

ОВЪЯВЛЕНІЯ.

# БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ПОДЪ ГЛАВНОЙ РЕДАКЦІЕЙ

ЗАСЛУЖЕННАГО ПРОФЕССОРА, АКАДЕМИКА

**В. В. ПАШУТИНА.**

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ПЕРВЫЙ ТОМЪ:

**ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.**

Выходитъ 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)

---

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 20 Декабря 1894 года, 9 и 28 Января, 2 и 27 Марта, 23 Мая и 2 Іюня 1895 года.

# ЖУРНАЛЪ

## АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

**Д. О. ОТТА,**  
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

**Л. Г. ЛИЧКУСА,**  
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИНСКОМЪ РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ ІХ.

Іюнь 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.



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

ЮНЬ 1895, № 6.

---

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

---

I.

**Клиническіе матеріалы къ ученію о трубной беремен-  
ности.**

А. А. Драницына.

(Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта въ Клиническомъ Институтѣ).

Внѣматочная беременность, въ которой плодъ достигаетъ полнаго развитія, какъ при правильной срочной беременности, есть явленіе сравнительно рѣдкое; чаще встрѣчается, что плодъ умираетъ, достигши только болѣе или менѣе значительнаго развитія; наибольшій же процентъ несвоемѣстнаго зачатія падаетъ на тѣ случаи, когда зародышъ погибаетъ въ самомъ началѣ своей жизни. Эта форма заболѣванія внѣматочной беременностью, т. е. когда яйцо прекращаетъ свое существованіе въ раннихъ періодахъ и слѣдовательно, когда имѣется дѣло съ регрессивнымъ процессомъ, такъ сказать, внѣматочнымъ неполнымъ выкидышемъ, представляетъ въ тоже время наибольшее затрудненіе въ діагностическомъ отношеніи. Последнее, можетъ быть, и служило причиной того, что въ прежнее время этотъ видъ болѣзненнаго процесса діагносцировался рѣже, чѣмъ въ настоящее, и сравнительно только очень недавно обратилъ на себя должное вниманіе гинекологовъ и подвергся научной разработкѣ.

Высказываемое теперь мнѣніе, что вѣматочная беременность есть заболѣваніе, встрѣчающееся гораздо чаще, чѣмъ прежде думали, указываетъ на то, что въ послѣднее время научились болѣе точно распознавать этотъ процессъ въ раннихъ стадіяхъ, какъ въ прогрессивной формѣ, такъ и въ регрессивной, т. е. послѣ смерти плода. Вмѣстѣ съ этимъ, помѣрѣ накопленія опыта и свѣдѣній о вѣматочной беременности, измѣнились и нѣкоторые приемы въ дѣлѣ распознаванія и лѣченія этого заболѣванія. Такъ напр., въ настоящее время не придаютъ особеннаго значенія выхожденію отпадающей оболочки, тогда какъ прежде это явленіе имѣло значеніе рѣшающаго діагностическаго признака. Съ другой стороны, при распознаваніи приобрѣли право гражданства и новые приемы. Еще недавно пробное выскабливаніе слизистой матки для изслѣдованія на децидуальную ткань, предложенное *Wyder*'омъ, трактовалось у насъ какъ грубый и нецѣлесообразный приемъ, въ настоящее же время считается не только безвреднымъ, но и при недостаточно ясно установленныхъ клиническихъ данныхъ, существеннымъ діагностическимъ методомъ при дифференціальномъ распознаваніи вѣматочной беременности. Точно также съ расширеніемъ нашихъ знаній о разбираемомъ нами заболѣваніи и явленіяхъ, сопровождающихъ его, и взгляды на нѣкоторые болѣзненные процессы, какъ напр., haemotosalpinx, haemotosele и др., въ гинекологіи существенно измѣнились, какъ въ отношеніи этиологіи и теченія, такъ и въ отношеніи ихъ лѣченія.

Такимъ образомъ ученіе о вѣматочной беременности сдѣлало въ послѣднее время значительный шагъ впередъ. Огромную услугу въ этомъ отношеніи оказала возможность, при успѣхахъ антисептики и асептики, съ ничтожнымъ рискомъ производить вскрытіе полости живота. Чревосѣченіе, помимо своей главной цѣли — лѣчебной, имѣетъ значеніе контроля, посредствомъ котораго при данныхъ анамнеза и объективнаго изслѣдованія устанавливаются существенные признаки, характерные для извѣстнаго заболѣванія; выясняется клиническая картина и провѣряются достоинства того или другого метода изслѣдованія. При чревосѣченіи, такъ сказать, воочію рѣшается вопросъ, на сколько наши умозаключенія въ дѣлѣ распознаванія дан-

наго процесса были правильны. Изъ этого само собою вытекаетъ важность и значеніе тѣхъ наблюденій при внѣматочной беременности, въ которыхъ чревосѣченіе имѣло мѣсто.

Въ виду вышеизложеннаго мы сочли своимъ долгомъ опубликовать случаи трубной беременности, въ которыхъ было произведено чревосѣченіе, а затѣмъ изслѣдованіе трубы и содержимаго въ ней. Серія описываемыхъ мною случаевъ есть продолженіе ряда опубликованныхъ въ монографіи «Матеріалы къ ученію о внѣматочной беременности» проф. *Д. О. Отта*, который своей оригинальной работой внесъ значительный вкладъ въ отечественную литературу по данному вопросу. Взглядъ и выводы, изложенные въ вышеозначенной работѣ, настолько удачно осрѣщаютъ нѣкоторыя стороны разбираемаго нами заболѣванія, что мы не считаемъ возможнымъ ограничиться краткимъ повтореніемъ изложеннаго въ монографіи и отсылаемъ читателя къ оригиналу <sup>1)</sup>. Считаемъ лишь необходимымъ здѣсь отмѣтить, что положенія, высказанныя упомянутымъ авторомъ, вполне подтверждаются и теперь описываемыми случаями.

Прежде, чѣмъ приступить къ изложенію исторій болѣзни, мы постараемся, сгруппировавъ отдѣльныя явленія, представить общую картину, свойственную нашимъ больнымъ, не придавая однакожъ этому характера выводовъ или широкихъ обобщеній. Прежде всего коснемся данныхъ анамнеза, затѣмъ объективныхъ явленій и наконецъ леченія и исходовъ его. Такъ какъ мы имѣемъ дѣло въ большинствѣ случаевъ только съ ранней стадіей беременности и притомъ въ регрессивномъ періодѣ, то слѣдовательно, все нижеизложенное нами будетъ касаться только этой стадіи заболѣванія. Однообразіе нашего матеріала съ одной стороны ограничиваетъ такимъ образомъ нашу задачу, съ другой-же—отчасти восполняетъ недостаточность матеріала въ количественномъ отношеніи и облегчаетъ достиженіе поставленной нами цѣли представить возможно полную картину страданія внѣматочнымъ неполнымъ абортomъ, главнымъ образомъ, имѣя въ виду правильное распознаваніе его.

<sup>1)</sup> „Врачъ“, 1893 г., а также отдѣльные оттиски. Нѣмецкое изданіе: Beiträge zur Kenntniss der ektopischen Formen der Schwangersch. Leipzig, 1895.

## I.

*Анамнестическія данныя.* Возраст нашихъ больныхъ соотвѣтствуетъ тому періоду, въ которомъ женщина наиболѣе способна къ дѣторожденію, именно отъ 23 до 42 лѣтъ. Ниже слѣдующая таблица указываетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ число беременностей, срочныхъ родовъ и выкидышей, а также заболѣванія половой сферы, которыя предшествовали внѣматочной беременности:

Больная.	Лѣта.	Число беременностей.	Число срочныхъ родовъ.	Число выкидышей.	ЗАБОЛѢВАНІЕ.
№ 13	42	13	10	3	Заболѣваніе неопредѣленнаго характера.
№ 3	39	11	9	2	
№ 12	42	7	6	1	Послѣ 6-хъ родовъ послѣродовой процессъ.
№ 1	40	7	5	2	Послѣ 5-хъ и 4-хъ родовъ послѣродовое заболѣваніе.
№ 5	36	7	7	—	Послѣ послѣднихъ родовъ тоже.
№ 10	41	6	6	—	Заболѣваніе послѣ послѣднихъ родовъ.
№ 2	35	5	4	1	Послѣродовое заболѣваніе.
№ 7	30	4	—	4	Gonorrhoea (?)
№ 11	31	2	2	—	Неопредѣленнаго характера.
№ 8	30	2	1	1	Заболѣваніе послѣ выкидыша.
№ 6	27	2	1	1	Тоже.
№ 4	23	2	1	1	Тоже.
№ 9	34	1	1	—	Послѣродовое заболѣваніе.

Изъ приведенной таблицы видно:

Во 1-хъ, что нѣтъ ни одного случая, гдѣ-бы первая беременность была внѣматочной, и почти во всѣхъ первая беременность разрѣшается срочными родами.

Во 2-хъ, большинство (8) были повторно беременны (отъ 4 до 13), 4—по 2 раза и только одна—разъ.

Въ 3-хъ, большинство (7) многородящихъ (отъ 4 до 10 разъ), II пара—1; I пара—4; въ одномъ только случаѣ больная ниразу не рожала въ срокъ бывши беременной—4 раза.

Въ 4-хъ, число беременностей и родовъ пропорціонально лѣтамъ.

Въ 5-хъ, въ большинствѣ случаевъ точно констатировано заболѣваніе или послѣ родовъ, или послѣ выкидыша, что какъ-бы прекращало способность въ дальнѣйшемъ къ анатомически-правильной беременности и предшествовало несвоемѣстному зачатію; въ одномъ случаѣ была предположена gonorrhœa, давшая болѣзненные измѣненія въ половыхъ органахъ.

Изъ вышеизложеннаго можно вывести заключеніе, что причины, предрасполагающія къ внѣматочной беременности, не врожденные, а приобрѣтенныя и при томъ уже послѣ бывшихъ своемѣстныхъ беременностей, и что въ большинствѣ случаевъ *предрасполагающимъ моментомъ* для внѣматочной беременности являются тѣ измѣненія въ половой сферѣ, которыя вызываются послѣродовыми заболѣваніями, рѣже другого происхожденія, какъ напр., гонорройнаго.

Само собою разумѣется, что этими измѣненіями не исчерпывается вся этиологія разбираемаго нами заболѣванія, такъ какъ далеко не всѣ перенесшія послѣродовой процессъ заболѣвають внѣматочной беременностью, при чемъ самая ближайшая причина остается совершенно невыясненной, если не считать предположенія объ измѣненіи просвѣта и направленія трубы, вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ и ихъ послѣдствій.

Кромѣ указанія на эти заболѣванія также изъ анамнеза мы видимъ, что наши больныя имѣли возможность забеременѣть въ то время, когда болѣзненные процессы настолько уже уменьшились, что не вліяли ослабляющимъ образомъ на организмъ и, слѣдовательно, когда больныя считали себя болѣе или менѣе поправившимися отъ имѣвшагося заболѣванія, что выражалось не только улучшившимся самочувствіемъ, но и возстановленіемъ правильнаго теченія фізіологическихъ процессовъ половой сферы, какъ на примѣръ, наступленіе правильныхъ безболѣзненныхъ менструацій въ томъ, большей частью, видѣ, какъ онѣ были до заболѣванія. При этомъ слѣдуетъ предполагать, что имѣетъ значеніе не только улучшение состоянія организма вообще, но и въ частности улучшение до извѣстной степени въ мѣстныхъ процессахъ, въ смыслѣ разсасыванія эксудатовъ и остатковъ бывшаго воспалительнаго процесса.



*Первымъ симптомомъ*, которымъ у нашихъ больныхъ обнаруживалось болѣзненное состояніе, было *кровотеченіе и боли*. Одновременное появленіе того и другого было въ 6 случаяхъ; появленіе кровотеченія безъ болей, которыя потомъ присоединились, было только въ двухъ случаяхъ; появленіе болей вначалѣ, а затѣмъ черезъ болѣе или менѣе продолжительное время и кровотеченія было въ 5 случаяхъ. Такимъ образомъ, комбинаціи этихъ припадковъ при ихъ появленіи очень разнообразны, но въ большинствѣ случаевъ замѣчается совпаденіе ихъ. Если и бываетъ нѣкоторый промежутокъ во времени, то обыкновенно очень не большой, чаще въ нѣсколько часовъ, рѣже въ нѣсколько дней, и только въ одномъ случаѣ кровотеченіе появилось спустя 3 недѣли послѣ начала болей.

Что же касается количества крови, то оно въ *необильномъ количествѣ* было наблюдаемо въ 9 случаяхъ; сначала обильное, а потомъ необильное—въ 1 случаѣ; сначала необильное, а потомъ обильное и даже сгустками и затѣмъ опять необильное—въ 2 случаяхъ; грязныя, незначительныя кровянистыя выдѣленія въ 1 случаѣ.

Если сравнивать кровотеченіе при внѣматочномъ выкидышѣ съ кровотеченіемъ при внутриматочномъ абортѣ, то слѣдуетъ отмѣтить ту особенность, что при первомъ, насколько можно судить по нашимъ случаямъ, не бываетъ такого обильнаго остраго кровотеченія, какое часто наблюдается при второмъ, особенно въ началѣ процесса, но оно большею частью, сразу принимаетъ характеръ хроническаго кровоотдѣленія. Изъ всѣхъ случаевъ только въ двухъ (№№ 5 и 11) наблюдалось кровотеченіе съ большими или меньшими перерывами, почти съ самаго начала, и только въ одномъ (№ 9) оно продолжалось 3 недѣли, а затѣмъ совершенно прекратилось, такъ что регулы, приходили своимъ обычнымъ порядкомъ въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Изъ этого слѣдуетъ, что въ большинствѣ случаевъ кровотеченіе бываетъ постояннымъ и необильнымъ, при чемъ количество крови постепенно можетъ уменьшаться иногда до нѣсколькихъ пятенъ и наконецъ появляться съ перерывами. Такое повидимому необильное, но постоянное кровоотдѣленіе часто влекло за собою однакоже сильное истощеніе и анэмію.

Приводимыя нами исторіи болѣзни не даютъ матерьяла для разрѣшенія вопроса, какъ долго можетъ продолжаться кровотеченіе безъ примѣненія радикальныхъ мѣръ, такъ какъ у большинства нашихъ больныхъ оно продолжалось до самой операціи, послѣ которой, обыкновенно, въ ближайшіе дни и прекращалось. Судя же потому, что были случаи, гдѣ кровотеченіе неостанавливалось болѣе 5 мѣсяцевъ до производства операціи, есть основаніе предполагать, что оно можетъ длиться и значительно болѣе долгій срокъ, что и подтверждается другими наблюденіями, въ которыхъ не было произведено чревосѣченіе (амбулаторныя больныя).

Продолжительность кровотечения имѣетъ значеніе по столько, по скольку оно вызываетъ малокровіе и упадокъ силъ, что зависитъ въ тоже время и отъ другихъ условій, напримѣръ, количества выдѣляемой крови и т. п. Такъ что въ практическомъ отношеніи важно не то, какъ долго продолжается кровотеченіе, а вліяніе его на организмъ, какъ истоющаго момента въ рядѣ другихъ неблагопріятныхъ явленій.

Что же касается болей, то они большей частью, какъ мы сказали выше, болѣе или менѣе совпадаютъ съ началомъ кровотечения, появляясь или въ видѣ схватокъ, или въ видѣ сильныхъ постоянныхъ болей, или рѣзи иногда въ нижней части живота, а иногда и по всему животу.

Большею частью схваткообразныя боли съ теченіемъ времени переходятъ въ постоянныя, которыя затѣмъ стихаютъ и наконецъ совершенно прекращаются, чаще же только становятся незначительными. Если сравнить продолжительность болей съ продолжительностью кровотечения, то оказывается, что боли прекращаются скорѣе, чѣмъ кровотеченіе, которое, въ большинствѣ нашихъ случаевъ, продолжалось до самой операціи.

Иногда къ вышеописаннымъ симптомамъ присоединяются *обморозъ, рвота и отдышка* при измѣненіи дѣятельности сердца, напримѣръ, въ случаяхъ № 8 и 11. Эти явленія, какъ извѣстно, указываютъ на внутреннее кровотеченіе. Повтореніе подобныхъ припадковъ указываетъ на повторныя кровоизліянія въ брюшную полость, что наблюдалось въ случаѣ № 8, во время пребыванія больной въ клиникѣ и подтвердилось при чревосѣченіи, при чемъ были найдены сгустки крови различнаго

по времени происхожденія; до операціи же выражалось увеличеніемъ вздутости и болѣзненности живота, при соотвѣтственныхъ явленіяхъ со стороны другихъ органовъ, а также и увеличеніемъ размѣровъ опухоли. Нѣтъ надобности выяснять важность описываемаго симптома, такъ какъ жизнеопасность внутреннихъ кровотеченій всѣмъ извѣстна, и поэтому необходимо особенно тщательное наблюденіе за больной въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣютъ мѣсто подобныя явленія.

Къ частію это опасное осложненіе не особенно часто встрѣчается, изъ нашихъ 13 случаевъ оно было наблюдаемо въ клиникѣ только одинъ разъ.

Къ числу не особенно частыхъ, но характерныхъ припадковъ, сопровождающихъ иногда появленіе кровотечения и болей, нужно отнести *сильные и учащенные позывы на испраженіе и мочеотдѣленіе*, которые затѣмъ переходятъ въ затрудненныя дефекацію и мочеотдѣленіе, какъ это особенно рѣзко было выражено въ случаяхъ № 10 и 11. Къ числу причинъ, вызывающихъ эти симптомы, нужно отнести давленіе, оказываемое быстро увеличивающеюся опухолью съ одной стороны на матку, и вмѣстѣ съ нею и мочевой пузырь, а съ другой — на прямую кишку; при этомъ безразлично, будетъ-ли давленіе зависѣть отъ внутри-трубнаго кровоизліянія или свободнаго кровотечения въ область малаго таза.

Значеніе кровотечения при прекратившейся внѣматочной беременности лучше всего объясняется если провести аналогію между нимъ и кровотеченіемъ при обыкновенномъ неполномъ выкидышѣ, какъ это дѣлаетъ проф. *Оттз* въ указанной монографіи, приравнивая явленія, наблюдаемыя при прекратившейся трубной беременности, къ явленіямъ при обыкновенномъ выкидышѣ. Проводя подобную параллель, слѣдуетъ остановиться на предположеніи, что въ томъ и другомъ случаяхъ кровотеченіе, происходя изъ стѣнокъ плодovмѣстилица, большею частью совпадаетъ со смертію плода и выражаетъ собой состояніе неполнаго выкидыша. Разница состоитъ въ томъ, что при внутриматочномъ выкидышѣ кровотеченіе бываетъ только изъ матки (наружное), при внѣматочномъ же изъ матки наружу и изъ стѣнокъ трубы въ ея просвѣтъ и въ брюшную полость (внутреннее).

Этимъ болѣзненнымъ симптомамъ у нашихъ больныхъ предшествовала или *остановка въ регулахъ*, что было въ большинствѣ случаевъ, или-же *измѣненіе характера ихъ*. Эта неправильность и характеризуетъ собственно первый періодъ ненормальнаго состоянія половыхъ органовъ. Изъ 13 нашихъ больныхъ у 9 предшествовала задержка мѣсячныхъ кровей.

У 2 больныхъ начало кровотеченія, хотя и совпало съ мѣсячными, но появилось съ сильнѣйшими болями; и только у одной больной правильные, повидимому, регулы перешли въ кровотеченіе безъ рѣзкихъ болей. Изъ этого можно вывести слѣдующее заключеніе:

Во 1-хъ, задержка менструацій, какъ характерный признакъ беременности, имѣетъ одинаковое діагностическое значеніе, какъ для внутриматочной беременности, такъ и для внѣматочной.

Во 2-хъ, если таковой задержки въ анамнезѣ нѣтъ и появленіе крови, хотя и совпадаетъ со срокомъ для регулъ, однакожь сопровождается такими явленіями, которыхъ при обыкновенныхъ мѣсячныхъ не имѣлось, напр., боль, продолжительность кровоотдѣленія, обморочное состояніе и т. п., то это можетъ быть признакомъ внѣматочнаго аборта, какъ это бываетъ и при обыкновенномъ выкидышѣ.

Продолжительность задержки въ регулахъ у нашихъ больныхъ была различна: въ 6 случаяхъ менѣе мѣсяца, въ 3 случаяхъ болѣе мѣсяца; въ общемъ же отъ 5 дней до 3 мѣсяцевъ. Последняя цифра, впрочемъ, была только въ одномъ случаѣ, въ большинствѣ же продолжительность остановки не превышала двухъ-недѣльнаго срока. Если справедливо то мнѣніе, что кровотеченіе при внѣматочной беременности совпадаетъ со смертью плода, то должно признать, что эта послѣдняя происходитъ чаще всего въ самыхъ раннихъ періодахъ развитія. Это подтверждается и тѣмъ, что при операціи, въ большинствѣ случаевъ плодовъ не было найдено, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ она была произведена спустя не особенно продолжительное время отъ начала зачатія.

Считая задержку наиболѣе важнымъ признакомъ беременности (въ данномъ случаѣ—внѣматочной) и появленіе кровотеченія съ болями—характернымъ симптомомъ (внѣматочнаго)

выкидыша, мы должны упомянуть и о другихъ признакахъ, хотя и имѣющихъ меньшее значеніе при распознаваніи, чѣмъ вышеупомянутые. Къ такимъ признакамъ нужно отнести нагрубаніе груди, покальваніе въ соскахъ, тошноту и т. п. Изъ нашихъ случаевъ только въ трехъ эти явленія имѣлись на лицо, ясно выраженными, именно въ № 2, 8 и 10. Присутствіе ихъ заставляло этихъ больныхъ считать себя беременными. Вмѣстѣ съ этимъ указанныя больныя имѣли задержку въ мѣсячныхъ въ продолженіи 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 2-хъ и 3 хъ мѣсяцевъ, т. е. наиболѣе продолжительную, тогда какъ другія значительно меньшую, иногда лишь въ нѣсколько дней. При чемъ и при операціи оказалось, что изъ означенныхъ больныхъ у двухъ (№ 8 и 10) были найдены плоды; во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ плодовъ найдено не было. Изъ вышесказаннаго, слѣдовательно, можно вывести заключеніе, что такія явленія, какъ *тошнота*, *нагрубаніе* и *покальваніе* въ молочныхъ железахъ, наблюдаются не часто и имѣютъ мѣсто только въ тѣхъ случаяхъ, когда развитіе плода прогрессируетъ до извѣстнаго срока, а не прекращается въ самый ранній періодъ, что было у большинства нашихъ больныхъ, не имѣвшихъ при этомъ и разбираемыхъ нами признаковъ.

Достойно вниманія то, что изъ всѣхъ больныхъ только у одной (№ 7) есть въ анамнезѣ указаніе на выхожденіе отпадающей оболочки; точно также и въ клиникѣ отхожденіе deciduae наблюдаемо не было.

Вышеизложеннымъ исчерпывается все главное, что намъ далъ анамнезъ нашихъ больныхъ. Перейдемъ теперь къ объективному изслѣдованію.

## II.

*Осмотръ живота* у нашихъ больныхъ давалъ положительные результаты только въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль, достигала замѣтной величины и измѣняла нормальныя очертанія его, обнаруживаясь выпячиваніемъ покрововъ живота, что особенно рѣзко было замѣтно при лежачемъ положеніи больной и при усиленныхъ дыхательныхъ экскурсіяхъ. Изъ всѣхъ нашихъ больныхъ это обстоятельство было отчетливо наблюдаемо только у двухъ (№ 9, 11). Въ первомъ случаѣ верхнія границы

доходили до пупка, во второмъ—до половины разстоянія между лоннымъ соединеніемъ и пупкомъ; въ томъ и другомъ случаяхъ опухоль располагалась по срединѣ живота, только незначительно отклоняясь въ сторону. Такое равномерное расположеніе стояло въ зависимости отъ того, что опухоль помѣщалась сзади матки, откуда и происходилъ ея ростъ. Въ другихъ нѣсколькихъ случаяхъ опухоль располагалась ассиметрично, выступая съ одной стороны болѣе чѣмъ съ другой, была меньшей величины и, какъ оказалось при дальнѣйшемъ изслѣдованіи, большею частью осложнялась кровоизліяніемъ (напр. № 8). Во всѣхъ остальныхъ при осмотрѣ живота никакого представленія не получалось или вслѣдствіе вздутости его, или вслѣдствіе малой величины опухолей.

*Ощупываніе живота* показывало значительную *бользненность*, а также и вздутость его у многихъ изъ нашихъ больныхъ.

Этотъ симптомъ, указывающій на явленія перитонита, встрѣчается при внѣматочной беременности чаще, чѣмъ при другихъ опухоляхъ половой сферы и заставляетъ думать о происшедшемъ кровоизліяніи въ полость брюшины. Эти наблюденія были подтверждены и чревосѣченіемъ въ вышеозначенныхъ случаяхъ.

Опухоли, которыя прощупывались при наружномъ изслѣдованіи въ нашихъ случаяхъ, можно раздѣлить на три группы: во 1-хъ, опухоли, доходившія или немного недостижавшія до пупка (№ 8, 9, 10, 11); во 2-хъ, опухоли, опредѣляемыя по верхней ихъ границѣ надъ лоннымъ соединеніемъ (какъ напримѣръ № 4, 7 и 12); въ 3-хъ, опухоли, лежащія глубоко въ маломъ тазу (какъ, напримѣръ, № 5). Опухоли 1-й категоріи, исходя изъ малаго таза, рѣдко имѣли опредѣленные контуры (№ 9) и ясныя границы (№ 8, 10, 11), какія бываютъ, напримѣръ, при кистахъ, какъ съ боковыхъ сторонъ, такъ и сверху. Это относится въ особенности къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ при чревосѣченіи наблюдались кровоизліяніе и многочисленныя сращенія съ сальникомъ и кишками. Наклонность беременной трубы къ такимъ сращеніямъ съ окружающими органами, какъ это бываетъ и при *ruosalpinx*'ахъ, служитъ одной изъ отличительныхъ ея особенностей по сравненію съ другими опухолями половой сферы, при которыхъ подобное осложненіе встрѣчается только при особыхъ условіяхъ.

Взаимное отношеніе опухоли и матки, при значительныхъ размѣрахъ первой таково, что матка прощупывается въ видѣ придатка, лежащаго спереди опухоли и большею частью отклоненной немного въ ту или другую сторону, въ видѣ образованія меньшей величины, чѣмъ опухоль, а опухоль сзади матки, большей величины, при чемъ и консистенція ихъ различна: uterus обыкновенно болѣе твердой, tumor болѣе мягкой.

При опухоляхъ средней величины наружнымъ изслѣдованіемъ большею частью опредѣлялись два сегмента, выступающіе надъ лонными костями, изъ коихъ одинъ принадлежалъ тѣлу матки, а другой—опухоли.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ различіе въ консистенціи и здѣсь, подобно первой категоріи, выступало съ большей или меньшей отчетливостью, можно было установить, который сегментъ принадлежалъ маткѣ и который—опухоли; при этомъ матка, отклоняясь въ ту или другую сторону, также почти всегда располагалась болѣе впереди, чѣмъ опухоль. Наибольшую трудность при наружномъ изслѣдованіи представляли опухоли, сидящія глубоко въ маломъ тазу, хотя и тутъ иногда удавалось опредѣлить сегменты ея; въ большинствѣ же случаевъ при малыхъ размѣрахъ наружнымъ изслѣдованіемъ ничего опредѣленнаго не получалось, особенно при болѣзненности живота, что встрѣчалось очень часто.

Наружные признаки беременнаго состоянія, какъ напримѣръ, усиленная пигментація по бѣлой линіи и околососковыхъ кружковъ съ развитіемъ монгомеровыхъ тѣлъ и синева наружныхъ половыхъ частей были выражены далеко не во всѣхъ случаяхъ. Эти признаки отмѣчены только въ трехъ исторіяхъ болѣзни ясно выраженными, именно № 2, 8, 10, т. е. въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ задержка въ регулахъ была наиболѣе продолжительною и гдѣ больныя по другимъ (субъективнымъ) признакамъ считали себя беременными. Въ другихъ случаяхъ, (напримѣръ № 9, 11), синева и пигментація были настолько слабы, что не могли быть признаны характерными; въ остальныхъ же ихъ совсѣмъ не было. Выдѣленіе молозива наблюдалось только въ двухъ случаяхъ (№ 8, 9). Такимъ образомъ, вышеозначенные признаки беременности по видимому наблюдались только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внѣма-

точная беременность достигла болѣе позднихъ стадій развитія, въ случаяхъ же ранняго прекращенія развитія никакихъ внѣшнихъ признаковъ на лицо не было. Интересно то, что и субъективныя ощущенія больныхъ болѣею частью совпадали съ этими явленіями; и что тамъ, гдѣ имѣлись вмѣстѣ тошнота и усиленная пигментация, найдены были плоды, какъ нами было указано при разборѣ анамнестическихъ данныхъ.

*При внутреннемъ изслѣдованіи* въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 2, 8, 10, 11, 12 и др.) влагалище и шейка найдены разрыхленными, при чемъ наружный зѣвъ иногда пропускалъ палецъ. Такое состояніе частей особенно замѣтно было опять таки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность была болѣе продолжительной и гдѣ найдены плоды. Равно и тѣло матки въ этихъ случаяхъ болѣе, чѣмъ во всѣхъ другихъ, обладало признаками беременности какъ по величинѣ и конфигураціи, такъ и по консистенціи. У всѣхъ другихъ больныхъ разрыхленія влагалища и шейки не опредѣлялось; обыкновенно матка была болѣею частью увеличена, но консистенція ея нормальная или даже плотнѣе нормы.

Изъ вышеизложеннаго можно сдѣлать слѣдующее заключеніе: тѣ признаки, которыя свойственны нормальной беременности въ первыхъ ступеняхъ развитія ея и которыя обнаруживаются субъективными ощущеніями больной, а также наружнымъ и внутреннимъ изслѣдованіемъ, можно наблюдать при внѣматочной беременности въ регрессивномъ періодѣ далеко не всегда, а болѣею частью только въ тѣхъ случаяхъ, когда беременность прогрессировала въ большей или меньшей степени, или когда въ силу особыхъ причинъ существуетъ значительный приливъ крови къ тазу, напр., при большой величинѣ опухоли (№ 11) и т. под.

Гораздо постояннѣе и характернѣе для внѣматочной беременности, какъ было у нашихъ больныхъ, это—*положеніе матки*: именно она всегда была оттѣснена впередъ и нѣсколько въ правую или лѣвую сторону, иногда приподнята кверху, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ весьма значительно (напр. № 8, 11). Такое положеніе матки стоитъ въ зависимости отъ *мѣста расположенія опухоли*, которая, занимая извѣстную часть задней половины малаго таза, оттѣсняетъ матку въ противоположную



сторону. Для наглядности ниже приводимъ взаимное расположеніе матки и опухоли, которое наблюдалось въ нашихъ случаяхъ:

<i>Положеніе матки.</i>	<i>Положеніе опухоли.</i>
№ 1 впередъ и влѣво (немного)	въ дугласѣ.
№ 2 впередъ и влѣво (болѣе)	справа отъ матки.
№ 3 впередъ и влѣво (болѣе)	справа (немного сзади).
№ 4 впередъ и вправо	въ дугласѣ (немного слѣва).
№ 5 впередъ и вправо (немного)	въ дугласѣ.
№ 6 впередъ и глав. обр. влѣво	справа (немного сзади).
№ 7 почти по проводн. лин. таза	спереди и слѣва.
№ 8 впереди	въ дугласѣ.
№ 9 впереди	сзади и въ обонхъ сводахъ.
№ 10 впереди и вправо	въ дугласѣ и слѣва.
№ 11 впереди и вправо (немного)	въ дугласѣ и немного слѣва.
№ 12 впереди и вправо	въ дугласѣ, немного слѣва глав. обр.
№ 13 впереди и вправо	въ дугласѣ и слѣва.

Такимъ образомъ, матка во всѣхъ случаяхъ лежала впереди и болѣе или менѣе въ сторону, опухоль же сзади нея или въ задне боковомъ пространствѣ; при чемъ какъ матка, такъ и опухоль были или мало подвижны, или же совсѣмъ неподвижны. Только въ одномъ случаѣ (№ 7) беременная труба находилась *спереди* и слѣва отъ матки и это произошло вслѣдствіе того, что задне-правая сторона была занята имѣвшею кистой яичника.

Описанное положеніе матки и опухоли у нашихъ больныхъ настолько постоянно для каждаго случая, что можетъ считаться за дифференціально-диагностическій признакъ внѣматочной беременности, въ случаяхъ подобныхъ нашимъ.

Отчего зависитъ такое расположеніе?

Несомнѣнно главной причиной для этого нужно признать нормальное анатомическое расположеніе матки и трубъ, по которому матка лежитъ впередъ, трубы же — нѣсколько позади отъ нея.

Разсматривая далѣе взаимное отношеніе опухоли и матки, мы находимъ, что иногда отчетливо опредѣляется переходъ

рога матки въ опухоль (какъ напр., въ №№ 2, 6, 12), иногда между ними ясно прощупывается тяжъ (№ 4, 9).

Въ большинствѣ же наблюдается только болѣе или менѣе тѣсное прилегание опухоли къ маткѣ, при чемъ между ними иногда опредѣлялась борозда (№ 2, 6, 8).

Что же касается самой опухоли, то она при изслѣдованіи обнаруживалась въ видѣ образованія то круглой формы, то овальной, иногда же неправильной (№ 2) какъ при сальпингитахъ, но вообще преобладаетъ сферическая форма. Величина точно также была различная, отъ малаго куриного яйца до головки новорожденного.

Интересно отмѣтить, что величина опухоли не зависѣла отъ большаго или меньшаго развитія плода. Такъ напр., въ случаѣ № 9, опухоль имѣла наибольшую величину, между тѣмъ какъ плода не было найдено, и задержка въ регулахъ въ данномъ случаѣ была только въ 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> недѣли, слѣдовательно, плодъ погибъ въ самый ранній срокъ.

Чѣмъ объяснить это?

Разсматривая соответственный препаратъ (рис. № 8) находимъ: во 1) сильно гипертрофированныя стѣнки трубы, и во 2) громадную полость, наполненную кровяными сгустками. При этомъ нужно взять въ соображеніе, что отъ начала появленія кровотеченія до операціи прошло 4 мѣсяца. Слѣдовательно можно предполагать, что наибольшей величины опухоль послѣ смерти плода можетъ достигнуть въ такомъ случаѣ, если, во первыхъ, стѣнки ея способны растягиваться и гипертрофироваться до той степени, чтобы быть въ состояніи противостоятъ разрыву, и, во вторыхъ, если впродолженіи долгаго времени постепенно происходитъ кровоизліяніе въ полость ея. Подобныя условія наблюдались и въ другихъ случаяхъ, (напр. № 4), гдѣ опухоль имѣла также значительные размѣры.

*Консистенція опухоли* опредѣлялась или твердоватой, или мягкой, или тѣстоватой, или наконецъ немного эластической, слѣдовательно, самой разнообразной. Хруста разрываемыхъ кровяныхъ сгустковъ (крепитации) въ нашихъ исторіяхъ отмѣчено не было.

Какъ признакъ болѣе постоянный наблюдалась *неподвижность* или только малая подвижность и *бользненность* опу-

*хולי*. Обладая полною неподвижностью и только перитонеальною, опухоли во всѣхъ случаяхъ не переходили на кости таза, слѣдовательно, въ этомъ отношеніи не могли быть смѣшиваемы съ эксудатами.

*Пульсація*, опредѣляемая въ разныхъ отдѣлахъ опухоли, имѣла мѣсто изъ 13 случаевъ въ пяти. Слѣдовательно, она не можетъ считаться постояннымъ признакомъ, по крайней мѣрѣ, для той формы внѣматочной беременности, съ которой мы имѣли дѣло.

Кромѣ ручнаго изслѣдованія къ каждомъ случаѣ дѣлалось *пробное выскабливаніе слизистой матки* для микроскопическаго изслѣдованія. Только въ одномъ случаѣ (№ 7) оно не было произведено, потому что въ исторіи болѣзни было указаніе на отхожденіе отпадающей оболочки. Микроскопическое изслѣдованіе соскоба всегда давало картину децидуальной ткани, представлявшей обыкновенно регрессивныя измѣненія.

Какъ долго послѣ смерти яйца можно наблюдать эту ткань видно изъ случая № 4, въ которомъ отъ начала кровотеченія до изслѣдованія прошло 5 мѣсяцевъ, однакожъ децидуальная ткань еще существовала, хотя и въ сильно измѣненномъ видѣ. Тотъ фактъ, что въ каждомъ случаѣ была находима децидуальная ткань, отвѣчалъ тому обстоятельству, что больными не было замѣчено въ теченіи болѣзни отхожденія deciduae, кромѣ одного случая, при томъ сомнительнаго (№ 7).

Изъ другихъ діагностическихъ инструментальныхъ приемовъ въ 2-хъ случаяхъ (№ 1, 9) былъ примѣненъ *проколъ* чрезъ сводъ. Въ первомъ случаѣ былъ пунктированъ нижній отдѣлъ дугласа, который былъ выпяченъ и имѣлъ упругую консистенцію, вслѣдствіи нахождения въ немъ жидкаго содержимаго. Пункція дала темную кровянистую жидкость, принадлежащую haematocele retrout. Во второмъ случаѣ опухоль при внутреннемъ изслѣдованіи представляла различную консистенцію въ различныхъ мѣстахъ, и при двукратной пункціи получилась различная жидкость, кровянистая и свѣтложелтая; первая принадлежала haemato salpinx'у, вторая одновременно существовавшей кистѣ яичника, какъ это видно изъ исторіи болѣзни (№ 9).

Такъ какъ присутствіе трубнаго аборта сопровождается кровоизліяніемъ (haematocele, haematosalpinx), то, получая при

пункціи кровянистую жидкость, мы прежде всего должны думать о возможности внѣматочно развившагося яйца.

Такимъ образомъ, въ затруднительныхъ случаяхъ пункція можетъ служить подспорьемъ къ распознаванію болѣзни, особенно, если имѣются и другія указанія.

Изъ *осложненій*, встрѣчающихся при трубной беременности, прежде всего нужно указать на haematocoele, этиологія котораго связана съ самимъ процессомъ, и есть результатъ кровотеченія или изъ абдоминальнаго конца трубы, или изъ стѣнки ея при разрывѣ. Оно было наблюдаемо изъ 13 случаевъ въ 4-хъ. Наиболее характернымъ и легко диагностируемымъ является haematocoele retrouterinum, при которомъ дугласово пространство, особенно его нижній отдѣлъ представляется выпяченнымъ и имѣющимъ эластическую консистенцію или, во всякомъ случаѣ, болѣе мягкую, чѣмъ близъ лежащая опухоль (№ 1, 6). Такое различіе въ консистенціи и мѣсторасположеніе его, не смотря на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя было опредѣлить границы между haematocoele и беременной трубой, позволяло однакожь ставить вѣрное распознаваніе. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровоизліяніе было не только въ нижнемъ отдѣлѣ дугласа, но и въ выше лежащихъ частяхъ, кромѣ того и соответственный сводъ прощупывался растянутымъ и эластичнымъ, при чемъ границы опухоли были неопредѣленны, такъ сказать расплывчаты (№ 10, 11).

Киста яичника (противоположнаго) была распознана въ двухъ случаяхъ (№ 7, 9). Въ первомъ она достигала величины двухъ кулаковъ, во второмъ—куриного яйца. Въ томъ и другомъ случаяхъ киста отличалась отъ опухоли своею эластическою консистенціею; во второмъ, кромѣ того, была произведена пункція, какъ объ этомъ было сказано выше.

