

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

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

и

Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОВОПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ

ТОМЪ IX.

Іюль и Августъ 1895.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1895.

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

ЮЛЬ и АВГУСТЪ 1895, №№ 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Къ вопросу о кровотеченіи въ полость дермоида
яичника при маточной беременности, симулирую-
щемъ разрывъ плодовмѣстилища при внѣматочной
беременности.

Прив.-доцента А. А. Муратова.

Опухоли яичниковъ вообще и дермоиды въ частности не
особенно рѣдко осложняютъ нормальную беременность, причиняя
послѣдней большія или меньшія неудобства.

Всѣ опухоли яичниковъ, за исключеніемъ дермоидныхъ,
отличаясь относительно большими размѣрами, говоря вообще
и за исключеніемъ очень объемистыхъ опухолей, менѣе мѣшаютъ
развитію беременности и особенно теченію родовъ, такъ какъ
эти опухоли имѣютъ склонность расти вверхъ въ брюшную
полость, удаляясь, такимъ образомъ, изъ полости малаго таза.

Другое дѣло дермоиды яичниковъ. Дермоидныя опухоли,
хотя по объему малы, но онѣ селятся близъ тазоваго дна и,
при сравнительно небольшой вмѣстимости малаго таза, произво-
дятъ разнообразныя разстройства ¹⁾ въ органахъ, помѣщающихся
въ маломъ тазу. Неблагопріятное вліяніе дермоидовъ яичниковъ
въ мѣстѣ ихъ поселенія увеличивается еще болѣе тѣмъ обстоя-

¹⁾ *Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien, 1886.*

тельствомъ, что эти опухоли производятъ вокругъ себя раздраженіе, что въ свою очередь влечетъ различные воспалительные процессы въ прилегающей брюшинѣ, ведущіе къ разнообразнымъ сращениямъ и т. д.

Само собою разумѣется, что сосѣдство новообразованія близъ беременной матки не можетъ оставаться безразличнымъ на теченіе беременности или родовъ. Въ литературѣ существуетъ много указаній на тѣ неудобства, которыя производятъ дермоиды, осложняя собою родовой актъ. Иногда въ этихъ случаяхъ дѣло обходится болѣе счастливо — подъ вліяніемъ родовыхъ силъ дермоидная опухоль, черезъ толщу подлежащихъ тканей, выпячивается въ просвѣтъ прямой кишки и отсюда выталкивается черезъ sphincter ani наружу, такъ что подаетъ поводъ къ производству, такъ называемой, оваріотоміи per rectum. Изъ авторовъ, приводящихъ подобную казуистику, я укажу здѣсь на случаи *Алексенко* ²⁾ и *Gelstrom'a* ³⁾.

Но съ другой стороны и самые роды нерѣдко вліяютъ неблагопріятно на состояніе дермоидныхъ опухолей. Вслѣдствіе травматическихъ моментовъ можетъ произойти ущемленіе новообразованія между костными стѣнками малаго таза и проходящимъ черезъ послѣдній плодомъ. Если ущемленіе продолжается долго, то какъ слѣдствіе этого появляется воспаленіе, нагноеніе, ихорозное распаденіе и т. п.

Иногда встрѣчаются случаи, когда безъ какихъ либо рѣзкихъ травматическихъ вліяній со стороны беременной матки, при томъ въ первое время беременности, какъ въ существѣ самаго дермоиднаго новообразованія ⁴⁾ яичника, такъ и вокругъ его развиваются различныя патологическія состоянія, возникновеніе которыхъ не всегда поддается легко объясненію. Кромѣ того, если больную мы видимъ въ первый разъ, то истинное положеніе дѣла настолько затемняется, что распознаваніе болѣзни становится не только въ высокой степени затруднительнымъ, но подчасъ даже невозможнымъ. Какъ примѣръ затруднительности діагноза при подобныхъ условіяхъ, я упомяну здѣсь о

²⁾ Журн. Акуш. и Женск. болѣзней, 1889 г.

³⁾ Centralbl. f. Gynäk., 1889.

⁴⁾ H. Fritsch. Die Krankheiten der Frauen. 1889.

случаѣ *Jaussol*'я ⁵⁾, въ которомъ авторъ принялъ дермоидную кисту лѣваго яичника за *haematocoele retrouterina* и даже нѣкоторое время подозрѣвалъ беременность. Хотя послѣднее предположеніе скоро было оставлено, но дермоидная опухоль лѣваго яичника діагносцировалась только послѣ смерти больной на произведенной аутопсіи.

Одинъ изъ подобныхъ случаевъ недавно мнѣ встрѣтился и, въ виду интереса этого случая, я привожу его здѣсь.

Исторія болѣзни больной, о которой идетъ рѣчь, состоитъ въ слѣдующемъ:

Больная О. А. Б., 30 лѣтъ отъ роду, жена ветеринарнаго врача, православная, занимается домашнимъ хозяйствомъ. Больная родилась въ деревнѣ Рязанской губ., постоянно живетъ въ гор. Александровѣ, Владимірской губ. Условія жизни удовлетвори-тельныя.

На сколько припомнитъ больная, въ дѣтствѣ она не перенесла никакихъ особенныхъ болѣзней. Первые менструаціи появились у нея 15 лѣтъ, но о характерѣ ихъ больная ничего не можетъ сказать, она помнитъ только, что мѣсячныя были безболѣзненны.

Б. вышла замужъ 25 лѣтъ, имѣла 3 нормальныхъ родовъ, изъ коихъ первые роды были къ году послѣ замужества, а третьи—2 года тому назадъ. Всѣхъ дѣтей Б. выкормила сама. За исключеніемъ періода кормленія, когда регулы появлялись только иногда и то въ скудномъ количествѣ, въ остальное время послѣ замужества, больная менструировала правильно—черезъ 4 недѣльные промежутки, по 4 сутокъ, не обильно и безболѣзненно. Вообще больная отмѣчаетъ, что послѣ замужества она чувствовала себя хорошо.

Послѣдніе регулы у больной окончились 1/1 95 и съ этого времени она стала считать себя беременной, такъ какъ кромѣ отсутствія регулъ появились еще тошнота и рвота.

Въ среду 15/II текущаго года, утромъ во время умыванія, больная сразу почувствовала себя дурно: появилась нестерпимая боль въ поясницѣ и въ правомъ паху; эти явленія вскорѣ смѣнились обморочнымъ состояніемъ. Сколько времени больная находилась въ такомъ состояніи, она сама не знаетъ, но какъ окружающіе ей говорили—она долго не могла придти въ себя и опомнилась только болѣе чѣмъ черезъ $\frac{1}{2}$ часа. Непосредственно за этимъ припадкомъ, судя по разсказу мужа больной, съ ней сдѣлалось возбужденное состояніе, выражавшееся вставаніемъ съ постели, беспорядочнымъ хожденіемъ по комнатѣ, наконецъ къ вечеру того же дня больная отправилась въ церковь. Но въ церкви боли

⁵⁾ *Jaussol*. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche simulant une haematocèle retroutérine ou une pelvi-péritonite ancienne. (Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 10/x 87).

настолько усилились, что больную принуждены были привести въ экипажѣ домой. На другой день (16/II) больная почувствовала себя сносно, а въ послѣдующіе дни настолько оправилась, что въ воскресенье (20/II), чувствуя себя порядочно, она рѣшилась поѣхать изъ дому за 8 верстъ, куда и доѣхала сносно; но на обратномъ пути снова поднялись сильныя боли, тошнота и рвота, такъ что больная не могла доѣхать домой, а принуждена была на полдорогѣ остаться у знакомыхъ.

На слѣдующій день (21/II) схваткообразныя боли въ животѣ очень значительно усилились. Мѣстные врачи діагностировали вѣтматочную беременность съ вѣроятнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ.

24/II. Больная была доставлена ко мнѣ въ лечебницу, при чемъ вслѣдствіе болей и слабости больная была перевезена и внесена въ палату въ горизонтальномъ положеніи. Осмотръ больной, по ея поступленіи въ лечебницу, совмѣстно съ доставившимъ больную многоуважаемымъ товарищемъ *К. И. Зальца*, далъ мнѣ слѣдующее:

Больная жалуется на сильныя боли во всемъ животѣ, но особенно въ нижней его части, боли схваткообразнаго характера—частые, болѣзненные позывы къ мочеиспусканію, съ выдѣленіемъ незначительнаго количества мочи и такіе же позывы къ испражненію на низъ, сопровождающіеся запоромъ въ теченіи 4—5 послѣднихъ сутокъ. Кромѣ того больная жалуется на лихорадочное состояніе, общую слабость, бессонницу, отсутствіе аппетита, тошноту и жажду.

Объективное изслѣдованіе. Больная средняго роста, слабого тѣлосложенія, на видъ очень истощена и анемична. Животъ представляется вздутымъ, болѣзненнымъ, но особенно болѣзненна лѣвая половина низа живота, такъ что осторожное дотрогиваніе пальцемъ до поверхности живота въ этомъ мѣстѣ вызываетъ сильныя боли и поэтому болѣе или менѣе подробное ощупываніе живота невозможно. Однако не смотря на крайнюю болѣзненность въ лѣвой подвздошной области прощупывается уругая опухоль, верхняя граница которой достигаетъ до уровня пупка. Переессия живота также очень болѣзненна. При осмотрѣ *genitalia*—наружныя половыя органы представляются значительно гиперемированными.

Осторожное комбинированное гинекологическое изслѣдованіе показало, что матка немного увеличена, отдалена къ лонному соединенію, болѣзненна при дотрогиваніи, маточная шейка мягковата. Въ очень тѣсномъ соединеніи съ маткою, сзади и влѣво отъ послѣдней, при комбинированномъ изслѣдованіи прощупывается уруго-эластическая, крайне болѣзненная опухоль. Сверхъ того, при комбинированномъ,—точно также какъ и при одномъ наружномъ—изслѣдованіи можно было убѣдиться, что верхняя граница опухоли доходитъ до пупка. Засимъ при изслѣдованіи *per vaginam*—лѣво-задній влагалищный сводъ оказывается значительно низдавленнымъ и очень болѣзненнымъ, равно въ этомъ же сводѣ прощупывается пульсация маточной артеріи.

Ощупываніе опухоли *per rectum* также крайне болѣзненно для больной и задній сегментъ опухоли очень значительно вдается въ просвѣтъ прямой кишки, такъ что передняя и задняя стѣнки прямой кишки соприкасаются между собою.

Грудныя железы у больной вообще очень плохо развиты, но околососковые кружки пигментированы, монгомеровы железы увеличены. *Linea alba* также пигментирована.

Въ органахъ груди, за исключеніемъ анемичныхъ сердечныхъ шумовъ, ничего ненормальнаго не найдено. Со стороны мочевыхъ органовъ отмѣчается незначительное количество мочи, но послѣдняя бѣлка и сахара не содержитъ.

Вотъ все, что дало крайне затруднительное, вслѣдствіе большой болѣзненности, первое изслѣдованіе больной; но не смотря на всю неполноту его, общая картина болѣзненныхъ явленій заставляла болѣе всего думать въ данномъ случаѣ о наличии вѣматочной беременности съ разрывомъ плодовмѣстища, внутреннемъ кровотеченіи съ послѣдовательнымъ развитіемъ частичнаго перитонита.

Больной было назначено обычное въ этихъ случаяхъ лѣченіе—покойное горизонтальное положеніе туловища съ низколежащей головой, ледъ на низъ живота, *paracotica* и вино внутрь.

Черезъ сутки (25/II) очень трусливая больная успокоилась настолько, что ее можно было изслѣдовать болѣе подробно, хотя результатъ второго изслѣдованія больной нисколько не позволилъ измѣнить первично сдѣланнаго заключенія относительно діагноза болѣзни. Оно прибавило только къ первоначальнымъ даннымъ то, что по топографическимъ отношеніямъ этотъ случай вѣматочной беременности болѣе всего подходилъ подъ видъ лѣвосторонней трубной беременности. t^0 тѣла 37,5—38,2°; пульсъ слабый, учащенный до 120—126 въ минуту, дыханій 26—28.

Терапія оставлена безъ измѣненій. Въ слѣдующіе затѣмъ дни боли нѣсколько успокоились, хотя сохраняли схваткообразный характеръ. Объективныя явленія тѣже.

2/III. Боли значительно менѣе, но больная жалуется на невозможность испражняться на низъ и затрудненное мочеиспусканіе.

Послѣ этого, начиная съ 3 и по 9/III включительно, болевые ощущенія мало по малу ослабѣвали въ своей силѣ, хотя затрудненіе мочеиспусканія все-таки продолжалось. Со стороны объективныхъ явленій можно было отмѣтить еще большее опущеніе задняго влагалищнаго свода, продолженіе субфебрильнаго состоянія и увеличивающееся истощеніе больной.

Такъ дѣло тянулось и далѣе. 14/III, въ виду настоятельности оперативнаго вмѣшательства, больной, какъ и въ предшествовавшіе дни, нѣсколько разъ предлагалась операція, но больная упорно не соглашалась.

Съ 18/III истощеніе больной еще болѣе стало увеличиваться, а параллельно съ этимъ снова значительно усиливалось затрудненное мочеиспусканіе и испражненіе на низъ. Такъ дѣло продол-

жалось до 23/III, когда болѣзненные ощущенія достигли до своего асте и больная согласилась на операцію. Такъ какъ опухоль лежала очень близко къ входу влагалища, а равно въ виду сращения опухоли съ дугласомъ и предполагавшагося гнойнаго содержимаго ея, рѣшено было въ данномъ случаѣ произвести не чревосѣченіе, а кольпотомію, что и было выполнено мною 24/III.

Исслѣдованіе genitalia, произведенное подъ наркозомъ непосредственно передъ производствомъ операціи показало: матка оттѣснена къ лобку, антефлектирована, нормальной консистенціи, увеличена до объема $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсячной беременности, въ маточной шейкѣ особенной пастозности не замѣчается. Затѣмъ положеніе, консистенція опухоли и ея отношенія къ маткѣ и другимъ сосѣднимъ частямъ остаются тѣ же, какъ было отмѣчено прежде. Стѣнки входа влагалища, самаго влагалища и маточной шейки сильно гиперемированы.

Послѣ того какъ влагалище было основательно дезинфицировано растворомъ сулемы, я ввелъ во влагалище переднюю симсовскую ложку и оттянулъ имъ переднюю стѣнку влагалища вверхъ; за симъ на зыблющемся и наиболѣе истонченномъ мѣстѣ задней стѣнки влагалища, отступя на 1 сант. отъ маточной шейки, осторожно вколочъ скальпель и расширилъ рану послойно поперечнымъ разрѣзомъ, параллельнымъ поперечному размѣру таза, такъ что длина разрѣза простиралась на 4 сант. Послѣ вскрытія опухоли на губы раны были наложены шелковые швы, которые шли такимъ образомъ, что игла вкалывалась со стороны полости опухоли и выкалывалась во влагалищѣ; затѣмъ лигатура завязывалась и временно оставалась съ неотрѣзанными концами. За симъ черезъ проведенный разрѣзъ я проникъ въ полость опухоли, которая оказалась наполненною грязновато-кровянистою жидкостью и болѣе или менѣе твердыми комками, казавшимися на ощупь кровяными сгустками, отчасти лежавшими свободно, а отчасти приставшими къ стѣнкамъ внутренней поверхности опухоли; кромѣ того, палецъ, введенный въ полость опухоли, ощупывалъ кусочки неправильной формы, съ острыми краями, какъ-бы отломки кости, которые были отчасти окутаны какой-то мягкой саловидной массой; такой салоподобной массы вышло, кромѣ того, очень много изъ вскрытой полости, при опорожненіи послѣдней пальцемъ.

Вскрытая полость была опорожнена отъ ея содержимаго, насколько это представлялось возможнымъ, промыта 1⁰/₀ растворомъ лизола и затампонирована 10⁰/₀ іодоформной марлей, а равно этой же марлей было затампонировано и влагалище. Такъ какъ при опорожненіи опухоли появилось довольно значительное кровотечение изъ полости, что еще болѣе могло ослабить и безъ того истощенную больную, то вслѣдствіе этого пришлось воздержаться отъ удаленія всѣхъ комочковъ, приставшихъ къ стѣнкамъ полости, и ограничиться, какъ сказано, только возможнымъ.

Непосредственно послѣ операціи больная представлялась очень слабою съ почти нитевиднымъ пульсомъ, но въ довольно возбуж-

денномъ состояніи. Вечеромъ незначительная хлороформная рвота, пульсъ около 120, t^0 37,4°.

25/III. Самочувствіе оперированной удовлетворительное, учащенные позывы на низъ и на мочеиспусканіе почти исчезли, но оперированная чувствуетъ небольшія боли въ животѣ, пульсъ около 100, t^0 37,7—37,9°.

26/III. Самочувствіе тоже; появилось истеченіе грязновато-кровянистой жидкости черезъ марлевый тампонъ. Пульсъ—100; t^0 37,2—37,1°. Извлеченъ марлевый влагалищный тампонъ, а также вынута марля и изъ вскрытой полости, которая была промыта растворомъ сулемы (1:3000).

Въ послѣдующіе дни самочувствіе оперированной установилось вполне удовлетворительнымъ, пульсъ отъ 60—90, t^0 колебалась въ границахъ 36,8—37,6°. Появился аппетитъ. Такъ дѣло тянулось до 30/III. Утромъ этого дня выдѣленія изъ дермоида приняли совершенно грязный видъ съ зловоннымъ запахомъ.

При промываніи полости растворомъ сулемы изъ нея снова вышло довольно много салоподобной массы, кусочки организованной ткани и свѣжіе кровяные сгустки. Послѣ промыванія въ полость дермоида введена полоса іодоформной марли. Затѣмъ, въ слѣдующіе дни обильное выдѣленіе изъ полости дермоида приняло густой гнойный характеръ съ незначительной примѣсью крови и безъ всякаго запаха; сама полость замѣтно сократилась, такъ что верхняя граница ея $1/4$ стояла только на 2 поперечныхъ пальца выше лоннаго сочлененія. вмѣстѣ съ пониженіемъ верхней границы опухоли, начали рельефнѣе обозначаться контуры матки, дно которой теперь наоборотъ начало подниматься какъ-бы вверхъ; кромѣ того матка отодвинулась отъ лобковаго сочлененія по направленію къ проводной оси малаго таза.

3/IV. Верхній сегментъ дермоида едва прощупывается на уровнѣ верхняго края лобка, межъ тѣмъ дно матки остается *in statu quo*. t^0 установилась нормальной, общее самочувствіе оперированной хорошее, она замѣтно быстро поправляется. Выдѣленія изъ полости вскрытаго дермоида идутъ въ самомъ ничтожномъ количествѣ и онѣ состоятъ изъ густаго, доброкачественнаго гноя.

Исслѣдованіе половыхъ органовъ у больной, произведенное 11/IV, окончательно убѣдило меня въ наличности нормальной беременности у нашей больной. Матка совершенно освободившись отъ давленія, производимаго прежде дермоидомъ, приняла видъ обыкновенной беременной матки—срока, приблизительно, 3-мѣсячной беременности, сохраняя свое небольшое, антефлексированное положеніе, маточная шейка сдѣлалась болѣе мягкой, тѣстоватой. Изъ грудныхъ сосковъ выдѣляется по каплѣ бѣловатой жидкости.

Оперированная, чувствуя себя вполне удовлетворительно 15/IV встала съ постели, не жалуясь ни на какія боли и 17 числа начала выходить изъ лѣчебницы.

21/IV. Оперированная выписалась изъ лѣчебницы. Исслѣдованіе Б., произведенное въ день выѣзда ея изъ лечебницы пока-

зало слѣдующее. Б. чувствуетъ себя совершенно здоровою, ни на какія боли не жалуется. На видъ она замѣтно поправилась, немного пополнила. Пульсъ 74—76, t^0 36,8°. Животъ не болѣзненъ и уступчивъ при ощупываніи.

Genitalia: матка немного антефлексирована, увеличилась со времени послѣдняго изслѣдованія, нисколько не болѣзненна и по величинѣ достигаетъ до объема, приблизительно, 4-мѣсячной беременности. Маточная шейка теперь типично пастозна. Въ заднемъ сводѣ позади матки прощупывается валикъ, идущій по направленію, параллельномъ поперечному размѣру малаго таза; позади этого валика, изслѣдующій палецъ осязаетъ углубленіе, остатокъ отверстія, идущаго въ полость дермоида. При комбинированномъ изслѣдованіи черезъ задній сводъ прощупывается лежащая совершенно свободно отъ матки, опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, — остатокъ самаго дермоида. При изслѣдованіи черезъ влагалищное зеркало въ заднемъ сводѣ виднѣется отверстіе, проходимое для толстаго маточнаго зонда; изъ этого отверстія вытекаетъ нѣсколько капель густаго, желтоватаго гноя.

Оперированная отпущена домой съ совѣтомъ производить ежедневно однократное влагалищное спринцеваніе въ 27° изъ $\frac{1}{2}\%$ воднаго раствора лизола и съ просьбой показаться черезъ мѣсяцъ.

Б. пріѣхала ко мнѣ 25 прошлаго мая мѣсяца и сообщила мнѣ, что съ 16/у она начала чувствовать движенія плода и ни на что болѣзненное не можетъ пожаловаться.

Объективное изслѣдованіе Б., произведенное мною въ этотъ день показало: Б. очень поправилась, пополнила, на лицѣ появился румянецъ.

При гинекологическомъ изслѣдованіи—величина матки найдена, соответствующей сроку около V-мѣсячной беременности. Отъ дермоида осталось безболѣзненное уплотненіе съ малой лѣсной орѣхъ; влагалищное отверстіе, ведущее въ полость дермоида совершенно закрылось.

Послѣдній разъ я видѣлъ беременную Б. 15 прошлаго іюля и нашелъ ее въ цвѣтущемъ состояніи, величина матки соответствуетъ сроку $6\frac{1}{2}$ —7 мѣсячной беременности и въ заднемъ влагалищномъ сводѣ я могъ прощупать только рубецъ, оставшійся отъ разрѣза.

Анатомопатологическое изслѣдованіе извлеченныхъ мною при операциіи у Б. частицъ, произведено обязательно проф. И. О. Клейномъ, который и сообщилъ мнѣ по поводу этого слѣдующее.

Разсмотрѣніе частицъ, извлеченныхъ у Б. *per colpotomiam*, подтверждаетъ предположеніе о присутствіи дермоида (въ Дугласовомъ пространствѣ).

Во 1-хъ, косточка подходит по своей оригинальной формѣ къ тѣмъ своеобразнымъ косточкамъ, какія обыкновенно наблюдаются въ стѣнкахъ дермоидовъ.

Во 2-хъ, среди частицъ находятся мелкіе желтоватые комочки, очень мягкой консистенціи, состоящіе изъ скученныхъ эпите-

ліальнихъ клітокъ (подвергшихся ороговѣнію) и жира—въ видѣ капелекъ и крупинокъ.

Въ 3-хъ, среди тѣхъ же частицъ нашлась небольшая бѣловатая, какъ бы хрящеватая, слоистая пластинка, состоящая исключительно только изъ тѣсно сплоченнаго, вполне ороговѣвшаго эпителія (какъ бы изъ роговой массы).

Въ 4-хъ, наконецъ—строеніе темнокрасныхъ, плотныхъ пленокъ говорить за дермоидъ. Онѣ состоятъ изъ—а) волокнистой, соединительной ткани, изобилующей лейкоцитами, содержащей въ себѣ и гладкія мышечныя волокна и инфильтрованной красными кровяными тѣльцами (*infiltratio haemorrhagica*) и б) полуороговѣвшаго эпителія, который въ видѣ ясно отграниченнаго слоя покрываетъ одну изъ поверхностей пленокъ. Ни въ одномъ изъ присланныхъ кусочковъ не оказалось ни децидуальной ткани, ни ворсинокъ. Этотъ отрицательный результатъ тоже говорилъ бы въ пользу дермоида, если бы не было только что произведенныхъ положительныхъ указаній.

Все частицы вообще пропитаны кровянымъ пигментомъ и инфильтрованы кровью. Очевидно, что въ данномъ случаѣ дермоидъ осложненъ геморрагіею, и весьма вѣроятно, что у Б. эта геморрагія произвела отслоеніе части стѣнки дермоида отъ окружающихъ частей (*haemorrhagia dissecans*).

Какъ видно изъ только что приведенной исторіи болѣзни, все клиническіе болѣзненные симптомы не только въ первое время наблюденія надъ больной, но даже и вплоть до самаго производства операціи говорили за то, что мы имѣемъ въ данномъ случаѣ внѣматочную беременность. Дѣйствительно, у этой больной имѣлись на лицо признаки, присущіе раннимъ стадіямъ беременности вообще.

Анамнестическія данныя, свидѣтельствующія о томъ, что съ больной, считавшей себя беременной, внезапно сдѣлалась дурнота, схваткообразныя боли внизу живота, появилась общая слабость и значительная болѣзненность во всемъ животѣ; при томъ эти болѣзненные симптомы появились повторно и довели больную до значительнаго истощенія силъ. Засимъ, результаты объективнаго изслѣдованія больной показали: положеніе, а также состояніе матки, видъ и отчасти консистенція маточной шейки, опухоль, находящаяся по сосѣдству съ маткою, сзади ея и отдавившая матку къ лонному соединенію, пульсація маточныхъ артерій, очень значительная слабость больной, доведшая больную до такого состоянія, что она не могла вставать съ постели. Коротко, анамнестическія данныя, а равно и результаты объективнаго изслѣдованія больной,—все это болѣе всего говорило

за наличность въ данномъ случаѣ внѣматочной беременности; при томъ картина болѣзненныхъ явленій рисовалась такъ. За 9—10 дней до поступленія больной ко мнѣ въ лѣчебницу, у внѣматочно-беременной женщины отъ тѣхъ или иныхъ причинъ произошелъ разрывъ плодомѣстилица съ послѣдовательнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ, засимъ — частичнымъ перитонитомъ, наконецъ, нагноеніемъ въ плодомѣстилицѣ и реактивнымъ воспаленіемъ вокругъ плодомѣстилица. Последнее повлекло за собою спаяніе плоднаго мѣшка съ дугласомъ и низдавливаніе задневлгалищнаго свода.

Картина болѣзни представлялась настолько характерною для внѣматочной беременности, что, что-либо другое казалось и трудно было предположить. Изъ діагностическихъ приѣмовъ не былъ примѣненъ мною только одинъ, именно, пробное выскабливаніе внутренней поверхности матки; но прежде всего, здѣсь-то именно этотъ приѣмъ не далъ бы ничего доказательнаго, а затѣмъ нужно сказать, что хорошо, что этотъ методъ не былъ примѣненъ въ описываемомъ случаѣ. Я уже ничего не говорю о томъ рискѣ, который соединенъ съ выскабливаніемъ внутренней поверхности матки при нормальной беременности и при совмѣстномъ существованіи воспалительныхъ явленій вокругъ беременной матки.

Нормальная беременность у моей больной настолько маскировалась, что даже при производствѣ самой кольпотоміи, когда стало ясно, даже при макроскопическомъ осмотрѣ, что въ данномъ случаѣ исключается внѣматочная беременность, а имѣется только дермоидная опухоль яичника, я говорю даже и тогда, за маточную беременность почти не говорило ничто. Правда, матка казалась нѣсколько больше своей обычной величины и маточная шейка была мягковата; но величина матки во всякомъ случаѣ не соотвѣтствовала сроку предполагавшейся беременности и, конечно, никоимъ образомъ не говорила противъ внѣматочной беременности. Объемъ матки, а также и контуры ея еще болѣе затемнялись вслѣдствіе близкаго сосѣдства съ нею большой дермоидной опухоли яичника. И, только, какъ видно изъ исторіи болѣзни, по истеченіи нѣкотораго времени, по мѣрѣ уменьшенія дермоида и прогрес-

сирующаго развитія матки, можно было убѣдиться въ существованіи нормальной маточной беременности.

При разборѣ подлежащей исторіи болѣзни напрашиваются два вопроса не лишенные интереса: 1) нельзя-ли было обойтись въ данномъ случаѣ безъ оперативнаго вмѣшательства и 2) какой оперативный путь предпочтительнѣе показанъ въ описываемомъ случаѣ—чревосѣченіе или кольпотомія.

Что касается до перваго вопроса, то онъ рѣшается очень легко. Даже въ томъ случаѣ, если-бы въ полости дермоида не происходило никакихъ воспалительныхъ или нагноительныхъ процессовъ, то и тогда при значительной величинѣ дермоида,—низкомъ положеніи его въ полости малаго таза,—такомъ разстройствѣ, какъ въ нашемъ случаѣ, отравленіи органовъ, лежащихъ въ полости малаго таза, то и тогда, повторяю, оперативное пособіе было настоятельно показано. Иначе, дермоидъ въ такомъ положеніи, или поведетъ къ преждевременному прекращенію беременности, или создастъ своимъ присутствіемъ очень серьезныя затрудненія при срочныхъ родахъ.

Такъ стоитъ дѣло при относительно, позволяю себѣ сказать, невинномъ состояніи дермоиднаго новообразованія яичника. Если-же, какъ было въ нашемъ случаѣ, въ полости дермоида произошло внутреннее кровотеченіе съ послѣдовательнымъ предполагавшимся нагноительнымъ процессомъ, то производство операціи является еще болѣе настоятельнымъ.

Теперь относительно оперативнаго пути; само собою понятно, что идеальнымъ методомъ здѣсь былъ-бы — полное удаленіе какого-бы то ни было новообразованія. Но припоминая затруднительность распознаванія, низкое положеніе опухоли, значительно низдавившей задній влагалищный сводъ и раздвинувшей ректовагинальное пространство, спаяннѣе опухоли съ дугласомъ, истонченіе части сегмента опухоли, вдававшегося въ просвѣтъ влагалища,—едва-ли въ такомъ случаѣ можетъ быть колебаніе относительно выбора пути для достиженія опухоли. Производя кольпотомію при только что сказанныхъ условіяхъ, мы имѣемъ возможность оперировать экстраперитонеально, слѣдовательно обезпечиваемъ брюшину отъ вхожденія въ нее различныхъ вредоносныхъ началъ изъ полости опухоли, чего конечно едва-ли возможно избѣжать при указанныхъ

обстоятельствахъ, пролагая путь къ опухоли черезъ брюшные покровы.

И такъ послѣдній методъ неудобенъ потому, что разрушая прочныя сращения опухоли съ брюшиною и брюшными внутренностями, рискуетъ въ каждый моментъ операціи прорвать стѣнки опухоли и сдѣлать доступъ содержимому ея въ полость брюшины, слѣдовательно загрязнить операціонное поле, чѣмъ безъ сомнѣнія мы ухудшаемъ результатъ операціи.

Я неговорю ничего уже объ обширности травматизма, долгаго раскрытія брюшной полости и тому подобныхъ дурныхъ вліяній, сопряженныхъ со всякой болѣе или менѣе долго продолжающейся лапаротоміей.

При просмотрѣ цитированной исторіи болѣзни нельзя не коснуться еще одного пункта,—это вопроса о правѣ оперативнаго вмѣшательства по сосѣдству съ маткой при беременномъ состояніи послѣдней и о вліяніи оперативныхъ приемовъ на дальнѣйшее теченіе беременности.

Вопросъ этотъ достаточно старый и рѣшеніе его подвергалось различнымъ версіямъ. Въ настоящее время большинство современныхъ гинекологовъ рѣшаютъ его въ положительномъ смыслѣ, напр. *К. Шредеръ* ⁶⁾, *М. Runge* ⁷⁾, *И. П. Лазаревичъ* ⁸⁾ и др. Притомъ совѣтуютъ оперировать не только по сосѣдству съ беременной маткой, но даже при нѣкоторыхъ настоятельныхъ условіяхъ показуется удаленіе опухолей, исходящихъ изъ самой ткани беременной матки. Что касается до овариальныхъ опухолей, то въ этомъ отношеніи, между прочимъ, мы имѣемъ за послѣднее время въ отечественной литературѣ статистическую работу д-ра *Гордона* ⁹⁾, который на основаніи статистическихъ свѣдѣній приходитъ къ такимъ заключеніямъ:

1) Яичниковыя опухоли въ большинствѣ случаевъ быстро растутъ во время беременности.

⁶⁾ *К. Шредеръ*.—Учебникъ акушерства, пер. подъ редакціей *Г. Е. Рейна*.

⁷⁾ *М. Runge*.—Lehrbuch der Geburtshülfe.

⁸⁾ *И. П. Лазаревичъ*.—Курсъ акушерства, 2-е изд. Спб., 1892 г.

⁹⁾ *Гордонъ Л.*—Къ вопросу объ овариотоміи при беременности, дисс. Спб., 1894 года.

2) Существуют данныя, говорящія въ пользу возможности перехода доброкачественныхъ опухолей яичниковъ у беременныхъ въ злокачественныя.

3) Совмѣстное существованіе опухоли яичника и беременности нерѣдко подвергаетъ больную многочисленнымъ и тяжелымъ осложненіямъ.

4) $\frac{0}{100}$ смертности матерей и прерыванія беременности при этомъ осложненіи весьма значителенъ.

5) Изъ всѣхъ способовъ лѣченія опухолей яичниковъ во время беременности наилучшіе результаты, какъ для матери, такъ и для плода даетъ овариотомія.

6) Лучше оперировать немедленно, если только діагнозъ кисты, осложненной беременностью, установленъ съ положительностью.

7) Чѣмъ больше сращеній представляетъ данная опухоль съ окружающими частями, тѣмъ меньше шансовъ на дальнѣйшее теченіе беременности.

8) Овариотомія, произведенная въ первые мѣсяцы беременности, даетъ наилучшіе результаты какъ по отношенію къ матери, такъ и по отношенію къ плоду.

9) Къ этой операціи слѣдуетъ также прибѣгать и въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности, ибо и въ этихъ случаяхъ она даетъ утѣшительные результаты.

Въ заключеніе я позволяю себѣ добавить, что представляемый мною случай интересенъ еще въ томъ отношеніи, что онъ до нѣкоторой степени демонстрируетъ еще разъ, какъ реагируетъ беременная матка на различные вредные моменты, имѣющіе мѣсто въ близкомъ сосѣдствѣ отъ нея.

Въ самомъ дѣлѣ, сравнительно долго продолжающееся воспаленіе вблизи матки, нагноеніе въ близкомъ сосѣдствѣ отъ нея, кольпитомія съ послѣдовательнымъ опорожненіемъ нагноившейся полости дермоида и повторныя, многократныя промыванія гнойной полости, соединенныя съ тампонированіемъ послѣдней, нисколько не повліяли на теченіе маточной беременности.

II.

Первичный плоско-эпителиальный ракъ (канкроидъ) полости тѣла матки.

А. П. Заболотскаго.

(Изъ Акушерско-Гинекологической клиники проф. К. О. Славянскаго).

Литературныя данныя о нахожденіи плоскаго эпителія въ полости тѣла матки весьма скудны и ограничиваются лишь немногими статьями, трактующими объ атипическомъ расположеніи плоскаго эпителія или при воспалительныхъ процессахъ матки, или же при ракахъ тѣла матки.

Къ числу работъ, занимающихся вопросомъ о нахожденіи плоскаго эпителія при воспалительныхъ процессахъ тѣла матки нужно отнести работу *Zeller*'а, появившуюся въ 1884 году.

Въ числѣ же работъ, трактующихъ о плоскомъ эпителиальномъ ракѣ тѣла матки, имѣемъ сообщенія *Piering*'а и *Gebhardt*'а.

Zeller въ работѣ своей «(*Plattenepithel im Uterus (Psoriasis uterina)*)», *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1884, Band XI, Heft I) сообщаетъ, что онъ, изслѣдовавши въ 63 случаяхъ слизистую оболочку полости матки при хроническихъ эндометритахъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: мелко-клеточковая инфильтрація въ межжелезистой ткани, расширение утрикулярныхъ железъ, высланныхъ однослойнымъ, частью цилиндрическимъ, частью кубическимъ эпителиемъ; въ просвѣтахъ же железъ и, главнымъ образомъ, у выхода ихъ, находится масса клетокъ переходныхъ ступеней, рѣже—сплюснутыя и небольшія эпите-

лиальные клѣтки. На самой слизистой оболочкѣ, по мѣстамъ, можно опредѣлить только однослойный цилиндрическій эпителий, въ другихъ же мѣстахъ она покрыта толстымъ слоемъ переходныхъ клѣтокъ, верхній слой которыхъ составляетъ очень толкій слой ясно выраженнаго плоскаго эпителия или же слои цилиндрическихъ и плоскихъ клѣтокъ, примыкають непосредственно къ слою переходныхъ клѣтокъ. Подобныхъ же сортовъ клѣтки встрѣчались и при изслѣдованіи влагалищной части тѣхъ же матокъ, а равно и секреторной жидкости, добытой помощью шприца *Braun's* и канюли *Küstner's*.

Въ четырехъ случаяхъ *endometritis fungosa*, кромѣ мелко-клѣтчатой инфильтраціи, расширенія железъ и увеличенія многочисленныхъ сосудовъ, наблюдалось сильное образованіе плоскаго эпителия. Въ пяти случаяхъ изъ всѣхъ изслѣдованныхъ эндометритовъ, рядомъ съ массовымъ образованіемъ плоскаго эпителия, наблюдалось несомнѣнное ороговѣніе поверхностныхъ слоевъ плоскаго эпителия, а также отслойка большихъ пленокъ изъ ороговѣвшихъ клѣтокъ, которыя, микрохимически, послѣ прибавленія алкогольнаго раствора пикриновой кислоты, давали типическую желтую окраску, а послѣ прибавленія раствора калия, обнаруживали большое набухшее круглое ядро. Достойно вниманія въ нѣкоторыхъ срѣзахъ наступившая послѣ обработки пикрокарминомъ елеидоновая реакція *Ranvier*—рѣзкое выступаніе, частью въ клѣткахъ, частью же между ними, яркоокрашенныхъ каплевидныхъ образований, располагающихся непосредственно подъ безъядернымъ слоемъ эпителия.

Подобные же результаты получались и на препаратахъ слизистой оболочки, взятой изъ трупа. Объясненіе появленія плоскаго эпителия авторъ выводитъ изъ сравненія аналогичныхъ явленій на другихъ частяхъ тѣла, какъ то: появленіе его на такихъ мѣстахъ, гдѣ нормально плоскій эпителий не можетъ находиться—на голосовыхъ связкахъ послѣ усиленной работы ихъ, на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала—ссылаясь на работы *Hofmeier's*, *Küstner's*, *Veit's* и т. д.

Такимъ образомъ, по *Zeller's*у, выходитъ, что при воспалительныхъ процессахъ, поражающихъ слизистую оболочку полости тѣла матки микроскопически, рядомъ съ сохранившимся

цилиндрическимъ эпителиемъ, встрѣчаются клѣтки переходныхъ формъ и наконецъ типичный плоскій эпителий съ наклономъ или уже съ ясно выраженнымъ процессомъ ороговѣнія. Но превращается-ли цилиндрический эпителий въ плоскій или же плоскій эпителий появляется на такомъ атипичномъ для него мѣстѣ, какимъ-либо инымъ способомъ, *Zeller* не объясняетъ.

