

# ЖУРНАЛЪ

## АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

**Д. О. ОТТА,**

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

**Л. Г. ЛИЧКУСА,**

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ ІХ.

МАЙ 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.



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

МАЙ 1895, № 5.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

I.

Изображеніе гинекологическихъ операций на резиновыхъ моделяхъ.

Э. М. Собѣстіанскаго.

(Изъ Акушерско-гинекологической клиники проф. Н. Ф. Толочина въ Харьковѣ).

Усваиваніе способовъ производства гинекологическихъ операций представляетъ для учащихся нѣкоторыя затрудненія, вслѣдствіе сложности операций и малой доступности поля зрѣнія. Рисунки и чертежи выясняютъ сущность операціи только въ общихъ чертахъ, да и то не всегда, ибо изображеніе и представленіе тѣль сложной формы въ одной плоскости не легко дается; кромѣ того при пластическихъ операціяхъ линія разрѣза, окровавленная поверхность, растянутая инструментами, и поверхность, полученная послѣ наложенія и завязыванія швовъ имѣютъ совершенно различную форму; если рисунки и могутъ уяснить нѣсколько различныхъ моментовъ операціи, то на нихъ съ трудомъ удастся показать самый переходъ отъ одного момента къ другому. Для демонстраціи гинекологическихъ операций въ нѣкоторыхъ нѣмецкихъ университетахъ употребляются *Vinckel-Schultz'* овскіе фантомы; на вшитыхъ половыхъ органахъ, вырѣзанныхъ изъ труповъ, учащіеся не только могутъ обстоятельно слѣдить за производствомъ операций, но и сами, при извѣстномъ

избыткѣ трупнаго матеріала, могутъ оперировать. Наврядъ-ли можно что нибудь возразить противъ такого способа преподаванія оперативной гинекологіи, но примѣненіе его въ силу нѣкоторыхъ условій въ значительной мѣрѣ суживается. Оперативная гинекологія изучается студентами въ Россіи, по крайней мѣрѣ, въ гинекологической клиникѣ; при современныхъ же правилахъ антисептики и асептики производство операцій на живыхъ субъектахъ и на трупахъ въ стѣнахъ одной и той же клиники совершенно не совмѣстимо.

Къ тому же, такъ какъ преподавателю приходится имѣть дѣло съ многочленной аудиторіей, то и эти, производимыя на трупахъ, операціи доступны опять таки только нѣкоторымъ близко стоящимъ изъ присутствующихъ; на продѣлываніе же всѣхъ операцій самими студентами потребовалось бы несравненно болѣе удѣляемаго на это времени.

Кромѣ упомянутыхъ фантомовъ предложены еще учебныя пособія, облегчающія изученіе оперативной гинекологіи. Профессоръ *A. Mars* 13 декабря 1892 года демонстрировалъ Краковскому гинекологическому обществу цѣлую серію моделей, сдѣланныхъ изъ глины и представляющихъ гинекологическія операціи; модели эти, какъ говоритъ онъ, понравились очень товарищамъ, что побудило его впоследствии пополнить ихъ и сдѣлать изъ гипса. Мысль о моделяхъ онъ заимствовалъ отъ доктора *Борисовича*, который въ 1891 году на VI съѣздѣ польскихъ врачей и естествоиспытателей, бывшемъ въ Краковѣ, изобразилъ предложенную имъ операцію на глиняной модели. Такія же глиняныя модели для цѣлей преподаванія профессоръ *Mars* видѣлъ у профессора *Kehrer*'а въ Гейдельбергѣ.

Намъ не удалось видѣть моделей проф. *Mars*'а, но, прочитавъ его подробную брошюру <sup>1)</sup> и разсмотрѣвъ приложенный фотографическій снимокъ моделей, мы могли составить о нихъ слѣдующее представленіе. Число гипсовыхъ слѣпковъ достигаетъ ста восьми; такое большое число представленныхъ операцій объясняется тѣмъ, что одна и таже операція изображена по различнымъ способамъ. Для изображенія малыхъ гинекологическихкихъ операцій половые органы представлены въ

<sup>1)</sup> *Anton. Mars. Apparatus plasticus operationes gynaecologicas illustrans quo CVIII proplasmata gypsea. Cracoviae, 1893.*

естественную величину *in toto*; при чемъ наружныя половыя части растянуты, какъ это дѣлается при операціяхъ, производимыхъ на влагалищѣ и на влагалищной части матки; зеркало и пальцы ассистентовъ подразумѣваются; слѣпки окрашены въ одинъ цвѣтъ, поверхность окровавленія въ красный; на нѣкоторыхъ моделяхъ наложены швы изъ конскаго волоса. Слѣпки, изображающіе большія гинекологическія операціи — чревосѣченія, сдѣланы въ третью естественной величины.

Не зная о существованіи моделей проф. *Mars'a* и желая въ тоже время представить наглядно гинекологическія операціи, мы приготовили небольшую серію моделей изъ сѣрой резины, эти модели были демонстрированы 15 апрѣля текущаго года Харьковскому медицинскому обществу. Выбранный матеріалъ для моделей оказался вполне удачнымъ и, насколько намъ извѣстно, впервые примѣненъ для этихъ цѣлей нами. Мягкость и эластичность резины, приближая ее къ тканямъ человѣческаго тѣла, даетъ возможность болѣе совершенно представить на ней операціи; въ этомъ отношеніи резина стоитъ несравненно выше хрупкаго гипса. Чтобы уяснить нѣкоторыя сложныя операціи на гипсовыхъ моделяхъ, нужна для каждаго момента операціи отдѣльная модель, при чемъ переходъ отъ одного момента къ другому останется все таки не вполне яснымъ и потребуетъ со стороны преподавателя немало поясненій. На резиновыхъ же моделяхъ почти каждая операція можетъ быть демонстрируема на одной модели; растягивая края раны соответствующими инструментами, сводя ихъ въ требуемомъ направленіи и завязывая швы, учащіяся ясно видятъ отдѣльные моменты операціи съ переходомъ одного въ другой. На каждомъ гипсовомъ слѣпкѣ проф. *Mars'a*, изображающемъ малую гинекологическую операцію, половые органы сдѣланы *in toto*. Находя, что отъ такого способа изображенія операціи мало выигрываютъ въ наглядности, нами представлена только та часть половыхъ органовъ, на которой производится извѣстная операція. Но если окажется, что, при нашемъ способѣ изображенія, операціи теряютъ въ наглядности, то этотъ недостатокъ можно легко исправить. Сдѣлавъ одинъ резиновый фантомъ, изображающій половые органы, не трудно посредствомъ небольшихъ приспособленій къ нему придѣлывать нашу резиновую модель, изо-

бражающую ту или другую гинекологическую операцию; по крайней мѣрѣ, на такомъ резиновомъ фантомѣ, не пришлось бы подразумѣвать зеркалъ, другихъ инструментовъ и пальцевъ ассистентовъ, какъ это у проф. *Mars'a*, а все это можно было бы представить въ дѣйствительности. Наши модели изображаютъ пока слѣдующія операции: *discisio*, *excisio cuneiformis*, op. *Emmet'a*, *amputatio portionis vaginalis*, *perineorrhaphia* по *Lawson-Tait'u*, *fistulorrhaphia*, *colporrhaphia*; понятно, что коллекцію эту можно въ значительной мѣрѣ пополнить. Желая показать, что не только малыя операции могутъ быть демонстрируемы на резиновыхъ препаратахъ, но и большія, сдѣлана нами матка со связочнымъ аппаратомъ и съ покрывающей ея брюшиной для представленія кастраціи. Изъ большихъ операций еще представлена обработка оставшейся культи послѣ міомотоміи. Модели пока сдѣланы изъ сѣрой резины, мало эластичной, благодаря чему нѣкоторые изображения не вполне соотвѣтствуютъ дѣйствительности; лучшей резины въ Харьковѣ не оказалось; скапель и подпилочъ служили почти единственными инструментами для вырѣзыванія изъ куска резины требуемыхъ формъ. Модели раскрашены красками; красная поверхность окровавленія ясно выдается на общемъ тѣлесномъ фонѣ; операция, гдѣ это возможно, сдѣлана только съ одной стороны для болѣе точнаго пониманія формы окровавленія; наложены шелковыя лигатуры, кетгутъ и проволока, при чемъ подобраны подходящіе номера. Въ настоящее время нами заказана на заводѣ черная резина, эластичность которой будетъ болѣе приближаться къ эластичности тѣхъ тканей, на которыхъ производится операция. Желая представить точно и ту патологическую форму *portionis vaginalis*, ради которой производится соотвѣтственная операция, мы выбрали нѣсколько характерныхъ патологическихъ изображеній *portionis vaginalis* изъ богатой восковой коллекціи доктора *Панка*<sup>2)</sup> и по образцу ихъ заказали на чугунолитейномъ заводѣ формы для послѣдующаго выдѣлыванія изъ нихъ резиновыхъ моделей.

<sup>2)</sup> Коллекція доктора *Панка* представляетъ собою 114 восковыхъ слѣпковъ различныхъ патологическихъ формъ *portionis vaginalis*. Сдѣлана она въ 1860 г.

## II.

### Объ казуистикѣ центральныхъ разрывовъ промежности.

А. А. Сицинскаго.

Разногласій между авторами о томъ, что должно считать типическимъ центральнымъ разрывомъ промежности, не существуетъ. Таковымъ признается поврежденіе промежности, при которомъ во время родовъ разрывается вся толща тканей промежности, но въ одной только срединной ея части, въ то время какъ задняя спайка половой щели съ одной стороны, а прямая кишка и заднепроходное отверстіе съ другой — остаются цѣлыми.

Другими словами, типическій центральный разрывъ промежности или, какъ картинно выражается *Spiegelberg*, прободеніе промежности симулируетъ собой громадный влагалищно-промежностный свищъ, черезъ который могутъ родиться весь плодъ и послѣдъ.

Не больше какъ 100 лѣтъ тому назадъ, о подобныхъ разрывахъ промежности акушеры не имѣли никакого представленія и изученіе ихъ заграницей началось лишь съ 30-хъ годовъ настоящаго столѣтія съ появленіемъ работъ *Velpeau*, *Moreau*, *Duparcque*'а и др. *Duparcque* нашелъ въ тогдашней литературѣ рядъ случаевъ такихъ «родовъ черезъ промежность», но, допуская фактическую ихъ возможность, онъ въ то же время утверждалъ, что это еще не доказано ни однимъ несомнѣннымъ примѣромъ.

Хотя въ настоящее время возможность подобныхъ родовъ черезъ промежность болѣе не оспаривается, однако такіе роды и теперъ встрѣчаются необыкновенно рѣдко.

На этомъ основаніи д-ръ *Баскинъ*, написавшій «Клиническія наблюденія надъ разрывами промежности во время родовъ», не ввелъ ихъ даже въ классификацію разрывовъ промежности. «Каждый отдѣльный случай центрального разрыва, говоритъ онъ, представляетъ собой настолько интересное и рѣдкое явленіе, что заслуживаетъ отдѣльнаго подробнаго изслѣдованія» (стр. 19).

Роды черезъ промежность *Schröder*, *Spiegelberg* и другіе авторы также признаютъ крайне рѣдкимъ.

Д-ръ *Тарановъ*, взявшій на себя трудъ подробнаго и всесторонняго изученія вопроса о центральныхъ разрывахъ промежности, въ своемъ предварительномъ сообщеніи <sup>1)</sup> говоритъ, что ему удалось собрать изъ доступныхъ ему источниковъ за цѣлое столѣтіе 90 случаевъ изъ иностранной литературы, а въ русской литературѣ онъ нашелъ описаніе всего лишь 10 случаевъ, къ которымъ присоединяетъ 3 собственныхъ.

Третій изъ описанныхъ имъ случаевъ представляетъ картину обыкновеннаго разрыва промежности 2 степени, но причисленъ д-ромъ *Тарановымъ* къ центральнымъ на основаніи ближайшаго наблюденія за его происхожденіемъ—разрывъ начался съ центральной части промежности и осложнился разрывомъ задней спайки половой щели. Въ I и въ II его случаяхъ получился типическій центральный разрывъ промежности, но плодъ родился въ обоихъ случаяхъ естественнымъ путемъ черезъ вульварное кольцо.

Къ числу центральныхъ разрывовъ промежности въ Россіи должно прибавить случай, имѣвшій мѣсто въ Повивальномъ Институтѣ въ 1884 г., который своевременно будетъ опубликованъ д-ромъ *С. Т. Виридарскимъ*. Къ сожалѣнію, въ этомъ случаѣ остается неизвѣстнымъ, какимъ путемъ родился плодъ.

Въ нашемъ случаѣ весь плодъ и послѣдъ родились черезъ искусственно проложенные пути въ промежности.

Въ виду крайней рѣдкости подобныхъ случаевъ родовъ, мы рѣшились представить вниманію уважаемаго Общества

<sup>1)</sup> *М. Тарановъ*. „Къ ученію о централн. разрыв. промежности. 1892. „Медицина“.



и нашъ случай, оговариваясь впередъ, что случай этотъ, по независящимъ обстоятельствамъ, не обследованъ такъ полно, какъ бы это могло быть желательно.

Вотъ его краткое описаніе:

Н. Ш—ва, 26 л. отъ роду, замужня, первородящая, поступила въ Петергофскій придворный госпиталь 8 августа 1894 г., въ 2 часа ночи.

До беременности была вполне здорова, равно въ лѣтствѣ не припомнить тяжелыхъ заболѣваній.

Первыя мѣсячныя пришли на 15-мъ году, установились сразу и ходили черезъ 3 недѣли по 3—4 дня, умѣренно, безъ болей.

Послѣднія мѣсячныя, насколько припомнить больная, были въ ноябрѣ 1893 года.

Теченіе беременности нормальное.

Времени перваго движенія плода не помнить. Боли начались 7-го августа, въ 10 часовъ вечера, сразу и довольно сильно.

Больная средняго роста и тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія тѣла, блондинка. Температура тѣла нормальная. Больная нервна и впечатлительна.

Объемъ живота не представлялъ ничего особеннаго. Размѣры таза: d. trochant. 33½ ctm., Sp. 25, Cr. 28, Conjug. ext. 19, Conjugata diagonalis вслѣдствіе низкаго стоянія головки не измѣрена.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ частей ничего ненормальнаго не отмѣчается. Промежность высока. Шейка матки сглажена, наружный зѣвъ открытъ на 2 поперечныхъ пальца, воды стоятъ, пузырь при схваткахъ напрягается. Предлежитъ головка въ переднемъ видѣ I затылочнаго положенія, въ верхнемъ отдѣлѣ полости малаго таза. Большой сдѣлана ванна и очищенъ кишечникъ. Схватки были средней силы, продолжаясь около 1 минуты, черезъ каждыя 4—5 минутъ. Въ 9 час. утра, 8/VIII отошли воды; схватки, на нѣкоторое время стихнувъ, опять сдѣлались энергичными и достаточно продолжительными. Почти одновременно съ излитіемъ водъ наступило полное раскрытіе маточнаго зѣва. Головка постепенно совершала поступательное движеніе и начала врѣзываться. Сначала при каждой схваткѣ головка показывалась въ половой щели, а по окончаніи ея уходила въ глубь. Во время-же послѣднихъ нѣсколькихъ схватокъ головка уже не уходила назадъ и сильно растягивала промежность, которая истончилась и выпятилась впередъ, особенно въ нижней половинѣ промежности, ближе къ заднепроходному отверстию. Послѣднее также было сильно выпячено наружу. Въ предвидѣніи разрыва промежности акушеркой сдѣланы были 2 боковыя насѣчки, глубиною около 1 сантиметра. Но вотъ новая схватка, головка видна черезъ половую щель, промежность еще болѣе выпятилась, акушерка удвоила вниманіе—какъ вдругъ, поддерживая промежность, она почувствовала что надъ рукой у нея выпячивается геморроидальная шишка. Въ виду этого акушерка руки отъ промежности не отняла, а слѣдомъ наступила опять схватка, при которой шишка быстро начала расти у нея подъ ладонью и при ближайшемъ осмотрѣ оказалась носикомъ плода съ частью лица, показавшимся черезъ разрывъ промежности у заднепроходнаго отверстия. Еще моментъ и вся головка плода въ эту-же схватку вышла

черезъ разрывъ промежности, минуя естественный путь черезъ вульварное кольцо. Небольшой перерывъ,—новая схватка и весь плодъ родился черезъ искусственно-проложенный путь, въ 10 час. утра 8/VIII, т. е. черезъ 12 час. отъ начала родовъ и черезъ 1 часъ послѣ отхожденія водъ и полного раскрытія зѣва. Минуть черезъ 10 по рожденіи плода произвольно тѣмъ-же путемъ вышелъ послѣдъ со всѣми оболочками, послѣ чего больной дано было *sesale*. Матка хорошо сократилась. Кровотеченіе незначительное. Общее самочувствіе больной довольно удовлетворительно. Родился живой, доношенный, здоровый мальчикъ. Вѣсъ его 3650 граммъ, длина тѣла 51 сант. Размѣры головки: прямой—13½ сант., малый поперечный—8¼, большой поперечный—9, діагональный (отъ подбородка къ макушкѣ)—15¾.

При бѣгломъ взглядѣ на половыя части—громадная, повидимому половая щель представлялась раздѣленной поперечнымъ тяжемъ на 2 половины: верхнюю меньшую и нижнюю большую. При ближайшемъ осмотрѣ, верхняя половина, имѣвшая округло-треугольную форму, оказалась ничѣмъ инымъ, какъ неповрежденнымъ и отодвинутымъ кверху *introitu vaginae*, который былъ обойденъ при рожденіи плода, поперечный тяжъ—не разрушенной задней спайкой половой щели, нижележащая же половина представляла собой центральную рану промежности. Форма этой раны неправильно-многоугольная, приближающаяся къ четырехугольной; верхняя граница этого 4-хъ-угольнаго расхожденія тканей составляетъ, какъ сказано, задняя спайка губъ, нижній же край ея идетъ на границѣ кожи и слизистой оболочки заднепроходнаго отверстія, сначала поперечно по передней его сторонѣ, а затѣмъ поворачиваетъ на правую боковую сторону, занимая здѣсь ¼ окружности заднепроходнаго отверстія. Разрыву подверглась вся толща тканей промежности; края раны разорванные, неровные; поверхность разрыва шероховата, мѣстами покрыта темно-багровыми участками разможенныхъ тканей. Въ глубинѣ раны, разрывъ, дойдя до *columna rugarum posterior*, раздѣляется на 2 вѣтви, расположенныя по обѣимъ ея сторонамъ, вслѣдствіе чего получились 2 глубокихъ боковыхъ разрыва задней стѣнки влагалища: лѣвый длиной въ 2½ сантим., правый—1½ сант. Оставшаяся неразорванной задняя спайка половой щели состояла изъ складки кожи и слизистой оболочки, при чемъ на слизистой оболочкѣ по срединной линіи замѣчался поверхностный продольный надрывъ ея. Распластанная на пальцѣ перемычка эта имѣла въ ширину всего около 1½ сантим. Прямая кишка и заднепроходное отверстіе остались не поврежденными.

Во входѣ во влагалище, кромѣ 2-хъ боковыхъ надрывовъ, у наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала съ правой стороны замѣчается одинъ болѣе глубокой надрывъ и по сосѣдству нѣсколько мелкихъ.

Непосредственно послѣ родовъ приступлено къ операціи зашиванія подъ хлороформнымъ наркозомъ при строгомъ соблюденіи всѣхъ анти- и асептическихъ предосторожностей. Задняя спайка половой щели перерѣзана по срединѣ; края раны сравнены; съ поверхности раны сръзано все сильно разможенное и подозрительное, а самыя поверхности сглажены; затѣмъ разрывъ зашитъ по типу *colporrhineorrhaphiae*; сначала защиты разрывы задней стѣнки влагалища, а затѣмъ промежность. Во время операціи употреблялась сулема 1 : 2000 и растворъ борной кислоты

(2<sup>о</sup>). Послѣ зашиванія и высушиванія рана присыпана порошкомъ іодоформа и покрыта іодоформенной марлей. Ноги связаны, положеніе спинное, моча выпускалась катетеромъ. Послѣоперационный уходъ обычный.

9/уш. т<sup>о</sup> утромъ 37,8°, вечеромъ 36,4°. Появилась легкая отечность наружныхъ половыхъ частей и краснота краевъ раны.

10/уш. т<sup>о</sup> утромъ 36,9°, вечеромъ 37,4°. Явленія тѣ-же.

11/уш. т<sup>о</sup> утромъ 37,4°, вечеромъ 38,9°. Швы разошлись.

По удаленіи ихъ на поверхности раны замѣтны омертвѣлыя клочья. Рана очищена и смазана t-ra jodi.

12/уш. т<sup>о</sup> упала до 37° и съ этого времени дальнѣйшее теченіе было безлихорадочное. Матка все время была плотна, подвижна, безболѣзненна; involуція ея совершалась обычнымъ путемъ. Параметри были свободны. Очищенія были безъ запаха, въ среднемъ количествѣ, но кровянистый характеръ ихъ продолжался сравнительно долго—до 4-хъ недѣль. Первый стулъ на 5-е сутки помощью масляной клизмы. Въ теченіи первыхъ 6 дней моча не отдѣлялась произвольно, приходилось выпускать ее катетеромъ; только съ 7-го дня больная въ состояніи была самопроизвольно мочиться. Ребенка кормить со 2-го дня родовъ.

