожденія.

Межворсинчатое пространство, по однимъ авторамъ, первоначально возникаетъ изъ остающагося пространства между слизистой матки и яйцомъ, другіе принимаютъ его за расширенные материнскіе капилляры; наконецъ, *Kossmann*, что оно образуется среди *syncytium'*а и, слѣдовательно, также материнскаго происхожденія, такъ какъ *syncytium*, по его мнѣнію, — есть перерожденный железистый эпителий матки.

Такимъ образомъ, видно, что даже элементарные вопросы (какъ напр., тончайшее строеніе ворсинки), представляются еще спорными, поэтому дальнѣйшія изслѣдованія въ этомъ направленіи являются крайне желательными.

Начну описаніе съ межжелезистой ткани слизистой оболочки матки, которая во время беременности замѣщается децидуальною тканью и служитъ для нея источникомъ развитія. Обработывая рядъ кусочковъ слизистой оболочки матки, добытыхъ путемъ выскабливанія большею частью при заболѣваніяхъ маточной паренхимы или придатковъ матки (*metritis*, *fibromyoma* и мн. др., вполне нормальную слизистую оболочку

достать крайне трудно) флеминговой жидкостью и окрашивая срѣзы сафраниномъ или кислымъ фуксиномъ, мы получали болѣе или менѣе сходныя картины. Такъ на примѣръ, слизистая, полученная при *anteflexio* (рис. 1), особенно въ болѣе близкихъ къ свободной поверхности отдѣлахъ, среди железъ, представляетъ ткань, состоящую на первый взглядъ какъ бы исключительно изъ сплошной массы нѣжныхъ клѣточекъ. Клѣтки эти полигональной формы, различной величины, съ продолговатыми ядрами, заключающими 2—3 рѣзко окрашивающихся ядрышка. Протоплазма клѣточекъ красится крайне блѣдно или остается совершенно прозрачной. Какого либо межклѣточного вещества незамѣтно. Въ болѣе глубокихъ отдѣлахъ межжелезистая ткань утрачиваетъ чисто клѣточный характеръ и состоитъ изъ нѣжной, тонкой *reticulum*, въ петляхъ которой заложены шаровидныя густо окрашивающіяся ядра. Слизистая при фиброміомѣ даетъ ту же картину, съ тою лишь разницею, что клѣтки ее составляющіе крупнѣе, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ, и представляютъ большее количество каріокINETическихъ фигуръ. Клѣтка, ядро которой находится въ состояніи дѣленія, прозрачна и принимаетъ пузыревидную форму. Расщепляя слизистую оболочку (*anteflexio—metritis* выражень слабо) послѣ предварительной обработки ея 30% растворомъ ѣдкаго кали, получаемъ рядъ изолированныхъ клѣтокъ или небольшихъ группы ихъ. Изолированныя онѣ болѣею частью продолговаты, съ овальнымъ ядромъ, рѣдко веретенообразны, и всегда снабжены пластинчатыми отростками. Соединяясь отростками, онѣ образуютъ своеобразную ткань.

Перехожу теперь къ описанію микроскопическихъ картинъ болѣе раннихъ и свѣжихъ абортѣвъ. Обработка Флеминговой жидкостью, окраска сафраниномъ.

Препаратъ *serotin*'ы съ прилежащею плодовою частью послѣда. Согласно описанію *Леотольда* и другихъ авторѣвъ, въ *serotin*'ѣ можно различить два слоя, наружный губчатый, состоящій изъ железъ, раздѣленныхъ децидуальною тканью и внутренній, граничащій съ *chorion*, образуемый сплошь децидуальною тканью—это такъ называемый компактный слой авторѣвъ.

Децидуальная ткань имѣетъ видъ чисто эпителиальной ткани (рис. 2 и 4). Она состоитъ изъ крупныхъ клѣтокъ съ боль-

шимъ овальнымъ или шаровиднымъ слабоокрашивающимся ядромъ. Протоплазма ихъ совершенно прозрачная или нѣжно-зернистая, иногда вакуолизируется. Клѣтки тѣсно прилежатъ одна къ другой, не оставляя мѣста для какого либо промежуточного вещества. По формѣ онѣ овальныя или удлиненныя, а въ болѣе глубокихъ слояхъ становятся мельче и принимаютъ веретенообразную форму. Среди клѣтокъ децидуальной ткани встрѣчаются мѣстами группы мелкихъ и средней величины клѣточекъ, обыкновенно шаровидной формы. Нѣкоторыя изъ нихъ вполнѣ сходны съ простыми лейкоцитами. Въ описываемыхъ болѣе мелкихъ клѣткахъ въ свѣжихъ случаяхъ часто встрѣчаются ядра дѣленія, между тѣмъ какъ въ крупныхъ децидуальныхъ клѣткахъ явленія каріокинеза наблюдается крайне рѣдко.

Обрабатывая свѣжую decidua 30% растворомъ ѣдкаго кали и расщепляя препаратъ иглами, удастся получить множество изолированныхъ децидуальныхъ клѣтокъ или собранныхъ въ небольшія группы (рис. 3). Каждая клѣтка снабжена нѣжными прозрачными пластинчатыми отростками, представляющимися въ профиль нитевидными. На маленькихъ группахъ можно прослѣдить (толкая покровное стеклышко иглой и давая такимъ образомъ различныя положенія одной и той же клѣткѣ), что связь ихъ происходитъ такимъ образомъ, что одна клѣтка ложится между отростками другой. Слѣдовательно, здѣсь повторяется таже картина, что и въ вышеописанной межжелезистой ткани по крайней мѣрѣ въ верхнихъ отдѣлахъ послѣдней, но въ гораздо большемъ масштабѣ. Получается впечатлѣніе, что децидуальная ткань—таже межжелезистая, но находящаяся въ особенно благоприятныхъ условіяхъ питанія, позволяющихъ отдѣльнымъ клѣткамъ разрастаться до громадныхъ размѣровъ, разъ въ 10—20 большихъ, чѣмъ въ обыкновенномъ состояніи.

Сосуды deciduae и железы, сохранившіяся въ болѣе глубокихъ слояхъ ея, протерпѣваютъ рѣзкія измѣненія, капилляры чрезвычайно расширены и представляютъ своеобразныя измѣненія эндотелія. Клѣтки послѣдняго сильно набухаютъ и мѣстами выдаются даже въ просвѣтъ. Железы становятся извилистыми, расширяются. Эпителій, ихъ выстилающій, также набухаетъ, такъ что мѣстами границы между клѣтками совершенно про-

падаютъ. Иногда клѣтки отрываются и, наполняя собою, просвѣтъ, подвергаются дальнѣйшему разрушенію.

Чтобы уяснить себѣ дальнѣйшія измѣненія децидуальной ткани и сосудовъ въ ней заключающихся,—въ различные періоды беременности,—обратимся къ изученію нѣкоторыхъ оболочекъ яйца, именно ворсистой оболочки, которая, связываясь съ decidua, несомнѣнно измѣняетъ ея строеніе.

Познакомимся же прежде всего съ основнымъ элементомъ ворсистой оболочки—ворсинкой—и затѣмъ опишемъ общую ея картину.

Препаратъ 3-хъ недѣльнаго аборта. Обработка Флеминговой жидкостью, окраска сафраниномъ (рис. 5). Ворсинки перерѣзаны вдоль и поперекъ. Строма ворсинки состоитъ изъ нѣжныхъ отростчатыхъ клѣтокъ, соединяющихся концами своихъ развѣтвленій, и заложенныхъ въ почти безструктурномъ или слабозернистомъ основномъ веществѣ. Кромѣ отростчатыхъ элементовъ замѣчается еще другой видъ клѣтокъ, довольно большихъ, круглыхъ почти пузыревидныхъ, съ нѣжной прозрачной, неокрашающейся протоплазмой и интенсивно окрашивающимся ядромъ. Въ послѣднемъ нерѣдко наблюдаются явленія каріокинеза. (Повидимому эти клѣтки участвуютъ въ образованіи эмбриональныхъ сосудовъ). Въ толщѣ ворсины проходятъ капилляры съ узкимъ или широкимъ просвѣтомъ, съ эндотельальной стѣнкой, набитые ядерными красными кровяными шариками—эритрокаріоцитами; отсутствіе лейкоцитовъ въ сосудахъ. Это зародышевая кровь. Нерѣдко можно видѣть, что капилляры проходятъ въ периферіи стромы ворсинки, тѣсно прилегая къ самому покрову ея. Эритрокаріоциты встрѣчаются и внѣ капилляровъ,—быть можетъ, они попали сюда вслѣдствіе экстрavasата. Встрѣчаются здѣсь, въ стромѣ ворсинки, и безъядерные шарики, эритроциты, которые въ капиллярахъ вовсе не наблюдаются. Иногда удается видѣть внѣдрѣніе ихъ между клѣтками покрова ворсинъ со стороны межворсинчатого пространства, въ которомъ циркулируетъ материнская кровь.

Перейдемъ теперь къ покрову ворсинъ. Въ раннія стадіи беременности, какъ въ данномъ случаѣ, въ немъ можно различить совершенно отчетливо двойной слой различнаго

строения—глубокий и поверхностный. Глубокий, сидящий непосредственно на стромѣ ворсинъ, состоитъ изъ довольно крупныхъ, круглыхъ или овальныхъ, пузыревидныхъ клѣтокъ, (какъ бы раздувшихся), протоплазма которыхъ совершенно не окрашивается и прозрачна, и круглое же или овальное ядро, находящееся зачастую въ состояніи дѣленія.

Сравнивая ихъ съ круглыми клѣтками, разбѣянными въ стромѣ ворсинъ, названными *Кащенко* блуждающими, нельзя не уловить полного тождества между ними. Поверхностный же слой покрова ворсинъ, состоитъ изъ сплошной протоплазматической массы съ ядрами. Ни при какихъ способахъ обработки, не удастся найти какія-либо границы въ этой массѣ, которыя указывали бы на клѣточное строеніе ея. Это такъ называемый *syncytium* однихъ и *plasmodium* другихъ авторовъ. Въ ядрахъ наружнаго слоя, никогда не наблюдаются явленія дѣленія.

Если просмотрѣть рядъ препаратовъ раннихъ абортонъ, обработанныхъ спиртомъ, Мюллеровской или Флеминговой жидкостью, то нерѣдко можно замѣтить, преимущественно на спиртныхъ препаратахъ (рис. 6), что въ протоплазматической массѣ лежатъ элементы, аналогичные элементамъ глубокаго слоя, но гораздо меньшихъ размѣровъ и погруженные въ вышеупомянутую безструктурную массу. Передъ нами какъ бы остатки клѣтокъ глубокаго слоя, протоплазма которыхъ уменьшается, превращаясь въ гомогенное вещество *syncytium*'а.

Многочисленные почки, которыя отходятъ съ различныхъ сторонъ отъ болѣе крупныхъ ворсинокъ и составляютъ столь характерный атрибутъ ворсинки—представляютъ по своему строенію ничто иное, какъ сейчасъ описанный многоядерный *plasmodium*. На этомъ же препаратѣ замѣчаются мѣста, гдѣ глубокий клѣточный слой измѣняется, клѣтки его уплощаются, становятся веретенообразными или даже вовсе пропадаютъ. За то *plasmodium* лежитъ болѣе широкой полосой.

На основаніи описанныхъ картинъ и ниже слѣдующихъ данныхъ, я склонна думать, что протоплазматическій слой покрова ворсинъ зародышеваго происхожденія и можетъ быть рассматриваемъ, какъ измѣненный клѣточный слой *Langhans*'а. Замѣчу кстати, что клѣточный слой нерѣдко располагается въ два и болѣе рядовъ клѣтокъ.

Въ болѣе раннихъ періодахъ беременности, на разрѣзахъ между ворсинами встрѣчаются въ различныхъ мѣстахъ большія или меньшія группы клѣтокъ. Клѣтки эти имѣютъ полиэдрическую форму, съ крупными ядрами и нѣжно-зернистой протоплазмой. Многія изъ нихъ заключаютъ ядра въ состояніи дѣленія. По окружности такого клѣточного гнѣзда, располагается syncytium непрерывно или мѣстами прерываясь. Возникаетъ вопросъ, что это за клѣточные скопления?

Полное наружное сходство съ глубокимъ слоемъ ворсинчатого покрова еще не рѣшаетъ вопроса. Но не трудно убѣдиться на микроскопическихъ препаратахъ, что клѣтки глубокаго слоя непосредственно переходятъ въ эти клѣточные скопления. Слѣдовательно, такъ называемые *Zellknoten Langhans's* а несомнѣнно зародышевого, а не материнскаго происхожденія и ни въ какомъ случаѣ не части материнской deciduae, какъ это считаютъ нѣкоторые авторы (*Hoffmeier* и другіе, а ранѣе и самъ *Langhans*). Между клѣтками такихъ гнѣздъ видны большія или меньшія syncytial'ныя массы съ мелкими ядрами.

На препаратахъ болѣе позднихъ періодовъ беременности (препаратъ V мѣсячной беременности и плацент'ы послѣ срочныхъ родовъ), количество клѣточныхъ скопленій уменьшается до полного исчезновенія ихъ. Ворсинки все болѣе и болѣе возрастаютъ въ числѣ и тѣснѣе прилегаютъ другъ къ другу. Строеніе ворсинки также рѣзко измѣняется. Строма ея состоитъ изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ (V мѣсячн. беремен.), соединяющихся концами своихъ отростковъ. Возникающія, такимъ образомъ, петли инфильтрированы частью блуждающими клѣтками втораго ряда, частью лейкоцитами. Зародышевые сосуды развиваются въ громадной степени, такъ что въ послѣродовой плацентѣ почти вся толща ворсины занята различной ширины капиллярами съ ихъ эндотелиемъ и эмбриональною кровью. Содержимое сосудовъ въ позднѣйшее время (съ 3-го мѣсяца беременности), составляютъ уже безъядерные эритроциты. Покровъ ворсинокъ также измѣняется. Глубокій клѣточный слой уплотняется, клѣтки его принимаютъ веретенообразную форму и мѣстами совершенно пропадаютъ. Наружный протоплазматическій слой принимаетъ видъ узкой гомогенной полосы съ ядрами, покрывающей всю поверхность ворсинъ.

Познакомившись съ строеніемъ ворсинки въ различные періоды беременности, рассмотримъ теперь тотъ отдѣлъ послѣда, гдѣ происходитъ соединеніе между материнскою и плодовою его частью.

Абортъ около 2 мѣсяцевъ беременности. Обработка флеминговою жидкостью (рис. 4).

Первое впечатлѣніе, которое получается при взглядѣ на границу соединенія ворсистой оболочки съ материнскою частью placenta, таково, что ворсины какъ будто врастаютъ въ подлежащую материнскую decidua.

При ближайшемъ изслѣдованіи оказывается, что въ ворсинѣ происходитъ цѣлый рядъ измѣненій и что въ этомъ сліянніи наиболѣе активная роль выпадаетъ на долю ворсистой оболочки. Въ томъ отдѣлѣ ворсины, посредствомъ котораго она связывается съ материнской decidua, syncytium исчезаетъ, въ тоже время какъ клѣточный слой *Langhans's*, начинаетъ усиленно пролиферировать, образуя различной величины клѣточные разрощенія, которыя незамѣтно теряются въ материнской decidua, смѣшиваясь съ ея элементами. Ворсины густо лежатъ другъ возлѣ друга и каждая изъ нихъ въ мѣстѣ соединенія съ материнской decidua, благодаря разрощенію клѣточного слоя, участвуетъ въ образованіи почти сплошнаго слоя клѣточной ткани, лежащаго на границѣ между *Zottenraum* (межворсинчатое пространство) съ его ворсинками и материнской decidua и непосредственно переходящаго въ послѣднюю.

Образовавшаяся, такимъ образомъ, ткань совершенно идентична тѣмъ клѣточнымъ гнѣздамъ, которыя описаны выше, и при первомъ взглядѣ также похожа на материнскую decidua. Но при ближайшемъ знакомствѣ между ними оказывается существенное отличіе. Такъ какъ источникъ происхожденія этой ткани для насъ очевиденъ, таковымъ является клѣточный слой *Langhans's*, составляющій неотъемлемую принадлежность ворсины, то поэтому, согласно предложенію *Merttens's*, будемъ называть его decidua foetalis въ отличіе отъ decidua uterina, происшедшей изъ межжелезистой соединительной ткани слизистой оболочки матки. Decidua foetalis состоитъ изъ многоугольныхъ однообразныхъ по величинѣ клѣтокъ, съ нѣжной протоплазмой и съ крупными ядрами, въ которыхъ нерѣдко

видны фигуры дѣленія. Клѣтки же deciduae uterinae весьма различны по величинѣ; послѣдняя колеблется отъ небольшой, немногимъ превосходящей величину лейкоцита и до огромныхъ размѣровъ. Какъ выше описано, онѣ имѣютъ наклонность вытягиваться и приближаются къ веретенообразной формѣ, между тѣмъ какъ клѣтки deciduae foetalis, большею частью, сохраняютъ свою полиэдрическую форму. Между ними не наблюдается никакихъ мелкоклѣточныхъ скопленій, что присуще decidua uterina. Наконецъ, какъ на особенность этого слоя (decid. foetal.) слѣдуетъ указать, что во многихъ мѣстахъ препарата между клѣтками decid. foetalis замѣчается большее или меньшее количество какой-то безструктурной массы, которая окружаетъ болѣе или менѣе то одну клѣтку, то небольшую группу ихъ (2—3 и болѣе). Часто это вещество заключаетъ въ себѣ большее скопленіе ядеръ, густо окрашивающихся сафраниномъ и фуксиномъ. Въ общемъ оно напоминаетъ собою syncytium и представляетъ, вѣроятно, ничто иное какъ метаморфизировавшіяся клѣтки dec. foetalis.

Слѣдовательно, decidua слагается изъ двухъ тканей различнаго происхожденія—одна decidua uterina, возникающая изъ межжелезистой ткани слизистой оболочки матки, измѣняющейся подъ влияніемъ новыхъ условій питанія, и другая, непосредственно сливающаяся съ нею, decidua foetalis, происшедшая изъ клѣточного слоя ворсинъ (ektoderm). Поверхность тѣхъ участковъ deciduae foetalis, съ которой не спаяны ворсины, т. е. со стороны Zottenraum, покрыта также syncytium. Такимъ образомъ, стѣнка полости, въ которой находятся ворсины, — выстлана на всемъ протяженіи syncytium'омъ, *который замѣняетъ собою эндотелій.*

Какъ упомянуто выше, нельзя усмотрѣть опредѣленной и рѣзкой границы между обоимъ рода decidua. Повидимому элементы deciduae foetalis цугами вростають въ decidua uterina и, благодаря тому, что нѣкоторыя клѣтки материнской deciduae, болѣе молодыя, по величинѣ и формѣ весьма напоминають элементы фетальнаго слоя, мы лишены возможности положить рѣзкую границу между ними. Однакоже нерѣдко сопровождающіе ихъ остатки syncytium'a позволяютъ отличить ихъ отъ клѣтокъ материнской deciduae. Такимъ образомъ, на разрѣзахъ

онѣ располагаются въ decidua uterina или въ видѣ отпрысковъ, исходящихъ изъ слоя dec. foetalis или образуютъ различной величины группы и островки полигональныхъ клѣтокъ, располагающихся среди decid. uter. Фибринознаго слоя *Нитабухъ*, признаваемаго *Reinstein-Mogilowa* и другими, какъ постоянную границу между обѣими decidua, я не могла констатировать. Въ болѣе позднія стадіи беременности подобный слой встрѣчается, но никогда не бываетъ непрерывнымъ.

Въ позднѣйшія стадіи беременности decidua uterina въ болѣе глубокихъ слояхъ, гдѣ она еще сохраняется, измѣняется въ значительной степени. Клѣтки ея все болѣе и болѣе сплющиваются, принимаютъ веретенообразную форму. Между ними появляется особое межклѣточное вещество, состоящее изъ гомогенной или нѣжно-зернистой массы. Инфильтратъ безцвѣтными шариками увеличивается. Decidua же foetalis встрѣчается въ свѣжемъ состояніи до конца беременности, въ самыхъ верхнихъ своихъ отдѣлахъ, въ которые непосредственно переходятъ ворсины. Цуги же клѣтокъ, вступающіе изъ нея въ decidua uterina, подвергаются регрессивнымъ процессамъ, также какъ и граничащая съ ними decidua uterina. Вслѣдствіе механическаго давленія и нарушенія питанія, послѣдняя повидимому подвергается коагуляціонному некрозу, превращаясь въ безструктурную или волокнистую массу, проникнутую множествомъ разныхъ величинъ ядеръ и ядрышекъ, подвергающихся хроматолизу и распадающихся на мелчайшія зернышки. Встрѣчается не мало лейкоцитовъ и распадающихся клѣтокъ deciduae. Таково именно измѣненіе частей dec. uter., непосредственно граничащихъ съ decidua foetalis. Между тѣмъ, какъ болѣе глубокіе ея слои, повторяю, представляютъ лишь уплощеніе клѣтокъ и увеличеніе инфильтрата и межклѣточного вещества. Дальнѣйшія измѣненія, которыя претерпѣваютъ эктодерміальныя разрощенія или элементы dec. foetalis въ decidua uterina, можно прослѣдить на нижеслѣдующихъ препаратахъ, къ описанію которыхъ мы и переходимъ.

Два случая абортовъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ беременности (А и В). Железы въ компактномъ слоѣ почти пропадаютъ, сохраняясь лишь въ болѣе глубокихъ частяхъ deciduae. Эпителій ихъ теряетъ рѣснички, становится кубическимъ, часто уплощается

еще болѣе, напоминая собою эндотелій и только на границѣ съ мышечнымъ слоемъ и еще болѣе между мышечными пучками (въ началѣ беременности въ глубинѣ слизистой оболочки, происходитъ сильное развитіе железъ, такъ что онѣ заходятъ даже въ мышечный слой) онѣ сохраняютъ болѣе или менѣе свой прежній видъ.

Измѣняясь, клѣтки железистаго эпителія сильно набухаютъ и почти сливаются между собою, такъ что границы между отдѣльными клѣтками пропадаютъ. Часто клѣтки отрываются отъ своего основанія и попадая въ просвѣтъ железы, претерпѣваютъ дальнѣйшій регрессивный метаморфозъ. При этомъ какъ на особенность железъ съ внѣшней стороны слѣдуетъ указать, что, хотя поперечникъ ихъ значительно увеличивается, но противоположныя стѣнки ихъ обыкновенно спадаются, иногда до полного взаимнаго соприкосновенія. Мѣстами можно видѣть железы, наполненныя кровью, очевидно, это явленіе патологическое, — результатъ кровоизліанія.

Въ decidua встрѣчается масса капилляровъ различной толщины, отъ небольшой равной діаметру краснаго шарика и до огромныхъ размѣровъ, являющихся въ формѣ настоящихъ кавернъ. Стѣнки материнскихъ капилляровъ выстланы эндотеліемъ, отдѣльныя клѣтки котораго сильно разбухаютъ и вдаются въ просвѣтъ.

На препаратахъ А (2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсячный абортъ; кусочекъ взять во всю толщю со стороны послѣда) можно различить три отдѣла, на которые онъ распался еще до обработки. Онъ былъ тщательно обработанъ и заключенъ въ фотоксилинъ.

Начнемъ съ самаго наружнаго слоя, обращеннаго къ мышечной стѣнкѣ матки.

Здѣсь мы видимъ довольно хорошо сохранившуюся decid. uterina съ характерными клѣтками, между которыми встрѣчается значительный инфильтратъ многоядерныхъ лейкоцитовъ и одноядерныхъ шариковъ, также напоминающихъ лейкоцитовъ, железъ и сосуды въ такомъ видѣ, какъ описаны выше.

Слѣдующій слой (рис. 7), находящійся между decidua uter. и ворсистой оболочкой, представляетъ довольно сложную картину. Повидимому основной тканью, какъ въ предшествующемъ слое, здѣсь служитъ decidua ut. (компактный слой авторовъ).

Тѣже крупныя, веретенообразно вытянутыя клѣтки децидуальной ткани, хотя въ меньшемъ количествѣ, заключающія между собою какое то гомогенное или слабозернистое межклѣточное вещество. Колоссальный инфильтратъ ядрами, ядрышками и зернышками, интенсивно окрашивающимися гематоксилиномъ, мельчайшія зернышки представляютъ, вѣроятно, результатъ распада клѣточныхъ ядеръ. Масса многоядерныхъ лейкоцитовъ, считающихся нѣкоторыми авторами (*Усковъ*) болѣе старыми, находящимися въ состояніи регрессивнаго измѣненія. Встрѣчаются мѣста, состоящія исключительно изъ описаннаго инфильтрата, погруженнаго въ гомогенную или слабо-зернистую массу.

За то большими или меньшими гнѣздами находимъ хорошо сохранившуюся ткань, состоящую изъ довольно крупныхъ клѣтокъ, съ большими круглыми ядрами. Клѣтки эти овальной или полиэдрической формы и тѣсно лежатъ другъ возлѣ друга, раздѣляясь, впрочемъ, на иныхъ препаратахъ нѣкоторымъ количествомъ гомогеннаго вещества. Описываемая ткань вполне аналогична той, которая здѣсь видна на мѣстѣ соединенія ворсинъ съ этимъ слоемъ или же лежащей гнѣздами (*Zellknoten Langhans'a*) между ворсинами. Очевидно, передъ нами участки *deciduae foetalis*. Наконецъ, въ этомъ же слоѣ видны различной величины полости, ограниченныя неопредѣленнымъ волокнистымъ веществомъ, пропитаннымъ мелкими зернышками. Полости заключаютъ кучи многоядерныхъ лейкоцитовъ и гомогенные комки различныхъ величинъ, круглой и неправильной формы. Нѣкоторые шарообразные комки заключаютъ еще остатки ядра.

Подобную же картину видимъ и на препаратѣ *B* (другого аборта  $2\frac{1}{2}$  мѣсячной беременности). Обработка, какъ и предыдущаго, спиртомъ, окраска гематоксилиномъ.

Въ немъ (рис. 8) замѣчается меньше регрессивныхъ явленій, чемъ въ предыдущемъ. Основная ткань данной картины, децидуальная, состоитъ изъ большихъ веретенообразныхъ клѣтокъ, между которыми большее или меньшее количество безструктурнаго или волокнистаго вещества и множество инфильтрирующихъ ее одноядерныхъ, рѣже многоядерныхъ лейкоцитовъ. Кромѣ того, встрѣчаются въ различномъ количествѣ, небольшими группами кругловатыя клѣтки средней величины,

съ довольно крупнымъ сильно красящимся ядромъ. Особенно много ихъ около полостей, которыя, находясь здѣсь въ значительномъ количествѣ, придаютъ decidua рѣшетообразный видъ. Полости эти различной величины и крайне разнообразной формы. Клѣтки децидуальной ткани, непосредственно ограничивающей полости, принимаютъ веретенообразную форму.

На препаратѣ отчетливо выступаетъ содержимое полостей. Оно состоитъ изъ крупныхъ шаровидныхъ клѣтокъ, съ крупнымъ же ядромъ. Иногда вся полость выполнена такими клѣтками, иногда же послѣднія распадаются. Распадъ начинается обыкновенно съ центральныхъ клѣтокъ и постепенно распространяется къ периферіи. Получаются различной величины гомогенные комки и комочки, густо окрашивающіяся ядра и ядрышки и мелко-зернистый распадъ. Полости, въ которыхъ клѣточное содержимое уже распалось, наполнены кровью.

Кромѣ того, въ decidua и здѣсь встрѣчаются расширенные капилляры съ разбухшимъ эндотелиемъ на стѣнкахъ.

Сопоставляя эти картины съ препаратами, описанными выше, становится очевиднымъ, что полости, образующіяся въ decidua uterina, въ ея компактномъ слоѣ, происходятъ на счетъ вторженія и послѣдующаго распада эктодермальныхъ отпрысковъ.

Такимъ образомъ, по нашему мнѣнію, въ decidua, кромѣ материнскихъ сосудовъ, встрѣчаются еще сосудистыя полости, происшедшія при участіи ворсистой оболочки. Сообщение этихъ кровеносныхъ лакунъ съ материнскими сосудами происходитъ, вѣроятно, такимъ образомъ, что клѣточные разрощенія deciduae foetalis прорываютъ стѣнку встрѣчающихся на пути капилляровъ, что можно видѣть и на нѣкоторыхъ препаратахъ (пр. V мѣс. беремен.).

На препаратѣ трубной беременности виденъ расширенный капилляръ, одна стѣнка котораго выстлана набухшимъ эндотелиемъ, а противоположная образуется клѣтками deciduae foetalis.

Туже картину находимъ и въ болѣе позднія стадіи беременности.

Исслѣдуемъ, напр., препаратъ матки V мѣсячной беременности, удаленной по случаю рака.

Непосредственно къ ворсистой оболочкѣ примыкаетъ узкій слой *deciduae foetalis*, состоящій изъ клѣтокъ, густо лежащихъ въ гомогенной или слабо-зернистой массѣ. Слѣдующій слой, сидящій непосредственно на *muscularis*, представляетъ рядъ различной величины полостей, разграничивающихся между собою нетолстыми перекладинами; послѣднія образуются сплюснутыми веретенообразными клѣтками *decid. uter.*, заложенными въ нѣжно волокнистой массѣ, незначительно инфильтрированной лейкоцитами. Кроме того, здѣсь же наблюдаются въ значительномъ количествѣ группы многоядерныхъ клѣтокъ. Иногда удается различить границы между отдѣльными клѣтками, которыя на первый взглядъ кажутся слившимися между собою и образующими многоядерный плазмодій <sup>1)</sup>. Стѣнки однѣхъ изъ полостей одѣты разбухшимъ, но сохранившимъ свою характерную веретенообразную форму, эндотелиемъ. Въ другихъ же полостяхъ — одна стѣнка выстлана такимъ же эндотелиемъ, а противоположная — въ 1—2 и болѣе рядовъ элементами нѣсколько иного типа, похожими на клѣтки *deciduae foetalis*. Это шаровидныя и полиэдрическія клѣтки съ большимъ ядромъ. Очевидно, передъ нами отпрыски *deciduae foetalis*, прорвавшіе стѣнку материнскихъ капилляровъ. Глубже къ *muscularis* видны железы въ видѣ чрезвычайно растянутыхъ полостей съ разбухшимъ эпителиемъ, потерявшимъ границы между отдѣльными элементами. Во многихъ мѣстахъ онъ отторгается отъ стѣнокъ и, попадая въ полость, разрушается. Противоположныя стѣнки железистыхъ полостей спадаются и железы атрофируются, какъ это видно и на другихъ препаратахъ.

Такимъ образомъ клѣточные отростки *deciduae foetalis*, вторгаясь въ *decidua uterina* и раздвигая ея клѣтки, образуютъ различной величины клѣточные гнѣзда, которыя увеличиваются, благодаря продолжающейся пролифераціи составляющихъ ихъ клѣтокъ и по немногу рѣзко обособляются среди окружающей ихъ ткани. Клѣтки *deciduae uterinae* располагаются вокругъ нихъ въ нѣсколько слоевъ, вытягиваясь веретенообразно, иногда же некротизируются. Клѣтки, составляющія гнѣзда, про-

<sup>1)</sup> Къ сожалѣнію, этотъ рѣдкій препаратъ былъ замороженъ въ свѣжемъ состояніи, поэтому получилась нѣсколько измѣненная картина. Кристаллы льда раздвинули отдѣльные элементы и нарушили тончайшее отношеніе между ними.

лиферируютъ и растутъ, достигая иногда значительнаго объема. Затѣмъ (это обыкновенно начинается съ центра), онѣ отдѣляются другъ отъ друга, становятся свободными и принимаютъ совершенно шаровидную форму. Протоплазма ихъ начинаетъ распадаться, ядра сплющиваются и подвергаются хроматолизу и вся клѣтка распадается на неправильной формы комочки и зернышки. Когда процессъ разрушенія клѣтокъ распространяется на все гнѣздо, то получаютъ различной величины, иногда значительныхъ размѣровъ полости. Нѣкоторыя изъ нихъ заняты кровью, смѣшанною съ остатками разрушившихся клѣтокъ. Что же касается до самаго периферическаго слоя клѣтокъ, то весьма возможно, что онѣ, принимая веретенообразную форму, замѣняютъ собою эндотелій возникающихъ такимъ образомъ кровяныхъ лакунъ. На нѣкоторыхъ препаратахъ видно, какъ клѣточные отпрыски *deciduae foetalis* прокладываютъ себѣ путь до самыхъ кровеносныхъ сосудовъ матери, прорывая ихъ стѣнку; такимъ образомъ устанавливается анастомозъ кровеносныхъ лакунъ съ сосудами матери.

Изъ описанныхъ только что картинъ, можно вывести слѣдующее заключеніе. *Decidua foetalis* служитъ не только главнымъ связующимъ звеномъ, между дѣтской и материнской плацент'ой, но кромѣ того, ей свойственна еще другая не менѣ важная роль, именно, давая отпрыски въ *decidua uterina*, входящіе до сосудовъ матери и въслѣдствіе разрушающіеся, она, вѣроятно, служитъ для увеличенія кровяннаго русла, что является необходимымъ для достаточнаго питанія растущаго и развивающагося плода.

Способъ отдѣленія *deciduae et placentae* во время родовъ, а также слѣдующее возстановленіе слизистой оболочки, хорошо видимъ на препаратѣ матки (рис. 9), удаленной на 14 день послѣ родовъ, по случаю рака шейки. Разсматриваемый препаратъ представляетъ двойной интересъ. Во 1-хъ, здѣсь крайне демонстративно возстановленіе железъ и слизистой оболочки, и во 2-хъ, благодаря случайному частичному задержанію послѣда, можно видѣть, какъ происходитъ отторженіе *deciduae* и *placentae*. Уже макроскопически замѣтно, что питанная кровью масса, возвышающаяся надъ стѣнкой матки, мѣстами отдѣляется отъ нея различной величины щелями.

Подъ микроскопомъ, дѣйствительно, различается молодая слизистая оболочка на мышечномъ слоѣ съ прилежащимъ къ ней остаткомъ послѣда. Послѣдній представляетъ рѣшетообразный видъ; крупныя полости, раздѣленные тонкими перегородками, наполнены свернувшейся кровью. Какъ стѣнка полостей, такъ и тотъ участокъ deciduae, который отдѣляется отъ молодой восстанавливающейся mucosae, представляетъ некротическую массу. Она состоитъ изъ какой-то безформенной, слегка зернистой или волокнистой ткани, проникнутой массой различныхъ разрушающихся тѣлецъ. Здѣсь видны и многоядерные лейкоциты, всевозможныя ядра, ядрышки, мельчайшія густокрасящіяся зернышки, ядра съ остатками протоплазмы бывшихъ децидуальныхъ клѣтокъ и, наконецъ, красныя кровяныя шарики. Какъ мертвая, эта ткань отторгается отъ вновь растущей слизистой оболочки. Послѣдняя восстанавливается изъ железъ съ прилежащею къ нимъ соединительною тканью, которыя сохранились до конца беременности среди мышечныхъ пучковъ.

Совершенно аналогичная картина восстановленія молодой слизистой оболочки, была мною констатирована на препаратѣ матки, въ одномъ случаѣ gravid. extrauterinae (женщина умерла на 3-й день послѣ чревоушибленія). Железы находятся здѣсь въ значительномъ количествѣ. Онѣ имѣютъ небольшой просвѣтъ и перерѣзаны вдоль и поперекъ. Перерѣзанныя въ длину онѣ вытягиваются въ видѣ нѣжныхъ трубочекъ къ свободной поверхности возрождающейся mucos'ы, край которой неровенъ, обнаженъ, а мѣстами покрытъ еще небольшими участками некротической массы. Покровъ молодыхъ железъ состоитъ изъ тонкихъ и высокихъ цилиндрическихъ клѣточекъ, усѣянныхъ на свободной поверхности рѣсничками.

Перехожу теперь къ выводамъ, которые можно сдѣлать при изученіи вышеописанныхъ микроскопическихъ картинъ.

1) Во всѣхъ періодахъ беременности ворсинка имѣетъ двойной покровъ, какъ это впервые описалъ *Langhans* въ болѣе раннія стадіи ея, затѣмъ *Кашенко* и цѣлый рядъ другихъ авторовъ. Внутренній—клѣточный слой *Langhans*'а и syncytium или plasmodium—наружный слой. Въ позднѣйшіе періоды беременности, клѣточный слой вслѣдствіе уплощенія клѣтокъ его

составляющихъ, констатируется съ большимъ трудомъ, но онъ несомнѣнно имѣется. Элементы клѣточного слоя *Langans's* а не всегда располагаются въ одинъ рядъ. *Kossmann* не правъ, утверждая, что этотъ слой всегда одиночный. Не трудно убѣдиться, что клѣтки его располагаются въ 2—3 и болѣе рядовъ, образуя иногда цѣлыя гнѣзда, (межворсинчатая гнѣзда—*Zellknoten* авторовъ). Цѣлый рядъ наблюдений показываетъ, что онъ происходитъ изъ эктодерма—серознаго листка яйца.

2) Что же касается до *plasmodium's* или *syncytium's*, покрывающаго ворсины снаружи, то въ противоположность господствующему мнѣнію, признающему его за метаморфозированный железистый и маточный эпителий, мы склонны считать его за измѣненный клѣточный слой. Главныя работы, на которыя обыкновенно ссылаются авторы (*Kossmann*, *Merttens* и др.), считающіе *syncytium* материнскаго происхожденія, работы *Frommel's*, *Strahl's*, *Selenka*, заключаютъ въ себѣ нѣкоторыя противорѣчія. Такъ напр., *Frommel* утверждаетъ, что железы погибаютъ и *syncytium* возникаетъ изъ децидуальной ткани, тогда какъ *Strahl* придаетъ большую роль железистому эпителию.

Мое же мнѣніе основывается на слѣдующихъ данныхъ. На препаратѣ 3-хъ недѣльнаго аборта, обработанномъ спиртомъ, вокругъ ядеръ протоплазматическаго злая ясно видны остатки клѣточного тѣла, весьма напоминающія клѣтки глубокаго слоя.

Выше мы сдѣлали подробное описаніе тѣхъ измѣненій, которыя, повидимому, претерпѣваютъ элементы клѣточного слоя при переходѣ его въ *plasmodium*. Въ беременномъ состояніи многія ткани претерпѣваютъ сходный метаморфозъ, такъ напр., железистый эпителий, эндотелій сосудовъ и децидуальная ткань (*Kossmann*, *Frommel*).

Поэтому невозможно дѣлать заключеніе о происхожденіи одной ткани изъ другой, только лишь на основаніи ихъ внѣшняго сходства. Картины же *Strahl's*, на которыхъ онъ изображаетъ въ эктодермическомъ слоѣ ворсинъ ядра или даже цѣлыя участки наружнаго слоя, доказываютъ скорѣе генетическую связь между обоими слоями, чѣмъ способность наружнаго слоя къ произвольному движенію.

Далѣе, на препаратѣ ранняго аборта, обработанномъ Флеминговой жидкостью, мѣстами видно, что исчезаніе клѣточного слоя, сопровождается утолщеніемъ и набуханіемъ syncytium'a, какъ будто бы это утолщеніе происходитъ на счетъ клѣточного слоя.

Какъ упомянуто выше, при вѣдрѣніи клѣтокъ втораго пролиферирующаго слоя въ decidua uterina, мы видѣли, что клѣтки decid. foetalis сопровождаются различной толщины полосками гомогенной массы съ интенсивно красящимися ядрами или безъ нихъ. Это безформенное вещество окружаетъ болѣе или менѣе одну клѣтку или небольшую группу ихъ и даетъ возможность различить элементы dec. f. отъ dec. ut. На препаратѣ двухъ мѣсячнаго аборта, обработанномъ Флеминговой жидкостью, между элементами клѣточныхъ островковъ (Zellknoten) замѣчаемъ также присутствіе этого гомогеннаго вещества съ ядрами или безъ нихъ. Оно окружаетъ отдѣльныя клѣтки или группы ихъ. Протоплазма клѣтокъ, окруженныхъ syncytial'ными массами, уменьшается, какъ будто таетъ въ периферіи и получается впечатлѣніе, что гомогенное межклѣточное вещество есть *измѣненная протоплазма* самыхъ клѣтокъ. Наконецъ, на препаратѣ матки, удаленной вслѣдствіе разрыва ея въ концѣ срочной беременности, на стѣнкѣ которой остался кусокъ послѣда, видно, что группы клѣтокъ глубокаго слоя, сливаясь между собою, превращаются въ большія протоплазматическія образованія съ значительнымъ количествомъ ядеръ. Такимъ образомъ, удастся прослѣдить генетическую связь между syncytium и клѣточнымъ слоемъ *Langhans'a*.

Если ко всему этому прибавить, что эндотелій составляетъ физиологическую стѣнку для циркулирующей крови, то эпителиальное происхожденіе syncytium'a, будетъ находиться съ этимъ въ явномъ противорѣчій.

По всей вѣроятности, онъ есть ничто иное какъ преобразованный глубокой слой покрова ворсинъ, источникомъ котораго служитъ серозный листокъ яйца.

Что касается присутствія рѣсничекъ по краю syncytium'a, то мы не могли констатировать ихъ. Кажущіяся же рѣснички, по всей вѣроятности, тонкія нити кровянаго фибрина, какъ это особенно хорошо видно на одномъ изъ препаратовъ вѣматочной беременности.

3) Въ соединеніи яйца со слизистой оболочкой матки, главная и активная роль, выпадаетъ на долю ворсистой оболочки. Несомнѣнно, какъ это описано многими авторами, покровный и железистый эпителий слизистой оболочки матки теряетъ свои рѣснички, разбухаетъ, слущивается и разрушается—его функція окончена съ наступленіемъ беременности. Ворсинки же начинаютъ сростаться съ *dec. uter.*, создавая изъ своего глубокаго клѣточного слоя другую *decidua*, которая цѣлымъ слоемъ прилегаетъ къ *dec. uter.* и даетъ въ нее отростки, достигающіе материнскихъ сосудовъ.

4) Такимъ образомъ *Zottenraum*, т. е., то кровеносное пространство или полость, въ которомъ находятся ворсины, повсюду одѣто *syncytium*'омъ и только со стороны материнскихъ сосудовъ—эндотелиемъ послѣдняго, который также сильно разбухаетъ и становится похожимъ на *syncytium*. *Syncytium*, покрывающій ворсины, есть своеобразнаго строенія вещество, замѣняющее собою эндотелий сосудовъ, черезъ которое происходитъ дѣятельный обмѣнъ веществъ между материнскою кровью, наполняющею межворсинчатое пространство, и плодомъ. Межворсинчатое пространство есть плодовое пространство по преимуществу, наполненное материнскою кровью.

5) Что касается до межворсинчатыхъ клѣточныхъ гнѣздъ, то въ виду ихъ постояннаго уменьшенія къ концу беременности, можно предположить, что межворсинчатое пространство *увеличивается*, и, можетъ быть, *возникаетъ на счетъ ихъ разрушенія* (эктодерміальныхъ скопленій).

6) Слизистая оболочка матки въ беременномъ состояніи измѣняется такимъ образомъ, что превращается какъ бы въ сосудистое новообразованіе. Межжелезистая ткань превращается въ особаго рода ткань, которая считается присущей беременному состоянію и называется децидуальной или отпадающей оболочкой. Однако же несправедливо считать ее свойственной исключительно лишь беременному состоянію. При повышенныхъ условіяхъ питанія, межжелезистая ткань можетъ преобразоваться такъ, что станетъ походить на децидуальную и внѣбеременности (*fibromyoma ut.*, *cystoma ovarii*), какъ мнѣ это нерѣдко приходилось наблюдать.

7) Кровеносныя полости въ материнской decidua образуются также при участіи клѣточныхъ отпрысковъ, разрастающихся изъ 2-го глубокаго слоя покрова ворсинъ. Вростая въ материнскую decidua и доходя до материнскихъ сосудовъ, эти клѣточные пути начинаютъ распадаться съ центра, какъ описано выше. Такъ увеличивается кровяное русло въ материнской decidua.

8) Отторженіе deciduae и послѣда происходитъ вслѣдствіе некроза этихъ тканей, которыя перестаютъ быть необходимыми посредниками между материнской кровью и плодомъ.

9) При обработкѣ спиртнаго препарата *Lugol'*евскимъ растворомъ, получается характерная реакція на гликогенъ. Послѣдній является въ видѣ различной величины глыбокъ и зернышекъ, окрашенныхъ въ темно-коричневый цвѣтъ и содержащихся въ клѣткахъ deciduae uterinae et foetalis. Зернышки гликогена констатируются даже въ эндотелии сосудовъ.

Познакомимся теперь съ измѣненіями слизистой оболочки беременнаго рога кролика. Дѣлая поперечные разрѣзы черезъ беременный рогъ кролика на 10-й день беременности, различаемъ 3 отдѣла макро- и микроскопически. Согласно *Minot*, написавшему обстоятельную работу о развитіи послѣда у кролика, будемъ придерживаться его терминологіи. Часть слизистой оболочки беременнаго рога матки, къ которой прилежитъ послѣдъ, названа имъ *subplacenta*, противоположная, сохранившая железы, кажущаяся макроскопически наиболѣе узкой—*obplacenta*, и промежуточные участки, которые, слѣдовательно, на поперечномъ разрѣзѣ рога, представляютъ разрѣзы кольца, раздѣляющаго *sub* отъ *obplacenta*—*peri placenta* (*placentarrand* др. авторовъ).

Всѣ эти три отдѣла представляютъ между собою значительную микроскопическую разницу.

Такъ какъ я имѣла возможность познакомиться со всѣми тремя отдѣлами и ихъ измѣненіями отъ начала и до конца беременности, то я опишу ихъ всѣ, хотя наибольшій интересъ представляетъ для насъ *subplacenta* съ соединяющей съ нею *placenta*ю.

Въ небеременномъ состояніи слизистая оболочка маточнаго рога кролика на поперечномъ разрѣзѣ представляетъ обыкновенно 6 складокъ, состоящихъ изъ соединительной ткани, сосудовъ и железъ. Складки эти покрыты мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, такой же эпителий находится и въ железахъ. Межжелезистая ткань состоитъ на первый взглядъ изъ тонкой нѣжной сѣтки, въ которой заложены ядра. Но мѣстами можно видѣть шаровидныя или овальныя клѣтки, соединяющіяся своими отростками.

Въ беременномъ состояніи не вся межжелезистая ткань реагируетъ и превращается въ децидуальную. Приблизительно въ области двухъ складокъ (*obplacenta*) слизистой оболочки она существенно не измѣняется. Въ остальныхъ же отдѣлахъ она сильно разрастается и превращается въ децидуальную ткань, состоящую изъ крупныхъ, совершенно прозрачныхъ, полигональныхъ клѣтокъ съ крупными же круглыми или овальными ядрами.

На препаратахъ, обработанныхъ Флемминговой жидкостью, видно, какъ отъ ядра клѣтки расходятся въ разныя стороны нѣжныя окрашивающіяся въ розоватый цвѣтъ (сафраниномъ) нити. Клѣтки тѣсно прилежатъ другъ къ другу и не заключаютъ между собою какого либо межклѣточного вещества. Железы здѣсь совершенно исчезаютъ, также какъ и покровный эпителий. Впрочемъ въ *regiplacent'ѣ* можно еще встрѣтить остатки измѣнившихся железъ и эпителия. Въ *decidua* масса расширенныхъ капиллярныхъ сосудовъ, съ простымъ эндотелиальнымъ покровомъ. Послѣдній представляетъ явленія чрезмѣрнаго набуханія, такъ что отдѣльныя клѣтки его достигаютъ громаднхъ размѣровъ, далеко выступая въ просвѣтъ. Просвѣтъ сосудовъ наполненъ красными кровяными шариками и массою тѣлецъ, напоминающихъ лейкоцитовъ; они располагаются преимущественно въ периферіи сосуда и въ клѣткахъ эндотелия, гдѣ скопляются иногда въ громадномъ количествѣ. Въ *subplacent'ѣ* железы отсутствуютъ.

