

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОСНО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНИЯ.

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

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕН-
СКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА
СВ. ВЛАДИМИРА ВЪ КИЕВѢ.

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

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

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ХАРЬВОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Д. О. ОТТА,

И

Л. Г. ЛИЧКУСА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ IX.

ОКТАБРЬ 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.

ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

ОКТАБРЬ 1895, № 10.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Случай полного выворота матки послѣ родовъ.

Н. К. Неёлова. ¹⁾

19-го декабря 1894 года, ко мнѣ была прислана однимъ земскимъ товарищемъ больная Элеонора М—ко, съ диагнозомъ *polypus uteri*. Приѣхавъ къ больной въ гостинницу, я засталъ ее въ очень плохомъ видѣ: мертвенно-блѣдная, съ очень слабымъ пульсомъ, съ t° до $40,0^{\circ}$; изъ влагалища выдѣлялась грязноватая кровь, съ сильно-гнилостнымъ запахомъ. Больная немедленно была отправлена въ больницу, гдѣ тщательное изслѣдованіе дало слѣдующее: больная средняго роста, костная система развита правильно, мышпы и кожа дряблы; наружные покровы очень блѣдны; видныя слизистыя оболочки очень блѣдны съ цианотическимъ оттѣнкомъ; сердце, легкія и моча нормальны. Наружные половые органы, сильно запачканные грязновато-красной жидкостью, нормальны; разрывъ промежности первой степени; половая щель немного зияетъ; на 2 сант. отъ входа во влагалище палецъ наталкивается на круглое, довольно мягкое и какъ бы эластическое тѣло, напоминающее, по первому впечатлѣнію, родившійся фиброзный полипъ; тѣло это, величиной въ нѣсколько увеличенную матку, имѣетъ лишь внизу круглыя очертанія; выше оно суживается и переходитъ въ небольшой желобокъ, ограниченный наружнымъ зѣвомъ матки. На мѣстѣ тѣла матки ощупывается небольшое твердое образование, величиной въ нѣсколько увеличенный яичникъ; образование это закрываетъ собой воронку, которой въ данномъ случаѣ ощупать не удастся; въ сводахъ ничего патологическаго не ощупывается. При осмотрѣ зеркалами описанное тѣло представляется грязно-сѣраго цвѣта, мѣстами даже совер-

¹⁾ Сообщено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. (См. протоколъ № 72).

шенно черного; при самомъ легкомъ дотрогиваніи, тѣло это довольно сильно кровоточить. Т° тѣла у больной 39,6° Ц., пульсъ 120, очень слабый и легко сжимаемый; больная не можетъ двигаться безъ посторонней помощи.

Изъ разспросовъ больной и привезшихъ ее—ея мужа и акушерки,—выяснилось слѣдующее: больная теперь имѣетъ 32 года; въ дѣтствѣ она пользовалась хорошимъ здоровьемъ. Первые регулы получила на 14 году; замужъ вышла 1 годъ тому назадъ; родила въ срокъ 18-го ноября 1894 г., т. е. почти 2 мѣсяца тому назадъ; роды происходили безъ акушерки, и больная все время была на ногахъ, такъ что ребенокъ упалъ на полъ. Послѣ рождения ребенка прибыла повитуха и заставила больную тужиться надъ горшкомъ, при чемъ сама въ это время потягивала за пуповину; мѣсто вышло и вслѣдъ за нимъ было такое кровотеченіе, что больная потеряла сознаніе. Затѣмъ, послѣродовой періодъ прошелъ съ небольшими повышеніями температуры и при небольшихъ кровянистыхъ отдѣленіяхъ; на третьей недѣлѣ послѣ родовъ появилось, безъ всякой видимой причины, сильное кровотеченіе, которое съ небольшими перерывами продолжается и до сихъ поръ. Приглашенные врачи опредѣлили полицъ и одинъ изъ нихъ хотѣлъ его удалить, но больная не согласилась и по совѣту другого врача поѣхала въ Кіевъ.

Не подлежало, такимъ образомъ, никакому сомнѣнію, что я имѣлъ дѣло съ полнымъ послѣродовымъ выворотомъ матки.

Имѣя въ виду высокую т°, общую сильную слабость и истощеніе больной, я рѣшилъ приступить къ медленному вправленію матки. Влагалище и матка тщательно были вымыты сулемой 1:4000, слизистая матки слегка присыпана іодоформомъ, и затѣмъ заложено ватныхъ тампоновъ, пропитанныхъ 10% sol. ac. carbolicі in glycerino, столько, чтобы больная не ощущала боли. Больная уложена въ постель, и внутрь ей дана водная вытяжка спорынья по одному грану три раза въ день. Вечеромъ т° упала до 37,0°, при пульсѣ 100; чувствуетъ себя больная хорошо; болей нѣтъ.

21-го декабря—тоже. 22-го и 23-го—тоже, перемѣнъ нѣтъ.

24-го—матка немного вправилась, дно ея стоитъ въ зѣвѣ, только стало глубже; слизистая оболочка все еще грязноватаго цвѣта.

25-го—матка еще больше вправилась, изъ зѣва выстоитъ лишь небольшой сегментъ ея.

26-го—безъ перемѣнъ.

27-го—матка совершенно вправилась, зѣвъ въ видѣ поперечной щели, зондъ входитъ на 7,5 сант. Отдѣленія слизистая, слегка окрашенная кровью. Больная чувствуетъ себя очень хорошо.

Затѣмъ, больная оставалась въ постели еще съ недѣлю. Ей было назначено спринцованіе изъ сулемы, внутрь спорынья и мышьякъ и усиленное питаніе.

5-го января сдѣлана общая ванна, послѣ которой больная начала ходить и 15/1 95 выписалась изъ больницы въ сравнительно хорошемъ состояніи. Передъ выпиской при изслѣдованіи получено: наружныя половыя органы—тоже; шейка стоитъ на нормальной высотѣ, зѣвъ въ видѣ поперечной щели, пропускаетъ ногтевой суставъ указательнаго пальца; тѣло матки въ anteflexio, нормальной величины, безболѣзненно;

своды свободны; яичники не ощупываются; отдѣленія слизистыя въ небольшомъ количествѣ.

Такимъ образомъ, полный выворотъ послѣродовой матки былъ исправленъ въ теченіи 7 дней.

Случай этотъ, являясь дополненіемъ къ доложеннымъ уже въ нашемъ Обществѣ аналогичнымъ случаямъ, еще разъ показываетъ, что такое тяжелое и, къ счастью, очень рѣдкое осложненіе послѣродоваго періода, при терпѣннн и отсутствіи оперативнаго зуда въ рукахъ, можетъ быть излѣчено безкровнымъ путемъ, съ сохраненіемъ органа.

Доложенный мною случай представляетъ двоякій интересъ.

Во первыхъ, онъ заслуживаетъ вниманія по этиологіи его, такъ какъ онъ произошелъ произвольно (? Ред.) и насильственно; подобный случай приводитъ въ своей статьѣ, въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1894 г. № 6, д-ръ *Бекманъ*, который думаетъ, что большинство выворотовъ матки произвольнаго происхожденія.

Во вторыхъ, онъ представляетъ интересъ въ смыслѣ лѣченія: вправленіе совершилось очень быстро, и всѣ производившіяся манипуляціи не были для больной тягостны.

Здѣсь я хотѣлъ бы еще разъ обратить вниманіе товарищей на то, что не одно только раздраженіе тампонами слизистой оболочки вызываетъ работу мускулатуры матки; я думаю, какъ и говорилъ уже при первомъ моемъ докладѣ, что существенную роль играетъ раздраженіе тампонами заложеннаго во влагалищѣ центра, вызывающаго потужную дѣятельность.

II.

Случай безводныхъ родовъ въ сочетаніи съ placenta praevia.

В. Вишнепольскаго *).

Вопросъ о происхожденіи околоплодной жидкости занималъ и продолжаетъ занимать умы акушеровъ всѣхъ временъ. Одни считаютъ источникомъ ея происхожденія исключительно выдѣленія плода, другіе—пропотѣваніе сыворотки черезъ сосуды пуповины; третьи объявляютъ себя сторонниками материнскаго ея происхожденія. Въ статьѣ *В. Груздева* ¹⁾ приведена обширная литература даннаго вопроса. Этотъ вопросъ имѣетъ большое значеніе, такъ какъ въ связи съ нимъ находится вопросъ о физиологической функціи околоплодныхъ водъ, который еще не рѣшенъ и до сихъ поръ. Одни авторы считаютъ ихъ бесполезнымъ экскретомъ, другіе—важнымъ и необходимымъ для питанія плода секретомъ. По крайней мѣрѣ, *Schröder* ²⁾ и *Горвицъ* ³⁾ подчеркиваютъ непригодность означенной жидкости, какъ питательнаго матеріала; между тѣмъ какъ *Ott* ⁴⁾, наоборотъ, доказываетъ, что околоплодные воды составляютъ исключительный источникъ для питанія плода; пуповина же служитъ для дыханія его. *Ahlfeld* ⁵⁾ приводитъ

*) Сообщено въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ. (См. протоколъ № 72).

¹⁾ Врачъ, 1894, № 41.

²⁾ Учебникъ акуш., 1881 г., стр. 44.

³⁾ Ibidem, примѣч.

⁴⁾ Arch. für Gynäkologie, Bd. XXVII, Hft. 1.

⁵⁾ Zeitschr. für Geburtshülfe w. Gynäkol., Bd. XIV, Hft. 2. Рефератъ въ Centralbl. f. Gynäk., 1888, № 33.

доказательства тому, что воды составляют, если не единственный, то, по крайней мѣрѣ, главный источникъ питанія плода. На замѣчаніе *Fehling's* 6), что желудочный сокъ внутриутробнаго плода не приспособленъ къ перевариванію бѣлковъ, *Ahlfeld* возражаетъ, что для всасыванія раствореннаго бѣлка нѣтъ необходимости въ предварительной его пептонизаціи и что большая часть бѣлка околоплодныхъ водъ воспринимается скорѣе кишечникомъ, чѣмъ желудкомъ.

Полагаю, поэтому, что все случаи съ какимъ нибудь патологическимъ уклоненіемъ, какъ со стороны количества, такъ и со стороны качества околоплодныхъ водъ, должны быть опубликованы, такъ какъ подобные случаи могли бы пролить свѣтъ на болѣе или менѣе удовлетворительное разрѣшеніе интересующаго насъ вопроса.

Все авторы много говорятъ о разныхъ причинахъ многоводія и согласны въ томъ, что обиліе водъ есть неприятое осложненіе, которое, особенно при большомъ скопленіи, требуетъ искусственнаго опорожненія пузыря. Относительно же, наоборотъ, малаго количества водъ говорится вообще очень мало.

Schröder 7) говоритъ, что слишкомъ малое количество водъ опасно только въ первое время развитія плода, когда могутъ образоваться разные неправильныя соединенія частей плода съ водной оболочкой и разные уродства.

Горвицъ 8) относится съ большимъ сомнѣніемъ къ сообщеніямъ «старинныхъ» акушеровъ о случаяхъ безводныхъ родовъ. Въ нѣкоторыхъ, встрѣчавшихся ему случаяхъ онъ только наблюдалъ удлиненіе перваго періода родовъ, — періода раскрытія, при чемъ прибавляетъ, что ему всегда удавалось собрать нѣсколько столовыхъ ложекъ амниотической жидкости.

Лазаревичъ 9) наблюдалъ одинъ разъ отсутствіе водъ при тринадцатыхъ родахъ доношеннымъ плодомъ (у этой же роженицы изъ 12 предшествовавшихъ родовъ 8 было сухихъ). Эта аномалія, по его мнѣнію, не нарушаетъ правильнаго теченія беременности. Но при этомъ онъ не говоритъ, видѣлъ-ли

6) *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XIV, Hft. 2.

7) *loc. cit.*, стр. 388.

8) *Ibid.*, примѣч.

9) *Курсъ акушерства*. 1892, Т. II, стр. 268.

онъ въ своемъ случаѣ пузырь цѣлымъ, и когда онъ разорвался? Понятно, что въ такомъ случаѣ неизвѣстно, дѣйствительно-ли не было никакихъ водъ или только было кажущееся отсутствіе ихъ.

По мнѣнію *Spiegelberg'a* ¹⁰⁾, отсутствіе водъ нисколько не опасно для матери, для плода же оно довольно опасно, такъ какъ ведетъ къ недостаточному его развитію и искривленію конечностей. Роды могутъ при этомъ удлиниться.

Charpentier ¹¹⁾ упоминаетъ вскользь о двухъ случаяхъ сухихъ родовъ, при одномъ изъ коихъ онъ присутствовалъ лично. Было около чайной ложечки водъ. Ребенокъ представлялъ разныя уродства и сильно выраженный общій ихтиозъ.

Auvard ¹²⁾ даетъ особое названіе для такихъ случаевъ—*hyroamnios*—и говоритъ, что незначительное количество водъ предрасполагаетъ къ разнымъ уродствамъ и къ недостаточному развитію плода, а во время родовъ ведетъ къ медленному поступательному движенію ребенка.

Но сухіе роды, помимо своего казуистическаго интереса, должны представлять большій интересъ, если они бывають въ такихъ случаяхъ, когда требуется по той или иной причинѣ быстрое опорожненіе пузыря. *Горвицъ* ¹³⁾ говоритъ, что продолжительность перваго періода ему удавалось уменьшить искусственнымъ разрывомъ пузыря. Но, какъ уже было сказано, во всѣхъ встрѣчавшихся ему случаяхъ онъ могъ собрать нѣсколько столовыхъ ложекъ амниотической жидкости. Такимъ образомъ, роды были не вполнѣ безводными, пузырь не прилегалъ непосредственно къ подлежащей части, и его было не трудно разорвать. Но что-же дѣлать, если водъ нѣтъ ни капли, и пузырь непосредственно прилегаетъ къ подлежащей части? Теперь представимъ себѣ, что такой случай встрѣчается въ сочетаніи съ не очень рѣдкимъ подлежаніемъ дѣтскаго мѣста. Съ одной стороны, сильное кровотеченіе заставляеть спѣшить съ разрывомъ пузыря, чтобы прекратить начавшееся уже отдѣленіе дѣтскаго мѣста, а съ другой стороны—пузырь всюду

¹⁰⁾ Lehrbuch d. Geburtshülfe. 1891.

¹¹⁾ Traité pratique des accouchements. 1889, Vol. I, p. 985.

¹²⁾ Traité pratique d'accouchements. 1891, p. 505.

¹³⁾ loc. cit.

прилегають къ поверхности плода, и разорвать его пальцами совершенно невозможно безъ того, чтобы не нанести какого-нибудь поврежденія ребенку!

Именно такой случай мнѣ представился на дняхъ.

27/xii 1894 г. вечеромъ я былъ приглашенъ къ „истекающей кровью“ роженницѣ. Больную я засталъ буквально плавающей въ крови, со слабымъ и частымъ пульсомъ. Изъ разспросовъ выяснилось, что больная до замужества была совершенно здорова. Настоящая беременность—по счету третья. Первые роды (два года тому назадъ), при которыхъ водъ было немного, имѣли какую-то неправильность въ послѣдовомъ періодѣ, ради которой приглашенный врачъ долженъ былъ ввести руку въ матку. Вторая беременность окончилась выкидышемъ на 4-мъ мѣсяцѣ беременности, въ мартѣ 94 г. Въ концѣ марта больная перенесла крупное воспаленіе легкихъ, отъ котораго скоро совершенно оправилась. Вскорѣ послѣ этого она забеременѣла. Въ теченіи ноября мѣсяца у больной раза два повторялось порядочное кровотеченіе изъ половыхъ частей. Къ врачебной помощи она тогда не обращалась. Настоящее кровотеченіе началось еще съ перерывами наканунѣ, но особенно обильнымъ оно стало за нѣсколько часовъ до моего прибытія.

Марія Г—ая, 24 лѣтъ, средняго роста, правильнаго сложенія и питанія. Во внутреннихъ органахъ никакихъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. *Lies* рѣшительно отвергается. Изъ половыхъ частей довольно обильное кровотеченіе сгустками. Дно матки посрединѣ, между лобкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Объемъ живота не великъ, наибольшая его окружность = 88 сант. Боли въ спинѣ и въ нижней части живота умѣренныя. Сердечныхъ тоновъ плода нигдѣ не слышно. Больная заявила, что движеній ребенка она уже не чувствуетъ около двухъ недѣль. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено слѣдующее. Зѣвъ матки раскрытъ пальца на 1½. Изслѣдующій палецъ ощущаетъ мясистую, толстую ткань плаценты; только съ правой стороны прощупывается небольшая кайма гладкой оболочки, прилегающей къ черепнымъ костямъ плода, находящагося въ переднемъ видѣ перваго затылочнаго положенія.

Очевидно, что имѣемъ дѣло съ случаемъ *placentaе praeviae marginalis*.

Въ виду общаго состоянія больной необходимо было поспѣшить съ разрывомъ пузыря, чтобы дать плацентѣ отодвинуться вверхъ по головкѣ, а послѣдней опуститься ниже и прижать уже отдѣлившуюся часть дѣтскаго мѣста. Влагалище промыто горячимъ растворомъ (1%) *ac. carbolicі*. При вторичномъ изслѣдованіи (черезъ 15 минутъ) тѣ же явленія; кровотеченіе продолжается. *Наполненія пузыря не замѣчается, не смотря на довольно энергичныя схватки. Насколько изслѣдующій палецъ могъ проникнуть вверхъ съ правой стороны, онъ всюду встрѣчалъ гладкую поверхность оболочекъ, прилегающихъ непосредственно къ головкѣ плода.* Въ виду этого, мнѣ не удалось разорвать пузырь въ нижнемъ сегментѣ. Рѣшено было плотно затампонировать влагалище, а если кровотеченіе все же будетъ продолжаться, захлороформировать роженницу, войти рукой въ матку, разорвать пузырь въ верхнемъ сегментѣ и совершить поворотъ на ножку. Влагалище было затампонировано іодоформенной марлей и гипроско-

пической ватой. Одновременно были даны внутрь соответствующія возбуждающія и была сдѣлана *enteroclysm* съ 1% растворомъ NaCl.

Родовыя схватки скоро стали гораздо энергичнѣе и чаще. Кровотеченіе, по крайней мѣрѣ наружное, прекратилось. Пульсъ сталъ гораздо лучше. Часа черезъ 1½ предлагающая часть стала сильно напирать на промежность. Тампоны были удалены; немедленно показалась головка, предшествуемая дѣтскимъ мѣстомъ; вскорѣ вышелъ весь плодъ въ цѣломъ пузырьѣ („въ сорочкѣ“). Вскорѣ послѣ родовъ показалось небольшое кровотеченіе, которое было остановлено промываніемъ матки горячей профильтрованной водой и растираніемъ дна матки.

Черезъ пузырь просвѣчивается ребенокъ при нормальномъ его членорасположеніи. По вскрытіи пузыря *въ полости его не оказалось ни капли амниотической жидкости*. Ребенокъ (мертвый), за исключеніемъ недоразвитія, никакихъ уродствъ не представлялъ. Пупочный канатикъ очень короткій, немногимъ больше ¼ арш., и на одномъ мѣстѣ его большой ложный узелъ.

Въ послѣродовомъ періодѣ никакихъ уклоненій отъ нормы не было.

Такимъ образомъ, здѣсь можно было убѣдиться *ad oculos* въ полномъ отсутствіи родовыхъ водъ, и напрасно *Gorwitz* относится такъ скептически къ сообщеніямъ о сухихъ родахъ.

Затѣмъ, слѣдующіе авторы также наблюдали случаи безводныхъ родовъ.

Claudius ¹⁴⁾: срочные роды; изъ зѣва вытекаетъ клейкая тянущаяся въ длинныя нити слизь. Доношенный плодъ имѣлъ видъ сильно загорѣвшаго отъ солнца; эпидермисъ кожистый (*lederartig*).

Lente ¹⁵⁾: водъ никакихъ; ребенокъ очень слабъ и блѣденъ, какъ будто истекшій кровью.

Lomer ¹⁶⁾: срочные роды. Водъ никакихъ; изъ зѣва вытекаетъ клейкая, очень густая, сѣраго цвѣта (такъ что ее нельзя было смѣшивать съ меконіумомъ) слизь. Ребенокъ живой, но съ сильнымъ упадкомъ питанія и морщинистой вялой кожей, слущивавшейся большими лоскутами.

Mekkerschianz ¹⁷⁾ наблюдалъ у одной и той же женщины три раза подрядъ преждевременные безводные роды на 6—7 мѣсяцѣ. Въ теченіи второй беременности у этой женщины, начиная съ 5 мѣсяца, повторялось нѣсколько разъ истеченіе огромнаго количества жидкости изъ половыхъ частей (авторъ

¹⁴⁾ Рефер. въ Schmidt's Jahrbücher, Bd. XXVII, p. 189.

¹⁵⁾ Amer. Journ. of Med. Sc. Bd. CXXI, p. 125. Рефер. въ Schmidt's Jahrb. № 171, p. 47.

¹⁶⁾ Centralblatt für Gynäkologie. 1887, № 34.

¹⁷⁾ Centralblatt für Gynäkologie. 1887, № 51.

считаетъ это за *hydroorrhoea gravidarum*). Дѣти во всѣхъ трехъ случаяхъ были очень слабо развиты и не соответствовали періоду беременности.

Reichel ¹⁸⁾ въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Берлинѣ, 14/1 1887 г., демонстрировалъ сильно изуродованный препаратъ ребенка, родившагося мертвымъ за 4 недѣли передъ концомъ нормальной беременности. Во время родовъ не было никакихъ водъ, но за 8 недѣль до родовъ было отхожденіе огромнаго количества жидкости, послѣ чего беременность продолжалась еще 8 недѣль (*Hydroorrhoea*). Авторъ полагаетъ, что плодъ въ полости матки подвергался сильному давленію и поэтому остановился въ своемъ развитіи.

Balin ¹⁹⁾ сообщаетъ случай родовъ тройней; въ первыхъ двухъ пузыряхъ было водъ больше обыкновеннаго, въ третьемъ же—всего около двухъ столовыхъ ложекъ слизистой жидкости. Первые двое дѣтей хорошо развиты, а третій, очень слабо развитый, имѣлъ старческій видъ и очень скоро умеръ.

Можетъ быть, такихъ наблюденій было бы еще больше, если бы, какъ говоритъ *Lomer* ²⁰⁾, нѣкоторые авторы не объясняли случаевъ маловодія незамѣченнымъ отхожденіемъ околоплодныхъ водъ еще задолго до родовъ.

И дѣйствительно, почему бы не должно имѣть мѣсто съ одной стороны малое образованіе водъ, а съ другой стороны—всасываніе ихъ до полнаго исчезновенія?

Во всякомъ случаѣ всѣ авторы во всѣхъ случаяхъ маловодія отмѣчаютъ недостаточное внутриутробное развитіе плода,—и это обстоятельство должно имѣть громадное значеніе для рѣшенія вопроса относительно физиологической функціи родовыхъ водъ.

Что касается значенія безводія для роженицы, то мы видѣли, что, по наблюденіямъ всѣхъ авторовъ, благодаря этой аномалии замедляется ходъ родовъ. И это вполне понятно. Пузырь, играющій роль клина во время перваго періода родовъ и значительно облегчающій механизмъ раскрыванія шейки, въ данномъ случаѣ не можетъ выполнять своей функціи. Не очень

¹⁸⁾ *Ibid.*, № 7.

¹⁹⁾ *Centralblatt f. Gynäkologie*. 1888, № 16.

²⁰⁾ *loc. cit.*

рѣдко приходится имѣть дѣло съ преждевременнымъ разрывомъ пузыря (естественнымъ или искусственнымъ) и убѣдиться, насколько замедляется первый періодъ родовъ. Понятно, что отсутствіе водъ при цѣломъ пузырьѣ равносильно отсутствію водъ вслѣдствіе происшедшаго разрыва пузыря.

Уже одно это обстоятельство не безразлично для роженицы. Но безводіе пріобрѣтаетъ еще большее значеніе для роженицы, если оно сочетается съ какой-нибудь аномаліей, вродѣ приведенной нами.

Нужно замѣтить, что въ нашемъ случаѣ, не смотря на полное отсутствіе родовыхъ водъ, ребенокъ не представлялъ рѣшительно никакихъ уродствъ.

Въ заключеніе, присоединяюсь къ замѣчанію *Mekkertschianz'a* ²¹⁾, что терминъ «сухіе роды» для такихъ случаевъ не подходитъ. Лучше подходитъ терминъ «маловодіе», resp. «безводіе».

²¹⁾ loc. cit.

III.

Нѣсколько гинекологическихъ операцій надъ органами брюшной полости.

Г. Надеждина.

Данныя операціи произведены мной въ с. Земетчинѣ, Моршанскаго уѣзда, въ теченіе времени съ 1887 г. по 1891 г. Онѣ представляютъ продолженіе тѣхъ, которыя описаны мной въ «Медиц. Обозр.», 1884 г. и 1886 г., и въ «Хирург. Вѣстн.», 1887 г. Общія условія, въ коихъ совершены эти операціи, указаны въ означенныхъ статьяхъ, равно и въ отчетѣ о глазныхъ операціяхъ («Медицина», 1895 г.). Однако, я считаю нужнымъ подробнѣе описать эти условія, въ примѣненіи къ даннымъ операціямъ, представляющимъ высшее проявленіе хирургическаго дѣла, пробный камень для хирурга и «обстановки».

13 изъ этихъ операцій (первыя: 10 оваріотомій, 1 міоматомія, 2 экстирпаціи матки) проведены въ моей глазной лечебницѣ, 5—въ земской больницѣ. Кромѣ *чистыхъ* глазныхъ больныхъ въ первой оперировались наиболѣе серьезные случаи (главнымъ образомъ, чревосѣченія), а изъ менѣе серьезныхъ—больные, по своимъ жизненнымъ привычкамъ не могшіе поминуться съ недостатками бѣдной земской больницы. Неоперативные, равно гнилостные, рожистые больные сюда не принимались. Но разъ гнилостные процессы случались съ оперированными, то послѣдніе, за немногими исключеніями, долечивались въ лечебницѣ. Рожистыхъ вовсе не было. Лечебница, вмѣстѣ съ моей квартирой, помѣщалась въ старомъ деревянномъ, низкомъ домикѣ, съ небольшими окнами. Въ данное

время лечебница занимала 4 маленькихъ комнатки и, чрезъ холодныя сѣнцы, еще двѣ такія же. Въ сущности, первыя четыре представляли одну комнату въ 10 квадр. арш., раздѣленную деревянными перегородками; вторыя—половину комнаты въ 11 кв. арш., раздѣленную на двое. Высота комнатъ $3\frac{1}{2}$ арш., оконъ— $1\frac{1}{2}$ арш.; полы не крашенные, стѣны штукатурены глиной, потолоки и перегородки оклеены бумагой; все окрашено известкой. При первыхъ 5 случаяхъ «операционная» была въ непосредственной связи съ «палатами»; она была въ 5 и 6 арш., съ 2 окнами въ разныхъ стѣнахъ; въ ней дѣлались всѣ операціи у маленькаго окна, когда солнце свѣтило съ этой стороны. При другихъ 6 случаяхъ «операционная» и «предъопераціонная» находились отдѣльно отъ палатъ, въ указанныхъ 2-хъ комнатахъ; только подвергшіеся чревосѣченію первые 1—2 дня находились въ «предъопераціонной». Операционная въ 6 и 6 арш., съ 2 окнами. Операціи совершались у наибольшаго окна (2 арш.). Въ земской больницѣ операціи дѣлались въ 1891 г., когда она пріобрѣла порядочный видъ. Здѣсь была небольшая, свѣтлая, но низкая комната, отдаленная отъ «палатъ» и пріемной, окрашенная, какъ и моя лечебница.

Вся *подготовка* къ операціи лежала на главной сидѣлкѣ моей лѣчебницы; подъ ея руководствомъ болѣе черныя работы дѣлали другія сидѣлки. Уже за нѣсколько дней до операціи, операционная (и предъопераціонная) вытирались чистыми полотенцами; полы и окна мылись. Рѣдко предъ операціей комнаты бѣлились. Затѣмъ, въ нихъ готовились «воды»: рѣчная вода кипятилась въ огромныхъ самоварахъ, остужалась и сливалась въ нѣсколько громадныхъ бутылей. Это требовало много времени. Изъ воды дѣлались антисептическіе растворы: сулемы, карболки, борной, которые шли отчасти къ самой операціи, отчасти для окончательнаго вымыванія бѣлья, губокъ, инструментовъ, мебели, посуды, предназначенныхъ непосредственно къ операціи; другая часть «водъ» шла для предварительнаго мытья того же. При операціяхъ на брюшной полости употреблялись отдѣльныя *губки*. Послѣ операціи онѣ тщательно вымывались въ простой водѣ, «водахъ», простыхъ и антисептическихъ, и хранились въ 5⁰/_с карболкѣ

въ простыхъ банкахъ, закрытыхъ пергаментной бумагой. Предъ операціей онѣ снова мылись. Губки были мелкія— для крови, среднія—для туалета брюшины, большія плоскія, игравшія роль «салфетокъ». Предъ операціей онѣ клались въ мѣдные тазы съ 2⁰/₀ карболкой, накрывались тазами и ставились на плиту, гдѣ нагревались довольно сильно, но не до кипяченія, а такъ до 70—80⁰ С.; затѣмъ охлаждались и непосредственно предъ операціей отжимались лицами, уже окончательно приготовившимися къ операціи, и раскладывались по сортамъ въ два цинковые ящика. При операціи израсходованныя губки бросались въ третій ящикъ съ кипяченей водой, откуда, въ случаѣ надобности, вынимались, вымывались въ сулемѣ и тотчасъ шли вторично въ дѣло. *Лигатуры*, при первыхъ 5—6 случаяхъ, употреблялись кетгуты (приготавливаемые дома по *Кохеру*) для брюшной полости и шелковые для раны. Шелкъ обрабатывался эфирнымъ растворомъ іодоформа, раскладывался по №№ въ стеклышки, съ притертыми пробками, банки. При операціи онъ клался въ 5⁰/₀ карболку, разрѣзанный на нити, вставленный въ иглы и т. п. При послѣднихъ случаяхъ употреблялся одинъ шелкъ. *Предъ операціей инструменты* кипятились въ водѣ въ жестяныхъ тазикахъ и затѣмъ раскладывались, какъ и лигатуры, въ жестяные, разной величины мелкіе тазы, въ 3⁰/₀ карболку. Тазы ставились на окно и на маленькій столикъ около; губки—на операціонный столъ и также на маленькіе столики. При операціяхъ должны быть въ большомъ количествѣ 4 сорта «водъ»: борная, сулема, карболка и простая, горячая и охлажденная. Борная и сулема наливались въ 2⁰-фунтовые стеклянные кружки, которые вѣшались на стѣнку. Первая ванна *больной* дѣлалась за 2—3 дня; накануне операціи—касторка; утромъ операціоннаго дня—двѣ клизмы, затѣмъ ванна, чистое бѣлье, и больная кладется въ чистую постель. Влагище промывается нѣсколько разъ сулемой, а предъ «экстирпаціями» въ него вводится іодоформъ и тампоны. Непосредственно предъ операціей на больную надѣвается рубашка, вымытая въ сулемѣ. Въ день операціи, рано утромъ, операціонная еще разъ вымывается; обметанія же не бываетъ, такъ какъ большая часть приготовленныхъ вещей находится въ ней. На стѣну подъ

кружки и вообще *около мѣста операціи* развѣшиваются вымытыя въ сулемѣ простыни; полы поливаются сулемовымъ растворомъ. *Участвующіе въ операціи*, кромѣ меня: женщина врачъ *Доллова* большей частію была первой помощницей при ранѣ; при большинствѣ операцій были сосѣди-врачи, а при нѣкоторыхъ и студенты-медики; тѣ и другіе «стояли на губкахъ»; акушерка стояла при «водахъ» и израсходованныхъ губкахъ; главная сидѣлка завѣдывала лигатурами и инструментами; другая была на всякій случай; хлороформировалъ фельдшеръ. Участники операціи съ утра устранялись отъ грязныхъ больныхъ; кто могъ, наканунѣ мылся въ банѣ или ваннѣ; непосредственно предъ операціей тщательно мыли лицо, шею, руки (мыло со щеткой и сулема), одѣвались въ чистое (парусиновое или ситцевое) платье, покрывали голову платкомъ, надѣвали халатъ и въ такомъ видѣ входили въ операціонную комнату; здѣсь еще держали нѣкоторое время руки въ сулемѣ. Эта подготовка въ моей лѣчебницѣ въ первое время (и въ земской больницѣ) производилась въ одной изъ «палатъ», конечно опорожненной и вычищенной, потомъ въ предъопераціонной. Больная клалась на деревянный *операціонный столъ*, покрытый сложеннымъ пикейнымъ одѣяломъ, простыней и клеенкой, спущенной къ окну; подъ края клеенки клались жгуты изъ полотенецъ, такъ что въ ней подъ туловищемъ образовывался желобъ, по коему вода стекала въ поставленный тазъ. *Наркозъ*, послѣ вирыскиванія морфія, на операціонномъ столѣ, — хлороформомъ. Моча выпускалась. Животъ и бедра вымывались щеткой съ мыломъ, сулемой, спиртомъ и опять сулемой.