### III.

По своему клиническому теченію наши случаи должны быть отнесены къ тяжелымъ. Тѣ симптомы, которые появились съ самаго начала болѣзни и о которыхъ мы уже говорили ранѣе, имѣли мѣсто и во все послѣдующее время. На первый планъ выступало кровотеченіе, которое большею частью наблюдалось непрерывнымъ и продолжительнымъ и не уступаая пред-

принимаемымъ мѣрамъ было причиной постоянно нарастающаго малокровія и упадка силъ. Это неблагопріятное явленіе имѣлось почти во всѣхъ случаяхъ, въ нѣкоторыхъ же только оно одно безъ другихъ осложненій могло служить показаніемъ для радикальнаго вмѣшательства, напр., въ № 1, 2, 5, 7, 12 и др. Еще болѣе разрушительное вліяніе на организмъ имѣло кровотеченіе въ тѣхъ случаяхъ, когда оно съ теченіемъ времени болѣе и болѣе усиливалось, а вмѣстѣ съ этимъ ухудшалось и общее состояніе больныхъ, какъ, напр., въ № 6 и 13.

По отношенію къ объему опухоли слѣдуетъ сказать, что не имѣя склонности къ рассасыванію, она не уменьшалась въ своемъ объемѣ, даже въ нѣкоторыхъ случаяхъ (напр., № 6, 8, 9) увеличивалась. Вотъ два симптома, которые имѣлись въ каждомъ безъ исключенія случаѣ и которые, не уступая никакимъ мѣрамъ выжидательнаго или консервативнаго лѣченія, служили главными показаніями къ радикальному вмѣшательству. Только въ одномъ случаѣ (№ 10), ввиду внутренняго кровоизліянія и тяжелаго состоянія больной, чревосѣченіе было произведено чрезъ недѣлю послѣ начала кровотечения; во всѣхъ же другихъ, послѣ безуспѣшнаго болѣе или менѣе продолжительнаго лѣченія. Такъ:

№ 1—чрезъ 6 недѣль.	№ 7—чрезъ 4 недѣли.
№ 2— „ 3 мѣсяца.	№ 8— „ 7 „
№ 3— „ 3 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> недѣли.	№ 9— „ 4 мѣсяца.
№ 4— „ 5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> мѣсяцевъ.	№ 11— „ 3 „
№ 5— „ 11 недѣль.	№ 12— „ 5 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> недѣль.
№ 6— „ 7 „	№ 13— „ 7 „

Точно также и боли имѣли мѣсто во всѣхъ случаяхъ. Появляясь при наступленіи заболѣванія большею частью съ характеромъ схватокъ, онѣ съ теченіемъ времени переходили въ постоянныя, сила ихъ постепенно уменьшалась, и иногда, правда, очень рѣдко, совершенно прекращались. Къ вышеупомянутымъ, общимъ для всѣхъ случаевъ, симптомамъ присоединялись у отдѣльныхъ больныхъ и другіе, имѣвшіе болѣе или менѣе важное значеніе въ теченіи процесса и выражавшіеся въ однихъ случаяхъ болѣе, въ другихъ менѣе рѣзко. Такъ внутреннее кровоизліяніе наблюдалось въ двухъ случаяхъ № 8, 11 и при томъ неоднократно повторявшееся. У первой больной подобное кровоизліяніе вторично произошло въ клиникѣ

и служило показаніемъ къ немедленному производству чревосѣченія. Вмѣстѣ съ этимъ у тѣхъ же больныхъ рѣзко выступали явленія перитонита. Этотъ послѣдній былъ также въ случаяхъ № 3, 10 и др. Помимо легко опредѣляемыхъ кровоизліяній, достигающихъ болѣе или менѣе значительнаго объема, случаются и такія, которыя, при недостаточно ясно выраженныхъ симптомахъ легко могутъ ускользнуть отъ наблюденія. Зачастую внутреннее кровоизліяніе, происходя исподоволь, не даетъ никакихъ клиническихъ симптомовъ и лишь случайно можетъ быть обнаружено при бимануальномъ изслѣдованіи, или даже только при чревосѣченіи. Такъ, напр., въ случаяхъ № 1, 6, 10 не было ясныхъ симптомовъ внутренняго кровотечения, однако уже при изслѣдованіи было констатировано haematocoele, распознаваніе которой вполне подтвердилось и чревосѣченіемъ. Затѣмъ, вскрытіе брюшной полости, весьма часто обнаруживая склейки сальника съ опухолью, также указываетъ на бывшее и затѣмъ разсосавшееся кровоизліяніе; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ были находимы и самые сгустки неразсосавшейся крови около беременной трубы (№ 13) и сальника.

Повышенная температура въ доопераціонномъ теченіи болѣзни наблюдалась въ случаяхъ № 3, 8, 10, 11 и была большею частью не высока, достигая въ одномъ только случаѣ до 38,4°.

Ни у одной изъ нашихъ больныхъ не было нагноенія опухоли, отъ котораго зависѣло бы подобное повышеніе температуры. Причину ея можно, съ большою вѣроятностью, поставить въ связь съ всасываніемъ, раздраженіемъ брюшины и воспалительными явленіями въ пораженныхъ процессомъ частяхъ. Кромѣ того, въ двухъ случаяхъ (№ 3, 8) имѣлось осложненіе со стороны легкихъ, изъ коихъ въ послѣднемъ были найдены Коховскія бациллы.

Вотъ—главнѣйшія явленія, которыя имѣлись на лицо, въ иныхъ случаяхъ всѣ въ совокупности, въ иныхъ же только нѣкоторыя изъ нихъ и, будучи жизнеопасными симптомами и не поддаваясь выжидательному лѣченію, служили показаніемъ къ удаленію всей беременной трубы посредствомъ чревосѣченія.

Само *чревосѣченіе* производилось обычнымъ способомъ. Послѣ послоннаго разрѣза брюшныхъ стѣнокъ большею частью обнаруживались многочисленныя сращенія опухоли съ окру-

жающими органами и этихъ послѣднихъ между собою, представлявшія иногда значительныя затрудненія для опредѣленія топографическихъ отношеній. Сращенія съ прямой кишкой и со стѣнками дугласа, если опухоль помѣщается въ немъ, есть явленіе постоянное; сращенія съ петлями кишекъ и сальникомъ были находимы въ большинствѣ случаевъ. Иногда эти сращенія и ложныя перепонки образовывали какъ бы непрерывную перегородку между тою областью, гдѣ помѣщалась опухоль съ кровоизліяніемъ и остальною частью брюшной полости, такъ что по нарушеніи этой перегородки вытекала излившаяся ранѣе кровь и выдѣлялись сгустки ея, какъ это особенно ясно было наблюдаемо въ случаѣ № 11. Сращенія большею частью поддавались нарушенію сравнительно легко, отдѣляясь тупымъ способомъ (ватнымъ шарикомъ и пальцемъ). Болѣе трудностей представляли тѣ случаи (№ 4, 9), въ которыхъ протекло болѣе времени отъ начала заболѣванія. Два раза при отдѣленіи былъ пораненъ серозный слой стѣнки кишки (№ 9, 12), на которую были наложены швы.

Сальникъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ былъ перевязанъ по отдѣламъ вслѣдствіе широкаго сращенія его съ опухолью и воспалительнаго измѣненія, и значительные его участки резецированы.

Выведеніе опухоли, по нарушеніи сращеній, не представляло трудностей, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда она имѣла стебельчатый характеръ развитія, (какъ напр. № 1, 2, 13). Въ другихъ (съ большимъ или меньшемъ интралигаментарнымъ развитіемъ), она вылуцивалась изъ ложа, которое затѣмъ, если оно было велико или давало кровотеченіе, обкалывалось лигатурами. Обыкновенно лигатуры накладывались въ такомъ порядкѣ: сначала на *lig. infundibulo-pelvicum*, затѣмъ на маточный конецъ трубы, или наоборотъ—смотря потому что представлялось удобнѣе, послѣ этого по ребру матки на широкую связку и затѣмъ на остальные отдѣлы ея.

Послѣ удаленія перевязанныхъ частей и очистки поля операціи, накладывались швы на брюшную стѣнку: основные (черезъ всю толщю стѣнки), апоневротическіе и поверхностные.

Въ случаяхъ №№ 1, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12 была примѣнена внутрибрюшная тампонація, съ выведеніемъ наружнаго конца бинта черезъ сводъ во влагалище для отвода скопляю-

шейся крови и жидкости, сецернируемой стѣнками участковъ ткани, лишенной покрова вслѣдствіе нарушенія сращеній<sup>2)</sup>).

Въ случаѣ № 9 дренажъ былъ выведенъ не во влагалище, а наружу чрезъ брюшную рану, такъ какъ такой путь въ данномъ случаѣ представлялся болѣе короткимъ.

Правая труба была удалена, какъ ненормальное плодовмѣстилище, въ 5 случаяхъ, изъ 13, лѣвая—въ 8.

Только въ одномъ случаѣ (№ 8), была возможность сохранить яичникъ той же стороны, во всѣхъ же остальныхъ, онъ былъ удаленъ вмѣстѣ съ трубой или вслѣдствіе тѣснаго сращенія его съ опухолью, или вслѣдствіе кистовиднаго перерожденія (см. рис. № 5). У больныхъ №№ 1, 2, 3, 6, 8, 10, 13, противоположные придатки сохранены, какъ нормальные. У № 4 противоположная труба, пораженная сальпингитомъ, была иссѣчена; яичникъ же оставленъ. У №№ 5, 11, противоположныя трубы были поражены сальпингитомъ, яичники же кистовидно перерождены, по этому и тѣ и другіе были удалены. Въ случаяхъ №№ 7, 9 и 12 придатки другой стороны удалены, вслѣдствіе того, что въ первыхъ двухъ имѣлись кисты яичника, въ 3-мъ, яичники были кистовидно перерождены. У больной № 3 былъ найденъ лѣвосторонній сальпингитъ, съ закрытымъ абдоминальнымъ концомъ трубы; было образовано новое отверстіе трубы, при чемъ края обколоты нѣсколькими швами во избѣжаніе вторичнаго сращенія, слѣдовательно въ данномъ случаѣ была произведена пластика наружнаго отверстія трубы. У больной № 6 лѣвые придатки были освобождены отъ сращеній и ложныхъ перепонокъ. Въ случаѣ № 6 на лѣвой трубѣ было найдено обызвестившееся образованіе, величиной съ воложскій орѣхъ, которое было удалено не трогая самой трубы.

Изъ сказаннаго видно, что, во 1) осложненіе трубной беременности заболѣваніемъ противоположныхъ придатковъ (сальпингитомъ, кистой или одновременно тѣмъ и другимъ) есть явленіе не рѣдкое, во 2) при радикальномъ лѣченіи посредствомъ удаленія всей опухоли, былъ строго соблюденъ принципъ консервативной хирургіи.

<sup>2)</sup> Этотъ способъ тампонаціи описанъ проф. Оттомъ въ № 32 Centralbl. f. Gynaek., 1892.



Относительно послѣопераціоннаго теченія можно сказать только то, что онъ ни въ какомъ отношеніи не отличался отъ обычнаго теченія послѣ чревосѣченія; при томъ каждый случай представлялъ свои особенности; почему мы и отсылаемъ читателя къ нижеизложеннымъ исторіямъ болѣзни.

Что же касается тѣхъ симптомовъ, ради которыхъ была принята радикальная операція, то въ этомъ отношеніи замѣчалось постоянно одно и то же: кровотеченіе, боли и др., постепенно уменьшаясь, обыкновенно совершенно исчезали въ скоромъ времени.

Изъ осложненій въ послѣопераціонномъ отношеніи, стоящихъ въ зависимости отъ самой операціи, должно указать на экссудаты, которые получились въ случаяхъ № 7 и 11, значительными и трудно поддававшимся лѣченію; въ случаяхъ же № 3, 4—легкими и скоро исчезающими.

Изъ другихъ осложненій наиболѣе серьезныхъ, подавшимъ поводъ къ продолжительной возвышенной температурѣ, слѣдуетъ указать на процессы въ легкихъ (№ 3 и 8) которые имѣлись у больныхъ еще до поступленія въ клинику. Средняя продолжительность пребыванія (послѣ операціи) больныхъ въ клиникѣ равнялась приблизительно 30 днямъ, наибольшая—58 днямъ, наименьшая 15.

Что же касается удаленныхъ трубъ, содержащихъ несвоемѣстное развитіе яйца, то стѣнки ихъ при микроскопическомъ изслѣдованіи, состояли изъ богато разросшейся соединительной ткани и мышечныхъ волоконъ. Толщина стѣнокъ была различна. Въ двухъ случаяхъ были найдены плоды, во всѣхъ другихъ микроскопомъ опредѣлены ворсины, за исключеніемъ только одного случая (№ 9), гдѣ ни плода и ни ворсины найдено не было. Этотъ случай относится къ числу тѣхъ, въ которыхъ протекло наиболѣе времени отъ начала заболѣванія до операціи. Остальная часть содержимаго состояла изъ кровяныхъ сгустковъ, иногда различнаго цвѣта, и изъ жидкой темной крови. Подробное описаніе препаратовъ приведено въ каждомъ случаѣ, при изложеніи исторіи болѣзни, исключая трехъ, препараты которыхъ представляютъ большое сходство съ нѣкоторыми изъ представленныхъ на рисункахъ. Въ нихъ также были найдены ворсины и поэтому они также должны быть приняты за трубную беременность, какъ и всѣ другіе.

1) *Graviditas tubar. dextra et haematocele retrouter.* Чревосъщиченіе. Выздоровленіе.

Крестьянка Ф. А. Я—ко, 40 лѣтъ, обратилась въ Клиническій Институтъ съ жалобами на постоянныя боли внизу живота и кровотеченіе, которое продолжается безъ перерыва почти 6 недѣль. Заболѣваніе началось кровотеченіемъ около того времени, когда ожидалась регулы, (слѣдовательно, безъ задержки въ нихъ); вмѣстѣ съ этимъ появились и боли въ животѣ съ характеромъ схватокъ. Изъ анамнеза видно, что больная получила регулы на 17 году и носила ихъ черезъ 4 недѣля по 3 дня. Вышла замужъ 21 года, вскорѣ стала беременной и благополучно родила. Между 3 и 4 родами были два аборта 5 и 6 мѣсяцевъ; 4 роды кончены щипцами. Послѣродовой періодъ сопровождался повышенной  $t^0$  и болями внизу живота. Съ этого времени состояніе здоровья больной перемѣнилось къ худшему, хотя она и родила послѣ того еще одинъ разъ благополучно. Послѣ послѣднихъ родовъ, точно также какъ и послѣ предпослѣднихъ, страдала послѣродовымъ заболѣваніемъ, послѣдствіемъ котораго были частыя, хотя и неособенно сильныя, боли внизу живота. Впродолженіи послѣднихъ 6 лѣтъ больная не была беременной ни разу; въ послѣднее время чувствовала себя относительно здоровой, исключая вышеупомянутыхъ небольшихъ болей внизу живота; регулы приходили въ срокъ и были нормальны до самаго послѣдняго времени. Ожидаемая же 1 октября 92 года срочныя мѣсячныя крови, хотя и пришли во время, но не прекратились, и кровотеченіе продолжается мѣсяца полтора. Появленіе кровей сопровождалось рѣзкими, схваткообразными болями внизу живота, которая послѣ перешли въ постоянныя и менѣе сильныя, что испытываетъ и въ настоящее время. Отхожденія пленокъ не замѣчала. Температура не повышена. Въ общемъ больная чувствуетъ упадокъ силъ и имѣетъ истощенный, малокровный видъ.

Наружныхъ признаковъ беременности нѣтъ, точно также и наружное изслѣдованіе живота не даетъ ничего опредѣленнаго. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: шейка матки легко достижима, вслѣдствіе смѣщенія впередъ, увеличена, плотнѣе нормы; тѣло матки лежитъ впередъ и немного влѣво. За маткой, тѣсно прилегая къ задней ея сторонѣ, помѣщается тѣло сферической формы, величиною съ крымское яблоко, малоболѣзненное и малоподвижное, мягкой консистенціи. Нижній отдѣлъ дугласова пространства выпяченъ и нѣсколько эластической консистенціи, чѣмъ рѣзко отличается отъ тѣла, находящагося за маткой. Въ обоихъ сводахъ остатки воспалительныхъ процессовъ. Связи опухоли съ маткой ясно установить нельзя. Пробный соскобъ слизистой оболочки матки, при микроскопическомъ изслѣдованіи, далъ картину децидуальной ткани при отсутствіи ворсинъ. Полость матки оказалась пустой. При пункціи черезъ задній сводъ получилась темная, кровянистая жидкость. Всѣ вышеизложенныя данныя позволяютъ установить присутствіе въ маломъ тазу двухъ опухолей различнаго характера, изъ коихъ находящаяся сзади матка представляетъ вмѣстѣлице констатированной микроскопомъ несомнѣнной беременности и вѣроятнѣе всего трубнаго происхожденія; вторая—кровоизліяніе въ заднее дугласово пространство (*haematocele retro uterinum*).

Ввиду того, что больная кровоточит в течение шести недель и кровотечения, не имея склонности к уменьшению, повело к сильному малокровию, упадку сил и истощению больной, приступлено было к радикальному лечению путем чревосечения.

По вскрытии брюшной полости оказались значительные сращения опухоли с маткой, салынником, кишками и стѣнками дугласа. По нарушении ихъ, что удалось легко сдѣлать, опухоль была выведена и оказалась гипертрофированной и расширенной въ средней своей части правой трубой, которая по отхожденіи отъ рога матки сдѣлала загибъ съ правой стороны назадъ и влево, помѣщаясь наиболѣе расширенной частью за маткой. Вся опухоль имѣетъ стебельчатый характеръ развитія. По удаленіи трубы вмѣстѣ съ яичникомъ въ нижнемъ отдѣлѣ дугласа оказалось haematocoele, ограниченное отъ верхней части реактивно воспалительною перегородкой. Лѣвые придатки были найдены относительно здоровыми и поэтому оставлены. Ввиду нарушения въ данномъ случаѣ многочисленныхъ сращеній и ради удаленія сецернирующей жидкости, а также ввиду существованія haematocoele, была примѣнена тампонація заматочнаго пространства стерилизованнымъ марлевымъ бинтомъ, конецъ котораго предварительно былъ выведенъ во влагалище, черезъ зааній сводъ, влагалище затампонировано другимъ тампономъ. Затѣмъ брюшная рана была зашита тремя рядами швовъ: а) основныхъ, проникающихъ черезъ всю толщю брюшной стѣнки, б) апоневротическихъ, в) поверхностныхъ. На другой день послѣ операциі влагалищный тампонъ былъ замѣненъ новымъ, такъ какъ вышесказанный дренажъ, исполнѣ отправляя свое назначеніе, отводилъ изъ брюшной полости значительное количество кровянистой жидкости и обильно смачивалъ влагалищный тампонъ. На 5 день часть дренажа извлечена, при чемъ онъ имѣлъ сильный фекальный запахъ (безъ фекальныхъ массъ); тоже самое наблюдалось и въ слѣдующіи 3 дня, когда бинтъ былъ постепенно удаляемъ. Въ послѣдній день, по извлеченіи уже всего бинта, полость была промыта растворомъ борной кислоты. Въ отверстіе вставлена марлевая турунда, замѣненная потомъ двѣи на 10 гутаперчевой трубкой, величина которой постепенно уменьшалась и черезъ которую ежедневно производилось промываніе полости борной кислотой. На 10-й день швы были сняты; получилось первое натяженіе на всемъ пространствѣ брюшной раны. На третьи сутки послѣ операциі температура стала немного повышаться и оставалась субфебрильной 5 дней, при чемъ два раза только достигала до 38,0°, остальное же время была нормальной. Кровотеченіе и боли начали постепенно уменьшаться и вскорѣ совершенно прекратились. Больная выписалась совершенно здоровой, пробывъ послѣ операциі въ клиникѣ 33 дня.

*Препаратъ.* Удаленная опухоль (см. рис. № 1) оказалась правой трубой, какъ это выше было сказано. Она раздѣляется по своему виду на 3 отдѣла.

Первый—представляетъ маточный конецъ, длиной около 2½ см.; труба въ этомъ отдѣлѣ не расширена, но стѣнки ея умѣренно гипертрофированы.

Второй—представляетъ расширенную часть трубы яичникоидной формы, въ длину около 4½ см., шириной—2½ см., это и есть собственно плодо-

вмѣстилище, которое по вскрытіи оказалось наполненнымъ отчасти кровяными сгустками, отчасти темной кровянистой жидкостью. Плода не было, но при микроскопическомъ изслѣдованіи здѣсь найдены были хорошо сохранившіяся ворсинки.

Третій отдѣлъ состоитъ изъ наружнаго конца трубы, на которомъ сохранились фимбрии, длина его примѣрно  $2\frac{1}{2}$  см, ширина 1 см. Видъ всей трубы представляетъ фигуру дуги, при чемъ наружный конецъ ея загнутъ внутрь и наиболѣе покрытъ ложными перепонками, чѣмъ другіе отдѣлы трубы. Въ разрѣзѣ яичника найдено желтое тѣло, которое макроскопически можно считать за истинное.

## 2) *Graviditas tubar. dextra. Чревостыченіе. Выздоровленіе.*

1893 г. 8/III, поступила въ Клиническій Институтъ на излѣченіе крестьянка А. П.—ва, 35 лѣтъ, страдающая кровотеченіемъ, которое, въ большемъ или меньшемъ количествѣ, продолжается  $2\frac{1}{2}$  мѣсяца, при чемъ прежде бывшія боли въ настоящее время совершенно отсутствуютъ; у больной сильная слабость, плохой аппетитъ и сонъ, головокруженіе и общее истощеніе. Заболѣваніе началось кровотеченіемъ, которое появилось послѣ 3-хъ мѣсячной задержки въ регулахъ и сопровождалось болями, похожими на схватки. Выкидыша не было.

Изъ анамнеза видно, что А. П.—ва до замужества носила мѣсячныя крови всегда правильно черезъ 3 недѣли на 4-ю по 4 дня; замужество 18 лѣтъ. Первая беременность кончилась абортomъ; послѣ чего была беременна еще 4 раза и каждый разъ донашивала до конца и рожала благополучно живыхъ дѣтей. Каждая беременность однакожъ отличалась тѣмъ, что во 2-й половинѣ ея раза 2 наступало кровотеченіе, которое оканчивалось само собою, безъ явнаго вреда для больной и плода. Послѣ-родовой періодъ при трехъ первыхъ родахъ протекалъ правильно; послѣ же 4-хъ родовъ перенесла заболѣваніе, сопровождавшееся знобами, повышеніемъ  $t^{\circ}$  и болями, впродолженіе довольно значительнаго времени. Первые роды были на 19 году, послѣдніе на 28 году, т. е. 7 лѣтъ назадъ. Послѣ послѣднихъ родовъ больная, хотя и поправилась отъ послѣ-родоваго заболѣванія и съ теченіемъ времени чувствовала себя окрѣпшею, однако стала замѣчать измѣненіе здоровья къ худшему, сравнительно съ прежнимъ: регулы стали приходить черезъ такой-же промежутокъ, какъ и прежде, но продолжались отъ 8—12 дней вмѣсто обычныхъ 4. Въ продолженіи 7 лѣтъ ни разу не была беременной отъ неизвѣстной причины. Въ сентябрѣ 92 года ожидаемая мѣсячныя крови не пришли; въ октябрѣ и ноябрѣ ихъ также не было. Больная имѣла всѣ признаки беременности: тошноту, нагрубавіе молочныхъ железъ и т. п. Въ концѣ декабря появилось небольшое кровотеченіе, которое сопровождалось однакожъ значительными схваткообразными болями, черезъ нѣкоторое время прекратившимися; выдѣленіе же крови съ большей или меньшей силой продолжается и до сихъ поръ, т. е. около  $2\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ.  $t^{\circ}$  не повышена. Отхожденія пленокъ не замѣчала. При изслѣдованіи оказалось: синева наружныхъ половыхъ органовъ и ясно выраженная пигментация около сосковыхъ кружковъ и по бѣлой линіи, шейка матки увеличена и немного разрыхлена, точно также, какъ и влагалище; тѣло матки

больше нормы, консистенция ее мягче нормальной. Вся матка смещена влево и вперед, справа от матки в связи с правым рогом ее определяется опухоль неправильной формы и довольно подвижная; граница между ней и маткой ясно определяема в виде борозды, или углубления; слева находится увеличенный и опущенный яичник. Связочный аппарат рѣзких изменений не имеет, кроме resid. part. Микроскопическое исследование пробного соскоба слизистой матки обнаружило децидуальную ткань, ворсин найдено не было. Полость матки определялась пустой. Диагноз: *graviditas tubar. dextra*. В виду того, что у больной почти 3 мѣсяца непрерывное кровотечение, доведшее ее до весьма значительной степени малокровия и потери силъ, 16/II 93 г. было сдѣлано чревосѣченіе. Послѣ нарушенія незначительныхъ плоскостныхъ сращеній и перевязки широкой связки въ 3 отдѣла были удалены правый яичникъ и правая труба, представляющая собой опухоль съ стебельчатымъ характеромъ развитія. Лѣвая труба и яичникъ какъ неизмѣненные были оставлены.

Послѣоперационное теченіе вполне гладкое; на 9-е сутки сняты швы, на всемъ протяженіи раны—*gr. int.*;  $t^{\circ}$  около  $37,0^{\circ}$ ; одинъ только разъ было повышеніе до  $38,0^{\circ}$ , вѣроятно вслѣдствіе небольшого подкожного абсцесса, который былъ вскрытъ, при чемъ получилось небольшое количество гноя. Кровоотдѣленіе прекратилось и больная выписана изъ института на 20-е сутки послѣ операціи вполне здоровой.

*Препаратъ.* Удаленная опухоль (рис. № 2) представляетъ правую трубу, расширенную начиная съ мѣста отхожденія отъ матки и состоящую изъ 4-хъ рѣзко обозначенныхъ, разной величины, отдѣловъ, изъ коихъ первый, наибольшій, овальной формы есть расширенная маточная половина трубъ и представляетъ собой мѣстонахожденіе беременности. Длина—около  $5\frac{1}{2}$  см., ширина— $3\frac{1}{2}$ . Содержимое состоитъ изъ старой крови, большею частью свернувшейся, а отчасти жидкой. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены ворсины.

Второй, третій и четвертый отдѣлы представляютъ образованія круглой формы различной величины также наполненныя свернувшейся кровью.

### 3) *Graviditas tubar. dextra. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.*

14/IV 93, поступила въ Клинической Институтъ кр—ка А. Х—ва, 39 лѣтъ, страдающая около 3 недѣль кровотеченіемъ, вслѣдствіе чего развилось въ сильной степени малокровіе со всѣми свойственными ему симптомами; кромѣ того больная испытываетъ значительныя боли въ животѣ и крестцѣ. Беременной себя не считаетъ и не можетъ указать причинъ своего болѣзненного состоянія. Изъ анамнеза узнаемъ слѣдующее: получила мѣсячныя крови 16 лѣтъ и все время носила правильно черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Всего было 9 срочныхъ родовъ и 2 выкидыша около 12 лѣтъ тому назадъ. Послѣдніе роды 1 г. 7 мѣс. назадъ. Роды и послѣродовой періодъ всегда нормальные. Послѣднія крови были отъ 24—27/II, слѣдующія мѣсячныя начались, хотя и въ срокъ, но отличались сравнительно съ прежними незначительнымъ количествомъ и продолжались только два дня 20—21/IV. Но черезъ 2 сутокъ,

т. е. 23/IV началось кровотечение съ болями, которое существуетъ и по настоящее время. При наружномъ изслѣдованіи найдено: животъ сильно вздутъ и болѣзненъ, такъ что оцупываніе чрезъ наружные покровы невозможно. Синевы и другихъ признаковъ беременности нѣтъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: шейка матки спереди, тѣло также, оттѣснено впередъ и влѣво. Консистенція ея не отличается отъ нормальной. Въ правомъ сводѣ и немного кзади опредѣляется опухоль, эластической консистенціи, величиной съ крымское яблоко, мало подвижная не переходящая на кости таза, болѣзненная, отдѣленная отъ матки бороздой, имѣющая пульсацію. Микроскопическое изслѣдованіе пробнаго соскоба, показало характерную децидуальную ткань; ворсинъ не оказалось. Общее состояніе больной представлялось неудовлетворительнымъ: упадокъ силъ,  $t^{\circ}$  при поступленіи въ институтъ  $38,4^{\circ}$ ; явленія перитонита; жесткое дыханіе, при перкуссии болѣе тупой тонъ слѣва и усиленное дрожаніе справа и т. д. Повышенная  $t^{\circ}$  могла быть объяснена процессомъ въ легкихъ или процессомъ нагноенія опухоли, или же тѣмъ и другимъ вмѣстѣ; во всякомъ случаѣ вздутость и болѣзненность живота указываютъ скорѣе на возможность прогрессивнаго ухудшенія въ пораженныхъ болѣзненнымъ процессомъ частяхъ, чѣмъ на улучшеніе, при чемъ и нагноеніе, какъ только что было сказано, не могло быть вполне исключено.

Ввиду такого состоянія больной и усиливающейся вслѣдствіе потерь крови анеміи, а также не прекращающихся болей внизу живота и поясницъ, рѣшено было подвергнуть ее чревосѣченію въ возможно скоромъ времени, такъ какъ трудно было рассчитывать на выздоровленіе при выжидательномъ лѣченіи. Наоборотъ, это послѣднее могло, вслѣдствіе его бесплодности, допустить еще большее ухудшеніе шансовъ на благоприятный исходъ послѣ-оперативнаго вмѣшательства, если бы таковое оказалось впоследствии все таки неизбѣжнымъ.

20 V было сдѣлано чревосѣченіе, при чемъ вмѣстѣ съ яичникомъ удалена правая труба, находившаяся въ тѣсномъ сращеніи съ окружающими частями, которое было нарушено отчасти тупымъ способомъ, отчасти ножомъ, при чемъ кровотокація мѣста были обколоты. Исѣченная труба, сильно утолщенная, содержала небольшое количество свернувшейся крови; при микроскопическомъ изслѣдованіи были найдены ворсинцы; плода не было найдено. Лѣвая труба оказалась пораженной *hydrosalpinx*'омъ, съ закрытымъ брюшинымъ концомъ ея. Труба на брюшномъ концѣ была вскрыта, и для образованія свободнаго въ ней отверстія, край вскрытаго просвѣта трубы были обколоты 4 швами. Лѣвый яичникъ, какъ здоровый, былъ сохраненъ. Въ виду того, что многія мѣста оставались непокрытыми брюшиной, вслѣдствіе нарушенія сращенія, черезъ задній сводъ былъ проведенъ марлевый дренажъ для отвода сецерпируемой жидкости. Черезъ нѣсколько дней марлевый дренажъ былъ удаленъ и замѣненъ гуттаперчевой трубкой, черезъ которую производилось ежедневное промываніе полости борной кислотой. Вслѣдъ за операціей  $t^{\circ}$  понизилась до  $36,2^{\circ}$ , затѣмъ стояла большей частью около  $37,3^{\circ}$  утромъ, не доходя до  $38,0^{\circ}$  вечеромъ. Только 26/V получилось однократное повышеніе  $t^{\circ}$  до  $39^{\circ},0$ , совпадающее съ усиленнымъ кашлемъ; послѣ примѣненія соответствующихъ мѣръ (*iprasac.*, *codein.*),  $t^{\circ}$  понизилась еще

болѣе сравнительно съ предъидущимъ. Второе повышение  $t^{\circ}$  до  $38,0^{\circ}$ , на 14 день послѣ операціи, наступило при появленіи значительнаго эксудата съ правой стороны матки и нагноенія въ уколахъ швовъ брюшной ранъ. Повышеніе продолжалось 5 дней, послѣ чего  $t^{\circ}$  оставалась почти нормальной. Вскорѣ нагноеніе въ брюшной ранѣ прекратилось, эксудатъ уменьшился, выдѣленія изъ дренажа (черезъ дугласъ) происходили въ умѣренномъ количествѣ; при промываніи дренированной полости выдѣлялся разъ шовъ изъ толстаго шолка. Въ дальнѣйшемъ теченіи было наблюдаемо постепенное улучшеніе общаго состоянія; 15-го іюня больная переведена въ Обуховскую больницу, по случаю закрытія института.

*Препаратъ* имѣеть видъ образованія круглой формы, сплюсненнаго по направленію меньшаго діаметра (рис. № 3). Вълѣдствіе сращеній и сильнаго измѣненія формы трубы, не было никакой возможности ясно опредѣлить направленіе трубы и ея отдѣльныя части, а также мѣсто нахожденія плодывѣстилица. Для того, чтобы разобраться въ этихъ деталяхъ, необходимо было руководствуясь каналомъ, сдѣлать разрѣзъ трубы, начиная отъ перерѣзаннаго маточнаго конца, при чемъ оказалось, что труба кольцевидно изогнулась, такъ что абдоминальный конецъ ея приближался къ маточному, въ немъ найдена полость, которая и была принята за мѣсто развитія беременности, тогда какъ остальная часть трубы не была расширена и просвѣтъ канала въ трубу не опредѣлялся.

Стѣнки не расширеннаго маточнаго конца трубы и стѣнки расширеннаго абдоминальнаго весьма сильно гипертрофированы, а именно имѣли въ толщину до 2 см. Сама же полость небольшая, около 3 см. въ діаметрѣ, круглой формы и соотвѣтствуетъ наружному виду опухоли. Она наполнена кровяными сгустками; при микроскопическомъ изслѣдованіи ткани, взятой изъ описанной полости, найдены ворсинки.

#### 4) *Graviditas tubar. sinistra. Чревоистеченіе. Выздоровленіе.*

Въ Клинической Институтъ поступила 31/VIII 93 г. на излѣченіе больная З. И. Т.—ая, 23 лѣтъ, вслѣдствіе продолжительнаго страданія кровотеченіемъ, отъ котораго долгое время безуспѣшно лѣчилась въ г. Т.

Начало болѣзни больная приписываетъ воспаленію матки. Анамнезъ этой больной слѣдующій: 15 лѣтъ получила первыя мѣсячныя крови, которыя потомъ стали приходить неправильно по 6 дней черезъ 5—6 недѣль и даже болѣе, иногда съ болями. Половая жизнь началась съ 18 лѣтъ; на 20 году благополучно родила доношеннаго ребенка. Послѣ родовъ здоровье не измѣнилось. Приблизительно черезъ 1½ года послѣ первыи родовъ, имѣла вторую беременность, окончившуюся 2 мѣсячнымъ выкидышемъ (?), что сопровождалось большими потерями крови. Послѣ выкидыша была больна нѣсколько мѣсяцевъ, вѣроятно септической формой заболѣванія въ половомъ аппаратѣ, (воспаленіемъ брюшины, по словамъ больной). Заболѣваніе сопровождалось большими потерями крови и такимъ истощеніемъ, что въ концѣ болѣзни цѣлыхъ два мѣсяца больная не имѣла регулъ и большую часть времени принуждена была проводить въ постели. Въ послѣдствіи она мало по малу поправилась: осень и зиму 92 г., а также первые три мѣсяца 93 г. чув-

ствовала себя хорошо: регулы приходили правильно через 4 недѣли, продолжаясь по 5—6 дней. Въ концѣ марта 93 г., т. е. за 5 мѣсяцевъ до поступленія въ Клинической Институтъ, появилось кровотеченіе (и воспаленіе, вслѣдствіе простуды, по словамъ больной); передъ этимъ задержки въ регулахъ не было. Въ апрѣлѣ и маѣ кровотеченіе продолжалось въ значительной степени, съ іюня-же до поступленія въ клинику отдѣленіе крови, хотя и было, но съ нѣсколько меньшей силою, иногда даже прекращалось на нѣсколько дней. Отдѣленіе пленокъ не наблюдалось. При появленіи кровотеченія въ животѣ рѣзкихъ болей съ характеромъ схватокъ не было, незначительныя же и притомъ постоянныя боли продолжаются и до сихъ поръ. Изъ анамнеза, слѣдовательно, видно, что въ продолженіи 3-хъ лѣтъ у больной было два раза кровотеченіе, продолжавшееся очень долгое время (по нѣсколькимъ мѣсяцевъ), при чемъ больная принуждена была долгое время оставаться въ постели.

Причина перваго кровотеченія—выкидышь (по опредѣленію лѣчившаго врача), втораго—неизвѣстно.

Синевы и пигментациі не имѣется. Снаружи прощупывается тѣло, нѣсколько выступающее надъ лоннымъ соединеніемъ и отклоненное вправо, плотной консистенціи, конфигураціей напоминающее матку.

Рядомъ съ этимъ, и какъ бы сливаясь, находится другое образование съ менѣ опредѣленными контурами и болѣе мягкой консистенціи.

При внутреннемъ изслѣдованіи оказалось: матка лежитъ вперелъ и вправо и немного увеличена; консистенція ея, равно и влагалища нормальна. Отъ лѣваго угла матки идетъ тяжъ и сливается съ опухолью, занимающею лѣвый сводъ и, главнымъ образомъ, дугласово пространство, которое все выполнено ею; прилежаніе опухоли къ боковымъ стѣнкамъ таза очень тѣсное. Опухоль продолговата овальной формы, эластическая, неподвижная и значительно болѣзненная. Придатковъ ясно опредѣлить не удастся. Полость матки при тщательномъ изслѣдованіи оказалось свободною отъ какого бы то ни было образованія въ видѣ полипа и т. п., дающаго кровотеченіе. Микроскопическое изслѣдованіе пробнаго способа слизистой матки представляетъ слѣдующую картину: децидуальныя клѣтки, хотя и составляютъ главную составную часть ткани, но онѣ сильно измѣнены, ядра ихъ увеличены, протоплазма въ меньшемъ объемѣ, чѣмъ въ клѣткахъ при полномъ ихъ развитіи; слѣдовательно, децидуальная ткань въ этомъ случаѣ находится въ періодъ сильно выраженнаго обратнаго развитія; мѣстами попадаются железы и инфильтратъ. Для установленія діагноза въ этомъ случаѣ анамнезъ, кромѣ появленія кровотеченія вмѣстѣ съ болями, не даетъ никакихъ указаній на характеръ заболѣванія, но объективнымъ изслѣдованіемъ устанавливаются такія данныя, которыя несомнѣнно говорятъ въ пользу признанія опухоли трубы. Именно непосредственная связь ея съ лѣвымъ рогомъ матки, характерное расположеніе въ дугласѣ, кровотеченіе при отсутствіи въ маткѣ какого либо образованія и децидуальная ткань, при отсутствіи ворсинокъ, въ соскобѣ составляютъ несомнѣнные дифференціальныя признаки, въ пользу haematosalpinx'a по сравненіи съ другими мѣшечатыми образованіями, какъ напр., кистома и т. п.



Такъ какъ выжидательное лѣченіе въ продолженіи 5 мѣсяцевъ не принесло значительнаго улучшенія, то больной 7/ix подѣ chloroformomъ было произведено чревосѣченіе. Послѣ вскрытія брюшной полости оказалось, что сальникъ имѣетъ срощенія съ опухолью, которая также срощена съ петлями кишокъ. Срощенія были сравнительно съ нѣкоторою трудностью нарушены частью тупымъ образомъ, частью ножницами, и опухоль выведена наружу. Она помещалась въ дугласовомъ пространствѣ и влѣво отъ матки, какъ это было констатировано при внутреннемъ изслѣдованіи, и представляетъ собою расширенную трубу, маточный конецъ которой былъ только гипертрофированъ и при изслѣдованіи прощупывался въ видѣ тяжа. По наложенію 3 лигатуръ на всю широкую связку, опухоль была удалена. Правая труба какъ измѣненная была также изсѣчена, правый же яичникъ оставленъ.