Чтобы уяснить себѣ способъ слиянія послѣда съ *decidua*, познакоимся съ тонкимъ строеніемъ *placentae* и ея основнымъ элементомъ—ворсинкой. Строеніе ворсинки болѣе просто на *chorion laeve*, особенно въ томъ его отдѣлѣ, который нахо-

дится близъ самой placenta. Ворсинка состоитъ изъ соединительно-тканной стромы съ эмбриональными капиллярами и эпителиоиднымъ покровомъ. Последній образуется крупными богатыми протоплазмой многоядерными клѣтками, тѣсно лежащими другъ возлѣ друга и лишенными рѣсничекъ по свободному краю. Въ placenta же, гдѣ ворсинки тѣсно лежатъ и различнымъ образомъ переплетаются между собою, границы между клѣтками, покрывающими ихъ, иногда совершенно сливаются и передъ нами получается протоплазматическая масса съ ядрами, которыя густо красятся различными красками. Среди описанной ткани placenta встрѣчаются участки блѣдно окрашивающейся ткани. Гнѣзда эти различной величины и на свободныхъ краяхъ, не связанныхъ съ ворсинками, покрыты узкой протоплазматической полоской съ ядрами. Эта свѣтлая ткань при микроскопическомъ изслѣдованіи состоитъ изъ очень крупныхъ, прозрачныхъ клѣтокъ, также полигональной формы, тѣсно спаяныхъ между собою и заключающихъ огромное количество круглыхъ или овальныхъ ядеръ, всегда располагающихся группою центрально. Въ общемъ картина чрезвычайно похожая на decidua uterina, но отличается лишь величиною клѣтокъ и многоядерностью. Никакого межклеточнаго вещества здѣсь не имѣется. Что же это за ткань и каково ея происхождение? Не трудно прослѣдить происхождение ея изъ покрова ворсинъ, который также состоитъ изъ многоядерныхъ клѣтокъ, но съ густо окрашивающейся протоплазмой. Элементы же описываемой ткани, сохраняя многоядерность, получаютъ другой характеръ протоплазмы. Она прозрачна и не красится. Можно прослѣдить постепенное измѣненіе, происходящее въ протоплазмѣ ворсинчатого покрова; такъ на примѣръ, въ нѣкоторыхъ клѣткахъ она точно вакуолизируется и постепенно просвѣтляется. Встрѣчаются клѣтки, одна часть протоплазмы которыхъ стала совершенно прозрачна, а другая сохранила еще способность густо окрашиваться. Гдѣ свободныя ворсинки chorion laeve прилегаютъ къ decidua uterina, тамъ замѣчается появленіе прозрачныхъ многоядерныхъ клѣтокъ. Слѣдовательно, эта ткань несомнѣнно фетальнаго происхожденія (покровъ ворсинки—эктодерма) и такъ какъ по внѣшнему виду она чрезвычайно похожа на отпадающую оболочку матки и въ сущности также

отпадаетъ вмѣстѣ съ нею, то ее можно назвать также *decidua*, но въ отличіе отъ *decidua uterina*—*decidua foetalis*.

Теперь не трудно понять способъ соединенія *placent'y* съ *decidua*. По мѣрѣ приближенія къ *decidua uterina*, какъ видно на препаратѣ (рис. 11), *decidua foetalis* разрастается все болѣе и болѣе и, наконецъ, вторгается въ *decidua uterina* различной толщины отрогами, иногда далеко заходящими въ послѣднюю. Такимъ образомъ, и здѣсь, какъ у человѣка, въ слияніи яйца со стѣнкой рога активная роль выпадаетъ на долю ворсистой оболочки. Теперь разсмотримъ дальнѣйшую судьбу отростковъ *deciduae foetalis* въ *decidua uterina*.

Вдаваясь въ *decidua uterina* они достигаютъ обыкновенно материнскихъ капилляровъ и нерѣдко встрѣчаются такія картины, что ткань *decidua foetalis* замѣщаетъ собою въ какомъ либо мѣстѣ капилляра бывшій здѣсь эндотелій. Раздвинутая и сдавленная ткань *deciduae uterinae* претерпѣваетъ регрессивный метаморфозъ: клѣтки ея сдавливаются, появляется инфильтратъ мельчайшими зернышками и лимфоцитами. Но самымъ существеннымъ измѣненіямъ подвергается сама *decidua foetalis*. Клѣтки ея, будучи ранѣе тѣсно спаянными между собою, начинаютъ отдѣляться одна отъ другой. Такія картины наблюдаются прежде всего въ центральныхъ отдѣлахъ разрощенія (рис. 12). Освободившіяся клѣтки принимаютъ шаровидную или овальную форму, далѣе тѣло ихъ распадается и ядра становятся свободными.

Въ дальнѣйшемъ разрушеніе клѣтокъ распространяется на все клѣточное разрощеніе.

Такимъ образомъ, благодаря распаду клѣтокъ *dec. foetalis* получаютъ различной величины полости, иногда достигающія огромныхъ размѣровъ, наполненные продуктами распада клѣтокъ, ядерными шариками, напоминающими эмбриональные эритрокаріоциты, лимфоцитами (одно и многоядерными), обломками клѣтокъ, ядеръ, зернышками и, наконецъ, различной величины гомогенными комками. Самыя периферическія клѣтки *deciduae foetalis* вытягиваются въ длинныя веретенообразныя клѣтки, тѣсно прилежатъ другъ къ другу и чрезвычайно напоминаютъ собою тотъ *syncytium*, который покрываетъ подобныя же эктодерміальныя разрощенія въ *placent'ѣ*. Вѣроятно, источникъ происхожденія ихъ одинъ и тотъ же. Ничего нѣтъ удивитель-

наго, что при сообщеніи происшедшихъ такимъ образомъ, полостей съ материнскими капиллярами, онѣ наполняются материнской же кровью.

Слѣдовательно, decidua foetalis, разрушая decidua uterina, образуетъ новыя кровяныя полости и тѣмъ самымъ увеличиваетъ кровяное ложе.

Decidua uterina, по крайней мѣрѣ, въ болѣе поверхностныхъ слояхъ сохраняется лишь въ окружности нѣкоторыхъ капилляровъ, образуя вокругъ нихъ такъ называемыя периваскулярныя влагалища.

Въ глубокихъ же слояхъ близъ самаго мышечнаго слоя, decidua uterina сохраняется вполнѣ.

При обработкѣ препарата растворомъ *Lugol'*я получается громадное скопленіе гликогена въ decidua uterina et foetalis. Темно-коричневыя комочки гликогена, круглыя, овальныя, палочковидныя, почковидныя, полулунныя буквально наполняютъ собою вышеназванныя клѣтки. Они встрѣчаются въ эндотелии сосудовъ и даже свободно въ просвѣтѣ послѣднихъ.

Такую картину представляетъ subplacenta съ placent'ой, на 10-й день беременности.

Въ regiplacenta межжелезистая ткань разрослась и превратилась въ децидуальную. Железы исчезли или сохранились въ небольшомъ количествѣ лишь въ мѣстѣ непосредственнаго перехода ея въ obrplacenta'y. Покрывающій ее эпителий сдѣлался плоскимъ, разбухъ, такъ что отдѣльныя клѣтки его почти сливаются между собою. При приближеніи chorion laeve отъ него отдѣляются многоядерныя клѣтки, иногда огромной величины и направляются въ decidua uterina, въ тоже время эпителий послѣдней отдѣляется и распадается.

Соединительная ткань въ obrplacenta'y не измѣняется. Железы, напротивъ, сильно развиваются. Покровный эпителий mucosae, также какъ и железистый въ верхнихъ отдѣлахъ железъ, претерпѣваетъ своеобразныя измѣненія. Отдѣльныя клѣтки его сильно разбухаютъ, дѣлаются почти шаровидными, сохраняютъ свои рѣснички и заключаютъ въ себѣ множество ядеръ. Нѣкоторыя изъ нихъ отрываются и, находясь свободно въ пространствѣ между стѣнкой рога и яйцомъ, достигаютъ иногда

колоссальныхъ размѣровъ, при чемъ число ядеръ доходить до сотни и болѣе.

Сходныя же клѣтки отдѣляются и со стороны chorion'a.

Повидимому существенная разница между покровомъ ворсинъ и измѣнившимся эпителиемъ слизистой оболочки матки заключается въ томъ, что послѣдній снабженъ прелестно выраженными мерцательными рѣсничками, образующими густую щетку на поверхности даже отдѣлившихся эпителиальныхъ клѣтокъ; въ первомъ же (покровъ ворсинъ) ихъ не наблюдается даже при обработкѣ Флемминговой жидкостью.

Какъ на особенность этого отдѣла беременнаго рога кролика, слѣдуетъ указать на присутствіе особаго рода клѣтокъ, впервые описанныхъ *Minot*, подъ именемъ *Monsterzells*. Это гигантскія клѣтки *sui generis* (рис. 14 *a* и *b*). На разрѣзахъ тѣло ихъ колеблется въ размѣрахъ и бываетъ иногда такъ велико, что занимаетъ собою сплошь все пространство между сосѣдними железами. Форма гигантовъ разнообразная. Протоплазма ихъ гомогенная или нѣжно-зернистая, при тонкой обработкѣ (*Флемминг*) вся поверхность ея точно исчерчена тонкими кружечками. Какой-либо клѣточной оболочки не существуетъ. Въ клѣткѣ лежитъ одно, рѣже два колоссальныхъ же ядра овальной или круглой формы; нельзя не замѣтить, что оно имѣетъ будто свою оболочку, въ которой лежитъ нѣсколько крупныхъ же ядрышекъ (величиною равныхъ ядрамъ элементовъ сосѣднихъ тканей). Чаше ядра находятся въ состояніи распадѣнія, хроматолиза; получаютъ зерна, зернышки, комочки различной формы и палочки—все это густо окрашивается. Обработывая свѣжій препаратъ 30<sup>0</sup>/о растворомъ ѣдкаго кали и расщепляя его иглами по истеченіи нѣсколькихъ минутъ, удастся изолировать гиганты. Онѣ такъ велики, что на микроскопическихъ срѣзахъ не могутъ попасть цѣликомъ. Изолированныя онѣ имѣютъ видъ колоссальныхъ колбъ и мѣшковъ, съ однимъ, рѣже двумя толстыми же отростками на противоположныхъ концахъ. Совершенно отдѣлить ихъ отъ окружающей соединительной ткани или сосѣднихъ сосудовъ не удастся. Послѣдніе точно спаяны съ ними. Вся поверхность протоплазмы гигантовъ усѣяна нѣжными контурами кружечковъ.

Изучая цѣлый рядъ препаратовъ при различной обработкѣ,

не трудно убѣдиться, что передъ нами ничто иное, какъ особеннымъ образомъ перерожденные железы. Дѣйствительно, на препаратахъ отчетливо видно, какъ клѣтки железъ разбухаютъ, дѣлаются гомогенными и сливаются между собою до полного исчезновенія границъ. Ядра, сохраняя круговое расположеніе, постепенно сдвигаются къ центру и какъ будто заключаются въ особую оболочку.

Это регрессивный метаморфозъ железъ, гибель ихъ. Железы въ беременной маткѣ развиваются такъ усиленно, что углубляясь, заходятъ даже въ мышечный слой, поэтому неудивительно, что и здѣсь встрѣчаются вышеописанные гиганты.

Въ дальнѣйшемъ они рассасываются посредствомъ развивающихся около нихъ кровеносныхъ сосудовъ, что можно видѣть на препаратахъ, болѣе позднихъ стадій беременности.

На 20—23 день беременности, картина плацент'ы съ subplacenta'ой въ значительной степени отличается отъ вышеописанной (рис. 15). Къ мышечной стѣнкѣ прилежитъ тонкимъ сплошнымъ слоемъ decidua uterina. Надъ нею, на значительномъ пространствѣ, фестонобразно вдаваясь въ нея, лежитъ какая-то безструктурная масса, проникнутая ядрами, ядрышками, зернышками, ядерными шариками, красными кровяными шариками и различными обломками клѣтокъ, повидимому децидуальныхъ. Очевидно, это некротическая масса; по направленію собственно къ placenta'ѣ, она располагается различной величины участками. Собственно же placenta сохранила свой прежній видъ только на очень ограниченныхъ пространствахъ. Теперь она представляетъ чисто сосудистое образованіе и состоитъ исключительно изъ сплетенія сосудовъ. Остальное же пространство между нею и узкимъ слоемъ deciduae uterinae, состоитъ изъ анастомозирующихъ между собою кавернозныхъ полостей наполненныхъ кровью и раздѣленныхъ довольно тонкими стѣнками. Послѣднія состоятъ изъ атрофирующей deciduae uterinae. Явленія атрофіи обуславливаются, вѣроятно, повышеннымъ давленіемъ. Въ результатъ— постоянное увеличеніе полостей. Разрушеніе стѣнокъ кавернъ служитъ, повидимому, подготовительнымъ моментомъ для отторженія placenta'ы.

Клѣтки-гиганты, какъ вышеупомянуто, рассасываются при

усиленномъ развитіи сосудовъ, которые вытѣсняють ихъ окончательно.

Эпителій же, покрывающій слизистую оболочку и верхніе отдѣлы железъ въ *obplacent'ѣ*, продолжая сильно пролиферировать, даетъ довольно толстый слой многоядерныхъ клѣтокъ. Послѣднія отдѣляются и образуютъ цѣлую полосу, состоящую изъ свободно-лежащихъ многоядерныхъ клѣтокъ и продуктовъ ихъ распада: множества различной величины комковъ и комочковъ гомогенной массы.

Строеніе и развитіе *placent'ы* человѣка и кролика, имѣють много сходнаго. А такъ какъ главнымъ препятствіемъ для изученія человѣческой *placent'ы*, является трудность полученія нормальныхъ объектовъ; главный же матеріалъ составляютъ абортъ, въ которыхъ сказываются въ различной степени патологическія вліянія, то поэтому по необходимости приходится провѣрять нѣкоторыя анатомическія картины на животныхъ и кролики могутъ служить цѣннымъ матеріаломъ при этомъ изученіи.

Кромѣ того, благодаря довольно рѣзкой разницѣ въ строеніи *dec. ut.* и *dec. foetalis* у кролика, у послѣдняго нагляднѣе можно прослѣдить способъ прикрѣпленія яйца къ слизистой оболочкѣ матки и дальнѣйшую судьбу *deciduae foetalis*. У человѣка же, пока эти ткани лежатъ отдѣльно, разница ихъ кажется очевидной, но какъ только начинается востаніе *decidua foetalis* въ *dec. uterin.*, одна ткань теряется въ другой и различіе выступаетъ снова лишь, когда элементы *decid. foetal.* собираются въ сплошныя обособленныя гнѣзда. Поэтому препараты кроличьей *placent'ы*, могутъ помочь намъ разъяснить и подтвердить нѣкоторыя картины *placent'ы* человѣка.

Къ сожалѣнію, я не могла получить препарата той ранней стадіи беременности кролика, когда оплодотворенное яйцо только начинаетъ еще прикрѣпляться къ стѣнкѣ матки, такъ что видѣть непосредственно отношеніе эпителиальнаго покрова слизистой оболочки матки къ ворсинкамъ плодовой оболочки, мнѣ не удалось.

Но если правда, что, согласно общепринятому мнѣнію авторовъ, строеніе периферическихъ отдѣловъ *placent'ы* кроликовъ

соотвѣтствуетъ самымъ раннимъ стадіямъ ея развитія, то видѣнные мною картины отношенія ворсинокъ, не вошедшихъ еще въ составъ *placenty*, къ прилежащей *decidua uterin.* и покрывающему ее эпителию, не подтверждаетъ предположенія авторовъ, что *syncytium* материнскаго происхожденія. На моихъ препаратахъ железистый эпителий, перерожденный, дѣйствительно, подобно *syncytium*'у, отторгается и распадается, вовсе не переходя на ворсины. На основаніи нашихъ наблюденій, *syncytium*, покрывающій ворсинки, скорѣе зародышеваго происхожденія и хотя мнѣніе это, нельзя считать вполне доказаннымъ, тѣмъ не менѣе оно лучше всего объясняетъ видѣнные нами картины и болѣе отвѣчаетъ физиологическимъ условіямъ.

*Syncytium* ворсинъ есть наружный слой эктодерма, измѣненный соотвѣтственно его значенію, какъ эндотельяльнаго покрова и функціи въ смыслѣ дѣятельнаго обмѣна веществъ, быть можетъ, ни одного только газоваго, который происходитъ черезъ него между материнскою кровью и плодомъ. Другая-же болѣе глубокая часть эктодерма, не измѣненная, у человѣка является въ видѣ довольно крупныхъ, рельефно контурированныхъ, кругловатыхъ или кубическихъ клѣтокъ съ однимъ ядромъ, нерѣдко находящимся въ состояніи коріокинеза, у кролика—въ видѣ много-ядерныхъ, богатыхъ протоплазмой клѣтокъ. Въ обоихъ случаяхъ она, безъ сомнѣнія, служитъ источникомъ для образованія тѣхъ особыхъ клѣточныхъ скопленій—*Zellknoten Langhans's* у человѣка и прозрачныхъ участковъ ткани у кролика среди ворсинъ.

До послѣдняго времени высказываются еще мнѣнія, что эти клѣточные массы ничто иное, какъ остатки материнской *deciduae* (*Hoffmeier, Klein*). Но если труднѣе уловить разницу между этими двумя тканями у человѣка, то у кролика морфологическое различіе между ними слишкомъ велико, чтобы можно было смѣшвать ихъ между собою. Источникъ происхожденія ихъ у кроликовъ также очевиденъ.

Соединеніе яйца со стѣнкой матки происходитъ при дѣятельномъ участіи *deciduae foetalis*. На препаратахъ кроличьей *placenty*, превосходно выступаютъ цуги многоядерныхъ клѣтокъ, далеко заходящихъ въ *deciduae uter.*, что у человѣка наблюдается не такъ отчетливо. Пока *decidua foetalis* у послѣдняго

образуетъ сплошной слой надъ *dec. uterina* изъ крупныхъ многоугольныхъ клѣтокъ, до тѣхъ поръ она отличается отъ подлежащей *dec. uterina*; какъ только происходитъ вроспаніе этой ткани въ *dec. uter.*, рѣзкое различіе ихъ утрачивается.

Фибринознаго слоя *Нитабухъ*, составляющаго непрерывную границу между обою рода *decidua*, я не находила. Правда, въ случаяхъ старыхъ, долго длившихся абортонъ, также какъ и на свѣжихъ препаратахъ въ болѣе позднія стадіи беременности, встрѣчается слой волокнистой массы, напоминающей фибринъ, на границѣ между *dec. foetal.* и *uter.*, также какъ и у кроликовъ, но она не составляетъ непрерывнаго слоя и есть ничто иное какъ некротизирующаяся или некротизировавшаяся *dec. uterina*, подъ вліяніемъ давленія и разстройства питанія.

Благодаря болѣе значительной морфологической разницѣ обоихъ *decidua* у кроликовъ, картина строенія *placenta* и взаимное отношеніе частей ея у нихъ кажется проще и понятнѣе. Наконецъ, благодаря свѣжести препаратовъ, мы знаемъ, что слѣдуетъ считать въ предѣлахъ физиологическихъ. *Decidua foetalis*, играющая столь очевидную и важную роль въ слияніи яйца со слизистой оболочкой матки, служить въ послѣдствіе, какъ это мы видѣли у человѣка и особенно рельефно у кроликовъ, для увеличенія кровянаго ложа. Мы видѣли, что *decidua foetalis*, разрастаясь, доходитъ до материнскихъ капилляровъ, разрываетъ ихъ стѣнки и, распадаясь, даетъ полости, тотчасъ же наполняющіяся материнской кровью.

Очевидно, что тѣ эпителиальныя скопленія, изъ которыхъ, какъ описываетъ *Frommel*, у *mus mus* возникаютъ кровяныя каверны, суть ничто иное какъ эктодермiальныя разрощенія; въ пользу этого говорить, между прочимъ, и полнѣйшее сходство ихъ на прекрасныхъ рисункахъ *Frommel*'я.

У кроликовъ не трудно убѣдиться, что стѣнка вновь образующихся полостей выстлана тѣми-же элементами *deciduae foetalis*, но они становятся веретенообразными и мѣстами похожими или на эндотелій, только съ нѣсколькими ядрами, или на *syncytium*. У человѣка мы могли только предположить участіе ихъ въ образованіи стѣнки полостей. Не можетъ ли подобная картина служить также доказательствомъ зародыше-

ваго происхожденія syncytium'a, именно изъ клѣточного покрова ворсинъ?

Чѣмъ дальше къ концу беременности, тѣмъ большаго числа и размѣра достигаютъ кровяныя полости въ децидуальномъ слоѣ. Стѣнка этихъ полостей, состоящая изъ децидуальной ткани, выстлана, слѣдовательно, частью разбухшимъ эндотелиемъ, имѣвшимъ на стѣнкахъ материнскихъ капилляровъ, частью клѣтками deciduae foetalis, какъ это отчетливо видно у кроликовъ. Decidua uterina, составляющая, какъ сказано выше, толщю стѣнокъ кровяныхъ полостей, сдавливается и подвергается некрозу; такъ происходитъ сляніе отдѣльныхъ кавернъ. На основаніи препаратовъ placentae кроликовъ можно заключить, что некрозъ въ placent'ѣ явленіе фізіологическое и наблюдается чуть ли не съ момента прикрѣпленія яйца. Чѣмъ ближе къ концу беременности, тѣмъ онъ распространяется все шире и шире, поражая различныя ткани placent'ы.

Дѣйствительно, уже въ моментъ прикрѣпленія яйца происходитъ некрозъ железистаго и покровнаго эпителия. Слизистая оболочка матки превращается въ сосудистое образованіе, весьма напоминающее angiom'у. Внѣдрѣніе decidua foet. въ dec. uterina сопровождается распаденіемъ той и другой ткани. Явленія некроза идутъ прогрессивно.

Не трудно понять, что отдѣленіе яйца должно происходить въ нормальныхъ случаяхъ совершенно легко. Нужно только извѣстное сокращеніе матки, чтобы уцѣлѣвшія между кровяными полостями тонкія и уже почти распавшіяся стѣнки, разорвались бы окончательно и такимъ образомъ произошло бы полное отдѣленіе послѣда отъ матки.

Когда я закончила уже свою работу, вышла 2-я часть труда *Merttens'a*, гдѣ я впервые встрѣтила на рисункахъ человѣческихъ абортонъ картины, имѣющія нѣкоторое сходство съ моими. Но у него дѣло идетъ о гибели артерій.

Нельзя отрицать мнѣнія *Merttens'a*, что въ патологическихъ случаяхъ материнскіе сосуды могутъ закупориваться эктодерміальными разрощеніями. Это можетъ произойти, вѣроятно, при условіи измѣненія кровянаго давленія, которое, слѣдова-

тельно, лишено возможности противодействовать этому внедрѣнію, тогда какъ нормально у человѣка (экстирпированная матка V мѣсячной беременности) и у кролика эктодермiальные отпрыски, какъ мы видѣли выше, внедряясь въ decidua uterina и достигая стѣнки материнскихъ сосудовъ, разрушаютъ послѣднюю и сами распадаются, не вросая въ просвѣтъ сосудовъ, и обуславливая такимъ образомъ увеличеніе кровянаго русла. Тоже происходитъ и у летучихъ мышей, какъ это видно на рисункахъ *Frommel'*я.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ выразить мою искреннюю благодарность профессорамъ *Д. О. Отту* и *Н. В. Петрову*, которымъ я демонстрировала свои микроскопическіе препараты и совѣтами и указаніями которыхъ пользовалась при выполненіи этой работы.

## Л И Т Е Р А Т У Р А.

*Leopold.*—Studien über die Uterusschleimhaut während der Menstruation, Schwangerschaft u. Wochenbett. Archiv f. Gynaecol., Bd. XI u. XII, 1877.

*Ево же.*—Die Uterusschleimhaut während der Schwangerschaft u. der Bau der Placentae. Arch. f. Gyn., Bd. XI, 1877.

*Ево же.*—Ueber den Bau der Placenta. Archiv f. Gyn., Bd. XXXV, 1889 г.

*Charles Minot.*—Uterus and Embryo. Journal of Morphology, Vol. II, 1889 г.

*Gustav Klein.*—Entwicklung u. Rückbildung der Decidua. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynaecologie, XXII, 6.

*Minot.*—Die Placenta des Kaninchens. Biolog. Centralblatt, X, 4, 1890—91.

*Selenka.*—Zur Entstehung der Placenta des Menschen. Biol. Centralbl., Bd. X.

*Reinstein-Mogilowa.*—Ueber die Betheiligung der Zellschicht des chorion an der Bildung der Serotina u. Reflexa. Virchow's Archiv, Bd. 124.

*Winkler.*—Zur Kenntniss der menschlichen Placenta. Archiv f. Gyn., Bd. IV, 1872 г.

*Hofmeier.*—Zur Anatomie der Placenta. Archiv f. Gyn., Bd. XXXV, 1889 г.

*Ево же.*—Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Placenta. Menschliche Placenta. Wiesbaden, 1890 г.

*Steffeck.*—Der weisse Infarkt der Placenta—тамъ же.

*Kastschenko.*—Das menschliche Chorionepithel und dessen Rolle bei der Histogenese der Placenta. Archiv f. Anat. u. Physiologie Anatom. Abtheil, 1885.

*Keibel.*—Zur Entwicklungsgeschichte der menschlichen Placentae. Anatomischer Anzeiger, IV Jahrg., 1889 г.

*Claude Bernard.*—Sur une nouvelle fonction du placenta. C. R. Ac. Sc. Paris, XLVIII, 77—86, 1859 г.

*Duval Mathias.*—Sur les premières phases du developpement du placenta du lapin. C. R. Soc. biol. Paris, IV Sés. 8, 1887.

*Masius Jean.*—De la genèse du placenta chez le lapin. Archiv de Biol. IX, 1889.

*Masquelin H. et Swaen A.*—Premières phases du developpement du placenta maternel chez le lapin. Archiv biol., I, 1880.

*Gottschalk.*—Weitere Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta. Archiv f. Gyn., 40 Bd., 1891 г.

*Frommel.*—Ueber die Entwicklung der Placenta. von *Myotus murinus*. Wiesbaden, 1888 г.

*Koffer.*—Blutextravasat in der Serotina bei frühzeitiges Lösung der normal-sitzenden Placenta. Centralblatt f. Gynaecologie, 93, № 44.

*Kossmann.*—Das Syncytium der menschlichen Placenta, тамъ же, 93, № 44.

*Langhans.*—Zur Kenntniss der menschlichen Placenta, Archiv f. Gyn., 1870 г., Bd. I, Heft 2.

*Ево же.*—Untersuchungen über die menschlichen Placenta. Archiv. f. Anatom. u. Physiologie. Anat. abthei., 1877 г.

*Langhans u. Conrad.*—Tubenschwangerschaft. Ueberwanderung des Eies. Archiv f. Gynaecol., Bd. 9, 1876 г.

*Langhans.*—Ueber die Zellschicht des menschlichen Chorion. Beiträge zur Anatomie u. Embryologie, Bonn, 1882 r.

*Evo xce.*—Ueber Glycohen in pathologischen Neubildungen und den menschlichen Eihäuten. Virchow's Archiv, Bd. 120.

*Nitabuch.*—Beiträge zur Kenntniss der menschlichen Placenta, Bern, 1887.

*Strahl.*—Untersuchungen über den Bau der Placenta. Archiv f. Anatomie u. Physiologie. Anatomisch. Abtheilung, 1889, I.

*Evo xce.*—Die Ablagerung des Eies an die Uteruswand, 1889 r.

*Evo xce.*—Der Bau der Hundeplacenta. Archiv f. Anatomie u. Physiologie Anatomisch. Abtheil., 1890 r.

*Evo xce.*—Die Histologischen Veränderungen der Uterusepithelien in der Raubthierplacenta. Arch. f. An. u. Physiol. Anatom. Abth. Supplement B. 1890 r.

*Gunsser.*—Ueber einen Fall von Tubenschwangerschaft. Ein Beitrag zur Lehre von den Beziehungen zwischen den chorionzotten und deren Epithel zu dem mütterlichen Gewebe. Centralblatt f. allgemeine Pathologie u. Pathologische Anatomie, 1891, № 6.

*Kossmann.*—Zur Histologie der Extrauterinschwangerschaft nebst Bemerkungen über ein sehr junges mit der uterinen Decidua gelöstes Ei. Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gyn., 1893 r.

*Mertens.*—Beiträge zur normalen u. pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta. Zeits. f. Geb. u. Gyn., 1894 r.

*Усковъ Н.*—Кровь какъ ткань.

*Hertwig.*—Embryologie.

## ОБЪЯСНЕНІЯ РИСУНКОВЪ:

*Рис. 1.*—Нормальная слизистая оболочка матки: **а**—железы, **б**—межжелезистая ткань.

*Рис. 2.* Децидуальная ткань.

*Рис. 3.* Изолированныя децидуальныя клѣтки.

*Рис. 4.* Препаратъ 2 мѣсячнаго аборта: **а**—ворсинки chorion'a, **б**—syncytium s. plasmodium, **в**—клѣточный слой (Zellschicht) Langhans'a, **д**—decidua foetalis, **е**—decidua uterina, **ф**—группа клѣтокъ deciduae foetalis съ прилежащею къ нимъ массою syncytium'a.

*Рис. 5.* Препаратъ 3 недѣльнаго аборта: **а**—syncytium s. plasmodium, **б**—клѣточный слой (Zellschicht) Langhans'a, **в**—межворсинчатое клѣточное гнѣздо (Zellknoten) Langhans'a.

*Рис. 6.* Препаратъ 3 недѣльнаго аборта: **а**—plasmodium s. syncytium, **б**—клѣточный слой Langhans'a, **в**—клѣточное гнѣздо Langhans'a.

*Рис. 7.* Препаратъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсячнаго аборта (А): **а**—ворсинки, **б**—decidua uterina, **д**—decidua foetalis, **д'**—островокъ элементовъ decid. foetal. среди decid. uterin., **е**—кровеносная полость.

*Рис. 8.* Препаратъ 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсячнаго аборта (В): **а**—ворсинки, **б**—decid. uterina, **в**—эктодермальныя разроженія.

*Рис. 9.* Препаратъ слизистой оболочки матки 14 дней послѣ родовъ: **а**—кровеносныя полости—каверны, **б**—некротизирующаяся decidua, **в**—молодая слизистая оболочка.

Препаратъ беременнаго рога кролика (10 день берем.).

*Рис. 11.* Subplacenta съ placent'ю: **а**—часть послѣда съ его ворсинками, **б**—subplacenta, **в**—мѣсто слиянія placent'ы съ subplacent'ю, **д**—decidua foetalis, **е**—decidua uterina, **ф**—материнскіе капилляры.

*Рис. 12.* **а**—полости, образуемыя распадающеюся decid. foetalis или эктодермическими разроженіями, **б**—decid. uterina, **в**—материнскіе капилляры.

*Рис. 13.* Oblacenta: **а**—измѣненный железистый эпителий, **б**—железы, **в**—оторвавшіяся клѣтки железистаго эпителия.

*Рис. 14.* Гиганты или Monsterzells Minot.

*Рис. 15.* Препаратъ subplacent'ы съ placent'ю на 22 день беременности кролика: **а**—кровеносныя полости (каверны), **б**—материнскіе капилляры, **в**—остатокъ decid. uterin., **д**—атрофирующаяся decidua uterina.

## II.

### Результаты измѣренія выхода таза женщины \*).

В. Н. Массена,

Приватъ-доцента Императорской Военно-Медицинской Академіи.

(Окончаніе).

#### УЗКІЕ ТАЗЫ.

Какъ мы уже говорили (см. стр. 6), всѣхъ узкихъ тазовъ нами было измѣрено 178. Обладательницы ихъ принадлежали къ самымъ разнообразнымъ мѣстамъ нашего отечества, а именно: уроженокъ С.-Петербургской губ. было 53 (29,77<sup>0</sup>/о), Тверской—23 (17,79<sup>0</sup>/о), Новгородской—23 (12,92<sup>0</sup>/о), Псковской—8 (4,49<sup>0</sup>/о), Архангельской и Рязанской по 7 (3,93<sup>0</sup>/о), Смоленской и Ярославской по 6 (3,37<sup>0</sup>/о) и менѣе 6 изъ другихъ губерній. Женщинъ не русскаго происхожденія было 8 (или 4,49<sup>0</sup>/о общаго числа), а именно: 4 изъ Финляндіи, 2 изъ Эстляндіи и по одной изъ Варшавской и Плоцкой губ. Такимъ образомъ, имѣя въ виду столь незначительное количество не русскихъ тазовъ мы, какъ думаемъ, безъ большой погрѣшности можемъ отнести результаты нашихъ измѣреній къ *русскому* тазу.

Изъ всего числа 178 женщинъ съ узкимъ тазомъ было: родившихъ въ первый разъ 54, во второй—47, въ третій—15, въ четвертый—26, въ пятый—12, въ шестой—8, въ седьмой—11, въ восьмой—1, въ девятый—2, и въ десятый и

\*) См. „Журн. Акуш. и Женск. болѣз.“ за Январь 1895 г. стр. 3, за Февраль стр. 150.

двѣнадцатый по одной. Такимъ образомъ, 100 женщинъ были I—рагае и II—рагае; пятеро же отличалось въ особенности большимъ количествомъ предшествовавшихъ родовъ.

По возрасту женщины съ узкимъ тазомъ были: до 20 л.—6, между 20 и 25 л.—59, между 25 и 30—58, между 30 и 35 л.—33, между 35 и 40—15 и, наконецъ, 7 женщинъ было въ возрастѣ старше 40 лѣтъ. Такимъ образомъ, 123 женщины были моложе 30 лѣтъ. Не вдаваясь далѣе въ изложеніе подробностей при каждомъ случаѣ узкаго таза (что желающіе могутъ съ удобствомъ найти въ прилагаемыхъ къ работѣ таблицахъ), мы позволимъ себѣ перейти къ прямой цѣли нашего изслѣдованія, именно къ описанію измѣреннаго таза, какъ такового, въ случаяхъ его узкости. За узкій тазъ, какъ уже было нами сказано, мы принимали такой, въ которомъ *conj. externa* была меньше 18 сант. Какъ видно изъ таблицъ, къ категоріи узкаго таза мы въ нѣсколькихъ случаяхъ отнесли и такіе тазы, гдѣ это суженіе и не наблюдалось, но если всѣ другіе размѣры таза показывали, что тазъ несомнѣнно значительно сужень.

Такъ какъ величина прямого діаметра входа обычно принимается (въ сути, ошибочно) въ качествѣ критерія степени суженія таза, то всѣ случаи нашихъ узкихъ тазовъ располагаются такъ:

*Conj. externa* наблюдалась:

въ 15,0 сант.— 2 раза	въ 17,25 сант.—28 разъ
» 15,5 » — 1 »	» 17,5 » —31 »
» 16,0 » — 5 »	» 17,75 » —18 »
» 16,25 » —13 »	» 18,0 » —23 »
» 16,5 » —15 »	» 18,25 » — 2 »
» 16,75 » —11 »	» 18,5 » — 3 »
» 17,0 » —25 »	» 19,75 » — 1 »

Изъ этихъ данныхъ видно, что среди нашихъ случаевъ въ 47 было значительное суженіе *conj. externa*, а именно она была меньше 17 сант.

*Conj. diagonalis* была опредѣлена:

въ 12,0 сант.— 1 разъ	въ 10,0 сант.—19 разъ
» 11,75 » — 1 »	» 9,75 » — 5 »
» 11,5 » — 3 »	» 9,5 » — 8 »
» 11,25 » — 4 »	» 9,25 » — 7 »

въ 11,0 сант.—12 разъ	въ 9,0 сант.— 7 разъ
» 10,75 » — 8 »	» 8,75 » — 2 »
» 10,5 » —11 »	» 8,5 » — 1 »
» 10,25 » — 7 »	

Принимая за I степень стуженія такіе тазы, въ кото-  
рыхъ *C. D.* уменьшена до 10,5 с., за II—уменьшеніе ея отъ  
10,5—9 сант., за III—уменьшеніе отъ 9—7 сант., мы видимъ,  
что среди тѣхъ 96 случаевъ узкаго таза, гдѣ было произве-  
дено измѣреніе *C. D.*, мы имѣли:

Стуженіе I степени въ 28 случаевъ	
» II » » 58 »	
» III » » 10 »	

Располагая всѣ 178 тазовъ по анатомическому ихъ складу  
мы получаемъ приблизительно слѣдующее:

общенервнонмѣрнонстуженныхъ и простыхъ пло- скихъ . . . . .	125 (70,34%)
общенервнонмѣрнонстуженныхъ и плоскихъ рахи- тическихъ . . . . .	3 (1,6%)
общервнонмѣрнонстуженныхъ простыхъ . . . . .	49 (27,5%)
» рахитическихъ . . . . .	1 (0,56%)

Покончивъ, такимъ образомъ, съ характеристикой нашихъ  
узкихъ тазовъ, сообщимъ средніе размѣры этихъ 178 тазовъ:

<i>Distantia spinarum</i>	= 21,183...
» <i>cristarum</i>	= 24,1548
» <i>trochanterica</i>	= 28,7813...
<i>Conjugata externa</i>	= 17,1963
» <i>diagonalis</i>	= 10,2309
» <i>vera</i>	= 8,4817
Выходъ: <i>Diameter rectum spurium</i>	= 12,989
» <i>transversum</i> :	
а) по <i>Breisk'</i> ому	= 8,29886...
б) » <i>Schroeder'</i> у	= 9,65766

Примѣняя же къ полученнымъ даннымъ формулы *Stied'*ы,  
получаемъ слѣдующую таблицу:

Т а в л и ц а III.

<i>Distantia spinarum</i>	= 21,18 ± 0,04
	r = ± 0,65
» <i>cristarum</i>	= 24,15 ± 0,06
	r = ± 0,84
» <i>trochanterica</i>	= 28,78 ± 0,06
	r = ± 0,83

$$\text{Conjugata externa} = 17,20 \pm 0,03$$

$$r = \pm 0,42$$

$$\text{» diagonalis} = 10,23 \pm 0,03$$

$$r = \pm 0,51$$

$$\text{Выходъ: Diameter rectum spurium} = 12,99 \pm 0,06$$

$$r = \pm 0,81$$

» transversum:

$$\text{а) по Breisk'ому} = 8,30 \pm 0,07$$

$$r = \pm 0,66$$

$$\text{б) » Schroeder'у} = 9,66 \pm 0,05$$

$$r = \pm 0,62$$

Примѣняя же къ даннымъ, полученнымъ въ таблицѣ III, выраженія  $M \pm r$  и  $M \pm K$  получаемъ размѣры выхода въ слѣдующемъ видѣ:

$$\text{Прямой выхода} \quad 12,99 \pm 0,81 = 13,80 \text{ и } 12,18$$

$$12,99 \pm 0,06 = 13,05 \text{ и } 12,93$$

Поперечный:

$$\text{по Breisk'ому} \quad 8,30 \pm 0,66 = 8,97 \text{ и } 7,64$$

$$8,30 \pm 0,07 = 8,37 \text{ и } 8,23$$

$$\text{по Schroeder'у} \quad 9,66 \pm 0,62 = 10,24 \text{ и } 9,04$$

$$9,66 \pm 0,05 = 9,71 \text{ и } 9,61$$

Сравнивая между собою величины отдѣльныхъ размѣровъ, относящихся къ нормальному тазу (см. стр. 33), съ таковыми же узкаго таза, мы находимъ между ними слѣдующую разницу:

$$\text{Differentia d. spinarum} = 1,80 \text{ с.}$$

$$\text{» » cristarum} = 1,68 \text{ »}$$

$$\text{» » trochanterica} = 1,70 \text{ »}$$

$$\text{» » conj. extern.} = 1,70 \text{ »}$$

$$\text{» » d. spur. rect. выхода} = 0,62 \text{ »}$$

$$\text{» » » transvers.} \text{ »}$$

$$\text{а) по Schroeder'у} = 0,52 \text{ »}$$

$$\text{б) » Breisk'ому} = 0,17 \text{ »}$$

Изъ этого слѣдуетъ, что *разница между размѣрами нормального и узкаго таза постепенно убываетъ по направленію къ выходу.*

Разматривая же таблицу III, въ которой къ среднимъ величинамъ размѣровъ узкаго таза примѣнены формулы *Stied'*ы, и сопоставляя между собою данныя, полученные помощью выраженій  $M \pm r$  и  $M \pm R$  и относящихся какъ нормальному (см. стр. 36) и къ узкому тазу, мы относительно размѣровъ выхода должны сдѣлать нижеслѣдующее заключеніе: *тазъ, ложный прямой размѣръ выхода котораго ниже 12,81 с., долженъ*

считаться суженнымъ въ этомъ прямомъ размѣрѣ; суженъ же онъ въ поперечникъ выхода въ томъ случаѣ, когда этотъ размѣръ, полученный измѣреніемъ по *Breisk'*ому, ниже 8,30 с., а по способу *Schroeder'*а оказывается ниже 9,19 с.

Чтобы покончить рѣчь объ узкихъ тазахъ, скажемъ два слова о типѣ узкаго таза. Къ сожалѣнію время не позволило намъ тщательно справиться въ источникахъ, говорится ли гдѣ нибудь въ иностранной литературѣ объ этомъ типѣ. Но, думается, что въ виду того, что, во первыхъ, формулы *Stied'*ы получили еще незначительное распространеніе, а, во вторыхъ, въ виду того, что безъ примѣненія этихъ формулъ къ вычисленнымъ среднимъ размѣрамъ, нельзя говорить о типѣ, думаемъ, что вопросъ этотъ ждетъ еще своихъ дѣятелей. Въ русской литературѣ до сихъ поръ этимъ еще никто не занимался. Въ виду этого позволимъ себѣ указать, что полученныя нами съ помощью формулы *Stied'*ы данныя относительно размѣровъ узкаго таза русской женщины говорятъ съ полной очевидностью, что *типичный узкій тазъ русской женщины представляется общенеравномѣрно суженнымъ*, при чемъ эта неравномѣрность суженія, какъ это нами было указано, убываетъ по направленію къ выходу. Эта неравномѣрность въ выходѣ имѣетъ весьма большое значеніе и показываетъ, какую цѣнность при опредѣленіи характеристической анатомической особенности изслѣдуемаго таза представляетъ измѣреніе выхода. Если бы мы, въ опредѣленномъ нами типичномъ узкомъ тазѣ русской женщины, руководились бы исключительно обычно производящимися размѣрами, то тазъ могъ бы быть характеризованъ какъ общеравномѣрно суженный (колебанія между отдѣльными размѣрами maximum 0,28 с.); измѣреніе же выхода придаетъ ему значеніе неравномѣрно суженнаго, такъ какъ разница между *diff. cristarum* съ одной стороны и *diff. diam. transvers.* по *Breisk'*ому выхода съ другой достигаетъ 1,63 сант.

### III.

Теперь мы переходимъ къ изложенію нашихъ изслѣдованій на трупахъ. Всѣхъ измѣреній тазовъ было сдѣлано 29. Изъ этого числа на долю нормальнаго таза приходится 24 случая; въ пяти же случаяхъ тазъ былъ болѣе или менѣе суженъ.

Измѣренія производились слѣдующимъ образомъ. Не вскрытый еще трупъ помѣщался горизонтально на спинѣ и на немъ производились обычныя акушерскія измѣренія. Вслѣдъ за этимъ трупъ помѣщался въ спинно-ягодичномъ положеніи на краю стола. Подъ тазъ подкладывалась толстая доска, а нижнія конечности приводились къ животу и удерживались двумя помощниками. Ощупавъ сѣдалищныя бугры и опредѣливъ приблизительную середину ихъ основанія, я отмѣчалъ чернилами точки, соотвѣтствующія этой серединѣ, и металлической линейкой, раздѣленной на сантиметры, опредѣлялъ разстояніе между этими точками. Такимъ образомъ получался *diameter transversum sprium* выхода по *Schroeder*'у. Для получения истиннаго размѣра по *Schroeder*'у я вонзалъ на мѣстахъ, отмѣченныхъ чернилами, строго придерживаясь линіи проходящей черезъ передній край *an*i, длинныя иглы, которыя посредствомъ молотка крѣпко вбивалъ въ существо сѣдалищнаго бугра. Вслѣдъ за симъ вверхъ и внизъ отъ иглы острымъ скальпелемъ разрѣзались общіе покровы и ткани, одѣвающие сѣдалищныя бугры; обнажался хрящъ и видны были вбитыя иглы.

Тогда оставалось только провѣрить, соотвѣтствуетъ ли положеніе вбитыхъ иглъ дѣйствительной серединѣ сѣдалищныхъ бугровъ. Данныя заносились въ протоколъ, а въ случаѣ неправильнаго положенія иглъ точно опредѣлялась середина сѣдалищнаго бугра съ той и другой стороны и циркулемъ отмѣрялось разстояніе между найденными и точно опредѣленными теперь серединами основаній сѣдалищныхъ бугровъ. Такимъ образомъ получался истинный поперечный размѣръ выхода по *Schroeder*'у.

Для полученія ложнаго прямого размѣра трупъ помѣщался на лѣвомъ боку и измѣреніе ничѣмъ не отличалось отъ измѣренія на живой съ тою, впрочемъ, разницею, что обѣ вѣтви циркуля я уставлялъ одинъ. Истинный прямой размѣръ выхода опредѣлялся уже тогда, когда трупъ былъ вскрытъ.

По вскрытіи трупа и по вынутіи изъ него всѣхъ внутренностей мы опредѣляли посредствомъ металлической палочки, а гдѣ возможно было и посредствомъ линейки, раздѣленной на сантиметры, слѣдующіе размѣры: *conj. diagonalem*, *conj. veram*, косые и поперечные размѣры входа въ тазъ и, наконецъ,

истинный прямой размѣръ выхода—отъ нижняго края симфиза до articul. sacro-coccygoidea. Относительно каждаго изъ размѣровъ дѣлалось повторное измѣреніе и, когда въ точности измѣренія не оставалось никакого сомнѣнія, полученные данныя вносились въ протоколъ.

Всѣ эти данныя читатель можетъ увидѣть въ прилагаемой при семъ таблицѣ. Тамъ между прочимъ мы помѣстили и полученные нами данныя относительно ширины сѣдалищныхъ бугровъ, относительно толщи кожи покрывающей эти бугры и относительно того, вѣрно-ли и съ какою точностью были опредѣлены черезъ общіе покровы середины сѣдалищныхъ бугровъ. Последнее, конечно, констатировалось дѣйствительнымъ мѣстомъ вкола иголь въ толщу бугра. Кромѣ того, въ наши протоколы мы внесли еще полученные данныя относительно разницы между conj. externa и diagonalis, между conj. diagonalis и vena и, наконецъ, между conj. externa и vena. Конечно, въ виду количественной скудности цифръ никакихъ особыхъ выводовъ изъ этихъ данныхъ дѣлать не приходится.

Какъ мы уже сказали, восемь случаевъ относилось къ узкимъ тазамъ. Эти случаи находятся въ протоколахъ подъ №№ 6, 7, 8, 17, 20, 24, 27 и 28. Въ качествѣ критерія узости принималась діагональная конъюгата: именно, мы, согласно съ изслѣдованіями *Рунге* и *Рышши*, причисляли къ узкому тазу такой, діагональная конъюгата котораго была ниже 12,2 сант. Наши восемь узкихъ тазовъ имѣли слѣдующую анатомическую характеристику №№ 6, 17, 24 и 28 слѣдуетъ причислить къ категоріи общеравномѣрно-узкихъ тазовъ, а №№ 7, 8, 20 и 27—къ простымъ плоскимъ.

Относительно того, соответствовало ли положеніе намѣченной нами чернилами черты на ягодицахъ дѣйствительному положенію середины бугровъ, то, какъ видно изъ протоколовъ, иглы оказались вколоты:

1) совершенно центрально . . . . .	въ 17 случаяхъ (70%)
2) одна нѣсколько внутри, другая правильно „	5 „
3) одна нѣсколько внаружи, другая правильно „	1 „
4) обѣ внутри . . . . .	2 „
5) „ внаружи . . . . .	1 „
6) „ нѣсколько вверху . . . . .	1 „

Толща (поперечникъ площади основанія) сѣдалищныхъ бугровъ въ ихъ широкомъ мѣстѣ оказалась около 2,5 сант.; толща

Рис. 1.

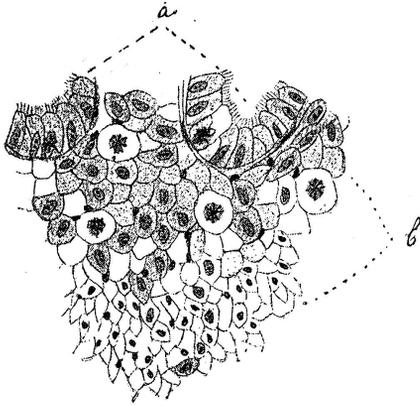


Рис. 2.

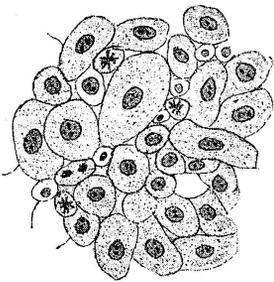
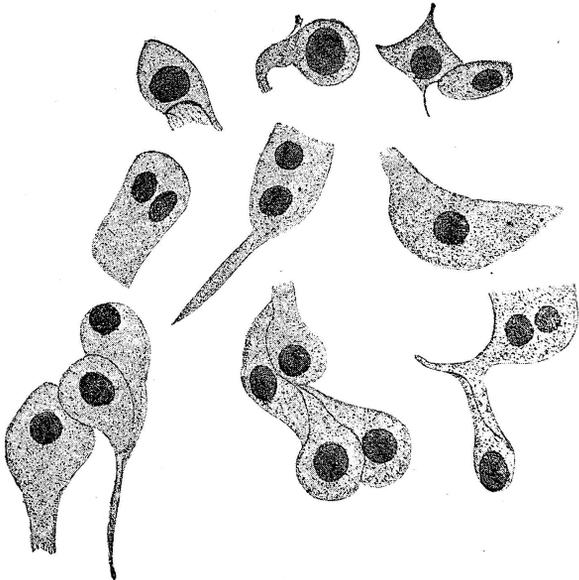


Рис. 3.