Вслѣдствіе несогласія больной, къ вторичному зашиванію приступлено было лишь черезъ 2 недѣли послѣ родовъ (22/уш), сращеніе хотя и получилось, но не полное, что вѣроятно зависѣло какъ отъ вялости самой раны, такъ и плохаго прилаживанія краевъ раны, вслѣдствіе обильнаго разрастанія соединительной ткани, остался небольшой влагалищно-промежностный свищъ, съ которымъ больная и выписалась изъ госпиталя 31/уш 94 г.

При выпискѣ самочувствіе больной было прекрасное, ребенокъ здоровъ.

Въ виду относительно большой рѣдкости случаи, аналогичные описанному, невольно вызываютъ на комментаріи, какъ по отношенію ихъ леченія, такъ и въ смыслѣ предупрежденія ихъ образованія.

При леченіи уже образовавшихся центральныхъ разрывовъ промежности дается совѣтъ тотчасъ послѣ родовъ перерѣзать перемычку и немедленно зашивать промежность. Поступивъ согласно такому совѣту и оставивъ операцию должнымъ образомъ, намъ тѣмъ не менѣе не удалось достигнуть заживленія первымъ натяженіемъ. Оцѣнивая возможные причины неудачи, мы вынесли то впечатлѣніе, что здѣсь помимо возможности загрязненія раны и другихъ причинъ, выдающуюся роль играетъ сильный травматизмъ всѣхъ тканей промежности, прободающей ее головкой плода. Въ самомъ дѣлѣ, разъ черезъ промежность рождается доношенный ребенокъ вѣсомъ въ 3650 граммъ, то можно представить себѣ, въ какомъ состояніи

должны быть все ткани промежности: ушибъ, размноженіе, кровоизліянія, послѣдовательный отекъ, — вотъ главнѣйшія причины, которыя естественно ведутъ къ некрозу пострадавшихъ тканевыхъ частицъ и отнюдь неблагоприятствуютъ заживленію первымъ натяженіемъ. Какъ-бы асептически ни велась операція, какъ-бы тщательно не очищалась раневая поверхность, повидимому, невозможно удалить все, что можетъ потерять свою жизненность и въ первые-же дни омертвѣваетъ. Такимъ образомъ условія для *prima intentio* здѣсь неблагоприятны, а потому казалось-бы, что не слѣдуетъ спѣшить зашиваніемъ промежности тотчасъ послѣ родовъ. Черезъ 3—4 дня послѣ родовъ уже ясно обозначится граница между омертвѣвшимъ и живымъ, — тогда, повидиму, наступаетъ наиболѣе благоприятный моментъ, очистивши надлежащимъ образомъ рану, приступить къ восстановленію промежности, съ предварительной перерѣзкой задней спайки или безъ нея, смотря по удобству для оператора. При зашиваніи немедленно послѣ родовъ разрывовъ промежности, подобныхъ описанному, создаются неблагоприятныя условія для отторженія и удаленія омертвѣвшаго. Фиксированныя въ швахъ омертвѣлыя частицы мѣшаютъ сращенію первымъ натяженіемъ, а при значительной массѣ омертвѣлаго, не имѣя выхода, всасываются въ кровь и могутъ вызвать повышеніе температуры. Въ описанномъ случаѣ въ первые три дня при почти нормальной температурѣ больной, были лишь легкая отечность наружныхъ половыхъ частей и краснота краевъ раны. На 4-й день  $t^0$  сразу поднялась до  $38,9^0$ , швы разошлись, а по снятіи ихъ поверхность раны оказалась покрытой кусочками омертвѣлой ткани, внѣдрившимися внутрь здоровыхъ частей. По очищеніи раны  $t^0$  упала и болѣе не повышалась. Отсюда казалось-бы возможнымъ допустить, что въ тѣхъ случаяхъ центрального разрыва промежности, въ которыхъ черезъ него рождается плодъ и послѣдъ, выгоднѣе приступать къ зашиванію не сейчасъ послѣ родовъ, а спустя 3—4 дня, въ теченіи которыхъ обозначится, что омертвѣло и подлежитъ поэтому предварительному удаленію. Въ этомъ отношеніи наше впечатлѣніе сходится съ выводами д-ра *Таранова*, который говоритъ, что оперативное лѣченіе не только центральныхъ разрывовъ, но иногда даже и простыхъ,

не всегда приводит къ цѣли и въ этомъ отношеніи новѣйшее антисептическое время, почти не отличается отъ прежняго до антисептическаго. Причину этого явленія онъ видитъ, главнымъ образомъ, въ недостаточно точной оцѣнкѣ степени тѣхъ измѣненій, которымъ подвергаются ткани промежности во время родовъ <sup>2)</sup>).

Важнѣе вопросъ о *предупрежденіи* центральныхъ разрывовъ промежности. Этиологія ихъ, знаніе которой намъ необходимо для выработки профилактическихъ мѣръ, не даетъ никакихъ указаній, потому что сама она блуждаетъ во тмѣ.

Сколько авторовъ, почти столько же различныхъ мнѣній о причинахъ происхожденія центральныхъ разрывовъ промежности. Въ этомъ отношеніи, повидимому, наибольшее значеніе имѣеть очень высокая промежность и особое состояніе мышцъ женщины, которое можно характеризовать терминомъ «ломкость» ихъ. Недаромъ *Hecker* и *Schröder* говорятъ, что встрѣчаются иногда промежности, которыя рвутся, какъ трутъ. Это подтверждаетъ и *Горвицъ*, говоря, что есть промежности, при которыхъ разрывы составляютъ какъ бы фатальную необходимость и за симъ добавляетъ, что подобныя промежности встрѣчаются въ практикѣ нерѣдко и онъ не знаетъ никакихъ явленій, которыя бы характеризовали подобнаго рода промежности. Тожественнымъ образомъ высказывается и проф. *Феноменовъ*.

Но вопросъ о надлежащемъ развитіи и укрѣпленіи у женщины мышечной системы вообще и тазоваго отдѣла въ частности входитъ уже въ кругъ гигиены и школьнаго воспитанія женщины.

Для акушера-практика, важнѣе рѣшить вопросъ, какъ вести ему себя, когда онъ призванъ къ родамъ и предвидитъ угрожающій разрывъ промежности.

Здѣсь мы касаемся общаго вопроса о предупрежденіи разрывовъ промежности вообще, такъ какъ врачу, трудно предвидѣть при угрожающемъ разрывѣ промежности, будетъ-ли послѣдній простымъ или центральнымъ, вслѣдствіе чего и предупреждающія мѣропріятія, здѣсь носятъ общій характеръ. Это во 1-хъ.

А во вторыхъ, если *проникающіе* центральные разрывы промежности составляютъ относительно рѣдкое явленіе, то

<sup>2)</sup> *Тарановъ*, 1. с., стр. 26.

неполные, такъ называемые, непроникающіе центральные разрывы, должны встрѣчаться и встрѣчаются гораздо чаще, хотя этому невозможно привести никакой статистики.

Представимъ себѣ ту форму неполнаго центрального разрыва промежности, гдѣ при растягиваніи промежности напирющей головкой появляется на извѣстномъ протяженіи трещина слизистой оболочки и разрываются мышцы промежности, наружные-же покровы и задняя спайка остаются цѣлыми, — или случаи, гдѣ разрывается только внутренній мышечный слой, — и въ результатѣ женщина лишается промежности, какъ фізіологической опоры тазовымъ органамъ, а ее замѣняетъ собою слизисто-кожная складка, неспособная нести роль промежности. Получается та картина, которую такъ наглядно нарисовалъ въ прошломъ засѣданіи Общества нашъ уважаемый предсѣдатель проф. *Оттз* въ своемъ докладѣ «О ложномъ консерватизмѣ въ дѣлѣ сохраненія промежности во время родовъ и о восстановленіи старыхъ разрывовъ ея».

Не касаясь общеизвѣстныхъ способовъ предупрежденія разрывовъ промежности, остановимся лишь на новомъ указаніи, которое даетъ проф. *Оттз* въ своемъ докладѣ, какъ предохранить промежность отъ разрыва: «разъ промежности угрожаетъ опасность разрыва, разсѣкайте ее по шву до задняго прохода». Совѣтъ этотъ представляется намъ вполне цѣлесообразнымъ, особенно въ случаяхъ высокой промежности или малаго наклоненія таза у первородящихъ. Въ самомъ дѣлѣ, не говоря уже о томъ, что при этомъ вмѣсто разорванной раны получается рѣзанная, при зашиваніи и восстановленіи промежности не могутъ имѣть мѣста въ послѣдствіи тѣ яко бы промежности, состоящія изъ одной кожнослизистой складки, о которыхъ говоритъ проф. *Оттз*. Профилактическіе разрѣзы промежности до задняго прохода безусловно могутъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ предотвратить проникающіе центральные и полные разрывы ея. Вотъ главнѣйшія выгоды метода, предложеннаго проф. *Оттомъ*.

Правда, *Michaëlis* еще въ концѣ прошлаго столѣтія выступилъ съ предложеніемъ разрѣзать промежность по шву <sup>3)</sup>, но

<sup>3)</sup> *Феноменовъ*. „Оперативное акушерство“, 1893, стр. 85.

въ доантисептическое время, когда подобныя раненія не могли быть гарантированы отъ септического зараженія и всѣхъ послѣдствій такового, мысль эта не получила широкаго практическаго примѣненія и была совершенно забыта. Поэтому идея, высказанная проф. *Оттомъ*, является совершенно новой. Она составляетъ неизбѣжный логическій выводъ изъ просмотра ученія о предохраненіи промежности во время родовъ съ точки зрѣнія новаго безгнилостнаго направленія хирургіи. Въ то время какъ вся хирургія сильно двинулась впередъ при безгнилостныхъ методахъ лѣченія, вопросъ о предохраненіи промежности во время родовъ оставался до сихъ поръ почти въ томъ же положеніи, въ какомъ онъ былъ и въ доантисептическое время.

Проф. *Отту* принадлежитъ честь, что онъ выдвинулъ этотъ весьма важный въ практическомъ отношеніи вопросъ на очередь и далъ мощный толчекъ его дальнѣйшему развитію. Конечно, только значительное накопленіе клиническаго матерьяла по данному вопросу дастъ въ будущемъ возможность всесторонне оцѣнить предложенный методъ и отвести ему надлежащее мѣсто въ ряду другихъ акушерскихъ хирургическихъ пособій. Въ настоящее время возможна скорѣе теоретическая его разработка. Съ этой точки зрѣнія новый методъ, повидимому, не встрѣчаетъ серьезныхъ возраженій. Такъ онъ удовлетворяетъ анатомическимъ требованіямъ. Большинство мышцъ промежности суть парныя мышцы, соединяющіяся между собою по линіи шва. Разрѣзая по немъ промежность, разрѣкается возможно меньшее число мышцъ и промежность послѣ зашиванія и заживленія ставится въ тѣ-же анатомо-фізіологическія условія, какъ и до разрѣза.

Далѣе, нѣтъ нужды говорить о томъ, что клиническія наблюденія вполне допускаютъ возможность испытанія на практикѣ новаго метода, — стоитъ вспомнить *Шредера*, который на основаніи своихъ тщательныхъ изслѣдованій входа во влагалище послѣ родовъ опредѣляетъ частоту собственно разрывовъ промежности у перворождающихъ въ 34<sup>1</sup>/<sub>2</sub>%, а разрывовъ уздечки у нихъ-же — въ 61%<sup>4</sup>).

Наконецъ, этотъ методъ рѣзко отличается отъ практикуемой въ настоящее время боковой эпизиотоміи. Послѣ прак-

<sup>4</sup>) *Шредеръ*, „Учебн. Акушерства“, 1888, стр. 624.

тической опѣнки ея, сдѣланной проф. *Феноменовымъ*, нѣтъ надобности на этомъ останавливаться. Укажемъ лишь мимоходомъ, что боковыя насѣчки и въ случаѣ д-ра *Веридарскаго*, гдѣ ихъ было сдѣлано два и въ нашемъ, не спасли женщинъ отъ центральнаго разрыва промежности и такимъ образомъ еще лишній разъ дали доказательство того, что боковыя эпизиотоміи не въ состояніи предотвратить центральные разрывы промежности.

Слабую и наиболѣе уязвимую сторону вопроса о профилактическихъ разрѣзахъ промежности составляетъ несомнѣнно крайняя субъективность въ постановкѣ показаній по ихъ производству. Здѣсь мыслимы случаи, такъ сказать, «напрасныхъ» разрѣзовъ. И однако-же эта сторона наиболѣе трудно поддается урегулированію.

Такимъ образомъ, все вышеизложенное приводитъ насъ къ выводу о желательности испытанія на практикѣ профилактическихъ разрѣзовъ промежности при надлежащихъ показаніяхъ.

---



### III.

## Иъ вопросу о примѣненіи постояннаго орошенія при запущенныхъ пузырно-влагалищныхъ фистулахъ.

Я. С. Федулова.

(Изъ Екатеринбургскаго Родовспомогательнаго Дома).

Всякому, конечно, извѣстно, насколько ужасное страданіе представляютъ пузырно-влагалищныя фистулы не только въ физическомъ, но и въ нравственномъ отношеніи, какъ въ богатомъ, интеллигентномъ классѣ, такъ въ особенности въ бѣдной крестьянской средѣ. Единственное радикальное лѣченіе, возможное, правда, не во всѣхъ случаяхъ—это конечно хирургическое зашиваніе фистулы. Но нерѣдко больныя прибѣгаютъ къ этой помощи въ то время, когда уже поле операциі представляется загрязненнымъ—слѣдовательно, приходится прежде всего считаться съ этимъ осложненіемъ. Загрязненіе поля операциі подчасъ бываетъ настолько упорное, что, при самомъ тщательномъ примѣненіи всевозможныхъ обычныхъ методовъ леченія, результаты получаются далеко не удовлетворительные: удаленные съ большимъ трудомъ налеты быстро возвращаются; самочувствіе больныхъ ухудшается, силы падаютъ, такъ какъ боль, вслѣдствіе разѣданія мочей тканей, лишаетъ ихъ сна и аппетита. Вотъ въ такихъ-то отчаянныхъ случаяхъ постоянное орошеніе, предложенное проф. *Н. А. Толочиновымъ* и съ успѣхомъ примѣняемое въ его клиникѣ\*), является поистинѣ благотѣльнымъ средствомъ.

\*) Журн. Акуш. и Женскихъ бод. 94 г., Іюнь.

По блестящимъ результатамъ, съ одной стороны, и по простотѣ техники — съ другой, постоянное орошеніе вполне заслуживаетъ серьезнаго вниманія со стороны врачей. Поэтому я считаю своимъ долгомъ къ случаямъ, описаннымъ д-ромъ *Попоровскимъ*, изъ Харьковской клиники, прибавить свои наблюдаемые мной въ Екатеринбургскомъ Родовспомогательномъ Домѣ и подѣлиться тѣми впечатлѣніями, какія я вынесъ при примѣненіи этого метода подготовительнаго леченія запущенныхъ везико-вагинальныхъ фистулъ.

Въ нашей мѣстности влагалищно-пузырныя фистулы встрѣчаются вообще сравнительно рѣдко, по крайней мѣрѣ, мнѣ за 1½ года пришлось наблюдать всего только трехъ больныхъ; при чемъ случаи были болѣе или менѣе запущенные. У всѣхъ примѣнялась различное подготовительное леченіе, въ одномъ случаѣ примѣнялось исключительно только постоянное орошеніе, въ другомъ — обычные, давно примѣняемые методы леченія и, наконецъ, у одной больной былъ примѣненъ и тотъ и другой методъ подготовительнаго лѣченія (больная поступала два раза).

Случаи эти слѣдующіе:

1) Н. А — на, поступила въ Екатеринбургскій Родовспомогательный Домъ, 1/х 93 г., съ жалобой на постоянное, произвольное выдѣленіе мочи, боли внизу живота и въ наружныхъ половыхъ органахъ.

Больная — крестьянка, Екатеринбургскаго уѣзда, 23 лѣтъ, замужемъ 3 г. Первые регулы на 19 году, послѣднія 3 нед. тому назадъ, типъ  $\frac{2-3 \text{ дн.}}{4 \text{ нед.}}$ . Имѣла всего 2-хъ дѣтей, послѣдняго родила 3½ мѣс. тому назадъ, при чемъ, по словамъ больной, роды были трудные, ребенка извлекалъ докторъ щипцами. Вскорѣ послѣ родовъ больная замѣтила произвольное истеченіе мочи, что и заставило ее поступить въ больницу Р — скаго завода. Черезъ полторы недѣли, по домашнимъ обстоятельствамъ, больная должна была уѣхать домой, гдѣ и пробывъ до поступленія въ Родовспомогательный Домъ безъ всякаго лѣченія.

А — на небольшого роста, худая, блѣдная, очень истощенная, ходитъ медленно; при ходьбѣ поворачиваетъ туловище въ ту и другую сторону, стараясь не сгибать ногъ въ бедренномъ суставѣ.

Грудные и брюшные органы нормальны.

Внутренняя поверхность бедеръ представляется красной, мацерированной, мѣстами изъязвленной и покрытой слизистой массой и мочевыми солями.

Ту-же картину представляютъ и ягодицы, на которыхъ сверхъ того находится въ значительномъ количествѣ езема'тозная сыпь. Около отверстія ануса глубокая, очень болѣзненная трещина, покрытая слизью и мочевыми солями. Наружные половые органы тверды, сильно опух-

шіе, мацерированные, съ массою ссадинъ, при дотрагиваніи очень чувствительные.

Входъ во влагалище и само влагалище настолько узко, что съ трудомъ пропускаетъ указательный палецъ, при чемъ введеніе пальца очень болѣзненно.

Стѣнки влагалища сплошь покрыты сѣроватымъ лифтеритическимъ налетомъ, а также комками слизи съ солями, очень утолщены и настолько тверды, что представляются какъ бы рубцовой тканью.

На передней стѣнкѣ влагалища, въ верхней его трети, прощупывается отверстіе, ведущее въ мочевой пузырь, величиною въ  $1\frac{1}{2}$  смт.; края этой фистулы утолщены, шероховаты и также обложены слизью и мочевиными солями. Отъ больной сильный запахъ разложившейся мочей.

Въ такомъ видѣ поступила больная.

Понятно, что пока объ оперативномъ пособіи нечего было и думать; надо было сначала очистить влагалище отъ налетовъ и сдѣлать стѣнки его по возможности эластичнѣе. Съ этой цѣлью назначены были влагалищные души нѣсколько разъ въ день, смазываніе налетовъ то *oleo ferri sesquichlor.*, то *t-ra jodi*, механическое удаленіе ихъ. Чтобы вызвать заживленіе трещинъ задняго прохода, онѣ нѣсколько разъ въ день промывались растворомъ борной кислоты и защищались отъ раздраженія постоянно стекающей мочей слоемъ какой нибудь мази.

Не только механическое удаленіе налетовъ, но даже введеніе пальца во влагалище сопровождалось такой болью, что больная обыкновенно кричала, не говоря уже про ту постоянную боль, которая вызывалась попаданіемъ мочи на свѣжія ссадины, трещины и т. д. Не смотря на всѣ тщательныя примѣняемыя мѣры къ очищенію влагалища, не смотря на ежедневное удаленіе налетовъ цѣлыми пленками, налеты снова образовывались, болѣзненность не уменьшалась, трещины не заживали. Самочувствіе больной не улучшалось, аппетитъ и сонъ былъ также плохіе. Въ такомъ положеніи больная безъ замѣтнаго улучшенія пребыла до конца ноября, когда она выписалась изъ Родовспомогательнаго Дома по домашнимъ обстоятельствамъ.

Спустя 7 мѣсяцевъ, т. е. 20 іюня 94 г., А—на снова поступила въ Родовспомогательный Домъ, при чемъ при изслѣдованіи влагалище оказалось нѣсколько чище, чѣмъ въ первый разъ поступленія (по словамъ больной она нѣсколько разъ въ день подмывалась въ банѣ и смазывала влагалище крѣпкой водкой).

22/VI было сдѣлано зашиваніе фистулы.

Уже на 5-й день послѣ операциі моча стала опять идти произвольно, на 7-й день сняты были швы, такъ какъ они разошлись.

Края фистулы и стѣнки влагалища снова покрылись обильными налетами. Снова были назначены рукавные души, подмываніе, смазываніе налетовъ liq. ferri sesquichlor. и т. д.

Такое леченіе безъ благопріятныхъ результатовъ продолжалось почти мѣсяць т. е. до 17 іюля, когда, наконецъ, потерявъ надежду добиться скорого и полного очищенія влагалища отъ налетовъ, подъ хлорформомъ, сначала тщательно была выскоблена острой ложечкой вся слизистая оболочка влагалища, а затѣмъ была зашита фистула. На второй день моча снова стала течь произвольно, а на 4-й день опять появились налеты. Пришлось обратиться вновь къ тому-же мѣстному лѣченію, а внутрь кромѣ того былъ назначенъ lythium carbon. и Эссендуки.