Указанія *Zeller*'а, находившаго плоскія эпителиальныя клѣтки и разныя переходныя формы отъ цилиндрической къ плоской, при различныхъ видахъ эндометритовъ, какъ-бы говорятъ за частоту появленія плоскаго эпителия при эндометритахъ. Фактъ весьма важный, такъ какъ если допустить вѣрность этихъ наблюденій, то вопросъ о развитіи плоско-эпителиальныхъ раковъ рѣшался-бы очень просто, ибо извѣстно, что плоскій эпителиальный ракъ развивается лишь изъ плоскаго. Невольно приходится задаться вопросомъ, какимъ это образомъ посчастливилось *Zeller*'у, изслѣдовавшему лишь 66 случаевъ хроническихъ эндометритовъ, найти чуть-ли не въ половинѣ случаевъ плоскій эпителий, между тѣмъ какъ никакихъ указаній, сходныхъ съ *Zeller*'омъ въ литературѣ не встрѣчается и при ежегодныхъ микроскопическихъ изслѣдованіяхъ богатаго матеріала въ клиникѣ проф. К. Θ. Славянскаго, послѣ выскабливаній больной слизистой оболочки полости тѣла матки, ничего подобнаго результатамъ *Zeller*'а констатировать не удалось.

Piering въ статьѣ своей «*Über einen Fall von atypischer Carcinombildung im Uterus*», (*Zeitschrift für Heilkunde*, Band VIII, 1887, pag. 335) сообщаетъ, что въ днѣ матки, длина которой была 6,3 ctm., находились опухоли, изъ которыхъ лишь одна была величиною въ куриное яйцо, остальные же болѣе мелкія, выступавшія въ полость тѣла матки. *Piering* заявляетъ, что даже для невооруженнаго глаза опухоль представлялась эпидермоидальнымъ ракомъ. На задней губѣ *portionis vaginalis uteri* одновременно съ этими опухолями въ полости тѣла матки, наблюдались нѣсколько узловъ, величиною съ горошину, тѣхъ-же свойствъ.

Кромѣ того, слизистая оболочка тѣла матки на нѣсколькихъ мѣстахъ представлялась эпидермоидальной. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило макроскопическое, такъ какъ вся

слизистая оболочка тѣла матки была выстлана наслоеннымъ плоскимъ эпителиемъ.

По *Piering*'у—это первый наблюдавшійся случай первичнаго плоскаго эпителиальнаго рака полости тѣла матки, замѣчательный еще по ороговѣнію клѣтокъ плоскаго эпителія въ центрѣ скопленія этихъ клѣтокъ.

Авторъ признаетъ свой случай за первичный плоскій эпителиальный ракъ слизистой оболочки тѣла матки, но, судя по его описанію, признать данный случай за первичный ракъ едва-ли возможно, ибо на задней губѣ влагалищной части, выстланной, какъ извѣстно, плоскимъ эпителиемъ, наблюдались узлы тѣхъ-же свойствъ, что и въ тѣлѣ матки; слѣдовательно, процессъ могъ распространиться на слизистую оболочку матки съ влагалищной части ея и дать тѣ опухоли, которыя *Piering* считаетъ за плоскій эпителиальный ракъ.

Gebhard C. («*Über die von oberflächenepithel ausgehenden Carcinomformen d. Uteruskörpers so wie ü. d. Honkrebs d. Cavum Uteri*». Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XXIV, pag. 1—8) описываетъ микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ послѣ выскабливанія слизистой оболочки тѣла матки съ діагностической цѣлью. Препараты эти состояли изъ соединительнотканной стромы, въ петляхъ которой замѣчался детритъ (распадъ), въ видѣ мелкозернистой массы, кровь и много круглыхъ клѣтокъ. Железы сильно извиты и расширены, отдѣлены другъ отъ друга кругами соединительной ткани; онѣ выстланы высокимъ палисадообразнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Начиная съ поверхности въ глубь, по мѣстамъ, вдаются широкіе, большіе отпрыски, состоящіе изъ плоскаго эпителія разнообразной формы. Ороговѣнія въ плоскомъ эпителии не замѣчалось. Авторъ установилъ діагнозъ рака, идущаго съ поверхности полости тѣла матки, но не рѣшилъ, первичный-ли это процессъ, или вторичный—метастазъ.

Приводимый авторомъ второй случай, наблюдавшійся въ женской клиникѣ въ Берлинѣ, признается имъ за несомнѣнный первичный плоскій эпителиальный ракъ. Женщина, 66 лѣтъ, рожала 4 раза, 1 разъ выкинула, 51 года перестала менструировать, 30 лѣтъ уже страдаетъ выпаденіемъ влагалища и 12 лѣтъ бѣлями. Послѣ употребленія въ іюлѣ 1891 года ирригаціоннаго

наконечника отъ дочери, страдавшей гонорройнымъ сальпингитомъ, вскрывшимся во влагалище, у этой женщины появился гонорройный кольпитъ, а въ августѣ того-же года — кровотеченія изъ матки. Сдѣлано было выскабливаніе слизистой оболочки матки и, на основаніи изслѣдованія выскабленныхъ кусковъ, поставленъ діагнозъ плоскаго эпителиальнаго рака съ жемчужинами. Вырѣзанная матка была увеличена, особенно въ области тѣла, стѣнки утолщены до 2 см., внутренняя поверхность тѣла матки изъедена, покрыта бѣлыми крошкообразными сухими массами, проникающими на 1 см. въ толщу стѣнокъ. Въ области внутренняго зѣва стенозъ, вслѣдствіе чего образовалась еще *pyometra*. Слизистая оболочка всего цервикальнаго канала безъ всякихъ измѣненій. Длина всей полости матки 7 см.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ясная картина роговаго рака: въ небольшомъ количествѣ соединительной ткани лежатъ скопленія разнообразныхъ плоско-эпителиальныхъ клѣтокъ, образующія какъ-бы различной формы отпрыски. Особенно важно нахожденіе въ альвеолахъ жемчужинъ, лежащихъ большею частью въ центрѣ эпителиальныхъ отпрысковъ. Жемчужины имѣютъ концентрически-слоистое строеніе на подобіе луковицъ и хорошо окрашиваются въ желтый цвѣтъ пикрокарминомъ. Строма, отдѣляющая раковыя альвеолы, состоитъ изъ волоконъ соединительной ткани съ очагами мелко-клѣточной инфильтраціи. Отъ мускулатуры матки новообразование отдѣлено слоемъ инфильтрованной мелкими элементами ткани.

Отъ поверхностнаго эпителія полости матки не осталось и слѣда, почему *Gebhardt* и объясняетъ этотъ гетеротопическій случай такимъ образомъ, что уже раньше существовала эпидермоизація внутренней поверхности полости матки, изъ которой и образовался потомъ канкроидъ, поведшій затѣмъ къ изъязвленію.

Этими немногими литературными указаніями и ограничивается пока все, что извѣстно въ литературѣ о плоскомъ эпителиальномъ ракѣ полости тѣла матки.

Послѣ этихъ немногихъ литературныхъ данныхъ, переходимъ къ описанію нашего случая.

Въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику проф. К. О. Славянского поступила, 15 ноября 1893 года, больная Марфа Н—ва, (Врачебн. журн. № 681), съ жалобами на длительныя регулы, боли внизу живота и очень обильныя водянистыя бѣли.

Опросъ больной выяснилъ слѣдующее: больная, крестьянка Тверской губерніи, дѣвица. 36 лѣтъ, живетъ въ С.-Петербургѣ съ 1873 года, прислугой. Первые крови открылись у нея на 14 году жизни, съ болями въ теченіи первыхъ сутокъ. Крови сразу установились правильно, приходили всегда черезъ 28 дней и держались обычно по 7 сутокъ. Крови всегда бывали обильными. Половую жизнь больная начала на 23 году и въ первый разъ благополучно родила живого доношеннаго ребенка на 25 году жизни, т. е. на третій годъ замужества. Роды, такимъ образомъ, были 11 лѣтъ назадъ. Послѣ родовъ боли при регулахъ прекратились. Года полтора назадъ у больной появилось обильное (сгустками) кровотеченіе, которое длилось около года. Послѣ остановки кровотеченія появились обильныя водянистыя бѣли, которыя поздыѣе слѣлались болѣе густыми и окрашенными въ желтоватый цвѣтъ. Одновременно съ бѣлями внизу живота стали являться, по временамъ, ноющія боли, сонъ и аппетитъ стали плохи, часто стали повторяться головокруженія и даже обмороки. Кишечникъ сталъ работать неправильно, запоры смѣнялись поносами. Достойно вниманія еще одно обстоятельство: кровотеченія, по словамъ больной, всегда бывали у нея по ночамъ и крайне рѣдко днемъ.

Больная блондинка, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, съ правильно развитымъ скелетомъ, питаніе плохое, мышцы слабо выражены, подкожный жировой слой отсутствуетъ, лице старческое, желтовато-сѣраго цвѣта, морщинистое. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Однимъ словомъ, общій видъ больной кахектической, она представляется гораздо старше своихъ лѣтъ.

Языкъ у больной чистый, кожа сухая, блѣдная, температура нормальная, пульсъ отъ 60—75 ударовъ въ минуту, дыханіе отъ 17—20 въ минуту. Грудныя железы правильно развиты, но отвислы и вялы. Дыханіе всюду чистое, везикулярное. Сердце и сосуды, кромѣ легкихъ анемическихъ шумовъ, ничего неправильнаго не представляютъ. Въ животѣ никакихъ уклоненій отъ нормы не подмѣчено, толщина стѣнокъ небольшая, только пальпація въ нижней части его обнаруживаетъ болѣзненность по срединной линіи. Наружныя половыя органы представляются въ слѣдующемъ видѣ: большія и малыя срамныя губы правильно развиты, на промежности небольшою зарубцевавшійся разрывъ; при раздвиганіи малыхъ губъ въ расширенномъ отверстіи мочеиспускательнаго канала виднѣется разросшаяся и какъ бы вывернутая наружу слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала, — *eversio mucosae urethrae*, — темно-краснаго цвѣта. Задняя стѣнка вагины немного выпадаетъ. Рукавъ никакихъ особенностей не представляетъ, кромѣ сравнительной гладкости стѣнокъ. Влагалищная часть матки увеличена, плотна и сплюснута съ боковъ, передняя и задняя губы раздѣлены глубокими боковыми разрывами, передняя губа прощупывается въ видѣ довольно плотнаго бугра. Палецъ проникаетъ въ каналъ шейки до внутренняго зѣва. Тѣло матки прощупывается въ переднемъ сводѣ, уголъ наклоненія тупой; весь органъ

значительно увеличенъ, мягче нормальнаго, чувствителенъ при давленіи, подвижность полная во всѣхъ направленіяхъ. Въ сводахъ ничего ненормальнаго не замѣчено.

При изслѣдованіи ложкообразными зеркалами обнаружено: легкая эрозія на задней губѣ, изъ канала шейки сочится кровянистая жидкость, довольно глубокіе разрывы шейки съ боковъ, указанная выше сплюсненность шейки съ боковъ и передняя губа въ видѣ круглаго бугра. Изслѣдованіе полости матки металлическимъ зондомъ обнаружило шероховатость на переднеправой стѣнкѣ, причемъ длина полости оказалась въ $10\frac{1}{2}$ сантиметровъ. Изслѣдованіе зондомъ вызвало кровотеченіе, почему больной было назначено: Pulv. secal. cognut. по gr. V три раза въ день и горячіе 1% креолиновые души въ 40° , по двѣ кружки утромъ и вечеромъ. Въ виду появившагося поноса больной назначено Ol. Ricini 3s и затѣмъ Magisterium Bismuthi gr. V cum Extr. Belladonnae $\frac{1}{4}$ gr., по 3 порошка въ день. Поносъ прекратился на 4 сутки, но легкое кровотеченіе по ночамъ и обильныя водянисто-кровянистыя бѣли днемъ продолжались, почему рѣшено было сдѣлать выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, которое и произведено мною 30 ноября, послѣ тщательнаго обмыванія 2% растворомъ карболовой водой съ мыломъ наружныхъ половыхъ органовъ, рукава и сводовъ. Матка была растянута расширителями Hegar'a до № 9, промыта, при помощи Fritsch-Boseman'овскаго катетера, 1% растворомъ креолина и послѣ того выскоблена острой ложкой Simon'a, при чемъ съ переднеправой стѣнки полости тѣла матки соскоблено нѣсколько кусочковъ ткани. Послѣ новаго промыванія полость затампонирована полоской 30% іодоформенной марли и въ рукавъ заложены 2 сулемово іодоформенные тампона.

2/xii при удаленіи тампоновъ и марли чувствовался гнилостный запахъ и при промываніи полости выливалась мутноватая вода съ кровянистой окраской. Въ виду этого больной были назначены сулемовые души. Выскабливаніе и послѣдующая тампонада марлей остановили кровотеченіе, но обильныя водянистыя бѣли съжилками крови продолжались еще около двухъ недѣль, когда сдѣлались чисто водянистыми. 17/xii къ вечеру пошли крови и держались трое сутокъ, послѣ чего опять явились сукровичныя бѣли въ большомъ количествѣ. Примѣнявшаяся терапія состояла изъ горячихъ душей въ 40° и изъ Extr. fluid. Hydrastis canad., по 25 капель, 3—4 раза въ день.

23/xii новое зондированіе полости матки констатировало шероховатость на большомъ пространствѣ. Послѣ промывки 1% креолиномъ съ 3% карболовой кислоты полость снова затампонирована полоской іодоформенной марли и положены тампоны въ рукавъ. Не смотря на тампонаду, на другой день замѣчено просачиваніе крови черезъ тампоны, которые тѣмъ не менѣе были оставлены еще на сутки и удалены только 25/xii. Въ виду продолжавшагося, хотя и слабого, кровотечения сдѣланъ 1% креолиновый душъ въ 42° , послѣ чего кровотеченіе прекратилось, но обильныя кровянистыя бѣли продолжались до 1/i 94 г., когда онѣ снова стали водянистыми. 7/i снова появились кровянистыя бѣли, почему 8/i полость матки при помощи банника смазана 10% растворомъ карболовой кислоты, съ цѣлю прижиганія. Къ вечеру 9^{го} поднялась до $38,4^{\circ}$, явились боли въ животѣ и спинѣ, почему назначенъ

былъ ледъ на животъ и наркотическія свѣчи *per rectum*. На слѣдующій день вечерняя температура стояла на 38,7°, но самочувствіе больной было порядочное и пульсъ наблюдался полный и правильный, до 90. На третьи сутки температура упала до нормы. Моча за эти дни была лихорадочная, темнокрасная; суточное количество ея равнялось 1300 куб. сантиметровъ. Обильная по количеству моча темнокраснаго цвѣта указывала только на лихорадочное состояніе, но не на отравленіе карболовой кислотой.

Прижиганіе слизистой оболочки не дало того эффекта, прекращенія кровоточивости и бѣлей, ради котораго оно предпринималось, крови смѣнились обильными бѣлями, бѣли—кровями, и больная слабѣла съ каждымъ днемъ. Бѣли бывали настолько обильными, что рубаху и простыни, буквально, хотъ выжми.

Кусочки ткани, удаленные изъ полости матки при выскабливаніи, послѣ соотвѣтствующей обработки ихъ, были изслѣдованы подъ микроскопомъ и дали картины, весьма похожія на плоскій эпителиальный ракъ (канкроидъ). Препараты эти были демонстрированы въ засѣданіи Акушерско-Гинекологическаго Общества, 22 сентября 1894 года. (Журн. Акуш. и Жен. болѣз., ноябрь, 1894 г., прот. № 6, стр. 978).

Въ виду установки такого распознаванія и въ силу того, что процессъ, клинически злокачественный, казался локализованнымъ пока только въ маткѣ, такъ какъ она сохраняла полную подвижность и въ сводахъ никакихъ измѣненій не замѣчалось, рѣшено было произвести операцію полного удаленія матки или черезъ влагалище, или путемъ *coeliotomi*'и. По случайнымъ обстоятельствамъ операція была произведена только 17 февраля 1894 года.

Д-ръ А. И. Байковъ, производившій эту операцію, рѣшилъ сдѣлать ее черезъ рукавъ. Операція произведена имъ въ операціонномъ павильонѣ клиники подъ хлороформнымъ наркозомъ, длившемся 3 ч. 45 м. Хлороформа израсходовано 100 кубич. сантиметровъ. Операція начата и окончена по общепринятымъ правиламъ асептики и антисептики. Наружные половые органы и окружающія части были обстоятельно обмыты растворомъ сулемы 1:1000. Еще болѣе тщательно былъ вымытъ рукавъ и полость матки нѣсколько разъ была проспринцована, при помощи *Fritsch-Boseman*'овскаго катетера, тѣмъ же растворомъ, въ виду того, что выливавшаяся изъ матки промывная жидкость имѣла мутноватый видъ, а при первыхъ промываніяхъ и непріятный запахъ. Промываніе велось до исчезновенія запаха и до полного освѣтленія жидкости.

По окончаніи промывки, влагалищная часть была прошита и перевязана тремя лигатурами, ради охраненія раны отъ затека на нее отдѣленій изъ матки.

Послѣ всѣхъ этихъ приготовительныхъ манипуляцій сдѣланъ былъ полулунный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ и послѣдній отсепарованъ пальцемъ до брюшины, которая была вскрыта и края раны ея соединены швами съ краями влагалищной раны.

Вслѣдъ затѣмъ приступлено было къ разрѣзу и отсепаровкѣ передняго свода также до брюшины, которая тоже была вскрыта. Затѣмъ, какъ справа, такъ и слѣва, между пинцетами *Negar*'а, были перерѣзаны

неполна широкія маточныя связки, но матка по величинѣ своей, не опускалась и не опрокидывалась, не смотря на усиленное потягиваніе ея за влагалищную часть и за пулевые щипцы: которыми захвачена была передняя стѣнка матки выше внутренняго зѣва. Усиленное потягиваніе за щипцы только повело къ разрыву стѣнки на мѣстѣ захвата ея щипцами и излітію изъ разрыва вонючей жидкости на рану.

Въ виду неудачи удалить матку черезъ рукавъ, немедленно приступлено было къ чревосѣченію. Кожный разрѣзь отъ лобка до пупка, по бѣлой линіи, былъ сдѣланъ въ 30 сантиметровъ и по вскрытіи брюшины между пинцетами, со стороны брюшной полости, наложены были лигатуры на трубы и на неразрѣзанные остатки широкихъ связокъ, послѣ чего матка съ трудомъ была выведена черезъ половую щель. Вслѣдъ затѣмъ нѣкоторыя пинцеты были сняты, а взамѣнъ ихъ наложены шелковыя лигатуры. При снятіи пинцетовъ на правой сторонѣ изъ одного мѣста широкой связки открылось сильное кровотеченіе, которое заставило оставить остальные, болѣе глубоко лежащіе, пинцеты in situ на 24 часа.

Послѣ надлежащаго туалета, рана была зашита въ три этажа: брюшина—обвивнымъ, а апоневрозъ и кожа узловыми шелковыми швами. На брюшную рану наложена ватная съ пенькой повязка послѣ предварительной засыпки ея іодоформомъ, а рукавъ затампонированъ полоской 30% іодоформной марли, которою обвиты были и пинцеты, оставленные въ рукавѣ.

Послѣоперационное теченіе первые три дня не представляло никакихъ особенностей, температура держалась въ нормальныхъ границахъ, пульсъ около 100, но на третій день число дыханій поднялось до 46 и появились частые позывы мочиться, а на четвертый день температура вечеромъ достигла 37,8°.

При снятіи повязки на пятый день была замѣчена краснота около двухъ швовъ, а при давленіи здѣсь получалась болѣзненность; t° вечеромъ 36,5°, пульсъ 120, слабый, аритмичный, и дыханій 40. Повязка была совершенно суха.

На 7 день замѣченъ рѣзкій запахъ мочи, въ виду чего сдѣлано было промываніе мочевого пузыря 2% растворомъ теплой борной кислоты, и болѣзненность въ ранѣ, но повязка не снималась; t° вечеромъ 37,6°, пульсъ 100, дыханій 28.

На 8 день удалены рукавные швы, легко отошедшіе при потягиваніи ихъ и рукавъ промытъ сулемовымъ растворомъ 1:1000. Рукавная рана закрылась. Пузырь также былъ промытъ; t° вечеромъ поднялась до 38,6°, пульсъ 100, дыханій 24.

На 9 день удалены брюшные швы, большая часть раны при этомъ разошлась; изъ раны удалено большое количество гноя. Послѣ основательной очистки и промывки раны сулемовымъ растворомъ 1:1000 оказалось, что брюшина срослась на всемъ протяженіи. Наложена новая іодоформенная повязка.

t° вечеромъ 38,7°, пульсъ 96, дыханій 20. Съ этого дня брюшная рана, а равно рукавъ и мочевой пузырь ежедневно промывались.

На 10 день t° вечеромъ 38,7°, пульсъ 102, дыханій 25.

На 11 день t^0 вечеромъ 38,3°, пульсъ 100, дыханій 24. Всѣ предше-
ствовавшіе дни самочувствіе у больной было хорошее, а въ этотъ день
даже явился аппетитъ.

Съ 12 дня температура установилась на нормѣ и лишь на 15 день
снова поднялась безъ всякой видимой причины до 38,1°.

На 13 сутки на брюшную рану вторично наложены швы и ватная
повязка, съ обертываніемъ послѣдней липкимъ пластыремъ для укрѣп-
ленія. Въ нижнемъ углу раны заложенъ дренажъ изъ полоски іодоформ-
ной марли, которая въ послѣдующіе дни смѣнялась и рана промы-
валась.

На 22 сутки, т. е. на 8 сутки послѣ вторичнаго наложенія швовъ,
рана совершенно срослась, кромѣ мѣста, гдѣ закладывался дренажъ.
Въ виду отсутствія гноя, на слѣдующій день на дренажное отверстіе
наложены швы, обычная повязка съ забинтованіемъ липкимъ пласты-
ремъ и больной позволено ходить. Катартъ мочевого пузыря исчезъ.

На 10 сутки (24/III) и эти послѣдніе швы были сняты, рана пре-
красно зарубцевалась на всемъ протяженіи ровнымъ линейнымъ руб-
цемъ. Больная хорошо ходитъ, крѣпко спитъ и обладаетъ хорошимъ
аппетитомъ. Вообще, возстановленіе силъ идетъ довольно успѣшно,
больная говорлива и весела.

Больная оставалась въ клиникѣ, въ виду необходимости по выходѣ
поступить на мѣсто и, стало быть, нести тяжелую работу, до 7 мая.
За это время она иногда жаловалась на покалыванія въ рукавѣ и на
боли въ брюшномъ рубцѣ, но при осмотрахъ ничего ненормального
не замѣчалось, больная бодрѣ, значительно пополнила, цвѣтъ лица
сталъ болѣе свѣжимъ, ежедневно гуляетъ въ саду.

Больная въ концѣ сентября пришла въ клинику показаться, по
поводу болей, бывающихъ у нее по временамъ послѣ паденія, когда
она сильно ушибла животъ. Объективно, демонстрируя ее студентамъ
на амбулаторномъ приѣмѣ, ничего ненормального замѣчено не было.

Рубецъ гладкій, прочный и безболѣзненный. Рукавъ представляетъ
изъ себя неглубокій, безболѣзненный, глухой мѣшокъ, въ которомъ не
прощупывается никакой бугристости и ничего, привлекающаго на себя
вниманіе. Со стороны мочевого пузыря больная никакихъ жалобъ не
заявляла и все время до ушиба чувствовала себя хорошо и никакихъ
болей не испытывала.

Больная пополнила, видимо довольна своимъ здоровьемъ и желаетъ
вступить въ клинику сидѣлкой.

Удаленная матка оказалась длиною 13 см., шириною 8 и перед-
зад. 7 см. Серозный покровъ матки ничего особеннаго не представлялъ,
равно какъ и слизистая поверхность влагалищной части матки. На пе-
редней поверхности матки, на 1 см. выше внутренняго зѣва оказалась
довольно значительная рваная рана, происшедшая, какъ выше было
указано, отъ пулевыхъ щипцовъ, изъ которой выдѣлялась, при сжи-
маніи матки, вонючая жидкость.

Послѣ разрѣза матки, сдѣланнаго по передней стѣнкѣ на нѣкото-
ромъ разстояніи отъ разрыва, оказалось, что вся внутренняя поверх-

ность полости тѣла матки бѣловато-желтоватаго цвѣта, представляется изрытою и неровною, какъ-бы язвенною, особенно-же передняя стѣнка, которая представляется тоньше другихъ. Влагалищная часть матки, кромѣ нѣкотораго увеличенія и небольшой эрозиі вокругъ наружнаго зѣва, ни въ плотности, ни по виду ткани, ничего необычнаго не представляетъ. На разрѣзѣ, проходящемъ черезъ стѣнку влагалищной части, измѣненій также не замѣчено, но разрѣзъ стѣнки тѣла матки представляется мутновато-бѣловатымъ, опалесцирующимъ и какъ бы салнымъ. Толщина стѣнокъ неодинакова. Наибольшая толщина до $1\frac{1}{2}$ cm. въ днѣ и въ боковыхъ стѣнкахъ матки; задняя стѣнка уже нѣсколько тоньше, но самую тонкою представляется передняя стѣнка. Толщина ея уменьшается сверху внизъ и на высотѣ разрыва ровняется 3—4 mm.

Длина полости матки за время съ 15 ноября 1893 года до 17 февраля 1894 года съ $10\frac{1}{2}$ cm. увеличилась до $11\frac{1}{2}$ cm., т. е. на 1 cm.

Изъ разныхъ отдѣловъ матки были вырѣзаны, чрезъ всю толщю стѣнки, небольшіе куски, которые и были положены въ спиртъ для уплотненія.

Микроскопическіе препараты, взятые изъ этихъ кусковъ, послѣ надлежащей обработки ихъ (постепенное оплотнѣніе въ спиртѣ сперва въ 70° , а затѣмъ въ абсолютномъ, съ послѣдовательною окраскою квасцевымъ карминомъ или пикро-карминомъ), были тщательно изслѣдованы любезнымъ товарищемъ моимъ д-ромъ А. Ѳ. Брандтомъ, и дали слѣдующую картину.

При разсматриваніи срѣзовъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ влагалищной части пораженной матки, ясно различается слизистая оболочка и мышечные слои.

Какъ сами железы, такъ и ткань между железами въ нижнихъ отдѣлахъ влагалищной части, измѣненій не представляютъ. Но, приближаясь къ внутреннему зѣву цилиндрической эпителий, хотя и ясно выраженъ, но, тѣмъ не менѣе, представляетъ нѣкоторыя измѣненія, а именно, какъ поверхностный эпителий, выстилающій слизистую оболочку, такъ и эпителий, выстилающій просвѣтъ железъ, лишены своихъ рѣсничекъ, протоплазма сильно зерниста, такъ что въ нѣкоторыхъ клѣткахъ овальное ядро нѣсколько ступенчато. Кое гдѣ между отдѣльными железами встрѣчаются очаги очень мелкіе, состоящіе изъ круглыхъ, мелкихъ элементовъ, интенсивно окрашивающихся въ красный цвѣтъ отъ квасцово-го кармина. Эта мелкоклѣтчатая инфильтрація, чѣмъ ближе къ тѣлу матки, тѣмъ сильнѣе выражается. Но ни на одномъ изъ срѣзовъ, сдѣланныхъ изъ влагалищной части, не удалось замѣтить ни на поверхности, ни въ глубинѣ какихъ либо слѣдовъ пролифераціи эпителиальныхъ элементовъ. Та часть *port. vagin. uteri*, которая окружаетъ *orificium ext.* подъ микроскопомъ представляетъ картину поверхностной эрозиі, т. е. отъ наружнаго плоскаго эпителія не замѣтно никакихъ слѣдовъ—слущился, а напротивъ язвенная поверхность выстлана нѣжнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Подъэпителиальная ткань сильно инфильтрована круглыми элементами, располагающимися вдоль и въблизи расширенныхъ сосудовъ. Вотъ и всѣ измѣненія, которые удалось констатировать при микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ изъ всей влагалищной части матки.

На основаніи этихъ данныхъ имѣемъ изъясненіе влагалищной части и незначительное воспалительное состояніе слизистой оболочки *canalis cervicalis*.

Нѣчто совсѣмъ иное получается при изслѣдованіи срѣзовъ изъ тѣла матки. Въмѣсто слизистой оболочки тѣла матки видимъ цѣлыя наслоенія плоскаго эпителія самаго разнообразнаго вида. Чѣмъ ближе къ поверхностнымъ слоямъ бывшей слизистой оболочки, тѣмъ клѣтки плоскаго эпителія крупнѣе, по формѣ представляются то круглыми, то овальными, то многогранными. Эти клѣтки почти не воспринимаютъ окраски, протоплазма ихъ слегка зерниста, ядро большое, слегка окрашенное въ розовый цвѣтъ.

По мѣстамъ, среди пластовъ подобныхъ плоско-эпителіальнымъ элементамъ, замѣчаются различной величины круглыя или овальныя, какъ-бы слоистыя образованія, состоящія изъ пластинокъ, концентрически наслоенныхъ вокругъ большихъ, слабоокрашенныхъ безъядерныхъ клѣтокъ. Самые поверхностные слои клѣтокъ сливаются настолько между собою, что представляютъ какъ-бы одну безструктурную зернистую неокрашивающуюся массу, въ которой кое-гдѣ съ трудомъ можно отыскать границы бывшихъ клѣтокъ плоскаго эпителія. Элементовъ, характерныхъ для слизистой оболочки тѣла матки (железъ, аденоидной ткани), на подобныхъ препаратахъ не находимъ и слѣдовъ. Лишь въ срѣзахъ, взятыхъ въ области внутренняго зѣва среди только что описанныхъ пластовъ, встрѣчаются железы, частью сохранившія свою форму, частью-же измѣнившія среди разрастающихся массъ плоскаго эпителія. Эпителій въ подобныхъ железахъ представляется ясно цилиндрическимъ, выстилающимъ *tetrahedram protergam* железъ, безъ какой-либо наклонности проростать въ окружающую железъ ткань, т. е. безъ всякихъ слѣдовъ пролифераціи. Промежутки между сохранившимися железами выполнены фокусами мелкихъ круглыхъ элементовъ, распространяющимися и въ мышечные слои. По мѣстамъ имѣются большія кровоизліянія, частью съ сохранившимися форменными элементами крови, частью-же съ распавшимися въ мелко зернистую массу, невоспринимающую окраски. Какъ внимательно ни разсматривались эти срѣзы, взятые какъ разъ изъ мѣстъ матки, представляющихъ переходъ влагалищной части матки въ тѣло послѣдней, никакой связи между описанными микроскопическими измѣненіями въ той и другой части установить не удалось. Появленіе плоскаго эпителія какъ-бы начиналось надъ *origines int. uteri* и отсюда уже произошло какъ-бы распространеніе его вверхъ и въ стороны стѣнокъ тѣла матки.

Въ мышечные слои тѣла матки плоскій эпителій распространяется въ видѣ ходовъ неправильной формы, образующихъ по мѣстамъ боковые отростки, соединяющіеся съ таковыми-же сосѣднихъ ходовъ; получается, такимъ образомъ, какъ-бы сѣтъ эпителіальной ткани, вѣдренной въ мышечную основу. Эпителій, входящій въ составъ эпителіальныхъ ходовъ, повторяетъ строеніе эпителія, замѣниваго слизистую оболочку тѣла матки. Клѣтки по периферіи ходовъ, прилегающія непосредственно къ оставшейся ветронутой мышечной ткани, имѣютъ форму палисоднообразную и снабжены зернистою протоплазмою съ большимъ ядромъ. Болѣе вглубь ходовъ располагаются клѣтки довольно крупныя съ

шиповидными краями при посредствѣ которыхъ клѣтки соединены одна съ другой; остающіеся-же промежутки замѣнены прозрачнымъ межуточнымъ веществомъ. Подобныя измѣненія стѣнокъ матки особенно сильно выражены на срѣзахъ, взятыхъ изъ передней стѣнки дна матки. На такихъ срѣзахъ, не говоря уже о полномъ отсутствіи слизистой оболочки, и мышечной ткани такъ мало, что почти все поле микроскопа занято лишь одними элементами *плоскаго* эпителія.

Вотъ подробное описаніе микроскопическихъ препаратовъ, взятыхъ изъ разныхъ мѣстъ пораженной матки. Мы видимъ, что процессъ, развивающійся въ тѣлѣ матки, рѣзко ограничивается исключительно тѣломъ матки безъ какой-либо возможности поставить его въ связь съ влагалищною частью. Уже на основаніи подобной характерной микроскопической картины нужно допустить, что въ данномъ случаѣ имѣется сильное атипическое разрастаніе плоскаго эпителія, уничтожившаго слизистую оболочку и врастающаго въ видѣ отпрысковъ въ мышечные слои, частью уничтоживъ всю толщю стѣнокъ тѣла матки.

Подобное атипическое разрастаніе плоскаго эпителія на мѣстахъ, покрытыхъ *плоскимъ-же эпителиемъ*, носитъ названіе плоско-эпителіальнаго рака-канкроидъ и какъ одинъ изъ рѣдкихъ случаевъ плоско-эпителіальнаго рака, поразившаго органъ, нормально въ этомъ отдѣлѣ матки плоскаго эпителія не имѣющаго, представляетъ описываемый случай.

Какая же этиологія данного случая? Это вопросъ, рѣшеніе котораго крайне трудно. Ни одинъ изъ описанныхъ до нынѣ случаевъ первичнаго плоско-эпителіальнаго рака тѣла матки не далъ положительнаго отвѣта. Изъ приведенной нами литературы, частое нахожденіе *Zeller*'омъ при эндометритахъ плоскаго эпителія—мы въ расчетъ не беремъ, такъ какъ, какъ мы уже сказали, никто еще наблюденій *Zeller*'а не подтвердилъ, а между тѣмъ это фактъ первостатейной важности, ибо если бы было установлено, что при эндометритахъ появляется плоскій эпителій (опять-таки неизвѣстнымъ путемъ), то вопросъ о происхожденіи первичнаго плоскаго рака, рѣшался бы очень просто, такимъ образомъ, что плоскій эпителій при эндометритахъ началъ бы атипически развиваться и слѣдовательно ближайшей причиной былъ бы эндометритъ. Къ сожалѣнію ни одного

подобнаго примѣра мы не имѣемъ. Случай *Piering*'а также не доказателенъ, потому что отсутствуетъ микроскопическое изслѣдованіе влагалищной части матки, такъ, что возможно допустить, что такъ называемый первичный плоскій ракъ тѣла матки *Piering*'а, есть ничто иное какъ метастазъ съ влагалищной части, тѣмъ болѣе, что на задней губѣ влагалищной части имѣлась неизвѣстнаго характера язва.

Gebhardt этиологію своего случая ставитъ въ зависимость отъ эпидермоизаціи внутренней поверхности полости матки, изъ которой уже образовался потомъ канкроидъ полости тѣла матки. Но откуда явилась подобная эпидермоизація и какимъ образомъ появился плоскій эпителий на не показанномъ мѣстѣ, *Gebhardt* не говоритъ.

Что описанный нами случай есть несомнѣнно первичный плоско-эпителиальный ракъ тѣла матки, то это доказывается микроскопическимъ изслѣдованіемъ на протяженіи влагалищной части, не указавшей ни малѣйшей связи или перехода плоскаго эпителия съ влагалищной части на цервикальный каналъ и отсюда на тѣло матки.

Кромѣ того микроскопическое изслѣдованіе указываетъ также, что пораженіе ракомъ началось именно надъ *orig. int.*, т. е. уже въ самомъ тѣлѣ матки, гдѣ еще замѣтно присутствіе остатковъ слизистой оболочки тѣла матки и уже отсюда плоскій ракъ прогрессировалъ по направленію вверхъ—къ дну тѣла матки. Почему-же собственно развился плоско-эпителиальный ракъ, а не железистый, какъ того требовало-бы строеніе слизистой оболочки тѣла матки, выстланной железистымъ эпителиемъ, мы рѣшать не беремся, но полагаемъ, что *единственно подходящимъ объясненіемъ можетъ служить лишь теорія Conheim'a о заблудшихъ росткахъ.*

Если по этой теоріи, судя по опытамъ *Zahn'a*, *Leopold'a* и другихъ, эпителий, хрящи и другія ткани могутъ развиваться на непоказанныхъ мѣстахъ, то отчего-же не допустить, что и плоскій эпителий можетъ развиваться на мѣстѣ нахожденія цилиндрическаго и при условіи благопріятныхъ къ тому моментовъ для тѣла матки, каковыми могутъ служить, напр. хотя-бы тѣже эндометриты; кромѣ того, принимая теорію *Conheim'a*, не приходится прибѣгать къ такимъ натяжкамъ

при объясненіи развитія плоскаго рака въ тѣлѣ матки въ
родѣ того, что цилиндрической эпителий переформируется въ
плоскій и т. д.

III.

Саркоматозная опухоль праваго яичника, удаленная путемъ лапаротоміи въ гинекологическомъ отдѣленіи при Могилевскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи.

Д-ра Мед. С. Липинскаго.

(Директора Могилевского Родильнаго Института).

Точной статистики злокачественныхъ новообразованій яичниковъ пока, къ сожалѣнію, мы не имѣемъ. *Вирховъ*, напримѣръ, того мнѣнія, что онѣ довольно рѣдки. У *Шредера* на 600 случаевъ новообразованій яичниковъ насчитывается только 10 случаевъ злокачественныхъ, слѣдовательно нѣсколько больше 1%. *Wert* по отношенію къ кистамъ яичника опредѣляетъ частоту плотныхъ новообразованій въ 5%. *Spencer Wells* первоначально въ 1,72%, впослѣдствіи еще меньше 1,2%. *Leopold* ¹⁾, отъ болѣе отдаленнаго времени, насчитываетъ только 8 случаевъ злокачественныхъ новообразованій яичниковъ: 4 случая *Spencer Wells*'а, изъ нихъ два со смертельнымъ исходомъ, два случая *Spiegelberg*'а, оба со смертельнымъ исходомъ, одинъ случай *Buren*'а съ выздоровленіемъ и одинъ сельскаго врача, больная котораго умерла отъ колюпса, вскорѣ послѣ операціи. Если и допустить, что случаи злокачественныхъ новообразованій яичниковъ довольно рѣдки, то все таки, судя

¹⁾ Archiv f. Gynäkologie, B. VI, H. II, 1874, S. 189. Die soliden Eierstockgeschwülste.

по новѣйшимъ сообщеніямъ, нельзя утверждать, чтобы рѣдкость эта была бы въ такой мѣрѣ, въ какой ее оцѣниваютъ только что приведенные авторы болѣе отдаленнаго времени.

Въ виду сообщаемаго мною случая саркомы яичника, я поинтересовался литературою даннаго вопроса за послѣднее время и мнѣ удалось собрать порядочное все таки число случаевъ, главнымъ образомъ саркомъ яичниковъ съ нѣкоторыми указаніями на теченіе ихъ, оперативную помощь и исходы операцій.