Особенности чревосѣченій, произведенныхъ мною слѣдующія: 1) Обильное употребленіе воды, для стока коей, кромѣ помянутого желоба, столъ наклонялся къ окну. При операціи брюшная рана временами зажималась и окружность ея поливалась сулемой. Послѣ операціи, если она сопровождалась продолжительными манипуляціями въ брюшной полости, изліяніемъ въ послѣднюю крови и содержамаго кистъ, подлежащія части брюшной полссти, особенно малый тазъ, промывались обильнымъ количествомъ борной воды; чтобы жидкости лучше стекали изъ верхнихъ и заднихъ частей брюшной полости въ малый тазъ, туловище оперируемой ставилось въ полусидячее

положеніе 1—2 раза. 2) Въмѣсто салфетокъ въ подлежащихъ случаяхъ употреблялись плоскія губки. 3) Часто примѣнялись тампоны брюшной полости: кусокъ іодоформной марли складывался на подобіе мѣшка; слѣпой конецъ его вводился въ задне-Дугласово пространство, выше или ниже, затѣмъ мѣшокъ постепенно выполнялся іодоформо-марлевой полосой; тампонъ выводился въ нижній уголъ раны, которая выше сшивалась. 4) Экстирпации чрезъ влагалище совершены при постоянномъ орошеніи борной водой; тампонація просто іодоформо-марлевой полосой, постепенно укладываемой. 5) При сшиваніи брюшной раны употреблялись швы 3-хъ сортовъ: глубокіе проводились сквозь всѣ слои брюшной стѣнки, при чемъ брюшина захватывалась у самаго края, чтобы нитка не шла по брюшной полости; средніе шли съ кожи же глубоко, но не захватывали брюшины; поверхностные соединяли только кожу. 6) Въ линію швовъ втирался порошокъ іодоформа. 7) Больная послѣ операціи клалась на слегка покатую къ ногамъ кровать, чтобы оставшаяся или образующаяся въ брюшной полости жидкость стекала въ малый тазъ, гдѣ, казалось, она безопаснѣе и доступнѣе. 8) Послѣ операціи въ первые дни ставились часто маленькія («питательныя») клизмы изъ воды съ виномъ или опіемъ. Все это казалось мнѣ наилучшимъ при моихъ условіяхъ. Кромѣ моего увлеченія орошеніями и тампонами тутъ главною причиною была моя неувѣренность въ антисептикѣ и асептикѣ обстановки, почему въ земской больницѣ я примѣнял тампоны во всѣхъ случаяхъ. Теперь, конечно, я на многое смотрю иначе.

Тампонъ первые два дня, пока, должно быть, не произойдутъ вокругъ него склейки, сильно выводить изъ брюшной полости жидкость, сначала обыкновенно кровянистую, затѣмъ серозную: приходится часто мѣнять слои іодоформной марли, непосредственно пролегающіе къ наружному концу тампона; затѣмъ тампонъ терялъ силу, и если держался долѣе (7—10 сут.), то только изъ опасенія разрыва склеекъ при раннемъ извлеченіи. Извлекались сначала марлевые полосы, обыкновенно легко; затѣмъ—мѣшокъ медленнымъ потягиваніемъ за тотъ или другой край; это сопровождалось болью и небольшимъ кровотеченіемъ;—вставлялся дренажъ.

А) ОВАРИОТОМИИ.

1) Кр., замужняя, 38 лѣтъ. 2-е срочныхъ родовъ, 3-й выкидышъ, послѣ коего скоро (8 лѣтъ назадъ) замѣчена внизу живота небольшая, постепенно увеличивающаяся опухоль. Мѣсячныя стали скудными и болѣзненными. Небольшія боли въ животѣ. Опухоль идетъ изъ таза до пупка, кругловата, гладкая, справа болѣе плотная, слѣва эластичная, болѣзненная при давленіи съ живота и изъ влагалища. Въ заднемъ и правомъ сводахъ плотная опухлость, въ тѣсной связи съ маткой, почти неподвижная, какъ и со стороны живота. Разрѣзь до пупка. Опухоль покрыта сальникомъ, приросшимъ къ брюшной стѣнкѣ, срощена по всей своей поверхности. Около половины опухоли опорожнена троакаромъ; отдѣленіе ея отъ сращеній продолжительное; тонкія стѣнки кистъ рвались и содержимое, въ нѣкоторыхъ гноевидное, изливалось въ брюхо; въ поперечной ободочной кишкѣ сдѣланы надрывъ, въ серебрянный пятакъ (шовъ). Широкая, короткая ножка перевязана въ 4 пучка и погружена. *Киста* праваго яичника, съ голову 10—15 лѣтняго. Послѣ операціи *мойникъ* въ тазу, вскрытый чрезъ рану. Медленное *выздоровленіе*.

2) Кр., замужняя, 36 лѣтъ. 9 нормальныхъ родовъ. Регулы съ полгода отсутствуютъ; въ это же время замѣчена внизу живота опухоль, быстро выросшая до sternum, эластическая. Хроническій бронхитъ. Разрѣзь до пупка. Никакихъ сращеній. Въ брюхѣ коллоидная жидкость. Бѣлая часть опухоли опорожнена; извлеченіе легкое. Ножка въ 2 лигатуры и погружена. *Киста* праваго яичника: одна большая киста и конгломератъ малыхъ. *Выздоровленіе*, осложнившееся бронхопневмоніей.

3) Кр., многорожавшая, 55 лѣтъ. Опухоль замѣчена 2 года. Животъ огромный, съ признаками асцита. Пункция: много кровянистой асцитической жидкости; прощупывается при этомъ опухоль съ голову взрослого, плотно-эластическая, въ связи съ лѣвой стороной матки, нѣсколько подвижная, но не вправо. Проколъ ея далъ коллоидную жидкость. Общее питаніе плохое. Разрѣзь до пупка. Срощеній нѣтъ. Опухоль на $\frac{1}{3}$ уменьшена проколомъ и выведена изъ брюха. Нижняя часть въ маломъ тазу, въ широкой связкѣ, трудно вылучена съ частью послѣдней, при множествѣ лигатуръ en masse. *Киста* лѣваго яичника. Нормальное теченіе и *выздоровленіе*.

4) Кр., многорожавшая, 50 л. Опухоль внизу живота замѣчена 10 лѣтъ, росла постепенно, въ сопровожденіи болей по временамъ. Теперь она на ладонь выше пупка, кругловатая, крупно-бугристая, мѣстами плотная, мѣстами эластичная, почти неподвижная, входящая нижнимъ сегментомъ въ малый тазъ, гдѣ плотно прилежитъ къ маткѣ. Общее состояніе удовлетворительно. Разрѣзь до пупка. Въ брюхѣ нѣсколько асцитической жидкости. Спереди безъ сращеній. Двумя проколами опухоль уменьшена на половины, съ трудомъ извлечена до половины, а далѣе сплошь срощена съ сальникомъ, брызжейкой, кишками, пузыремъ, маткой, широ-

скими связками и въ Дугласовомъ пространствѣ. Продолжительное отдѣленіе; много лигатуръ; ножки собственно не было. Тампонъ въ Дугласово пространство, выведенный въ нижній уголъ раны. *Кистома* лѣваго яичника. *Выздоровленіе*, при нѣсколько повышенной (не вскорѣ послѣ операціи) температурѣ; медленное закрытіе тампоннаго канала.

5) Кр., 31 г. Трое нормальныхъ родовъ. Опухоль полтора года. Теперь на три пальца выше пупка, плотная, мало флюктуирующая, очень подвижная, въ слабой связи съ маткой. Общее состояніе хорошее. Разрѣзь, не доходя до пупка на 4 пальца. Изъ брюха вышло съ фунтъ серозной жидкости. Проколъ мало уменьшилъ опухоль; разрѣзь увеличенъ и опухоль извлечена. Довольно широкая ножка перевязана въ 3 кетгуттовыхъ лигатуры и погружена. *Опухоль* лѣваго яичника съ голову 5—8 лѣтняго, плотная, фиброзная; въ ней много полостей (преимущественно мелкихъ), съ серозной жидкостію, мѣстами буроватой, или съ буроватыми свертками. Нормальное теченіе и быстрое выздоровленіе.

6) Кр., многорожавшая, 42 л. 5 лѣтъ назадъ перенесла овариотомію. Черезъ 3 года замѣчена внизу живота опухоль, постепенно растущая. Теперь она въ 1½ головы взрослоаго, овальная, плотна слѣва—сверху, эластична справа—снизу, мало подвижна, выше малаго таза; матка прощупывается. Разрѣзь до пупка. Проколъ немного уменьшилъ опухоль, которая извлечена затѣмъ съ усиленіемъ. Довольно большой кусокъ прирощеннаго сальника, по наложеніи лигатуръ en masse, отрѣзанъ. Ножка перевязана двумя кетгуттовыми лигатурами и погружена. *Кистома* праваго яичника, съ массой мелкихъ полостей, внутри коихъ папиллярныя разращенія. Скорое *выздоровленіе*.

7) Кр., 41 г., не рожавшая, плохого питанія, блѣдная. 8 лѣтъ замѣчена внизу живота „шишка“, постепенно выросшая до размѣровъ 7-ми мѣсячной беременной матки. За это время многократно бывали боли въ животѣ и кровоточенія. Опухоль вообще плотновата; два отдѣльныхъ участка даютъ не ясную флюктуацію. Небольшая подвижность. Въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ нижній сегментъ опухоли. Тѣло матки отдѣльно не прощупывается. Разрѣзь до пупка. Срощенный на пространствѣ въ ладонь сальникъ отрѣзанъ, по наложеніи лигатуръ en masse. Ниже снереди и съ боковъ опухоль срощена съ брюшной стѣнкой, отъ коей отдѣлялась, впрочемъ, легко. Опорожнены 2 большія кисты и опухоль извлечена; но нижній ея сегментъ былъ срощенъ съ маткой и широкими связками въ Дугласовомъ пространствѣ: трудное отдѣленіе, масса лигатуръ, порядочное кровоточеніе, такъ какъ въ глубинѣ пришлось отдѣлять пальцами въ—темную. *Тампонъ* въ Дугласово пространство чрезъ нижній уголъ раны. *Кистома* лѣваго яичника; въ нѣкоторыхъ полостяхъ творожистыя массы. Нормальная т°; *выздоровленіе* затянutosь надолго, благодаря медленному закрытію тампоннаго канала.

8) Кр., многорожавшая, 40 л. Опухоль внизу живота замѣчена 3 года. Теперь она болѣе матки въ концѣ беременности, слѣва

бугровата, плотна, справа флюктуируетъ, стоитъ надъ малымъ тазомъ, не въ тѣсной связи съ маткой. Разрѣзь на ладонь выше пупка; вытекло фунта 2 серозной жидкости. Обширныя сращения съ сальникомъ. Проколомъ опухоль значительно уменьшена и при постепенномъ отдѣленіи отъ сальника (лигатуры), col. ascend. et transvers., извлечена. Ножка въ 2 шолк. лигатуры и погружена.

Кистома лѣваго яичника: одна большая, 2 меньшихъ и много малыхъ кистъ, въ коихъ много папиллярныхъ разрощеній. Нормальное теченіе и *выздоровленіе*.

9) Кр., многорожавшая, 58 л. Небольшая опухоль въ нижней части живота замѣчена 8 л.; около 2-хъ лѣтъ назадъ опухоль какъ бы „раздвоилась“. Выпаденіе задней стѣнки влагалища существуетъ 1½ года. Животъ немного болѣе, чѣмъ въ концѣ беременности, справа болѣе выпяченъ впередъ—наружу. Явные признаки 2-хъ кистовидныхъ опухолей, правой—большей, лѣвой—меньшей. Матка въ болѣе замѣтной связи съ первой; шейка подтянута высоко, въ малый тазъ опухоль не входитъ. Разрѣзь не доходить до пупка пальца на 3. Правая опухоль предлежала и сращена передней, правой боковой и верхней поверхностями; отдѣлена, послѣ опорожненія громадной кисты, при постепенномъ вытягиваніи опухоли и наложеніемъ многихъ лигатуръ en masse на сальникъ, внизу опухоль обхватывалась листами широкой связки, была въ тѣсномъ соединеніи съ маткой (увеличенной и вытянутой); отдѣлена по наложеніи цѣлаго ряда лигуръ en masse, отъ матки до стѣнки таза; спереди опухоль отдѣлена тупымъ путемъ отъ пузыря. Вторая опухоль низведена рукой изъ-подъ лѣваго подреберья, сильно уменьшена проколомъ и легко извлечена. Широкая ножка взята въ 5 лигатуръ и погружена. Тампонъ Дугласова пространства. Каждая опухоль, *кистома*, состояла изъ одной громадной полости и нѣсколькихъ мелкихъ; въ нѣкоторыхъ папилломатозныя разрощенія. *Выздоровленіе*, при нормальной t°, но при явленіяхъ слабаго іодоформнаго отравленія, затянулось, благодаря медленному заживленію тампоннаго канала.

10) Кр., многорожавшая, 38 л. Опухоль замѣчена 7 лѣтъ, слѣва внизу живота, нѣсколько подвижная вверхъ. Постепенный ростъ опухоли сопровождался болями въ животъ. Опухоль съ матку на 8 мѣсяцѣ беременности, однородно-флюктуирующая на всей поверхности; внизу надъ лобкомъ плотное тѣло, связанное съ опухолью и какъ бы составляющее часть матки. Признаки свободной жидкости въ брюшной полости. Разрѣзь не доходилъ до пупка на три пальца: излилась свободная жидкость. Приращенная часть сальника отрѣзана по наложеніи трехъ лигатуръ en masse. Значительно уменьшенная проколомъ опухоль выведена. Конгломератъ малыхъ кистъ былъ сращенъ въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и съ маткой, которая была приподнята вверхъ: продолжительное отдѣленіе при наложеніи многихъ лигатуръ и съ обкалываніемъ нѣсколькихъ мѣстъ матки. Тампонъ Дугласова пространства. *Кистома* лѣваго яичника. Нормальная t°. *Выздоровленіе* затянулось медленнымъ заростаніемъ тампоннаго канала.

11) Кр., многорожавшая, 29 л., среднего здоровья. Опухоль замѣчена 1 годъ 8 мѣсяцевъ, внизу живота; быстро стала рости послѣ послѣднихъ преждевременныхъ родовъ. Животъ больше, чѣмъ въ концѣ беременности; признаки свободной брюшной жидкости, въ коей прощупывается опухоль, крупно-бугристая, какъ бы состоящая изъ отдѣльныхъ частей, умѣренно-подвижная, въ слабой связи съ маткой; чрезъ задній сводъ нижній сегментъ опухоли прощупывается высоко. Разрѣзъ до пупка: много асцитической жидкости. Чрезъ самый толстый троакаръ не шла очень густая жидкость самой большой кисты; вышла только чрезъ разрѣзъ, при чемъ немного въ брюхо. Срощенный сальникъ перевязанъ въ нѣсколько лигатуръ и отрѣзанъ. Мало уменьшенная опухоль выведена съ усиленіемъ. Срощенія (сзади) съ colon transvers. раздѣлены. Ножка перевязана двумя шелковыми лигатурами и погружена. Тампонъ въ Дугласово пространство. *Киста* лѣваго яичника. t^o нѣсколько разъ кратковременно и не сильно повышалась. *Выздоровленіе* затянулось, благодаря тампонному каналу.

12) Замужняя, не рожавшая, но, повидимому, выкидывавшая, 31 года, истощенная, съ отеками ногъ. Болѣзненная опухоль, внизу живота справа, замѣчена 4 г., послѣ чего больная стала худѣть; чрезъ годъ признаки асцита. Мѣстные врачи дѣлали пять проколовъ. Въ присутствіи жидкости, опухоль не прощупывается. Выпущено большое количество серозной кровянистой жидкости: плотная, мѣстами флюктуирующая опухоль идетъ изъ таза и почти до пупка, больше справа, прощупывается въ правомъ и заднемъ сводахъ, вездѣ болѣзненна; матка плотно прилегаетъ къ опухоли, тѣло матки отклонено влѣво. Разрѣзъ на три пальца ниже пупка. Опухоль состояла изъ нѣсколькихъ кистъ (большія опорожнены) и плотныхъ массъ; послѣднія справа были сплошь покрыты папилломатозными разрощеніями, которыя были также и на сальникѣ, проросшемъ къ опухоли (эта часть отдѣлена вмѣстѣ съ опухолью); сращенія съ кишками и въ маломъ тазу. Трудное отдѣленіе, при чемъ кусочки разрощенной отрывались. Тампонъ въ Дугласово пространство. *Киста* праваго яичника, съ папилломатозными разрощеніями, прорвавшими въ одномъ мѣстѣ стѣнку кисты и распространившимися снаружи. t^o изрѣдка и немного повышалась. *Выздоровленіе* затянулось, благодаря тампонному каналу.

Б) Миоматомии — чревосѣченія.

1) Многорожавшая, 56 л., страдающая эмфиземой, истощенная. Опухоль и увеличеніе живота замѣчены 5 л. назадъ. Животъ большой; въ немъ свободная жидкость, чрезъ которую прощупывается плотная опухоль. Проколомъ выпущено много асцитической жидкости; опухоль съ голову взрослога, плотновата, мало подвижна, прощупывается легко снаружи и чрезъ влагалище. Распознана *киста*. Разрѣзъ до пупка; срощенной нѣтъ; кистъ не ока-

залось; опухоль извлечена цѣликомъ. Она обхватывается снизу на большомъ протяженіи широкой связкой, отъ которой отдѣлена, при наложеніи ряда лигатуръ en masse; ножки не было; опухоль прямо отходила довольно широкимъ основаніемъ изъ лѣваго бока матки; здѣсь она клиновидно вырѣзана, послѣ сжатія матки геморриoidalными щипцами; на срѣзѣ сдѣлано нѣсколько обкалываній, за тѣмъ онъ спитъ. Яичникъ и труба остались. *Подсерозная міома*, содержащая нѣсколько небольшихъ серозныхъ кистъ; она, очевидно, росла отчасти между листками широкой связки, изъ которой сдѣлало нѣчто въ родѣ широкой ножки. Выздоровленіе при нормальной t°.

2) Кр., многорожавшая, 45 л., худая, малокровная. Опухоль внизу живота замѣчена 5 л. назадъ. Животъ больше, чѣмъ въ концѣ беременности; ограниченная опухоль, занимавшая весь животъ, давала не совсѣмъ ясную флюктуацію и была повсюду плотноватой консистенціи. Черезъ влагалище высоко прощупывается нижній сегментъ опухоли; portio vaginalis высоко и двигается при передвиженіяхъ опухоли (возможныхъ въ слабой степени); матка отдѣльно не прощупывается. Операция длилась 2½ часа. Разрѣзъ сначала до пупка, *въ предположеніи большой кисты*; опухоль давала нѣкоторое зыбленіе и при непосредственномъ оцупываніи изъ брюшной раны: но троакаръ не вошелъ глубоко и далъ большое кровотеченіе. Разрѣзъ увеличенъ до меча, и опухоль съ усиліемъ извлечена цѣликомъ изъ брюха; она была въ обширномъ соединеніи съ лѣвой широкой связкой, которая обхватывала ее спереди снизу и слѣва снизу; нижняя же часть задней поверхности была не покрыта брюшиной. По опухоли снизу и сверху шла обширная сѣтъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, изъ коихъ наибольшій пучекъ (art. et ven. sperm.) тянулся широкой полосой по передней поверхности почти продольно, въ бороздѣ, раздѣляющей опухоль на правую большую и лѣвую меньшую части. Опухоль къ тому же была тѣсно соединена широкимъ основаніемъ съ увеличенной и вытянутой маткой. Вылущеніе опухоли было трудное, потребовало множество лигатуръ, преимущественно en masse; отъ матки опухоль отдѣлена двумя полуэллиптическими, клиновидно идущими вглубь ея разрѣзами, которые затѣмъ, по наложеніи многихъ лигатуръ (и съ обкалываніемъ), соединены швами. Большое кровотеченіе. Тампонъ Дугласова пространства. *Опухоль* въ 45 ф., плотная, съ щелеобразными полостями, наполненными серозной жидкостью; принявъ всѣ данныя во вниманіе, я пришелъ къ заключенію, что она выходила изъ матки—фибромиома. Послѣ операционное теченіе осложнилось бронхопневмоніей и нагноеніемъ въ тазу, и больная умерла на 18-й день послѣ операции.

3) Кр., 30 лѣтъ, регулы и замужество на 17 году; родила разъ на 26 году. Опухоль замѣчена 4-й годъ. Распознаана интрастициальная міома тѣла матки, съ голову 15-лѣтняго. Черезъ разрѣзъ до пупка опухоль выведена съ трудомъ. По отдѣленіи трубъ и связокъ, опухоль срѣзана въ области portio supravagin., которая перевязана 2 лигатурами en masse и нѣсколькими одиночными;

каналъ прижженъ крѣпкимъ растворомъ сулемы. Культия вшита въ нижній уголь раны. *Фиброміома*. Выздоровленіе при почти нормальной t^0 . Культия втянулась вглубь и закрылась рубцомъ.

В) Вылущеніе матки чрезъ влагалище.

1) Кр., многорожавшая, 39 лѣтъ, умѣренного питанія. Большой считаетъ себя 3 года. Ракъ распространился преимущественно по каналу шейки; разрошенія во влагалищѣ ничтожны. Небольшой инфильтратъ праваго параметрія. Для лучшаго доступа къ маткѣ промежность нѣсколько разрѣзана. Вылущеніе матки по *Шредеру*. Лигатуры шелковыя. Кровотеченіе небольшое. Въ рану втертъ іодоформъ. Она и влагалище тампонированы іодоформной марлей. Шовъ промежности. Со 2-го до 16-го дня явленія отравленія іодоформомъ, что заставило на 3-й день извлечь тампоны, за исключеніемъ перваго, и промывать влагалище борной водой для удаленія іодоформа. Подмѣчено, что промыванія замѣтно успокаиваютъ больную и мочи послѣ ихъ выдѣляется больше. На 10-й день извлеченъ послѣдній тампонъ, на 12-й—замѣчено истеченіе части мочи чрезъ влагалище. t^0 все время нормальна. Рана закрылась. Больная выбыла съ фистулой праваго мочеточника, дававшей, впрочемъ, немного мочи.

2) Кр., многорожавшая, 40 л., кровотеченіе и ѣдкія выдѣленія съ годъ. Кровотеченія теперь часты, а выдѣленія вонючи. Ракъ влагалищной части, но идетъ и въ каналъ шейки; матка подвижна; параметрій не пораженъ. Вылущеніе матки по *Шредеру*. Когда шейка высоко отдѣлена, она была перевязана въ 2 лигатуры и срѣзана ниже ихъ; дальнѣйшая операція обычная. Кровотеченіе небольшое. Тампонація, какъ и въ предъидущемъ случаѣ. Тампонъ вынуть на 9-й день. Медленное *выздоровленіе* при норм. t^0 , изрѣдка повышавшейся до $38,0^0$.

3) Кр., 37 л., многорожавшая, истощенная. Кровотеченіе и выпаденіе матки 4 года. Шейка сильно утолщена, выворочена, изъявлена; матка замѣтно неравномѣрно увеличена, именно съ правой стороны. Вылущеніе матки чрезъ влагалище прошло очень легко, безъ запрокидыванія ея. Тампонація. Медленное *выздоровленіе* при нормальной t^0 . При выбитіи больной, влагалище стояло нормально.

4) Кр., 38 л., многорожавшая. Ракъ занималъ влагалищную часть и распространялся по каналу шейки приблизительно до внутренняго зѣва; лѣвый параметрій нѣсколько инфильтрованъ. Предварительное выскабливаніе. *Extirpat. uteri per vagin.*, какъ и въ предъидущихъ случаяхъ. Шейка рвалась: пришлося ее удалять по кускамъ, предварительно перевязавъ ее выше въ 2 лигатуры *en masse*. Тѣло извлечено обычнымъ способомъ. Нѣкоторая часть клѣтчатки слѣва удалена. Кровотеченіе довольно большое и не могло быть остановлено окончательно; но по вложеніи большаго тампона изъ іодоформной марли оно остановилось. Выздоровленіе.

IV.

Несмѣняемая повязка и гигроскопичность перевязочныхъ средствъ въ вопросѣ объ уходѣ за пуповиннымъ остаткомъ.

Д-ра Е. М. Вайнштейна.

(Изъ Павловскаго Родильнаго Приюта въ Одессѣ).

Разработка вопроса о времени отпаденія пуповиннаго остатка и послѣдовательныхъ мѣстныхъ измѣненіяхъ въ пупочномъ кольцѣ принадлежитъ всецѣло нашему времени, а установленіе связи между общими заболѣваніями новорожденныхъ и патологическими измѣненіями пупочной раны и изысканія раціональнаго типа перевязки пуповиннаго остатка, есть достояніе исключительно послѣднихъ лѣтъ.

Изъ писателей среднихъ вѣковъ *Ambroise Paré* ¹⁾ первый указываетъ на гангрену, какъ на способъ отдѣленія пуповиннаго остатка. Относительно времени отпаденія въ среднемъ всѣ указываютъ на 5—7 день. На ряду съ этимъ *Baudelocque* ²⁾, *Velpeau* ³⁾ и друг., приводятъ случаи отпаденія на 2-й и 3-й день, а *Baudelocque* даже черезъ 24 часа послѣ родовъ.

Начиная съ *Шнмельберга* ⁴⁾, акушеры удѣляютъ больше вниманія процессу отпаденія пуповиннаго остатка. Такъ *Шнм-*

¹⁾ Oeuvres complètes d'*Ambroise Paré*, Paris, 1840, т. II, р. 677.

²⁾ L'art des accouchements. Paris, 1789.

³⁾ Traité complet de l'art des accouchements, Paris, 1835.

⁴⁾ Учебникъ акушерства, 1879 г.

Гельбергъ, *Шредеръ* ⁵⁾, *Лазаревичъ* ⁶⁾, говори о 5-мъ днѣ послѣ родовъ, какъ нормальномъ для отпаденія, подробнѣе останавливаются какъ на самомъ процессѣ мумификаціи пуповиннаго остатка, такъ и на способѣ перевязки его. Методы, предлагаемые ими, антисептическаго характера.

Изъ работъ, спеціально разбирающихъ интересующій насъ вопросъ, далѣе на первомъ планѣ стоитъ работа *Meckel'*я ⁷⁾. Онъ указываетъ уже на то, что влажное или сухое омертвѣніе пуповиннаго остатка зависитъ отъ толщины и сочности пуповины. Далѣе, разбирая вопросъ объ отпаденіи остатка и заживленіи пупочной раны съ физиологической и патологической точекъ зрѣнія, *Meckel* указываетъ на большую важность этой физиологической раны, могущей стать исходнымъ пунктомъ воспаленія и нагноенія. Для новорожденнаго пупокъ въ это время также важенъ, какъ и самыя серьезныя измѣненія взрослыхъ.

Въ 1878 году появилась работа *Stutz'a* ⁸⁾, въ которой авторъ, на основаніи экспериментальныхъ изслѣдованій, приходитъ къ интереснымъ выводамъ. У дѣтей, содержащихся очень сухо и въ теплѣ и не купающихся, мумификація пуповиннаго остатка скорѣе оканчивается. Въ среднемъ процессъ омертвѣнія заканчивается между тремя и четырьмя днями, между тѣмъ какъ самое отпаденіе можетъ и не произойти къ этому времени, а значительно позже. При упомянутыхъ условіяхъ гніеніе, влажное омертвѣніе, встрѣчается очень рѣдко.

Henning ⁹⁾ встрѣчалъ влажное омертвѣніе перевязанныхъ пуповинныхъ остатковъ только у недоносковъ и то очень рѣдко. На ряду съ этимъ *Henning* говоритъ, что видѣлъ *arteriitis* и *phlebitis umbelicales* инфекціоннаго происхожденія, начиная съ 1-го и кончая 28-мъ днемъ послѣ рожденія.

Depaul ¹⁰⁾, между прочимъ, говоритъ, что лѣтомъ пуповинный остатокъ можетъ размягчаться и загнивать; наступающее

⁵⁾ Учебникъ акушерства.

⁶⁾ Курсъ акушерства, 1877 г.

⁷⁾ Die Eiterung beim Abfallen des Nabelstranges, въ „Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin“, IV Jahrg., Heft. 2, 1853.

⁸⁾ Ueber den Nabelstrang und dessen Absterbeprozess, Arch. f. Gynäkol., Bd. XIII.

⁹⁾ Nabelkrankheiten, Handbuch von *Gerhardt*, Bd. II.

¹⁰⁾ Quelques soins à donner aux nouveaux nés.—Abeille méd. и Annales de la Soc. de méd. d'Anvers, XLI annéc, p. 130.

влажное омертвѣніе становится очевиднымъ по своему рѣзкому запаху. Въ этомъ отношеніи заключеніе *Depaul'*я противорѣчить выводамъ *Stutz'a* ¹¹⁾.

Далѣе слѣдуютъ уже работы, которыя такъ или иначе, указывая на возможность инфекціи черезъ пупочную рану, предлагаютъ различные методы для перевязки пуповиннаго остатка. Такъ, въ 1879 г. *Weisz* ¹²⁾, разбирая вопросъ о кровотеченияхъ изъ пупка при различныхъ заболѣваніяхъ, говоритъ, между прочимъ, что въ дезинфекціи и чистотѣ слѣдуетъ искать лучший способъ для огражденія ребенка отъ инфекціи. Въ родильныхъ домахъ и пріютахъ для подкидышей онъ настоятельно рекомендуетъ перевязку пупка антисептическими веществами.

Въ частныхъ домахъ онъ также рекомендуетъ антисептическую перевязку пупка при пуэрперальныхъ заболѣваніяхъ матерей.

Въ противоположность *Weisz'у*, *Sänger* ¹³⁾ въ засыхающемъ и даже гніющемъ остаткѣ пуповины не видитъ опасности къ инфекціи, благодаря защитительному влиянію демаркаціонной полосы вокругъ раны.

Sänger указываетъ на то, что во время пуэрперальной эпидеміи 1879 г. въ Лейпцигской клиникѣ умерло 10 дѣтей отъ септического зараженія и только 1 изъ нихъ получилъ инфекцію черезъ пупокъ, во всѣхъ же другихъ случаяхъ—черезъ ротъ. Этимъ *Sänger* подтверждаетъ высказанную раньше *Epstein'омъ* ¹⁴⁾ мысль, что инфекція черезъ ротъ у новорожденныхъ играетъ большую роль, чѣмъ черезъ пупочную рану. Въ другой своей статьѣ ¹⁵⁾, появившейся въ 1881 г. *Sänger*, возражая противъ предложенной *Dohrn'омъ* ¹⁶⁾ несмѣняемой повязки, говоритъ, что наиболѣе правильнымъ принципомъ ухода за пупкомъ является открытое антисептическое лечение пупочной раны; сюда онъ присоединяетъ изоляцію дѣтей при

¹¹⁾ L. c.

¹²⁾ Ueber Nabelblutung der Neugeborenen.—Centralbl. f. Gynäk., 1879, № 26.

¹³⁾ Sind aseptische Nabelverbände für Neugeborenen nothwendig und möglich?—Centralbl. f. Gynäk., № 19, 1880, p. 444.

¹⁴⁾ Archiv f. Kinderheilkunde.—Bd. I. Heft. 1.

¹⁵⁾ Zur Frage vom antiseptischen Nabelverband.—Centralbl. f. Gynäk., 1881, № 6.

¹⁶⁾ Ein neuer Nabelverband.—Centralbl. f. Gynäk., 1880, № 14.

заболѣваніяхъ матерей и вообще профилактическія мѣры. Удовлетворяющимъ этимъ требованіямъ, по мнѣнію *M. Sanger'a*, является методъ *Budin'a*¹⁷⁾: поверхъ пуповиннаго остатка кладется салициловая вата и rubber adhesive plaster; черезъ 7 дней повязка снимается подъ карболовымъ spray, накладывается protective silk; эта повязка остается уже до ухода ребенка изъ клиники.

*Dohrn*¹⁸⁾, исходя изъ того взгляда, что доступъ атмосфернаго воздуха къ пупочной ранѣ при купаніи (т. е. частое обнаженіе пупка) можетъ повести къ инфекціи и что большая часть заболѣваній пупка—инфекціоннаго происхожденія, предложилъ въ 1880 г. новый способъ перевязки пупочнаго остатка.