21 іюля мною было примѣнено для очищенія влагалища постоянное орошеніе, предложенное проф. *Н. А. Толочиновымъ*. Уже съ первыхъ дней примѣненія постоянного орошенія картина рѣзко измѣнилась: появившіеся были налеты быстро стали исчезать; боль, вызываемая раньше мочей, которая попадала въ трещины и раздражала ихъ, почти моментально прекратилась, да и сами трещины быстро стали заживать. Благодаря прекращенію постоянно бывшихъ раньше болей, самочувствіе больной замѣтно улучшилось, появились сонъ и аппетитъ, силы больной стали быстро прибывать. Въ какія нибудь 6—7 дней налеты во влагалищѣ совершенно исчезли, трещины задняго прохода зажили; стѣнки влагалища стали мягче, гораздо эластичнѣе, оставалась только краснота и нѣкоторая чувствительность при введеніи пальца. Рѣзкій запахъ разлагающейся мочи, который отравлялъ воздухъ и дѣлалъ совершенно невозможнымъ держать больную въ общей палатѣ, теперь окончательно исчезъ. 29 іюля, т. е. на 13-й день послѣ операциі сняты были швы, при чемъ оказалось, что фистула нѣсколько сѣззилась, края ея совершенно чисты. Постоянное орошеніе продолжалось до 11-го августа, когда была сдѣлана снова fistulographia; въ это время отверстіе фистулы было нѣсколько больше булавоочной головки, т. е. фистула подъ вліяніемъ орошенія значительно сѣззилась. На 10-й день послѣ операциі больная выписалась: мочится произвольно, фистула

почти совершенно закрылась, моча идетъ непроизвольно только по каплямъ. Спустя мѣсяць послѣ выписки А-ной я частнымъ образомъ узналъ, что она чувствуетъ себя прекрасно, моча теперь непроизвольно совершенно не течетъ.

Вышеприведенный случай представляетъ особый интересъ, потому что здѣсь примѣнялся и тотъ и другой методы лечения.

2) Второй случай относится къ крестьянкѣ, Е--аго уѣзда, Г--вой, 35 л., поступившей въ Родовспомогательный Домъ 22/х 93 г. По словамъ больной она 6 мѣсяцевъ тому назадъ родила; роды были трудные. Вскрѣ послѣ родовъ больная замѣтила, что у ней непроизвольно стала течь моча. При гинекологическомъ осмотрѣ больной оказалось, что все влагалище сплошь покрыто налетами сѣрватаго цвѣта и осадками мочекислыхъ солей; на передней стѣнкѣ—фистула величиною въ 1 смт., ведущая въ мочевой пузырь. Больной было назначено то лѣчение, которое раньше практиковалось въ Родовспомогательномъ Домѣ, т. е. нѣсколько разъ въ день рукавныя души, смазываніе налетовъ различными прижигающими средствами и механическое удаленіе ихъ; внутрь Эссен-туки и *lythium carbonic.*

Не смотря на самое тщательное примѣненіе всѣхъ этихъ мѣръ—очищеніе поля операціи влагалища подвигалось весьма медленно; сонъ и аппетитъ отсутствовали, самочувствіе больной угнетено; 14/х 93 г., т. е. пролѣжившись три недѣли, больная, потерявъ надежду на скорое выздоровленіе, выписалась (больной) домой съ едва замѣтнымъ улучшеніемъ.

Этотъ случай, описанный мной кратко, я привожу съ цѣлью показать, какъ иногда малодѣйствительнымъ является прежній методъ лѣченія запущенныхъ пузырно-влагалищныхъ фистулъ.

3) Зыранка, М. П—ва, 24 л., замужемъ 2 года; дѣтей было двое; послѣдняго родила 1½ мѣс. тому назадъ. По словамъ больной она три дня мучилась родами, въ концѣ концовъ ребенка извлекъ по частямъ докторъ. Послѣ родовъ появилось постоянное непроизвольное истеченіе мочи, что и заставило больную обратиться за помощью въ Родовспомогательный Домъ. При осмотрѣ больной оказалось слѣдующее: больная хорошо упитана; грудные и брюшные органы нормальны. Внутренняя поверхность бедеръ мацерирована, красна, покрыта слизистой массой и мочекислыми солями; также мацерированными представляются и наружные половые органы. Влагалище почти на всемъ протяженіи покрыто налетами сѣрватаго цвѣта; стѣнки влагалища набухшия; при введеніи пальца довольно сильная болѣзненность. На передней стѣнкѣ влагалища воронкообразное отверстіе, ведущее въ мочевой пузырь, величиною въ 1 смт. Отъ больной на далекое разстояніе распространяется сильный запахъ разложившейся мочей. Лѣченіе этой больной было прямо начато съ постояннаго орошенія влагалища 2% борной

кислотой. Подъ вліяніемъ орошенія больная быстро стала поправляться налеты быстро исчезали, внутренняя поверхность мало по малу принимала надлежащій видъ. На 10-й день, при осмотрѣ—влагалище оказалось совершенно чистымъ; на мѣстѣ бывшихъ налетовъ—свѣжая кровотокающая поверхность. На 17-й день послѣ поступления больной была сдѣлана операція *fistulographia*. Въ продолженіи 5 дней больная лежала сухая; мочу два раза въ сутки выпускали катетеромъ, а мочевой пузырь выполаскивали 3% растворомъ ас. borici (моча была мутная, съ сильнымъ амміачнымъ запахомъ). На 6-й день моча стала течь произвольно, а потому на 7-й день сняты были всѣ швы, при чемъ оказалось, что одинъ шовъ разошелся—получилась фистула величинаю съ булавочную головку; края фистулы представляютъ гноящуюся поверхность. Снова было назначено орошеніе, подъ вліяніемъ котораго фистула стала все болѣе и болѣе суживаться и на 13-й день послѣ операціи фистула совершенно исчезла. Въ первое время больная сама не могла мочиться; приходилось выпускать мочу катетеромъ. Больная пробыла въ Родовспомогательномъ Домѣ еще мѣсяць, такъ какъ захворала *influenz'eй*, въ это время въ продолженіи почти двухъ недѣль больная немогла удерживать мочи, образовался какъ бы парезъ *sphincter'a* мочевого пузыря. При выпискѣ больной не было и слѣда бывшей фистулы.

Вотъ и всѣ случаи, которые находились подъ моимъ наблюденіемъ; правда ихъ немного, но мнѣ кажется, они достаточно характерны, чтобы видѣть преимущество постоянного орошенія, какъ подготовительнаго лѣченія мочевыхъ фистулъ, передъ другими способами.

Самая техника примѣненія постоянного орошенія приблизительно такая-же, какъ и въ Харьковской клиникѣ проф. *Н. А. Толчинова*. Бралась обыкновенная стеклянная кружка съ длиннымъ каучуковымъ рукавомъ, оканчивающимся краномъ; на свободный конецъ этого крана надѣвался мягкій *Nelaton'овскій* катетеръ. Въ кружку наливается 2% растворъ борной кислоты  $t^{\circ} 30^{\circ}$ — $35^{\circ}$  R., затѣмъ открываютъ кранъ настолько, чтобы жидкость вытекала изъ катетера каплями. Затѣмъ катетеръ вводится черезъ уретру въ мочевой пузырь и тамъ оставляется. Чтобы при движеніи больной изъ мочевого пузыря не выпалъ катетеръ, этотъ послѣдній полосками липкаго пластыря прикрѣпляется къ внутренней поверхности бедеръ больной. Больная лежитъ на подкладномъ суднѣ, на которое во избѣжаніе сильнаго давленія предварительно кладется резиновый кругъ; для большаго удобства больной подъ поясицу подкладывается подушка. По мѣрѣ накопленія жидкости въ суднѣ, она посредствомъ сифона переливается въ

другое судно, такъ что постоянно беспокоить больную не приходится. Обыкновенно больныя легко переносятъ такое положеніе; правда, первое время онѣ жалуются на нѣкоторую неловкость, но потомъ скоро привыкають, благодаря улучшенному самочувствію, къ нѣсколько неудобному положенію. Часа на 2—3 въ сутки больнымъ давался отдыхъ; катетеръ вынимался и подвергался чисткѣ. Никакихъ неблагоприятныхъ послѣдствій отъ примѣненія постоянного орошенія наблюдать не приходилось.

Въ заключеніи я настойчиво рекомендую примѣнять постоянное орошеніе, какъ подготовительное леченіе запущенныхъ случаевъ пузырьно-влагалищныхъ фистулъ для ихъ дальнѣйшаго оперативнаго лѣченія. Я убѣжденъ, что всякій испытавшій этотъ методъ лѣченія останется вполне доволенъ полученными результатами. Мнѣ кажется, что въ земской практикѣ въ особенности, примѣненіе постоянного орошенія съ цѣлью подготовительнаго лѣченія пузырьно-влагалищныхъ фистулъ представляетъ драгоценное, незамѣнимое средство во 1-хъ,— потому, что по простотѣ техники легко можетъ быть примѣняемо въ любой больничкѣ; во 2-хъ,— не требуетъ затраты ни времени, ни рукъ врача; въ 3-хъ,— даетъ возможность помѣщать фистулезныхъ больныхъ въ общія палаты, такъ какъ при примѣненіи постоянного орошенія положительно нѣтъ никакого запаха и наконецъ въ 4-хъ,— быстро и вѣрно очищаетъ поле операціи, благодаря чему больныя долго не задерживаются въ больницахъ, что, при малочисленности коекъ, имѣетъ громадное значеніе.

#### IV.

### Къ вопросу о придаточныхъ Фаллопиевыхъ трубахъ и отверстіяхъ (*tubae accessoriae et ostia accessoria, Nebentuben*).

Н. Н. Кубе.

Не смотря на то, что придаточныя трубы и отверстія не составляютъ рѣдкости, мнѣ въ русской литературѣ не удалось найти описанія случаевъ этой интересной аномаліи. Что касается иностранной литературы, то первое изслѣдованіе по этому вопросу было произведено во Франціи въ 1851 году *A. Richard*'омъ<sup>1)</sup>, который нашелъ ихъ въ 5-ти случаяхъ изъ 30-ти; придаточныя отверстія въ его наблюденіяхъ были расположены на разстояніи отъ нѣсколькихъ миллиметровъ до 2—3 снт. отъ абдоминальнаго отверстія Фаллопиевой трубы, во всѣхъ 5-ти случаяхъ зондъ проходилъ чрезъ придаточное отверстіе въ просвѣтъ трубы и придаточныя отверстія были во всѣхъ случаяхъ окаймлены ясно выраженными фимбріями. Случаи *Richard*'а распредѣляются слѣдующимъ образомъ: первый принадлежитъ плоду послѣднихъ мѣсяцевъ беременности, 2-й относится къ 15-ти лѣтней еще не менструировавшей дѣвушкѣ, при чемъ въ обоихъ этихъ случаяхъ находятся на главной трубѣ рядомъ съ абдоминальнымъ ея отверстіемъ еще 2 придаточныхъ отверстія; остальные 3 случая принадлежатъ взрослымъ женщинамъ: у каждой по одному придаточному

---

<sup>1)</sup> Gazette médicale de Paris, 1851, № 26, (28 Juin).—Anatomie des trompes de l'utérus chez la femme, Thèse de Paris, 1851, (Цит. по *Ammann*'у).



отверстію. Въ Германіи *Merkel* <sup>2)</sup> въ 1856 году первый обратил вниманіе на эту аномалію, въ короткое время ему встрѣтились 4 случая съ придаточными отверстіями. Слѣдующія указанія находимъ у *Rokitansk'*аго <sup>3)</sup>, который говоритъ, что придаточныя отверстія встрѣчаются довольно часто.

*Waldeyer* <sup>4)</sup> присоединяется къ этому мнѣнію. *Henning* <sup>5)</sup> находилъ придаточныя отверстія въ 3<sup>0</sup>/о. *Henle* <sup>6)</sup> наблюдалъ ихъ въ большомъ числѣ препаратовъ только одинъ разъ. *Henle* и *Henning* первые говорятъ о придаточныхъ трубахъ и называютъ ихъ *Nebenleiter*. *Nagel* <sup>7)</sup> упоминаетъ о двухъ случаяхъ. Въ послѣднее время въ нѣмецкой печати появились двѣ обстоятельныя работы, относящіяся къ интересующему насъ вопросу, а именно въ 1892 году *Amann jr.* въ статьѣ своей «*Beiträge zur Morphogenese der Müller'schen Gänge und über accessorische Tubenostien*» <sup>8)</sup> описалъ одинъ случай съ прибавочнымъ отверстіемъ и 2 съ придаточными трубами, найденными имъ въ 130 препаратахъ; кромѣ того онъ описалъ еще одинъ случай прибавочнаго отверстія, хранящійся въ коллекціи Мюнхенской клиники женскихъ болѣзней. Микроскопическихъ изслѣдованій придаточныхъ трубъ какъ *Amann'*омъ, такъ и предыдущими авторами не было сдѣлано. Другая изъ болѣе новыхъ работъ принадлежитъ берлинскому профессору *Kossmann'*у. Въ работѣ этой, озаглавленной «*Ueber accessorische Tuben u. Tubenostien*» <sup>9)</sup> *Kossmann* сообщаетъ, что онъ находилъ придаточныя трубы и отверстія въ 4—10<sup>0</sup>/о всѣхъ бывшихъ у него случаевъ. Его изслѣдованія сводятся къ слѣдующему: «Придаточныя трубы бываютъ съ просвѣтомъ и безъ таковаго; просвѣтъ придаточныхъ трубъ никогда не сообщается съ просвѣтомъ главной трубы, но можетъ открываться въ брюшную полость; въ послѣднемъ случаѣ всегда существуютъ фимбріи; но бываютъ придаточныя трубы безъ просвѣта, но снабженныя фимбріями. Пучки

<sup>2)</sup> Beitrag zur pathologischen Entwicklungsgeschichte der weiblichen Genitalien. Inaugural-Dissertation. Erlangen 1856 (Цит. по *Amann'*у).

<sup>3)</sup> Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, 1859, № 32.

<sup>4)</sup> „Eierstock u. Ei.“ Leipzig. 1870.

<sup>5)</sup> „Krankheiten der Eileiter“ 1876.

<sup>6)</sup> Handbuch der Eingeweidelehre. Braunschweig. 1886.

<sup>7)</sup> „Ueber die Entwicklung des Urogenitalsystems des Menschen“. Archiv für microscopische Anatomie, Bd. XXXIV, 1890.

<sup>8)</sup> Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie, Bd. XXIX, 1894.

<sup>9)</sup> Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie, Bd. XXIX, 1894.

фимбрий, сидящие непосредственно на главной трубѣ, могутъ окружать придаточное отверстіе, но послѣдняго можетъ и не быть. Придаточныя трубы съ со всѣхъ сторонъ закрытымъ просвѣтомъ могутъ кистовидно переродиться. Въ послѣднемъ случаѣ онѣ могутъ вырости до размѣровъ такихъ кистъ, которыхъ очень легко смѣшать съ пароваріальными. Возможно, что всѣ такъ называемыя пароваріальныя кисты суть не что иное какъ кистовидно-перерожденныя придаточныя трубы». Что касается до клиническихъ наблюдений, то въ концѣ прошлаго года проф. *Sänger*<sup>10)</sup> наблюдалъ придаточное отверстіе при производствѣ Кесарскаго сѣченія. Этотъ случай будетъ нами описанъ ниже. Этимъ и оканчивается краткій перечень тѣхъ случаевъ придаточныхъ отверстій и трубъ, которыхъ мнѣ удалось найти въ литературѣ.

Матеріаломъ для моихъ изслѣдованій послужили мнѣ придатки внутреннихъ половыхъ органовъ отъ 78 женщинъ, умершихъ въ больницахъ—Петропавловской, Маріинской, Александровской для чернорабочихъ, Обуховской и клиническомъ военномъ госпиталѣ. Изъ этого числа мы нашли 6 случаевъ съ прибавочными отверстіями и въ 13 мы наблюдали такъ называемыя *ragasalrunx* или прибавочныя трубы. Изъ сопоставленія названныхъ цифръ мы получаемъ для прибавочныхъ отверстій 7,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а для придаточныхъ трубъ 16,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> находженія.

Что касается до прибавочныхъ отверстій, то въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, наблюдалось всегда только по одному отверстию, при чемъ въ четырехъ случаяхъ, оно находилось на правой трубѣ, а въ двухъ—на лѣвой. Во всѣхъ шести случаяхъ, придаточныя отверстія были расположены на верхней периферіи трубы на разстояніи отъ 3 до 12 мм. отъ абдоминальнаго отверстія послѣдней и окружены фимбріями, образующими кольцо или большею частью, болѣе или менѣе ясно выраженную воронку. Во всѣхъ случаяхъ, придаточныя отверстія позволяли тонкому зонду безъ всякаго насиія проникать въ просвѣтъ главной трубы, какъ по направленію къ маточному, такъ и къ абдоминальному ея концамъ.

Въ трехъ случаяхъ, на мѣстѣ находженія придаточныхъ отверстій, главная труба была согнута (упоминаемъ объ этомъ

<sup>10)</sup> Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie, Band. I, Heft 1. Januar. 1895.

обстоятельствѣ въ виду мнѣнія *Rokitansky*'аго о механизмѣ происхожденія прибавочныхъ отверстій, о чемъ впрочемъ рѣчь будетъ ниже). Подъ микроскопомъ строеніе прибавочныхъ фимбрій, ни чѣмъ не отличалось отъ строенія фимбрій окружающихъ погmatiter абдоминальное отверстіе трубъ, т. е. онѣ состояли изъ слизистой оболочки, мышечной ткани съ прослойками изъ соединительной ткани и обильнаго количества сосудовъ разныхъ калибровъ и непрерывность между слизистой оболочкой, выстилающей придаточныя фимбрии и слизистой главной трубы, выступала безъ всякихъ сомнѣній.

Что касается до *tuba accessoria*, то на 13 препаратахъ была 31 прибавочная труба, такъ что въ среднемъ, на каждый препаратъ приходилось по 2,4 прибавочныхъ трубы, въ одномъ случаѣ ихъ было даже 4 на одной лѣвой сторонѣ. Придаточныя трубы, *ragasalrunx* или *Nebentuben* нѣмцевъ, наблюдались въ самыхъ разнообразныхъ формахъ; это по большей частью были привѣски, сидѣвшіе то на самой периферіи трубы, то на протяженіи широкой связки. Привѣсокъ состоялъ изъ основанія, образованнаго тѣмъ мѣстомъ, на которомъ сидѣлъ, (оболочкой трубы, листкомъ широкой связки) изъ ножки различной толщины и длины (длина ножекъ колебалась между 3 и 17 мм.) и головки, имѣющей кругловатую или нѣсколько овоидную форму. Сплошь и рядомъ головка состояла изъ пучка, то мало замѣтныхъ, то ясно выраженныхъ фимбрій, иногда онѣ были расположены воронкообразно, но зонда никогда не пропускали. На трехъ препаратахъ мы имѣли случай наблюдать кистовидное перерожденіе головокъ. Два раза намъ встрѣтились пучки фимбрій, сидящихъ непосредственно на трубѣ и такъ какъ онѣ не окружали прибавочное отверстіе, то и такіе случаи были отнесены нами къ категоріи *tuba accessoria* <sup>11)</sup>.

При микроскопированіи привѣски или *Nebentuben* оказались слѣдующаго строенія: верхушка головки покрыта довольно высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, подъ которымъ находится довольно толстый слой рыхлой волокнистой ткани по строенію совершенно похожей на слизистую оболочку. Спускаясь съ верхушки головки на болѣе отлогія мѣста эпителий дѣлается

<sup>11)</sup> См. рисунки.

низкоцилиндрическимъ, а покрывая отлогія части головки вблизи шейки и самую шейку онъ имѣеть уже кубическую почти плоскую форму, основаніе же покрыто по поверхности исключительно низкимъ кубическимъ эпителиемъ съ большимъ ядромъ. Пониженію цилиндрическихъ эпителиальныхъ клѣтокъ соотвѣтствуетъ и постепенное уменьшеніе толщины рыхлой волокнистой ткани, лежащей подъ эпителиемъ, которая въ концѣ концовъ превращается въ очень тонкій едва замѣтный слой. Идя снаружи внутрь за слизистой оболочкой слѣдуетъ мышечная ткань, расположенная всего болѣе въ продольномъ и лишь изрѣдка въ циркулярномъ направленіи. Строма головки состоитъ изъ зрѣлой соединительной ткани, пронизанной въ обильномъ количествѣ капиллярами, мелкими артеріями и нѣсколько расширенными венами. Въ случаѣ наличности на головкѣ фимбриоподобныхъ образований микроскопъ даетъ картину, представляющей собою строеніе фимбрій Фаллопиевой трубы. Ножка состоитъ изъ старой соединительной ткани среди которой лишь изрѣдка заложены скудные мышечные пучки; въ нѣкоторыхъ случаяхъ здѣсь проходили въ продольномъ направленіи очень крупныя сосуды. Наконецъ основаніе *tubarum accessoriarum* состоитъ изъ соединительной ткани съ большимъ количествомъ сосудовъ самыхъ разнообразныхъ калибровъ до весьма крупныхъ включительно и мышечной ткани, преимущественно въ видѣ продольныхъ пучковъ. Что касается жировой ткани, которую нашелъ въ *Nebentuben* проф. *Kossmann*, то мы нашли ее изъ 10 микроскопированныхъ случаевъ только 2 раза и то въ очень ограниченномъ количествѣ, при чемъ жировая ткань располагалась въ одномъ случаѣ въ видѣ одиночнаго фокуса, въ другомъ—въ видѣ нѣсколькихъ. Ни въ одномъ изъ микроскопированныхъ нами случаевъ не удалось найти просвѣта ни въ головкѣ и тѣмъ паче ни въ ножкѣ.