Привожу ихъ въ хронологическомъ порядкѣ.

Beigel ²⁾ описываетъ случай *Baker-Brown*'а, который въ гинекологическомъ госпиталѣ въ Лондонѣ, въ 1868 г., удалилъ у 65 лѣтней старухи, при помощи оваріотоміи, круглоклѣточную саркому, величиною достигавшую до пупка.

У *Winckel*'а ³⁾ встрѣчаемъ два случая: въ первомъ у 19-ти лѣтней дѣвушки, при вскрытіи найдена саркома праваго яичника, величиною съ голову взрослого человѣка, вѣсомъ 3850 гр. Больная эта умерла отъ эмболии art. pulmonalis. Во второмъ, у 18-ти лѣтней дѣвушки была произведена оваріотомія съ благопріятнымъ исходомъ, но черезъ $\frac{1}{2}$ года больная умерла отъ истощенія, вслѣдствіе рецидива въ пупкѣ и большемъ сальникѣ.

Lucas ⁴⁾ приводитъ случай, въ которомъ онъ удалилъ при помощи оваріотоміи у 7 лѣтней дѣвочки саркому яичника, достигавшую на 1 палецъ выше пупка. Черезъ два года и 9 мѣсяцевъ, послѣ произведенной операціи, рецидива еще не наблюдалось.

У *Olshausen*'а ⁵⁾ три случая: два—въ маѣ 1876 г. и одинъ въ ноябрѣ того же года. Въ послѣднемъ наблюдался рецидивъ въ сальникѣ.

Lang ⁶⁾ въ своей диссертациіи цитируетъ два случая саркомы яичника. Они развивались въ теченіи 3—4 мѣсяцевъ и окончились смертію. Первый у 27-ми лѣтней нерожавшей,

²⁾ Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes.

³⁾ Die Pathologie der weiblichen Sexual-Organе in Lichtdruck-abbildungen, Leipzig, 1878.

⁴⁾ Gazette de Gynécologie, T. III, 1888, p. 283.

⁵⁾ Handbuch d. Frauenkrankheiten redigirt, v. *Bilroth*, Die krankheiten der Ovarien.

⁶⁾ Swei Fälle von Ovarialsarcom. Inaug. Disert. München, 1885.

второй—у 52-хъ лѣтней, тоже нерожавшей, при чемъ наблюдалась круглоклѣточная саркома праваго яичника.

Dr. *Baer* ⁷⁾ сдѣлалъ оваріотомію въ случаѣ саркомы лѣваго яичника у женщины 36 лѣтъ. Начало болѣзни относится къ 1885, когда появились сильныя боли въ животѣ съ увеличеніемъ лѣвой подвздошной области и которыя лѣчили первоначально какъ перитонитъ.

Monprofit ⁸⁾ въ анатомическомъ обществѣ, въ засѣданіи 21 октября 1887 г., сообщаетъ, что онъ нашелъ при вскрытіи у 50 лѣтней женщины, которая умерла черезъ нѣсколько часовъ по поступленіи въ клинику *Tillaux*, саркому яичника.

Въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ, въ засѣданіи 2-го декабря 1886 г., *Leopold* ⁹⁾ сообщилъ объ операціи саркомы яичника съ указаніемъ на многія сращенія и на короткую ножку.

Frank ¹⁰⁾, въ засѣданіи гинекологической секціи съѣзда нѣмецкихъ гинекологовъ въ Висбаденѣ, въ сентябрѣ 1887 г., показывалъ препаратъ внѣматочной беременности съ одновременнымъ саркоматознымъ перерожденіемъ обоихъ яичниковъ.

Wenning ¹¹⁾, въ Акушерскомъ Обществѣ гор. Цинцината, въ засѣданіи 12-го апрѣля и 21-го іюня 1888 г., сообщилъ случай значительной саркомы обоихъ яичниковъ и трубы у 17-ти лѣтней дѣвушки, сопровождавшійся асцитомъ. Больная умерла на 3-й день послѣ операціи.

Murphy ¹²⁾, въ засѣданіи Англійскаго Гинекологическаго Общества, 27-го іюня 1888 г., сообщилъ случай саркомы яичника у 16-ти лѣтней дѣвушки, которая выздоровѣла вслѣдъ за экстирпаціею опухоли, вѣсомъ въ 14^{1/2} фун.

Purcell ¹³⁾, тамъ-же показывалъ препаратъ саркомы яичника, удаленной у женщины 35 лѣтъ, которая имѣла 6 ч. дѣтей.

Случай *Price* ¹⁴⁾, веретенообразно-клѣточной саркомы яичника у 45-ти лѣтней, нерожавшей. Опухоль вѣсомъ 5 фун. Выздоровленіе вслѣдъ за лапоратоміею.

⁷⁾ Medical Times of Philadelphia. Novembre, 1886.

⁸⁾ Annales de Gynécologie, 1887.

⁹⁾ Annales de Gynécologie, 1887.

¹⁰⁾ Журналъ Акушерства, 1888 г.

¹¹⁾ Annales de Gynécologie, 1889.

¹²⁾ Nouvelles archives d'obst. etc., 1889.

¹³⁾ Ibid.

¹⁴⁾ Журналъ Акушерства, 1888.

Два случая *Engstrom*'а ¹⁵⁾, въ которыхъ была произведена овариотомія.

Sänger ¹⁶⁾, въ Акушерскомъ Обществѣ, демонстрировалъ fibro-sarcom у яичника, величиною въ дѣтскую голову.

Въ Вѣнскомъ Гинекологическомъ Обществѣ, въ засѣданіи 17-го апрѣля 1888 г., *Chrobak* ¹⁷⁾, демонстрировалъ двѣ опухоли яичника, именно кругло-кѣлочныя саркомы, претерпѣвшія жировое перерожденіе.

Netson ¹⁸⁾, въ Гинекологическомъ Обществѣ въ Чикаго, показывалъ саркому яичника съ перекручиваніемъ ножки. Больная умерла отъ перитонита раньше чѣмъ приступлено было къ операціи.

Rieder ¹⁹⁾ сообщаетъ случай кругло-кѣлочной саркомы въ обоихъ яичникахъ, а также въ груди и животѣ у 19-ти лѣтней дѣвушки, у которой былъ произведенъ *paracentesis* и выпущено $\frac{1}{2}$ литра кровянистой жидкости.

Weinlechner ²⁰⁾, въ Вѣнскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ демонстрировалъ саркоматозную опухоль обоихъ яичниковъ, которую онъ путемъ лапоротоміи удалилъ у 21 лѣтней, нерожавшей. Опухоли вѣсомъ: одна—700 gr. и другая—600 gr. Обѣ кругло-кѣлочныя и не имѣли сращенія.

Malins ²¹⁾ произвелъ овариотомію у 9 лѣтней дѣвочки при саркомѣ праваго яичника, вѣсомъ въ 1 фунтъ. Смерть послѣдовала послѣ операціи отъ упадка силъ.

Въ протоколахъ Виленскаго Медиц. Общества, 1890, № 7 находимъ случай д-ра *Юндзила*, который произвелъ лапоротомію при саркоматозномъ перерожденіи обоихъ яичниковъ (sarcoma fusocellulare), у 27 лѣтней крестьянской дѣвушки, съ полнымъ успѣхомъ, но съ относительнымъ выздоровленіемъ, потому что черезъ 2 недѣли у больной въ плевральномъ мѣшкѣ появился выпоть, который авторъ считаетъ какъ признакъ метастаза удаленной опухоли.

¹⁵⁾ Nouvelles archives d'obstet. et de Gynec., 1889.

¹⁶⁾ Centralblatt f. Gynäkologie, 1888 S. 430.

¹⁷⁾ Centralblatt f. Gynäkologie, 1889, S. 79.

¹⁸⁾ Centr. f. Gynäkologie, 1889, S. 82.

¹⁹⁾ Centr. f. Gynäkologie, 1889, S. 376.

²⁰⁾ ibd.

²¹⁾ The Lancet, 1890.

Саркома круглоклѣточная лѣваго яичника у 8 лѣтней дѣвочки—сообщеніе д-ра *Столыпинскаго* ²²⁾, изъ акушерской клиники проф. *Феноменова*, лапаротомія. Рецидивъ черезъ нѣсколько дней.

Въ диссертациі *P. Friedlandera* ²³⁾ мы находимъ случай саркомы праваго яичника, у 57 лѣтней, 13 разъ рожавшей, у которой смерть послѣдовала на 6 день послѣ операціи, вслѣдствіе слабости сердца. На брюшинѣ найдены тоже узлы веретенообразной саркомы. Ретроперитонеальныя и бронхіальныя железы оказались саркоматозно перерожденными, а также найдены узлы въ печени.

Popelin ²⁴⁾ въ Брюссельскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ демонстрировалъ препаратъ саркоматозно перерожденныхъ яичниковъ.

Проф. *Ott* въ засѣданіи Гинекологическаго Общества въ Петербургѣ, 12 марта 1892 года, демонстрировалъ саркому яичника.

Landau ²⁵⁾ въ Берлинскомъ Медицинскомъ Обществѣ, 14 іюля 1893 г., демонстрировалъ 7,5 kg. вѣсомъ, фибросаркому лѣваго яичника, твердую какъ камень, извлеченную у 18 лѣтней дѣвушки.

Maurice Bureau въ Парижскомъ Анатомическомъ Обществѣ, въ іюлѣ 1892 г., представилъ саркому яичника. Смерть послѣдовала внезапно на слѣдующій день послѣ прокола живота, вслѣдствіе легочной эмболии. Онъ думаетъ, что проколъ способствовалъ венозному свертку. Опухоль принадлежала правому яичнику, величиною въ голову. Другой яичникъ оказался здоровымъ.

Eustache et Duret сообщаютъ о саркомѣ обоихъ яичниковъ. Смерть въ этихъ случаяхъ послѣдовала на 31 день послѣ операціи, на 20 день послѣ операціи прощупывались уже узлы въ животѣ.

Guermontprez сообщаетъ о двухъ случаяхъ: 1) у женщины 25 лѣтъ, гдѣ рядомъ съ саркомой яичника имѣлись по сосѣдству саркоматозные узлы. Смерть наступила по истеченіи

²²⁾ Журналъ Акушерства, Т. IV, 1890, стр. 42.

²³⁾ Inaug. Dissert. München., 1891.

²⁴⁾ Centralblatt f. Gynäkologie, 1892.

²⁵⁾ Centralblatt f. Gynäkologie, 1893.

15 мѣсяцевъ. Второй у 40-лѣтней женщины съ асцитомъ, у которой операція произведена уже 3 года и нѣтъ рецидива.

*Jacobs'*а случай саркомы лѣваго яичника, у дѣвушки 18 лѣтъ, оперированной 14-го ноября 1892 г., при чемъ не найдено никакихъ сращеній, ножка же оказалась тоекратно перекрученною.

Fabris—саркома праваго яичника, опухоль величиною съ голову взрослого человѣка, круглоклѣточная овариотомія и выздоровленіе.

L. Pick изъ клиники *Landau*, описываетъ саркому яичника въ двухъ случаяхъ. Обѣ больныя вслѣдъ за операціею выздоровѣли.

На основаніи этихъ литературныхъ данныхъ, насколько это позволяетъ утверждать истинность этихъ сообщеній, мы можемъ все-таки прійти прежде всего къ заключенію, что саркомы яичника не такъ рѣдки какъ это допускали прежніе авторы; затѣмъ, что преобладающая форма саркомъ яичника—это круглоклѣточная. Рецидивы бываютъ всего чаще въ тѣхъ случаяхъ, когда мы имѣемъ уже метастазъ по сосѣдству и, наконецъ, надо полагать, что саркома всего чаще поражаетъ только одинъ яичникъ. Къ этимъ положеніямъ не мѣшаетъ прибавить еще заключенія *L. Pick*а, которые онъ вывелъ на основаніи 23 случаевъ собранныхъ имъ въ литературѣ съ 1886 г., а именно: 1) въ случаѣ двухсторонней саркомы предсказаніе хуже, при односторонней лучше; 2) двухстороннія саркомы преимущественно круглоклѣточные и въ такомъ случаѣ предсказаніе хуже, если же съ одной стороны, то предсказаніе лучше и не хуже чѣмъ при веретенообразноклѣточной; 3) въ юношескомъ возрастѣ саркомы яичника состоятъ преимущественно изъ круглыхъ клѣтокъ.

Перехожу теперь къ описанію моего случая.

Р. С. поступила въ Гинекологическое Отдѣленіе при Могилевскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, жалуюсь на постепенное, довольно значительное увеличеніе живота за послѣдніе нѣсколько мѣсяцевъ, (№ пріемнаго журнала 54).

Больная 28 лѣтъ отъ роду, еврейскаго вѣроисповѣданія, живетъ въ уѣздномъ городѣ Быховѣ, Могилевской губ. и занимается домашнимъ хозяйствомъ. Въ дѣтствѣ ни чѣмъ не болѣла. Первые мѣсячныя получила на 16 году, которыя повторялись каждый мѣсяцъ, въ среднемъ количествѣ по 4 дня и сопровождались легкою болью въ животѣ и

крестцѣ. Замужемъ 9 лѣтъ. Рожала 4 раза правильно въ срокъ и сама кормила. Послѣдніе роды были 2 года тому назадъ. Мѣсячныя появились послѣ родовъ черезъ 1 годъ и 10 мѣсяцевъ. Три съ половиною мѣсяца тому назадъ началось постепенное увеличеніе живота. Послѣднія регулы были 3 недѣли тому назадъ, такъ что послѣ послѣднихъ родовъ мѣсячныя были только два раза. Аппетитъ и сонъ хорошіе. Мочеотдѣленіе нѣсколько учащенное, стулъ ежедневно.

Больная средняго тѣлосложенія, довольно плохо упитанная, не рѣзко выраженная *facies ovarica*. Грудные органы нормальны. Въ полости живота прощупывается опухоль, нижняя граница которой достигаетъ на 3 пальца выше лобка, верхняя—на 1 палецъ выше пупка. Съ боковъ опухоль достигаетъ до *regio hypogastrica*, съ лѣвой стороны нѣсколько дальше нежели съ правой. Опухоль эта мало подвижна, консистенція ея неодинакова, но въ общемъ она довольно плотна. При выслушиваніи обнаруживается справа внизу шумъ раздувательнаго мѣха. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что матка не увеличена, опущена, нѣсколько приближена къ лонному соединенію. Консистенція ея нормальная. Слѣва прощупывается не увеличенный опущенный яичникъ. Черезъ передній и правый своды достигается при надавливаніи сверху извѣстный сегментъ опухоли, прощупываемой при наружномъ изслѣдованіи въ полости живота. *Черезъ задній сводъ влагалища прощупывается, вѣроятно, другой отдѣлъ опухоли, судя по болѣ хрящеватой консистенціи и тотъ же, вѣроятно, при изслѣдованіи черезъ прямую кишку.*

Судя по быстрому росту опухоли, что засвидѣтельствовано съ одной стороны показаніями больной, съ другой стороны—сообщеніями мѣстнаго врача, наблюдавшаго до того времени больную, слѣдовало заподозрить опухоль до извѣстной степени злокачественнаго характера. Такъ какъ матка и лѣвый яичникъ по своему не измѣненному состоянію исключались какъ исходная точка находимой опухоли, то слѣдовало думать, что опухоль исходитъ изъ праваго яичника, что она на длинной ножкѣ, потому что главный отдѣлъ ея не опускается въ тазовой входъ и что, по всей вѣроятности, имѣются сращенія, такъ какъ она мало подвижна какъ сверху внизъ, такъ и въ стороны.

Противъ внѣматочной беременности, предположенной мѣстнымъ врачомъ, наблюдавшимъ больную до того времени, говорило отсутствіе измѣненій въ маткѣ, отсутствіе сердцебіенія плода въ такомъ періодѣ предполагаемой беременности и наконецъ, правильные регулы съ появленіемъ жидкой крови и безъ обнаруженія отпадающей оболочки.

Противъ дермоидной кисты говорили быстрый ростъ опухоли и ея относительно значительная величина.

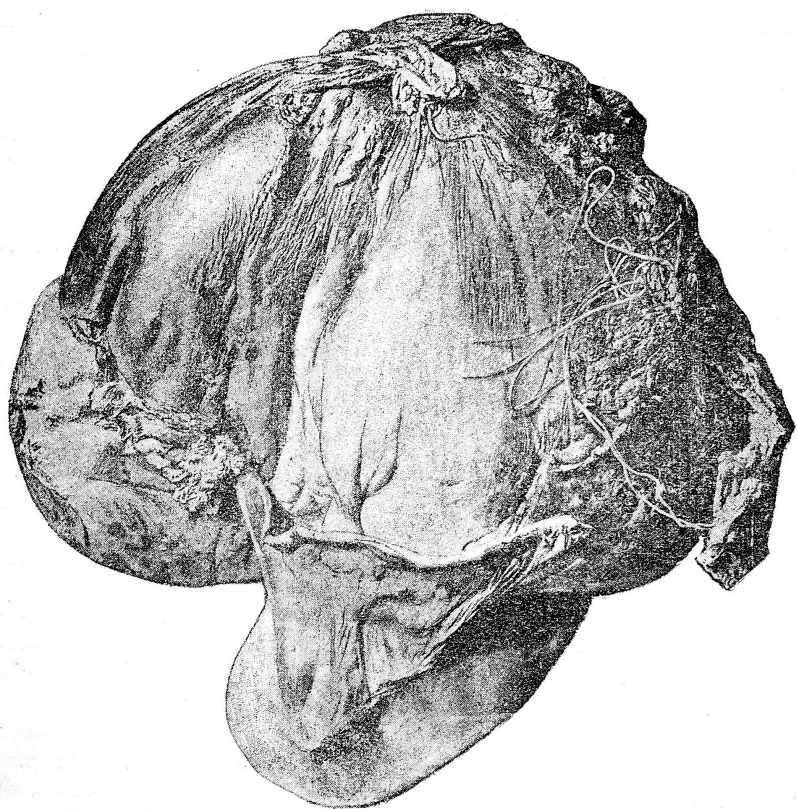
Въ виду такой діагностики, рѣшено было приступить къ удаленію опухоли путемъ лапоротоміи.

Больной въ продолженіи нѣсколькихъ дней дѣлались влагалищныя спринцованія съ сулемою (1 на 2000) и закладывалась іодоформная марля, въ виду могущей возникнуть необходимости дренировать впослѣдствіи брюшную полость черезъ влагалище. 19/у, за два дня до операціи, дана чайная ложка *pulv. liquir. comp.*, а наканунѣ операціи, 20/у, ложка кастороваго масла. Тоже наканунѣ операціи общая мыльная ванна. Между прочимъ замѣтимъ, что операціонная комната въ нашемъ

заведеніи достаточно современно приспособлена для производства лапаротоміи. Гладкія стѣны, полъ и потолокъ этой комнаты окрашены бѣлой эмалевой краскою; мебель, хотя и деревянная, но окрашена тою же краскою. Комната для операціи была приготовлена обрызгиваніемъ стѣнъ, пола и потолока водою, затѣмъ на сутки заперта для стерилизаціи ея путемъ осажденія *). Персоналъ присутствовавшихъ при операціи состоялъ изъ двухъ врачей, изъ которыхъ одинъ хлороформировалъ больную, другой ассистировалъ непосредственно оператору, затѣмъ изъ двухъ акушеровъ и трехъ ученицъ. Бѣлье и всѣ принадлежности для операціи стерилизовались въ паровомъ стерилизаторѣ *Швабе*. Для вытиранія раны и очистки брюшной полости были приготовлены марлевые компрессы 30 см. въ квадрат. и тоже простерилизованы. Какъ лигатурный матеріалъ, приготовленъ единственно шелкъ, различной толщины, прокипяченный въ теченіи $\frac{1}{2}$ часа въ сулемовомъ растворѣ 1‰ и затѣмъ сохранявшійся въ томъ же растворѣ. Инструменты обыкновеннымъ образомъ простерилизованы, иголки исключительно *Гаедорна*. Вода для употребленія въ заведеніи обыкновенно фильтруется (фильтратъ *Пастеръ-Шамберланда*) и затѣмъ кипятится.

Больная захлороформирована въ палатѣ, послѣ предварительнаго подкожнаго вырыскиванія морфія съ спarteиномъ и затѣмъ перенесена въ операціонную, гдѣ ей помытъ животъ эфиромъ, а затѣмъ растворомъ сулемы, послѣ предварительнаго выбритія лобка. Разрѣзъ нетолстыхъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ по срединной линіи живота отъ пупка и недоходя на 3 пальца до лобка. По вскрытіи брюшины обнаружилась лоснящаяся поверхность опухоли розоватаго цвѣта съ синеватыми по мѣстамъ подтеками, при чемъ оказалось, что опухоль вверху надъ пупкомъ довольно плотно сращена съ брюшиною, по сторонамъ же на нѣкоторомъ разстояніи отъ краевъ брюшной раны свободна. Для того чтобы высвободить опухоль, пришлось пальцемъ отдѣлить ея сращенія съ брюшиною вверху и удлинить вверху разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ. При этомъ получилось довольно значительное кровотеченіе, которое все таки не помѣшало обнаружить на всемъ верхнемъ краю опухоли сращенія этой послѣдней съ сальникомъ. Наложены двойныя парціальныя лигатуры и такимъ образомъ опухоль вверху сдѣлалась свободною, но не могла быть выведена наружу, вслѣдствіе сращеній ея съ брюшиною по сторонамъ и именно слѣва сращеніе нестойкое, которое удалось отдѣлить пальцемъ, справа же плотное, которое перерѣзано послѣ предварительной перевязки. Здѣсь слѣдуетъ замѣтить, что это нестойкое свѣжее сращеніе опухоли съ брюшиною, слѣва именно и отвѣчало тѣмъ болѣзненнымъ ощущеніямъ, на которыя больная постоянно жаловалась до операціи. Послѣ удаленія только что сказанныхъ сращеній, опухоль была высвобождена и ножка ея, длиною 4 поперечныхъ пальца и шириною 2—оказалась состоящею изъ широкой маточной связки и на передней ея поверхности, располагалась неповрежденная Фаллопіева труба. Ножка опухоли захвачена первоначально въ двѣ лигатуры, затѣмъ наложено нѣсколько парціальныхъ и она перерѣзана поверхъ лигатуры ножницами. Туалетъ брюшины весьма

*) Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung von Dr. C. Schimelbusch, S. 16.



непродолжительный при помощи вышеназванных компрессовъ прямо вынимаемыхъ изъ стерилизатора, а затѣмъшовъ брюшины узловатый, шелковый, потомъ мышечный и кожный вмѣстѣ. Иодоформенная марля поверхъ, вата и стерилизованные марлевые бинты. Хлороформа употреблено было около 2 унцій. Операция съ хлороформированіемъ продолжалась около двухъ часовъ. Больная стала приходить въ себя послѣ хлороформа довольно скоро—черезъ 1—2 часа. Рвота не очень упорная, продолжалась до вечера на третій день. Температура первые дни 36,0—36,5° пульсъ вначалѣ нѣсколько ускоренный до 100, потомъ 80.

Языкъ чистый. Велѣдъ за прекращеніемъ рвоты, наступило общее благосостояніе, явился даже сносный аппетитъ, хотя пища давалась только въ умѣренномъ количествѣ и то только жидкая; стулъ на 9-й день безъ всякаго слабительнаго. Швы сняты на 10 день, вездѣ *prima intentio*, на повязкѣ, соотвѣтственно швамъ, тонкая сухая темно-кровянистаго цвѣта полоска. Наложена вторично повязка. Больная встала съ постели по истеченіи трехъ недѣль совершенно здоровою.

Опухоль оказалась вѣсомъ 1638,04; размѣры: въ ширину 21, сверху внизъ 20, въ вышину 6 цтм., поверхность ея гладкая, блестящая, розоваго цвѣта, усѣяна синеватыми островками. Она представляется состоящею изъ двухъ отдѣловъ, нижній отдѣлъ помѣщавшійся въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ, какъ это видно на прилагаемомъ рисункѣ, представляетъ собою, какъ будто въ нѣсколько разъ увеличенный яичникъ. Въ разрѣзѣ этотъ отдѣлъ опухоли, представляетъ плотную массу и видъ однообразный на подобіе сала. Нѣкоторые отдѣлы верхней части опухоли представляютъ размягченные узлы и въ разрѣзѣ они представляются сочными и раздѣленны трабекулами на отдѣльныя полости.

При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась саркомою съ преобладающимъ типомъ круглыхъ клѣтокъ.

IV.

160 случаевъ выскабливанія матки.

Женщ.-врача Г. И. Кадишъ.

Если правда, что въ послѣднее время небольшая операція выскабливанія сдѣлалась очень популярной и распространенной, то все же несомнѣнно, что она не достигла еще того всеобщаго признанія и распространенія, какое принадлежитъ ей по праву. Говорить о выскабливаніи будетъ не лишнимъ до тѣхъ поръ, пока твердо установится взглядъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ выскабливаніе матки столь же показано, сколько вскрытіе абсцесса при наличности послѣдняго; и если нѣкоторые до сихъ поръ утверждаютъ, что выскабливаніемъ злоупотребляютъ, что прежде прекрасно обходились безъ него, то на это можно отвѣтить, что, разумѣется, приходилось обходиться, когда полость матки представляла изъ себя какое-то *poli me tangere* и манипуляціи въ ней вели часто не только къ мѣстнымъ заболѣваніямъ, но даже къ септицеміи и что выскабливаніемъ въ общемъ не только не злоупотребляютъ, но примѣняютъ его все еще недостаточно часто. Если это нѣсколько странно при современномъ стремленіи къ активному вмѣшательству въ гинекологию, то еще болѣе страннымъ должно казаться то, что до сихъ поръ спорятъ о преимуществахъ активного или выжидательнаго образа дѣйствія при неполныхъ выкидышахъ, хотя казалось-бы, что при теперешнихъ анти и асептическихъ приемахъ польза своевременнаго активного вмѣшательства въ этихъ случаяхъ очевидна.

Приводимые 160 случаевъ выскабливанія полости матки произведены были мною въ теченіи послѣднихъ 4-хъ лѣтъ частью въ завѣдываемомъ мною родильномъ пріютѣ при лѣчебницѣ Общества Кременчугскихъ врачей, частью въ частной практикѣ. Производились онѣ сначала робко, въ случаяхъ крайнихъ показаній, а потомъ все смѣлѣе и чаще, безъ того, чтобы хотя въ одномъ случаѣ пришлось пожалѣть о сдѣланномъ выскабливаніи. Впродолженіе первыхъ 2-хъ лѣтъ, я примѣняла почти въ каждомъ случаѣ предварительное расширение ламинаріями и хотя, употребляя чистыя продезинфицированныя палочки, не видѣла отъ нихъ вреда, но оставила ихъ за ненадобностью. Въ случаяхъ всякаго рода задержанія яйца или остатковъ его, довольно значительнаго калибра ложечка можетъ быть свободна проведена безъ всякаго расширенія, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ требуется расширеніе, оно можетъ быть всегда произведено ех tempore въ самое короткое время расширителями *Hegar'a*, *Fritsch'a* или какими либо другими. Скажу тутъ же кстати, на основаніи своего опыта, относительно предварительнаго расширенія слѣдующее: какъ уже упомянуто, въ случаяхъ, гдѣ матка содержитъ какой либо продуктъ зачатія, если можно такъ выразиться, какъ яйцо или остатки его, заносъ, задержавшійся послѣдъ, всегда можно провести довольно значительнаго калибра ложечку, безъ предварительнаго расширенія, которое съ этой точки зрѣнія и представляется излишнимъ и можетъ потребоваться только въ случаѣ сомнѣнія въ діагнозѣ содержимаго полости матки; разумѣется, когда надо дѣлать выскабливаніе на дѣвственной, не рожавшей маткѣ, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ приходится прибѣгать къ предварительному расширенію, уже въ силу необходимости, за невозможностью безъ него провести даже маленькую ложечку, но если даже это бываетъ иначе, напр., при хроническихъ эндометритахъ, въ особенности на маткахъ рожавшихъ, гдѣ можно безъ расширенія провести небольшую ложечку, то расширеніе все же, мнѣ кажется, должно быть въ этихъ случаяхъ производимо, ибо оно способствуетъ болѣе основательному выскабливанію, а это послѣднее, чтобы достигнуть цѣли, должно быть произведено весьма тщательно, съ возможно полнымъ удаленіемъ всей больной слизистой оболочки. Это правило

слѣдуетъ помнить какъ въ только что приведенныхъ случаяхъ, такъ равно и при задержкѣ остатковъ яйца и deciduae при выкидышѣ, которое *Dürssen* считаетъ за правило. Хотя яйцевые остатки сравнительно легко поддаются острой ложечкѣ, но все же имѣютъ тенденцію задерживаться у мѣста отхожденія трубъ, въ углахъ матки, которые поэтому всегда должны быть основательно выскоблены.

Кромѣ расширенія ламинаріями, былъ мною сначала примѣняемъ, а потомъ оставленъ и другой пріемъ при выскабливаніи полости матки, а именно послѣдовательная тампонація рукава. Эта тампонація примѣнялась мною, какъ предупреждающая послѣдовательное послѣ выскабливанія кровотеченіе, но мнѣ ни разу не пришлось видѣть послѣдовательнаго кровотеченія послѣ тщательнаго произведеннаго выскабливанія.

Приводимые мною 160 случаевъ выскабливанія могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи: 1) случаи, когда матка содержитъ какіе либо продукты зачатія и 2) всякаго рода другіе случаи, когда она отъ этихъ продуктовъ свободна. Употребляю такое непривычное выраженіе, потому что затрудняюсь найти какое либо другое, которое выразило бы мою мысль. Дѣло въ томъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ прерывающейся беременности въ ранніе мѣсяцы, находимъ въ полости матки не здоровое яйцо, соотвѣтствующее по своему развитію данному сроку беременности, а обыкновенно яйцо болѣе или менѣ перерожденное, гдѣ зародышъ находится въ той или другой стадіи обратнаго развитія или вовсе не можетъ быть найденъ и, разумѣется, отъ нашего произвола будетъ зависѣть назвать подобнаго рода яйцо «выкидышемъ» или «заносомъ», лучше всего, по моему, подходитъ названіе «перерожденное яйцо».

Сюда же я отношу всѣ, такъ называемые, неполные выкидыши, которые по вышеупомянутымъ же соображеніямъ правильнѣе было-бы назвать случаями задержанія яйцевыхъ остатковъ, придавая этому выраженію широкое значеніе, начиная отъ задержанія послѣда или частей его и кончая остатками deciduae. На этомъ основаніи я причисляю къ этой же категоріи случаи такъ называемыхъ, кровотеченій «послѣ выкидыша», это тѣ случаи, гдѣ большею частью діагнозъ происшедшаго выкидыша

приходится ставить частью на основаніи анамнеза: изъ разсказа больной обыкновенно узнаемъ, что послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго отсутствія менструаціи, наступило сильное кровотеченіе, сопровождавшееся болями и вышло «что-то» кромѣ крови, при чемъ далеко не всегда больная можетъ сказать, вышелъ ли плодъ или какъ выражаются часто больныя «кусокъ мяса».

Объективное изслѣдованіе также не всегда выясняетъ дѣло, но все же въ этихъ случаяхъ можно съ увѣренностью сказать, что имѣется послѣдовательное кровотеченіе вслѣдъ за прервавшейся беременностью. Слѣдовательно, въ вышеупомянутую нами первую категорію входятъ: 1) выкидыши; 2) заносы всякаго рода; 3) задержаніе послѣда послѣ выкидыша; 4) задержаніе яйцевыхъ оболочекъ, и 5) кровотеченіе послѣ выкидышей. Подъ выкидышемъ я разумѣю только тѣ случаи, гдѣ изъ полости матки выходитъ или удаляется плодъ, соотвѣтствующій приблизительно данному сроку беременности; тѣ же случаи, гдѣ въ маткѣ находимъ яйцо въ большей или меньшей степени уже измѣненное, гдѣ трудно отыскать слѣды зародыша или онъ обыкновенно уже вовсе не отыскивается и гдѣ по такому яйцу трудно опредѣлить, на какомъ срокѣ беременности оно остановилось въ развитіи, мы выдѣляемъ вмѣстѣ съ заносами въ другую группу. Но для удобства мы будемъ говорить объ этихъ двухъ группахъ одновременно, въ виду того, что во всѣхъ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ яйцомъ, находящимся еще цѣликомъ въ полости матки, при чемъ при закрытомъ зѣвѣ часто бываетъ весьма трудно опредѣлить, въ какомъ состояніи находится это заключенное въ маткѣ яйцо. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, которыхъ у меня было 52, я употребляю острую ложечку только при слѣдующихъ условіяхъ: 1) не раньше, разумѣется, какъ убѣдившись въ томъ, что содержимое полости матки не можетъ подлежать дальнѣйшему развитію какъ здоровое яйцо и 2) въ случаяхъ, гдѣ въ полости матки имѣлся уже сформированный плодъ, хотя бы даже трехмѣсячный, ложечка вводилась только по выдѣленіи его самопроизвольномъ или искусственномъ помощью пальца, потому что удаленіе такого плода ложечкой было бы неудобно и могло бы повести къ травмѣ маточныхъ стѣнокъ. Даже въ случаяхъ заносовъ или, какъ я предпочитаю ихъ называть, въ случаѣ

задержанія въ маточной полости яйца перерожденного въ той или другой мѣрѣ, я предпочитала, если это было возможно, предварительное дигитальное удаленіе всего, что легко поддавалось такому удаленію. Но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пальцемъ проникнуть на должную высоту въ полость матки не удавалось, я для удаленія всего яйца, въ случаѣ ранняго аборта или заноса, или яйцевыхъ оболочекъ и послѣда при позднемъ выкидышѣ, примѣняла ложечку безъ того, чтобы хотя въ одномъ случаѣ пришлось въ этомъ раскаиваться. Что касается тѣхъ случаевъ, когда матка содержитъ перерожденное яйцо, что при небольшомъ открытіи маточнаго зѣва и навѣкъ со стороны изслѣдующаго пальца не трудно бываетъ опредѣлить, то я съ полнымъ убѣжденіемъ скажу, что въ этихъ случаяхъ *всегда* слѣдуетъ употреблять острую ложечку. Не входя въ теоретическій разборъ того, что уже одно перерожденіе яйца въ «заносъ» указываетъ на нездоровое состояніе маточной слизистой оболочки, укажу только на то практически важное обстоятельство, что въ этихъ случаяхъ не только при самопроизвольномъ выходѣ такого заноса, выдѣлившагося повидимому «цѣликомъ», но даже и послѣ дигитальнаго его удаленія, всегда острой ложечкой можно найти остатки его, задерживающіеся въ особенности въ углахъ маточной полости, у мѣста отхожденія трубъ и у дна ея. Разумѣется, далеко не всегда такіе остатки яйца ведутъ къ опасному для жизни заболѣванію, какъ септические процессы или сильныя кровотеченія, но не говоря уже о томъ, что одна возможность такихъ заболѣваній должна быть устранена, если этого можно достигнуть безъ малѣйшаго риска, надо имѣть въ виду еще то, что не сказываясь непосредственно повидимому никакими болѣзненными явленіями, такое задержаніе остатковъ въ полости матки ведетъ часто къ послѣдовательнымъ заболѣваніямъ, къ плохой инвалюціи матки, къ заболѣваніямъ эндометрія. Между тѣмъ какъ выскабливаніе острую ложечкой, произведенное должнымъ образомъ, не заключая въ себѣ ни малѣйшаго риска для больной, даетъ намъ убѣжденіе въ дѣйствительной чистотѣ маточной полости, въ ея асептическомъ состояніи, такъ сказать, и всегда въ этихъ случаяхъ приводитъ къ быстрому и полному переходу матки въ нормальное состояніе.

Что касается перерожденного яйца гнилостно разложившагося, то къ нему все вышесказанное примѣнимо только въ болѣе сильной мѣрѣ. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, гдѣ мнѣ приходилось встрѣчаться съ яйцомъ, заключеннымъ еще въ полости матки, но уже разложившемся, были ли при этомъ явленія общаго всасыванія или нѣтъ, я немедленно удаляла его пальцемъ или ложечкой, смотря по случаю и всегда оканчивала удаленіе тщательнымъ выскабливаніемъ маточныхъ стѣнокъ. И относительно этихъ случаевъ я тоже должна сказать, что всегда получала отъ острой ложечки быстрый и вѣрный эффектъ, какъ мѣстный—прекращеніе дурныхъ выдѣленій и хорошая инволюція матки,—такъ и общій, выражавшійся исчезновеніемъ явленій септической лихорадки. Эти случаи шаблонны и похожи одинъ на другой. Для примѣра приведу нѣкоторые изъ нихъ.

Случай I. Матрена С....., 22 лѣтъ. Поступила въ родильный пріютъ при лѣчебницѣ Кременчугскихъ врачей 31 іюня 1892 г. По словамъ больной, послѣдняя менструація была въ первыхъ числахъ апрѣля. Втеченіе трехмѣсячнаго отсутствія менструацій, чувствовала себя хорошо. Нѣсколько дней тому назадъ показали кровянистыя истеченія, которыя продолжаются до сихъ поръ. Боли не особенно значительныя, въ продолженіе послѣднихъ двухъ дней. Родила одинъ разъ 5 лѣтъ тому назадъ. Первые регулы появились на 15 году, установились черезъ 4 недѣли по 3 дня, необильны, безболѣзненны. До поступленія въ пріютъ была изслѣдована на дому врачомъ. При изслѣдованіи больной найдено слѣдующее: больная тѣлосложенія и питанія очень хорошаго, общее состояніе здоровья хорошее. Животъ мягкій, нечувствительный. Матка прощупывается черезъ брюшныя покровы. Изъ половыхъ путей вытекаютъ кровянистыя, буроватыя выдѣленія съ гнилостнымъ запахомъ. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ, что зѣвъ открытъ, пропускаетъ палецъ, который прощупываетъ въ полости матки довольно плотное тѣло, должно быть перерожденное яйцо. t° 37,3°. Часть перерожденного яйца удалена пальцемъ, остальное—ложечкой, которою произведено затѣмъ тщательное выскабливаніе всей слизистой матки съ послѣдовательнымъ обильнымъ промываніемъ маточной полости растворомъ сулемы 1:4000 и 2% растворомъ ас. carbolicі. Такъ какъ я въ ту пору примѣнила еще послѣдовательную за выскабливаніемъ тампонацію рукава, то и тампонировала послѣдній іодоформенной марлей и ватой; по удаленіи на другое утро тампоновъ, послѣдніе оказались пропитанными блѣдными выдѣленіями безъ всякаго запаха. Къ слѣдующему дню почти исчезли и эти выдѣленія и больная, по собственному настоянію, выписалась и, какъ мнѣ извѣстно (больная находилась въ услуженіи у знакомаго врача) была и дальше совершенно здорова.