Обмывъ остатокъ карболовой кислотой (2¹/₂%) и обернувъ его карболовой ватой, *Dohrn* накладываетъ сверху пластырь и оставляетъ повязку нетронутой 7 дней. Все это время ребенка не купаютъ. На основаніи своихъ 28 случаевъ *Dohrn* дѣлаетъ выводъ, о лучшей пригодности своей повязки. Такимъ образомъ, *Dohrn* первымъ высказывается за несмѣняемую повязку и некупаніе новорожденныхъ.

*Max Runge*¹⁹⁾ въ своей работѣ, появившейся въ 1881 г., также высказывается за возможность инфекціи черезъ пупокъ, что онъ доказываетъ статистическими данными изъ Страсбургской клиники и акушерской клиники Charité. Въ противоположность *Sänger'u*, *Runge* не видитъ связи между этими заболѣваніями новорожденныхъ и пуэрперальными заболѣваніями родильницъ, такъ какъ послѣднія все время были въ удовлетворительномъ состояніи. Патолого-анатомическія изслѣдованія труповъ дѣтей всегда указывали на несомнѣнно септический характеръ заболѣваній, стоявшихъ въ связи съ пупочной раной. Въ большинствѣ случаевъ дѣло шло объ arteriitis umbelicalis, которое само можетъ вести къ смерти, благодаря сопутствующей флегмонѣ, служащей исходнымъ пунктомъ для піэміи.

¹⁷⁾ Progrés méd. 1880. Bd. VIII.

¹⁸⁾ L. c., pag. 313.

¹⁹⁾ Ueber Nabelverband und Nabelkrankungen—Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäh. Bd. VI, 1881.

Въ результатѣ своихъ наблюденій *Runge* ставитъ два положенія: способствовать по возможности скорѣйшей мумификаціи пуповиннаго остатка и соблюдать безусловную чистоту, отъ перваго момента прикосновенія къ пуповинѣ до полнаго отпаденія пуповиннаго остатка и заживленія пупочной раны ²⁰⁾.

Ту же мысль о пупочной ранѣ, какъ важнѣйшей входной двери для гниlostнаго яда, высказываетъ и *Holst* ²¹⁾ въ своей докторской диссертациі.

Credé и *Weber* ²²⁾, вполнѣ признавая возможность инфекціи черезъ пупочную рану, категорически заявляютъ даже, что смертность новорожденныхъ могла бы быть уменьшена при болѣе строгомъ и серьезномъ отношеніи къ пупку.

Принимая во вниманіе то обстоятельство, что пупокъ въ первые дни жизни ребенка представляетъ собой, такъ сказать, физиологическую рану, которая, благодаря присутствію въ ней отверстій трехъ большихъ сосудовъ и сосѣдству съ омертвѣвшей тканью, особенно предрасположена къ инфекціи и къ вытекающимъ отсюда заболѣваніямъ,—нельзя не согласиться съ тѣмъ, что послѣдствія ненормальнаго отпаденія пуповины составляютъ главные этиологическіе моменты многихъ болѣзненныхъ состояній первой эпохи жизни дѣтей.

Если кромѣ того вмѣстѣ съ *Артемьевымъ* ²³⁾ принять во вниманіе, что одна часть случаевъ заболѣванія пупка пользуется безъ совѣта врача, а другая, гдѣ несомнѣннымъ этиологическимъ моментомъ должно быть признано загрязненіе пупочной раны, поступаетъ въ руки врача въ такомъ запущенномъ видѣ, что провести научно эту связь почти невозможно, то окажется, что зависимость ⁰/₁₀ заболѣваемости и смертности дѣтей въ первые дни отъ неправильнаго ухода за пуповиннымъ остаткомъ, вовсе не преувеличены.

Такъ, по статистикѣ д-ра *Н. Миллера* ²⁴⁾ изъ Московскаго Воспитательнаго Дома оказалось, что настоящая піэмія

²⁰⁾ L. c., p. 83.

²¹⁾ Zur Aetiologie der Puerperalinfektion des Fötus und Neugeborenen.—Jnaug. Dissert. Dorpat., 1884.

²²⁾ Die Behandlung des Nabels der Neugeborenen.—Archiv f. Gynäkol. Bd. XXIII, 1884, pag. 74.

²³⁾ Профилактика новорожденныхъ.—Научныя бесѣды врачей Закавказскаго Повивальнаго Института, годъ II. 1887.

²⁴⁾ Труды 2-го съѣзда русскихъ врачей, томъ II, (педиатрія).

и септицемія, развивающіяся отъ поступленія гнойнаго и гни-
лостнаго яда черезъ пупочную рану (фактъ, по *Миллеру*, неоспо-
римый), встрѣчаются въ половинѣ всѣхъ случаевъ (49,5⁰/о).
Имъ же было доказано, что главная причина такой смерт-
ности заключается въ томъ, что громадное большинство дѣтей
доставляется въ Воспитательный Домъ съ сильно загнившими
пуповинными остатками.

Всѣ эти обстоятельства давно побуждали врачей найти
такой способъ перевязки пупочнаго остатка, при которомъ,
съ одной стороны, исключилась бы возможность инфекціи
черезъ пупочную рану, а съ другой—давалась бы возмож-
ность скорой мумификаціи пуповиннаго остатка и закрытія
раны,—два условія, на которыя еще въ 1885 г. указывалъ
проф. *М. Runge* ²⁵). Чтобы удовлетворить поставленнымъ
условіямъ, приходилось искать такое вещество для перевязки,
которое обладало бы и дезинфицирующими свойствами и высо-
кимъ коэффициентомъ гигроскопичности.

Опыты *Liborius'a*, подтвердившіе наблюденія *Virchow'a*
и *Hausmann'a* надъ обеззараживающей силой извести (въ
порошкѣ или въ 20⁰/о растворѣ известковаго молока), вмѣстѣ
съ давно извѣстной гигроскопичностью этого вещества, подали
поводъ *В. Сутугину* примѣнить въ 1887 г. въ Московскомъ
родовспомогательномъ домѣ *инсѣ* для перевязки пуповиннаго
остатка.

Самый способъ состоитъ въ слѣдующемъ: остатокъ пупо-
вины обсыпается гипсомъ, завертывается въ гигроскопическую
вату, также обсыпанную гипсомъ и прибинтовывается къ
животу младенца полотнянымъ бинтикомъ.

Повязка мѣняется раза два въ день и послѣ каждого
купанія ребенка.

Помимо этого способа *Сутугина* въ литературѣ даннаго
вопроса, мы находимъ описаніе многихъ другихъ способовъ
перевязки пуповиннаго остатка.

Изъ нихъ укажемъ на слѣдующіе.

Перевязка 30⁰/о іодоформенной марлей дважды въ день.

²⁵) Die Krankheiten der ersten Lebensstage.— Centralbl. f. Gynäkol., 1886 г.,
№ 2.

Ежедневно смѣняемая гигроскопическая вата слегка нама-
сленная (способъ *Credé* и *Weber'a*).

Перевязка смѣсью салициловой кислоты съ картофельной
мукой 1 : 5 (способъ *Fehling'a*), или смѣсью борной кислоты
съ картофельной мукой 1 : 3 (способъ *M. Runge*).

Перевязка талькомъ.

Перевязка сухимъ или смоченнымъ въ прованское масло
полотномъ.

Способъ *Dohrn'a*: пуповинный остатокъ обмывается 2¹/₂%
растворомъ карболовой кислоты, затѣмъ кладется кусокъ карбо-
ловой ваты, которая прикрѣпляется кускомъ липкаго пластыря;
повязка остается 7 дней, ребенка не купаютъ.

Способъ *Erstein'a*: обыкновенный набрюшникъ съ особымъ
колпачкомъ для пуповиннаго остатка.

Способъ *Артемьева*: перевязка гигроскопической ватой
безъ купанья до отпаденія пуповиннаго остатка.

Способъ *Львова*: присыпка смѣсью 1 части іодоформа и
10 частей висмута. Нѣсколько позже д-ръ *Львовъ* замѣнилъ
этотъ порошокъ глицериномъ: кускомъ ваты, слегка смоченной
глицериномъ, обертывается пуповинный остатокъ, до отпаденія
котораго ребенка не купаютъ.

Сравнительныя изслѣдованія надъ различными способами
перевязки пуповиннаго остатка, сдѣланныя одновременно
Годлевскимъ, *Фагонскимъ* и *Артемьевымъ*, дали различные
результаты.

Изъ своихъ изслѣдованій д-ръ *Годлевскій* ²⁶⁾ дѣлаетъ слѣ-
дующіе выводы:

1) способъ перевязки пуповины несомнѣнно вліяетъ на
развитіе болѣзней пупка;

2) лучшіе результаты даетъ перевязка гигроскопическими
порошками, изъ которыхъ не первомъ мѣстѣ долженъ быть
поставленъ гипсъ.

Д-ръ *Фагонскій* ²⁷⁾ въ Московскомъ родовспомогательномъ
заведеніи, на основаніи своихъ сравнительныхъ изслѣдованій,

²⁶⁾ См. статью д-ра *Г. Зеленскаго*.—„Акушерка“, № 6, 1894 г.

²⁷⁾ См. статью *Артемьева*.—„Сравнительная оцѣнка разныхъ способовъ
ухода за пуповиннымъ остаткомъ“. Научн. бес. врачей Закавказскаго педи-
важнаго института, годъ 6-й, 1891.

разныхъ способовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ.

Перевязка дѣлалась талькомъ, гипсомъ, салициловой кислотой (смѣсь *Рунге*: салициловая кислота и картофельная мука 1 : 5) и одной гигроскопической ватой. Всѣхъ наблюдений было 400, по 100 въ каждой категоріи.

Результаты всѣхъ наблюдений д-ръ *Фалонскій* выражаетъ слѣдующей таблицей:

	талькъ.	гипсъ.	салиц. кисл.	гигроскоп. вата.
<i>Erosio circa umbelicum</i>	5	4	2	3
Мѣстное нагноеніе пупочной ранки	40	2	51	29
Влажное омертвѣніе остатка пуповины	30	0	65	28

При перевязкахъ талькомъ, салициловой кислотой и гигроскопической ватой часто наблюдались нагноенія пупочной раны и сильный запахъ. Въ этихъ случаяхъ приходилось промывать ранку 3% борной кислоты и присыпать гипсомъ, послѣ чего всѣ названныя явленія исчезали.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ *Фалонскій* считаетъ перевязку гипсомъ наиболѣе цѣлесообразной для предупрежденія заболѣваній пупка.

Считая предупрежденіе надрыва остатка пупочнаго канатика однимъ изъ важныхъ моментовъ въ дѣлѣ профилактики новорожденныхъ, д-ръ *Артемьевъ* ²⁸⁾ въ 87 г. предложилъ свою несмѣняемую ватную повязку. Пупокъ, обмытый 2¹/₂% карболовой кислоты, обертывается гигроскопической ватой, поверхъ кладется карболозованная марля, а затѣмъ опять чистая вата и бинтикъ. Повязка остается нетронутой 5—6 дней, когда происходитъ отдѣленіе пуповиннаго остатка. Ребенка все это время не купаютъ.

Почти одновременно съ наблюденіями *Фалонскаго* д-ръ *Львовъ* ²⁹⁾, въ Лихачевскомъ родильномъ отдѣленіи въ Казани, установилъ свой способъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ. Поставивъ необходимымъ условіемъ наибольшей пригодности того или другого способа перевязки пупочнаго остатка достиженіе возможно скорѣйшей мумификаціи пуповиннаго остатка,

²⁸⁾ Научн. бесѣды врачей Закавказскаго повивальнаго института, годъ 2-й 1887, стр. 346.

²⁹⁾ Медицинское Обозрѣніе 1888 г., № 11.

и предохраненіе вхожденія яда черезъ открытую пупочную рану, — *Львовъ* остановился на слѣдующей перевязкѣ, какъ наиболѣе удовлетворяющей поставленнымъ условіямъ. Послѣ купанія новорожденнаго и обмыванія растворомъ сулемы 1 : 3000 пуповиннаго остатка, послѣдній обсыпается смѣсью порошковъ іодоформа (1 часть) и *magisterium bismuthi* (10 частей), обертывается въ компрессъ изъ карболизованной марли и такимъ же бинтомъ неподвижно укрѣпляется. Новорожденнаго ежедневно купаютъ и послѣ cadaго купанія повязка на ново накладывается.

Примѣняя этотъ способъ ухода *Львовъ* получалъ всегда сухое омертвѣніе пуповиннаго остатка, никогда не замѣчалъ ни гніенія, ни разложенія его, ни даже воспаленія или раздраженія пупка, пупочныхъ сосудовъ или зараженія новорожденныхъ черезъ пупочную рану.

То обстоятельство, однако, что при этомъ способѣ отпаденіе никогда не происходило раньше 6 дня, а подчасъ затягивалось до 10 дня, что заставляло матерей выписываться изъ родильнаго дома съ неотпавшимъ еще пуповиннымъ остаткомъ у младенца и выходить, такимъ образомъ, изъ сферы правильныхъ врачебныхъ наблюденій съ открытой еще раной, — побудило *Львова* обратиться къ другимъ способамъ. Съ этой цѣлью онъ перепробовалъ способы: *Сутушина* (гипсъ), *Dohrn'a*, *Артемьева* (гигроскопическая вата) и старые способы перевязки маслянистыми веществами. При этихъ изслѣдованіяхъ *Львовъ* пришелъ къ тому результату, что пуповинный остатокъ рано отпадаетъ почти при всѣхъ этихъ способахъ, но зато часто наблюдается влажное омертвѣніе остатка и загрязненіе пупочной раны съ воспаленіемъ пупка; ранѣ всего пуповинный остатокъ отпадаетъ при перевязкѣ его маслянистыми веществами.

За время наблюденій *Львова*, появились еще двѣ работы, результаты которыхъ имѣли большое вліяніе на выборъ *Львовымъ* новаго средства для перевязки пуповиннаго остатка.

Въ 1888 году *Холмогоровъ*³⁰⁾ опубликовалъ свою работу по вопросу о микроорганизмахъ отпадающей пуповины.

³⁰⁾ „Микроорганизмы отпадающей пуповины“, „Медицинское Обозрѣніе“, 1888 г.

Результаты *Холмогорова* таковы: въ пуповинномъ остаткѣ, при томъ или иномъ способѣ перевязки, всегда находятся въ большомъ количествѣ микроорганизмы какъ патогенные, такъ и непатогенные. Не смотря на это, новорожденные остаются здоровыми и зараженіе ихъ гниlostнымъ ядомъ не происходитъ. Последнее обстоятельство непонятно и въ работѣ *Холмогорова* не объяснено. Какъ на несомнѣнный источникъ появленія въ пупочной ранѣ микроорганизмовъ, *Холмогоровъ* указываетъ на воду ванны, воздухъ, перевязочный матеріалъ и руки служебнаго персонала.

Выводы *Холмогорова* указали авторамъ на то, что въ вопросѣ установленія наиболѣе раціональнаго способа ухода за пуповиннымъ остаткомъ, не должно, главнымъ образомъ, преслѣдовать возможность проникновенія гниlostнаго яда черезъ пупочную рану и мѣста перерѣзки пуповины.

Далѣе, въ 1891 г. д-ръ *Артемьевъ*³¹⁾ опубликовалъ результаты своихъ наблюденій надъ различными способами перевязки пуповиннаго остатка, произведенныхъ въ родильномъ отдѣленіи Закавказскаго повивальнаго института. Имъ примѣнялись способы перевязки гипсомъ, масломъ, чистой гигроскопической ватой и висмута-іодоформенная повязка *Львова*, во всѣхъ этихъ случаяхъ новорожденнаго купали. Кромѣ того *Артемьевъ* примѣнялъ еще чистую гигроскопическую вату въ видѣ несмѣняемой повязки, при чемъ новорожденнаго не купали до отпаденія пупочнаго остатка.

Изъ своихъ наблюденій *Артемьевъ* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

- 1) время отпаденія пуповины не находится въ зависимости отъ пола и вѣса новорожденныхъ, а также отъ толщины пуповины;
- 2) въ среднемъ пуповина отпадаетъ на 6—7 день;
- 3) перевязка масломъ и гипсомъ ускоряетъ время отпаденія, которое при посредствѣ этихъ средствъ совершается на 5-й день;

³¹⁾ Сравнительная оцѣнка разныхъ способовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ, Научныя бесѣды врачей Закавказскаго повивальнаго института, годъ 6-й, 1891.

4) при перевязкѣ пуповиннаго остатка смѣсью іодоформа съ висмутомъ (порошокъ *Львова*) отпаденіе пуповины весьма задерживается; въ 19% всѣхъ случаевъ оно происходило на 8—10 день;

5) наилучшіе результаты осмотра пупочной раны получались при несмѣняемой повязкѣ *Артемьева* и при способѣ *Львова*;

6) ни при одномъ изъ примѣненныхъ способовъ ухода не было обнаружено у новорожденныхъ воспаленія пупочныхъ сосудовъ, воспаленія внутреннихъ органовъ и вообще заболѣваній, носящихъ на себѣ слѣды инфекціи. Ни одинъ изъ названныхъ методовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ не можетъ, однако, быть названъ удовлетворительнымъ и въ этомъ отношеніи вполне желательны, по мнѣнію *Артемьева*, дальнѣйшія мѣропріятія и усовершенствованія.

Въ томъ же 1891 г. появилась работа *Eröss'a* ³³⁾. *Eröss*, сдѣлавъ наблюденія надъ 1000 новорожденныхъ въ отношеніи заболѣванія пупка и пуповины, пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ: правильный ходъ мумификаціи и рубцеванія найденъ только у 320 дѣтей, у остальныхъ же 680 *Eröss* замѣтилъ не только отклоненія отъ правильнаго хода этихъ процессовъ, но и тяжелыя, даже смертельныя заболѣванія пупка и пуповины.

По наблюденіямъ того же *Eröss'a* длина пуповины и купанье не оказываютъ вліянія на ходъ мумификаціи. Всего менѣе найдено заболѣваній у тѣхъ новорожденныхъ, у которыхъ пупокъ перевязывался сухой полотнянной тряпочкой и сухой Брунсовской ватой. Авторъ далѣе въ доказательство особой стойкости приобретенной въ первые дни жизни инфекціи указываетъ на два случая, гдѣ дѣти, выписавшись изъ родильнаго дома съ лихорадочной температурой, продолжали еще долго лихорадить и въ возрастѣ двухъ мѣсяцевъ заболѣли общимъ фурункулезомъ.

Несомнѣнно, по мнѣнію *Eröss'a*, что во многихъ случаяхъ, гдѣ причиной смерти считается врожденная атрофія, перитон-

³³⁾ Beobachtungen an 1000 Neugeborenen über Nabelkrankheiten und die von ihnen ausgehende Infection des Organismus.—Archiv f. gynäkol. 1891, Bd. XXI.

нить, плевритъ, катарръ кишекъ, судороги и проч., дѣти на самомъ дѣлѣ умирають вслѣдствіе инфекціи черезъ пупокъ. Въ цѣляхъ профилактики *Eröss* совѣтуетъ соблюдать строгую асептику во все время ухода за пуповиной, а также содѣйствовать скорѣйшей ея мумификаціи, что достигается не антисептическими перевязками, а свободнымъ доступомъ воздуха къ пуповинѣ.

Воспользовавшихся результатами *Артемьева* и указаніями *Холмогорова* на пути проникновенія микроорганизмовъ въ пупочную рану (ванны и частая смѣна повязки), а также общеизвѣстными свойствами глицерина, какъ средства обеззараживающаго, *Львова* ³⁴⁾ въ 1892 году предложилъ новый способъ перевязки.

Способъ этотъ заключается въ слѣдующемъ: послѣ обычной ванны вслѣдъ за рожденіемъ остатокъ пуповины новорожденного обтирается по возможности досуха гигроскопической ватой; тонкимъ компрессикомъ изъ гигроскопической ваты, смоченной глицериномъ только до общей влажности (избѣгая излишка глицерина), пуповинный остатокъ наглухо окутывается и прибинтовывается марлевымъ бинтомъ. Новорожденный не купается и компрессикъ не мѣняется до отпаденія пуповиннаго остатка.

По наблюденіямъ *Львова* при этомъ способѣ ухода пуповинный остатокъ всегда отпадаетъ не позже 4—5 дня, при чемъ какъ мумификація, такъ и самое отпаденіе не сопровождаются никакими ненормальными явленіями. Некупаніе въ первые 4—5 дней жизни не оказываетъ никакого вреднаго вліянія на здоровье младенцевъ.

Въ 1894 г. появилась работа *Doctor'a* ³⁵⁾ по вопросу о заживленіи пупка и объ уходѣ за нимъ. На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ заключенію, что пупочная рана положительно является Ахиллесовой пятой организма новорожденного. Эта физиологическая рана особенно предрасположена къ инфекціи, влекущей за собой тяжелыя общія заболѣванія.

³⁴⁾ Медич. Обозрѣніе 1893 г., № 3, стр. 235.

³⁵⁾ Ueber die Heilung und Behandlung des Nabels—Archiv gynäkol. Bd. XLV, 1894.

Объясняетъ все это *D.* слѣдующими обстоятельствами: во 1) положеніемъ раны, ведущей въ самую брюшную полость; во 2) присутствіемъ въ ранѣ отверстій трехъ большихъ сосудовъ; въ 3) присутствіемъ въ ней (ранѣ) большого количества мертваго матеріала.

Окончательный выводъ изъ своей работы *Doctor* формулируетъ слѣдующимъ образомъ: короткій остатокъ пуповины и несмѣняемая повязка имѣють преобладающее значеніе въ дѣлѣ правильнаго и быстрого отпаденія пуповины. Ни одно, ни другое вреднаго вліянія на здоровье неимѣють. Лучше пожертвовать купаніемъ, безъ котораго ребенокъ никогда не страдаетъ, чѣмъ безъ надобности мѣнять повязку.

Въ началѣ декабря того же 1894 года акушерка *Мишкевичъ* ³⁶⁾ изъ Нарыма (Томской губ.) предложила для перевязки пуповиннаго остатка *kalı huregmangalısım* въ растворѣ *gr. j̄j* на $\frac{3}{4}$ *Vj* воды. Пупокъ, послѣ общей ванны, смачивается этимъ растворомъ; гигроскопической ватой, смоченной этимъ же растворомъ, обертывается пупочный остатокъ и прибинтовывается къ животику младенца.

По ея наблюденіямъ (около 300 случаевъ), какъ о томъ свидѣтельствуетъ ея краткая замѣтка, пупокъ въ среднемъ отпадаетъ на 3—4 день, не оставляя ни красноты ни нагноенія. Новорожденнаго ежедневно купаютъ и послѣ каждой ванны мѣняютъ повязку.

Наконецъ, въ апрѣлѣ 1895 г. появилась работа д-ра *Hermes'a* ³⁷⁾ по вопросу о температурѣ и смертности новорожденныхъ въ зависимости отъ заболѣваній пупка. Наблюденія, сдѣланныя надъ 100 дѣтьми въ Данцигскомъ повивальномъ институтѣ, привели автора къ слѣдующимъ выводамъ.

До отпаденія пуповиннаго остатка температура колебалась въ предѣлахъ нормы, а средняя температура была 37,0⁰. Въ день отпаденія остатка температура нѣсколько повышается. Далѣе авторъ говоритъ, что температура въ 37,8⁰—38,0⁰ на 4—5 день указываетъ, по *Винкелю*, уже на заболѣваніе ново-

³⁶⁾ „Акушерка“, 1894 г., № 24.

³⁷⁾ Centralbl. f. Gynäkologie, 1895, № 17.—„Untersuchungen über Temperaturverhältnisse u. Sterblichkeit d. Neugeborenen, verur sacht durch Nabelerkrankungen“.

рожденного. Такую температуру видѣлъ авторъ только у 2 дѣтей въ день отпаденія пуповиннаго остатка. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ пупочная рана отдѣляла нѣсколько больше секрета, хотя воспалительной красноты не было. Во второмъ случаѣ пупочная ранка ничего особеннаго не представляла. Указывая на практикуемый въ Данцигскомъ повивальномъ институтѣ способъ перевязки пуповиннаго остатка мяслянистыми веществами съ ежедневнымъ купаніемъ, какъ сильно препятствующими мумификаціи, авторъ затѣмъ приводитъ дни отпаденія пуповинныхъ остатковъ. До 5-го дня ни одинъ не отпалъ, у большинства же на 8-й день. Авторъ полагаетъ, что наблюдавшееся въ общемъ хорошее состояніе новорожденныхъ за время наблюденій имѣетъ своимъ основаніемъ антисептической уходъ за пупочной раной, т. е. перевязку ея карболизованными жирными веществами.

И такъ, изъ обозрѣнія литературы, имѣвшейся у меня подъ руками, я пришелъ къ слѣдующему заключенію: въ возможности тяжелой инфекціи организма ребенка черезъ пупочную ранку никто не сомнѣвается; опасность инфекціи тѣмъ больше еще, что послѣдняя долгое время остается латентной.

Эти два обстоятельства заставляютъ насъ теперь удѣлять больше вниманія дѣлу ухода за пупкомъ новорожденного. Въ стремленіи установить раціональный типъ ухода прежнія антисептическія повязки постепенно вытѣсняются примѣненіемъ асептическихъ. Среди главныхъ качествъ примѣняемыхъ для перевязки веществъ вмѣсто прежнихъ дезинфицирующихъ свойствъ начинаютъ выступать на первый планъ гигроскопическія.

Въ этомъ отношеніи наиболѣе раціональнымъ является несмѣняемая повязка и некупаніе ребенка до полного заживленія пупка.

Вотъ въ общихъ чертахъ тѣ результаты, къ которымъ приходятъ авторы послѣднихъ лѣтъ.

Желая, съ одной стороны, провѣрить качества несмѣняемой повязки, съ другой—опредѣлить значеніе гигроскопичности веществъ, употребляемыхъ для перевязки, а также отыскать средство, примѣненіе котораго не встрѣчало бы препятствій даже въ деревняхъ,—я, съ ноября прошлаго (1894) года, сталь

примѣнять въ Павловскомъ родильномъ пріютѣ въ Одессѣ различные методы ухода за пуповиннымъ остаткомъ. Съ этой цѣлью я примѣнялъ перевязки слѣдующими средствами: гипсомъ, таниномъ, марганцово-кислымъ кали, квасцами, сухой ватой, глицериномъ, соломеннымъ и древеснымъ углемъ (последнія два вещества примѣнялись впервые).

При примѣненіи cadaго изъ этихъ способовъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ дѣтей купали, и послѣ cadaго купанія я мѣнялъ повязку; въ другой половинѣ дѣтей не купали, и 5 дней я не снимала повязки, исключая бинтика, да и то лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдній вслѣдствіе мочеиспусканія новорожденнаго промокалъ. Всѣхъ новорожденныхъ, перевязанныхъ этими средствами, было 302.

Наблюденія велись слѣдующимъ образомъ. Послѣ рожденія младенецъ взвѣшивался и получалъ ванну; сейчасъ же пуповинный остатокъ перевязывался тѣмъ или инымъ способомъ. Для правильной регистраціи всѣхъ случаевъ и точной отмѣтки результатовъ осмотра и изслѣдованія я завелъ особыя листки, въ которыхъ отмѣчалось: 1) фамилія родильницы; 2) ея температура; 3) полъ новорожденнаго; 4) его вѣсъ; 5) способъ перевязки; 6) состояніе пуповиннаго остатка; 7) окружность пуповины въ сантм.; 8) когда отпалъ пуповинный остатокъ; 9) день выписки изъ пріюта; 10) длина оставленнаго при перевязкѣ пуповины куска ея; 11) температура и общее состояніе младенца и матери.

Прежде, чѣмъ перейти къ изложенію данныхъ клиническихъ наблюденій, я скажу нѣсколько словъ во первыхъ, — о способѣ приготовленія соломеннаго угля и примѣненія его для перевязки, какъ совершенно новаго средства, и во вторыхъ, о нѣкоторыхъ изъ давно предложенныхъ, но нѣсколько видоизмѣненныхъ мною способахъ. Соломенный уголь, который впервые былъ мною примѣненъ для перевязки пуповиннаго остатка, по предложенію Товарища Директора Павловскаго родильнаго пріюта многоуважаемаго д-ра *П. М. Амброжевича*, я приготовлялъ слѣдующимъ образомъ: чистая солома помѣщается въ глиняную или металлическую посуду и зажигается; посуда съ горячей соломой помѣщается въ печь, дверцы которой прикрываются. Вслѣдствіе недостаточнаго, такимъ образомъ, притока кислорода

солома перестает горѣть и начинаетъ тлѣть. Въ результатѣ получается продуктъ неполнаго сгорания (или сгорания при недостаточномъ доступѣ воздуха)—соломенный уголь, очень мягкой консистенціи, который переносится въ чистую и совершенно сухую банку, лучше всего съ притертой пробкой. Послѣ нѣсколькихъ встряхиваній банки уголь превращается въ очень тонкій черный порошокъ. Въ такомъ видѣ уголь вполне готовъ къ употребленію.

Что касается приготовленія порошка древеснаго угля, то я его получалъ такимъ образомъ, что обыкновенный продажный древесный уголь я въ чистой ступкѣ превращалъ въ порошокъ и просѣивалъ сквозь марлю. Полученный мелкій порошокъ и примѣнялся для перевязки.

Перевязка пуповиннаго остатка названными двумя средствами производится слѣдующимъ образомъ.

Послѣ перерѣзки пуповины для отдѣленія новорожденнаго отъ матери, ребенка купаютъ и тщательно вытираютъ; затягиваютъ ту же наложенную лигатуру и кускомъ гигроскопической ваты совершенно осушаютъ пупочный остатокъ и пупочное кольцо.

Затѣмъ, тщательно продезинфицировавъ еще разъ свои руки, осторожно посыпаютъ всю область пупка угольнымъ порошокомъ, взятымъ въ ложечку *), сверху кладется слой чистой гигроскопической ваты, которой обертывается посыпанный порошокомъ пуповинный остатокъ и, наконецъ, все это забинтовывается чистымъ полотнянымъ бинтикомъ.

Вмѣсто гигроскопической ваты, въ мѣстахъ, гдѣ ея нѣтъ, можно употреблять сухую полотняную, чистую и мягкую тряпочку.

Такого же типа наложенія повязки я держался во всѣхъ случаяхъ, гдѣ для перевязки пуповиннаго остатка брались вещества въ порошокъ (гипсъ, квасцы, танинъ).

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ребенка не купали, повязка оставалась нетронутой обыкновенно 5 дней. На 6-й день или къ концу 5-го я со всѣми предосторожностями антисептики снималъ повязку и находилъ, обыкновенно, сухой пуповинный остатокъ, либо совсѣмъ уже отдѣлившимся, либо совершенно

*) Для большой чистоты лучше брать стеклянную или роговую ложечку.

высохшимъ и слабо держащимся. Въ первомъ случаѣ маленькая пупочная ранка осторожно покрывалась тонкимъ слоемъ того же порошка, которымъ до того былъ перевязанъ данный ребенокъ, сверху я клалъ опять слой гигроскопической ваты и бинтикъ. Въ такомъ видѣ повязка опять оставалась 2 дня, послѣ чего ранка совершенно заживала. Послѣдніе 2 дня ребенка тоже не купали.

Во второмъ случаѣ, когда пуповинный остатокъ слабо еще держался, я еще разъ накладывалъ повязку по первому вышеуказанному типу.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда ребенокъ ежедневно получалъ ванну, я осторожно совершенно чистыми руками снималъ передъ ванной повязку, осматривалъ рану до ванны**), а послѣ ванны опять накладывалъ повязку обычнымъ путемъ.

Повязку д-ра *А. Артемьева* ³⁸⁾ я нѣсколько видоизмѣнилъ, сдѣлавъ ее болѣе асептической: я не примѣнялъ обмыванія пупочнаго остатка карболовой кислотой (2¹/₂‰ растворомъ) и не клалъ поверхъ ваты карболизованной марли, какъ это дѣлаетъ *Артемьевъ*. Послѣ первой ванны и тщательнѣйшаго осушенія всего тѣла, а въ особенности области пупка, я завертывалъ пуповинный остатокъ въ кусокъ чистой гигроскопической ваты и затѣмъ прибинтовывалъ повязку полотнянымъ бинтикомъ къ животу младенца. Въ остальномъ уходъ за пупкомъ такой-же, какъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ: при некупаніи повязка остается нетронутой 5 дней, въ случаяхъ же купанія — продезинфицированными руками повязка снимается до ванны и наново накладывается послѣ ванны.