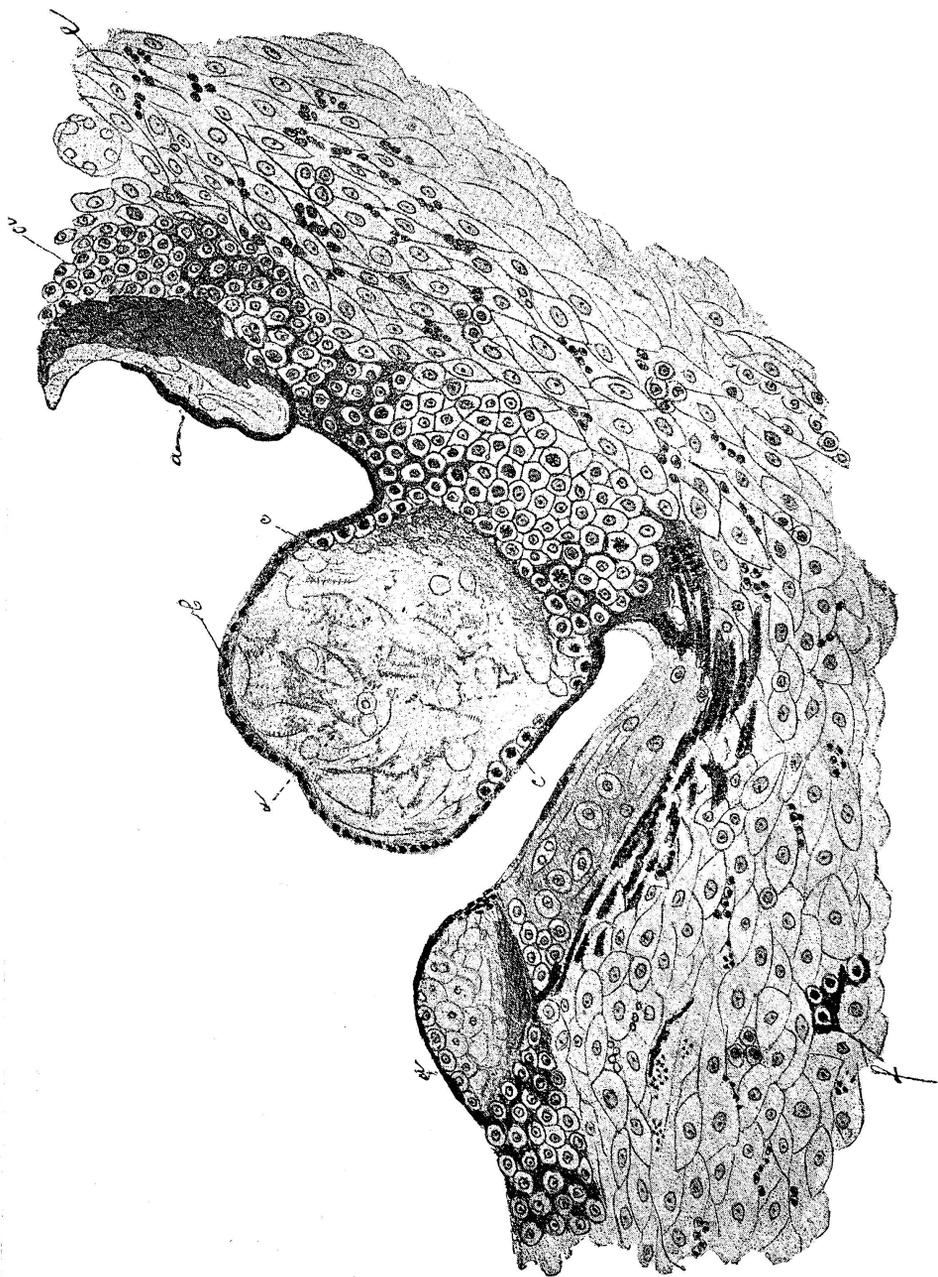


Рис. 4.

Рис. 5.

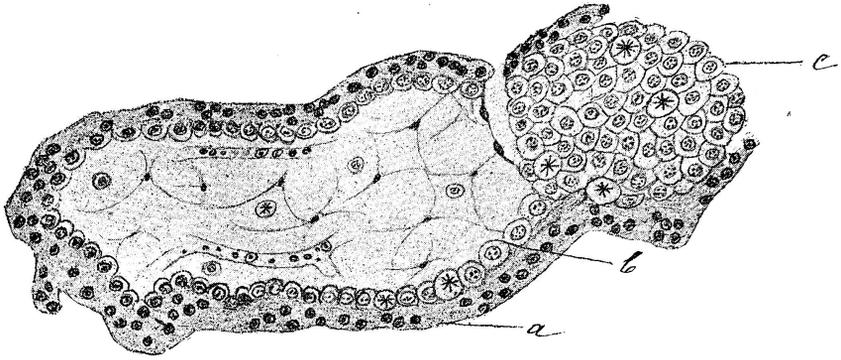
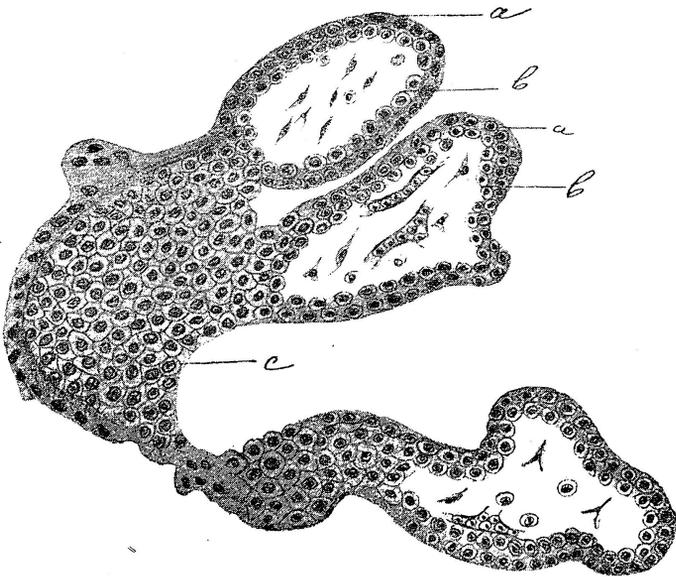
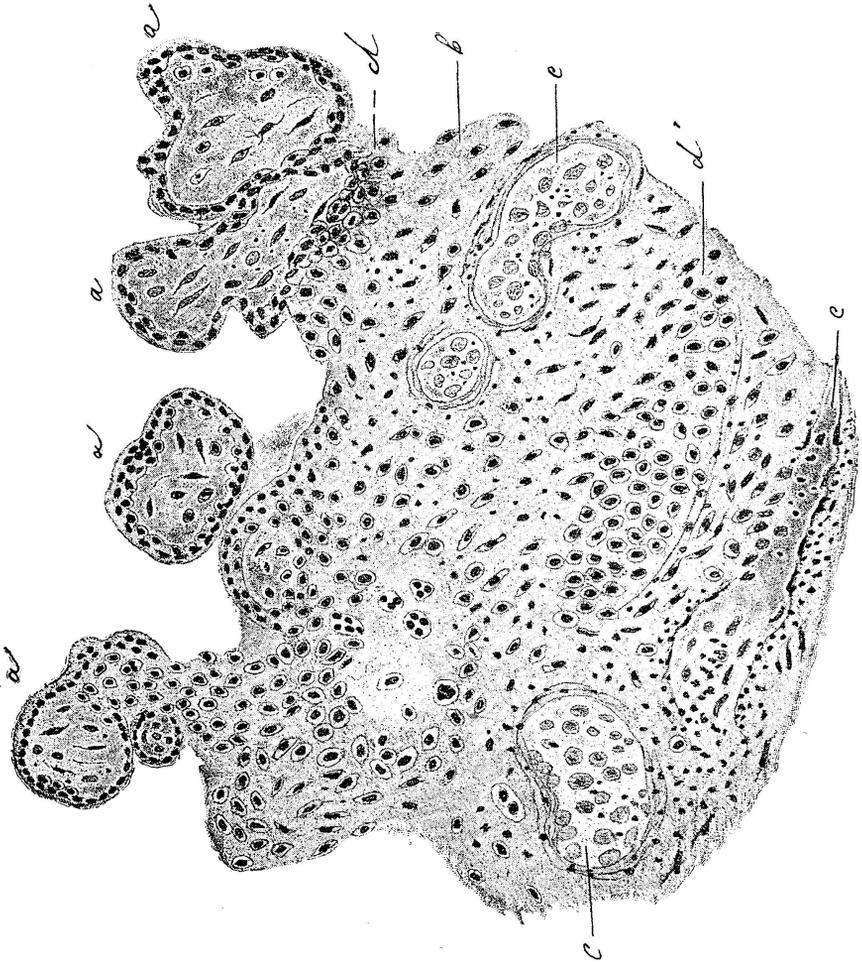
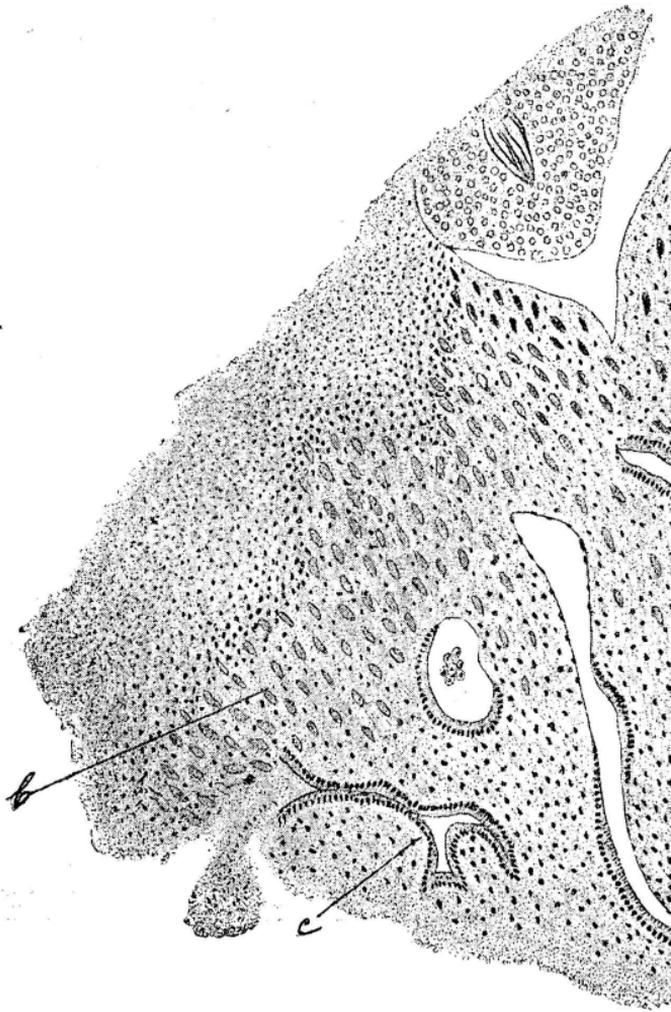


Рис. 6.





А. Рис. 7.



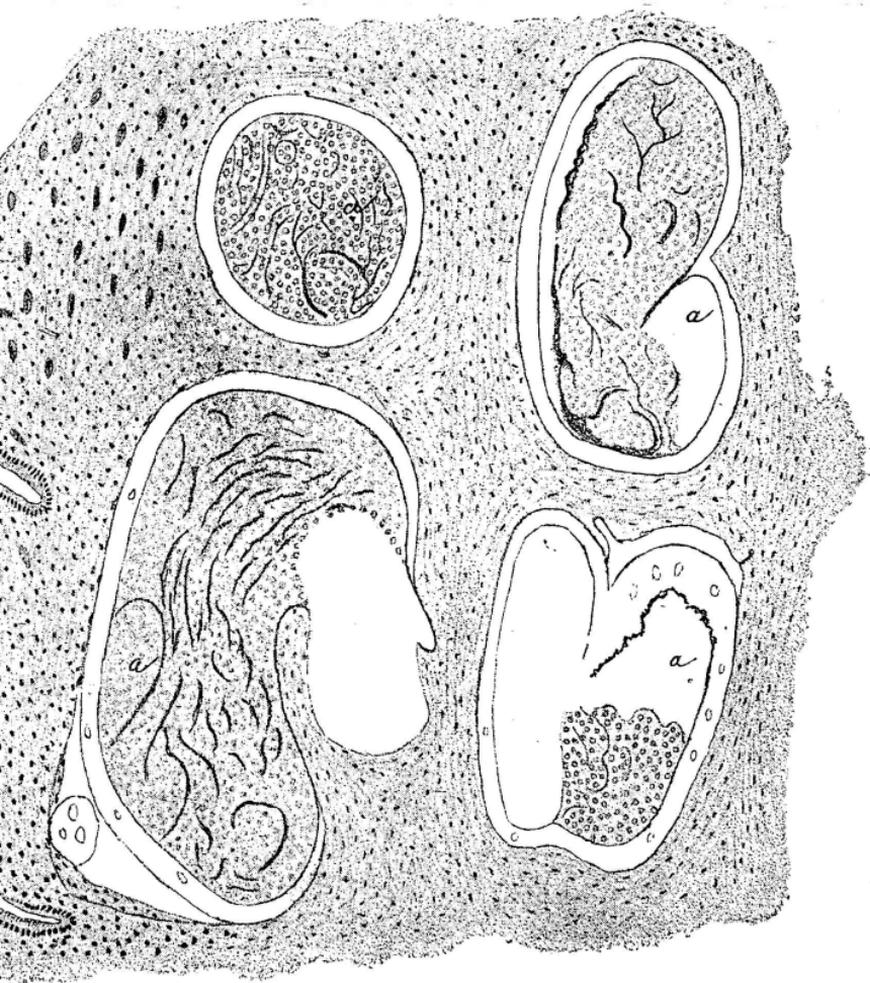


Рис. 9.

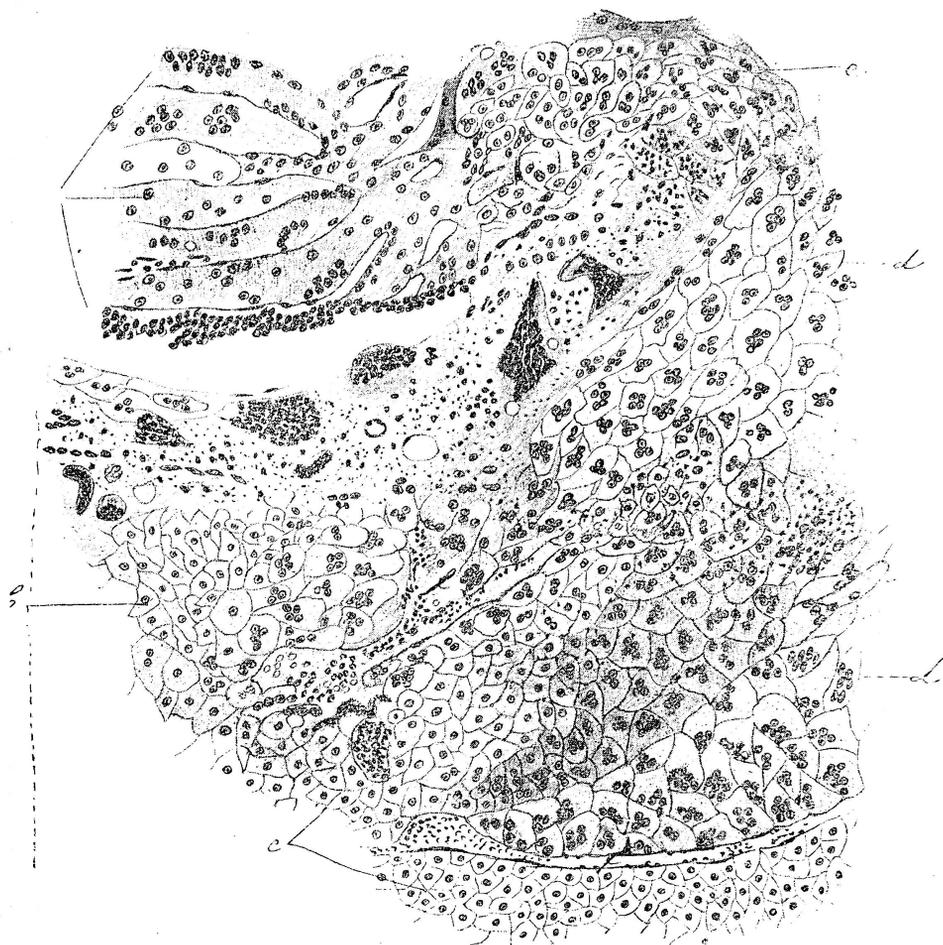


Рис. 11.



Рис. 12.

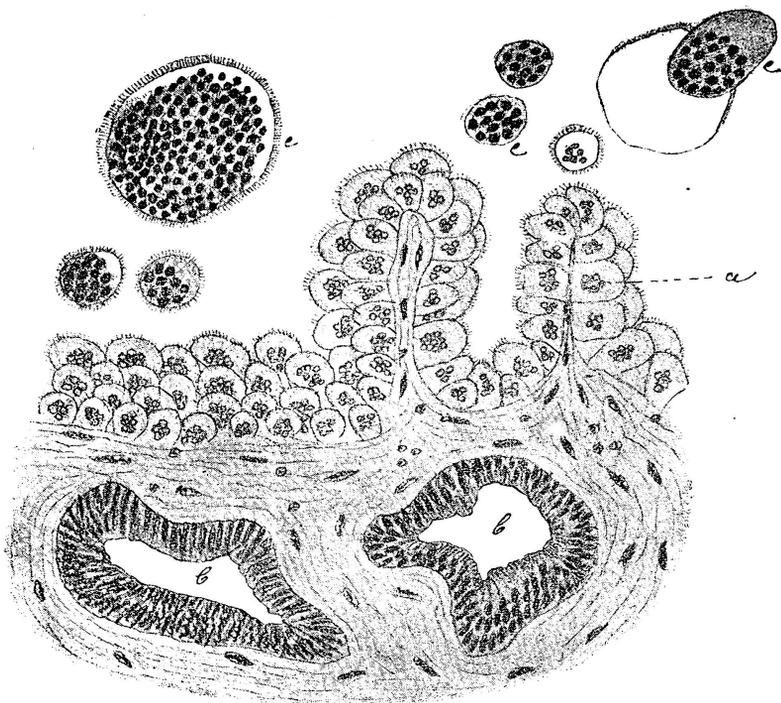


Рис. 13.

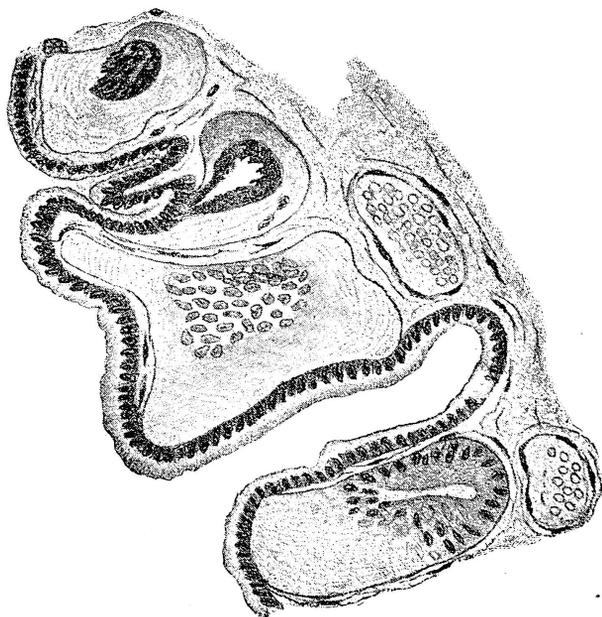
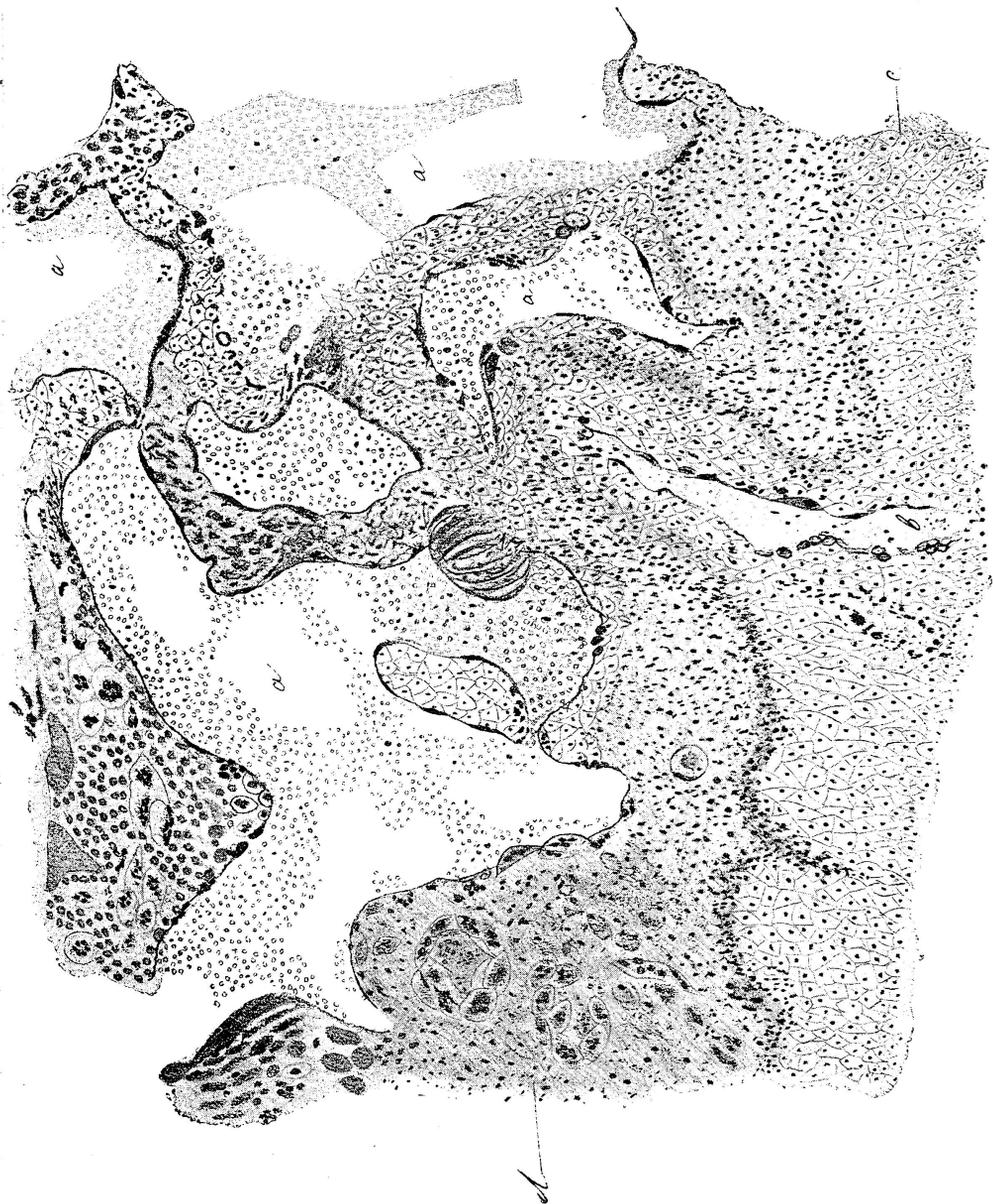


Рис. 14 б.



же мягкихъ частей, одѣвавшихъ бугоръ, колеблющаяся въ зависимости отъ массы жировой клѣтчатки, была около 1,5 сант. Разница между *conj. extr.* и *diagonalis* была *max.* = 8,2 с., *min.* = 3,6 с., среднее = 5,8 сант.; разница между *conj. diagon.* и *vera* оказалась *max.* = 3,5 с., *min.* = 1,2 с., среднее 2,23 с. и наконецъ, разница между *conj. externa et vera* мы опредѣлили въ нашихъ случаяхъ равной *maximum* 10,5 с., *minimum* 6,3; среднее же получилось равнымъ 8,1 сант.

*Litzmann* <sup>40)</sup>, сравнивая отношеніе истинной конъюгаты къ наружной, полученное имъ при жизни женщинъ, съ посмертнымъ отношеніемъ этихъ же размѣровъ на скелетированныхъ тазахъ тѣхъ же субъектовъ, нашелъ среднюю разницу между обѣими конъюгатами въ 9,5 сант., *max.* въ 12,5, *minimum* въ 7,0 с. Такимъ образомъ, наша средняя величина получилась значительно (на 1,4 сант.) меньше *Litzmann*'овской. Объясненія тому надо искать, конечно, главнѣе всего въ томъ, что въ то время какъ *Litzmann* имѣлъ дѣло со скелетированнымъ тазомъ мы измѣряли тазъ свѣжеотпрепарованный и притомъ неполнѣ. И хотя у насъ колебанія разницы между обѣими конъюгатами получились и не столь большія, какъ у *Litzmann*'а (4,2 сан. вмѣсто 5,5), тѣмъ не менѣе и нашими цифрами подтверждается то несомнѣнное нынѣ положеніе, что *наружная конъюгата не имѣетъ нынѣ практическаго значенія* и что при помощи ея истинная конъюгата можетъ быть вычислена лишь *очень* и *очень приблизительно* <sup>41)</sup>.

Такимъ же весьма приблизительно вычисленіемъ оказывается по нашимъ даннымъ опредѣленіе *conj. diagonalis* изъ *conj. externa*. Колебаніе между *maximum* и *minimum* роженицы здѣсь оказывается даже нѣсколько больше, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ, а именно равно 4,6 сант. Что же касается до опредѣленія истинной конъюгаты изъ наклонной, то наши данныя до извѣстной степени приближаются къ общепринятымъ, а именно: *conj. vera* получается изъ діагональной путемъ отсчитыванія около 2-хъ сант. (у насъ 2,23 въ среднемъ).

<sup>40)</sup> *Крассовскій*. Оперативное Акушерство. Спб. 1885 стр. 61.

<sup>41)</sup> Примѣромъ тому среди нашихъ случаевъ можетъ служить измѣненіе тазу № 8, гдѣ *conj. externa* была = 20,0, между тѣмъ какъ *conj. diagonalis* оказалась равной 11,8, а *vera* = 9,5, т. е. разница между *externa* и *vera* была = 10,5 сант.

Переходя теперь къ разсмотрѣнiю истинныхъ диаметровъ выхода таза, мы видимъ, что въ нормальныхъ тазахъ *diameter rectum spurium* превосходитъ *diameter rectum verum* на величину maximum 2,75, minimum 0,4, въ среднемъ же на величину 1,065 сант.; въ узкихъ же тазахъ разница была max. 1,5, minimum 0,5, среднее = 0,835 с. Такимъ образомъ, какъ въ нормальныхъ, такъ и въ узкихъ тазахъ истинный размѣръ *меньше* ложнаго на величину около 1 сант. *Поперечный* размѣръ, (измѣренный по *Breisk'*ому), истинный больше ложнаго въ нормальномъ тазу max. на 3,0 сант., min. 0,25 сант., среднее = 1,342 сант., въ узкомъ же тазу max. на 1,9 с., min. на 0,5 с., въ среднемъ на 1,337 сант.

Отсюда слѣдуетъ, что истинный (внутреннiй) поперечный размѣръ выхода (по *Breisk'*ому) во всѣхъ тазахъ *больше* ложнаго (наружнаго) на величину 1,3 сант. Эта величина есть ничто иное, какъ толща мягкихъ тканей (кожи, подкожной клетчатки и фасцiй), одѣвающихъ *tubera ischii*.

Разница же между наружнымъ и внутреннимъ размѣрами поперечника, измѣреннаго по *Schroeder'*у, содержится иначе. Изъ протоколовъ мы видимъ, что эта разница была отъ 0 (въ двухъ случаяхъ) до 1,8 (въ одномъ случаѣ), при чемъ *d. tub. sp.* была меньше *d. t. vera* въ 15-ти случаяхъ, больше ея въ 7-ми и равна ей въ двухъ. Средняя же разница выразится для нормальныхъ тазовъ въ 0,64 сант., для узкихъ же въ 0,35 сант. Такая незначительная разница въ такихъ сравнительно далеко не математически-точныхъ измѣренiяхъ, какими представляется пельвиметрiя на живой, даетъ возможность допустить, что наружный (ложный) и внутреннiй (истинный) размѣры поперечника, измѣреннаго по *Schroeder'*у, почти совпадаютъ.

Далѣе намъ необходимо остановиться нѣсколько на двухъ вопросахъ, а именно, какъ, во первыхъ, взаимно относятся между собою поперечникъ входа въ малый тазъ къ истинному поперечнику, измѣренному по *Breisk'*ому, и, во вторыхъ, какое отношенiе существуетъ между истинной конъюгатой входа и таковой же выхода.

На 19 случаевъ нормальнаго таза въ 18-ти истинный поперечникъ входа оказался *превосходящимъ* истинный поперечникъ выхода *Breisk'*аго, а именно maximum на 4,05 сант., minimum

на 0,5 з., въ среднемъ первый поперечникъ превосходилъ второй на 2,18 сант. И такъ какъ эта величина (1,5—2,5 сант.) оказалась изъ 19 случаевъ въ 9-ти, т. е. почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ, то нельзя не допустить, что зависимость отношенія между поперечникомъ входа и выхода на самомъ дѣлѣ существуетъ.

Въ одномъ случаѣ нормальнаго таза получилось *обратное*: превышеніе размѣра поперечника выхода *Breisk'*аго надъ поперечникомъ входа (№ 10): на 1,25 с.

Что же касается до узкихъ тазовъ, то въ семи случаяхъ истинный поперечникъ входа былъ болѣе истиннаго поперечника выхода, а именно max. на 2,75 с., min. на 0,5 с., среднее составляло 1,85 сант. Въ одномъ же случаѣ (№ 17) поперечникъ входа былъ меньше на 0,3 с.

Взаимныя отношенія между *conj. vera* входа и *conj. vera* выхода (*spatii isthmi minoris*) выразились слѣдующимъ образомъ. Изъ 19 случаевъ нормальныхъ тазовъ *conj. входа* было *меньше* *conj. выхода* въ 10 случаяхъ, въ трехъ равна ей и въ 6 случаяхъ превосходила ее. Разница въ случаяхъ первой категоріи была maximum 1,7 с., minimum 0,2 с., medium равнялся 1,08 сант.; въ случаяхъ же другой категоріи max. былъ = 1,6 с., minimum 0,6 с., среднее 1,02 сант.

Въ случаяхъ же узкаго таза *conj. входа* вездѣ была меньше *conj. выхода* max. на 2,0 с., min. на 0,3, среднее составляло 1,01 с.

Такимъ образомъ, отношенія истинныхъ конъюгаты указываютъ, что онѣ отличаются другъ отъ друга на величину нѣсколько большую, чѣмъ 1 сант. и что въ значительномъ количествѣ случаевъ эта величина представляетъ собою число, которымъ истинная *conjugata* выхода *больше* истинной конъюгаты входа.

Но такъ какъ конечныя точки измѣренія обѣихъ истинныхъ конъюгаты представляются различными, а потому и получающіяся при измѣреніи цифры не могутъ претендовать на абсолютное равенство условій полученія, то посмотримъ, какое взаимное отношеніе существуетъ между *conj. diagonalis* входа и *conj. vera* выхода: у обѣихъ этихъ конъюгаты переднія точки—нижній край симфиза—идентичны. Оказывается, что во всѣхъ

случаяхъ *conj. diagonalis* *превосходитъ* *conj. vera* выхода на известную величину, а именно, въ нормальныхъ тазахъ тах. на 4,25 с., *minimum* 0,5 с. среднее же = 2,18 сант. Въ тазахъ же узкихъ (восемь случаевъ) колебаніе не столь рѣзкое, а именно: тах. 1,3 с., *min.* 0 с., среднее = 0,76.

Полученныя нами, такимъ образомъ, взаимныя отношенія съ одной стороны между истинными конъюгатами входа и выхода и съ другой—между этой послѣдней и *conj. diagonalis* подтверждаютъ еще разъ установленное уже изслѣдователями взаимное отношеніе прямыхъ размѣровъ различныхъ отдѣловъ таза. И, дѣйствительно, стоитъ только взглянуть, напр., на рис. № 5 на стр. XVI «Оперативнаго Акушерства» *Крассовскаго* или на рисунокъ на стр. 17 въ *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements Farabeuf'a* и *Varnier* для того, чтобы наглядно убѣдиться въ томъ, что истинный прямой діаметръ входа меньше прямого истиннаго размѣра выхода и что діагональный діаметръ больше этого прямого выхода. У *Крассовскаго* эти цифры таковы: с. *vera* входа 11,0, *conj. diag.* 13,0, *conj.* выхода (*isthmus sp. min.*) 11,5.

Что же касается до того, существуетъ ли между конъюгатами входа и выхода какая нибудь строго опредѣленная зависимость, то въ виду слишкомъ большихъ колебаній въ разницѣ между *conj. diag.* входа и *conj.* выхода, достигающей амплитуды въ 4,2 сант., мы должны признать эту зависимость маловѣроятной, по крайней мѣрѣ для правильнаго таза.

Нѣсколько выше мы обращали вниманіе на тазы №№ 10 и 17, въ которыхъ истинный поперечникъ выхода оказался сверхъ обыкновенія больше поперечника входа. Отношеніе конъюгатовъ въ этихъ тазахъ было слѣдующее: въ № 10 разница между *conj. vera* входа и *conj. vera* выхода была значительно больше нормальной, а именно: *conj. vera* была не только не меньше, но значительно превосходила *conj.* выхода (на 1,0 с.). И такъ какъ *conj. vera* входа была нормальна (11,0 с.), то такая разница объяснится ненормально-малой величиной *conj.* выхода (10,0 с.). Такимъ образомъ, тазъ № 10 слѣдуетъ считать ненормальнымъ въ томъ отношеніи, что въ то время, какъ поперечникъ выхода его оказывается значительно расширеннымъ (*Br. vera* = 12,75 с.) передне-задній размѣръ выхода представляется значительно

уплощеннымъ. Такой тазъ можно назвать тазомъ *плоскимъ въ выходъ*.

Тазъ № 17 тоже представлялся въ поперечникѣ выхода расширеннымъ, хотя и въ меньшей степени, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ (Br. vera = 11,6 с.) Conj. vera и diagonalis въ этомъ случаѣ представлялись нѣсколько суженными (9,8 с. и 11,5 с.) въ то время какъ истинный прямой выхода былъ лишь очень слабо суженъ (11,5). Въ виду того, что и другіе размѣры (большаго таза и полости) указываютъ на суженіе, слѣдуетъ отнести этотъ тазъ къ категоріи общенеравномѣрно суженныхъ тазовъ.

#### IV.

Намъ остается перейти теперь къ выводамъ изъ обработки всего того матеріала, который прошелъ черезъ наши руки. Постараемся же сопоставить все то, что нами было до сихъ поръ сказано относительно измѣренія выхода таза на живыхъ, съ данными, полученными при измѣреніи труповъ. Матеріалъ клинической послужилъ намъ для вывода (изъ значительнаго количества наблюдений) среднихъ величинъ обоихъ ложныхъ (внутреннихъ) діаметровъ выхода. Сопоставляя ихъ между собою въ нормальномъ и узкомъ тазу мы видимъ:

ТАБЛИЦА IV.

Ложные діаметры выхода:

Величина.		Точная.		Колебанія въ предѣлахъ.		Приблизительная величина.	
		Нормальный.	Узкій.	Нормальный.	Узкій.	Нормальный.	Узкій.
Тазъ.							
Діаметры:	Прямой . . . . .	13,6098	12,989	14,48—12,81	13,80—12,18	13,5(+) <sup>42</sup>	13,0(-)
	Поперечный <i>Wris-</i> <i>sk's</i> го . . . . .	8,8245	8,29886	9,34— 8,30	8,97— 7,64	9,0(-)	8,0(+)
	Поперечный <i>Schroeder's</i> а . . . . .	9,82664	9,65766	10,47— 9,19	10,24— 9,04	10,0(-)	9,5(+)

Такимъ образомъ, опредѣляются на живыхъ величины обоихъ діаметровъ выхода или, иначе, ихъ *ложные* размѣры. Для того же, чтобы получить *истинные* размѣры и послужили

<sup>42</sup> Знаки + и — стоящіе около цифръ показываютъ, что въ дѣйствительности приблизительная величина приведенной нѣсколько больше (+), или меньше (-).

наши измѣренія труповъ. Изъ данныхъ, полученныхъ при этихъ измѣреніяхъ, слѣдуетъ, что для того, чтобы изъ ложнаго, клинически найденнаго, размѣра опредѣлить истинный анатомическій слѣдуетъ:

1) При отысканіи величины прямого размѣра *отнять около сантиметра* (точнѣе 1,065—0,835).

2) При отысканіи величины поперечнаго размѣра *Breisk'*аго *прибавитъ* тринадцать миллиметровъ.

3) При отысканіи величины поперечнаго размѣра *Schroeder'*а *считать найденную величину почти соответствующей действительной серединѣ сѣдалищныхъ бугровъ*. (Ошибка на 0,64—0,35 с.).

Такимъ образомъ, ясно, что толща тканей, находящихся на мѣстѣ крестцово-копчиковаго сочлененій, въ среднемъ равна около 1,0 сант. (у *Гарбункеля* она была 1,5 сант.); толща же мягкихъ частей, одѣвающихъ сѣдалищные бугры, равна около 1,3 сант. (у *Гарбункеля* 1,5 сант.).

Вставляя въ таблицу IV только что приведенныя поправки получаемъ истинные размѣры выхода въ слѣдующемъ видѣ:

### ТАБЛИЦА V.

Истинные діаметры выхода:

Величина.		Точная.		Приблизительная.	
		Нормальный.	Узкій.	Нормальный.	Узкій.
Тазъ.					
Діаметры:	Прямой истинный . . . . .	12,5378	12,154	12,5	12,0 (+)
	Поперечный <i>Breisk'</i> аго истинный . . . . .	10,1665	9,63586	10,0 (+)	9,5 (+)
	Поперечный <i>Schroeder'</i> а истинный . . . . .	10,46664	10,00766	10,5 (—)	10,0

Приведенная таблица V указываетъ, между прочимъ, что разница въ діаметрахъ выхода между нормальнымъ и узкимъ тазомъ, оказывается весьма равномерной: разница эта выражается въ 0,5 сант., что составляетъ маленькую величину въ сравненіи съ разницею между размѣрами нормальнаго и узкаго таза въ діаметрахъ большаго таза и его входа (см. выше).

Покончивъ наконецъ, съ опредѣленіемъ величинъ обоихъ діаметровъ выхода спросимъ себя, какой же способъ опредѣленія поперечника, способъ *Breisk'*аго или *Schroeder'*а удобнѣе и скорѣе ведетъ къ цѣли? Отвѣтъ на этотъ вопросъ въ извѣстной степени уже сформировался при изложеніи сказаннаго въ III и IV главѣ. И, дѣйствительно, мы видѣли, что наружные и внутренніе діаметры поперечника по *Schroeder'*у, какъ это слѣдуетъ изъ измѣреній труповъ, почти совпадаютъ. Въ тоже время размѣры, полученные способомъ *Breisk'*аго, значительно разнятся другъ отъ друга и эта разница находится въ прямой связи какъ съ развитіемъ подкожной жирной клѣтчатки, такъ (въ меньшей степени) отъ степени прижатія и растяженія ея, мышцъ и фасцій при спинно-ягодичномъ положеніи измѣряемой женщины. Такимъ образомъ, мы встрѣчаемся здѣсь съ двумя ингредиентами, изъ которыхъ лишь одинъ (толща подкожной клѣтчатки), можетъ быть опредѣленъ, да и то чрезвычайно приблизительно.

Для практическихъ, такъ сказать повседневныхъ цѣлей способъ *Breisk'*аго представляетъ еще нѣкоторое правда весьма устранимое неудобство. Онъ требуетъ циркуля съ расходящими вѣтвями. Между тѣмъ большинство акушеровъ (по крайней мѣрѣ русскихъ и нѣмецкихъ) употребляетъ исключительно циркуль *Martin'*а, который непригоденъ для измѣренія поперечника по *Breisk'*ому.

Однако, въ пользу способа *Breisk'*аго говорить легкость и удобство его примѣненія на практикѣ. Въ спино-ягодичномъ положеніи измѣряемой женщины, особенно у худощавыхъ, внутреннюю поверхность бугровъ можно осязать довольно отчетливо и съ большимъ удобствомъ (по линіи проходящей черезъ промежностный край an<sup>i</sup>) приставить къ нимъ палочки вѣтвей тазамѣра.

Нѣсколько иначе дѣло обстоитъ съ способомъ *Schroeder'*а. Здѣсь мы должны избрать среднюю точку на возвышеніи, имѣющемъ нижнюю поверхность, а особенно наружный край, не всегда отчетливыми и лишь практика даетъ намъ возможность разъ на всегда освоиться съ отысканіемъ этой точки. Но разъ это достигаются и всѣ мѣры, обезпечивающіе правильность измѣренія приняты (см. выше), то результаты полу-

чаются весьма хорошіе; данныя вполне точны и, что весьма важно, не нуждаются ни въ какихъ вычитаніяхъ приближенныхъ величинъ.

Такимъ образомъ, полагаемъ, что вопросъ о томъ, какой способъ ближе ведетъ къ цѣли рѣшается слѣдующимъ образомъ: способъ *Schroeder*'а точнѣе, а потому его слѣдуетъ рекомендовать вообще тамъ, гдѣ возможная точность является непремѣннымъ условіемъ измѣренія и въ частности въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ виду возникшихъ подозрѣній необходимо совершенно отчетливо выяснить пространственныя величины выхода; способъ же *Breisk*'а найдетъ себѣ болѣе многочисленныхъ поклонниковъ потому, что вмѣстѣ съ удовлетворительною точностью соединяетъ въ себѣ чрезвычайную легкость и быстроту примѣненія. Такимъ образомъ, если первый способъ будетъ имѣть большее примѣненіе въ клинической и поликлинической практикѣ у лицъ многозанимающихся пельвиметріей, то второй способъ будетъ по преимуществу находиться въ рукахъ простыхъ практиковъ.

Сказаннымъ, какъ кажется, вопросъ о методикѣ измѣренія выхода представляется болѣе или менѣе исчерпаннымъ. Считаемъ не бесполезнымъ теперь же указать на одно практическое значеніе методическаго примѣненія измѣренія выхода, по скольку это обнаружилось на нашемъ матеріалѣ. Какъ извѣстно, многіе акушеры и до сихъ поръ считаютъ, что суженія таза въ выходѣ представляются не частыми. Суженіе въ выходѣ характеризуетъ собою по преимуществу, такъ называемые, *воронкообразные тазы*. Какъ извѣстно воронкообразнымъ тазомъ называется такой, въ которомъ при нормальныхъ или слегка суженныхъ (*Schauta*) размѣрахъ входа въ тазъ, одинъ изъ диаметровъ выхода, по преимуществу поперечный, или оба вмѣстѣ, представляются суженными. Относительно того, какъ часто встрѣчаются эти тазы, мнѣнія акушеровъ склоняются къ тому, что воронкообразная форма не представляется заурядной. Такъ *Runge* <sup>44)</sup> говоритъ, что эта аномалія таза встрѣчается рѣдко, а *Крассовскій* <sup>45)</sup> пишетъ: «Чистая форма воронкообразнаго

<sup>44)</sup> *Runge*. Учебникъ акушерства. Русс. пер. 1894, стр. 317.

<sup>45)</sup> *Крассовскій*. *Op. cit.*, стр. 207.

таза встрѣчается вообще весьма рѣдко». Да и многіе другіе акушеры, о которыхъ говорилъ еще *Breisky* <sup>46)</sup>, считали суженіе въ выходѣ большою рѣдкостью («grosse Seltenheit»). У *Schaut*'ы <sup>47)</sup>, мы читаемъ слѣдующее: «По *Schroeder*'у и *Spiegelberg*'у, единственнымъ авторамъ, которые занимались этой аномаліей, воронкообразный тазъ встрѣчается очень рѣдко («soll sehr selten sein»). Изученіе протоколовъ пражской акушерской клиники, въ которой во время завѣдыванія этой клиникой *Breisk*'имъ, обращалось особенное вниманіе на суженіе выхода, показало мнѣ что на 2070 узкихъ тазовъ, опредѣленныхъ въ теченіи 1875—1886 годовъ, находятся 122 воронкообразныхъ таза». Такимъ образомъ, частота воронкообразнаго таза составляетъ 5,9<sup>0</sup>/<sub>10</sub> общаго числа узкихъ тазовъ. Несомнѣнно, что это число не выражаетъ собою истинной частоты воронкообразнаго таза, такъ какъ во многихъ случаяхъ не было сдѣлано измѣренія выхода. Въ томъ, что до сихъ поръ не въ обычаѣ въ каждомъ безъ исключенія случаѣ родовъ точно измѣрять не только входъ, но и выходъ, нахожу я объясненіе указанной рѣдкости случаевъ воронкообразно-суженнаго таза (стр. 316). *Ahlfeld* <sup>48)</sup> въ своемъ руководствѣ ничего не говоритъ о частотѣ воронкообразнаго таза, но повидимому онъ ему встрѣчался не часто, такъ какъ, говоря о теченіи родовъ при этой аномаліи, *Ahlfeld* указываетъ лишь на 8 случаевъ. Быть можетъ, это были случаи рѣзкаго суженія выхода, которое встрѣчается дѣйствительно не часто.

Но для практической дѣятельности врача важны не столько эти рѣдкости, діагнозъ которыхъ—разъ тазъ вообще суженъ—поставить не трудно, а тѣ случаи, гдѣ тазъ согласно съ обыденными измѣреніями, третируемый какъ нормальный, представляется въ сути суженнымъ въ выходѣ и иногда даже весьма значительно. Если мы примемъ согласно съ нашими данными, въ правильномъ тазу за норму прямого размѣра выхода величину 13,61 с., а за крайній предѣлъ колебанія этой средней, величину въ сторону отрицательнаго 12,81 с.,

<sup>46)</sup> *Breisky*. Op. c. стр. 4.

<sup>47)</sup> *Schauta*. Müller's Haudbuch der Geburtshülfe. 1889, II Bd.

<sup>48)</sup> *Ahlfeld*. Op. cit.

то просматривая сдѣланную нами таблицу относительно прямого размѣра выхода въ нормальномъ тазу мы видимъ, что 68 женщинъ или 26,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> имѣютъ этотъ размѣръ меньше нормальнаго, причемъ у 52 женщинъ степень суженія принадлежить къ слабымъ (уменьшеніе противъ средней не выше 0,81), 14 къ среднимъ степенямъ (махімумъ уменьшенія 1,81) и, наконецъ, у двухъ суженіе достигло значительной степени, а именно: прямой выходъ былъ у одной 10,5, у другой же даже 10,0 <sup>49</sup>). Далѣе, если взять за норму для правильного таза поперечникъ *Schroeder*'а равнымъ 9,83 с., съ колебаніями въ отрицательную сторону до 9,19 с., то нашъ матеріалъ такъ называемыхъ правильныхъ тазовъ показываетъ, что на 274 случая приходится 69 или 25,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> тазовъ суженныхъ въ поперечникѣ, а именно: въ 9,0 с.—30 сл., въ 8,75—16 сл., въ 8,5—8 сл., въ 8,25—4 сл., въ 8,0—7 сл., въ 7,75—2 сл., а въ 7,5 и 7,0 по одному. Такимъ образомъ, слабая степень таза съ поперечникомъ до 8,50 с. (сужен. махімумъ на 0,44 с.) наблюдалось въ 46 случаяхъ (16,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), средняя степень таза съ поперечникомъ 8,5—7,5 с. (махімумъ суженія 1,44 с.), въ 21 случаѣ (7,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) и, наконецъ, высокая степень суженія въ двухъ случаяхъ (суженіе въ 1,69 и выше).

Точно также, если норму поперечника по *Breisk*'ому, мы примемъ въ правильномъ тазу равной 8,82 с., а за предѣлы ея колебанія въ сторону меньшаго 8,30 с., то среди измѣренныхъ нами 57 повидимому нормальныхъ тазовъ, мы находимъ 12 такихъ (21<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), гдѣ поперечникъ *Breisk*'аго былъ меньше этой крайней цифры 8,30 с., а именно онъ былъ въ 8,25 с.—1 разъ, въ 8,0—3 раза, въ 7,75—4 раза, въ 7,5 и 7,0 по разу и, наконецъ, въ 7,0—2 раза.

Такимъ образомъ, мнѣніе, что суженія въ выходѣ представляютъ большую рѣдкость, оказывается несостоятельнымъ.