Случай II. Анна К.....ва, 33 лѣтъ, доставлена въ пріютъ 17 февраля 1895 года. Изъ анамнеза я узнала, что въ ночь съ 16 на 17 февраля

появились боли и умеренное кровотечение, которых больная приписывает имевшему место накануне ушибу при падении *). К утру боли успокоились, а кровянистые истечения продолжались. Последние два дня страдала „лихорадкой“. Рожала 7 раз, всегда хорошо. До поступления в пріютъ была изслѣдована акушеркой. Больная доставлена въ пріютъ съ t° 39,0°. Тѣлосложеніе больная неправильнаго, правая нижняя конечность укорочена и неподвижна въ тазобедренномъ суставѣ, вслѣдствіе перенесеннаго въ дѣтствѣ коксита. Питанія удовлетворительнаго. Животъ мягкій, нечувствительный; сквозь дряблые брюшные покровы прощупывается увеличенная и твердая матка. При внутреннемъ изслѣдованіи находимъ твердую, гипертрофированную шейку, разорванную съ лѣва, съ чуть пріоткрытымъ явномъ; крови умеренное количество безъ ощутительнаго запаха. Не будучи увѣренной въ томъ, что причину повышенной t° надо искать въ содержимомъ полости матки, я рѣшила выждать нѣкоторое время. Тотчасъ по доставленіи больной въ пріютъ произведена тампонація рукава. Утромъ тампоны удалены, въ продолженіе дня дѣлались сприннованія рукава растворомъ сулемы (1:4000). Къ вечеру тампонація рукава возобновлена. На другой день по удаленіи тампоновъ, оказалось возможнымъ провести палецъ въ полость матки и прощупать тамъ яйцо, повидимому разложившееся, потому что палецъ сохранялъ гнилостный запахъ, хотя въ выдѣленіяхъ запахъ этотъ не ощущался. Температура оставалась возвышенной (утромъ 37,8°, вечеромъ 38,7°). Немедленно удалено острой ложечкой все содержимое матки; полость ея затѣмъ промыта 2% растворомъ карболовой кислоты. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа по выскабливаніи и промываніи матки у больной былъ ознобъ и t° поднялась до 38,6°, но къ вечеру, послѣ обильнаго пота, температура упала до нормы и больше не подымалась. Выдѣленія изъ матки прекратились на другой же день.

Приведу еще 3-й случай, наблюдавшійся мною въ частной практикѣ, гдѣ явленія всасыванія и общаго заболѣванія были выражены еще значительно рѣзче.

Случай III. М. Г...ва, жена чиновника, 36 лѣтъ, рожала 4 раза, послѣдній разъ 3 года тому назадъ. Регулы отсутствовали 3 мѣсяца. Въ первыхъ числахъ февраля 1893 года, появились кровянистые истечения и незначительныя боли. Когда кровотеченіе сдѣлалось болѣе значительнымъ, больная обратилась къ врачу, который повторно тампонируетъ рукавъ. Я застала больную въ 9 час. вечера, 14 февраля, съ t° 40,0°, частымъ (до 130) и маленькимъ пульсомъ, безпкойною, мечущуюся въ кровати. Будучи и до болѣзни очень истощенной, она имѣла въ этотъ моментъ видъ очень трудно больной. Уже подождя

*) Я тутъ же замѣчу, что въ этомъ случаѣ, какъ и въ другихъ, не придаю особеннаго значенія анеміе, такъ какъ не особенно ему довѣряю. Извѣстно, что многія женщины, желая освободиться отъ нежелательной беременности, прибѣгаютъ ко всевозможнымъ средствамъ и услугамъ всякаго рода „спеціалистовъ и спеціалистокъ“, которые, не останавливаясь даже предъ „механической терапіей“ вводятъ въ матку грязныя спицы, зонды и т. п. Этими бытъ можетъ лучше всего объясняются случаи гнилостнаго разложенія яйца, заключеннаго въ закрытой маточной полости.

близко къ постели, я замѣтила, что кровянистыя выдѣленія больной имѣють гнилостный запахъ. При изслѣдованіи я нашла слѣдующее: матка увеличена, какъ при беременности на 3 мѣсяцѣ, зѣвъ пропускаетъ палецъ, которымъ удалось удалить часть перерожденнаго и разложившагося яйца съ сильными гнилостными запахомъ. Не смотря на то, что общее состояніе больной представлялось довольно тяжелымъ или даже скорѣе въ виду этого общаго состоянія (ибо не могло быть сомнѣнія въ томъ, что оно обусловливается всасываніемъ септическихъ началъ изъ полости матки) слѣдано немедленно удаленіе ложечкой всего маточнаго содержимаго съ послѣдовательнымъ тщательнымъ выскабливаніемъ всей deciduae. Разумѣется, полость матки тутъ же была обильно промыта антисептическимъ растворомъ, въ данномъ случаѣ сулемой 1:4000. У этой больной непосредственно послѣ выскабливанія, t° понизилась до $39,0^{\circ}$, но черезъ часъ приблизительно также наступила реакція въ видѣ сильнаго озноба съ послѣдующей высокой t° , выше $40,0^{\circ}$, которая однако къ утру при обильномъ потѣ опустилась почти до нормы и больше не подымалась. Выдѣленія въ самомъ незначительномъ количествѣ безъ всякаго запаха, очень скоро исчезли совершенно.

Я могла бы привести еще много подобныхъ случаевъ, но такъ какъ они болѣе или менѣе подходятъ къ приведеннымъ, то я ими и ограничусь. Въ случаяхъ же настоящихъ выкидышей, такой паблонный образъ дѣйствій, какъ я уже упоминала выше, неумѣстенъ, и приходится сообразоваться съ условіями каждаго даннаго случая. Разумѣется, можно говорить объ активномъ вмѣшательствѣ какомъ бы то ни было, лишь съ того момента, когда по тѣмъ или другимъ признакамъ, о которыхъ здѣсь не мѣсто говорить, возникаетъ убѣжденіе въ томъ, что дальнѣйшее развитіе яйца не можетъ имѣть мѣста, что матка, если можно такъ выразиться, неминуемо должна освободиться отъ него.

Но даже изъ такого убѣжденія далеко не всегда вытекаетъ необходимость активнаго вмѣшательства; все можетъ быть до поры до времени предоставлено природѣ, хотя бы уже имѣя въ виду то обстоятельство, что всякое остановившееся въ развитіи яйцо, сдѣлавшееся для матки, такъ сказать, постороннимъ тѣломъ, какъ правило, ослабляется въ своей связи съ маточной стѣнкой и современемъ можетъ быть удалено изъ маточной полости съ меньшимъ насиліемъ. Какъ я уже выше говорила, въ случаѣ наличности въ полости матки яйца, подлежащаго даже удаленію, но представляющаго уже довольно развитой плодъ (3 мѣсяца) я всегда послѣдній удаляю рукой (если онъ почему либо не выходитъ самъ, а ждать нельзя)

и даже остальную часть яйца (яйцевыя оболочки, а съ конца 3-го мѣсяца и послѣдъ) тоже стараюсь удалить этимъ же способомъ; но такъ какъ такое полное дигитальное удаленіе всего яйца съ его придатками весьма часто не удается, то я во всѣхъ случаяхъ такого рода, какъ равно и въ тѣхъ, гдѣ я почему либо (*endometritis chron., decidualis, septica*) нахожу нужнымъ удалить не только содержимое матки, но и болѣзную слизистую оболочку ея, во всѣхъ этихъ случаяхъ я употребляю острую ложечку, которою я произвожу какъ удаленіе всѣхъ яйцевыхъ остатковъ, такъ ровно и тщательное выскабливаніе слизистой оболочки матки. По моему мнѣнію, ложечка для всѣхъ этихъ случаевъ не оцѣнимый и не замѣнимый инструментъ, при чемъ слѣдуетъ замѣтить, что для случаевъ значительной величины маточной полости при позднихъ выкидышахъ нужно брать большую ложечку, лучше петлистую. Не говоря уже о раннихъ выкидышахъ, мнѣ приходилось примѣнять ложечку для удаленія всѣхъ рѣшительно яйцевыхъ остатковъ (всѣ оболочки и послѣдъ) при позднихъ (5-ти мѣсячныхъ) абортахъ и всегда съ успѣхомъ.

Изъ многихъ случаевъ приведу для примѣра два:

Случай I. Ольга С...на, 23 лѣтъ, пришла въ родильный пріютъ 17 іюня 1893 г., въ 11 ч. утра. Изъ разспросовъ оказалось, что беременна въ третій разъ, времени послѣднихъ регулъ не помнитъ; движеній плода не чувствовала, въ теченіи беременности чувствовала себя хорошо. Предъидущія двѣ беременности окончились срочными нормальными родами. Кровянистыя истеченія показались нѣсколько дней тому назадъ; 17 іюня съ утра появились боли довольно сильныя и значительное кровотеченіе, почему беременная и рѣшила отправиться въ пріютъ. Объективное изслѣдованіе дало слѣдующее: болѣзнь очень хорошаго тѣлосложенія, удовлетворительнаго питанія, на видъ малокровна. Высота дна матки 12 см.; изъ наружныхъ половыхъ частей виситъ на тоненькой пуповинѣ сильно мацерированный плодъ, мужскаго пола, соответствующій по своему развитію 4-хъ мѣсячному. При надавливаніи на дно матки, чрезъ брюшныя покровы, изъ половыхъ путей показываются густыя, слизистыя, съ примѣсью клочьевъ ткани, мутныя выдѣленія безъ дурного запаха. При внутреннемъ изслѣдованіи, произведенномъ по отдѣленіи плода, находимъ слѣдующее: шейка матки стоитъ высоко, на ней боковые разрывы до сводовъ отъ прежнихъ родовъ, пропускаетъ палецъ, который нащупываетъ въ полости матки послѣдъ и оболочки, дряблыя и легко рвущіеся при попыткахъ удаленія ихъ пальцемъ. Въ виду того, что матка была велика и пальцемъ обойти стѣнки ея не удавалось, а при попыткахъ удаленія содержимаго матки, оно рвалось, была введена довольно

широкая ложечка, которою и удалена масса слизи съ примѣсью глочевъ ткани, куски оболочекъ и весь послѣдъ. Послѣродовой періодъ прошель прекрасно. Въ первые дни, изъ половыхъ путей выдѣлялось немного слизи розоватаго цвѣта, а потомъ и это прекратилось. Активное внимательство въ данномъ случаѣ основывалось на двухъ моментахъ: 1) мнѣ казалось не раліональнымъ выжидать, имѣя передъ собою открытую матку съ содержимымъ, находящимся уже въ состояніи распада и могущимъ легко подвергнуться разложенію. 2) Обиліе слизи указывало на ненормальное состояніе самой слизистой матки.

Случай II. А. Б. жи, жена торговца, рожала 5 разъ. Послѣдній разъ пять лѣтъ тому назадъ; со времени послѣднихъ родовъ страдаетъ „бѣлками“. Верхушечный катарръ, нѣсколько разъ было haemorrhoe. Послѣдняя менструація въ концѣ іюля 1894 г. Въ сентябрѣ показалось немного кровинистаго истеченія съ примѣсью слизи. Изслѣдованіе тогда дало слѣдующее: матка увеличена, какъ при беременности на второмъ мѣсяцѣ, въ нормальной для беременности anteversio, боковые разрывы маточной шейки, выворотъ катаррально-воспаленной цервикальной слизистой оболочки. Больной рекомендованъ покой и индифферентныя промыванія рукава въ продолженіе нѣсколькихъ дней. Кровянистыя истеченія вскорѣ прекратились, но спустя нѣкоторое время, снова возобновились въ незначительномъ количествѣ; болѣе беременная не испытывала. Такія истеченія съ болшею или меньшею примѣсью крови возобновлялись много разъ и однако беременность шла впередъ, матка увеличивалась постепенно. Беременная, которой было внушено, что для нея въ виду состоянія ея легкихъ, болѣе желателенъ могущій имѣть мѣсто выкидышъ, чѣмъ продолженіе беременности и срочные роды, не измѣняла въ дальнѣйшемъ своего образа жизни и не соблюдала особеннаго покоя. Въ среднихъ числахъ декабря, вдругъ, безъ видимой причины появились боли, а затѣмъ небольшое кровотеченіе. Я застала больную въ постели, сильно взволнованную какъ явленіями угрожающаго выкидыша, такъ и незначительнымъ haemorrhoe, послѣдовавшимъ вскорѣ за описанными явленіями. При изслѣдованіи больной я нашла дно матки на два поперечныхъ пальца ниже пупка, зѣвъ—закрытымъ. Беременная пролежала дня два и все успокоилось, кровотеченіе не повторялось, показывалось только немного кровянистыхъ выдѣленій, какъ и раньше. Въ началѣ января 1895 г., при умѣренномъ кровотеченіи и небольшихъ боляхъ, произошелъ выкидышъ, выдѣлился плодъ, соотвѣтствовавшій по величинѣ и развитію пятому мѣсяцу беременности. Я застала больную уже по рожденіи плода очень возбужденною съ t^0 повышенною до $38,8^0$. Зѣвъ пропускалъ палецъ, который прощупывалъ весь послѣдъ съ оболочками въ полости матки. Убѣдившись что удаленіе пальцемъ всего послѣда цѣликомъ съ оболочками не удастся и считая, что выжидать въ виду повышенной t^0 не слѣдуетъ, рѣшено было ex consilio съ товарищемъ, удалить все содержимое матки ложечкой, что и было сдѣлано часа черезъ три по рожденіи плода подъ хлороформнымъ наркозомъ, по желанію больной. На другой же день t^0 упала до нормы; кровянистыя выдѣленія въ незначительномъ количествѣ прекратились черезъ нѣсколько дней.

Послѣ всего вышеизложеннаго, я полагаю, совершенно понятно, что при выкидышахъ «неполныхъ» *), т. е. при задержаніи въ полости матки на болѣе или менѣе долгое время всякаго рода остатковъ яйца, я безусловно стою за острую ложечку. Если еще можно говорить о выжиданіи, (имѣя дѣло съ заключеннымъ въ полости матки цѣлымъ яйцомъ), то въ этихъ случаяхъ не только какія либо угрожающія явленія, какъ кровотеченіе или разложеніе оставшихся въ маткѣ яйцевыхъ остатковъ, но уже одно констатированіе наличности такихъ остатковъ въ полости матки, должно служить абсолютнымъ показаніемъ къ ихъ удаленію.

Пребываніе остатковъ яйца, разумѣется, ведетъ къ разнымъ послѣдствіямъ въ зависимости уже отъ одного характера этихъ остатковъ, ибо, какъ уже было упомянуто выше, къ такимъ остаткамъ, мы причисляемъ многочисленную группу, начиная отъ остатковъ deciduae и кончая послѣдомъ при позднихъ выкидышахъ. Самое обыкновенное явленіе при задержаніи даже небольшихъ остатковъ—это, какъ извѣстно, кровотеченія, но и разложеніе и вызванныя всасываніемъ такихъ разложившихся остатковъ общія септическія явленія тоже далеко не рѣдкое явленіе. Лучшимъ, можно сказать, единственнымъ средствомъ является въ этихъ случаяхъ острая ложечка. Изъ многихъ случаевъ такого рода, встрѣтившихся мнѣ какъ въ частной практикѣ, такъ и въ родильномъ приютѣ при лѣчебницѣ общества Кременчугскихъ врачей, приведу нѣкоторые:

Случай I. Софія Л...ва, 24 лѣтъ, жена инженера, обратилась ко мнѣ въ маѣ 1893 года, по поводу кровотеченія, которое съ небольшими промежутками тянется съ января того же года. Родила одинъ разъ, годъ и два мѣсяца тому назадъ, кормила грудью ребенка, котораго отлучила тому назадъ два мѣсяца. Во время кормленія регулъ не имѣла; въ январѣ безъ видимой причины появилось умѣренное кровотеченіе. Спустя нѣкоторое время кровотеченіе возобновилось, появились и боли въ поясницѣ, и нижней части живота. На вопросъ больной о томъ, можетъ-ли она продолжать кормленіе грудью ребенка, мѣстный врачъ (больная жила въ деревнѣ) далъ утвердительный отвѣтъ, должнаго значенія этимъ кровоточеніямъ не придавъ, а посмотрѣлъ на нихъ, какъ на „неправильныя менструаціи“. Кровотеченія затѣмъ возобновились, временами появлялись боли, въ мартѣ отняла отъ груди ребенка, а въ маѣ пріѣхала къ роднымъ въ Кременчугъ, и обратилась

*) Такихъ случаевъ примѣненія острой ложечки при неполныхъ выкидышахъ у меня было 56.

ко мѣѣ. Я нашла больную въ постели анемичною и истощенною. По ея словамъ, со вчерашняго дня открылось сильное кровотеченіе. боли въ поясницѣ и животѣ, но не сильныя. При изслѣдованіи больной найдено слѣдующее: животъ мягкій, безболѣзненный, матка черезъ наружныя покровы не прощупывается; изъ половыхъ путей вытекаетъ кровь въ умѣренномъ количествѣ, шейка матки приближена къ лобку, пропускаетъ палецъ въ полость матки, послѣдняя увеличена, какъ при двухмѣсячной беременности приблизительно, въ *retroflexio*. Пальцемъ изъ матки удалены кусочки, оказавшіеся остатками яйцевыхъ оболочекъ, уже разложившимися, съ гнилостнымъ запахомъ. *t°* у больной не повышена. Принимая во вниманіе анамнезъ и данныя изслѣдованія, я пришла къ заключенію, что больная забеременѣла еще во время кормленія грудью, что вѣроятно, даже именно кормленіе грудью весьма способствовало остановкѣ развитію яйца, что часть яйца вышла незамѣтно для больной съ кровями. Хотя разлагающіеся яйцевые остатки и не вызвали до сихъ поръ общихъ явленій всасыванія, но такъ какъ таковыя явленія могли наступить во всякій моментъ и такъ какъ кромѣ того имѣлась значительно истощившая больную потеря крови, то я рѣшила произвести немедленно ложечкой удаленіе всѣхъ яйцевыхъ остатковъ и тщательное выскабливаніе всей слизистой матки. Къ вечеру *t°* поднялась до 38,5°, а на другой день упала до нормы и больше не подымалась. Кровотеченіе тотчасъ же прекратилось, дня два были еще розоватые выдѣленія въ небольшомъ количествѣ, а потомъ и онѣ исчезли.

Случай II. Марія Д....а, 27 лѣтъ, жена табачнаго фабриканта, замужемъ 6 лѣтъ, родила 5 разъ, лѣчилась у меня въ апрѣлѣ 1894 года отъ „бѣлей“, я нашла тогда *endometritis coli* и *retroversio uteri*; затѣмъ я потеряла больную изъ виду и опять была позвана къ ней въ концѣ августа; въ маѣ регулы опоздали и были очень скудны, въ іюнѣ и іюлѣ регулы въ обычный срокъ не было, но временамъ показывались кровянистыя истеченія; дня два тому назадъ больная имѣла, по собственнымъ словамъ, выкидышъ при небольшомъ кровотеченіи, но, по ея же словамъ, вышелъ только плодъ, а „мѣсто“ не вышло. Изслѣдованіе дало слѣдующее: *t°* нормальна, крови въ настоящее время нѣтъ, животъ мягкій, безболѣзненный, матка прощупывается черезъ наружныя покровы, она увеличена, какъ при беременности на третьемъ мѣсяцѣ, шейка не сглажена, зѣвъ закрытъ. Зная, что все почти яйцо осталось въ полости матки, я поставила больной на видъ, что его слѣдуетъ удалить въ виду могущихъ наступить различныхъ осложнений. Больная на это не согласилась, посоветовалась со своимъ домашнимъ врачомъ, который далъ совѣтъ выжидать и дѣлать горячія души. Въ первыхъ числахъ сентября я снова была позвана къ больной и застала ее въ постели чрезвычайно возбужденною и истощенною съ *t°* 40,0°, при умѣренномъ кровотеченіи; болѣе не было. При внутреннемъ изслѣдованіи зѣвъ и на этотъ разъ оказался чуть-чуть пріоткрытымъ, но пальцемъ проникнуть въ полость матки не удавалось. Вытекавшая кровь дурного запаха не имѣла. Изъ разспроса я узнала, что *t°* поднималась при сильномъ онобѣ. Теперь больная уже безропотно согласилась на удаленіе содержимаго матки, которое и было произведено ложечкой и оказалось

перерожденнымъ въ „мясистый заносъ“ яйцевыми оболочками. По удаленіи содержимаго, стѣнки матки были тщательнo выскоблены и матка, разумѣется, какъ это всегда въ такихъ случаяхъ дѣлается, обильно промыта антисептическимъ растворомъ (сулема 1:4000). Черезъ часъ послѣ промыванія матки наступилъ потрясающій ознобъ, t^0 поднялась выше $40,0^0$; но къ вечеру она уже стала понижаться, ночью болѣзная сильно пропотѣла; на другое утро t^0 была $38,3^0$; къ вечеру достигла нормы и больше не повышалась. Выдѣленія въ этомъ случаѣ были тѣ же, что и въ предыдущемъ.

Случай III. Въ декабрѣ 1892 г., ко мнѣ обратился офицеръ К...въ съ просьбой поѣхать немедленно къ его тяжело больной женѣ. Я застала больную, молодую женщину лѣтъ 28, въ очень тяжеломъ состояніи, мечущуюся въ постели въ сильномъ безпокойствѣ съ очень частымъ (130) и малымъ пульсомъ и нѣсколько помраченнымъ сознаниемъ, t^0 была выше $40,0^0$. Изъ разспросовъ окружающихъ я узнала, что болѣзнь тянется нѣсколько дней и разматривалась двумя лѣчившими больную врачами, какъ инфлюэнца, которая эпидемически наблюдалась тогда у насъ въ городѣ. Но видя, что положеніе ея становится опаснымъ, болѣзная призналась за нѣсколько часовъ до моего пріѣзда своему мужу въ томъ, что ей былъ нѣсколько дней тому назадъ произведенъ искусственный абортъ, что она перенесла большое кровотеченіе, а умѣренное истеченіе крови продолжается до сихъ поръ. Абортъ былъ ранній, двухмѣсячный. Больше мнѣ ничего не удалось узнать. Рожала болѣзная четыре раза, послѣдній разъ два года тому назадъ; особыхъ болѣзней не переносила и вообще чувствовала себя всегда здоровой. „Лихорадкой“ заболѣла нѣсколько дней тому назадъ, въ послѣдніе же два дня „лихорадка“ усилилась, сильно знобило два раза. При изслѣдованіи больной, я кромѣ вышеописаннаго общаго состоянія, нашла слѣдующее: со стороны грудныхъ органовъ, а также печени и селезенки не наблюдается ничего ненормальнаго, животъ мягкій и немного чувствительный только въ лѣвой паховой области; матка чрезъ наружные покровы прощупывается только при глубокомъ надавливаніи позади лона. Изъ половыхъ путей выдѣляется бурое отдѣленіе безъ дурного запаха. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: зѣвъ закрытъ, шейка сформирована, провести палецъ въ полость матки не удастся; матка увеличена, мягка, подвижна, но при движеніи ея наблюдается чувствительность лѣваго свода, тамъ же замѣчается и увеличенное противъ праваго свода напряженіе. Прийдя на основаніи всего вышеизложеннаго къ заключенію, что имѣется случай септического заботлѣванія, вслѣдствіе внесенныхъ въ матку заразныхъ веществъ при вызваніи аборта, я предложила выскабливаніе, какъ *ultimum refugium*, такъ сказать, не возлагая на него сама большихъ надеждъ, въ виду развившихся въ значительной мѣрѣ общихъ явленій. Выскабливаніе было произведено мною совмѣстно съ товарищемъ въ присутствіи еще двухъ врачей и къ общему нашему удовольствію, привело къ блестящему результату. Правда, часа черезъ два послѣ выскабливанія у больной наступилъ потрясающій ознобъ съ послѣдующей чрезмѣрно высокой t^0 (до $41,0^0$), но черезъ нѣсколько часовъ t^0 стала падать и на другой же день дошла до нормы. У больной произошелъ рѣзкій пере-

ходъ отъ тяжелаго общаго состоянія къ хорошему самочувствію. Прибавлю, что при выскабливаніи были удалены, повидимому, только небольшіе остатки яйца.

Приведу еще нѣкоторые случаи выскабливанія, изъ наблюдавшихся мною въ родильномъ пріютѣ при лѣчебницѣ Кременчутскихъ врачей, гдѣ оно производилось въ пуэрперальномъ періодѣ при позднихъ выкидышахъ.

Случай I. Сима В....., 19 лѣтъ, поступила въ пріютъ 24 августа 1894 года съ слѣдующимъ анамнезомъ: беременна въ первый разъ, послѣдняя менструація въ половинѣ марта, первая движенія плода почувствовала мѣсяцъ тому назадъ. Въ теченіи беременности чувствовала себя здоровой; недѣлю тому назадъ, безъ видимой причины, почувствовала боли схватками, которыя въ болѣе или менѣе значительной степени продолжаютъ до сихъ поръ. Въ ночь съ 23 на 24 показалась кровь, умѣренное истеченіе которой продолжается. Беременная удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія, увеличеніе и твердость шейныхъ, подмышечныхъ и паховыхъ железъ, нѣсколько сиплый голосъ въ связи съ начинающимся безъ всякаго повода выкидышемъ, вызывали полозрѣніе насчетъ сифилиса. Высота дна матки чуть-чуть ниже пупка. Наружныя половыя части, какъ у верожавшей. Изъ половыхъ путей выдѣляется кровянистая слизь. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено, что шейка совершенно сглажена, зѣвъ открытъ на величину двухъ поперечныхъ пальцевъ, плодный пузырь напряженъ. Въ 5 часъ пополудни родился живой плодъ, соответствовавшій по своему развитію шестому мѣсяцу, онъ прожилъ около двухъ часовъ, послѣдъ былъ выжатъ по *Credè* въ моемъ отсутствіи замѣнявшимъ меня врачомъ. Я увидѣла больную только 28 числа и узнала, что въ продолженіе четырехъ-дневнаго моего отсутствія, она лихорадила сначала слабо, а потомъ сильнѣе, послѣднія два дня имѣла даже два раза сильный ознобъ. Я застала больную въ такомъ состояніи: t° повышена до $39,0^{\circ}$, пульсъ частый (120) и малый. Выдѣленія бурныя, вонючія, съ примѣсью кусочковъ послѣда. Матка чувствительна, дно ея на три поперечныхъ пальца надъ лобкомъ. Въ тотъ же день острой ложечкой было удалено много остатковъ послѣда, матка была выскабливаема и обильно промыта растворомъ сулемы (1:4000) и карболовой кислоты 2%. На этотъ разъ выскабливаніе сопровождалось довольно значительнымъ кровотеченіемъ. Къ вечеру появился ознобъ, t° поднялась до $39,6^{\circ}$, но на слѣдующій день дошла почти до нормы ($37,5^{\circ}$), выдѣленія, которыхъ теперь было очень мало, сохранили еще слегка дурной запахъ, но теперь все уже очень скоро пришло къ нормѣ почти безъ лѣченія, при однихъ промываніяхъ рукава. Черезъ нѣсколько недѣль по выпискѣ изъ пріюта, эта больная явилась въ амбулаторію лѣчебницы съ рѣзкими явленіями вторичнаго сифилиса (розеола въ зѣвѣ), что подтвердило предположеніе о сифилисѣ, какъ причинѣ выкидыша въ данномъ случаѣ.

Случай II. Матрена Л....ва, 26 лѣтъ. Поступила въ пріютъ 17 января 1895 года, съ слѣдующимъ анамнезомъ: беременна въ третій разъ. Первые двѣ беременности окончились срочными родами. Послѣднія регулы были пять слишкомъ мѣсяцевъ тому назадъ. Въ первые два

мѣсяца беременности страдала рвотами, но затѣмъ все остальное время чувствовала себя вполне здоровой и только вчера послѣ ушиба при паденіи почувствовала боли, а къ вечеру отошли воды. Ребенка со вчерашняго дня не чувствуетъ. Къ послѣднимъ даннымъ анамнеза я сразу отнеслась скептически, считая трудно допустимымъ, чтобы не прямая, такъ сказать, травма могла повести за собою отхожденіе водъ при пяти мѣсячной беременности безъ кровотеченія, тѣмъ болѣе, что на тѣлѣ беременной не было замѣтно гдѣ либо слѣдовъ такой травмы. На основаніи этого у меня и возникло подозрѣніе объ искусственномъ выкидышѣ въ данномъ случаѣ. Беременная хорошаго тѣлосложенія и питанія, т^о нормальна, высота дна матки чуть-чуть ниже пупка. Шейка сглажена, зѣвъ закрытъ. Изъ рукава показывается слизь. Сердцебиенія плода не слышно. Въ 11 ч. вечера родился плодъ, соответствовавшій по своему развитію пятимѣсячному. Послѣдъ вышелъ самостоятельно, черезъ $\frac{1}{2}$ часа. Плодъ родился безъ признаковъ жизни. На третій день, 19 числа, къ вечеру появилась лихорадка, а 20-го—выдѣленія имѣли уже рѣзкій гнилостный запахъ и въ нихъ наблюдалась примѣсь кусочковъ послѣда и оболочекъ. При изслѣдованіи полости матки пальцемъ, свободно прошедшимъ черезъ зѣвъ, въ ней найдено много остатковъ послѣда, которые и удалены были немедленно острой ложечкой, съ послѣдовательнымъ тщательнымъ выскабливаніемъ и обильнымъ промываніемъ маточной полости. При этомъ имѣло мѣсто довольно значительное кровотеченіе, озноба послѣ выскабливанія не было, т^о упала до нормы и выдѣленія сразу потеряли дурной запахъ.

Разумѣется, далеко не всегда, какъ уже выше упомянуто, остатки яйца, въ особенности незначительные, подвергаются разложенію, гораздо чаще они вызываютъ послѣдовательныя кровотеченія, которыя въ большей или меньшей степени могутъ продолжаться очень долго, цѣлыми мѣсяцами. И противъ этого заболѣванія лучшимъ, а очень часто единственнымъ средствомъ является выскабливаніе, словомъ, въ случаяхъ разнаго рода, гдѣ тѣ или другія патологическія явленія зависятъ отъ задержанія въ маткѣ продуктовъ зачатія, такъ сказать, гдѣ раціональнымъ средствомъ является полное опорожненіе полости матки, послѣднее достигается самымъ совершеннымъ образомъ помощью острой ложечки, которая представляется для этихъ случаевъ незамѣнимымъ инструментомъ. Я утверждаю, что именно въ этихъ случаяхъ гораздо рѣзче, нежели въ другихъ, для которыхъ была рекомендована острая ложечка (хроническій эндометритъ на примѣръ), она ведетъ къ быстрому и рѣзкому эффекту. Къ моему удивленію взглядъ этотъ не только не сдѣлался до сихъ поръ общимъ мѣстомъ, какъ-бы слѣдовало ожидать, но до послѣдняго времени встрѣчаетъ горячихъ

противниковъ. Такую горячую пропаганду противъ употребленія острой ложечки при выкидышахъ представляетъ собой статья д-ра *Якуба*, помѣщенная въ «Библіотекѣ врача», («Современное состояніе вопроса о лѣченіи выкидышей», 1895 г., № 4). Излагая исторію вопроса объективной и выжидательной терапіи при выкидышѣ, авторъ приводитъ авторитетныя имена изъ одного и другого лагеря, причемъ съ особеннымъ вниманіемъ останавливается на приверженцахъ выжидательной терапіи, къ которымъ онъ и примыкаетъ. Не имѣя намѣренія входить въ разборъ того—дастъ-ли д-ръ *Якубъ* истинное освѣщеніе современнаго состоянія вопроса о лѣченіи выкидыша, такъ какъ это завело бы меня далеко отъ той чисто практической цѣли, которую я себѣ намѣтила, когда рѣшилась обнародовать результатъ своего личнаго опыта, позволю себѣ только сказать нѣсколько словъ по поводу тѣхъ преувеличенныхъ «страховъ», каковыя можетъ внушить статья д-ра *Якуба*, всякому мало инструктированному въ этомъ дѣлѣ врачу. Первое чѣмъ пугаетъ д-ръ *Якубъ*,—есть возможность прободенія матки при выскабливаніи ея во время или послѣ выкидыша. Такой случай, сообщенный д-ромъ *Albert*, въ Берлинскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ, въ засѣданіи 9-го марта 1894 г. (см. *Centralbl. für Gynaecol.*, 1894, S. 506) и приводится д-ромъ *Якубомъ*. Изъ дебатовъ выяснилось далѣе, что подобные же случаи наблюдались и другими, присутствовавшими въ упомянутомъ засѣданіи членами Общества (*Olshausen, Gusserov, Marthin, Veit, Orthmann*). Изъ 6 сообщенныхъ случаевъ 4 окончились летально. Разумѣется, надо всегда помнить и имѣть въ виду подобныя печальныя явленія, сообщенныя столь авторитетными людьми, но съ другой стороны не слѣдуетъ забывать, что не только острая ложечка, но и всякій рѣшительно инструментъ при неумѣломъ и неосторожномъ съ нимъ обращеніи можетъ причинить большое зло. Акушерскіе щипцы, напримѣръ, безъ сомнѣнія заслуженно получили названіе «спасительнаго инструмента», однако никто не будетъ отрицать того, что этимъ инструментомъ нанесена была масса тяжелыхъ, гибельныхъ травмъ. Мало того, даже помимо травмъ, всякая манипуляція въ полости матки, можно сказать, сопряжена съ нѣкоторою опасностью, для подтвержденія этого

взгляда ссылаюсь на статью *Olshausen*'а, цитируемую и д-ромъ *Якубомъ* (Berliner Klinische Wochenschrift, 1894 г., № 50); въ этой статьѣ проф. *Olshausen* приводитъ свои случаи тяжелой, даже смертельной септицеміи при простомъ расширеніи матки и не губками или ламинаріями, а іодоформной марлей, при чемъ *Olshausen* самъ говоритъ, что послѣдній способъ расширенія сравнительно самый безопасный. Такимъ образомъ, мы должны очень серьезно относиться ко всякому случаю расширенія матки, но изъ этого однако не слѣдуетъ, чтобы надо было отказаться отъ расширенія матки въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оно показано. Даже простое промываніе полости матки, столь употребительное при пуэрперальныхъ заболѣваній, тоже часто осложняется временными тяжелыми общими явленіями, какъ это уже было много разъ описано. (См. статью д-ра *Вуича*, въ протокол. Засѣд. Киев. Гинек. Общ. за 1889 г.); а между тѣмъ промываніе матки съ полнымъ правомъ продолжаетъ оставаться наиболѣе раціональнымъ и распространеннымъ приѣмомъ при лѣченіи пуэрперальныхъ процессовъ.

Я лично была настолько счастлива, что никогда не имѣла никакихъ осложненій послѣ выскабливанія, если не считать наблюдавшагося мною и то очень рѣдко кратковременнаго поднятія температуры, которая всегда скоро возвращалась къ нормѣ, не сопровождаясь никакими мѣстными явленіями. Поэтому я примѣняла его все смѣлѣе и въ этомъ году съ успѣхомъ 2 раза, въ послѣродовомъ періодѣ послѣ срочныхъ родовъ, на 6-й и 5-й день, убѣдившись предварительно въ томъ, что въ полости матки задержались остатки послѣда, приставшіе къ стѣнкамъ и не могущіе быть удалены вполнѣ пальцемъ.

Но такъ какъ вопросъ о цѣлесообразности примѣненія ложечки въ пуэрперальномъ періодѣ послѣ срочныхъ родовъ, слишкомъ серьезень и самостоятеленъ, то я на основаніи 2-хъ случаевъ не могу дѣлать никакихъ заключеній.

Остальные 50 выскабливаній мнѣ пришлось дѣлать при разнаго рода заболѣваніяхъ матки, въ связи съ какимъ либо другимъ оперативнымъ пособіемъ или самостоятельно. Такъ 3 раза я дѣлала выскабливаніе совмѣстно съ удаленіемъ слизистаго полипа, 5 разъ предварительно передъ дисцизіей шейки, 10 разъ одновременно съ ампутаціей шейки, въ остальныхъ

случаяхъ примѣняла его какъ терапію при разнаго рода эндометритахъ. Что касается этихъ случаевъ, то я не могу сказать, чтобы здѣсь острая ложечка казалась мнѣ столь полезной, какъ въ случаяхъ предыдущей категоріи; болѣе всего она умѣстна, разумѣется, при эндометритахъ фунгозныхъ, при всякаго же рода другихъ хроническихъ эндометритахъ, я полагаю, нерѣдко уступаетъ другимъ, болѣе дѣйствительнымъ методамъ лѣченія.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ акушерско-гинекологической литературы:

а) Русской.

137. Л. М. Цвибаевъ.—Къ лѣченію задержки послѣда при выкидышахъ. (Проток. Импер. Кавказск. Мед. Общ., 1895 года, 16 февраля).

Описано три случая: 1) Многорожавшая, 28 лѣтъ. Выкидышъ на 4 мѣсяцѣ беременности, при воспаленіи легкаго, послѣ тряской ѣзды. Послѣдъ съ трудомъ отдѣленъ на другой день. Небольшой кусокъ его не могъ быть отдѣленъ ни пальцами, ни ложкой; онъ выдѣлился при промываніи матки на 5 день. При явленіяхъ эндометрита смерть на 20 день. 2) Многорожавшая, 23 лѣтъ. Привычный выкидышъ на четвертомъ мѣсяцѣ. Черезъ 36 часовъ отдѣленъ послѣдъ, оказавшійся крѣпко соединеннымъ съ задней стѣнкой матки. Кусокъ послѣда не могъ быть отдѣленъ и оставленъ въ маткѣ. Больная поправилась. 3) У предыдущей больной снова (трехмѣсячный) выкидышъ, продолжавшійся нѣсколько дней. Задержка послѣда. Попытокъ къ отдѣленію не дѣлалось. Влагалище и шейка плотно затампонированы іодоформной марлей. Затѣмъ чрезъ нѣсколько дней послѣдъ, за исключеніемъ маленькаго куска, выдѣленъ рукой. Остатокъ послѣда выдѣленъ пальцами въ одинъ изъ слѣдующихъ дней. Больная лихорадила и выздоровѣла. Авторъ заключаетъ, что плотная тампонація матки іодоформной марлей при выкидышѣ очень рациональное средство. Нѣтъ надобности при задержкѣ послѣда при выкидышѣ спѣшить съ извлеченіемъ его. Манипуляціи въ полости матки при выкидышѣ безопасны, если онѣ происходятъ совмѣстно

съ тщательной промывкой полости 3% карболовымъ растворомъ. Послѣдній не такъ легко, повидимому, вызываетъ отравленія.

Н. Какушкинъ.

138. А. А. Муратовъ.—Къ вопросу о пересадкѣ саркомы на здоровыя части тѣла у той-же самой больной. (Еженедѣльникъ, 1895 г., № 15).