Типъ наложенія этой повязки изъ сухой ваты я удержалъ для способа д-ра *Львова* ³⁹⁾ (съ глицериномъ) и акушерки *Мацкевичъ* ⁴⁰⁾ (съ марганцово-кислымъ кали). Только при перевязкѣ марганцово-кислымъ кали и некупаніи дѣтей я ежедневно мѣняю повязку, заворачивая каждое утро пупочный остатокъ въ свѣжій кусокъ гигроскопической ваты, смоченной растворомъ марганцово-кислаго кали. Дѣлалъ я это въ виду того,

**) Рана послѣ ванны измѣняется, чѣмъ значительно маскируется ходъ процесса заживленія.

³⁸⁾ Научн. бес. врачей Закавказскаго повивальнаго института, годъ 2-й (1887), стр. 346.

³⁹⁾ Л. с.

⁴⁰⁾ Л. с.

что вата, смоченная этимъ растворомъ, довольно быстро высыхаетъ и въ повязкѣ дѣйствующимъ началомъ является только вата.

Результаты своихъ клиническихъ наблюдений я выразилъ таблицами, но прежде, чѣмъ привести эти таблицы, я нѣсколько остановлюсь на нѣкоторыхъ обстоятельствахъ, имѣющихъ немаловажное значеніе.

При перевязкѣ пуповиннаго остатка тѣмъ или инымъ средствомъ слѣдуетъ всегда обращать вниманіе не только на остатокъ, но и на пупочное кольцо. Въ случаяхъ ватныхъ повязокъ (сухая вата, вата съ глицериномъ или съ растворомъ марганцово-кислаго кали), краемъ ваты прикрывается и пупочное кольцо; въ случаяхъ же перевязки веществами въ порошокѣ, этими же порошками посыпается и пупочное кольцо.

При этомъ я исходилъ изъ того взгляда, что пупочное кольцо является основаніемъ пуповиннаго остатка: чѣмъ скорѣе высохнетъ и омертвѣетъ основаніе остатка, тѣмъ скорѣе послѣдній отпадетъ. Кромѣ того, пупочное кольцо является наиболѣе опаснымъ мѣстомъ, такъ какъ въ его области и образуется пупочная рана, которая собственно-то и требуетъ самого тщательнаго ухода.

Если мы примѣненіемъ антисептическихъ или гигроскопическихъ средствъ, стремимся достигнуть возможно быстрой мумификаціи пуповиннаго остатка, то этимъ мы предохраняемъ пупочную рану: присутствіе въ ней куска умирающаго органическаго вещества (пуповины), по консистенціи и питательности ничѣмъ почти не отличающагося отъ питательной желатины, во всякомъ случаѣ не можетъ остаться безъ вліянія какъ на самую рану, такъ и на общее состояніе организма. Въдѣ въ пупочной ранѣ имѣются отверстія 3-хъ большихъ кровеносныхъ сосудовъ и масса лимфатическихъ; все это ведетъ непосредственно въ брюшную полость. Слѣдовательно, здѣсь даны отличныя условія для всасыванія. Тотъ давно доказанный фактъ, что извѣстный, во всякомъ случаѣ не малый, процентъ поносовъ у дѣтей перваго возраста долженъ быть отнесенъ къ числу симптомовъ септического перитонита, служить лучшимъ тому доказательствомъ.

Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться съ *Doctor*'омъ⁴¹⁾, который приравниваетъ пупочную ранку къ большимъ хирург-

⁴¹⁾ L. c., pag. 542.

гическимъ ранамъ, требующимъ самого тщательнаго за собой ухода. Здѣсь же замѣчу, что важность этой маленькой ранки еще усугубляется тѣмъ обстоятельствомъ, что загниваніе или другія патологическія измѣненія пуповиннаго остатка съ изумительной быстротой, по наблюденіямъ *Eröss'a* ⁴²⁾, вызываютъ инфекцію всего организма.

И такъ, пупочная рана является входными воротами для инфекціоннаго начала; этой раны нѣтъ въ моментъ перерѣзки пуповины для отдѣленія новорожденнаго отъ матери и наложенія повязки, а она образуется въ области пупочнаго кольца постепенно, по мѣрѣ отдѣленія мертваго куска пуповины, иначе говоря, эта рана образуется на нашихъ глазахъ, поэтому въ нашей власти обставить ея образованіе и теченіе до окончательнаго заживленія возможно идеальной чистотой и асептикой.

Вотъ почему, признавая важность антисептическихъ или гигроскопическихъ свойствъ той или иной повязки, мы должны эти полезныя свойства прилагать и къ пупочному кольцу, какъ будущей Ахиллесовой пятѣ новорожденнаго, по выраженію того же *Doctor'a*. Въ этой-то ранѣ и долженъ, по нашему мнѣнію, лежать центръ тяжести всякой повязки.

Далѣе, принимая во вниманіе наблюденіе д-ра *З. Баба-насянца* ⁴³⁾, что засыханіе всегда начинается съ верхушки пуповиннаго остатка и постепенно доходитъ до пупочнаго кольца, я, также, какъ и *Doctor* ⁴⁴⁾, предложилъ бы оставлять возможно меньшій кусокъ пуповины при отдѣленіи новорожденнаго отъ матери. Это обстоятельство значительно ускоряетъ отпаденіе пуповиннаго остатка и заживленіе пупочной раны (см. табл. I). Въ виду возможности появленія очень опаснаго послѣдовательнаго кровотеченія и могущей представиться необходимости наложить вторичную лигатуру, слѣдуетъ однако оставлять кусокъ не меньше 2—2¹/₂ centim.

Перехожу теперь къ таблицамъ, составленнымъ на основаніи клиническаго матеріала и далѣе къ химическимъ изслѣдованіямъ коэффиціента гигроскопичности примѣнявшихся для перевязки средствъ.

⁴²⁾ I. c., pag. 418.

⁴³⁾ Къ вопросу объ отпаденіи пуповины у новорожденныхъ. Диссерт. Спб. 1881 г., стр. 9.

⁴⁴⁾ I. c., pag. 554.

МЕТОДЫ УХОДА ЗА ПУПО

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА.	Марганцово-кислый кали.		Сухая вата.		Гипс.	
	50 случ.	%.	52 случ.	%.	40 случ.	%.
Сколько раз пуповина отпала за время нахождения новорожденного в прюотъ	38	74	36	41,5	28	70
Сколько раз заживленіе пупочной раны шло безъ осложненій	47	94	47	90,3	34	85
Сколько разъ было сухое омертвѣніе . .	47	94	44	84,6	24	60
" " " влажное "	3	6	8	15,4	16	40
" " " краснота	2	4	1	1,9	4	10
" " " отдѣленіе гноя	1	2	4	7,69	1	2,5
" " " повышеніе t°	—	—	1	1,9	1	2,5
" " " общія заболѣванія: (желтуха, поносы и судороги)	—	—	1	1,9	—	—
Сколько разъ отпала въ случаяхъ, гдѣ окружность пуповины была <i>болше</i> 3 септ.	изъ 14 у 7	50	изъ 22 у 9	40,9	изъ 12 у 5	41,6
Сколько разъ отпала въ случаяхъ, гдѣ окружность пуповины была <i>меньше</i> 3 септ.	изъ 36 у 31	86,1	изъ 30 у 27	90	изъ 28 у 23	82,1
Отпала въ случаяхъ, гдѣ длина пупочнаго остатка <i>болше</i> 2 септ.	изъ 20 у 12	60	изъ 12 у 3	25	изъ 20 у 8	40
Отпала въ случаяхъ, гдѣ длина пупочнаго остатка <i>2 септ. и меньше</i>	изъ 30 у 26	86,6	изъ 40 у 33	82,5	изъ 20 у 20	100
Отпала хорошо у доношенныхъ	изъ 48. у 36	73,5	изъ 49 у 34	61,2	изъ 40 у 28	70
Отпала хорошо у недоношенныхъ	изъ 2. у 2	100	изъ 3 у 2	66,6	—	—

*) *Примѣчаніе 1.* Изъ 3 новорожденныхъ, перевязанныхъ глицериномъ и перенесенныхъ поносовъ.

Примѣчаніе 2. Примѣненіе танина ограничено всего 20 случаями, такъ какъ онъ ваетъ отпаденіе его; приходится либо долго держать родильницу съ новорожденнымъ. Позднее отпаденіе пуповиннаго остатка и заживленіе пупочной раны при примѣненіи

Таблица I.

ВИННЫМЪ ОСТАТКОМЪ.

Танинъ.		Глицеринъ.		Соломенный уголь.		Древесный уголь.		К в а с ц и н.		ВСЕГО 302 случ.
20 случ.	%.	30 случ.	%.	50 случ.	%.	20 случ.	%.	40 случ.	%.	
8	40	12	40	39	78	14	70	26	65	
8	40	9	30	48	96	11	55	35	87,5	
11	55	3	10	49	98	12	60	21	52,5	
9	45	27	90	1	2	8	40	19	47,5	
—	—	4	13,3	2	4	4	20	1	2,5	
—	—	5	16,6	—	—	2	10	4	10	
—	—	3	10	—	—	—	—	—	—	
—	—	3*)	10	—	—	—	—	—	—	
изъ 8 у 0	0	изъ 14 у 1	7,14	изъ 9 у 4	44,4	изъ 5 у 2	40	изъ 6 у 3	50	
изъ 12 у 8	66,6	изъ 16 у 11	68,75	изъ 41 у 35	85,36	изъ 15 у 12	80	изъ 34 у 23	67,3	
изъ 3 у 1	33,3	изъ 12 у 0	0	изъ 8 у 2	25	изъ 11 у 5	45,4	изъ 18 у 8	44,4	
изъ 17 у 7	41,7	изъ 18 у 12	66,6	изъ 42 у 37	88	изъ 9 у 9	100	изъ 22 у 18	81,8	
изъ 20 у 8	40	изъ 28 у 12	42,85	изъ 47 у 37	78,7	изъ 20 у 14	70	изъ 36 у 24	66,6	
—	—	изъ 2 у 0	0	изъ 3 у 2	66,6	—	—	изъ 4 у 2	50	

въ общія заболѣванія, одинъ умеръ отъ истощенія подъ вліяніемъ неудержимыхъ зло-
 бывающихъ образований твердой капсулы вокругъ пуловиннаго остатка и этимъ удержи-
 вать, либо отпустить съ незажившимъ пупкомъ. Ни одно, ни другое не желательны.
 Хирургическая также заставило насъ ограничить число наблюдений 30.

Таблица II.

Средній день отпаденія пуповиннаго остатка при различныхъ способахъ перевязки.

При перевязкѣ марганцово - кислымъ кали	отпадаетъ на	4,93 день.
” ” соломеннымъ углемъ	” ”	6,1 ”
” ” сухой гигроскопической ватой	” ”	6,28 ”
” ” гипсомъ	” ”	6,48 ”
” ” древеснымъ углемъ	” ”	6,65 ”
” ” квасцами	” ”	6,8 ”
” ” глицериномъ	” ”	8,05 ”
” ” танниномъ	” ”	8,20 ”

Таблица III.

Сравнительная таблица средняго дня отпаденія пуповиннаго остатка при различныхъ способахъ ухода за ними съ ежедневнымъ купаніемъ новорожденнаго и безъ купанія.

		Съ купаніемъ.	Безъ купанія.
При перевязкѣ марганцово-кислымъ кали	отпадаетъ на	5,37 день.	4,5 день.
” ” соломеннымъ углемъ	” ”	6,71 ”	5,5 ”
” ” сухой гигроскопической ватой	” ”	6,9 ”	5,66 ”
” ” гипсомъ	” ”	7,1 ”	5,86 ”
” ” древеснымъ углемъ	” ”	7,3 ”	6,0 ”
” ” квасцами	” ”	7,5 ”	6,1 ”
” ” глицериномъ	” ”	9,7 ”	6,4 ”
” ” танниномъ	” ”	10,0 ”	6,4 ”

На ряду съ этими клиническими наблюденіями въ Павловскомъ родильномъ пріютѣ я имѣлъ возможность, благодаря любезному разрѣшенію глубокоуважаемаго учителя моего, профессора технической химіи мѣстнаго (Новороссійскаго) университета *В. М. Петріева*, заняться въ технической лабораторіи университета опредѣленіемъ коэффиціента гигроскопичности нѣкоторыхъ изъ употреблявшихся для перевязки средствъ.

Исходя изъ того положенія, что нормально процессъ отдѣленія пуповиннаго остатка происходитъ путемъ сухаго омертвѣнія, я и предполагалъ, что то средство должно оказаться наиболѣе удобримымъ, которое скорѣе будетъ способствовать высыханію богатой жидкостью пуповины. Въ этомъ отношеніи я а priori вполне присоединялся къ выводамъ экспериментальныхъ изслѣдованій *Stutz'a* ⁴⁵⁾ и клиническихъ наблюденій *Артемова* ⁴⁶⁾, *Doctor'a* ⁴⁷⁾ и друг., что стремленіе къ мумификаціи есть одинъ изъ наиболѣе рациональныхъ способовъ ухода за пуповиннымъ остаткомъ. Чѣмъ скорѣе высохнетъ оставленный кусокъ пуповины, тѣмъ скорѣе онъ и отдѣлится и кромѣ того, чѣмъ онъ суше будетъ, тѣмъ хуже пойдетъ (или совсѣмъ не пойдетъ) развитіе различныхъ, въ томъ числѣ и патогенныхъ микроорганизмовъ. Въ присутствіи послѣднихъ, по *Холмогорову* ⁴⁸⁾, и сомнѣваться нельзя.

Самое опредѣленіе коэффиціента гигроскопичности я дѣлалъ слѣдующимъ образомъ: на точныхъ и чувствительныхъ химическихъ вѣсахъ бралась навѣска какого нибудь вещества. Сосудъ съ этимъ веществомъ подвергался повторнымъ высушиваніямъ въ воздушной банѣ до постояннаго вѣса. Этимъ же путемъ опредѣлялось и количество влаги, содержащейся нормально въ данномъ веществѣ. Затѣмъ, данное вещество подвергалось подъ стекляннымъ колпакомъ въ герметически закрытомъ пространствѣ дѣйствию атмосферы, насыщенной водяными парами опять до постояннаго вѣса этого вещества.

Этимъ опредѣлялось максимальное количество влаги, какое можетъ поглотить опредѣленный вѣсъ вещества. Вѣсъ влаги,

⁴⁵⁾ Л. с.

⁴⁶⁾ Л. с.

⁴⁷⁾ Л. с.

⁴⁸⁾ Л. с.

поглощенной единицей вѣса абсолютно сухаго вещества, отнесенный къ 100 единицамъ вѣса вещества и выражаетъ собой процентъ или коэффициентъ гигроскопичности. Такимъ путемъ я опредѣлилъ нормальное содержаніе влаги, количество влаги, могущей еще быть поглощенной этимъ веществомъ (относительная гигроскопичность) и количество влаги, поглощаемой тѣмъ же веществомъ въ совершенно сухомъ состояніи (абсолютная гигроскопичность) для гигроскопической ваты, танина, квасцовъ, гипса, соломеннаго и древеснаго угля.

Результаты этихъ изслѣдованій я выразилъ таблицей IV.

Таблица IV.

Сравнительная таблица гигроскопичности употребленныхъ для перевязки пуповинныхъ остатковъ веществъ.

НАЗВАНІЕ ВЕЩЕСТВЪ.	Нормальное содержаніе влаги.	Относительная гигроскопичность.	Абсолютная гигроскопичность.
Соломенный уголь.	9,14 ^o /%	85,38 ^o /%	94,52 ^o /%
Гигроскопическая вата	5,51 ^o /%	61,92 ^o /%	67,43 ^o /%
Танинъ	13,85 ^o /%	33,02 ^o /%	46,87 ^o /%
Древесный уголь	51,05 ^o /%	18,36 ^o /%	69,41 ^o /%
Гипсъ	2,61 ^o /%	17,26 ^o /%	19,87 ^o /%
Квасцы.	59,83 ^o /%	5,37 ^o /%	65,20 ^o /%

Особенно труднымъ является опредѣленіе гигроскопичности въ квасцахъ и соломенномъ углѣ.

Первое изъ этихъ веществъ содержитъ, какъ извѣстно, 24 частицы кристаллизационной воды (или 12 ч., смотря потому, принимаемъ ли мы въ структурной формулѣ квасцовъ двойную или простую частицу). При нагрѣваніи въ воздушной банѣ квасцы теряютъ не только гигроскопическую воду, но и кристаллизационную. Дѣло, однако, въ томъ, что въ началѣ высушиванія потеря въ вѣсѣ идетъ медленно; когда же начинается удаляться кристаллизационная вода, уменьшеніе въ вѣсѣ сразу сильно возрастаетъ, иначе говоря, вѣсѣ послѣ нѣсколькихъ высушиваній сразу падаетъ на большую вели-

чину. Два смежных вѣса, наиболѣе разнящіеся другъ отъ друга, указываютъ на конецъ потери гигроскопической воды и начало потери кристаллизаціонной. Для точнаго опредѣленія этого момента нужна большая тщательность во взвѣшиваніи и частыя взвѣшиванія.

Что касается соломеннаго угля, то вѣроятно большое содержаніе въ немъ поташа, поглощающаго большое количество воды, обусловливаетъ, во первыхъ, его высокій коэффициентъ гигроскопичности, а во вторыхъ дѣлаетъ самое опредѣленіе затруднительнымъ.

Влажная атмосфера, насытивъ гигроскопичность соломеннаго угля, начинаетъ растворять поташъ, и это большое увеличеніе вѣса взятой навѣски, доходящее до полуторнаго вѣса ея, симмулируетъ высокій коэффициентъ гигроскопичности угля. Есть, однако, возможность опредѣлить моментъ, когда кончилась гигроскопичность и началось раствореніе. Уголь, подвергнутый дѣйствию влаги, постепенно увеличивается въ вѣсѣ и доходитъ до того, что два слѣдующихъ другъ за другомъ вѣса разнятся между собою только въ четвертыхъ цифрахъ (т. е. своими десятитысячными знаками). Если уголь остается затѣмъ еще во влажной атмосферѣ, то вѣсѣ его начинаетъ быстро и сильно увеличиваться. Этотъ моментъ и есть начало растворенія.

Такъ какъ каждое вещество растворяясь поглощаетъ извѣстное строго опредѣленное количество влаги при опредѣленной, конечно, температурѣ, то и эта растворимость поташа, какъ одной изъ составленныхъ частей соломеннаго угля, можетъ быть поставлена послѣднему только въ заслугу, какъ средства, способствующаго скорѣйшей мумификаціи.

Кромѣ того, такъ какъ уголь есть продуктъ неполнаго сторанія органическаго вещества—соломы, то а priori можно предположить, что въ немъ будутъ заключаться и продукты сухой перегонки этого органическаго вещества, какъ-то: различныя кислоты ароматическаго ряда и ихъ соли, масла, алкоголяты вообще и феноляты въ частности и проч. Всѣ эти вещества имѣютъ, конечно, извѣстное значеніе въ смыслѣ ихъ антисептическаго дѣйствія.

Впрочемъ этого вопроса я здѣсь касаться не буду, такъ

какъ полное изслѣдованіе соломеннаго угля съ физической, химической, бактериологической и фармакологической точекъ зрѣнія составить предметъ отдѣльной работы, къ которой я уже отчасти приступилъ.

Что касается марганцово-кислаго кали, то вата, обработанная этимъ растворомъ и даже помѣщенная во влажной атмосферѣ, теряетъ постепенно въ своемъ вѣсѣ. Эта потеря происходитъ на счетъ взаимнаго разложенія ваты, какъ органическаго вещества, и марганцово-кислаго кали, какъ сильнаго окислителя. Результатомъ такого разложенія является, между прочимъ, образованіе ѣдкаго кали и свободнаго кислорода: одна частица марганцово-кислаго кали при своемъ разложеніи даетъ 5 атомовъ кислорода.

Образованіе такого сравнительно большаго количества свободного кислорода не останется, вѣроятно, безъ вліянія на процессъ заживленія пупочной раны. Надо полагать, что съ одной стороны кислородъ будетъ повышать жизнеспособность тканей, а съ другой — дезинфицировать рану, убивая микроорганизмы.

Изъ обзора приведенныхъ таблицъ, составленныхъ на основаніи клиническихъ наблюденій надъ ходомъ процесса заживленія пупка (см. табл. I, II и III) и на основаніи химическихъ изслѣдованій веществъ, употреблявшихся для перевязки (см. табл. IV) можно сдѣлать слѣдующіе выводы.

Вещества, обладающія наибольшимъ коэффициентомъ гигроскопичности, оказываются наиболѣе пригодными для перевязки пуповиннаго остатка.

Наибольшій процентъ сухаго омертвѣнія далъ соломенный уголь (98⁰/о), обладающій наивысшимъ процентомъ гигроскопичности (94,52⁰/о). Въ этомъ отношеніи я не могу не согласиться съ *Max Runge*, *Eröss*'омъ, *Артемовымъ*, *Doctor*'омъ, *Лвовымъ* и друг., которые при выборѣ какого нибудь средства для перевязки пуповиннаго остатка, предлагаютъ обращать вниманіе не только на антисептическія свойства этихъ веществъ, но въ равней мѣрѣ и на другія. Съ своей стороны я скажу, что гигроскопичность среди этихъ «другихъ» свойствъ играетъ первостепенную роль: гигроскопическое вещество, лишая пуповину жидкости, будетъ тѣмъ самымъ способство-

вать болѣе скорому ея высыханію, а на сухомъ остаткѣ пуповины развитіе возбудителей воспаленія и гніенія пойдетъ плохо или даже совсѣмъ его не будетъ ⁴⁹⁾.

Въ этомъ насъ ясноубѣждаетъ полное совпаденіе между высотой коэффиціента гигроскопичности и скоростью отпаденія пуповинаго остатка и заживленія пупочной раны.

Непонятнымъ только съ перваго раза кажется, отчего при таннинѣ, обладающемъ сравнительно высокимъ коэффиціентомъ гигроскопичности, отпаденіе происходитъ такъ поздно.

Дѣло въ томъ, однако, что таннинъ образуетъ вокругъ пуповиннаго остатка очень толстую капсулу, которая и затрудняетъ нѣсколько отдѣленіе совершенно сухаго остатка.

Это позднее отпаденіе тѣмъ не менѣе не сопровождается ни краснотой, ни отдѣленіемъ гноя (см. таб. I).

Примѣненіе антисептическихъ средствъ въ дѣлѣ ухода за пупкомъ кажется мнѣ неподходящимъ по тѣмъ уже причинамъ, что всѣ сильныя antiseptica (карболовая кислота, сулема, іодоформъ) способны очень легко вызвать тяжелую, подчасъ и смертельную, интоксикацію. Этотъ страхъ передъ интоксикаціей усугубляется еще тѣмъ, что область пупочнаго кольца во все время до полнаго закрытія его новой кожей (послѣ отпаденія пуповиннаго остатка) обладаетъ, какъ экспериментально показалъ *Epstein* ⁵⁰⁾, большою способностью ко всасыванію.

Если мы къ этому обстоятельству прибавимъ еще и то, что пупочная рана никогда почти не представляетъ такихъ рѣзкихъ разстройствъ, по которымъ можно было бы судить о происшедшей или могущей произойти инфекціи всего организма новорожденнаго, что примѣненіе антисептическихъ приѣмовъ при начинающемся загрязненіи этой раны для предотвращенія инфекціи не ведетъ къ цѣли, какъ показалъ *Epstein*, что, далѣе, приобретенная, такъ незамѣтно въ первые дни жизни, инфекція очень стойка ⁵¹⁾ и, наконецъ, что присутствіе болѣе или менѣе сильнаго запаха въ отпадающей

⁴⁹⁾ См. у *Eröss'a*, I. c., pag. 446.

⁵⁰⁾ См. у *Eröss'a*, I. c., pag. 423.

⁵¹⁾ Ср. случай *Bednar'a*, который видѣлъ arteriitis и phlebitis umbelicales въ концѣ 3-го мѣсяца жизни.—см. его „Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge“.—Wien. 1850, Bd. III.

пуповинѣ встрѣчается и въ совершенно нормальныхъ случаяхъ ⁵²), а слѣдовательно, критеріемъ для сужденія о наступившемъ опасномъ загниваніи пуповины служить не можетъ,—если все это принять во вниманіе, то антисептическія повязки должны быть совершенно оставлены, какъ не имѣющія для своего примѣненія никакого показанія.

И такъ, главная суть удачнаго ухода за пуповиннымъ остаткомъ и пупочной раной лежитъ отнюдь не въ примѣненіи антисептическихъ средствъ для перевязки, а въ абсолютной чистотѣ какъ самой раны, такъ и всего приходящаго въ соприкосновеніе съ ней и въ примѣненіи веществъ съ возможно высокимъ коэффициентомъ гигроскопичности. Въ этомъ отношеніи полная асептика является тѣмъ идеаломъ, къ которому мы всячески должны стремиться.

Eröss ⁵³) даже утверждаетъ, что не наложеніемъ повязки, имѣющей несомнѣнно громадное значеніе и совершенствуемой постепенно, а абсолютной чистотой отъ перваго прикосновенія къ пупку до полнаго заживленія его мы можемъ достигнуть столь желательной асептики.

На этомъ основаніи несмѣняемая повязка заслуживаетъ полнѣйшаго вниманія и широкаго примѣненія.

Далѣе на основаніи своихъ наблюденій я вполне присоединяюсь къ тѣмъ (*Dohrn*, *Артемьевъ*, *Львовъ*, *Doctor*), которые наиболѣе рациональнымъ считаютъ, въ связи съ наложеніемъ несмѣняемой повязки, некупаніе дѣтей до полнаго заживленія пупка. Съ своей стороны могу подтвердить, что некупаніе (съ несмѣняемой повязкой) абсолютно ускоряетъ отпаденіе пуповиннаго остатка и тѣмъ способствуетъ болѣе быстрому заживленію образовавшейся раны (см. табл. III). Никакихъ разстройствъ, ни мѣстныхъ, ни общихъ отъ лишенія ребенка ванны въ первые 6—8 дней я за все время не видалъ.

Если съ одной стороны вмѣстѣ съ *Холмогоровымъ* принять, что ванна является однимъ изъ источниковъ инфекціи, съ другой—согласиться съ заявленіемъ *Фогеля* ⁵⁴) о вредѣ

⁵²) См. у *Sänger'a*, I. c., pag. 446.

⁵³) I. c., pag. 447.

⁵⁴) Руководство къ изученію дѣтскихъ болѣзней, 1864 г., ч. I.

частаго купанія для новорожденнаго и съ данными *Doctor'a* ⁵⁵⁾, показавшаго, что ежедневное купаніе новорожденныхъ вліяетъ на уменьшеніе ихъ вѣса,—то смѣло можно пожертвовать издавна установившимся, научно неоправдываемымъ и ничего кромѣ вреда не приносящимъ обычаемъ ежедневно по одному или даже по два раза купать новорожденныхъ.

Къ этому прибавлю еще и то обстоятельство, что въ нечистоплотныхъ семействахъ часто пользуются ванной и для мытья грязныхъ пеленокъ, что въ родильныхъ домахъ на ряду со здоровыми дѣтьми иной разъ акушерка выкупаетъ и одержимыхъ бленнореей глазъ.

Все это еще больше говорить въ пользу абсолютнаго оставленія купанія до полнаго заживленія пупка. Чистота новорожденнаго будетъ въ гораздо большей и полной степени соблюдена, если вмѣсто купанія ребенка будутъ вытирать влажной чистой ватой послѣ cadaго мочеиспусканія и испражненія.

Что касается вліянія длины оставляемаго куска пуповины, на скорость отпаденія, то объ этомъ достаточно было говорено выше (см. табл. I).

Въ виду того, что въ температурѣ новорожденнаго мы имѣемъ единственный способъ для сужденія о происшедшемъ загрязненіи пупочной раны, то такое систематическое измѣреніе температуры во все время существованія пупочной раны является особенно желательнымъ. По наблюденіямъ *Doctor'a* ⁵⁶⁾, *Hermes'a* ⁵⁷⁾ и друг., повышеніе температуры новорожденнаго въ періодѣ существованія пупочной раны должно всегда указывать на ненормальный ходъ заживленія пупка.

То обстоятельство, что повышеніе температуры встрѣчалось у насъ при примѣненіи веществъ, обладающихъ наименьшимъ коэффициентомъ гигроскопичности (ср. табл. I и IV), еще больше подтверждаетъ высказанную нами выше мысль о значеніи гигроскопичности въ вопросѣ объ уходѣ за пупкомъ.

⁵⁵⁾ L. c., pag. 556.

⁵⁶⁾ L. c.

⁵⁷⁾ L. c.

И такъ, изъ всѣхъ перепробованныхъ мною средствъ я могу рекомендовать примѣненіе марганцово-кислаго кали, сухой ваты и соломеннаго угля. Высокій коэффициентъ гигроскопичности и простота приготовления соломеннаго угля даютъ мнѣ возможность особенно рекомендовать это средство для перевязки пуповиннаго остатка вообще, а въ глухой деревнѣ тѣмъ паче.

Побольше абсолютной чистоты и вниманія къ маленькой, но весьма важной пупочной ранкѣ и мы уменьшимъ или даже сведемъ къ нулю громадную смертность новорожденныхъ въ первые дни ихъ жизни. Вспомнимъ только, что уходъ за пупкомъ лежитъ всегда и всецѣло на обязанностяхъ акушерки, имѣющей въ громадномъ большинствѣ случаевъ очень смутныя представленія о хирургіи вообще и заживленіи ранъ въ частности, какъ бы велики ни были ея спеціально акушерскія познанія.

Повторяю, въ возможно идеальной чистотѣ, начиная отъ момента перваго прикосновенія къ пуповинному остатку, до окончательнаго заживленія пупочной раны и въ стремленіи какъ можно скорѣе вызвать засыханіе и отпаденіе остатка пуповины, мы имѣемъ могущественнѣйшія средства въ дѣлѣ предохраненія организма новорожденнаго отъ тяжелой инфекціи.

Некупаніе ребенка до полнаго заживленія пупка и примѣненіе гигроскопическихъ перевязочныхъ средствъ поможетъ намъ въ этомъ благомъ стремленіи, а термометръ укажетъ, идетъ ли процессъ заживленія правильно и не грозитъ ли ребенку опасность тяжкаго заболѣванія или даже смерти.

Въ заключеніе считаю своимъ нравственнымъ и пріятнымъ долгомъ выразить глубокую признательность многоуважаемому Директору Павловскаго родильнаго пріюта д-ру *Ф. О. Спира* и Товарищу Директора д-ру *П. М. Амброжевичу*, всегда любезно снабжавшимъ меня своими практическими совѣтами и предоставившимъ мнѣ возможность пользоваться обширнымъ клиническимъ матеріаломъ, а также многоуважаемому д-ру *К. Р. Генрихсену*, не отказывавшему мнѣ въ литературныхъ источникахъ.

Отъ души благодарю также глубоко-уважаемаго учителя моего, проф. Новороссійскаго университета, *В. М. Петріева*, за его любезное руководство моими занятіями въ технической лабораторіи и за цѣнныя совѣты и указанія.

V.

Къ вопросу объ акушерско-гинекологической помощи въ провинціи.

(Отчетъ о моихъ акушерско-гинекологическихъ операціяхъ за время съ 1887 по 1891 г.).

Г. Надеждина.

Самопознаніе—единственный правильный путь къ разрѣшенію практическихъ вопросовъ. Задача русской медицины—предупреждать и исцѣлять болѣзни русскаго народа—только тогда наилучшимъ образомъ разрѣшится, когда она будетъ идти этимъ путемъ. Съ этой точки зрѣнія желательно появленіе отчетовъ о медицинской дѣятельности врачебныхъ учреждений и отдѣльных лицъ, если они (отчеты) вносятъ нѣкоторый матеріалъ для такого самопознанія и отчасти намѣчаютъ пути къ рѣшенію практическихъ вопросовъ. Эти соображенія побудили меня продолжить отчетъ о своей сельской хирургической дѣятельности, и я за отчетомъ объ глазныхъ операціяхъ предлагаю отчетъ объ акушерско-гинекологическихъ.

За время съ viii/1887 по ix/1891 было 183 больныхъ, коимъ оказана оперативная акушерско-гинекологическая помощь. Въ сравненіи съ громаднымъ количествомъ обще-хирургическихъ (болѣе 1000) и глазныхъ (1219) больныхъ это небольшое число.

Больныя были изъ слѣдующихъ мѣстностей: *Тамбовской* губ.: изъ Моршанскаго уѣзда 77, Спасскаго 11, Шацкаго 9, Елатомскаго 12, Темниковскаго 11, Кирсановскаго 7, Козловскаго 6; *Пензенской* губ.: Керенскаго уѣзда 16, Чембарскаго 10, Наровчатскаго 3, Ломовскаго 3, Краснослободскаго 9, Пен-

зенскаго 1; *Рязанской* губ.: Сапожковскаго уѣзда 6, Ряжскаго 2. Районъ меньшій, чѣмъ для глазныхъ больныхъ.