*Препаратъ* (см. рис. № 4) представляетъ слѣдующее: лѣвая труба (маточный конецъ) на протяженіи около 6 см. гипертрофирована, но не расширена, затѣмъ далѣе расширяется во всѣхъ направленіяхъ и принимаетъ видъ продолговатой—овальной опухоли. Не расширенная маточная половина трубы, при изслѣдованіи прощупывалась въ видѣ тяжа, соединяющаго опухоль съ лѣвымъ рогомъ матки. На задне-верхней поверхности находится выступъ, который по разрѣзѣ оказался наполненнымъ свернувшейся кровью, точно также какъ и вся полость опухоли. Яичника найдено не было. Предположеніе, что ткань его приняла участіе въ образованіи стѣнокъ мѣшка, къ сожалѣнію не было провѣрено подробнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Это послѣднее было сдѣлано на вырѣзанныхъ изъ нѣсколькихъ мѣсть частяхъ стѣнокъ мѣшка, при чемъ яичниковой ткани не оказалось, но вездѣ получалась одна и таже картина: мышечныя волокна, сильное разрастаніе соединительной ткани и инфильтратъ. Ворсинокъ не оказалось. Нахожденіе мышечныхъ волоконъ говоритъ въ пользу того, что стѣнки опухоли имѣютъ трубное происхожденіе. Плода или какихъ либо твердыхъ остатковъ яйца не найдено.

На 11 сутки были сняты швы, получилось на всемъ протяженіи брюшной раны—*prima intentio*;  $t^0$  только два раза подымалась до  $37,8^0$ , тѣмъ не менѣе она все-таки около 2-хъ недѣль была субфебрильная, начавъ подниматься на 3 сутки послѣ операціи, что вѣроятно стояло въ связи съ найденнымъ при изслѣдованіи небольшимъ эксудатомъ сзади и слѣва отъ матки. Послѣ примѣненія надлежащихъ мѣръ и особенно послѣ прокола троакаромъ черезъ задній сводъ, при чемъ было извлечено нѣкоторое количество старой крови,  $t^0$  понизилась до нормы (не выше  $37,0^0$ ), оставаясь таковою вплоть до выписки больной.

Результатъ операціи—вполнѣ удовлетворительный: кровоотдѣленія нѣтъ, самочувствіе превосходно. Сравнивая результаты консервативнаго пятимѣсячнаго лѣченія, съ результатами оперативнаго вмѣшательства, мы имѣемъ въ данномъ случаѣ полное основаніе отдать предпочтеніе второму.

##### 5) *Graviditas tubar. sinistra. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.*

Крестьянка П. Фед., 36 лѣтъ, 4,х 93 обратилась въ Институтъ, страдая около 9 недѣль кровотеченіемъ, болями внизу живота и задержаніемъ мочи, что появилось послѣ небольшой задержки въ мѣсячныхъ

и началось съ появленія схваткообразныхъ болей въ животѣ, а затѣмъ кровотеченія. Анамнезъ даетъ слѣдующія данныя: первая мѣсячная крови получила на 14 году, приходила черезъ 3 недѣли на 4 и продолжались 5 дней; была беременна 7 разъ, роды проходили всегда благополучно, исключая послѣдняго раза, когда больная страдала какимъ-то послѣродовымъ заболѣваніемъ, отъ котораго лѣчилась и впоследствии считала себя здоровой. Послѣ этого не была беременна 3 года, тогда какъ прежде промежутокъ между беременностями былъ вообще очень короткимъ. Послѣднія крови имѣла своевременно около 6 мая 93 года, слѣдующія регулы, ожидаемыя въ концѣ мая или въ началѣ іюня, не пришли. 12 іюня почувствовала схваткообразныя боли внизу живота. Черезъ три дня, т. е. 15 іюня показалась кровь, которая продолжала идти дней 7. Больная была принята въ земскую больницу, гдѣ кровотеченіе прекратилось, послѣ чего была выписана. Черезъ двѣ недѣли снова появилось кровотеченіе и продолжалось безъ перерыва около мѣсяца, затѣмъ 4 дня не было, но послѣ опять началось и продолжается до сихъ поръ, т. е. въ общемъ около 2½ мѣсяцевъ. Выхожденія пленокъ не замѣтила, а также и мясистыхъ кусковъ. Больная имѣетъ видъ малокровнаго, истощеннаго человѣка съ плохимъ аппетитомъ, потерю силъ, наклонностью къ запорамъ и т. п.

При наружномъ изслѣдованіи прощупываются съ обѣихъ сторонъ по сегменту тѣлъ, лежащихъ глубоко въ маломъ тазу, изъ коихъ одно болѣе впередъ и вправо, другое же слѣва и болѣе къзади. Соски съ околососковыми кружками и обѣяя линія окрашены не рѣзко. Замѣтной сивены наружныхъ половыхъ органовъ нѣтъ. При внутреннемъ изслѣдованіи найдены: рѣзкаго разрыхленія слизистой оболочки влагалища и шейки нѣтъ. Матка лежитъ неподвижно впередъ и вправо, увеличена, но консистенціи нормальной. Все дугласово пространство выполнено упругой, по мѣстамъ зыблущейся, неподвижной и малоболѣзненной опухолью, плотно прилегающей къ задней и частью лѣвой сторонѣ матки. Придатковъ прощупать не удается.

Микроскопическое изслѣдованіе пробнаго соскоба слизистой матки показало децидуальную ткань. Ворсинъ не найдено. Диагнозъ: *graviditas extrauter. tub. sin.* Ввиду того, что больная уже болѣе 2½ мѣсяцевъ кровоточитъ и никакой наклонности къ улучшенію процесса не наблюдается, наоборотъ болѣзненные симптомы и общее состояніе ухудшаются, рѣшено было примѣнить радикальное лѣченіе посредствомъ чрезосвѣченія, которое и было произведено 7/ix.

По вскрытіи брюшной полости оказалось, что расширенная лѣвая труба представляетъ найденную при изслѣдованіи опухоль, которая занимаетъ лѣвую сторону таза, болѣе же значительною массою лежитъ позади матки. Опухоль по всей своей поверхности представляется рыхло склеенною съ окружающими частями. При нарушеніи склеекъ опухоль въ нижнемъ сегментѣ, лопнула, при чемъ изъ нея вышла старая кровь, частью въ видѣ сгустковъ, частью въ жидкомъ состояніи. Послѣ наложенія лигатуръ труба и яичникъ были удалены. Правая труба, пораженная сальпингитомъ, и яичникъ, кистовидно перерожденный, тоже удалены.

Удаленная опухоль (рис. № 5) представляет лѣвую трубу, расширенную въ абдоминальной ея части; маточный конецъ не расширенъ, но стѣнки гипертрофированы.

Форма яйцевидно-овальная, при чемъ наиболѣе широкая часть соотвѣтствуетъ наружному концу трубы. Содержимое состоитъ изъ сгустковъ крови, плода не найдено, но микроскопическимъ изслѣдованіемъ обнаружены ворсинки. Соименный яичникъ представляетъ кисту величиной въ грецкій орѣхъ и часть еще сохранившейся яичниковой ткани. Въ этомъ мѣстѣ въ разрѣзѣ найдено желтое тѣло, которое можетъ быть принято за истинное.

Послѣоперационное теченіе вполне гладкое. Швы сняты на 11 день, получилось *prim. intentio* на всемъ протяженіи брюшной раны;  $t^o$  нормальная, кровотеченіе и другіе симптомы исчезли; на 21 день послѣ операциі больная выписана вполне здоровой.

6) *Graviditas tubar. dextra et haematocoele retrouter. Чревосычненіе. Выздоровленіе.*

Солдатка Д. И—ва, 27 лѣтъ, страдаетъ болями внизу живота съ правой стороны и кровотеченіемъ, которое съ большою или меньшею силою продолжается болѣе мѣсяца, что довело больную до общаго упадка силъ и невозможности трудиться.

Анамнезъ этой больной представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что она уже перенесла одинъ разъ внѣматочную беременность, отъ которой лѣчилась въ Клиническомъ Институтѣ и куда вторично была принята теперь 2/хІ 93. Поэтому анамнестическія данныя въ этомъ случаѣ представляютъ особый интересъ и мы остановимся на нихъ болѣе подробно. Первое появленіе мѣсячныхъ кровей 16 лѣтъ, которыя затѣмъ стали приходиться черезъ 4 недѣли и продолжались по 6 дней.

Первые дни менструаціи отличались обиліемъ крови и болѣзненностью. Вышла замужъ 18 лѣтъ, а черезъ годъ родила благополучно живаго ребенка. Послѣродовой періодъ также былъ нормаленъ. Приблизительно черезъ два года наступила вторая беременность, но окончилась выкидышемъ на 2 мѣсяцѣ. Съ этихъ поръ больная стала страдать заболѣваніемъ, относящимся къ половой сферѣ, отъ котораго постоянно лѣчилась. Въ чемъ заключался процессъ точно передать не можетъ. Регулы носила приблизительно все время правильно, и передъ тѣмъ какъ заболѣла въ первый разъ они были 2—6 февраля 91 года. Первое заболѣваніе обнаружилось слѣдующимъ образомъ: \*) 27-го того же мѣсяца, т. е. февраля 91 года, слѣдовательно, безъ задержки регулъ, вдругъ появились боли полъ ложечкой, которыя затѣмъ распространились по всему животу съ сильнымъ урчаніемъ въ кишкахъ. На другой день больная настолько ослабѣла, что попытки подняться съ постели оканчивались обморокомъ. Затѣмъ, появилось отдѣленіе крови изъ половыхъ частей, вздутость живота и болѣзненность при дотрагиваніи; боли при мочеотдѣленіи и даже по временамъ полная задержка его; въ такомъ состояніи больная поступила въ Клинической Институтъ 1/ш 1891 г.

\*) Скорбный листъ Гинекологическаго Отдѣленія Клиническаго Института, № 409.

т. е. почти через мѣсяць послѣ начала заболѣванія, отъ котораго безуспѣшно лѣчилась на дому. Сдѣланное въ Институтѣ изслѣдованіе дало слѣдующее: снаружи живота прощупывается опухоль, идущая изъ малаго таза и не доходящая до пупка пальца на 3; консистенція ея твердая и, хотя верхнихъ границъ ея ясно опредѣлить нельзя, однакожь можно сказать, что они не равны, и сама опухоль съ лѣвой стороны выступаетъ болѣе чѣмъ съ правой. Стѣнки живота сильно напряжены. При внутреннемъ изслѣдованіи немного увеличенная матка прощупывается лежащей впередъ и вправо, а также нѣсколько приподнятой. Консистенція ея почти не отличается отъ нормальной. Къ лѣвому боку матки и какъ бы сливаясь съ нею прилегаешь опухоль, выполняющая весь лѣвый сводъ, дугласъ и частью правый сводъ; съ лѣвой стороны опухоль сливается со стѣнками таза. Верхняя ея граница была указана нами выше. Одна ли опухоль занимаетъ всѣ означенныя мѣста или двѣ—нѣтъ возможности опредѣлить, но то обстоятельство, что консистенція опухоли въ разныхъ частяхъ не одинаковая, именно въ той части лѣваго свода, которая ближе къ маткѣ и располагается въ передней части лѣваго свода консистенція плотная, хотя и не настолько какъ матки; растянутый же дугласъ и другіе отдѣлы обнаруживаютъ консистенцію болѣе мягкую. На основаніи различной консистенціи въ разныхъ частяхъ можно предположить, что существуютъ двѣ опухоли съ различной консистенціей, именно слѣва отъ матки расширенная труба, а въ дугласѣ кровоизліяніе, т. е. haematocoele, при чемъ излившаяся кровь находится также и въ другихъ частяхъ, окружая органы малаго таза и полости живота и не доходить до пупка на 3 пальца, какъ это было видно при наружномъ изслѣдованіи. Болѣе опредѣленныхъ границъ между этими образованіями установить нельзя.

Пробное выскабливаніе слизистой матки при микроскопическомъ изслѣдованіи дало картину децидуальной ткани въ обратномъ развитіи. Въ анамнезѣ нѣтъ указаній на выхожденіе отпадающей оболочки, т<sup>0</sup> при поступленіи нормальная, равно какъ и до поступленія, по словамъ больной, повышенія ея не было; пульсъ выше 100, но удовлетворительный. Хотя задержки въ мѣсячныхъ кровяхъ не было, и такой характерной децидуальной ткани, какую мы видѣли въ другихъ случаяхъ въ данномъ не получили, равно и въ анамнезѣ на выхожденіе оболочки указаній нѣтъ, тѣмъ не менѣе однакожь результаты изслѣдованія позволяли остановиться на діагнозѣ *haematosalpinx sinistr. et haematocoele retrouterin. e gravidit. tubar. sin.*, какъ на болѣе отвѣчающемъ симптомамъ и даннымъ объективаго изслѣдованія. Какъ увидимъ ниже этотъ діагнозъ вполне подтвердился операцией при вторичной вѣматочной беременности. Больная провела въ институтѣ 1 мѣсяць и 20 дней. Опухоль немного уменьшилась и имѣла еще большіе размеры; матка стала значительно подвижнѣе прежняго, положеніе ея правильнѣе, теперь яснѣе можно опредѣлить отношеніе лѣвосторонней опухоли въ маткѣ, а именно она имѣетъ связь съ лѣвымъ рогомъ *uterus'a*, что подкрѣпляетъ первоначальное предположеніе о характерѣ образованія.

Равнымъ образомъ и кровоотдѣленіе было въ меньшей степени, чѣмъ раньше, иногда же замѣчалось только окрашенное кровью выдѣ-

ление. Боли точно такъ-же совершенно не исчезли, хотя и уменьшились сравнительно съ прежнимъ. При ходьбѣ эти боли усиливаются. Запоры. Мочевыделение произвольно и совершенно безболѣзненное; такимъ образомъ, разстройство въ мочеотдѣленіи есть единственный симптомъ, который исчезъ безслѣдно. Кривая  $t^{\circ}$  показываетъ, что все теченіе болѣзни было безлихорадочно. Въ первые 20 дней въ кривой наблюдались атипичныя колебанія, при чемъ однакожь только разъ  $t^{\circ}$  достигла до  $38,1^{\circ}$ , именно на 6 день послѣ поступленія въ институтъ; въ послѣдующіе же дни вечернія и утреннія колебанія приняли болѣе правильный типъ, а наконецъ и совершенно фیزیологической.

Послѣ выписки больной изъ института, по ея словамъ, здоровье медленно восстанавливалось въ продолженіи двухъ лѣтъ, но въ концѣ концовъ она значительно поправилась и 30 сентября 93 года чувствовала себя вполне хорошо. Послѣднія мѣсячныя были 20—25 августа. Въ сентябрѣ крови запоздали только на нѣсколько дней, и вмѣсто 25-го появилось кровоотдѣленіе 30 сентября, но съ болями въ правой паховой области и внизу живота, чего за послѣднее время не было.

Кровотеченіе продолжается до сихъ поръ, т. е. немного болѣе мѣсяца съ тѣми же болями. Отхожденія пленокъ, или мясистыхъ кусковъ не наблюдалось.

При изслѣдованіи получились слѣдующія данныя: влагалище и наружныя половыя органы не представляютъ ничего характернаго; матка увеличена соотвѣтственно 2-хъ мѣсячной беременности преимущественно въ передне заднемъ размѣрѣ и отклонена вперед и влѣво. Влагалищная часть довольно плотная.

Полость матки равняется 8 см., при зондированіи она оказалась пустой. Весь органъ имѣетъ ограниченную подвижность. Справа и немного сзади отъ матки опредѣляется овальной формы опухоль величиной съ куриное яйцо, мало подвижная и болѣзненная не переходящая на кости. Опухоль эта имѣетъ тѣсную связь съ правымъ рогомъ матки, отъ которой отдѣляется бороздой, замѣчается пульсація. Относительно консистенціи нужно замѣтить, что она не вездѣ одинакова: выпяченная нижняя часть дугласа давала ощущение болѣе жидкаго содержимаго, чѣмъ опухоль, лежащая нѣсколько выше. Въ лѣвомъ сводѣ *residua* отъ прежде бывшаго заболѣванія.

Микроскопическое изслѣдованіе пробнаго соскоба слизистой матки дало характерную лепидальную ткань, ворсины отсутствуют. Всѣ эти данныя заставляютъ признать *graviditas tubar. dextra*. Въ періодъ отъ 2 до 20 ноября, т. е. во время лѣченія въ клиникѣ болѣзненные явленія не только не уменьшались подъ вліяніемъ симптоматическаго лѣченія, но наоборотъ замѣчалось прогрессивное ухудшеніе. Такъ опухоль увеличилась и поднялась значительно выше *promontorium*'а, появились боли въ *ileosacral*ной области, отдѣленіе крови усилилось и пр. По этому рѣшено въ виду подорваннаго состоянія здоровья больной не держаться болѣе выжидательнаго образа дѣйствія, а приступить къ радикальной мѣрѣ излѣченія, т. е., чревосѣченію, которое и было произведено 20/xi.

По вскрытіи брюшной полости, въ ней была замѣчена кровь частью сгустками темнаго цвѣта, очевидно результатъ большаго кровоизліянія. Правая труба увеличена до размѣровъ большаго куринаго яйца и

довольно рыхло сращена съ окружающими частями. Послѣ нарушенія сращеній, что было произведено безъ особаго затрудненія, правая труба, т. е. опухоль вмѣстѣ съ спаяннымъ съ нею яичникомъ, по наложеніи лигатуръ на широкую связку, была удалена. При нарушеніи сращеній труба лопнула и въ полость излилась кровь въ жидкомъ видѣ и сгустками. Что же касается лѣвыхъ придатковъ и дугласа, гдѣ имѣла мѣсто ранѣе бывшая опухоль, то было найдено слѣдующее: матка плотно сращена со стѣнкой дугласа, по отдѣленіи матки отъ этихъ сращеній оказалось, что въ нижнемъ отдѣлѣ дугласа находится инкапсулированное пространство съ жидкимъ кровянистымъ содержимымъ. Лѣвая труба, также утолщенная, имѣетъ многочисленныя и плотныя сращенія съ окружающими частями брюшной полости, а также съ соименнымъ яичникомъ. Когда труба была освобождена отъ этихъ сращеній, при чемъ появилось кровотеченіе, остановленное нѣсколькими поверхностными швами, то на трубѣ было найдено твердое на ощупь образование, величиной съ волошскій орѣхъ; это образование послѣ надлежащаго изслѣдованія было признано за остатокъ прежде бывшей внѣматочной беременности. Такимъ образомъ, подтвердился діагнозъ, поставленный при первомъ заболѣваніи больной, о чемъ мы говорили ранѣе.

Въ виду нарушенія многочисленныхъ сращеній и вскрытія вышеупомянутой инкапсулированной полости въ дугласѣ была примѣнена тампонація марлевымъ бинтомъ съ предварительнымъ выведеніемъ конца его чрезъ задній сводъ влагалища.

Удаленная опухоль (см. рис. № 6) представляетъ правую трубу, которая постепенно расширяется, при чемъ наружный конецъ ея загибается внутрь по направленію къ маточному; такъ что по наружному виду опухоль состоитъ изъ трубы свернутой кольцевидно и густо покрытой многочисленными ложными перепонками. Содержимое мѣшка состоитъ изъ сгустковъ крови. Микроскопическое изслѣдованіе открыло присутствіе ворсинъ, плода же найдено не было. Правый яичникъ тѣсно спаянъ съ опухолью.

Относительно послѣоперационнаго теченія нужно отмѣтить слѣдующее: во 1-хъ, дренажъ исполнялъ свое назначеніе вполне удовлетворительно: съ перваго же дня изъ влагалища въ обильномъ количествѣ выдѣлялась серозно-кровянистая жидкость; на 3 сутки часть дренажа удалена, на 5 сутки весь удаленъ и замѣненъ гутаперчевой трубкой, чрезъ которую ежедневно производилось промываніе борной кислотой; во 2-хъ, на 9 день удалены всѣ швы (*prima intentio*); въ 3-хъ, т°, начиная со дня операціи стала постепенно повышаться и на 5 день достигла до 39,2°, въ этотъ же день былъ удаленъ марлевый бинтъ и полость тщательно промыта, послѣ чего т° сразу упала до нормы и продолжала быть нормальной вплоть до выписки больной; въ 4-хъ, на 16 сутки послѣ операціи больная стала жаловаться на боль при мочеотдѣленіи; при изслѣдованіи найдено, что *uterus* въ *lateroversio dextra* спереди матки прощупывается небольшой инфильтратъ, очевидно вызвавшій болѣзненность при мочеотдѣленіи, которая вскорѣ постепенно исчезла; въ 5-хъ, на 22 день послѣ операціи больная выписалась при слѣдующихъ явленіяхъ: *uterus* немного вправо, существуетъ незначительный инфильтратъ въ дугласѣ, бывшій же спереди совершенно

исчезъ; кровоотдѣленіе прекратилось, болѣй нѣтъ, самочувствіе весьма удовлетворительно. Въ дальнѣйшемъ состояніе здоровья еще болѣе упрочилось.

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ возможность сравнить результаты двухъ методовъ лѣченія, примѣненныхъ на одной и той же больной при однихъ и тѣхъ же условіяхъ. При первомъ заболѣваніи больная должна была два года употребить на лѣченіе, при чемъ все таки имѣлись на лицо заболѣванія, какъ напримѣръ, haematocoele, perisalpingitis, regioophoritis и т. п., при соответственномъ самочувствіи. Послѣ же чревосѣченія больная настолько чувствовала себя хорошо, что при отсутствіи объективныхъ болѣзненныхъ явленій, чрезъ 22 дня могла быть выписана изъ клиники совершенно здоровой.

7) *Graviditas tubar. sin. et cystoma ovar. dextra. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.*

Больная жена чиновника, Е. И. А.—ва, 30 лѣтъ, принята 27/IV 94 г., въ Повивальный Институтъ, куда она обратилась по поводу болѣй въ лѣвой повздошной впадинѣ, внезапно появившихся въ мартѣ мѣсяцѣ, послѣ задержки мѣсячныхъ на одну недѣлю; вмѣстѣ съ болями появилось и кровотеченіе, а затѣмъ болѣзненное мочеотдѣленіе и запоры съ болѣзненной дефекаціей.

Изъ анамнеза выясняется слѣдующее: съ дѣтства страдала запорами, регулы получила на 14 году, которыя затѣмъ приходили правильно черезъ 30 дней, по 3 дня. 16 лѣтъ вышла замужъ и черезъ 7 мѣсяцевъ забеременѣла; эта первая беременность, равно какъ и слѣдующія прерывались приблизительно на 3-й мѣсяцъ, причина чего не была своевременно выяснена. Не смотря на такое ненормальное состояніе (выкидыши), самочувствіе больной было удовлетворительно: регулы были правильны и безболѣзненны, и только въ январѣ 93 г., они пришли съ болями, которыя сосредоточивались въ лѣвой повздошной впадинѣ и сопровождались лихорадочнымъ состояніемъ, что продолжалось однакожь не долго, около недѣли.

Послѣ этого крови опять стали приходиться въ срокъ и безъ болѣй до марта мѣсяца 94 г. Въ мартѣ мѣсяцѣ послѣ запозданія регулъ на недѣлю появилось кровоотдѣленіе съ сильными болями, внизу живота съ лѣвой стороны, послѣ чего вышло яйцо (по мнѣнію врача). Боли вслѣдъ за этимъ сдѣлались немного слабѣе, но все таки были настолько сильны, что больная принуждена была оставаться въ постели около мѣсяца. Въ настоящее время, хотя рѣзкой боли и нѣтъ, въ спокойномъ положеніи, но она появляется при движеніи и при напряженіи брюшнаго пресса. Кровотеченіе, хотя и умѣренное, продолжается до сихъ поръ. Начало болѣзненныхъ мочеотдѣленій и дефекаціи совпадаетъ съ началомъ болѣзни.

При наружномъ изслѣдованіи можно прощупать надъ лономъ, два сегмента опухоли, изъ коихъ одинъ въ правой сторонѣ, другой— въ лѣвой. При двуручномъ изслѣдованіи матка опредѣляется слѣва, увеличенной и мягкой, въ правомъ сводѣ прощупывается сегментъ опухоли, лежащей справа и сзади матки. Эта опухоль величиной при-

близительно въ два кулака, эластична, упруга и малоподвижна. Въ лѣвомъ сводѣ и спереди матки прощупывается другая опухоль, величиною съ гусиное яйцо, малоподвижная и болѣзненная; консистенція ея болѣе плотная сравнительно съ опухолью правой стороны. Взаимное расположеніе этихъ опухолей таково, что матка лежитъ какъ-бы между послѣдними, хотя отношенія и связи этихъ опухолей съ маткой точно опредѣлить невозможно; тѣмъ не менѣе несомнѣнно констатируется присутствіе двухъ различныхъ опухолей съ различной консистенціей и различной величины, лежащихъ одна съ одной стороны матки, другая—съ другой. Врачъ, лѣчившій больную ранѣе, опредѣлилъ кисту яичника. Этотъ діагнозъ однакожь только частью отвѣчаетъ результату изслѣдованія въ данное время, именно онъ можетъ быть вѣренъ только по отношенію къ правой опухоли, которая своею эластичностью болѣе всего напоминаетъ кистовидную опухоль. Вторая же опухоль, лежащая слѣва и отчасти спереди матки и имѣющая болѣе плотную консистенцію, чѣмъ опухоль съ правой стороны, не можетъ быть отнесена къ подобному новообразованію, т. е. кистовидному. Вмѣстѣ съ этимъ остается еще цѣлый рядъ другихъ явленій или симптомовъ которыя требуютъ иного объясненія; къ такимъ явленіямъ нужно отнести задержку въ регулахъ на недѣлю и появленіе кровотеченія при сильныхъ боляхъ, затѣмъ увеличенную и мягкую матку и, наконецъ, продолжающееся болѣе мѣсяца кровотѣленіе. Нѣкоторые изъ перечисленныхъ нами патологическихъ симптомовъ могли бы быть объяснены внутриматочнымъ абортomъ, о чемъ мы упомянули при изложеніи анамнеза. Но фактъ выходненія яйца не былъ точно констатированъ (не было слѣдано изслѣдованія на ворсинны), а потому мы можемъ съ громадной вѣрностью сдѣлать предположеніе, что въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло съ выходненіемъ отпадающей оболочки при вѣматочной беременности. За эту послѣднюю отчасти говорить и дальнѣйшее клиническое теченіе: мягкая увеличенная матка, кровотѣленіе и т. д., чего не должно быть, если бы дѣйствительно совершился полный внутриматочный абортъ. Кромѣ того, останавливаясь на предположеніи о внутриматочномъ выкидышѣ, мы оставляемъ невыясненнымъ характеръ опухоли лѣвой стороны.

Такимъ образомъ, діагнозъ: киста, вѣматочная беременность, именно лѣвой трубы, будетъ какъ нельзя болѣе полно соответствовать анамнезу, результатамъ объективнаго изслѣдованія и симптомамъ, имѣющимся въ настоящее время. Пробное выскабливаніе, по понятнымъ причинамъ, не могло имѣть мѣста въ данномъ случаѣ.

5/у 94 г. было произведено чревосѣченіе, такъ какъ въ продолженіи 4-хъ-недѣльнаго консервативнаго лѣченія не получилось значительнаго улучшенія: кровотеченіе и боли, хотя и въ меньшей степени, но продолжались, болѣзненное мочеотдѣленіе и дефекація точно также, общее же состояніе больной между тѣмъ ухудшалось.

Лѣвую опухоль представляла расширенная и наполненная кровяными сгустками труба, которая, по отдѣленіи срощеній съ сальникомъ и другими сосѣдними органами, была удалена вмѣстѣ съ яичникомъ. Правая опухоль оказалась кистой праваго яичника съ жидкимъ серознымъ содержимымъ, и также удалена.



Послѣоперационное теченіе было не совсѣмъ благополучно. Съ вечера 2-го дня послѣ операциі т<sup>0</sup> имѣла наклонность къ повышенію и на 3 день достигла 38,6° и, держась затѣмъ болѣе или менѣе повышенной (3 раза доходила до 39,4°) до 2/VI, опустилась затѣмъ до нормы, оставаясь таковою все остальное время пребыванія въ Институтѣ. Причина повышенія т<sup>0</sup> лежала, во 1-хъ, въ нагноеніи швовъ, во 2-хъ, въ лѣвостороннемъ эксудатѣ и въ 3-хъ, въ циститѣ. Эти осложненія были вполне устранены соотвѣтствующей терапіей. Всего больная провела въ Институтѣ послѣ операциі 1 мѣсяць и 10 дней и была выписана по случаю закрытія Института еще не вполне оправившейся.

#### 8. *Graviditas tubar. sinistra. Чревостѣненіе. Выздоровленіе.*

Т. С. А—ва, крестьянка, 30 лѣтъ, 20/x 94 года поступила въ Клиническій Институтъ, страдая кровотеченіемъ, болями въ животѣ и общей слабостью при сильно-выраженномъ малокровіи. Болѣзнь началась сильными схваткообразными болями въ животѣ и обморокомъ послѣ двухмѣсячнаго отсутствія кровей, при чемъ больная по всѣмъ признакамъ считала себя беременной. Изъ анамнеза видно, что А—ва получила мѣсячныя крови 16 лѣтъ, которыя и установились правильно черезъ 4 недѣли по 5 дней. 24 лѣтъ вышла замужъ, черезъ годъ родила благополучно доношеннаго ребенка. Послѣродовой періодъ отличался большими потерями крови впродолженіи 6 недѣль. Черезъ годъ вторичная беременность, которая окончилась абортomъ на 4 мѣсяцѣ, вслѣдствіи подъема тяжести. Послѣ выкидыша произошло заболѣваніе, главнымъ образомъ, связочнаго аппарата матки, отъ котораго впослѣдствіи больная лѣчилась массажемъ, послѣ чего А—ва чувствовала себя совершенно здоровой. Регулы носила правильно безъ болей. Послѣднія крови были въ половинѣ іюля 1894 г., въ августѣ и сентябрѣ ихъ совсѣмъ не было. Больная считала себя беременной, была тошнота, покалываніе въ соскахъ, увеличеніе молочныхъ железъ. 10-го сентября А—ва вдругъ почувствовала сильныя схваткообразныя боли внизу живота, наступило обморочное состояніе, затѣмъ знобы, холодный потъ, позывы къ тошнотѣ и сильная слабость. Боли потомъ перешли въ постоянныя, показалась кровь въ умѣренномъ количествѣ, животъ сталъ вздвигаться и сдѣлался болѣзненнымъ при дотрагиваніи. Отхожденія оболочекъ большой наблюдаемо не было. Черезъ 10 дней она поступила въ клинику, при явленіяхъ общаго упадка силъ, повышенной т<sup>0</sup>, болѣзненности живота и т. п.

Наружное изслѣдованіе: надъ лобкомъ прощупывается тѣло, лежащее спереди, имѣющее рѣзкіе контуры и напоминающее матку. Оно какъ-бы лежитъ на другомъ тѣлѣ, расположенномъ сзади него. Это второе тѣло значительно большихъ размѣровъ, но ни сверху, ни съ боковъ не имѣетъ ясно опредѣляемыхъ контуровъ; очертанія его какъ бы расплываются, доходя сверху почти до пупка. Консистенція его менѣе плотная сравнительно съ консистенціей матки, и напоминаетъ собою опухоль, окруженную кровозлитіемъ. Животъ болѣзненъ и вздутъ. Синева наружныхъ половыхъ частей; пигментация околососковыхъ кружковъ и бѣлой линіи рѣзко выражена, изъ сосковъ выдѣляется немного молозива.

При двуручномъ изслѣдованіи найдено: влагалище сочно и рыхло, влагалищная часть матки лежитъ спереди, разрыхлена и увеличена. Тѣло увеличено и мягче нормы. Вся матка приподнята кверху и сильно оттѣснена впередъ. За маткой опухоль сферической формы, эластической консистенціи, немного подвижная, и болѣзненная, выполняющая дугласово пространство и боковые своды, особенно съ лѣвой стороны: въ нѣкоторыхъ мѣстахъ наблюдается пульсація. Опухоль не переходитъ на тазовыя кости, а тѣсно прилежитъ къ маткѣ, при чемъ между ними опредѣляется борозда; верхнихъ границъ ея также двуручнымъ изслѣдованіемъ опредѣлить не удается.

Пробное выскабливаніе при микроскопическомъ изслѣдованіи дало картину децидуальной ткани, клѣтки которой находились частью въ полномъ развитіи, частью измѣнившимися.

Діагнозъ: *graviditas tubar. sin.* съ кровоизліяніемъ въ брюшную полость. Въ первые дни, которые больная провела въ клиникѣ, состояніе больной немного какъ будто улучшилось, хотя вечернія повышенія  $t^{\circ}$  и продолжали наблюдаться вмѣстѣ съ болѣзненностью, слабостью и небольшимъ выдѣленіемъ крови.

Въ ночь же съ 25 на 26/х внезапно появились рвота, боль въ животѣ, обморочное состояніе. При изслѣдованіи нашли, что животъ болѣе вздутъ и болѣзненъ, *per vaginam*—увеличеніе опухоли. Явилось предположеніе о вторичномъ кровоизліяніи въ брюшную полость и рѣшено сдѣлать чрезсѣченіе, которое и было произведено 29/х.

По вскрытіи брюшной полости сальникъ и другіе органы обнаружили явленія перитонита; найдены небольшіе сгустки крови, свободно лежащими и различнаго цвѣта. Лѣвая труба своимъ расширеннымъ абдоминальнымъ концомъ запрокинулась за матку. При нарушеніи многочисленныхъ, хотя и легко нарушимыхъ, сращеній, труба лопнула и изъ нее выскользнулъ плодъ вмѣстѣ съ жидкою кровью и сгустками, которые были затѣмъ тщательно удалены. Все плодовмѣстилище было иссѣчено, при чемъ оказалось возможнымъ сохранить яичникъ, принадлежащій этой сторонѣ. Правые придатки, окруженные многочисленными старыми сращениями, оставлены *in statu quo*. Ввиду паренхиматознаго кровотеченія изъ мѣстъ нарушенныхъ сращеній все ложе бывшаго расположенія опухоли было затампонировано стерилизованнымъ марлевымъ бинтомъ, конецъ котораго предварительно выведенъ черезъ задній сводъ во влагалище. Этотъ дренажъ удаленъ на 3 сутки. Швы сняты на 9 сутки. *Prima intentio*. Послѣоперационное теченіе со стороны половой сферы протекало безъ всякихъ осложненій, тѣмъ не менѣе  $t^{\circ}$  все время была повышенной. Еще при поступленіи въ клинику больная имѣла лихорадочное состояніе, которое усилилось начиная съ 7-го дня послѣ операціи. Съ 21-го дня по утрамъ начались потрясающіе ознобы,  $t^{\circ}$  доходила до  $39,4^{\circ}$ , вечеромъ ниже  $37,0^{\circ}$ . Такое состояніе поставлено было въ связь съ обострѣніемъ легочнаго процесса, которымъ больная страдаетъ уже 2 года, послѣ перенесеннаго ею воспаленія легкихъ; въ мокротѣ найдены Коховскія бациллы. Больная переведена въ терапевтическое отдѣленіе, откуда была выписана при улучшившемся состояніи со стороны легкихъ и вполне хорошемъ со стороны половой сферы.

*Препаратъ.* На рисункѣ № 7 представлена лѣвая труба, которая содержитъ плодовое яйцо со всѣми его частями. Сверху перерѣзанный маточный конецъ лѣвой трубы. Труба расширяется въ полость, въ которой, какъ видно на рисункѣ, находится дѣтское мѣсто, оболочки и плодъ съ уцѣлѣвшей пуповиной.

Стѣнки плодоваго мѣшка пронизаны свертками излившейся крови. На внутренней сторонѣ препарата видны выступы, покрытые оболочкой. Эти выступы разной величины и формы есть ничто иное, какъ свернувшаяся кровь, излившаяся между оболочками и стѣнками трубы въ большемъ количествѣ, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ. Весь рисунокъ, представляя собой истинное отношеніе частей, въ общемъ немного схематизированъ.

9) *Haematosalpinx dextra et cystoma ov. sin. Чревосъщеніе. Выздоровленіе.*

Крестьянка А—дра Ч—на, 34 лѣтъ, 1/хІ 94 г., обратилась въ Клинической Институтъ, съ жалобами на боли внизу живота, которыми она стала особенно страдать съ конца іюня 94 г. Болѣзненное состояніе наступило послѣ задержки въ кровяхъ на 1½ недѣли и началось сильными схваткообразными болями въ животѣ и обморокомъ, послѣ чего появилось кровотеченіе. Изъ анамнеза получаютъ слѣдующія данныя: больная начала менструировать на 16 году, черезъ 3 недѣли по 3 дни. Замужество 20 лѣтъ, первые роды на 22 году. Роды были благополучны, но послѣродовой періодъ сопровождался заболѣваніемъ, вслѣдствіе котораго пролежала цѣлый мѣсяцъ. Съ тѣхъ поръ, т. е. 12 лѣтъ, не была беременна отъ неизвѣстной причины. Сперва больная испытывала постоянно незначительныя боли внизу живота и поясницъ, которыя потомъ почти прошли, считала себя здоровой и носила мѣсячныя крови правильно (черезъ 3 недѣли по 3 дня), до іюня мѣсяца настоящаго года.

Въ половинѣ іюня, т. е. 4½ мѣсяца тому назадъ ожидаемыя крови не пришли; беременной себя не считала, ибо кромѣ этого, тошноты и другихъ признаковъ беременности не наблюдала. Полторы недѣли спустя, т. е. въ концѣ іюня отъ неизвѣстной для больной причины внезапно появились сильныя боли внизу живота съ характеромъ схватокъ, такъ что она должна была лечь въ постель, при чемъ нѣсколько разъ наступало обморочное состояніе. Послѣ этого появилось небольшое кровотеченіе продолжавшееся недѣли три, которое затѣмъ и прекратилось. Боли же продолжались, такъ что, больная пролежала въ постели 1½ мѣсяца. Въ настоящее время боли, хотя и есть, но настолько сносныя, что она на ногахъ, работать же не въ состояніи. Кровотеченіе болѣе не повторялось. Мѣсячныя крови, хотя и продолжаютъ удерживать приблизительно прежній типъ, но послѣ нихъ идутъ бѣли, слегка окрашенная кровью, чего ранѣе не наблюдалось.

При наружномъ изслѣдованіи опредѣляется опухоль, располагающаяся почти равномерно по срединѣ живота, отъ лобковыхъ костей до пупка. Хотя консистенція ея твердоватая, однакожь рѣзкихъ границъ сверху опухоль не имѣетъ. Справа къ ней идетъ тяжъ, напоминающій круглую связку беременной матки. Около мѣста прикрѣпленія тяжа къ опухоли прощупывается затвердѣніе, симмулирующее какъ

бы мелкую часть плода. Съ лѣвой стороны опухоль также прощупывается тяжъ, идущій отъ наружной стѣнки живота къ опухоль, но болѣе горизонтальный и значительно короче перваго. Значительная болѣзненность живота при опухованіи. Наружныя половыя части сивеваты, замѣтной же пигментации не имѣется. Изъ сосковъ выдѣляется незначительное количество молозива.