<sup>49</sup>) Эти случаи суть слѣдующіе: 1) III—para, d. sp.—24,0, d. cr.—27,0, conj. ext.—18,0, trochant.—31,0. Продолжительность родовъ 11 час. 50 мин., плодъ 2100 grm., живой; 2) I—para, d. sp.—23,0, d. cr.—26,0, conj. ext.—20,5, trochant.—31,0, прямой выхода 10,0 с., поперечный *Schroeder*'а 7,75 с. Продолжительность родовъ 17 ч. 15 м., плодъ 3200. Partus spontaneus. Особенно интересенъ послѣдній случай, гдѣ при наличности довольно широкихъ общихъ размѣровъ таза, размѣры выхода представляются въ обоихъ направленіяхъ резко суженными.

Не говоря уже о томъ, что въ большинствѣ узкихъ тазовъ выходъ такъ или иначе суженъ, даже въ такъ называемыхъ нормальныхъ тазахъ суженія въ томъ или другомъ размѣрѣ выхода оказываются въ количествѣ почти четверти всѣхъ случаевъ (отъ 21,0—26,6<sup>0</sup>/о). Такимъ образомъ, важность примѣненія въ клиникѣ систематическаго измѣренія выхода для объясненія тѣхъ или другихъ уклоненій въ теченіи II періода родовъ явствуется сама собой.

Сказаннымъ кромѣ того подтверждаются выше приведенныя слова *Schant'*ы. Дѣйствительно, если бы измѣреніе тазоваго выхода было бы также обычно, какъ это имѣетъ мѣсто относительно тазоваго входа, то несомнѣнно тазы суженныя въ выходѣ не представлялись бы рѣдкостью.

При суженіяхъ нижней части костнаго скелета таза важно уже то, что пространственныя отношенія такъ или иначе ненормальны. Въ виду этого изъ боязни увеличивать и безъ того растянувшіе предѣлы нашей работы мы и не приводимъ статистики случаевъ, гдѣ *оба* размѣра представляются суженными. Но мы не можемъ обойти малчаніемъ слѣдующій интересный вопросъ: если въ нормальныхъ тазахъ столь часто встрѣчаются такъ сказать, локализованныя суженія выхода, то нельзя ли найти среди узкихъ тазовъ такіе случаи, гдѣ бы выходъ оказался не только нормальнымъ, но даже широкимъ. Обращаясь для этого къ протоколамъ по матеріалу узкаго таза, мы находимъ слѣдующее.

Средняя величина прямого размѣра выхода таза въ узкомъ тазу = 12,99 с., и колеблется между 13,80 с. и 12,18 с. Отсюда слѣдуетъ, что если мы встрѣчаемъ въ узкомъ тазу прямой размѣръ выхода болѣе 13,80 с., то это будетъ означать, что этотъ діаметръ принадлежитъ нормальному тазу или, иными словами, тазъ въ прямомъ размѣрѣ будетъ расширенъ. Такихъ случаевъ на 166 тазовъ, оказалось 38 или 23<sup>0</sup>/о, а именно прямой въ 14 случаяхъ наблюдался въ 12 случаяхъ, въ 14,25—въ пяти, въ 14,5—въ 7, въ 14,75—въ 6, въ 15,0—въ 4, въ 15,5—въ 2 и, наконецъ, въ 16,0—въ 2.

Средняя величина поперечника, по *Schroeder'*у, для узкаго таза нами установлена въ 9,66, съ колебаніями этой средней между 10,24 и 9,04. Въ таблицахъ узкихъ тазовъ мы нахо-

димъ среди 143 случаевъ 43 случая или 30<sup>0</sup>/<sub>с</sub>, гдѣ этотъ размѣръ больше 10,24, и именно 10,25 с.—11 случаевъ, 10,5 с.—10 случаевъ, 10,75 с.—8 случаевъ, 11,0 с.—4 случая, 11,25 с.—6 случаевъ, 11,5 с.—2 случая, 11,75 с. и 12,0 с. по одному случаю.

Наконецъ, средняя величина поперечника, по *Breisk'*ому, нами найденая равной 8,30 с., находится въ предѣлахъ 8,97 и 7,64 с. Протоколы же говорятъ, что среди 69 случаевъ находится 18 случаевъ или 26<sup>0</sup>/<sub>с</sub>, гдѣ поперечникъ оказывается больше 8,97 с. Эти случаи суть: съ діаметромъ въ 9,0—7 сл., съ 9,25—1 сл., въ 9,5—5 сл., въ 9,75—1 случай и, наконецъ, въ 10,0 сант. 4 случая.

Такимъ образомъ и для узкаго таза наблюдается тоже несоотвѣтствіе между размѣрами входа и діаметрами выхода, только, конечно, *vice versa*: въ 23—30<sup>0</sup>/<sub>с</sub> всѣхъ случаевъ имѣеть мѣсто широкій въ одномъ изъ діаметровъ выходъ при суженной остальной костной основѣ.

Уже а priori можно было ожидать, что могутъ имѣть мѣсто и такіе случаи, гдѣ оба діаметра выхода окажутся расширенными сравнительно съ размѣрами большаго и малаго таза. И, дѣйствительно, такихъ случаевъ оказалось 11, что на все число узкихъ тазовъ (178) составляетъ 6,1<sup>0</sup>/<sub>с</sub>.

Эти случаи вкратцѣ суть слѣдующіе:

		прям. попер.							
№ 41.	VII-para,	37 л.,	вых. 14,0;	10,5,	прод. род. 5 ч. 27 м.	(2 пер.—15 м.)	жив. пл.		
								3000 grm.	Partus spontaneus.
№ 50.	I-	26 „ „	14,5;	10,5, „ „	21 ч. 15 м.,	жив.,	3300.	P. spont.	
№ 72.	VII-	42 „ „	15,0;	10,25, „ „	6 „ 20 „ „	„ „	3200.	„ „	
№ 80.	VI-	26 „ „	14,5;	11,25, „ „	„ „	мацерирован.			
№ 83.	II-	21 „ „	14,75;	11,75,	Abortus.	Abrasio.			
№ 101.	III-	31 „ „	14,0;	11,25,	прод. род. 4 ч. — м.,	жив.,	3050.	P. sp.	
									Тазов. предлежаніе
									Легкое ручное пособіе.
№ 103.	I-	23 „ „	14,5;	11,25, „ „	31 „ 35 „	жив.,	3400.	Versio.	
№ 105.	IV-	31 „ „	15,0;	10,75, „ „	— „ 50 „ „	„ „	4000.	P. spont.	
№ 125.	II-	21 „ „	14,75;	10,75, „ „	3 „ 55 „ „	„ „	2500.	„ „	
№ 165.	IV-	32 „ „	14,5;	11,0, „ „	4 „ 18 „ „	„ „	2500.	„ „	
№ 175.	I-	23 „ „	14,25;	10,75, „ „	12 „ — „	(II пер. 30 мин.)	3000 grm.	P. spont.	

Такимъ образомъ, слѣдуетъ считать несомнѣннымъ, что существуютъ такіе тазы, которые имѣють до нѣкоторой степени

форму опрокинутой воронки, т. е. при узкомъ входѣ широкій выходъ. Клиническое значеніе этихъ тазовъ должно выражаться исключительно въ замедленіи и затрудненіи I періода родовъ и ускореніи II періода.

№ по порядку.	Какой губернии.	Который разъ беременна.	Возрастъ.	Течение предше- ствавшихъ родовъ.	Т А З Ъ.								М			
					Dist. spinarum.	Dist. cristarum.	Dist. introchant.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Поперечн. выхoda.	Прямой выхoda.	Другие разжфы.	Живой или мертвый.	Вѣс.	
1	Тверской . .	2 24	Norma.		21,0	23,5	27,5	16,0	—	—	12,25	S.	„	—	Ж.	2700
2	С.-Петербур. .	1 20	—		20,0	23,0	28,0	17,0	—	—	10,75	„	„	—	„	2900
3	Вологодской	2 27	Norma.		22,5	24,5	27,5	16,5	—	—	9,0	„	„	—	„	2500
4	Новгородск.	„ 21	„		22,5	24,5	29,0	16,5	—	—	10,5	„	12,5	—	„	2800
5	„	5 33	„		20,5	23,0	28,5	18,5	—	—	9,25	„	12,0	—	„	4000
6	Тверской . .	2 28	„		19,0	23,0	27,0	16,25	10,0	8,5	9,0	„	12,5	—	„	3100
7	Псковской . .	10 42	„		20,5	23,5	28,0	16,75	—	—	8,75	„	11,25	—	„	2900
8	Тверской . .	4 27	„		22,5	23,75	30,0	17,0	9,5	7,75	10,75	„	13,0	—	„	3750
9	С.-Петербур. .	2 28	„		21,0	24,0	29,5	17,0	10,75	9,0	10,5	„	12,5	—	„	3600
10	Тверской . .	„ 23	„		20,0	22,25	29,0	16,5	10,0	8,25	9,5	„	10,0	—	„	2400
11	С.-Петербур. .	„ 27	„		22,25	24,0	29,0	16,5	10,0	8,25	11,25	„	12,0	—	„	3400
12	Арханг. . . .	1 26	—		22,0	23,5	29,0	18,0	—	—	10,5	„	11,5	—	„	3700
13	Витебской . .	1 18	„		23,0	24,5	28,5	17,5	—	—	10,5	„	11,0	—	„	3300
14	„	3 29	Norma.		20,5	24,0	30,5	17,5	—	—	11,0	„	11,0	—	„	4000
15	Тверской . .	2 27	„		22,0	24,0	28,5	18,0	—	—	9,25	„	12,5	—	„	3100
16	С.-Петербур. .	1 19	—		23,0	25,5	30,0	17,5	—	—	9,5	„	12,5	—	„	3300
17	Смоленской .	2 27	Norma.		20,75	24,0	27,0	17,5	10,5	9,0	9,25	„	„	—	„	3150
18	Новгородск.	7 31	„		20,0	23,0	28,0	18,0	„	„	9,25	„	12,75	—	„	3400
19	Арханг. . . .	2 24	„		20,25	24,5	29,25	17,25	10,5	8,75	9,75	„	11,0	—	„	2900
20	С.-Петербур. .	1 32	—		21,0	24,0	28,5	17,5	—	—	9,25	„	10,75	—	„	2600 1600
21	Тверской . .	2 21	Norma.		21,0	24,0	29,0	18,5	—	—	9,0	„	12,5	—	„	3400
22	С.-Петербур. .	5 33	„		20,5	23,75	27,5	16,5	10,0	8,5	9,25	„	10,5	—	„	3200
23	Финляндия . .	4 28	„		23,5	26,0	27,5	18,0	—	—	7,75	„	12,75	—	„	4050
24	Рязанской . .	1 20	—		23,0	25,5	30,0	17,25	—	—	9,5	„	13,0	—	„	3350
25	С.-Петербур. .	2 23	Norma.		21,0	24,25	27,25	16,5	9,25	7,75	8,5	„	13,5	—	„	3700

1) Въ таблицѣ сдѣланы слѣдующія сокращенія: S означаетъ *Schroeder*, Br — *Breisky*, Ж — живой, буквы означаютъ предлежаніе и его видъ. Цифра и буква п. въ графѣ „открытіе матки при пост- метрахъ, а время въ часахъ и минутахъ.

(Узкие тазы) <sup>1)</sup>.

		РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.																Послѣродовой периодъ.
Длина.	Полнѣ.	Размѣръ плечиковъ.	Размѣръ ягодичн. ягодищ.	Окружн. прямой.	Окружн. косая.	Разм. б. поперечн.	Разм. м. поперечн.	Прямой.	Большой косой.	Малый косой.	Положеніе плода.	Открытіе таза при поступленіи.	Продолжитель- ность родовъ.	Особенности механизма родовъ и опера- тивное пособіе.				
50	м.	10,0	8,5	32,0	37	8,5	7,0	10,5	12	9	1 з. п. в.	3 п.	8 ч.	Norma.			Однократное пов. т° 38,5.	
"	"	"	"	33,0	"	"	7,5	10,0	13	8,5	1 з. з. в.	1 "	16 11	"			Norma.	
49	"	"	"	"	36	8,0	7,0	"	12	8	1 з. п. в.	1 1/2 "	8 12	"			"	
50	"	"	9,0	34	38	8,5	"	"	12,5	11,0	"	2 1/2 "	19 20	"			"	
51	"	13,0	9,0	35	42	9,0	8,0	11,0	14,0	9,5	2 "	1 "	13 30	"			"	
50	"	11,0	"	34	38	8,5	7,0	"	12,0	8,5	Уличн.	роды.	5 5	"			"	
"	д.	11,0	"	33	37	"	7,5	10,0	"	"	2 з. з. в.	1 1/2 п.	4 15	"			"	
"	м.	12,5	"	34	40	9,0	8,0	11,0	13,5	9,5	1 з. п. в.	2 1/2 "	7 40	"			"	
54	"	11,0	"	35	39	"	7,5	"	13,0	9,0	2 з. з. в.	1 "	13 15	"			"	
44	"	10,0	8,0	33	36	8,0	7,0	10,5	11,5	"	"	Полн.	8 —	"			"	
52	"	12,0	9,0	34	38	8,5	7,5	11,0	13	9,5	1 з. п. в.	"	1 10	"			"	
"	"	11,0	9,5	36	39	9,0	8,0	"	"	8,0	1 з. в.	1 п.	5 4	Роды какъ при 2 зат.			"	
50	"	11,5	9,0	34	40	8,5	"	10,5	12,5	9,0	1 з. в.	1 "	17 20	Norma.			"	
52	"	13,0	9,5	36	"	9,0	"	11,5	13,0	9,5	2 з. з. в.	2 "	18 40	"			"	
51	д.	10,5	9,0	34	36	8,5	7,5	10,0	"	8,5	2 з. п. в.	3 "	3 55	"			Однократное пов. до 38,1.	
50	"	11,5	8,5	34	39	"	"	10,5	12,5	9,5	1 з. п. в.	Полн.	5 52	"			Norma.	
"	"	11,0	8,0	33	38	8,0	7,0	10,0	12,0	9,0	"	Врѣз.	2 20	"			"	
52	м.	10,5	9,0	"	"	8,5	7,5	"	13,0	8,5	"	2 п.	8 20	"			"	
50	"	10,0	8,0	34	37	10,0	8,5	7,5	12,5	9,0	1 з. з. в.	2 "	3 35	"			"	
45	"	"	"	32	"	8,0	7,0	9,0	11	"	1 з. п. в.	1 1/2 "	18 —	"			"	
42	д.	8,0	6,0	29	32	7,5	6,5	9,0	9,5	8,5	1 ягод. з. в.	"	"	"			"	
52	м.	12,0	9,0	36	40	9,0	7,5	11,5	13,0	9,5	1 з. п. в.	2 "	6 58	"			"	
"	"	11,0	8,5	34	37	8,5	7,0	11,0	12,5	9,0	2 з. з. в.	1 "	13 55	"			"	
50	"	12,0	9,0	35	41	9,0	8,0	10,5	13,5	9,5	1 з. п. в.	—	5 10	"			"	
49	д.	11,0	8,5	34	39	8,5	7,5	10,0	12,0	9,0	2 з. з. в.	2 п.	12 35	"			"	
52	м.	13,0	9,0	35	41	9,0	8,0	11,0	13,5	9,5	1 з. п. в.	3 "	3 35	"			"	

Мертв.—мертвый; мац.—мацерированный; м—мальчикъ, д—дѣвочка. Въ графѣ „положеніе плода“— „левѣ“ означаетъ число поперечныхъ пальцевъ. Всѣя опредѣленъ въ граммахъ, длина въ сантиметрахъ.

№ по порядку.	Какой губернии.	Который раз? Беремена.	Возрастъ.	Течение предле- ствующих родовъ.	Т А З Б.									М		
					Dist. spinarum.	Dist. cristarum.	Dist. intertrochant.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Поперечн. выхода.	Прямой выхода.	Другие размѣры.	Живой или мертвой.	Вѣс.	
26	Ковенской .	2	25	Norma.	23,0	25,5	29,0	18,0	—	—	8,25	S.	13,25	—	Ж.	4000
27	Тверской . .	1	19	—	21,5	23,25	28,25	17,25	—	—	9,5	„	10,25	—	„	3200
28	Орловской .	1	26	„	20,0	23,0	30,5	17,25	—	—	8,25	„	10,0	—	„	1250
29	Тверской . .	1	22	„	23,5	26,0	27,0	18,0	—	—	10,25	„	12,5	—	„	3500
30	Рязанской .	2	20	Norma.	22,75	24,5	29,5	17,25	—	—	9,25	„	11,0	—	„	3400
31	Псковской .	3	27	„	19,75	22,5	29,0	16,25	—	—	10,0	„	11,75	—	А	
32	Новгородск.	2	23	Какая то операция.	22	26,0	32,0	17,5	—	—	9,75		13,5	—	Ж.	3700
33	С.-Петерб. .	7	36	Norma.	22,75	24,5	29,5	17,25	—	—	10,75		12,5	—	„	3950
34	Тверской . .	4	31	„	23,0	26,0	28,0	18,0	—	—	8,75		10,0	—	„	3800
35	С.-Петерб. .	4	28	„	22,0	25,0	29,0	18,0	—	—	8,25		12,25	—	„	3500
36	Тверской . .	1	26	—	23,5	25,0	28,5	16,0	11,0	9,25	8,0		11,75	—	„	2800
37	Архангел. .	1	18	„	23,5	25,25	28,0	17,5	—	—	10,0		12,0	—	„	3100
38	Московской.	6	32	Norma.	22,0	25,0	29,5	18,0	—	—	10,25		12,75	—	„	3300
39	Смоленской.	1	21	—	22,0	24,0	28,0	18,0	—	—	—		—	—	„	3000
40	Костромск. .	6	36	Norma.	24,0	27,5	31,0	18,0	—	—	10,0		12,0	—	„	4300
41	С.-Петерб. .	4	29	„	24,5	26,0	30,0	18,0	—	—	9,5		13,0	—	„	3000
42	Тверской . .	7	37	„	24,0	26,0	30,0	17,5	—	—	10,5		14,0	—	„	„
43	Архангел. .	1	22	—	25,0	25,5	29,0	17,5	—	—	9,75		12,5	—	„	3750
44	Витебской .	1	20	„	22,75	23,25	27,75	17	10,5	8,5	11,5		13,0	—	„	2050
45	Тверской . .	1	21	„	21,0	24,25	30,0	17,25	—	—	10,75		13,75	Копчикъ неподвиженъ; размѣръ отъ ниж. края снмф. до конца пош. — 11,5 с.	„	3500
46	С.-Петерб. .	4	„	Norma.	21,0	23,0	28,75	17,75	11,0	9,5	8,5		13,0	—	„	3000

52	д.	9,5	34	„	„	„	„	14	„	1 в. з. в.	1 1/2 п.	ч. м. 7 30	Norma.	Norma.		
49	„	11,5	8,5	33	39	„	„	10,0	12,0	„	1 в. п. в.	1 „	11 40	„	„	
46	„	9	6	29	31	7	6	8,5	9,5	7,5	1 ягод. п. в.	—	15 40	„	„	
50	м.	11,5	8,5	34	40	9	8	10,5	12,5	9,5	2 в. п. в.	—	11 35	„	„	
54	„	11,0	8	33	„	8	7	10	12	9	1 в. п. в.	2 п.	11 20	„	„	
b		o				r				t		u		s.	Удаление ост. яйца острой ложкой.	„
52	м.	12	9	36	39	9	7,5	11	13	9	2 в. з. в.	Полн.	ч. м. 4 20	Слабья боли.	„	
„	„	11	9	34	35	8	6,5	11	12,5	9	„	1 1/2 п.	20 20	Norma.	„	
„	„	12	9	33	39	9	8	10	13	9,5	1 в. п. в.	3 „	5 30	„	„	
„	„	11	„	„	38	8,5	7,5	10,5	12,5	„	„	„	2 48	„	„	
50	д.	10	8,5	„	34	7	5	11	„	8	1 в. з. в.	До болей.	6 —	Partus praematurus art. по Krause. Forceps.	Eclampsia ante et post partum. Многократн. пов. t° до 39°.	
52	м.	„	9,0	34	36	8	6	12	13	9	2 в. п. в.	1 п.	12 45	Norma.	Однократное пов. до 38,2°.	
50	д.	11	9	„	38	8,5	7,5	10,5	13	„	2 в. з. в.	3 „	13 13	„	Norma.	
„	м.	10,5	8,5	„	37	„	„	„	12	„	„	2 1/2 „	36 50	„	„	
„	д.	12,0	10	35,5	41	9	8	„	12,5	10	1 в. п. в.	3 „	12 45	„	„	
„	„	11	9	32,0	34	8	5	11,5	13	9	„	1 1/2 „	14 —	„	„	
„	м.	10	„	„	„	„	„	„	„	„	2 в. п. в.	Полн.	5 27	„	„	
51	д.	11	„	34	38	8,5	„	„	„	9,5	1 в. п. в.	3 п.	20 30	„	Многократн. пов. max. 40,5°	
45	м.	10	8	32	34	8	5	11	12	9	„	2 1/2 „	6 30	„	Norma.	
50	д.	12	9	34	39	8,5	7,5	„	13	„	1 в. з. в.	1 „	20 10	„	„	
48	„	10	8	32	37	8	7	10	12	9,5	2 в. з. в.	Полн.	7 15	„	„	

Л  
А  
Д  
Е  
Н  
Е  
Ц  
Ь.

РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.

Длина.	РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.
Поль.	
Размѣръ плечиковъ.	
Размѣръ ягодиць.	
Окружн. прямая	
Окружн. косая.	
Разм. б. поперечн.	
Разм. м. поперечн.	
Прямой.	
Большой косой.	
Малый косой.	

Положеніе плода.

Открытіе матки при поступленіи.

Продолжительность родовъ.

Особенности механизма родовъ и оперативное пособіе.

Послѣродовой періодъ.

47	Новгородск.	2 26	Norma.	17,75	21,0	26,75	16,75	9,0	7,5	—	12,75	—	Ж.	3950
48	Смоленской .	1 21	—	22,0	23,75	29,0	17,25	—	—	9,5	12,5	—	„	2900
49	С.-Петербур. .	4 36	Norma.	22,0	24,0	28,5	16,75	10,25	8,5	10,0	13,0	—	„	3400
50	Тверской . .	3 27	„	21,5	23,25	28,0	16,25	—	—	8,25	11,25	—	„	3700
51	„	1 26	—	25,0	25,0	29,0	18,0	—	—	10,5	14,5	—	„	3300
52	Московской .	6 31	Norma.	21,5	22,5	28,0	16,5	—	—	8,25	12,25	—	„	2850
53	С.-Петербур. .	3 „	„	21,5	24,5	29,0	17,25	—	—	8,0	13,5	—	„	3850
54	„	5 38	„	22,0	25,0	29,0	17,5	—	—	8,0	12,75	—	„	2950
55	Смоленской .	1 28	—	20,25	24,0	30,75	17,25	11,0	9,25	9,25	14,5	—	А	
56	С.-Петербур. .	„ 25	„	24,25	25,25	29,25	16,75	—	—	10,75	12,5	—	Ж.	3100
57	Финляндии .	3 22	Norma.	21,75	24,0	28,0	17,0	10,0	8,25	8,0	12,5	—	А	
58	Тверской . .	2 „	„	21,0	24,0	28,0	18,0	—	—	10,25	13,0	—	М.	1500
59	С.-Петербур. .	„ 28	„	25,0	26,5	29,0	18,0	—	—	9,75	13,5	—	Ж.	3900
60	Новгородск.	6 30	„	20,0	23,0	29,0	17,0	11,0	9,25	10,25	13,5	—	„	3000
61	С.-Петербур. .	2 35	„	25,0	25,0	29,75	17,5	10,5	8,75	9,75	13,0	—	„	3500
62	Новгородск.	4 29	„	21,25	23,75	29,5	17,75	11,0	9,25	11,25	12,75	—	„	3700
63	„	2 24	„	23,0	25,0	29,0	17,5	10,0	8,25	8,75	11,5	—	„	3600
64	Владимирск.	4 28	„	23,5	25,0	29,75	17,75	—	—	9,25	12,5	—	„	3400
65	Новгородск.	1 22	—	21,75	24,25	29	17,75	—	—	8,0	12,0	—	„	2300
66	Московской .	7 31	Форсера при перв. родахъ.	19,5	24,0	29,0	17,25	9,25	7,5	9,25	12,75	—	„	3800
67	С.-Петербур. .	1 29	—	22,0	25,0	30,0	17,0	10,5	8,75	8,0	14,0	—	„	3100
68	Псковской .	1 23	„	23,5	25,5	30,5	17,5	—	—	9,0	12,5	—	„	2900
69	Ярославской	5 30	Norma	19,0	22,5	28,0	17,25	10,5	9,0	10,5	13,5	—	„	3100
70	„	1 22	—	23,25	24,25	32,0	17,25	—	—	9,75	13,0	—	„	3850
71	Эстляндской	1 23	„	22,75	27,0	30,0	17,25	—	—	9,0	12,75	—	„	3500

№ по порядку.

губерніи.

Какой

Который разъ  
беременна.

Возрасть.

Течение предше-  
ствовавшихъ  
родовъ.

Dist.  
spinarum.

Dist.  
cristarum.

Dist.  
intertrochant.

Conj.  
externa.

Conj.  
diagonalis.

Conj. vera.

Поперечн.  
выхода.

Прямой  
выхода.

Другіе  
размѣры.

Живой или  
мертвый.

Вѣсь.

Г

А

З

Г.

М

360

55	д.	13	10	32	36	9,5	9	12	13,5	10,0	2 з. п. в.	Полн.	ч. м. 5 25	Norma.	Norma.
46	"	11,5	9	"	38	9	8	9,0	12	9	1 з. п. в.	1 1/2 п.	9 45	"	"
52	"	12	"	34	"	8,5	7,5	10,5	12,5	"	1 з. з. в.	2 "	11 45	"	"
"	м.	"	10	35	40	"	"	11,5	13,0	10	1 з. п. в.	2 "	16 25	Фиброзное сужение влагалища.	Множествен. пов. t° до 39,5°.
51	д.	11	9	34	38	9	8	10	"	9	2 з. з. в.	1 "	21 15	Norma.	Norma.
49	"	10	"	"	36	8	6,5	11,5	12,5	"	2 з. п. в.	4 1/2 "	4 15	"	"
51	"	12	9	"	40	9	8	10,5	13	"	1 з. з. в.	1 "	14 35	"	"
48	"	11	8	32	38	8	7	10	11	8	2 з. з. в.	2 "	7 30	"	"
b			o			г			t		у		с. ч. м.	Abrasio.	"
50	м.	11	9	34	39	8,5	7,5	11	13	9	2 з. з. в.	1 "	30 45	Norma.	Однократное пов. t° до 38,1°.
b			o			г			t		у		с. ч. м.	"	Norma.
44	м.	—	—	29	29	—	—	9,5	—	—	1 нож. пер. в.	Полн.	26 20	"	Двухкратное пов. t° до 38,1°.
52	"	12	9	35	39	8,5	7,5	11,0	"	"	1 з. п. в.	1 п.	13 14	"	Однократное пов. t° до 38,8°.
50	"	11	"	33	38	"	7,0	10,5	12,5	10,0	"	Полн.	16 5	"	Norma.
52	"	11,5	9,5	35	"	9	8	"	"	"	2 з. з. в.	2 п.	8 40	"	"
49	"	12,0	8,0	33	41	"	"	"	13,0	9,5	1 з. п. в.	Полн.	"	"	"
48	д.	"	9	36	40	"	"	"	13,5	"	2 з. з. в.	1 п.	5 20	"	"
52	"	12	10	34	"	9,5	"	"	13,0	"	1 з. п. в.	1 "	9 35	"	"
45	"	9	8	33	37	8,5	7,5	10	12	8	1 з. п. в.	1 "	13 10	"	Однократное пов. t° до 38,1°.
55	м.	12	10,5	35	38	8,5	"	11	13	9	1 з. з. в.	1 1/2 "	7 40	"	Norma.
50	"	11,0	8,5	33	39	"	"	10,5	12,5	8	1 з. п. в.	1 "	9 25	"	"
50	"	10,5	8,0	35	38	8	7	"	12,0	9	2 з. з. в.	Полн.	7 35	"	"
45	д.	"	9,0	33	"	9	8	"	13,0	9,5	"	"	4 55	"	"
52	"	12,0	9,5	"	39	8,5	7	"	12,5	9,0	1 з. п. в.	4 "	12 45	"	"
50	"	12,0	9,0	"	"	"	8	10	12	9,0	"	1 "	15 10	"	Однократное пов. t° до 38,6°.

Л  
А  
Д  
Е  
Н  
Е  
Ц  
Ь.

Р  
А  
З  
М  
Ѣ  
Р  
Ы  
Г  
О  
Л  
О  
В  
К  
И.

Длина.

Поль.

Размѣръ  
плечиковъ.

Размѣръ  
ягодиць.

Окружн.  
прямая.

Окружн.  
косая.

Разм. б.  
поперечн.

Разм. м.  
поперечн.

Прямой.

Большой  
косой.

Малый  
косой.

Положеніе  
плода.

Открытіе матки  
при поступленіи.

Продолжитель-  
ность родовъ.

Особенности  
механизма ро-  
довъ и опера-  
тивное пособіе.

Послѣродовой  
періодъ.

72	С.-Петербур.	2 32	Norma.	22,75	25,75	29,5	17,25	—	—	9,75	S.	13,0	—	Ж.	3350
73	Смоленской.	7 42	„	20,5	25,25	29,25	17,25	10,25	8,5	10,25	„	15,0	—	„	3200
74	Псковской.	1 20	—	20,5	23,25	29,0	18,0	—	—	10,0	„	13,75	—	„	3100
75	Новгородск.	1 21	„	20,75	23,75	28,5	16,75	9,75	8,0	8,75	„	12,25	—	„	2850
76	Виленской.	7 31	Одни роды кончены поворотомъ.	22,5	24,0	30,0	16,25	9,25	7,5	10,5	„	11,75	—	„	3150
77	Псковской.	3 25	Norma.	22,75	25,25	30,75	17,25	11,5	9,75	9,0	„	13,75	—	„	2600
78	Новгородск.	4 37	„	19,5	21,5	28,0	17,25	8,5	7,0	9,25	„	13,25	—	„	3650
79	Варшавской.	„ „	„	22,0	24,0	29,5	17,5	10,25	8,5	8,0	„	12,5	—	„	3000
80	Витебской.	2 24	„	21,75	23,75	28,5	18,25	—	—	9,5	„	13,0	—	А	
81	С.-Петербур.	6 26	„	20,75	23,25	29,0	17,5	10,75	9,0	11,25	„	14,5	—	М	—
82	Смоленской.	5 36	„	22,0	26,0	30,0	16,5	10,25	8,5	10,25	„	12,0	—	Ж	3900
83	Эстляндской	2 27	„	18,75	20,75	27,75	16,75	11,5	10,0	10,75	„	15,0	—	А	
84	С.-Петербур.	„ 21	„	19,0	22,25	26,75	17,75	11,25	9,75	11,75	„	14,75	—	Ж.	2500
85	Тверской.	„ 23	„	20,0	24,0	32,0	17,5	—	—	10,0	„	14,75	—	„	3400
86	„	1 24	—	22,0	23,75	30,0	17,25	—	—	10,0	„	13,0	—	„	3200
87	Калужской.	7 28	Norma.	19,25	24,5	30,25	17,0	11,0	9,25	10,5	„	12,5	—	„	3500
88	Тверской.	1 26	—	23,0	27,0	29,5	17,5	—	—	9,25	„	12,0	—	„	2950
89	Калужской.	2 25	Norma.	22,25	26,0	29,0	16,0	9,	7,75	8,0	„	12,0	—	„	3100
90	Виленской.	3 22	„	20,5	23,75	29,25	17,0	—	—	8,5	„	12,25	—	„	3850
91	Тверской.	7 34	„	18,75	20,75	24,75	15,0	—	—	9,75	„	10,5	—	„	2450
92	С.-Петербур.	2 31	„	23,5	25,5	31,0	18,0	—	—	9,75	„	13,5	—	Мал.	2550
93	Плоцкой.	2 30	„	19,0	22,5	28,0	18,5	—	—	9,75	„	15,0	—	Ж.	3500
94	С.-Петербур.	1 25	—	20,75	22,75	29,5	17,75	—	—	9,25	„	12,75	—	„	2950
95	Витебской.	3 30	Norma.	20,5	24,0	28,5	18,0	—	—	9,75	„	14,25	—	„	3650
96	Тверской.	„ 31	„	19,5	24,0	28,0	18,0	—	—	10,0	„	14,25	—	„	3100

№ по порядку.

Какой  
губерніи.

Который разъ  
беременна.

Возрасть.

Течение предше-  
ствовавшихъ  
родовъ.

Dist.  
spinarum.

Dist.  
cristarum.

Dist.  
intertrochant.

Conj.  
externa.

Conj.  
diagonalis.

Conj. vera.

Поперечн.  
выхода.

Прямой  
выхода.

Другіе  
размѣры.

Живой или  
мертвый.

Вѣсъ.

Г

А

З

Б.

М

362

Длина.	Поль.	Размѣръ плечиковъ.	Размѣръ ягодицъ.	РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.						Положеніе плода.	Открытіе матки при поступлении.	Продолжительность родовъ.	Особѣнности механизма родовъ и оперативное пособіе.	Послѣродовой періодъ.	
				Окружн. прямая.	Окружн. косая.	Разм. б. поперечн.	Разм. м. поперечн.	Прямой.	Большой косой.						Малой косой.
50	д.	12,0	8,5	33	39	9	8	11	12,0	9,0	1 з. з. в.	1 п.	ч. м. 5 50	Norma.	Norma.
"	м.	11,5	9,0	35	38	9	7,5	11,5	13	"	1 з. п. в.	2 "	6 20	"	"
"	д.	11,0	9,0	33	37	8,5	7,5	10	12,5	8,5	"	1 "	16 32	"	"
"	м.	10,5	9,0	34	38	9	8	"	13	"	2 з. п. в.	1 "	17 59	"	"
"	"	10,0	8,0	31	"	8	7	"	12	9	2 з. з. в.	Полн.	3 5	"	"
"	"	11,0	"	32	37	"	"	10,5	11,5	8,5	1 з. п. в.	2 п.	21 —	"	"
"	"	12,5	9,0	33	41	9	8	10,5	10,5	9,5	2 з. з. в.	Полн.	3 5	"	"
"	д.	11,0	8,5	32	38	8,5	7	10,5	12	8,5	2 з. п. в.	Полн.	1 35	"	"
b	—	—	o	—	—	r	—	—	t	—	u	—	s.	Удал. ост. яйца ложкой	"
—	м.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 з. з. в.	1 п.	2 35	Norma.	"
52	"	12,0	9,5	35	38	8,5	7,5	11,5	13,0	9,5	1 з. з. в.	2 "	15 30	Versio foet. in ped.	"
b	—	—	o	—	—	r	—	—	t	—	s.	1 "	10 —	Удал. ост. яйца ложкой	"
45	д.	10,0	8,0	30	36	8	7	9	10	9	2 з. п. в.	1 1/2 "	3 35	Norma.	"
52	"	11,0	9,0	33	38	3,5	7,5	10,5	12,5	9,5	2 з. п. в.	Врѣз.	11 —	"	"
49	"	10,5	"	34	37	"	"	11,0	"	9	1 з. з. в.	2 1/2 "	5 10	"	"
52	м.	12,0	"	"	38	"	"	"	13,0	"	1 з. п. в.	2 "	11 32	"	"
50	д.	11,0	8,5	35	39	9	7,5	11	13	9,5	"	"	13 53	"	"
"	"	"	"	34	38	8,5	"	"	12,5	"	2 з. з. в.	2 1/2 "	16 15	"	"
"	"	12,0	9,0	34	41	"	"	10,5	13,5	9,0	"	Врѣз.	2 55	Forceps.	"
40	м.	10,5	8,0	31	36	8	7	9,5	10,5	8	"	"	6 15	Norma.	"
—	д.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 з. п. в.	2 "	6 45	"	"
50	"	12,0	9,0	34	40	9	8	10,5	12,0	9	2 з. з. в.	"	4 22	"	"
53	"	10,0	9,0	"	38	8	7	11	13	8	"	"	10 45	Раннее излитіе водъ. Родился какъ при 1-мъ зат.	"
54	"	11,0	9,0	34	40	8,5	7,5	10	12	9	1 з. п. в.	1 "	5 19	Norma.	"
50	"	"	8,0	32	39	8	7	10	"	"	"	1 1/2 "	5 23	"	Однократное пов. t° до 38,4'

№ по порядку.	Какой губернии.	Который разъ бремени.	Возрастъ.	Теченіе предше- стовавшихъ родовъ.	Т А Э Б.								М		
					Dist. spinarum.	Dist. cristarum.	Dist. intertrochant.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Попережн. выхода.	Прямой выхода.	Другіе разбѣры.	Живой или мертвый.	Вѣс.
97	С.-Петербур.	1	20	—	20,75	24,0	28,75	17,0	—	—	9,0	S. 13,25	—	Ж.	3000
98	С.-Петербур.	2	24	Forcers.	19,0	23,0	28,5	16,5	8,75	7,0	10,0	S. 12,0	—	„	3000
99	Архангел.	1	23	—	21,25	23,5	28,25	16,25	9,5	7,25	9,25 8,5	S. Br. 14,0	—	Мерт.	2900
100	Ярославск.	4	25	Norma.	25,5	24,5	30,5	18,0	—	—	10,75 10,0	S. Br. 13,5	—	Ж.	3100
101	Псковской	5	30	„	24,0	25,0	31,0	17,5	10,75	9,0	9,75 8,75	S. Br. 12,5	—	„	3900
102	Рязанской	3	31	„	20,25	23,0	29,25	17,75	11,25	9,5	11,25 9,5	S. Br. 14,0	—	„	3050
103	Вологодской	4	35	„	22,25	24,0	27,5	16,5	10,0	8,25	9,25 8,5	S. Br. 13,0	—	„	3750
04	Новгородск.	1	23	—	20,5	22,25	28,25	17,75	9,25	7,75	11,25 10,0	S. Br. 14,5	—	„	3400
05	Финляндіи.	6	35	Norma.	19,5	20,25	26,0	16,75	8,75	6,75	11,25 10,0	S. Br. 12,5	—	„	2500
06	С.-Петербур.	4	27	„	18,5	22,25	29,5	18,25	—	—	11,0 9,5	S. Br. 13,25	—	„	3300
07	„	1	26	—	22,0	23,75	27,75	17,25	—	—	9,5 8,25	S. Br. 12,5	—	„	2650
108	Тверской	„	23	„	21,0	23,25	29,25	17,5	—	—	9,25 8,75	S. Br. 10,25	—	„	3000
109	Новгородск.	„	„	„	21,0	24,0	28,0	17,5	—	—	8,75 7,75	S. Br. 13,75	—	„	3900
110	Тверской	4	24	Norma.	21,5	24,0	29,0	17,5	9,0	7,5	9,75 8,75	S. Br. 12,0	—	„	3300
111	С.-Петербур.	2	26	Norma.	20,5	22,5	27,5	16,0	9,75	8,0	11,0 9,5	S. Br. 12,75	—	„	3000
112	Вологодской	3	—	„	23,0	25,0	29,0	17,5	10,75	9,0	9,75 8,75	S. Br. 14,0	—	„	3400
113	Тульской	2	27	„	19,5	23,0	28,5	17,5	11,0	9,5	10,0 9,0	S. Br. 14,0	—	„	3400
114	Новгородск.	7	40	„	22,0	26,0	30,0	17,0	9,5	7,75	10,25 9,0	S. Br. 11,25	—	„	3900
115	С.-Петербур.	2	29	Выпаденіе пуповины Форсера.	24,0	25,5	30,0	17,25	9,5	7,75	10,25 8,5	S. Br. 12,5	—	„	2950
116	„	4	31	Norma.	18,75	24,0	29,0	17,25	—	—	10,75 9,0	S. Br. 15,0	—	„	4000
117	Тверской	1	24	—	20,5	23,0	26,0	16,0	10,0	8,25	9,75 8,0	S. Br. 12,5	—	„	3200

Л А Д Е Н Е Ц Ъ											Положение плода.	Открытие жатки при поступлении	Продолжитель- ность родовъ.	Особенности механизма ро- довъ и опера- тивное пособие.	Послѣродовой періодъ.
Длина.	Полъ.	Размѣръ плечиковъ.	Размѣръ ягодидь.	РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.											
				Окружн. прямая.	Окружн. косая.	Разм. б. поперечн.	Разм. м. поперечн.	Прямой.	Большой косой.	Малой косой.					
50	м.	11,0	8,0	34	39	8,5	7	11,0	13,0	9,5	1 з. п. в.	1 п.	ч. м. 7 27	Norma.	Norma.
"	д.	"	8,5	"	38	"	"	"	12,5	10,0	"	"	16 26	Versio foet. in pedes.	"
"	м.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	"	"	77 40	Versio foet. in pedes.	Многократн. пов. max. 39,6°
52	д.	11	8	34	38	8,5	7	10,5	12,5	9	"	1½ п.	21 25	Norma.	Norma
"	м.	12	9	35	42	9	8	"	13,0	"	"	Полн.	2 22	"	"
51	д.	10,5	"	34	37	8	7	10,0	12,5	8,5	"	Полн.	4 —	"	Однократное пов. до 38,1°.
52	м.	13,0	"	35	41	9	8	10,5	13,0	9,0	"	4 п.	6 55	"	Norma.
"	д.	11	"	"	38	8,5	7	11,0	12,5	"	"	1 "	31 35	Versio foet. in pedes.	Двухкратное пов. t° до 38,2°
46	"	9	7	31	35	8	"	9,0	10,0	8,5	"	2 "	8 10	Norma.	Norma.
54	м.	10	9	32	37	"	"	10,0	12,5	"	"	"	4 45	"	"
48	"	"	"	"	35	7,5	8	"	12,0	7,5	"	1 "	15 38	Eclampsia. Forceps.	"
"	д.	10,5	8	33	39	8,5	7,5	"	"	8,5	1 з. з. в.	"	17 55	Norma.	"
53	м.	12,5	9,5	35	40	9	7,0	11,0	13,0	9,5	2 з. з. в.	"	30 30	"	"
52	"	11,0	"	36	"	"	8	"	"	8,5	1 з. п. в.	4 "	14 17	Debilitas do- lorum. Versio in ped.	"
50	д.	12	8	34	"	9,5	7,5	10,5	12,0	9	"	1 "	6 30	Norma.	"
52	"	11	9	"	38	8	7	11,0	13,0	9,5	"	2 "	7 5	"	"
50	м.	12	"	33	40	8,5	7,5	10,5	12,5	9,0	"	4 "	4 15	"	"
56	"	13	10	34	39	"	"	11,0	13,0	"	"	3 "	27 50	"	"
49	д.	10,5	9,5	"	37	8	7	10,0	12,0	8,5	"	2½ "	7 17	"	"
53	м.	12,5	10,5	36	40	9	8	11,5	13,5	"	"	Полн.	— 50	"	"
50	"	9	8	32	39	"	"	10,0	12,5	"	"	3½ "	9 35	"	"

№ по порядку.	Какой губернии.	Который раз беременя.	Возрасть.	Течение предшествовавших родовъ.	Т А З Б.								М		
					Dist. spinarum.	Dist. cristarum.	Dist. intertrochant.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Поперечн. выхода.	Прямой выхода.	Другие размыры.	Живой или мертвый.	Вѣсь.
118	С.-Петербур.	5	37	Norma.	20,0	24,0	30,0	17,5	11,0	9,25	9,75 S. 8,75 Br.	15,5	—	Ж.	3150
119	"	1	17	—	21,5	23,0	30,0	17,5	10,25	8,5	10,5 S. 9,0 Br.	12,0	—	"	3450
120	"	1	27	"	22,5	24,5	28,0	17,5	10,75	9,25	9,75 S. 8,75 Br.	12,0	—	"	2800
121	"	4	35	Какая то операция.	23,0	25,0	30,0	17,75	10,0	8,25	9,75 S. 8,75 Br.	16,0	—	"	3150
122	"	2	29	Eclampsia Versio.	20,0	22,0	28,0	17,75	10,75	9,25	9,75 S. 8,0 Br.	15,5	—	"	3000
123	Новгородск.	1	22	—	21,75	24,25	29,0	17,75	—	—	8,0 Br.	12,0	—	"	2300
124	Тверской . .	6	35	Norma.	19,0	24,0	29,0	18,0	10,25	8,5	8,25 Br.	13,25	—	"	3600
125	Виленской . .	3	22	"	20,5	23,75	29,25	17,75	—	—	8,25 S.	12,25	—	"	3850
26	С.-Петербур.	2	21	"	19,5	22,75	27,75	17,75	11,25	9,75	10,75 "	14,75	—	"	2500
27	Новгородск.	1	"	—	20,75	24,0	28,5	17,0	9,75	8,25	8,75 "	12,25	—	"	2850
128	"	7	30	Постоянно долго рождаетъ.	22,0	26,0	31,0	18,0	—	—	8,75 "	12,5	—	"	3900
129	Архангел. . .	1	23	—	21,25	23,5	28,25	16,25	9,5	7,75	9,25 S. 8,5 Br.	14,0	—	Мерт.	2900
130	Новгородск.	2	29	Norma.	23,0	26,0	29,75	18,0	—	—	9,5 S. 8,75 Br.	14,0	—	Ж.	2450
131	"	"	26	Eclampsia	17,75	21,25	26,5	17,0	9,0	7,5	10,5 S. 9,5 Br.	12,75	—	"	3950
132	Тверской . .	4	36	Norma.	23,0	26,0	29,0	17,0	—	—	—	—	—	"	3400
133	Пензенской .	2	22	"	21,75	23,5	29,75	17,75	—	—	10,0 S. 8,75 Br.	13,25	—	"	3500
134	С.-Петербур.	1	23	—	21,0	23,0	27,0	16,25	10,25	8,75	8,75 S. 7,0 Br.	14,0	—	"	3200
135	Архангел. . .	2	37	Norma.	22,5	25,0	29,75	16,25	9,0	7,25	10,25 S. 9,0 Br.	13,75	—	"	3100
136	С.-Петербур.	4	27	"	23,0	25,0	26,5	16,5	—	—	—	—	—	"	3850
137	С.-Петербур.	1	20	—	19,5	23,0	29,75	17,25	11,25	9,5	9,25 S. 7,0 Br.	16,0	—	Мац.	1000

РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.										Положеніе плода.	Открытіе матки при поступленіи.		Продолжитель- ность родовъ.		Особенности механизма ро- довъ и опера- тивное пособіе.	Послѣродовой періодъ.
Длина.	Полъ.	Размѣръ плечиковъ.	Размѣръ ягодицъ.	Окружн. прямой.	Окружн. косая.	Разм. б. поперечн.	Разм. м. поперечн.	Прямой.	Большой косой.							
50	м.	11	9	35	38	9,0	7,5	11,0	12,5	9	13. з. в.	1 п.	ч. 3 м. 5	Norma.	Norma.	
53	д.	"	9,5	"	39	8,5	8,0	"	13,0	"	13. п. в.	1 1/2 "	11 5	"	"	
49	м.	"	8	32	38	8	7	10	12	8	23. з. в.	Полн.	3 35	"	"	
50	"	"	9	33	37	8,5	7,5	11	13	8,5	13. п. в.	2 п.	7 —	"	"	
50	д.	10,5	9,5	34	38	8,0	7,0	10	12,5	8,0	"	1 1/2 "	13 10	"	"	
45	"	9,0	8	33	37	8,5	7,5	10	12	8	"	1 "	13 10	"	"	
54	м.	13,0	9,5	36	40	9	8	12	14,0	8	1 лиц. зад. в.	Полн.	13 30	Зад. видъ лице ваго; подборо- докъ не поворачи- вается.	Трехкратное пов. t°.	
50	д.	12	9	34	41	8,5	7,5	10,5	13,5	9	23. з. в.	Врѣз.	9 55	Forcers. Kосой тазъ.	Norma.	
45	"	10	8	30	36	8	7	9	10	9	23. п. в.	1 1/2 п.	3 55	Norma.	"	
50	м.	10,5	9	34	38	9	8	10	13	8,5	23. п. в.	1 "	17 59	P. praemat. Norma.	"	
54	"	12,0	10,0	35	39	8,5	7,5	11,5	13,0	9,5	23. з. в.	2 "	9 —	"	"	
50	"	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13. п. в.	1 "	77 40	—	Многokrатн. пов. t° max. 39,6°.	
47	д.	9,5	8,0	32	35	7,0	6,5	9,0	11,0	8,0	"	Врѣз.	3 56	Norma.	Norma.	
55	"	13,0	10,0	32	36	9,5	9,0	12,0	13,5	10,5	23. п. в.	Полн.	5 25	Eclampsia.	"	
50	"	12	9	34	39	9	8	11	13	9	13. п. в.	3 "	2 55	—	"	
52	м.	12	9,5	36	39	9	8	12	14	9,5	"	2 "	13 10	—	Однократное пов. t° 38,2°.	
50	"	10	8,5	33	38	8,5	7,5	11	13	8	"	4 "	3 15	Ран. излитіе водъ.	Norma.	
50	"	10,5	9	33	36	8	7	10	12,5	8	Неопре- дѣлено.	Врѣз.	4 20	—	"	
51	"	12	9,5	34	41	9	8	10,5	13	9,5	13. п. в.	2 п.	5 5	—	"	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	"	"	16 20	—	"	

№ по порядку.	Какой губернии.	Который раз беременна.	Возраст.	Течение предлеж- ственных родов.	Т А З Ъ.								М		
					Dist. spinarum.	Dist. cristarum.	Dist. interochant.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Поперечн. выхода.	Прямой выхода.	Другие разбра.	Левой или правой.	Въс.
138	Тверской . .	2 28		Щипцы.	23,5	26,5	30,0	17,0	10,0	9,25	8,0 S. 7,0 Br.	12,75	—	Мерт.	4400
139	Новгородск.	1 27		—	20,25	24,0	28,75	17,0	—	—	8,75 S. 6,75 Br.	13,25	—	Ж.	2300
140	Финляндии . .	2 23		Norma.	19,5	21,75	27,75	16,25	9,75	8,0	10,25 S. 8,75 Br.	12,25	—	"	3150
141	Рязанской .	12 41		"	22,0	24,0	28,0	17,5	—	—	—	—	—	"	2600 1800
142	"	3 28		"	21,0	25,0	28,0	17,5	11,0	9,25	9,5 S. 8,0 Br.	13,5	—	"	3900
143	Олонецкой .	5 30		"	21,5	25,0	30,75	17,75	10,0	8,25	11,0 S. 9,25 Br.	12,0	—	"	3600
144	Рязанской . .	2 22		"	21,0	25,0	29,5	17,0	10,75	9,0	10,0 S. 8,75 Br.	12,25	—	"	3200
145	С.-Петербур .	1 31		—	21,75	24,75	28,75	17,75	11,0	9,25	8,25 S. 6,75 Br.	14,25	—	"	3000
146	Вологодской	1 18		—	19,25	22,75	27,0	15,0	9,0	7,25	8,5 S. 7,5 Br.	10,5	—	"	3900
147	Тверской . .	9 40		Norma.	21,0	23,75	28,0	17,25	10,5	8,75	9,5 S. 8,25 Br.	12,25	—	"	3500
148	Тверской . .	3 23		"	20,0	22,5	28,25	17,0	—	—	12,0 S. 9,75 Br.	10,25	—	"	2900
149	Тульской . .	7 32		Повор. 2 раза; перфорация при 1-хъ родахъ.	24,0	27,5	30,0	17,75	9,25	7,5	10,0 S. 8,75 Br.	13,25	—	"	3800
150	С.-Петербур .	4 31		Щипцы при всѣхъ родахъ.	22,25	23,75	28,25	15,5	9,0	7,25	8,25 S. 7,0 Br.	14,0	—	"	3300
151	Олонецкой .	6 40		Norma.	22,0	23,5	29,0	16,75	—	—	11,5 S. 10,0 Br.	13,75	—	"	3350
152	С.-Петербур .	5 26		"	21,0	23,0	28,5	16,25	10,0	8,25	10,5 S. 8,5 Br.	13,0	—	"	2900
153	Тверской . .	2 23		"	19,0	22,5	27,0	17,5	10,75	9,25	9,75 S. 8,5 Br.	13,0	—	"	3200
154	Псковской	1 27		—	22,0	25,0	30,5	17,0	—	—	—	—	—	"	3600
155	С.-Петербур .	5 23		Norma.	18,5	23,0	28,0	17,0	10,5	8,75	9,75 S. 7,0 Br.	14,5	—	"	2800
156	Рязанской . .	3 28		"	20,5	24,5	27,0	16,5	10,0	8,25	8,5 S. 7,0 Br.	14,0	—	"	3400
157	Новгородск.	4 30		"	18,75	22,0	28,75	16,5	10,0	8,25	9,75 S. 7,5 Br.	14,5	—	"	3700
158	С.-Петербур .	1 22		—	20,75	23,0	27,0	17,0	10,0	8,5	8,75 S. 7,0 Br.	12,25	—	"	3800

РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.											Положеніе плода.		Открытіе матки при поступленіи.		Продолжитель-ность родовъ.		Особенности механизма родовъ и оперативное пособіе.	Послѣродовой періодъ.
Длина.	Полъ.	Размѣръ плечиковъ.	Размѣръ ягодицъ.	Окружн. прямой.	Окружн. косая.	Разм. б. поперечн.	Разм. ж. поперечн.	Прямой.	Большой косой.	Малый косой.			Ч.	м.				
58	"	13	10	36	40	9	7	11,5	13	10	1 з. з. в.	Полн.	13	25	Поворотъ на ножку.	Norma.		
49	"	10,5	8,5	33	36	8,5	7,5	10	12,5	8,5	2 з. п. в.	3 п.	4	58	—	"		
48	д.	11,5	8,5	34	38	8,5	7,5	10	12	9	1 з. п. в.	Полн.	6	55	—	"		
50	м.	10	8	31	34	7,5	8,5	10	10,5	8,5	1) на дому.							
54	д.	9	6	29	31	7	8	9	8,5	8	2) 2 з. в. в.	Полн.	40	34	Поворотъ на ножку.	"		
50	"	12	9,5	35	39	9	7,5	11	13	10	1 з. п. в.	2 п.	12	10	—	"		
47	"	12	9,5	35	38	9	7,5	12	13,5	10	2 з. п. в.	2 1/2 "	8	30	—	"		
50	м.	11	8,5	33	37	8,5	7	10,5	13	8,5	Роды на улицѣ.	—	7	35	—	"		
50	"	12	9	32	39	8,5	7,5	10	12,5	9	1 з. п. в.	1 1/2 п.	7	45	—	Множкратн. повыш. t°; max. 39,1°.		
52	д.	12	9	34	34	8	6	12	13	9	"	1 "	19	50	—	Norma.		
50	"	11	9	33	39	8,5	7,5	10,5	12	9	2 з. з. в.	3 1/2 "	15	32	—	"		
50	"	11	8	33	38	8,5	7	10,5	12	9	2 з. п. в.	2 "	13	30	—	"		
52	"	11	9	33	36	9	8,5	12	13	9	2 з. з. в.	Пропускаетъ палецъ.	12	50	Поворотъ на ножку.	"		
50	"	11	9	34	38	8,5	7	10,5	12	9	1 з. з. в.	Полн.	1	40	—	"		
50	м.	12	8	32	39	8,5	7,5	10	12	8,5	1 з. п. в.	Врѣз.	7	—	—	"		
49	д.	10,5	8	32	36	8	7	10	12	8,5	"	Полн.	16	25	—	"		
50	"	11,5	9	34	38	8,5	7	11	13	9,5	"	2 п.	13	22	—	"		
52	"	12	9	35	38	8	7	12	13	9	1 з. з. в.	Пропускаетъ палецъ.	32	—	—	"		
50	"	9,5	7,5	33	36	8	7	10,5	11,5	9,5	2 з. з. в.	3 п.	5	25	—	"		
52	"	11	8	—	39	8	7	10,5	13	8	1 з. п. в.	Полн.	15	50	—	"		
52	"	12	10	35	38	8	6,5	12	13,5	9,5	2 з. п. в.	Полн.	8	—	—	"		
52	"	12	10	37	42	9	6,5	12,5	14	10,5	"	2 п.	15	55	Преждеврем. изд. водъ.	Множкратн. повыш. t°; max. 39,7°.		