Интересны мнѣнія авторовъ, объ исторіи развитія интересующихъ насъ придатковъ, обоснованныя нѣкоторыми просто на различнаго рода чисто апіорныхъ предположеніяхъ, другими же на тщательно изслѣдованной микроскопической картинѣ. Въ мои планы, само собою, не входитъ намѣреніе произвести критическую оцѣнку относящихся сюда работъ, я лишь позволю себѣ сопоставить взгляды и мнѣнія авторовъ о про-

исхожденіи и первомъ развитіи придаточныхъ отверстій и трубъ.

Но прежде всего необходимо въ нѣсколькихъ словахъ упомянуть о нынѣ существующемъ взглядѣ на развитіе мочеполоваго аппарата: первичная почка (*Vorniere, Pronepros Balfour'a*) представляетъ самую примитивную форму мочеполоваго аппарата у позвоночныхъ. Она образуется въ началѣ въ видѣ желобообразнаго раздвоенія грудно-брюшной полости или въ видѣ сплошнаго валика. Въ первомъ случаѣ края желоба соприкасаются между собою только въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, въ послѣднемъ случаѣ образуется въ валикѣ просвѣтъ, сообщающійся во многихъ мѣстахъ съ грудно-брюшной полостью. Въ обоихъ случаяхъ получается одинъ и тотъ же эффектъ. Изъ одного изъ этихъ отверстій образуется главный протокъ первичной почки, который растетъ и въ концѣ концовъ доходитъ до клоаки. Въ стѣнку этого протока вростааетъ сосудистый клубокъ, выпячивая передъ собою стѣнку протока и образуя нѣчто похожее на Мальпигіево тѣльце. Такимъ образомъ первичная почка превращается въ секреторный органъ. Изъ этой первичной почки образуется вторичная (*Urniere, Mesonephros Balfour'a*) или *Вольфово* тѣло, состоящее изъ попарно въ извѣстномъ разстояніи другъ отъ друга расположенныхъ канальцевъ, соединяющихся съ одной стороны съ Мальпигіевыми клубочками, а съ другой съ просвѣтомъ главнаго протока, выводнаго или такъ называемаго *Вольфова* протока. Передняя часть вступаетъ теперь въ извѣстныя отношенія къ половому аппарату, въ ней не развиваются Мальпигіевы тѣльца или въ случаѣ ихъ существованія они облитерируются; у мужчины канальцы этой части *Вольфова* тѣла входятъ въ видѣ *vasa efferentia* въ сообщеніе съ *testes*, образуя такимъ образомъ *epididimis*. У женщины же передняя часть *Вольфова* тѣла перестаетъ функционировать и остается въ видѣ рудиментарнаго органа, заложеннаго въ *ligamentum latum* между трубой и яичникомъ—*corpus Rosenmulleri* (*parovarium Kobell'a, paroophoron Henning'a*) или *epoophoron* (*Waldeyer*). Послѣ образованія постоянной почки (*metanephros Balfour'a*) вторичная уже теряетъ свое значеніе, перестаетъ функционировать и остается въ видѣ рудимента, у женщинъ подъ названіемъ *paroophoron'a*, а у мужчинъ въ видѣ

parapididimis или paradydimis или corpusin nominatum *Giraldés*. Рядомъ съ *Вольфовымъ* протокомъ образуется *Мюллеровъ* протокъ; у женщинъ, какъ извѣстно, изъ него образуются tubae, uterus и vagina, *Вольфовъ* же протокъ у нихъ теряетъ функцію и значеніе, а остатки его заложены въ ligamentum latum въ видѣ *Gartner'*овскаго хода. У мужчинъ изъ *Вольфова* протока образуются vas deferens.

Послѣ этого небольшого уклоненія вернемся опять къ нашему вопросу.

*Richard*<sup>12)</sup> говоритъ въ своей работѣ, что придаточныя отверстія не суть образованія патологическія и что онѣ повремени происхожденія принадлежатъ тому періоду когда *Мюллеровъ* протокъ образуется на латеральной сторонѣ *Вольфова* тѣла. Изслѣдованія *Rokitansky'*аго<sup>13)</sup>, по этому поводу сводятся приблизительно къ слѣдующимъ результатамъ: придаточныя отверстія развиваются безъ всякаго сомнѣнія уже intra uterum (случай *Richard'*а), но можно предположить, что онѣ образуются и extra uterum и можетъ быть въ особенности часто во время половой зрѣлости; онѣ происходятъ, по мнѣнію автора, вслѣдствіе разрыва перегнутой и на мѣстѣ перегиба истонченной трубы, слизистая оболочка со всѣми своими складками выворачивается на этомъ мѣстѣ чрезъ отверстіе разрыва наружу въ брюшную полость и изъ этой вывороченной слизистой оболочки образуются фимбрии, окружающія происшедшее такимъ образомъ придаточное отверстіе. Отсутствіе воспаления, которое должно было бы сопровождать такой процессъ, онъ объясняетъ медленностью теченія этого процесса. Происхожденіе перегиба трубы онъ объясняетъ первоначальной короткостью той части брюшинной дубликатуры, которая покрываетъ наружную часть трубы или которая переходитъ отъ свободнаго конца трубы на яичникъ. *Rokitansky* допускаетъ возможность прохожденія оплодотворенныхъ яицъ чрезъ такого рода придаточныя отверстія въ брюшную полость и происходящаго вслѣдствіе этого внѣматочнаго забеременванія. Что же касается до придатковъ сидящихъ на широкой связкѣ, то онъ говоритъ, что они происходятъ изъ парова-

<sup>12)</sup> l. с.

<sup>13)</sup> l. с.

риальных мѣшечковъ и канальцевъ, расположенныхъ въ *ligamentum latum* вблизи яичника, если же придатки сидятъ около трубы, то такого рода явленіе происходитъ, по его мнѣнію, вслѣдствіе сдвиганія придатковъ во время роста съ ихъ обыкновеннаго мѣстоположенія. Въ случаѣ придатки снабжены пучкомъ фимбрій, то это опять таки произошло вслѣдствіе разрыва известной части придатка и выворачиванія слизистой оболочки наружу<sup>14)</sup>. *Waldeyer*<sup>15)</sup> объясняетъ происхождение придаточныхъ отверстій отдѣленіемъ небольшой части отъ воронкообразнаго углубленія, которое находится на мочеполовомъ валикѣ и изъ котораго впоследствии образуется *Мюллеровъ* протокъ. *v. Michalkowicz* и *Nagel*<sup>16)</sup> думаютъ что придаточныя отверстія и трубы образуются изъ вторичнаго углубленія зародышеваго эпителия мочеполоваго валика рядомъ съ первичнымъ, изъ котораго образуется *Мюллеровъ* протокъ и что это вторичное углубленіе раньше или позже соединяется съ протокомъ, происшедшимъ изъ первичнаго углубленія, *Amann jr.*<sup>17)</sup> смотритъ нѣсколько иначе, чѣмъ другіе авторы, на первое развитіе *Мюллерова* протока и потому я не считаю лишнимъ передать его взглядъ на происхождение протока: по мнѣнію названнаго автора, этотъ протокъ развивается изъ зародышеваго эпителия на латеральной сторонѣ первичной почки такимъ образомъ, что въ сильно утолщенномъ зародышевомъ эпителиѣ, образуются продольно относительно оси плода расположенные канальцы, числомъ чаще всего не болѣе трехъ, эти канальцы оканчиваются слѣпо у головнаго и хвостоваго ихъ концовъ; болѣе дорзально расположенный каналецъ находится въ прямомъ соприкосновеніи съ эпителиемъ *Вольфова* протока и вотъ этотъ то каналецъ и составляетъ первый стадій развитія *Мюллерова* протока и *Amann* думаетъ, что придаточныя трубы и отверстія образуются изъ одновременно и параллельно съ *Мюллеровымъ* протокомъ развивающихся канальцевъ, числомъ отъ одного до двухъ, рѣдко трехъ. *Kossmann*<sup>18)</sup> также думаетъ, что аксессуарныя отверстія и трубы суть сверх-

<sup>14)</sup> Lehrbuch der pathologischen Anatomie, p. 434.

<sup>15)</sup> l. c.

<sup>16)</sup> l. c.

<sup>17)</sup> l. c.

<sup>18)</sup> l. c.

счетныя эмбриональныя образования, развивающіяся одновременно съ главной трубой. Въ своей послѣдней работѣ: «Zur Pathologie der Uterinenreste des Weibes<sup>19)</sup>» проф. *Kossmann* проводитъ взглядъ, что всѣ интралигаментарныя кисты, величиною больше боба, происходятъ изъ придаточныхъ трубъ, другими словами, среднія и большія интралигаментарныя кисты суть паратубарнаго происхожденія; всѣ же другіе авторы производятъ эти кисты изъ раговаріум'а (*Spiegelberg, Duplay, Kilian, Klebs, Lesavre, Coblenz* и много другихъ авторовъ). Это мнѣніе проф. *Kossmann*'а, требуетъ понятна еще дальнѣйшаго подтвержденія, основаннаго на тщательномъ изслѣдованіи большаго матеріала.

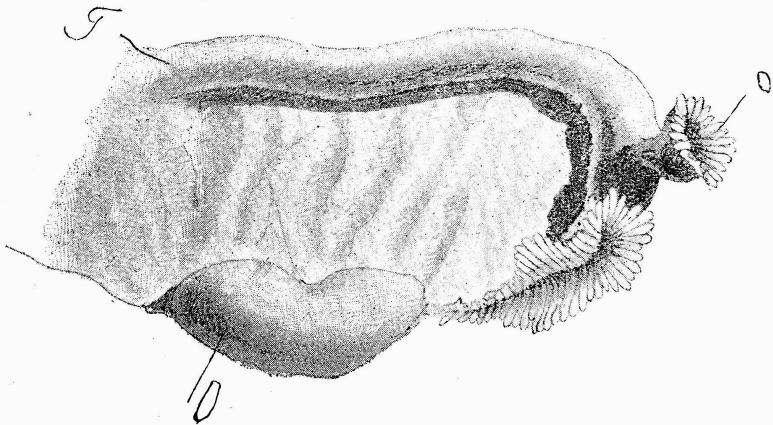
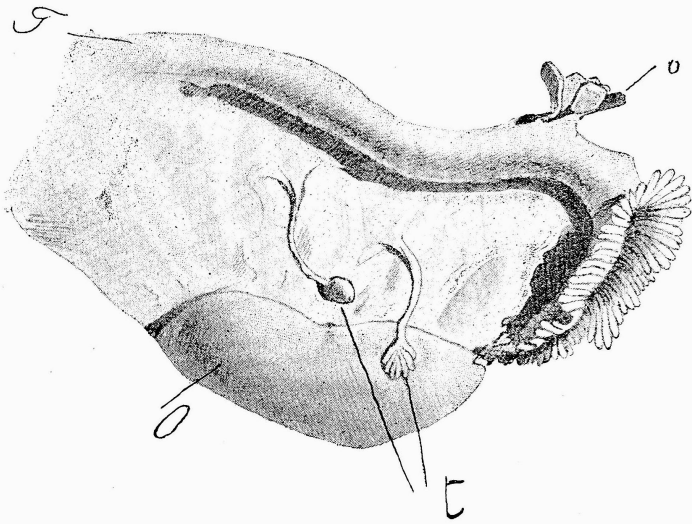
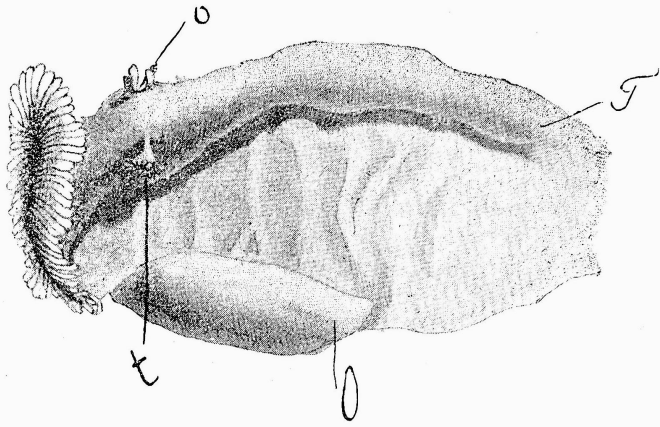
Подъ конецъ я позволю себѣ еще упомянуть объ одной весьма важной роли, которую могутъ играть придаточныя отверстія, а именно они могутъ принять на себя физиологическую функцію абдоминальнаго отверстия главной трубы, т. е. захватить зрѣлое яйцо и провести его въ трубу и матку.

Замѣчательно наглядный примѣръ такой викарной, если можно такъ выразиться, дѣятельности придаточныхъ отверстій даетъ намъ проф. *Sänger*<sup>20)</sup> въ описаніи произведеннаго имъ Кесарскаго чревосѣченія по случаю абсолютнаго препятствія для рожденія плода чрезъ естественныя родовыя пути. Послѣ удаленія ребенка изъ матки и зашиванія маточной раны проф. *Sänger* приступилъ къ отысканію препятствія для родовъ и осмотру маточныхъ придатковъ. Препятствіе состояло въ опухоли, величиною въ кулакъ, сидящей въ заднемъ дугласѣ. Правая труба толщиною въ мизинецъ направлена назадъ и внизъ, абдоминальная часть ея теряется въ дугласѣ въ плотныхъ соединительно-тканыхъ разрошеніяхъ. Праваго яичника не удалось найти. Лѣвая труба направлялась дугообразно кнаружи и внизъ также въ Дугласово пространство и абдоминальный ея конецъ былъ также погруженъ въ плотныя соединительно-тканые разрошенія. Приблизительно на серединѣ свободной оставшейся трубы на разстояніи 7 снт. отъ матки на-

<sup>19)</sup> Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie, Band I, Heft 2 Februar, 1895.

<sup>20)</sup> Monatsschrift für Geburtshülfe u. Gynäkologie, Bd I, Heft 1. Januar 1895. „Conception durch ein accessorisches Tuben-Ostium“.





ходило ясно выраженное придаточное отверстие, окруженное фибриями, позади этого мѣста былъ расположенъ лѣвый яичникъ. Последнее поступленіе зрѣлаго яйца въ трубу могло такимъ образомъ за неимѣніемъ другаго пути произойти только черезъ придаточное отверстие.

ОБЪЯСНЕНІЕ РИСУНКАМЪ:

- T** — Фаллопіева труба.  
**⊖** — Яичникъ.  
**t** — придаточная труба.  
**⊙** — придаточное отверстие.

## V.

### Случай множественной саркомы влагалища (*Sarcoma multiplex globocellulare alveolare vaginae* \*).

Гр. Егорова.

Въ то время, какъ матку съ какою то особенною любовью поражаютъ новообразованія самаго разнообразнаго свойства, рукавъ онѣ какъ-бы щадятъ. И вообще, самостоятельныя новообразованія влагалища, которыя бы не выходили изъ матки, мочеваго пузыря и прямой кишки, принадлежатъ къ довольно рѣдкимъ явленіямъ въ гинекологической практикѣ (*Горвицъ*). Слизистые полипы, фибромы, фиброміомы, міомы и кисты влагалища—новообразованія доброкачественнаго характера по *Kiwisch*'у, *Schröder*'у, *Горвицу*, *Fritsch*'у, *Küstner*'у, *Славянскому* и др. принадлежатъ къ такимъ исключительнымъ рѣдкостямъ, что ихъ «можно считать скорѣе анатомико-патологическимъ курьезомъ, чѣмъ объектомъ клиническаго наблюденія». И злокачественныя первичныя новообразованія влагалища—саркомы, раки, бугорчатка тоже принадлежатъ къ явленіямъ не болѣе частымъ, такъ что авторы въ клиникахъ насчитываютъ ихъ единицами, а инымъ даже ни разу не приходилось и наблюдать нѣкоторыя изъ этихъ новообразованій. *Горвицъ* говоритъ, что онѣ «не наблюдалъ ни одного случая, въ которомъ бы саркома развивалась въ рукавѣ самостоятельно». *Kiwisch* въ своемъ руководствѣ женскихъ болѣзней и не упоминаетъ о саркомѣ влагалища. Проф. *Славянский* говоритъ,

---

\*) Читано и микроскопическіе препараты показаны въ Засѣданіи Общества Курскихъ врачей, 20 марта 1895 г.

что первичные раки во влагалищѣ встрѣчаются 1 на 1000 гинекологическихъ больныхъ. Съ 1884 по 1891 академическій годъ въ гинекологической клиникѣ больницы Баронетта *Виллие* изъ 677 стационарныхъ гинекологическихъ больныхъ (новообразованій въ маткѣ 181 случай), съ первичными новообразованиями во влагалищѣ были только три случая (carcinoma vaginae)<sup>1)</sup>. Такъ рѣдки вообще первичныя новообразованія во влагалищѣ.... По этому всякій случай самостоятельнаго новообразованія въ рукавѣ, особенно, если натура его опредѣлена микроскопомъ, по своей рѣдкости долженъ имѣть извѣстный интересъ въ гинекологической литературѣ.

24-го декабря прошлаго 1894 г., я былъ приглашенъ въ Курскѣ, къ больной Матренѣ С—вой, женѣ городского, истекавшей, по словамъ мужа, кровью. Прибывъ въ квартиру С—выхъ, я нашелъ больную въ кровати съ компрессомъ на головѣ; лице ея было мертвенно-блѣдное и пульсъ едва ощутимъ—до 150 въ мин., подолъ сорочки на ней и подстилка на кровати запачканы и пропитаны сухой и жидкой кровью между ногами тряпка тоже пропитанная кровью. Больная средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, отъ роду ей 35 лѣтъ, мѣсячныя крови стала носить съ 15 лѣтъ, но въ томъ году онѣ появлялись всего два раза, а съ 16 лѣтъ стали появляться правильно чрезъ 4 недѣли и продолжались всегда по 5 дней, выдѣлялись не въ большомъ количествѣ и были безболѣзненны; 19 лѣтъ вышла замужъ и на 21 году родила перваго ребенка. Всѣхъ родила она 6 человекъ дѣтей, изъ которыхъ первые 3 умерли (2—3 лѣтъ), а послѣднія живы. Послѣдніе роды были два года назадъ. Послѣ всѣхъ родовъ поправлялась всегда скоро и принималась за работу по дому дней чрезъ 8—10. Дѣтей всѣхъ сама кормила грудью и каждаго кормила не менѣе года, въ тоже время носила и крови, которыя появлялись недѣль чрезъ 6 послѣ родовъ. Лѣтъ 10 назадъ замѣтила она, что послѣ родовъ, именно послѣ вторыхъ, осталась у нея внизу живота опухоль, которая нисколько ее не беспокоила, была безболѣзненна, всегда ясно прощупывалась, подвижная, замѣтно не увеличивалась; съ ней потомъ родила она 4 дѣтей и теперь тоже ничуть она не беспокоитъ ее. Съ мая мѣсяца прошлаго года мѣсячныя крови у нея внезапно прекратились и не было ихъ до ноября, беременной же себя она въ это время не считала. Съ 1-го ноября безъ всякой видимой причины и совершенно безболѣзненно открылись у нея крови снова и пошли уже сильно, „попились“, шли не переставая и такое количество вышло ихъ, что она скоро стала чувствовать себя слабой: появилось головокруженіе и по временамъ бывало даже обморочное состояніе. И въ это-то время (когда полились крови) впервые стала она замѣчать, что, когда приходилось ей натуживаться, изъ половой щели выходилъ *кусокъ мяса*, который она ощупывала и даже видѣла. Когда открылось у нея кровотеченіе, начала она чувствовать и напираніе чего-то на низъ. Самостоятельныхъ же болей во влагалищѣ ни въ это время, ни вообще когда либо она не чувствовала. 14-го ноября, когда она присѣла, чтобы помочиться,

почувствовала, что въ кускѣ томъ что-то какъ будто лопнуло и струей полилась кровь, которой вышло въ это время столько, что она впала въ обморокъ. Съ этого времени стала она замѣчать, что верхушка *куска* (опухоли) сдѣлалась мягче и не такъ гладка, какъ прежде. Съ 18-го декабря у нея появилась лихорадка: нѣсколько разъ въ сутки бросало ее то въ жаръ, то въ ознобъ, стала болѣть постоянно голова, во рту сохло, появилась боль въ правомъ боку и открылось съ кашлемъ кровохарканье и она такъ ослабѣла, что съ трудомъ ворочалась въ постели. Кровотечение же изъ половой щели не останавливалось. Въ такомъ состояніи я нашелъ ее 24-го декабря.

Мочиспусканіе у нея всегда было безболѣзненно, но позывы въ послѣдніе 6—8 лѣтъ стали чаще, а отправленія кишечника немного задержаны. Бѣли появились лѣтъ 8 назадъ, но выдѣлялось ихъ небольшое количество, были иногда кровянисты, но небѣдки. Coitus всегда былъ безболѣзненъ и какихъ либо неприятныхъ или неловкихъ ощущеній она въ то время во влагалищѣ не испытывала.