По роду болѣзни эти 183 случая распредѣляются такъ: А) пороки развитія 4; Б) приобретенные пороки 61; В) болѣзни въ связи съ беременностью и родами 27; Г) воспалительные процессы 42; Д) новообразованія 49.

За исключеніемъ одного амбулаторнаго случая, всѣ остальные лѣчились стационарно, либо на дому, либо въ земской больницѣ, либо въ моей лѣчебницѣ. *На дому* проводились случаи акушерскіе (18). Что касается распредѣленія больныхъ между моей лѣчебницей и земской больницей. то въ общемъ оно было таково: въ первой лѣчились больныя съ операціями, требовавшими наибольшей хирургической чистоты (операціи на брюшной полости), и затѣмъ, болѣе или менѣе состоятельныя больныя, не мирившіяся съ неудобствами земской больницы; во второй—остальныя, особенно же такія грязныя, какъ съ фистулами мочевыми или съ запущенными раками. Но съ весны 1887 г. по весну 1888 г. всякаго рода больныя лѣчились въ моей лѣчебницѣ, такъ какъ земской больницей я не располагалъ; наконецъ, съ половины 1891 г., ликвидируя дѣла лѣчебницы, я всѣхъ гинекологическихъ оперировалъ въ земской больницѣ, которая къ тому времени приняла довольно удовлетворительный видъ. Всего на дому лѣчились 18 больныхъ, въ земской больницѣ 109, въ моей лѣчебницѣ 56.

Условія моей лѣчебницы и земской больницы достаточно описаны въ моихъ предъидущихъ отчетахъ (Мед. Обозр. 1884, 1886 г., Хир. Вѣстн. 1887 г., Медицина 1895 г.), равно въ статьѣ «Нѣсколько гинекологическихъ операцій надъ органами брюшной полости», въ «Журн. Акуш. и Жен. болѣзней» 1895 г. Въ послѣдней статьѣ подробно описано, при какихъ условіяхъ и какъ проводились гинекологическія (и другія) операціи на брюшной полости. Что касается другихъ гинекологическихъ и нѣкоторыхъ акушерскихъ операцій (абортъ), производимыхъ чрезъ влагалище, то онѣ совершались при постоянномъ орошеніи слабымъ растворомъ сулемы или борной кислоты; гдѣ нужно, употреблялись зеркала *Симона*. Другія особенности операцій, свойственныя той или другой группѣ оныхъ, будутъ указаны въ своемъ мѣстѣ.

А. 1) Дѣвица, 20 л., худа, малокровна. Обычные признаки *гематометры*; матка растянута до размѣровъ беременной въ концѣ 7 мѣсяца, плотно напряжена; *справа около нея больше мягкое, съ гусиное яйцо, тѣло*, нѣсколько подвижное отдѣльно, хотя несомнѣнно находящееся въ связи съ маткой. Пятидневное задержание испражнений; моча идетъ при величайшихъ усиляхъ, каплями. *Апрезія* въ нижнемъ концѣ влагалища, въ видѣ зыблущейся, выпукло-овальной перепонки, въ 5 мил. толщины. Безъ наркоза продольный разрѣзъ въ $\frac{1}{2}$ вершка (однимъ ударомъ снизу вверхъ). Истечение густой дегтеобразной массы предоставлено самой себѣ (шла трое сутокъ); матка не промывалась. Обѣ опухоли исчезли. На 10 день замѣчено сильное заростаніе разрѣза: края освѣжены и оторочены швомъ. Выздоровленіе.

2) Полутороговая дѣвочка. Временное задержание мочи заставило обратить вниманіе на половые органы: оказалось эпителиное сращеніе vulvae и нижняго конца влагалища; пришлось раздѣлить (легко) зондомъ; во избѣжаніе рецидива зондированіе повторялось нѣсколько дней.

3) Нерождающая, замужня, 27 л. Дизменорея, антефлексія, коническая шейка, стенозъ наружнаго отверстія канала. Ампутація влагалищной части, въ видѣ Kögelmantel-förmige-Excision. Выздоровленіе.

4) Замужня, не рождавшая, 21 г. Дизменорея, коническая шейка. Операция и исходъ, какъ въ предыдущемъ.

Б. 1) Многорожавшая, 52 л. Учащенное и мучительное мочеиспусканіе. Камня и новообразования не оказалось. Выпаденіе передней стѣнки влагалища и cystocele. Colporhaphia anter. Улучшеніе.

2) Многорожавшая, 43 л. Полное выпаденіе матки 2 года; матка, особенно шейка, увеличены; на послѣдней большая язва; разрывъ промежности средней степени. а) Высокая ампутація шейки. б) Черезъ 25 дней кольпоперинеорафія по *Гегару*. Выздоровленіе.

3—4) Многорожавшая, 45 и 38 л. Болѣзнь, операция и исходъ, какъ въ предыдущемъ.

5) Многорожавшая, 40 л. Выпаденіе средней степени; небольшой разрывъ промежности. Colporrhaphia по *Гегару*. Выздоровленіе.

6) Многорожавшая, 32 л. Послѣ родовъ—фистула (ранѣ мной зашита) и полный разрывъ промежности; недержаніе кала. Операция по *Гегару*, съ успѣхомъ.

7) Многорожавшая, 42 л. Старый разрывъ промежности (послѣ родовъ), доходящій до края ani. Операция по *Гегару*, съ успѣхомъ.

Случай выпаденія матки, осложненнаго міомой, описанъ въ отдѣлѣ послѣднихъ.

Женщинъ, съ разрывомъ промежности и съ выпаденіемъ матки, было несравненно больше; только громаднѣйшее большинство не соглашалось на операцию. При выпаденіи матки

предпочитали кольца, которыхъ (твердыхъ-каучуковыхъ Майеровскихъ) вставлено нами много; иногда больныя примѣняли самодѣльные кольца, изъ прутьевъ, обмотанныхъ берестовой лентой.

8—61) *Мочепузырные фистулы составляли около $\frac{1}{3}$ всѣхъ акушерско-гинекологическихъ случаевъ* (54 : 183). Однообразному изложенію всѣхъ случаевъ я предпочитаю слѣдующія обобщенія разныхъ сторонъ этого отдѣла болѣзней.

а) Больныя были изъ слѣдующихъ *мѣстъ*: изъ Моршанскаго уѣзда—10, Спасскаго—7, Кирсановскаго—3, Козловскаго—4, Темниковскаго—8, Елатомскаго—4, Керенскаго—3, Чембарскаго—1, Ломовскаго—1, Краснослободскаго—8, Пензенскаго—1, Сапожковскаго—3, Ряжскаго—1. Я думаю, что только отсутствіе мѣстной оперативной помощи заставило многихъ больныхъ прибыть издалека, за 100—150 и болѣе верстъ; вѣдь путешествіе съ этой тяжелой болѣзнію въ высокой степени обременительно. Относительно много больныхъ изъ отдаленныхъ уѣздовъ, населенныхъ *мордвой*,—Темниковскаго и Краснослободскаго.

б) Между больными были 4 *татарки* и 17 *мордвокъ*; остальные—*русскія*. Всѣ—*крестьянки*.

в) *Причиной* фистулъ въ 53 случаяхъ были *роды*, въ 1 домашней работы пессарій, вызвавшей пролежень.

г) Всѣ больныя *замужнія*. Въ *возрастѣ* до 20 л. было 2 больныхъ, до 25 л.—13, до 30 л.—13, до 40 л.—16, до 50 л.—9, 54 л.—1.

д) Фистула *образовалась* послѣ *первыхъ родовъ* въ 12 случаяхъ, послѣ *вторыхъ*—въ 18, *четвертыхъ*—*шестыхъ*—въ 17, *седьмыхъ*—*двѣнадцатыхъ*—въ 6. *Продолжительность родовъ* указана въ 21 случаѣ: одни сутки—въ 1 случаѣ, двое—въ 7, трое въ 3, четверо—въ 5, пятеро—въ 3, шестеро—въ 1. *Положеніе* плода можно было выяснитъ въ 19 случаяхъ: въ 14 было косо-поперечное, у повторно родящихся; въ 4—головное, при чемъ только разъ у повторно рождающей; въ 1 случаѣ было очень рѣдкое положеніе: во влагалищѣ одновременно съ головкой были всѣ 4 конечности (см. ниже). *Акушерская помощь* была въ 6 случаяхъ: 3 раза въ лицѣ врача и 3—акушерки.

е) *Продолжительность болѣзни* такова: отъ $\frac{1}{3}$ г. до $\frac{1}{2}$ г. въ 9 случаяхъ, $\frac{1}{2}$ —1 г.—въ 20 сл., 2—5 л.—въ 18 сл.,

6—12 л. въ 7 сл. Не странно-ли видѣть, при настоящемъ развитіи хирургіи, женщинъ, переносящихъ эту, одну изъ тяжкихъ болѣзней, 6—12 лѣтъ! Замѣтна связь запущенности болѣзни съ невѣжествомъ населенія и отдаленностію оперативной помощи. Съ наиболѣе продолжительной болѣзною были жительницы Темниковскаго (средняя продолжительность около 6 л.), Краснослободскаго ($4\frac{1}{2}$ г.) и Елатомскаго ($3\frac{1}{5}$ г.) уѣздовъ; съ наименьшей—Моршанскаго (9 мѣсяцевъ). Не видя, трудно себѣ представить, до какой степени нечистоплотности достигала болѣзнь. Больныя должны быть паріями даже своего невзыскательнаго общества, и печать этого ясно лежала на многихъ изъ нихъ. Однако въ 6 случаяхъ отмѣчены *послѣдующіе роды*, одни, двое и даже трое.

ж) *Фистулы* имѣли слѣдующія свойства. Въ 44 случаяхъ пузырно-влагалищныя, въ 3 — пузырно-маточно-влагалищныя, въ 2 — маленькія фистулы — рецидивы послѣ кольпоклеиза, въ 3 — пузырно-мочеточнико-влагалищныя, въ 2 — при пузырно-влагалищныхъ фистулахъ, было полное отсутствіе уретры. *Форма* фистулъ была чаще всего кругловатая или болѣе или менѣе поперечно-овальная; 2 раза были закругленно-четыреугольныя (обширныя) фистулы; 2 раза — продольно-овальныя (небольшія); 1 разъ — въ видѣ узкой продольной щели; 6 разъ встрѣтилась неправильная форма; наконецъ, въ одномъ случаѣ три маленькія кругловатыя фистулы были расположены по продольной, слегка косою линіи. *Вѣличина* фистулъ: въ двухъ случаяхъ менѣе горошины, въ восьми — въ горошину и болѣе, въ 25 — съ гривенникъ — пятіалтынный, въ 13 — съ двугривенный — двухкопѣечную монету, въ двухъ — около голубинаго яйца. *Положеніе* фистулъ преимущественно болѣе или менѣе по срединѣ передней стѣнки влагалища; въ пяти случаяхъ фистулы были сильно отклонены вбокъ; въ трехъ — фистулы находились такъ высоко, что передняя губа маточной шейки, болѣе или менѣе разрушенная, входила въ край фистулы; въ пяти — онѣ, наоборотъ, были такъ близко къ внутреннему отверстию уретры, что оно входило въ нижній край фистулы, будучи болѣе или менѣе разрушено, сужено и даже зарощено. Въ 16 случаяхъ были рубцовыя натяженія во влагалищѣ и даже суженія его.

3) 11 случаевъ были оперированы въ моей лѣчебницѣ, 43 въ земской больницѣ. Нечистота, вносимая этими больными, громадная. Къ счастью, за единичными исключеніями, эти больныя являлись въ теплое время года (иначе и не могло быть), когда ихъ можно было держать на открытомъ воздухѣ, въ корридорѣ, сѣняхъ и т. п. За исключеніемъ нѣсколькихъ маленькихъ фистулъ, операціи производились подѣ хлороформомъ, въ копчико-спинномъ положеніи; ноги удерживались сидѣлками. Операціи предшествовала обычная подготовка въ возможно-короткій срокъ, въ виду недостатка мѣсть. Всегда прилагалось стараніе низвести фистулу къ входу влагалища; препятствовавшіе этому, равно—вообще доступности фистулы, рубцы разрѣзались; иногда надрѣзалась промежность. Въ немногихъ случаяхъ, однако, пришлось оперировать *in situ*. Края фистулы освѣжались возможно широко простыми скальпелями, иногда еще и ножницами. Швы накладывались сначала въ нѣсколькихъ главныхъ пунктахъ (основные), затѣмъ въ промежуткахъ, всѣ — равномѣрно — глубокіе, до слизистой. Въ первое время основные швы были серебрянные, остальные — шелковые; въ послѣднее—всѣ шелковые. Илы употреблялись самыя кривыя, иглодержатель — *Роинера*, которымъ можно захватить иглу подѣ разными углами, вколоть и выколоть. Швы затягивались послѣ наложенія всѣхъ; иногда послѣ этого нужно было наложить 1—2 поверхностныхъ шва. Препятствовавшіе сведенію краевъ фистулы рубцы надрѣзались, иногда дѣлались вспомогательные разрѣзы. Въ громадномъ большинствѣ линія швовъ шла поперечно; въ немногихъ случаяхъ она была Г или П-образна, въ 1-мъ — Т-образна, въ 1-мъ, наконецъ, неправильной формы. Послѣ операціи влагалище и пузырь (между прочимъ, для пробы) промывались борной (первое и сулемой); во влагалище вводился іодоформъ (въ разрѣзы рубцовъ—*стирался*); разрѣзъ промежности тотчасъ сшивался. Въ пузырь вставлялся или укороченный резиновый катетеръ, или резиновая трубочка; на первый разъ они пришивались къ краю уретры, затѣмъ удерживались Т-образной повязкой изъ нитокъ. Послѣ операціи больная клалась на кожу или (въ послѣднее время) на клеенку на кровати, наклонной къ ногамъ; изъ (деревянной) кровати вынималась

одна (поперечная) доска, и моча стекала изъ трубки въ тазъ подъ кроватью. Пузырь не промывался, если не было щелочной мочи; трубка вынималась на третій или четвертый день. Швы снимались въ два приѣма: часть на 5—7 день, часть (основные) на 9-й и 12-й. Полное сращеніе получилось въ 44 случаяхъ послѣ первой операціи, въ шести—послѣ второй, въ двухъ—послѣ третьей. Въ случаѣ несращения фистулы, методическія *прижиганія* не примѣнялись: этотъ невѣрный, но длительный способъ былъ не удобенъ при нашей тѣснотѣ: больная отпущалась домой и приходила во второй разъ. Таковъ общій характеръ операцій; выдающіяся отступленія я кратко отмѣчу.

№ 78) (По порядку всѣхъ операцій рассматриваемаго періода). Маленькая фистула послѣ ранѣ совершеннаго средняго кольпоклеиза. Поперечно-эллиптическое освѣженіе и шовъ. Срощеніе.

№ 31 и 182) Маленькая фистула послѣ ранѣ совершеннаго нижняго кольпоклеиза; для закрытія пришлось оперировать (какъ въ предъидущемъ) 2 раза, съ большимъ промежуткомъ.

№ 94) Фистула захватывала внутренній конецъ уретры. Послѣ срощенія—слабое держаніе мочи.

№ 226, 840, 1465, 1466) Внутренній конецъ уретры входилъ въ край фистулы и зарощенъ или сильно суженъ. Предварительно разрѣзомъ надъ концомъ катетера образовано внутреннее отверстіе; оставленъ на нѣсколько дней катетеръ; за тѣмъ зашиваніе фистулы. Срощеніе.

№ 662) Въ верхній край узкой, продольной пузырно-влагалищной фистулы входилъ конецъ *мочеточника*; пузырный край его надрѣзанъ. Около фистулы сдѣланъ *частичный кольпоклеизъ* (на передней стѣнкѣ).

№ 118) Полное разрушеніе уретры; обширная пузырно-влагалищная фистула; рубцовыя сокращенія. Въ одинъ приѣмъ образована „*мужская уретра*“ по *Заяицкому* съ нижнимъ кольпоклеизомъ. Prima. Результатъ не большой. Черезъ нѣкоторое время больная и ея мужъ (татары) просили „расшить“.

№ 688) Въ верхній край продольно-овальной фистулы входилъ конецъ *мочеточника*. Рубцы влагалища надрѣзаны, пузырный край мочеточника надрѣзанъ; продольно-овальное освѣженіе и шовъ. Срощеніе.

№ 773) Большая фистула возлѣ шейки пузыря, съ рубцовыми срощеніями. 2 раза фистула сшивалась неудачно; нижній *кольпоклеизъ*, срощеніе.

№ 774 и 2223) Фистулы по рубцовымъ натяженіямъ во влагалищѣ не подлежали сшиванію. Нижній *кольпоклеизъ*; срощеніе.

№ 1174) Передняя губа шейки совершенно разрушена и шейка входитъ въ край фистулы. Полный кольпоклеизъ въ срединѣ влагалища.

№ 1400) Внутренний конец уретры входитъ въ нижній край большой фистулы и сильно суженъ, въ верхній же входитъ конецъ мочеточника. Операция въ 2 приема: 1) разрѣзанъ внутренний конецъ уретры и catheter à demeure; 2) чрезъ нѣсколько дней зашиваніе фистулы, при чемъ пузырьный край мочеточниковаго отверстія разрѣзанъ. Срощеніе.

№ 1333) Въ пузырьѣ камень, для извлеченія коего фистула нѣсколько увеличена (надрѣзомъ книзу). Чрезъ нѣкоторое время обычное сшиваніе фистулы.

№ 1997) Передняя губа (продольно-разорванная) маточной шейки входитъ въ верхній край фистулы. Продольный шовъ вмѣстѣ съ губой. Срощеніе.

№ 2054) Указанныя выше 3 маленькихъ фистулы. Защиты продольно: 2 верхнія вмѣстѣ, нижняя отдѣльно. Срощеніе.

№ 687) Большая фистула въ области шейки пузыря, разрушеніе уретры; обширные рубцы влагалища. Мужская уретра по *Заяшскому* и кольпоклеизъ въ 1 приемъ. Осталась маленькая фистула на мѣстѣ швовъ. Больная не возвращалась.

Три больныхъ съ фистулами не согласились на операцию; двумъ было отказано за невозможностью какой либо операции.

В) 1 — 12) *Абортовъ* было 12 случаевъ. Большинство крестьянки; 1 жена учителя, 1—священника, 1—конторщика. *Возрастъ*: 21 г., 22 (двѣ), 24, 25, 30 (двѣ), 34, 35, 36 (двѣ), 42. Три—первобеременные, остальные повторно-беременные; одна съ повторными—выкидышами. 11 замужнихъ, 1 вдова. Выкидышь произошелъ въ одномъ случаѣ на 6 мѣсяцъ, въ остальныхъ около 2-хъ—3-хъ мѣсяцевъ. *Причиной* является травма; въ одномъ случаѣ—сопротивленіе при изнасилованіи; въ одномъ, повидимому, былъ искусственный выкидышь, въ одномъ, наконецъ, выкидышь развился подъ вліяніемъ брюшного тифа. Въ одномъ запущенномъ случаѣ была высокая t^0 и зловонныя выдѣленія; съ другой стороны, въ 1 (при тифѣ) послѣдъ былъ оставленъ, въ виду упадка силъ и очевидной асептичности, на 5 недѣль, и t^0 была нормальна, а кровотеченія не было. *Помощь* въ 2 случаяхъ состояла въ ручномъ удаленіи плода и послѣда; въ остальныхъ удалялся только послѣдъ и либо пальцами (преимущественно свѣжіе случаи), либо ложечкой (ранніе выкидыши, сокращеніе шейки, запущенные случаи).

Въ одномъ случаѣ, ради доступа въ матку, примѣнено тупело, въ 1-мъ—расширитель матки. За извлеченіемъ шло антисептическое промываніе (сулемой) матки, иногда тампонація ея (лихорадка, зловоніе, упорное кровотеченіе). 5 операций сдѣланы

на дому, 5—въ больницѣ, 1—въ лѣчебницѣ, 1—*амбулаторно*. Эта женщина явилась изъ ближайшаго села съ продолжительнымъ задержаніемъ мертвaго плода и послѣда, съ высокой t^0 и зловонными выдѣленіями; извлеченіе, тампонація. Не смотря на убѣжденія, больная уѣхала домой. Благополучный исходъ во всѣхъ случаяхъ.

13) Пузырный *заносъ*. 32 л., многорожавшая; пяти-мѣсячная беременность; сильное кровотеченіе; извлеченіе ручное; тампонація матки и влагалища іодоформной марли. Выздоровленіе.

14) Совершенно *нетипичное положеніе* младенца. 40-лѣтняя, въ 7-й разъ рождающая; двойни. Первый младенецъ вышелъ нормально, головкой. Второю—задержался нѣсколько дней. Головка въ верхней части малаго таза; въ послѣднемъ и всѣ 4 конечности, лѣвыя ниже и клереди, выпаденіе пуповины, лѣвой ножки по колѣно, лѣвой ручки по локоть. Мертвый плодъ, зловонныя выдѣленія. Извлеченіе щипцами. Выздоровленіе. Пузырно-влагалищная фистула.

15—16) Поперечное положеніе, запущенное, съ сильнымъ вколачиваніемъ, съ выпаденіемъ ручки; 21-го года, 7—рага и 31 г., 8—рага. Декапитация въ 1-мъ случаѣ и эмбриотомія въ другомъ. Выздоровленіе.

17—18) *Наложеніе щипцовъ* въ срединѣ таза при слабыхъ потугахъ; 41 г., 8—рага и 26 л., 1—рага. Выздоровленіе. Ребенокъ въ первомъ случаѣ мертвый.

19) 30 л., многорожавшая. Запущенное поперечное положеніе; разлагающійся плодъ. Другимъ врачомъ сдѣланъ поворотъ на ножки; при извлеченіи *головка оторвалась* и осталась въ маткѣ; повидимому, сдѣланъ разрывъ ея. Больная доставлена въ больницу (за 15 верстъ) крайне слабой. Головка разсѣчена акушерскими ножницами, захвачена за ротъ и шею и извлечена. Больная *умерла* на операционномъ столѣ.

20—22) Задержаніе плаценте послѣ родовъ въ теченіе $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ сутокъ. Ручное отдѣленіе. Выздоровленіе.

23—35) Послѣродовой гнойной *параметритъ*; разрѣзь со стороны живота. Выздоровленіе.

26) Кр., 35 л., многорожавшая. Справа сзади матки эластическая опухоль болѣе кулака; отсутствіе регулъ; матка увеличенной прощупывается отдѣльно. Проколъ: вышла сначала безцвѣтная жидкость, за тѣмъ кровь. Вѣроятность виѣматочной беременности. Черезъ недѣлю больная оставила лечебницу.

27) Кр., 20 л. Первые *срочные* роды. Въмѣсто влагалища тонкій каналъ, образовавшійся послѣ операціи полной атрезіи влагалища. Операція *Порро*. Смерть отъ гнилостнаго зараженія. Ребенокъ живъ.

Всѣ случаи, связанные съ беременностью и родами,—изъ ближайшихъ мѣстъ Моршанскаго и Керенскаго уѣздовъ. Незначительное число таковыхъ случаевъ объясняется тѣмъ, что

крестьяне крайне рѣдко обращаются къ акушерской помощи, даже при неправильныхъ родахъ.

Г) 1—42) Самымъ частымъ поводомъ къ операциі служили воспалительные процессы матки. Таковыхъ случаевъ было 42. Особенность этого отдѣла въ слѣдующемъ: 1) здѣсь болѣе $\frac{1}{4}$ составляютъ лица привилегированнаго положенія (купчихи, попады, писарихи и т. п.), да и крестьянки—часто зажиточныя; 2) больныя почти исключительно изъ Моршанскаго и ближайшихъ уѣздовъ, тогда какъ изъ отдаленныхъ поступило ничтожное количество. Это совершенная противоположность тому, что видѣли въ отдѣлѣ фистуль. Объясняется это тѣмъ, что крестьянки терпеливо выносятъ тѣ страданія, которыя вызываются метритами, эндометритами и т. п., и онѣ не служатъ для нихъ достаточно уважительной причиной лежать въ больницѣ, подвергаться операциі или идти издалека. *Возрастъ* больныхъ: до 20 лѣтъ—3, до 25 л.—8, до 30 л.—9, до 35 л.—8, до 40 л.—6, до 45 л.—5, до 50 л.—3. Всѣ случаи можно подвести подъ 3 *категоріи* приблизительно выражающія преобладающія явленія: 1) эндометриты и кровотечения (16 случ.), 2) воспалительныя процессы шейки, особенно влагалищной части (9 сл.); 3) воспалительныя процессы всей матки (17 случ.). Оперативная *терапия* выражалась въ слѣдующемъ: въ 1-й категоріи дѣлались преимущественно выскабливанія и впрыскиванія *t-rae iodi* или *liqu. Ferri sesquichlor.*; во 2-й—ампутаціи влагалищной части, въ 3-й то или другое въ отдѣльности, или вмѣстѣ. Выскабливаній сдѣлано 11, ампутацій 20, выскабливаній + ампутацій 11. Послѣдняя комбинація дѣлалась или одновременно, или въ 2 срока. Во всѣхъ случаяхъ *выздоровленіе*, при нормальной *t⁰*.

Д) 1—12) *Кистомы яичника* подробно описаны въ особой статьѣ; здѣсь я изложу эти случаи кратко.

1) Крестьянка, 38 л., многорожавшая. Опухоль съ голову 15-лѣтняго; обширныя срощенія. При операциі поранена и зашита кишка. Послѣ операциі огромный гнойникъ въ брюшной полости: разрѣзъ. Выздоровленіе.

2) Кр., 36 л., многорожавшая. Огромная опухоль. Легкая оваріотомія. Выздоровленіе.

3) Кр., 55 л., многорожавшая. Опухоль съ голову взрослого. безъ срощеній; одновременно асцитъ. Трудное вылученіе нижняго сегмента матки изъ широкой связки. Выздоровленіе.

4) Кр., 50 л., многорожавшая. Опухоль съ матку, въ концѣ 7 мѣсяца беременности. Обширныя сращения; трудная операція; *тампонъ* брюшной полости. Медленное *выздоровленіе*, безъ особыхъ осложнений.

5) Кр., 31 г., многорожавшая. Опухоль съ голову 8 лѣтнаго, безъ сращеній. Легкая овариотомія. Быстрое *выздоровленіе*.

6) Кр., 42 л., многорожавшая, перенесшая раньше овариотомію. Опухоль въ 1½ головы взрослого. Сравнительно не трудная (повторная) овариотомія; сращения съ сальникомъ. *Выздоровленіе*.

7) Кр., 41 г., многорожавшая. Опухоль съ матку, на 7 мѣсяцѣ беременности. Обширныя сращения; трудная операція. *Тампонъ* брюшной полости. Медленное *выздоровленіе*, безъ особыхъ осложнений.

8) Кр., 40 л., многорожавшая. Громадная опухоль. Большія сращения съ сальникомъ и толстыми кишками, которыя нѣсколько затруднили операцію. *Выздоровленіе*.

9) Кр., 58 л., многорожавшая. Громадная опухоль праваго и меньшей лѣваго яичниковъ. Первая удалена съ нѣкоторыми затрудненіями, благодаря сращениямъ съ сальникомъ и брюшной стѣнкой, а равно соединенію съ широкой связкой на большомъ протяженіи; извлеченіе второй легкое. *Иодоформный тампонъ* брюшной полости. Медленное *выздоровленіе*, осложнившееся слабымъ *иодоформнымъ* отравленіемъ.

10) Кр., многорожавшая, 38 л. Опухоль съ матку, на 8 мѣсяцѣ беременности. Сращения съ сальникомъ и въ маломъ тазу затруднили операцію. *Тампонъ* брюшной полости. Медленное *выздоровленіе*, безъ осложнений.

11) Кр., 29 л., многорожавшая. Большая опухоль; сращения съ сальникомъ и поперечной ободочной кишкой нѣсколько затруднили операцію. *Тампонъ* брюшной полости. Медленное *выздоровленіе*, при нѣсколько повышенной t°.

12) Кр., 31 г., не рожавшая, но, повидимому, выкидышавшая. Опухоль, съ голову, была съ одной стороны покрыта *папилломатозными разрощеніями*, распространившимися на приросшіи сальникъ и въ маломъ тазу. Громадный асцитъ. Удаленіе опухоли трудное. *Тампонъ* брюшной полости. Медленное *выздоровленіе*, при изрѣдка повышающейся t°.

13) *Однополостная киста*, въ маломъ тазу, съ правой стороны матки, въ связи съ ней. Кр., 28 л., 1 разъ рожавшая. Послѣ выкачиванія жидкости (содержавшей немного бѣлка) аппаратомъ *Delafoi* опухоль спалась и оставалась таковой недѣлю.

14) Кр., 48 л., многорожавшая. Громадный асцитъ; послѣ *прокола* констатированы 2 опухоли, повидимому, яичниковъ. Больная не пожелала остаться въ лечебницѣ.

15 — 28) Случаевъ *фибромиоматозныхъ* опухолей матки было 14: 2 случая подсерозныхъ фиброміомъ, 4 — интерстиціальныхъ и 8 подслизистыхъ. 2 случая первой категоріи и

2 второй подробно описаны въ статьѣ о гинекологическихъ лапаротоміяхъ. Здѣсь я ихъ изложу кратко.

15) Кр., 56 лѣтъ, многорожавшая. Опухоль, съ голову взрослого, выходила широкимъ основаніемъ изъ лѣваго бока матки; нижній ея сегментъ былъ обхваченъ широкой связкой. *Чревосъченіе*. Отдѣленіе отъ этой связки трудное. Отъ матки опухоль отдѣлена двумя разрѣзами. Выздоровленіе.

16) Кр., 45 лѣтъ, многорожавшая. Опухоль, въ 45 фун., была безъ сросшеній, широко соединена съ увеличенной маткой, обхватывалась широкой связкой. Удаленіе опухоли (*чревосъченіе*) весьма трудное и сопровождалось сильнымъ кровотеченіемъ изъ громадныхъ сосудовъ. Тампонъ брюшной полости. *Смерть* отъ гнилостнаго зараженія.

17) Кр., 30 лѣтъ, разъ рожавшая. *Интерстиціальная міома тѣла* матки, съ голову 10-лѣтняго. *Чревосъченіе*. Суправагинальная ампутація матки. Выздоровленіе.

18) Кр., 37 лѣтъ, многорожавшая. Интерстиціальная міома тѣла матки, съ яблоко; вынаденіе матки. *Extirpatio uteri per vaginam*. Выздоровленіе.

19) Кр., 50 лѣтъ, рожавшая. Интерстиціальная міома шейки, въ $\frac{1}{2}$ кулака. Разрѣзы наружнаго устья; надрѣзъ капсулы. Больная выбыла изъ лечебницы ранѣ окончательнаго удаленія опухоли.

20) Кр., 52 лѣтъ, рожавшая. Интерстиціальная міома шейки, близко слизистой и тотчасъ надъ наружнымъ отверстіемъ, которое нѣсколько расширено, и опухоль доступна пальцу. Разрѣзы шейки; надрѣзъ капсулы; вылушеніе. Выздоровленіе.

21—28) Въ 8 случаяхъ были подслизистые фиброиды, на болѣе или менѣе выраженной ножкѣ. За исключеніемъ 32-лѣтней дѣвицы, больныя были рожавшія. Возрастъ: 30, 32, 44, 48, 49, 50, 50, 50. Мѣсто прикрѣпленія опухоли: 2 раза тѣло матки, 3 раза около внутренняго устья, 3 раза шейка; величина отъ яйца до кулака. Въ 6 случаяхъ фиброидъ вышелъ во влагалище и былъ или открученъ, или отрѣзанъ, послѣ перевязки ножки; въ 2-хъ—опухоль на ножкѣ помѣщалась въ полости тѣла и шейки матки: разрѣзъ наружнаго устья, низведеніе опухоли, отжиманіе экразеромъ въ одномъ случаѣ и откручиваніе въ другомъ. Выздоровленіе во всѣхъ случаяхъ.

29—32) Въ 4-хъ случаяхъ были полипы шейки, вышедшіе во влагалище, удаленные откручиваніемъ. Возрастъ больныхъ: 3, 40, 44, 49 лѣтъ.

33—46) Случаевъ рака матки было 14. Три довольно подробно описаны въ статьѣ о гинекологическихъ чревосъченіяхъ. Эти случаи слѣдующіе:

33) Кр., 39 лѣтъ, многорожавшая. *Ракъ* влагалищной части, но распространившійся по каналу шейки. *Extirp. uteri per vaginam*. Выздоровленіе. Мочеточниковая фистула.