№ по порядку.	Какой губернии.	Который раз беременна.	Возраст.	Течение предшествовавших родовъ.	Т		А		З		Ъ.		Другие разбра.	М	
					Dist. spinarum.	Dist. cristarum.	Dist. introchant.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Поперечн. выхода.	Прямой выхода.		Живой или мертвый.	Въст.
159	Ярославской	2	29	Norma.	22,25	25,25	29,0	16,5	10,75	9,0	8,75 S. 7,75 Br.	13,0	—	А	
160	С.-Петербур.	9	35	"	21,5	23,75	28,75	17,25	—	—	—	—	—	А	
161	Псковской	1	21	—	23,0	24,75	28,0	16,75	9,5	7,75	8,75 S. 7,0 Br.	12,0	—	Ж.	2600
162	Новгородск.	"	"	"	20,75	23,75	27,25	17,0	10,0	8,5	10,0 S. 7,75 Br.	12,75	—	"	3000
163	Воронежск..	"	20	"	20,75	23,0	28,0	17,5	—	—	8,0 S. 7,0 Br.	11,75	—	"	3300
164	Тверской . .	2	25	Norma.	20,5	23,5	29,5	16,25	9,25	7,5	9,25 S. 8,0 Br.	11,5	—	Мац.	1000
165	Нижегород	1	22	—	21,0	23,5	28,5	17,0	10,0	8,25	—	—	—	Мерт.	3200
166	С.-Петербур.	4	32	Norma.	22,0	24,5	28,25	17,25	11,0	9,5	11,0 S. 9,5 Br.	14,5	—	Ж.	2500
67	"	"	26	1-е роды трудные. 2-е роды нетрудные. 3-и роды недонош.	23,75	25,25	30,25	16,75	10,0	8,25	9,25 S. 7,5 Br.	14,25	—	"	1700
68	Ярославской	1	"	—	21,25	27,75	28,0	16,25	9,0	7,25	9,0 S. 7,0 Br.	14,75	—	"	3200
69	С.-Петербур.	2	21	Norma.	20,0	23,0	27,0	17,0	9,25	7,75	8,75 S. 6,75 Br.	14,0	—	"	3050
70	"	8	43	Всѣ роды трудные.	22,0	24,5	32,0	19,75	10,5	8,75	7,0 Br.	12,25	—	"	4400
171	Тверской . .	5	31	Norma.	20,0	24,0	29,0	17,25	11,75	10,0	10,0 S. 9,0 Br.	14,75	—	"	3050
172	С.-Петербур.	4	30	"	22,25	24,25	28,75	16,75	10,0	8,25	10,75 S. 8,5 Br.	13,0	—	"	3400
173	Тверской . .	4	29	"	22,25	24,25	29,25	16,25	9,5	7,75	9,0 S. 8,25 Br.	11,75	Ширина крестца—10,5.	"	3650
174	Ярославской	2	26	1-е роды 2 дня, очень трудные.	20,25	22,25	28,75	17,75	9,75	8,0	10,25 S. 9,0 Br.	11,75	—	"	3100
175	С.-Петербур.	2	28	Norma.	20,5	24,75	29,75	16,5	10,5	8,75	8,5 S. 7,75 Br.	14,75	—	"	3550
176	"	1	23	—	20,5	23,0	27,0	17,25	11,0	9,5	10,75 S. 8,5 Br.	14,25	—	"	3000
177	Новгородск.	4	32	—	20,0	24,0	29,0	17,5	11,5	9,75	9,5 S. 8,75 Br.	—	—	"	3600
178	С.-Петербур.	1	26	—	23,5	24,5	29,25	17,5	12,0	10,25	9,0 S. 8,0 Br.	12,75	—	"	2100

Л А Д Е Н Е Ц Ъ										Положение плода.	Открытие матки при поступлении.	Продолжитель- ность родов.	Особенности механизма ро- додв и опера- тивное пособие.	Послѣродовой периодъ.	
Длина.	Цоць.	Размѣръ пачковъ.	Размѣръ ягодицъ.	РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.											
				Окружн. прямая.	Окружн. косая.	Разм. б. поперечн.	Разм. м. поперечн.	Прямой.	Большой косой.						Малый косой.
b			o		r				t		u		s.	Norma.	Norma.
b			o		r				t		u		s.	"	Многократн. повыш. t° мах. 39,7°.
50 д.	10	8,5	34	37	8	7	10	13	8,5	1з.п.в.	1 1/2 п.	ч. м. 34 5	Forceps.	Однократное пов. t° (40,1°).	
" "	10,5	9,0	35	"	"	7,5	11,5	12,5	"	2з.з.в.	3 "	5 20	Norma.	Norma.	
" "	13,0	"	34	39	8,5	"	11,0	13,0	9,5	1з.п.в.	2 "	10 27	"	"	
37 "	—	—	—	—	—	—	—	—	—	"	Полн.	8 45	"	"	
54 "	12,0	10,0	34	38	9	7	12	12,75	9	2 попер. пер. в.	Полн.	19 45	Выпадение пуговины Versio in ped.	Многократн. повышение t°.	
47 "	10,0	7,5	32,0	36	8,5	6,5	10,0	11,5	8,5	2з.п.в.	1 п.	4 18	Раннее изл. водь.	Norma.	
41 "	9,5	7,0	28	32	8,0	6,5	9	10	8	1з.п.в.	2 "	12 50	Norma.	"	
— "	12,0	8,5	32,0	38,5	8,5	8,0	10,5	12,0	9,0	"	4 1/2 "	"	"	Двухкратное повыш. t° (мах. 98,6°).	
50 "	11,0	9,5	34,0	37,0	8,0	7,0	11,0	13,0	8,5	2з.з.в.	1 "	38 4	Norma.	Многократн. повыш. t° (мах. 40,5°).	
51 "	12,5	11,0	36,0	39,0	9,5	8,0	12,25	13,25	10,0	1з.п.в.	2 1/2 "	8 55	Forceps.	Norma.	
50 м.	12,0	9,5	33,0	37,0	8,5	8,5	11,0	12,5	8,5	1з.з.в.	2 1/2 "	4 31	Раннее изл. водь.	"	
" д.	"	9,0	34,0	38,0	"	7,5	"	13,0	9,5	1з.п.в.	Полн.	20 10	Преждеврем. изл. водь.	"	
52 "	11,5	9,5	35,0	39,0	9,0	8,0	"	"	9,0	1з.п.в.	1 1/2 "	4 33	Versio in ped.	"	
50 "	10,5	9,0	33,0	38,0	8,0	7,0	10,5	13,0	9,0	1з.п.в.	"	7 22	Norma.	"	
52 "	11,0	"	34,0	39,0	8,5	7,5	11,0	"	11,0	2 темян. зад. в.	1 "	15 —	Versio in ped.	"	
51 "	11,5	8,5	31,0	38,0	8,5	"	10,0	12,0	8,5	2з.з.в.	1 1/2 "	12 —	Norma.	"	
52 "	12,0	9,5	35,0	39,0	9,0	"	11,0	12,0	9,0	1з.п.в.	Полн.	12 34	"	"	
45 м.	9,5	7	29,0	35,0	7,5	6,0	9,0	10,0	8,0	"	1 п.	23 47	"	"	

Таблица измѣреній таза

	БОЛЬШОЙ ТАЗЪ.						ВХОДЪ ВЪ ПОЛОСТЬ МАЛАГО ТАЗА.			ВЫХОДЪ МАЛАГО ТАЗА.					
	Spinae.	Cristae.	Trochanteres.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Diam. transvers.	Diam. obliq. dextr.	Diam. obliq. sin.	Conj. J. externa.	Conj. J. vera.	D. tub. sp. (Schr.).	D. tub. vera (Schr.).	D. tub. sp. (Br.).	D. tub. vera (Br.).
1	23,75	25,75	30,0	19,25	14,75	11,25	13,0	12,0	12,0	13,5	—	—	—	—	—
2	25,5	27,75	32,25	20,0	14,25	13,0	14,5	14,0	13,5	12,75	—	—	—	—	—
3	23,25	26,75	30,75	17,75	12,5	10,3	12,5	12,0	12,3	12,75	12,0	12,5	13,0	9,75	12,0
4	23,0	26,0	29,25	18,5	14,9	12,2	12,5	12,25	12,25	12,75	12,2	12,0	13,75	9,5	9,75
5	22,5	26,0	27,25	18,75	12,8	11,0	12,75	12,0	11,0	12,75	11,6	11,75	13,25	10,25	10,25
6	22,0	24,25	28,75	17,5	11,25	10,0	12,25	11,0	11,0	11,0	10,75	12,25	12,0	10,0	10,5
7	24,0	27,5	29,25	18,0	11,75	9,2	13,0	12,0	12,0	12,25	10,75	11,75	12,5	9,75	11,0
8	23,0	27,5	32,0	20,0	11,8	9,5	13,0	12,3	12,2	—	11,5	12,5	10,5	9,0	10,25
9	23,0	27,75	31,25	21,5	13,9	11,5	13,0	12,5	12,5	13,5	12,5	12,0	13,0	9,25	9,75
10	22,0	25,0	28,5	18,0	12,5	11,0	11,5	11,8	11,8	10,5	10,0	11,0	10,25	12,5	12,75
11	23,0	27,25	29,75	19,5	13,5	12,1	13,2	13,0	13,2	11,5	10,5	14,0	14,25	11,5	12,25
12	23,0	26,0	31,5	17,5	13,5	10,5	12,5	12,4	14,75	12,0	11,25	11,5	9,25	10,25	10,25
13	24,0	26,0	30,75	19,75	14,5	11,1	13,0	12,8	13,3	11,75	10,25	13,75	13,25	10,5	11,75
14	24,0	27,0	30,5	19,25	13,0	10,1	12,8	12,2	12,3	12,0	10,3	10,0	10,75	8,0	8,75
15	21,75	25,75	29,5	18,0	12,8	9,8	12,5	12,5	12,6	10,75	10,2	10,2	11,3	9,0	10,2
16	22,75	25,75	29,0	17,2	13,0	10,1	13,0	12,2	12,6	10,5	10,1	13,0	13,0	11,0	12,2
17	22,75	24,0	28,75	18,5	11,5	9,8	11,3	11,8	11,9	12,3	11,5	13,5	13,8	10,5	11,6
18	23,0	26,0	28,0	18,75	12,4	10,4	12,0	12,3	13,0	11,8	11,1	11,3	11,6	8,8	10,5

## на трупажъ (къ главѣ III).

БУГРЫ.		КОЖА И МЯГ- КИЯ ЧАСТИ.		ПОЛОЖЕНИЕ ИГОЛЬ.		D I F F E R E N T I A.					
Толщина пре- ваго.	Толщина лѣ- ваго.	Толща на бугр. справа.	Толща на бугр. слѣва.	Правой.	Лѣвой.	Diff. cong. JI.	Diff. dist. tuber. (Sch.)	Diff. dist. tub. (Br.)	Diff. int. c. ext. et diag.	Diff. c. diag. et verae.	Diffint. c. ext. et verae.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	4,5	3,5	8,0
—	—	—	—	—	—	—	—	—	5,5	1,5	7,0
2,0	2,0	3,0	3,0	Квнутри.		+ 0,75	— 0,5	— 2,25	5,25	2,2	7,45
—	—	1,1	1,1	Правильно.		+ 0,55	— 1,75	— 0,25	3,6	2,7	6,3
2,5	2,5	2,0	2,0	Квнутри.	Прав.	+ 1,15	— 1,5	— 0,25	5,95	1,8	7,75
3,0	3,5	1,5	1,5	Квнутри.	Прав.	+ 0,75	+ 0,25	— 0,5	6,25	1,25	7,5
3,0	3,0	2,5	2,5	Прав.	Квнутри.	+ 1,5	— 0,25	— 1,25	6,25	2,55	8,8
1,5	1,5	3,0	3,0	Правильно.		—	—	— 1,25	8,2	2,3	10,5
2,5	3,0	2,5	2,5	Прав.	Квнутри.	+ 1,0	+ 1,0	— 0,5	7,6	2,4	10,0
2,4	2,5	1,0	1,0	Правильно.		+ 0,5	+ 0,75	— 0,25	5,5	1,5	7,0
3,0	2,75	0,8	0,8	Вколоты нѣскольکو кверху по gam. asc. ov. schii.		+ 1,0	— 0,25	— 0,75	6,0	1,4	7,4
2,0	2,5	2,0	2,0	Правильно.		+ 2,75	— 0,25	— 1,0	4,0	3,0	7,0
2,75	2,5	1,25	1,25	Правильно.		+ 1,5	— 0,5	— 1,25	5,25	3,4	8,85
2,5	2,5	—	—	Правильно.		+ 1,7	— 0,75	— 0,75	6,25	2,9	9,15
1,75	1,75	1,5	1,5	Правиль- У края на но. 1 сант.		+ 0,55	— 1,1	— 1,2	5,2	3,0	8,2
2,2	2,0	1,5	1,5	Правильно.		+ 0,4	0	— 2,2	7,1	2,9	7,1
2,5	2,8	0,8	0,8	Правильно.		+ 0,8	— 0,3	— 1,1	7,0	1,7	8,7
2,5	2,2	1,1	1,1	Правильно.		+ 0,7	— 0,3	— 1,7	6,35	2,0	8,35

	БОЛЬШОЙ ТАЗЪ.						ВХОДЪ ВЪ ПОЛОСТЬ МАЛАГО ТАЗА.			ВЫХОДЪ МАЛАГО ТАЗА.					
	Spinae.	Cristae.	Trochanteres.	Conj. externa.	Conj. diagonalis.	Conj. vera.	Diam. transvers.	Diam. obliq. dextr.	Diam. obliq. sin.	Conj. J. externa.	Conj. J. vera.	D. tub. sp. (Schr.).	D. tub. vera (Schr.).	D. tub. sp. (Br.).	D. tub. vera (Br.).
19	24,5	26,5	32,75	19,2	13,1	11,3	14,0	12,5	13,3	13,2	12,1	11,5	13,75	10,0	12,5
20	24,5	26,0	28,25	17,75	11,5	9,7	12,5	12,0	11,6	11,3	10,2	11,2	11,4	9,0	10,8
21	26,0	28,5	29,25	18,5	12,5	10,3	13,5	12,5	12,6	11,6	11,1	12,2	12,0	10,2	11,1
22	24,5	26,5	29,75	18,5	13,6	11,3	13,5	12,3	12,4	10,7	9,8	10,5	10,75	8,8	9,5
23	24,0	27,3	28,25	19,0	13,1	10,3	13,25	13,3	12,6	12,5	11,4	13,0	13,0	9,75	11,75
24	22,0	24,0	26,25	17,5	12,1	10,3	11,5	11,6	10,7	11,4	10,8	10,8	10,9	7,7	9,6
25	24,75	29,5	33,0	19,2	13,4	10,5	12,5	12,0	12,5	11,7	10,5	8,4	10,2	6,0	9,0
26	21,6	24,7	29,5	17,75	12,4	10,2	12,5	12,5	11,5	11,2	9,6	11,9	11,7	8,1	10,5
27	21,2	25,6	29,5	16,5	11,8	10,2	10,5	10,7	10,6	11,0	10,5	9,8	10,8	8,7	10,0
28	21,6	25,6	28,5	18,0	11,0	9,8	12,5	12,0	12,0	11,2	10,6	10,7	10,3	9,0	10,0
29	22,75	26,0	31,5	19,2	13,1	10,9	13,0	13,2	13,2	11,6	10,3	12,3	12,8	9,5	10,75

БУГРЫ.		КОЖА И МЯГ- КИЯ ЧАСТИ.		ПОЛОЖЕНИЕ ИГОЛЬ.		DIFFERENTIA.					
Толщина пра- ваго.	Толщина лѣ- ваго.	Толща на бугр. справа.	Толща на бугр. слѣва.	Правой.	Лѣвой.	Diff. cong. J.	Diff. dist. tuber. (Sch.).	Diff. dist. tub. (Br.).	Diff. int. c. ext. et diag.	Diff. c. diag. et verae.	Diffint. c. ext. et verae.
2,0	2,0	2,5	2,5	Значительно кнутри.		+ 1,1	—	— 2,5	6,1	1,8	7,9
2,25	2,25	1,0	1,0	Правильно.		+ 1,1	— 0,2	— 1,8	6,25	1,8	8,05
2,5	2,25	1,0	1,0	Правильно.		+ 0,5	+ 0,2	— 0,9	6,0	2,2	8,2
2,5	2,5	1,5	1,5	Правильно.		+ 0,9	+ 0,25	— 1,7	4,9	2,3	7,2
3,0	2,5	1,0	1,0	Правильно.		+ 1,1	0	— 2,0	5,9	2,8	8,7
2,5	2,5	2,0	2,0	Правильно.		+ 0,6	— 0,1	— 1,9	5,4	1,8	7,2
2,5	2,5	2,0	2,0	Кнутри правильно.		+ 1,2	+ 1,8	— 3,0	5,8	2,9	8,7
2,5	2,5	1,5	1,5	Кнаружи.		+ 1,6	+ 0,2	— 2,4	5,35	2,2	7,75
2,5	2,5	0,8	0,8	Правильно.		+ 0,5	— 1,0	— 1,3	4,7	1,6	6,3
2,5	2,5	0,8	0,8	Правильно.		+ 0,6	+ 0,4	— 1,0	7,0	1,2	8,2
2,5	2,5	3,3	3,0	Правильно.		+ 1,3	— 0,5	— 1,25	6,1	2,2	8,3

### III.

## Къ терапіи простыхъ хроническихъ эндометритовъ.

Д-ра В. А. Бржезинскаго.

(Ординатора клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней проф. *Н. В. Ястребова* при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ).

Подъ именемъ «простыхъ» эндометритовъ мы разумѣемъ страданія слизистой оболочки матки безъ какихъ бы то ни было осложненій со стороны серознаго покрова матки, тазовой клѣтчатки и проч. (Въ нѣкоторыхъ изъ описанныхъ нами случаевъ, хотя и упоминается объ осложненіяхъ, но эти послѣднія въ дѣйствительности были настолько ничтожны, что ихъ вполне можно игнорировать).

Располагая матеріаломъ женскаго отдѣленія гинекологической клиники, а равно пользуясь большою клиническою амбулаторіей съ ея богатымъ по отдѣлу воспаленій матеріаломъ и нѣсколькими случаями изъ частной практики, я имѣлъ возможность примѣнить почти всѣ главнѣйшіе методы лѣченія хроническихъ эндометритовъ и въ концѣ концовъ остановился на одномъ, приведенномъ ниже методѣ, которымъ я съ успѣхомъ пользовался и который, по моему мнѣнію, заслуживаетъ полного предпочтенія предъ всѣми прочими при лѣченіи простыхъ эндометритовъ.

Средства, примѣняемые нами не новы, но мы обращаемъ вниманіе на способъ примѣненія ихъ въ извѣстной послѣдовательности и въ теченіи извѣстнаго промежутка времени, при чемъ успѣхъ лѣченія является обезпеченнымъ. Лѣченіе хронич-

ческихъ эндометритовъ, примѣнявшееся нами у извѣстной группы больныхъ, состояло: 1) во внутриматочныхъ промываніяхъ дезинфицирующимъ растворомъ *acid. carbol.* 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> при помощи маточнаго катетера *Bozeman'a* послѣ предшествовавшей введенію его дилатаціи шейки матки; 2) во внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ обыкновенной *t-rae jodi* (при помощи маточной спринцовки *Braun'a*) въ различныхъ, соотвѣтствующихъ индивидуальнымъ особенностямъ больной, дозахъ; 3) въ послѣдующихъ за впрыскиваніемъ *t-rae jodi* вымываніяхъ избытка послѣдней тѣмъ же растворомъ карболовой кислоты и потому же способомъ, и 4) во внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора таннина въ глицеринѣ въ извѣстныхъ стадіяхъ болѣзни (см. ниже).

Что касается порядка примѣненія того или другого изъ указанныхъ сейчасъ средствъ, то въ описываемыхъ нами случаяхъ онъ былъ слѣдующій: исключивъ на основаніи тщательнаго наружно-внутренняго изслѣдованія больной противопоказанія къ примѣненію той или другой изъ указанныхъ нами выше манипуляцій, послѣ надлежащей дезинфекціи наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища растворомъ сулемы 1:3000 или карболовой кислоты 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (комнатной t<sup>0</sup>), при обычномъ положеніи больной на гинекологическомъ креслѣ, вводятся ложкообразныя зеркала проф. *L. Neugebauer'a* (въ нѣсколькихъ случаяхъ было примѣнено зеркало *Cusco*), наружная поверхность *p. vag.* обмывается тѣмъ же растворомъ карболовой кислоты.

Послѣ надлежащей очистки *p. vag.*, зондомъ изслѣдуются размѣры цервикальнаго канала и послѣдній расширяется послѣдовательнымъ введеніемъ различныхъ №№ металлическихъ расширителей проф. *H. B. Ястребова*. Дилатація повторялась ежедневно до свободнаго прохожденія черезъ каналъ шейки маточнаго катетера *Bozeman'a*.

У многорожавшихъ, гдѣ каналъ маточной шейки и безъ того былъ достаточно свободенъ, всѣ указанныя манипуляціи представлялись, конечно, излишними и въ такихъ случаяхъ дѣло начиналось прямо съ внутриматочнаго промыванія. Катетеръ вводился по общимъ правиламъ за внутренній зѣвъ матки и оставался тамъ до тѣхъ поръ, пока жидкость не выходила обратно изъ матки совершенно чистою. Послѣ такого промыв-

ванія, въ маткѣ въ большинствѣ случаевъ остается незначи-  
 тельная часть впущеннаго раствора карболовой кислоты.  
 Не освобождая матку отъ послѣдней, впрыскиваемъ въ первый  
 разъ  $\frac{1}{5}$  часть *Braun*'овскаго шприца неразведенной t-rae jodі,  
 при чемъ инструментъ оставляемъ на  $\frac{1}{2}'$ — $1'$  съ цѣлью задер-  
 жать впущенную жидкость; затѣмъ осторожно вынимаемъ его,  
 ждемъ еще  $1'$ — $1\frac{1}{2}'$ , въ теченіи которыхъ часть впрыснутой  
 t-rae jodі сама вытекаетъ вмѣстѣ съ оставшимся тамъ при  
 промываніи матки растворомъ карболовой кислоты, и затѣмъ  
 избытокъ t-rae jodі вымываемъ струей карболоваго раствора  
 при помощи введеннаго вторично въ матку катетера *Vogeman*'а.

Подобное промываніе и впрыскиваніе повторяется съ одно-  
 дневными промежутками, въ теченіе которыхъ, ничего, кромѣ  
 обычныхъ домашнихъ влагалищныхъ спринцеваній, больной  
 не примѣняется.

Съ перваго же, послѣ описанныхъ манипуляцій, посѣщенія  
 больной замѣчается эффектъ: бывшая до этого раздражитель-  
 ность, вслѣдствіе неприятныхъ ощущеній въ крестцѣ и бѣлей,  
 въ значительной мѣрѣ уменьшается, вытекающая послѣ промыва-  
 ванія матки жидкость прозрачнѣе, количество выдѣленій меньше,  
 больная бодрѣе и охотно соглашается на всѣ предписанія, въ  
 дальнѣйшемъ посѣщенія ею клиники самыя аккуратныя. Только  
 у 2-хъ изъ приведенныхъ ниже 15 больныхъ послѣ перваго  
 впрыскиванія чувствовалась въ теченіе 1—2 часовъ тупая  
 боль въ крестцѣ и то, вѣроятно, потому, что впрыскиваніе это  
 пришлось за 1 день до ожидавшихся регуль.

(NB. Во время регуль впрыскиванія и внутриматочныя  
 промыванія прекращаются). Остальныя 13 не чувствовали  
 никакого временнаго ухудшенія послѣ нашихъ манипуляцій.

Описанныя промыванія и внутриматочныя впрыскиванія  
 продолжаются до полнаго прекращенія выдѣленій.

NB. Нѣкоторыя больныя къ этому времени указываютъ  
 на капельное просачиваніе чистой крови изъ половой щели.  
 Въ такихъ случаяхъ явленіе это служило намъ указателемъ  
 момента когда дальнѣйшія внутриматочныя впрыскиванія t-rae  
 jodі могли быть оставлены.

При отсутствіи послѣдняго мы прекращали внутриматочныя  
 впрыскиванія t-rae jodі, спустя 1 недѣлю послѣ прекращенія

всякихъ выдѣленій изъ матки (т. е. не смотря на полное прекращеніе выдѣленій, мы продолжали впрыскиваніе t-rae jodi въ теченіе еше 3-хъ разъ. (NB. Капельное кровотеченіе нерѣдко можетъ быть при первыхъ манипуляціяхъ и зависѣть въ такихъ случаяхъ отъ неосторожнаго введенія указанныхъ выше инструментовъ).

Съ появленіемъ упомянутыхъ показаній къ прекращенію впрыскиваній t-rae jodi, мы дѣлали перерывъ въ 3 дня, въ теченіе которыхъ, кромѣ влагалищныхъ спринцеваній, ничего другого не примѣняли. Затѣмъ приступали къ внутриматочному впрыскиванію 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора таннина въ глицеринѣ, при производствѣ котораго руководствовались тѣми же соображеніями (въ смыслѣ количества впрыскиваемой жидкости и частоты впрыскиваній), какъ и при впрыскиваніи t-rae jodi. Впрыскиванія таннина мы производили въ теченіе 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2-хъ недѣль, т. е. 5—6 разъ послѣ полнаго прекращенія выдѣленій. Что касается субъективнаго состоянія больной во время этихъ впрыскиваній (таннина) то, представляясь въ общемъ вполне удовлетворительнымъ, оно все же нѣсколько хуже такового во время примѣненія t-rae jodi. Значительная часть больныхъ жалуется на чувство стягиванія внизу живота и тяжесть въ крестцѣ въ теченіе первыхъ 2—3 часовъ послѣ впрыскиванія.

По истеченіи указаннаго промежутка времени всякая терапия прекращалась и больная въ теченіе 2-хъ недѣль подвергалась лишь наблюденію, при чемъ ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ рецидива не наблюдалось. Что касается общей продолжительности лѣченія, то 1 періодъ его (впрыскиваніе въ матку t-rae jodi) продолжался въ среднемъ 3—4 недѣли и обнималъ собою 9—12 впрыскиваній; 3-й (впрыскиваніе 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> раствора таннина) продолжался 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 недѣли, обнимая собою 5—6 впрыскиваній, т. е. въ общемъ лѣченіе наше продолжалось 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—6 недѣль (не считая времени, посвященнаго только наблюденію за больной) и обнимало 14—18 впрыскиваній, которыхъ, обыкновенно, достаточно было для застарѣлыхъ случаевъ воспаленій матки (слизистой оболочки и паренхимы).

Принимая во вниманіе, что при другихъ методахъ лѣченія болѣзнь продолжается цѣлые мѣсяцы и даже годы, пока обнаружатся тождественные съ нашими результаты, и что у боль-

ныхъ пропадаетъ всякая охота продолжать лѣченіе, а равно пропадаетъ и надежда на излѣченіе, едва ли можно не назвать полученные нами результаты вполне удовлетворительными, а методъ лѣченія заслуживающимъ болѣе широкаго примѣненія въ амбулаторной практикѣ, чѣмъ онъ имѣлъ до послѣдняго времени.

Въ подтвержденіе высказаннаго нами выше взгляда на достоинства описаннаго метода лѣченія хроническихъ эндометритовъ мы позволимъ себѣ привести краткія исторіи болѣзни пользовавшихся нами больныхъ.

1) А—а Р—чь, 39 л., жена чиновника, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Въ дѣтствѣ болѣла корью и scarlatinой. Первые крови на 17 году. (Уроженка Ломжинской губ.). Вторые черезъ 2 мѣсяца, типъ  $\frac{4-5 \text{ дней}}{4 \text{ недѣли}}$  умѣренныя, безболѣзненныя. Вышла замужъ 29 лѣтъ отъ роду. Въ 1-й же годъ замужества родила здороваго доношеннаго ребенка женскаго пола. Кормила сама. На 6 мѣсяцѣхъ кормленія получила крови, которыя приходили затѣмъ ежемѣсячно и потому же типу, какъ до замужества. Черезъ 2 года послѣ рожденія 1 ребенка забеременѣла вторично и снова родила живую доношенную дѣвочку. Роды были „трудные“, хотя и самопроизвольные. Съ рожденіемъ втораго ребенка А. Р. въ теченіе 3 недѣль оставалась въ кровати, вслѣдствіе „послѣродовой болѣзни“, начавшейся съ 3 дня послѣродоваго періода потрясающимъ ознобомъ, повторявшимся въ послѣдствіи многократно съ значительными болями въ крестцѣ и внизу живота,—больше по средней линіи. Съ этого времени больная начала страдать постоянными бѣлями и тяжестью въ крестцовой области.

Не смотря на довольно обильныя истеченія изъ влагалища, черезъ 1½ года послѣ рожденія послѣдняго доношеннаго ребенка, А. Р. забеременѣла снова, но дѣло окончилось абортотомъ на VII мѣсяцѣхъ безъ всякой видимой причины. Бѣли по прежнему. Наконецъ черезъ 2 года послѣ 1 аборта больная снова забеременѣла (4 разъ), причемъ и на этотъ разъ беременность окончилась абортотомъ на 3 мѣсяцѣхъ, тоже безъ всякой видимой причины. Къ извлеченію послѣдняго аборта былъ приглашенъ я. Плодное яйцо было извлечено мною въ гнилостномъ состояніи. Въ послѣродовомъ періодѣ, протекавшемъ тоже подлѣ моимъ наблюденіемъ, больная въ теченіи 14 дней оставалась въ кровати, вслѣдствіе эндомиетрита съ высокою т°.

Не смотря на ежедневныя почти промыванія матки въ теченіе 14 дней, у больной по прежнему продолжались бѣли и тяжесть въ крестцѣ, вслѣдствіе чего на 3 мѣсяцѣхъ послѣ аборта (12 февраля 1893 г.). А. Р. обратилась ко мнѣ за помощію. При изслѣдованіи ея оказалось слѣдующее: гиперемія наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища, обильныя бѣли. Матка увеличена, при надавливаніи, болѣзненна, въ умѣренной антефлексіи—версии. P. vag. объемиста, умѣренно налита кровью, слабый естрогон. Laceratio слѣва. Каналь маточной шейки свободно пропускаетъ первые №№ дилататоровъ проф. Н. В. Ястребова,

слизистая оболочка матки къ зондированію мало чувствительна. Регулы окончились 4 дня тому назадъ, продолжались 9 дней; были только разъ послѣ послѣдней беременности. Съ 12/II 93 г. больной предписано являться ежедневно для дилатациі, необходимой для достиженія свободнаго прохода катетера „*Vogelman'a*“.

Черезъ 3 дня, т. е. послѣ троекратной дилатациі, каналъ матки сдѣланъ проходимымъ для *Vogelman'*овскаго катетера, такъ что 15/II 93 г. сдѣлано было мною первое промываніе матки 2% карболовой кислотой и внутриматочное впрыскиваніе  $\frac{1}{2}$  шприца *Braun'a t-rae jodi* по способу описанному выше. Для домашняго влагалищнаго спринцеванія прописана была 2% карболовая вода. 17/II—93 г. А. Р. явилась вторично и указала на значительное облегченіе: уменьшеніе болей въ крестцѣ, хотя при объективномъ изслѣдованіи состояніе ничуть не измѣнилось. Матка промыта снова и впрыснута въ нее *t-ra jodi* ( $\frac{1}{4}$  шприца *Braun'a*). При промываніи изъ матки вышли 2 значительныя пробки слизи.

19/II. Больная показала полное почти прекращеніе боли въ крестцѣ и уменьшенное выдѣленіе бѣлей, послѣднее обнаружилось и при промываніи матки: вода вытекала обратно почти прозрачно. Въ 3 разъ впрыснута *t-ra jodi*.

21/II А. Р. явилась веселою и довольною, считая себя вполне здоровою, съ хорошимъ субъективнымъ состояніемъ.

При объективномъ изслѣдованіи оказалось замѣтное уменьшеніе гипереміи влагалища и наружныхъ половыхъ органовъ и уменьшеніе бѣлей.

Съ этого времени вплоть до 27/II являлось ясно замѣтное для глаза улучшеніе въ объективномъ состояніи, а равно и въ субъективномъ.

1/III. Впервые обнаружено было отсутствіе бѣлей. Матка уменьшилась въ объемѣ, сдѣлалась тверже, почти нечувствительна къ давленію. Цвѣтъ наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища нормальный (до этого больная являлась 23/II, 25/II, 27/II). Не смотря на отсутствіе бѣлей 1 часть лѣченія продолжалась еще 1/III, 3/III и 6/III. Послѣдній разъ больная указала на капельное истеченіе крови изъ половой щели.

Считая 1 часть лѣченія законченною, я посоветовалъ больной явиться черезъ 3 дня, т. е. 10/III. Больная явилась, но на этотъ разъ никакая терапія не была примѣнена въ виду наступившихъ 8 числа регулъ. Послѣднія сопровождалась слабою тяжестью въ области крестца, но полнымъ почти отсутствіемъ бывшей до начала лѣченія болѣзненности. Больной предписано явиться спустя 3 дня послѣ полнаго прекращенія регулъ. Явилась она 16/III (регулы прекратились 13/III продолжались 6 дней въ умѣренномъ количествѣ (раньше 7—8 дней). За весь указанный промежутокъ времени бѣлей не было. По этому съ 16/III мы приступили къ 2 части лѣченія—къ внутриматочному впрыскиванію 5% раствора таннина.

18/III. Больная явилась съ указаніемъ на чувство стягиванія внизу живота, продолжавшееся у ней въ первые 3 часа послѣ 1 впрыскиванія таннина. Бѣлей никакихъ нѣтъ.

Впрыскиваніе таннина продолжалось до 24/III, послѣ чего больная являлась лишь для наблюденія въ теченіи 2 недѣль, во время которыхъ никакой терапіи не примѣнялось, и рецидива не было.

7/iv разрѣшено ей оставить посѣщенія клиники и предписано явиться только при возобновленіи бѣлей.

Въ февралѣ 1894 г. родила живаго доношеннаго мальчика.

Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ, она была также изслѣдованною и найдена здоровой.

Въ описанномъ случаѣ рожденіе доношеннаго ребенка послѣ 2 выкидышей вмѣстѣ съ измѣненіями, найденными въ половыхъ органахъ сравнительно съ тѣми какія мнѣ пришлось наблюдать въ первый разъ, я имѣю право приписать исключительно описанному выше лѣченію, а вмѣстѣ съ тѣмъ и исторію болѣзни А. Р. я считаю вполне достойною подробнаго описанія.

2) М—я Б—ая, 30 лѣтъ, жена чиновника, въ 1 разъ явилась 9/ii 1892 г. 1 крови на 18 году, типъ  $\frac{3-4 \text{ дня}}{4 \text{ недѣли}}$ , правильная, безболѣзненная. На 26 году вышла замужъ и родила доношеннаго ребенка мужскаго пола. Послѣродовой періодъ сопровождался слабымъ эндометритомъ. Встала на 12 день. Кормила сама. Послѣ родовъ открылись бѣли, боли въ крестцѣ и внизу живота. Крови явились на 7 мѣсяцѣхъ кормленія, обильныя, типа  $\frac{7-8 \text{ дней}}{3 \text{ недѣли}}$ , болѣзненные.

Послѣдній симптомъ заставилъ больную обратиться къ врачебной помощи.

Послѣднія крови 5 дней тому назадъ.

При изслѣдованіи всѣ признаки простаго хроническаго эндометрита. Незначительный разрывъ шейки слѣва, ante flexio—versio uteri.

Съ 9/ii по 15/ii включительно больная являлась для производства у ней дилатации шейки, вслѣдъ за которой 17/ii впервые матка была промыта 2% растворомъ карболовой кислоты и вприснута въ нее  $\frac{1}{2}$  шприца *Braun's t-gae jodi* по способу указанному выше.

19/ii. Больная прибыла вторично съ указаніемъ на уменьшенное выдѣленіе бѣлей и меньшую болѣзненность въ крестцѣ. Впрыскиваніе и промываніе повторено. Количество вприснутой *t-gae jodi* =  $\frac{1}{4}$  шприца *Braun's*. 21/ii явилась въ 3 разъ. Субъективное состояніе весьма удовлетворительное. Больная съ полной увѣренностью утверждаетъ, что она чувствуетъ у себя силы, чего раньше не было. Впрыскиваніе сдѣлано снова въ количествѣ  $\frac{1}{2}$  шприца и повторялось въ такомъ же количествѣ 23/ii и 25/ii, при чемъ больная постоянно заявляла объ улучшеніи своего здоровья. Бѣли въ первый разъ отсутствовали 25/ii, хотя больная не дѣлала влагалищныхъ спрысываній дома до прихода въ клинику; тѣмъ не менѣе *t-gae jodi* вприснута была и на этотъ разъ.

27/ii больная явилась съ жалобой на капельное истеченіе крови изъ половой щели, хотя и не сопровождавшееся рѣшительно никакими ощущеніями. Въ виду этого обстоятельства, а равно и въ виду прекращенія бѣлей, впрыскиванія *t-gae jodi* были оставлены. 29/ii и 3/iii больная являлась для наблюденія и жаловалась на такое же кровотеченіе. На этотъ разъ было сдѣлано только влагалищное спрысываніе. 4/iii и 5/iii крови уже не было, а 6/iv явились крови, т. е. черезъ 4 недѣли послѣ послѣднихъ кровей (предъ лѣченіемъ), продолжались 5 дней, менѣе обильныя, чѣмъ до лѣченія и почти безболѣзненные.

14/iv. Черезъ 3 дня послѣ полного прекращенія регуль, больная явилась для внутриматочныхъ промываній и впрыскиваній 5% раст-

вора танина, которыя съ такою же правильною были повторены 5 разъ. Неприятныя ощущенія тѣже, какъ и въ первомъ случаѣ.

Двѣ недѣли больная была подъ наблюденіемъ. Бѣлей и болей нѣтъ. Больная получила совѣтъ явиться въ случаѣ возобновленія бѣлей, но больше до сего времени не являлась.

3) С—я В—ая, 24 лѣтъ, жена офицера. Первые крови на 18 году. Типъ  $\frac{3-4 \text{ дня}}{4 \text{ недѣли}}$ , безболѣзненные. На 22 году вышла замужъ и забеременѣла. Выкидышъ на 3 мѣсяцѣ по неизвѣстной для нея причинѣ. Съ выходомъ замужъ страдала обильными бѣлями, лѣчилась три мѣсяца безъ результата. Въ клинику впервые явилась одновременно съ второй больноу. Въ остальномъ анамнезъ и теченіе болѣзни вполне аналогичны съ таковыми больноу № 2, вслѣдствіе чего, во избѣжаніе повторенія, мы этимъ и ограничимся.

4) Е—я С—я, 28 лѣтъ, жена желѣзнодорожнаго служащаго. Первые крови на 15-мъ году, вторыя черезъ мѣсяцъ. Типъ до замужества  $\frac{4-5 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$  умѣренныя, безболѣзненныя. На 19-мъ году вышла замужъ, въ 1-й годъ забеременѣла, родила живаго доношеннаго ребенка мужскаго пола. Со времени послѣднихъ родовъ начала страдать обильными бѣлями, послѣ какаго-то послѣродоваго заболѣванія, (послѣ 1-хъ родовъ). Въ теченіе 8 лѣтъ страдала бѣлями и много лѣчилась, но безъ результата. Крови во все время (8 лѣтъ) были обильныя, типа  $\frac{7-8 \text{ дн.}}{3 \text{ нед.}}$  съ постоянною тяжестью въ крестцѣ, беспокоившею особенно по ночамъ, такъ что больная плохо спала, и, какъ она замѣчала, слѣдалась очень нервною.

Послѣднія крови 4 дня тому назадъ, 6/ш.

Испытавъ неудачи лѣченія многихъ врачей, больная 17/ш 1893 г., послѣ 8 лѣтней болѣзни, обратилась въ клинику съ жалобоу на бѣли, боли въ крестцѣ, менорраги, общее ослабленіе и запоры.

При изслѣдованіи матка въ *retroversio mobilis antef.*, значительно увеличена и болѣзненна при надавливаніи, *erosio simpl.* на нижней губѣ, незначительное *laceratio slava*. Осложненій со стороны другихъ органовъ нѣтъ. Чистая форма *endo-metritis chr.*

Послѣ обычной дилатациі шейки, продолжавшейся въ теченіе недѣли, матка была впервые промыта 25/ш 1894 г., при чемъ вытекавшая изъ матки 2% карболовая вода, въ первыхъ порціяхъ своихъ была совершенно мутною. Удалено много слизи.

Сдѣлано первое впрыскиваніе *t-rae jodi* въ количествѣ  $\frac{1}{8}$  (въ виду сильной нервозности больноу) шприца *Braun*'а.

Данъ совѣтъ дѣлать колѣнно-локтевыя положенія.

Вторично больная явилась 28/ш, съ жалобой на значительную боль въ крестцѣ. *T-rae jodi* была впрыснута въ такомъ же количествѣ какъ и 1-й разъ.

30/ш Е. С. явилась въ 3-й разъ; боли прекратились и уменьшилось отдѣленіе бѣлей. Послѣднее обнаружено было и при объективномъ изслѣдованіи.

Матка промыта и впрыснута *t-rae jodi* въ количествѣ  $\frac{1}{4}$  шприца, при чемъ заложено кольцо *Hodge*'а.

2/ш жалобъ никакихъ. Бѣлей весьма мало. Болѣзненность матки значительно меньшая.

Сдѣлано 5-е промываніе и впрыскиваніе t-rae jodi ( $1\frac{1}{2}$  шприца). Вымыто и снова заложено кольцо.