При наружномъ изслѣдованіи я нашелъ: животъ плоскій, внизу немного ассиметричный—справа у лобковыхъ костей на глазъ замѣтно небольшое возвышеніе—при ощупываніи мягкой, безболѣзненный; надъ входомъ въ малый тазъ прощупывается подвижная, при надавливаніи совершенно безболѣзненная опухоль, величиною въ кулакъ, не гладкая и бугристая, а надъ лобкомъ прощупывается еще какъ бы отдѣльная, величиною въ куриное яйцо, легко подвижная опухоль, соединенная съ общей опухолью ножкой. Изъ половой щели выдѣляется кровянистая съ запахомъ жидкость. Въ передней части входа во влагалище, снт. на 1½ позади orificiі urethrae и лѣвѣе columna rugarum anteg., находится плотная какъ мясо опухоль, круглая, безболѣзненная, не флюктуирующая и не кровоточащая, величиною въ вишню; исходитъ она изъ стѣнки влагалища широкой мясистой ножкой. При натуживаніи изъ за этой передней опухоли изъ влагалища выпячивается вторая опухоль съ черною кровоточащею верхушкой. При ощупываніи опухоль эта исходитъ изъ задней стѣнки влагалища, занимая среднюю ея треть, круглая, величиною въ большую сливу, мясистомягкая и безболѣзненная. Широкое основаніе ея ничуть не представляетъ ввидѣ цилиндра или отрѣзка шара, влающагося въ полость влагалища. При совмѣстномъ изслѣдованіи per vaginam и per rectum опухоль эта исходитъ изъ толщи стѣнки влагалища, слизистая же оболочка гесті подъ ней подвижна. Наружный зѣвъ матки пропускаетъ конецъ пальца, губы его мягки, по бокамъ небольшіе разрывы. Тѣло матки, какъ прощупывалось и при наружномъ изслѣдованіи, стоитъ надъ входомъ въ малый тазъ, величиною въ кулакъ, неправильной формы, бугристо и особенно ясно бугристость эта прощупывается сзади и спереди. Передній бугоръ ввидѣ шара легко подвижный надъ лобкомъ, величиною въ куриное яйцо соединенъ со дномъ матки ножкой, толщиною въ палецъ. Вся матка легко подвижна. Въ сводахъ рукава и вообще въ тазовой клѣтчаткѣ другихъ какихъ припухлостей или уплотненій не замѣчается. Яичники не прощупываются. Зондъ за внутренній зѣвъ не проходитъ. Открытое маточными зеркалами *Simon'a*, влагалище ничего

новаго, о чемъ не было бы уже сказано, не представляетъ, а изъ полости матки выдѣляется густая кровянистая слизь, на губахъ ея небольшія эррозіи. Въ нижней долѣ праваго легкаго дыханіе не ясное, замѣтны мелкіе хрипы и здѣсь же небольшое притупленіе.

Когда начали расти опухоли во влагалищѣ у С—ой, она не знаетъ: опухоль въ глубинѣ влагалища она замѣтила, какъ уже упомянуто, съ 1 ноября прошлаго года, а о существованіи второй опухоли у входа во влагалище она и не подозрѣвала, пока я не указалъ ей на нее.

29 декабря я вмѣстѣ съ д-ромъ *К. Д. Поповымъ* удалилъ опухоль изъ задней стѣнки влагалища. Операция произведена безъ наркоза. Чтобы не было сильнаго кровотеченія во время операциі, основаніе опухоли я зажалъ большими щипцами *Pean'a* и самая опухоль частью острою ложечкой, частью ножницами удалена совершенно безкровно. На рану наложено было 5 глубокихъ и 5 поверхностныхъ шелковыхъ швовъ, но первичнаго заживленія на всей поверхности ея не послѣдовало: верхніе поверхностные и глубокіе 3 шва разошлись, нижній же уголь зажилъ безъ нагноенія. Съ перваго же дня послѣ операциі больная стала поправляться и на 10 день, ко дню снятія послѣднихъ швовъ, она на столько окрѣпла, что сама вставала съ постели, ходила по комнатѣ, чувствуя себя хорошо, и занималась даже мелкими дѣлами по хозяйству. Не удалилъ я вторую опухоль изъ влагалища потому, что не имѣлъ на то согласія больной.

24 января с. г. я навѣстилъ С—ву и нашель ее снова въ постели: она была очень слаба, сама не могла повернуться, сильно и часто кашляла, съ мокротой выдѣлялась темная густая кровь и жаловалась она на сильную боль въ лѣвомъ боку; пульсъ не сосчитывался, кожа сухая и горячая. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго прослушивалось слабое бронхиальное дыханіе и мелко-пузырчатые хрипы, здѣсь же замѣтно было и притупленіе. На ногахъ небольшіе отеки. Кровотеченія же изъ половыхъ органовъ не было и на боли въ нихъ она не жаловалась. Въ этотъ день я неосматривалъ *genitalia* больной. 3 февраля опять я видѣлъ С—ву: она слѣдалась немного какъ будто живѣе, капель рѣже, боли въ лѣвомъ боку чувствовалась легче и кровянистой мокроты выдѣлялось меньше, въ нижней долѣ лѣваго легкаго дыханіе яснѣе и притупленіе слабѣе, но отекъ ногъ увеличился, появилась жидкость въ брюшной полости и замѣтна небольшая отечность и желтизна лица. А, главное, что беспокоило въ это время больную, это—опухоль и боль у входа во влагалище. При осмотрѣ *genitalia externa*—прежняя небольшая опухоль, исходящая изъ передней стѣнки влагалища, выросла до величины средняго апельсина, выпячиваясь изъ влагалища и закрывая входъ въ него; опухоль красная, отечная, на ощупь мягкая какъ мясо и очень болѣзненная; на поверхности ея два темныхъ (некрозъ) кровотокащихъ пятна, величиною каждое въ серебрянный пятакъ. Изъ половой щели выдѣляется кровянистая слизь. На мѣстѣ вырѣзанной въ глубинѣ влагалища опухоли едва прощупывается рубецъ. Снова на предложеніе удалить и эту опухоль больная не согласилась. Болѣе я не видалъ С—ву, но слышалъ, что скоро она умерла.

Вырѣзанная опухоль тотчасъ положена была въ спиртъ. На срѣзахъ уплотненной такимъ образомъ и окрашенной потомъ

двойной окраской (гемакселинъ-эозиномъ) опухоли, ткань ея подь микроскопомъ представляется состоящею изъ большихъ круглыхъ клѣтокъ съ большими ядрами въ срединѣ и клѣтокъ этихъ въ полѣ микроскопа такая масса и такъ онѣ тѣсно прилежатъ другъ къ другу, что мѣстами только можно замѣтить незначительное количество волокнистой соединительной ткани, окружающей клѣтку, которая кажется тогда заключенной въ альвеолу. Словомъ, микроскопъ показываетъ, что опухоль эта есть круглоклѣточная, съ крупными элементами, альвеолярная саркома—*sarcoma globocellulare alveolare* \*).

Оставшаяся вторая опухоль во влагалищѣ у С—вой по ея быстрому росту и по физическимъ свойствамъ совершенно похожа на удаленную опухоль, поэтому ничуть не будетъ натяжкой признать и эту опухоль за новообразование того же характера за *sarcoma globocellulare alveolare*.

Что касается опухоли въ тѣлѣ матки, то по физическимъ свойствамъ и по клиническому ея теченію это безъ всякаго сомнѣнія множественный фиброидъ, опухоль вполне самостоятельная, не имѣющая никакой связи съ опухолями во влагалищѣ, и доброкачественнаго характера: съ нею С—ва прожила 10 лѣтъ, съ нею она родила 4 дѣтей и въ дальнѣйшемъ при наличныхъ ея свойствахъ не могла она имѣть пагубнаго вліянія на ея здоровье, а тѣмъ болѣе на ускореніе ея смерти.

Саркомы, какъ извѣстно, имѣтъ свойство рецидивировать и давать метастазы, по этому и принадлежатъ онѣ къ новообразованіямъ злокачественнымъ, и чѣмъ опухоль въ своемъ анатомическомъ строеніи болѣе состоитъ изъ форменныхъ элементовъ, чѣмъ менѣе она содержитъ промежуточнаго вещества, тѣмъ болѣе она злокачественна. Такъ называемыя мягкія саркомы, т. е. въ своемъ строеніи преимущественно состоящія изъ форменныхъ клѣточныхъ элементовъ, куда первѣе всего относятся саркомы круглоклѣточные, принадлежатъ къ самымъ злокачественнымъ опухолямъ этого рода. Мелкіе элементы ихъ, проростая стѣнки кровеносныхъ сосудовъ, скоро попадаютъ въ кровяной токъ и даютъ начало новымъ опухолямъ (метастазы) въ отдаленныхъ органахъ. Вмѣстѣ съ этимъ саркомы эти и

\*) Микроскопическіе препараты изъ опухоли сдѣланы д-ромъ Вал. Из. Плетчеромъ.

быстро растутъ, такъ что нерѣдко онѣ въ чрезвычайно короткое время—въ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ—достигаютъ значительной величины. Но эта-то быстрота роста ихъ и служить въ свою очередь причиной скорого изъясвленія и быстрого ихорознаго распадёнія ихъ: чрезвычайно быстрому размноженію клѣтокъ въ ростѣ опухоли не соотвѣтствуетъ развитіе новообразованныхъ питающихъ ее сосудовъ, вслѣдствіе чего скоро происходитъ изъясвленіе и распадёніе опухоли, сопровождающееся нерѣдко сильнѣйшимъ кровотеченіемъ. Такимъ образомъ, эти мягкія саркомы мало по малу, но скоро заражаютъ весь организмъ и доводятъ его до смерти: появляются новыя саркоматозныя гнѣзда въ разныхъ частяхъ организма, больной начинаетъ худѣть, малязмъ усиливается и наконецъ наступаетъ смерть.

Обращаясь теперь къ исторіи болѣзни М. С — вой, мы видимъ то же самое: появившіяся опухоли во влагалищѣ быстро выросли, скоро изъязвились и дали обильное кровотеченіе, появились скоро метастатическіе инфаркты въ легкихъ; все это истощило и ослабило больную до послѣдней степени и не позже какъ черезъ 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсаца, когда впервые обнаружилась у нея саркоматозная опухоль, послѣдовала смерть.

Съ одной стороны потому, что вообще саркоматозныя новообразованія во влагалищѣ встрѣчаются рѣдко, а съ другой, главное, по отсутствію надлежащаго микроскопическаго способа изслѣдованія, до 70 г.г. всѣ встрѣчавшіяся во влагалищѣ опухоли по одному макроскопическому ихъ характеру относились къ категоріи раковыхъ или фиброзныхъ новообразованій и только съ легкой руки д-ра *В. А. Кашеваровой-Рудневой*, въ 1872 г., тщательно описавшей и микроскопически изслѣдовавшей удаленную изъ влагалища у женщины опухоль, оказавшуюся саркомою съ круглыми, овальными и веретенообразными клѣтками, положена была новая эра въ исторіи самостоятельныхъ саркоматозныхъ новообразованій во влагалищѣ. Съ той поры время отъ времени стали появляться въ нѣмецкой и русской литературѣ описанія съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ первичныхъ саркоматозныхъ опухолей во влагалищѣ. Въ доступной мнѣ литературѣ я нашель описанными 21 случай первичныхъ саркомъ во влагалищѣ, изъ коихъ 3 случая описаны *Kolisko* <sup>2)</sup>, 2—*Кашеваровой-Рудневой* <sup>3)</sup>, 2—*Spiegelberg*'омъ <sup>4)</sup>,



2—*Schuchart*’омъ <sup>5)</sup> и по 1 случаю описали *Fraenkel* <sup>6)</sup>, *Meadows* <sup>7)</sup>, *Mann* <sup>8)</sup>, *Bijardi* <sup>9)</sup>, *Bottini* <sup>10)</sup>, *Ahlfeld* <sup>11)</sup>, *Saenger* <sup>12)</sup>, *Soltmann* <sup>13)</sup>, *Graenicher* <sup>14)</sup>, *Herzfeld* <sup>15)</sup>, Г. И. *Калустовъ* <sup>16)</sup> и *Wirtz* <sup>17)</sup>. Случаи *Kolisko*, *Schuchart*’а, *Graenicher*’а, *Ahlfeld*’а, *Saenger*’а и *Soltmann*’а—всего 9—относятся къ дѣтямъ въ возрастѣ отъ нѣсколькихъ недѣль послѣ рожденія (*Graenicher*) до 7 лѣтъ, остальные же наблюдались у взрослыхъ отъ 17 до 58 лѣтъ.

Во всѣхъ случаяхъ у дѣтей саркоматозное новообразованіе исходило изъ передней стѣнки влагалища и авторы, описавшіе эти опухоли, всѣ согласны, что относятся онѣ къ новообразованіямъ врожденнымъ. По *Dohrn*’у <sup>18)</sup> уже нормальнымъ образомъ на 18—19 недѣль зародышевой жизни происходитъ явственное разращеніе сосочковъ влагалища и *Ahlfeld* <sup>19)</sup> по этому полагаетъ, что это сосочковое разращеніе и должно считаться исходнымъ пунктомъ образованія саркомъ во влагалищѣ въ дѣтскомъ возрастѣ. Къ этому взгляду для объясненія своихъ случаевъ примкнули *Saenger*, *Soltmann* и др.

Въ дальнѣйшемъ теченіи саркомы у дѣтей изъ влагалища *per contiguitatem* переходили на сосѣдніе органы, захватывая мочевою пузырь, матку, прямую кишку, внутритазовыя и паховыя железы и др. *Ahlfeld* наблюдалъ у дѣвочки 3<sup>1</sup>/<sub>4</sub> лѣтъ распространеніе саркомы съ влагалища на матку, мочевою пузырь, параметрій, придатки матки, на лимфатическія железы таза и на наружныя половыя органы. *Graenicher* описываетъ, что саркома у дѣвочки 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> л. вмѣстѣ съ вагиной поразила мочевою пузырь, паховыя и тазовыя железы и лѣвый яичникъ. Въ случай *Saenger*’а у дѣвочки 2-хъ л. саркома съ влагалища перешла на своды его, захватила широкую связку матки, сдавила мочеточники, перешла на дѣвственную плеву и т. д.

Но ни въ одномъ случаѣ не было наблюдаемо, чтобы саркомы у дѣтей изъ влагалища давали метастазы въ другія (отдаленныя) части организма. Такое явленіе можно объяснить ограниченной емкостью малаго таза у дѣтей. Быстро растущія опухоли скоро ущемляли и поражали сосѣдніе органы таза и смерть, вслѣдствіе нарушенія функціи этихъ органовъ, наступала скорѣе, чѣмъ успѣвали обнаруживаться метастазы въ другихъ частяхъ организма.

Клиническая картина теченія болѣзни у дѣтей довольно однообразна. Вначалѣ болѣзнь не обнаруживала себя никакими особенными симптомами: свѣжій цвѣтъ лица у нихъ становился блѣднымъ, болѣзненнымъ, дѣти худѣли и истощались; по мѣрѣ же роста опухоли, когда она захватывала окружающіе органы и изъязвлялась, появлялось зловонное кровянистогнойное истеченіе изъ влагалища, затрудненіе и болѣзненность при мочеиспусканіи и дефекаціи, частыя и болѣзненные потуги, сопровождавшіяся по временамъ выпаденіемъ опухоли и самостоятельнымъ даже отторженіемъ цѣлыхъ кусковъ ея (*Saenger*), лихорадка, отеки, боли и затрудненія при ходьбѣ и, наконецъ, сонливость и склонность къ обморокамъ. Эти послѣдніе симптомы, при которыхъ наступала смерть, должны быть объяснены хронической уреміей, такъ какъ мочевой пузырь при вскрытіи оказывался очень растянутъ (*Soltmann*) и было расширение мочеточниковъ и гидронефрозъ (*Saenger, Graenicher*).

У взрослыхъ саркомы одинаково часто появляются на передней и на задней стѣнкахъ влагалища и ни въ одномъ случаѣ *per contiguitatem* не поражали онѣ сосѣдніе органы. Но, падая какъ бы органы таза, онѣ тѣмъ не менѣе давали метастазы въ самые отдаленные органы. Докторъ *Г. П. Калустовъ* описываетъ, что у больной (23 л.), имѣвшей саркоматозную опухоль на передней стѣнкѣ влагалища, чрезъ 1½ года, какъ она замѣтила присутствіе опухоли въ половой щели, появились на лѣвой ягодицѣ и на наружной поверхности праваго бедра темносиніе подвижные узлы, твердые и бугристые, начавшіе постепенно увеличиваться въ ширину, не переходя въ кожу, и остававшіеся совершенно безболѣзненными. Скоро потомъ появилась рвота (иногда съ кровью) и сильнѣйшія боли въ правомъ вискѣ и, наконецъ, больная при сохранившемся сознаніи потеряла способность рѣчи, которая хотя и вернулась, но осталась не ясной, беззвучной. (Смерть; вскрытія не было). *Bijardi* наблюдалъ у своей больной (25 л.) появленіе вторичныхъ узловъ въ брюшной полости.

Вообще симптомы теченія болѣзни у взрослыхъ женщинъ вначалѣ находились въ нѣкоторомъ несоотвѣтствіи съ серьезностью заболѣванія. Пока опухоль не изъязвлялась, больныя испытывали только чувство напиранія на низъ, у нѣкоторыхъ

усиливалось истечение изъ влагалища и появлялось разстройство мочеиспускания, недостижавшее, впрочемъ, ни въ одномъ случаѣ до значительной степени,—вотъ тѣ явленія, при которыхъ саркоматозныя новообразованія у взрослыхъ во влагалищѣ существовали даже по нѣскольку лѣтъ. Когда же наступало распаденіе опухоли, появлялось временами обильное кровотеченіе, истечение изъ влагалища становилось зловоннымъ, а по мѣрѣ появленія метастазовъ въ другихъ органахъ, обнаруживались и соотвѣтственные симптомы: крововарканье, мозговые припадки и т. п.

По внѣшнему виду, саркомы во всѣхъ возрастахъ встрѣчались то въ видѣ ограниченныхъ, какъ полипы, опухолей, то разлитыхъ, то въ видѣ цѣлаго конгломерата колбообразныхъ разрощеній во влагалищѣ. И микроскопическое строеніе ихъ было самое разнообразное: были кругло- и веретенообразноклѣточные саркомы, фибро-саркомы, myofibro-sarcom'ы, myosarcom'ы и пр.

Гдѣ было возможно, опухоли съ цѣлью лѣченія вырѣзывались, но, рано или поздно, почти всегда онѣ рецидивировали снова. Самый большій срокъ отсутствія рецидива былъ въ случаѣ *Graenicher'a*, гдѣ послѣ вырѣзыванія фибросаркомы, у дѣвочки 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub> л., рецидивъ появился чрезъ три года. И только въ одномъ случаѣ *Spiegelberg'a*, послѣ удаленія фибро-саркомы, наступило полное исцѣленіе \*) (рецидива не было въ теченіи четырехъ лѣтъ), во всѣхъ же остальныхъ конечнымъ исходомъ, большею частью весьма скоро, была смерть.

---

\*) Д-ръ *Münz* (въ *Nürberg'ѣ*) тоже упоминаетъ, что извѣстенъ только одинъ случай выздоровленія послѣ операціи фибро-саркомы в. влагалищѣ; но какой это случай, мы не извѣстно. (*Der Frauenarzt*. 1894). Рефер. во *Врачѣ*, 1895 г., № 7, стр. 192.

## Л И Т Е Р А Т У Р А .

- 1) Медикостатист. отчетъ по гинекол. отдѣленію акушер. академ. клиники Баронетта *Вилліе*. Петерб. диссерг. *Людина*, 1892 г.—2) *Kolisko*. Das Polypose sarcome der Vagina im Kindesalter (Wiener klin. Wochenschrift, 89 г., № 6—11); рефер. въ Centralblat f. Gyn., 1888 г.—3) *Кашеварова-Руднева*. Virchow's Archiv, LIV, pag. 74.—4) *Spiegelberg*. Archiv. f. Gyn., IV, pag. 348.—5) *Schuchart*. Uber Sarcoma in Vagina beim Kinde; рефер. въ Centralbl. f. Gyn., 1888 г.—6) *Fraenkel*. Deutsche Zeitschr., f. prakt. Med., 1875, № 10.—7) *Meadows*. Obstetr. Transact., X, pag. 141.—8) *Mann*. Amer. Journ. of Obstetr., VIII, pag. 541.—9) *Bijardi*. Sarcoma prim. della vagina (Ann. di Obstetr. Milano, 1880, II, 47—53); рефер. въ Centralbl. f. Gyn., 1880 г.—10) *Bottini*. Sarcoma primit. della vagina; цитир. по *Winkel*'ю, 1886 г.—11) *Ahlfeld*. Archiv. f. Gyn., XVI.—12) *Saenger*. Archiv f. Gyn., XVI.—13) *Soltmann*. Jahrb. f. Kinderh., XVI, pag. 418.—14) *Graenicher*. Uber einen Fall von kongenit. Sarcom der Vagina. Diss. München, 1888; рефер. въ Centralblatt f. Gyn., 1889.—15) *Herzfeld*. Uber einen Fall von primarem Scheidensarcom (Allgemeine Wiener med. Zeitung, 1889 г., № 48); рефер. въ Centralblat f. Gyn., 1890.—16) *Г. И. Камустовъ*. Случай первичной саркомы рукава. (Труды Общ. русск. врачей въ Москвѣ, 1-е полугодіе, 1890 г.); по рефер. Журн. Акушер. и Женск. Болѣз., 1891 г., № 3.—17) *Wirtz*. Uber einen Fall von primar. Scheidensarcom (Diss. Bonn., 1891 г.); рефер. въ Centralblat f. Gyn., 1892.—18) *Dohrn*. Ueber die Entwikelung des Hymens. Schriften der Gesellsch. zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaften zu Marburg, 1875.—19) l. c.

# ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 12.

*Засѣданіе 13-го апрѣля 1895 года.*

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 29 членовъ: Антиповъ, П. А., Бацевичъ, Вастень, Верцинскій, Горайскій, Добрадинъ, Долинскій, Драницынъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Лилѣвъ, Личкусъ, Массень, Мацѣевскій, Половскій, Поршняковъ, Рачинскій, Ростковскій, Рутковскій, Саловскій, Салмановъ, Сережниковъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Фишеръ, Чернышевъ, Швердловъ и 25 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 11.

2) Студ. V курса Н. Н. Кубе сообщилъ «О добавочныхъ трубахъ и добавочныхъ трубныхъ отверстіяхъ» (tubae accessoriae et ostia accessoria). Изслѣдовавъ, по предложенію частн. пр. В. Н. Массена, внутренніе половые органы 78 женщинъ умершихъ въ городскихъ больницахъ, докладчикъ нашелъ у 6 (6,6%) добавочныя отверстія Fallorіевыхъ трубъ, а у 13 (16,6%) добавочныя трубы. Добавочныя отверстія, по одному въ каждомъ найденномъ случаѣ, находились на верхней поверхности трубы, на 3—12 мм. отъ брюшнаго конца ея, и были во всѣхъ случаяхъ окружены ясно выраженными бахромками. Микроскопическая картина этихъ прибавочныхъ отвер-

стей показывала непосредственный переход слизистой оболочки трубы на бахромки отверстия, при чемъ сами бахромки подъ микроскопомъ ничѣмъ не отличались отъ нормальныхъ бахромокъ трубы. Добавочныя трубы (Nebentuben нѣмцевъ, ragasalpinx *Amann*'a), сидѣли либо на главной трубѣ, либо на широкой связкѣ и состояли изъ основанія, ножки отъ 3 до 17 мм. длиною и яйцевидной головки—гладкой или снабженной бахромками. Трубы эти были непроходимы (сплошныя). Въ 3 случаяхъ было кистовидное перерожденіе головокъ. Подъ микроскопомъ оказалось, что добавочная труба покрыта однослойнымъ эпителиемъ: цилиндрическимъ на верхушкѣ головки и постепенно уплощающимся, а затѣмъ почти плоскимъ по направленію къ основанію. Подъ эпителиемъ, на головкѣ, находится волокнистая ткань, похожая на ткань слизистой оболочки, а за нею—волокна гладкой мышечной ткани (расположенныя главнымъ образомъ, въ продольномъ направленіи), соединительная ткань и сосуды. Въ ножкѣ—мышцы, въ скудномъ количествѣ, сосудовъ много. Основаніе же богато мышцами и сосудами. Въ 2 случаяхъ на протяженіи добавочной трубы найдена жировая ткань. Докладъ сопровождался показаніемъ препаратовъ и рисунковъ.

*В. Н. Массенъ* замѣтилъ, что изслѣдованія *Н. Н. Кубе*, составляющія повтореніе одной изъ работъ проф. *Kossmann*'а представляютъ интересъ съ 3-хъ точекъ зрѣнія: эмбриологіи, патологической анатоміи и клинки. По мнѣнію *В. Н.*, вопросъ о томъ, откуда берется большинство среднихъ и крупныхъ межсвязочныхъ кистъ и до сихъ поръ представляются далеко нерѣшеннымъ. Имѣя въ виду, что изъ 3-хъ главныхъ разрядовъ кистъ широкой связки—поверхностныя (*Klebs*) всегда малы, а кисты рагооргоп'а (*Klob, Waldeyer, Orth*) встрѣчаются очень рѣдко, принято думать, что большинство среднихъ и большихъ кистъ широкой связки суть кисты раговаріи. Но, въ виду того, что авторами точно доказано (*Н. Merkel* и др.) происхожденіе изъ канальцевъ раговаріи только мелкихъ кистъ, образованіе же одной большой изъ нѣсколькихъ мелкихъ допустить трудно, а также въ виду того, что въ стѣнкахъ, такъ называемыхъ, кистъ раговаріи найдены мышечныя волокна—приходится, согласно съ мнѣніемъ *Kosmann*'а (которое, конечно, надо еще провѣрять), предположить, что, такъ называемыя, пароваріальныя кисты суть ничто иное, какъ кистовидно перерожденныя добавочныя трубы. Нахожденіе на трубахъ прибавочныхъ отверстій представляетъ, по мнѣнію *В. Н.*, интересъ въ слѣдующихъ клиническихъ случаяхъ: а) наступленіе беременности при полномъ зарощеніи брюшныхъ концовъ обѣихъ трубъ; проникновеніе сѣмени въ такомъ случаѣ происходитъ черезъ добавочное отверстіе Fallopi'евой трубы; б) развитіе вѣматочной бере-

менности, если встрѣча съмени съ яцемъ произойдетъ на уровнѣ отверстія или среди складокъ, бахромокъ, окружающихъ это отверстие; в) отсутствіе задержанной жидкости въ трубѣ (ретенціонной кисты трубы), не смотря на зарощеніе брюшнаго конца ея: жидкость въ такомъ случаѣ имѣетъ возможность свободно стекать въ брюшную полость черезъ добавочное отверстие. Случай перваго разряда описанъ въ послѣднее время проф. *Sänger*'омъ (*Monatsschrift für Geburtshülfe med. Gynaekologie*, 1895 г., № 1).

На вопросъ *Д. О. Отта*, не смѣшивались ли докладчикъ нѣкоторыя кистовидно перерожденныя добавочныя трубы съ *Morgagni*'евыми гидатидами, *Кубе* отвѣтилъ отрицательно, указавши на то, что гидатиды сидятъ на бахромкахъ *Fallopіе*вой трубы, покрыты на поверхности почти плоскимъ эпителиемъ и бѣдны мышечными элементами.

3) *В. А. Вастенъ* сообщилъ два случая саркомы матки:

а) Больная, 37 лѣтъ, носившая раньше мѣсячныя черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, за послѣдніе 3 года стала страдать обильными мѣсячными, длившимися по 7 дней; 1 разъ выкинула и 1 разъ благополучно родила 6 лѣтъ тому назадъ. 10/v 1894 г., въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы, у больной удаленъ небольшой стебельчатый полипъ шейки матки; полипъ этотъ макроскопически не представлялъ ничего особеннаго, а потому, къ сожалѣнію, микроскопически изслѣдованъ не былъ. Послѣ операціи мѣсячныя приходили правильно, необильно и продолжались по 5 дней. Съ октября, однако, крови опять стали продолжительными и обильными. Въ виду этого, въ февралѣ больная вторично принята въ больницу. Изъ приоткрытаго наружнаго зѣва торчала шаровидная опухоль, на ножкѣ, прикрѣпленной къ передней стѣнкѣ канала шейки. По удаленіи этой опухоли, выше ея оказалась подобная же вторая, и, наконецъ, въ полости матки—третья. Повторное появленіе опухоли, множественность ея и макроскопическій видъ удаленнаго новообразованія, не оставляли сомнѣнія въ его злокачественности, что, дѣйствительно, и подтвердилось при микроскопическомъ изслѣдованіи, показавшемъ веретенообразно-клеточковую саркому. Поэтому 5/ш вся матка вырѣзана черезъ влагалище. Больная поправилась. Удаленная матка показана Обществу. Длина ея равна 10 см., слизистая оболочка покрыта мягкими разрощеніями; у dna ея—сидящая на широкомъ основаніи опухоль, съ большой грецкій орѣхъ. б) 5/xi 1894 г., докладчикъ былъ приглашенъ къ беременной, жаловавшейся на ежеминутныя, крайне болѣзненные позывы къ

мочеиспусканію. Больная, 34 лѣтъ, носить мѣсячныя съ 13 лѣтъ, безъ болей, всегда правильно, черезъ 4 недѣли, по 3 дня. Послѣдніе 2 раза (въ апрѣлѣ и 10 мая), крови пришли съ болью, продолжались 5—6 дней и были гораздо обильнѣе обыкновеннаго. Первые роды, 14/VI 1883 г., прошли вполне благополучно. Затѣмъ больная вскорѣ овдовѣла, и, выйдя замужъ вторично, выкинула на 2-мъ мѣсяцѣ беременности 23/XII 1893 г. Пользовавшій ее тогда врачъ никакихъ неправильностей со стороны половыхъ органовъ не находилъ.

На срединѣ передней стѣнки матки, на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> поперечныхъ пальца выше лобка, полушаровидная опухоль, основаніе которой равняется, приблизительно, мѣдному пятаку; опухоль плотная, ровная, немного сдвигающаяся во всѣ стороны по поверхности матки и крайне болѣзненная. Другихъ ненормальностей ни въ маткѣ, ни въ пузырьѣ, ни въ полости малаго таза нѣтъ. Распознана небольшая подсывороточная міома; припадки со стороны пузыря объяснены, какъ явленія отраженныя. На заявленіе мужа больной, что бывшіе накануне трое врачей предложили оперативное пособіе и что операція назначена на завтра, докладчикъ отвѣтилъ, что и онъ присоединяется къ мнѣнію товарищей, руководствуясь слѣдующими соображеніями: увеличивающаяся, по словамъ больной, опухоль несомнѣнно будетъ и впредь быстро расти во время беременности; хотя температура и нормальна, но крайняя болѣзненность опухоли даетъ полное основаніе ожидать, что воспаленіе, если не самого новообразованія, то одѣвающей его брюшины также будетъ идти впередъ; слѣдовательно, впереди предстоятъ либо преждевременные роды, либо операція, но при условіяхъ гораздо худшихъ, чѣмъ въ настоящее время.

Опухоль у больной была вылучена и признана міомою. Послѣоперационное теченіе прошло гладко. Черезъ 4 недѣли больная вновь обратилась къ докладчику: разрѣзъ у нея былъ сдѣланъ по бѣлой линіи; черезъ тонкіе брюшные покровы прощупывался поперечный рубецъ на мѣстѣ удаленной опухоли, ложе которой было зашито въ поперечномъ направленіи; общее состояніе больной ничего особеннаго не представляло. Въ концѣ января, однако, докладчикъ замѣтилъ, что рубецъ на мѣстѣ удаленной опухоли сталъ шире и выдавался, по наведеннымъ справкамъ,



микроскопическое изслѣдованіе вылущенной опухоли, произведенное проф. *Н. В. Петровымъ*, показало несомнѣнную саркому. Тогда возникъ важный вопросъ, что дѣлать? Съ одной стороны, и мать и отецъ желали имѣть ребенка, а, съ другой—предстояла задача—сохранить не только здоровье, но и жизнь беременной. Принимая во вниманіе относительно позднее появленіе возврата и остающійся только одинъ мѣсяць до срока родовъ, съ одной стороны, а, съ другой—громадное значеніе этого мѣсяца для жизнеспособности ребенка, докладчикъ рѣшилъ, что ожиданіе срочныхъ родовъ лишь незначительно ухудшитъ предсказаніе для матери и что поэтому только послѣ нихъ слѣдуетъ удалить больную матку. И, дѣйствительно, опухоль увеличивалась крайне медленно. 1/III наступили роды, которые были кончены наложеніемъ щипцовъ; родился здоровый и крѣпкій мальчикъ. Послѣ родовъ можно было опредѣлить еще вторую опухоль на задней поверхности матки.

Въ послѣродовомъ времени—медленное обратное развитіе матки и продолжительное задержаніе въ ней стустковъ. За три дня до операціи полость матки была выскоблена и затампонирована марлей; только послѣ это каналъ шейки закрылся и матка стала меньше. 23/III матка вырѣзана черезъ влагалище. Больная поправилась. Удаленная матка, длиною въ 11 см. показана Обществу. При разрѣзѣ опухоли на мѣстѣ бывшей ранѣ операціи найдена шелковая нить, которой, непрерывнымъ швомъ, было обшито ложе удаленной опухоли. Стѣнки и внутренняя поверхность матки ничего, по видимому, болѣзненнаго не представляютъ. Микроскопическое же изслѣдованіе еще не закончено.

4) *Д. О. Оттъ*, въ pendant къ сообщенію *В. А. Вастена*, показалъ *громадную фибросаркому, которая развилаь внѣбрюшинно, сзади и слева отъ шейки матки, расщепивъ широкую связку*. Верхняя граница опухоли доходила до меча. Не смотря на крайній рискъ, сопряженный съ операціей, докладчикъ рѣшился на нее вслѣдствіе наличности жизненныхъ показаній. Постепенными перевязками сосудовъ,—главнымъ образомъ, громадныхъ венныхъ сплетеній, удалось вылущить опухоль и срѣзать матку надъ влагалищемъ. Когда, однако, послѣ разрѣза опухоли оказалось, что центръ ея размягченъ, то немедленно

же удалена и оставшаяся часть шейки. Ложе опухоли затампонировано марлей, конец которой выведенъ въ рукавъ. Операция длилась около 3 часовъ. Въ послѣоперационномъ времени произошла закупорка венъ лѣвой ноги, съ установившимся затѣмъ боковымъ кровообращеніемъ. Послѣ операціи прошли уже 3 недѣли, и больная, несомнѣнно, внѣ опасности. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли показало, что въ участкахъ ближе къ центру имѣлась саркома, ближе же къ окружности—фиброміома. Сообщая данный случай, докладчикъ, между прочимъ, указалъ на то обстоятельство, что когда для предварительнаго обеззараживанія канала шейки послѣднюю пришлось захватить, какъ это обыкновенно дѣлается, пулевыми щипцами, то отъ уколовъ ими получилось столь сильное кровотеченіе, что оно лишь съ трудомъ было остановлено тампономъ. Это, повидимому, подтверждаетъ указанную д-ромъ *Ивановымъ* кровоточивость при саркомахъ. Въ заключеніе *Д. О.* еще разъ отмѣтили несостоятельность нашихъ способовъ распознаванія саркоматознаго перерожденія фиброміомъ.

5) *Ө. Я. Ростковскій* показалъ препаратъ *полуголового плода* съ волчьей пастью, уродливымъ ухомъ, недостающею грудною костью и отчасти расщепленными брюшными покровами (вслѣдствіе чего сердце и часть печени лежатъ снаружи), мозговою грыжею и *Simonart'*овыми нитями.

6) *В. А. Вастенъ* показалъ препаратъ *внѣматочной трубной беременности*, соответствующей приблизительно 6-й недѣлѣ.

7) *Д. О. Оттъ* показалъ *два вырѣзанныя имъ черезъ влагалище пораженныя ракомъ матки*. Въ одномъ случаѣ былъ мозговикъ, а въ другомъ—канкроидъ.

8) *Ө. Я. Ростковскій* сообщилъ «*Случай эклампси во время родовъ*», при которомъ онъ успѣшно примѣнилъ подкожныя впрыскиванія спермина *А. В. Пеля*. Въ теченіи 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часовъ онъ впрыснулъ 19 шприцевъ (13 ампулъ). Родильница выписалась здоровой на 21 день. При поступленіи количество бѣлка въ мочѣ равнялось 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub>‰, а при выпискѣ—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>‰.

*У. Э. Верцинскій* замѣтилъ, что вѣроятно, докладчикъ ошибся въ опредѣленіи количества бѣлка; вѣдь, онъ самъ говорилъ, что для этой цѣли примѣнялся приборъ *Esbach'a*; приведенныя имъ цифры, слѣдовательно, на 1000, а не на 100.

Ө. Я. Ростковскій возразилъ, что изслѣдованія производились въ Гатчинскомъ придворномъ госпиталѣ, врачомъ, который всегда производитъ подобныя изслѣдованія, и что приведенныя имъ цифры—процентныя.

И. Л. Долмскій высказался въ томъ смыслѣ, что „одна ласточка не дѣлаетъ весны“, а одно наблюденіе ничего не доказываетъ.

Д. О. Оттз, испытавшій выпрыскиванія спермина въ 15 случаяхъ, „не взялся бы подписать благотворное дѣйствіе его“. Кроме того, Д. О. удивляется, почему докладчикъ въ столь краткій срокъ выпрыснулъ такъ много спермина; это не вяжется съ теоретическимъ объясненіемъ дѣйствія названнаго средства, объясненіемъ, которое даетъ самъ А. В. Пелл. Единственное заключеніе, которое можно вывести изъ сообщенія докладчика, сводится къ тому, что можно безъ вреда въ теченіи 10<sup>1,2</sup> часовъ выпрыснуть 19 шприцовъ спермина.

В. Н. Массенъ въ одномъ случаѣ примѣнилъ сперминъ, но тоже безуспѣшно.

Ө. Я. Ростковскій возразилъ, что онъ и самъ не дѣлаетъ никакихъ выводовъ, а, сообщая свой случай, руководствовался лишь желаніемъ обратить вниманіе товарищей на подкожныя выпрыскиванія спермина при эклампсіи, какъ на средство, которое быть можетъ, дать хорошіе результаты.

9) Д. О. Оттз говорилъ «О ложномъ консерватизмѣ въ дѣлѣ сохраненія промежности при родахъ и о возстановленіи застарѣлыхъ разрывовъ ея». Предварительно была показана больная, у которой, при, повидимому, цѣлой промежности, выпадаютъ матка и стѣнки рукава. Причина подобнаго явленія кроется въ томъ, что собственно тазовое дно, всѣ мышцы его—разрушено, и кажущаяся цѣлою промежность состоитъ только изъ складки кожи снаружи и слизистой оболочки рукава—снутри, такъ что вся эта промежность положительно просвѣчиваетъ и, разумѣется, не можетъ оказывать надлежащей опоры для внутреннихъ половыхъ органовъ. Къ сожалѣнію, подобныя явленія наблюдаются въ практикѣ нерѣдко: стараются, во что бы то ни стало, сохранить промежность и достигаютъ того, что сохраняютъ только кожу, мышцы же разрываются подъ вліяніемъ сильнаго и долговременнаго надавливанія головки. Докладчикъ думаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ показано предупреждающее разсѣченіе промежности до задняго прохода, чтобы скорѣе окончить роды, т. е. устранить вредное давленіе подлежащей головки. Разумѣется, не всѣ промежности подлежатъ разсѣченію: въ этомъ отношеніи слѣдуетъ руководствоваться объемомъ головки, ея приспособляемостью, степенью сопротивленія промежности и т. д.; но если только промежность начала рваться, то безусловно во всѣхъ случаяхъ

слѣдуетъ разрѣзать ее. Если нѣкоторые, напр., *Hegar*, утверждаютъ, что даже всѣ разорванныя промежности послѣ родовъ, будучи зашиты, заживаютъ первымъ натяженіемъ, то это тѣмъ болѣе примѣнимо къ промежностямъ разрѣзаннымъ; слѣдуетъ только зашивать ихъ всегда *lege artis*. При застарѣлыхъ разрывахъ тазоваго дна, съ промежностью, состоящею изъ одной кожи и слизистой оболочки, и при одновременномъ выпаденіи стѣнокъ рукава, докладчикъ въ былое время прибѣгалъ къ кольпорафіямъ и очень часто убѣждался въ бесполезности этой операціи; да оно и понятно: избытокъ стѣнокъ рукава удалялся, но коренная причина выпаденія—отсутствіе опоры вслѣдствіе разорваннаго тазоваго дна—оставалась не устраненной. Въ виду этого, докладчикъ уже около 5 лѣтъ прибѣгаетъ къ слѣдующему способу: онъ предварительно разсѣкаетъ уцѣлѣвшую кожную промежность до заднепроходнаго жома и затѣмъ только производитъ кольпоперинеорафію. Разсѣченіе производится на такую глубину, чтобы добраться до уцѣлѣвшихъ мышцъ и сшить ихъ. При такомъ способѣ получается промежность, приближающаяся къ нормальной; и съ тѣхъ поръ, какъ докладчикъ такимъ образомъ оперируетъ, онъ не имѣлъ болѣе неудачи. Швы въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ накладывать этажные.

*Е. Ф. Бацевичъ* замѣтилъ, что промежность рвется не только потому, что головка сильно и долго надавливаетъ на нее, а очень часто и потому, что головка растягиваетъ промежность неправильно—снизу, у заднепроходнаго жома, какъ это, на примѣръ, бываетъ при узкой лонной дугѣ, плоскомъ тазѣ и т. д. Задача зкушера, слѣдовательно, въ подобныхъ случаяхъ, сводится къ тому, чтобы заставить растягиваться промежность не снизу—вверхъ, ее сверху—внизъ.

*Д. О. Оттъ* возразилъ, что онъ не считалъ нужнымъ перечислять всѣ тѣ условія, которыя могутъ вызвать разрывъ промежности—по той простой причинѣ, что считаетъ все это хорошо извѣстнымъ присутствующимъ. Кромѣ причинъ, указанныхъ *Бацевичемъ*, существуютъ и многія другія, но это нисколько не измѣняетъ сущности дѣла и не можетъ служить возраженіемъ противъ высказанныхъ имъ положеній; отъ чего бы промежность ни начала рваться и какія бы причины въ томъ или другомъ случаѣ ни привели врача къ убѣжденію, что она неминуемо разорвется, ее слѣдуетъ разрѣзать.