При двуручномъ изслѣдованіи находимъ: uterus лежитъ спереди и немного вправо, твердой консистенціи, увеличенъ, полость его равна  $10\frac{1}{2}$  сант. Отъ праваго рога идетъ вышеупомянутый тяжъ, который сливается съ опухолью. Дугласово пространство, главнымъ образомъ, верхній его отдѣлъ, выполнено нижнимъ сигментомъ опухоли, равно и оба боковыя своды, при чемъ получается впечатлѣніе, что она состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣловъ. Опухоль въ различныхъ отдѣлахъ не одинакова, то болѣе тверда, то болѣе эластична, неподвижна и болѣзненна.

Личники не прощупываются. Было сдѣлано пробное выскабливаніе слизистой матки, микроскопическое изслѣдованіе дало ясную картину индивидуальной ткани, клѣтки которой находились въ различныхъ періодахъ развитія. Ворсинъ не оказалось. Черезъ задній сводъ была сдѣлана пункція два раза; въ первый разъ давшая темную кровь, второй разъ—свѣтло-желтоватую жидкость. Принимая во вниманіе всѣ вышеизложенныя данныя, діагнозъ *graviditas extrauter.* представлялся наиболѣе вѣроятнымъ. Что же касается того, что при вторичной пункціи была получена жидкость, свойственная кистѣ, то это, не противорѣча поставленному діагнозу, и говоритъ въ пользу одновременнаго существованія кистовиднаго образованія. Такъ какъ въ продолженіи 5 мѣсяцевъ опухоль не только не имѣла наклонности къ уменьшенію, а наоборотъ (по словамъ больной) увеличивалась до поступленія къ клинику, что замѣчалось и въ этой послѣдней, рѣшено было произвести чревосѣченіе, что и было сдѣлано 19/xi 94 г. При операціи оказалось, что сальникъ сращенъ съ опухолью, отъ которой его пришлось отдѣлять частью тупымъ способомъ, частью перерѣзая съ предварительной перевязкой лигатурами. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ около этихъ сращеній находились небольшіе старые кровяные сгустки. Опухоль также имѣла сращенія съ одной изъ петель тонкихъ кишекъ, на которую по отдѣленіи было наложено нѣсколько швовъ, вслѣдствіе пораненія серозной оболочки. По отдѣленіи, (которое въ данномъ случаѣ было значительно труднѣе, чѣмъ въ другихъ случаяхъ), отъ многочисленныхъ ложныхъ перепонокъ и сращеній съ другими окололежащими частями, оказалось, что прощупываемый при наружномъ изслѣдованіи тяжъ есть ничто иное—какъ утолщенная правая труба, расширенная наружная половина которой, представляетъ опухоль, развившуюся частью интралигаментарно. Лѣвосторонній тяжъ оказался состоящимъ изъ новообразованныхъ воспалительныхъ пленокъ, съ которыми сросся сальникъ и которая шла отъ лѣвой стѣнки живота къ опухоль. Затвердѣніе, которое находилось при наружномъ изслѣдованіи, соответствовало наиболѣе твердой части опухоли въ мѣстѣ перехода въ нее трубы. Послѣ вылущенія опухоли, при чемъ она лопнула, широкая связка и маточный конецъ трубы были перевязаны въ 3 участка, и удалена труба вмѣстѣ съ яичникомъ.

При перерѣзкѣ трубы было замѣчено, что изъ нея выдѣляется въ очень маломъ количествѣ мутноватая жидкость, поэтому маточный конецъ ея былъ прижженъ каленымъ желѣзомъ. Послѣ удаленія опухоли ясно обнаружилась и лѣвая труба, также немного утолщенная, лежащая у задне-лѣваго края опухоли и окруженная спайками. Лѣвый яичникъ имѣлъ кисту, величиной съ куриное яйцо, и былъ также замурованъ въ воспалительныхъ пленкахъ. Теперь ясно, почему два раза произведенная пункція дала двѣ различныя жидкости: первый разъ троакаръ проникъ въ опухоль, наполненную кровью, второй—въ кисту яичника. Правый яичникъ представлялся также кистовидно перерожденнымъ. Такимъ образомъ, придатки обѣихъ сторонъ оказались измененными и были удалены. Такъ какъ вся опухоль и придатки были сращены съ окололежащими частями, то послѣ вылученія ихъ образовались значительныя поверхности, лишенныя брюшины и давшія паренхиматозное кровотеченіе, вслѣдствіе чего по удаленіи излившейся крови и сгустковъ, все ложе было затампонировано асептическимъ марлевымъ бинтомъ, конецъ котораго былъ выведенъ ближайшимъ путемъ черезъ брюшную рану.

На третій день послѣ операціи была снята повязка, при чемъ найдено, что дѣйствіе дренажа выполнѣ удовлетворительно, такъ какъ весь нижній слой повязки былъ обильно пропитанъ сукровичной жидкостью, и часть его извлечена. На 5-й день весь дренажъ былъ удаленъ и замѣненъ дренажной трубкой, черезъ которую ежедневно дѣлалось промываніе борной кислотой. На 7-й день сняты поверхностныя швы, а затѣмъ постепенно и глубокіе. Рана зажила на всемъ протяженіи *per primam intent.* <sup>o</sup> все время нормальная, исключая однократнаго повышения до 38,0°, причина чего повидимому лежала въ кишечникѣ. Дальнѣйшее теченіе послѣоперационнаго періода прошло безъ всякаго осложненія, и больная выписалась изъ Института черезъ 35 дней послѣ операціи, имѣя лишь незначительный остатокъ свища.

Удаленная опухоль (см. рис. № 8) имѣла овальную форму, длинный діаметръ ея = 17 см., поперечный = 11 см. Труба по отхожденіи отъ матки сильно гипертрофирована, точно также и стѣнки опухоли ближе къ маткѣ очень толсты, помѣръ же приближенія къ абдоминальному концу болѣе и болѣе истончаются. На стѣнкѣ опухоли въ маточной ея половинѣ, въ одномъ мѣстѣ находится кругловатое, рѣзко выступающее утолщеніе, на первый взглядъ какъ-бы представляющее дѣтское мѣсто, чего однако же микроскопическое изслѣдованіе не подтвердило. Содержимое трубы: старая темнаго цвѣта кровь сгустками и въ жидкомъ состояніи. Плода не найдено, равно и остатковъ яйца. При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнокъ опухоли и вышеупомянутаго круглаго утолщенія найдено, что стѣнки имѣютъ мышечные элементы съ богатымъ разрастаніемъ соединительной ткани. Слѣдовательно, удаленное образованіе, не есть простое кровоизліяніе, вносилъ же осумковавшаяся, а несомнѣнный *haematosalpinx*, что впрочемъ ясно опредѣляется и макроскопически на основаніи топографическихъ отношеній. При микроскопическомъ изслѣдованіи не найдено ворсинъ и децидуальной ткани. Это обстоятельство однакожь не можетъ служить опроверженіемъ вѣрности діагноза, такъ какъ извѣстно, что части яйца весьма быстро

могутъ рассосаться. Въ данномъ же случаѣ отъ начала заболѣванія, прошло 5 мѣсяцевъ, весьма естественно поэтому, что въ такой длинный срокъ ворсинны имѣли возможность исчезнуть безслѣдно.

10) *Graviditas tubae sinistrae et haematocel e. Чрезвычайное. Выздоровленіе.*

Крестьянка Е. Т. С—ва, 41 года, 15/хІ 94 г., принята въ Повивальный Институтъ, куда она обратилась по поводу болѣе внизу живота и постоянныхъ, грязныхъ кровянистыхъ выдѣленій, затрудненной дефекаціи и мочеотдѣленія, лихорадочнаго состоянія и общей слабости. Такое болѣзненное состояніе началось болями, появившимися внезапно мѣсяць тому назадъ.

*Анамнестическія данныя:* Первоначальное появленіе мѣсячныхъ кровей на 17 году, которыя затѣмъ приходили правильно по 4—5 дней чрезъ 28 дней безъ болѣе; 6 разъ рожала въ срокъ живыхъ дѣтей. Послѣдніе роды около 3-хъ лѣтъ тому назадъ. Эти послѣдніе роды и послѣродовой періодъ прошли не совсѣмъ благополучно, такъ какъ послѣ нихъ больная стала замѣчать измѣненіе здоровья къ худшему. Крови стали приходиться не такъ регулярно какъ прежде, съ болями и тошнотой, появились бѣли. Послѣдній разъ регулы пришли правильно, около 23 сентября 93 г., въ октябрѣ же ихъ совсѣмъ не было. Тошнота усилилась, такъ что больная склонна была считать себя беременной. Въ половинѣ октября здоровье рѣзко ухудшилось. Больная послѣ нѣкотораго физическаго напряженія въ работѣ почувствовала сильную рѣзь въ животѣ и позывы къ дефекаціи и мочеотдѣленію, напоръ на низъ. Въ первое время боль въ низу живота была постоянная, а потомъ стала на нѣсколько часовъ стихать. Мочеотдѣленіе затруднено, по временамъ производилось только при помощи катетера. Съ 10/хІ появились грязныя, кровянистыя выдѣленія, отхожденіе пленокъ не наблюдалось. Больная имѣетъ истощенный, малокровный видъ, языкъ сухой и обложенный.

При изслѣдованіи живота, онъ оказывается вздутымъ и болѣзненнымъ (перитонитъ), внизу его прощупывается опухоль, выходящая изъ малаго таза; при чемъ получается впечатлѣніе, что эта опухоль занимаетъ весь малый тазъ, выступая изъ него безъ ясно опредѣленныхъ контуровъ и не достигая до пупка пальца на два. Она имѣетъ консистенцію мягковатую, слегка напряжена и неподвижна при осторожныхъ къ тому попыткахъ. Надъ этой опухолью, немного вправо отъ срединной линіи, выступаетъ болѣе плотное образованіе, величиною въ среднее яблоко; подвижность его справа на лѣво больше, чѣмъ обратно, кверху незначительна и съ болью. Наружные половые органы синевагы, замѣтна также умѣренная пигментация около сосковъ.

*При доуручномъ изслѣдованіи найдено:* влагалище нѣсколько разрыхлено, шейка немного мягковата, наружный зѣвъ пропускаетъ палець. Вся матка сильно смѣщена вправо и впередъ, увеличена въ объемѣ, мягковата и относительно подвижна; движенія ея болѣзненны. Лѣвый сводъ растянуть и занять слегка эластической опухолью. Въ правомъ находится главнымъ образомъ матка. Дугласъ выпяченъ и также имѣетъ немного эластическую консистенцію. Микроскопическое изслѣдованіе пробнаго соскоба дало картину децидуальной ткани, кромѣ того наблю-

далось въ нѣкоторыхъ железахъ атипическое развитіе эпителия; сами железы гиперплазированы (*adenoma destruens*).

Диагнозъ: *Graviditas extrauterina et haematocoele*. По видимому кровоизліяніе занимаетъ большое пространство въ маломъ и большомъ тазу.

Такъ какъ состояніе больной при такихъ явленіяхъ внушало опасенія, то представлялось болѣе выгоднымъ, не примѣняя выжидательнаго лѣченія, подвергнуть ее радикальному. При чревостѣченіи (18/xi) послѣ разрѣза отъ лобка и на 2 пальца выше пупка по бѣлой линіи, оказалось, что болѣе плотное образованіе, выступавшее надъ опухолью при изслѣдованіи, есть ничто иное, какъ матка; лѣвая растянутая труба, брюшной конецъ которой, былъ наиболѣе расширенъ, опускалась въ дугласово пространство. Опухоль была склеена рыхлыми сращениями съ задней поверхностью матки, нѣкоторыми петлями кишокъ и стѣнками дугласа. Послѣ отдѣленія опухоли оказалось, что дугласово пространство было выполнено сгустками старой крови, при удаленіи которыхъ былъ найденъ слегка мацерированный плодъ (см. 5—6 длины), съ пуповиной, идущей отъ болѣе расширенной части трубы. Самый нижній отдѣлъ дугласа былъ свободенъ отъ кровоизліянія, такъ какъ былъ изолированъ периметритическими сращениями. По наложеніи лигатуръ лѣвая труба и яичникъ удалены. Правая труба сочувственно гипертрофирована. Придатки правой стороны не удалены. Ввиду нарушенія многочисленныхъ сращеній, дугласово пространство было выполнено марлевымъ стерилизованнымъ бинтомъ, конецъ котораго предварительно выведенъ черезъ задне-лѣвый сводъ во влагалище.

Послѣоперационное теченіе вполне гладкое, безъ повышенія т°. На 5-й день извлеченъ весь марлевый бинтъ, полость промыта растворомъ борной кислоты, вставлена дренажная трубка, черезъ которую ежедневно производилось промываніе тѣмъ-же растворомъ, иногда слабой сулемой. На 10-й день сняты швы, первичное натяженіе на всемъ пространствѣ брюшной раны. Около этого же времени отдѣленій уже почти не было, а вскорѣ оны и совсѣмъ прекратились. По истеченіи 12 сутокъ дренажная трубка была замѣнена марлевой турундой, которая вскорѣ была удалена. Черезъ 20 дней больная выписана совершенно здоровой.

Препаратъ (см. рис. № 9), лѣвая труба въ началѣ умѣренно гипертрофирована, затѣмъ переходитъ въ образованіе овальной формы, длинный размѣръ котораго = около 10 см., поперечный = 5 см. Ясно видно лѣтское мѣсто, плодная оболочка и пуповина. Плодъ найденъ лежащимъ отдѣльно. Между стѣнками мѣшка и оболочками находятся сплошныя сгустки свернувшейся крови, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ кровяные сгустки имѣютъ видъ разной формы выступовъ въ просвѣтъ полости.

#### 11) *Graviditas tubar. sin. et haematocoele. Чревостѣченіе. Выздоровленіе.*

15/x 95 года, поступила въ Повивальный Институтъ больная ремеленница Е. А. Т.—ва, 31 г., страдающая болью внизу живота и поясницы, затрудненнымъ мочеиспусканіемъ и болѣзненной дефекаціей, кровотеченіемъ, лихорадочнымъ состояніемъ, отсутствіемъ аппетита и сна и общимъ упадкомъ силъ. Такое состояніе наступило послѣ задержки регуль около 2 недѣль, и началось съ появленія сильнѣйшихъ болей

внизу живота, сопровождавшихся обморочнымъ состояніемъ; послѣ чего черезъ 2 недѣли показалось кровотеченіе.

*Анамнезъ.* Въ дѣтствѣ перенесла корь. Менструировать начала на 13 году, чрезъ 26—28 дней, по 4—5 дней. Крови были необильны и по временамъ болѣзненны. Замужество на 21 году. Чрезъ годъ послѣ этого стала страдать болѣзненностью при coitus и во время мѣсячныхъ, упорными бѣлями, отъ которыхъ лѣчилась около 4 лѣтъ. (Gonorrhoea?) На 6 году послѣ замужества, т. е. 4 года назадъ, родила благополучно. 2 года назадъ родила вторично. Какъ роды, такъ и послѣродовое состояніе протекали, по словамъ больной, благополучно. Чрезъ  $\frac{1}{2}$  года послѣ послѣднихъ родовъ появились мѣсячныя крови, которыя стали приходить правильно и безболѣзненно чрезъ 4 недѣли, по 4—5 дней. Послѣднія правильныя мѣсячныя прекратились 3 сентября 94 года. Ожидаемыя слѣдующія крови не пришли. Въ ночь на 14 октября безъ видимыхъ причинъ у больной появились сильнѣшія боли внизу живота; нѣсколько разъ наступало обморочное состояніе, холодный потъ и затрудненное дыханіе. Такое тягостное состояніе осложнилось еще учащенными позывами на мочеиспусканіе и на низъ. Чрезъ три дня, подъ вліяніемъ лѣченія, боли стихли, однакожь больная, чувствуя себя нехорошо, должна была продолжать лѣчиться. Въ концѣ октября, т. е. чрезъ двѣ недѣли послѣ начала заболѣванія показалась кровь, отдѣленіе которой продолжается до сихъ поръ, т. е. около  $2\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ. Въ половинѣ ноября былъ вторичный приступъ сильныхъ болей въ животѣ, сопровождавшійся потерей сознанія. Выхожденія пленокъ не наблюдалось. Больная имѣетъ истощенный видъ, съ повышенной  $t^{\circ}$ .

*Наружное изслѣдованіе* живота, который очень болѣзненъ и вздутъ, показало, что въ полости его прощупывается опухоль, выходящая изъ малаго таза и достигающая верхней своей границей выше средины между пупкомъ и лономъ. Вся опухоль неподвижна и болѣзненна. Спереди опухоли и немного вправо прощупывается болѣе плотное и немного подвижное образование, по формѣ напоминающую матку. При внутреннемъ изслѣдованіи матка опредѣляется лежащей спереди и немного вправо, приподнятой вверхъ и прижатой къ лону. Задній сводъ равномерно выпяченъ и выполненъ слегка упругою, эластическою опухолью, контуры ея хорошо неопредѣлимы. Измѣреніе матки зондомъ даетъ величину въ 11 см. Благалище разрыхлено, наружныя половыя органы немного синеваты.

Микроскопическое изслѣдованіе пробнаго соскоба слизистой оболочки матки дало ясную картину децидуальной ткани.

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ на основаніи анамнеза и результатовъ объективнаго изслѣдованія, имѣлось полное основаніе признать имѣющіяся заболѣванія за внѣматочную беременность съ кровоизліяніемъ въ полость брюшины, симптомы, которые можно было ясно наблюдать два раза.

Выжидательное лѣченіе, продолжавшееся болѣе 3-хъ мѣсяцевъ, не принесло облегченія больной, по этому ей было сдѣлано (20.11.95) чревосѣченіе.

По вскрытіи брюшной полости найдено: спереди опухоли лежитъ матка, надъ нею—толстая кишка. Опухоль изолирована отъ остальной



части брюшной полости рыхлыми сращениями. По нарушении ихъ стала выдѣляться жидкая темная кровь и сгустки ея; затѣмъ, далѣе изъ дугласова пространства удалены старыя фибринозные зеленоватые свертки. Опухоль трубы была такимъ образомъ окружена кровоизліяніемъ и, по нарушеніи всѣхъ сращеній оказалась небольшою величины (см. р. № 10) съ стебельчатымъ характеромъ развитія. По наложеніи лигатуръ на нее и широкую связку она была удалена вмѣстѣ съ яичникомъ, который представлялъ кистовидное измѣненіе. Придатки правой стороны точно также удалены, такъ какъ труба была поражена сальпингитомъ, а яичникъ, какъ и лѣвый, кистовидно перерожденъ. Заматочное пространство было затампонировано стерилизованнымъ бинтомъ, конецъ котораго предварительно былъ выведенъ чрезъ задній сводъ, послѣ чего брюшная рана была защита и наложена повязка.

Первые три дня послѣ операціи состояніе больной было неудовлетворительно, главнымъ образомъ со стороны сердечной дѣятельности. Пульсъ достигалъ 160 ударовъ, съ перебоями при поверхностномъ дыханіи. Больная жаловалась на сердцебиеніе, затрудненное дыханіе и сильныя боли въ животѣ. Первые сутки рвота и тошнота были почти безъ перерыва. Больная получала *inf. digital.* съ *t-ra strofant.* и вино въ клизмахъ,—мускусъ и эфиръ подъ кожу и вдыханіе кислорода. На 4 сутки рвоты почти нѣтъ, газы отходятъ, появился аппетитъ и сонъ. Дѣятельность сердца удовлетворительна. Извлечена часть дренажа, который вполне удаленъ на 6-е сутки, послѣ чего полость была промываема растворомъ борной кислоты: на 5-е сутки первая глицериновая клизма и *sasar. sagrad.* Въ послѣдующіе дни состояніе больной быстро улучшалось. На 10-й день сняты швы, получилось *prima intentio* на всемъ протяженіи. На 12-й день больная стала жаловаться на боли внизу живота съ лѣвой стороны, которыя затѣмъ перешли и на правую сторону. При ислѣдованіи было найдено въ обоихъ боковыхъ сводахъ уплотнѣніе и болѣзненность. При дальнѣйшемъ лѣченіи больная получала ванны, теплыя спринцеванія, согрѣвающей компрессъ на животъ и укрѣпляющія средства. Что касается т°, то она уже въ день операціи повысилась до 37,7°, и затѣмъ оставалась субфебрильной дней 12, при чемъ только два раза поднялась до 38,2°, и 1 разъ до 38,9°; оказалась ангина съ правой стороны зѣва. При дальнѣйшемъ теченіи былъ найденъ плотный эксудатъ справа, спереди и у лѣваго ребра матки, матка лежащей кзади отъ передняго эксудата и смѣщенной немного влѣво. Передній и правосторонній эксудатъ представляются плотными, величиной съ куриное яйцо каждый. При такихъ явленіяхъ больная выписалась, пробывъ въ институтѣ 58 сутокъ, послѣ того какъ вышеозначенное осложненіе подъ влияніемъ соотвѣтствующаго лѣченія получило склонность къ улучшенію.

Препаратъ (см. рис. № 10) представляетъ лѣвую трубу, маточный конецъ которой не расширенъ, но гипертрофированъ. Средняя треть ея расширяется и содержитъ полость, въ которой были найдены кровяные сгустки и жидкая темная кровь. Наружная треть трубы также расширена, хотя и меньше, чѣмъ средняя. Абдоминальное отверстіе трубы также наполнено кровяными сгустками. Фимбрии сохранились. Яичникъ довольно тѣсно сросся съ трубой, кистовидно измѣненъ. Въ разрѣзѣ

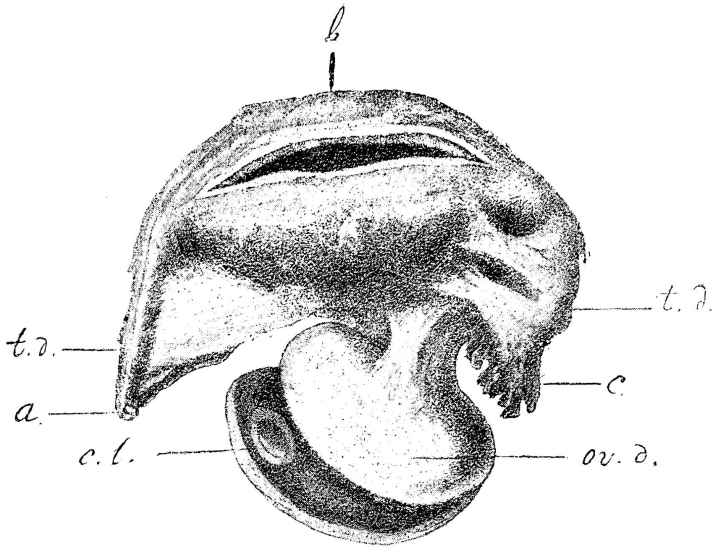


Рис. № 1—t. d—правая фалл. труба; а—маточный конец; б—расширени. средняя часть; с—фимбрии; ов. d—правый яичник; с. l—желтое тѣло.

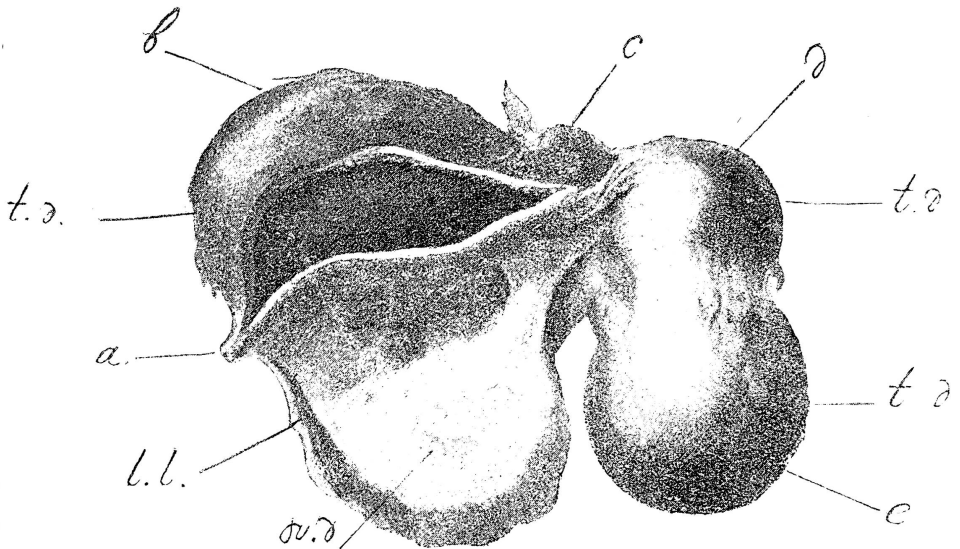


Рис. № 2—t. d—правая фалл. труба; а—маточный конец; б, с, d, e—отдѣльн. участки трубы; ов. d—правый яичн.; l. l—часть перерѣзанной широкой связки.

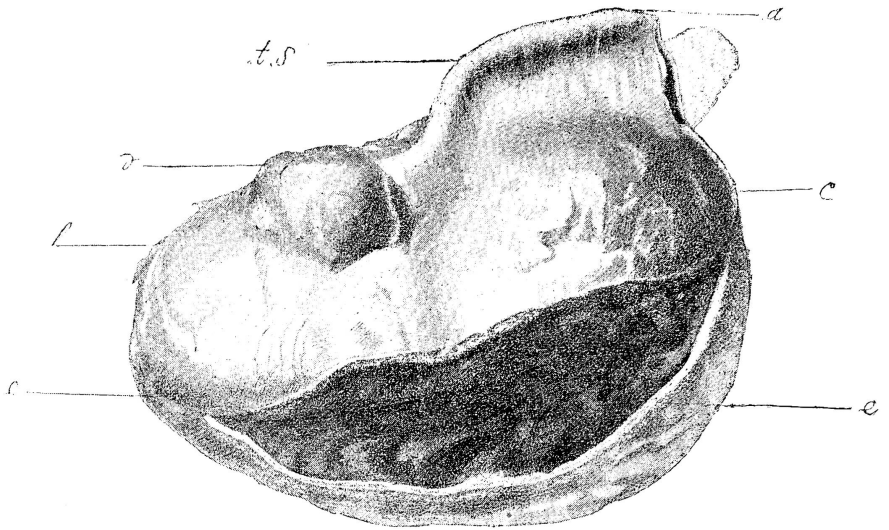


Рис. № 4—t. s—лѣвая фалл. труба; а—маточный ея конецъ; б, с—расширенная часть; d—выступъ въ стѣнкѣ опухоли, наполненный свернувшейся кровью; е е—кровяные сгустки.

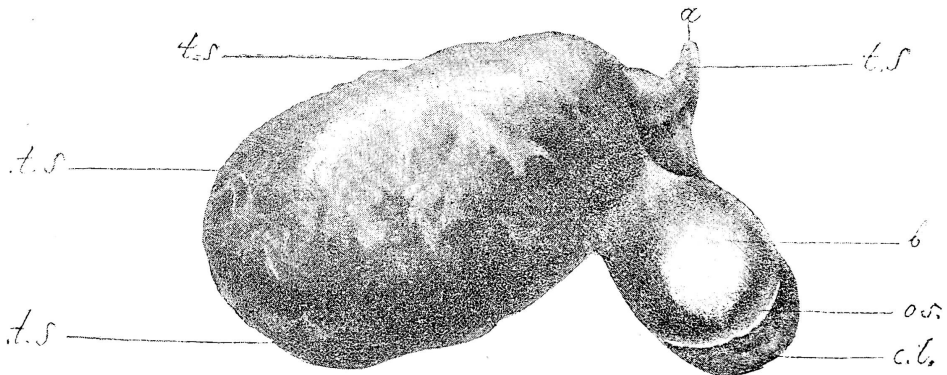


Рис. № 5—t. s—лѣвая фаллоп. труба; а—маточный конецъ; о. s—остатокъ ткани лѣваго яичника; с. l—желтое тѣло; б—киста яичника.

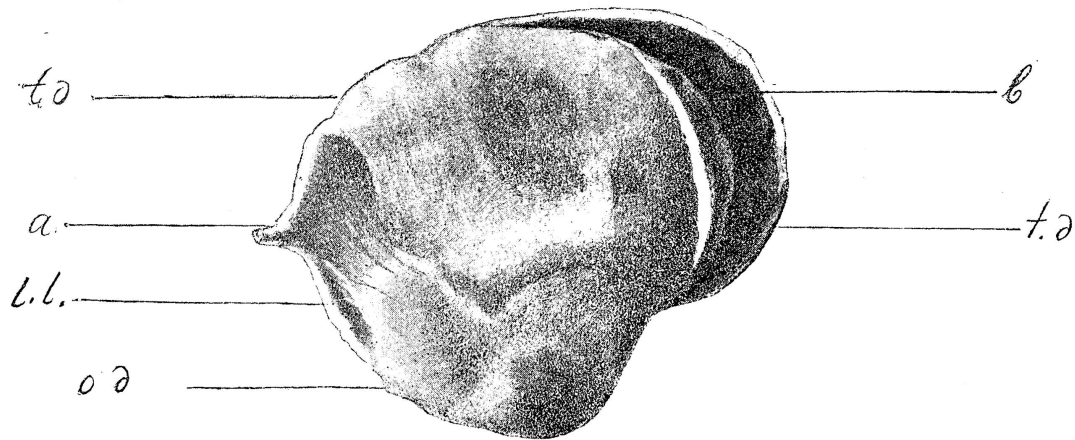


Рис. № 6 — t. d.—правая фалл. труба; а.—маточный конус; б.—разрѣзъ трубы, содержащей сгустки крови; о. d.—правый яичникъ; l. l.—часть отрѣзанной широкой связки.

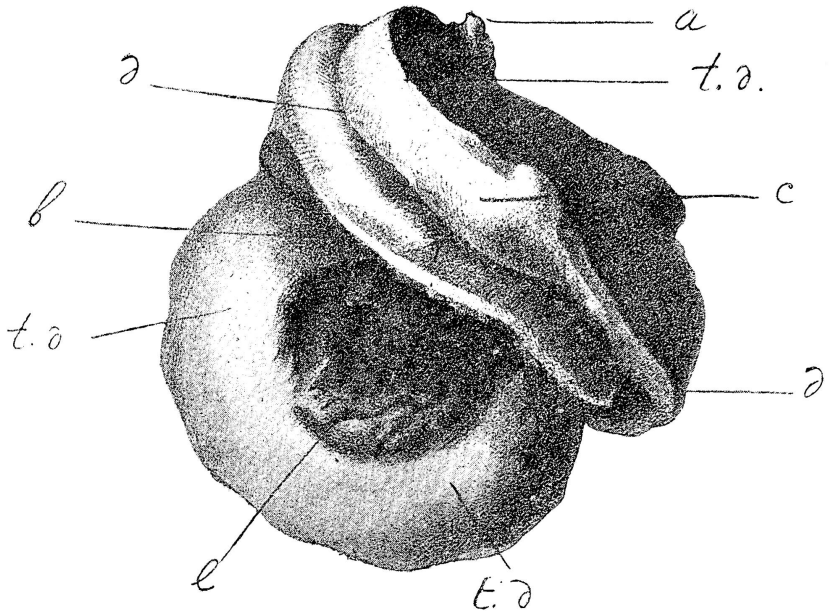


Рис. № 3—t. d—правая фалл. труба: а—маточный конец; б—абдоминальный конец; с—гипертрофированн. стѣнка трубы; d—канал; е—плодовѣстилице.

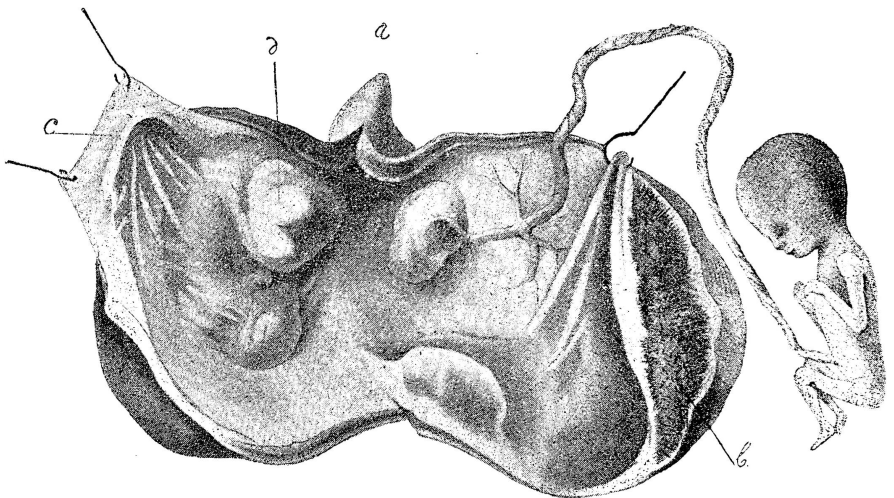


Рис. № 7—а—перерѣзанный конецъ трубы; б—плацента; с—оболочки; d—излившаяся и свернувшаяся кровь.

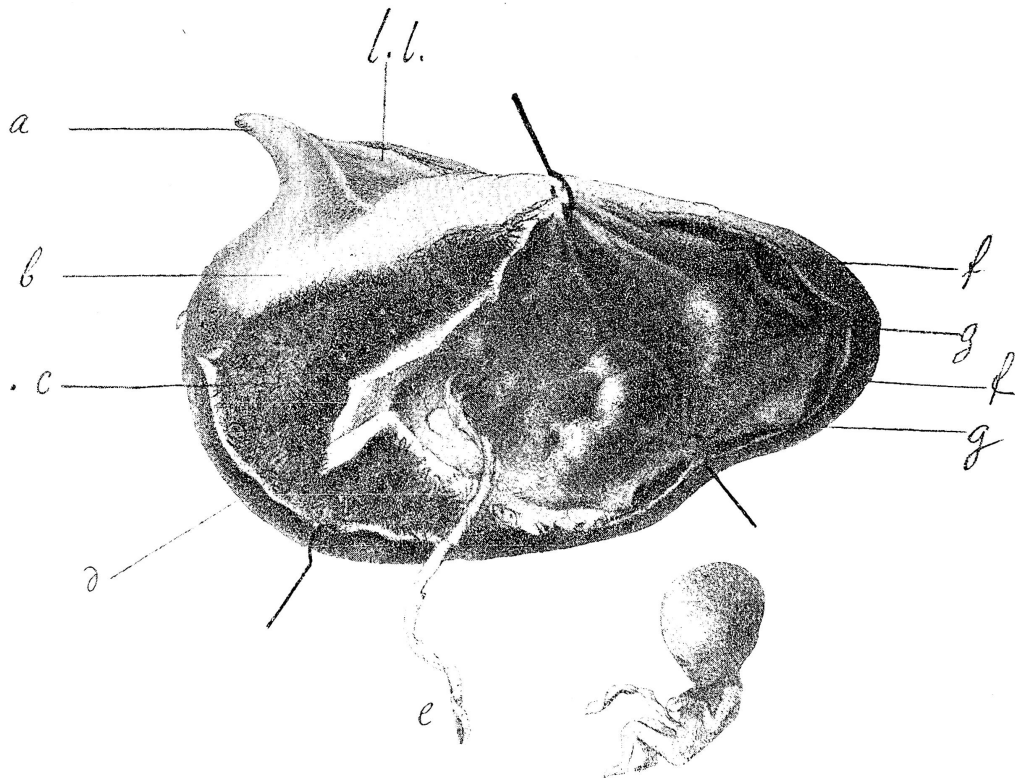


Рис. № 9—а—маточный коонец лѣвой трубы; б—переходъ ея въ опухоль; с—дѣтское мѣсто; д—оболочки; е—пуповина; ff—кровяные сгустки между оболочками и стѣнкой мѣшка; г. г—тоже; l. l—остатки широкой связки.

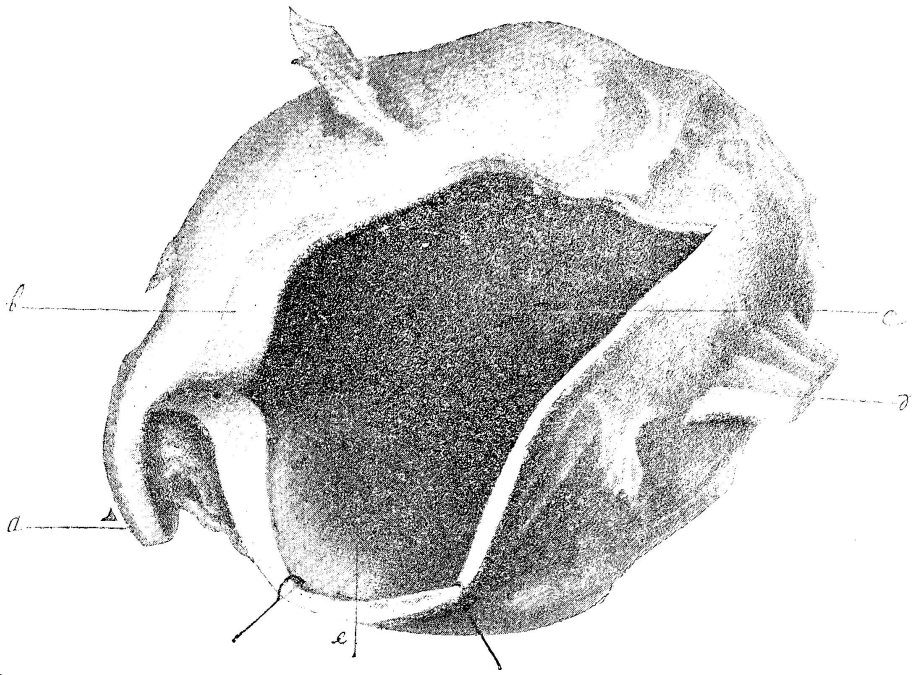


Рис. № 8—а—маточный конец трубы; б—сильно утолщенная стенка; с—полость; д—двосторонний тяж; е—круглое утолщение стенки мѣшка.

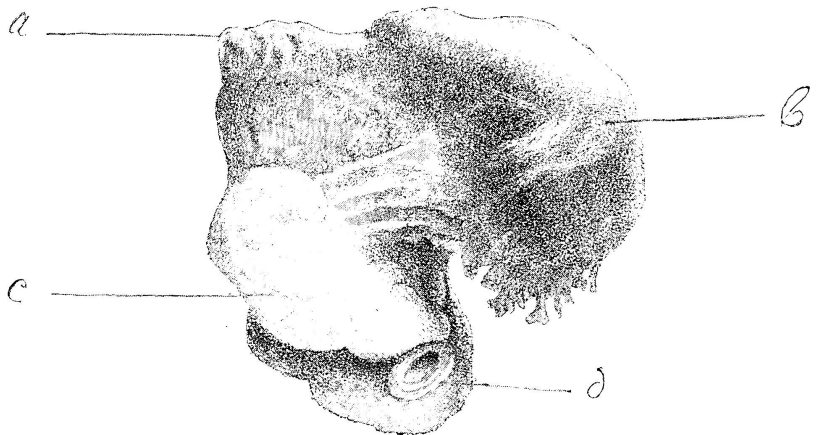


Рис. № 10—а—маточный конец трубы; б—плодовместилище; с—яичник; д—желтое тѣло.

найдено желтое тѣло, по размѣрамъ своимъ могущее быть принято за истинное. Микроскопическимъ изслѣдованіемъ обнаружены ворсинь.

12) *Graviditas tub. sin. Чревопчченіе. Выздоровленіе.*

Солдатка Елена К—ва, 42 л., принята 18/1 95 г., въ Клинической Институтѣ съ жалобами на боли внизу живота и кровоотдѣленія, которыя начались съ 11 декабря, послѣ задержки мѣсячныхъ, и продолжаются до сихъ поръ, т. е. 5 недѣль.