Явилась больная только 10/IV, такъ какъ 3/IV (т. е. на слѣдующій день послѣ 5-го впрыскиванія и черезъ 3 $\frac{1}{2}$  недѣли послѣ послѣднихъ кровей), у нея открылись регулы, продолжавшіяся 5 дней, съ значительными, хотя много меньшими сравнительно съ прежними, болями въ крестцѣ. Съ прекращеніемъ регулъ, исчезли и боли. Бѣли ничтожныя. Такое уменьшеніе бѣлей, при вполне хорошемъ субъективномъ состояніи больной, продолжалось до 7/V, т. е. почти еще мѣсяць, въ теченіе котораго сдѣлано 6 впрыскиваній и столько же внутриматочныхъ промываній (т. е. всего 11).

7/V бѣлей не было уже вовсе.

8 V явились крови безболѣзненные, въ значительно меньшемъ противъ прежняго количествѣ и продолжались только 4 дня. 13/V матка промыта и впрыснута 5% растворъ таннина. Манипуляціи эти повторены были 5 разъ. 23/V послѣднее впрыскиваніе таннина сопровождалось тѣми же ощущеніями, какъ и у больной № 1.

Наблюденіе продолжалось 15 дней и 7/VI больной разрѣшено прекратить лѣченіе, являться же только 1 разъ въ мѣсяць для дезинфекціи оставленнаго у нея кольца, или въ случаѣ боли.

Явилась она только 1/VIII, т. е. почти черезъ 2 мѣсяца. Чувствовала себя всегда хорошо, даже во время регулъ, бѣлей не было. Матка меньше противъ прежняго.

5) А—я О—чь, 19 лѣтъ, жена слесаря. Первая крови на 13-мъ году. Типъ до замужества  $\frac{5-6 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ , умѣренныя, безболѣзненные. На 18-мъ году вышла замужъ и скоро начала страдать бѣлями. Спустя годъ отъ начала болѣзни явилась въ клинику 19/III съ жалобой на бѣли, боли въ крестцѣ и общую слабость.

Крови во время болѣзни  $\frac{7 \text{ дней.}}{3 \text{ нед.}}$

Послѣдній разъ были 3 дня тому назадъ.

*Endo-metritis chr. Retroversio antefl. mobil.* Въ остальномъ случай вполне аналогиченъ съ № 4, какъ по теченію болѣзни, такъ и по сравнительной продолжительности и результатамъ лѣченія, съ тою лишь разницей, что въ виду слабой только ретроверсии матки, кольцо было вынута и замѣнено совѣтомъ дѣлать дома колѣнно-локтевыя положенія, такъ какъ больная должна была уѣхать на долго въ деревню.

6) С—я М—а, жена работника, 26 лѣтъ. Болѣзней дѣтства не помнить. Первая крови на 20-мъ году. Вторая черезъ 2 мѣсяца. Типъ  $\frac{3-4 \text{ дн.}}{4-5 \text{ нед.}}$ , умѣренныя, безболѣзненные. Вышла замужъ на 21 году, за 24-хъ лѣтняго мужчину (здороваго). Съ выходомъ замужъ крови у нея безболѣзненные, типа  $\frac{3-4 \text{ дн.}}{5-6 \text{ нед.}}$ , очень скудныя. Съ этого же времени появились бѣли. Послѣднія крови 3 недѣли тому назадъ. Болѣла 5 лѣтъ. Дѣтей нѣтъ и не было. Явилась въ клинику на амбулаторный пріемъ 1894 г., 9 мая, съ жалобой на общую слабость, боли въ крестцѣ, скудныя и болѣзненные регулы и бѣли.

Тѣлосложеніе и питаніе умѣренныя, наружные половые органы и промежность нормальныя, влагалище узкое, складчатое. Матка не увеличена, въ retroversio mobilis нѣсколько чувствительна; консистенціи

плотной. P. vag. конической формы, съ слабымъ покрасненіемъ вокругъ orif. ext. uteri. Своды свободны. Яичники нормальны.

*Диагноз.* Stenosis orif. ext. uteri. Retroversio uteri mobilis. Endo-metritis chr.

*Лѣченіе.* 9/у. Влагалище продезинфицировано растворомъ сулемы 1:3000 и заложено кольцо *Hodge'a*. Для домашняго спрынцеванія влагалища назначено kali hypermang.

11/у. Orif. extern. расширено дилататорами проф. *Ястребова*, такъ что внутренній зѣвъ сталъ пропускать № 2 упомянутыхъ расширителей. Полость матки и цервикальный каналъ смазаны t-ra jodi. Кольцо заложено снова.

16/у. Stat. melior. Больная чувствуетъ себя лучше, хотя бѣли все еще въ достаточномъ количествѣ. Дальнѣйшая дилатация и смазываніе t-ra jodi полости матки.

18/у. Кольцо, по словамъ больной, выпало само. При изслѣдованіи оказалась не бывшая до того гиперемія p. vag., набухлость ея. Жалуются на боль внизу живота. Сдѣлано нѣсколько наколовъ скарификаторомъ на p. vag., матка расширена и смазана по прежнему t-ra jodi. Заложень тампонъ съ іодоформомъ до вечера.

20/у. Бѣли значительныя, раздражающія наружныя половыя части и вызывающія гиперемію ut. Матка достаточно расширена для введенія маточнаго катетера *Wegman'a*, вслѣдствіе чего промыта 2% карболовой водой и въ полость ея впрыснута t-ra jodi (1/2 шприца *Braun'a*).

Тампонъ съ іодоформомъ до вечера. Колѣнно-локтевыя положенія.

23/у. Status melior. Бѣли и боли меньше, гиперемія наружныхъ половыхъ органовъ почти исчезла. Повторено промываніе и впрыскиваніе t-ra jodi (1/4 шприца *Braun'a*).

Эрозіи смазаны тоже t-ra jodi. Болей нигдѣ не чувствуетъ.

25/у. Бѣлей почти нѣтъ.

Съ 26/у начались крови съ незначительными болями въ крестцѣ, гораздо обильнѣе сравнительно съ прежними и менѣе болѣзненныя, чѣмъ раньше (см. выше), продолжались до 30/у включительно, т. е. 5 дней (раньше 3—4 дн.)

1/у. Бѣлей и болей нѣтъ. Бывшее вокругъ orif. ext. uteri покрасненіе уменьшилось, матка лежитъ лучше, хотя въ слабой ретроверсіи. Больная чувствуетъ себя вполне здоровою и просится домой въ деревню. Матка промыта и въ полость ея впрыснутъ 5% растворъ таннина въ глицеринѣ.

Въ виду настоятельныхъ просьбъ, больная отпущена домой съ совѣтомъ, черезъ 1 мѣсяць показаться снова, въ случаѣ же появленія бѣлей или боли, прибыть еще раньше, до того же дѣлать колѣнно-локтевыя положенія и 1 разъ спрынцевать влагалище водой, для поддержанія чистоты.

5/у. 1894 г. больная явилась ко мнѣ на домъ значительно поправившеюся въ лицѣ и вполне здоровою.

Бѣлей и болей нѣтъ. Матка въ слабой ретроверсіи. Каналъ шейки свободно пропускаетъ зондъ *Kivisch'a*. 4/у прекратились крови, были вопліѣ безболѣзненны, въ умѣренномъ количествѣ, продолжались 5 дней.

Больной разрѣшено прекратить посѣщенія клиники, данъ совѣтъ дома только дѣлать колѣнно-локтевыя положенія и содержать въ чистотѣ половые органы.

7) З. А., 26 лѣтъ, жена сапожника. Въ дѣтствѣ болѣла корью. Первые крови на 16-мъ году. Вторыя—черезъ 2 недѣли. Типъ  $\frac{4-5 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$  боли во время кровей. Вышла замужъ на 22-мъ году, за 27-лѣтняго, страдающаго какою то грудною болѣзнью, мужчину. Съ выходомъ ея замужъ, характеръ кровей такой-же. На 2-мъ году замужества забеременѣла и самопроизвольно родила доношеннаго живаго мальчика, котораго кормила сама въ теченіе лишь 1-го мѣсяца.

Въ теченіе трехъ мѣсяцевъ послѣ родовъ, сильно болѣла „воспаленіемъ матки“. Съ этого времени, больная постоянно имѣла сильныя бѣли, боли внизу живота и меньшія въ пахахъ, ознобы, по временамъ тошноту и даже рвоту (въ первое время послѣ родовъ). Желудочно-кишечный каналъ работаетъ правильно. Регулы за время болѣзни имѣли типъ  $\frac{4-5 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ , обильныя. Съ жалобами на перечисленные симптомы и явилась больная на амбулаторный пріемъ 7-го февраля 1894 г. При изслѣдованіи оказалось: матка увеличена, болѣзненна при надавливаніи, въ антефлексіи, подвижность, въ незначительной степени, ограничена слѣва и сзади, на право и къ церели. Простыя эрозіи. Въ заднемъ и лѣвомъ сводахъ—ничтожные остатки воспаления умѣренной чувствительности.

*Diagnosis:* Endo-metritis chr. Retroversio, resid. peri-parametrit. Съ 7/II по 7/III 94 г., больной данъ совѣтъ, дѣлать дома горячія спрыцеванія въ 40° и вкладывать in vagin. на ночь тампоны, съ ихтиоломъ (10%). Кромѣ того, время отъ времени производился массажъ. Въ теченіе этого промежутка времени (1 мѣсяць), улучшеніе оказалось лишь со стороны остатковъ пери-параметрита, которые подъ вліяніемъ горячихъ спрыцеваній и массажа, значительно размягчились, такъ что матка сдѣлалась вполне подвижною. Въ остальномъ лѣченіе осталось безъ результата. Бѣли обильныя. Эрозіи; матка увеличена и болѣзненна. 24/II 94 г. у ней были послѣднія крови, болѣзненныя и въ значительномъ количествѣ.

7/III матка впервые промыта 2°/о карболкой и въ полость ея впрыснута t-га jodі (1/2 шприца *Braun*'а). Горячія души по прежнему. Съ 7/III по 21/III больная не являлась, такъ какъ, почувствовать сразу облегченіе, сочла себя выздоровѣвшею. Но 21/III явилась снова, такъ какъ настали вторыя крови (отъ начала лѣченія), но на этотъ разъ снова съ болью въ крестцѣ.

Въ менструальномъ періодѣ она пришла и въ клинику, вслѣдствіе чего 21/III никакая терапия не была примѣнена.

26/III, на 3-й день, послѣ прекращенія кровей (продолжавшихся 4 дня) больная явилась снова.

Бѣли у нея въ значительно меньшемъ противъ прежняго количествѣ. Матка снова промыта карболкой и въ полость ея впрыснута t-га jodі. Горячія души по прежнему.

Не смотря на совѣтъ правильно продолжать начатое лѣченіе и не дѣлать вредныхъ большихъ перерывовъ, между отдѣльными сеансами

его, больная по требованію мужа, должна была уѣхать изъ Варшавы на 2½ мѣсяца, въ теченіи которыхъ она ничего не дѣлала дома въ смыслѣ лѣченія. Наконецъ явилась 6/VI. Регулы за время ея отсутствія были ежемѣсячно, менѣе болѣзненны, хотя бѣли, уменьшившіяся было послѣ послѣдняго впрыскиванія t-rae jodi, съ теченіемъ времени явились снова въ большемъ количествѣ. Съ этого времени начинается уже правильное посѣщеніе больною амбулаторіи.

6/VI. Матка промыта. Въ полость ея впрыснута t-ra iodi (¼ шприца Braun'a.

11/VI. Бѣлей очень мало, болѣзненность слабая. (¼ шприца Braun'a).

13/VI. Бѣлей почти нѣтъ, въ крестцѣ не болитъ. Cont.

16/VI. Бѣлей нѣтъ. Показывались капли крови изъ половой щели. Впрыскиванія t-rae jodi прекращены.

19/VI, 21/VI и 30/VI. Observatio. Бѣлей и болей нѣтъ. Матка значительно сократилась, вполне подвижна. Эрозіи поблѣднѣли. Появились безболѣзненные регулы въ умѣренномъ количествѣ.

30/VI. Разрѣшено прекратить посѣщенія клиники и явиться лишь съ ухудшеніемъ состоянія.

Больная по сіе время не являлась съ жалобой на рецидивъ.

8) Л. В., 24 лѣтъ, жена солдата. Болѣзней дѣтства не помнитъ. Первые крови на 16 году, вторыя—черезъ одинъ мѣсяць. Типъ  $\frac{2 \text{ дн.}}{2-3 \text{ нед.}}$  съ болями. Съ 17 лѣтъ живетъ съ 40 лѣтнимъ солдатомъ. Съ началомъ половыхъ сношеній характеръ кровей тотъ же. Въ первый годъ половой жизни самопроизвольно родила живаго доношеннаго мальчика (7 лѣтъ тому назадъ), котораго кормила сама лишь 2 недѣли. Въ послѣродо, вомъ періодѣ сильно кровоточила и лихорадила. Со времени родовъ больная сдѣлалась очень нервной и замѣтила что память, а равно и сообразительность, стали сильно измѣнять ей; два мѣсяца тому назадъ. появились бѣли, боли внизу живота, крестцѣ и подложечной впадинѣ. Появилась отрыжка.

Раньше ничего этого, по словамъ больной, не было. Типъ кровей во время болѣзни  $\frac{2 \text{ дн.}}{2 \text{ нед.}}$ , болѣзненные, въ умѣренномъ количествѣ. Болѣзненность въ концѣ мочеиспусканія въ области orif. ext. urethrae. Съ жалобой на бѣли, боли, частыя и неправильныя регулы и общую раздражительность—больная явилась въ клинику 4/IV 94 г. Послѣднія крови 28 марта.

При изслѣдованіи оказалось: матка увеличена, въ retroversio flexio mobilis, плотная, чувствительная, подвижность нѣсколько ограничена саади и слѣва. Черезъ задній и лѣвый своды прощупываются ничтожные остатки перипараметрита. Правый яичникъ увеличенъ, болѣзненъ, раздраженіе около orif. urethrae (вслѣдствіе бѣлей).

Діагнозъ. Endo-metritis chr. Resid. peri-param. sin. Oophoritis. dext. Retroversio flexio uteri mobilis. Hysteriasis.

Лѣченіе. 4/IV. Горячія души. Массажъ. Кольцо Hodge'a. Дома спрысыванія съ alum. crud. Дилатанція матки и смазываніе ея t-ra jodi послѣ промыванія 2% карболой (въ теченіе 6/IV и 8/IV).

11/IV. Бѣлей значительно меньше. Боли уменьшились.

Stad. id. въ теченіе 13, 16, 20 и 22/IV.

25/IV. Бѣлей нѣтъ вовсе. Самочувствіе хорошее. Матка промыта 2% карболкой въ 4% и въ полость ея впрыснута  $\frac{1}{4}$  шприца *Braun*'a t-rae jodi. Кольцо *Hodge*'a послѣ легко удавагося (послѣ продолжительнаго до этого массажа) переведенія матки въ антеверсію снова заложено. Дома—спрысыванія съ *alum. crud.*

6/V. 1 недѣлю тому назадъ были крови, хотя безболѣзненные, но съ чувствомъ какой то неловкости въ области матки (что по нашему мнѣнію, зависѣло отъ давленія кольца на остатки периметрита). Кольцо было вынута. Предписаны колѣбно-локтевыя положенія больной. *Cont.* горячія души массажъ. Матка промыта. Впрыснута въ нее t-ra jodi  $\frac{1}{3}$  шприца *Braun*'a.

9/V. *Stat. melior. cont.* и кольцо.

16/V. Бѣлей нѣтъ. *Stat. melior. cont.* промываніе матки и впрыскиваніе t-rae jodi  $\frac{1}{2}$  шприца *Braun*'a.

*Stat. id. contin.* въ теченіе 19, 22 и 27/V.

30/V. Бѣлей нѣтъ. Показывались капли крови. Матка промыта. Въ полость ея впрыснуть 5% растворъ танина въ глицеринѣ ( $\frac{1}{3}$  шприца *Braun*'a).

1/VI. *Stat. id. contin.* ( $\frac{1}{2}$  шприца танина).

3/VI. Больная чувствуетъ себя хорошо. Въ первые 2 часа послѣ послѣдняго впрыскиванія 5% раствора танина чувствовала ощущеніе стягиванія внизу живота. Появились крови въ умѣренномъ количествѣ безболѣзненные.

8/VI. Крови продолжались 3 дня.

10/VI. Бѣлей и болей нѣтъ. Чувствуетъ себя больная хорошо, яичникъ уменьшился, болѣзненъ въ очень незначительной степени. Матка значительно тверже и меньше въ объемѣ, легко переводится въ антеверсію. Матка промыта послѣдній разъ и въ полость ея впрыснута 5% растворъ танина въ глицеринѣ ( $\frac{1}{2}$  шприца *Braun*'a). Переведенная въ антеверсію матка фиксирована кольцомъ *Hodge*'a и больной разрѣшено являться 1 разъ въ мѣсяцъ, для очистки кольца. Дома же данъ совѣтъ дѣлать ежедневно горячія души и соленныя ванны 3 раза въ недѣлю. Рецидива не было при перемѣнѣ кольца 6/VI 94 г.

9) М—ая К—а, 42 лѣтъ, жена столяра. Первые крови на 16 году. Вторыя черезъ 1 мѣсяцъ. Типъ  $\frac{3 \text{ дня}}{4 \text{ нед.}}$ , съ болями. Вышла замужъ на 28 году, за 38 лѣтняго, слабого здоровья, мужчину. Послѣ выхода замужъ характеръ кровей тотъ же. Въ 1 годъ замужества самопроизвольно родила живаго, доношеннаго мальчика, а черезъ 1 годъ послѣ этого такую же дѣвочку (12 лѣтъ тому назадъ). Заболѣла  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца тому назаль. Жалуется на боли въ крестцѣ, чувство опусканія чего то внизу живота, бѣли, запоры, учащенные позывы къ мочеиспусканію и общую слабость. Послѣднія крови 2 недѣли тому назадъ. При изслѣдованіи случай оказался вполне аналогичнымъ случаемъ № 8. *Retroversio flexio uteri mobilis. Endometritis chr. Resid periparametr.* (Яичники только нормальны). Теченіе болѣзни, а равно и результаты лѣченія ея вполне аналогичны съ таковыми въ случаѣ № 8 (см. выше).

10) Бл—съ Т—а, 30 лѣтъ. Болѣзней дѣтства не помнить. Первые крови на 17 году, вторыя черезъ одинъ мѣсяцъ. Типъ  $\frac{5-6 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ , болѣзненные. Вышла замужъ на 21 году; дѣтей не имѣла. Характеръ кровей

въ теченіе семи первыхъ лѣтъ замужества такой же, какъ и до заму- жства. Два года тому назадъ, у больной появились боли въ крестцѣ и животѣ съ лихорадочнымъ состояніемъ и бѣлями. Типъ кровей во время болѣзни  $\frac{12 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ , скудная, но очень болѣзненная. Съ жалобю на указанные симптомы, больная обратилась въ клиническую амбу- латорію.

16/у 94 г. Послѣднія крови одну недѣлю тому назадъ.

При изслѣдованіи матка оказалась увеличенною. Своды свободны. Яичники нормальны.

*Диагнозъ:* Endo-metritis chr.

*Лѣченіе:* 16/у. Въ виду достаточной проходимости канала шейки для маточнаго катетера *Bogetan*'а, матка сразу (безъ предварительной дилатациі) была промыта 2% растворомъ карболовой кислоты, при чемъ вышло нѣсколько громадныхъ пробокъ слизи и густыхъ бѣлей, забивавшихъ собою неоднократно широкой просвѣтъ катетера (*Bogetan*'а). Слизью, очевидно, переполнена была вся полость матки и необходимо было нѣсколько разъ выводить катетеръ изъ матки, освободить его отъ пробки и вновь вводить. Послѣ тщательной промывки матки, въ полость ея впрыснута  $\frac{1}{4}$  шприца *Braun*'а t-гаe jodi.

18/у. Больная явилась полною благодарности за оказанную ей помощь.

Боли сразу уступили, такъ что она почувствовала себя вполне здоровою.

При объективномъ изслѣдованіи бѣли были, но далеко не въ такомъ поражающемъ количествѣ, въ какомъ онѣ оказались при первомъ внутриматочномъ промываніи. Матка промыта вторично и снова впрыснута t-га jodi, что было повторено 21/у.

23/у значительное улучшеніе очевидно было и при объективномъ изслѣдованіи: бѣли въ ничтожномъ количествѣ. Боли никакой. Состояніе вполне хорошее.

25/у бѣлей уже нѣтъ. Stat. melior. Contin.

27/у и 29/у. Stat. id. Contin.

1/vi. Промываніе матки и впрыскиваніе  $\frac{1}{3}$  шприца *Braun*'а 5% раствора таннина въ глицеринѣ.

3/vi. Жаловалась на общее, для большинства нашихъ больныхъ, чувство стягиванія въ первые два часа послѣ впрыскиванія таннина. Бѣлей нѣтъ. Матка тверже.

5/vi. Stat. id. Contin.

Больной разрѣшено явиться въ клинику только при новомъ появ- леніи бѣлей или болей. Не являлась до сего времени.

1) III. M., 35 лѣтъ, жена работника. Первые крови на 14 году, вторыя черезъ 1 мѣсяць, типъ  $\frac{3 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ , безболѣзненные. Вышла за- мужъ на 24 году. Теперь 5 лѣтъ за вторымъ мужемъ (33 л.). Послѣ выхода замужъ, типъ кровей  $\frac{3 \text{ дн.}}{5-6 \text{ нед.}}$ . Отъ перваго мужа родила двухъ доношенныхъ живыхъ дѣтей (мальчика и дѣвочку).

Первые роды на первомъ году половой жизни. Роды самопроиз- вольные, теченіе послѣродоваго періода нормальное. Дѣтей кормила сама. Съ выходомъ замужъ за втораго мужа (оказавшагося больнымъ

гонорреей) скоро заболѣла. Появились бѣли, боли въ крестцѣ (послѣ поднятія тяжести) внизу живота и отрыжка. Половые сношенія болѣзненны. Регулы за время болѣзни  $\frac{3 \text{ дн.}}{4-5 \text{ нед.}}$ , болѣзненные. Запоры. Послѣднія крови одну недѣлю тому назадъ. Съ жалобой на указанные симптомы, больная явилась въ клинику 16/γ 94 г. При изслѣдованіи оказалось: матка увеличена, въ незначительной retroversio antef. mobil. чувствительна, незначительные остатки параметрита въ лѣвомъ сводѣ, Bartholinitis dext.

*Diagnosis:* Endo-metritis et bartholinitis gonorrhoeica. Resid. param. sin.

Больная посѣщала клинику одновременно съ № 10, течение болѣзни, а равно и лѣченіе ея аналогичны съ № 10, съ тою разницею, что тутъ были примѣняемы, кромѣ всего прочаго, еще колѣнно-локтевыя положенія и что послѣ излѣченія матки, данъ былъ совѣтъ больной, явиться для вскрытія Бартолиновой железы, отъ чего она категорически отказалась.

12) Р. Е., 30 лѣтъ, жена столяра. Болѣзней дѣтства не помнитъ. Первыя крови на 15 году. Вторыя черезъ одинъ мѣсяць. Типъ  $\frac{1-2 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$  иногда съ болями. Выпла замужъ на 18 году. Мужъ здоровъ, 30 лѣтъ. Въ первый годъ замужества, самопроизвольно родила мертвого (по неизвѣстной причинѣ) доношеннаго ребенка мужскаго пола. Послѣ родовъ въ теченіе двухъ недѣль лихорадила, т° доходила до 40°. Со времени родовъ постоянно больна (10 слишкомъ лѣтъ). Явились боли въ крестцѣ, бѣли, отрыжка, отсутствіе аппетита. Типъ кровей во время болѣзни  $\frac{1-2 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$  очень скудныя. Запоры.

Явилась въ клинику 20/γ 94.

Матка увеличена, болѣзненна, въ retroversio-antefl., съ ограниченою сзади подвижностью.

P. vag. набухло, гиперемировано. Въ заднемъ сводѣ старыя остатки периметрита. Обильныя истеченія слизи и бѣлей.

*Диагнозъ.* Endo-metritis. Resid. peri-parametritidis (незначит.).

*Лѣченіе.* 20/γ. Горячіе души. Positio genu-cubitalis, массажъ.

Матка промыта карболовой 2% водой, въ полость ея впрыснута t-ra jodi ( $\frac{1}{2}$  шприца Braun'a).

23/γ. Бѣли въ меньшемъ количествѣ. Самочувствіе больной тоже. Contin.

26/γ. Бѣлей почти нѣтъ. Матка болѣе подвижна. Stat. melior. Contin. все тоже.

28/γ. Stat. melior. Слизь въ ничтожномъ количествѣ. Contin. внутриматочныя промыванія, впрыскиваніе въ матку t-ra jodi, горячія души. Массажъ.

30/γ. Больная чувствуетъ себя хорошо и заявляетъ, что у нея появились силы, чего до этого времени не было. Бѣлей нѣтъ. Contin. все по прежнему.

1/γт. Больная заявила о появленіи у нея капель крови изъ половой щели. Матка промыта. Впрыснута въ нее  $\frac{1}{2}$  шприца 5% раствора танина. Сейчасъ появилось чувство стягиванія, съ тупою болью въ крестцѣ.

3/γт. Появившіяся въ прошлый разъ боли въ крестцѣ и чувство стягиванія продолжались не болѣе 1 часу. Затѣмъ больная чувство-

вала себя очень хорошо. Cont. промываніе и впрыскиваніе танина (1/4 шприца).

5/II. Бѣлей и болей нѣтъ. Матка подвижна, въ слабой ретроверсія. Задній сводъ мало чувствителенъ. Больной данъ совѣтъ посѣщать клинику только для производства у нея массажа. Дома дѣлать горячія спринцеванія и колѣнно-локтевыя положенія.

13) С. Е., 28 лѣтъ, незамужняя, служанка.

Первыя крови на 16-мъ году, вторыя черезъ 1 мѣсяць. Типъ  $\frac{6 \text{ дней,}}{4 \text{ нед.}}$  обильныя, болѣзненныя. Съ 20-го года начала вести половую жизнь, въ первый годъ которой забеременѣла и родила (при помощи щипцовъ) живаго доношеннаго ребенка женскаго пола (7 лѣтъ тому назадъ) котораго кормила лишь 3 недѣли. Въ послѣродовомъ періодѣ болѣла. Встала на 9-й день, затѣмъ въ теченіе 3-хъ недѣль снова болѣла.

Больною себя чувствуетъ со времени родовъ, т. е. 7 лѣтъ, хотя до родовъ еще страдала бѣлями, сопровождавшимися позже болями въ крестцѣ и животѣ. Типъ кровей за время болѣзни  $\frac{7-8 \text{ дн.}}{3 \text{ нед.}}$ , обильныя. Явилась въ клинику 2/III 94 г., съ жалобой на бѣли, боли внизу живота и крестцѣ, частые позывы къ мочеиспусканію и боль въ концѣ послѣдняго, запоры.

Послѣднія крови 3 недѣли тому назадъ, продолжались 7 дней и были очень обильныя. При осмотрѣ оказалось: больная умѣреннаго тѣлосложенія и питанія. Промежность правильная. Матка увеличена, чувствительна, въ *retroversio antefl. et lateroversio dextr. levis*, подвижна, плотна. Слѣва *orig. ext.*, разрывъ до свода, отъ этого разрыва въ лѣвый сводъ идетъ небольшой рубчикъ. Своды свободны. Вокругъ *orig. ext. urethrae* покрасненіе (стѣ бѣлей).

*Диагноз.* Endometritis chr.

Отъ 2/III до 7/III включительно больная получала ванны 28° R., дѣлала колѣнно-локтевыя положенія 3 раза въ день по 1/4 часа и принимала *extr. fluid. hydrastis canad.*, по 20 капель, 3 раза въ день. Кромѣ того 2 раза въ день ей дѣлались общія влагалитцныя спринцеванія 2% карболой. Лѣченіе это осталось безъ результата; бѣли по прежнему боли въ крестцѣ и внизу живота—тоже.

8/III. Сдѣлано выскабливаніе матки, послѣ котораго ничего, кромѣ влагалитцныхъ спринцеваній не было примѣняемо вплоть до 15/III.

Бѣли, уменьшившіяся было въ первые 2 дня послѣ выскабливанія, затѣмъ сдѣлались снова обильными, по словамъ больной, онѣ даже усиливались. Боли сильнѣе.

16/III. Назначены горячія души и снова колѣнно-локтевыя положенія, примѣнявшіяся у больной до 19/III включительно. Замѣтнаго улучшенія нѣтъ.

20/III. Къ назначенному выше прибавлены свѣчки съ ихтиоломъ, а 22/III матка переведена въ антеверсію и фиксирована кольцомъ *Hodge'a*.

23/III. Жалуются на боли въ животѣ, особенно при ходьбѣ; къ назначенному 22/III, прибавлены 23/III внутриматочныя промыванія 2% карболовой водой, повторявшіяся черезъ 1 день.

24/III. Получила крови обильныя, болѣзненныя, прекратившіяся 26 III.

27/III. *Irrigat. intrauter.* Горячія души. *Positio genu-cubitalis*.

28/III. Лѣвый и задній своды менѣе податливы, чѣмъ правый и передній. Матка, выведенная изъ ретроверсіи, запалаетъ сейчасъ снова. Назначены: irrigat. intra uterin. ac. carbol. 2%, горячія души, positio à la vache, массажъ.

Кромѣ того матка впервые смазана t-ra jodi, слабыя эрозіи на p. vag. тоже; заложено кольцо Hodge'a.

29/III. Бѣли выдѣляются въ меньшемъ количествѣ. Contin. все тоже самое.

2/IV. Кольцо удалено вслѣдствіе жалобы на боли въ крестцѣ. Назначенное выше лѣченіе продолжалось вплоть до 7/IV, включительно, при чемъ количество бѣлей, хотя и медленно, но замѣтно уменьшалось.

8/IV. Кромѣ указаннаго выше, въ полость матки впервые впрыснута  $\frac{1}{2}$  шприца Braun'a t-rae jodi послѣ предварительнаго промыванія матки.

9/IV. Боли и бѣли сразу уменьшились. Впрыскиваніе повторено и дѣлалось черезъ 1 день вплоть до 15/IV включительно.

16/IV. Бѣли исчезли, остались лишь незначительныя слизистыя истеченія. Contin. t-ra jodi и внутриматочныя промыванія.

18/IV. Бѣлей и слизи нѣтъ вовсе. Эрозіи поблѣднѣли. Изъ половой щели показывается капля крови.

21/IV. Stat. id. Впрыснута  $\frac{1}{2}$  шприца 5% раствора таннина въ матку послѣ предварительнаго промыванія послѣдней.

22/IV. Stat. melior. Irrigat. Ночью съ 22 на 23 получила крови скудной (раньше обильная), но съ слабыми еще болями въ крестцѣ. Irrigat. Крови прекратились вплоть 30/IV. Contin. все по прежнему.

2/У. Бѣлей вовсе нѣтъ, болей почти тоже. Contin. впрыскиваніе таннина и промываніе матки, горячія души, колыбно-локтевыя положенія, массажъ (до 6/У).

6/У. Бѣлей и болей нѣтъ. Рубецъ слѣва (см. выше) растянулся. Эрозіи шейки поблѣднѣли, матка нѣсколько увеличена. Сдѣлана amputatio p. vagin. Irrigat. vag. до 18/У, когда больная выписалась совершенно здоровою.

14) П. Ц., 34 лѣтъ, жена бляхара, плохого тѣлосложенія и питанія. Первые крови на 14-мъ году. Вторыя черезъ 1 годъ. Типъ  $\frac{8-10 \text{ дней}}{4 \text{ недѣли}}$ , обильныя, болѣзненные. Вышла замужъ на 20-мъ году. Мужу 36 лѣтъ, здоровъ. Послѣ выхода замужъ крови  $\frac{8-10 \text{ дней}}{4-5 \text{ нед.}}$ . Послѣднія крови 3 недѣли тому назадъ, продолжались 4 дня и въ меньшемъ противъ обыкновеннаго количествѣ. Въ дѣтствѣ болѣла корью. Съ 28-лѣтняго возраста начала болѣть непрерывно до поступленія въ клинику 31/III 94 г. (т. е. въ теченіе послѣднихъ 6 лѣтъ замужества). Явились боли внизу живота, пахахъ, лихорадка, иногда рвога во время кровей, бѣли, боли въ крестцѣ и области мочеиспускательнаго канала (въ началѣ и концѣ мочеиспусканія). Поносъ. Типъ кровей за время болѣзни тотъ-же.

5 лѣтъ тому назадъ въ квартирѣ больнои, д-ромъ X. было произведено выскабливаніе матки и расширеніе маточнаго отверстія. При изслѣдованіи оказалось: наружныя половыя органы ничего особеннаго, кромѣ умѣренной гипереміи, не представляютъ. По окружности urethrae краснота (подъ влияніемъ бѣлей). Матка увеличена, особенно шейка, которая значительно удлинена, въ anteflexio versio, въ подвижности нѣсколько ограничена сзади на передъ, плотная, чувствительная. Orif.

ext. целевидное. Яичники увеличены. Въ заднемъ и лѣвомъ сводахъ незначительные остатки воспаления.

*Діагноз:* Endo-metritis chr. Stenosis orif. ext. uteri. Resid. peri-parametritidis (незначит.).

*Лечение:* 1/iv. Горячія души, свѣчки съ ихтиоломъ, dilatatio orif. ext. uteri.

3/iv. Получила крови чрезвычайно болѣзненныя, вслѣдствіе чего на ночь получала 1 свѣчку съ морфіемъ (gr. 1/8).

6/iv. Крови прекратились. Irrigat. intravaginal.

7/iv. Поносъ. Боли и бѣли. Irrigat., горячія души, dilatatio uteri, свѣчки съ ихтиоломъ.

8/iv. Каналь шейки матки расширенъ настолько, что свободно пропускаетъ 2 первыхъ №№ дилататоровъ проф. *Ястребова*. Слизистая оболочка матки чувствительна къ давленію зонда, вслѣдствіе чего въ полость матки впрыснуть 5% растворъ ихтиола въ глицеринѣ (при помощи шприца *Braun'a*). Остальное по прежнему, кромѣ того прибавлено extr. fluid. hydr. Canad., по 20 капель, 3 раза въ день.

9/iv. Боли послѣ впрыскиванія ихтиола значительно усилились. Бѣли тоже.

10/iv. Stat. id. вплоть до 13/iv.

14/iv. Бѣли выдѣляются въ нѣсколько меньшемъ количествѣ. Матка достаточно расширена и пропускаетъ катетеръ *Wegman'a*, при помощи котораго и промыта 2% карболкой. Слизистая оболочка ея смазана 10% растворомъ танина въ глицеринѣ. Contin. все по прежнему.

16/iv. Stat. melior. Бѣли въ значительно меньшемъ количествѣ. Contin.

18/iv. Stat. id. Поносъ. Irrigat. intraut. ac. carbol 2% и смазываніе t-rae jodi, 10 капель t-rae opii внутрь. Contin. Свѣчки съ ихтиоломъ. Extr. fluid. Hydrast. Canad. Ванны.

25/iv. Крови. Irrigat.

29/iv. Крови прекратились. Бѣли усилились.

30/iv. Stat. id. irrigat. горячія души, свѣчки съ ихтиоломъ, Extr. fluid. Hydrast. Canad. ванна,—безъ результата (до 8/v).

8/v. Матка промыта карболкой и въ полость ея впрыснута 1/8 шприца *Braun'a* t-rae jodi. Scarificatio p. vag.

9/v. Чувствуетъ себя значительно лучше. Бѣли послѣ впрыскиванія t-rae jodi замѣтно уменьшились. Яичники и воспалительные остатки въ сводахъ малочувствительны. Irrigat intraut.

10/v. Stat. id. contin. irrigat. intraut. и впрыскиваніе t-rae jodi 1/4 шприца (до 12/v включительно).

13/v. Получила крови въ незначительномъ количествѣ. Слабыя боли въ крестцѣ.

22/v. Крови вполне прекратились.

23/v. Бѣлей нѣтъ. Набухлость p. vag. исчезла, p. vag. нормальнаго цвѣта, вялое. Чувствительность слизистой оболочки матки ничтожная. Воспалительные остатки въ заднемъ и лѣвомъ сводахъ незначительны.

Болей въ крестцѣ нѣтъ. Матка промыта и въ нее впрыснуть 5% растворъ танина. Scarificatio.

24/у. Въ первые часы послѣ впрыскиванія (таннина), чувствовалось обычное ощущеніе стягиванія внизу. Бѣлей и болей нѣтъ. Contin. и горячія души.

25/у. Contin. и горячія души.

26/у. Больная чувствуетъ себя вполне удовлетворительно и выпи- сывается для амбулаторнаго лѣченія.

29/у. Больная явилась на амбулаторный приемъ. Состояніе во всѣхъ отношеніяхъ вполне удовлетворительное.

Матка промыта, въ полость ея впрыснуть 5% таннинъ. Дома горя- чіе души.

31/у тоже самое.

1/уІ—3/уІ—5/уІ—7/уІ и 10/уІ. Observatio.

Рецидива нѣтъ. Разрѣшено не являться въ клинику.

Случай интересенъ какъ и предыдущій по иллюстраціи недѣйстви- тельности другихъ средствъ и пользы примѣнявшагося нами метода.

15) К. Л., 34 лѣтъ, жена портного. Первая крови на 19-мъ году Вторая черезъ 2 недѣли. Затѣмъ типъ  $\frac{3-4 \text{ дн.}}{3 \text{ нед.}}$ , обильная. На 30-мъ году вышла замужъ и съ этого-же времени начала страдать бѣлями, болями въ крестцѣ и сильными головными болями, липавшими больную ноч- наго покоя. Дѣтей не имѣла. Долго лечилась, но безъ пользы. 1 годъ тому назадъ д-ромъ Р. сдѣлано выскабливаніе матки. Въ теченіе 1 недѣли послѣ выскабливанія чувствовала себя лучше. Бѣлей было меньше, но затѣмъ открылись снова и не прекращались до прихода въ клинику 3/у 94 г. Лѣченіе и теченіе болѣзни совершенно анало- гичны съ таковыми № 14.

Подобныхъ случаевъ простыхъ эндометритовъ мы могли бы привести и больше, но и приведенныхъ мы считаемъ доста- точными для доказательства очевидной пользы и преимущества описаннаго метода леченія сравнительно съ другими.

Въ заключеніе перечислимъ важнѣйшіе достоинства и недостатки примѣнявшагося нами метода леченія хроническихъ эндо- метритовъ.

И такъ достоинства слѣдующія: 1) эффектъ при указан- номъ методѣ леченія получается быстро: уменьшается общая раздражительность больныхъ вмѣстѣ съ уменьшеніемъ бѣлей и боли въ крестцѣ, а въ связи съ этимъ 2) сразу появляется вѣра больной во врача и его леченіе вслѣдствіе чего 3) врачъ имѣетъ возможность научно относиться ко всякому данному случаю и дѣлать тѣ или другіе выводы изъ цѣлаго ряда наблюденій (которые являются правильными въ виду акку- ратнаго посѣщенія больными врача); 4) рецидивы имѣютъ гораздо меньше шансовъ, чѣмъ при другихъ методахъ. Подъ влияніемъ t-rae jodi слизистая оболочка матки регенерируетъ,

а вмѣстѣ съ тѣмъ исключается возможность распространения паталогического процесса со слизистой оболочки на паренхиму матки, которая такимъ образомъ тоже мало по малу возвращается ad postum, потерявъ источникъ своего заболѣванія; 5) достаточная проходимость канала матки, являющаяся въ результатѣ леченія, а равно и промыванія матки, исключаютъ возможность застоя секрета, говорятъ сами за себя.

Вотъ главнѣйшія достоинства описаннаго нами метода леченія. Оставляя въ сторонѣ болѣе мелкія достоинства, укажемъ болѣе видные недостатки его. И такъ:

1) методъ этотъ, удобный для примѣненія въ амбулаторной и клинической практикѣ, не совсѣмъ удобенъ въ частной практикѣ, такъ какъ требуетъ довольно удобной обстановки;

2) методъ сопряженъ съ нѣкоторою порчею инструментовъ (зеркалъ главнымъ образомъ) и требуетъ частаго обновленія ихъ;

3) требуетъ отъ врача большой осмотрительности при введеніи инструментовъ и правильной установки противопоказаній къ послѣднему;

и 4) послѣ впрыскиванія t-гае jodi каналъ шейки нѣсколько стягивается и дальнѣйшее введеніе катетера *Vogelman'a* для вымыванія избытка t-гае jodi иногда встрѣчаетъ значительное сопротивленіе, вслѣдствіе чего необходимо имѣть 2 различной толщины катетера *Vogelman'a*.

Какъ само собою понятно, эти немногіе недостатки нашего метода тушуются передъ достоинствами его и не могутъ служить достаточнымъ основаніемъ къ исключенію этого метода изъ употребленія въ амбулаторной практикѣ, не говоря ужъ о клинической, въ которой онъ также заслуживаетъ вниманія.

При примѣненіи указаннаго метода необходимо руководствоваться слѣдующими соображеніями:

1) необходимо начинать впрыскиваніе съ самой малой дозы, (которою мы считаемъ  $\frac{1}{5}$  шприца *Braun'a*), повышая ее постепенно, сообразуясь всякій разъ съ индивидуальностію больной, и во всякомъ случаѣ не превышая  $\frac{1}{2}$  шприца *Braun'a*, такъ какъ большія количества вызываютъ въ большинствѣ случаевъ значительныя боли въ крестцовой области и въ области самой матки. Послѣ впрыскиванія t-гае jodi (а также таннина) обязательно вымывать избытокъ ея во избѣжаніе сильныхъ болей;

2) прекращать впрыскивания внутриматочныя не позже какъ за 3 дня до ожидаемыхъ регуль и безусловно во время послѣднихъ;

3) начинать лѣчение спустя дня 2—3 послѣ регуль, такъ какъ во многихъ случаяхъ удастся къ наступленію слѣдующихъ *menstrua* закончить леченіе въ главныхъ его чертахъ и слѣдовательно, наблюдать въ свою очередь тѣ или другія перемѣны въ регулахъ подъ вліяніемъ леченія, (по большой части въ такихъ случаяхъ большая болѣзненность регуль, если не исчезаетъ совсѣмъ, то въ значительной мѣрѣ уменьшается);

4) требуется тщательная дезинфекція нужныхъ при этомъ, хотя и немногихъ, инструментовъ (главнымъ образомъ дилататоровъ, зонда и спринцовки *Braun'a*).

Ко всему сказанному объ описанномъ методѣ, замѣтимъ вскользь, что производимая при немъ дилатація матки, повторяемая съ извѣстною правильностью, способствуету удаленію секрета матки, служить въ то же время хорошимъ средствомъ къ исправленію сильныхъ флексій и служить такимъ образомъ вспомогательнымъ средствомъ для массажа (напр., при ретрофлексіяхъ въ связи съ остатками периметрита).

Этими немногими замѣчаніями мы и заканчиваемъ описаніе результатовъ нашихъ клиническихъ наблюденій надъ примѣненіемъ практиковавшагося нами метода леченія простыхъ хроническихъ эндометритовъ.

Приведенное нами небольшое число (15) представляетъ собою незначительную часть всего числа наблюденій надъ примѣненіемъ указаннаго выше метода леченія, благотворное дѣйствіе котораго сказалось и во многихъ случаяхъ хроническихъ эндометритовъ, осложненныхъ воспаленіемъ тазовой клѣтчатки и брюшины, о чемъ подробнѣе разсчитываемъ говорить особо въ недалекомъ будущемъ. Въ виду только что сказаннаго мы и сочли себя вправѣ высказаться такъ категорически за описанный методъ, чего мы, конечно не осмѣлились бы сдѣлать, если бы имѣли всего лишь 15 наблюденій.

#### IV.

### Случай полного удаленія через влагалище беременной матки пораженной ракомъ.

Я. С. Федулова.

(Изъ Екатеринбургскаго Родовспомогательнаго Дома).

Беременность, осложненная ракомъ представляет сама по себѣ явленіе вообще далеко не частое, случаи-же, въ которыхъ примѣнялась радикальная операція—полное удаленіе беременной матки—считается въ настоящее время еще большой рѣдкостью, такъ какъ въ литературѣ наберется, пожалуй, только нѣсколько такихъ наблюденій. Поэтому я вправѣ надѣяться, что ниже приведенный случай, наблюдавшійся мною въ прошломъ году въ Екатеринбургскомъ Родовспомогательномъ Домѣ, долженъ представить извѣстный интересъ.

16 июня 94 г., въ Родовспомогательный Домъ, поступила Н. Б.—на съ жалобой на боли въ поясницѣ, бѣли, хотя небольшіе, но съ сильнымъ запахомъ и на кровотеченіе изъ половыхъ органовъ. Больная Б.—на—солдатка, 32 л., тѣлосложенія крѣпкаго, подкожный жирный слой развитъ хорошо. Замужемъ 9 л., при чемъ родила 3 дѣтей; послѣдняго 1 годъ тому назадъ. Первые регулы 16 л., типъ  $\frac{5 \text{ дн.}}{3 \text{ нед.}}$ . Что касается послѣднихъ регулъ, то, по словамъ больной, у ней три недѣли продолжается сильное кровотеченіе, до этого же, съ мѣсяцъ было небольшое сукровичное отдѣленіе. При гинекологическомъ изслѣдованіи больной, оказалось слѣдующее: влагалище нормально, шейка матки увеличена, твердая, бугристая—съ изъязвленіями — карциноматозная масса. Своды, равно какъ и широкія связки матки, не представляютъ ничего ненормальнаго. Сама матка увеличена, приблизительно размѣ-

ромъ въ два кулака взрослога человѣка, довольно мягкая, круглая, при ощупываніи не болѣзненна, дномъ направлена нѣсколько впередъ; подвижна. Яичники и Фаллопьевы трубы нормальны съ обѣихъ сторонъ.

На основаніи этихъ данныхъ было предположено, что у больной carcinoma colli uteri и graviditas, соотвѣтствующая приблизительно IV л. м. Такимъ образомъ явился вопросъ—ждать-ли конца беременности или-же немедленно приступить къ операциі—extirpatio uteri totalis. Съ одной стороны до конца беременности приходилось ждать очень много времени, между тѣмъ какъ раковый процессъ могъ въ это время настолько распространиться, что объ радикальной операциі нечего было-бы и думать, съ другой стороны давно всѣмъ извѣстно, что при беременности, осложненной ракомъ—плодъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ родится мертвымъ.

Наконецъ помимо всего этого и самые роды представляютъ большой источникъ опасности какъ для матери, такъ и для плода, а именно неизбежные разрывы раковоперерожденной шейки иногда влекутъ за собой колоссальныя, подчасъ ничѣмъ неустраимыя кровотеченія, которыя въ концѣ концовъ могутъ погубить и мать и плодъ. Въ виду всѣхъ этихъ соображеній и рѣшено было, не дожидаясь конца беременности, сдѣлать extirpatio uteri totalis, которая и была произведена докторомъ *В. М. Онуфриевымъ*. До операциі больная находилась подъ наблюденіемъ 9 дней.

Ежедневно, разъ въ день, шприцеваніе суммой (1:4000) и тампонація влагалища. Общее состояніе все время было удовлетворительно;  $t^0$  и пульсъ нормальны.

25/vi 94 г.—операциа. Хлороформъ. Сухой способъ стерилизованной марлей. Разрѣзъ сначала былъ сдѣланъ въ заднемъ сводѣ, но такъ какъ клѣтчатка здѣсь оказалась очень обильной, то сдѣланъ разрѣзъ боковыхъ сводовъ и передняго; попытка отстранить впередъ пузырь и дойти здѣсь до брюшины тоже не удавалась, а потому снова, въ заднемъ сводѣ было приступлено къ отдѣленію клѣтчатки и брюшина была вскрыта. Связки съ обѣихъ сторонъ были перевязаны до Фаллопиевыхъ трубъ, дно матки выворочено черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ, затѣмъ связки перевязаны у Фаллопиевыхъ трубъ, при чемъ отрѣзана брюшина передняго свода. При попыткѣ дойти черезъ передній сводъ до брюшины, произведенъ разрывъ ткани матки во всю толщю (ткань матки была весьма рыхлая); въ просвѣтъ этого разрыва вышелъ сегментъ плоднаго яйца. Разрывъ тотчасъ-же былъ зашитъ шелковыми лигатурами и такимъ образомъ матка извлечена вся цѣликомъ съ неповрежденнымъ яйцомъ. Операциа продолжалась: хлороформированіе 15 мин.,

операція 40 мин.; всего 55 мин. Отверстіе во влагалищѣ затампони-  
ровано іодоформной марлей.

Препаратъ: матка длиною 15 сант., раковый процессъ не заходитъ  
за внутренній зѣвъ; въ полости матки плодное цѣлое яйцо; при раз-  
рѣзѣ оболочекъ—плодъ длиною 12 сант., пуповина закручена кругомъ  
ножекъ плода; длина ея—18 сант.