Предсѣдательствовавшій, во время доклада *Д. О. Отта*, *В. А. Ва-стенъ* вполне присоединился къ мнѣнію докладчика, замѣтивъ, что, къ сожалѣнію, и въ настоящее время многіе акушеры при разрывахъ промежности ограничиваются наложеніемъ только кожныхъ швовъ.

Предсѣдатель *Дм. Оттъ*.

Секретарь *Личкусъ*.

## ПРОТОКОЛЬ № XII.

*Административное засѣданіе 13-го апрѣля 1895 года.*

Предсѣдательствоваль **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 20 членовъ.

1) Читанъ и утверждень протоколь № XI.

2) Предложенъ въ дѣйствительные члены: *Паргаминъ, Манусъ Нухимовичъ*, лѣкарь. (Предложенъ *Эйхфусомъ, Петровымъ и Личкусомъ*).

3) Баллотировка въ члены *А. А. Бухштаба*, за недостаточнымъ числомъ присутствующихъ, отложено до слѣдующаго засѣданія, при чемъ послѣднее постановлено созвать на основаніи § 34 Устава.

Предсѣдатель **Дм. Оттъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

# РЕФЕРАТЫ.

## Обзоръ акушерско-гинекологической литературы.

### а) Русской.

100. **И. Ю. Якубъ.**—Современное положеніе вопроса о лѣченіи выкидыша. (Библиотека Врача, 1895 г., № 4).

Только относительно обращенія съ такъ называемымъ угрожающимъ выкидышемъ мнѣніе современныхъ акушеровъ сходятся, относительно-же лѣченія начавшагося выкидыша одни стоятъ за активное вмѣшательство при помощи острой ложки (*Munde, Fehling, Dührssen*), другіе—за выжидательный способъ и за ручныя манипуляціи (безъ инструментовъ) (*Winckel, Winter* и авторъ). Авторъ тщательно провелъ выжидательно и одними ручными приемами 53 выкидыша. Изъ этого числа лихорадило послѣ операциі 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; смертныхъ исходовъ не было. Изъ 53 больныхъ перожавшихъ было 4, однажды рожавшихъ 11 и многорожавшихъ 38. У 40 больныхъ остатки яйца пришлось удалить пальцемъ; изъ этихъ послѣднихъ лихорадила потомъ только одна. Авторъ обыкновенно поступалъ такъ. При обильномъ кровотеченіи и закрытомъ зѣвѣ онъ тампонируетъ влагалище марлей. При кровотеченіи и зѣвѣ, открытомъ на палецъ или меньше, немедленно отдѣляетъ пальцемъ и выводитъ яйцо, и однократно выполаскиваетъ матку и влагалище дезинфецирующимъ растворомъ. Во многихъ случаяхъ онъ предоставлялъ изгнаніе яйца силамъ природы. Послѣ изгнанія яйца въ теченіе недѣли больной авторомъ назначается спорынья, по 10 гранъ ежедневно, и влагалищныя спринцеванія, если къ тому имѣются показанія. Авторъ—большой противникъ примѣненія при лѣченіи выкидыша острой ложечки.

*Н. Какущкинъ.*

101. А. Е. Черемшанскій.—Первый случай удаленія подсерозной фиброміомы матки черезъ чревосѣченіе во Владивостокскомъ морскомъ госпиталѣ. (Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику, мартъ и апрѣль, 1895 г.).

Больная 40 л., имѣла одни роды и одинъ выкидышъ. Крови съ 17 лѣтнаго возраста, черезъ 3—4 недѣли по 4—5 дней. Жалобы: боли въ животѣ, головокруженія, головныя боли, запоры, дизменоррея, общая слабость, нервность. Матка увеличена, подвижна. Къ правому углу матки прикрѣплена на широкомъ основаніи подвижная опухоль, величиной нѣсколько больше апельсина. Длина полости матки 8 снтм. Распознано: fibromyoma uteri subserosum. Чревосѣченіе. Сальникъ тонкими перемычками приращенъ къ пристѣночной брюшинѣ. Опухоль имѣетъ тяжеобразное сращеніе съ широкой связкой (тяжъ перерѣзанъ между 2 лигатурами). Довольно широкая ножка (наибольшій діаметръ 4½ стм.) перевязана двойной шелковой лигатурой и перерѣзана. Ниже двойной лигатуры затянута еще одна общая лигатура. Культи не обшита брюшиной. Послѣ операциі повышенія температуры тѣла не было. Больная выздоровѣла. Припадки исчезли.

Н. Какушкинъ.

102. Э. К. Канъ.—Placenta praevia centralis, двойни, embolia cerebri. (Проток. засѣд. Виленскаго Мед. Общ., 1894 г., № 10).

Второбеременная (на 5 мѣсяцѣ), 23 лѣтъ. Повторныя кровопотери во время беременности. При явленіяхъ сильной анеміи, авторъ, послѣ тщетныхъ попытокъ провести руку между послѣдомъ и стѣнкой матки, пробуравилъ послѣдъ и извлекъ перваго младенца, а за нимъ, такъ какъ кровотеченіе не прекращалось, и второго. Два послѣда отдѣлены съ трудомъ. Первые три дня температура держалась около 38,4°. Затѣмъ больная стала поправляться, но на одиннадцатый день при попыткахъ встать и ходить упала въ обморокъ, при чемъ у нея обнаружился параличъ правой половины тѣла и афазія. Больная умерла. Авторъ выводитъ заключеніе, что послѣ кровотеченій въ родовомъ періодѣ больныя должны находиться въ покоѣ продолжительное время, дабы имѣлась возможность прочной организаціи тромбовъ въ маточной стѣнкѣ.

Н. Какушкинъ.

103. І. Рубинштейнъ.—Къ вопросу объ амбулаторномъ лѣченіи женскихъ болѣзней массажемъ. (Еженедѣльникъ, 1895 г., № 12).

Полезь массажа при женскихъ болѣзняхъ признана въ настоящее время почти всѣми гинекологами, за весьма немногими исклю-

ченіями. Однако этотъ видъ лѣченія не получили еще повсемѣстнаго распространенія, отчасти вслѣдствіе отсутствія точно выработанныхъ показаній и противопоказаній къ примѣненію массажа, отчасти вслѣдствіе ложно установившагося взгляда на трудность техники массажа. Авторъ на основаніи своихъ наблюденій надъ амбулаторнымъ примѣненіемъ массажа, приходитъ къ заключенію, что техника массажа изучается очень легко, въ крайнемъ случаѣ самостоятельно. Что касается показаній и противопоказаній къ примѣненію массажа, то авторъ считаетъ массажъ показаннымъ при страданіяхъ, вызванныхъ процессами рубцеванія у рожавшихъ больныхъ, при тазовыхъ выпотахъ безъболѣзненности и безъ повышенной температуры, при отсутствіи кровей и при недостаточномъ обратномъ развитіи матки. Противопоказанъ массажъ при объемистыхъ выпотахъ, особенно съ острыми воспалительными явленіями, и при вагинизмѣ. *Н. Какушкинъ.*

104. **О. А. Рѣзниковъ.**—**Къ вопросу о вліяніи сердечныхъ болѣзней (порока сердца) на менструацію.** (Еженедѣльникъ, 1895 г., № 4).

Вліяніе сердечныхъ болѣзней на менструацію до сихъ поръ почти не изучалось. Это вліяніе сказывается или въ усиленіи кровепотерь при менструаціи, или въ ослабленіи таковыхъ, или же въ такихъ случаяхъ менструація въ характерѣ своемъ остается безъ измѣненій. Причинами обильныхъ мѣсячныхъ служатъ: застой крови, измѣненія крови, измѣненія сосудовъ. Характеръ кровепотерь бываетъ различный: здѣсь наблюдаются меноррагіи и метроррагіи, не отличающіяся упорствомъ и постоянствомъ. Въ 50 случаяхъ, которые наблюдалъ авторъ за три года, имѣлась въ 46% этихъ случаевъ меноррагіи и метроррагіи, въ 38% правильныя мѣсячныя и въ 16% скудныя мѣсячныя. Разстройство мѣсячныхъ вообще чаще наблюдается при старыхъ порокахъ сердца. Скудныя мѣсячныя обыкновенно при порокахъ сердца являются проявленіемъ разстройства общаго питанія, вслѣдствіе истощенія, вслѣдствіе случайно присоединившихся страданій (чахотки). Авторъ совѣтуетъ при каждомъ маточномъ кровотеченіи изслѣдовать сердце. При лѣченіи, обращая главное вниманіе на сердечную дѣятельность, не слѣдуетъ забывать примѣненія лѣкарствъ мѣстно (тампонація, полуторахлористое желѣзо).

*Н. Какушкинъ.*



105. С. С. Заяицкій.—Три случая Шредеровской экстирпации раковоперерожденной матки черезъ влагалище при помощи клеммъ-пинцетовъ *Richelot*. (Медиц. Обозр., 1895 г., № 9).

Судя по описанію, данному *Richelot*, ходъ его операціи представляется такимъ же, каковъ онъ у *Schröder'a*, только у послѣдняго вмѣсто пинцетовъ употребляются лигатуры. Идея примѣненія пинцетовъ принадлежитъ собственно *Péan'у*. Видя въ быстротѣ операціи гарантію успѣха ея, авторъ рѣшилъ испытать способъ *Richelot* главнымъ образомъ, въ виду той быстроты, который долженъ принадлежать этому способу. *1-я больная*. 24 лѣтъ. Язва шейки и инфильтратъ въ лѣвомъ параметріи. Наложено 2 пинцета, которые пролежали 2 сутокъ, вызывая сильныя боли. Операція 30 минутъ. Послѣ операціи обильное нагноеніе. Возвратъ появился скоро.—*2-я больная*. 53 лѣтъ. Adenocarcinoma тѣла матки. Наложено 7 пинцетовъ. Операція 30 минутъ. Пинцеты лежали 3 сутокъ, вызывая свосныя боли. Послѣ операціи значительный инфильтратъ клѣтчатки. Выздоровленіе.—*3-я больная*. 36 лѣтъ. Язва шейки безъ инфильтрата. 2 пинцета. Часть широкой связки выскользнула изъ пинцета, не смотря на полное замыканіе его. Перехватить удалось легко. Операція продолжалась 10 минутъ. Пинцеты сняты черезъ 3 сутокъ. Выздоровленіе. Въ послѣднемъ и первомъ случаяхъ было незначительное послѣопераціонное кровотеченіе, остановленное тампонаціей. Въ одномъ случаѣ образовался пролежень отъ пинцетовъ во влагалищѣ. Авторъ видитъ въ пинцетахъ *Richelot* только одно достоинство, это отсутствіе недостатка лигатуръ, иногда отпадающихъ очень поздно и вызывающихъ нагноеніе. Лично онъ не симпатизируетъ способу *Richelot*.

Въ этой же статьѣ авторъ очень хорошо отзывается о примѣняемомъ имъ способѣ хлороформированія съ помощью маски *Vajna*.

Н. Какущкинъ.

106. А. Н. Соловьевъ.—Случай эндометрита, осложненный афоніей и паротитомъ. Возстановленіе голоса послѣ разрыва нарыва околоушной железы. (Медиц. Обозр., 1895 г., № 9).

Больная 31 года, многорожавшая. Болѣла послѣ родовъ, затѣмъ 2 раза выкинула, при чемъ страдала разстройствами мѣсячныхъ, болями и бѣлями. Больная истерична, и афонія была у нея истерическаго происхожденія. Авторъ сдѣлалъ ей выскабливаніе слизистой матки и ампутацію шейки. Послѣ операціи развился инфильтратъ въ тазовой клѣтчаткѣ, а затѣмъ образовался нарывъ околоушной железы. Подъ наркомомъ больная впервые закричала, послѣ

операции (вскрытия нарыва) она уже обладала голосомъ. Авторъ раньше, въ другомъ случаѣ, наблюдалъ возвращеніе голоса у больной послѣ ампутаціи шейки при хроническомъ воспаленіи ея и изъязвленіяхъ.

*Н. Какушкинъ.*

107. **І. Ю. Любовичъ.**—**О казуистикѣ и патогенезу остеомаляціи.** (Врачебныя записки, 1895 г., №№ 6, 7 и 8).

Статья очень обстоятельно затрогиваетъ вопросъ объ остеомаляціи. Съ акушерско-гинекологической точки зрѣнія она интересна тѣмъ, что описываетъ случай этой болѣзни у женщины, не беременной. Больная—35 лѣтъ, дважды родила, при чемъ беременности, роды и послѣродовые періоды протекали безъ осложненій. За четыре года назадъ больная перенесла перемежающуюся лихорадку, которая и явилась, по мнѣнію автора, истощающимъ моментомъ, замѣнившимъ родовой процессъ. Измѣненія въ костяхъ таза были у этой больной не рѣзки и не типичны. Хлоральгидратъ далъ только временныя улучшенія субъективныхъ припадковъ.

*Н. Какушкинъ.*

## б) Н ѣ м е ц к о й.

108. **Adolf Gessner.**—**Zwei Fälle von Spontaner Uterusruptur.** (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 2). **Два случая произвольнаго разрыва матки.**

1) У 35-лѣтней, многородящей, съ правильнымъ тазомъ, распознано поперечное положеніе плода, выпаденіе ручки и пуповины. Во время наркотизаціи и дезинфекціи половыхъ частей, обнаруженъ лѣвосторонній разрывъ матки и верхняго отрѣзка влагалища, съ выхожденіемъ головки плода въ брюшную полость. Поворотъ и извлеченіе ребенка (2600 грм., 48 снтм.) въ асфиксіи, скоро оживленнаго. Послѣдъ удаленъ легко. Разрывъ затампонированъ. Скоро обнаружались явленія внутренняго кровотеченія со всѣми явленіями остраго малокровія. Чревосѣченіе. Въ лѣвой широкой связкѣ оказалась большая гематома; продолжающагося кровотеченія нѣтъ. Брюшная рана зашита. Больная поправилась.

2) 22-лѣтняя, второродящая. Косое положеніе головки, пораженной водянкой (hydrocephalus). Правосторонній разрывъ матки. Прободеніе головки съ извлеченіемъ плода и удаленіе послѣда. Введенная рука обнаружила, что разрывъ не проникаетъ черезъ брюшину. Тампонація. Въ послѣродовомъ періодѣ въ области разрыва получилась гематома; пузырьно-шеечный свищъ. Выздоровленіе. Разсуждая по поводу этихъ случаевъ, авторъ указываетъ на чувствительность живота, какъ на патогномоническій признакъ разрыва матки.

*Н. Какущкинъ.*

109. **Reusing.**—**Ein Fall traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft.** (Centralbl. f. Gynaek., 1895 г., № 2). **Случай травматическаго разрыва матки во время беременности.**

Первобеременная, 23 лѣтъ, на 8 мѣсяцѣ беременности, будучи вполне здоровой, упала съ высоты 4 метровъ на ноги. Потомъ при посторонней помощи могла идти нѣсколько шаговъ. Симптомы: боль въ животѣ и отхожденіе водъ. Другихъ явленій никакихъ. Объективное изслѣдованіе показало разрывъ матки съ выхожденіемъ плода въ брюшную полость. Чревосѣченіе обнаружило, что разрывъ шелъ по передней поверхности матки, продольно, въ области дна и тѣла. Плодъ лежалъ свободно въ брюшной полости, а послѣдъ въ разрывѣ. Послѣ освобожденія и очистки полости

матки и брюшины, освѣжены края разрыва матки и шиты шелковыми швами. Полость матки дренирована черезъ влагалище. Брюшная полость зашита. Дренажъ удаленъ на шестой день. Больная выздоровѣла. Авторъ приводитъ еще три случая травматическаго разрыва во время беременности, добытые имъ изъ литературы, и говоритъ, что такой разрывъ возможенъ и при отсутствіи какого-либо предрасположенія маточной стѣнки къ разрыву. Механизмъ такого разрыва сводится къ дѣйствию не прямого противу удара, какъ это бываетъ при разрывѣ мочевого пузыря и другихъ половыхъ органовъ въ полости живота. Отсутствіе какихъ либо общихъ явленій при разрывѣ въ описанномъ случаѣ, авторъ объясняетъ отсутствіемъ инфекции, которая, по мнѣнію *Winkel*'я, играетъ первенствующую роль въ развитіи такихъ явленій.

*Н. Какушкинъ.*

110. **O. Schlaepfer.**—**Fall von künstlicher Frühgeburt nach früher überstandenen Kaiserschnitt.** (Centralbl. f. Gynaek., 1895 г., № 6). **Случай искусственныхъ преждевременныхъ родовъ послѣ бывшаго ранѣ кесарскаго сѣченія.**

У 27-лѣтней женщины, съ плоскимъ тазомъ, во время родовъ, сдѣлано кесарское сѣченіе на мертвомъ плодѣ (не было инструментовъ для перфораци и извлеченія). При этомъ слизистая оболочка матки прижжена растворомъ хлористаго цинка. Черезъ 2 года вторая беременность, правильно протекавшая. Въ концѣ 9-го мѣсяца сдѣланы искусственные роды и полученъ живой плодъ. Послѣ родовъ ясно прощупывался черезъ брюшные покровы рубецъ на передней стѣнкѣ матки. Во время беременности и во время родовъ, этотъ рубецъ не ощущался. *Н. Какушкинъ.*

111. **Beaucamp.**—**Recidiv von Osteomalakie nach Porro.** (Centralbl. für Gynaekol., 1895 г., № 6). **Возвратъ остеомаляціи послѣ операціи Porro.**

Первыя двѣ беременности протекли правильно. Во время третьей, также окончившейся правильно, появились первые признаки остеомаляціи. Четвертая (черезъ годъ послѣ третьей), окончена извлеченіемъ плода, а пятая (черезъ 2 года послѣ предыдущей), операціей Porro. Эффектъ операціи (остановка остеомалятическаго процесса), держался 2 года, а затѣмъ началось прогрессируваніе всѣхъ симптомовъ. Ни фосфоръ, ни холодная вода не давали улучшеній; послѣднія отчасти достигались примѣненіемъ теплыхъ ваннъ и обертываній. Авторъ назначилъ больной хло-

раль-гидратъ, который произвелъ благопріятное дѣйствіе на боли, походка же осталась безъ переменъ. Авторъ, между прочимъ, описываетъ другой случай остеомалациі (безъ кастраціи), гдѣ хлораль-гидратъ дѣйствовалъ хорошо не только на боли, но и на способность передвигаться. Впрочемъ, и дѣйствія этого средства были не постоянны.

*Н. Какушкинъ.*

**112. Lennander.—Myom des Uteruskörpers mit Trennung des Cervix vom Körper.** (Centralbl. f. Gynaek., 1895 г., № 6).

Virgo intacta, 49 л., въ климактерическомъ періодѣ. Впервые замѣтила опухоль у себя, будучи лѣтъ 35. Опухоль занимаетъ преимущественно лѣвую половину живота, достигая по сосковой линіи до реберъ, по средней линіи до 8 снтм. надъ пупкомъ. Зондъ вводится въ каналъ матки лишь на 4 снтм. Чревосѣченіе съ удаленіемъ опухоли, матки и придатковъ (больная умерла отъ перитонита, вслѣдствіе перитифлитическаго нарыва). Оказалось, что каналы собственно матки и шейки вполне изолированы другъ отъ друга: полость матки представляетъ замкнутый мѣшокъ, полость шейки—слѣпой мѣшокъ, закрытый со стороны тѣла матки толстой, фиброзной тканью. Опухоль исходитъ изъ средне-верхней стѣнки матки. Мускулатура матки атрофирована. Въ литературѣ описано лишь нѣсколько подобныхъ случаевъ.

*Н. Какушкинъ.*

**113. I. Neumann.—Ueber das Verhalten der Patellarreflexe beim Schwangeren Weibe.** (Centralbl. f. Gynaek., 1895 г., № 8).  
**О пателлярномъ рефлексѣ у беременныхъ женщинъ.**

Въ послѣдніе мѣсяцы беременности авторъ у многихъ беременныхъ находилъ пателлярные рефлексы повышенными, тѣмъ болѣе, чѣмъ ближе была беременность къ наступленію родовъ. Однако въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при самомъ наступленіи родовъ рефлексы были въ предѣлахъ нормы. Это заставляетъ автора допустить здѣсь вліяніе индивидуальности и душевнаго состоянія беременной; меньшее значеніе имѣютъ возрастъ, число предшествовавшихъ беременностей, положеніе плода и отношеніе предлежащей части къ тазу. У роженицъ при сильныхъ схваткахъ рефлексы оказывались повышенными и только въ рѣдкихъ случаяхъ, при затянувшихся родахъ, при раннемъ отхожденіи водъ, этого повышенія не наблюдалось. Повышеніе рефлексовъ шло постепенно и достигало высшей точки въ періодъ изгнанія плода. Повышеніе пателлярныхъ рефлексовъ авторъ ставитъ въ связь

съ родовой дѣятельностью, особенно въ періодъ раскрытія зѣва, когда прочіе рефлексы наклонности къ повышенію не обнаруживаютъ. Послѣдніе начинаютъ повышаться въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ. Въ послѣродовомъ періодѣ рефлексы постепенно, въ течение 2—3 дней, приходятъ къ нормѣ. Имѣя въ виду, что центры сокращающей дѣятельности матки и рефлексовъ находятся, вѣроятно, въ мозгу по сосѣдству или въ одномъ мѣстѣ, авторъ объясняетъ этимъ связь родовой дѣятельности съ колебаніями рефлексовъ. Самый же фактъ повышенія рефлексовъ находитъ себѣ объясненіе въ повышенной раздражительности, въ которой находится центральная нервная система у беременныхъ, особенно въ періодъ родовъ.