Случаи самозараженія ракомъ описаны *Sippel* емъ. Авторъ описываетъ случай самозараженія саркомой. Портниха, 14 лѣтъ; жалобы на сильныя постоянныя боли внизу живота. Распознано новообразование обѣихъ Фаллопиевыхъ трубъ, или яичниковъ, вѣроятно, саркоматознаго характера. Чревосѣченіе показало, что опухоль, обширно сросшаяся съ окружающими органами, принадлежитъ правымъ придаткомъ. При отдѣленіи ея, часть клововато-гнойнаго содержимаго ея излилась въ брюшную полость. Опухоль удалена вся и, тщательно обслѣдованная, оказалась кругло-крупно-клеточковой саркомой, содержащей мѣстами участки веретенообразныхъ клетокъ. Послѣ операции больная лихорадила. На 9 день сняты швы. На 11 день замѣченъ на мѣстѣ выкола верхняго брюшнаго шва красный бугорокъ съ горошину; въ брюшной полости, на мѣстѣ удаленной опухоли, опухоль съ апельсинъ. На мѣстѣ выкола сосѣдняго съ первымъ шва появился затѣмъ также бугорокъ. И бугорки, и опухоль въ брюшной полости быстро росли и свели въ скоромъ времени больную въ могилу. Строеніе опухоли брюшныхъ стѣнокъ было тождественное съ строеніемъ удаленной опухоли. По мнѣнію автора, прививка саркомы здѣсь совершалась на мѣстѣ выколовъ, благодаря тому, что игла, проходя черезъ брюшную полость, захватывала съ собой саркоматозныя частицы.

Н. Какушкинъ.

139. В. В. Лезинъ.—Два случая лоннаго хрящеразсѣченія въ земской практикѣ. (Врачъ, 1895 г., № 16).

Авторъ относится къ операциі лоносѣченія съ нѣкоторымъ увлеченіемъ и высказываетъ пожеланіе, чтобы земскіе врачи способствовали распространенію этой операциі въ Россіи. Его случаи слѣдующіе: 1) Первородящая, 24 лѣтъ. Рахитическій тазъ съ діагональной конъюгатой въ 10 см. Роды начались. Головка вколочена во входъ. Водъ нѣтъ. Схватки частыя. Сагиттальный разрѣзъ въ области лона; у основанія похотника перевязана одна артерія. Разсѣченіе хряща обычнымъ путемъ. При извлеченіи головки щипцами (живой плодъ) концы костей разошлись

на 6 снтм. Количество потерянной крови = 5—6 ложкамъ. Швы не накладывались, только тазъ былъ стянутъ крахмально-марлевой повязкой. Кости прочно срослись черезъ два мѣсяца. 2) Шестиродящая, 32 лѣтъ. 4-е и 5-е роды окончены прободеніемъ головки живого плода. Тазъ общесъуженный. Діагональная конъюгата 11 снтм. Косое положеніе плода, большая головка. Лоноразсѣченіе, какъ въ первомъ случаѣ; кровотеченія 2—3 ложки. Поворотъ на ножку и извлеченіе живого плода. Швы не накладывались. Кости прочно срослись на 44 день послѣ операціи. *Н. Какушкинъ.*

140. **О. А. Рѣзниковъ.**—Четырехлѣтнее задержаніе въ маткѣ скелета плода, умершаго на 7-мъ мѣсяцѣ беременности. (Южно-Русская медицинская газета, 1895 г., № 12).

Крестьянка 35 лѣтъ, родила дважды. Четыре года назадъ она, будучи беременной, перенесла какую-то горячечную болѣзнь, спустя нѣкоторое время послѣ которой у нея началъ изъ половыхъ органовъ выдѣляться гной, а затѣмъ и косточки, что продолжается въ теченіе всѣхъ этихъ четырехъ лѣтъ. Больная—истощена, временами лихорадитъ. Дно матки пальца на 4—5 выше лобка; матка въ перегибѣ назадъ, подвижна; при давленіи на нее въ ней ощущается хрустъ. Придатки и околоматочныя пространства здоровы. Выдѣленія очень вонючи. Каналъ шейки расширенъ сначала расширителями *Hegar'a*, а затѣмъ ламинаріей, до ширины пальца. Кости, оказавшіяся распавшимися въ своихъ сочлененіяхъ, и полуразрушенными, удалены пальцемъ. Послѣ очистки полости матки дѣлались ежедневныя промыванія ея 2% растворомъ карболовой кислоты. Больная черезъ 5 дней встала съ постели, вполне поправившись. Авторъ допускаетъ, что здѣсь было поперечное положеніе плода, которое и помѣшало выходу мертвого плода въ свое время. *Н. Какушкинъ.*

141. **Ф. А. Стефанисъ.**—Случай двойственного уродства. (Университетскія Извѣстія, Кіевъ, 1895 г. № 3).

У многорожавшей молдаванки, 30 лѣтъ, родился ребенокъ съ двумя головками, двумя совершенно обособленными шейками, общимъ туловищемъ, съ двойными наружными мужскими половыми органами, съ четырьмя верхними и двумя нижними конечностями, слѣдовательно, уродъ, который долженъ быть названъ *dicerphalus tetrabrachius masculinus*. Роды продолжались 15 часовъ. Послѣ произвольнаго высвобожденія одной головки и одной ручки

пришлось отрѣзать высвободившуюся головку съ обѣими ручками соотвѣтствующей стороны и одну изъ ручекъ противоположной стороны и затѣмъ сдѣлать поворотъ на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ. Въ статьѣ авторъ даетъ очень подробное описаніе строенія тѣла этого урода. Заслуживаетъ вниманія почти полная раздвоенность скелета туловища и внутреннихъ дыхательныхъ и пищеварительныхъ органовъ (за исключеніемъ печени).

Н. Какушкинъ.

142. С. Войно.—Отчетъ о хирургической дѣятельности лѣчебницы С. В. Топурія въ гор. Кутаисѣ съ 1 мая 1890 по 1 мая 1894 года. Спб. 1895.

Эта лѣчебница подаетъ помощь и гинекологическимъ больнымъ. За отчетное время въ ея амбулаторіи было сдѣлано 717 операций и въ томъ числѣ гинекологическихъ 17 (discisio coli uteri 2, excisio condylomatum 11, удаленіе полипа шейки 3 и удаленіе рака шейки 1). На 457 стационарныхъ больныхъ за отчетное время гинекологическихъ мы насчитали 46 (hymen imperforatus 1, stenosis ostii uteri 17, hypertrophia colli uteri 1, prolapsus uteri et vaginae 2, ruptura colli uteri 2, fistula vesico-vaginalis 5, polypus uteri 3, fibromyoma uteri 2, epithelioma uteri 1, carcinoma colli uteri 1, кисты яичниковъ 3, abortus 1, carcinoma mammae 3, adenoma mammae 4). Во всѣхъ этихъ случаяхъ операція была произведена 38 разъ, въ томъ числѣ чревосѣченіе, для удаленія кистъ яичниковъ, сдѣлано два раза; удалена одна большая подслизистая фиброміома; вылущена опухоль изъ грудной железы въ 5 случаяхъ.

Н. Какушкинъ.

143. В. А. Петровъ.—Случай *hydrosalpingitis*, симулировавшій *выѣмчаточную беременность*. (Отд. отт. изъ Трудовъ Физико-Медиц. Общ. въ Саратовѣ, за 1894 г.).

Больная 37 лѣтъ. 3 мѣсяца назадъ со стороны половыхъ органовъ была здорова; явилась къ автору съ опухолью, равномерно эластическою, овальной формы, не болѣзненной, на 2 пальца не доходящею до пупка; справа отъ опухоли неувеличенная матка. Нагрубшія груди, выдѣляющія молозиво, окраска околососкового кружка и слизистой входа во влагалище—соотвѣтствовали обычнымъ признакамъ беременности. Черезъ нѣкоторое время отмѣчено: остановка роста опухоли, обратное развитіе грудей, нагноительная лихорадка. Это дало поводъ подозрѣвать смерть плода и начавшееся его распаденіе. Въ анамнезѣ больная указывала на дви-

женія плода. Мѣсячныя были правильны, за исключеніемъ одного раза въ началѣ болѣзни, когда они продолжались двѣ недѣли. При чревосѣченіи оказалось, что опухоль была водяною трубы, а нагноительная лихорадка зависѣла отъ небольшого гнойника въ одномъ изъ сросченій между маткой и сальникомъ. Вслѣдствіе сросченій часть стѣнки трубы резецирована, оставшіяся мѣшокъ вшитъ въ рану брюшной стѣнки. Выздоровленіе.

Н. Какушкинъ.

144. В. А. Петровъ.—Медицинскій отчетъ по Саратовскому городскому родильному дому, находящемуся въ вѣдѣніи Физико-Медицинскаго Общества, за 1892 годъ. (Отд. отт. изъ „Саратовск. Санит. Обзора“, 1893 г., №№ 5—6.

Родильный домъ располагаетъ шестью штатными кроватями, но подаетъ помощь числу женщинъ большому, чѣмъ число, соответствующее помѣщенію. При домѣ имѣется повивальная школа. Въ 1892 году оказана помощь 366 женщинамъ, изъ которыхъ каждая въ среднемъ провела въ домѣ 6, 3 сутокъ. Наичаще были крестьянки, мѣщанки, солдаты, по занятіямъ прислуга и портнихи. Замужнихъ было 71,6%; незамужнихъ 28,4%. Первородящія составили 31,6%. Срочныхъ родовъ было 307. Двойней 4. Отношеніе числа мальчиковъ къ числу дѣвочекъ=1,1:1. Мертворожденные составили 5,3%. Операциі сдѣланы въ 11,3% всѣхъ случаевъ; наичаще извлеченіе за ножки и поворотъ на ножки. Разрывъ промежности произошелъ только въ 1,4% всѣхъ родовъ. Абсолютно не лихорадили 83% родильницъ. Процентъ послѣродовыхъ заболѣваній=4,9. Умерло три родильницы (0,8%): одна отъ септического перитонита, при разрывѣ матки (консервативное лѣченіе—извлеченіе плода *per vias naturales*), другая—отъ септического метрофлебита послѣ манипуляцій повитухи (поперечное положеніе), одна отъ азиатской холеры.

Н. Какушкинъ

145. А. Кочетковъ.—Первый случай симфизеотоміи въ елиникѣ проф. Феноменова. (Дневн. Общ. врачей при Казанск. унив., 1894 г., вып. IV).

Третьеродящая, 25 лѣтъ. Размѣры таза: *spinae* 22, *crystae* 24, *s. ext.* 17, *diag.* 9,5. Полное открытіе, головка надъ входомъ, подвижна. Рѣзко выраженное и высоко стоящее кольцо сокращенія. Хорошія схватки. Сердцебиеніе плода стало рѣже. Разрѣзъ кожи, начатый выше лона на 1,5 смт., дойдя до пахотника, уклонился влѣво. Сосуды захватывали пинцетами; мочеиспуска-

тельный каналъ отдавленъ кзади. Разсѣченъ сверху внизъ хрящъ и lig. arcuatum. Кости разошлись на 1,5 снтм., а при извлеченіи плода щипцами—на 5 снтм. Ребенокъ живой. Надкостница сшита тремя шелковыми швами, затѣмъ вторымъ этажемъ кожа и мягкія ткани. Нижний уголъ раны затампонированъ іодоформной марлею. Вокругъ таза ватно-марлево-холщевая повязка. Prima intentio. Черезъ 4 недѣли послѣ операціи, больная стала ходить, будучи совершенно здоровой. Авторъ сознается, что операція донорассѣченія произвела на него пріятное впечатлѣніе. По его мнѣнію, она изгонитъ совершенно кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи.

Н. Какушкинъ.

146. В. А. Петровъ.—Случай полного разрыва матки во время родовъ съ исходомъ въ выздоровленіе. (Отд. отт. изъ Трудовъ Физико-Медицинскаго Общества въ Саратовѣ, за 1893—1894 г.),

Авторъ указываетъ на отсутствіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрывовъ матки такихъ припадковъ, которые обыкновенно считаются кардинальными. Въ его случаѣ, у второродищей, 37 лѣтъ, (первые роды 10 лѣтъ назадъ), срочные роды протекали съ слабыми болями, поступательное движеніе предлежащей части (головки), шло довольно быстро и легко; кольцо сокращенія выражено не было. Первый признакъ наступившаго разрыва матки выразился въ общемъ упадкѣ силъ; потомъ замѣтили, что схватки совершенно прекратились. Предлежащая часть отошла вверхъ. Сдѣланъ поворотъ на ножки и извлеченіе послѣдующей головки щипцами. Послѣдъ извлеченъ изъ брюшной полости. Разрывъ—въ нижнемъ сегментѣ задней стѣнки матки, поперечный. Матка затампонирована іодоформной марлею. Тампонъ удаленъ на четвертыя сутки; затѣмъ дѣлались промыванія матки. Послѣ операціи, больная перенесла мѣстный перитонитъ. Выписалась здоровой на 30 день.

Н. Какушкинъ.

147. Г. И. Лебедевъ.—О лѣченіи гоноррейныхъ страданій придатковъ матки и тазовой брюшины внутриматочными впрыскиваніями спиртоваго раствора алюмола въ смѣси съ іодовою настойкой. (Томскъ, 1895 г.).

Въ противоположность *Sänger*'у, авторъ заявляетъ, что лѣчить гоноррею у женщинъ нужно энергично въ остромъ періодѣ болѣзни, не ограничиваясь однимъ абсолютнымъ покоемъ больной въ постели. Это лѣченіе должно быть направлено на внутреннюю поверхность матки, играющую важную роль въ дѣлѣ воспріятія и распространенія перелойной заразы. Изъ массы средствъ, под-

ходящихъ для такого лѣченія, авторъ выбралъ алюгноль, въ виду его свойства, не разрушая тканей, глубоко проникать въ толщу ихъ. Онъ примѣнялъ его въ слѣдующей смѣси: *alumnol* 2,5 + *spir. vini rectificatissimi* 25,0 + *tinct. jodi* 25,0. Введеніе этой смѣси въ полость матки дѣлалось помощью Брауновской спринцовки, иногда съ предварительнымъ расширеніемъ канала шейки. Смѣсь подогрѣвалась до 28°. Авторъ описываетъ пять случаевъ усиѣннаго примѣненія этого средства. Всѣ случаи съ острыми или обострившимися явленіями: болями, бѣлями (гонококки), выпотомъ въ около маточныхъ пространствахъ, и въ одномъ случаѣ съ опредѣленной этиологіей. Одна больная лѣчилась амбулаторно. Лѣченіе продолжалось отъ одной недѣли до двухъ мѣсяцевъ. Одной больной было сдѣлано всего 24 впрыскиванія. Выводы автора: впрыскиванія алюгнола сокращаютъ теченіе остраго воспалительнаго стадія болѣзни, понижаютъ температуру тѣла и ослабляютъ боли; всасываніе выпотовъ ускоряется, явленія эндометрита ослабляются, при чемъ гнойный секретъ становится слизистымъ.

Н. Какуткинъ.

148. В. А. Петровъ.—Случай фиброіомы. (Отд. отт. изъ Трудовъ Физико-Медиц. Общ. въ Саратовѣ, за 1894 г.).

Крестьянка 27 лѣтъ, больна два года, жалуется на растущую опухоль. Послѣдняя, съ голову взрослого, принадлежитъ тѣлу и дну матки, вполне подвижна. Сдѣлано надвлагалищное отсѣченіе матки съ придатками съ помощью жгута. Ампутаціонный разрѣзъ пришелся на верхнюю часть полости матки. Полость прижжена 10% растворомъ карболовой кислоты. На культю наложены три яруса швовъ: два на мышцы и одинъ на брюшину. Сѣмянные артеріи перевязаны отдѣльно. Послѣоперационное время прошло гладко.

Н. Какуткинъ.

149. М. К. Гайрабетовъ.—Случай полного отсутствія матки.—(Медиц. Обозр., 1895 г., № 13).

Замужняя и бездѣтная. Мѣсячныхъ ни разу не имѣла, но разъ въ мѣсяцъ обычное у нея шелушеніе надкожицы всего тѣла усиливалось, причемъ болѣла голова въ теченіи 3—4 дней. Половые сношенія всегда были безразличны. Наружные половые органы безъ особенныхъ отклоненій. Влагалище длиной около 1½ вершковъ. Въ сводѣ его прощупывается бугорокъ съ горошину. Внутреннихъ половыхъ органовъ нѣтъ. Больная умерла отъ бугорчатки легкихъ и при вскрытіи ея трупа прижизненное

распознаваніе подтвердилось: на мѣстѣ матки и придатковъ имѣется только вышеупомянутый бугорокъ. На мѣстѣ широкихъ связокъ замѣчаются двѣ нѣжныя брюшинныя складки.

Н. Какушкинъ.

150. В. В. Тиляковъ.—Два случая кистъ круглой маточной связки.—(Медиц. Обозр., 1895 г., № 13).

1-й случай: крестьянка 24 л. Опухоль въ области праваго паховаго канала, съ гусиное яйцо, мягко-упругая, неуменьшавшаяся при давленіи, несдвигавшаяся съ мѣста и неуправлявшаяся въ паховой каналъ, проникнуть въ который пальцемъ также не удается.

2-й случай: еврейка 45 лѣтъ. Опухоль справа, съ куриное яйцо, съ тѣми-же свойствами, какъ и у первой больной. Опухоль растетъ. Боли въ ней временами очень сильныя. Въ обоихъ случаяхъ опухоли были отсепарованы до наружнаго отверстія паховаго канала, ножки опухолей перерѣзались ниже лигатуры. Опухоли оказались дольчатыми; каждая долька представляла полость, наполненную прозрачною жидкостью, и отдѣлялась отъ сосѣдней тонкой фиброзной перегородкой. Больныя выздоровѣли.

Н. Какушкинъ.

б) Н ѣ м е ц к о й.

151. Reckmann. — *Zur Aetiologie der Inversio uteri post partum.* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXI, Hft. 2). **Къ этиологии послѣродоваго выворота матки.**

На основаніи одного собственнаго наблюденія, въ которомъ выворотъ образовался безъ всякаго внѣшняго насилія, а также ста случаевъ, собранныхъ изъ литературы послѣднихъ лѣтъ, авторъ приходитъ къ тому заключенію, что самостоятельный выворотъ вовсе не такъ рѣдокъ, какъ это привыкли думать, а что онъ наоборотъ наблюдается чаще, чѣмъ насильственный.

С. Ю. Хазанъ.

152. A. Goenner. — *Zur Hinterscheitelbeineinstellung.* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXI, Hft. 2). **Къ ученію о задней позиціи темянною костью.**

Неправильное вставленіе головки, при которомъ задняя, обращенная къ мысу темянная кость находится надъ тазовымъ входомъ или во входѣ на большемъ протяженіи, чѣмъ передняя, наблюдалось въ Базельской клиникѣ 8 разъ на 2400 родовъ и преимущественно при узкомъ тазѣ. При этомъ лишь трое дѣтей и семь матерей остались въ живыхъ; двое дѣтей умерли во время акта родовъ, а трое были перфорированы; одна изъ матерей умерла вслѣдствіе разрыва матки. Только разъ роды окончились самопроизвольно, въ двухъ случаяхъ былъ сдѣланъ поворотъ на ножки, въ одномъ случаѣ—ланоротомія, въ трехъ случаяхъ была произведена перфорация, а въ одномъ случаѣ головка была извлечена щипцами при одновременномъ исправленіи неправильной позиціи внутренними манипуляціями уже по наложеніи щипцовъ.

С. Ю. Хазанъ.

153. Schaller. — *Zur Casuistik des Vagitus uterinus.* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXI, Hft. 2). **Къ казуистикѣ утробнаго крика плода.**

У 44 лѣтней, VI пара, у которой всѣ прежніе роды вслѣдствіе узкости таза оканчивались помощью искусства, былъ сдѣланъ, 13 часовъ послѣ отхода обильныхъ водъ, поворотъ на ножки при неполномъ раскрытіи зѣва и слабыхъ боляхъ. Въ тотъ самый моментъ, когда колѣно показалось у наружныхъ половыхъ частей,

Sch. слышалъ своеобразные звуки, исходящіе изъ матки. Выпустивъ изъ рукъ ножку, онъ сталъ прислушиваться приложивъ ухо къ маткѣ; звуковъ онъ однако больше не слышалъ, но зато одновременно съ правильными сердечными тонами явственно ощущалъ дыхательныя движенія плода. Когда *Sch.* опять потянулъ за ножку, то онъ, равно какъ и всѣ присутствовавшіе при родахъ, опять услышали явственный крикъ ребенка, повторившійся съ промежутками нѣсколько разъ въ продолженіи 20 секундъ, причемъ при аускультации живота можно было констатировать респираторный шумъ. *Sch.* вновь выпустилъ изъ рукъ ножку и опять потянулъ за нее, но крикъ уже болѣе не повторился. Такъ какъ сердцебіеніе плода стало замедляться, то приступили къ извлеченію, которое однако удалось лишь послѣ перфорации головы тѣмъ временемъ умершаго плода. При секціи послѣдняго оказалось, что правое и среднее легкое, равно какъ желудокъ содержали въ себѣ воздухъ и при погруженіи въ воду плавали. Приведенное наблюденіе, въ которомъ крикъ и дыханіе ребенка имѣло мѣсто при наличности плацентарнаго кровообращенія, заслуживаетъ, по мнѣнію автора, еще особеннаго вниманія, поскольку оно можетъ служить доказательствомъ въ пользу теоріи *Freyer*'а о роли раздраженія кожи при наступленіи перваго дыханія.

С. Ю. Хазанъ.

154. Emanuel Wittkowsky und Veit.—Ueber Endometritis in der Gravidität. (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXII, Hft. 1). Endometritis во время беременности.

E. два раза, у одной и той же молодой многорожавшей, наблюдалъ выкидышъ. Въ обоихъ случаяхъ decidua оказалась сильно утолщеною и пораженною, въ особенности на поверхности, мелкоклѣтчатый инфильтратомъ; но послѣ обработки ихъ по методу *Gram-Weigert*'а, между обѣими deciduae оказалась существенная разница. Въ то время какъ при выкидышѣ, произшедшемъ 2¹/₂ года тому назадъ, въ decidua обнаружены были кокки, при послѣднемъ выкидышѣ были найдены бациллы, которыя *W.* удалось даже демонстрировать въ чистой разводкѣ. Не смотря на то, что въ обоихъ случаяхъ дѣло шло о морфологически совершенно различныхъ микробахъ, *E.* склоненъ видѣть въ нихъ настоящихъ виновниковъ этого характернаго воспалительнаго процесса. *Veit*, въ клиникѣ котораго были произведены изслѣдованія *E. W.*, хотя и признаетъ, что этими изслѣдованіями вопросъ объ этиологіи endometritis gravidarum

еще далеко не исчерпанъ, высказываетъ однако предположеніе, что установленное *Ruge* дѣленіе эндометрита на *end. glandularis* и *end. interstitialis* имѣетъ основаніе и въ этиологіи этого страданія, поскольку glandулярная форма обуславливается различными механическими раздраженіями, а интерстиціальная—имѣетъ источникомъ своимъ инфекцію микробами. То обстоятельство, что въ двухъ беременностяхъ *deciduae* содержали микроорганизмы, *Veit* приводитъ почему-то въ доказательство своего ученія, что *endometritis gravidarum* имѣетъ источникомъ своимъ уже раньше существовавшее заболѣваніе эндометріа.

С. Ю. Хазанъ.

155. Н. Thomson. — *Beiträge zur Extrauterin gravidität.* (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. XXXII, Hft. 1). **Къ казуистикѣ внѣматочной беременности.**

1) Сильно истощенная многорожавшая, у которой послѣднія регулы были 8 мѣсяцевъ тому назадъ, жалуется на боли, и въ послѣднее время на кровотеченіе. Вслѣдствіе неопредѣленнаго характера ощущаемой въ животѣ опухоли, діагнозъ колеблется между *missed labour* и *graviditas extrauterina*. Зондированіе матки, которая оказалась пустою, разрѣшаетъ сомнѣніе. Но раньше, чѣмъ послѣдовало согласіе, тѣмъ временемъ сильно лихорадившей больной, на предлагаемое оперативное вмѣшательство, черезъ небольшое отверстіе во влагалищѣ стала просачиваться вонючая окоплодная жидкость. Расширивъ это отверстіе, приступили къ извлеченію содержаемаго плоднаго мѣшка, которое окончилось не сразу, а длилось съ промежутками нѣсколько дней. Выздоровленіе.

2) 58-лѣтняя, многорожавшая рассказываетъ, что, 13 лѣтъ тому назадъ, она была беременна, но къ сроку не родила, а плодъ извлекла себѣ сама по частямъ нѣсколько времени спустя черезъ образовавшееся около пупка отверстіе, черезъ которое съ того времени постоянно выдѣляется калъ. Лапоротомія при наркозѣ эфиромъ. Разрѣзъ въ видѣ двухъ дугъ, мимо констатированныхъ около пупка двухъ фистулъ, отпрепарированіе сращеній кишекъ, съ брюшною стѣнкою, эксцизія части брюшной стѣнки, зашитіе по *Lembert*'у какъ фистулъ, такъ и нѣкоторыхъ дефектовъ, образовавшихся при операціи. Послѣоперационный періодъ почти безъ реакціи; полное выздоровленіе.

3) 26-лѣтняя многорожавшая жалуется на уже 1½ мѣсяца продолжающіяся крови, которыя начались мѣсяцъ спустя послѣ прекратившихся нормальныхъ регулъ. Матка нѣсколько увели-

чена; вправо и сзади отъ нея находится величиною въ дѣтскую головку опухоль, которая выполняетъ собою полость малаго таза; слизистая оболочка влагалища разрыхлена, изъ грудей выдѣляется молоко. Малый пульсъ и лихорадочное состояніе заставляютъ снѣшить съ операціею. Лапаротомія. При разрѣзѣ опухоли, вытекаетъ большое количество крови. Плода не оказалось; тонкія стѣнки плодохранилища были фиксированы въ нижнемъ углу брюшной раны. Выздоровленіе.

Въ 4) и 5) случаяхъ, продуктъ трубной беременности всосался безъ особыхъ осложнений.

С. Ю. Хазанъ.

156. Kleinwächter.—Uterusmyom und Gestation. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXXII, Hft. 2). **Миома матки и плодовитость.**

Подтвердивши на основаніи 184 случаевъ фибромиомы матки положеніе, высказанное *Hofmeier*’омъ (см. этотъ журналъ за 1895 г. стр. 284) что, ни полное безплодіе, ни уменьшенная плодовитость не должны быть разсматриваемы какъ послѣдствія пораженія матки фибромиомами, *Kl.*, послѣ наблюденнаго имъ случая смертельнаго атоническаго послѣродового кровотеченія, благодаря присутствію въ маткѣ міомъ, никакъ однако не можетъ согласиться съ названнымъ авторомъ, будто осложненія, встрѣчающіяся при міомахъ во время акта родовъ, только въ рѣдкихъ случаяхъ вызываютъ серьезную опасность.

С. Ю. Хазанъ.

157. Neumaun.—Zwei Fälle von Tetania gravidarum. (Arch. f. Gyn., Bd. XLVIII, Hft. 3). **Два случая tetania gravidarum.**

Наблюденные авторомъ въ клиникѣ *Schauta* случаи tetania заслуживаютъ особаго вниманія главнымъ образомъ потому, что въ этихъ случаяхъ на сцену выступаетъ новый, до сихъ поръ еще не описанный симптомъ: дѣло именно въ томъ, что въ обоихъ случаяхъ тоническія судороги или гиперестезія въ пальцахъ появлялись всякій разъ при произвольныхъ или искусственно вызванныхъ маточныхъ сокращеніяхъ. Этотъ фактъ еще болѣе укрѣпляетъ автора въ его убѣжденіи, что существуетъ причинная связь между беременностью и tetania. Но такъ какъ трудно себѣ объяснить вліяніе нормальной беременности на tetania, то приходится допустить, что въ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ объ уже раньше существовавшихъ хроническихъ измѣненіяхъ въ нервномъ аппаратѣ, при чемъ беременность является лишь предрасполагающимъ моментомъ.

С. Ю. Хазанъ.

158. Voigt.—Fall von Kaiserschnitt nach Porro in der Schwangerschaft wegen malignen Ovarialtumors nebst Beitrag zur Pathologie des Corpus luteum. (Arch. f. Gyn., Bd. XLIX, Hft. 1). Случай операціи Porro во время беременности вслѣдствіе злокачественной овариальной опухоли и къ патологіи corpus luteum.

У 30 лѣтней, II grvida, стала сильно расти овариальная опухоль. Благодаря причиняемымъ ею сильнымъ болямъ, чрезмѣрному истощенію больной, а главное, тому обстоятельству, что не было надежды на проивольное окончаніе родовъ, такъ какъ опухоль выполняла собою полость малаго таза, было приступлено къ овариотоміи. Но опухоль оказалась твердою и сросшеюся съ сосѣдними органами, въ особенности съ маткой, почему пришлось ампутировать также и эту послѣднюю. Виѣбрюшинный уходъ за ножкою и дренированіе по *Микуличу*. Операцію больная повидимому перенесла, но она умерла на 11 день, какъ показала секція, вслѣдствіе кровотеченія изъ стараго изъязвленія желудка. Данные микроскопическаго изслѣдованія опухоли заставляютъ автора предположить, что опухоль образовалась изъ желтаго тѣла.

С. Ю. Хазанъ.

159. Fehling.—Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalakie. (Arch. f. Gyn., Bd. XLVIII, Hft. 3). Еще къ ученію объ остеомалачіи.

Обозрѣвъ результаты собственныхъ наблюденій, равно какъ и литературу послѣднихъ лѣтъ, F. слѣдующимъ образомъ рисуетъ намъ состояніе вопроса объ остеомалачіи. Размягченіе костей не есть болѣзнь свойственная исключительно костямъ таза; въ трудныхъ случаяхъ поражаются также и кости позвоночника, бедеръ, грудной кѣтки, рѣже верхнихъ конечностей и черепа. По существу своему остеомалачія болѣзнь воспалительная: распадъ костной ткани беретъ перевѣсъ надъ ростомъ. Чѣмъ обусловливается раствореніе кальцевыхъ солей—остается пока не разъясненнымъ: гипотеза-же о присутствіи въ тканяхъ костнаго мозга свободной кислоты является мало вѣроятною. Дальнѣйшія измѣненія при остеомалачіи заключаются въ уменьшеніи щелочности крови и содержанія въ ней гемоглобина и въ измѣненіи относительнаго количества клѣтчатыхъ элементовъ. Далѣе при разбираемой болѣзни находятъ пораженіе яичниковъ въ видѣ гіалинаго перерожденія сосудовъ. Затѣмъ весьма возможно, что существуютъ также измѣненія въ центральной и симпатической нервной системѣ, но ближайшій характеръ этихъ измѣненій еще не выясненъ.

Что же касается наконецъ остальныхъ измѣненій въ организмѣ при остеомалациі, то они вторичнаго характера, являясь при высокихъ степеняхъ этого страданія, какъ напр. кахексія и обусловливаемый ею туберкулезъ. Улучшеніе и исцѣленіе, наблюдаемая послѣ операціи Porro и кастраціи, говорятъ убѣдительно за то, что пораженіе личниковъ не есть слѣдствіе, а причина размягченія костей. Болѣзнь эта распространена преимущественно въ влажныхъ мѣстностяхъ, а въ отдѣльныхъ случаяхъ является подъ непосредственнымъ вліяніемъ сырой квартиры, простуды и т. п., при чемъ беременность и роды несомнѣнно предрасполагають къ заболѣванію. При лѣченіи разбираемаго страданія улучшеніе гигиеническихъ условій и воздержаніе отъ беременности должны быть на первомъ планѣ; затѣмъ является полезнымъ, въ особенности въ началѣ болѣзни, употребленіе фосфора, желѣза, рыбьяго жира, примѣненіе ваннъ и т. п. При сильныхъ степеняхъ болѣзни можно уже въ началѣ беременности прибѣгнуть къ выкидышу, въ концѣ беременности лучше всего сдѣлать Porro съ кастраціею. Последняя операція, т. е. кастрація, показуется также въ трудныхъ и упорныхъ случаяхъ внѣ акта родовъ, такъ какъ она почти безошибочно ведетъ къ цѣли.

С. Ю. Хазанъ.

160. Polgár.—Die Heilung der Osteomalacie mittelst Castration. (Arch. f. Gyn., Bd. XLIX, Hft. 1). Лѣченіе остеомалациі помощью кастраціи.

Результаты, достигнутые въ Будапештской клиникѣ, наглядно показываютъ, что, если гигиеническіе и фармацевтическіе приемы оказываютъ благотворное дѣйствіе на остеомалацию, то кастрація во всякомъ случаѣ принадлежитъ пальма первенства въ ряду терапевтическихъ приемовъ, такъ какъ при помощи этой операціи излѣчиваются даже такіе случаи, которые не поддаются дѣйствію другихъ средствъ.

С. Ю. Хазанъ.

161. Frh. von dem Bussche-Haddenhausen.—Die in den Jahren 1890 bis 1894 in der Frauenklinik zu Göttingen operirten Fälle von Osteomalacie. (Arch. f. Gyn., Bd. XLIX, Hft. 1). Случаи остеомалациі, оперированные въ Геттингенской клиникѣ, въ періодъ времени съ 1890 по 1894 годъ.

Передавъ исторію болѣзни 6 случаевъ остеомалациі, при которыхъ была произведена кастрація (въ 5 случаяхъ), resp. операція Porro (въ 1 случаѣ), авторъ пытается бросить нѣкоторый свѣтъ

на этиологию, патогенезъ и терапію этого страданія. Плохія гігієніческія условія, какъ сырое помѣщеніе, дурная пища и т. д. играютъ повидимому послѣднюю роль въ этиологіи этой болѣзни; все скорѣе говоритъ за географическое ея распространеніе, такъ какъ она является лишь въ извѣстныхъ мѣстностяхъ. Благотворное вліяніе кастраціи на остеомалачію несомнѣнно и выражается прежде всего въ уменьшеніи болей. Хотя и не существуетъ еще удовлетворительнаго объясненія этого вліянія, необходимо все же признать эту операцію, въ особенности, когда другіе методы лѣченія остались безъ результата.

С. Ю. Хазанъ.

162. Rossier.—Anatomische Untersuchung der Ovarien in Fällen von Osteomalakie. (Arch. f. Gyn., Bd. XLVIII, Hft. 3). **Анатомическое изслѣдованіе яичниковъ въ случаяхъ остеомалачіи.**

Сырыя квартиры, плохой образъ жизни, скудная мясомъ пища, употребленіе для питья бѣдной солями кальція воды, частыя беременности, долгое кормленіе и т. п. играютъ безъ сомнѣнія не послѣднюю роль въ этиологіи этого страданія, но блестящіе результаты, достигаемые путемъ кастраціи, указываютъ еще на одинъ моментъ, а именно на непосредственное вліяніе яичниковъ. Предпринятая для провѣрки этого вліянія микроскопическія изслѣдованія яичниковъ показали гіалиновое перерожденіе сосудовъ и окружающей ихъ соединительной ткани.

Хазанъ.

163. W. von Skowronski.—Ueber das runde Geschwür der Scheide. Beobachtung an einer lebenden Frau. (Centralbl. f. Gynäk., 1895 г., № 10). **О круглой язвѣ влагалища. Наблюденіе у живой женщины.**

Авторъ не нашелъ въ литературѣ описанія случая этой, такъ называемой, круглой разѣдающей язвы *Clarke*, наблюдавшагося у живой женщины. Его случай касается 37 лѣтней, рожавшей, женщины, заболѣвшей годъ назадъ бѣлями и болью при мочеиспусканіи. Авторъ нашелъ у нея припуханіе и болѣзненность отверстія мочеиспускательнаго канала и передняго края входа во влагалище. На 1½ снтм. отъ входа на передней стѣнкѣ влагалища имѣлась язва, величиной съ крейцерову монету; язва круглой формы, съ ровными краями, покрытая вялыми грануляціями съ сѣро-гноевиднымъ выдѣленіемъ. Она была принята за раковую и вырѣзана, но микроскопъ показалъ, что по краю язвы эпителий влагалищной оболочки внезапно прерывался, замѣняясь прогрес-

сивно по направленію къ центру язвы распадающимися элементами. Только подслизистая ткань сохранила свое строеніе. Стѣнки сосудовъ у края язвы гипертрофированы, сосуды влагалищной мускулатуры утолщены.

Н. Какушкинъ.

164. Проф. Генриціусъ.—Два случая *enteroceles vaginalis posterior*.—(Centr. f. Gynaec., № 17, 1895 г.).

Г. описываетъ два случая указаннаго заболѣванія, діагносцированнаго раньше оперативнаго пособія. Въ первомъ случаѣ имѣлось интересное осложненіе въ видѣ двухъ колоидныхъ кистъ, изъ которыхъ одна была разорвана и большая часть ея содержимаго находилась въ брюшной полости. *Ovariectomy duplex et ventrofixatio uteri*. Дугласъ оказался чрезвычайно глубокимъ, достигающимъ того отдѣла, который въ видѣ опухоли выдавался изъ половой щели. Гладкое послѣоперационное теченіе. Тѣмъ не менѣе нѣсколько времени послѣ операциі снова было констатировано *enterocoele*. Во второмъ случаѣ была сдѣлана *colporrhaphia posterior*. Гладкое послѣоперационное теченіе, тѣмъ не менѣе новое появленіе грыжи.

Спироговъ.

165. Dr. Hermes.—Исслѣдованія объ отношеніи температуры и смертности новорожденныхъ въ связи съ заболѣваніями пупка.—(Centr. f. G., № 17, 1895 г.).

Н. произвелъ измѣреніе температуры у 100 новорожденныхъ въ теченіе декабря 1894 и января 1895 г. въ школѣ для повивальныхъ бабокъ въ Данцигѣ. Температура измѣрялась *in recto* 2 раза въ день, въ подозрительныхъ-же случаяхъ до 3—4 разъ въ различное время дня. Обыкновенно измѣренія производились начиная съ 3-го дня. Результатъ измѣреній былъ слѣдующій: до отпаденія пупочнаго остатка t^0 новорожденныхъ колебалась между 36,1—37,4°. Въ день отпаденія t^0 колебалась между 36,3—37,9°. Въ первый день послѣ отпаденія остатка t^0 колебалась между 36,2—37,7°, на второй день между 36,8—37,6°. Авторъ принимаетъ t^0 37,8—38,0° на 4-й—5-й день согласно съ *Winckel*’емъ за выраженіе заболѣванія у ребенка. Такая t^0 встрѣчалась лишь 2 раза, и именно въ день отпаденія пупочнаго остатка. Авторъ отмѣчаетъ, что состояніе здоровья дѣтей, какъ и родильницъ, въ эти мѣсяцы было очень хорошее. Далѣе онъ приводитъ время отпаденія пупочнаго остатка въ ихъ заведеніи:

на 5 день— 6°/о

„ 6 „ —17°/о

на	7	день	—22 ⁰ / ₀
"	8	"	—24 ⁰ / ₀
"	9	"	—14 ⁰ / ₀
"	10	"	— 6 ⁰ / ₀
позднѣе	"		— 6 ⁰ / ₀

Они смазывали пупочный остатокъ 4⁰/₀ карболовымъ вазелиномъ и ежедневно купали ребенка.