Послѣоперационное теченіе протекало гладко;  $t^0$  и пульсъ все время  
были нормальны, не выше  $37,5^0$  R. На 7-й день была вынута изъ влагали-  
ща іодоформная марля, а культя смазана 5% растворомъ ас. carbol.  
(отдѣленія во влагалищѣ задерживались—не большой запахъ). На 13 день  
сняты швы: культя прекрасно гранулируетъ, отдѣленія не много,  
которое все-таки ежедневно удалялось изъ влагалища ватными шари-  
ками, во избѣжаніе задержанія его и со ipso разложенія. На 25 день  
послѣ операціи больная выписалась совершенно здоровой.

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 11.

*Засѣданіе 16-го марта 1895 года.*

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали: почетный членъ *К. Ф. Славянской*, 21 членъ: Антиповъ, П. А., Бацевичъ, Виридарскій, Гриневъ, Димантъ, Добровольскій, В. Н., Долинскій, Драницянъ, Желтуханъ, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Массень, Піотровичъ, Рутковскій, Рымша, Салмановъ, Сережниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Ульрихъ и 35 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 10.

2) *Д. О. Оттъ* показаль: а) *матку, разорвавшуюся во время родовъ въ области внутренняго зъва.* Разрывъ занималь  $\frac{2}{3}$  окружности; въ виду этого, матка была удалена. Больная поправилась. Коснувшись техники, докладчикъ указаль, что при надвлагалищномъ срѣзываніи разорванныхъ матокъ слѣдуетъ пользоваться тѣми же упрощеніями, которыя примѣняются имъ при надвлагалищномъ срѣзываніи матокъ, пораженныхъ фиброміомами, съ тою лишь небольшою разницею, что при разрывахъ культу недостаточно перевязать 3—4 лигатурами: имѣя большой каналъ и будучи тонкостѣнной, она должна перевязываться en masse, по отдѣламъ, многими пере-

вязками, концы которых выводятся во влагалище. Д. О., отмѣтилъ далѣе, что завязывать нитки слѣдуетъ въ просвѣтѣ канала культи: это значительно упрощаетъ сниманіе швовъ. Перейдя затѣмъ къ вопросу о лѣченіи разрывовъ матки вообще, докладчикъ высказался въ томъ смыслѣ, что однообразной помощи быть не можетъ: слѣдуетъ сообразоваться съ особенностями каждаго случая въ отлѣльности. б) *Матку, поперечно-разорванную въ области дна (отъ одной трубы къ другой) съ продольнымъ продолженіемъ разрыва на заднюю стѣнку*, такъ что весь разрывъ имѣлъ Г—образную форму. Въ одинъ изъ родильныхъ приютовъ поступила малокровная беременная съ жалобами на небольшое кровотеченіе и припадки удушья. Родовой дѣятельности не было. Въ теченіи 4—5 сутокъ, которая больная провела въ приютѣ, кровотеченіе было весьма небольшое, такъ что врачъ нашелъ возможнымъ объяснить его кровоточившими ссадинами шейки матки и, заподозрѣвъ доброкачественность этихъ ссадинъ, направилъ больную въ Пиввалъный Институтъ. Здѣсь опредѣлено слѣдующее: кровотеченія нѣтъ, температура нормальна, пульсъ достаточнаго наполненія, общее состояніе удовлетворительное, хотя больная и малокровна. Вечеромъ того же дня больную изслѣдовалъ докладчикъ, высказавшійся въ томъ смыслѣ, что полость матки пуста, а поверхъ матки находится какое то объемистое тѣло, напоминающее плодъ. Съ полною увѣренностью, однако, нельзя было остановиться на этомъ распознаваніи, такъ какъ ощупываніе было весьма затруднено, вслѣдствіе сильнаго напряженія брюшныхъ стѣнокъ. Въ виду удовлетворительнаго состоянія больной, не было настоятельной необходимости сейчасъ же оперировать; и поэтому рѣшено пока оставить больную въ покоѣ, давъ ей лишь слабительное. На слѣдующій день оказалось, что каналъ шейки матки пропускалъ 2 пальца и что въ области внутренняго зѣва прощупывались какія то ключья. Предположено предлежаніе дѣтскаго мѣста. Введенный затѣмъ въ полость матки корнцангъ проникалъ въ брюшную полость. Тогда докладчикъ глубже проникъ въ полость матки пальцами и наткнулся на ручку и головку плода. Введя  $\frac{1}{2}$  руки, онъ захватилъ ножку и извлекъ плодъ, при чемъ шейка разорвалась слѣва, въ нижнемъ отдѣлѣ. Вышедшій затѣмъ послѣдъ

оказался покрытымъ стгустками, что повидимому, подтверждало распознаваніе предлежанія дѣтскаго мѣста; но когда докладчикъ вслѣдъ за этимъ ввелъ руку въ матку, то нашелъ, что она разорвана въ области дна. Этотъ разрывъ несомнѣнно и былъ источникомъ, какъ наружнаго, такъ и внутренняго кровотеченій, обусловившихъ ту одышку, на которую жаловалась больная. Не подлежало далѣе сомнѣнію, что разрывъ былъ самородный и что плодъ извлеченъ черезъ этотъ разрывъ операторомъ. Что было дѣлать? Можно было бы вывернуть матку, обшить ее и вправить обратно; но этотъ путь уже напередъ казался неподходящимъ: разрывъ на ощупь былъ великъ, а края его разможжены; кромѣ того, въ брюшной полости осталась бы та кровь, которая вытекала туда въ теченіи 5—6 дней. Рѣшено поэтому немедленно же приступить къ чревосѣченію. Изъ брюшной полости удалена кровь, а между петлями кишекъ нарушены успѣвшія уже образоваться спайки. Разрывъ матки дѣйствительно оказался большимъ, съ разможенными краями. Въ виду этого, а также и въ виду того, что больной было уже 42 года, что она уже рожала прежде и къ тому же была въ высшей степени истощена, о сохраняющемъ образѣ дѣйствія не могло быть и рѣчи. Матка срѣзана, культя обшита, нитки завязаны въ просвѣтѣ шейки, концы ихъ выведены въ рукавъ. Удаленная матка поражала желтымъ цвѣтомъ своей ткани, напоминавшимъ жировую ткань. Сосуды въ культѣ зіяли, стѣнки ихъ были жестки, неподатливы: атероматозное перерожденіе. Все это вселяло опасеніе за возможность послѣдовательнаго кровотечения. По окончаніи операціи больная перенесена въ постель и согрѣта грѣлками. Пульсъ еле ощутимъ. Сдѣланы промывательныя изъ соленой воды съ виномъ (4 въ теченіи дня). Около 4—5 часовъ ночи больная стала буйствовать; пульсъ слабый, учащенный; одышка; упадокъ силъ; смерть. Предположено внутреннее кровотеченіе; и дѣйствительно, при вскрытіи оказалось въ области культы около стакана крови—количество достаточное, чтобы убить столь истощенную больную. Сосуды атероматозно перерождены; сердце жирно перерождено; межуточный нефритъ. И такъ, закончилъ докладчикъ, больная 6 сутокъ находилась подъ наблюденіемъ врачей; и только по истеченіи этого времени

была распознана ея болѣзнь—еще одно доказательство въ пользу того, что признаки разрывовъ матки, обыкновенно приводимые въ учебникахъ, встрѣчаются далеко не во всѣхъ случаяхъ. в) *Пораженную ракомъ матку, удаленную непосредственно послѣ родовъ.* У роженицы, въ началѣ родовъ, найдено почти повсемѣстное раковое перерождение (канкроидъ) шейки, понятно, поэтому, что роды черезъ естественные родовые пути были невозможны. Кесарское сѣчение. Извлечение живаго плода. Удаленіе всей матки черезъ брюшную рану. Больная поправилась.

3) *А. И. Замининъ* показалъ вырѣзанную имъ *однополостную пороваріальную кисту.* Послѣ операціонное теченіе нормальное. Больная поправилась.

4) *Онъ-же* сообщилъ «*Случай кесарскаго тѣченія при безусловномъ къ нему показаніи*». Роженица—3 сутки безъ водъ. Тазъ: вертлюги 29, ости 23, гребни 25, прямой наружный 15, наклонная каньюгата 7 см., Кесарское сѣчение по сохраняющему способу. Placenta praevia cesarea. Извлечение плода. Удаленіе плаценты. Жгутъ не примѣнялся; нижній отрѣзокъ матки сдавливался руками. Вытираніемъ шариками удаленъ поверхностный слой отпадающей оболочки. Швы. Для предупрежденія новой беременности, вырѣзаны части трубъ между 2-мя перевязками. Послѣродовой періодъ прошелъ хорошо; на 20-й день больная начала ходить. Вполнѣ здоровые и мать и младенецъ показаны Обществу.

*Д. О. Оттъ* полагаетъ, что для перевязки трубъ необходимы спеціальныя показанія. Кесарское сѣчение въ настоящее время даетъ столь хорошіе результаты, что по истинѣ можетъ считаться операціей безопасной; повторное кесарское сѣчение, слѣдовательно, нисколько не должно страшить насъ и, если бы даже оно почему либо казалось нежелательнымъ, то, вѣдь, можно сдѣлать выкидышъ. У *Д. О.* и былъ подобный случай. Въ 1-й разъ больная подверглась кесарскому сѣченію, во 2-й, ей, по ея желанію, былъ сдѣланъ выкидышъ, а въ 3-й—вновь кесарское сѣчение. Что касается до способа перевязки трубъ, то простая заслуживаетъ предпочтенія передъ двойной, ибо при послѣдней, какъ показали изслѣдованія *Рачинскаго* и *Домашевича*, перерѣзанный конецъ закрывается организованнымъ выпотомъ, при чемъ участокъ трубы между этимъ выпотомъ и перевязкой превращается въ ретенціонное образованіе. Жгута *Д. О.* также не примѣняетъ: матка сдавливается руками.

*А. И. Замининъ* возразилъ, что онъ въ принципѣ согласенъ съ *Д. О. Отттомъ*, что въ будущемъ, ради предупрежденія беременности, а,

слѣдовательно, и повторнаго кесарскаго сѣченія, вѣроятно, не стануть переназывать трубу, какъ, наприим., оставили въ настоящее время и оскопленіе, производившееся съ тою же цѣлью, но въ сообщенномъ случаѣ онъ былъ вынужденъ сдѣлать эту операцію, ибо большая взяла съ него слово, что онъ обезпечить ее отъ возможности вновь забеременѣть въ будущемъ. Что касается двойной перевязки, то въ его случаѣ перевязка наложена такъ близко отъ перерѣзаннаго конца трубы, что онъ надѣется, что ретенціонныя образованія, если бы онѣ и возникли будутъ небольшія.

б) *Н. И. Рачинскій* показалъ *видоизмѣненный имъ тампонный электродъ для влагалища д-ра Александра*. Электродъ этотъ устроенъ слѣдующимъ образомъ: на одинъ конецъ металлической трубки (покрытой резиновой трубкой) навязывается животный пузырь; другой конецъ ея соединяется съ каучуковыми шарами для наполненія тампона (пузыря) воздухомъ. (Шары такіе, какіе употребляются при *Richardson* овскомъ распылителѣ). Введя во влагалище электродъ съ обильно смоченнымъ и свернутымъ пузыремъ (тампономъ), наполняютъ послѣдній воздухомъ и соединяютъ электродъ съ электрической батареей помощію пуговки, помѣщенной на металлической трубкѣ электрода: электрическій токъ проходитъ такимъ образомъ на тампонъ по металлическимъ стѣнкамъ трубки. При употребленіи сильныхъ гальваническихъ токовъ конецъ трубки, на который навязывается тампонъ, во избѣжаніе окисленія, долженъ быть платиновый или, по крайней мѣрѣ, покрытый платиновой пластинкой. Электродъ этотъ по своему устройству простъ, проченъ и удобо переносимъ; употребленіе его менѣ хлопотливо, чѣмъ употребленіе электрода д-ра *Александра*, такъ какъ послѣдній электродъ наполняется водою.

На замѣчаніе *В. Н. Массена*, не уменьшается ли при такомъ устройствѣ электрода проводимость тока, докладчикъ отвѣтилъ, что одинъ пока опытъ, продѣланный имъ съ цѣлью провѣрки этого вопроса, далъ незначительную разницу въ пользу лучшей проводимости тампона, наполненнаго водою; при электризаціи же большихъ эта разница, въ общемъ, повидимому, мало замѣтна.

*Д. О. Оттъ* сказалъ, что если разница въ степени проводимости того и другого электродовъ не велика, то, при тѣхъ сильныхъ источникахъ электричества, какими пользуется докладчикъ въ Клиническомъ Институтѣ (аккумуляторы), показанный имъ электродъ не представляеть, вѣроятно, особеннаго неудобства въ этомъ отношеніи.

б) *Д. О. Оттъ* говорилъ «*О саркоматозномъ перерожденіи фиброміомъ матки въ связи съ вопросомъ о леченіи ихъ*»,

при чемъ сообщилъ слѣдующіе случаи: а) годъ назадъ къ нему явилась больная, бабка, жаловавшаяся на опухоль въ животѣ, запоры, задержаніе мочи, и т. п. Изъ разспросовъ оказалось, что больная эта раньше лѣчилась въ клиникѣ проф. *А. И. Лебедева*, который оскопиль ее 23/1 1891 г. Въ диссертаци д-ра *В. Н. Орлова* (Клинической отчетъ о 200 чревостѣченіяхъ, произведенныхъ проф. *А. И. Лебедевымъ* съ 31/x 1884 г. по 18/iv 1892 г., стр. 246) объ этой больной сказано слѣдующее: «П. П. поступила въ клинику 4/1 1891 г. Мѣщанка Калужской губерніи, православная, живетъ въ Петербургѣ, 34 л., по занятію бабка. Первое мѣсячное на 18 году; въ теченіи года послѣ того крови являлись каждую недѣлю и шли 4—5 дней. Въ дальнѣйшемъ теченіи крови стали появляться правильно черезъ 3 недѣли, по 6—7 дней. Замужъ вышла на 18 году, первый и послѣдній ребенокъ недоношенный (8 мѣсяцевъ) на 19 году. Послѣ родовъ перенесла какое то послѣродовое заболѣваніе; болѣе беременной не была; мѣсячныя теперь являются правильно, но сдѣлались обильными, черезъ 3 недѣли, по 6—8 дней. Лѣтъ 8 назадъ замѣтила увеличеніе живота, а 4 года назадъ врачъ въ гор. Рязани опредѣлилъ фиброміому матки. Лѣчилась электричествомъ, но безъ успѣха. Жалуется на боли, обильныя крови, сильныя запоры, задержаніе мочи и пр. Больная средняго роста, плохо упитана. Органы дыханія, кровообращенія и пищеваренія ничего особеннаго не представляютъ. При ощупываніи въ полости живота опредѣляется весьма плотная, бугристая опухоль, съ голову взрослого человѣка. На самой опухоли тупой тонъ, вокругъ ея барабанный. Окружность на уровнѣ пупка 83 см.; наибольшая окружность 86; отъ пупка до лобка 20; отъ пупка до меча 16; отъ пупка до правой верхней передней подвздошной ости 21; отъ пупка до лѣвой передней подвздошной ости 20. Размѣры опухоли: высота надъ лобкомъ 17 см., наибольшій поперечникъ 26. При изслѣдованіи черезъ рукавъ: влагалищная часть недостижима, стоитъ высоко; боковые своды выполнены отрѣзками твердой бугристой опухоли; въ заднемъ сводѣ помѣщается главная масса опухоли. Тѣло матки отодвинуто влѣво, впередъ и вверхъ. При изслѣдованіи зондомъ онъ входитъ на 9 см., но вслѣдствіе громадной трудности изслѣдо-

ванія нельзя быть увѣреннымъ, что опредѣлена вся полость матки. Влагалище сдавлено опухолью. Опухоль неподвижна, не выводится изъ полости таза. Прямая кишка также сдавлена и опухоль выполняетъ все заднее Douglas'ово пространство. Распознаана запшеечная фиброміома матки. Лѣчение—холощеніе (обоюдостороннее) 23/1 1891 г. На 30 день больная выписалась изъ клиники вполне здоровой. Изслѣдованіе при выпискѣ: влагалищная часть матки лежитъ сзади лоннаго соединенія, легко достижима пальцемъ; боковые своды начинаютъ очерчиваться; болѣе отдавленъ внизъ задній сводъ. Прямая кишка очень мало сдавлена оставшеюся частью опухоли; испражненія безъ промывательныхъ, безболѣзненны, чего не было уже въ теченіи 2 лѣтъ. Общее состояніе здоровья превосходно. Размѣры опухоли: отвѣсный 13 см., горизонтальный 19. По выпискѣ изъ клиники больная явилась 19 марта 1891 г., опухоль величиной не больше кулака, лежитъ сзади и нѣсколько вправо, легко подвижна; надъ лоннымъ соединеніемъ не выдается; прямая кишка не сдавлена. Крови не было». Д-ръ *А. А. Новикій*, сообщившій объ этомъ же случаѣ въ Петербургскомъ Медицинскомъ Обществѣ 26 марта 1891 г. («Врачъ» 1891 г., стр. 372), замѣтилъ, между прочимъ: «такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ оскотленіе дало блестящій результатъ: въ 2 мѣсяца опухоль уменьшилась болѣе, чѣмъ на  $\frac{3}{4}$ ». Между тѣмъ въ маѣ того-же года больная начала чувствовать себя хуже. Въ одномъ изъ больничныхъ учреждений Петербурга у нея опредѣлили haematocoele (?), а по истеченіи 3 лѣтъ опухоль стала рости такъ быстро и причинять болной столь тягостныя страданія, что она вторично обратилась къ проф. *А. И. Лебедеву*, въ клиникѣ котораго и провела 5 недѣль. Выписавшись изъ клиники, она обратилась къ докладчику, жалуясь на тѣ-же припадки, но въ болѣе сильной степени, которые были у нея и до оскотленія, и увѣряя, что она рѣшится на самоубійство, если отчаянное положеніе ея не будетъ облегчено. Весь тазъ выполненъ неподвижной опухолью, достигающей до пупка; сзади и справа опухоль такъ тѣсно сливается съ костями, что возникаетъ сомнѣніе, не исходить ли она изъ надкостницы. Влагалищная часть недостижима. Поверхъ опухоли опредѣляется матка. Зашеечная фиброміома матки. Отеки ногъ, бѣлокъ въ мочѣ, не смотря на

то, что больной было указано на громадный рискъ, которому она подвергается, рѣшаясь на операцію, она все-таки, согласилась на нее. При вскрытіи брюшной полости оказалось, что Dougl'a'sова пространства почти не было: брюшина переходила съ опухоли на заднюю стѣнку брюшной полости на уровнѣ 2-го поясничнаго позвонка. Громадное развитіе венной сѣти. Вся опухоль лежитъ внѣбрюшинно. Прежде всего перевязаны маточныя артеріи и срѣзана матка. Такъ какъ перевязка венъ ни къ чему не вела—кровотеченіе было очень сильное,—то рѣшено прижать аорту, вслѣдъ зачѣмъ и приступлено къ вылушиванію опухоли. Вылущеніе было крайне трудное, но тѣмъ не менѣе, доведено до конца, хотя небольшіе кусочки опухоли, тѣсно прилежавшей къ стѣнкамъ таза, по неволѣ были оставлены. Громадное внѣбрюшинное пространство заполнено кусками марли, и мѣшокъ вшитъ въ брюшную рану<sup>1)</sup>.

Удаленная матка старчески измѣнена, представляетъ явленія атрофическаго эндометрита; удаленная опухоль кажется злокачественной, но микроскопическое изслѣдованіе, сдѣланное патолого-анатомомъ, склоняетъ послѣдняго къ заключенію, что это простая фиброміома. Въ послѣоперационномъ времени: рвота, помраченіе сознанія (длившееся дней 5—6), повышенная температура (38—39°). Сзади и слѣва отъ ложа удаленной опухоли опредѣлялся выпоть. Лѣченіе состояло въ смѣнѣ тампоновъ. Выпотъ постепенно уменьшался, а въ іюлѣ (операція произведена 2/у 1894 г.) найдено слѣдующее: выпота нѣтъ, свищъ еле пропускаетъ зондъ, больная производитъ впечатлѣніе вполне здоровой. Въ сентябрѣ она вновь начала лихорадить (39—40°). Въ тазу—большая опухоль. Чтобы опредѣлить, не есть-ли это нарывъ, сдѣлано нѣсколько проколовъ, и сверху (черезъ брюшныя стѣнки) и снизу (черезъ рукавъ), получилась сукровичная жидкость. Тогда свищъ сильно расширенъ; въ сумкѣ оказалась кровоточившая опухоль—саркома (микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ частицъ). Опухоль быстро росла, выпятилась въ видѣ гриба

<sup>1)</sup> Можно было бы дренировать мѣшокъ черезъ рукавъ, но это потребовало бы удаленія тампоновъ, что было нежелательно въ виду возможнаго сильнаго кровотеченія.

черезъ свищъ, дала переносы. Истощеніе. Смерть. При вскрытіи оказалось, что сальникъ, кишечникъ, легкія поражены саркомой. Докладчикъ думаетъ, что, во 1-хъ, вѣроятно, уже и во время оскопленія и, несомнѣнно, при вылущеніи опухоли была саркома; что, во 2-хъ, оскопленіе не только не вылѣчило больную, а наоборотъ, благодаря ему, было упущено время для кореннаго исцѣленія, что, наконецъ, въ 3-хъ, признанная неудобооперируемой опухоль -- тѣмъ не менѣе, была благополучно удалена, и будь эта опухоль доброкачественной, больная несомнѣнно осталась бы въ живыхъ.

б) Многорожавшая. Въ послѣдній разъ родила 6 лѣтъ тому назадъ. Съ конца іюня до 15/ix 1893 г. сильныя кровотеченія, которыя затѣмъ прекратились, но больную продолжали беспокоить боли справа и обильныя мѣсячныя. Весь тазъ занятъ опухолью достигающей до пупка. Распознава правая межсвязочная фиброміома матки. Чревосѣченіе. Увеличенная матка пронизана фиброзными узлами. Опухоль (фиброма) сидитъ межсвязочно; нижній отрѣзокъ ея зашеечно. Опухоль легко вылучена. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ была срѣзана матка, какая то жировая масса; въ виду того что она замѣчена въ широкой связкѣ, предположено, что это просто жиръ. Однако, внутри вырѣзанной опухоли найдена полость, наполненная кашицеобразной массой. Микроскопическое излѣдованіе показало саркому. Въ послѣопераціонномъ времени выпоть въ области культи, вскрывшійся въ просвѣтъ шейки. Больная теперь здорова. И такъ, заключилъ докладчикъ, ни въ томъ, ни въ другомъ случаяхъ саркома не была распознана. Это доказываетъ, что имѣющіеся въ нашихъ рукахъ способы распознаванія саркоматознаго перерожденія фиброміомъ далеко не удовлетворительны, а если прибавить къ этому, что даже и при чревосѣченіи не удастся распознавать истину, то несомнѣнно, слѣдуетъ придти къ выводу, что *лѣченіе фиброміомъ должно заключаться въ полномъ удаленіи новообразованія*. Говорятъ обыкновенно о трудностяхъ операціи, о томъ, что та или другая фиброміома неудобооперируемы. Докладчикъ усматриваетъ въ этой оговоркѣ лишь нежеланіе «портить свою статистику». На самомъ же дѣлѣ техника далеко не такъ трудна. Въ доказательство Д. О. показалъ препаратъ большой

зашеечной фиброміомы, которая была удалена имъ весьма легко. Кстати, тутъ же были показаны 5 надвлагалищно сръзанныхъ матокъ ради фиброміомъ и 3 таковыя же вырЪзанныя черезъ влагалище кускованіемъ. Одна изъ послѣднихъ поражаетъ своими большими размѣрами. Защитники оскотленія при фиброміомахъ матки, напр., *Hermes*, обыкновенно ссылаются на то, что оскотленіе—де—операция совершенно безопазная, а между тѣмъ у того же *Hermes*'а приводится статистика случаевъ *Wiedow*'а, *Leopold*'а, *Hofmeier*'а, *Olshausen*'а, *Freund*'а, *Fehling*'а и *Kaltenbach*'а, изъ которой видно, что изъ 312 случаевъ—28 (9<sup>0</sup>/о) кончились смертью. [Archiv für Gynaekologie, т. XLVIII, стр. 121 и 122)]. Это такой <sup>0</sup>/о, говоритъ Д. О., который вдвое превышаетъ <sup>0</sup>/о смертности при надвлагалищныхъ сръзываніяхъ пораженныхъ фиброміомами матокъ, если взять въ расчетъ данныя докладчика и проф. *Zweifel*'я. Тотъ же *Hermes* указываетъ, далѣе, на то, что при фиброміомахъ яичники и трубы нерѣдко больны, а если это такъ, говоритъ онъ, то очевидно, что возраженіе, приводимое противниками оскотленія, будто бы ради больнаго органа (матки) удаляютъ органы здоровые (яичники), не выдерживаетъ критики. Докладчикъ возражаетъ на это, что яичники заболѣваютъ *послѣдовательно*; удаляя, поэтому, своевременно пораженную фиброміомой матку, мы тѣмъ самымъ предупреждаемъ и возможное послѣдовательное заболѣваніе яичниковъ.

Д-ръ *Ивановъ* указалъ на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ ушиба плеча или колѣна, обильное кровотеченіе было однимъ изъ самыхъ раннихъ признаковъ возникновенія саркомы. Не могла ли поэтому и haematocoele, бывшая у первой больной, служить указаніемъ на то, что фиброміома начала подвергаться саркоматозному перерожденію.

Д. О. *Оттъ* возразилъ, что, если haematocoele и была въ данномъ случаѣ, то она, повидимому, прошла безслѣдно; но во всякомъ случаѣ, сильная кровоточивость, наблюдавшаяся и у второй больной, заставляетъ въ будущемъ провѣрить этотъ припадокъ.

7) *К. П. Улезко-Строганова* говорила «О микроскопическомъ строеніи послѣда». Докладъ этотъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней».

Д. О. *Оттъ* поблагодарилъ докладчицу за ея сообщеніе, являющееся результатомъ работы нѣсколькихъ лѣтъ.

Председатель *Дм. Оттъ*.  
Секретарь *Личкусъ*.

## ПРОТОКОЛЬ № XI.

*Административное засѣданіе 16-го марта 1895 года.*

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 20 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № X.

2) Постановлено поздравить *А. Л. Эбермана* отъ имени Общества, въ виду 40 лѣтняго юбилея его ученой и практической дѣятельности, имѣющаго быть 25 марта сего 1895 г. Депутатами отъ Общества избраны всѣ члены Правленія, *Замшинъ, Массенъ, Пётровичъ, Рачинскій* и *Салмановъ.*

Баллотировка въ члены, за недостаточнымъ числомъ присутствующихъ, отложена на слѣдующее засѣданіе.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

# РЕФЕРАТЫ.

## Обзоръ акушерско-гинекологической литературы.

### а) Русской.

62. А. Н. Соловьевъ.—Къ лѣченію прямокишечныхъ свищей у женщинъ. (Хирургическая Лѣтопись, 1895 г., кн. 1, стр. 107).

Virgo intacta, 24 лѣтъ. Болѣла тифлитомъ и перитифлитомъ. Образовавшійся гнойникъ прорвался въ прямую кишку. Авторъ, кромѣ послѣдняго, констатировалъ опухоль съ боку матки, величиной съ лимонъ, сообщающуюся съ прямой кишкой вышеуказаннымъ свищемъ. Эта опухоль (гнойникъ) вскрыта со стороны влагалища: разсѣчена дѣвственная плева, сдѣлано 2 надрѣза входа въ рукавъ; затѣмъ надрѣзанъ и отсепаровенъ сводъ влагалища съ правой стороны матки; подъ руководствомъ катетера, введеннаго въ гнойникъ черезъ свищъ, гнойникъ вскрытъ и дренированъ черезъ влагалищную рану. Если-бы не удалось вскрыть гнойника черезъ влагалище, авторъ предполагалъ дойти до него крестцовымъ путемъ (*Kraske*). Больная выздоровѣла. *Н. Какушкинъ.*

63. А. Ѳ. Каблуковъ.—Graviditas extrauterina tubaria sin.; разрывъ плоднаго мѣшка; чревоувѣченіе in extremis; выздоровленіе. (Хирургическая Лѣтопись, 1894 г., кн. 6).

Черезъ мѣсяцъ послѣ срочныхъ обычныхъ кровей (у больной 30 лѣтъ, рожавшей однажды), сильное маточное кровотеченіе и затѣмъ, по прекращеніи кровотечения, въ теченіе 4 мѣсяцевъ изъ половыхъ органовъ постоянно выдѣлялась слизисто-кровянистая жидкость. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ внезапныя боли съ явленіями внутренняго кровотечения и остраго малокровія. Матка

вдвое болѣе нормальной; слѣва отъ нея опухоль, сливающаяся съ лѣвымъ краемъ матки. Чревосѣченіе обнаружило разрывъ лѣвой трубы въ среднемъ отдѣлѣ. Плодохранилище сращено съ окружающими частями, поэтому опорожнено отъ плода и послѣда (4-мѣсячнаго срока) и оставлено на мѣстѣ съ дренажемъ и тампономъ; послѣдніе выведены въ нижній уголь брюшной раны. Послѣоперационный періодъ протекалъ безлихорадочно.

*Н. Какушкинъ.*

64. **В. П. Зеренинъ.**—Тазовое нагноеніе. Острое воспаленіе крестцово-подвздошнаго сочлененія. (Хирургическая Лѣтопись, 1895 г., кн. 1, стр. 114).

Крестьянка, 25 лѣтъ, заболѣла внезапно лихорадкой, болями въ правомъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи и невозможностью владѣть правой ногой. При наружномъ и внутреннемъ (черезъ влагалище и прямую кишку) изслѣдованіи опредѣлено присутствіе опухоли въ правомъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи, содержащей въ себѣ гной. Послойнымъ разрѣзомъ надъ правой пупартовой связкой авторъ дошелъ до гнойника и вскрылъ его. Полость гнойника, послѣ обычныхъ пріемовъ, затампонирована іодоформной марлею. Въ послѣоперационномъ періодѣ отмѣчена большая подвижность въ крестцово-подвздошномъ сочлененіи и хрустъ костей при движеніи. Наложена гипсовая тазовая повязка. Больная выздоровѣла. Авторъ причиной болѣзни считаетъ здѣсь простуду, чему способствовали предшествовавшія расхожденія костей при беременностяхъ въ названномъ сочлененіи.

*Н. Какушкинъ.*

65. **И. М. Львовъ.**—Медицинскій отчетъ по Лихачевскому родильному отдѣленію Казанской губернской земской больницы, съ 1 сентября 1893 г. по сентябрь 1894 г. (Казань, 1894 г.).

За отчетное время было 787 родовъ, преимущественно среди крестьянокъ и мѣщанокъ, замужнихъ, русскихъ по происхожденію. Первородящихъ было 27,5%. Въ возрастѣ 30—40 лѣтъ было около 10% первородящихъ. Теченіе беременности наичаще осложнялось перемежающей лихорадкой и перелоемъ. Авторъ на основаніи собственныхъ выводовъ считаетъ единственнымъ средствомъ противъ нефрита во время беременности—искусственное прерываніе послѣдней. Срочные роды составили 88,6%. Осложненія при родахъ наблюдались въ 40,8% всѣхъ родовъ. Узкіе тазы составили 6,5% всѣхъ родовъ. При многоводіи оказалось, что чѣмъ крупнѣе плодъ, тѣмъ тяжелѣе послѣдъ. При эклампсіи авторъ не

нашелъ въ одномъ случаѣ никакихъ измѣненій въ печени и считаетъ эту болѣзнь самоотравленіемъ при заболѣваніи почекъ. Двойни составили 1% съ небольшимъ. Въ 19% всѣхъ родовъ были примѣнены акушерскія операціи, преимущественно шиваніе разорванной промежности и наложеніе щипцовъ. Авторъ высказывается за щипцы *Федорова* при высоко-стоящей головкѣ. Отъ послѣродового гнилокротія умерло 2 родильницы (0,25%), заболѣвшія гнилокротіемъ во время родовъ внѣ родильнаго отдѣленія. Число послѣродовыхъ заболѣваній вообще равно 5,0%. Раннее вставаніе послѣ родовъ практиковалось въ отдѣленіи по прежнему безъ дурныхъ послѣдствій. Число родившихся дѣтей равно 788 (на 113,55 мальчиковъ приходится 100 дѣвочекъ). Средній вѣсъ ихъ 3326,7 грм., средний ростъ 50 смт. *Н. Какушкинъ.*

66. П. Я. Тепловъ.—Медицинскій отчетъ по гинекологическому отдѣленію Казанской губернской земской больницы за 1893/4 годъ. (Казань, 1894 г.).

Всего больныхъ было 288. Каждая больная въ среднемъ провела въ больницѣ 21,1 дня. Преобладали русскія крестьянки, мѣщанки, домохозяйки и прислуги. Оперативныхъ пособій было 316. Наичаще дѣлалось выскабливаніе слизистой матки (130), затѣмъ шиваніе разрывовъ шейки (33), чревосѣченіе (22), ампутація маточной шейки, кольпорафія (по 21), операція *Borissowicz'a* (20) и проч. Смертность оперированныхъ = 3,8%. Авторъ послѣдовательно разсматриваетъ каждую операцію, классифицируя соотвѣтствующіе случаи въ таблицахъ. Влагалищное вырѣзываніе матки (15 случ.), преимущественно при ракѣ, дало 13,3% смертности. Наичаще чревосѣченіе дѣлалось при новообразованіяхъ яичниковъ и при болѣзняхъ придатковъ вообще. Процентъ смертности 13,7%. Амбулаторія дала 2494 больныхъ, сдѣлавшихъ 4112 посѣщеній.

*Н. Какушкинъ.*

67. В. Е. Нешель.—Случай лоноосѣченія. (Врачъ, 1895 г., № 1).

Авторъ кратко описываетъ 9 случаевъ этой операціи, собранные имъ въ русской литературѣ. Случай автора слѣдующій. Крестьянка, 30 лѣтъ. Ростъ тѣла 149. Размѣры таза: ср. 28, ср. 25, с. ext. 19, с. diag. 8<sup>3</sup>/<sub>4</sub>. Беременна въ 6-й разъ. Живого ребенка родила только въ первый разъ. Остальные роды велись съ оперативною помощію и давали мертвыхъ плодовъ. Теперь роды наступили въ срокъ. Распознано ягодичное положеніе, при чемъ ягодицы крѣпко вколочены во входъ. Плодъ мертвъ. Низ-

ведение ножки съ большимъ; извлечение плода удалось только до плечевого пояса. Головка едва прощупывалась. Ручки запрокинулись. Послѣ разсѣченія лона кости разошлись на 2 снтм., при извлеченіи головки на 3 снтм., послѣ операціи на 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> снтм. Окружность головы ребенка 35 снтм. Сшиты только мягкія части (съ іодоформно-марлевымъ тампономъ). Тазъ связанъ полотенцемъ, которое не удалялось 18 дней. Швы сняты на 6-й день: первичное натяженіе. Лихорадила 10 дней (endometritis). Стала ходить вполне правильно на 26-й день.

*Н. Какущкинъ.*

68. **П. И. Фроловъ.**—Случай обширно-разросшихся остроко-  
нечныхъ кондиломъ на половыхъ частяхъ молодой дѣвушки.  
(Врачъ, 1895 г., № 2).

Дѣвушка 22 лѣтъ, отрицающая половыя сношенія. Дѣвствен-  
ная плева цѣла. За два мѣсяца на наружныхъ половыхъ орга-  
нахъ выросла у нея опухоль величиной въ 2 мужскихъ кулака.  
Она занимала обѣ внутреннія поверхности большихъ губъ. На  
другихъ мѣстахъ наружныхъ половыхъ органовъ имѣлись отдѣль-  
ныя образования кондиломъ. Послѣ неудачной попытки лѣчить  
болѣзнь обмываніями и присыпками, подѣ наркозомъ, въ 2 пріема,  
опухоли, оказавшіяся сидящими на широкихъ основаніяхъ, вырѣ-  
заны, и ложе зашито. Пришлось перевязать нѣсколько сосудовъ,  
питавшихъ опухоли. Отдѣльныя бородавки выскоблены. Зажи-  
вление шло быстро. Въ выдѣленіяхъ изъ половыхъ органовъ  
найлены гонококки.

*Н. Какущкинъ.*

69. **И. М. Львовъ.**—Заворотъ кишекъ при послѣродовомъ па-  
раметритѣ, чревосѣченіе, выздоровленіе. (Врачъ, 1894 г., № 45).

Прачка, 31 года, родила 4 раза, послѣдній разъ (правильно)  
4 недѣли назадъ. Больна съ третьяго дня послѣ родовъ. Явле-  
ніе послѣродоваго параметрита. Выпотъ съ боковъ матки, осо-  
бенно слѣва. Больная при соотвѣтствующемъ лѣченіи поправлялась,  
но черезъ мѣсяць по поступленіи въ больницу у нея внезапно  
развились явленія непроходимости кишекъ. При чревосѣченіи  
обнаружено существованіе толстой перемычки, которой одна изъ  
петель тонкихъ кишекъ была прирощена къ правой широкой  
связкѣ и по передней брюшной стѣнкѣ. Подошедшее подѣ эту  
перемычку другая петля кишекъ сдѣлала заворотъ вокругъ третьей  
петли, совершенно уничтоживъ просвѣтъ послѣдней. Операція  
состояла въ отдѣленіи упомянутой перемычки и въ освобожденіи  
всѣхъ ненормально лежавшихъ кишечныхъ петель. Къ вечеру

того же дня сдѣлано промывательное, произведшее желанное дѣйствіе. На 3-й день больную слабило послѣ слабительнаго.

*Н. Какушкинъ.*

**70. П. Я. Теплоуъ.**—Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій черезъ задній сводъ. (Врачъ, 1894 г., № 47).

Авторъ считаетъ способы *Féan'a* и *Dührssen'a* (для лѣченія заболѣваній придатковъ), имѣющими весьма существенные недостатки, въ особенности по сравненію съ операцией черезъ задній сводъ. Последняя операція (*colpotomia posterior*) предложена еще въ 1857 году *W. Atlee*, но до сихъ поръ мало находитъ себѣ сторонниковъ. Авторъ думаетъ, что она завоеуетъ видное мѣсто въ ряду гинекологическихъ операцій. Въ клиникѣ *И. М. Львова* она сдѣлана 36 разъ. Наибольшая изъ удаленныхъ опухолей былъ кожевикъ въ два кулака. Въ трехъ случаяхъ дѣло ограничилось разрушеніемъ срощеній. Во всѣхъ случаяхъ получилось выздоровленіе. Показаніями къ операціи авторъ ставитъ: 1) смѣщеніе воспаленныхъ придатковъ въ заднее дугласово пространство съ приращеніями тамъ; 2) кисты до дѣтской головки величиной; 3) плотныя опухоли, лежащія въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, величиной до діаметра разрѣза свода; 4) высоколежащія больныя придатки, легко смѣщающіеся внизъ. Операція состоитъ въ вскрытіи задняго свода до 2½ поперечныхъ пальцевъ, въ разрушеніи срощеній и въ выведеніи придатковъ во влагалище (при чемъ большія кисты прокалываются). Въ чистыхъ случаяхъ тампонируется только влагалище; при большихъ срощеніяхъ, при кровотеченияхъ—и заднее дугласово пространство.

*Н. Какушкинъ.*

**71. М. Гинзбургъ.**—Діагностическія задачи по акушерству и гинекологіи. (Еженедѣльникъ, 1894 г., № 49).

Авторъ описываетъ три случая, гдѣ распознаваніе могло быть поставлено лишь съ нѣкоторою вѣроятностью: 1) *Peritonitis puerperalis*? У 35-лѣтней родильницы, на 12-й день послѣ родовъ, развился острый сочленовный ревматизмъ, а затѣмъ выступили на первый планъ явленія перитонита, не имѣвшаго связи съ половымъ аппаратомъ. Авторъ относитъ этотъ перитонитъ къ разряду ревматическихъ. 2) *Erysipelas puerperalis*? У 27-лѣтней первороженницы продолжительные роды, разрывъ промежности (зашитъ). На 2-й день послѣ родовъ краснота вокругъ промежностной раны; краснота распространялась по сосѣдству. Больная сильно худѣла. Лихорадки

не было. Авторъ называетъ эту болѣзнь *pseudo-erysipelas hydrargirosi*, развившюся отъ спринцеванія сулемой (идиосинкрязія къ ртути у этой больной подтверждена анамнезомъ). 3) *Pruritus pudendorum acutus*? Внезапно у 17-лѣтней дѣвственницы появился зудъ на внутренней поверхности большихъ губъ, а къ вечеру поднялась температура и выяснилось заболѣваніе корью. *Н. Какушкинъ.*

72. Дм. Сергѣевъ.—О прободающихъ разрывахъ влагалища и матки во время родовъ. (Хирург. Лѣтопись, 1895 г., кн. 2).

Авторъ описываетъ 4 случая. Всѣ они наблюдались у много-рожавшихъ, съ запущеннымъ поперечнымъ положеніемъ плода. Во всѣхъ случаяхъ разрывъ былъ лѣвосторонній. Не смотря на происшедшій разрывъ, во всѣхъ случаяхъ потужная дѣятельность продолжалась, подлежащая часть оставалась неподвижной и кровотеченія не наблюдалось. Происходило это, по автору, вслѣдствіе внѣдренія головки въ образовавшуюся щель. Въ 2-хъ случаяхъ авторъ сдѣлалъ поворотъ на ножки съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода, въ 2-хъ другихъ случаяхъ поворотъ и извлеченіе сдѣланы послѣ предварительнаго удаленія внутренностей. Двухъ больныхъ авторъ потерялъ отъ кровотеченія, при явленіяхъ гнилостнаго воспаленія брюшины, одна больная, повидимому, поправлялась, но погибла отъ гнилостнаго воспаленія брюшины послѣ вставанія съ постели; четвертая больная выздоровѣла, хотя выдѣленія изъ полового канала были съ запахомъ. Авторъ заключаетъ, что лѣченіе проникающихъ разрывовъ, при отсутствіи угрожающаго кровотеченія, должно быть выжидательнымъ; при угрожающемъ кровотеченіи можно совѣтовать чревосѣченіе. *Н. Какушкинъ.*

73. В. П. Демидовичъ.—Къ вопросу о вліяніи возраста и половой жизни на скорость всасыванія нѣкоторыхъ лѣкарственныхъ веществъ изъ желудка у здоровыхъ женщинъ. (Врачъ, 1895 г., № 10).

Изъ 73 изслѣдованныхъ авторомъ женщинъ 49 были взяты для выясненія вліянія возраста на всасываніе, 16—вліянія беременности и 8—вліянія мѣсячныхъ. Изъ лѣкарственныхъ веществъ испытывались іодистый калий и салицилово-кислый натръ. Оказалось, что возрастъ замѣтно вліяетъ на быстроту всасыванія: послѣднее быстрѣе совершается въ дѣтствѣ и медленнѣе въ старости. Быстрота всасыванія іодистаго калия достигаетъ наибольшей степени передъ наступленіемъ мѣсячныхъ и въ первые дни ихъ, затѣмъ быстрота къ концу мѣсячныхъ постепенно уменьшается;

послѣ мѣсячныхъ идетъ снова повышеніе быстроты всасыванія, которая, достигнувъ извѣстнаго предѣла, держится на немъ, давая незначительныя колебанія. Къ наступленію мѣсячныхъ быстрота снова повышается и т. д. Такихъ ежемѣсячныхъ колебаній въ быстротѣ всасыванія не наблюдается у дѣтей и старухъ. У беременныхъ лѣкарственные вещества всасываются изъ желудка быстрѣе, нежели у небеременныхъ. Возрастъ беременныхъ и скорость всасыванія обратно-пропорціональны другъ другу. По мѣрѣ приближенія къ концу беременности всасываніе ускоряется. У повторнобеременныхъ всасываніе идетъ скорѣе, чѣмъ у первобеременныхъ.

Н. Какушкинъ.

74. М. М. Мионовъ.—Текущіе вопросы по акушерству и гинекологіи въ 1893 г. (Журн. Медицины и Гигіены, 1894 г., № 2).

Авторъ сообщаетъ почерпнутыя имъ изъ литературы новѣйшія данныя по вопросу о воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ матки и объ ихъ лѣченіи (*Schauta, Terria, Hartmann, Martin, Gonlliond, Doyen*) и объ оперативномъ лѣченіи міомъ матки (*Gottschalk, Küstner, Chrobak, Lennaunder, Zweifel, Ommъ*).

Н. Какушкинъ.

75. Женщ.-врачъ Т. М. Красина.—Случай родовъ четверней. (Акушерка, 1895 г., № 6).

Женщина 35 лѣтъ, беременна въ 9-й разъ. Седьмые и восьмые роды были двойнями. Настоящая беременность окончилась преждевременно, на 8 мѣсяцѣ. Первый и четвертый плоды, женскаго пола, родились произвольно; второй и третій, мужскаго пола, извлечены за ножку. Плоды приблизительно семимѣсячнаго возраста. Трое жили по 18 часовъ, одинъ 25 часовъ. „Послѣдъ имѣлъ общую ворсистую оболочку, на которой по периферіи въ четырехъ мѣстахъ располагались отдѣльные, небольшіе послѣды, а центръ вористой оболочки остался свободнымъ, не занятымъ послѣдами“. Послѣродовой періодъ протекалъ безъ осложненій.

Н. Какушкинъ.

76. И. М. Львовъ.—Пороки сердца и беременность. (Еженедѣльникъ, 1895 г., №№ 9 и 10).

Значеніе пороковъ сердца для беременности оцѣнивается авторами различно. Одни (*Winckel, Fehling*) отрицаютъ вліяніе пороковъ на теченіе беременности, другіе (*Spiegelberg, Schröder, Лазаревичъ*) придаютъ имъ значеніе, третьи ставятъ даже пороки сердца противупоказаніемъ для заберемененія. Авторъ, на осно-

ваніи теоретическихъ соображеній и данныхъ нѣкоторыхъ изслѣдователей, приходитъ къ заключенію, что во время беременности нормально здоровое сердце гипертрофируется; правая половина его расширяется. При больномъ сердцѣ, если компенсація удовлетворительна, въ первую половину беременности послѣдняя не оказываетъ никакого вліянія на дѣятельность сердца. Во второй половинѣ беременности дѣятельность больного сердца должна непремѣнно разстраиваться. Разъ разстройства въ дѣятельности сердца во время беременности наступили, улучшенія въ этомъ отношеніи ожидать нельзя. Изъ пороковъ сердца для беременности наибольшее значеніе имѣютъ разстройства въ дѣятельности аортальныхъ клапановъ, влекущія за собой преждевременное прерываніе беременности и часто смерть въ первые дни послѣродоваго періода. При порокахъ венозныхъ клапановъ во время беременности опасны, конечно, всѣ моменты, стѣсняющіе кровообращеніе въ маломъ кругу.

Авторъ иллюстрируетъ сказанное описаніемъ собственныхъ наблюденій. Съ болѣзнями *v. mitralis* у него было 15 беременностей. Угрожающіе симптомы для жизни больной наступали въ этихъ случаяхъ во 2-мъ періодѣ родовъ, во время потугъ. При соответствующемъ лѣченіи нѣкоторые случаи протекали правильно. Такъ, авторъ для избѣжанія потугъ съ успѣхомъ извлекалъ плоды щипцами; въ нѣкоторыхъ случаяхъ благотворно дѣйствовалъ искусственный разрывъ пузыря. Угрожающія явленія во время беременности иногда съ успѣхомъ устранялись искусственнымъ прерываніемъ беременности. Надъ пороками аортальныхъ клапановъ у автора было 3 наблюденія, изъ которыхъ въ двухъ рѣзко выступило значеніе соответствующаго лѣченія разстройства въ дѣятельности сердца.

Заключенія автора таковы. Въ тяжелыхъ случаяхъ осложненія беременности пороками сердца нужно прерывать беременность искусственно. Въ прочихъ случаяхъ необходимо соответствующее лѣченіе (молоко, покой, кофеинъ и др. сердечныя средства). При порокахъ митральнаго клапана во время родовъ долженъ присутствовать врачъ. При порокахъ аортальныхъ клапановъ въ зоркомъ наблюденіи врача нуждается послѣродовой періодъ.

*Н. Какушкинъ.*

77. Л. Н. Варнекъ.—Опытъ критической оцѣнки нѣкоторыхъ главныхъ современныхъ способовъ фибротоміи на основаніи собственныхъ 25 операцій. (Хирургическая Лѣтопись, 1895 г., кн. 2).