*Анамнезъ:* Первое появленіе менструацій 18 лѣтъ, затѣмъ они приходили чрезъ 3—4 недѣли, по 6—8 дней; было 6 срочныхъ родовъ, послѣдніе изъ коихъ 6 лѣтъ тому назадъ.

Послѣ послѣднихъ родовъ перенесла тяжелое послѣродовое заболѣваніе, и хотя чрезъ 1 годъ опять была беременна, но эта послѣдняя беременность прервалась на 3 мѣсяцѣ. Послѣ того постоянно прихварывала, хотя регулы носила правильно. Послѣдніе менструаціи имѣла въ послѣднихъ числахъ октября, въ ноябрѣ же ихъ совсѣмъ не имѣла. Начиная съ 11 до 24 декабря были небольшія кровянистыя выдѣленія; 24, 25 декабря припадки сильныхъ болей, во время которыхъ, и послѣ, кровотеченіе усилилось, были сгустки. Вслѣдствіе этого больная, сильно ослабѣвши, должна была слечь въ постель и обратиться къ врачу. Беременной себя не считала, выходженія мясистыхъ кусковъ или пленокъ не наблюдала. Въ настоящее время повышенная <sup>т</sup>°, почти постоянныя боли внизу живота и выдѣленіе крови, хотя и небольшое.

*Объективное изслѣдованіе.* Наружный осмотръ не даетъ никакихъ ясныхъ результатовъ, рѣзкой пигментации по бѣлой линіи и около сосковыхъ кружковъ не замѣчалось; синевы наружныхъ половыхъ органовъ также не было. При ощупываніи живота опредѣляется надъ лономъ твердое тѣло, которое можно принять за матку, смѣщенную вверхъ и кпереди. При внутреннемъ изслѣдованіи, влагалище и шейка матки представляются нѣсколько разрыхленными. Матка увеличена противъ нормы, лежитъ впереди, у лоннаго соединенія и немного вправо. Лѣвый рогъ ея переходитъ въ опухоль, которая тѣсно сливается съ маткой. Опухоль, занимаетъ весь лѣвый сводъ и дугласъ; не переходитъ на кости таза, границъ ея отчетливо опредѣлить однако же нельзя, имѣетъ тѣстоватую консистенцію; слѣва замѣтна рѣзкая пульсація. Правый яичникъ опредѣляется отдѣльно.

Было сдѣлано пробное выскабливаніе слизистой оболочки матки; при микроскопическомъ изслѣдованіи опредѣлена децидуальная ткань; ворсинъ найдено не было; полость матки пуста.

Изъ вышеизложеннаго ясно, что имѣется дѣло съ опухолью лѣвой Фаллопиевой трубы, которая расширена вслѣдствіе нахождения въ ней яйца и вѣроятно кровоизліянія, и діагнозъ прекратившейся лѣвосторонней трубной беременности представляется наиболѣе отвѣчающимъ всѣмъ даннымъ анамнеза и объективнаго изслѣдованія.

Ввиду того, что кровотеченіе и боли продолжаютъ уже 5 недѣль, вслѣдствіе чего больная представляется истощенной, было рѣшено не продолжать далѣе выжидательнаго лѣченія, бесполезность котораго была испытана пользовавшимъ ее врачомъ, а подвергнуть больную



радикальному лѣченію, тѣмъ болѣе, что т<sup>0</sup> была все время повышенной до 38,0°.

При чревосѣченіи (21/1) обнаружилось, что матка смѣщена вперед и вверх опухолью, которая образуется расширенной лѣвой трубой и развилась большею своею частью интралигаментарно. Переходъ трубы въ расширенную ея часть или опухоль начинается почти тотчасъ послѣ ея отхожденія отъ матки. Многочисленные сращения съ салъникомъ, кишками, особенно толстыми, а также стѣнками дугласа были нарушены тупымъ способомъ. При отдѣленіи отъ кишекъ въ двухъ мѣстахъ была поранена ихъ серозная оболочка, на которую и были наложены швы.

По вылущеніи опухоли изъ ложа и наложеніи лигатуръ, весь мѣшокъ былъ удаленъ. Пѣвая труба утолщена, правый яичникъ кистовидно перерожденъ, почему и эти придатки также удалены, при чемъ они также были сращены съ толстой кишкой. Ввиду многочисленныхъ пораненій, все околomatочное пространство было затампонировано марлевымъ асептичнымъ бинтомъ, конецъ котораго предварительно былъ выведенъ чрезъ задній сводъ во влагалище. Въ послѣоперационномъ теченіи нужно отмѣтить слѣдующее: т<sup>0</sup> послѣ операціи понизилась и оставалась ниже, чѣмъ была до чревосѣченія 5 сутокъ, послѣ чего поднялась до 38,3° и почти такую же оставалась 4 дня, по вечерамъ, съ незначительнымъ пониженіемъ по утрамъ. Затѣмъ т<sup>0</sup> начала рѣзко понижаться по утрамъ и вскорѣ стала колебаться около 37,0°. Въ дальнѣйшемъ теченіи т<sup>0</sup> опять одно время повысилась, что можно поставить въ связь съ абсцессомъ въ подмышечной впадинѣ. Марлевый дренажъ выводилъ изъ полости обильное количество жидкости, вслѣдствіе чего наружные влагалищные тампоны были смѣнены нѣсколько разъ, окончательно же былъ удаленъ чрезъ 5 сутокъ, и замѣненъ дренажной трубой, чрезъ которую ежедневно производилось промываніе сначала борной кислотой, а затѣмъ, ввиду обильныхъ гнойныхъ выдѣленій, растворомъ сулемы 1:12000. Швы сняты частью на 6 день, частью позже; на всемъ протяженіи—*prima intentio*. Выдѣленія изъ матки и боли постепенно прекратились. На 33 сутки послѣ операціи больная была выписана при отличномъ самочувствіи и безъ всякихъ осложненій.

### 13) *Graviditas tubar. sinistra. Чревосѣченіе. Выздоровленіе.*

Мѣщанка Дарья И—ва, 42 лѣтъ, обратилась въ Клинической Институтъ по поводу кровотеченія, куда и принята 17/III 95 г. Изъ анамнеза видно, что менструаціи начала носить съ 18 лѣтъ, по 3—7 дней, чрезъ 3—4 недѣли. Вышла замужъ 21 года и имѣла 10 срочныхъ родовъ и 3 выкидыша. Первый разъ родила на 22 году, послѣдній—1 годъ 2 мѣсяца тому назадъ. Повидимому послѣродовымъ заболѣваніемъ не страдала, но послѣ послѣднихъ родовъ, не смотря на то, что кормила ребенка, ежемѣсячно имѣла мѣсячныя крови въ очень обильномъ количествѣ, чего ранѣе не было. Послѣднія правильныя мѣсячныя были въ концѣ декабря 1894 года; послѣ 3-хъ-недѣльнаго промежутка появилось кровотѣченіе, продолжающееся до сихъ поръ, т. е. болѣе 7 недѣль. Вначалѣ кровотеченіе было необильно, а затѣмъ болѣе и болѣе усиливалось, что въ значительной степени ослабило больную. Первое время при кровотеченіи имѣлись боли въ животѣ, въ настоящее время ихъ нѣтъ.

*Исследование.* Больная малокровна, истощена, шумъ малокровія. Матка немного увеличена, полость ея =  $8\frac{1}{2}$  стп.; слѣва и сзади отъ матки опредѣляется опухоль съ неясными контурами, но не переходящая на кости таза, сама же матка отгѣснена впередъ и вправо. Опухоль мягкой консистенціи, на нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается рѣзкая пульсація. Отношенія ея къ маткѣ въ точности опредѣлить нельзя, но повидимому имѣеть связь съ правымъ рогомъ ея. Придатковъ опредѣлить нельзя. Пробное выскабливаніе слизистой оболочки матки, при микроскопическомъ изслѣдованіи, дало децидуальную ткань, при чемъ клѣтки большею частью наблюдались въ регрессивномъ періодѣ развитія, съ большимъ ядромъ и небольшимъ количествомъ протоплазмы.

Ввиду того, что кровотеченіе болѣе и болѣе усиливается, не смотря на паллиативное лѣченіе, и довело больную до значительной степени малокровія, ей было сдѣлано чревосѣченіе (20/III 95 г.). По вскрытіи брюшной полости найдены сгустки крови около лѣвой трубы, которая была расширена. Опухоль была спаяна съ сальникомъ, стѣнками дугласова пространства и окружающими частями плоскостными сращениями, которыя легко были нарушены, и, ввиду стебельчатого развитія, она легко была выведена. По наложеніи лигатуръ труба была удалена вмѣстѣ съ яичникомъ. Правыя придатки сохранены. Послеоперационное теченіе было настолько гладкое, что больная чрезъ 15 дней послѣ чревосѣченія была выписана, по собственному желанію.

Въ дополненіе къ вышеизложеннымъ исторіямъ болѣзни мы присоединяемъ краткое описаніе и тѣхъ случаевъ, въ которыхъ оказалось возможнымъ не прибѣгать къ радикальному лѣченію. Всѣ симптомы, о которыхъ мы говорили, разбирая вышеописанные случаи, имѣють мѣсто и въ данныхъ съ тѣмъ однакожъ отличіемъ, что они выражены значительно менѣе рѣзко. Такъ кровотеченіе во всѣхъ случаяхъ было небольшое и притомъ сравнительно короткое время. Въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ оно появлялось обильнымъ или сгустками, вскорѣ переходило также въ очень незначительное. Симптомовъ внутренняго кровотеченія не наблюдалось.

Тоже самое замѣчалось и въ отношеніи болей: ихъ или совсѣмъ не было, или онѣ были незначительны, или, если и появлялись сначала ввидѣ рѣзкихъ и схваткообразныхъ, то вскорѣ проходили. Особенно замѣтна разница между вышеизложенными случаями и теперь описываемыми въ теченіи болѣзни, такъ что тѣхъ жизнеопасныхъ явленій, которыя служили показаніемъ къ чревосѣченію въ первыхъ не было на лицо во вторыхъ. Соответственно этому и общее состояніе у этихъ больныхъ не было настолько подорвано, какъ у первыхъ. Рассасываніе опухоли во время пребыванія больныхъ въ кли-

никѣ наблюдалось изъ 9 случаевъ въ 6-ти, въ нѣкоторыхъ изъ нихъ въ теченіи первыхъ четырехъ недѣль, въ нѣкоторыхъ же—позднѣе. Иногда замѣчалось, что опухоль, оставаясь значительное время *statu quo*, затѣмъ быстро получала наклонность къ уменьшенію. У тѣхъ же больныхъ, у которыхъ уменьшеніе не находилось, сопровождающіе заболѣваніе симптомы въ концѣ пребыванія въ клиникѣ или совсѣмъ исчезали, или же были настолько незначительны, что дальнѣйшее пребываніе больныхъ въ клиникѣ не признавалось необходимымъ.

Температура во всѣхъ случаяхъ, какъ до поступленія въ клинику, такъ и во время пребыванія въ ней, оставалась нормальной.

Не смотря на благоприятное теченіе болѣзни, однакоже нѣкоторыя больныя, продолжая лѣченіе, долгое время не могли оправиться; въ иныхъ случаяхъ больныя принуждены были потратить болѣе года на лѣченіе, тѣмъ не менѣе ихъ состояніе нельзя считать вполне удовлетворительнымъ.

По прошествіи остраго періода все дальнѣйшее теченіе сводилось главнымъ образомъ на явленія, какія обыкновенно наблюдаются при болѣе или менѣе значительныхъ пери-параметрикахъ, имѣющихъ длительное теченіе и трудно поддающихся рассасыванію. Въ концѣ же концовъ все таки остаются пери-параметрическія *residua*, присутствіе которыхъ обнаруживается болями и т. п.

Изъ всего этого видно, что радикальное лѣченіе имѣетъ преимущество предъ консервативнымъ даже въ случаяхъ сравнительно легкихъ.

Что касается лѣченія, въ нижеописанныхъ случаяхъ, то оно примѣнялось сообразно съ теченіемъ болѣзни. Въ первомъ періодѣ, остромъ—имѣло характеръ противувоспалительный: покой, холодъ на животъ, средства, уменьшающія притокъ крови (*Hydrastis*, *Prunifol. Viburn.*), *narcotica*, умѣренно послабляющія и пр.; во второмъ—главнымъ образомъ средства, повышающія общее питаніе организма и кровообращеніе: мышьякъ, желѣзо, соленныя ванны, при усиленной діетѣ и т. п.

Къ сожалѣнію разнообразныя условія были причиной того, что въ данныхъ случаяхъ точное клиническое наблюденіе не имѣло мѣста во все продолженіе теченія болѣзни отъ начала

до полного поправленія, такъ что нѣтъ данныхъ, чтобы составить понятіе, въ какой срокъ можетъ наступить совершенное выздоровленіе, при этомъ приходится ограничиваться общими соображеніями по сравненію съ другими, сходными по теченію, заболѣваніями женской половой сферы.

1) *Graviditas tub. dextra.*

Больная Надежда Е. А.—на, 32 лѣтъ, была принята (4 і 93 г.) въ Клинической Институтъ, куда она обратилась по поводу кровоотдѣленія, продолжавшагося около двухъ мѣсяцевъ и появившагося одновременно съ болями въ животѣ послѣ задержки мѣсячныхъ кровей на 9 дней. Въ анамнезѣ находимъ, что больная получила мѣсячныя на 14 году и типъ ихъ установился сразу правильный; вышла за мужъ 17 лѣтъ, первые и вторые роды кончились благополучно, послѣ третьихъ, перенесла послѣродовое заболѣваніе, съ которымъ есть основаніе поставить въ связь то обстоятельство, что двѣ послѣдующія беременности имѣли неблагоприятное теченіе, а именно четвертая беременность прервалась на третьемъ мѣсяцѣ, при чемъ больная пролежала въ постели двѣ недѣли, вслѣдствіе кровотеченія; пятая беременность окончилась преждевременными родами. Въ послѣднее время чувствовала себя относительно здоровой; мѣсячныя приходили правильно до ноября мѣсяца 93 года. Въ этотъ срокъ ожидаемыя мѣсячныя не пришли, а черезъ 9 дней появились боли въ животѣ и вмѣстѣ съ этимъ крови. Въ концѣ ноября боли рѣзко усилились, приняли характеръ схватокъ, при чемъ вышло вѣскольکو кровяныхъ сгустковъ и бѣлесоватыхъ пленокъ; больная должна была пробыть въ постели двѣ недѣли. Боли и кровоотдѣленіе въ настоящее время незначительны.

При изслѣдованіи найдено: матка нормальной величины (7 см.); сзади и справа отъ нея находится опухоль, величиной въ среднее яблоко, неподвижная, чувствительная и мягковатой консистенціи; опухоль повидимому находится въ связи съ правымъ рогомъ матки. Кроме того спереди матки опредѣляются два тѣла овальной формы, незначительно подвижныя и мало чувствительныя: правое съ грецкій орѣхъ, лѣвое вѣскольکو меньше, между ними прощупывается какъ бы тяжъ, соединяющій ихъ.

*Микроскопическое изслѣдованіе* слизистой оболочки матки, при пробномъ выскабливаніи, дало децидуальную ткань, безъ ворсинъ; послѣднее говоритъ противъ существованія внутриматочной беременности. Такимъ образомъ діагнозъ вѣматочной беременности, именно правой трубы, въ регрессивномъ періодѣ, наиболѣе всего отвѣчаетъ вышеизложеннымъ даннымъ.

Во время пребыванія больной въ клиникѣ, кровоотдѣленіе и боли постепенно стихли; опухоль, принятая за плодовместилище, хотя и не разсасывалась, но и не увеличилась, оставаясь все время не больше крымскаго яблока. Въ виду сказаннаго, больная выписалась изъ Института по своему желанію на 11 день, съ тѣмъ чтобы продолжать лѣченіе на дому.

2) *Graviditas tub. sin.*

Дворянка Ф. Т—вская, 28 лѣтъ, поступила въ Клинической Институтъ уже съ установленнымъ въ одной изъ городскихъ больницъ діагнозомъ трубной беременности. Анамнезъ: первое появленіе регулъ 17 лѣтъ, чрезъ 4 нед., по 4—5 д.; замужество 19 лѣтъ; имѣла 3 срочныхъ родовъ. Послѣ 3-хъ родовъ, которые были 5 лѣтъ тому назадъ и при которыхъ потребовалось ручное отдѣленіе приращеннаго дѣтскаго мѣста, больная перенесла тяжелое послѣродовое заболѣваніе, продолжавшееся около трехъ мѣсяцевъ. Пять лѣтъ больная страдала послѣдствіемъ этого заболѣванія и только къ концу этого времени стала немного поправляться; боли не были такъ часты и сильны, регулы стали нормальны и приходили правильно. Ожидаемая же 15/x 93 г. мѣсячныя крови не пришли, запоздавъ на 12 дней; при чемъ за 4 дня до ихъ появленія больная внезапно почувствовала внизу живота столь сильныя боли, что упала въ обморочномъ состояніи и должна была слезъ въ постель; появились тошнота и рвота. Чрезъ 4 дня затѣмъ началось кровоотдѣленіе сначала блѣднаго цвѣта, а потомъ сгустками, и продолжалось всего только 4 дня. Больная однакожъ должна была оставаться въ постели, вслѣдствіе болѣе внизу живота и поясницѣ, а также и повышенія т°. Слѣдующія крови пришли въ срокъ, безъ болѣе и продолжались 4 дня.

Во время поступленія въ Клинической Институтъ крови нѣтъ, боли внизу живота незначительны.

При изслѣдованіи найдено: околососковыя кружки и бѣлая линія живота рѣзко пигментированы; наружныя половыя органы имѣютъ синеву, влагалище и влагалищная часть мягче нормальныхъ. Матка отклонена впередъ и немного вправо, увеличена. Въ заднемъ и отчасти лѣвомъ сводахъ прощупывается опухоль, немного эластической консистенціи, не распространяющаяся на кости и имѣющая неровныя контуры; сегментъ этой опухоли прощупывается и въ правомъ сводѣ. Пробный проколъ далъ кровянистую темную жидкость (въ больницѣ); пробное выскабливаніе (въ Клиническомъ Институтѣ) при микроскопическомъ изслѣдованіи дало децидуальную ткань, ворсинъ не найдено.

Послѣ мѣсячнаго пребыванія больной въ Клиническомъ Институтѣ было констатировано уменьшеніе опухоли во всѣхъ направленіяхъ при хорошемъ самочувствіи, и больная была выписана. При дальнѣйшемъ наблюденіи (лѣчилась у меня амбулаторно) обнаружилось медленное рассасываніе при постепенно улучшающемся общемъ состояніи. Однако для достиженія такого самочувствія, которое считалось больной удовлетворительнымъ, потребовалось лѣченіе въ продолженіи болѣе года, при чемъ всетаки оставались по временамъ дававшія себя знать боли. Что же касается мѣстныхъ явленій, то они соотвѣтствуютъ общему теченію пери-параметритовъ значительныхъ размѣровъ и медленно рассасывающихся со всѣми ихъ послѣдствіями.

3) *Graviditas tubar. sinistra.*

Больная Альма Г., 24 лѣтъ, была направлена (14/xii 93 г.) въ Клинической Институтъ лѣчившимъ ее врачомъ съ діагнозомъ внѣматочной беременности. Въ анамнезѣ находимъ, что мѣсячныя крови начала

носить съ 12 лѣтъ, вышла замужъ 17 и родила 3 раза въ срокъ. Въ послѣдніе годы регулы приходили неправильно чрезъ 3, 4 и 5 недѣль, продолжаясь 3—4 дня, иногда съ болями и сгустками, что указываетъ на имѣвшееся заболѣваніе половой сферы. Въ срединѣ августа 93 года были послѣднія мѣсячныя, въ сентябрѣ совсѣмъ ихъ не было, а въ началѣ октября появилось необильное кровотеченіе, которое однакожь продолжалось 6 недѣль, вслѣдствіе чего больной было сдѣлано выскабливаніе, при чемъ признаковъ предположеннаго внутриматочнаго аборта макроскопически не обнаружено, равнымъ образомъ и другихъ причинъ кровотечения не найдено.

Микроскопическаго изслѣдованія соскоба сдѣлано не было. Кровотеченіе вскорѣ прекратилось и больная чувствовала себя удовлетворительно, поступила же въ Клиническій Институтъ ради опухоли въ лѣвомъ сводѣ, которая, при отсутствіи внутриматочной беременности, была принята врачомъ за беременную трубу и была слѣдовательно, причиной неожиданно появившагося продолжительнаго кровотечения.

При *осмотрѣ* больной оказалось: отдѣленіе молозива изъ груди, пигментация около сосковыхъ кружковъ и бѣлой линіи живота; синева наружныхъ половыхъ частей; матка увеличена, сочна, оттѣснена въ правую сторону. Лѣвая труба переходитъ въ опухоль кругловатой формы, полумяжкой консистенціи, наполненную какъ-бы густымъ содержимымъ, малоподвижную и малоболѣзненную, не переходящую на кости таза. Въ другихъ мѣстахъ опредѣляются остатки воспалительныхъ процессовъ.

Больная около мѣсяца провела въ клиникѣ. Опухоль *in statu quo*, кровотечения нѣтъ; боли ничтожны; сонъ, аппетитъ и вообще самочувствіе удовлетворительны.

Въ виду такого благоприятнаго состоянія, не смотря на отсутствіе рассасыванія опухоли, больная, по своему желанію, была выписана съ соответствующимъ наставленіемъ для дальнѣйшаго лѣченія.

Затѣмъ больная лѣчилась амбулаторно, при чемъ было наблюдаемо медленное рассасываніе и вообще поправленіе отъ заболѣванія.

#### 4) *Graviditas tub. dextr.*

Крестьянка Уст. Ос. Щ.—ва, 29 лѣтъ, 15/хл 93 г., была принята въ Клиническій Институтъ, куда она обратилась по причинѣ кровотечения, продолжавшагося двѣ недѣли. Первыя мѣсячныя получила 18 лѣтъ, а затѣмъ носила ихъ по 4 дня, чрезъ 4 недѣли. Было 4 срочныхъ родовъ, изъ коихъ послѣ вторыхъ перенесла послѣродовое заболѣваніе, послѣ третьихъ, отдѣленія были съ запахомъ, послѣ четвертыхъ кровянистыя выдѣленія продолжались 4 недѣли. Результатомъ такого не совсѣмъ благополучнаго теченія послѣродоваго періода, были постоянныя бѣли, по временамъ значительныя боли внизу живота и и поясницѣ. Мѣсячныя, послѣ окончанія кормленія послѣдняго ребенка, приходили правильно, по 4 дня, чрезъ 4 недѣли. Послѣднія были съ 22 по 25 октября 93 г.; въ ноябрѣ ихъ совсѣмъ не имѣла; признаковъ беременности не наблюдала. Съ 1 декабря, хотя и появилось кровоотдѣленіе, какъ при мѣсячныхъ, но продолжается уже двѣ недѣли. Около 7 дней тому назадъ вышло что то въ родѣ пленки.

При *исследованіи* найдено: около сосковые кружки представляют усиленную пигментацию, наружные половые органы имѣют синеву; матка увеличена, мягче нормы и смѣщена въ лѣвую сторону. Справа находится небольшая опухоль кругловатой формы, твердоватой консистенціи, малоподвижная и болѣзненная, непереходящая на кости таза. Опухоль имѣетъ связь съ правымъ рогомъ матки, такъ что ее можно принять за расширенную трубу. Больная пролежала въ клиникѣ мѣсяць. Въ это время было наблюдаемо сначала незначительное выдѣленіе крови и при томъ съ свободными промежутками, а затѣмъ почти совсѣмъ прекратившееся; болѣе не было; сонъ, аппетитъ, стулъ и общее самочувствіе удовлетворительны. Опухоль же въ концѣ концовъ представляется *in statu quo*. Въ виду того, что прогрессированія не благоприятныхъ симптомовъ не было, а наоборотъ замѣчалось какъ бы улучшение вмѣстѣ съ улучшеніемъ самочувствія, больная выписалась изъ Института.

#### 5) *Graviditas tubar. dextr.*

Мѣщанка Евдокія И—ва, 33 лѣтъ, была принята (18/xii 93 г.) въ Клиническій Институтъ, съ жалобами на кровотеченія, боли внизу живота и общую слабость. *Menstrua* начала носить съ 16 лѣтъ, приходили чрезъ 3—4 недѣли, по 5 дней; имѣла трое срочныхъ родовъ; послѣднія 10 лѣтъ не была беременной отъ неизвѣстной причины, такъ какъ за это время тяжелыхъ заболѣваній не было и регулы приходили во время. Около 7 недѣль тому назадъ, почти во время имѣющихъ быть регулъ, появилось кровотеченіе, которое сначала было сгустками, при чемъ выдѣленія мясистыхъ кусковъ или плѣнокъ не наблюдалось. Вмѣстѣ съ кровотеченіемъ появились схваткообразныя боли внизу живота. Беременной себя не считала. При осмотрѣ найдено: больная истощена, малокровна; наружные половые органы имѣютъ цианотичную окраску; матка увеличена и сочна; лежитъ нѣсколько впереди и влѣво; справа отъ нея и изади прощупывается опухоль съ куриное яйцо, съ ясно опредѣляемой связью ея съ правымъ рогомъ матки, къ которой однакожь не прилежитъ тѣсно; опухоль не переходитъ на кости таза, малоподвижна, незначительно болѣзненна и мягкой консистенціи.

Больная пролежала въ клиникѣ болѣе мѣсяца и выписана при явленіяхъ улучшенія. Кровоотдѣленіе весьма незначительное и непостоянное; боли почти отсутствуютъ; общее состояніе и самочувствіе значительно улучшились. Опухоль уменьшается, что стало замѣчаться, однакожь только въ послѣднее время.

#### 6) *Graviditas tub. sin.*

Крестьянка Федосья И. Фу—ва, 34 л., принята (10/i 94 г.) въ Клиническій Институтъ, съ жалобами на боли внизу живота и кровотеченіе. Больная получила регулы на 17 году, носила ихъ чрезъ 3—4 недѣли, по 7 дней; вышла замужъ 18 лѣтъ; имѣла 3 срочныхъ родовъ. Послѣ послѣднихъ родовъ, которые были 8 лѣтъ назадъ, чувствуетъ себя нездоровой; мѣсячныя крови приходили, хотя и правильно, но съ болями.

Въ декабрь 93 г. регулы опоздали на недѣлю; 25 того-же мѣсяца вдругъ появились сильныя боли внизу живота, продолжавшіяся два дня, затѣмъ онѣ уменьшились, но держать больную до сихъ поръ въ постели. Выѣтъ съ болями появилось кровоотдѣленіе въ умѣренномъ количествѣ, которое продолжается до настоящаго времени.

При *осмотрѣ* обнаружено: грудныя железы нагубли; наружныя половыя органы имѣютъ синеву; обѣ бартолиновыя железы увеличены; шейка достигається легко, тѣло матки увеличено, смѣщено впередъ и вправо, безболѣзненно, нормальной консистенціи. Правый яичникъ увеличенъ и неподвиженъ. Сзади матки и отчасти слѣва опредѣляется сферическое, мягкое, безболѣзненное тѣло съ ясными контурами.

Впродолженіе пребыванія больной въ клиникѣ кровоотдѣленіе и боли были незначительны. Сама же опухоль замѣтно стала уменьшаться. Ввиду того, что болѣзненные симптомы не прогрессировали и главнымъ образомъ ввиду рассасыванія опухоли, было признано, что консервативное лѣченіе могло имѣть мѣсто и что больная въ состояніи была продолжать лѣченіе амбулаторно, почему и выписалась изъ Института.

#### 7) *Graviditas tub. sin.*

Мѣщанка Анна И. Е—ва, 21 г., принята (17/І 94 г.) въ Клинической Институтъ съ кровотеченіемъ и болями внизу живота съ лѣвой стороны.

*Анамнестическія* данныя слѣдующія: мѣсячныя крови получила 14 лѣтъ, типъ ихъ установился чрезъ 4 недѣли, по 7 дней, обильны; вышла замужъ 18 лѣтъ; чрезъ годъ имѣла срочныя роды, послѣ которыхъ перенесла заболѣваніе, сопровождавшееся лихорадкой.

Состояніе здоровья съ этого времени ухудшилось: чувствовала боли съ лѣвой стороны внизу живота и въ лѣвой ногѣ, крови стали приходить раньше, чѣмъ прежде, именно чрезъ 3 недѣли, первые 4 дни сгустками; во время кормленія, мѣсячныя носила. Ожидаемая въ декабрь 93 г. мѣсячныя, запоздали на 13 дней, послѣ чего появилось кровоотдѣленіе съ болями, непрерывно продолжающееся до сихъ поръ, хотя и въ небольшомъ количествѣ.

*Результаты объективнаго изслѣдованія:* изъ сосковъ выдавливаются жидкость, наружныя половыя части планотичны. Шейка матки разрыхлена, края зѣва выворочены; тѣло отклонено вправо и къзади, имѣетъ ограниченную подвижность. Съ лѣвѣй стороны отъ матки, находится овальное образование, величиной съ гусиное яйцо, спаянное съ лѣвымъ бокомъ матки; оно мало подвижно, болѣзненно, мягкой консистенціи.

Больная провела въ клиникѣ около мѣсяца. Температура все время держалась нормальной, точно также какъ и до поступленія. Кровоотдѣленіе, которое и ранѣе было въ незначительномъ количествѣ еще болѣе уменьшилось. Боли—ничтожны. Опухоль стала уменьшаться, особенно въ послѣднее время, при чемъ подвижность ея увеличилась. Сонъ, аппетитъ, стулъ и общее состояніе значительно улучшились.

#### 8) *Graviditas tub. dextr.*

Крестьянка Марфа И—ва, 25 лѣтъ, поступила (13/ІІІ 95 г.) въ Клинической Институтъ съ явленіями кровотеченія и болей внизу живота слѣва.



*Анамнезъ:* съ 17 л., стала носить менструаціи, чрезъ 4 недѣли, по 6 дней; имѣла 2 срочныхъ родовъ, послѣ которыхъ повидимому поправлялась хорошо. Два мѣсяца предъ Рождествомъ не имѣла регулъ; за тѣмъ они пришли въ обильномъ количествѣ и продолжались 8 дней. Послѣ 3 недѣльнаго отсутствія опять появились крови сначала съ промежутками, а потомъ уже мѣсяца 1½ почти постоянно вмѣстѣ съ кшлющими болями внизу живота.

*При изслѣдованіи* найдено: наружныя половыя органы имѣютъ рѣзкую синеву; влагалище и шейка матки сочны и рыхлы; матка смѣщена въ лѣвую сторону; справа онъ нея и въ связи съ правымъ ея рогомъ опредѣляется опухоль, занимающая весь правый сводъ. Опухоль мягкой консистенціи, безболѣзненна, имѣетъ рѣзкую пульсацію. Слѣва прощупывается яичникъ. Темпѣратура не была повышена.

Во время пребыванія больной въ клиникѣ вскорѣ было наблюдаемо прогрессивное уменьшеніе опухоли. Кровотдѣленія и боли прекратились. Больная выписана при хорошемъ самочувствіи и улучшившемся общемъ состояніи.

#### 9) *Graviditas tub. sin.*

Крестьянка Ольга Су—на, 31 года, была принята въ Клиническій Институтъ (18/IV 95 г.) съ кровотеченіемъ, которое появилось у нея послѣ задержки регулъ на 2 недѣли и продолжается около 6 недѣль.

*Анамнезъ.* Мѣсячныя получила 17 лѣтъ, типъ ихъ: чрезъ 3 недѣли, по 3 дня; замужество 18 лѣтъ. Было 4 срочныхъ родовъ и нѣсколько выкидышей; послѣдніе роды 4 года тому назадъ. Послѣ послѣднихъ родовъ состояніе здоровья ухудшилось. Чрезъ 6 недѣль послѣ нихъ появилась острая боль во всемъ животѣ съ лихорадкой, продержавшія больную въ постели около мѣсяца. Затѣмъ больная стала понемногу поправляться. 1½ года тому назадъ опять заболѣла, появились сильныя схваткообразныя боли внизу живота, по временамъ сопровождавшіяся необильнымъ кровотдѣленіемъ. Боли эти появлялись періодически, съ недѣльными промежутками, и продолжались мѣсяца три. Предъ этимъ задержки въ мѣсячныхъ кровяхъ не было. Пленокъ и кусковъ не вышло. Такъ какъ при этомъ заболѣваніи врачебнаго наблюденія не было, то и характеръ заболѣванія остался невыясненнымъ. Засимъ больная постепенно, впродолженія значительнаго времени, поправилась: регулы стали приходиться правильно, болѣе не чувствовала. Послѣднія нормальныя крови были въ срокъ 11 недѣль тому назадъ, въ двадцатыхъ числахъ января 95 г.; въ февралѣ ихъ совсѣмъ не было; въ началѣ марта (послѣ послѣднихъ регулъ чрезъ 5 недѣль, слѣдовательно, съ задержкой на 2 недѣли) появилось кровотеченіе, продолжающееся до сихъ поръ, т. е. около 6 недѣль; въ первое время довольно обильное, а послѣднее—небольшими пятнами. Боли сильныя, ноющія, появились два раза; на 3-й день послѣ начала кровотеченія и 2 апрѣля; послѣдній разъ боли продержали больную въ постели цѣлую недѣлю. Беременной себя не считала и отхожденія кусковъ и пленокъ не замѣчала.

*Объективное изслѣдованіе:* рѣзкой синевы наружныхъ половыхъ органовъ не наблюдалось, также характерной пигментаціи и выдѣленія

молозива не было; матка увеличена, рыхлой консистенции, лежит вправо. Слева опухоль в тѣсной связи съ маткой круглой формы, мягкая, почти безболѣзненная, неподвижная и непереходящая на кости таза; величина ея приблизительно съ дѣтскую головку. Микроскопическое изслѣдованіе соскоба показало децидуальную ткань въ регрессивномъ развитіи; ворсинъ не было. По исключеніи всѣхъ другихъ заболѣваній, могущихъ имѣть мѣсто въ данномъ случаѣ, діагнозъ внѣматочной беременности, на основаніи данныхъ какъ анамнеза, такъ и объективнаго изслѣдованія, является несомнѣннымъ.

Въ клиникѣ подъ вліяніемъ главнымъ образомъ покоя, кровоотдѣленіе почти совсѣмъ прекратилось; опухоль замѣтно уменьшилась, самочувствіе хорошее и больная чувствовала себя настолько поправившейся, что въ непродолжительномъ времени желала выписаться изъ клиники. Что же касается заболѣванія, перенесеннаго больной ранѣе, то даже на основаніи указанныхъ немногочисленныхъ анамнестическихъ данныхъ, есть основаніе слѣлать предположеніе о сходствѣ его съ послѣднимъ заболѣваніемъ, тѣмъ болѣе, что случаи повторнаго заболѣванія внѣматочной беременностью были наблюдаемы. Между прочимъ это было точно констатировано и въ одномъ изъ выше описанныхъ нами случаевъ.

---

## II.

### Къ казуистикѣ родовъ сросшимися двойнями.

#### Э. Собѣстіанскаго.

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

13 апрѣля 1895 года, въ 5 часовъ утра, поступила въ клинику крестьянка, 23 лѣтъ, съ родовыми болями. При разспросѣ оказалось, что роды начались въ 2 часа ночи 13 апрѣля, что она беременна въ 4-й разъ; предшествующіе роды были вполне нормальны; послѣднія регулы имѣла въ концѣ іюля. Произведенное изслѣдованіе дало слѣдующее: Тазъ почти нормальный: *dis. sp.* 24,5, *dis. cr.* 27, *intertr.* 31, *conj. ext.* 19. Матка яйцевидной формы. Сердцебіеніе плода выслушивается справа внизу пупка, 132 удара въ минуту. Полное открытіе зѣва. Пузырь цѣль. Предлежитъ головка. Стрѣловидный шовъ въ правомъ косомъ размѣрѣ таза; малый родничекъ прощупывается вправо кзади. Установилась вторая позиція, задній видъ. Едва успѣли роженицѣ сдѣлать ванну, какъ прошли воды. Головка, до сихъ поръ стоявшая во входѣ таза, стала мало по малу опускаться въ полость. Въ 8 час. 40 м., т. е. чрезъ 3 часа съ лишнимъ послѣ разрыва пузыря, головка стала напирать на промежность, что продолжалось болѣе получаса, и наконецъ въ 9 час. 15 мин. головка прорѣзалась. Родившаяся головка, сдѣлавъ небольшое движеніе сначала влѣво, а затѣмъ вправо, обратилась личикомъ къ симфизѣ. На этомъ моментѣ остановилось поступательное движеніе плода. Предполагая, что причиною остановки рожденія младенца служило ущемленіе плечиковъ во входѣ таза, было произведено нѣсколько безуспѣшныхъ потагиваній за родившуюся головку. Затѣмъ, положивъ роженицу на поперечную кровать, мы сдѣлали нѣсколько тракцій попеременно за оба плечика, подводя въ подкрыльцовую ямку крючкообразно согнутые 2 пальца. Но такъ какъ плодъ нисколько не поддавался впередъ, то была выведена съ большимъ трудомъ наружу лѣвая ручка, правая же была освобождена за нею гораздо легче; послѣ этого сдѣлалось возможнымъ по спинѣ плода войти рукою во влагалище и убѣдиться, что на задней части плода нѣтъ никакой опухоли, туловище плода сравнительно небольшое, и что со стороны канала таза никакихъ пре-

пятствій къ родоразрѣшенію не представляется. Пройдя той же рукой по направленію къ груди и животу плода нельзя было дойти до ножекъ, хотя состояніе матки вообщѣ дозволяло ввести руку въ ея полость. Со стороны живота младенца оцупывалось какъ бы удлинненное туловище. Исслѣдованіе это, исключающее чрезмѣрное увеличеніе живота вслѣдствіе различныхъ причинъ, а также врожденныя опухоли въ крестцовой области, большую пупочную грыжу и прочее, давало возможность скорѣе всего предположить одинъ изъ видовъ сросшихся двоенъ. Для окончанія родовъ являлся выборъ между операцией, направленной, къ уменьшенію объема плода, съ послѣдующимъ извлеченіемъ и однимъ извлеченіемъ, не производя никакой кровавой операціи на плодѣ. Ввиду небольшой величины плода, туловище котораго находилось въ тазовомъ каналѣ, мы рѣшились попытаться окончить роды извлеченіемъ, не прибѣгая къ эмбриотоміи, при чемъ были примѣнены слѣдующій способъ извлеченія. Захвативъ родившуюся головку уже умершаго плода въ правую руку, стали тянуть плодъ сильно вверхъ по направленію къ симфізѣ. Плодъ началъ постепенно поддаваться, показались сначала плечики, затѣмъ спинка до верхушекъ лопатокъ. Этотъ моментъ операціи былъ самый трудный и продолжался около 4 минутъ. Войдя въ это время правой рукой въ матку и захвативъ ягодицы, стали ихъ излекать, при чемъ другой рукой продолжали еще сильнѣе тянуть плодъ вверхъ къ симфізѣ. Послѣ удавшагося извлеченія ягодицъ родился плодъ, обращенный головкой къ лонному соединенію, а ножками внизъ. Въ зѣвѣ въ это время находилось мѣсто сращения плодовъ. Второй плодъ былъ добытъ безъ особыхъ затрудненій: сначала были захвачены и низведены ножки, затѣмъ извлечены туловище и головка. Такимъ образомъ, первый плодъ родился при предлежащей головкѣ, головка второго же плода вышла послѣ извлеченія туловища. Оба плода продѣлали вращательное движеніе по дугѣ болѣе четверти круга. Операція продолжалась около 7 мин. и была произведена безъ наркоза. Поврежденій въ родовомъ каналѣ и на наружныхъ частяхъ никакихъ не послѣдовало. Матка промыта сначала сулемой 1:6000, а затѣмъ 2% растворомъ карболки. Родильница не дала ни разу повышенія температуры и на восьмые сутки выписалась здоровой. Плоды, какъ и предполагалось, были сравнительно небольшой величины, дѣвочки; оба вѣсили 4000 grm. Размѣры раньше извлеченнаго плода слѣдующіе: наибольшая окружность головки—33 см., прямой размѣръ головки—10; поперечникъ большой—8; поперечникъ малый—6,5; большой косою—11; малый косою—9; поперечникъ плечъ—10; поперечникъ ягодицъ—6; разстояніе отъ верхушки головки до пупка—22,5; отъ пупка до пятокъ—22. Размѣры позже родившагося плода: наибольшая окружность головки—32,5 см.; прямой размѣръ—10,5; большой поперечникъ—8; малый—6; большой косою—11; малый косою—8,5; поперечникъ плечъ—9; поперечникъ ягодицъ—7; разстояніе верхушки головки до пупка—22,5; отъ пупка до пятокъ—22. Окружность мѣста сращенія плодовъ въ поперечномъ направленіи 36 см.; въ продольномъ—28 см.