34) Кр., 40 лѣтъ, многорожавшая. Распространеніе рака и операція, какъ въ предъидущемъ. Выздоровленіе.

35) Кр., 38 лѣтъ, многорожавшая. Ракъ занималъ влагалищную часть и шейку до внутренняго зѣва. *Extirp. uteri per vaginam.* Выздоровленіе.

Остальныя больныя (11) были всѣ рожавшія; возрастъ: 27, 30, 32, 34, 36, 39, 48, 54, 55, 57, 60. Въ 6 случаяхъ новообразование ограничивалось влагалищной частью и вызвало болѣе или менѣе высокую *ампутацию шейки*. Въ 5 процессъ такъ далеко зашелъ, что пришлось ограничиться выскабливаніемъ просто, или въ соединеніи съ прижиганіемъ. Выздоровленіе (условное). Мнѣ не разъ приходилось видѣть возвраты послѣ произведенныхъ мной ампутаций шейки. Было бы умѣстнѣе въ этихъ случаяхъ дѣлать *extirpat. uteri per vaginam.*

47) У 26-лѣтней обширныя кондиломы наружныхъ половыхъ органовъ и окружности, на бленоройной почвѣ. Вырѣзаны съ овальными кусочками кожи; разрѣзы послѣдней зашиты.

48—9) Два раза сдѣлано расширеніе женской уретры, при подозрѣніи на *отухолы* пузыря, которыхъ не оказалось.

Указаннымъ 183 больнымъ сдѣлано 208 операцій: оваріотомій 12, вылуценій матки чрезъ влагалище 4, чревосѣченій при міомахъ 3, разрѣзъ кансулы интерстиціальной фиброміомы 1, вылуценіе таковой же опухоли 1, отдѣленіе фиброида матки экразеромъ 1, откручиваній или отрѣзываній фиброидовъ 7, откручиваній полиповъ 4, вырѣзываніе кондиломъ 1, выскабливаній раковыхъ массъ 5, выскабливаній слизистой матки 22, ампутаций шейки матки 42, операцій при мочепузырныхъ фистулахъ 64, передняя кольпорафія 1, кольпоперинеорафій 6, операція гематометра 1,—*atraesiae vulvae* 1, гименопластика 1, проколъ однополостной кисты 1, *punctio abdominis* 1, расширеній женской уретры 2, операція *Porro* 2, удаленіе частей плода при выкидышѣ 12, пузырнаго заноса 1, наложеній щипцовъ 3, декапитация 1, эмбриотомій 1, извлеченіе оторвавшейся головки изъ матки 1, удаленій задержавшейся плаценты 3, разрѣзовъ при гнойныхъ параметритахъ 3, проколъ виѣматочнаго плоднаго мѣшка (?) 1. *Смерть* послѣдовала въ 3-хъ случаяхъ; по отношенію къ числу больныхъ это составитъ 1,6⁰/₀. Въ сущности, только въ 2-хъ случаяхъ смерть была послѣдствіемъ *моей* операціи, именно отъ *гнилостнаго* зараженія (чревосѣченіе при фиброміомѣ, операція *Porro*); это 1,1⁰/₀.

Позволю себѣ сдѣлать слѣдующія заключенія, вытекающія изъ всей моей сельско-акушерско-гинекологической дѣятельности: 1) Акушерская помощь не пользуется пока довѣріемъ

простого населенія провинці. Земскимъ дѣятелямъ приходится много поработать, чтобы создать это довѣріе. 2) Хирургъ-гинекологъ найдетъ въ провинці богатый матеріалъ для дѣятельности. 3) По условіямъ послѣдней почти единственно благотворной оказывается оперативная помощь. 4) Даже при скромной обстановкѣ можно съ успѣхомъ проявлять ее почти во всѣхъ гинекологическихъ болѣзняхъ; а при нѣкоторыхъ приспособленіяхъ, требующихъ хотя и большихъ, но все-же возможныхъ усилій, всѣ гинекологическія операціи доступны земскому гинекологу. 5) Создавая популярность врачу, оперативно-гинекологическая дѣятельность вліяетъ благотворно и на популяризацию акушерской помощи. 6) Земскій хирургъ долженъ быть и гинекологъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 6.

Засѣданіе 21-го сентября 1895 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали: 22 члена: Антиповъ, П. А., Васенъ, Верцинскій, Горайскій, Драницынъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Личкусъ, Мисевичъ, Піотровичъ, Поршняковъ, Рачинскій, Соловьевъ, Стравинскій, Строгановъ, Удѣрихъ, Урвичъ, Фишеръ, А. Р., Швердловъ, Швидтъ, Ямпольскій и 20 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № 5-й.

2) Д. О. Оттъ сказалъ нѣсколько прочувствованныхъ словъ объ умершихъ П. Н. Зейдлеръ, Д. А. Рузи, Thure Brandt'ъ и Pasteur'ъ, при чемъ охарактеризовалъ ихъ, какъ людей—вообще и общественныхъ дѣятелей—въ частности. Присутствовавшіе почтили память усопшихъ вставаніемъ.

Онъ же показаль слѣдующіе препараты: 1) *Двухстороннюю сосочковую опухоль яичниковъ.* Больная съ сильной водяной живота, крайне истощенная, благополучно перенесла операцію и въ настоящее время на пути къ выздоровленію. 2) *Большую фиброміому матки,* $\frac{4}{5}$ которой были расположены межсвязочно. Опухоль, вмѣстѣ съ прилежавшими къ ней

придатками, была удалена (яичникъ кистозно перерожденъ). Сама же матка и придатки другой стороны оставлены. Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ вполне проведенъ принципъ сохраняющаго лѣченія. 3) *Дѣвъ вырѣзанныя чрезъ влагалище матки, ради канкроидовъ*. Въ обоихъ случаяхъ имѣлись одновременно и фиброзные узлы въ днѣ матокъ. 4) *Четыре фиброматозно-перерожденныя матки*. *Первую* изъ нихъ, вслѣдствіе большой величины ея, пришлось удалить черезъ влагалище кускованіемъ. *Вторая*, тоже большая, была удалена черезъ рукавъ послѣ предварительнаго конического вырѣзыванія шейки. *Третья* и *четвертая* удалены цѣликомъ, но въ послѣднемъ случаѣ операція была значительно затруднена остатками рубцеваго параметрита и узкостью рукава (42-лѣтняя дѣвственница), такъ что пришлось разсѣчь промежность.

Во всѣхъ этихъ четырехъ случаяхъ было предварительно другими товарищами (а въ одномъ, ради опыта, и самимъ докладчикомъ) примѣнено выскабливаніе, но помощь эта оказалась безуспѣшной: сильныя и длительныя кровотеченія, остановившіяся было на короткое время, вновь появились и заставили прибѣгнуть къ коренной операціи. Всѣ больныя поправились.

3) Женщ.-врачъ *К. П. Улезко-Строганова* сдѣлала сообщеніе подъ заглавіемъ: «*Гигантскія клѣтки въ плацентѣ, происхожденіе и вѣроятное значеніе ихъ*». Выводы докладчицы слѣдующіе: 1) гигантскія клѣтки, находимыя въ межворсинчатомъ пространствѣ, представляютъ оторвавшіяся утолщенія syncytium'a. 2) Гиганты, встрѣчаемые въ запоздалой оболочкѣ, въ различные сроки беременности, происходятъ изъ элементовъ глубокаго клѣточного слоя ворсинъ. 3) Полученныя данныя даютъ новое подтвержденіе тому, что syncytium зародышеваго происхожденія, изъ элементовъ клѣточного слоя ворсинъ. Syncytium можно разсматривать, какъ одну колосальную клѣтку, одѣвающую ворсины сплошнымъ слоемъ со стороны межворсинчатого пространства. 4) Весьма вѣроятно, что отношеніе гигантовъ къ сосудамъ запоздалой оболочки представляетъ первичную ступень того состоянія, которое имѣется въ законченномъ видѣ, въ отношеніи syncytium'a, выстилающаго межворсинчатое пространство, къ материн-

скимъ же сосудамъ, открывающимся въ послѣднее. Докладъ сопровождался показываніемъ препаратовъ и рисунковъ. Присутствовавшіе наградили докладчицу единодушными рукописаніями.

4) В. В. Строгановъ говорилъ «О безгнилостномъ (асептическомъ) трупикъ для занятій на фантомъ». Уже съ самаго начала своихъ занятій съ врачами на фантомъ (въ клиническомъ институтѣ) докладчикъ считалъ желательнымъ соблюденіе слѣдующихъ условій: 1) брать трупикъ такого плода, который умеръ во время родовъ и представляется свѣжимъ, неподвергшимся разложенію и размоканію (мацерации), а тѣмъ паче гніенію. Трупикъ плода не долженъ быть отъ гнилостно-заболѣвшей роженицы. 2) При сохраненіи трупикъ долженъ находиться въ условіяхъ, исключаящихъ возможность развитія гнилостныхъ (септическихъ) бактерій, а равно и гніенія. Лучшимъ средствомъ для этого представлялось, по мнѣнію докладчика, примѣненіе физическихъ и химическихъ вліяній, а именно содержаніе трупика на холодѣ около 0° и ниже, съ погруженіемъ его въ растворы карболовой кислоты (2°/о) и сулемы (5°/оо) въ 75°/о спиртѣ. Работать, однако, съ замерзшимъ или полузамерзшимъ трупикомъ нельзя: за 10—12 часовъ передъ занятіями его приходилось помѣщать, съ окружавшею его жидкостью, въ комнатную температуру; кромѣ того, и самыя занятія, продолжавшіяся 2 и болѣе часовъ, могли способствовать зараженію трупика (высокая температура, искусственное дыханіе и т. д.). Представлялось по этому необходимымъ рѣшить, остаются ли, при подобныхъ условіяхъ, *глубокія* части трупика безгнилостными, такъ какъ очевидно, что поверхность его, послѣ 2-хъ и 3-хъ дневнаго пребыванія въ спиртѣ съ карболовой кислотой и сулемой, ко времени занятій несомнѣнно должна быть уже безгнилостной и лишь въ теченіи самыхъ занятій могла подвергнуться зараженію извнѣ тѣмъ или другимъ видомъ бактерій. Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ, докладчикъ изслѣдовалъ, въ бактериологическомъ отношеніи, три трупика, черезъ 4—6 недѣль отъ начала занятій, слѣдовательно, когда на нихъ были уже произведены десятки операцій и сотни изслѣдованій; трупики брались при томъ непосредственно послѣ одного изъ занятій. Прививки

на сахарный, глицериновый и простой агары и желатину производились изъ полости черепа, груди и живота, при чемъ, обыкновенно, кожная поверхность трупика обезпложивалась прикладываніемъ горячаго ножа; отверстіе дѣлалось обезпложеннымъ ножемъ; и платиновая проволока проводилась черезъ это отверстіе, спустя нѣкоторое время, возможно глубже. Изъ одного трупика сдѣлано 96 посѣвовъ (36 на желатинѣ и 60 на агарѣ); по истеченіи 14 дней ни одни изъ нихъ не дали микробовъ. Другой трупикъ, при томъ же числѣ посѣвовъ, далъ лишь въ 6 уколахъ развитіе бактерій. Третій трупикъ изъ 20 посѣвовъ далъ три зараженія. Во всѣхъ случаяхъ количество колоній было ничтожное. Развившіеся микробы, подъ микроскопомъ оказались крупными кокками, значительно большими, чѣмъ гроздевидный и цѣпочный, и вообще не похожими на послѣдніе ни по росту, ни по виду разводовъ. Очевидно, это были сапрофиты, и при томъ въ чрезвычайно маломъ количествѣ. Такимъ образомъ, трупики представлялись менѣе заразительными, чѣмъ обыкновенная Невская вода или какой либо предметъ изъ домашняго обихода. Практическія наблюденія подтверждаютъ это заключеніе: въ теченіи 5-лѣтнихъ занятій, на которыхъ перебивало около 250 врачей, продѣлавшихъ нѣсколько тысячъ операций и нѣсколько тысячъ изслѣдованій, ни разу не было хотя бы и слабого зараженія кого нибудь изъ занимавшихся, а между тѣмъ послѣдніе часто имѣли раненія на пальцахъ. Совершенно иные результаты получаются въ томъ случаѣ, если брать для занятій трупикъ *жившаго* ребенка: въ легкихъ и кишечникѣ такого трупика очень много микробовъ, до которыхъ не можетъ проникнуть убивающее дѣйствіе окружающей обеззараживающей жидкости. Подобные трупики, въ противоположность умершимъ во время родовъ, скоро и легко загниваютъ. Въ заключеніе докладчикъ привелъ еще данныя своихъ изслѣдованій относительно 3 мацерированныхъ трупиковъ. Посѣвы изъ трупика, полученнаго отъ выкинувшей больной, послѣ того какъ воды у нея прошли уже нѣсколько дней тому назадъ и сама она лихорадила, имѣя выраженный эндометритъ, показали его разложеніе и присутствіе микробовъ во внутреннихъ органахъ его. Совершенно иные результаты получились при посѣвахъ изъ ма-

церированнаго плода женщины, родившей нормально, а также изъ плода, полученнаго посредствомъ чревосѣченія при внѣ-маточной беременности, продолжавшейся 15 мѣсяцевъ, оба послѣдніе трупа не содержали въ себѣ микробовъ вовсе (посѣвы и микроскопическіе препараты). Наблюденія эти представляють, по мнѣнію докладчика, большой интересъ, такъ какъ онѣ чуть ли не единичныя въ литературѣ. По крайней мѣрѣ, докладчикъ не встрѣчалъ подобныхъ изслѣдованій, а между тѣмъ онѣ даютъ научное основаніе къ тому, *какъ относиться къ роженитъ, разрѣшившейся мацерированнымъ ребенкомъ*, — вопросъ, который до сихъ поръ различными авторами рѣшался различно. Все вышесказанное, говоритъ В. В., подтверждаетъ мысль, что трупики можетъ быть не только безгнилостнымъ (асептичнымъ), но даже и совершенно свободнымъ отъ микробовъ, такъ что занятія съ нимъ не представляютъ никакой опасности.

За Предсѣдателя В. Штольцъ.

Секретарь Л. Личкусъ.

ПРОТОКОЛЬ № VI.

Административное засѣданіе 21-го сентября 1895 года.

Предсѣдательствовали **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 20 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколь № V.

2) Въ комиссію для разсмотрѣнія и примѣрной программы санитарно-статистическихъ изслѣдованій», избраны: *А. И. Заминъ, Н. И. Рачинскій и В. А. Ульрихъ.*

3) Постановлено привѣтствовать поздравительной телеграммой Общество врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 26-го сентября 1895 г., т. е. въ день его XXV годичнаго засѣданія.

За Предсѣдателя **В. Штольцъ.**

Секретарь **Л. Личкусъ.**

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КИЕВѢ.

ПРОТОКОЛЬ № 72.

Засѣданіе 22-го февраля 1895 года.

Предсѣдательствовали: вначалѣ засѣданія **М. А. Воскресенскій**, а затѣмъ проф. **Г. Е. Рейнъ**.

Присутствовали: Д. А. Абулазе, М. А. Воскресенскій, Д. А. Воробьевъ, В. Н. Гогоцкій, Д. А. Карра, П. Ю. Кроль, Н. М. Звинятскій, Н. К. Нееловъ, П. Т. Нейштубе, Г. Ф. Писемскій, Г. Г. Левицкій, А. А. Редлихъ, Н. В. Унтиловъ, Н. В. Шуварскій, А. П. Яхонтовъ и 60 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Библиотекаремъ сообщено о полученіи на имя Общества слѣдующихъ книгъ и журналовъ:

William White. Castration in hypertrophy of the prostate gland.—*Смертность и рождаемость* Кіевскаго населенія по церковнымъ приходамъ и больницамъ за октябрь и декабрь 1894 г.—*Протоколы и труды* Физико-Медицинскаго Общества въ Саратовѣ за 1893—1894 гг.—*Протоколы засѣданій Общества врачей г. Вятки* №№ 2, 3, 4 и 5.—*„Акушерка“* №№ 3 и 4, за 1895 г.—*Труды Общества врачей Черниговской губерніи* за 1891 и 1892 гг.—*Протоколы засѣданій Кавказскаго Медицинскаго Общества* 1894 г., №№ 12 и 13.—*Bulletin de la société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1895 г., № 2.

3) *В. Б. Вишнеспольскій* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: *«Случай безводныхъ родовъ въ сочетаніи съ placenta praevia»*. Въ сообщеніи своемъ докладчикъ приводитъ представившійся ему въ практикѣ случай, въ которомъ имѣлось краевое предлежаніе дѣтскаго мѣста при полномъ отсутствіи водъ. Докладчикъ засталъ «истекающею кровью» роженицу въ 1 періодѣ родовъ, при зѣвѣ раскрытомъ на 1½ пальца. Въ зѣвѣ, справа

удавалось достигнуть оболочекъ, плотно прилегающихъ къ головкѣ плода. Наполненія пузыря не замѣчалось даже при довольно энергичныхъ схваткахъ.

Въ виду невозможности разорвать пузырь, докладчикъ плотно затампонировалъ влагалище іодоформною марлею. Часа 1^{1/2} послѣ этого стала прорѣзываться головка, предшествуемая дѣтскимъ мѣстомъ. Младенецъ родился мертвымъ въ цѣломъ пузырьѣ, при правильномъ членорасположеніи. По вскрытіи пузыря, *въ полости его не оказалось ни капли амниотической жидкости.* Ребенокъ не представлялъ никакихъ уродствъ; пупочный канатикъ былъ немногимъ больше $\frac{1}{4}$ аршина.

Послѣродовой періодъ протекъ правильно.

По мнѣнію докладчика, сообщенный имъ случай, помимо своей казуистической стороны, имѣетъ научный интересъ въ слѣдующихъ отношеніяхъ:

1) Наглядно убѣждаетъ въ существованіи безводныхъ родовъ, отрицаемое нѣкоторыми.

2) При полномъ безводіи отсутствовали аномаліи развитія плода, часто описываемыя другими авторами, и въ

3) Сообщение каждаго подобнаго случая, быть можетъ, послужитъ къ разработкѣ вопроса о происхожденіи и фізіологическомъ значеніи околоплодныхъ водъ.

Въ преніяхъ участвовали: *Писемскій, Нейловъ и Воскресенскій.*

Писемскій. Въ случаѣ невозможности разорвать пузырь пальцемъ слѣдуетъ обнажить зѣвъ зеркалами и рвать оболочки пинцетомъ.

Нейловъ спросилъ, почему докладчикъ въ своемъ случаѣ не примѣнилъ кольцеиригаторъ.

Предсѣдательствующій *Воскресенскій* поблагодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе ¹⁾.

4) *Н. К. Нейловъ* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ: «*Случай полного выворота матки послѣ родовъ*». Докладчику прислана была изъ провинці больная, съ діагнозомъ *roturis uteri*, при очень плохомъ общемъ состояніи; больная мертвенно-блѣдна, t^0 40,0⁰, пульсъ очень слабъ; изъ влагалища выдѣляется грязноватая кровь съ сильно гнилостнымъ запахомъ. Больная

¹⁾ Возможно, что воды вытекли во время родовъ черезъ какое либо незамѣченное отверстіе въ стѣнкѣ плоднаго пузыря. По крайней мѣрѣ докладчикъ ничѣмъ не опровергъ возможность такого предположенія.

немедленно была отправлена въ больницу, гдѣ тщательное изслѣдованіе обнаружило полный послѣродовый выворотъ матки. Изъ разспросовъ больной выяснилось, что она родила въ срокъ 18 ноября 1894 г.; акушерки при родахъ не было, и все время родового акта больная была на ногахъ, такъ что ребенокъ, родившись, упалъ на полъ. Прибывшая въ послѣродовомъ періодѣ повитуха заставила роженицу тужиться надъ судномъ и въ тоже время потягивала за пуповину; послѣдъ вышелъ, и вслѣдъ за нимъ хлынуло столько крови, что родильница потеряла сознание. Послѣродовый періодъ протекъ съ небольшими повышеніями t^0 и кровавистымъ отдѣленіемъ. На 3-й недѣлѣ послѣ родовъ появилось сильное кровотеченіе, продолжавшееся съ небольшими перерывами до пріѣзда больной въ Кіевъ. Въ виду высокой t^0 , общаго сильнаго истощенія и слабости больной, докладчикъ рѣшилъ приступить къ вправленію матки путемъ тампонаціи (20 дек.). Влагалище и матка тщательно омыты сулемою 1 : 4000, слизистая матки слегка присыпана іодоформомъ и затѣмъ влагалище выполнено настолько ватными тампонами, пропитанными 10% раствора карболовой кислоты въ глицеринѣ, чтобы больная не ощущала боли. Внутрь назначена водная вытяжка спорыньи по 1 грану 3 раза въ день. Вечеромъ того же дня t^0 упала до 37,0⁰, при пульсѣ въ 100 ударовъ.

На 5-й день отъ начала лѣченія матка немного вправилась. Дно ея въ зѣвѣ.

На 8-й день матка совершенно вправилась. Зѣвъ въ видѣ поперечной щели; зондъ входитъ на 7,5 сант. Отдѣленіе слегка окрашено кровью. Самочувствіе хорошее. Спустя 18 дней больная выписалась, при сравнительно хорошемъ общемъ состояніи.

Являясь дополненіемъ къ уже ранѣе сообщеннымъ въ Обществѣ докладамъ о выворотѣ матки, (см. протоколы за 1892, 1893 и 1894 г.г.), случай этотъ, по мнѣнію докладчика, заслуживаетъ вниманія въ двухъ отношеніяхъ:

- 1) По этиологіи—произвольное (?) образованіе выворота, и
- 2) По лѣченію своему: вправленіе совершилось быстро, и производившіяся манипуляціи не были тягостны для больной.

Въ заключеніе докладчикъ обращаетъ вниманіе на то, что, по его мнѣнію, существенную роль при вправленіи выворота матки, играетъ раздраженіе тампонами заложеннаго въ около-

влагалищной клѣтчаткѣ нервнаго центра, вызывающаго потужную дѣятельность.

Въ преніяхъ участвовали: *Шуварскій* и *Рейнз*.

Шуварскій (ауторефератъ) спросилъ докладчика, произвоились-ли имъ наблюденія надъ состояніемъ мочевого пузыря и прямой кишки во все время лѣченія выворота? Въ юбилейномъ сборникѣ *Славянскаго* помѣщена статья *Л. Фогеля*, въ которой значеніе кольпейриза при лѣченіи выворота матки сводится къ механической причинѣ. Матка съ возлѣжащими органами—мочевымъ пузыремъ и прямою кишкою, составляетъ, въ извѣстномъ анатомическомъ смыслѣ, одно цѣлое и при выворотѣ своемъ измѣняетъ въ тоже время и положеніе упомянутыхъ органовъ. Значеніе кольпейриза сводится къ задержанію содержимаго пузыря, кишки, въ силу чего послѣдніе растягиваются и этимъ способствуютъ вправленію матки. Въ виду своеобразности такого объясненія вліянія кольпейриза на вправленіе выворота, интересно бы было прослѣдить вліяніе упомянутыхъ органовъ на вправленіе въ каждомъ представившемся случаѣ.

Рейнз. Въ сущности и объясненіе докладчика дѣйствія кольпейриза, какъ и въ предшествовавшихъ сообщеніяхъ д-ра *Шуварскаго* и моемъ, сводится на способность тампона вызывать активныя маточныя сокращенія, — все равно, лѣйствиемъ ли на центръ, заложенный въ около-влагалищной клѣтчаткѣ или же рефлексомъ съ внутренней поверхности матки.

5) Прив.-доц. *М. А. Воскресенскій* продемонстрировалъ Обществу имъ усовершенствованные инструменты для большихъ гинекологическихъ операцій: зеркало съ подъемникомъ, щипцы для захватыванія ткани матки, пинцетъ для наложенія на широкія связки при экстирпаціяхъ матки, а также губкодержатель.

Въ преніяхъ участвовали: *Абуладзе*, *Нейловъ* и *Рейнз*.

Абуладзе. Предлагаемый докладчикомъ корнцангъ для губокъ, при экстирпаціи матки черезъ влагалище съ удобствомъ можетъ быть замѣненъ губкою, обязанною тесьмою, либо крѣпкою лигатурою; этимъ сохраняется и безъ того малое поле операціи.

Нейловъ (ауторефератъ). Предлагаемая д-ромъ *М. А. Воскресенскимъ* зеркала — не новость, такъ какъ въ книжкѣ *Doyen'a* есть рисунки такихъ-же. Что касается измѣненныхъ инструментовъ для влагалищнаго вырѣзыванія матки, то, считая самый принципъ операціи *Richelot* неудачнымъ и идущимъ въ разрѣзъ съ господствующими требованіями и идеями хирургіи, оппонентъ выражаетъ желаніе, чтобы изобрѣтательность хирурговъ-гинекологовъ была направлена на что либо болѣе полезное.

Рейнз нашелъ удобными для примѣненія демонстрированныя зеркала съ короткими ложками и пинцетъ для наложенія на широкія связки при полномъ удаленіи матки.

6) Проф. *Г. Е. Рейнз* показали Обществу препараты *3-мѣсячной беременной раково-перерожденной матки, уда-*

ленной имъ черезъ влагалище вмѣстѣ съ кистой яичника. Больная принята была въ клинику съ діагнозомъ кисты праваго яичника и рака шейки матки для операціи полного удаленія матки черезъ влагалище. Беременность вначалѣ не была опредѣлена. Во время клиническаго наблюденія выяснилось увеличеніе объема матки, и подъ наркозомъ опредѣлена несомнѣнная беременность, что, однако, не измѣнило первоначальнаго плана лѣченія. Въ техническомъ отношеніи операція не представила особыхъ затрудненій и продолжалась 1 часъ съ небольшимъ. Демонстрируемый препаратъ имѣетъ двоякій интересъ: 1) клиническій—не часто можно видѣть ракъ матки, вырѣзанный черезъ влагалище, въ сочетаніи съ беременностью и съ кистой яичника. Такъ, докладчику пока извѣстенъ только одинъ подобный случай *Гобфмейера*, оперированный черезъ влагалище, и *Д. О. Отта* при беременности на V или VI мѣс., гдѣ матка съ плодомъ удалена была по сочетанному способу. Во 2-хъ, препаратъ имѣетъ интересъ эмбриологическій—возможность наблюдать яйцо въ маткѣ in situ. На препаратѣ разрѣзана передняя стѣнка матки, увеличенной соответственно третьему мѣсяцу беременности, и яйцо оказывается выпятившимся въ разрѣзъ. *Decidua reflexa* сократилась, отошла въ стороны, а *chorion* лоскутообразно разрѣзанъ и отогнуть тоже въ стороны. Черезъ нескрытый *amnion* просвѣчиваетъ плодъ, соотвѣтствующій концу 3-го мѣсяца беременности. На шейкѣ матки имѣется раковая язва съ папиллярными разращеніями. На мѣстѣ праваго яичника—киста, величиною почти въ гусиное яйцо. По демонстраціи препарата, докладчикъ добавилъ, что случай этотъ описанъ будетъ подробнѣе д-ромъ *Д. А. Абуладзе*.

Въ преніяхъ участвовали: *Воскресенскій* и *Рейнъ*.

Воскресенскій спросилъ докладчика, не измѣнилъ ли бы онъ планъ лѣченія въ случаѣ, если бы имѣлось дѣло съ дальнѣйшею степенью распространенія раковаго заболѣванія, когда появляются инфильтраты въ смежныхъ тканяхъ и когда лучше выждать время для производства кесарскаго сѣченія, съ цѣлью сохраненія жизни плода.

Рейнъ согласился съ оппонентомъ.

7) Проф. *Г. Е. Рейнъ* показалъ Обществу боллную, перенесшую первичное чревоистеченіе по поводу внематочной трубной беременности, достигшей 30 недѣль, при живомъ плодѣ (*laparokelyphotomia primaria*). Докладчикъ заявилъ, что демон-

страція каждого подобнаго случая, не говоря уже о казуистическомъ интересѣ, имѣеть значеніе и съ теоретической точки зрѣнія, въ виду еще мало разработаннаго ученія объ эктопической беременности. У демонстрируемой больной рана въ верхней своей части зажила первымъ натяженіемъ; въ нижней же части, соотвѣтственно вшитому въ брюшную рану мѣшку, имѣется вдавленіе, въ центрѣ котораго помѣщается не пропускающій пальца свищевой ходъ въ 4 сантиметра глубины ¹⁾. Общее состояніе больной хорошее. Демонстрируемый мертвый плодъ по величинѣ меньше своего возраста (30 нед.). Младенецъ жилъ въ теченіи 17 сутокъ, помѣщаясь въ приборѣ *Тарнье* и питаясь молокомъ кормилицы. Исторія демонстрируемаго случая такова: С—я Г—ая, еврейка, 33 лѣтъ. До мая 1894 г. была здорова. Регулы установились съ 16 лѣтъ по типу черезъ 4 нед., по 3—5 дней, въ небольшомъ количествѣ и безъ болей. Замужъ вышла на 17 году. Перенесла двѣ беременности, окончившіяся срочными родами. Послѣродовые періоды правильные. Считаетъ себя беременной въ 3-й разъ съ половины мая 1894 г. Въ октябрѣ 94 г. появились боли въ спинѣ и внизу живота потужнаго характера; 3 и 6-го декабря боли повторились и сопровождались обморочными явленіями. 19 ноября появились кровянистыя отдѣленія, продолжавшіяся нѣсколько дней. Первое движеніе плода замѣтила въ октябрѣ 1894 г. Жалуется на сильное исхуданіе, запоры, угнетенное настроеніе духа. На ряду со всѣми несомнѣнными признаками беременности, изслѣдованіе половой сферы показало: влагалищная часть подтянута высоко, мягка; смотритъ влѣво и кзади и какъ бы переходить въ опухоль. Нижній сегментъ опухоли прощупывается черезъ передній и правый боковой своды. Ограниченно подвижная опухоль помѣщается въ брюшной полости, верхней своей границей немного не доходя до середины разстоянія между пупкомъ и мечемъ. Сердцебиеніе плода ясное—отъ 128 до 160 ударовъ въ минуту. Рядомъ съ опухолью слѣва прощупывается тѣло, по формѣ напоминающее увеличенную матку. Діагнозъ: правая трубная беремен-

¹⁾ При изслѣдованіи 6 апрѣля с. г. свищевой ходъ имѣлъ глубину 2 сант., діаметръ соотвѣтствовалъ зонду № 3.

ность около 30 недѣль, со вращеніемъ въ правую широкую связку, при живомъ плодѣ.

Большая была принята въ клинику. Изъ вышеприведенныхъ особенностей случая вытекало показаніе къ немедленному оперативному лѣченію. По расчету беременность была 30 недѣль — эпоха жизнеспособности плода; дальнѣйшему выжиданію развитія плода не позволяли замѣченные признаки готовящагося разрыва плоднаго мѣшка; сильное напряженіе и истонченіе стѣнокъ его и схваткообразныя боли въ животѣ давали указанія, что даже и во время операціи могъ произойти разрывъ. На возможность разрыва мѣшка указывали также предшествовавшіе приступы обморочнаго состоянія, страдальческій видъ больной и кровотеченія изъ половыхъ органовъ, говорившіе какъ бы въ пользу происшедшихъ уже частичныхъ разрывовъ мѣшка. Къ операціи приступлено 10/xii 1894 г. Въ виду малой подвижности плодовмѣстища, сдѣланъ большой разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ. По вскрытіи полости брюшины, въ ранѣ показался плодный мѣшокъ, съ сильно развитыми, крупными сосудами. Въ мѣшкѣ быстро сдѣланъ соотвѣтственный разрѣзъ, прорваны оболочки, и младенецъ быстро извлеченъ живымъ. По извлеченіи младенца, мѣшокъ видимо сократился. Отдѣленіе дѣтскаго мѣста съ оболочками не сопровождалось особеннымъ кровотеченіемъ. На внутренней поверхности мѣшка обнаружены старыя фибринозныя наслоенія (вслѣдствіе прежде бывшихъ частичныхъ надрывовъ стѣнокъ мѣшка). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ стѣнки мѣшка рыхлы и чрезвычайно истончены. Стѣнки мѣшка, постепенно утолщаясь, шли къ углу матки, соотвѣтственно положенію правой трубы, при чемъ отчетливо замѣчалось и отхожденіе отъ угла матки круглой связки. Вслѣдствіе обширныхъ и крѣпкихъ сращеній и вращенія мѣшка въ брызжейку кишекъ и въ широкую связку, полное удаленіе его представило непреодолимыя препятствія и мѣшокъ былъ вшитъ въ нижній уголъ брюшной раны. Операція длилась 58 мин. и, въ общемъ, не представила ни большаго кровотеченія, ни значительныхъ техническихъ трудностей. Послѣоперационный періодъ протекъ съ $\text{maxim. } t^{\circ}$ до 38,6^o. Лихорадочное состояніе стояло, повидимому, въ связи съ отхожденіемъ кусковъ *deciduae* изъ мѣшка. Изъ матки выдѣленія отпадающей оболочки не замѣчалось.