*Н. Какушкинъ.*

114. Nijhoff.—Ein neues Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia centralis. (Centralbl. f. Gynaek., 1895 г., № 8). **Новый способъ веденія родовъ при центральномъ предлежаніи послѣда.**

Въ концѣ беременности, при кровотеченіи, когда зѣвъ еще не пропускалъ пальца, авторъ сдѣлалъ тампонацію шейки и влагалища. Зѣвъ открылся на 2 пальца, кровотеченіе продолжалось. Тогда авторъ сдѣлалъ разрывъ (линейный) въ предлежащей части послѣда, не нарушивъ цѣлости водной оболочки. Послѣдняя, напрягаясь подъ вліяніемъ схватокъ, дѣйствовала на дальнѣйшее расширеніе зѣва. Кровотеченіе сдѣлалось незначительнымъ, и роды постепенно дошли до конца. Ребенокъ (головное предлежаніе) родился живымъ. Послѣдъ выдѣлился произвольно. Онъ имѣлъ почти посрединѣ разрывъ, илуцій отъ одного края, но недоходящій до противоположнаго. Пуповина оказалась прикрѣпленною къ одной изъ половинъ дѣтскаго мѣста. Ребенокъ вышелъ, слѣдовательно, чрезъ означенный разрывъ. Авторъ совѣтуетъ всегда при центральномъ предлежаніи послѣда дѣлать подобное отверстіе въ послѣдѣ и, если оболочки окажутся также вскрытыми, оканчивать роды быстро поворотомъ и извлеченіемъ.

*Н. Какушкинъ.*

115. А. Пальховскій.—Ein Fall von Placenta praevia bei Zwillingen. (Centralbl. f. Gynaek., 1895 г., № 8). **Случай предлежанія послѣда при двойняхъ.**

Большая, 30 лѣтъ, беременна въ 8-й разъ. Срочные роды. Распознано краевое предлежаніе послѣда (кровотеченіе) и двойни. При зѣвѣ на 5 пальцевъ сдѣланъ поворотъ и извлеченіе перваго плода (головное предлежаніе), а затѣмъ—второго (поперечное

положеніе). Послѣдъ перваго плода выдѣлился произвольно, онъ былъ подлежащимъ. Послѣдъ втораго плода отдѣленъ рукой. Плоды, мальчикъ и дѣвочка, оказались слабо развитыми и скоро умерли. Родильница поправилась. *Н. Какущинъ.*

116. Krönig.—Ueber die Natur der Scheidenkeime, speciell über das Vorkommen anaërober Streptokokken im Scheidensekret Schwangerer. (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 16). **О природѣ микробовъ влагалища, главнымъ образомъ объ анаэробныхъ цѣпочечныхъ коккахъ въ отдѣляемомъ влагалища у беременныхъ.**

Авторъ сообщаетъ дальнѣйшіе результаты своихъ наблюденій (Centralbl. f. Gynäk., 1894 г., № 1). Не найдя въ то время въ отдѣляемомъ влагалища беременныхъ микробовъ, которые росли-бы, аэробно, онъ, поставивъ секретъ влагалища (у беременныхъ) въ условія анаэробной жизни на питательныхъ средахъ, получилъ кокки, располагающіеся группами въ 12—20, ничѣмъ не отличающіеся микроскопически отъ встрѣчающихся при родильной горячкѣ цѣпочечныхъ кокковъ. Найденный авторомъ коккъ воспринимаетъ окраску по *Gram*'у, при температурѣ тѣла даетъ колоніи черезъ 24 часа, при чемъ ростъ въ плотныхъ питательныхъ средахъ начинается на 2 смт. ниже поверхности субстрата. Слабо растетъ въ плохо подкисленномъ агарѣ, не даетъ роста въ жидкихъ средахъ. Молока не створаживаетъ. При 25° С. ростъ прекращается. Присутствіе его во влагалищѣ не оказываетъ вліянія на теченіе послѣродового періода; для животныхъ онъ оказался неядовитымъ. Во влагалищѣ онъ встрѣчается совмѣстно съ микробами въ видѣ короткихъ палочекъ, растущими аэробно.

Кромѣ описаннаго, авторъ находилъ во влагалищѣ еще 2 вида кокковъ, похожихъ на описанные, но не окрашивающіеся по *Gram*'у, а также бактерии въ видѣ изогнутыхъ палочекъ.

Въ общемъ авторъ различаетъ два сорта зародышей, встрѣчающихся во влагалищѣ: одни изъ нихъ обязательно анаэробны. Какъ представительницу послѣднихъ, онъ описываетъ палочковидную бактерію. *Н. Какущинъ.*

117. I. Hohenegg.—Ueber die Verwendbarkeit der Sacralen Methode bei fixirten Retroflexion. (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 16). **О примѣненіи крестцоваго способа при стойкомъ перегибѣ матки назадъ.**

У 35 лѣтней женщины, не рожавшей и страдавшей обильными и болѣзненными мѣсячными и болями въ животѣ, въ теченіе

болѣе чѣмъ полугодомъ было примѣнено энергичное лѣченіе массажемъ перегнутой назадъ матки. Лѣченіе это осталось безуспѣшнымъ. Тогда рѣшено было воспользоваться крестцовымъ путемъ для нарушенія сращеній и для перемѣщенія матки въ нормальное положеніе. Кончикъ былъ резецированъ, освобожденная прямая кишка отведена въ сторону, дно матки освобождено отъ сращеній и перемѣщено впередъ, для чего между прочимъ воспользовались приѣмомъ *Freund'a*: посредствомъ крѣпкой лигатуры шейка была подтянута по направленію къ правому крестцово-повздошному сочлененію. Раневая поверхность въ дугласовомъ пространствѣ была зашита, чѣмъ предупреждалась возможность перегиба матки къзади. Крестцовая рана заживала подъ марлевымъ дренажемъ. Больная выздоровѣла. При влагалитномъ изслѣдованіи матка перегнута назадъ, подвижна.

*Н. Какушкинъ.*

118. Г. Томсонъ.—*Hochgradige Hypertrophie der Portio vaginalis Uteri.* (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 16). **Рѣзкая гипертрофія влагалитной части шейки матки.**

Нерожавшая, 25 лѣтъ, жаловалась *только* на выпаденіе какого-то тѣла изъ влагалитца. Менструація нормальна, болѣе нѣтъ, въ анамнезѣ никакихъ указаній на воспалительныя явленія. Объективно: нормальные наружныя половыя органы и влагалитце, матка мала, перегнута назадъ, немного опущена. Шейка имѣетъ внѣшній видъ *penis'a*, выстоитъ изъ половыхъ органовъ. Длина канала ея достигаетъ 13,5 снтм. Покровъ ея особенностей не представляетъ. Она ампутирована по *A. Martin'u* съ послѣдующимъ выздоровленіемъ.

*Н. Какушкинъ.*

119. G. Leopold.—*Zur Diagnose des Placentarsitzes.* (Centralbl. f. Gyn., 1895 г., № 12). **Къ распознаванію мѣста прикрѣпленія послѣда.**

По поводу статьи *Bayer'a* (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 7) авторъ говоритъ, что онъ уже въ 1884 году, а не въ 1886 г., какъ утверждаетъ *Bayer*, впервые подмѣтилъ связь между положеніемъ трубъ беременной матки и мѣстомъ прикрѣпленія послѣда. Относительно этой связи къ подобному съ авторомъ заключенію пришелъ самостоятельно и *Bayer*. Заключение это сводится къ слѣдующему: если трубы направлены впередъ и вверхъ—послѣдъ лежитъ сзади; если трубы идутъ параллельно продольной оси тѣла—послѣдъ расположенъ спереди.

*Н. Какушкинъ.*



120. Th. Landau.—Zum Thema der vaginalen Radikaloperation (Hystero-salpingo-oophorectomia vaginalis). (Centralbl. f. Gyn., 1895 г., № 12). **Къ вопросу объ удаленіи матки и придатковъ черезъ влагалище.**

Въ клиникѣ *Leop. Landau* при тазовыхъ нагноеніяхъ за послѣдніе 10 мѣсяцевъ были сдѣланы слѣдующія операціи. Разрѣзы одиночныхъ, ограниченныхъ нарывовъ со стороны влагалища 17 разъ, со стороны брюха 2 раза; выздоровленіе. Чревосѣченіе съ удаленіемъ трубъ по поводу гнойныхъ скопленій въ нихъ 3 раза; выздоровленіе. Чревосѣченіе при воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ не гнойнаго характера, resp. при трубной беременности, 28 разъ; выздоровленіе съ однимъ смертнымъ исходомъ. Влагалищное сѣченіе съ удаленіемъ матки и придатковъ при гнойныхъ заболѣваніяхъ 65 разъ, при другихъ—31 разъ; выздоровленіе. Авторъ останавливается съ нѣкоторыми подробностями на послѣднихъ 96 случаяхъ. Показаніями для 65 случаевъ влагалищнаго сѣченія служили гнойныя заболѣванія трубъ, яичниковъ съ разнообразными осложненіями со стороны окружающихъ тканей до свищей въ сосѣдніе полые органы включительно. Второй рядъ случаевъ (31), не гнойныхъ заболѣваній, заключалъ въ себѣ новообразованія придатковъ и остатки старыхъ тазовыхъ нагноеній и периметритовъ (resp. parametritis chronica). Относительно техники операціи авторъ ссылается на статью свою, напечатанную раньше (Deutsch. medic. Zeitung., 1894 г., № 72).

*Н. Какушкинъ.*

121. П. Кистеръ.—Ueber die Beweglichkeit der Beckengelenke und die Bedeutung Walcher's Lagerung in der Geburtshilfe (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 10). **О подвижности тазовыхъ сочлененій и о примѣненіи Walcher'овскаго положенія въ акушерствѣ.**

Авторъ напоминаетъ, что мысль *Walcher'a* о подвижности тазовыхъ сочлененій у беременныхъ не нова: въ 1881 году на нее указалъ въ своей диссертациі *Корнъ*. По автору, большое отклоненіе бедеръ назадъ при *Walcher'овскомъ* положеніи возможно только отчасти благодаря подвижности въ тазобедренномъ сочлененіи, главнымъ-же образомъ благодаря перемѣщенію впередъ повздошныхъ костей, вслѣдствіе подвижности въ крестцово-повздошныхъ сочлененіяхъ. При этомъ разстояніе между остями повздошныхъ костей уменьшается, а діагональная конъюгата увеличивается. Увеличеніе конъюгаты авторъ наблюдалъ у небере-

ременныхъ женщинъ. Онъ примѣнилъ *Walcher*'овское положеніе ногъ при родахъ въ 84 случаяхъ узкихъ тазовъ съ хорошими результатами. Тазы были преимущественно плоскіе, съ истинной конъюгатой въ 8—10 снтм. Изъ этого числа въ 35 случаяхъ роды окончились силами природы; въ остальныхъ случаяхъ былъ сдѣланъ профилактической поворотъ, высокіе щипцы, краніотомія (10 разъ). Между прочимъ авторъ описываетъ случай, въ которомъ, не смотря на незначительное уплощеніе таза (*conjugata diagonalis* 11½ снтм.), трое родовъ были очень трудны и давали мертвыхъ дѣтей (послѣднія были невелики). При изслѣданіи этой женщины (34 лѣтъ, беременна въ 4 разъ на 3 мѣсяцѣ) въ *Walcher*'овскомъ положеніи авторъ не нашелъ увеличенія конъюгаты и задается вопросомъ, не была ли здѣсь причиной трудныхъ родовъ неподвижность въ тазовыхъ сочлененіяхъ.

*Н. Какушкинъ.*

122. **E. Kummer.**—**Ueber Endresultate der Alexander'schen Operation.** (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 14). **Объ окончательныхъ исходахъ Alexander'овской операціи.**

Авторъ сдѣлалъ эту операцію 14 разъ, 4—при выпаденіи матки и 10—при перегибѣ матки назадъ. При выпаденіи матки одновременно примѣнялась и *colporaphia*. Въ одномъ случаѣ получился возвратъ, въ трехъ возврата не было въ теченіе одного года, полутора лѣтъ и трехъ лѣтъ. При перегибѣ матки кзади возвратъ наступилъ въ двухъ случаяхъ (матка была недостаточно подвижна), а въ восьми получился полный успѣхъ, при чемъ наблюденія за больными продолжались отъ 2 мѣсяцевъ до 6½ лѣтъ. Практиковалъ авторъ два способа пришиванія круглыхъ связокъ: внизъ, по направленію къ лобковой ости, и вверхъ, по направленію передней верхней повздошной ости. Послѣдній способъ легче, но онъ болѣе идетъ къ случаямъ выпаденія, тогда какъ первый—къ случаямъ перегиба кзади.

*Н. Какушкинъ.*

123. **H. Löhlein.**—**Zur Technik der Ausschabung.** (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 14). **Къ технику выскабливанія.**

*Werth*, говоря о возстановленіи слизистой матки послѣ выскабливанія, отмѣчаетъ неравномѣрность дѣйствія операціи на слизистую въ разныхъ отдѣлахъ полости матки. Авторъ относитъ это на счетъ кюретки *Recamier*, которою обыкновенно пользуется *Werth*: она имѣетъ преимущества передъ острой ложечкой *Simon-*

*Schröder*'а въ томъ, что менѣе опасна (въ смыслѣ прободенія стѣнки) и основательнѣе и равномернѣе выскабливаетъ въ нижнемъ отдѣлѣ маточной полости, но въ днѣ матки и въ трубныхъ углахъ она не можетъ равняться съ острой ложечкой. По этому авторъ пользуется для выскабливанія дна матки острой ложечкой.

*Н. Какушкинъ.*

---

---

Редакторы: { Д. Оттъ.  
Л. Личкусъ.

# ОБЪЯВЛЕНІЯ.

3—(3)

О Б Ъ  И З Д А Н І И

## 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) Обзорѣнія преподаванія по полугодіямъ. 5) Программы, конспекты, и библиографическіе указатели для учащихся. 6) Библиографическіе указатели книгъ, поступающихъ въ университетскую бібліотеку и въ студенческой ея отдѣль. 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, соисканіи наградъ, *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 распределяются на двѣ части:—1) **оффиціальную** и протоколы, отчеты и т. п., 2)—**неоффиціальную** (статьи научнаго содержанія), съ отдѣлами—*критико-библиографическимъ*, посвященнымъ критическому обзорѣнію 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 *прибавленіяхъ* 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 выискѣ приложеній, пользуются уступкою 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

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. Оглоблину* въ С.-Петербургѣ, на Малую Садовую, № 4, и въ Кіевѣ, на Крешатикѣ, 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:

	<i>w Warszawie:</i>	<i>Na prowincji i w Cesarstwie:</i>
Rocznie	rs. 4	rs. 5 kop.
Polrocznie	rs. 2	" 2 " 50
<b>Cena pojedynczego numeru 45 kop.</b>		

Prenumerowac najlepiej w Redakcji. W Austrii mozna prenume-  
rowac w administracji Przeglądu lekarskiego w Krakowie.

### Cena ogłoszen:

Za cala strone rs. 12, za 1/2 str. rs. 6, za 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. Капустинъ*.

# CONGRÈS

## De Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux.

La Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux prépare, sous les auspices de la Société Philomathique de cette ville, et à l'occasion de la XIII Exposition organisée par elle, un Congrès qui tiendra ses assises du 8 au 14 Aout. prochain, sous la présidence générale de M. le professeur **Tarnier** et sous les présidences spéciales de M.M. les professeurs **Le Dentu**, pour la Gynécologie; **Tarnier**, pour l'Obstetrique; et **Lannelongue** (de Paris), pour la Pædiatrie.

Les questions suivantes sont dès aujourd'hui portées à l'ordre du jour:

- 1) Gynécologie: Déviations utérines;
- 2) Obstétrique: Traitement de la septicémie puerpérale;
- 3) Pædiatrie: Malformations du membre inférieur; plus spécialement-luxation de la hanche et pied-bot.

### LES DIRECTEURS DU COMITÉ D'ORGANISATION:

#### **M. LANELONGUE.**

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.  
Le Secrétaire Général

#### **A. DEMONS.**

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.  
Le Secrétaire Général-adjoint

#### **R. LEFOUR.**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux.

#### **P. SÉBILEAU.**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

# „СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКА“.

ГОДЪ III (1895).

Ежемѣсячный медицинскій журналъ оригинальныхъ и переводныхъ лекцій и статей, по клинической терапіи, издаваемый подъ редакціей проф. *Т. И. Богомолова*.

*Программа:* 1) Оригинальныя и переводныя лекціи и научныя статьи.—2) Очерки и краткіе рефераты по отдѣльнымъ медицинскимъ вопросамъ.—3) Портреты и библиографіи современныхъ клиницистовъ.—4) Библиографическій указатель и рецензіи новыхъ книгъ по медицинѣ, выходящихъ въ Россіи и заграницей.—5) Объявленія.

*Журналъ съ 1895 года, будетъ выходить въ Харьковѣ ежемѣсячными книжками отъ 4—5 листовъ.*

Подписная цѣна *четыре* рубля въ годъ. Подписка принимается въ Харьковѣ, у редактора журнала проф. *Т. И. Богомолова*, Инструментальный пер., домъ Верховскаго и въ книжномъ магазинѣ *П. А. Брейтшамма*, Московская ул.

Въ Петербургѣ, въ *Медико-Хирургическомъ книжномъ магазинѣ Н. П. Петрова*, Выборгская ст., Нижегородская ул., № 15 и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ С.-Петербурга, Москвы, Харькова, Кіева, Казани, Варшавы и Одессы. 3—(3)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

# „НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

ОРГАНЪ ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВЪ И ПСИХІАТРОВЪ ПРИ ИМПЕРАТОРСКОМЪ КАЗАНСКОМЪ УНИВЕРСИТЕТѢ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ ПРОФ. *В. М. Бехтерева* и проф. *Н. М. Попова*.

Въ 1895 году „Неврологическій Вѣстникъ“ вступаетъ въ третій годъ существованія и будетъ издаваться Обществомъ и выходить періодически *четырьмя* книжками, въ общемъ объемѣ 40 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ таблицахъ и текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-медицинской казуистической, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ расстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбриологіи нервной системы, нервной физиологіи и психологіи.

## Объявленія.

Подписка на журналъ принимается въ редакціи (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія) и у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ.

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ „Неврологическомъ Вѣстникѣ“, просятъ адресовать на имя *редакторовъ* проф. В. М. Бехтерева (Петербургъ, Клиника душевныхъ болѣзней) и проф. Н. М. Попова (Казань, Университетъ, психо-физиологическая лабораторія).

3—(3)

# ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ,

ИЗДАВАЕМЫЙ

Главнымъ Военно-Медицинскимъ Управленіемъ.

Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками.

Цѣна за годовое изданіе для военныхъ врачей **6 руб.** (изъ нихъ 1 руб. на пересылку съ упаковкою); для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки **6 руб. 50 коп.**, а съ пересылкою **8 руб.**, а за приложенія къ журналу безъ пересылки **7 руб. 50 коп.** и съ пересылкою **9 руб.**

Подписка принимается въ редакціи Журнала: С.-Петербургъ, Караванная ул., д. № 1.

3—(3)

Годъ XI-й. ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОДПИСКА Годъ XI-й.

НА

## „РУССКІЙ ХИРУРГИЧЕСКІЙ АРХИВЪ“,

(продолженіе «Хирургическаго Вѣстника»),

который будетъ выходить 4 раза въ годъ, книжками не менѣе 15 листовъ каждая, по слѣдующей программѣ:

- I. Оригинальныя статьи по всѣмъ вопросамъ хирургіи и родственнымъ ей специальностямъ.
- II. Критика и библиографія (включая, по возможности, и обзоры текущей литературы по отдѣльнымъ вопросамъ хирургіи).
- III. Объявленія.

Цѣна съ пересылкой за годъ **7 рублей.**

Подписка принимается во всѣхъ книжныхъ магазинахъ и въ редакціи (С.-Петербургъ, Знаменская, 43) ежедневно отъ 12 до 2 час.

1—(2)

Редакторъ-издатель Н. А. Вельяминовъ.



Объявления.

# БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ПОДЪ ГЛАВНОЙ РЕДАКЦІЕЙ

ЗАСЛУЖЕННАГО ПРОФЕССОРА, АКАДЕМИКА

**В. В. ПАШУТИНА.**

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ПЕРВЫЙ ТОМЪ:

**ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.**

Выходить выпусками. Первый выпускъ выйдетъ 1-го Іюня. Программа изданія, условія подписки и пробный листъ высылаются бесплатно. Адресоваться къ редактору-издателю д-ру  
*Б. А. Оксу*, (С.-Петербургъ, Забалканскій пр., 34). 1—(3)