Анатомическое исслѣдованіе близнецовъ было произведено д-ромъ *Висковичемъ*, въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ Императорскаго Харьковского Университета.

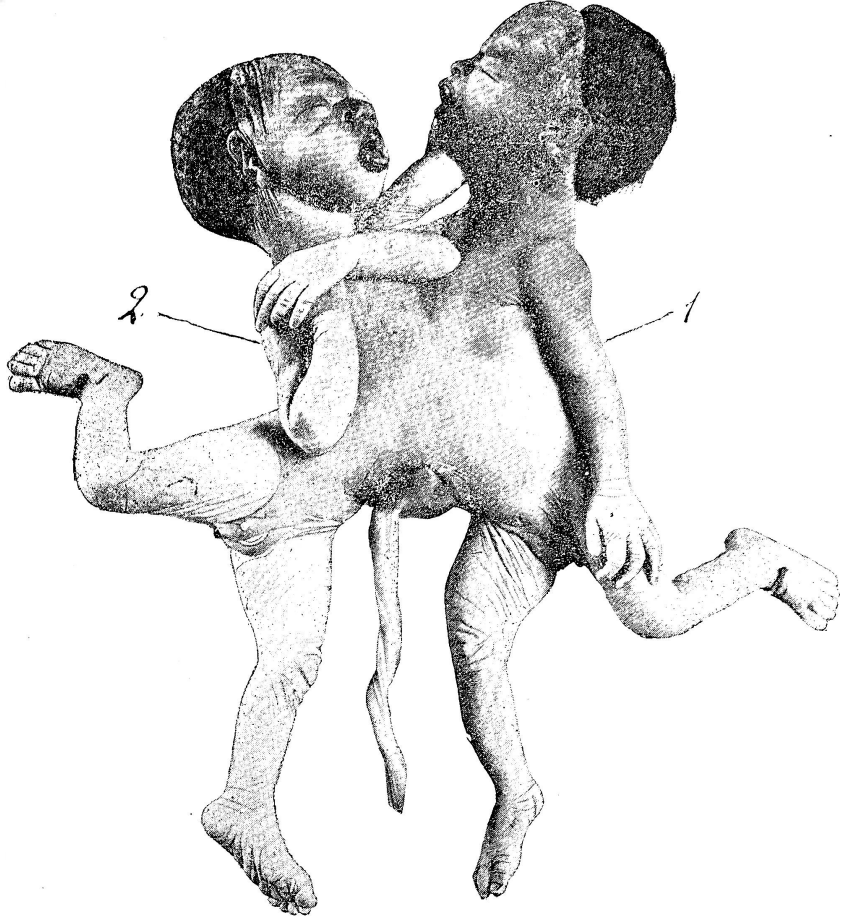
Послѣ разрѣза покрововъ по средней линіи между обоими плодами оказывается, что грудная кость имѣется общей, въ видѣ мостика, съ небольшою вогнутостью внизъ, шириною въ палецъ, а длиною въ 4 поперечныхъ пальца. Края верхнихъ реберъ соединены между собою хрящемъ, составляющимъ отростокъ грудной кости, а края нижнихъ фиброзною тканью. При вскрытіи грудной полости оказывается слѣдующее. Срединную часть грудной полости занимаетъ сердце, общее для обоихъ плодовъ, лежащее въ околосердечной сумкѣ; въ полости сумки, по вскрытіи ея по средней линіи, обнаружено небольшое количество серозно-красноватой жидкости. Сердце имѣетъ почкообразную форму съ нижнимъ закругленнымъ краемъ и верхнимъ слегка вогнутымъ. Размѣры сердца слѣдующіе: поперечный диаметръ—5,5 см.; продольный—3,2; толщина около 2 см. По верхнему вогнутому краю имѣются два ушка, обращенныя другъ къ другу. На передней поверхности замѣчаются отпечатки вѣнечныхъ сосудовъ, изъ которыхъ два главныхъ, идущіе до верхушки, расположены нѣсколько влѣво отъ срединной точки нижняго края. Этими сосудами передняя поверхность какъ-бы подраздѣляется на 3 части—среднюю треугольную, верхушкой обращенную книзу и основаніемъ кверху, равнымъ 3 см.; правую большую и лѣвую меньшую, неправильно вытянуто-заостренную. При отворачиваніи сердца кверху по задней его поверхности, вверху замѣчается болѣе тонкая перепочатая часть, соотвѣтствующая общему предсердію. На этомъ предсердіи съ обѣихъ сторонъ видны небольшія мѣшковидныя расширения, переходящія кѣлое въ соотвѣтствующую вѣна *сава inferior*. На нижней поверхности праваго расширения замѣчается хорошо развитое ушко, обращенное верхушкой снизу вверхъ и вправо; на лѣвой сторонѣ ушка нѣтъ. По вскрытіи предсердія поперечнымъ разрѣзомъ оказывается, что въ средней части его имѣется небольшая перемычка въ видѣ неполной перегородки, частью фиброзной, частью мышечной. Въ правой половинѣ предсердія отъ наружной стѣнки отходитъ тонкая перегородка, содержащая мышечныя волокна. Эта перегородка дѣлитъ правый мѣшокъ на два кармана передній и задній. Въ передній карманъ тотчасъ подъ отросткомъ ушка впадаетъ вѣна *сава superior*. Въ устьѣ ея замѣчается два тонкихъ полулунныхъ клапана. Въ верхній карманъ открываются легочныя вены. На лѣвой сторонѣ предсердія перегородки не замѣчается, а вѣна *сава superior* открывается въ верхній наружный уголъ предсердія. Легочныя вены открываются въ небольшое мѣшковидное расширение, расположенное въ нижней наружной части предсердія; это расширение представляется въ видѣ округлой полости величиною въ горошину, соединяющейся узкимъ отверстіемъ съ полостью предсердія. Послѣ вскрытія сердца по нижнему краю обнаруживается въ немъ, соотвѣтственно замѣченному по передней поверхности сердца отдѣламъ, три полости, соединяющіяся съ общимъ предсердіемъ тремя отверстіями; послѣднія снабжены клапанами. Изъ лѣвой полости отходитъ аорта лѣваго плода, отъ ея устья на разстояніи 2 см. отходятъ съ верхней части обѣ *art. carotides et subclaviae*, съ нижней же части отходитъ Боталовъ протокъ, который открывается въ одну изъ вѣтвей *art. pulmonalis*; онъ уже, но длиннѣе Боталова протока, находящагося на правой сторонѣ. Стволъ *art. pulmonalis* лѣваго

плода, подхоя къ сердцу, показываетъ въ этомъ мѣстѣ небольшое мѣшковидное расширеніе, повидимому, слѣпое, такъ какъ ни изъ желудка не удалось пройти въ *art. pulmonalis*, ни на внутренней поверхности вскрытаго корня ея не обнаружено никакихъ отверстій, за исключеніемъ двухъ крайне незначительныхъ точковидныхъ углубленій интимы. Изъ правой полости верхней части отходитъ *art. pulmonalis*, снабженная 3 хорошо развитыми клапанами; на разстояніи 2 см. соединяется болѣе широкимъ, но короткимъ, чѣмъ на лѣвой сторонѣ, Боталовымъ протокомъ съ аортой, которая у корня показываетъ небольшое мѣшковидное выпячиваніе внизъ. Крупные сосуды отходятъ отъ аорты правильно, также какъ и на лѣвой сторонѣ. Устье аорты сообщается со средней полостью. Такимъ образомъ въ сердцѣ обнаруживаются три полости, раздѣленные между собою мышечными стѣнками; изъ нихъ правую полость сердца нужно признать за правый желудочекъ праваго плода; среднюю полость за лѣвый желудочекъ того же плода; лѣвую же полость за лѣвый желудочекъ лѣваго плода, правый желудочекъ, котораго надо считать недоразвитымъ. Равнымъ образомъ и въ предсердіи поперечную перемычку нужно принять за недоразвитую перегородку между предсердіями обоихъ сердецъ, причемъ оба предсердія праваго плода достаточно развиты, лѣвое же предсердіе лѣваго плода слабо развито. Изъ обоихъ ушковъ, расположенныхъ по верхнему краю сердца, правое, повидимому, принадлежитъ лѣвому предсердію праваго плода, а лѣвое правому предсердію лѣваго плода. Въ верхней части *mediastini antici* поверхность сосудовъ съ обѣихъ сторонъ расположены хорошо развитыя *thymus*. Легкія развиты у обоихъ плодовъ правильно, если не считать нѣсколько неглубокихъ щелей обуславливающихъ сверхъ комплектную дольчатость. Грудобрюшная преграда одна, общая для обоихъ плодовъ; въ ней однако замѣчается пять сухожильныхъ центровъ. Среднюю часть общей полости живота занимаетъ печень, двойная, состоящая изъ двухъ отдѣльныхъ органовъ, слившихся вмѣстѣ своими задними краями въ одинъ органъ. Въ промежуткѣ между нижними поверхностями обѣихъ печеней, отвѣсно расположенныхъ въ брюшной полости, помѣщается почти весь кишечникъ. Желудка два; они расположены по обѣимъ сторонамъ печени, при чемъ желудокъ лѣваго плода помѣщается передъ кишечникомъ, а правый за кишечникомъ. Оба желудка переходятъ въ двѣнадцатиперстныя кишки, которыя направляются къ средней части промежутка между обѣими половинами печени и сливаются здѣсь въ одну общую кишку. Эта общая часть, длиною въ 117 см., соотвѣтствуетъ двумя брыжейками и потомъ раздѣляется на 2 части, переходящія въ отдѣльныя тонкія, а затѣмъ слѣпая и толстая кишки. На разстояніи 1 см. отъ мѣста бифуркаціи въ лѣвой части замѣчается небольшой дивертикулъ. Желчныхъ пузыря два; располагаются они на внутреннихъ, обращенныхъ другъ къ другу, обѣихъ половинахъ печени; отдѣльные желчные протоки соединяются въ одной, открывающійся въ мѣсто соединенія обѣихъ двѣнадцатиперстныхъ кишекъ. Двѣ хорошо развитыхъ поджелудочныхъ железъ, при чемъ лѣвая идетъ подъ желудкомъ, а правая надъ желудкомъ къ *hilus*у селезенки. Почки, хорошо развитыя, съ эмбриональной дольчатостью, по двѣ у cadaго плода. Матка съ при-

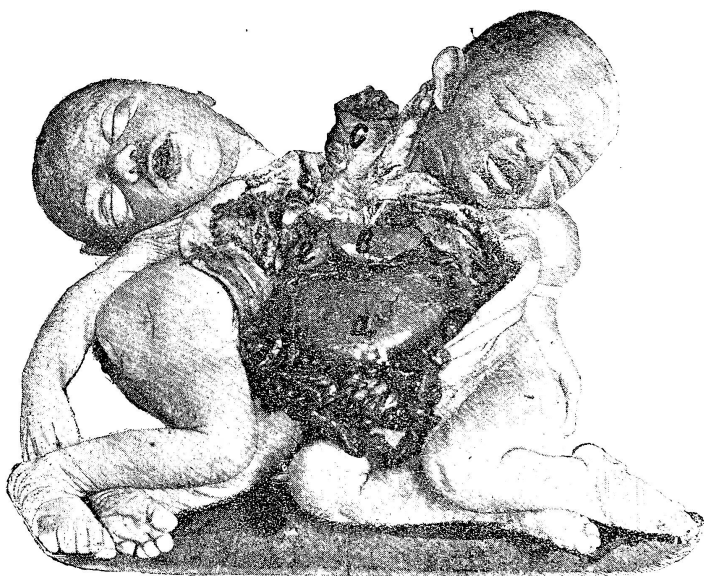
датками и мочевымъ пузыремъ у обоихъ плодовъ располагается правильно. *Vena cava inferior* правой стороны переходить въ переднюю половину печени, а *vena cava inferior* лѣвой стороны въ заднюю. Пуповина длиною въ 56 см., общая для обоихъ плодовъ, на поперечномъ разрѣзѣ показывается 4 сосуда; подходя къ брюшной стѣнкѣ, она какъ-бы подраздѣляется на 2 части; у мѣста вхожденія въ брюшную стѣнку замѣчается округлой формы перепончатая часть, имѣющая въ поперечникѣ 6 см. Послѣдъ одинъ, овальной формы, крупнодольчатый, вѣсиль 550 grm.; размѣры 21 и 15 см. Прикрѣпленіе пуповины краевое.

Изъ приведенныхъ данныхъ анатомическаго изслѣдованія ясно, что родившіеся у насъ въ клиникѣ сросшіеся близнецы не могли жить внѣутробно. Уже одно общее предсердіе для обоихъ сердецъ исключало возможность образованія артеріальной и венозной системъ въ видѣ отдѣльныхъ системъ. Сросшіеся близнецы, которые оставались въ живыхъ, всегда имѣли два отдѣльныхъ сердца со всѣми ихъ частями.

---



1--раньше родившийся плод; 2--позже родившийся.



а—печень; б—сердце; с—грудная кость; д—кишечник; е—грудная железа.



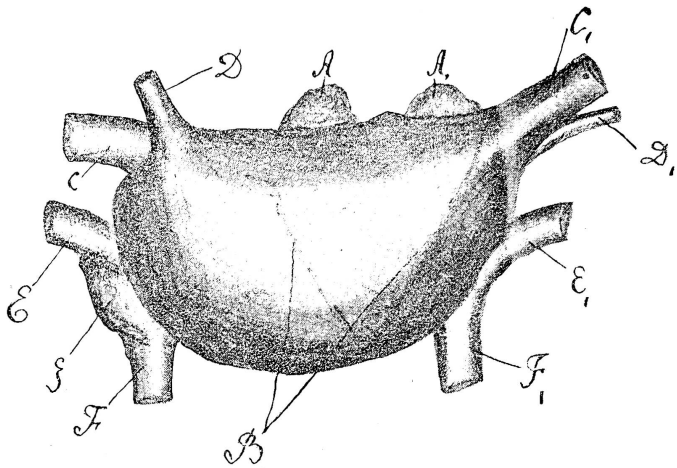


Рис. 1. Передняя поверхность сердца: AA<sub>1</sub>—ушки; B—отпечатки вѣнечныхъ сосудовъ; CC<sub>1</sub>—аорты; DD<sub>1</sub>—легочныя артеріи; EE<sub>1</sub>—верхнія полая вены; FF<sub>1</sub>—нижнія полая вены; G—ушко, сидящее на соединеніи правыхъ полыхъ вень. (Схематическое изображеніе).

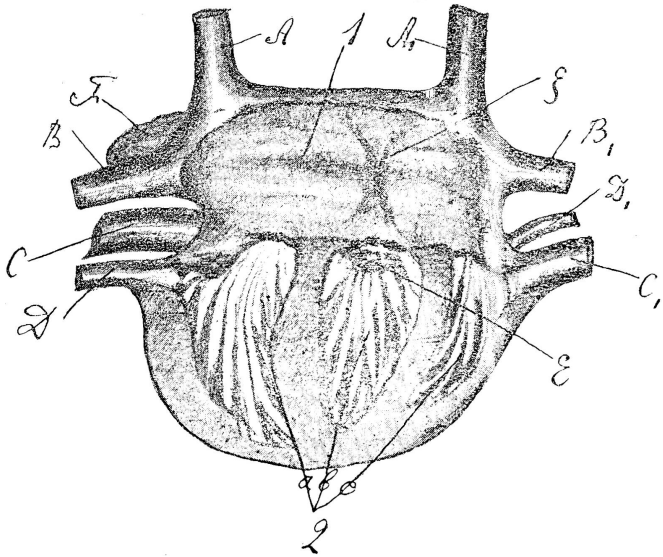


Рис. 2. Разрѣзъ сердца: 1—общее предсердіе; 2—желудочки: а—правый праваго плода, б—лѣвый того же плода, с—лѣвый лѣваго плода. AA<sub>1</sub>—нижнія полая вены; BB<sub>1</sub>—верхнія полая вены; CC<sub>1</sub>—аорты; DD<sub>1</sub>—легочныя артеріи; E—отверстіе аорты праваго плода (C); F—ушко, сидящее на соединеніи правыхъ полыхъ вень; G—перемычка въ предсердіи. (Схематическое изображеніе).

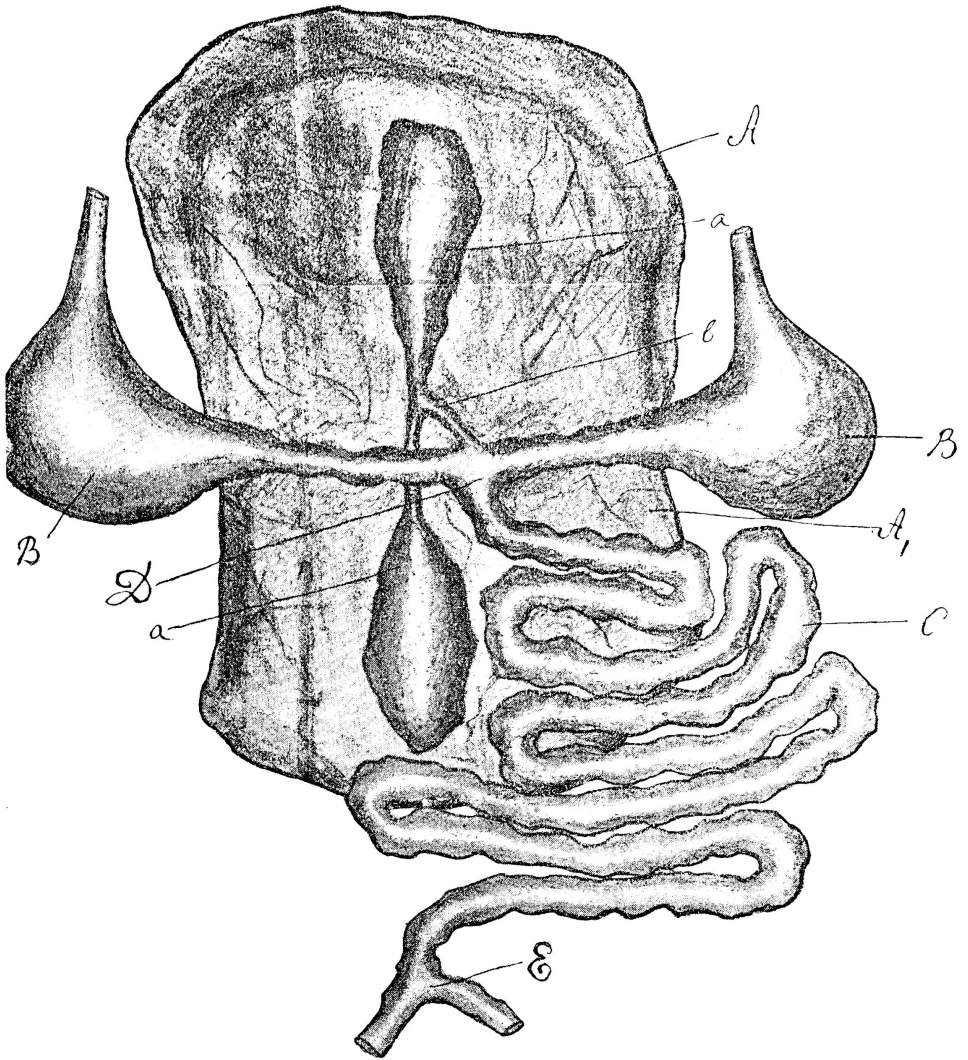


Рис. 3. AA<sub>1</sub>—сросшіяся печени задними краями; aa<sub>1</sub>—желчные пузыри; б—слившийся желчный протокъ. BB<sub>1</sub>—желудки; С—кишки; D—мѣсто слиянія двѣнадцатиперстныхъ кишокъ; E—мѣсто бифуркаціи тонкихъ кишокъ. (Схематическое изображеніе).

### III.

## Къ бактериологіи полового канала женщины.

В. Строганова.

Въ послѣднее время вопросъ о нахожденіи микробовъ въ различныхъ отдѣлахъ полового канала женщины снова занимаетъ вниманіе изслѣдователей. Укажу для примѣра на работы *Krönig'a*, *Menge*, *Walthard'a* и *Winter'a*, такъ много сдѣлавшаго ранѣе въ этой области. Вопросъ этотъ дѣйствительно чрезвычайно важенъ и имѣетъ большое значеніе не только въ практическомъ, но и въ біологическомъ отношеніяхъ. Такъ какъ моя работа по этому предмету, опубликованная только на русскомъ языкѣ въ 1893 г., цитируется *Walthard'омъ* и *Winter'омъ* <sup>1)</sup> и, къ сожалѣнію, послѣднимъ не вполне точно, то да будетъ мнѣ позволено здѣсь обратить вниманіе на эти неточности, а *главное указать разницу въ методахъ изслѣдованія*, благодаря чему и были получены различные выводы указанными авторами и мною.

Такъ *Winter* <sup>2)</sup>, говоря, что *Menge* остается единичнымъ, признавая шейку матки у здоровыхъ беременных стерильной, продолжаетъ: «*Stroganoff* vermittelt mit seinem Resultat, indem er unter 47 Gravidae (die Ausschaltung von 16 geni-

---

<sup>1)</sup> Замѣчу здѣсь, что краткое сообщеніе о моихъ выводахъ, помѣщенное въ Centr. f. Gynaecolog., 1893 г., стр. 935, представляетъ также большія неточности, почему я рѣшаюсь послать точное резюме моей работы съ описаніемъ методовъ изслѣдованія въ Archiv. f. Gynaecologie.

<sup>2)</sup> Centralblat. f. Gynaec., 1895 г., № 19, стр. 510.

talkranken Frauen lasse ich der Gleichartigkeit des Materials halber nicht gelten) 22 mal keine Organismen fand.».

Прежде всего отмѣчу, что я изслѣдовалъ бактериологически каналъ шейки не 47 gravidar., а лишь 11, при чемъ у 7 изъ нихъ всѣ пробирки съ питательными средами оказались стерильными (63,6 0/0), у 2-хъ только по 1 пробиркѣ (изъ 7 пробинокъ) имѣли по 2 колоніи микробовъ, при чемъ у одной на микроскопическихъ препаратахъ слизи шейки матки совсѣмъ не было микробовъ, у другой же — лишь единичные экземпляры ихъ. По этому я полагаю, что и этихъ gravidas съ большою вѣроятностью можно отнести къ имѣющимъ стерильную шейку, такъ какъ такое количество микробовъ можно отнести къ случайному загрязненію. Остальныя 2 gravidae были паталогическія (у одной гранулезный вагинитъ, у другой шейка матки была вытерта за нѣсколько дней раньше *банникомъ съ сулемой*). Такимъ образомъ изъ 11 gravidae 9 = 81 0/0 имѣли стерильную шейку.

Этотъ результатъ былъ совершенно противоположенъ выводамъ авторовъ, работавшимъ ранѣе меня. Тѣмъ не менѣе, при изученіи этихъ работъ, можно было замѣтить, что всѣ они производились по методу неудовлетворительному въ бактериологическомъ отношеніи, такъ какъ перенесеніе кусочковъ слизи изъ шейки беременныхъ на питательныя среды производилось безъ предварительнаго очищенія влагалищной части и наружнаго зѣва, или очищая послѣдніе лишь вытираніемъ стерилизованной марлей (или ватой). А между тѣмъ уже а priori представляется очевиднымъ, что слизь шейки матки соприкасающаяся съ содержимымъ влагалища будетъ на нѣкоторомъ протяженіи загрязняться имъ. Примѣняя въ нѣкоторыхъ случаяхъ такой методъ, я получалъ тѣже результаты, что и авторы, работавшіе ранѣе меня (на питательныхъ средахъ — развитіе микробовъ, на стеклышкахъ — многочисленныхъ бактерий).

Совершенно противоположное получалось, если влагалищную часть и наружный зѣвъ передъ изслѣдованіемъ вытирали ватой, смоченной спиртомъ, а затѣмъ ватой, смоченной растворомъ сулемы (1/20 0/0): шейка оказывалась при этомъ стерильной. Но при такомъ способѣ обработки могло быть сдѣ-

лено возраженіе, что примѣсь сулемы не даетъ микробамъ возможности развиваться. Вотъ почему я остановился на болѣе слабomъ и бережномъ способѣ дезинфекціи влагалищной части и наружнаго зѣва, а именно на вытираніи ихъ стерилизованной ватой, смоченной спиртомъ, а затѣмъ ватой, смоченной эфиромъ. Дезинфецирующая сила этого способа не можетъ далеко распространяться, только поверхностные слои слизи будутъ находиться подъ вліяніемъ концентрированнаго спирта, по мѣрѣ-же разведенія его дезинфецирующая сила его быстро падаетъ.

Этимъ послѣднимъ способомъ и были изслѣдованы упомянутыя 11 gravidae и результаты получились въ высокой степени убѣдительные въ смыслѣ стерильности шейки, въ особенности, если принять во вниманіе, что изслѣдованію подвергались слои слизи ближайшіе къ влагалищу, слѣдовательно наиболѣе предрасположенные къ загрязненію.

Самый фактъ полной прозрачности слизи шейки матки говорить за отсутствіе въ ней микробовъ.

Въ противоположность сказанному *Winter*'омъ мой выводъ былъ слѣдующій: *шейка матки (у беременныхъ) въ нормальномъ состояніи въ большей части случаевъ не содержитъ микроорганизмовъ*<sup>3)</sup>.

Далѣе *Winter* гсворить: «Das Secret des Cervix bei nicht Schwangeren Frauen ist von *Witte, Stroganoff, Menge* u. mir untersucht worden; . . . und führte bei *Stroganoff* u. mir ungefähr zu dem gleichen Resultat, wie bei Schwangeren Frauen».

А между тѣмъ мое заключеніе и здѣсь совершенно иное, чѣмъ у *Winter*'а. Изъ 20 женщинъ, изслѣдованныхъ мною внѣ беременности по моему болѣе точному способу, — 16 оказались имѣющими стерильную шейку (80 0/0). Изъ остальныхъ 4 надъ одной женщиной было произведено 3 изслѣдованія съ промежутками въ нѣсколько дней, изъ нихъ при одномъ изслѣдованіи шейка оказалась стерильной, при другомъ — изъ 6 пробирокъ только одна имѣла микробовъ, при 3 — половина пробирокъ имѣла микробовъ. Въ 2 другихъ лишь по одной пробиркѣ были съ развитіемъ микробовъ. Такимъ образомъ и здѣсь получились *крайне убѣдительныя данныя въ пользу стерильности шейки матки и внѣ беременнаго состоянія.*

<sup>3)</sup> Диссерг., стр. 114; Centr. f. Gynaec., 1893 г., № 40, стр. 936.

Тѣмъ не менѣе я допускаю временное проникновеніе микробовъ въ шейку матки изъ влагалища подѣ вліяніемъ coitus, полового оргазма, механическихъ причинъ и др.

Въ противоположность *Winter*'у я полагаю, что для выясненія истиннаго положенія дѣла, крайне важно отдѣлять больныхъ женщинъ отъ здоровыхъ, равно какъ не смѣшивать результаты, полученные отъ примѣненія различныхъ способовъ изслѣдованія.

Перехожу къ вопросу о причинахъ, обуславливающихъ стерильность шейки матки. Опыты *Waltherd*'а и мои привели къ заключенію, что *это зависитъ отъ дѣйствія слизи канала шейки матки.*

Кромѣ того, изучая вліяніе мѣсячныхъ на содержаніе микробовъ въ половомъ каналѣ и анализируя ранѣе сдѣланныя наблюденія о содержаніи микробовъ въ половомъ каналѣ in perperio (*v. Ott, Döderlein*), я пришелъ къ заключенію, что *мѣсячныя*, а также вѣроятно и *loxi* дѣйствуютъ въ томъ же направленіи.

Въ дальнѣйшемъ встрѣчаемъ уже противорѣчіе.

Мое заключеніе, что *слизь шейки матки убиваетъ микроорганизмовъ*, не было подтверждено *Waltherd*'омъ: «keimtödtende antibakterielle Eigenschaft<sup>4)</sup> zeigte der von uns untersuchte cervixschleim niemals». *W.* признаетъ только: «dass der reine Schleim des cervicalkanals für Bakterien einen ungünstigen Nährboden darstellt und dadurch das Eindringen der Vaginalmikroorganismen in das Cavum Uteri hindert. (Ibid. стр. 39).

Въ нижеслѣдующемъ я постараюсь доказать, что и здѣсь разница полученныхъ выводовъ обуславливается различіемъ примѣненныхъ методовъ изслѣдованія.

Мои изслѣдованія были произведены слѣдующимъ образомъ: слизь шейки матки высасывалась стерилизованной стеклянной трубкой, имѣвшей ватную пробку на противоположномъ концѣ. Часть трубки, содержащая слизь, погружалась въ стерилизованную пробирку, проходя черезъ ватную пробку послѣдней<sup>5)</sup>. Такимъ образомъ, изслѣдуемая слизь не могла под-

<sup>4)</sup> Sonderabdruck aus d. Arch. f. Gynaec., стр. 38.

<sup>5)</sup> Детали см. въ моей диссертации, помѣщенной въ „Журн. Акуш. и Женскихъ болѣзней“, за 1893 г. Июнь—Іюль.

вернуться случайному загрязненію. Тотчасъ по извлеченіи слизи изъ канала шейки матки, я вносилъ въ нее разводку *staphylococci ruogen. albi*, тщательно смѣшивалъ ее со слизью и стерилизовавъ проволоку, переносилъ по 1 петлѣ смѣси на агаръ и желатину, которыя и разливалъ въ чашки *Petri*. Черезъ 6—8 час., затѣмъ черезъ 24, а иногда и черезъ 48 час., я снова дѣлалъ прививки и разливки изъ вышеупомянутой зараженной слизи. Черезъ нѣсколько дней сосчитывалъ развившіяся колоніи. Оказалось, что количество микробовъ въ слизи быстро уменьшается, что послѣ 6 час. дѣйствія слизи, число ихъ уменьшается въ 10 и даже въ 100 разъ, но что черезъ 48 час. количество ихъ снова увеличивается, хотя и не достигаетъ первоначальной величины. Такое быстрое уменьшеніе микробовъ едва-ли возможно объяснить однимъ лишь недостаткомъ питанія, такъ какъ въ слизи постоянно имѣются умершія, отпавшія эпителиальныя клѣтки, представляющія хорошій матерьялъ для развитія микробовъ. Кромѣ того увеличеніе микробовъ послѣ 48 часового стоянія слизи съ микробами, когда обыкновенно слизь почти высыхала, доказываетъ, что питательнаго матерьяла имѣлось достаточное количество, но что имѣлись какія-то силы убивающія микробовъ.

Перехожу къ доказательству того, что при способѣ *W.* эти явленія не могли быть замѣчены. Um diese Eigenschaft näher kennen zu lernen, breiteten wir den Cervixschleim auf schräg erxtarsten Agarsäulen aus und liessen das Condenswasser des Agar sich mit dem Schleim mischen; der Schleim wurde dadurch etwas verflüssigt und konnte auf diese Weise seine antiseptische Kraft auf die ganze Ausbreitungsfläche ausüben. Impfversuche mit vaginalmikroorganismen auf den Schleim fillen sämtlich positiv aus.... (Ibid. стр. 38). При такой постановкѣ опытовъ, можно говорить лишь объ убивающемъ дѣйствіи *смеси слизи съ водой*. Несомнѣнно здѣсь будетъ имѣть большое значеніе степень разведенія слизи, такъ какъ извѣстно, и я самъ это много разъ наблюдалъ, что микробы развиваются на питательныхъ средахъ даже въ присутствіи небольшихъ количествъ сулемы. Во всякомъ случаѣ, условія при такой постановкѣ опытовъ, совершенно иныя, чѣмъ то находимъ въ шейкѣ матки.

Далѣ *W.* сдѣлалъ попытку выяснитъ, не представляетъ-ли слизь неподходящую почву (*ungeeigneter Nährboden*), производя опыты слѣдующимъ образомъ: «*Der reine Cervicalschleim wird in einer sterilen Glasschale ausgebreitet und für einige Stunden in den Brütoven gebracht; dadurch gleicht sich die Oberfläche des Schleims aus. Hierauf werden makroskopisch sichtbar frische Agar culturen von Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, so wie exquisit bewegliche Culturen von Bakt. coli mobilis mit faecolen auf den Schleim übertragen.*

Самтliche Schleimculturen zeigten nach 14 tägigem Aufenthalt im Brütoven auf Körper temperatur nicht das geringste Wachstum in die Breite.... Bei Zimmertemperatur konnte auf reinem Schleim ebenfalls kein Wachstum constatirt werden. Keimtödtende Eigenschaft des Schleimes konnte auch bei diesen Versuchen nicht nachgewiesen werden; denn wiederholte Impfungen von den Aussaaten auf den Schleim wiederum zurück auf Nährböden gingen ausnamslos an». (*Ibid.*, стр. 38—39).

Послѣдній способъ представляетъ нѣкоторое сходство съ тѣмъ, который былъ примѣненъ мною, съ тою разницею, что я смѣшивалъ разводку микробовъ со слизью и тѣмъ ставилъ въ условія наисильнѣйшаго дѣйствія. Съ другой стороны, и самое главное, я производилъ *разливки и счетъ развившихся колоній*, которые и привели меня къ извѣстному заключенію; если-бы этого послѣдняго не было сдѣлано, то результаты и выводы были бы тѣ же, что и у *Walthard*'а. Я позволю себѣ здѣсь напомнить извѣстные опыты *Buchner*'а и *Fodor* объ убивающихъ бактеріи свойствахъ крови и кровяной сыворотки. У нихъ также не всѣ микробы убивались, а лишь значительная часть ихъ. Почему ихъ заключеніе и было основано на разливахъ съ послѣдующемъ счисленіемъ развившихся колоній.

Вотъ почему опыты *Walthard*'а нужно считать недостаточными для отрицанія бактерій убивающаго свойства слизи шейки матки. Провѣрочные опыты желательнo провести согласно съ вышеизложенными принципами.

Что касается границы въ половомъ каналѣ между частями, содержащими микробовъ и не содержащими ихъ, то я высказался въ томъ смыслѣ, что область наружнаго зѣва представ-



ляеть ее. Доказавши, что слизь шейки матки убиваетъ микроорганизмовъ и что влагалище служить прекраснымъ мѣстомъ для ихъ развитія, тѣмъ самымъ уже опредѣляется, что выше наружнаго зѣва при нормальныхъ отношеніяхъ микробы будутъ лишь какъ случайная примѣсь. При разрывахъ шейки, конечно граница эта приближается къ внутреннему зѣву на величину разрыва. Такъ какъ содержимое влагалища и шейки имѣетъ жидкую консистенцію, то понятно, что граница будетъ мѣняться сообразно съ измѣненіемъ давленія въ маткѣ и во влагалищѣ. Если матка сокращается она можетъ выдавить нѣкоторое количество слизи изъ канала шейки, если она расслабляется и полость ея увеличивается она можетъ просасывать содержимое шейки вверхъ. Это въ особенности можетъ дать рѣзкія колебанія при coitus'ѣ, когда повышение давленія во влагалищѣ можетъ совпасть съ расслабленіемъ и даже присасывающемъ дѣйствиіи матки.

Въ изслѣдованныхъ мною случаяхъ достаточно было вытереть влагалищную часть и, напримѣръ, зѣвъ ватой, смоченной спиртомъ и эфиромъ, чтобы удалить и убить всѣхъ микробовъ. Раіонъ дѣйствія такой дезинфекціи очевидно очень небольшой, почему я и считаю, что обыкновенно область наружнаго зѣва служить границей въ извѣстномъ отношеніи.

Въ вышеупомянутой прекрасной работѣ *Walthard*'а я не нашелъ рѣзкаго противорѣчія съ приведеннымъ заключеніемъ, такъ какъ его I zone занимаетъ область наружнаго зѣва и нѣсколько выше. Позволю здѣсь отмѣтить, что уже введеніе большого трубчатого зеркала во влагалище можетъ нѣсколько измѣнить границу содержащихъ и не содержащихъ бактерій частей. Въ самомъ дѣлѣ, удаляя стѣнки влагалища другъ отъ друга мы вмѣстѣ съ тѣмъ можемъ удалять и губы матки другъ отъ друга, вслѣдствіе чего въ каналѣ шейки образуется вакуумъ, наполняемый слизью частью изъ верхнихъ, частью изъ нижнихъ отдѣловъ шейки. Микробы при этомъ могутъ подняться нѣсколько выше ихъ нормальнаго положенія <sup>6)</sup>.

<sup>6)</sup> Подтверженіемъ этому служитъ то обстоятельство, что *Walthard* въ его I zone нашелъ: „Platteneptelien, Leucocyten (meist polynucleären), vaginalmikroorganismen und Schleim—ein Gemisch von vaginaleseret mit Cervicalsecret—die Farbe dieser Zone ist weisslich bis gelblich (Ibid. стр 42—43)... Die Reaction des weisslichen Secretes am orif. extern. ist oft auf blauem

На основаніи вышеизложенныхъ фактовъ и критическаго разбора методовъ изслѣдованія, высказанныя мною положенія, а именно:

- 1) Шейка матки какъ беременныхъ такъ и небеременныхъ здоровыхъ женщинъ какъ правило стерильна,
- 2) Область наружнаго зѣва отдѣляетъ стерильныя части отъ не стерильныхъ въ половомъ каналѣ женщины,
- 3) Слизь шейки матки убиваетъ микроорганизмовъ, остаются и до сихъ поръ въ полной силѣ.

---

lacomspapier leicht sauer, während das glasige Secret stets leicht alkalisch oder neutral reagirt“ (Ibid. стр. 35). При моихъ изслѣдованіяхъ я также часто находилъ въ нижнемъ отдѣлѣ шейки плоскій эпителий, но реакція всегда была щелочной.

#### IV.

### Къ учению о величинѣ и формѣ таза взрослой женщины.—Тазъ польской женщины.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНІЕ.

Ординатора клиники А. П. Павлова.

(Изъ клиники акушерства и женскихъ болѣзней проф. Н. В. Астрובה при Императорскомъ Варшавскомъ Университетѣ).