Наиболѣе употребительные способы въ настоящее время, фибротомія безъ образованія ножки, фибротомія съ внѣбрюшиннымъ укрѣпленіемъ ножки и съ внутрибрюшинномъ уходомъ за ней, испытаны авторомъ въ его случаяхъ. Безъ образованія ножки авторъ оперировалъ три раза (удаленіе опухолей, съ сохраненіемъ матки). Съ внѣбрюшиннымъ укрѣпленіемъ ножки авторъ сдѣлалъ 8 операцій, изъ которыхъ въ семи случаяхъ примѣнилъ способъ *Hegar'a* и въ одномъ способъ *Wölfler'a*. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, за исключеніемъ одного, авторъ, не пришивалъ пристѣлочной брюшины вокругъ ножки, а закладывалъ между культей и брюшинными стѣнками полоску іодоформной марли, которая удалялась вмѣстѣ со швами, на 9—10 дней. При этомъ культя каждый разъ прижигалась и густо обемпалась смѣсью дубильной съ салициловой кислотой. Въ случаяхъ съ внутрибрюшиннымъ уходомъ за культей авторъ, по *Schröder'u*, оперировалъ три раза, при чемъ потерялъ одну больную отъ послѣдовательнаго кровотеченія. По *Zweifel'ю* сдѣлано двѣ операціи, при которыхъ одна окончилась смертью вслѣдствіе послѣдовательнаго кровотеченія изъ культы, а другая—отъ паралича сердца. По *Leopold'u* авторъ сдѣлалъ семь операцій. Всѣ больные выздоровѣли, при чемъ 2 раза омертвѣвшая часть культы выдѣлилась наружу черезъ наружное маточное отверстіе, а однажды омертвѣвшая часть культы (со швами) выдѣлилась черезъ брюшной рубецъ. Оскопленіе примѣнено авторомъ въ двухъ случаяхъ, у одной безъ успѣха. Выводы автора таковы. Способъ *Hegar'a* долженъ практиковаться въ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ нельзя примѣнить ни внутрибрюшиннаго укрѣпленія культы, ни вылущенія матки. Способы *Schröder'a* и *Zweifel'я* не примѣнимы. Способъ *Leopold'a* является наилучшимъ способомъ. Оскопленіе должно быть оставлено.

Н. Какучкинъ.

78. А. Е. Ягодинскій.—Патолого-анатомическія измѣненія головного мозга при послѣродовой эклампсіи. (Врачъ, 1895 г., № 10).

Авторъ изслѣдовалъ мозгъ въ 8 случаяхъ послѣродовой эклампсіи. При изслѣдованіи мозга въ свѣжемъ видѣ авторъ убѣдился въ бѣлковомъ и жировомъ перерожденіяхъ нервныхъ клѣточекъ. При этомъ въ нѣкоторыхъ клѣточкахъ дѣло доходитъ до полного

ихъ омертвенія, выражающагося потерей хроматина ядра. При изслѣдованіи срѣзовъ изъ мозга, оплотненнаго въ мюллеровской жидкости и спиртѣ, наблюдается, какъ въ мозговой корѣ, такъ и въ узлахъ мозга, перерожденіе нервныхъ клѣточекъ, бѣлковое и жировое, доходящее до полного омертвѣнія. Кромѣ того, наблюдается и вакуолярное перерожденіе нервныхъ клѣточекъ. Въ окружности сосудовъ имѣются кровоизліянія. На срѣзахъ изъ уплотненнаго мозга авторъ наблюдалъ также рѣзкое размноженіе клѣточекъ нейроглии, какъ въ мѣстахъ обычнаго расположенія послѣдней, такъ и въ сумкахъ гангліозныхъ клѣтокъ. Рядомъ съ этимъ явленіемъ констатировано выхожденіе бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ изъ кровеносныхъ сосудовъ. Послѣднее обстоятельство, въ связи съ размноженіемъ клѣточекъ нейроглии, заставляетъ автора допустить здѣсь острое воспаленіе ткани головного мозга съ исходомъ въ омертвѣніе нервныхъ клѣточекъ.

*Н. Какушкинъ.*

**79. М. А. Штраухъ.**—Три параллельные случая **внѣматочной беременности.** (Медиц. Обозр., 1895 г., № 6).

*1-й случай.* 21 года, нерожавшая. Крови отсутствовали 1½ мѣсяца. Внезапный упадокъ силъ, боли въ животѣ, блѣдность покрововъ, рвота, вздутіе живота. Черезъ 34¼ часа чревосѣченіе. Обнаружено кровоизліяніе въ брюшную полость. На правой трубѣ опухоль съ гредкій орѣхъ. Эта опухоль при извлеченіи оторвалась и лопнула, при чемъ произошелъ некровоточившій разрывъ трубы. Придатки (правые) перевязаны 4 лигатурами и опущены въ брюшную полость. Выздоровленіе. *2-й случай.* 27 лѣтъ, рожавшая. Крови опоздали на 2 недѣли. Во время совокупленія боли въ животѣ и обморокъ. На мѣстѣ правой трубы опухоль съ яблоко. Распознавъ разрывъ трубы съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость. На чревосѣченіе согласія не получено. Больная поправляется, но трубная беременность не остановилась въ своемъ развитіи. *3-й случай.* 25 лѣтъ, рожавшая. Крови отсутствовали 2 мѣсяца, затѣмъ было кровотеченіе и выходили кусочки яичевой оболочки. Константировано: малокровіе, вздутіе живота, резистентность лѣваго свода, рвота. Распознавъ разрывъ трубы и ввиду хорошаго общаго состоянія рѣшено подождать съ операціей. На другой день больная, вдругъ вскрикнувъ, умерла при явленіяхъ внутренняго кровотеченія.

Авторъ самымъ рациональнымъ вмѣшательствомъ при разрывѣ беременной трубы считаетъ чревосѣченіе, къ которому слѣдуетъ прибѣгать при первомъ приступѣ. Онъ совѣтуетъ при этомъ перевязывать трубу, не отрѣзывая ея, во избѣжаніе соскальзыванія

лигатуры, при чемъ лигатура можетъ быть затянута не туго (что предохраняетъ отъ прорѣзыванія ея). Если чревосѣченіе не дѣлается—возбуждающія неумѣстны и желательнo ограничить введеніе въ организмъ жидкости.

*Н. Какушкинъ.*

**80. Л. Н. Варнекъ.—Случай оваріотоміи, осложненной перерѣзкой мочеточника.** (Медиц. Обзор., 1895 г., № 6).

У 40-лѣтней больной авторъ удалил громадную кистому праваго яичника. Она была слабо прирослена спереди къ брюшной стѣнкѣ и сзади къ салнику. Нижняя треть ея была прикрыта широкой связкой, которая въ своемъ основаніи и составляла ножку опухоли. Когда ножка была обычнымъ способомъ перерѣзана, вмѣстѣ съ опухолью оказался удаленнымъ кусокъ въ 9 смт., толсто-стѣнной бѣлаго цвѣта трубки, которая при произведенномъ тутъ-же микроскопическомъ изслѣдованіи, оказалась частью мочеточника. Зондированіе отрѣзковъ этой трубки подтвердило результатъ микроскопическаго изслѣдованія. Хотя правая почка найдена атрофированной и не выработывавшей мочи, центральный конецъ мочеточника вшитъ въ брюшную рану и дренажированъ. Изъ него мочи не выдѣлилось ни капли, и дренажъ былъ удаленъ на третій день. Больная выздоровѣла.

*Н. Какушкинъ.*

**81. Г. І. Родзевичъ.—Полное отсутствіе матки и яичниковъ.** (Русская Медицина, 1895 г., № 11).

Крестьянка 30 лѣтъ, вдова. Мѣсячныхъ не имѣла. Крѣпкаго сложенія; грудныя железы мужского типа. Большія и малыя губы плохо выражены, похотникъ больше нормальнаго. Другихъ измѣненій въ наружныхъ половыхъ органахъ нѣтъ. Влагалище представляетъ слѣпой мѣшокъ, свободно вмѣщающій два пальца. Внутренніе половые органы не прощупаны. Половыя сношенія больную иногда удовлетворяли.

*Н. Какушкинъ.*

**82. В. Я. Миллеръ.—О чужеядныхъ въ одномъ случаѣ рака яичника.** (Врачъ, 1895 г., № 7).

Авторъ подробно обследовалъ удаленныя чревосѣченіемъ раковыя опухоли праваго и лѣваго яичника. Опухоли, по характеру мозговики, состояли главнымъ образомъ изъ эпителиальныхъ элементовъ. Въ ядрахъ клѣточекъ, а иногда и въ плазмѣ, найдены образованія, похожія на ядрышки. Иногда эти образованія лежатъ въ вакуолахъ, а иногда свободно, внѣ клѣточекъ. Природу этихъ образованій авторъ затрудняется опредѣлить. Другія образованія,

найденныя авторомъ, имѣютъ болѣе опредѣленныя свойства. Они кистовидны и лежатъ внѣ клѣточекъ. Нѣкоторыя кисты были безъ содержимаго, другія содержали въ себѣ клѣточковыя образованія съ ядрами, несомнѣнно принадлежащія къ разряду чужеродныхъ, въ прочихъ кистахъ содержимое было неопредѣленнаго характера. Авторъ полагаетъ, что всѣ эти кисты суть видоизмѣненія или ступени развитія одного и того-же организма. *Н. Какушкинъ.*

**83. Г. Гиммельфарбъ.—Объ искусственномъ перерывѣ беременности при легочной бугорчаткѣ.** (Южно-Русская Мед. Газ., 1895 г., №№ 7 и 8).

Многочисленными наблюденіями установлено, что беременность, роды и послѣродовой періодъ крайне пагубно вліяютъ на теченіе легочной бугорчатки. Рядомъ съ этимъ авторъ отмѣчаетъ, что въ литературѣ не выработанъ еще взглядъ на то, какъ поступать съ беременностью женщины, больной бугорчаткою. Почти всѣ акушеры высказываются по отношенію къ этому вопросу весьма неопредѣленно, и только отдѣльные голоса раздаются въ пользу активнаго вмѣшательства, въ формѣ искусственнаго прерыванія беременности. Въ двухъ случаяхъ легочной чахотки, у первобеременной 24 лѣтъ (2 мѣсяца беременности) и у второбеременной 20 лѣтъ (2 мѣсяца беременности), авторъ е *consilio* сдѣлалъ искусственный выкидышъ, имѣя обоснованную существующими данными надежду на полное или относительное выздоровленіе матери отъ легочнаго страданія. Ближайшій результатъ этихъ вмѣшательствъ въ описанныхъ случаяхъ былъ благопріятенъ. На основаніи своихъ наблюденій и имѣющихся другихъ данныхъ авторъ ставитъ слѣдующую формулу для активнаго вмѣшательства при беременности чахоточныхъ женщинъ: искусственный перерывъ беременности долженъ быть показанъ лишь въ случаяхъ, гдѣ совокупность данныхъ даетъ надежду на полное или относительное выздоровленіе. Данныя эти суть: ограниченность бугорчатки, склонность процесса къ остановкѣ, безлихорадочное по возможности теченіе, хорошее общее состояніе организма, здоровое состояніе внутреннихъ органовъ и благопріятныя условія для лѣченія. Способъ выкидыша долженъ быть вѣрнымъ и быстрымъ (расширеніе и выскабливаніе). Ввиду возможности случаевъ, гдѣ выкидышъ не избавитъ больную отъ идущаго впередъ страданія, авторъ высказываетъ пожеланіе, чтобы вопросъ этотъ подвергся всестороннему обсужденію акушеровъ и терапевтовъ. *Н. Какушкинъ.*

84. **Гр. Ростовцевъ.**—**Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ во влагалищѣ.** (Еженедѣльникъ, 1895 г., № 7).

Рѣчь идетъ о самодѣльномъ кольцѣ, введенномъ во влагалище при неполномъ выпаденіи матки самою больною и пробывшемъ тамъ болѣе двухъ мѣсяцевъ. Кольцо сдѣлано изъ березовой вѣтви, обтянутой кускомъ холста.

*Н. Какушкинъ.*

85. **С. С. Холмогоровъ.**—**Нѣсколько замѣчаній по поводу отслаивающаго эндометрита (endometritis exfoliativa).** (Врачъ, 1895 г., № 8).

Общія замѣчанія объ отслаивающемъ эндометритѣ (прежде *dysmenorrhoea membranacea*) авторъ дѣлаетъ на основаніи литературныхъ данныхъ и описываетъ при этомъ свой случай: у 32-хъ лѣтней женщины, однажды родившей и потомъ случайно выкинувшей, отслаивающій эндометритъ развился при плохомъ обратномъ развитіи матки (послѣ выкидыша). Въ каждый изъ четырехъ менструальныхъ періодовъ вмѣстѣ съ обильными кровями выдѣлялась *безъ болей* характерная пленка, при чемъ это сопровождалось недомоганіемъ. Лѣченіе состояло въ назначеніи въ межмѣсячные промежутки эрготина и насѣчекъ и полного покоя во время мѣсячныхъ.

*Н. Какушкинъ.*

86. **А. А. Новицкій.**—**Нѣсколько словъ по вопросу объ упорядоченіи акушерскаго дѣла въ Россіи.** (Протокъ засѣд. Кавказск. Мед. Общ., 1 декабря 1894 г.).

Статья эта написана по поводу проекта *А. П. Артемьева*. Авторъ признаетъ, что устройство въ Россіи акушерской помощи изъ сельскихъ повивальныхъ бабокъ подъ постояннымъ надзоромъ и руководствомъ врачей въ настоящее время недостижимый идеаль. Помощь же тѣхъ же сельскихъ повивальныхъ бабокъ безъ надзора и руководства врядъ-ли будетъ полезна, ибо при нормальныхъ родахъ ихъ помощь совершенно не нужна, а при патологическихъ онѣ, вслѣдствіе ограниченности своихъ познаній, не съумѣютъ выйти изъ затруднительнаго положенія. Если въ настоящее время нельзя еще все акушерское дѣло отдать въ руки врачей, то необходимо, чтобы это дѣло было поручено акушеркамъ, научно образованнымъ въ своей специальности. Рядомъ съ поднятіемъ ихъ образовательнаго ценза должно идти расширеніе ихъ самостоятельности: слѣдуетъ поручить имъ производство неотложныхъ акушерскихъ операций. Кромѣ того желательнаго устройство

родильныхъ пріютовъ при сельскихъ больницахъ и болѣе обстоятельное знакомство всѣхъ врачей съ практической стороною акушерства \*).

*Н. Какушкинъ.*

---

\*) Вышеупомянутый проектъ *А. П. Артемьева* (см. Журн. Акуш. 1894 г. декабрь), доложенный Кавказск. Мед. Обществу, вызвалъ обширныя пренія и былъ рассмотрѣнъ особой комиссіей. Комиссія рассмотрѣла также по поводу этого вопроса мнѣнія и другихъ авторовъ (см. Проток. Засѣд. Кавказск. Мед. Общ., 16 января 1895 г.), между прочимъ *А. А. Новицкаго*. Обсудивъ докладъ комиссіи, Общество пришло къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) реорганизація сословія повивальныхъ бабокъ и дѣла родовспоможенія необходима; 2) наиболѣе желателенъ типъ акушерки съ повышеннымъ образовательнымъ цензомъ; 3) цѣлесообразно и желательно возможно широкое открытіе родильныхъ пріютовъ и акушерскихъ школъ; 4) цѣлесообразно и желательно изыятіе изъ общаго медицинскаго устройства дѣла родовспоможенія въ особую отрасль вѣдѣнія Медицинскаго департамента на тѣхъ началахъ, которыя имъ будутъ признаны наиболѣе удобными, правильными и возможно исполнимыми.

*Н. Какушкинъ.*

## б) Французской.

87. H. Lambinon.—Cas rare de grossesse trigémellaire avec rétention prolongée de deux foetus morts dans l'utérus et expulsés a terme a l'état papyracé avec un enfant vivant. (Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1894 г., № 12). Рѣдкій случай беременности тройнями съ продолжительнымъ задержаніемъ въ маткѣ двухъ мертвыхъ плодовъ, рожденныхъ потомъ въ состояніи крайней атрофіи вмѣстѣ съ третьимъ, живымъ.

Рѣчь идетъ о первобеременной, которая безъ всякихъ осложнений родила въ срокъ живого мальчика вѣсомъ въ 3200 грм. и длиною въ 50 снтм. Черезъ  $\frac{3}{4}$  часа послѣ родовъ появилось маточное кровотеченіе, и изъ матки выдѣлился второй послѣдъ, вѣсомъ въ 100 грм., съ двумя мертвыми плодами, изъ которыхъ одинъ былъ длиною въ 13,3 снтм. и вѣсомъ въ 30 грм., а другой въ 13 снтм. и вѣсомъ въ 14 грм. У перваго всѣ органы были на лицо, у втораго органы груди и живота отсутствовали. Послѣдъ живого плода вѣсилъ 501 грм. и имѣлъ въ діаметрѣ 15 снтм. Пуповина его была прикрѣплена оболочечно. *Н. Какучикинъ.*

88. Alf. Puzso.—De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-génitales et vesico-intestinales. (Archives provinciales de Chirurgie, 1894 г., № 12). О предварительномъ разсѣченіи пузыря съ цѣлью лѣченія пузырно-половыхъ и пузырно-кишечныхъ свищей.

У 6-лѣтней дѣвочки, у которой два года назадъ былъ удаленъ мочеузырный камень, авторъ съ успѣхомъ произвелъ зашиваніе пузырно-влагалищнаго свища, образовавшагося на мѣстѣ изъязвленія, вызваннаго камнемъ. Свищъ номѣщался въ нижнемъ отдѣлѣ пузыря и распространялся на начальную часть мочеиспускательнаго канала. Ввиду узкости влагалища, значительной отечности наружныхъ половыхъ органовъ и входа во влагалище, было примѣнено надлобковое сѣченіе пузыря по обычнымъ приемамъ. Разрѣзъ пузыря (внѣбрюшинно) сдѣланъ по пальцу, введенному черезъ свищъ въ полость пузыря, и равнялся 4 снтм. Послѣ окровавленія краевъ свища, они содьянены кѣтгутовыми швами. Швы проводились такъ: игла съ кѣтгутомъ прокалывалась со стороны пузыря и выводилась черезъ влагалище наружу; для того, чтобы провести

черезъ другой край свища конецъ этой катгутовой нити обратно въ пузырь,—черезъ противоположный край свища проводилась со стороны пузыря шелковая нить и, выведенная черезъ влагалище наружу, связывалась узломъ съ ранѣ проведенной катгутовой нитью; послѣдняя затѣмъ за шелковую нить протергивалась въ полость пузыря и связывалась съ противоположнымъ своимъ концомъ. Въ мочеиспускательный каналъ былъ введенъ катетеръ à demeure, а въ нижній уголъ пузырьной раны—дренажъ. Заро- шение свища, за исключеніемъ ничтожнаго точечнаго пространства въ области мочеиспускательнаго канала, произошло быстро; нор- мальная дѣятельность пузыря и канала возстановились.

На основаніи своего случая и девяти другихъ (*Trendelenburg, Baum, Bardenhauer, Leopold, Mac Gill*), давшихъ въ общемъ семь вполне успѣшныхъ исходовъ, авторъ высказывается за испы- танный имъ способъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ доступъ къ свищу со стороны влагалища очень труденъ и гдѣ свищъ, вслѣдствіе рубцовыхъ измѣненій, отличается своею неподвижностью.

*Н. Какушкинъ.*

89. **Ledrain.**—**Accouchement par le siège. Pieds bots. Spina bifida. Hydrocéphalie.** (*Le Progrès médical*, 1894 г., № 40). Роды при ягодичномъ предлежаніи. Плодъ съ искривленными ногами, съ расщепленіемъ позвоночника и съ водянкой головы.

У первородящей, 19 лѣтъ, (беременна на 8 мѣсяцѣ) опухоль въ верхнемъ отдѣлѣ позвоночника плода, представила препятствіе для выходения послѣдняго, при чемъ замѣчено, что эта опухоль увели- чивается при каждомъ сокращеніи матки. Явилась мысль, что содер- жимое ея имѣетъ связь съ таковымъ же полости черепа. Позвоночни- ковая опухоль была вскрыта, при чемъ по мѣрѣ истеченія жидкости уменьшался объемъ и головки. Это дало возможность благополучно кончить роды.

*Н. Какушкинъ.*

90. **M. Oui.**—**Insertion vicieuse du placenta sans rupture préalable des membranes. Emploi du ballon de Champetier de Ribes.** (*La Presse médicale*, 1894 г., 3 novembre). Примѣненіе баллона *Champetier de Ribes*'а при предлежаніи послѣда.

При кровотеченіяхъ, вслѣдствіе предлежанія послѣда, оказы- вается очень удобнымъ баллонъ *Champetier de Ribes*'а, предложен- ный авторомъ первоначально для вызванія искусственныхъ преж- девременныхъ родовъ. При мало открытомъ зѣвѣ, когда оболочки еще цѣлы, онъ легко вводится въ матку и, наполненный жид-

костью, моментально останавливаетъ кровотеченіе. Благодаря его присутствію, раскрытіе зѣва совершается очень быстро, и тогда, удаливъ его, разрываютъ оболочки и оканчиваютъ роды тѣмъ или инымъ способомъ. Въ одномъ случаѣ *Varnier* и въ двухъ—авторъ примѣнили этотъ баллонъ съ успѣхомъ. *Н. Какушкинъ.*

91. **Boissard.**—*Les vomissements chez les femmes enceintes.* (La Semaine médicale, 1895 г., № 1). **Рвота у беременныхъ.**

На тысячу госпитальныхъ беременныхъ авторъ наблюдалъ неукротимую рвоту одинъ разъ, между тѣмъ какъ среди меньшаго числа беременныхъ изъ частной практики (болѣе обеспеченнаго класса) это заболѣваніе встрѣтилось автору три раза. Это даетъ поводъ ему заключить, что неукротимая рвота беременныхъ есть одно изъ проявленій нервной слабости, истеріи. Другою причиною неукротимой рвоты беременныхъ авторъ считаетъ болѣзненную раздражительность матки, проявляющуюся подѣ влияніемъ растяженія ея полости растущимъ яйцомъ и подѣ влияніемъ періодическихъ сокращеній маточныхъ стѣнокъ. Въ пользу умѣстности послѣдней причины говорить то обстоятельство, что неукротимая рвота развивается не ранѣе третьяго мѣсяца беременности и не наблюдается къ концу беременности, когда маточная стѣнка успѣваетъ привыкнуть къ раздраженію отъ присутствія плоднаго яйца. Къ неукротимой рвотѣ пuerперальной авторъ относитъ только такую, которая всецѣло зависитъ отъ вліяній со стороны полового аппарата и при томъ влечетъ за собой рѣзкія общія явленія упадка питанія. Всѣ другія формы рвоты, наблюдаемыя у беременныхъ и зависящія или отъ мѣстныхъ разстройствъ пищеварительнаго аппарата, или отъ рефлекторныхъ вліяній со стороны другихъ, не половыхъ, органовъ, авторъ къ пuerперальной рвотѣ не причисляетъ. Кромѣ общаго упадка питанія симптомами неукротимой рвоты авторъ называетъ: учащеніе пульса до 120—130 ударовъ въ минуту и появленіе бѣлка въ мочѣ. Лѣченіе его направлено на нервную систему (ванны, пульверизація позвоночнаго столба эфиромъ, ледъ на позвоночникъ, насильственный сонъ) и на матку (исправленіе положенія, бромъ и хлораль въ клистирахъ, насильственное расширеніе канала шейки). Какъ вспомогательное средство, авторъ хвалитъ промываніе желудка. Искусственный выкидышъ представляетъ *ultimum refugium*, но къ нему, по мнѣнію автора, приходится прибѣгать рѣдко.

*Н. Какушкинъ.*

92. G. Maurange.—*Endométrite fétide des femmes âgées.* (La Presse médicale, 26 janvier 1895 г.). **Зловонный эндометритъ у старухъ.**

Подъ такимъ названіемъ авторъ описываетъ особое заболѣваніе слизистой матки у женщинъ, развивающееся черезъ большій или меньшій періодъ времени послѣ наступленія климактерія. Въ трехъ случаяхъ, бывшихъ подъ наблюденіемъ автора и д-ра *Risqué*, имѣлись на лицо слѣдующіе припадки: періодически изъ полости матки изливается отдѣляемое, то гнойнаго вида, то кровавистаго, ѣдкое, съ противнымъ запахомъ. Выдѣленіе бѣлей сопровождается желудочными расстройствами, въ формѣ отсутствія аппетита и рвоты. Женщина быстро худѣетъ; кожа приобретаетъ желтоватый цвѣтъ. При этомъ боли умѣренныя. Матка немного увеличена, подвижна. Изъявленій видимыхъ отдѣловъ слизистой полового канала нѣтъ. Полость матки около 7—8 смт., введеніе зонда болѣзненно. Микроскопическая картина слизистой ничѣмъ не отличается отъ таковой-же при хроническомъ катаральномъ эндометритѣ. Предсказаніе благоприятное. Лѣченіе, — расширение канала шейки, выскабливаніе и послѣдовательная тампонація полости матки, — даетъ блестящій исходъ.

*Н. Какушкинъ.*

93. M. Guéniot.—*Opérations césariennes multiples.* (Bulletin de l'académie de médecine. Séance du 3 juillet 1894 г.). **Повторное кесарское сѣченіе.**

Авторъ сообщаетъ, что у двухъ больныхъ онъ сдѣлалъ кесарское сѣченіе по 2 раза. У одной больной промежутокъ между обѣими операціями равнялся тремъ годамъ, четыремъ мѣсяцамъ и семи днямъ, а у другой—семнадцати мѣсяцамъ и одиннадцати днямъ. Во всѣхъ случаяхъ дѣти получены живыми, вѣсомъ около 3000 грм. каждое. Операціи сдѣланы по поводу рѣзкихъ рахитическихъ измѣненій таза; въ одномъ случаѣ діагональная конъюгата равнялась 4 смт. Въ трехъ случаяхъ ножъ хирурга попалъ на мѣсто прикрѣпленія послѣда, и потеря крови въ каждомъ изъ этихъ случаевъ достигала 500 грм.; въ четвертомъ случаѣ послѣдъ былъ прикрѣпленъ не на мѣстѣ разрѣза, и потеря крови была умѣренная. Въ случаѣ повторнаго кесарскаго сѣченія спустя 17 мѣсяцевъ и 11 дней послѣ перваго, авторъ наблюдалъ сохранившимися уколы отъ швовъ въ стѣнкѣ матки. Для предупрежденія возможности забеременѣть въ будущемъ въ третій разъ, авторъ

въ описанныхъ случаяхъ ничего не предпринималъ, ободренный успѣхомъ своихъ повторныхъ кесарскихъ сѣченій.

Рядомъ съ этими случаями, авторъ кратко сообщаетъ о случаѣ кесарскаго сѣченія при остеомалаци, гдѣ также больная не была сдѣлана безплодною. Послѣ операціи явленія остеомалаци у нея исчезли и не повторялись при слѣдующей беременности. Последняя благополучно дошла до конца и успѣшно окончена помощью лоносѣченія.

*Н. Какущкинъ.*

## В) АНГЛІЙСКОЙ.

94. D-r Ridgway Barker.—Is Strychnine contraindicated during Gestation? (Ney-York medic. Journ., 20 octob., 1894, p. 501).  
Противуказанъ ли стрихнинъ у беременныхъ?

D-r Barker не сообщаетъ своихъ наблюдений о стрихнинѣ. Считаая пользу его установленнымъ дѣломъ, онъ воспроизводитъ и анализируетъ сообщеніе д-ра Duff'a, который на основаніи единственнаго случая, въ которомъ послѣ неумѣстнаго назначенія имъ стрихнина, беременность кончилась выкидышемъ, старается доказать вредъ этого средства, пользующагося въ Америкѣ большою популярностью.

Пациентка Duff'a была I беременная, анемичная; съ первыхъ недѣль страдала тошнотой, запорами, потерей аппетита и болѣзненностью при мочеиспусканіи, во 2-й половинѣ беременности сильно похудѣла, стала нервной, жаловалась на тяжесть въ животѣ и схватки.

Объективно всѣ органы живота и груди здоровы; только яичники нѣсколько чувствительны. Duff назначилъ ей по  $\frac{1}{20}$  gr. стрихнина 2 раза въ день (пріемъ гораздо большій, чѣмъ общепринятый, по  $\frac{1}{60}$ , съ постепеннымъ увеличеніемъ его); по причинѣ усиленія схватокъ Duff, отмѣнивъ на завтра стрихнинъ, перешелъ къ успокоивающимъ,—но выкидыша не удалось удержать. Duff сообщилъ о своемъ случаѣ въ мѣстномъ (Pittsburg) медицинскомъ и въ Американскомъ акушерско-гинекологическомъ обществахъ и на сѣздѣ Американскаго медицинскаго союза. (Не для того ли, чтобы, сваливая неудачу на негодность средства, поддержать свою практику)?

Нельзя не согласиться съ Barker'омъ, что въ случаѣ Duff'a назначеніе стрихнина, при начавшихся уже до него схваткахъ и въ очень большой дозѣ было противопоказано. Стрихнинъ рекомендуется при атоніи матки во время родовъ у I роженицъ, возможно, съ  $\frac{1}{60}$  до  $\frac{1}{20}$  черезъ  $\frac{1}{4}$  часа; у многорожавшихъ при отсутствіи пространственныхъ несоотвѣтствій между плодомъ и тазомъ матери, когда прежніе роды протекали вяло, стрихнинъ дается внутрь по  $\frac{1}{60}$ , 3 раза въ день и дѣйствіе его по многочисленнымъ отзывамъ—очень благоприятно. М. Гинзбургъ.

95. D-г Farrar.—New and speedy Method of Dilating a rigid Os in Parturition. (Lancet, 17 novemb. 1894, p. 1158). **Новый и быстрый способ расширения не уступчиваго зѣва у рожениць.**

На засѣданіи Лондонскаго Акушерскаго Общества 7/xi 94., *Farrar* сообщилъ, что въ въ одномъ случаѣ неуступчивости зѣва у роженицы (rigiditas) онъ примѣнилъ для устраненія этого хлораль-гидратъ, бромистый натръ, морфій, ручное и инструментальное растяженіе зѣва, безъ наркоза и подъ анестезіей—все бесполезно; тогда онъ рѣшилъ сдѣлать надрѣзы зѣва и для уменьшенія болѣзненности онъ предварительно смазалъ зѣвъ 10% растворомъ кокаина. Черезъ пять минутъ онъ ввелъ палецъ въ шейку матки, чтобы по немъ ввести ножницы; но зѣвъ оказался вполне раскрытымъ.

Въ другомъ случаѣ, у 48 лѣтней перво-роженницы онъ выжидалъ 3 дня раскрытія шейки, примѣняя рядъ обычныхъ средствъ: хлораль и т. п.; наконецъ прибѣгнулъ къ кокаину. Черезъ 4 минуты зѣвъ оказался растянувшимся.

Въ обоихъ случаяхъ *Farrar* приписываетъ быстрое раскрытіе шейки дѣйствию кокаина.

(Новаго въ этомъ сообщеніи—только увеличеніе концентраціи раствора, болѣе слабые растворы употребляются въ акушерствѣ давно уже, съ 1885 (*Doleris*). Проф. *Асинскій* въ Харьковѣ примѣняетъ въ подобныхъ случаяхъ тампонъ, намоченный въ растворѣ кокаина и оставляемый въ шейкѣ матки или въ рукавѣ на довольно долгое время, на 1—2 часа. При извлеченіи тампона неуступчивый до того зѣвъ или шейка, края которой были раньше напряжены какъ натянутая струна, оказываются растянувшимися, мягкими и роды быстро оканчиваются силами природы даже при нѣкоторомъ истощеніи роженицы 2—3-хъ дневными родовыми муками).

*М. Гинзбургъ.*

96. D-г Haultain.—Simulation of Pregnancy and Abortion. (Lancet, 29 XII 94, p. 1541). **Кровяной свертокъ въ мочевоомъ пузырьѣ принятый за беременную матку.**

18-лѣтняя дѣвочка болѣла рожею и тяжелыми кровотечениями изъ половыхъ органовъ. Шейка матки узка и тверда, а черезъ своды ощупывается опухоль, принятая за увеличенную беременную матку. Черезъ 2 дня больная скоростижно умерла. *Вскрытіе* указало: матка нормальна, не беременна; мочевоый пузырь растянутъ

и, по разрѣзу его, въ немъ найдено: гипертрофія стѣнокъ его и организованный кровяной свертокъ величиною съ гусиное яйцо, прикрѣпившійся къ дну пузыря. *М. Гинзбургъ.*

97. **Dr. Griffith.**—**Decidual Cast as Evidence of Extra-Uterine Gestation.** (Lancet, 17 november 1894, p. 1158). Десидуальная оболочка какъ доказательство внѣматочной беременности (resp. лапаротомія по ошибочному предположенію внѣматочной беременности).

Женщина принята въ госпиталь по случаю предположенной внѣматочной беременности, еще до разрыва плоднаго мѣшка. При изслѣдованіи изъ влагалища вынуть большой кусокъ оболочки, имѣвшихъ форму маточной полости. Подъ анестезіей изслѣдованіе указало, что матка нѣсколько увеличена (до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> дюймовъ), но въ тазу никакой опухоли нѣтъ; оболочка представляла всѣ признаки находимой при внѣматочной беременности отпадающей оболочки, въ ней найдены были характерныя десидуальныя клѣтки. На основаніи этого *произвели лапаротомию, но не нашли и слѣдовъ внѣматочной беременности.*

*Dr. Griffith*, перечисливъ различные виды выдѣляющихся изъ матки организованныхъ тканей и ихъ отличительныя признаки, объясняетъ нахожденіе десидуальной оболочки одной изъ двухъ слѣдующихъ возможностей: или въ маткѣ развилось неоплодотворенное яичко, или оплодотворенное яичко, давъ толчокъ къ разрощенію отпадающей оболочки (*decidua*), само безслѣдно рассосалось, исчезло, что *Gr.* считаетъ менѣе вѣроятнымъ.

Длина матки не была опредѣлена, замѣчанія нѣкоторыхъ членовъ Общества ничего не выяснили о данномъ случаѣ.

*М. Гинзбургъ.*

98. **D-r G. William Reynolds.**—**Puometra.** (American. Journal of Obstetrics, II, 1894, p. 195). Накопленіе гноя въ маткѣ.

*Reynolds* замѣчаетъ, что за 13 лѣтъ своей службы въ больницѣ, куда обыкновенно поступаютъ большинство больныхъ женщинъ гор. Чикаго и его огромнаго района, онъ, какъ и стоящіе во главѣ больницы извѣстные гинекологи д-ра *Gunn, Parkes* и *Nickolas Senn*, наблюдали пиометру очень рѣдко и что въ литературѣ казуистика этой болѣзни очень бѣдна. Интересъ этого случая сосредоточивается на діагнозѣ. 53-хъ лѣтняя женщина, не рожавшая уже 14 лѣтъ; мѣсячныя были у нея въ послѣдній разъ за

13 мѣсяцевъ до поступленія въ больницу, куда она обратилась, вслѣдствіе болей въ животѣ, разстройства мочеиспусканія и запоровъ.

Въ животѣ ощупывалась опухоль, достигавшая до пупка; по твердости нѣкоторые врачи приняли опухоль за фиброидъ. При изслѣдованіи черезъ влагалище получалось впечатлѣніе тѣстоватости отечнаго фиброида; зѣвъ и шейка не прощупывались. Нижній отрѣзокъ опухоли отстоялъ отъ входа рукава на три дюйма; верхняя часть рукава была выполнена опухолью такъ, что палецъ съ трудомъ проходилъ между нею и сводами. Кромѣ упомянутаго діагноза, другіе гинекологи высказались за фиброзную кисту, за кровонакопленіе въ маткѣ (*hamatometra*). *D-r Senn* ощупалъ въ одной точкѣ неясную флюктуацію и, основываясь на отсутствіи шейки и зѣва матки, установилъ діагнозъ: *ruometra* и подтвердилъ его пробной пункціей.

На другой день подъ анестезіей выпустили гной изъ матки посредствомъ ножа-термокаутера, дабы избѣжать кровотеченія и дабы струпъ на мѣстѣ прорѣза воспрепятствовалъ быстрому зарощенію послѣдняго. Гноя вышло около кварты; матка промыта борнымъ растворомъ и въ нее введена дренажная трубка 6 дюймовъ длины и  $\frac{1}{2}$  дюйма въ діаметръ и укрѣплена іодоформнымъ тампономъ. Длина матки оказалась 10 дюймовъ. Перевязка и промывка матки производилась ежедневно и по мѣрѣ сокращенія матки, трубка укорачивалась; кусокъ ея въ  $\frac{1}{2}$  дюйма длиною оставленъ на долго въ разрѣзѣ и послѣ совершеннаго прекращенія выдѣленія гноя.

Пробную пункціей въ подобномъ случаѣ, если бы діагнозъ не оправдался, а оказалась бы твердая опухоль, мы не повредимъ больной, если только пункція произведена асептически. *М. Гинзбургъ.*

99. **Dr. Byron Robinson.—The Functions of the Omentum.** (*American Journ. of Obstetrics and diseases of Women and Children*, 94, II, p. 223). **Отправленія сальника.**

По поводу заявленія д-ра *Ross*, что собаки рѣдко заболѣваютъ воспаленіемъ брюшины, *Robinson* сообщаетъ, что онъ произвелъ болѣе 200 опытовъ надъ брюшиною собакъ. При его первыхъ опытахъ много собакъ погибло отъ перитонита; когда онъ началъ соблюдать большую чистоту, потеря собакъ стала незначительною. *Robinson* увѣряетъ, что брюшина собакъ и людей совершенно одинаково относятся къ переносу заразы на нее и что, онъ, произведя 200 посмертныхъ вскрытій собакъ, наблюдалъ у большинства изъ нихъ разныя формы перитонита.

Сальнику собакъ свойственна та же роль, что сальнику человека, а именно: а) онъ *предупреждаетъ зараженіе*. *R.* наблюдалъ какъ сальникъ плотно обхватывалъ и прикрывалъ пулевьяя отверстія кишекъ; случайно попавшія на брюшныя органы заражающія вещества, сальникъ локализируетъ, плотно облегая ихъ и не допуская ихъ распространяться дальше, гдѣ бы они не находились: на червеобразномъ отросткѣ, на фимбріяхъ Фаллопиевой трубы, на изгибахъ кишекъ или у мѣста прободенія; б) сальникъ предупреждаетъ приращеніе кишекъ къ стѣнкамъ брюшины. *Когда R. не укладывалъ сальника надлежащимъ образомъ, то при посмертномъ вскрытіи R. находилъ болѣе или менѣе обширныя приращенія кишекъ къ брюшнымъ стѣнкамъ*; с) сальникъ облегчаетъ движенія кишекъ.

Развитіе брюшины (количество ея складокъ, переходовъ съ одного органа на другой и т. п.), проще у болѣе развитыхъ породъ животныхъ; наименѣе развита она у человека. Брюшина собакъ богата складками; то же—у лошади, коровы и свиньи. У обезьянъ брюшина укорочена.

Причина неодинаковой воспримчивости разныхъ животныхъ къ переносу на ихъ брюшину тѣхъ или другихъ микробовъ, до сихъ поръ не выяснена: однѣ животныя переносятъ безнаказанно прививки, отъ которыхъ другія породы быстро погибаютъ. *Baker* (проф. Ветеринарной коллегіи въ Чикаго), сообщилъ автору, что брюшина лошади въ 10 разъ воспримчивѣе ко всякимъ прививкамъ, чѣмъ коровы; у лошади брюшина очень богата сосудами. Отчасти это доказывается слѣдующимъ. Холощеніе животныхъ (самокъ) перевозится легко свиньей, труднѣе коровой, и почти безусловно смертельно для лошади.

*М. Гинзбургъ.*

Въ редакцію поступили и переданы въ *библіотеку*  
слѣдующіе отдѣльные оттиски и книги <sup>1)</sup>:

- 1) *С. Я. Эйгорнъ*. Руководство къ массотерапіи.
- 2) *Penzoldt* и *Stintzing*. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Выпускъ I. Инфекціонныя болѣзни. Переводъ Г. А. *Шапиро*. Изданіе К. Л. Риккера.
- 3) *Елизавета Дрентельнъ*. О необходимости женскаго медицинскаго надзора въ женскихъ учебныхъ заведеніяхъ. (Отд. оттискъ изъ „Вѣстника Воспитанія“).
- 4) *Е. Брусилловскій*. Одесскіе лиманы и ихъ лѣчебныя средства.
- 5) *В. С. Перлисъ*. 278 родовъ. Медицинскій отчетъ.
- 6) *Протоколы* Медицинскаго Общества въ г. Суваляхъ, за 1894 годъ.
- 7) *Сборникъ* протоколовъ Общества Подольскихъ врачей, за 1893—1894 годы.
- 8) *Дневникъ* Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ за 1894 годъ. Выпускъ IV.
- 9) Записки Терскаго Медицинскаго Общества. Выпускъ I. За 1891—1893 гг.
- 10) \*) Проф. *А. Макъевъ*. Отчетъ Акушерской факультетской клиники Императорскаго Московскаго университета, за 1892—1893 гг.
- 11) \*) *К. Иноевъ*. Медицинскій Отчетъ Родильнаго Приюта Голицынской Больницы въ Москвѣ, за 1894 годъ.
- 12) *Протоколы* Общества Херсонскихъ врачей, 1893/94 гг.
- 13) *С. Войно*. Отчетъ о хирургической дѣятельности лѣчебницы *С. В. Топурія* въ Кутаисѣ. Съ 1 мая 1890 г. по 1 мая 1894 г.
- 14) *В. А. Петровъ*. Медицинскій Отчетъ по Саратовскому городскому родильному дому, за 1892 годъ.
- 15) *В. А. Петровъ*. Случай fibromіом'ы. (Изъ трудовъ Физико-медицинскаго Общества, 1894 г.).
- 16) *В. А. Петровъ*. Случай выскабливанія полости матки въ послѣродовомъ періодѣ. (Изъ „Врача“, № 22, 1891 года).
- 17) *В. А. Петровъ*. Случай полного разрыва матки во время родовъ, съ исходомъ въ выздоровленіе. (Изъ трудовъ Физико-медицинскаго Общества, за 1893—1894 гг.).
- 18) *В. А. Петровъ*. Кесарское сѣченіе изъ за тазовой опухоли. (Изъ „Врача“, № 2, 1892 года).
- 19) *В. А. Петровъ*. Случай операціи *Porro*. (Изъ „Врача“, № 2, 1892 г.).
- 20) *В. А. Петровъ*. Случай hydrosalpingis, симулировавшій внѣматочную беременность. (Изъ трудовъ Физико-медицинскаго Общества, 1894 г.).
- 21) *В. А. Петровъ*. Случай повторнаго чревосѣченія. (Изъ трудовъ Физико-медицинскаго Общества, за 1893 и 1894 гг.).
- 22) *М. Н. Паргаминъ*. О нѣкоторыхъ болѣзняхъ мужскихъ и женскихъ половыхъ органовъ, влекущихъ за собой безплодіе. (Изъ „Медицины“, №№ 39—41, 1894 г.).
- 23) *Протоколы* засѣданій Организационнаго Комитета VI Съѣзда Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Широкова*.

<sup>1)</sup> Книги, отмѣченныя \*, присланы лично редакторамъ.

24) \*) *Józef Jaworski*. Dampf als blutstillendes und aseptisches Mittel bei operationen am Uterus. (Изъ „Wiener Medicinische Presse, № 3, 1895 г).

25) \*) *Józef Jaworski*. Przypadek czesciowego przerostu sromu. (Hypertrophia labii pudendi minoris). (Изъ „Przeglądu Chirurgicznego“. Z. II, T. II).

26) *Г. И. Лебедевъ*. О лѣченіи гоноррейныхъ страданій придатковъ матки и тазовой брюшины внутриматочными вырыскиваніями спиртоваго раствора алюмола въ смѣси съ іодовой настойкой. Томскъ. 1895 г.

27) *Иванъ Зеньковичъ*. Полное удаленіе матки при фиброміомахъ посредствомъ чревосѣченія и черезъ влагалище. Диссерт. Москва. 1895 г.

28) *Ф. Неймбауеръ*. Die heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgratskyphose. (Отд. оттискъ изъ Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie).

# ОБЪЯВЛЕНІЯ.

3—(3)

ОБЪ ИЗДАНИИ

## УНИВЕРСИТЕТСКИХЪ ИЗВѢСТІЙ

въ 1895 году.

Цѣль настоящаго изданія остается прежнею: доставлять членамъ университетскаго сословія свѣдѣнія, необходимыя имъ по отношеніямъ ихъ къ Университету, и знакомить публику съ состояніемъ и дѣятельностію Университета и различныхъ его частей.

Согласно съ этою цѣлью, въ Универс. Извѣстіяхъ печатаются: 1) Протоколы засѣданій университетскаго Совѣта. 2) Новыя постановленія и распоряженія по Университету. 3) Свѣдѣнія о преподавателяхъ и учащихся, списки студентовъ и постороннихъ слушателей. 4) Обзорнія преподаванія по полугодіямъ. 5) Программы, конспекты, и библиографическіе указатели для учащихся. 6) Библиографическіе указатели книгъ, поступающихъ въ университетскую бібліотеку и въ студенческой ея отдѣлъ. 7) Свѣдѣнія и изслѣдованія, относящіяся къ устройству и состоянію ученой, учебной, административной и хозяйственной части Университета. 8) Свѣдѣнія о состояніи коллекцій, кабинетовъ, музеевъ и другихъ учебно-вспомогательныхъ заведеній Университета. 9) Годичные отчеты по Университету. 10) Отчеты о путешествіяхъ преподавателей съ учеными цѣлями. 11) Разборы диссертаций, представляемыхъ для полученія ученыхъ степеней, соисканія награды, *pro venia legendi* и т. п., а также и самыя диссертации. 12) Рѣчи, произносимыя на годичномъ актѣ и въ другихъ торжественныхъ собраніяхъ. 13) Вступительныя, пробныя, публичныя лекціи и полныя курсы преподавателей. 14) Ученые труды преподавателей и учащихся. 15) Матеріалы и переводы научныхъ сочиненій.

Указанныя статьи распредѣляются на двѣ части:—1) **официальную** и протоколы, отчеты и т. п., 2)—**неофициальную** (статьи научнаго содержания), съ отдѣлами—*критико-библиографическимъ*, посвященнымъ критическому обзорнію выдающихся явленій ученой литературы (русской и иностранной), и *научной хроники*, заключающимъ въ себѣ извѣстія о дѣятельности ученыхъ обществъ, состоящихъ при Университетѣ, и т. п. свѣдѣнія. Въ *приваженіяхъ* печатаются матеріалы, указатели бібліотеки, списки, таблицы метеорологическихъ наблюденій и т. п.

**Университетскія Извѣстія** въ 1895 году будутъ выходить въ концѣ каждаго мѣсяца, книжками, содержащими въ себѣ до 20 печатныхъ листовъ. Цѣна за 12 книжекъ **Извѣстій** безъ пересылки **шесть руб. пятьдесятъ коп.**, а съ пересылкой **семь руб.** Въ случаѣ выхода **прложеній** (большихъ сочиненій), о нихъ будетъ

## ОВЪЯВЛЕНІЯ.

объявлено особо. Подписчики **Извѣстій**, при выпискѣ приложений, пользуются уступкою 20%.

Подписка и заявленія объ обмѣнѣ изданіями принимаются въ канцеляріи Правленія Университета.

Студенты Университета Св. Владимира платятъ за годовое изданіе **Университетскихъ Извѣстій** 3 руб. сер., а студенты прочихъ Университетовъ 4 руб.; продажа отдѣльныхъ книжекъ не допускается.

Гг. иногородные могутъ обращаться съ требованіями своими къ комиссіонеру Университета *Н. Я. Олоблину* въ С.-Петербургъ, на Малую Садовую, № 4, и въ Кіевъ, на Крешатикъ, въ книжный магазинъ его же, или непосредственно въ Правленіе Университета Св. Владимира. Редакторъ **В. Иконниковъ**.

# Z D R O W I E

PISMO MIESIECZNE, POSWIECONE HYGIENIE PUBLICZNEJ I PRYWATNEJ.  
pod redakcyą I. POLAKA.

JEDYNY ORGAN HYGIENY KRAJOWEJ I JEDYNE SPECYALNE CZASOPISMO  
SANITARNE W JEZYKU POLSKIM

Nagrodzone dwoma medalami zlotemi i wielkim srebrnym na wystawach  
hygienicznych.

### WARUNKI PRZEDPŁATY:

*w Warszawie:* *Na prowincji*  
*i w Cesarstwie:*

Rocznie	rs. 4	rs. 5 kop.
Polrocznie	rs. 2	” 2 ” 50

**Cena pojedynczego numern 45 kop.**

Prenumerowac najlepiej w **Redakcji**. W Austrii mozna prenumerowac w administracji Przeglądu lekarskiego w Krakowie.

### Cena ogłoszen:

За цала строне rs. 12, за  $\frac{1}{2}$  str. rs. 6, за  $\frac{1}{4}$  str. rs. 4.

Adres Redakcji: 25 S-to Krzyzka w Warszawie. 3—(3)

„**ДНЕВНИКЪ**“ **Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ** будетъ выходить въ 1895 году въ неопредѣленные сроки, 3—4-мя выпусками, въ объемѣ около 15—20 листовъ. Подписная цѣна, съ доставкой и пересылкой, **3 рубля**. Адресъ: Казань, Университетъ, Общество Врачей.  
3—(3) *Предсѣдатель Общества Врачей М. Канустинъ.*