166. Dr. Farner.—Къ казуистикѣ елѣфантіазиса (Ein Beitrag zur Kasuistik der Elephantiasis).—(Ibid., № 17).

F. сообщаетъ случай елѣфантіазиса наружныхъ половыхъ органовъ, удаленной оперативнымъ путемъ. Изъ сопоставленія анамнестическихъ, клиническихъ и патолого-анатомическихъ данныхъ онъ приходитъ къ заключенію (въ противоположность общераспространенному взгляду), что причина этой болѣзни кроется въ повторныхъ раздраженіяхъ, ведущихъ къ хроническому воспаленію лимфатическихъ сосудовъ, а не въ первичномъ застоѣ лимфы.

167. Dr. Keilmann.—Шулцевскія качанія при переломахъ ключицы.—(Centr. f. Gyn., № 3, 1895 г.).

Авторъ приводитъ мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ, указывающихъ на непримѣнимость способа *Schultze*, для оживленія ребенка при переломахъ ключицы, тяжеломъ вѣсѣ ребенка и проч. *K.* присоединяется къ мнѣнію *Schultze*, что даже и при этихъ условіяхъ осторожныя, *lege artis* выполненныя качанія по *Schultze* не вредятъ ребенку, сопровождаясь обычнымъ быстрымъ устраненіемъ асфиксіи. Два случая подобнаго рода подробно описываются имъ.

K. между прочимъ отмѣчаетъ признакъ, которымъ онъ руководствуется при оцѣнкѣ дѣятельности сердца плода, даже когда послѣдній большей своей частью находится въ маткѣ: сдавливая кожу ребенка, удаляютъ кровь изъ подлежащаго участка; если послѣдняя быстро наполняетъ сосуды (узнаютъ по окраскѣ) послѣ прекращенія давленія, то дѣятельность сердца удовлетворительна, если медленно—обратное заключеніе.

Строгановъ.

168. Dr. H. Peters.—Инкарпѣрація удлиненой влагалищной части.—(Centr. f. Gynaec., № 3, 1895 г.).

P. сообщаетъ рѣдкій случай инкарпѣраціи влагалищной части въ Брауновскомъ пессаріѣ. Норожавшая женщина, 41 году отъ роду, имѣла рѣзкое удлиненіе влагалищной части такъ, что наружный зѣвъ находился in rima pudendorum, передній влагалищ-

ный сводъ, занималъ свое нормальное положеніе, а задній стоялъ очень высоко. Длина влагалищной части 10 сант. *Pars intermedia* была также увеличена, какъ видно изъ вышеизложеннаго. Черезъ 10 дней послѣ вставленія пессарія больная снова обратилась къ врачу по поводу очень сильныхъ болей. Констатировано проникновеніе почти всей влагалищной части въ отверстіе пессарія и явленія невиравимаго ущемленія. Ампутація. Выздоровленіе.

Строгановъ.

169. Dr A. Hink.—Клиническая судорога діафрагмы у плодовъ.—(C. f. Gynaec., № 5, 1895 г.).

На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ заключенію, что таковая дѣйствительно существуетъ. На 750 родовъ въ клиникѣ *Брауна* (Вѣна) онъ наблюдалъ эти явленія 7 разъ какъ у перво-, такъ и у многорождавшихъ. Изъ нихъ 3 раза во время родовъ и 4 въ теченіи послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Онъ подробно описываетъ одинъ случай подобнаго рода, въ которомъ во время родовъ онъ констатировалъ икоту плода представившаго черезъ 2 минуты по рожденіи картину типическаго *singultus*. При этомъ констатируютъ обыкновенно ритмическія вздрагиванія (черезъ 3—4 секунды) живота беременной, ощущаемыя рукой и сопровождающіяся особымъ ясно опредѣляемымъ тономъ,

170. Проф. Губаревъ.—О лѣченіи эклампсiи.—(C. f. Gynaec. № 5, 1895 г.).

6 случаевъ эклампсiи, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. *Губарева*, всѣ окончились выздоровленіемъ. Онъ ставитъ это въ зависимость съ слѣдующимъ примѣненнымъ лѣченіемъ: наркотическія средства, главнымъ образомъ морфiй въ среднихъ, но частыхъ дозахъ (0,015 подкожно до 6 разъ въ 24 час., смотря по количеству мочи), клистиры изъ хлорала и только во время операцій (*inclus.* катетеризація пузыря) легкій хлороформный наркозъ. Примѣненіе *larga manu* всѣхъ наружныхъ средствъ, возбуждающихъ дѣятельность кожи—постоянно теплыя влажныя обертыванія, только очень рѣдко теплыя ванны, многократныя въ теченіи сутокъ обтиранія смѣсью уксуса, спирта и соли, доступъ горячаго воздуха; гдѣ возможно—тщательное опорожненіе кишечника (*Natr. et magnes. sulfur. aa*).

Дѣятельность почекъ возбуждалась пріемами молока, минеральныхъ водъ и въ особенности мѣстнымъ примѣненіемъ жара на почечную область, посредствомъ большаго, 4 угольнаго резино-

ваго мѣшка, наполненнаго теплою водою, „что всегда сопровождалось чрезвычайно благоприятнымъ дѣйствіемъ на освобожденіе мочи“. Въ одномъ очень тяжеломъ случаѣ было примѣнено кровопусканіе въ 600 grm. послѣ родовъ, сопровождавшееся внезапнымъ прекращеніемъ припадковъ и рѣзкимъ улучшеніемъ общаго состоянія. На слѣдующій день вынуждено еще 500 grm., послѣ чего вскорѣ возвратилось сознаніе.

171. **Dr Witthauer.**—Опухоль печени, достигшая малаго таза.—(C. f. Гynaec., № 5, 1895 г.).

Большая злокачественная опухоль печени, нижнимъ отрѣзкомъ лежавшая въ маломъ тазу.

При изслѣдованіи per vaginam матка не могла быть точно опредѣлена, равно не могли доказать отсутствіе связи между маткой и опухолью.

Была предположена опухоль матки, или придатковъ. При произведенной лапоротоміи оказалось, что опухоль исходила изъ печени. Смерть на вторые сутки послѣ операціи. *Строгоновъ.*

172. **Otto Küstner.**—Операція Alexander'a. (Бреславльская гинекологическая клиника).—(Centr. f. Гynaec., № 7, 1895 г.).

Въ началѣ К. былъ принципиальнымъ противникомъ этой операціи, затѣмъ подъ вліяніемъ результатовъ другихъ операторовъ, онъ дважды обращался къ ней и всегда съ неудовлетворительнымъ результатомъ. Работы *Lanz'a* и *Werth'a*, снова заставили его обратиться къ этой операціи. Онъ придаетъ особенное значеніе модификаціи *Koehera*, по которому производится большой кожный разрѣзъ; разсѣкается весь паховой каналъ и вытянутая и обнаженная lig. rotundum пришивается къ fasciam superficialem.

К. подчеркиваетъ, что слѣдуетъ оперировать по этому способу лишь совершенно подвижныя матки, находящіяся въ retroversio-flexio. Вотъ его описаніе операціи: передъ операціей исправляется положеніе матки, затѣмъ сначала съ лѣвой стороны производится разрѣзъ, длиною 6—8 сант., въ направленіи Пунартовой связки, или-же нѣсколько выше ея, начиная отъ tubercum pubis. Обнаживъ fasciam superficialem, узнаютъ по выступающимъ гроздьямъ жира наружное паховое кольцо. Отъ него разсѣкаютъ однимъ ударомъ ножницъ весь паховой каналъ, захватываютъ содержимое его въ пинцетъ *Koeberle* и изолируютъ ligamentum rotundum отъ n. ileo-inguinalis, жира и мышечныхъ и сухожильныхъ пучковъ m. obliqui interni. Изолировавъ, такимъ образомъ, связку на $\frac{1}{2}$ —

$\frac{3}{4}$ сант., захватываютъ ее пальцами и влекутъ, пока дѣлается ясно видимымъ processus vaginalis peritonei, черезъ этотъ послѣдній ведутъ первую фиксирующую нить изъ katgut, которая проходитъ также черезъ fasciam superficialem, обыкновенно накладываютъ еще 2-й шовъ черезъ ворсину перитонеального выступа, прочіе 2—3 шва кладутъ на свободную часть связки, сшивая ее съ фасціей и мягкими частями до наружнаго угла кожной раны. Остальная, не фиксированная часть lig. rotund. ампутируется. Пара перевязокъ, закрытіе раны этажнымъ швомъ. Подобнымъ же образомъ выполняется операція и на другой сторонѣ. Повязка, 8—10 дневное постельное содержаніе. Выписка на 14—20 сутки.

Имъ были оперированы, такимъ образомъ, 30 случаевъ съ полнымъ успѣхомъ. Только одинъ разъ (изъ 60) онъ не нашелъ ligam. rotundum. К. высказываетъ въ концѣ сожалѣніе, что раньше не производилъ этой операціи.

173. Westermarck.—Случай имплантаціи мочеочника въ мочевоу пузырь.—(Centr. f. Gynaec., № 7, 1895 г.).

Попытки приживить мочеочникъ къ мочевоу пузырю дѣлались уже давно и много разъ, но всегда съ не успѣхомъ; только въ послѣднее время *Büdingen*'у удалось въ 2-хъ случаяхъ получить благопріятный исходъ въ опытахъ на собакахъ, а *Mayo* сообщаетъ даже о подобной операціи на человѣкѣ, тѣмъ не менѣе при ближайшемъ разборѣ случай *Mayo* не можетъ быть признаннымъ относящимся къ этой категоріи.

Такимъ образомъ, сообщаемый случай *Westermarck*'а первый, въ которомъ удалось оперативнымъ путемъ приживить мочеочникъ къ мочевоу пузырю.

Производя экстирпацію матки, пораженной раковымъ процессомъ по сакральному методу, W. констатировалъ переходъ рака на мочевоу пузырь и мочеочникъ, вслѣдствіе чего и произвелъ резекцію пораженныхъ частей. По удаленіи матки и всей раковой опухоли сначала было приступлено къ зашиванію раны мочеваго пузыря, при чемъ было наложено два ряда швовъ—глубокій—проникавшій черезъ наружный покровъ пузыря и его мышечный слой (NB. слизистая оболочка не была захвачена), поверхностный шовъ захватывалъ только наружный покровъ. Въ оставленное небольшое отверстіе въ пузырь былъ пришить подобнымъ же образомъ конецъ мочеочника, при чемъ было наложено 4 шва проникающихъ наружный и мышечный слой обоихъ полыхъ органовъ; такъ что послѣ стягиванія мышечный

слой мочеточника прилегалъ къ мышечному слою пузыря, а наружный соединительнотканый покровъ перваго — къ соотвѣстственному втораго. Послѣ этого былъ наложенъ новый рядъ швовъ, который покрывалъ первые, при чемъ наружный покровъ мочеточника пришивался къ наружному покрову пузыря. Матеріалъ для шва—*kätgut*. Выздоровленіе. Удовлетворительная функція почекъ и пузыря. Въ заключеніе авторъ на основаніи даннаго случая высказывается въ томъ смыслѣ, что въ подобныхъ случаяхъ не столько важно примѣненіе того или другого метода наложенія швовъ, сколько точность соединенія краевъ раны и асептическое веденіе операціи.

174. **Dührssen.**—Объ экстирпаціи влагалища.—(*Centr. f. Gynaec.*, № 9, 1895 г.).

D. сообщаетъ случай экстирпаціи влагалища вмѣстѣ съ высокой ампутаціей шейки у 50-ти лѣтней женщины, страдавшей ракомъ вагины и влагалищной части и крайне изнуренной непрерывными кровотечениями.

Прежде всего былъ произведенъ влагалищно-промежностный разрѣзъ, вслѣдствіе котораго операціонное поле сдѣлалось легко доступнымъ зрѣнію. Вся раковая поверхность прижжена Пакеленомъ. Затѣмъ произведенъ разрѣзъ вокругъ задней и боковой границы карциномы, начинавшійся отъ влагалищно-промежностнаго разрѣза и достигавшій передняго свода. Карцинома со стороны влагалищной промежности разрѣза отдѣлена отъ *rectum* частію тупымъ путемъ, частію ножомъ.

Кровотеченіе останавливалось то пинцетами, то обкалываніемъ. Отдѣливши до матки, вскрыли передній влагалищный сводъ, отдѣлили пузырь отъ шейки и вошли въ передній Дугласъ, послѣ чего введеннымъ пальцемъ констатировали полушарообразный выступъ опухоли въ лѣвомъ параметріѣ.

Закрытіе перитонеальнаго отверстія кетгутowymi швами и совершенное соединеніе концовъ, промежностно-влагалищнаго и окружающаго карциному разрѣзовъ другъ съ другомъ. Обкалываніе основанія правой широкой связки и отдѣленіе послѣдней. Высокая ампутація шейки и немедленное сшиваніе передней влагалищной стѣнки съ слизистой оболочкой канала шейки. Разсѣченіе оставшагося соединенія опухоли съ лѣвымъ влагалищнымъ сводомъ и удаленіе ампутированной шейки вмѣстѣ съ пораженной новообразованіемъ частью вагины. Сшиваніе влагалищнаго

разрѣза частію съ слизистой канала шейки, частью другъ съ другомъ. Наложеніе швовъ на промежность.

Только для обкалыванія правой широкой связки былъ примѣненъ шелкъ, между тѣмъ какъ во всѣхъ другихъ мѣстахъ кетгутъ.

Гладкое выздоровленіе. Хорошее самочувствіе въ теченіи перваго мѣсяца послѣ операци. *D.* находитъ свой методъ болѣе удобнымъ, чѣмъ ранѣе описанный *Ольсгаузеномъ*.

175. *W. Thorn.*—**Къ операци большихъ карциномъ задней стѣнки влагалища.**—(*Cent. f. Gynaec.*, № 9, 1895 г.).

Авторъ сообщаетъ два случая рака влагалища, оперированныхъ имъ по способу, сходному съ описаннымъ *Ольсгаузеномъ* (См. Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, январь, 1895 г.). Какъ и въ случаяхъ *O. Thorn* наблюдалъ вскорѣ рецидивы. Онъ полагаетъ, что удаленіе пораженій влагалища въ заднемъ отдѣлѣ по перинеальному способу представляется болѣе легкимъ.

176. *I. Starlinger.*—**Новый маточный расширитель по старому принципу.**—(*Ibid.*, № 9).

Авторъ представляетъ рисунокъ новаго расширителя, устроеннаго по образцу общеизвѣстнаго расширителя для перчатокъ. Къ сожалѣнію даже не указано, примѣнялъ-ли авторъ свой инструментъ на больныхъ.

177. *Heinrich Ludwig.*—**Къ патологій околоплодной жидкости. (Виноградный сахаръ въ околоплодной жидкости диабетической беременной).**—(*Centr. f. Gynaec.*, № 11, 1895 г.).

Авторъ сообщаетъ случай нахожденія сахара въ околоплодной жидкости диабетической больной. Состояніе ея въ послѣдніе дни беременности рѣзко ухудшилось, при чемъ одновременно было замѣчено довольно быстрое увеличеніе живота. Во время родовъ было выпущено при искусственномъ разрывѣ пузыря 4000,0 околоплодной жидкости, которая содержала 0,3% сахара. Послѣ родовъ состояніе больной довольно скоро улучшилось. Разбирая вопросъ какимъ путемъ попалъ сахаръ въ околоплодную жидкость, авторъ склоняется въ пользу того, что онъ трансудировалъ вмѣстѣ съ жидкостью изъ крови матери. Авторъ полагаетъ, что сахаръ не могъ быть выдѣленнымъ съ мочей ребенка, такъ какъ послѣдній находился въ состояніи сильной мацераци и слѣдовательно, въ періодъ быстрого накопленія жидкости былъ уже мертвъ.

178. Ludwig Pincus.—О терапевтическомъ примѣненіи горячаго (100° С.) водяного пара въ гинекологіи.—(Centr.f. Gynaec., № 11, 1895 г.).

Побуждаемый заявленіемъ проф. *Снегирева* о высокомъ достоинствѣ пара, какъ кровоостанавливающаго средства, авторъ примѣнилъ его въ 9 случаяхъ гинекологическихъ заболѣваній съ вполне удовлетворительнымъ успѣхомъ.

Съ этой цѣлью онъ примѣнилъ котелокъ ингаляціоннаго аппарата, къ которому были придѣланы предохранительный клапанъ и термометръ. Паръ выходилъ по цинковой трубкѣ, на наружный конецъ которой надѣвалась сѣрая резиновая трубка. Для проведения пара въ матку онъ пользовался сначала Фритчевскимъ катетеромъ, затѣмъ специально для этого приготовленнымъ инструментомъ, сходнымъ съ мужскимъ катетеромъ, но имѣющимъ меньшую кривизну и вмѣсто 2 окошечекъ, имѣвшимъ 3 продолговатыхъ отверстія. Для избѣжанія ожога пальцевъ при употребленіи, были придѣланы 2 специальныхъ штифтика.

Авторъ отмѣчаетъ слѣдующія детали при примѣненіи этого способа: паръ не долженъ проходить черезъ аппаратъ въ моментъ введенія его въ матку; дѣйствовать паромъ можно лишь короткое время— $\frac{1}{2}$ —1—1 $\frac{1}{2}$ минуты; крайне важно, чтобы аппаратъ, вырабатывающій паръ, былъ снабженъ предохранительнымъ клапаномъ и чтобы введенный въ матку инструментъ имѣлъ большія отверстія. Примѣненіе этого способа показано лишь при заболѣваніи внутренней поверхности матки безъ сопутственнаго пораженія придатковъ. Оно мало болѣзненно, легко примѣнимо и обыкновенно сопровождается рѣзкимъ улучшеніемъ состоянія. Нужно отмѣтить, что наблюденія автора продолжались лишь короткое время.

Строгановъ.

179. Gustav Woyer. (Изъ клиники проф. *Schantz*).—Случай эклампсіи у матери и ребенка.—(Centr. f. Gynaec., № 13, 1895 г.).

Теченіе и терапія даннаго случая настолько интересны, что я позволю себѣ дать подробный рефератъ его. 30 лѣтняя, перворождающая, доставлена въ клинику въ безсознательномъ состояніи. По словамъ родственниковъ она имѣла въ теченіи послѣднихъ 2 часовъ 2 судорожныхъ припадковъ. Вскорѣ по прибытіи наступилъ новый—3-й припадокъ судорогъ, 5 минутной продолжительности, характерныхъ для эклампсіи. Частота пульса около 120 въ минуту, сильные трахеальные хрипы, пѣна у рта, глубокій ціанозъ, сопорозное состояніе. Спустя нѣкоторое время состояніе нѣсколько

улучшилось. Пульсъ 96 ударовъ, дыханіе 36 въ минуту—поверхностное. Катетеромъ выпущено 30 ссм. концентрированной, темно-коричневой мочи, содержащей 9⁰/₁₀₀, по *Essbach*'у, бѣлка, а въ осадкѣ имѣвшей многочисленныя зернистыя и эпителиальныя цилиндры.

При акушерскомъ изслѣдованіи тазъ оказался нормальнымъ, плодъ въ I черепномъ положеніи, наружный зѣвъ и шейка проходимы лишь для одного пальца, каналъ шейки имѣетъ около 2¹/₂ сант. въ длину. Пузырь цѣль. Головка подвижна надъ входомъ. Выприснуть morphium подъ кожу въ *Veit*овскихъ дозахъ. Однако въ теченіи ближайшихъ 30 минутъ 2 новыхъ эclamптическихъ припадковъ 5 минутной продолжительности. Состояніе больной еще болѣе ухудшилось. Зѣвъ и шейка остались почти безъ измѣненія.

Рѣшили примѣнить колпейринтеръ, для чего иподвергли большую наркотизаціи эфиромъ *Pictet*, которымъ въ послѣднее время наркотизируютъ всѣхъ эclamптическихъ больныхъ, опасаясь вреднаго дѣйствія хлороформа на сердце, которое и безъ того у подобныхъ больныхъ рѣзко ослаблено. Вліяніе эфирнаго наркоза въ данномъ случаѣ (какъ и въ 4 дальнѣйшихъ случаяхъ эclamпсіи того-же автора) было поразительно благопріятное: пульсъ съ 136 упалъ до 88 ударовъ въ минуты, съ соотвѣтственнымъ улучшеніемъ всѣхъ его качествъ.

Введя колпейринтеръ въ матку, наполнили его 450,0 стерильной воды и начали производить умѣренно-сильное влеченіе, подѣ вліяніемъ котораго шейка начала быстро сглаживаться, а зѣвъ раскрываться. Черезъ 20 минутъ балонъ выпалъ и уже можно было произвести поворотъ, вслѣдъ за которымъ произведена и экстракція плода. Ребенокъ въ глубокой асфиксіи, однако скоро оживленъ при примѣненіи *Schlultze*'вскихъ качаній и кожныхъ раздраженій. Черезъ 10 минутъ вышелъ послѣдъ. Произведеннымъ изслѣдованіемъ констатируется отсутствіе поврежденій въ половомъ каналѣ.

Нельзя не подчеркнуть здѣсь вмѣстѣ съ авторомъ этой замѣчательной быстроты родоразрѣшенія, что авторъ наблюдалъ также и въ другихъ случаяхъ, примѣняя колпейринтеръ.

Въ дальнѣйшемъ состояніе матери быстро улучшалось во всѣхъ отношеніяхъ, хотя она и имѣла еще 3 болѣе слабыхъ припадковъ эclamпсіи, и на 14-й день была выписана въ полномъ здоровьѣ.

Иначе дѣло было съ ребенкомъ. Новорожденная имѣла 2350,0 вѣсу, 43 сант. въ длину и первые часы по оживленіи находилась

въ полномъ благосостояніи, какъ вдругъ появились судорожные припадки, совершенно сходные съ бывшими у матери, и сопровождавшіеся рѣзкимъ ослабленіемъ пульса и дыханія. Послѣ 4-го наиболѣе остраго припадка наступила смерть. При вскрытіи, кромѣ остраго отека легкихъ, не было найдено никакихъ патологическихъ измѣненій.

Въ заключеніи авторъ склоняется въ пользу того мнѣнія, которое признаетъ причину эклампсіи въ отравленіи продуктами ненормальнаго обмѣна веществъ.

180. Winternitz.—Haematocolpos послѣ язвеннаго слизчиваго воспаленія влагалища.—(Ibid., № 13).

W. сообщаетъ относительно рѣдкій случай заращенія влагалища, съ накопленіемъ въ закрытомъ мѣшкѣ около 1000,0 жидкости, при чемъ матка осталась неизмѣненной. Разбирая условія даннаго случая, авторъ приходитъ къ заключенію, что haematocolpos и рубцовое заращеніе влагалища въ данномъ случаѣ произошли вслѣдствіе ранѣ бывшаго vaginitis ulcerosa adhaesiva.

Строгановъ.

181. Dr. Peters.—Ileus вслѣдствіе прижатія кишки кистой яичника безъ перекручиванія ножки.—(Ibid., № 13).

Авторъ не могъ найти въ литературѣ случая, подобнаго описанному имъ. Если и наблюдалось раньше крайне рѣдко закрытіе просвѣта кишечника отъ давленія овариальной кистой, то это происходило лишь при перекручиваніи ножки послѣдней.

У 60-ти лѣтней женщины, уже много лѣтъ имѣвшей констатированную врачами опухоль въ животѣ и страдавшую постоянно запорами, внезапно появились сильныя боли въ животѣ при явленіяхъ запора, къ которымъ вскорѣ присоединилась и характерная для ileus'a рвота. Авторъ, констатиравши присутствіе кистой видной опухоли, остановился на діагнозѣ ileus'a, вслѣдствіе перекручиванія ножки кисты. Произведя келіотомію, онъ не могъ констатировать какой-либо видимой причины ущемленія, равно не было и перекручиванія ножки. Тѣмъ не менѣе черезъ 2 часа послѣ операціи больная имѣла обильный стулъ, который правильно наблюдался и въ слѣдующіе дни. Гладкое выздоровленіе.

182. **Winternitz.**—Къ лѣченію пузырныхъ фистулъ.—(Ibid., № 15).

Авторъ возлагаетъ большія надежды на новый способъ лѣченія трудныхъ мочевыхъ фистулъ, при которомъ стѣнка пузыря отдѣляется отъ стѣнки матки (или влагалища), чѣмъ создается значительная подвижность соответственныхъ частей. При зашиваніи первый рядъ швовъ закрываетъ отверстіе въ мочевомъ пузырьѣ, при чемъ игла проходитъ лишь черезъ наружныя слои мочевого пузыря, не захватывая слизистой оболочки его, слѣдующіе швы закрываютъ рану влагалища. Три случая, оперированные по этому способу, протекали вполне благопріятно.

183. **A. Dührssen.**—О влагалищной келіотоміи въ 2-хъ случаяхъ трубной беременности.—(Ibid., № 15).

Въ двухъ случаяхъ вѣматочной беременности первыхъ 2-хъ мѣсяцевъ, *D.* съ полнымъ успѣхомъ примѣнилъ свой методъ влагалищной келіотоміи. Послѣоперационный періодъ протекалъ въ высокой степени благопріятно, первая больная могла встать на 11-й день, на 12-й была демонстрирована обществу врачей и на 13-й выписана въ прекрасномъ состояніи. 2-я больная встала на 9-й день и выписана здоровой на 12-й день. Операция представляется на столько не трудной, а преимущества для больной настолько значительны, что *D.* въ будущемъ намѣренъ удалять трубу при вѣматочной беременности до 3-хъ мѣсяцевъ исключительно по этому способу, не смотря на то, что изъ 15 случаевъ этого заболѣванія, оперированныхъ имъ *per. kōliotomiam* со стороны передней брюшной стѣнки, только одна умерла отъ хлороформнаго наркоза передъ операцией.

Детали должны быть прочитаны въ подлинникѣ.

В. Стrogановъ.

184. **Проф. Dohrn.**—Тоническая судорога мышцъ у мертворожденного недоношеннаго плода одной экламптической. Кесарское сѣченіе на мертвой.—(Centr. f. Gynaec., № 19, 1895 г.).

39-лѣтняя больная съ явленіями тяжелой эклампсіи, на 28—29 недѣлѣ беременности, была подвергнута кесарскому сѣченію немедленно послѣ смерти ея. Сердцебіенія плода незадолго до смерти констатировать не удалось. Плодъ представлялъ особое состояніе, именно: онъ былъ согнутъ, околѣнѣлъ, ротъ былъ крѣпко закрытъ, руки и ноги флектированы, пальцы изогнуты на подобіи

птичьего когтя. Сердцебиенія не было, но кожа была свѣжа, что указывало на недавнюю смерть плода. Расправляя насильственно члены, замѣчали, что послѣ прекращенія давленія, они снова возвращались въ прежнее состояніе. *Д.* находилъ нѣкоторое сходство съ явленіями бывшими у матери, что наводитъ автора на мысль, что при эклампсіи одна и таже интоксикація поражаетъ мать и плодъ.

185. **Emil Knauer.**—Случай маточной кисты.—(Ibid., № 19).

Приводя довольно подробный обзоръ литературы по этому вопросу, авторъ приходитъ къ заключенію, что кисты въ существѣ матки могутъ быть двоякаго происхожденія: или какъ ретенціонныя образованія изъ железъ слизистой оболочки матки, или-же развиваются изъ остатковъ Вольфовыхъ ходовъ. Кроме того, сходныя образованія наблюдались при двойной полости матки, если въ одной половинѣ имѣлась атрезія и въ ней скоплялась жидкость (*hydrometra* или *haematometra*).

Въ клиникѣ *Хробака*, авторъ наблюдалъ слѣдующій случай маточной кисты: дѣвушка 21 года отъ роду, страдавшая неправильнымъ отдѣленіемъ крови изъ половыхъ органовъ и имѣвшая нормальныя наружныя половыя органы и влагалище, представляла типическую картину кистовидной опухоли шейки матки. Зѣвъ былъ открытъ и пропускалъ палецъ, который и ощупывалъ въ 2-хъ см. выше наружнаго зѣва мягко эластическую, ясно флюктуирующую опухоль, сидящую въ стѣнкѣ шейки и матки. Опухоль была величиной съ гусиное яйцо и достигала почти дна матки. Выпустивъ троакаръ 100,0 безцвѣтной, густой, тянущейся въ нити жидкости (нейтральной реакціи, удѣльный вѣсъ 1022, съ большимъ количествомъ муцина), авторъ удалилъ ножницами часть стѣнки кисты, которую и подвергъ микроскопическому изслѣдованію. Анализируя полученныя данныя, авторъ приходитъ къ заключенію, что и въ этомъ случаѣ киста развилась изъ Вольфова хода.

186. **G. Winter.**—О содержаніи бактерій въ шейкѣ матки. (Ibid., № 19).

Не приводя никакихъ новыхъ фактовъ и данныхъ, *W.* въ короткой (и не совсѣмъ точной) замѣткѣ полемизируетъ съ *Menge*, сопоставляя данныя, полученныя различными авторами, работавшими въ этомъ направленіи. Онъ констатируетъ разногласіе

ислѣдователей, какъ по вопросу о содержаніи бактерій въ шейк-беременныхъ и не беременныхъ, такъ и о содержаніи въ полоу-вомъ каналѣ патогенныхъ микробовъ. Онъ приходитъ къ заклю-ченію, что необходимы новыя изслѣдованія въ этомъ направ-леніи. Однако можно замѣтить, что методы, примѣнявшіеся имъ самимъ, онъ считаетъ недостаточными и напротивъ методы, давшіе въ результатъ выводъ о стерильности въ области внут-ренняго зѣва и даже большей части шейки, считаетъ наиболѣе научными.

187. **Emilio Curatulo.** — Вліяніе удаленія яичниковъ на обмѣнъ веществъ. (Centr. f. Gynaec., № 21, 1895 г.).

Стараясь выяснитъ механизмъ терапевтическаго дѣйствія уда-ленія яичниковъ на остеомалачію, авторъ произвелъ рядъ опытовъ на сукахъ, кастрируя ихъ и изслѣдуя вліяніе этого на обмѣнъ веществъ. Оказалось, что уже нѣсколько дней спустя послѣ опе-раціи, было замѣчено рѣзкое уменьшеніе количества фосфорной кислоты въ мочѣ соотвѣтственныхъ животныхъ (до кастраціи среднимъ числомъ 1,50 фосфорной кислоты въ сутки, послѣ нея 0,6). Такое состояніе держалось въ теченіи нѣсколькихъ мѣся-цевъ. Авторъ дѣлаетъ предположеніе, не выделяетъ-ли яичники особое вещество въ кровь (согласно теоріи *Броунъ-Секара*), спо-собствующее усиленному выдѣленію фосфора изъ организма. На основаніи своихъ опытовъ, авторъ думаетъ, что полезное дѣйствіе кастраціи на остеомалачію находитъ въ этомъ солидное под-твержденіе.

188. **Alexander Rosner.** — Объ удаленіи всей матки съ по-мощію термокаутера для устраненія прививныхъ рецидивовъ. (Über die sog. Thermocauterectomy uteri totalis zur Verhütung von Imfrecidiven).

Авторъ исполнѣ раздѣляетъ мнѣніе *Winter*'а о заразительности рака. Онъ приводитъ одинъ убѣдительный случай въ этомъ отно-шеніи изъ собственной практики, а именно, у больной, подверг-шейся двусторонней эпизіотоміи при удаленіи всей матки, черезъ нѣкоторое время послѣ операціи были констатированы рецидивы, при чемъ имѣлось раковое пораженіе на мѣстѣ бывшей эпизіо-томіи. Очевидно, здѣсь имѣлось зараженіе во время операціи. Желая устранить возможность послѣдняго, проф. *Jordan* рѣшился замѣнить (гдѣ возможно) термокаутеромъ ножъ и ножницы при удаленіи раково-пораженной матки черезъ влагалище. Операція

обыкновенно производится такимъ образомъ, что влагалище разсѣкается ножомъ и мочевой пузырь отдѣляется отъ матки обычнымъ тупымъ способомъ. Широкія связки захватываются въ рядъ зажимовъ и съ маточной стороны отсѣкаются термокаутеромъ. Въ послѣднее время слизистая оболочка передняго влагалищнаго свода отжигается также термокаутеромъ и кромѣ того послѣ наложенія двухъ первыхъ зажимовъ съ обѣихъ сторонъ термокаутеромъ-же производится отсѣченіе пораженной части шейки.

Всѣ четыре случая, оперированныя этимъ путемъ, имѣли вполне хорошее послѣ-операционное теченіе.

189. Albert Sippel.—О примѣненіи внутри маточныхъ палочекъ.

Авторъ на основаніи многочисленныхъ и продолжительныхъ наблюденій высказывается въ пользу лѣченія внутриматочными пессаріями такихъ загибовъ матки впередъ, гдѣ имѣется лишь разслабленіе маточной ткани (безъ какихъ либо воспалительныхъ явленій какъ въ маткѣ, такъ и въ ея окружности), и гдѣ обыкновенно каналъ шейки представляется достаточно широкимъ. Онъ признаетъ этотъ способъ за очень серьезное вмѣшательство, могущее причинить большой вредъ при неправильномъ примѣненіи, тѣмъ не менѣе самъ никогда не видѣлъ дурныхъ послѣдствій. Результаты во многихъ случаяхъ были блестящіе—женщины, совершенно неспособныя къ работѣ вслѣдствіе дисменорейныхъ явленій, совершенно оправлялись. Палочки носились мѣсяцами безъ всякихъ болѣзненныхъ явленій. При примѣненіи требуется самая строгая антисептика и выборъ соотвѣтственнаго пессарія.

В. Строгановъ.

в) Англійской.

190. Dr. W. J. Smyly.—The Treatment of uterine Haemorrhage during the last two Months of Pregnancy. (British. medic. Journal, 1895, Januar 12, p. 62—65). Лѣчение маточныхъ кровотеченій въ два послѣдніе мѣсяца беременности.

Rob. Barnes, prof. Byers, More Madden и др. (Ibidem).
О томъ же.

Кровотеченія у женщинъ въ два послѣдніе мѣсяца беременности чаще зависятъ отъ преждевременнаго отдѣленія послѣда (случайныя), чѣмъ отъ предлежанія его (*неизбѣжныя кровотечения*).

Верхняя часть тѣла матки—обычное мѣсто прикрѣпленія послѣда, отличается отъ нижней толстымъ слоемъ мышцъ и обиліемъ сосудовъ (a. uterin. et ovar.); въ нижней части—мышечный слой тонокъ, она снабжается сосудами изъ верхней части и въ ней много эластическихъ волоконъ; граница между ними, такъ называемое Contractions Ring Barnes'a или Bandl'я. Прикрѣпленіе послѣда ниже кольца называется предлежаніемъ его. Клинически трудно отличать источники кровотеченій и ихъ большею частью относить къ случайнымъ.

Предлежащій послѣдъ обыкновенно тонокъ, площадь его прикрѣпленія—очень обширна, на немъ часто замѣчаются площадки изъ однѣхъ оболочекъ (т. е. безъ послѣдовой ткани) или придаточныя частицы—дольки (pl. succenturiatae); пуповина въ этихъ случаяхъ часто прикрѣпляется ненормально: къ оболочкамъ или эксцентрично.

Smyly объясняетъ происхожденіе pl. previae тѣмъ, что въ болѣзненно измѣненной маткѣ стѣнки ея не прилегаютъ плотно одна къ другой своими выпуклыми внутрь поверхностями; въ расслабленной маткѣ (послѣ многихъ родовъ и выкидышей, послѣ катарра, при retroversio, міомахъ, ракъ и т. п.)—внутренняя поверхность ея представляется вогнутой, въ ней образуется полость, въ нижнюю часть которой и опускается оплодотворенное яйцо; кромѣ того въ здоровой маткѣ мерцательный эпителий передвигаетъ яйцо кверху, въ болѣзненной—отсутствіе этого эпителия способствуетъ укрѣпленію яйца въ нижнемъ отрѣзкѣ матки.

Диагнозъ устанавливается ощупываніемъ (даже до появленія кровотеченій по Н. Spencer'у); плацентарный шумъ надъ лобкомъ или выслушиваніе его per vaginam не составляетъ вѣрнаго признака.

Лечение кровотечений при pl. praevia. Здѣсь зѣвъ обыкновенно пропускаетъ два пальца и *Smyly* придерживается обще-принятаго способа: низводитъ ножку, тампонируетъ ею кровоточащій отрѣзокъ матки, предоставляя окончаніе родовъ силамъ природы. Если кровотеченіе продолжается, *Smyly* потягиваніемъ за ножку тампонируетъ матку болѣе толстою частью плода—и кровь останавливается. Когда ребенокъ предлежитъ головкою, *Smyly* производитъ поворотъ его наружными приѣмами или по способу *B.*—*Hix*'а.

Когда зѣвъ не пропускаетъ 2 пальцевъ,—а это встрѣчается очень рѣдко, *Smyly* тампонируетъ все влагалище. Въ Rotunda Hospital (Дублинъ) на 50 случаевъ pl. pr. не было ни одного такого случая. Когда зѣвъ вполне открытъ и оболочки цѣлы, *Smyly* разрываетъ ихъ.

Другіе способы, особенно всѣми оставленное теперь accouchement forcé, болѣе опасны. Способъ *Barnes*'а: отдѣленіе послѣда отъ нижняго сегмента матки не даетъ возможности точно контролировать кровотеченіе, а при раннемъ разрывѣ оболочекъ—послѣднее затрудняетъ поворотъ, если онъ окажется нужнымъ; кромѣ того этимъ путемъ мы рискуемъ заразить роженицу. *Smyly* считаетъ однако способъ *Barnes*'а лучшимъ, чѣмъ простую тампонаду рукава до полного открытія зѣва: здѣсь самимъ тампономъ можно занести заразу, имъ задерживается стокъ разлагающихся отдѣленій, введеніе руки тоже можетъ повлечь инфекцію, вхожденіе воздуха съ моментальною смертію; извлеченіе ребенка черезъ недостаточно растянутый зѣвъ влечетъ разрывъ его, а опорожненіе плохо сокращающейся матки предрасполагаетъ къ послѣродовымъ кровотечениямъ.

Раннее производство поворота предупреждаетъ кровотеченіе до родовъ; тампонъ становится не нужнымъ, рука не вводится въ матку, изгнаніе ребенка предоставляется силамъ природы, а съ послѣродовыми кровотечениями—можно справиться. Смертность при этомъ не выше 7%. Изъ 20 въ послѣдніе 4½ года умерли 2 женщины: одна изъ нихъ, 1-я, умерла отъ эмболии легкихъ на 18 день послѣ родовъ, а 2-я, отъ разрыва шейки черезъ нѣсколько минутъ послѣ извлеченія ребенка. Выключивъ эти 2 случая, смертность будетъ только 6%.