Три съ половиною столѣтія раздѣляютъ насъ отъ момента, въ который работою знаменитаго анатома *Везалия* <sup>1)</sup> былъ пролитъ лучъ свѣта въ темную область ученія его предшественниковъ о нормальномъ тазѣ. Древнее ученіе о тазѣ, основанное на убѣжденіи, что тазъ представляетъ собою узкій каналъ, съ раздвигающимися во время родовъ стѣнками, должно было пасть передъ анатомическимъ описаніемъ таза *Везалиемъ*, не смотря на то, что защитниками этого ученія были *Ambroise Paré* <sup>2)</sup> и, въ особенности, *Severinus Pinacus* <sup>3)</sup>.

Затѣмъ, Голландія, Англія и Германія, въ лицѣ своихъ представителей науки, знаменитыхъ акушеровъ своего времени: *Heinrich'a van-Deventer'a* <sup>4)</sup>, *Smellie* <sup>5)</sup> и *Stein'a jun.* <sup>6)</sup>, сдѣлались, главнымъ образомъ— послѣдняя, отечествомъ новаго правильного ученія о величинѣ и формѣ таза женщины. Подчеркивая это обстоятельство, я хочу этимъ указать, что наследство, оставленное намъ этими великими работниками, было составлено изъ данныхъ, добытыхъ на тазахъ, иноплеменныхъ нашимъ. Эти данныя не могутъ вполнѣ удовлетворять насъ послѣ того, какъ многочисленными работами нашего вѣка константированъ фактъ, что существуютъ племенные отличія

тазовъ. Поиски авторовъ въ этомъ направленіи, обыкновенно, оканчивались успѣхомъ. Уже *Vrolik* 7) въ 1826 году указалъ на отличительные признаки тазовъ европейскихъ народовъ отъ тазовъ нѣкоторыхъ внѣевропейскихъ племенъ, и тѣмъ положилъ начало ученію о племенныхъ особенностяхъ таза.

Но въ этой работѣ, да и въ нѣкоторыхъ послѣдующихъ другихъ авторовъ, тазъ европейца принимался за единицу сравненія, должно быть, на основаніи, впрочемъ ни чѣмъ не доказанномъ, что тазъ европейца является чѣмъ-то цѣльнымъ, законченнымъ, однообразнымъ, не смотря на извѣстное разнообразіе происхожденія, фармаціи, жизненныхъ и мѣстныхъ условій народовъ, населяющихъ материкъ Европы.

Къ тому же въ этихъ работахъ тазъ голландскій или германскій являлся по чему-то представителемъ типа европейскаго таза, слѣдовательно, отождествлялся съ тазами другихъ народовъ Европы. Несостоятельность такого мнѣнія была доказана изслѣдованіями тазовъ не только отдѣльныхъ народовъ и европейскихъ племенъ, но даже и жителей отдѣльныхъ мѣстностей, принадлежащихъ къ одному народу или племени. Указанія послѣдняго рода можно найти у *Schroeder*'а 8). Такъ измѣреніями тазовъ, произведенными въ Килѣ, въ Боннѣ и въ Эрлангенѣ, установлены довольно значительныя среднія различія въ размѣрахъ тазовъ, этихъ отдѣльныхъ мѣстностей Германіи. Къ числу же работъ перваго рода относятся работы *Litzmann*'а 9), *Schroeter*'а 10), *Филатова* 11), *Баландина* 12), *Рунге* 13), и *Рышви* 14). Работы четырехъ послѣднихъ авторовъ, имѣющія своимъ объектомъ тазъ русской женщины, единоплеменный тазу польской женщины, а также и работа *Schröder*'а, трактующая въ извѣстномъ своемъ отдѣлѣ о тазахъ полекъ, ближе всего подходятъ по своей конечной цѣли къ принятому мною труду—опредѣленія среднихъ размѣровъ таза польской женщины производительницы. Тазомъ производительницы для даннаго племени или народа, мы называемъ такой, черезъ который можетъ силами природы пройти доношенный жизнеспособный плодъ, и такимъ образомъ дѣлается возможнымъ продолженіе племени. Это явленіе всецѣло зависитъ отъ соответствія предѣльныхъ размѣровъ таза и такихъ же размѣровъ доношеннаго плода.

Такимъ образомъ, все дѣло въ узкихъ рамкахъ сводится къ опредѣленію этихъ размѣровъ. Тазы, стоящіе по своимъ размѣрамъ ниже этого предѣла, атипичны для даннаго народа или племени, или правильнѣе говоря, они типичны для всѣхъ народовъ и племенъ, такъ какъ при нихъ всегда и вездѣ природа во время акта родовъ оказывается безсильною и уступаетъ свое мѣсто искусству. Вѣдь, въ самомъ дѣлѣ, стоитъ намъ перенестись мыслію въ тѣ отдаленнѣйшія времена, когда родовспомогательное искусство, въ современномъ намъ смыслѣ, стояло на самой низкой ступени развитія, чтобы понять, что продолженіе даннаго племени въ тѣ времена прямо зависѣло отъ полнаго соотвѣтствія объемныхъ отношеній таза матери-производительницы и плода; случаи же несоотвѣтствія составляли патологическіе наросты и, какъ таковыя, такъ или иначе погибали. Природа, предоставленная самой себѣ, неумолимая въ своемъ подборѣ, оставила бы до нашего времени только типичныя формы, которыя удовлетворяли бы вполне своему назначенію. Слѣдовательно, наблюдатель, ищущій среди тазовъ даннаго племени типа, долженъ принимать во вниманіе только тѣ изъ нихъ, которые отмѣчены природою, какъ годныя для выполненія предназначенной имъ функціи, и которыя, въ дѣйствительности, выполнили предназначенное имъ, и отбросить всѣ остальные, какъ неотвѣчающіе своему назначенію, искусственно сохраненные и искусственно поддерживаемые. Опредѣленіе процентнаго содержанія типичныхъ тазовъ въ данномъ племени можетъ послужить относительнымъ мѣриломъ его жизнеспособности при сравненіи съ тѣмъ же процентнымъ содержаніемъ въ другомъ племени.

Оставляя за собою право въ послѣдствіи заняться подробнымъ разсмотрѣніемъ доводовъ *Филатова* противъ несостоятельности акушерскихъ размѣровъ для племеннаго сравненія тазовъ, я пока что, останавлиюсь на точкѣ зрѣнія *Филатова* и *Рунге*, гдѣ надо искать пункта отправленія въ поискахъ за племенными отличіями тазовъ.

По мнѣнію этихъ авторовъ, въ особенности послѣдняго, такимъ пунктомъ отправленія будетъ тазъ новорожденнаго младенца (*stricto sensu* тазъ новорожденной дѣвочки); по мнѣнію *Рунге*, (стр. 69) <sup>13)</sup> «основы различныхъ типовъ таза

должно искать въ отличительныхъ признакахъ таза взрослой женщины отъ таза новорожденной дѣвочки, принимая послѣдній за единицу сравненія, на которую еще не успѣли воздѣйствовать, по крайней мѣрѣ замѣтнымъ образомъ, внѣутробныя, механическія вліянія»..... «среди которыхъ вліяніе тяжести туловища съ его модификаціями занимаетъ первое мѣсто» (стр. 78, заимствовано у *Филатова*). Съ этой точки зрѣнія все дѣло сводится къ опредѣленію среднихъ размѣровъ таза новорожденной дѣвочки и тѣхъ же размѣровъ таза взрослой женщины; разницею этихъ размѣровъ и ихъ отношеніями опредѣляется типъ. Если эту формулу перевести на математическій языкъ, то ее можно назвать уравненіемъ съ двумя неизвѣстными безъ извѣстнаго даннаго, а такое уравненіе нельзя причислить даже къ неопредѣленнымъ.... Вѣдь, при такой постановкѣ вопроса, типъ даннаго таза взрослой женщины, величина неизвѣстная и искомая, долженъ получиться отъ сравненія съ типомъ таза новорожденной дѣвочки, по моему мнѣнію, тоже величиной неизвѣстной, по той простой причинѣ, что до сихъ поръ, насколько мнѣ извѣстно, никто не доказалъ, что тазы новорожденныхъ не имѣютъ племенныхъ отличій и что безразлично сравнить тазы взрослой русской, нѣмецкой и малайской женщинъ съ тазомъ новорожденной нѣмецкой дѣвочки, какъ это дѣлаетъ *Филатовъ*, заимствуя цифры у *Litzmann'a* (см. у *Рунге* стр. 71 и 78) или тѣ же тазы взрослыхъ съ тазомъ новорожденной малайки, чего до сихъ поръ пока не сдѣлано.

Даже, если принять такой апіорный взглядъ о безразличіи въ племенномъ отношеніи тазовъ новорожденныхъ, нужно еще установить моментъ, въ который они подъ вліяніемъ мѣстныхъ условій, начинаютъ принимать племенную окраску, достигающую своей высоты развитія въ тазѣ взрослой женщины. Но стоитъ только вспомнить, что не говоря уже о наследственности (рахитъ, золотуха, сифилисъ), ребенокъ чуть ли не послѣ перваго вздоха ставится всецѣло въ зависимость отъ мѣстныхъ обычаевъ (пеленанія, уходъ) и условій жизни, и будетъ понятно, какъ трудно уловить этотъ моментъ, герр. годный для подобныхъ цѣлей матеріаль. По этому данныя, добытыя на тазакъ умершихъ новорожденныхъ, безъ указанія ихъ возраста и

племени, (*Litzmann*<sup>15</sup>), *Баландинъ*) или даже съ указаніемъ опредѣленнаго возраста (*Рунге* до одного мѣсяца), но безъ указанія причинъ смерти, между которыми, быть можетъ, бугорчатка, сифилисъ и т. п. болѣзни играли не послѣднюю роль, едва-ли можно принимать для сравниванія съ данными, полученными на тазахъ взрослыхъ иноплеменныхъ женщинъ.

Подобныя данныя съ извѣстными ограниченіями могутъ имѣть значеніе только постольку, поскольку они опредѣляютъ типъ таза новорожденной дѣвочки вообще, подобно тому, какъ имѣются данныя, по которымъ узнается тазъ взрослога и принадлежность его къ тому или другому полу.... Изслѣдованіе тазовъ внутриутробныхъ плодовъ, по моему мнѣнію, должно предшествовать измѣреніямъ тазовъ новорожденныхъ, и оно только можетъ дать отвѣтъ, имѣютъ или не имѣютъ такіе тазы племенныхъ отличій. Въ случаѣ отвѣта, желаемаго д-ромъ *Рунге* и *Филатовымъ*, можно было-бы принять такой тазъ за единицу сравненія и исходную точку для опредѣленія типовъ различныхъ тазовъ взрослыхъ женщинъ. Но кому не понятно, какъ трудно достижима эта идеальная, абсолютная единица; кому не понятно, сколько времени и человѣческихъ усилій нужно потратить, и, быть можетъ, только затѣмъ, чтобы убѣдиться, что уже въ эмбриональной жизни закладываются зачатки племенныхъ отличій, и что не тамъ нужно искать точки отпавленія. Въ виду этого поневолѣ наталкиваешься на мысль, не проще ли будетъ обойти преграду, хотя бы даже и воображаемую, и стараться достигнуть намѣченной цѣли путемъ удобнымъ и достижимымъ при посредствѣ того, что, такъ сказать, лежитъ подъ руками. Не проще-ли будетъ, зная тазы русской, польки, нѣмки, обезьяны и др. путемъ сравненія ихъ между собою, установить ихъ сходные или отличительные признаки, не устанавливая градаціи совершенства, въ построеніи ихъ. Съ этой точки зрѣнія, я вполне согласенъ съ д-ромъ *Рунге*, который говоритъ (стр. 79), «ни тазъ человѣка, ни тазъ обезьяны не стоятъ выше другъ друга по своему развитію; принимая во вниманіе условія жизни того и другого представителя животнаго царства, они одинаково *цѣлесообразны*, слѣдовательно, и одинаково *совершенны* \*)».

\*) Курсивъ мой.

Далѣ тотъ же авторъ говоритъ: «я, съ своей стороны, позволяю себѣ высказать убѣжденіе, что, если мы и найдемъ на большомъ матеріалѣ, въ концѣ концовъ, дѣйствительныя, отличительныя черты для женскаго таза, принадлежащаго тому или другому европейскому народу, мы всетаки, въ виду всего выше приведеннаго, будемъ вправѣ говорить только о видоизмѣненій формы таза подѣ вліяніемъ дѣйствія цѣлаго комплекса сложныхъ внѣшнихъ условій, но никакъ уже не о совершенствѣ одного таза сравнительно съ другимъ».

Цѣлесообразность и совершенство женскаго таза, какъ чловѣка, такъ, напр., и обезьяны, заключаются, по мимо участія въ устройствѣ животнаго организма вообще, главнымъ образомъ, въ выполненіи его, такъ сказать, родовой функцій, заключаются въ томъ, чтобы онъ представлялъ каналъ, удобный для прохожденія плода-потомка жизнеспособнымъ. Высказывая это положеніе, я нисколько не намѣренъ ограничить объемъ понятія о характеристикѣ племеннаго таза женщины; не лежало также въ моихъ намѣреніяхъ умалять достоинства другихъ работъ надъ племенными отличіями тазовъ вообще. Я хочу только, согласно предложенію проф. *Н. В. Ястребова*, опредѣлить средніе размѣры таза польской женщины, разрѣшившейся силами природы живымъ зрѣлымъ плодомъ и средніе размѣры такого плода.

Приступая теперь къ краткому предварительному сообщенію добытыхъ мною данныхъ, я долженъ сказать, что въ моей работѣ преимущественно будетъ обращено вниманіе на опредѣленіе среднихъ размѣровъ таза, добытыхъ на живой, и какъ пособіе и дополненіе, потомъ будутъ представлены данныя, добытыя на трупахъ, и только по столько, по скольку онѣ могутъ выяснить отношенія размѣровъ на живой къ такимъ же на мертвой.

Слишкомъ полторы тысячи протоколовъ родовъ въ Варшавской Акушерской клиникѣ за трехлѣтній періодъ (1889, 1890 и 1891 годы) было предоставлено въ мое распоряженіе. Изъ этого числа я выбралъ 276 протоколовъ, въ которыхъ были отмѣчены польки, разрѣшившіяся силами природы живымъ плодомъ, представлявшимъ всѣ общепринятыя признаки зрѣлости. Во всѣхъ этихъ случаяхъ отмѣчены только слѣдующіе раз-



мѣры таза: *distantia spinar. anter. super.*; *distantia cr. cristar.*, *conjug. externa* и *diagonal*.

Всѣ недостающіе наружные размѣры, возможные для измѣренія на живой, будутъ мною измѣрены дополнительно на пятидесяти клиническихъ больныхъ.

Это число тазовъ, служа только дополненіемъ къ группѣ въ 276 тазовъ, является относительно достаточнымъ для опредѣленія недостающихъ (менѣе важныхъ) размѣровъ. Измѣренія на пятидесяти женскихъ трупахъ выяснятъ отношенія внутреннихъ размѣровъ таза, недоступныхъ для измѣренія на живой, къ наружнымъ.

Тутъ же, кстати, отмѣчу, что моя работа, являясь вполнѣ оригинальною по замыслу и преслѣдуемой ею цѣли, будетъ отличаться, къ сожалѣнію, бѣдностью сравнительными данными, взятыми у другихъ авторовъ.

При обработкѣ имѣющихся у меня цифръ, я недовольтвовался опредѣленіемъ только арифметической средней, а регистрировалъ ихъ, по примѣру д-ра *Рунге* и др., по способу проф. *Stieda*. Вѣдь, при вычисленіи среднихъ, простая арифметическая средняя не можетъ служить для рѣшенія вопроса о типѣ, такъ какъ по ней нельзя даже узнать, изъ какихъ цифръ она получена, потому, что одинаковыя среднія могутъ быть получены изъ отдѣльныхъ рядовъ цифръ съ совершенно разными числами, такъ что по величинѣ средней нельзя судить о величинѣ отдѣльныхъ чиселъ даннаго ряда. Все только что сказанное обстоятельно разработано въ трудѣ *L. Stieda*<sup>16)</sup>, который, какъ опредѣляетъ д-ръ *Рунге* «звелъ вновь въ антропологию весьма простой способъ модифицировать среднія цифры въ томъ смыслѣ, что мы узнаемъ не только одну среднюю арифметическую, но и отношенія отдѣльныхъ представителей извѣстнаго ряда цифръ къ средней цифрѣ, полученной изъ этого ряда». Для достиженія этой цѣли *L. Stieda* примѣнилъ предложеніе д-ра *Sheving'a*<sup>17)</sup> воспользоваться такъ называемыми показателями колебанія (*oscillationszahl*) статистиковъ. «Эти показатели колебанія», какъ это сказано въ переводѣ соотвѣтственной части работы *Stieda* д-ромъ *Рунге*, «имѣютъ то значеніе, что они указываютъ среднее отклоненіе каждаго отдѣльнаго члена извѣстнаго ряда цифръ отъ вычисленной средней цифры».

*Sheving* предложилъ далѣе ставить рядомъ съ вычисленной средней цифрой этого показателя колебанія, въ видѣ экспонента. Если желательно сравнить нѣсколько среднихъ величинъ между собою, то по величинѣ экспонента можно будетъ опредѣлить цѣну и значеніе извѣстной средней цифры; чѣмъ больше экспонентъ, тѣмъ значительнѣе отклоненія отдѣльныхъ членовъ ряда отъ средней величины; чѣмъ онъ меньше, тѣмъ ближе подходятъ отдѣльныя цифры къ средней цифрѣ. Если среднюю арифметическую  $M$ , полученную изъ очень большого ряда измѣреній индивидуумовъ, принадлежащихъ одной и тойже расѣ или группѣ, назвать типомъ этой расы, то примѣненіе теоріи вѣроятности основывается на слѣдующихъ предположеніяхъ:

1) одинаковыя отклоненія отъ типа въ ту или другую сторону одинаково вѣроятны,

2) менѣе значительное отклоненіе вѣроятнѣе болѣе значительнаго и

3) существуетъ высшій предѣлъ, котораго числовое выраженіе отклоненія переступить не можетъ.

На основаніи этихъ предположеній можно помощью формулы:

$$r = 0,6745 \cdot \sqrt{\frac{sd^2}{n-1}} \quad (1)$$

опредѣлить величину  $r$ . Величина  $r$  имѣетъ такое свойство, что отклоненіе болѣе значительное, чѣмъ  $= r$ , на столько же вѣроятно, какъ и отклоненіе, менѣе значительное, чѣмъ  $r$ , или другими словами, въ извѣстномъ ряду измѣреній, къ которому приложимы выше обозначенныя предположенія, встрѣчается столько-же отклоненій, которыя больше  $r$ , какъ и такихъ, которыя меньше  $r$ .

Въ этой формулѣ обозначаемъ:  $d$  = отклоненіе (разность) отдѣльнаго измѣренія отъ  $M$ ,  $sd^2$  = сумма всѣхъ квадратовъ разности,  $n$  = число отдѣльныхъ измѣреній (0,6745 всегда постоянное число).

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

$$r = 0,8453 \cdot \frac{sd}{n} \quad (2)$$

Здѣсь же я замѣчу, что  $\frac{sd}{n}$  есть ничто иное, какъ экспонентъ.

колебанія (Oscillationsexponent), на котораго указалъ *Scheving* по примѣру статистиковъ.

Упомянутая формула (2), впрочемъ, только приближительна, и ею можно пользоваться только тогда, когда число измѣреній не очень мало, по крайней мѣрѣ, 10 или больше. При небольшихъ цифровыхъ рядахъ, лучше пользоваться формулой (1), которая тогда также не очень затрудняетъ дѣла.

Какимъ же образомъ можно воспользоваться величиною  $r$ ? Какъ уже было сказано, при антропологическихъ изслѣдованійхъ обыкновенно довольствуются обозначеніемъ средней величины съ прибавленіемъ maximum'a и minimum'a.

Если же вычислены сперва  $M$ , а затѣмъ и  $r$ , то можно опредѣлить, принимая во вниманіе вышеупомянутое предположеніе,  $M + r$  и  $M - r$ . Число  $r$  есть показатель колебанія извѣстнаго ряда.

*Lexis* называетъ это число «вѣроятнымъ отклоненіемъ»,  $\frac{sd}{n}$  же «среднимъ отклоненіемъ».  $M + r$  и  $M - r$  представляютъ границы, между которыми находится одна половина отдѣльныхъ членовъ извѣстнаго ряда, между тѣмъ какъ другая половина находится внѣ этихъ границъ.

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

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

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

Если опредѣлены  $M$  и  $r$  и  $R$  для извѣстнаго ряда цифръ, то пишутъ  $M \pm R$ ;  $r =$

Предположивъ, что въ измѣренныхъ индивидуумахъ существуетъ извѣстный типъ, упомянутыми величинами можно воспользоваться для опредѣленія этого типа и его колебаній ( $M \pm r$ ) и для контроля средней величины ( $M \pm R$ ). Всѣ цифры, полученныя пока изъ ряда измѣреній 276 матерей—

полекъ и ихъ новорожденныхъ я обработалъ по формамъ (1) и (3) *Stieda*.

Д-ръ *Рунне* къ своимъ цифрамъ примѣнилъ формулы (2) и (3). Я избралъ форму (1), потому что она въ сравненіи съ формою (2) даетъ результаты съ большею (математическою) точностью, хотя сопряжена съ большею затратою труда и времени и съ большими затрудненіями при вычисленіяхъ.

Результатомъ моихъ вычисленій пока являются слѣдующія двѣ таблицы:

I. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ТАЗА ПОЛЬСКОЙ ЖЕНЩИНЫ, РОДИВШЕЙ ЖИВОЙ ДОНОШЕННЫЙ ПЛОДЪ.

	М (средняя).	$\pm r$ (предѣлы колебанія ея).	$\pm R$ (точность ея).
Disti sp.-spin. ant. . . . .	25,26	1,07	0,064
„ cr. cristar . . . . .	28,05	0,97	0,058
Conjugata externa . . . . .	18,85	0,68	0,041
„ diagonalis . . . . .	11,52	0,54	0,032
Разность между с. extern. и с. diagon.	7,32	0,66	0,039

Изъ этой таблицы можно легко замѣтить, насколько представленные мною размѣры уклоняются отъ тѣхъ, которые мы привыкли читать въ учебникахъ и которыми мы пользуемся при примѣненіи нашихъ знаній въ мѣстной акушерской практикѣ.

II. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ДОНОШЕННАГО ПОЛЬСКАГО РЕБЕНКА.

	М	$\pm r$	$\pm R$
Вѣсъ . . . . .	3340 grm.	292 grm.	17,6 grm.
Длина . . . . .	50,95 ctm.	1,89 ctm.	0,114 ctm.
Окружность головки прямая . . . . .	34,54 „	1,01 „	0,061 „
„ „ косая . . . . .	38,29 „	1,13 „	0,068 „
Размѣръ головки прямой . . . . .	11,44 „	0,43 „	0,026 „
„ „ косой . . . . .	13,35 „	0,55 „	0,033 „
„ „ поперечный большой . . . . .	8,52 „	0,35 „	0,021 „
„ „ „ малый . . . . .	7,50 „	0,35 „	0,021 „
Окружность на высотѣ плечиковъ . . . . .	35,07 „	1,81 „	0,109 „
Размѣръ „ „ „ . . . . .	11,42 „	0,7 „	0,042 „

Во второй таблицѣ бросается въ глаза цифра, 17,6, выражающая точность средней величины вѣса ребенка. Такая малая точность, въ сравненіи съ другими цифрами того же значенія, прямо указываетъ, насколько трудно опредѣлить точный средний вѣсъ ребенка, подверженный значительнымъ колебаніямъ, на что, въ свою очередь указываетъ величина  $r = 292 \text{ grm.}$

Точность остальныхъ среднихъ, доведенная даже до 0,02 (см. таблицу II), не оставляетъ желать большаго. Это явленіе я ставлю въ прямую зависимость отъ того, что цифры регистрировались по формулѣ (1). Д-ръ *Рунге*, примѣнившій къ своимъ и *Филатова* цифрамъ формулу (2), находитъ точность средней величины conjugat verae въ 0,14 и 0,16 ctm. вполне достаточною.

Ближе всего къ моей работѣ въ отношеніи мѣста собранія матеріала подходит работа д-ра *P. Schroeter'a*, въ которой имѣются данныя, полученные измѣреніемъ 64 полекъ, уроженокъ губерніи привислянскаго края.

Хотя этотъ матеріалъ, собранный на женщинахъ, изъ которыхъ на 64 приходится 55 puellae publicae, въ большинствѣ сифилитички, мало подходит къ моему, собранному по другому замыслу и плану, но въ виду племенной однородности матеріала, я считаю себя вынужденнымъ привести полученные имъ результаты.

Dist. sp. os. il. ant. sup. = 23,1 ± 0,11;	$r = \pm 0,95.$
Dist. Cr. os. il. lab. ext. = 27,18 ± 0,10;	$r = \pm 0,84.$
Conjug. externa. = 18,71 ± 0,08;	$r = \pm 0,70.$
Trochanteres. = 31,14 ± 0,12;	$r = \pm 0,97.$

При сравненіи этихъ данныхъ съ моими оказывается, что величина наружныхъ конъюгатовъ близко подходят другъ къ другу, между тѣмъ какъ величины наружныхъ поперечныхъ размѣровъ и ихъ разностей сильно разнятся. Разстоянія между остями и гребнями у *Schroeter'a* получились меньшими, разность же значительно большей: она у меня 2,79 ctm. у *Schröter'a* 4,08 ctm. Гдѣ кроется ошибка, угадать не трудно, если принять во вниманіе, что признакъ рахита можно найти на большинствѣ тазовъ полекъ<sup>18)</sup>.

Пока я ограничусь этими замѣчаніями о данныхъ, добытыхъ д-ромъ *Schröter'омъ*, и перейду къ обстоятельной работѣ

д-ра *Рымиш* <sup>19)</sup>, обстоятельной какъ по богатству литературныхъ данныхъ, такъ и по количеству матеріала, добытаго измѣреніями на 400 тазовъ русскихъ женщинъ. Полная таблица измѣренія тазовъ роженицъ и плодовъ, служа цѣннымъ дополненіемъ къ этой работѣ, дала мнѣ возможность воспользоваться ея цифрами для сравненія. Но чтобы сравнивать величины однородныя я позволилъ себѣ выбрать изъ этой таблицы измѣренія тазовъ и плодовъ только роженицъ несомнѣнно русскаго происхожденія, которыя родили и до того рожали доношенныхъ, живыхъ младенцевъ силами природы безъ всякихъ осложнений. Такихъ роженицъ оказалось 275; число тождественное съ числомъ моихъ измѣреній. Всѣ эти числа я обработалъ по выше приведенной формулѣ (1) и получилъ слѣдующія двѣ таблицы.

III. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ТАЗА РУССКОЙ И ПОЛЬСКОЙ ЖЕНЩИНЪ, РОДИВШИХЪ ЖИВОЙ ДОНОШЕННЫЙ ПЛОДЪ.

Матеріаль.	Мѣсто собранія матеріала.	Dist. sp.-sp.	Dist. cr. cr.	Conjug. ext.	Conjug. diag.	Differ. inter. Conjug. ext. et. diag.
275 женщинъ русскихъ.	С.-Петербургъ.	$24,5 \pm 0,05$ $r = \pm 0,87$	$27,7 \pm 0,05$ $r = \pm 0,85$	$19,15 \pm 0,03$ $r = \pm 0,63$	$12,5 \pm 0,02$ $r = \pm 0,38$	$6,68 \pm 0,02$ $r = \pm 0,48$
276 женщинъ польскъ.	Варшава.	$25,26 \pm 0,06$ $r = \pm 1,07$	$28,05 \pm 0,05$ $r = \pm 0,97$	$18,85 \pm 0,04$ $r = \pm 0,68$	$11,52 \pm 0,03$ $r = \pm 0,54$	$7,32 \pm 0,03$ $r = \pm 0,66$

Разсматривая эти два ряда цифръ, можно отмѣтить: 1) тазъ русскихъ женщинъ въ сравненіи съ польскими имѣетъ меньшіе поперечные размѣры; 2) разность между этими размѣрами у русскихъ (3,2 см.) больше, чѣмъ у польскъ (2,79 см.); 3) размѣры русскихъ наружной и діагональной конъюгаты больше тѣхъ-же размѣровъ польскихъ; 4) разность между двумя послѣдними размѣрами русскихъ тазовъ меньше польскихъ.

IV. ТАВЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ И ВѢСЪ ЖИВЫХЪ ЗРѢЛЫХЪ ПЛОДОВЪ РУССКИХЪ И ПОЛЬСКИХЪ.

Материалъ.	Мѣсто собира- нія материала.	Вѣсъ.	Длина.	Окружность го- ловки прямой.	Окружность головки косая.	Размѣры головки.				Окружность на высотѣ плечи- ковъ.	Размѣръ на высотѣ плечи- ковъ.
						Прямой.	Косой.	Поперечный большой.	Поперечный малый.		
275 плодовъ.	С.-Петер- бургъ.	3360 ± 17,91	49,3 ± 0,07	34,4 ± 0,04	—	11,0 ± 0,02	12,9 ± 0,01	9,15 ± 0,01	7,9 ± 0,01	—	12,35 ± 0,04
		<i>r</i> = ± 297	<i>r</i> = ± 1,30	<i>r</i> = ± 0,79	—	<i>r</i> = ± 0,42	<i>r</i> = ± 0,31	<i>r</i> = ± 0,24	<i>r</i> = ± 0,21	—	<i>r</i> = ± 0,67
276 плодовъ.	гор. Вар- шава.	3340 ± 17,5	50,95 ± 0,11	34,54 ± 0,06	38,29 ± 0,06	11,44 ± 0,02	13,35 ± 0,03	8,52 ± 0,02	7,50 ± 0,02	35,07 ± 0,10	11,42 ± 0,04
		<i>r</i> = ± 292	<i>r</i> = ± 1,89	<i>r</i> = ± 1,01	<i>r</i> = ± 1,13	<i>r</i> = ± 0,43	<i>r</i> = ± 0,55	<i>r</i> = ± 0,35	<i>r</i> = ± 0,35	<i>r</i> = ± 1,81	<i>r</i> = ± 0,7

Не останавливаясь пока не деталяхъ этой таблицы, я укажу только, что, какъ видно изъ приведенныхъ цифръ, средній русскій плодъ, превосходя таковой же польскій по вѣсу, превосходить его и по всѣмъ поперечнымъ размѣрамъ, уступая ему по длинѣ и по размѣрамъ прямымъ и косымъ.

Сопоставляя размѣры таза и плода видно, что между размѣрами даннаго плода и размѣрами таза существуетъ дѣйствительно соотвѣтствіе и далѣе, что плодъ одного народа по размѣрамъ не подходитъ къ размѣрамъ таза другого.

Изъ этого сопоставленія видно, что *безъ осложненій* не могъ бы пройти черезъ русскій тазъ средній польскій плодъ и *vice versa* такой русскій плодъ не прошелъ бы черезъ польскій тазъ, такъ какъ тазы оказались бы въ одномъ и другомъ случаяхъ пространственно не соотвѣтственными. Далѣе, изъ этого сопоставленія повятно, что предѣлы нормальныхъ размѣровъ таза для различныхъ народовъ и племенъ долженъ быть различенъ, находясь въ прямой зависимости отъ среднихъ размѣровъ племеннаго плода.

Наконецъ, изъ этого сопоставленія можно вывести заключеніе, что каждый народъ или племя имѣетъ свой племенной нормальный и племенной узкій тазъ, и что масштабомъ для опредѣленія, гдѣ кончается норма и начинается суженіе, должны служить средніе размѣры зрѣлаго плода даннаго племени, при чемъ нужно имѣть въ виду полное пространственное соотвѣтствіе между размѣрами плода и таза, чего, мимоходомъ замѣчу, до сихъ поръ никто не дѣлалъ. При такой постановкѣ вопроса для опредѣленія предѣла для узкаго таза, не придется блуждать въ области предположенія, какъ это дѣлаютъ всѣ авторы, работавшіе надъ вопросомъ о частотѣ узкихъ тазовъ, не придется заимствовать величинъ предѣльныхъ размѣровъ у авторовъ другихъ народностей и свои національные тазы мѣрить ихъ мѣркою.

Мѣрка у каждой націи должна быть своя. Всякій акушеръ долженъ знать національныя особенности тѣхъ двухъ живыхъ существъ, которыя ему довѣряются, и только въ этомъ знаніи долженъ черпать силы для несенія имъ раціональной помощи; въ противномъ случаѣ, довѣряя ходячимъ цифрамъ общеевропейскихъ учебниковъ, онъ можетъ иногда принести своимъ



вмѣшательствомъ больше вреда, чѣмъ пользы, идя на перекоръ законамъ природы. Природа же, какъ выразился одинъ изъ опытнѣйшихъ клиницистовъ, во всякомъ случаѣ, лучше сдѣлаетъ свое дѣло, чѣмъ на примѣръ, тупые щипцы въ неопытныхъ рукахъ начинающаго акушера. Никогда мы не должны забывать стараго латинскаго изрѣченія: «*natura est medicatrix, medicus dum-minister naturae*».

Помня же строгій намъ завѣтъ, нашего первоучителя Амбодика «*пребудемъ всѣхъ ея (натуры) дѣйствию зрители, наблюдатели и исполнители*»<sup>19</sup>), не перестанемъ пытаться изучать природу, какъ ни разнообразны ея проявленія, чтобы быть вѣрными и исполнительными слугами всецѣло изученной нами нашей повелительницы.

## Л И Т Е Р А Т У Р А .

- 1) *Andr. Vesalii*, Bruxell. de hum. corp. fabr. libr. septem. Basil. 1543.
- 2) Цит. по *Шредеру*: Учебникъ акушерства; выпускъ первый, переводъ съ нѣмецкаго, 1889 г.
- 3) *Idem.*—4) *Idem.*—5) *Idem.*—6) *Idem.*
- 7) *G. Vrolik*. Ueber die Verschiedenheiten der Becken bei Verschiedenen Menschenraçen. Amsterdam, 1826 (цит. по реферату).
- 8) Учебникъ акушерства; выпускъ первый, стр. 10.
- 9) *Idem.*
- 10) *Antropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen*. Dorpat, 1884.
- 11) *Филатовъ А.* Матеріалы для опредѣленія формы и средней величины русскаго женскаго таза. Диссертация. Москва, 1877 г. (цит. по *Руме*, см. ниже).
- 12) *I. Balandin*. Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynaekologie, I Heft, St.-Petersburg, 1883. (цитир. по *Руме*).
- 13) *Георгій Руме*. Къ ученію о формѣ таза взрослой женщины. Тазъ русской женщины. Диссерт., Спб., 1888.
- 14) *А. Рымша*. Къ ученію о нормальномъ и узкомъ тазѣ русской женщины. Журн. „Ак. и Жен. Болѣзн.“, Т. VI, 1892 г.
- 15) *Litzmann*. Die Geburt bei eng. Beck., 1884.
- 16) *L. Stieda*. Ueber die Anwendung der Wahrscheinlichkeitsrechnung in der anthropologischen Statistik. Archiv f. Anthropologie, XIV B., 1883, (цит. по *Руме*).
- 17) Archiv. f. Anthropologie, X Bd., (цит. по *Руме*).
- 18) *И. Федоровъ*. Матеріалы къ вопросу о терапіи родовъ при узкомъ тазѣ. Диссерт., Варшава, 1891 г.
- 19) *Н. М. Амбодикъ*. Искусство повиванія или наука о бабичьемъ дѣлѣ, на 5 ч. раздѣленная и многими рисунками снабженная и т. д. 1784 г. (цит. по *Федорову*).

# РЕФЕРАТЫ.

## Обзоръ англійской акушерско-гинекологической литературы.

124. Dr. Paul Swain.—The Treatment of uterine Fibroids by abdominal section. (British Medical Journal., 21/vii, 1894, p. 116).  
Лѣченіе фиброидовъ матки посредствомъ чревосѣченія.

Было время, когда женщинъ съ фиброидами матки оставляли безъ оперативной помощи. Опытные врачи удостовѣряютъ, что многія женщины, страдавшія фиброміомами матки, выздоравливали безъ операціи. Подбрюшинныя или интерстиціальныя опухоли, даже огромныхъ размѣровъ, часто не сопровождаются никакими тяжелыми припадками; небольшія опухоли нерѣдко исчезаютъ подъ вліяніемъ беременности. Подслизистыя опухоли прорѣзываются въ формѣ полиповъ или, послѣ самопроизвольнаго разрыва ихъ сумки, выдѣляются кусками. Съ наступленіемъ климактерическаго возраста многія такія опухоли атрофируются.

Встрѣчается однако рядъ случаевъ, гдѣ эти опухоли требуютъ оперативной помощи. Невинная раньше опухоль, начинаетъ причинять тяжелыя страданія или угрожаетъ даже жизни больныхъ: разрастаясь, она сдавливаетъ важныя органы или, достигая слизистой оболочки, обусловливаетъ опасныя кровотеченія. Оставленная безъ операціи, многія изъ этихъ женщинъ умирали.

Въ послѣдніе годы усовершенствованія въ области брюшной хирургіи указали намъ путь излѣченія этихъ опухолей. Уже одно вскрытіе брюшной полости иногда влечетъ излѣченіе, даже безъ удаленія матки (hysterectomy) или ея придатковъ. Лапаротомія вліяетъ здѣсь подобно тому, какъ при туберкулезѣ брюшины. Авторъ приводитъ два случая подобнаго исхода вскрытія брюшной

полости, въ которыхъ нашли невозможнымъ удалить опухоль— и гдѣ послѣдняя послѣ операціи начала уменьшаться и вскорѣ вполне рассосалась. Въ другомъ случаѣ женщина съ огромною фиброміомой, не причинявшей ей тяжелыхъ разстройствъ, подверглась лапаротоміи по причинѣ желчныхъ камней—и черезъ 6 мѣсяцевъ опухоль уменьшилась на  $\frac{2}{3}$  ея первоначальной величины. Въ третьемъ случаѣ у больной съ обильнымъ кровотеченіемъ удалили кисту яичника; фиброміома сидѣла на задней стѣнкѣ матки и не могла быть удалена; черезъ 3 мѣсяца опухоль уменьшилась на  $\frac{1}{2}$ , оперированная забеременѣла, родила въ срокъ, а послѣ родовъ—нельзя было отыскать и слѣдовъ опухоли.

Какимъ образомъ лапаротомія вліяетъ на рассасываніе опухоли—авторъ не рѣшаетъ.

Оперативное излѣченіе фиброміомъ, достигается путемъ:

- 1) удаленія матки (hysterectomia);
- 2) вылуценія опухоли (enucleatio);
- 3) перевязкой сосудовъ и
- 4) удаленіемъ маточныхъ придатковъ.

Какой изъ этихъ способовъ предпочесть, можно опредѣлить только по вскрытіи живота, почему, приступая къ операціи, надо имѣть въ готовности все необходимое для каждой изъ этихъ четырехъ, совершенно различныхъ операцій.

Относительно *гистеректоміи*, авторъ, не входя въ описаніе подробностей, обращаетъ вниманіе на то, что при фиброміомахъ шейки мочевоы пузырь часто смѣщается кверху и можетъ быть пораненъ, что случилось однажды и автору, хотя въ этомъ случаѣ рана пузыря, зашитая Лембертовскими швами, быстро срослась. Для избѣжанія такихъ погрѣшностей, авторъ совѣтуетъ ввести въ пузырь бужъ или наполнить пузырь водой. Не менѣе важно—обращеніе съ ножкой. Теперь болѣе популярно—наложеніе на нее узловатого шва; но авторъ предсказываетъ, что этотъ способъ будетъ скоро вытѣсненъ подбрюшиннымъ шиваніемъ ножки.