Заканчивая этимъ исторію случая, докладчикъ подробно остановился на показаніяхъ къ оперативному вмѣшательству и на значеніи нѣкоторыхъ моментовъ операціи. Докладчикъ отстаиваетъ мысль, высказанную имъ раньше, по поводу перваго его случая чревосѣченія при внѣматочной беременности съ живымъ плодомъ, а именно—чтобы со 2-й половины беременности, при показаніяхъ къ операціи, принималась въ расчетъ и жизнь плода. Къ сожалѣнію, въ приведенномъ случаѣ готовящійся разрывъ не позволилъ еще выждать недѣлю, другую.

Что касается до опасностей и трудностей чревосѣченія при внѣматочной беременности, то, въ общемъ, онѣ, какъ кажется, преувеличены. При производствѣ чревосѣченія, въ подобныхъ случаяхъ, приходится считаться съ 3-мя существенными моментами:

- 1) Остановкой кровотеченія.
- 2) Удаленіемъ дѣтскаго мѣста и
- 3) Удаленіемъ плоднаго мѣшка.

Что касается 1-го момента,—то кровотеченіе не бываетъ чрезмѣрно большимъ въ силу ли того, что мѣшокъ сокращается по опороженіи его, (трубная беременность), или же въ силу возможности избѣгнуть раненія крупныхъ сосудовъ (если яйцо развилось между листками широкой связки, и брюшная полость вскрыта достаточно большимъ разрѣзомъ). 2) По анатомическимъ условіямъ положенія яйца дѣтское мѣсто либо удаляютъ, непосредственно отдѣляя его отъ стѣнки мѣшка (трубная беременность), либо предварительно обкалываютъ *asa spermatica et uterina* (межсвязочная или брюшная беременность). Наконецъ, относительно 3-го момента является вопросъ: безусловно ли необходимо удаленія мѣшка? Оставленіе мѣшка, неизбѣжное въ нѣкоторыхъ случаяхъ, не влечетъ ни къ какимъ особенно важнымъ осложненіямъ въ будущемъ.

Въ заключеніе, докладчикъ привелъ присланную ему д-ромъ *Harris*'омъ изъ Филадельфіи въ частномъ письмѣ статистику 63 случаевъ *coeliotomiae* при внѣматочной беременности, съ живымъ плодомъ:

За періодъ времени 1809—1886	имъ собрано 32 случая
» » » 1886—1894	» » 31 »

Первою группою операций спасено 6 женщ. и 15 дѣтей
Второю » » » 21 » и 24 »

Въ преніяхъ участвовали: *Воскресенскій* и *Рейнз*.

Воскресенскій, сдѣлавъ нѣсколько замѣчаній по поводу сообщеннаго случая и получивъ соотвѣтственныя разъясненія отъ докладчика, поблагодарилъ его за интересное сообщеніе.

АДМИНИСТРАТИВНАЯ ЧАСТЬ ЗАСѢДАНІЯ.

1) Предложены въ дѣйствительные члены д-ра *Амброжевичъ (Рейномъ, Писемскимъ и Нейловымъ)* и *Гижицкий (Яхонтовымъ, Воскресенскимъ и Унтиловымъ)*.

2) Прослушавъ письмо отъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ объ условіяхъ печатанія трудовъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней», Общество постановило: высылать протоколы свои съ текущаго года для помѣщенія ихъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней», на основаніи выработанныхъ соглашеній, приведенныхъ въ протоколахъ № 64, 65 и 66.

3) Казначеемъ розданы квитанціи въ полученіи членскихъ взносовъ слѣдующимъ лицамъ: д-рамъ *Гогоцкому, Писемскому, Діаконенко, Унтилову* и *Воробьеву*.

4) Поступили въ кассу Общества членскіе взносы отъ д-ровъ *Нейштубе* и *Воскресенскаго*.

Предсѣдатель проф. **Рейнъ.**

Секретарь **Н. В. Шуварскій.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ англійской акушерско-гинекологической литературы:

248. **Dr. Joseph L. Beeston** (Newcastle).—**Placenta praevia with ascitic Foetus.**—(The Australasian Medical Gaz., 1895, III p. 95).—**Предлежаніе послѣда съ водянкою плода.**

Dr. Beeston наблюдалъ одну даму въ теченіи многихъ лѣтъ. Первые ея роды осложнились эклампсіей и были окончены поворотомъ на ножки, подъ хлороформомъ; послѣ того она родила еще 3 дѣтей, всѣхъ преждевременно и мертвыми. При всѣхъ беременностяхъ ея оказывался бѣлокъ въ мочѣ, но послѣ родовъ здоровье ея поправлялось.

При 5-й беременности болѣзнь почекъ возобновилась: головныя боли, сонливость, потеря зрѣнія, рвоты и отеки. На 8-мъ мѣсяцѣ появилось сильное кровотеченіе. *Dr. B.* засталъ больную въ коматозномъ состояніи. Шейка была растяжима, предлежала плацента, выполняя все доступное пальцамъ пространство.

Dr. B. отсекаровалъ, сколько могъ, плаценту отъ стѣнокъ матки и затампонировалъ шейку и рукавъ; черезъ 4 часа, вынувъ тампонъ, произвелъ рукою прободеніе центрально предлежавшей плаценты и сдѣлалъ поворотъ на ножки съ извлеченіемъ ихъ кнаружи. Дальнѣйшее извлеченіе плода оказалось труднымъ: препятствіе было со стороны чрезмерно растянутого живота его. Убѣдившись въ смерти плода, *B.* просверлилъ брюхо его, при чемъ изъ него вышло около 3 фунтовъ (пинтъ) жидкости, послѣ чего ребенокъ былъ тотчасъ извлеченъ съ чрезвычайной легкостью. Ребенокъ вслѣдствіе отековъ представлялъ безформенную массу; послѣдъ былъ чрезвычайно великъ.

Въ первые 24 часа уремическія явленія уменьшились; но потомъ состояніе больной ухудшилось и она умерла на 4-й день при полномъ прекращеніи мочеотдѣленія.

(Авторъ умалчиваетъ, наблюдалъ ли онъ въ первые мѣсяцы беременности эту больную или нѣтъ; здѣсь существовало явное показаніе къ производству законнаго выкидыша, чѣмъ въ ранніе мѣсяцы беременности жизнь больной была бы, по всей вѣроятности, спасена).

М. Гинзбургъ.

249. **Dr. Lawson Tait.—The Debate on the Nature and Treatment of Peritonitis at the Obstetrical Society.**—(Lancet, 1895, 19/1, p. 179).—Пренія о сущности и лѣченіи перитонита въ (Лондонскомъ) акушерскомъ обществѣ.

По поводу сообщенія д-ра *Shaw* въ Лондонскомъ акушерскомъ обществѣ, извѣстный хирургъ-гинекологъ *Lawson Tait* высказалъ свои взгляды на перитонитъ, собственно о прогнозѣ и лѣченіи болѣе трудныхъ случаевъ этой болѣзни. Обще-принятому дѣленію перитонитовъ на септические и не септические *L. T.* не придаетъ значенія. Къ первой категоріи иные относятъ всѣ случаи, окончивающіеся смертельно. Выключая послѣродовые септические случаи, смертельные перитониты встрѣчаются и послѣ операций; въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ отъ травматической причины: пораненія мочеочника, кишки и т. п.; чаще же безъ видимой причины. Всѣ эти перитониты имѣютъ нѣкоторыя характеристическія особенности, по которымъ *L. T.* считаетъ возможнымъ установить предсказаніе, раньше чѣмъ термометръ и пульсъ возбудятъ наше опасеніе за исходъ. Прежде всего у такихъ больныхъ *измѣняется выраженіе лица*; это трудно описать, но опытный глазъ узнаетъ это въ самомъ началѣ болѣзни, а термометръ и пульсъ подтверждаютъ только то, что видно было по лицу гораздо раньше. Другое указаніе на дурной исходъ *L. T.* видитъ во вздутіи верхней части живота (epigastrium), вслѣдствіе растяженія газами поперечной ободочной кишки. Если врачъ не устранитъ скоро вздутія *colonis transversi*, оно распространится на другія части кишечника и быстро осложняется рвотами: сначала больная вырветъ выпитый бульонъ, потомъ желчныя массы: прежде зеленаго, потомъ бурога, затѣмъ кофейнаго цвѣта. Мы должны прежде всего облегчить вздутіе очищеніемъ кишечника: *per os et per rectum*. Если мы этого не достигнемъ, больная умретъ. Съ тѣхъ поръ какъ *L. T.* началъ проводить это лѣченіе, онъ очень рѣдко наблюдалъ смерть отъ метеоризма. Противо-показанія къ такому лѣченію весьма рѣдки, если произведенная операція

не дозволяетъ этого. Но успѣхъ послабляющаго лѣченія такъ великъ, что *Lawson Tait*, основываясь на своемъ богатомъ опытѣ, настоятельно рекомендуетъ раннее примѣненіе его.

М. Гинзбургъ.

250. **Dr. William Berry.** (Wigan въ Англіи).—**On a more frequent Use of Forceps in Midwifery Practice.**—(Lancet, 1895, 26/1, p. 216).—**О болѣе частомъ примѣненіи щипцовъ въ акушерской практикѣ.**

Въ Англіи и Америкѣ роды оканчиваются щипцами гораздо чаще, чѣмъ на континентѣ Европы. Принципы невмѣшательства, проповѣдуемые нѣкоторыми выдающимися нѣмецкими клиницистами (*Winckel* емъ и друг.) игнорируются Англо-Американскими врачами и, повидимому, они болѣе правы, чѣмъ нѣмцы. *Winckel*, протестуя противъ частаго примѣненія щипцовъ, полагаетъ, что прибѣгая къ нимъ ради слабости потугъ, мы обрекаемъ родильницу на болѣе или менѣе сильныя кровотеченія въ 3-мъ періодѣ родовъ, вслѣдствіе той же атоніи матки или что мы рискуемъ, какъ самыми щипцами, такъ и необходимымъ въ 3-мъ періодѣ извлеченіемъ послѣда—вести въ родовые пути роженицы заразу. *Англо-Американскіе акушеры* доказываютъ противоположное: *ранними щипцами они предупреждаютъ ослабленіе, истощеніе роженицы и послеродовыя кровотеченія*, а тщательною чистотой избѣгаютъ инфекціи, что у нихъ удобно-исполнимо вслѣдствіе отсутствія института акушеровъ, большинство которыхъ, особенно старшаго возраста, недостаточно соблюдаютъ антисептику и по рутинной привычкѣ слишкомъ часто, безъ надобности, изслѣдуютъ роженицъ.

Статистика д-ра *Berry* очень поучительна (сообщена въ *Wigan*'скомъ медицинскомъ обществѣ, въ Англіи). Въ первые 10 лѣтъ своей практики, 1875—1884, всего имъ проведено 1246 родовъ; изъ нихъ окончены щипцами 203; затаившихся родовъ, безъ оперативной помощи, было 96, т. е. 1 щипцы приходится на 6,133 родовъ или около 16%. Если бы затаившіеся роды были окончены щипцами, къ чему существовало полнѣйшее показаніе, число щипцовыхъ родовъ было 1:4,166 или около 24%.

Второе десятилѣтіе, съ 1885—1894. Всѣхъ родовъ 829, щипцовыхъ—133, затаившихся—50, т. е. 1:6,233, а съ затаившимися 1:4,475.

Д-ръ *Campbell* примѣняетъ щипцы еще чаще: въ 29%, всѣхъ своихъ случаевъ; въ томъ числѣ у первороженицъ въ 50%, у много-рожавшихъ въ 20%, т. е. у каждой изъ двухъ первороженицъ

и 1 изъ 5 многорожавшихъ *Campbell* находятъ показаніе къ окончанію родовъ щипцами. Изъ всѣхъ щипцевыхъ родовъ въ 1-мъ изъ 4-хъ *Campbelle* примѣнялъ длинные щипцы, въ 3-хъ—короткіе выходные (изъ сообщеніи *C.* на съѣздѣ врачей въ Ливерпуль, въ Англии).

Третій врачъ, д-ръ *Alexander* (въ Wellington'ѣ, въ Новой Зеландіи) изъ 170 родовъ, проведенныхъ имъ, съ января 1892 по май 1894 г.г., прибѣгалъ къ анестезіи хлороформомъ и къ щипцамъ въ 65 случаяхъ или въ 39% ихъ и увѣряетъ, что благодаря этому онъ спасъ пациентокъ отъ болей и истощенія и что вслѣдствіе этого больныя его быстро поправлялись.

Исходы родовъ у *Campbell*'я: мертворожденныхъ дѣтей 1:31 или 3,25%. Изъ послѣднихъ оперированныхъ имъ 180 женщинъ ни одна не умерла, а изъ 354 неоперативныхъ родовъ умерли 2: 1 отъ родовъ, наступившихъ во время продолжавшагося у ней брюшнаго тифа, а 2-я отъ родовъ, осложненныхъ эхинококкою болѣзью. Въ послѣдніе годы *Campbell* началъ оперировать еще чаще, въ 37%. *Campbell* излагаетъ свои взгляды на веденіе родовъ слѣдующимъ образомъ: „Если я, по приходѣ къ роженицѣ, нахожу зѣвъ не открытымъ или открытымъ не болѣе чѣмъ на ширину шилинга,—я ухожу отъ нея; если зѣвъ открытъ больше или растяжимъ, схватки правильны,—я остаюсь у роженицы, но не даю ей въ этомъ періодѣ родовъ хлороформа. При полномъ раскрытіи или послѣ разрыва пузыря, я хлороформирую роженицу. Если роды затягиваются, я не оставляю роженицы подъ наркозомъ болѣе чѣмъ 1½ часа и оканчиваю роды. За исключеніемъ случаевъ пространственной несоразмѣрности, чаще всего задержка въ ходѣ родовъ происходитъ, когда головка уже въ полости таза или со стороны промежности; тутъ короткіе щипцы очень полезны и этимъ мы предупреждаемъ истощеніе матери. Мнѣ не приходилось жалѣть о раннемъ окончаніи родовъ щипцами; но, наоборотъ,—я часто сожалѣлъ о не примѣненіи ихъ гораздо раньше; ими я спасъ жизнь многимъ дѣтямъ, которые безъ нихъ родились бы мнимо-умершими. Это, конечно, мое личное убѣжденіе. Я не наблюдалъ разрывовъ промежности, которые требовали бы операціи; на небольшіе разрывы у 1 роженицъ я накладывалъ кетгутовый шовъ. Я никогда не даю эрготина до родовъ и весьма рѣдко послѣ нихъ, что было у меня раньше шаблоннымъ правиломъ“.

Dr. Alexander говоритъ, что на частоту хлороформированія роженицъ и примѣненія щипцовъ вліяютъ привычки самой публики.

Такъ въ Wellington'ѣ женщины требуютъ хлороформированія, а по наступленіи у нихъ безсознанія—врачи окончиваютъ роды щипцами.

Dr. Rumboll, въ Leeds'ѣ, провелъ въ 1892—94 гг. 102 случая родовъ (31 у 1 рож.), съ хлороформированіемъ въ 91 изъ нихъ; въ 68—до хирургической степени, въ 23—до болеутоляющаго дѣйствія. Щипцы примѣнены въ 68 случаяхъ; 28 разъ у 1 роженицы изъ 31 всего числа ихъ; у 7—случился разрывъ промежности; шиваніе шелкомъ съ первымъ натяженіемъ. Щипцы *Rumboll* опускаетъ предварительно въ 5% карболовый растворъ, послѣ родовъ промываетъ матку прокипяченной водой, безъ примѣси антисептическихъ средствъ. Изъ 600 послѣднихъ родовъ у д-ра *R.* не было смертности матерей.

Въ сравненіи съ обще-принятыми въ Германіи и у насъ показаніями къ щипцамъ, приведенные факты указываютъ на *новое направленіе*; ибо даже въ Англии, первыя попытки врачей окончивать роды почаше щипцами ограничивались 10% не болѣе какъ лѣтъ 20 назадъ (сообщенія *Johnston'a* изъ Rotunda-Hospital, въ Эдинбургѣ). Въ старину врачи изъ боязни инфекціи избѣгали операций, оправдываясь библейскимъ изрѣченіемъ „да родить въ боляхъ“; успѣхи антисептики даютъ теперь возможность избавить роженицу отъ болѣе раннимъ окончаніемъ родовъ подъ анестезіей. На учащеніе оперативной помощи въ родахъ въ Англо-Американскихъ странахъ вліяетъ сильно то, что тамъ установился обычай приглашать къ каждому родамъ врача; послѣдніе во избѣжаніе потери времени у роженицы окончиваютъ роды возможно раньше щипцами—результаты оказались благотворными какъ для роженицы и дѣтей, такъ и для врачей въ смыслѣ выигрыша времени и приобрѣтенія большей практики.

М. Д. Гинзбургъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

Письма изъ Берлина.

Клиника А. Martin'a.

Martin безспорно принадлежитъ къ числу выдающихся гинекологовъ Германіи. Онъ былъ однимъ изъ первыхъ сторонниковъ оперативнаго направленія въ гинекологіи, направленія, которое въ послѣдніе 10—20 лѣтъ стало господствующимъ. Работы *Martin'a* почти по всѣмъ отраслямъ гинекологіи составили ему репутацію не только опытнаго и смѣлаго оператора, но и выдающагося ученаго.

Частная клиника *Мартина* устроена съ большими удобствами, приблизительно на 50 кроватей. При клиникѣ имѣется поликлиника, которая очень усердно посѣщается, такъ что въ теченіи года число амбулаторныхъ больныхъ доходитъ до 4500 человекъ. При этомъ надо замѣтить, что удаленіе остатковъ выкидыша, выскабливанія матки и другія мелкія пособія производятся амбулаторно; въ клинику же принимаются больныя съ болѣе сложными заболѣваніями и при томъ исключительно подлежащія оперативному пособию.

Такимъ образомъ, *Мартинъ* въ теченіи года производитъ на стационарныхъ больныхъ около 500 операций, въ томъ числѣ около 200 лапаротомій. Раньше количество лапаротомій было больше: такъ наприм., въ 1893 году оно равнялось 249; въ послѣднее же время оно уменьшилось, такъ какъ *Мартинъ* во многихъ случаяхъ, гдѣ онъ раньше производилъ лапаротомію, теперь производитъ кольпотомію, т. е. вскрытіе брюшной полости черезъ переднюю стѣнку влагалища. Количество выскабливаній полости матки, вслѣдствіе эндометрита или для удаленія остатковъ выкидыша, производимыхъ, какъ уже выше сказано, амбулаторно, колеблется между 1400 и 1500.

Въ теченіи осеннихъ и весеннихъ вакацій, *Мартинъ* читаетъ курсы для врачей. Эти курсы пользуются большою популярностью: сюда съѣзжаются со всѣхъ странъ свѣта. *Мартинъ* уснѣваетъ,

не смотря на краткую продолжительность курсовъ, ознакомить слушателей со своими воззрѣніями во всѣхъ болѣе или менѣе спорныхъ пунктахъ гинекологіи. Понятно, что эти воззрѣнія иногда своеобразны и не согласуются съ мнѣніями большинства гинекологовъ, почему и требуютъ критическаго къ нимъ отношенія, но, во всякомъ случаѣ, онѣ результаты многолѣтняго труда и какъ таковыя заслуживаютъ полнаго вниманія и уваженія.

Особенно замѣчательнъ *Martin* какъ операторъ.

При лапаротоміяхъ поражаетъ зрителя, съ какой увѣренностью и ловкостью онъ удаляетъ новообразования, разрываетъ обширныя сращения, и съ какою точностью останавливаетъ часто довольно сильное кровотеченіе, обкалывая кровоточащія сосуды. Благодаря этому, лапоротоміи производятся крайне быстро, такъ наиримѣръ, при мнѣ онъ удалилъ всю матку съ обширною субсерозной интерлигаментарно развившейся міомою, въ теченіе 24 минутъ.

Часто *Martin*'у дѣлали упреки, что онъ, во первыхъ, черезъ чуръ часто прибѣгаетъ къ ножу, а во вторыхъ, что онъ не ставитъ до операціи точнаго діагноза заболѣванія. Съ первымъ я безусловно не могу согласиться. Мнѣ не разъ приходилось видѣть, что *Martin* отказывалъ въ операціи больнымъ съ различными воспалительными заболѣваніями придатковъ, которыя были присланы пользующимися ихъ врачами специально для операціи; онъ имъ назначалъ лѣченіе разсасывающими и противовоспалительными средствами, и только если, продолжительное лѣченіе не приводило къ цѣли и боли лишали подобныхъ больныхъ возможности работать, онъ производилъ операцію. Тоже самое при пролапсахъ и измѣненіяхъ положенія матки, и здѣсь онъ только тогда приступалъ къ операціи, когда цѣлесообразное консервативное лѣченіе не приводило къ цѣли.

Что же касается втораго упрека, то онъ до нѣкоторой степени вѣренъ. *Martin* дѣйствительно въ случаяхъ, гдѣ даны показанія для операціи, т. е., гдѣ болѣзненные ощущенія довольно значительны и гдѣ обычное консервативное лѣченіе осталось безъ успѣха, не старается ставить, по возможности, точнаго діагноза относительно характера и мѣста развитія какой нибудь опухоли. Вслѣдствіе этого онъ цѣлому ряду методовъ изслѣдованія, — какъ изслѣдованію *per rectum* и при низведеніи матки пулевыми щипцами, зондированію при опухоляхъ тѣсно съ нею связанныхъ, пункціи кистовидныхъ опухолей, не придаетъ большаго значенія. Анамнезъ обыкновенно также не собирается съ должною тщательностью.

Лапаротоміи производятся въ небольшой специально для нихъ устроенной комнатѣ. Всѣмъ больнымъ, кромѣ обычныхъ ваннъ и обмываній, производится за 24 часа до операціи тампонація влагалища сулемовою марлею. Что касается асептики, употребляемой въ клиникѣ *Martin*'а, то ее нельзя назвать совершенно безупречною, такъ какъ на всякомъ шагу встрѣчаются, хотя и небольшія понятныя, упущенія. Что, не смотря на это, большинство операцій протекаетъ весьма хорошо, надо, по моему мнѣнію, приписать

тому, что, во первыхъ, количество ассистентовъ весьма ограничено; во вторыхъ, операціи производятся крайне быстро, при чемъ обращается особенное вниманіе на тщательную остановку кровотеченія и по возможности избѣгается введеніе всевозможныхъ губокъ, салфетокъ и инструментовъ, которые, разъ они не хорошо стерилизованы, могли бы быть источникомъ инфекции. Субъективная же антисептика какъ оператора, такъ и ассистентовъ, входящихъ въ соприкосновеніе съ раной, производится весьма тщательно. При лапаротоміяхъ ассистируютъ всего двое—д-ръ *Orthmann*, весьма опытный ассистентъ, уже много лѣтъ занимающійся въ клиникѣ *Martin'a* и госпожа *Горнъ*, главная фельдшерница, пользующаяся большимъ уваженіемъ въ клиникѣ. Такъ какъ оба ассистента очень хорошо знаютъ свое дѣло и какъ бы угадываютъ всѣ желанія оператора, то операція производится весьма спокойно и быстро.

Для наркоза употребляется исключительно хорошо очищенный хлороформъ. Раньше *Мартинъ* употреблялъ и эфиръ, но въ послѣднее время онъ совершенно отъ него отказался, не потому, чтобы онъ имѣлъ плохіе результаты отъ эфира, а вслѣдствіе того, что эфирный наркозъ требуетъ много времени и потому весьма неудобенъ, когда приходится производить нѣсколько лапаротомій (до 8) подъ рядъ.

Столъ для лапаротомій, употребляющійся въ клиникѣ *Мартина*, своеобразенъ. Это простой низенькій и короткій металлическій столъ, сдѣланный по указаніямъ г-жи *Е. Горнъ*. Верхняя доска этого стола состоитъ изъ трехъ частей; послѣ окончанія операціи средняя часть отстегивается и этимъ дается возможность наложить повязку, не поднимая и вращая больной. Столъ этотъ стоитъ въ небольшой жестяной ваннѣ, куда во время операціи сливаютъ грязную воду и бросаютъ запачканныя губки.

Захлороформированную больную кладутъ на этотъ столъ такимъ образомъ, чтобы крестецъ ея находился на краю стола; операторъ садится между ногами больной, такъ что ноги ея черезъ его колѣни свободно свисаютъ внизъ. Положеніе это нѣсколько напоминаетъ положеніе, предложенное въ акушерствѣ *Walcher'*омъ, и имѣетъ то преимущество, что вслѣдствіе значительнаго наклоненія таза, облегчаетъ доступъ къ органамъ малаго таза. Кромѣ того въ сидячемъ положеніи операторъ не такъ быстро устаетъ и можетъ свободно производить нѣсколько лапаротомій подъ рядъ. Слѣва отъ больной садится д-ръ *Orthmann*, главная обязанность котораго состоитъ въ удерживаніи кишекъ и обнаженіи операціоннаго поля. Съ другой стороны больной стоитъ г-жа *Горнъ*, которая подаетъ инструменты и лигатуры и по временамъ губкою удаляетъ кровь съ краевъ раны. Инструментарій, употребляемый *Мартиномъ* во время лапаротоміи, весьма ограниченъ—одинъ ножъ, ножницы, нѣсколько иглъ различной величины, иглодержатель, нѣсколько держателей для губокъ и 2—3 пинцета. Жомовъ и кровоостанавливающихъ пинцетовъ онъ почти совершенно не употребляетъ. Большія кровотечения у *Мар-*

тина бываютъ крайне рѣдко, вслѣдствіе того, что онъ весьма умѣло накладываетъ лигатуры передъ отрѣзаніемъ какой нибудь части опухоли. Даже при удаленіи всей матки съ обширными, очень богатыми кровеносными сосудами міомами—больныя почти совершенно не теряютъ крови. Не большія кровотеченія, бывающія иногда изъ надорванной брюшины, онъ останавливаетъ обкалываніемъ. Для удаленія сгустковъ крови, гноя и другихъ жидкостей употребляются губки, приготовленные обычнымъ способомъ и смоченныя въ очень слабомъ растворѣ сулемы. При лапаротоміяхъ *Мартинъ* употребляетъ почти исключительно кетгутъ различной толщины, только брюшная рана соединяется рядомъ глубокихъ шелковыхъ швовъ. Кетгутъ готовится слѣдующимъ образомъ: изъ продажнаго кетгута выбираются только лучшія нити, которыя наматываются на стеклянныя пластинки и кладутся на одинъ день въ растворъ сулемы (1:1000). Затѣмъ для высушиванія кетгутъ кладется въ смѣсь *ol. juniperi*—1 часть и *alcohol absolutus*—2 части. Эта жидкость скоро мутнѣетъ, почему черезъ день должна быть замѣнена новою, въ которой кетгутъ долженъ лежать не меньше двухъ недѣль, чтобы быть годнымъ для операціи, въ этой же жидкости онъ и сохраняется.

Лапаротоміи при воспалительныхъ измѣненіяхъ придатковъ. Какъ уже выше сказано, *Мартинъ* не оперируетъ всѣ подобныя случаи безъ разбора, онъ придерживается мнѣнія, что даже довольно далеко зашедшія воспалительныя заболѣванія трубъ, могутъ излѣчиваться консервативно. Во всѣхъ такихъ случаяхъ, гдѣ *Мартинъ* прибѣгаетъ къ операціи, страданіе обыкновенно существуетъ давно и упорно противодѣйствуетъ консервативному лѣченію; придатки при этомъ значительно измѣнены и представляютъ обыкновенно обширныя срощенія съ сосѣдними органами, однимъ словомъ, это большею частью весьма тяжелые случаи. Обычнымъ разрѣзомъ по *l. alba* онъ вскрываетъ брюшную полость; разрѣзь этотъ онъ дѣлаетъ по возможности меньшимъ, только чтобъ вся ручная кисть могла бы быть проведена.

Срощенія придатковъ съ различными органами, бывающія иногда весьма обширными, онъ разрываетъ обыкновенно тупымъ путемъ, только изрѣдка разрѣзаетъ ихъ безъ всякихъ предварительныхъ лигатуръ ножницами. Термокаутера для разведенія срощеній онъ никогда не употребляетъ. Понятно, что вслѣдствіе такихъ энергичныхъ манипуляцій, опухоли очень часто разрываются и сплошь и рядомъ гной свободно изливается въ полость малаго таза. *Martin* однако не боится при этомъ тяжелой инфекціи, такъ какъ, основываясь на нѣсколькихъ бактериологическихъ изслѣдованіяхъ гнойныхъ салпингитовъ, произведенныхъ между прочимъ и въ его клиникѣ *Kiefer*'омъ, онъ считаетъ этотъ гной, въ большинствѣ случаевъ, стерильнымъ. Гной этотъ тщательно удаляется губками, смоченными въ слабомъ растворѣ сулемы, прополаскиваній полости таза онъ никогда не производитъ. Заболѣвшіе и значительно измѣненные придатки удаляются обычнымъ образомъ, послѣ наложенія 3—4 лигатуръ. Но и здѣсь

онъ старается поступать по возможности консервативно, особенно если женщина находится въ разгарѣ своей половой дѣятельности.

При одностороннихъ заболѣваніяхъ онъ ограничивается удаленіемъ придатковъ одной стороны, а не обѣихъ, какъ это когда то было предложено *Lawson Tait*’омъ. Но и при двухстороннихъ заболѣваніяхъ у молодыхъ женщинъ онъ только въ крайнихъ случаяхъ производитъ полную кастрацію, обыкновенно же удаляетъ только болѣе сильно пораженные придатки, на другой же сторонѣ поступаетъ консервативно: такъ на примѣръ, при *hydrosalpinx*’ѣ онъ не удаляетъ всей трубы, а только резецируетъ ампулярную часть ея и сшиваетъ непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ слизистую оболочку трубы съ брюшиною, т. е. производитъ *salpingostomatotomy*. Съ яичниками въ такихъ случаяхъ онъ также поступаетъ консервативно; такъ при частичныхъ заболѣваніяхъ яичниковъ онъ просто ножницами срѣзаетъ пораженную часть, рану же сшиваетъ кетгутовымъ швомъ; при множественномъ, кистовидномъ перерожденіи яичниковъ онъ производитъ обильную скарификацію и опорожненіе расширенныхъ фолликуловъ, а затѣмъ яичники погружаетъ въ брюшную полость. Понятно, что злокачественныя новообразованія яичниковъ не могутъ подлежать такой терапіи. *Мартинъ* при этомъ консервативномъ способѣ имѣлъ очень хорошіе результаты. Только въ весьма небольшомъ числѣ случаевъ, болѣзненные явленія послѣ операціи возобновились и потребовалась вторичная лапаротомія. Но за то онъ имѣетъ цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ больныя выздоравливали и даже забеременѣвали. Такъ на гинекологическомъ конгрессѣ въ Бреславлѣ въ 1893 г. *Мартинъ* сообщилъ о 27 случаяхъ резекціи яичниковъ у больныхъ, затѣмъ совершенно выздоровѣвшихъ; въ 8 случаяхъ больныя послѣ операціи забеременѣли и родили въ срокъ.

Послѣ удаленія заболѣвшихъ придатковъ и очищенія полости таза отъ кровеныхъ сгустковъ и гноя, онъ всегда зашиваетъ брюшную рану на глухо. Дренажированіе полости таза онъ считаетъ въ высшей степени нецѣлесообразнымъ. такъ какъ нѣтъ никакой возможности дренировать всѣ щели и закоулки полости брюшины, самъ же дренажъ часто служитъ проводникомъ инфицирующихъ началъ снаружи внутрь. Передъ зашитіемъ раны, въ полость брюшины вводится плоская губка, пропитанная въ стерилизованномъ оливковомъ маслѣ, которая вынимается послѣ наложенія швовъ. Масло, по мнѣнію *Мартина*, препятствуетъ образованію перитоническихъ сращеній послѣ операціи. Швы накладываются слѣдующимъ образомъ: съ начала накладываются 5—6 шелковыхъ узловатыхъ швовъ, которые захватываютъ всѣ слои брюшной стѣнки; прежде чѣмъ ихъ завязать, сшивается тонкимъ непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ брюшина и фасція. Затѣмъ завязываются шелковые швы и накладывается еще нѣсколько поверхностныхъ узловатыхъ кетгутовыхъ швовъ.