Случайныя кровотечения. *Smyly* сомнѣвается, чтобы отдѣленіе послѣда отъ матки происходила отъ травматизма: удара, паденія, поднятія тяжести, сильнаго смѣха; болѣе вѣроятно, по его мнѣнію, происхожденіе его подъ вліяніемъ душевныхъ волненій и при

нѣкоторыхъ болѣзняхъ: пучеглазіи, аномаліяхъ развитія матки, короткой пуповинѣ, двойняхъ, hydramnion, при болѣзняхъ почекъ и сифилисѣ. Хрупкость сосудовъ предрасполагаетъ къ разрыву ихъ; кровоизліяніе отслаиваетъ оболочки отъ стѣнокъ матки и кровотеченіе останавливается только тогда, когда внутриматочное давленіе (сокращеніе стѣнокъ) уравниваетъ внутрисосудистое (кровеное) давленіе, чего не бываетъ при болѣзняхъ маточной мускулатуры. Доказательствомъ этому служатъ замѣчаемыя въ послѣдахъ кровяные инфаркты (аноплексія placentaе). Въ обыкновенныхъ случаяхъ кровь пролагаетъ себѣ путь кнаружи. Кровоизліяніе будетъ внутреннимъ, когда выходу крови препятствуютъ: сращеніе краевъ послѣда со стѣнками матки, сращеніе части его съ отрѣзкомъ матки у внутренняго отверстія ея или столь плотное предлежаніе головки, которое не пропускаетъ кнаружи ни капли крови.

Симптомы. Обыкновенныя: наружное кровотеченіе. Въ тяжелыхъ случаяхъ послѣдняго, а также и внутренняго кровоизліянія явленія остраго малокровія. При внутреннемъ кровоизліяніи больныя жалуются на различныя боли въ животѣ; маточныя сокращенія при этомъ слабы или ихъ вовсе нѣтъ. Если больная не умираетъ отъ шока, у ней устанавливаются упомянутыя явленія остраго малокровія; животъ оказывается растянутымъ, тверже обыкновеннаго, часто упругимъ; растяженіе бываетъ иногда частичнымъ; плодъ или его части не прощупываются, сердцебиенія его—не слышно. Per vaginam—результаты изслѣдованія отрицательныя. Явленія эти напоминаютъ разрывъ матки или плоднаго мѣшка при внѣматочной беременности. Разрывъ матки наблюдается впрочемъ черезъ нѣкоторое время отъ начала родовъ и плодъ при этомъ легко прощупывается черезъ покровы живота; при внѣматочной беременности—нижняя часть живота уплощена, чѣмъ эти явленія и отличаются отъ внутренняго кровоизліянія.

Прогнозъ—очень сомнителенъ, особенно при внутреннемъ кровоизліяніи. Изъ 110 случаевъ, собранныхъ Goodel'емъ умерли 54 матери и только шесть (6) дѣтей родились живыми.

Лѣченіе не должно быть шаблоннымъ. Въ однихъ случаяхъ—не требуется вмѣшательства врача, въ другихъ—достаточно одного разрыва оболочекъ: по Smyly тамъ, гдѣ требуется быстро окончить роды. Если же зѣвъ мало открытъ и схватки слабы, слѣдуетъ заботиться, чтобы плодный пузырь уцѣлѣлъ возможно дольше. Истеченіе водъ уменьшить внутри-маточное давленіе, замедляя теченіе родовъ и если послѣ понадобится поворотъ, производство

его будетъ труднѣе. Это очень важно. Ускоряетъ-ли разрывъ пузыря наступленіе сильныхъ схватокъ, останавливаетъ ли послѣднее кровотеченіе? Нѣтъ, отвѣчаетъ *Smyly*, онъ совѣтуетъ въ такихъ случаяхъ всѣми мѣрами укрѣпить роженицу, примѣняя въ тоже время души изъ горячей воды, хорошо наложенный тампонъ и перевязку (конечностей?). Послѣ истеченія водъ не слѣдуетъ тампонировать.

При внутреннемъ кровотеченіи—наилучшее, если открытіе матки позволяетъ,—быстро окончить роды: если нельзя, то надо выбирать между *accouchement forcé* и операціей *Porro*. Авторъ считаетъ послѣднюю менѣе рискованною, чѣмъ первое. Въ подобномъ отчаянномъ случаѣ его ассистентъ, *d-r Bagot* спасъ операціей *Porro* одну родильницу.

D-r Robert Barnes вмѣсто тампона рекомендуетъ свои пузыри; въ его практикѣ смертность была не больше, чѣмъ у *Smyly*.

D-r Byer находитъ, что при проходимости зѣва для одного пальца пузырь *Champentier de Ribes*'а быстрѣе остановитъ кровотеченіе и расширитъ шейку, чѣмъ тампонъ *Barnes*'а, а по извлеченіи его—можно быстро окончить роды. При хорошихъ схваткахъ онъ считаетъ полезнымъ разорвать пузырь.

D-r More Madden при повторныхъ кровотеченіяхъ, начиная съ 8-го мѣсяца, совѣтуетъ активное вмѣшательство: послѣ предварительной дезинфекціи влагалища, тампонаду губками (дезинфицированными въ сулемѣ), смоченными въ скипидарѣ; по извлеченіи ихъ—шейка обыкновенно на столько открыта, что окончаніе родовъ не трудно.

D-r James Murphy предпочитаетъ расширители *Barnes*'а. Изъ 63 роженицъ съ *plac. praevia* у него умерли только 2; изъ нихъ 1 поступила агонизирующей. За активное вмѣшательство высказались: *Mistriss Scharlieb*, *Prof. Wright*, *Prof. Reid* и др. Президентъ общества, *Prof. J. Swain* указалъ, что въ раннихъ періодахъ беременности сильныя крови наступаютъ вслѣдствіе истерическихъ конвульсій и требуютъ иногда быстрого опорожненія матки.

М. Гинзбургъ.

191. D-r Cullingworth.—A case of advanced Extra-Uterine Gestation in wich a living Child was removed, the placenta left, and the Abdominal Wound entirely closed. (British med. Journ., 22/xii 94, p. 1422). Случай вѣматочной беременности въ 8 мѣсяцевъ; извлеченіе живаго ребенка путемъ чревосѣченія съ оставленіемъ послѣда и полнымъ закрытіемъ брюшной полости.

33-лѣтняя, истощенная работница прислана однимъ докторомъ въ госпиталь, съ диагнозомъ вѣматочной беременности, 25/ix 93 г. Предыдущіе роды были у ней 13 лѣтъ назадъ, 3 года назадъ у ней былъ выкидышъ на 5 мѣсяцѣ, послѣдніе регулы въ апрѣлѣ 93. Въ маѣ у ней появились боли въ животѣ съ легкимъ кровотеченіемъ; затѣмъ у ней были тошноты по утрамъ, набуханіе грудей. Въ августѣ—второй приступъ болей, пролежала около недѣли въ постели. *Cullingworth*, отрицая у ней вѣматочную беременность, продержалъ ее въ больницѣ до успокоенія болей и 18/x отпустилъ ее домой. 5/i 94 у ней появились боли въ родѣ схватокъ со рвотою. Матка ощупывалась не увеличенною, безъ всякихъ выдѣленій изъ нея, опухоль въ животѣ съ явственными движеніями и сердцебіеніемъ плода. 13/i больная вновь поступила въ больницу.

Операція въ тотъ же день, въ 10^{1/4} часовъ вечера. Разрѣзъ на 1 дюймъ выше пупка и на 4 дюйма ниже его; ребенокъ лежалъ въ брюшной полости, въ оболочкахъ, утолщенныхъ и сросшихся съ подлежащими тканями въ нижней части живота; по вскрытіи мѣшка вытекло около 2-хъ унцъ околоплодной жидкости, ребенокъ извлеченъ за головку и тотчасъ закричалъ; часть оболочекъ срѣзана, пуповина перерѣзана коротко, у самаго послѣда, лежавшаго въ нижней правой части тазовой полости, края оболочекъ (не вырѣзанныхъ) сшиты 8 кетгутовыми швами, плодный мѣшокъ и брюшина вытерты до суха и рана зашита 9 глубокими и 4 поверхностными швами, съ оставленіемъ послѣда въ брюшной полости, безъ дренажа, безъ душей. Операція длилась 50 минутъ. По величинѣ ребенокъ казался 8 мѣсячнымъ; вѣсилъ 5 фунтовъ, длина его была 19 дюймовъ.

Оперированная чувствовала себя хорошо; кишечникъ былъ очищенъ слабительными на 3-й и 5-й дни; съ 6-го дня ей разрѣшили плотную пищу. Количество бывшаго въ мочѣ бѣлка постепенно уменьшалось. Въ концѣ 1-й недѣли у ней установилось дна на три небольшое повышение температуры, пульсъ поднялся до 140; кромѣ того появилось polyuria (до 89 унцъ въ день). Послѣдъ

образовалъ опухоль, верхній край которой достигалъ до пупка съ притупленіемъ въ правой повздошной сторонѣ. На 11 день швы сняты. До 24 дня все шло не дурно; затѣмъ появился ознобъ, температура поднялась до 40,0°, пульсъ до 138. Въ виду предполагаемаго нарыва, *Cullingworth* вскрылъ вторично животъ съ цѣлью отдѣлить и извлечь плаценту, при чемъ изъ нижней части брюшной полости вытекло около 10 унцъ гноя; сальникъ и тонкія кишки были сращены съ остатками плоднаго мѣшка, плацента была сращена съ мочевымъ пузыремъ и маткой. Кровоточащія сосуды перевязаны, часть сальника вырѣзана, правая широкая связка перевязана; животъ промытъ горячей борной водой, рана зашита 10 шелковыми швами и въ нижній уголь ея вставленъ дренажъ. Потеря крови была незначительна. Черезъ 2 часа у больной появился колыясъ; вливаніе 4 пинтъ соленого раствора оживило ее; но черезъ нѣсколько часовъ наступилъ второй приступъ колыяпса и больная умерла. *Вскрытіе* не указало причины смерти и *C.* приписываетъ ее *шоку* отъ второй операціи. По поводу этого случая *C.* говоритъ, что въ будущемъ онъ передъ отрѣзываніемъ пуповины выпустить изъ нея побольше крови, перевяжетъ ее возможно ближе къ послѣду и постарается соскоблить съ его поверхности всю водную оболочку и сколько можно больше плоднаго мѣшка. *Prof. Wright* рассказалъ про такой же случай, гдѣ оставленная плацента черезъ недѣлю отдѣлившись, поднялась къ ранѣ и была удалена; больная выздоровѣла. Д-ра *Sinclair* и *Robagliati* указывали на пользу дренажа въ подобныхъ случаяхъ: дренажъ указываетъ, что дѣлается съ послѣдомъ.

М. Гинзбургъ.

192. **Dr. Carbonelli.—Anatomical Results of Symphysiotomy.** (British med. Journ., 1894, 1/ix, p. 35). **Анатомическое строеніе спайки костей послѣ лобкового сѣченія.**

Carbonelli изслѣдовалъ тазъ родильницы, выздоровѣвшей послѣ симфизеотоміи, но умершей скоропостижно на 42-й день послѣ операціи. Оказалось, что хрящевыя поверхности лобкового соединенія отстояли одна отъ другой на 1 сантиметръ; задняя лонная и подлонная связки срослись и были трехъ сантиметровъ въ толщину. Возстановленіе лобкового соединенія произошло путемъ разрощенія соединительной ткани надкостницы и связокъ. *Carbonelli* обѣщаетъ изучить строеніе спайки (callus) послѣ симфизеотоміи опытами на животныхъ.

М. Гинзбургъ.

193. Dr. Pryor и другіе.—The Abuse of Trachelorrhaphy. (New-York Medic. Journ., 1894, 28/vii, p. 120). Злоупотребленіе операціей Emmet'a.

Означенный вопросъ былъ обсуждаемъ на годичномъ собраніи Американскаго Гинекологическаго Общества, 29—31 мая 1894 г. и большинство членовъ высказалось противъ этой операціи.

Dr. Pryor (N. Y.). Сшиваніе разрывовъ шейки должно быть производимо только для остановки сильныхъ кровотеченій. Если разрывъ осложненъ гипертрофіей и измѣненіемъ формы, то ампутація шейки будетъ полезнѣе, чѣмъ сшиваніе ея. Изъ старыхъ разрывовъ слѣдуетъ сшивать только тѣ, которые доходятъ до влагалищныхъ сводовъ; сшиваніе меньшихъ разрывовъ—операція излишняя: разрывъ не препятствуетъ наступленію беременности; наоборотъ, сшитый каналъ представляетъ затрудненіе при будущихъ родахъ. Эрозіи при разрывахъ шейки слѣдуетъ лѣчить, какъ такія-же страданія у нерожавшихъ. Нѣкоторые предполагали, что раковое перерожденіе шейки стоитъ въ связи съ разрывами ея; но гистологическія изслѣдованія доказали ошибочность этого предположенія.

Byford (Chicago) согласился съ первымъ докладчикомъ, что операціей злоупотребляютъ. При большомъ выворотѣ съ эрозіями—сшиваніе не поможетъ; при безобразіи шейки онъ предпочитаетъ операцію по способу Шредера.

Noble. Очень многія женщины съ разрывами не страдаютъ отъ этого. Онъ тоже предпочитаетъ способъ Шредера. Ракъ не обуславливается разрывами шейки, а чаще—многочисленностью родовъ.

Gordon подтверждаетъ фактъ, что trachelorrhaphia производится черезъ-чуръ часто и что сшиваніе иногда вредно: онъ наблюдалъ послѣ сшиванія затрудненіе стока изъ матки и pyosalpinx. Онъ думаетъ, что разрывъ происходитъ отъ врожденной узости шейки и что сшиваніемъ мы только восстанавливаемъ ненормальное состояніе.

Boldy высказался за сшиваніе разрывовъ шейки: раннимъ производствомъ ея, мы предупреждаемъ выворотъ слизистой оболочки и эрозіи ея, происходящіе оттого, что mucosa канала, непригодная къ ѣдкимъ секретамъ влагалища, заболѣваетъ.

Engelman (St. Luis) поддержалъ послѣднее мнѣніе.

М. Гинзбургъ.

194. Dr. Davenport.—The Ultimate Results of the Treatment of Retrodisplacements by Pessaries. (New-York. Med. Journ., 1894, 22/ix, p. 376). **Результаты лѣченія смѣщенной матки кзади посредствомъ колець.**

Dr. *Davenport* (Boston). Изъ 50 случаевъ *retroversio*, пользовавшихся имъ пессаріями, 10 вполне излѣчены, матка удержала нормальное положеніе; въ 9—наступило улучшение, излѣченіе болѣзненныхъ симптомовъ. Тридцать одна изъ этихъ женщинъ обходятся теперь безъ пессарія, но жалуются на нѣкоторые болѣзненные симптомы. Вполнѣ излѣчившіяся 10 женщинъ носили кольца 1½ года.

Прежде чѣмъ рѣшиться на оперативное лѣченіе смѣщенной матки кзади, особенно не осложненныхъ, слѣдуетъ испытать пессаріи. Случаи, въ которыхъ послѣдніе помогутъ, излѣчиваются въ теченіе одного года; многія женщины, у которыхъ пессаріи не ведутъ къ полному излѣченію, благодаря кольцамъ не нуждаются въ операціи. Укороченіе круглыхъ связокъ необходимо у тѣхъ женщинъ, которыя не переносятъ колець.

Dr. *E. W. Cushing* не придаетъ значенія цифровымъ даннымъ въ этомъ вопросѣ, потому что обыкновенно лѣчатъ симптомы, а не причины. По его мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ было бы полезнѣе произвести лапоротомию и, отыскавъ причину смѣщенія матки, лѣчить послѣднюю.

Д-ра *Cleveland* и *Edebohl*s высказались, что пессаріи умѣстны тамъ, гдѣ нѣтъ приращеній или болѣзней придатковъ; а въ большинствѣ случаевъ требуется операція *Александера*, которою *Cl.* достигъ излѣченія въ 40, а *Ed.* въ 75 случаяхъ.

М. Гинзбургъ.

195. Dr. E. C. Dudley (Chicago).—Myomectomy as a Substitute of Hysterectomy. (New-York Medic. Jour., 1894, 28/vii, p. 122). **Изсѣченіе миоматозныхъ опухолей матки вмѣсто полного вырѣзанія матки.**

Такъ какъ экстирпація матки, дѣлая женщину безплодой, дурно вліяетъ на ея психику, то *Dudley* предпочитаетъ вырѣзать изъ матки только одну опухоль, міому. Изъ 25 оперированныхъ имъ женщинъ, у которыхъ онъ произвелъ *myomectomy*, онъ не потерялъ ни одной. Но когда маточные придатки оказываются болѣзненно-измѣненными, не функціонирующими, *Dudley* вырѣзаетъ всю матку.

М. Гинзбургъ.

196. Dr. E. T. Thring.—Case of Combined abdominal and vaginal Hysterectomy for large Fibroid Tumour of Uterus together with Cystic Ovaries. (Australasian Medical Gasette, 1894, 15/xi, p. 379—383). Вырѣзаніе матки по причинѣ большихъ фиброидовъ и удаленіе кистовидно-перерожденныхъ яичниковъ одновременно посредствомъ чревосѣченія и черезъ влагалище.

46-лѣтняя женщина, родившая 22 года назадъ, болѣе 15 лѣтъ, послѣ перенесеннаго перитонита, страдала сильными болями въ животѣ, обильными регулами, бѣлями и очень частою мигренью. Въ 1888 году, *Thring* нашелъ у ней незначительное увеличеніе матки (зондъ проходилъ на 7,5 сантим.) и яичниковъ; въ 1893 г.—увеличенная матка стояла дномъ на 2 дюйма выше пупка, оба яичника были приращены въ Дугласовомъ пространствѣ и каждый достигъ величины апельсина.

Операциа 27/ѵи 93 г. По вскрытіи живота, *Thr.* убѣдился въ невозможности удалить матку и ея придатки сверху; потому закрывъ временно полость живота, онъ перевязалъ соссторонны влагалища маточныя и яичниковыя артеріи и отдѣлилъ часть сращеній, хотя послѣднее было очень трудно, по причинѣ невозможности притянуть матку книзу и узости рукава, пропускавшаго только три пальца.

Отсепаровка пузыря, мочеточниковъ и прямой кишки произведена безъ поврежденія ихъ, безъ разрѣза промежности; часть широкихъ связокъ была перевязана снизу. Больной опять дали положеніе, необходимое при чревосѣченіи и вновь открыли полость живота. Закачивая перевязку правой широкой связки сверху и разъединяя сращенія, накладывали лигатуры кнаружи отъ правой трубы и яичника; слѣва сращенія были такъ плотны и обширны, что широкую связку пришлось перевязать между маткой и яичникомъ. Матку съ придатками ея правой стороны вынули изъ живота; потомъ отдѣлили придатки лѣвой стороны отъ стѣнокъ таза и кишекъ и, по перевязкѣ остатковъ лѣвой широкой связки, удалили изъ полости таза яичникъ и трубу лѣвой стороны. Влагалище затампонировали іодоформенной марлей съ проведеніемъ верхняго конца ея въ полость брюшины, зашили рану безъ дренажа сверху. Въ день операции—повышеніе температуры, упавшее до нормы на другое же утро. По причинѣ слабости сердечной дѣятельности, больной нѣсколько дней вырыскивали подъ кожу стрихнинъ. На 4 день—опять повышеніе температуры, прекратившееся по отпаденіи небольшой частицы ткани изъ остатковъ лѣвой широкой связки.

Больная быстро поправилась, избавившись отъ всякихъ болей. *Thr.* видѣлъ ее черезъ годъ послѣ операціи пользующейся прекраснымъ здоровьемъ.

Во второмъ случаѣ была большая фиброміома, простиравшаяся на ладонь выше пупка; влѣво внизу прощупывался личникъ, вправо — твердый канатикъ, сросшійся съ смежными тканями. Влагалище узко, не растяжимо. Больная 41 года, истощена, въ мочѣ ея — бѣлокъ.

Dr. Thring началъ операцію выскабливаніемъ шейки, затампонированной іодоформенной марлей; затѣмъ въ Тренделенбургскомъ положеніи — разрѣзъ живота до мечевиднаго отростка. Высвобожденіе опухоли изъ таза и образованіе ножки изъ шейки оказалось невозможнымъ. Лѣвая широкая связка перевязана кнаружи отъ трубы и перерѣзана, чѣмъ увеличена подвижность матки; вправо нельзя было сдѣлать того же. Съ цѣлью вылушенія опухоли, на нижнюю часть ея наложена проводочная петля (эластическую нельзя было провести); затѣмъ *Thring* выкроилъ передній и задній доскуты изъ брюшины, отсепаровалъ пузырь, и, разрѣзавъ фиброзную капсулу опухоли, вылушилъ послѣднюю на уровнѣ внутреннего маточнаго отверстія. Опасаясь соскальзыванія петли и лигатуръ съ шейки, *Thring* наложилъ *вокругъ нея* нѣсколько лигатуръ и вырѣзалъ ножницами всю шейку; концы лигатуръ провелъ во влагалище и затампонировалъ послѣднее сверху, со стороны брюшины. Рана была зашита по общимъ правиламъ.

Въ первый день температура поднялась до 38,0° С., пульсъ 136; слѣдующіе 6 дней все шло хорошо. На 8 день вторичное повышение температуры и боль влѣво, *per vaginam* — флюктуация. При потягиваніи нитокъ, одна изъ нихъ прорѣзалась съ выдѣленіемъ вонючаго гноя; жаръ прекратился. На 14 день опять жаръ, до 39,5° С., уменьшеніе количества мочи; снятіе швовъ не улучшило дѣла. На 20 день больная умерла.

Вскрытіе указало атрофію почки и мочеточника вправо, гипертрофію ихъ на лѣвой сторонѣ и воспаленіемъ лѣвой почки. Вѣроятно, разращеніе фиброміомы съ правой стороны обусловило атрофію правой почки и компенсаторную гипертрофію почки на лѣвой сторонѣ.

Въ 3-мъ случаѣ: опухоль матки выше пупка на 2 дюйма. При операціи оказалось: одна опухоль исходитъ широкою ножкою изъ лѣваго рога матки, она отечна и изъ разрѣза ея вытекла кварта

жидкости; въ задней и передней стѣнкахъ были небольшія твердыя міомы. *D-r Thring* отрѣзалъ большую стебельчатую опухоль, вырѣзалъ яичники и трубы съ обѣихъ сторонъ; матку и обѣ маленькія опухоли не трогалъ.

А) По поводу этихъ случаевъ, *D-r Thring* замѣчаетъ:

1) Чревосѣченіе, необходимое для удаленія опухоли, имѣетъ въ началѣ операціи и діагностическое значеніе. 2) Перевязкой сосудовъ со стороны влагалища мы обезпечиваемъ себя отъ кровотеченій, дѣлаемъ эластическую лигатуру на нижнюю часть ея излишней и получаемъ возможность отсепаровать мочевоу пузырь и мочеточники безъ поврежденія ихъ. 3) *Дренажъ черезъ влагалище очень полезенъ при разрывѣ обширныхъ сращеній*, гдѣ можно ожидать значительнаго серознаго выпота.

В) Терапія множественныхъ твердыхъ міомъ и единичныхъ большихъ не одинакова. Множественныя опухоли встрѣчаются чаще; онѣ разстроиваютъ здоровье, но не опасны для жизни. *Thring* не совѣтуетъ вырѣзать ихъ, а давать *эрготинъ*; такъ какъ онѣ всегда осложняются эндометритомъ, то *выскабливаніе* уменьшаетъ на время кровотеченія. Способъ *Apostoly* во многихъ случаяхъ бесполезенъ, иногда—вреденъ, эти міомы подъ вліяніемъ беременности иногда рассасываются, съ климактеріемъ—атрофируются. При сильныхъ кровотеченіяхъ, боляхъ и другихъ болѣзненныхъ явленіяхъ (давленіе на почки и т. п.) *Thring* совѣтуетъ *вырѣзать придатки*, хотя, при невозможности послѣдняго влѣдствіе сращеній, надо быть готовымъ на полную экстирпацію матки.

Большія единичныя фиброміомы болѣе разстраиваютъ здоровье и угрожаютъ жизни; онѣ встрѣчаются въ болѣе пожиломъ возрастѣ и быстро разрастаются, клинически онѣ похожи на злокачественныя новообразованія и микроскопъ указываетъ ихъ сходство съ саркомой. Климактеріумъ или вырѣзаніе яичниковъ не вліяютъ на опухоль, еще менѣе внутреннія лекарства или способъ *Apostoly*, а вѣрнѣйшее средство—полная экстирпація матки.

М. Гинзбургъ.

197. *D-r Reinolds, Jewett* и др.—*The Treatment of the Face Presentation.* (New-York Medic. Journ., 1894, 21/vii, p. 88). Посobie при лицевыхъ предлежаніяхъ.

D-r Reinolds (Boston) возбудилъ этотъ вопросъ на 19 годичномъ засѣданіи Американскаго Гинекологическаго Общества. *R.* совѣтуетъ при обыкновенныхъ условіяхъ, т. е. при переднихъ видахъ

и необходимости ускорить роды, послѣ истечения водъ—анестезировать роженицу и произвести сгибаніе головки, при заднихъ видахъ—поворотъ на ножки; при невозможности поворота или сгибанія головки—щипцы, даже при заднихъ видахъ.

Д-ра *Jewett* (Brooklin), *Noble*, *Davis* и *Murray*—предпочитають въ трудныхъ случаяхъ произвести симфизеотомию. *Davis* произвелъ 4 раза эту операцію съ благопріятнымъ исходомъ.

Д-р *H. D. Fry* примѣняетъ въ трудныхъ случаяхъ лицевыхъ предлежаній нѣчто въ родѣ Тренделенбургскаго положенія съ приподнятіемъ ягодицъ и опусканіемъ ногъ въ висячемъ положеніи, при чемъ всѣ манипуляціи въ тазу анестезированной роженицы облегчаются.

Президентъ Общества, д-ръ *Lusk* поддержалъ оба противоположныя мнѣнія, т. е. гдѣ возможно, онъ совѣтуетъ перевести лицевыя въ затылочные положенія *путемъ сгибанія головки, а гдѣ это невозможно—симфизеотомию.* *М. Гинзбургъ.*

198. Dr *Dimmock*.—*Quinine in Pregnancy.*—(New - York Med. Journ., 1894, 14/vii, p. 29). **Назначеніе хинина беременнымъ.**

Dr Dimmock, практиковавшій долго въ Индіи, въ мѣстности, гдѣ было много тяжелыхъ малярійныхъ болѣзней, увѣряетъ, что беременныя переносили огромныя дозы хинина, не вызывавшаго у нихъ выкидыша, а на оборотъ, предупреждавшаго выкидышъ, если онѣ начинали принимать хининъ въ началѣ заболѣванія маляріей. Происхожденіе выкидыша, если онъ случался, *D.* приписываетъ малярійному яду. Пользу хинина въ родахъ, при слабости потугъ или его мѣсячногонное свойство, *D.* считаетъ результатомъ тоническаго дѣйствія хинина, а не специфическаго вліянія на сокращеніе матки.

Д-ръ *М. Гинзбургъ.*

199. Dr *P. Davis*, проф. *Mann* и др.—*Fatal Nausea and Vomiting of Pregnancy.*—(New - York Medic. Journ., 1894, 28/vii, p. 121). **Смертельная тошнота и рвота у беременныхъ.**

200. Dr *Terrel*.—*The Black vomit of Pregnancy.*—(Ibid, 18/viii p. 212). **Черная рвота у беременныхъ.**

Dr Davis сообщилъ о *трехъ* случаяхъ рвоты беременныхъ, кончившихся летально. Въ первомъ изъ нихъ беременная болѣла гастрическими разстройствами до беременности; рвоты были у ней непрерывныя и очень истощили ее. Она умерла на 2 мѣсяцѣ беременности. Передъ смертію у ней появилась пятнистая сыпь въ видѣ петехій. Во второмъ случаѣ сильныя тошноты и рвоты насту-

пили на 3 недѣлѣ беременности съ сильною болью и отрыжками, мѣстно: prolapsus и anteflexio uteri. Обычное лѣчение. На 14 недѣлѣ антефлексированная матка оказалась дномъ ущемленною позади лобка; исправленіе не уменьшило рвоты. Расширеніе шейки сопровождалось незначительнымъ улучшеніемъ. Рѣшено произвести опорожненіе матки, что и было сдѣлано безъ труда и съ незначительнымъ кровотеченіемъ. Больная однако вскорѣ умерла. Вскрытіе показало, что ткань маточной шейки была ненормально тверда (фиброзной); матка, яичники и трубы были нормальны; кровь была жидкою, жировое перерожденіе сердца. Въ третьемъ случаѣ больная, кромѣ тошноты и рвоты, страдала сильною болью въ подложечной области и рвоты имѣли кофейный цвѣтъ. Все возможное было сдѣлано, но ничто не помогло: больная умерла.

Dr *Reynolds* замѣтилъ, что во всѣхъ 3 случаяхъ были измѣненія въ маткѣ и что въ нихъ слѣдовало возможно раньше вызвать выкидышъ.

Dr *Gill Willie* въ подобныхъ случаяхъ достигалъ излѣченія расширеніемъ шейки; но расширители должны пройти за внутреннее отверстіе; иначе это не поможетъ.

Dr *Jewett* и Dr *Dudley* наблюдали подобные случаи безъ мѣстныхъ измѣненій въ маткѣ и ея придаткахъ.

Dr *Terrel* наблюдалъ тошноты и рвоты у 17 лѣтней, на 5 недѣлѣ ея первой беременности. Рвоты имѣли кофейный цвѣтъ. Искусственный выкидышъ на 7 недѣлѣ. Рвоты прекратились, но черезъ 6 часовъ возобновились и больная умерла. Онъ, какъ и *Davis*, приписываетъ черному цвѣту рвоты дурное предзнаменованіе.

Д-ръ мед. М. Гинзбургъ.

201. Dr *Howard A. Kelly*. (Baltimore, Ам. С. Шт.).—**Dysmenorrhea—its Causes and Treatment.**—(American Journal of Obstetrics, 1894, IV). **Дизменоррея—ея причины и лѣченіе.**

Подъ именемъ дизменорреи понимаютъ цѣлый рядъ болѣзней матки, яичниковъ и трубъ, обнаруживающихся болью; самостоятельной дизменорреи нѣтъ. Dr *Kelly* прослѣдилъ анатомическую суть дизменорреи на 400 женщинахъ, подвергнутыхъ имъ лапаротоміи по разнымъ поводамъ. Дизменоррея отмѣчена была у 291 изъ этихъ 400; у 238 изъ нихъ оказались различныя пораженія тазовыхъ органовъ, обыкновенно ускользящія отъ вниманія практическихъ врачей. Изъ этихъ 238 дизменоррея отмѣчена была у 168 + у 41 изъ 53 съ искривленіями матки. Большинство изъ 41 больной подверглось операціи ради излѣченія боли.

Многія изъ больныхъ лѣчились раньше отъ дизменорреи безуспѣшно въ теченіи многихъ мѣсяцевъ, даже лѣтъ; причиной боли оказались міомы, опухоли тазовыхъ органовъ или воспаленія ихъ. У дѣвушекъ такая боль обуславливается иногда хлорозомъ.

Въ лѣченіи этой болѣзни не слѣдуетъ употреблять морфія, за исключеніемъ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ назначена операція или въ которыхъ смертельный исходъ неизбеженъ.

Въ случаяхъ дизменорреи у молодыхъ дѣвушекъ полезны горячія поясныя ванны, горячій чай, очищеніе кишечника, чѣмъ устраняется крово-переполненіе тазовой полости и облегчается появленіе менструаціи.

У молодыхъ женщинъ слѣдуетъ остерегаться мѣстнаго лѣченія; оно бесполезно и тянется безконечно. Если болѣзнь не уступаетъ легкимъ средствамъ—надо поизслѣдовать больную подъ анестезіей, сначала *per rectum*, потомъ черезъ влагалище. Въ случаяхъ, въ которыхъ не оказывается мѣстнаго пораженія, слѣдуетъ расширить матку, что часто оказывается очень полезнымъ; въ 70% подобныхъ случаевъ расширение излѣчиваетъ дизменоррею на время, въ 40% изъ нихъ на всегда; болѣе всего это помогаетъ въ случаяхъ съ явно спазмодическимъ характеромъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *Kelly* изъ за боли вырѣзалъ трубы и яичники, хотя послѣднія, по вскрытіи брюшной полости, казались здоровыми.

Д-ръ М. Гинзбургъ.

202. A. Mueller (Victoria въ Австраліи). — **Two Curiosities in Midwifery practice.** (Australasian Medical Gaz., 1894, VIII, p. 258). Два рѣдкіе случая въ акушерской практикѣ.

1) *Врожденная киста, исходящая изъ позвоночника, какъ препятствіе къ родамъ.* У 30-лѣтней, I-роженницы, головка ребенка опустилась въ полость таза, шейка раскрылась, но, не смотря на хорошія схватки, роды затянулись. Обслѣдуя пальцемъ тазъ роженицы для выясненія себѣ причины остановки родовъ, *Mueller* ощупалъ въ нижней части крестцовой полости флюктуирующую опухоль, величиною съ куриное яйцо. Д-ръ М. провѣрилъ результатъ изслѣдованія *per rectum* и нашелъ болѣе удобнымъ проколоть опухоль пробнымъ троакаромъ со стороны прямой кишки. Въ выпущенной изъ опухоли жидкости свѣтлаго, соломеннаго цвѣта оказались эпителиальныя, цилиндрическія клѣтки, указывающія, что киста была врожденная (*Eulenburg's*) и сообщавшаяся съ полостью позвоночника плода. Роды окончены щип-

цами, съ большимъ усиліемъ въ теченіи получаса. Послѣродовой періодъ прошелъ хорошо.

2) *Обвитіе пуповины около шеи и туловища препятствовало опущенію ребенка.* Беременная въ 3-й разъ упала въ началѣ XI-го мѣсяца; появилось немного крови и движенія ребенка ослабли. Роды наступили черезъ недѣлю. Предлежащая часть недостижима для пальца, пузырь выпячивается, сильныя крови требовали ускореннаго окончанія родовъ. Хлороформированіе и введеніе руки въ матку съ разрывомъ пузыря и тампонаціей ею рукою же, не допустившей значительнаго излитія водъ. Ребенокъ оказался висящимъ въ околоплодной водѣ у дна матки, вслѣдствіе обвитія пуповины вокругъ его шейки и вокругъ туловища, близъ ножекъ. Снятіе обѣихъ петель пуповины при обилии водъ и низведеніе ножки произведено очень легко, а дальнѣйшее изгнаніе ребенка предоставлено природѣ и произошло въ теченіи часа. Ребенокъ живъ. Безъ помощи роды бы затянулись и ребенокъ былъ бы мертвымъ.

М. Гинзбургъ.

203. **Dr C. M. Green.**—**Rupture of the Uterus; Palliative versus surgical Treatment.** (New-York Med. Journ., 1894, 1/ix, p. 281). **Разрывъ матки; палліативное лѣченіе въ сравненіи съ хирургическимъ.**

Палліативнымъ лѣченіемъ разрыва матки д-ръ *Green* называетъ извлеченіе ребенка естественнымъ путемъ, поддержаніе жизни возбуждающими, питаніемъ, остановку кровотеченія тампонадой, холодомъ, сжиманіемъ матки и т. п. Лапаротомія не даетъ здѣсь такихъ блестящихъ результатовъ, на какіе разсчитываютъ увлекающіеся хирурги, вслѣдствіе шока или кровотеченій изъ сжатой матки. Края разрыва обыкновенно не равны, не прилегаютъ хорошо другъ къ другу; ткань матки въ этихъ случаяхъ такъ хрупка, что швы не удерживаются. При палліативномъ лѣченіи нѣтъ надобности въ промываніи полости брюшины черезъ разрывъ, кромѣ тѣхъ случаевъ, въ которыхъ содержимое плоднаго мѣшка попало въ брюшину; здѣсь *Green* совѣтуетъ промывку нормальнымъ солянымъ растворомъ, который, быстро всасываясь, увеличиваетъ количество крови въ организмѣ, усиливая тѣмъ дѣятельность сердца. Д-ръ *G.* упоминаетъ о счастливо протекшихъ въ его практикѣ 2-хъ случаяхъ разрыва матки: 1-й—у многорожавшей, 2-й—произошелъ при расширеніи матки у нерожавшей. Лапаротомію д-ръ *Green* допускаетъ въ случаяхъ, въ которыхъ нельзя остановить кровотеченія безъ операціи или тамъ, гдѣ попавшаго въ полость брюшины ребенка нельзя извлечь естественнымъ путемъ.

Д-ръ *Malcolm Mc Lean* тоже приверженец палліативнаго лѣченія. Когда во время родовъ подлежащая часть вдругъ ускользаетъ кверху,—это первый признакъ разрыва,—д-ръ *М.* совѣтуетъ немедленно войти въ матку рукою съ цѣлю производства поворота на ножки и обследованія разрыва, ибо замедленіемъ поворота, мы теряемъ удобный моментъ къ производству его и даемъ возможности происхожденію большаго кровоизліянія въ брюшину, затрудняя тѣмъ лапаротомію, которая въ послѣднихъ случаяхъ оказывается нужною. Въ одномъ случаѣ *М.* чревосѣченіемъ удалилъ изъ полости брюшины ребенка въ плодномъ мѣшкѣ, еще не разорвавшемся.

Д-ръ *Lusk* (президентъ общества) указалъ, что при разрывахъ задней стѣнки матки умѣстно палліативное лѣченіе, при разрывахъ передней стѣнки—больныя погибаютъ, при большихъ разрывахъ онъ не видѣлъ пользы ни отъ сшиванія разрыва матки, (онъ называетъ это ловушкой для врачей), ни отъ способа *Porro*, а совѣтуетъ полное вырѣзаніе матки.

Д-ръ *Reynolds*. Кромѣ разрывовъ въ нижней задней стѣнкѣ матки, гдѣ палліативное лѣченіе умѣстно, *R.* тоже считаетъ болѣе вѣрнымъ средствомъ—вырѣзаніе всей матки.

Д-ръ *Davis* утверждаетъ, что разрывъ встрѣчается у много-роженницъ, страдавшихъ при предыдущихъ родахъ септическимъ процессомъ и поэтому слѣдуетъ вырѣзать всю матку.

Д-ръ *Polk*. Наши пособія должны быть различными при неполныхъ и полныхъ разрывахъ. При послѣднихъ онъ тоже совѣтуетъ родоразрѣшеніе естественнымъ путемъ; промывка черезъ матку, какъ онъ убѣдился въ томъ въ случаяхъ позднѣйшихъ чревосѣченій, не достигаетъ полости брюшины; по этому онъ совѣтуетъ сдѣлать небольшое отверстіе сверху (лапоротомію) и промыть черезъ него полость брюшины; но тамъ, гдѣ ткань матки значительно помята, *Polk* совѣтуетъ тоже полное вырѣзаніе матки.

Д-ръ *Murray* разсказалъ 4 случая разрыва матки изъ своей практики. 2 при палліативномъ лѣченіи выздоровѣли; у 3-й помощь опоздала, она и 4-я умерли. У послѣдней тотчасъ послѣ разрыва ребенокъ былъ извлеченъ щипцами; все шло хорошо, но черезъ нѣсколько часовъ—коллапсъ. Лапоротомія указала на большой разрывъ шейки, ($\frac{2}{3}$ ея периферіи), перешедшій на широкія связки; брюшина была отечна и утолщена, почему вырѣзаніе матки признано безполезнымъ. Больная умерла отъ шока.