Вотъ вкратцѣ методъ, котораго придерживается авторъ. По вскрытіи брюшины, матка извлекается изъ раны кнаружи; на ея нижній отрѣзокъ накладывается временная эластическая лигатура, затѣмъ дѣлается V—образный разрѣзъ, остриемъ книзу и всѣ попадающіеся сосуды перевязываются китайскимъ шелкомъ. По вырѣзываніи матки, края V—разрѣза соединяются глубокими хромо-кетгутовыми швами, а брюшина сшивается надъ культей Лембертовскими швами изъ китайскаго шелка. Во избѣжаніе послѣдующихъ кровотеченій *Swain* перевязываетъ при этомъ (предва-

нительно) маточныя и яичниковыя артеріи. Отыскиваніе послѣдней—легко, но перевязка маточной артеріи, лежащей близъ и параллельно маточной шейки, требуетъ предосторожности, чтобы не захватить въ лигатуру лежащаго рядомъ съ артеріей мочеочника.

*Вылученіе опухоли*—способъ, дающій по *Swain*'у, наибольшую смертность и не оправдывающій возлагаемыхъ на него надеждъ. Въ одномъ случаѣ авторъ оперировалъ ради удаленія измѣненныхъ придатковъ матки; въ дни послѣдней—имѣлась небольшая фиброміома. *Swain* легко вылутилъ ее, но появившееся изъ разрѣза кровотеченіе затруднило и значительно затянуло окончаніе операціи.

3-й способъ—*перевязка маточно-яичниковыхъ сосудовъ* рѣдко примѣняется; но онъ умѣстенъ тамъ, гдѣ удаленіе всей трубы или яичника невозможно.

4-й способъ—*удаленіе придатковъ*—*Swain* считаетъ наиболѣе цѣлесообразнымъ при фиброміомахъ, особенно при быстрорастущихъ опухоляхъ у молодыхъ женщинъ, при маленькихъ опухоляхъ съ огромнымъ кровотеченіемъ или тяжелыми нервными припадками. При большихъ опухоляхъ нахожденіе 1-й трубы и яичника удается легко, но 2-й трубы или яичника часто очень трудно, ибо они лежатъ въ глубинѣ тазовой полости или прижаты къ тазовой стѣнкѣ до невозможности высвободить ихъ, иногда они скрыты складкой дольчато-разрастающейся опухоли. По этому *Swain* совѣтуетъ отыскать 2-ю трубу или яичникъ *до перевязки первой*. Наложеніе лигатуры на маточный конецъ трубы влечетъ иногда *соскальзываніе* ея съ послѣдующимъ кровотеченіемъ. Въ описываемыхъ авторомъ случаяхъ соскальзываніе случилось передъ зашиваніемъ брюшной раны; кривыми *Hagedorn*'скими иглами *Swain* провелъ глубокія лигатуры черезъ ткань матки и этимъ остановилъ кровотеченіе.

Когда опухоль, разрастаясь, разъединила листки широкой связки,—операторъ обыкновенно паталкивается на большое сосудистое сплетеніе; каждый изъ сосудовъ *Sw.* перевязываетъ отдѣльно и тогда только приступаетъ къ проведенію лигатуръ черезъ трубу и удаленію ея.

При кистовидномъ перерожденіи фиброида, *Sw.* считаетъ удаленіе придатковъ противупоказаннымъ.

#### *Казуистика:*

№ 1-й. 40-лѣтняя женщина страдаетъ сильными болями въ поясницѣ, запорами и затрудненіемъ мочеиспусканія, вслѣдствіе давленія со стороны фиброміомы величиною съ апельсинъ. Регулы

правильны, не обильны. Въ маѣ 1891 г. удаление обѣихъ Фалопіевыхъ трубъ и яичниковъ съ большимъ затрудненіемъ, вслѣдствіе приращеній къ тазовымъ стѣнкамъ; умѣренное кровотеченіе. Выздоровленіе осложнилось заболѣваніемъ инфлюэнцей. Сентябрь 1892 г.: болей при мочеиспусканіи и дефекаціи нѣтъ, менструаціи прекратились.

№ 7-й. 49-лѣтняя женщина, сильныя кровотеченія и боли около 10 лѣтъ уже; лѣчилась по способу *Apostoli*. Опухоль на одинъ поперечный палецъ надъ пупкомъ; стоя, больная не можетъ удерживать мочи. Операція въ февралѣ 93 г. Лѣвые придатки извлечены изъ раны съ большимъ трудомъ, прово-сторонніе—легко; киста правой широкой связки также удалена. Лигатура соскользнула съ правой культи, что повлекло обильную кровопотерю, остановленную глубокими швами въ ткани самой матки. Выздоровленіе гладкое.

№ 9-й. 44 л., огромная міома, зондъ проходитъ на 7 дюймовъ, боли и кровотеченія. Операція въ августѣ 93 г. Правосторонніе придатки удалены, лѣво-сторонніе не могли быть удалены вслѣдствіе плотныхъ сращеній; перевязка сосудовъ на этой сторонѣ. Прекрасное выздоровленіе; объемъ живота уменьшился въ первый мѣсяць на три дюйма въ поясѣ.

№ 10-й. 43-лѣтняя, съ большою опухолью, на два пальца ниже пупка. Около года постоянныя крови и очень обильныя; больная очень слаба и съ систолическимъ шумомъ. Анестезія плохо переносится; трубы очень коротки и удалены съ трудомъ. Умерла отъ истощенія и шока на 3-й день послѣ операціи.

№ 11-й. 40 лѣтъ. Большой фиброидъ въ толщѣ маточной стѣнки. Беременность двухъ мѣсяцевъ. Задержка въ мочеиспусканіи и дефекаціи. *Удаленіе матки*; ножка по внутри-брюшинному способу. Первые три дня все шло отлично, потомъ развилась острая манія (въ родѣ пуэрперальной) и больная умерла на 7-й день. Вскрытіе: въ полости живота все нормально, ножка (культа) почти зажила.

*М. Гинзбургъ.*

125. Dr. Joseph Eve Allen.—The aseptic Dressing of the Umbilical Stump. (Americ. Journ. of obstetrics, 1894, IV, p. 457—461). **Асептическая перевязка пуповины.**

Протестуя противъ рутинной перевязки акушерками пуповины новорожденныхъ, д-ръ *Allen* приводитъ рядъ фактовъ, указывающихъ на зараженіе дѣтей этимъ путемъ; смерть ихъ отъ

столбняка, рожи, дифтерита и септицемии онъ приписываетъ загрязненію перевязки пуповины.

Нѣжныя ткани открытыхъ концовъ пупочныхъ венъ и лимфатическихъ сосудовъ, при теплотѣ тѣла ребенка, служатъ отличной питательной средой для разращенія случайно попадающихъ туда микроорганизмовъ.

Нью-Йоркскій проф. *T. M. Prudden*, изслѣдуя пуповины умершихъ въ мѣстномъ пріютѣ дѣтей, въ каждомъ трупикѣ находилъ массу стрепто- и стафилококовъ и даже въ *воздухъ пріютскихъ комнатъ* находилъ тѣже кокки, вполне жизнеспособные. Опуская извѣстные изъ бактериологіи изслѣдованія *Kitasato*, *Escherich'a*, *Fränkel'я* и др. о свойствахъ разныхъ микроорганизмовъ и птомаиновъ тетани и т. п., приведу только то, что эти кокки въ темной и прохладной средѣ остаются жизнеспособными безконечно долго и что растворы сулемы (1:1000) убиваютъ ихъ только черезъ 3 часа, а по прибавкѣ соляной кислоты (15%), черезъ  $\frac{1}{2}$  часа.

Далѣе *Allen* напоминаетъ процессъ отпаденія пуповины: испареніе Вартовіановой студени, высыханіе тканей пуповины и кольцевидное сокращеніе покрововъ живота, что ведетъ къ сухому отпаденію пуповины. Мокнущая, гноящаяся поверхность пупочнаго кольца—доказательство зараженія, по увѣренію проф. *Lewis Smith'a* въ Нью-Йоркѣ.

На основаніи сказаннаго *Allen* предлагаетъ *асептическую* перевязку пуповины слѣдующаго рода.

На пуповину накладываются 2 стерилизованнаго шолка лигатуры не ближе  $2\frac{1}{2}$  дюймовъ отъ животика и, перерѣзавъ пуповину, отдають ребенка акушеркѣ для купанья. Врачъ тѣмъ временемъ старательно вымываетъ свои руки мыломъ и щеткой и погружаетъ ихъ въ растворъ сулемы (1:1000), которымъ обмываетъ и конецъ пуповины на ребенкѣ. Затѣмъ врачъ перерѣзаетъ пуповину повыше конца ея, выжимаетъ изъ него студенистыя части, обмываетъ пуповину тѣмъ же растворомъ и вновь перевязываетъ ее приготовленнымъ для того шелкомъ, обмываетъ сулемой отрѣзъ ея и обвертываетъ ее въ 4-ро сложенной стерилизованной марлей, смоченной въ химически чистомъ глицеринѣ, не раздражающемъ кожи и способствующемъ высыханію пуповины, отпадающей при такой перевязкѣ большею частью на 3-й день. Перевязку (марлю) мѣняютъ 2 раза въ день, также какъ и стерилизованный-же фланелевый бинтикъ для удержанія ея.

По отпаденіи пуповины, кольцо присыпаютъ аристомемъ и прикрываютъ сухою марлей.

Шелкъ для перевязки готовится такъ: его вымачиваютъ въ растворѣ сулемы (1:500)  $\frac{1}{2}$  часа, а затѣмъ опускаютъ въ 2% смѣсь іодоформа съ эфиромъ, высушиваютъ и держатъ въ закрытомъ сосудѣ.

При изслѣдованіи отпавшихъ пуповинъ, онѣ оказались стерильными.

При изъязвленіи пупочнаго кольца, т. е. при зараженіи его по *Allen*'у, обмываютъ кольцо 2% растворомъ сулемы, прижигаютъ крандашемъ ляписа и, присыпавъ аристомемъ, перевязываютъ сухой марлей.

(У насъ д-ра *Львовъ* (въ Казани) и *Иноесъ* (въ Москвѣ) рекомендовали тоже антисептическія перевязки пуповины, но пока это еще голоса вопіющихъ въ пустынѣ; нужно перевоспитать нашихъ акушеровъ, чтобы распространить такой способъ).

*М. Гинзбургъ.*

126. Dr. A. H. Buckmaster.—The Vaginal Anus and its Treatment, as illustrated by the Report of a Case and a Suggestion for a Method of Forming an artificial Sphincter. (New-York Med. Journ., 1894, 11/viii, p. 168—176). Anus vaginalis и его лѣченіе съ сообщеніемъ одного случая и планомъ образованія искусственнаго сфинктера.

Dr. *Buckmaster*'у привели 7-лѣтнюю дѣвочку съ врожденнымъ отсутствіемъ задне-проходнаго отверстія, вмѣсто котораго у ребенка существовало сообщеніе прямой кишки съ влагалищемъ, черезъ которое у него выдѣлялись каловыя массы непроизвольно. Послѣ перваго осмотра ребенка въ 1887 году, *Buckmaster* отказался отъ операціи; но когда въ 1892 году, ему вторично привели эту больную съ настойчивой просьбой помочь ребенку, хотя бы съ рискомъ для жизни, несомненно мучительной въ ея настоящемъ положеніи, *B.* согласился оперировать дѣвочку. Онъ изучилъ литературу этой аномаліи, приводитъ 51 случай ея и составилъ себѣ планъ новаго способа производства операціи. Первое описаніе названной аномаліи относится къ 1529 году: нѣкій *Benivenius* въ Базелѣ описалъ случай смерти 16 лѣтней дѣвочки отъ этой болѣзни. Рѣдкость ея видна изъ того, что *Collins* (Rotunde Hospital въ Лондонѣ) видѣлъ ее одинъ разъ изъ 16.000 изслѣдованныхъ имъ акушерскихъ случаевъ. *Winckel* въ Дрезденѣ—одинъ разъ изъ 12,000 случаевъ. Говоря о показаніяхъ, *B.* различаетъ двѣ



формы этой аномалии. Въ первой—больныя удерживаютъ калъ и, если recto-vaginal'ное отверстіе не очень мало, *B.* не совѣтуетъ операціи. Во второй—выдѣленіе фекальныхъ массъ произвольно, операція—необходима; если отверстіе во влагалищѣ не очень мало—*B.* совѣтуетъ отложить операцію до 15 лѣтняго возраста. Способъ *Buckmaster'a* состоитъ въ слѣдующемъ: 1) Предварительно, до анестезіи, *B.* убѣждается въ положеніи levatorá ani. Въ фистулу вводится зондъ и проводится за levator ani; окровы и подлежащія ткани расщепляются по зонду; будущій anus долженъ находиться на мѣстѣ перекреста пучковъ levator'a ani. Вскрытый конецъ кишки отсепаровывается, а кожа расщепляется ззади еще сантиметра на два. Притянутый книзу конецъ кишки укрѣпляется такъ, чтобы не было натяженія его ткани, чтобы притягивающей шовъ не прорѣзался. *Buckmaster* притянулъ было кишку нѣсколькими швами; но въ виду сильнаго напряженія и опасенія прорѣзыванія ихъ, *Buckmaster* распоролъ ихъ и оставилъ одинъ только шовъ; если бы и въ послѣднемъ случаѣ натяженіе шва было очень велико, *B.* совѣтуетъ произвести операцію въ два срока, отложивъ пришиваніе конца кишки къ кожѣ на нѣкоторое время. Больной можно дозволить встать на 10-й день. 2-й актъ операціи состоитъ въ образованіи промежности. Разстояніе между ненормальнымъ отверстіемъ и уретрой влияетъ на удачу этого акта, который требуетъ особеннаго навыка въ производствѣ пластическихъ операцій. Въ случаѣ *Buckmaster'a*, удалось образовать заднюю стѣнку влагалища и переднюю промежность. 3-й актъ операціи. Цѣль его—образованіе запирательнаго аппарата для recti путемъ расщепленія levator'a ani и укрѣпленіи волоконъ его вокругъ новообразованнаго отверстія ani. *Buckmaster* въ своемъ случаѣ еще не сдѣлалъ этого.

9 прекрасныхъ рисунковъ иллюстрируютъ анатомическія и техническія данныя, касающіяся этой операціи, идею которой авторъ заимствовалъ у *Emmet'a*, создавшаго уретру въ одномъ случаѣ дефекта ея.

*М. Гинзбургъ.*

127. **Dr. Fetherstone.—Rupture of the Uterus, successfully treated by hysterectomy.** (Lancet, 3/II, 1894, p. 307). **Разрывъ матки, успѣшно излѣченный вырѣзаніемъ матки.**

Д-ръ *Fetherstone* (Victoria въ Австраліи) сообщилъ такой случай. 35-ти лѣтняя, многороженица, беременная, ночью вдругъ заболѣла. *Fetherstone* засталъ ее въ состояніи коляпса; головка прощупывалась гидроцефалической, изъ матки выдѣлялось много крови.

*F.* сдѣлалъ перфорацию головки, поворотъ и извлеченіе; такъ какъ кровотеченіе не прекращалось, онъ, подъ анестезіей эфиромъ, вскрылъ полость живота, перевязалъ маточныя артеріи; наложилъ пять лигатуръ на нижній отрѣзокъ матки, отрѣзалъ матку выше лигатуръ, вшилъ культю ея въ нижній уголъ брюшной раны и зашилъ послѣднюю. Больная выздоровѣла. *М. Гинзбург.*

128. **Thomas Keith.**—On Surpa-pubic fixation of the Uterus in certain cases of retroversion and prolapse. (Lancet, 1894, 22/ix, p. 679). **Надлобковое прикрѣпленіе матки въ нѣкоторыхъ случаяхъ наклоненія и выпаденія матки.**

У 45-лѣтней, I роженицы, роды окончены однимъ молодымъ врачомъ трудными щипцами въ 1867 году. Проф. *Keith* видѣлъ ее черезъ 2 недѣли. Vagina и rectum представляли одну полость; разрывъ кишки простирался на нѣсколько дюймовъ; края разрыва представлялись неровными, нагноеніе было страшное, нѣкоторыя части рукава были близки къ омертвенію. Врачъ, извлекавшій щипцами ребенка, производилъ операцію, будучи больнымъ, почему поврежденія оказались столь обширными. Черезъ 6 мѣсяцевъ больная не поправилась и испражненія выдѣлялись произвольно при каждомъ движеніи больной. Язвы зарубцевались, матка оказалась опущенной, видной изъ половой щели. Повторными операціями д-ръ *Keith* зашилъ: 1) разрывъ кишки до сфинктера, 20-ю швами, по 5—6 на дюймъ; 2) сфинктеръ recti и промежность. Произвольное выходженіе испражнений было устранено и больная, поправившись, вышла рано изъ больницы. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ промежность разслабла, длинная шейка матки торчала изъ половой щели послѣ хожденія и т. п.; матка была велика, дно ея давило на прямую кишку. Пессаріи не помогали. Выпала часть пузыря и появились мучительные припадки раздраженія его. Лѣтомъ 1869 г. *K.* произвелъ ей такую операцію. Матка приподнята посредствомъ введеннаго въ нее зонда къ брюшной стѣнкѣ; въ послѣдней сдѣланъ разрѣзъ около 2-хъ стм. длины и по пальцу захвачена корнцангомъ правая широкая связка; она была притянута кверху пока въ ранѣ показалась матка и жомъ наложенъ на связку у самой матки. Рана зажила съ приращеніемъ къ ней связки даже на большемъ протяженіи, чѣмъ предполагалось. Оперированная чувствовала себя прекрасно, вернулась домой и занималась тяжелой работой. Въ теченіи многихъ лѣтъ матка удерживалась высоко въ тазу, будучи подвижной.

Впоследствии *Keith* видоизменилъ этотъ способъ слѣдующимъ образомъ, вытянувъ въ небольшой разрѣзъ живота возможно большую часть широкой связки вмѣстѣ съ яичникомъ, *Keith* перевязывалъ связку крѣпкимъ шелкомъ и, по образованіи культи, зашивалъ разрѣзъ пятью швами, не ущемляя ножки, удерживаемой жомомъ, захватывающимъ очень мало брюшины. Ножка смазывалась полуторохлористымъ желѣзомъ и рана заживала такъ гладко, что, по виду ея, нельзя было узнать примѣненіе жома, ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ не было ни грыжи, ни нагноенія; брюшина такъ плотно приростала къ ножкѣ, что отдѣляемое раны не могло попасть въ брюшную полость и обусловить септическое зараженіе. *Keith* произвелъ множество операцій по этому способу.

Онъ описываетъ страданія одной богатой леди изъ Нью-Йорка, которая лѣчилась у многихъ знаменитостей Новаго и Старога Свѣта (и у него въ 1880), но болѣзненные явленія, зависѣвшія отъ *retroflexio uteri*, все ожесточались. Въ 1883 году *Keith* произвелъ у ней лапаротомію. Матка не была прирощена и, приподнятая впереди, она сейчасъ же опять опускалась къзади, увлекая за собой яичники. Лѣвая труба казалась подозрительно измѣненной и была удалена; правая широкая связка захвачена жомомъ и укрѣплена въ нижнемъ углу раны какъ при оваріотоміи съ внѣбрюшиннымъ укрѣпленіемъ культи. На 12-й день пациенткѣ дозволено сидѣть; на 16-й день она, сидя у окна, простудилась (? Реф.) и у ней появилась *phlegmasia* лѣвой ноги, тянувшаяся нѣсколько недѣль. По выздоровленіи, *Keith* видѣлъ больную по временамъ въ теченіи 8 лѣтъ и она пользовалась эти 8 лѣтъ прекраснымъ здоровьемъ, предпринимая дальнія путешествія, катаясь по долгу верхомъ и т. п. Умерла отъ *sarcoma retro-peritonealis* и вскрытіе указало, что „матка посредствомъ широкой связки прирощена къ рубцу на протяженіи одного дюйма при полной подвижности матки“.

У 3-й женщины, долго страдавшей отъ наклоненія матки къзади съ выпаденіемъ матки, сынъ проф. *Keith*'а произвелъ операцію по способу *Александра*; черезъ 4 мѣсяца болѣзненные явленія возобновились. Операціей по вышеуказанному способу достигнуто прочное излѣченіе; матка, при изслѣдованіи черезъ 2 года, оставалась высоко въ тазу и была подвижна; еще 3 года спустя оперированная чувствовала себя хорошо. Съ 1869 проф. *Keith* произвелъ описанную операцію 34 раза и его сынъ, хирургъ женской больницы въ Нью-Йоркѣ—70 разъ, почти всегда ради излѣченія ретроверзии, только немногія—ради выпаденія матки. Во

всѣхъ случаяхъ достигнуто не только временное, но прочное излѣченіе. Способъ *Keith*'а влечетъ гораздо меньше опасности, чѣмъ пришиваніе самой матки къ брюшнымъ покровамъ, дающей 10% смертности, какъ это видно изъ недавно опубликованной статистики *ventrofixationis*.

Преимущества операціи *Keith*'а передъ послѣдней: 1—матка остается свободной, 2—она неподвижна; не выгоды: нужно удалить 1 яичникъ. Но остающійся яичникъ другой стороны достаточенъ, чтобы не сдѣлать женщину калѣкой. Пришиваніе правой связки, предпочтительнѣе лѣвой, для того чтобы не укорачивать брызжейку (*mesocolon*) лѣвой стороны. Когда *Keith* вшивалъ въ рану лѣвую связку, выхожденіе газовъ изъ прямой кишки было затруднено. Изъ (послѣднихъ ?) 52 операцій *Keith*'а ни одна не умерла.

М. Д. Гинзбургъ.

129. Dr. Henry Stroehan (въ Ямайкѣ).—*Imperforat anus; operation nine month after birth; recovery.* (*British Med. Journ.*, 1894, 18/viii, p. 366). Врожденный недостатокъ задне-проходнаго отверстія; операція черезъ девять мѣсяцевъ послѣ рожденія; выздоровленіе.

Ребенокъ 9-и мѣсяцевъ отъ роду ни разу не испражнялся, но изъ точечнаго отверстія на передней части промежности просачивалась у него жидкость съ фекальнымъ запахомъ. Ребенокъ началъ страдать, повидимому, только послѣднія 2—3 недѣли.

При обследованіи ребенка оказалось, что у него отверстія задняго прохода нѣтъ; слѣпой конецъ прямой кишки не прощупывается и при глубокомъ давленіи, при чемъ капля жидкости выступаетъ на передней части промежности. Въ это отверстие введенъ тонкій зондъ, проникающій вглубь, по всей вѣроятности до слѣпаго конца прямой кишки; животикъ ребенка растянутъ, мягокъ, общее состояніе ребенка—не дурно. Операція: разрѣзъ покрововъ на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ обычному нахожденію *ani*; тщательнымъ разрѣченіемъ тканей на одинъ дюймъ глубины *St.* достигъ до кишки, не поранивъ при этомъ брюшины. Надрѣзъ кишки ножницами, низведеніе краевъ надрѣза до кожи и пришиваніе ихъ къ ней. Изъ кишекъ выдѣлилось огромное количество твердыхъ и полутвердыхъ фекальныхъ массъ. Выздоровленіе безъ осложнений. Этотъ случай указываетъ, какъ долго ребенокъ можетъ жить при *anus imperforatus*, если только жидкія части фекальныхъ массъ (и газы) выдѣляются посредствомъ фистулезнаго хода, толщиною въ воронье перо. Накопленіе твер-

дыхъ массъ начало беспокоить ребенка только по истеченіи девяти мѣсяцевъ. Обыкновенная смертность отъ этой операціи очень высока; здѣсь вѣроятно большій возрастъ и крѣпость 9-ти мѣсячнаго ребенка способствовали благополучному исходу.

*М. Гинзбургъ.*

130. **Dr. Stavely.—Myomectomy during Pregnancy.** (British Med. Journ., 14/vii 1894). **Статистика исцѣленій миомъ у беременныхъ.**

Dr *Stavely* собралъ 33 случая этой операціи. Смертность = 8 или 24,25% матерей; изъ нихъ у 2-хъ, вслѣдствіе кровотечения, у 1—отъ болѣзни аорты, у 1—отъ воспаленія брюшины; 3 умерли послѣ аборта, 1—отъ невыясненной причины. Изъ этихъ операцій 24 произведены съ 1884 г.; исключая 9 случаевъ, оперированныхъ до 1884 г., процентъ смертности понизится до 16,66%; а въ 17 случаяхъ, оперированныхъ съ 1889 года, смертность равна 11,75%. Смертность дѣтей: 30% или 9 абортотъ и 1 преждевременные роды. 20 изъ оперированныхъ беременныхъ женщинъ разрѣшились въ срокъ живыми дѣтьми, у 1—произошли преждевременные роды черезъ 6 мѣсяцевъ послѣ операціи; о 3-хъ умершихъ не отмѣчено, произошелъ ли у нихъ выкидышъ или нѣтъ.

Относительно опухолей отмѣчено: 16 миомъ стебельчатыхъ; изъ нихъ 4 умерли послѣ операцій (въ томъ числѣ одна съ поражениемъ аорты); 1 абортировала, 1 умерла послѣ разрѣшенія мертво-рожденнымъ ребенкомъ. Изъ 15 миомъ съ широкимъ основаніемъ у 6 женщинъ произошли выкидыши и 4 умерли. *Stavely* высказываетъ, что при настоящемъ усовершенствованіи лапаротоміи, удаленіе опухолей матки у беременныхъ должно считать относительно безопасной и оправдываемой операціей.

*М. Гинзбургъ.*

131. **Dr. Giles.—Temperatur after Delivery in Relation to the Duration of Labour.** (The British Medic. Journ., 14/vii, 1894, p. 70). **Вліяніе продолжительности родовъ на послѣродовую температуру.**

Д-ръ *Giles* измѣрялъ температуру въ 600 случаяхъ нормальныхъ родовъ, дабы прослѣдить вліяніе продолжительности ихъ на температуру послѣродоваго періода. *Giles* дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) Среднее повышение температуры, обусловливаемое родами, незначительно: 98,7° F. (= circa 37° C.). 2) Продолжительность 1-го періода родовъ мало вліяетъ на температуру послѣ-

родового періода. 3) Продолжительность 2-го періода родовъ рѣзко отражается на колебаніяхъ температуры послѣ родовъ. 4) Въ какіе-бы часы дня или ночи не произошло родоразрѣшеніе, это вообще мало вліяетъ на послѣдующія температуры, хотя она нѣсколько выше, если разрѣшеніе произошло между 12 ночи до 4 часовъ утра и между 4 до 8 послѣ полудня. 5) Если въ теченіи 2-го періода родовъ роженицѣ дается хлороформъ, температура послѣ того обыкновенно низка, если 2-й періодъ протекалъ даже долго: въ 15 случаяхъ со 2 періодомъ родовъ въ 2 час. 40 мин. температура не повышалась болѣе  $98,7^{\circ} = 37,0^{\circ} \text{C}$ . 6) Тоже наблюдается при употребленіи хлороформа ради наложенія щипцовъ: въ 26 случаяхъ съ средней продолжительностью 2-го періода въ  $3\frac{1}{2}$  часа послѣродовая температура поднялась только до  $98,8^{\circ}$  ( $37,0^{\circ} \text{C}$ ). 7) Въ 12 случаяхъ нормальныхъ родовъ съ примѣненіемъ внутриматочныхъ душей, температура послѣ родовъ была  $99,7^{\circ}$  ( $=37,5^{\circ}$ ), при средней продолжительности 2-го періода родовъ въ 35 минутъ.

*М. Гинзбургъ.*

132. **Dr. G. E. Herman**, предсѣдатель Лондонскаго акушерскаго общества.—**On the change in size of the cervical canal during menstruation.** (The British Medic. Journ., 14/vii, 1894, p. 70). **Объ измѣненіи канала маточной шейки во время менструаціи.**

Напомнивъ членамъ Лондонскаго акушерскаго общества о существующемъ разногласіи относительно пространственнаго измѣненія канала шейки во время менструаціи, который по мнѣнію однихъ суживается отъ набуханія его слизистой оболочки, а по мнѣнію другихъ—расширяется, *Herman* изложилъ результаты своихъ изслѣдованій, а именно: 1) Во время менструаціи появляется легкое расширеніе канала. 2) Наибольшая величина расширенія замѣчается на 3-й или 4-й день регуль. 3) Расширеніе наблюдается одинаково у женщинъ съ обильной или скудной менструаціей, съ болью или безъ нея и между названными явленіями и степенью расширенія нѣтъ никакой взаимной зависимости.

Д-ръ *Routh* добавилъ къ этому слѣдующее: у женщинъ, у которыхъ внѣ періода регуль нельзя провести зонда въ матку, зондъ свободно проходитъ въ послѣднюю въ дни регуль; боли, часто бывающія вслѣдствіе припуханія слизистой оболочки матки до менструаціи, прекращаются съ установкой менструаціи, т. е. съ наступленіемъ расширенія канала маточной шейки. Дизменоррея часто зависитъ отъ спазма матки, иногда отъ искривленій ея, которыя въ это время нѣсколько выравниваются; эти боли обыкновенно

венно уменьшаются на 3-й или 4-й дни регуль, т. е. когда каналъ шейки наиболѣе расширяется.

*М. Гинзбургъ.*

133. **Dr. Bell.**—**Retained Menses with Perforation into Bladder.** (Brit. med. Journ., 21/vii, 94, p. 130). **Задержавшіяся мѣсячныя съ прободеніемъ въ мочевою пузырь.**

*Dr. Benjamin Bell* описалъ слѣдующій рѣдкій случай *задержки мѣсячныхъ съ изліяніемъ накопившейся крови въ мочевою пузырь.* Одна акушерка привезла въ больницу свою пациентку, будто беременную на 6 мѣсяцѣ и страдающую сильными болями и истощеніемъ. При осмотрѣ больной гимень оказался очень утолщеннымъ, съ точечнымъ отверстіемъ, изъ котораго сочилась септически-разложившаяся жидкость, отверстіе мочевого канала было очень растянутымъ. Больной сдѣланъ проколъ *hymen'a* троакаромъ, отверстіе расширено и полость рукава промыта дезинфицирующими жидкостями. Больная выздоровѣла. Въ стѣнкѣ влагалища оказалось отверстіе, ведущее въ мочевою пузырь. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ пациентка вновь пришла за совѣтомъ въ больницу, у ней оказалась нормальная беременность на второй половинѣ. При этомъ пациентка созналась, что до перваго поступления въ больницу, она часто имѣла *coitus*, что при бывшей у ней не-растяжимости гимена и выяснило причину бывшаго у ней раньше растяженія наружнаго отверстія уретры.

*М. Гинзбургъ.*

134. **Dr. Lloyd G. Smith.**—**On five Cases of hydrocele in the Female.** (British medic. Journ., 28/viii, 94, p. 179—180). **Пять случаевъ водянки большой половой губы.**

*Hydrocele* въ большихъ губахъ у женщинъ—болѣзнь очень рѣдкая; она часто смѣшивается съ грыжей. Какъ извѣстно, брюшинный отростокъ опускается вмѣстѣ съ круглыми связками по паховому каналу на третьемъ мѣсяцѣ утробной жизни зародыша, зарощеніе канала происходитъ по рожденіи ребенка. Незарощеніе канала на всемъ его протяженіи влечетъ грыжу, на нижнемъ отрѣзкѣ—*hydrocele lab. pudend. major*.

Авторъ наблюдалъ въ послѣдніе годы пять случаевъ этой болѣзни. Легкія формы ея, не причиняя боли, ускользаютъ отъ врачебнаго наблюденія и болѣзнь эта, вѣроятно, не такъ рѣдка, какъ принято думать. Изъ казуистики автора привожу одинъ только случай. Женщина 43 лѣтъ; за 6 лѣтъ до поступления въ больницу имѣла нарывъ въ правой половой губѣ, вскрытый

врачемъ; черезъ нѣсколько лѣтъ у ней образовалась опухоль на лѣвой половой губѣ; докторъ захлороформировалъ больную съ цѣлью вправленія предположенной грыжи. Вправление не удалось. Тогда больная поступила въ больницу. Опухоль величиною съ воложскій орѣхъ, находилась въ верхней части лѣвой половой губы; при кашлѣ—не измѣнялась; она сообщалась съ паховымъ каналомъ узкимъ ходомъ; прежде была меньше и безболѣзненна, послѣдніе дни—стала болѣть. Ни слабости, ни запоровъ не было. Подъ хлороформомъ авторъ обнажилъ кисту; она была блестящей, дольчатой, тонко-стѣнной; при вылученіи ея она разорвалась и изъ нея вылилась темная жидкость, а въ верхней части ея найденъ небольшой свертокъ крови. Ножка опухоли имѣла сходство съ яичниковой бахромкой (*fimbria ovarica*, т. е. связки). Рана зашита и зажила первымъ натяженіемъ. *М. Гинзбургъ.*

135. Dr. E. B. Cragin.—What are the Indications for a vaginal Examination? (*Americ. Journ. of obstetrics etc*, 1894, IV, p. 515).  
**Какія существуютъ показанія къ изслѣдованію женщинъ черезъ влагалище?**

Авторъ сдѣлалъ докладъ объ этомъ медицинскому обществу Цинцинати. Онъ разсматриваетъ отдѣльно 3 различныя эпохи жизни женщины: 1) періодъ дѣвственности, 2) полного развитія половой жизни и 3) увяданія (климактерій). Въ 1-мъ показанія къ осмотру рѣдки. Однако недостатки развитія половыхъ органовъ у дѣвушки, готовящейся выйти за мужъ, требуютъ изслѣдованія такой дѣвушки. Дизменоррея, не уступающая общему лѣченію или постоянныя боли въ нижней части живота—также даютъ право осмотрѣть дѣвушку. Въ Америкѣ осмотръ въ 1-й разъ дѣлается подъ анестезіей во избѣжаніе боли и моральнаго шока.

Не приводя показаній автора къ осмотру замужнихъ женщинъ, укажу только на его совѣтъ, изслѣдовать *каждую родильницу* по истеченіи 3-хъ мѣсяцевъ послѣ родовъ, чѣмъ можно, по его мнѣнію, предупредить многія болѣзни женщинъ: смѣщенія матки и т. п. Послѣдній совѣтъ его былъ поддержанъ нѣсколькими членами общества. Въ 3-мъ періодѣ всякое расстройство въ отдѣленіяхъ: бѣли, крови даютъ поводъ къ осмотру, которымъ подъ-часъ можно узнать раннія фазы раковаго пораженія шейки и спасти женщину.

*М. Гинзбургъ.*



136. Adenot.—Traumatic Paralysis by Compression of the Sacral plexus during Labor. (Americ. Journ. of Obstetries etc., 1894, 1/v, p. 570; Nouv. arch. d'Obst. et de Gyn., 1893, XI). Травматическій параличъ вслѣдствіе прижатія крестцовога нервного сплетенія во время родовъ.

Эта форма паралича встрѣчается рѣже чѣмъ гемиплегія, параличъ и личные параличи вслѣдствіе пораженія почекъ, зависящаго отъ беременности. Нѣкоторые отрицаютъ вовсе такое происхождение параличей (*Churchill*); другіе, не отрицая существованія ихъ, приписываютъ параличи не давленію головки, а щипцамъ. Ошибочность послѣдняго мнѣнія доказывается случаемъ *Bianchi*, въ которомъ роженица жаловалась на онѣмѣніе ноги за 4 часа до наложенія щипцовъ. *Burns* и *Jaccoud* наблюдали подобные параличи и послѣ нормальныхъ родовъ. Изъ нервовъ тазовой полости—*cruralis* защищенъ *m.m. psoos* и *iliacus*, *n. sciaticus*—крестцовыми позвонками, крестцовые же нервы лежатъ болѣе кзади и подвергаются давленію со стороны головки. Если изгнаніе головки замедляется и особенно при неправильности механизма родовъ, когда затылокъ долго давить на боковыя части крестца, крестцовые нервы подвергаются продолжительному травматизму и тогда можетъ произойти названный параличъ.

(Референтъ наблюдалъ 2 раза подобные параличи при затянувшихся родахъ, оконченныхъ въ обоихъ случаяхъ прободеніемъ головки и краниоклазіей, при незначительныхъ суженіяхъ таза, но послѣ безуспѣшныхъ попытокъ извлеченія дѣтей щипцами, произведенныхъ другими врачами, пригласившими референта для совместнаго окончанія тѣхъ родовъ. У одной излѣченіе наступило черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, у другой болѣзнь улучшилась, но осталось прихрамываніе на одну ногу). *М. Гинзбургъ.*

---

Редакторы: { *Д. Оттъ.*  
*Л. Личкусъ.*

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

- 1) *Е. Я. Дюковъ*. Что такое гомеопатія? Харьковъ, 1895.
  - 2) *В. О. Снегиревъ*. Маточныя кровотеченія. Второе изданіе, Москва, 1895 г.
  - 3) *Е. Saalfeld*. Перелой и бракъ. Переводъ С. Вѣлицъ-Геймана, Москва, 1895 г.
  - 4) *Э. Меркъ*. Дармштадтъ, Отчетъ за 1894 годъ.
-

# 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 отдѣлъ. 7) Свѣдѣнія и изслѣдованія, относящіяся къ устройству и состоянію ученой, учебной, административной и хозяйственной части Университета. 8) Свѣдѣнія о состояніи коллекцій, кабинетовъ, музеевъ и другихъ учебно-вспомогательныхъ заведеній Университета. 9) Годичные отчеты по Университету. 10) Отчеты о путешествіяхъ преподавателей съ учеными цѣлями. 11) Разборы диссертаций, представляемыхъ для полученія ученыхъ степеней, соисканій награды, pro venia legendi и т. п., а также и самыя диссертации. 12) Рѣчи, произносимыя на годичномъ актѣ и въ другихъ торжественныхъ собраніяхъ. 13) Вступительныя, пробныя, публичныя лекціи и полные курсы преподавателей. 14) Ученые труды преподавателей и учащихся. 15) Матеріалы и переводы научныхъ сочиненій.

Указанныя статьи распредѣляются на двѣ части:—1) *официальную* и протоколы, отчеты и т. п., 2)—*неофициальную* (статьи научнаго содержанія), съ отдѣлами—*критико-библиографическимъ*, посвященнымъ критическому обзорѣню 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

## ОБЪЯВЛЕНИЯ.

объявлено особо. Подписчики **Извѣстій**, при выпискѣ приложений, пользуются уступкою 20<sup>0</sup>/о.

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.-Петербургъ, на Малую Садовую, № 4, и въ Кіевъ, на Крешатикъ, въ книжный магазинъ его же, или непосредственно въ Правленіе Университета Св. Владимира. Редакторъ **В. Иконниковъ**.

# Z D R O W I E

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

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

Nagrodzone dwoma medalami złotymi 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
Cena pojedynczego numeru 45 kop.	

Prenumerować najlepiej w Redakcji. W Austrii można prenumerować w administracji Przeglądu lekarskiego w Krakowie.

### Cena ogłoszeń:

Za całą stronę rs. 12, za 1/2 str. rs. 6, za 1/4 str. rs. 4.

Adres Redakcji: 25 S-to Krzyżka 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 **Lanelongue** (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 inferieur; 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 за границей.—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 ЖУРНАЛЬ

# „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 невропатологии и психіатріи съ судебно-медицинской казуистической, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологии и эмбриологии нервной системы, нервной физиологии и психологии.

## Объявления.

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. Шова* (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 спеціальностямъ.
- 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.

2—(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.**

Выходитъ 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). 2—(3)

---