Послѣоперационное теченіе подобныхъ случаевъ обыкновенно совершенно гладкое, безлихорадочное; даже тѣ случаи, гдѣ при

операциі довольно большое количество гноя изливалось въ брюшную полость, протекали безъ повышенія температуры и другихъ воспалительныхъ явленій. При мнѣ оперировали около 10 подобныхъ больныхъ, и только одна изъ нихъ лихорадила въ теченіе первыхъ 2 недѣль; но у этой уже во время операциі существовали явленія подостраго перитонита; впоследствии она совершенно поправилась. Уже на десятый день повязка совершенно снимается, при чемъ рана представляется совершенно сухой безъ всякихъ признаковъ реакціи. Рана стягивается двумя полосками липкаго пластыря и слегка покрывается кускомъ ваты. На 15-й день больнымъ разрѣшается вставать. Даже послѣ весьма серьезныхъ операций—такъ послѣ полного удаленія всей матки съ громадными миомами, больныя такъ рано вставали съ постели.

При мнѣ былъ только одинъ смертный случай на 25 лапаротомій. Это была пожилая, слабая особа, у которой была удалена небольшая совершенно свободная киста яичника. Послѣоперационное теченіе было совершенно гладкимъ; я ее еще видѣлъ на 10-й день послѣ операциі и убѣдился въ безукоризненномъ состояніи брюшной раны. На 17-й день, накануне выписки, внезапно послѣдовала весьма быстрая смерть при явленіяхъ асфиксіи. При вскрытіи найдена эмболія легочной артеріи. При этомъ *Мартинъ* указалъ на то, что это рѣдкое осложненіе лапаротоміи у него въ клиникѣ наблюдалось сравнительно довольно часто. Мнѣ кажется, что тутъ до нѣкоторой степени слѣдуетъ видѣть причину въ томъ, что *Мартинъ* черезъ чуръ рано разрѣшаетъ больнымъ вставать.

Операции при миомахъ матки. При небольшихъ множественныхъ миомахъ матки *Martin* удаляетъ всю матку черезъ влагалище. Въ 4 случаяхъ, гдѣ миомы были единичными и сидѣли на передней стѣнкѣ матки, *Мартинъ* произвелъ кольпотомію, извлекъ матку наружу, энуклеировалъ міому и зашилъ ее ложе; матку же онъ снова репонировалъ въ брюшную полость и фиксировалъ тремя швами къ передней стѣнкѣ влагалища. Въ случаяхъ, гдѣ миомы достигаютъ значительной величины и гдѣ полное удаленіе черезъ влагалище становится невозможнымъ, онъ производитъ удаленіе матки per laparotomiam. Здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что *Мартинъ* при влагалищной экстирпациі матки употребляетъ исключительно лигатуры для перевязки сосудовъ, вслѣдствіе чего онъ болѣе тяжелыя фиксированныя матки предпочитаетъ удалять per laparotomiam. Изъ способовъ удаленія матки per laparotomiam онъ самымъ совершеннымъ считаетъ полное удаленіе пораженной матки. Надвлагалищную ампутацію матки по какому бы ни было способу онъ считаетъ менѣе цѣлесообразною, такъ какъ при этомъ удаляется не весь пораженный органъ, кромѣ того смертность при полномъ удаленіи матки, у него, по крайней мѣрѣ, не больше, чѣмъ при надвлагалищной ампутаціи. *Мартинъ* съ 1883 года производитъ исключительно полную экстирпацию матки и имѣетъ на 83 случая, изъ которыхъ нѣкоторые были весьма сложны, 6 смертей: 2 отъ эмболій легочной артеріи на 9-й и 18-й день болѣзни, 3 отъ перитонита, и одинъ отъ кол-

лапса; процентъ смертности равенъ, такимъ образомъ, приблизительно 7,2.

Операцію эту *Martinъ* производитъ слѣдующимъ образомъ: послѣ обычнаго разрѣза по *I. alba*, онъ первымъ дѣломъ старается освободить матку и сидящія на ней опухоли отъ сращеній и, если возможно, вывести ее наружу. Затѣмъ, онъ съ обѣихъ сторонъ, начиная съ *ligamentum infundibulopelvicum*, накладываетъ острою иглою рядъ лигатуръ у основанія широкихъ связокъ; обыкновенно съ каждой стороны приходится наложить 3—4 кетгутовыя лигатуры. При этомъ операторъ старается самую центральную лигатурую какъ можно ближе держаться шейки матки, чтобы по возможности перевязать *ant. uterina* со всѣми ея развѣтвленіями. Послѣ этого у основанія широкихъ связокъ съ обѣихъ сторонъ матки накладываются временно длинныя слегка изогнутыя жомы *Richelot*, выше которыхъ матка вмѣстѣ съ придатками отрѣзается отъ широкихъ связокъ до самаго прикрѣпленія сводовъ, затѣмъ вводится во влагалище корнцангъ, которымъ протыкается по срединной линіи задній сводъ. Здѣсь я спѣшу замѣтить, что влагалище за 24 часа до операціи тщательно дезинфицируется и плотно тампонируется сулемовою марлею, которая вынимается передъ операціею. Расширяя корнцангъ, увеличиваютъ отверстіе въ заднемъ сводѣ; начиная отсюда производятъ постепенно обкалываніе свода и по мѣрѣ того какъ лигатуры накладываются, матка вмѣстѣ съ шейкою отрѣзается отъ сводовъ. Въ концѣ концовъ остается только передній сводъ въ видѣ узкаго мостика, на которомъ виситъ вся матка вмѣстѣ с опухолью. Перевязавъ его одной или двумя лигатурами, отрѣзаятъ матку, послѣ чего пузырь мочевого весьма легко тупымъ путемъ отдѣляется отъ шейки. Кровотеченіе обыкновенно при этомъ не наблюдается; если же кое гдѣ еще замѣтно небольшое кровотеченіе, то приходится это мѣсто обколотъ нѣсколькими кетгутовыми швами. Затѣмъ корнцангомъ, который все время находился во влагалище, захватываютъ концы всѣхъ лигатуръ и выводятъ ихъ во влагалище. Вслѣдствіе этого получается воронкообразное углубленіе тазоваго дна, при чемъ стѣнки таза очень тѣсно прилегаютъ другъ къ другу, чѣмъ и достигается закрытіе брюшной полости отъ влагалища. Въ первое время *Martinъ* сшивалъ еще стѣнки брюшины поверхъ лигатуръ, чтобы такимъ образомъ прочнѣе закрыть брюшную полость; въ послѣднее же время онъ это оставилъ, находя, что и безъ сшиванія стѣнки тазоваго дна плотно прилегаютъ и скоро срастаются другъ съ другомъ. Рана живота сшивается вышеописаннымъ образомъ.

Colpotomia cum vaginofixatione. Какъ извѣстно, послѣ неудачныхъ попытокъ *Zweifel*'я и *Schücking*'а, основанныхъ больше на теоретическихъ соображеніяхъ, *Dürssen* и *Mackenrodt* первые почти одновременно описали въ 1892 году новый способъ прикрѣпленія ретрофлектированной матки къ передней стѣнкѣ влагалища. Сначала эта фиксація производилась безъ вскрытія брюшины

передняго Дугласова пространства; при этомъ пришивалась очень низко лежащая часть тѣла матки, вслѣдствіе чего эффектъ получался очень не прочный и быстро наступали рецидивы. Шагомъ впередъ была вагинофиксация со вскрытіемъ брюшины. При этомъ авторы убѣдились, что этимъ путемъ дается свободный доступъ не только къ тѣлу матки, дно котораго очень плотно удаётся фиксировать къ влагалищной стѣнкѣ, но и къ придаткамъ матки, которые этимъ путемъ могутъ подвергаться различнымъ терапевтическимъ дѣйствіямъ. Первый былъ *Dürssen*, который этимъ путемъ въ 1894 г., удалилъ нѣсколько небольшихъ кистъ яичниковъ; онъ эту операцію назвалъ *coeliotomia vaginalis*. Въ послѣднее время эта операція приобрѣла себѣ вездѣ въ Германіи право гражданства. Особенно заинтересовались ею *Chrobak* въ Вѣнѣ и *Martin*. *Martin* ее производитъ, что называется, *larga manu*, не только при ретрофлексіяхъ матки, но и при различныхъ небольшихъ опухоляхъ и воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ. Главныя преимущества этой операціи онъ видитъ въ томъ, что, во первыхъ, при ней устраняются всѣ неудобства, которыя связаны съ рубцемъ по *linea alba*—какъ грыжи и т. д.; во вторыхъ, при кольпотоміи вся операція производится какъ бы экстраперитонеально, такъ какъ послѣ выведенія матки и придатковъ наружу передъ вульварное кольцо, стѣнки влагалища выше матки тѣсно сближаются и такимъ образомъ закрываютъ брюшную полость. Что касается ретрофлексій матки, то при этой операціи даютъ не только подвижныя ретрофлексіи хорошій результатъ, какъ это было при первомъ способѣ, безъ вскрытія брюшины, но и ретрофлексіи съ обширными периметрическими сращениями. При этомъ два пальца вводятся черезъ отверстіе въ передней стѣнкѣ влагалища въ брюшную полость и здѣсь тупымъ путемъ освобождаютъ какъ матку, такъ и придатки отъ сращеній.

Способъ кольпотоміи *Мартина* отличается нѣсколько отъ способа, описаннаго *Dürssen*омъ въ *Centralblatt f. Gynaecologie*, 1894 г., вслѣдствіе чего я себѣ позволю подробнѣе описать эту операцію. Сначала низводится шейка; для этого *Martin* исключительно употребляетъ инструментъ *Orthmann*'а. Послѣдній подробно описанъ въ *Centralblatt f. Gynaecologie*, 1893 г., № 45; это очень крѣпкіе двузубчатые пулевые щипцы, въ которыхъ одна часть замѣнена плотнымъ зондомъ. Зондъ вводится въ полость матки, вѣтвь же пулевыхъ щипцовъ ложится на переднюю губу шейки матки. Когда инструментъ закрытъ, шейка матки въ немъ плотно фиксирована и, потягивая и опуская инструментъ, можно безъ помощи другихъ инструментовъ низвести и въ то же время выпрямить матку. Затѣмъ, передняя стѣнка влагалища расщепляется по срединѣ въ сагитальномъ направленіи, начиная немного выше устья мочеиспускательнаго канала, почти до наружнаго зѣва матки. Оба влагалищныхъ лоскута тщательно отсепааровываются отъ подлежащей соединительной ткани; затѣмъ непосредственно надъ шейкою матки, ближе придерживаясь

послѣдней, разрѣзается *septum vesicoservicale*, послѣ чего мочевоѣй пузырь обыкновенно очень легко удается отодвинуть къверху, пока не обозначится вполне отчетливо брюшинная складка—*plica vesicauterina*. Послѣдняя осторожно вскрывается ножницами; разрѣзъ потомъ расширяется въ стороны. Теперь вводятъ въ полость брюшины пулевые щипцы и захвативъ ими матку, вынимаютъ инструментъ *Orthmann'a*, послѣ чего шейка матки отодвигается взадъ, чтобы облегчить наклоненіе дна матки впередъ. Если матка подвижна, то это удается весьма легко; если же она фиксирована, то приходится, захватывая постепенно все выше лежащія части матки, какъ бы вырывать ее изъ ея сросеній. Иногда стараются ввести пальцы въ полость брюшины, чтобы здѣсь тупымъ путемъ освободить матку отъ ея сросеній. Не рѣдко при этихъ манипуляціяхъ, серозный покровъ матки, на значительномъ протяженіи, повреждается; особенно же сильныхъ кровотеченій я у *Мартина*, по крайней мѣрѣ, не видалъ. Освободивъ, такимъ образомъ, матку и выведя ее наружу передъ вульварное кольцо, остается еще осмотрѣть придатки. Послѣдніе, разъ они не сращены, довольно легко выводятся позади матки наружу и поддерживаются различными терапевтическимъ мѣропріятіямъ; если же они сросены, то приходится ихъ освободить пальцами тупымъ путемъ, что не всегда легко удается. Затѣмъ, матка и придатки репонированы въ брюшную полость, при чемъ матка удерживается корнцангомъ въ сильно антефлексированномъ положеніи, и накладываются швы. Сначала фиксируются дно и тѣло матки къ стѣнкѣ влагалища тремя узловатыми кетгутowymi швами, такимъ образомъ, чтобы каждый шовъ прошелъ черезъ стѣнку влагалища, край брюшины и толщу матки. Эти швы сейчасъ же завязываются; иногда еще прибавляется четвертый шовъ внизу, соединяющій шейку матки съ влагалищною стѣнкою. Остающаяся обыкновенно немного зияющая рана влагалища соединяется непрерывнымъ кетгутowymъ швомъ.

Всего *Мартинъ* по этому способу оперировалъ около 170 случаевъ; въ большинствѣ случаевъ это были фиксированныя ретрофлексированныя матки. Кромѣ того посредствомъ кольпотомій *Мартинъ* удалялъ небольшія опухоли—кисты яичниковъ, субсерозныя міомы и воспалительно измѣненные придатки, *hydrosalpinx* и *pyosalpinx*'ы, разъ они не достигали большихъ размѣровъ. Не смотря на то, что въ большинствѣ случаевъ приходилось при этой операціи разрушать обширныя сросенія, и въ полости таза оставались большія раневыя поверхности, не покрытыя брюшиною, результаты получались весьма удовлетворительные. Теченіе было въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно безлихорадочнымъ; больныя уже на другой день послѣ операціи были совершенно бодрыми; здѣсь никогда не наблюдались тѣ непріятныя явленія, которыя такъ часто наступаютъ послѣ лапаротомій: упорная рвота, мучительная жажда, метеоризмъ; самочувствіе послѣ колпотомій никогда не разстраивалось въ такой рѣзкой степени, какъ это бываетъ послѣ лапаротомій. Только

дѣятельность мочевого пузыря въ нѣкоторыхъ случаяхъ разстраивалась, больныя не могли произвольно мочиться и приходилось мочу удалять катетеромъ; но обыкновенно на 4—5-й день все приходило въ порядокъ. Только въ двухъ случаяхъ наступили довольно упорные циститы, которые для своего полного излѣченія потребовали 3—4 недѣли. Въ двухъ случаяхъ теченіе осложнилось развитіемъ ограниченныхъ периметрическихъ экссудатовъ, совершенно разсосавшихся при консервативномъ лѣченіи. Смертныхъ случаевъ не было ни одного. О результатахъ относительно ретрофлексіи судить еще рано, такъ какъ самые первые случаи *Мартинъ*, посредствомъ колпотоміи, сталъ оперировать только 12—14 мѣсяцевъ тому назадъ. Во всякомъ случаѣ, у всѣхъ больныхъ, которыхъ приходилось изслѣдовать 10 мѣсяцевъ, даже годъ послѣ операціи, матка находилась въ антефлексіи, очень хорошо фиксированною къ передней стѣнкѣ влагалища. Беременности *Мартинъ* въ своихъ случаяхъ послѣ этой операціи ни разу не наблюдалъ.

Здѣсь я хочу еще упомянуть о двухъ докладахъ, прочитанныхъ въ послѣднемъ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Берлинѣ, 25 октября 1895 г. Они въ значительной степени могутъ подорвать довѣріе къ вышеописанной операціи—вагинофиксаци; особенно интересно то, что главную оппозицію эта операція встрѣчаетъ со стороны *Mackenrodt'a*, который первый ее разработалъ и сталъ примѣнять на практикѣ.

Первый докладъ *Strassmann'a* „О вліяніи, которое имѣютъ различные методы прикрѣпленія ретрофлексированныхъ матокъ кпереди на теченіе беременности и родовъ“. Онъ при этомъ разсматриваетъ прикрѣпленіе къ мочевому пузырю, передней брюшной стѣнкѣ и влагалищу. Первую операцію онъ разсматриваетъ вкратцѣ, такъ какъ она имѣетъ только историческій интересъ. Изъ прикрѣпленій къ передней брюшной стѣнкѣ онъ сначала разсматриваетъ вліяніе операціи *Alexander-Adams'a*. При ней нѣкоторые авторы наблюдали абортъ, хотя въ общемъ она не имѣла особенно вреднаго вліянія на теченіе беременности. Но такъ какъ эффектъ этой операціи не востояненъ, то она большинствомъ авторовъ оставлена. Болѣе вѣрные результаты относительно исправленія положенія матки даютъ способы вентрофиксаци, т. е. прикрѣпленія самого тѣла матки къ передней стѣнкѣ живота по *Ohlshausen-Kelly* или по способу *Leopold'a*. Послѣ этой операціи уже гораздо чаще встрѣчается неправильное теченіе беременности, которое высказывается или въ видѣ абортовъ, несрочныхъ родовъ или наконецъ срочныхъ родовъ съ неправильною, часто весьма болѣзненною потужною дѣятельностью, послѣродовыми кровотечениями и т. д. При послѣднемъ самомъ новомъ методѣ фиксаціи матки кпереди, при вагинофиксаци, неправильное теченіе родовъ встрѣчается еще чаще, что вполне естественно вытекаетъ изъ анатомическаго отношенія частей. При вентрофиксаци увеличивающаяся матка растетъ кверху къ мѣсту фиксаціи и только въ концѣ беремен-

ности, когда матка значительно увеличивается, особенно вследствие выпячивания верхней-задней стѣнки, происходит довольно значительное напряжение передней фиксированной стѣнки матки, которое можетъ привести къ преждевременнымъ родамъ. При вагинофиксациі же, вследствие того, что матка съ самаго начала беременности растетъ отъ фиксированнаго мѣста, очень рано могутъ появляться разныя осложненія въ теченіи беременности. При этомъ слѣдуетъ различать два метода—первоначально предложенный *Dürssen*'омъ и *Mackenrodt*'омъ, безъ вскрытія брюшины,—трансперитонеальный и послѣдовательный, со вскрытіемъ брюшины,—интраперитонеальный. При первомъ, матка фиксируется срощеніемъ двухъ серозныхъ оболочекъ, которыя по изслѣдованіямъ *Smüssa* даютъ менѣе прочный рубецъ, чѣмъ срощеніе серозной оболочки съ фиброзною тканью. Послѣднее имѣетъ мѣсто при второмъ—интраперитонеальномъ способѣ—вагинофиксациі, гдѣ серозная оболочка, покрывающая матку, обыкновенно срастается съ фиброзною тканью влагалищной стѣнки, вследствие чего получается весьма плотное срощеніе и эффектъ относительно исправленія положенія получается въ лучшей степени. Что же касается вліянія, которое эта операція оказываетъ на теченіе беременности, то слѣдуетъ принять за правило, что чѣмъ плотнѣе матка фиксирована у стѣнки влагалища, тѣмъ легче наступаютъ въ теченіи послѣдовательной беременности различныя неприятыя осложненія. Уже при трансперитонеальной вентрофиксациі *Dürssen* наблюдалъ 24 случая беременности, при которой, 6 т. е. 25% кончились абортomъ, 13 родили въ срокъ, хотя съ различными осложненіями, 5 же еще находились въ среднѣй беременности. При интраперитонеальной вагинофиксациі, уже разсуждая а priori, слѣдовало предположить легкость наступленія всевозможныхъ осложненій, принимая въ соображеніе плотность срощеній между маткою и стѣнкою влагалища. И дѣйствительно, *Strassmann* приводитъ два случая родовъ послѣ подобной вагинофиксациі, имѣвшіе оба весьма тяжелое теченіе. Въ обоихъ случаяхъ больныя доносили до конца; но съ самаго начала родовъ родовыя боли были весьма болѣзненны, неправильны. Наружный зѣвъ былъ значительно смѣщенъ къзади и совершенно не расширялся, вследствие того, что нижній передній сегментъ матки былъ на значительномъ протяженіи срощенъ съ переднею стѣнкою влагалища. Такъ какъ наружный зѣвъ такимъ образомъ не совпадалъ съ осью таза, то правильное вставленіе головки было затруднено, вследствие этого въ обоихъ случаяхъ наблюдалось выпаденіе пуповины. Въ первомъ случаѣ послѣ весьма труднаго поворота удалось извлечь живаго ребенка; во второмъ же случаѣ, гдѣ больная поступила въ клинику послѣ четырехдневной крайне мучительной родовой дѣятельности, наступилъ уже довольно большой разрывъ передней стѣнки влагалища. Зѣвъ и здѣсь былъ не расширенъ и значительно смѣщенъ къзади; также наблюдалось выпаденіе пуповины. Кромѣ того у второй больной было нѣсколько припадковъ эклампсіи, которую *Strassmann* приводитъ въ связь съ вагинофиксацией, при которой мочеточники могли быть легко

сжаты. Въ этомъ случаѣ произведено кесарское сѣченіе по *Porro*, но большая погибла вслѣдствіе уже наступившаго септического зараженія. Здѣсь я хотѣлъ бы замѣтить, что вторая больная рожала повторно и что всѣ предъидушіе роды протекали совершенно правильно.

Обсуждая терацію въ подобныхъ случаяхъ, *Strassmann* считаетъ отдѣленіе передней стѣнки матки отъ влагалища во время родовъ, разрѣзомъ черезъ переднюю стѣнку влагалища, какъ это предложилъ на предъидущемъ засѣданіи *Martin*, не совсѣмъ рациональнымъ, такъ какъ при этомъ можно легко поранить ткань дѣтскаго мѣста, разъ оно сидитъ на передней стѣнкѣ. *Strassmann* считаетъ самымъ цѣлесообразнымъ произвести въ подобныхъ тяжелыхъ случаяхъ кесарское сѣченіе по возможности по *Porro*, чтобы этимъ лишить больную возможности снова забеременѣть. Въ концѣ своего доклада авторъ предостерегаетъ отъ увлеченій вагинофиксаціею и совѣтуетъ ограничивать показанія къ примѣненію послѣдней. Въ случаяхъ кольпотомій, т. е. вскрытій брюшной полости черезъ переднюю стѣнку влагалища для произведенія различныхъ операцій на придаткахъ, онъ совѣтуетъ, разъ тѣло матки находится до операціи въ нормальномъ положеніи, не фиксировать его у передней стѣнки влагалища, какъ это до сихъ поръ дѣлалось сплошь и рядомъ.

Затѣмъ, тотчасъ же слѣдовалъ второй докладъ *Mackenrodt*'а „О вагинофиксаціи“. Сначала онъ въ краткихъ словахъ разбираетъ исторію и постепенное развитіе этой операціи. Онъ самъ пришелъ къ заключенію, что старый способъ вагинофиксаціи безъ вскрытія брюшины, предложенный имъ и *Dürssen*'омъ почти одновременно, не ведетъ къ цѣли, такъ какъ число рецидивовъ послѣ этой операціи черезъ чуръ велико. Вирочемъ *Mackenrodt* самъ имѣлъ при этой операціи лучшіе результаты, чѣмъ другіе авторы—именно только 10% рецидивовъ, что онъ объясняетъ тѣмъ, что онъ старался захватить черезъ невскрытую брюшину по возможности вышележащую точку матки. Не смотря на это, онъ подобно всѣмъ другимъ авторамъ, перешелъ къ интраперитонеальному способу вагинофиксаціи. Всего онъ такимъ образомъ оперировалъ 30 случаевъ. Но и при этомъ способѣ онъ уже имѣлъ два случая рецидива. Онъ сознается, что положеніе матки при вагинофиксаціи не соответствуетъ ея физиологическому положенію, и что весь связывающій аппаратъ, поддерживающій матку въ нормальномъ положеніи, послѣ этой операціи исключается. Пузырь мочевоы при этомъ значительно смѣщается вверхъ и располагается надъ маткою, какъ онъ не разъ имѣлъ случай наблюдать, вводя катетеръ послѣ окончанія операціи. Изъ за этого такъ часто послѣ операціи наблюдаются различныя разстройства въ отпавленіи мочевоаго пузыря. Кромѣ того, онъ при этой операціи три раза наблюдалъ развитіе параметрита и въ нѣсколькихъ другихъ случаяхъ, гдѣ во время операціи придатки были освобождены отъ старыхъ периметрическихъ сращеній, послѣ операціи придатки удерживались еще болѣе плотными

срощеніями. Причину такого неблагопріятнаго теченія, онъ видитъ въ томъ, что асептика влагалища весьма трудно выполняема, почему, по его мнѣнію, кольпотомія никогда не будетъ въ состояніи замѣнить лапаротомію. Кромѣ того, кровотеченія бывають при этой операціи послѣ разъединенія значительныхъ срощеній, весьма сильныя и трудно останавливаются, такъ какъ доступъ къ кровоточащему сосуду крайне затрудненъ. Разъ кровотеченіе не остановлено тщательнo и еще асептика не вполне безупречна, понятно, результатъ не можетъ быть хорошимъ. Особенно непріятныя осложненія наступають, когда такая вагинофиксированная матка забеременѣваетъ. Беременность въ такихъ случаяхъ только тогда протекаетъ благополучно, когда срощеніе матки со стѣнкою влагалища разрывается, т. е. снова наступаетъ рецидивъ. Вслѣдствіе этого онъ прямо высказывается противъ вагинофиксаціи со вскрытіемъ брюшины. Кольпотомію, т. е. влагалищную лапаротомію, онъ считаетъ показанною въ немногихъ случаяхъ заболѣваній и небольшихъ опухолей придатковъ; но во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, онъ совѣтуетъ оперировать строго асептически и, во вторыхъ, въ концѣ операціи не пришивать тѣло матки къ влагалищу, какъ это до сихъ поръ было принято. Теперь спрашивается, какъ же оперировать ретрофлектированныя матки, разъ трансперитонеальный способъ даетъ столько рецидивовъ, интраперитонеальный же способъ совершенно не примѣнимъ, вслѣдствіе массы осложнений, встрѣчающихся при немъ. Здѣсь *MacKenrodt* предлагаетъ новый способъ, состоящій въ слѣдующемъ: передняя стѣнка влагалища разрѣзается въ продольномъ направленіи и отсекается отъ подлежащей соединительной ткани, какъ это дѣлается при обыкновенной вагинофиксаціи. Затѣмъ, поперечнымъ разрѣзомъ надъ шейкою разрѣзается *septum vesicoservicale*, послѣ чего тупымъ путемъ пузырь отдѣляется на возможно большемъ протяженіи отъ шейки и передней стѣнки матки. Также по сторонамъ матки это отдѣленіе происходитъ какъ можно дальше. Когда такимъ образомъ обнажена складка брюшины, переходящая съ матки на пузырь, она вскрывается на всемъ своемъ протяженіи. Вскрывъ брюшину избѣгаютъ всякихъ лишнихъ манипуляцій, какъ изсѣдованія придатковъ и т. д. Только осторожно захватываютъ дно матки, притягиваютъ его и дѣлають на немъ поперечный разрѣзъ, проходящій только черезъ брюшину немного ниже отхожденія трубъ. Затѣмъ, верхній край брюшиннаго лоскута соединяется непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ съ брюшиною мочевого пузыря, послѣ чего вся дальнѣйшая операція уже происходитъ экстраперитонеально. Послѣ этого тѣмъ же кетгутовымъ швомъ постепенно соединяются на значительномъ протяженіи передняя стѣнка матки съ заднею стѣнкою мочевого пузыря. Этимъ достигается полное запусѣніе передняго Дугласова пространства и, по мнѣнію автора, довольно плотная фиксація матки впереди въ положеніи, болѣе соотвѣтствующемъ ея фізіологическому положенію, чѣмъ при вагинофиксированной маткѣ. Опасность повреж-

денія пузыря, по мнѣнію *Mackenrodt*'а, ничтожна, такъ какъ стѣнки мочеваго пузыря очень толсты. Понятно, что эту операцію можно примѣнять только при совершенно подвижныхъ ретрофлексіяхъ и при операціяхъ пролапса, при которыхъ матка всегда имѣетъ наклонность повертываться кзади. При ретрофлексіяхъ же съ значительными периметрическими срощеніями *Mackenrodt* единственною возможною операціею считаетъ венгрофиксацію.

Къ сожалѣнію, за позднимъ временемъ, пренія объ обоихъ докладахъ, которыя обѣщаютъ быть очень оживленными, отложены до слѣдующаго засѣданія.

Ф. Веберъ.

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

- 1) *Л. Н. Варнекъ*. О вылученіи матки чрезъ влагалище по способу *Doyen'a*. (отдѣльный оттискъ изъ „Врача“ № 38, 1895).
 - 2) Протоколы Общества Курскихъ врачей за 1894 г. Курскъ. 1895 г.
 - 3) *Penzoldt* и *Stintzing*. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Выпускъ 4. Заболѣванія дыхательныхъ органовъ. Переводъ д-ра *В. М. Островскаго*. С.-Петербургъ. Изданіе К. Л. Риккера. 1895 г.
 - 4) *К. Schroeder*. Учебникъ Акушерства. Переводъ съ 12-го изданія подъ редакціей *Г. Е. Рейна*. Русское изданіе 5. С.-Петербургъ. Изданіе К. Л. Риккера. 1895.
-

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ ИМПЕРАТОРСКАГО КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА НА 1896 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. Въ **отдѣлѣ наукъ**: ученныя изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованныя факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. Въ **отдѣлѣ критики и библіографіи**: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертации, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и заграничѣ книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія: библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. **Университетская лѣтопись**: извлеченія изъ протоколовъ засѣданій Совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обзорѣнью коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учреждений при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обзорѣнія преподаванія, распредѣленія лекцій, актовъ отчетъ и проч.

IV. **Приложенія**: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературныя съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованные.

Ученныя Записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 15 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями 6 руб., съ пересылкою 7 руб. Отдѣльныя книжки можно получать въ редакціи по 1 руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ПОДЪ ГЛАВНОЙ РЕДАКЦІЕЙ

ЗАСЛУЖЕННАГО ПРОФЕССОРА, АКАДЕМИКА

В. В. ПАШУТИНА.

ПЕЧАТАЕТСЯ:

ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.

Вышло 9 выпусковъ. Программа изданія, условія подписки и пробный листъ высылаются бесплатно. Адресоваться къ редактору-издателю д-ру *Б. А. Оксу*, (С.-Петербургъ, Забалканскій пр., 34).

По подпискѣ 25% уступки.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

„ВРАЧЪ“,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигиены и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, будетъ выходить и въ будущемъ 1896 году подъ тою же редакцію и по той же программѣ, какъ и въ истекающемъ году.

Статьи (въ заказныхъ письмахъ) высылаются на имя редактора Вячеслава Авкентьевича Манассеина (Петербургъ, Симбирская, д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургѣ, 9 р.; за полгода 4 р. 50 к.; за 3 мѣсяца 2 р. 25 к. Подписка принимается у издательницы—Ольги Александровны Риккеръ (Петербургъ, Невскій, 14). Къ ней же исключительно слѣдуетъ обращаться и по всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ вообще (относительно высылки гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ №№ и т. д.)

1—(3)

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ НА 1896 ГОДЪ.

ЖУРНАЛЪ
РУССКАГО ОБЩЕСТВА
ОХРАНЕНИЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ.

ШЕСТОЙ ГОДЪ ИЗДАНИЯ.

Одобрень Ученымъ Комитетомъ Министерства Народнаго Просвѣщенія для фундаментальныхъ библиотекъ среднихъ учебныхъ заведеній, какъ мужскихъ, такъ и женскихъ.

„Журналъ“ выходитъ ежемѣсячно книжками, въ размѣрѣ отъ 5 до 7 печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

I. Самостоятельныя статьи и научныя сообщенія.—II. Отчеты о засѣданіяхъ отдѣловъ и секцій Общества: 1-й—біологической, 2-й—статистической, эпидемиологической и медицинской географіи, 3-й—общественной и частной гигиены, 4-й—гигиены дѣтскаго и школьнаго возрастовъ, 5-й—бальнеологіи и климатологіи.—III. Научныя корреспонденціи.—IV. Рефераты о главнѣйшихъ работахъ изъ русской и иностранной литературы по біологіи, статистикѣ, эпидемиологіи, гигиенѣ, бальнеологіи и климатологіи.—V. Критика и библиографія.—VI. Хроника.—VII. Частныя объявленія и публікаціи.—VIII. Приложенія.

Подписная цѣна въ годъ 4 руб., съ доставкою и пересылкою.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: въ С.-Петербургѣ: въ конторѣ редакціи—Разъѣзжая ул., д. 5, кв. 2, и въ книжныхъ магазинахъ: Риккера, Карбасникова, Петрова, Ярошевской, Сойкина и др.

Желающіе получить «ЖУРНАЛЪ» наложеннымъ платежемъ, могутъ извѣстить о томъ редакцію простымъ письмомъ, съ точнымъ обозначеніемъ своего адреса. Плата за объявленія—за одинъ разъ: за страницу 10 руб., за $\frac{1}{2}$ страницы 5 руб., за $\frac{1}{3}$ страницы 4 руб.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается объявленіе или отзывъ.

Экземпляры за 1891, 1892, 1893, 1894 и 1895 года по 3 руб. съ пересылкою.

1—(3)

Редакторъ А. А. Липскій.