М. Гинзбургъ.

204. **Dr. Davenport Parry** (Murrumburrah въ N. S. W. въ Австраліи).—**The Absorption of Fibroid Tumors of the Uterus after abdominal Section.**—(Australasian Med. Gaz., 1894, x, p. 329).
Разсасываніе фиброидовъ матки послѣ чревосѣченій.

28-лѣтняя женщина, рожавшая 6 разъ, болѣла, въ январѣ 1891 г., тифомъ съ сильнымъ кишечнымъ кровотеченіемъ въ февралѣ; послѣ чего она не поправилась здоровьемъ до операціи. 21/iv 91 г., у нея впервые діагностирована опухоль до 4-хъ дюймовъ толщины и столько же надъ лобкомъ.

Въ концѣ августа 92 г. ея здоровье было очень плохо: она уже не могла ходить; жаловалась на боли въ ногахъ, на кровотеченія и трудность мочеиспусканія. Операція 30/viii д-рами *Parry* и двумя другими. Опухоль, достигавшая до пупка, была плотно сросшена съ брюшиной покрововъ; пройти рукою внизъ для перевязки придатковъ матки оказалось невозможнымъ, почему рану зашили; заживленіе шло гладко и на 15-й день, когда больной дозволили сидѣть, опухоль оказалась значительно меньшею, чѣмъ раньше. Черезъ 3 мѣсяца величина опухоли низошла до апельсина, а черезъ годъ—опухоль совершенно рассосалась.

2-й случай: 42-лѣтняя, многорожавшая, страдала болями въ лѣвомъ паху, чувствомъ тяжести въ животѣ, учащенными позывами къ мочеиспусканію, часто—разстройствомъ желудка. Полость таза была выполнена твердою опухолью. Діагнозъ: интерстиціальны фиброидъ правой стѣнки матки и подсерозный фиброидъ задней стѣнки матки.

Лѣченіе эрготиномъ въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ нисколько не уменьшило опухоли. 9/ix 94 г. приступили къ чревосѣченію. Брюшина оказалась утолщеною, сальникъ сросшенъ съ опухолью. Придатки правой стороны были съ трудомъ удалены; лѣвой же стороны придатки были недоступны и перевязка ихъ оказалась невозможной. Паренхиматозное кровотеченіе изъ разорванныхъ сросшеній остановлено, рана выполнена іодоформенной марлей и зашита. Выздоровленіе гладкое. Всѣ боли прекратились и черезъ три недѣли уже величина опухоли была на половину меньше, чѣмъ до операціи.

Въ 3-мъ подобномъ же случаѣ, авторъ, изслѣдуя оперированную черезъ 2 года, не нашелъ и слѣдовъ бывшей опухоли, хотя у этой больной онъ перевязалъ и удалилъ придатки обѣихъ сторонъ, такъ что 3-й случай, какъ не вполне чистый, не можетъ служить подтвержденіемъ его идеи о *вліяніи одного чревосѣченія* на разсасываніе опухолей матки.

М. Гинзбургъ.

205. Dr. J. A. Hamilton, (хирургъ гинекологич. отдѣл. больницы въ Adelaide, въ Австраліи).—**A case of intra-peritoneal Haematocoele.**—(Australasian Med. Gaz., 1894, 15/xii, p. 377). **Внутри-брюшинное кровоизліяніе.**

А., 26 лѣтъ, годъ назадъ родила и была здорова. Въ іюлѣ ожидаемыхъ регулъ не было; въ началѣ августа, не желая быть беременной, она продѣлала рядъ гимнастическихъ фокусовъ и 7/viii дѣйствительно у нея появились небольшія крови съ болью, которыя усилились и заставили ее слечь въ постель. 17/viii при осмотрѣ ея: матка въ anteflexio, не увеличена; влѣво замѣчается опухоль, величиною съ апельсинъ, занимающая Дугласово пространство, упругой консистенціи. Небольшія крови, боли спазмодическаго характера, распространяющіяся къ apus. 19/viii по причинѣ усиленія болей—второе изслѣдованіе подъ анестезіей эфиромъ, не указало ничего новаго. 20/viii—*операция*. Въ полости живота крови не было и Н. подумалъ было, что имѣетъ дѣло съ *внутри-брюшиннымъ* кровоизліяніемъ; но отодвинувъ въ сторону часть кишекъ, нѣкоторыя петли ихъ и сальникъ оказались сросшимися съ лѣвой стороной матки; сращения легко разъединены и подъ ними оказалась полость, наполненная темными кровяными свертками; Фаллопиева труба, перекрученная кзади и книзу, и яичникъ были покрыты этими кровяными свертками. Мѣшокъ или киста состояла, такимъ образомъ, изъ Дугласова пространства внизу и слипшихся кишекъ сверху, совершенно отдѣляясь отъ остальной полости брюшины. Фаллопиева труба была удалена и въ ней оказался разрывъ вблизи ея брюшнаго конца, кровоизліяніе, видно, было не значительное и не свѣжее. Зародыша не найдено: вѣроятно, эта была беременность заносомъ (mola), такъ какъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ свертковъ, на ихъ поверхности открыты ворсинки chorii. Въ правомъ яичникѣ была стебельчатая киста, почему Hamilton вырѣзалъ и его. Выздоровленіе гладкое.

М. Гинзбургъ.

206. Проф. Cosey A. Wood (Chicago).—**Puerperal Panophthalmitis due to septic Embolism.**—(American Journ. of Obstetrics, 1894, V, p. 635).—**Послѣродовой панофтальмитъ, обусловленный септической эмболией.**

О происхожденіи панофтальмита у родильницъ вообще мало извѣстно; даже такіе ученые какъ Playfair и Garrigues излагаютъ въ своихъ учебникахъ, будто болѣзнь, начинаясь съ конъюнктивы, проникаетъ вглубь, прободая стекловидное тѣло и роговую оболочку.

13/1 93 г., д-ръ *Wood* былъ приглашенъ на консультацію къ 34-лѣтней, разрѣшившейся 3/хп 91 г., на 7-мъ мѣсяцѣ ея 4-й беременности. Болѣзнь началась сильною головою болью, усиливавшеюся по ночамъ; боль сосредоточивалась въ лѣвой половинѣ головы и въ лѣвомъ глазу; на утро лѣвое вѣко было припухшимъ и зрѣніе въ лѣвомъ глазу оказалось потеряннымъ. Въ теченіи дня распухло и правое вѣко, стало отечнымъ и черезъ 2 дня больная совершенно ослѣпла. Глазное яблоко будто выпячивалось изъ подъ вѣкъ; нагноеніе слизистой глазъ началось только черезъ 2 недѣли.

При осмотрѣ больной *Wood*омъ, вся область глазницъ на обѣихъ сторонахъ оказалась значительно опухшею и утолщенною; нижнее вѣко выворочено и редрессируется съ трудомъ; слизистая вѣкъ и глазного яблока—отечна, покрыта гноемъ, торчитъ въ видѣ складокъ надъ краемъ вѣкъ, закрывая собою изъѣденную роговую оболочку, изъ послѣдней просачивается гной. Больная слаба, пульсъ ея ускоренъ, температура нормальна. Въ мочѣ бѣлка не было, со стороны сердца и легкихъ никакихъ измѣненій не замѣтно. Другихъ піемическихъ фокусовъ не видно.

Wood указываетъ на монографію *Cohn*'а „Uterus und Auge“, въ которой упоминается объ этой болѣзни; первыя наблюденія сдѣланы *Tennon*омъ въ 1774 году. *Hirschberg* описалъ 9 случаевъ такого паноптальмита. Эмболическое происхожденіе болѣзни указалъ *Virchow*; онъ указалъ на связь ея съ септическимъ эндокардитомъ.

Hosch, изслѣдуя пораженный паноптальмитомъ глазъ, выброшенный у больной при жизни ея, нашелъ въ немъ бактеріи, схожія съ *leptothrix*, а растянутые сосуды сѣтчатки были наполнены массами, состоящими изъ колоній бактерій. *Heiberg* тоже наблюдалъ въ лимфатическихъ расщелинахъ роговицы микрококки. *Wagenmann* описалъ ронорфтальмитисъ послѣ выкидыша на 4-мъ мѣсяцѣ, начавшійся ознобомъ на 2-й день и выяснившійся на 7-й день; на 14-й день больная умерла. *Вскрытіе* указало: септические фокусы въ заслонкахъ и мышцахъ сердца, въ почкахъ; въ сосудахъ сѣтчатки—многочисленные эмболическія гнѣзда стрептококковъ; тоже—въ другихъ тканяхъ глаза. Въ лѣвой а. carotis interna, вблизи мѣста отхожденія а. ophtalmicae небольшие остатки тромба изъ фибрина и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, безъ бактерій. *Wagenmann* думаетъ, что здѣсь произошла эмболія а. centralis retinae съ бактеріями въ оторванномъ кускѣ (тромбѣ), откуда онѣ, размножаясь, перешли въ другія ткани глаза.

Предсказаніе въ подобныхъ случаяхъ — очень дурное: всѣ 9 случаевъ *Hirschberg*'а кончились летально. Большая *Wood*'а осталась слѣпою.

М. Гинзбургъ.

207. **Dr. E. R. Corson.**—**A Suggestion in the Operation for Vesico-vaginal Fistula.**—(*American Journal of Obstetrics etc.*, 1894, VIII, p. 209—212).—Усовершенствованіе въ технику зашиванія пузырно-влагалищныхъ фистулъ.

Негритянка, страдавшая фистулою 4 миллиметровъ въ діаметрѣ, находившеюся на передней стѣнкѣ влагалища, была дважды безуспѣшно оперирована д-ромъ *Corson*'омъ. Тогда С., приступая въ 3-й разъ къ операціи, придумалъ такое приспособленіе: взявъ маленький гуттаперчевый шарикъ (дѣтскую игрушку), прорѣзалъ его въ центрѣ и черезъ дырку ввелъ въ него продолговатую бабичью пуговицу ушкомъ кнаружи; черезъ ушко протянута крѣпкая нитка. Шарикъ въ сжатомъ видѣ проведенъ черезъ фистулу въ мочевой пузырь. При потягиваніи шарика книзу, края фистулы, выпячиваясь, стали хорошо видны и легко доступны. Освѣживъ края фистулы и наложивъ швы, *Corson*, раздвинувъ нитки швовъ, извлекъ шарикъ изъ мочевого пузыря и потомъ кончилъ операцію обычнымъ образомъ. Фистула зажила первичнымъ натяженіемъ.

С. говоритъ, что мысль воспользоваться такимъ приспособленіемъ онъ заимствовалъ у штопальщицъ члѣковъ, вкладывающихъ въ чулокъ гусиное яйцо, чтобы удобнѣе заштопать небольшія дырки.

М. Гинзбургъ.

208. **Dr. Thomas Smith** (Washington).—**Cases of Excessive Secretion of Milk.**—(*American Journal of Obstetrics etc.*, 1894, VIII, p. 213).—Случаи чрезмѣрнаго отдѣленія молока у женщинъ.

Въ первомъ случаѣ, у 21-лѣтней женщины, молоко начало выдѣляться изъ грудей со 2 дня послѣ родовъ и въ такомъ огромномъ количествѣ, что она постоянно была мокрою. Всевозможныя средства не помогали въ первые три мѣсяца: белладона, іодистый калий, эрготинъ и т. п. Болѣе другихъ средствъ помогли: сжиманіе грудей и антипиримъ съ опиумъ; послѣдніе *Smith* назначилъ въ концѣ 3-го мѣсяца. Отдѣленіе молока уменьшилось сразу, повидимому, безъ всякаго вліянія лѣченія. Количество молока, измѣрявшееся въ теченіи нѣсколькихъ дней, оказалось равнымъ $1\frac{1}{2}$ галлону (2 фунта?) + то, что высасывалъ ребенокъ. Во 2-мъ

случаѣ количество молока равнялось 3 пинтамъ (3 фунтамъ), тоже + то, что высасываль ребенокъ. Особенно интересны собранныя авторомъ изъ новѣйшей литературы идентичные случаи. У японокъ количество молока чрезвычайно велико. Въ одной больницѣ измѣрили это количество и оно равнялось 12½ пинтамъ (фунтамъ) въ день. Японки, кормящія грудныхъ дѣтей, питаются исключительно растительною пищею: рисомъ и т. п., немного рыбою и пьютъ чай весь день (до 40 разъ въ сутки)! Д-ръ *Gomez Rato* зналъ одну женщину, у которой отдѣленіе молока не прекращалось десятки лѣтъ: она кормила 14 своихъ дѣтей и, переставая кормить ихъ (когда убѣждалась въ новой беременности),—она не освобождалась отъ истеченія молока изъ груди. Послѣ отнятія отъ груди послѣдняго ребенка прошло 5 лѣтъ и молоко все еще отдѣляется у ней. (Покойный проф. *Лашкевичъ* въ Харьковѣ назначалъ при *galactorrhea* іодистый калий по 10 гранъ 3 раза въ день—и отдѣленіе молока прекращалось). *М. Гинзбургъ.*

209. Prof. Thomas Ashby (Baltimore).—The influence of minor Forms of ovarian and tubal disease in the Causation of Sterility.—(American Journ. of Obstetrics etc., 1894, VIII, p. 161—171).—Вліяніе незначительныхъ болѣзней яичниковъ и трубъ на происхожденіе безплодія.

Казуистика. № 1-й. 32 лѣтъ женщина; 9 лѣтъ замужемъ, безплодна, тяжелая дизменорея, антефлексія, стенозъ шейки и опущеніе лѣваго яичника. Расширеніе канала шейки облегчило боли на нѣсколько мѣсяцевъ; возобновленіе ихъ заставило больную вновь лѣчиться. 8/iv 91 г., лапоротомія съ удаленіемъ лѣваго яичника, кистовидно измѣненнаго. Правосторонній яичникъ и труба нормальны, но мѣстами труба перетянута и изогнута тонкими ложными оболочками. Послѣднія разрѣзаны, труба расправлена, рана живота зашита. Выздоровленіе. Въ декабрѣ 92 г. больная разрѣшилась здоровымъ ребенкомъ.

№ 2-й. 30-лѣтняя негрятка, родила 10 лѣтъ назадъ, съ тѣхъ поръ страдаетъ тяжелыми болями въ животѣ. 24/v 91 г. лапоротомія. Правый кистовидно-перерожденный яичникъ съ Фаллопиевой трубой вырѣзаны; лѣвый яичникъ и Фаллопиева труба очищены отъ покрывавшихъ ихъ ложныхъ оболочекъ, труба распрямлена и рана зашита. Въ декабрѣ 1892 года и въ апрѣлѣ 1893 г. больная забеременѣла; но оба раза выкинула вслѣдствіе тяжелой работы въ качествѣ прислуги. Въ октябрѣ 93 г., при осмотрѣ ея, проф. *Ashby* нашелъ ретрофлексію матки, удерживаемую въ

смѣщенномъ положеніи ложными оболочками. Вторичная операція. Разрываніе ложныхъ оболочекъ, притягивавшихъ матку кзади и покрывавшихъ лѣвую трубу; выпрямленіе послѣдней и пришиваніе дна матки кпереди. Проф. *Ashby* полагаетъ, что беременность можетъ вновь наступить у этой женщины, благодаря устраненію перегиба трубы, произведенному имъ при лапоротоміи.

На основаніи этихъ исторій болѣзни и обсужденія разныхъ маловажныхъ причинъ, препятствующихъ наступленію беременности и устраняемыхъ консервативно-хирургическими мѣрами, проф. *Ashby* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) У животныхъ, рожающихъ много дѣтенышей, Фаллопьевы трубы обладаютъ сложнымъ механизмомъ для воспріянія яичекъ. Самое сложное приспособленіе оказывается у птицъ; у женщины это приспособленіе самое трудное.

2) Приспособленіе бахромчатого конца Фаллопьевой трубы къ яичнику у женщины, можетъ быть нарушено ничтожными заболѣваніями и это обусловливаетъ безплодіе гораздо чаще, чѣмъ думаютъ.

3) Величайшая задача хирургіи возстановлять функціи органовъ, а не уничтожать ихъ удаленіемъ органа при первомъ заболѣваніи его.

М. Гинзбургъ.

210. *The Johns Hopkins Hospital Reports. Vol. III, № 7, 8, 9. Report in Gynecology. Pp. 764. Baltimore. The Johns Hopkins Press, 1894.*—(По рефер. въ *Americ. Journ. of Obstetrics*, 1894, VI, pp. 843—851).—Отчетъ больницы *Johns Hopkins'a* въ *Валтиморѣ*.

Изъ обширнаго, прекрасно обработаннаго отчета я приведу только немногіе отдѣлы его, излагающіе новыя способы, хотя и другіе отдѣлы очень интересны.

I. *The employment of an artificial retroposition of the Uterus in covering extensive denuded areas about the pelvic floor by Howard Kelly.*—Закрытіе большихъ дефектовъ тазоваго дна искусственно смѣщенной кзади маткою.

При вырѣзываніи Фаллопьевыхъ трубъ и яичниковъ, плотно сросшихся съ маткою, приходится удалять обширныя куски брюшины изъ тазоваго дна, боковыхъ или заднихъ стѣнокъ таза, задней поверхности широкихъ связокъ и задней стѣнки матки.

Оставленные ничѣмъ не выполненными, эти дефекты влекутъ нерѣдко опущеніе тонкихъ кишекъ и сальника, которые, приростая здѣсь, служатъ впослѣдствіи, по выздоровленіи больныхъ, причиною тяжелыхъ страданій, даже смертельной непроходимости кишекъ (ileus). Для предупрежденія подобныхъ осложненій, *Н. Kelly*, по окончаніи главной операціи (изсѣченія придатковъ), смѣщаетъ матку кзади путемъ легкой ретрофлексіи или антефлексіи такъ, чтобы дно ея было на уровнѣ 2-го крестцоваго позвонка. Получается нѣчто, напоминающее матку въ 1-й степени опущенія ея, при чемъ нижнее углубленіе крестца выполнено тѣломъ матки и широкими связками, направленными кзади. Для укрѣпленія матки въ этомъ положеніи рѣдко встрѣчается надобность провести пару швовъ черезъ дно матки къ rectum. Гладкая, не пораненная передняя поверхность матки и широкихъ связокъ образуетъ тогда дно таза. Если нуженъ дренажъ, то вкладываютъ марлевый тампонъ снизу, вмѣсто проведенія его со стороны тазоваго дна. Во всѣхъ случаяхъ примѣненія этого способа не замѣчалось никакихъ дурныхъ припадковъ во время и послѣ выздоровленія: ни болей, ни запоровъ, словомъ, ничего болѣзненнаго.

II. *Resuscitation in chloroform Asphyxia by Howard Kelly.*—Оживленіе при хлороформной асфиксii.

Замѣтивъ наступленіе асфиксii, тотчасъ прекращаютъ хлороформированіе и прикрываютъ рану. Одинъ изъ помощниковъ становится на операціонномъ столѣ и захватываетъ ноги больной, у колѣнъ, сдвигая тѣло больной со стола, пока на немъ останутся однѣ плечи ея; голову сдвигаютъ на край стола, чтобы она свисала, грудь и животъ больной обнажаютъ отъ бѣлья. Операторъ становится у головы больной и помѣщая обѣ свои руки съ распростертыми ладонями на груди ея, производитъ дыхательныя движенія такимъ образомъ: *вдыханіе*, помѣщая руки на задней поверхности груди, на нижнихъ истинныхъ ребрахъ, сжимаетъ грудную клѣтку по направленію впереди и кнаружи въ теченіи 2-хъ секундъ; *выдыханіе*, перемѣщая руки на переднюю сторону груди, сжимаетъ ее кзади и кнутри. Отъ 10-ти до 30-ти такихъ дыхательныхъ движеній обыкновенно достаточно для восстановленія самопроизвольнаго дыханія. Въ 15-ти случаяхъ хлороформной асфиксii за отчетный годъ К. не потерялъ ни одной больной.

III. *Photography applied to Surgery by A. Murray.*—Фотографія, въ примѣненіи къ хирургіи.

Въ Johns Hopkins больницѣ всѣ моменты операціи воспроизводятся на фотографическихъ снимкахъ, негативъ устроенъ у нихъ въ видѣ непрерывной бумажной ленты.

IV. *Dr Mary Sherwood. Value of Potassium permanganate and oxalic acid as germicides*—Бактеріоцидные свойства марганцево-кислаго кали и щавелевой кислоты.

а) Насыщенный растворъ марганцево кислаго кали не стерилизуетъ нитку, смоченную въ содержащей стафилококки средѣ, ни при комнатной температурѣ, ни при 45° С., даже въ теченіи 10 минутъ.

б) Подвергая тѣ же нити въ теченіи одной минуты сперва дѣйствію насыщеннаго раствора марганцево кислаго кали, потомъ такого же раствора щавелевой кислоты, мы ослабляемъ жизнеспособность стафилококковъ, но не убиваемъ ихъ.

с) Насыщенный растворъ щавелевой кислоты, при температурѣ въ 40° до 45° С., стерилизуетъ названныя нити въ теченіи одной минуты.

М. Гинзбургъ.

211. *Berry Hart.*—On the Extra-peritoneal Form of Extra-Uterine gestation.—(American Journal of Obstetrics etc., 1894, V, p. 577—593).—О внѣбрюшинной формѣ внѣматочной беременности.

У женщины, считавшей себя беременной, на 3-мъ мѣсяцѣ появились (11/I 93) сильныя боли и колляпсъ; д-ръ Н., предполагая у ней внѣматочную беременность, нашелъ ее въ сноскомъ состояніи и отложилъ операцію на другой день. На завтра тщательное изслѣдованіе указало: нѣсколько увеличенная матка лежала въ ретроверсіи въ лѣвой половинѣ таза, кровоизліянія въ брюшину не ощущывалось; поэтому *Hart* отказался отъ мысли о разрывѣ трубной беременности и отъ операціи. 10 дней спустя, изъ раскрытой маточной шейки показалось нѣсколько крови; *Hart* выскоблилъ матку, нашелъ частицы отпадающей оболочки, которыя приписалъ простому выкидышу. Анамнезъ указалъ на субперитонеальный фиброидъ, величиною съ яйцо, исходящій изъ лѣвой части дна матки, чѣмъ Н. и объяснялъ прощупываемую неясно твердую массу въ тазу. Въ теченіи февраля и марта здоровье больной не улучшалось: аменорея, по временамъ—сильныя

боли; въ правой подвздошной сторонѣ прощупывалась опухоль, вершина которой была на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка; въ нижней части опухоли слышенъ былъ шумъ послѣда; изъ груди показывалось молоко. Сознаваясь въ ошибочности своего послѣдняго діагноза, *Hart* пришелъ къ заключенію, что здѣсь—внѣматочная беременность въ правой широкой связкѣ, мнѣніе, поддержанное двумя солидными консультантами.

Операция 30/III 93. По вскрытіи полости брюшины, мѣшокъ опухоли оказался покрытымъ въ верхней части брюшиною; разрѣзавъ послѣднюю, Н. отсепаровалъ ее отъ опухоли, которая оказалась внѣбрюшинной. Проколъ мѣшка аспираціонной иглой недалѣе ни одной капли жидкости, при разрѣзѣ его, стѣнка была съ $\frac{1}{2}$ дюйма толщиною, въ немъ найдены свернувшаяся кровь, а къ передней стѣнкѣ его прикрѣплялся послѣдъ. Свертки и послѣдъ были извлечены изъ мѣшка, при чемъ зародыша не было и слѣдовъ; появившееся сильное кровотеченіе заставило *Hart*'а скорѣе затампонировать мѣшокъ и зашити рану. Больная чувствовала себя не дурно.

Д-ра *Hart*'а смущало несоотвѣтствіе величины плоднаго мѣшка со сроками беременности и отсутствіе зародыша; расцѣпываніе послѣдняго съ продолженіемъ роста плаценты Н. не допускалъ.

На 4-й день Н. извлекъ часть тампона, а на 6 день—остальную часть его, при чемъ прощупалъ на днѣ полости флюктуирующий плодный пузырь; проколовъ его, Н. наткнулся на головку зародыша; помощью оваріотомическихъ щипцовъ, Н. извлекъ ребенка, величина котораго соотвѣтствовала 4 $\frac{1}{2}$ -мѣсячному сроку беременности, въ нижней части мѣшка ощущивалась значительная часть послѣда. Полость мѣшка была вновь затампонирована, а на другой день внѣстѣ съ тампономъ извлечена и плацента, оказавшаяся величиною съ ладонь. Полость зародышеваго мѣшка состояла изъ 2-хъ половинокъ; плодъ лежалъ въ нижней части ея, плацента прикрѣплялась къ передней поверхности обѣихъ половинокъ, раздѣлявшихся небольшимъ кольцевиднымъ отверстіемъ; задняя часть мѣшка доходила до крестца.

Происхожденіе такой внѣматочной беременности Н. объясняетъ тѣмъ, что развившійся въ Фаллопиевой трубѣ плодный мѣшокъ, выйдя между листками правой широкой связки, развился болѣе въ сторону крестца. Если плацента лежитъ внѣбрюшинно, то внѣматочная беременность называется внѣбрюшинною, хотя зародышъ находится въ Фаллопиевой трубѣ; здѣсь и послѣдъ и зародышъ лежали внѣ брюшины.

Послѣ-операционный періодъ у больной *Hark'a* прошелъ благополучно, хотя медленно: полость мѣшка промывалась, при чемъ изъ нея выдѣлялись частицы послѣда; на 2-й недѣлѣ появилась флегмазія лѣвой ноги. Выздоровленіе наступило на 7-й недѣлѣ послѣ операциі.

Внѣбрюшинное развитіе внѣматочной беременности было впервые разъяснено *Dezémeris'*омъ въ 1836 году подъ именемъ *grossesse sous-peritonéo-pelviennne*; *Dez.* приводитъ случаи *Loschge'a* въ 1818 г. и проф. *Lobstein'a* въ 1820 г., которые, описавъ случаи разрожденія плоднаго мѣшка между листками широкой связки, не дали имъ надлежащаго объясненія. Д-ръ *Hart* подтвердилъ свои взгляды 2-мя случаями такой беременности на замороженныхъ трупахъ, послѣ чего на эту форму беременности обратили вниманіе многіе другіе и описали подобные же случаи: *Griffiths*, *Blad Sutton*, *J. W. Taylor*, *Breisky*, *Schauta*, *Olshausen*, *Lusk* (американскій профессоръ).

М. Гинзбургъ.

212. **Dr. Stuart Nairne** (Glasgow).—**Resection of the Uterus for Fibroid Tumours and other Diseases.**—(British Med. Journ., 1895, 12/1, p. 70).—Резекція матки ради удаленія фиброидовъ и другихъ болѣзней.

Случай 1-й. 28 л., дольчатые фиброиды, выдающіеся изъ обѣихъ сторонъ матки. Изсѣченіе опухоли съ частью мышечныхъ волоконъ матки со вскрытіемъ полости ея, оставшіяся части матки шиты, безъ дренажа, выздоровленіе. Впослѣдствіи наступила беременность, окончившаяся благополучнымъ разрѣшеніемъ.

Случай 2-й. 31-лѣтняя, фиброидъ. Разрѣзъ правой боковой части матки съ удаленіемъ опухоли и частью маточной ткани. Выздоровленіе съ возстановленіемъ менструаціи.

Случай 3-й. 34-лѣтняя, фиброидъ. Продольный разрѣзъ передней стѣнки матки со вскрытіемъ полости ея. Вырѣзаніе опухоли съ мышечною тканью матки. Глубокіе швы; изъ влагалища появилось обильное кровотеченіе съ коляпсомъ, кончившееся выздоровленіемъ.

Nairne удаляетъ опухоль, захвативъ ее зубчатыми щипцами, онъ отличаетъ свой способъ отъ hysterectomy и enucleatio. Число его операцій не малое: отъ 13 до 20 еженедѣльно.

М. Гинзбургъ.

213. Dr. A. Rabagliati (Bradford).—On some symptoms, which stimulate Disease of the Pelvic Organs in Women, and their Treatment.—(The British Medic. Journ., 1895, 12/1, p. 67).—**О нѣкоторыхъ припадкахъ, симулирующихъ болѣзни тазовыхъ органовъ у женщинъ и объ ихъ лѣченіи.**

Женщины, какъ дѣвственницы, такъ и рожавшія, жалуются на боли въ поясничной, повздошной и наховой областяхъ, на усталость, головныя боли; въ постели боли слабѣютъ, но не проходятъ совсѣмъ; во время и тотчасъ послѣ менструаціи боли ухудшаются. Изслѣдованіе указываетъ легкое смѣщеніе матки; въ послѣдней, какъ и въ придаткахъ ея, другихъ измѣненій не находятъ. Врачи діагностируютъ это состояніе какъ общую нервность, неврастенію, колику (кишечную? *Регф.*); другіе считаютъ это оофоритомъ, салпингитомъ. Больныя переходятъ отъ одного врача къ другому и соглашаются наконецъ на кастрацію, которая имъ нисколько не помогаетъ. *Rabagliati* вырѣзалъ въ подобныхъ случаяхъ кусокъ брюшныхъ покрововъ и брюшины въ области пупка и достигалъ нѣкотораго улучшенія.

Впослѣдствіи авторъ обратилъ вниманіе на напряженіе въ *m.m. recti* и *obliquo* живота, въ пупкѣ, въ *quadrat. lumborum*, въ *synchondrosis sacro-iliaca* и въ ягодичныхъ большихъ мышцахъ; боли эти не нервного, а чисто мышечнаго происхожденія; это доказывается распространеніемъ болей на многія другія группы мышцъ; давленіе на мышцы вызываетъ боль рѣзче, чѣмъ давленіе на яичники. Авторъ считаетъ эту болѣзнь за *perimyositis rheumatica*, ибо она сопровождается или слѣдуетъ за острымъ или хроническимъ ревматизмомъ суставовъ: ложныхъ сочлененій грудной кости, крестцово-повздошнаго сочлененія, грудино-реберныхъ; переходъ на сердечную мышцу, въ болѣе длительной и менѣе рѣзкой формѣ, чѣмъ при остромъ суставномъ ревматизмѣ. Далѣе эти боли осложняются перинеуритомъ надглазничной области.

Причиною этихъ болей авторъ считаетъ питаніе *чаемъ съ хлѣбомъ*, что у многихъ женщинъ составляетъ ихъ любимую и исключительную діету, особенно у такихъ, у которыхъ зубы рано выпали. *Лѣченіе*: Р. совѣтуетъ больнымъ отказаться отъ горячаго чая, перейти на обыкновенную пищу + противу-ревматическія средства. Онъ очень хвалитъ примѣненіе ваннъ и гимнастику мышцъ съ препятствіями.

М. Гинзбургъ.

214. Женщ.-врачъ, *Mistriss Mary Scharlieb*.—(Physician to the In-Patients New Hospital for Women.) **Surgical Treatment of Uterine Myomata.**—(British Med. Journ., 1895, 12/1, p. 68).—**Хирургическое лѣченіе миомъ матки.**

Mistriss Scharlieb произвела 64 лапаротомій, 20 изъ нихъ— ради миомъ, составляютъ предметъ ея доклада. Изъ этихъ 20 въ 6 случаяхъ удалены придатки ради остановки кровотеченій, въ 13—удалены опухоль, матка и придатки и въ 1—только опухоль. Первые 6 выздоровѣли, кровотеченіе остановилось у 5; изъ остальныхъ 14 двѣ умерли отъ шока и 1 отъ септического процесса.

I. Техника ея—обычная: при удаленіи матки она выскабливаетъ шейку и дезинфицируетъ ее чистымъ феноломъ, сшиваетъ отдѣльно сперва слизистую, потомъ мышечный слой, затѣмъ брюшину по *Lembert*'у. Покровы сшиваетъ также трехъ этажными швами. Въ 5 случаяхъ она примѣняла эластическую лигатуру во время операціи, въ остальныхъ 9 перевязку сосудовъ, какъ при влагалищномъ вырѣзаніи матки; въ первыхъ 5—дренажъ, въ другихъ— безъ него.

До операціи *Scharlieb* примѣняетъ 2½% карболовый компрессъ на животъ на 48 часовъ. Тщательная дезинфекція оператора и помощниковъ.

II. Возможно меньше касаться брюшины: она не вытираетъ ее губками или компрессами; кровоточація мѣста перевязываетъ, а если кровотеченіе паренхиматозное,—то *Sch.* остававливаетъ кровь прижатіемъ іодоформной марлей, безъ вытиранія брюшины, которое только увеличиваетъ кровотеченіе. Въ первыхъ случаяхъ, въ которыхъ она примѣняла эластическую лигатуру, кровь просачивалась изъ лоскутовъ брюшины и требовала дренажа, опаснаго во многихъ отношеніяхъ.

III. Тщательная перевязка маточныхъ и яичниковыхъ артерій предупреждаетъ послѣдующее кровотеченіе.

IV. Если ткани, покрывающія культю, не подвергались во время операціи травматизму, то *Sch.* предпочитаетъ оставлять культю въ животѣ, чѣмъ укрѣплять ее въ нижнемъ углу раны; *Scharlieb* укрѣпляетъ ее подъ брюшиной, т. е. внѣ ея.

Казуистика № 1-й. 42 л., 1 выкидышъ. Твердая узловатая, эластическая опухоль простирается на 1½ дюйма выше пупка. Per vaginam: твердая масса выполняетъ Дугласово пространство, обѣ боковыя стороны свода, зондъ входитъ на 3½". Больная—поденьщица, ставшая неспособной къ работѣ. *Операція:* правый

яичникъ приросъ къ опухоли, приращенія разорваны; лѣвый яичникъ недоступенъ, лежитъ подъ лѣвою долею опухоли, въ немъ киста величиною съ кокосовый орѣхъ. Эластическая лигатура, образованіе передняго и задняго лоскутовъ брюшины, вырѣзаніе матки на уровнѣ шейки и перевязка маточныхъ артерій, затѣмъ удаленіе лѣваго яичника, укрѣпленіе культи. Брюшина промыта, высушена и въ нижній уголъ раны вставленъ дренажъ, стеклянная трубка. Къ концу операціи у больной прекратилось дыханіе. Искусственнымъ дыханіемъ, подкожнымъ впрыскиваніемъ нашатырнаго спирта и вливаніемъ въ rectum водки съ бульономъ больная оживлена. Выздоровленіе затянулось, вслѣдствіе обширнаго абсцесса между кожей и мышцами, вѣроятно септического происхожденія отъ неосторожности во время оживленія. Теперь бывшая больная совершенно здорова и служитъ кухаркой.

№ 4-й. 30 лѣтъ. Сильныя боли и кровотеченія нѣсколько лѣтъ. Огромная опухоль матки. Въ 1891 подверглась удаленію придатковъ матки правой стороны съ временнымъ улучшеніемъ, лѣво-стороннія придатки не были удалены по причинѣ обширныхъ срощеній. 2-я операція произведена г-жей *Scharlieb* въ 1893 г. Лѣвая труба и петля тонкихъ кишекъ на 8 дюймовъ длины были приращены къ передней поверхности огромнаго фиброида матки, послѣдній срощенъ также съ поперечною ободочной кишкой, съ брызжейкой, съ flexura sigmoidea, тонкими и толстыми кишками, съ дномъ и стѣнками таза. Операція длилась 2½ часа. Кровотеченіе было незначительно, благодаря временной эластической лигатурѣ; но больная черезъ 5 часовъ послѣ операціи умерла.

№ 6-й. 41 года, замужняя, не рожавшая. Опухоль, боли, разстройства мочеиспусканія: не держаніе или задержка. Операція 24/1 94. Разрѣзъ отъ пупка до лобка по причинѣ толстыхъ покрововъ живота. Опухоль, простираясь въ лѣвую подвздошную впадину, срослась съ пузыремъ, rectum и стѣнкою таза; съ другой стороны опухоль выѣдриналась въ правую широкую связку, изъ которой ее пришлось вылущить; обѣ боковыя части соединялись по срединѣ матки въ одну опухоль, главная масса которой шла вверхъ, достигнувъ величины головы ребенка. Въ обоихъ яичникахъ замѣчаются кисты. Операція, вслѣдствіе плотныхъ срощеній, была трудна и длилась 2 часа 25 минутъ. Силы больной были хороши и она выздоровѣла.

№ 12-й. Кровотеченія нѣсколько лѣтъ, въ послѣдніе 4 мѣсяца безъ перерыва; опухоль до пупка. Пробочникомъ *Tait'a*

опухоль притянута кпереди. По отдѣленіи сращеній оказалось, что опухоль кзади отъ матки состояла изъ околоплоднаго мѣшка вѣматочной беременности, который разорвался при отдѣленіи сращеній; изъ него вынуто около кварты (24 унца) кровяныхъ свертковъ. Сращения кзади были такъ значительны, что онѣ и пораненіе матки пробочникомъ *Tait'a* побудили д-ру *Schairlieb* удалить всю матку. Выздоровленіе гладкое; къ концу мѣсяца больная вышла изъ больницы и по сіе время здорова.

№ 14-й. 27/уи 94, Многочисленные міомы, входящія до надчревной области, удалены съ трудомъ; сращеній не было, мочевой пузырь отсепарованъ и матка съ опухолями ампутирована; культи, какъ и въ другихъ случаяхъ, обшита широкою связкой. Опухоль, по истеченіи крови изъ нея, вѣсила 17 фунтовъ. Больная выздоровѣла и возобновила свою службу въ лавкѣ.

Г.г. *Heiwood Smith*, *Cullingworth* и *Travers* высказались, что такое безпристрастное изложеніе своихъ операцій, произведенныхъ по разнымъ способамъ, болѣе полезно, чѣмъ сообщеніе результатовъ операцій, произведенныхъ по одному способу. *Cullingworth* находитъ особенно полезнымъ приведеніе казуистики съ подробностями, чего не достаетъ большинству сообщеній.

М. Гинзбургъ.

215. Dr. Frank A. Glasgow, (въ St.-Louis).—**The Treatment of Distension of the Fallopian Tubes without Laparotomy and Removal.** (New-York Medic. Journ., 1894, 3/xi, p. 567). Излѣченіе растяженій Фаллопиевой трубы безъ лапоротоміи и безъ вырѣзанія трубы.

1) Авторъ тампонируетъ матку марлей безъ анестезіи или 2) производитъ быстрое расширеніе шейки съ тампонадой ея марлей, подъ анестезіей или 3) способъ, изобрѣтенный авторомъ: введеніе въ матку палочекъ изъ коры вяза (*elm*), предварительно стерилизованныхъ, такой длины, чтобы онѣ не давили на дно матки; на концѣ ихъ привязана нитка, посредствомъ которой онѣ выводятся изъ матки. Передъ самымъ введеніемъ Dr. Gl. смачиваетъ палочки въ глицеринѣ или водѣ и примѣняетъ ихъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ тампонада не выполнима. Gl. примѣнялъ ихъ болѣе, чѣмъ въ 20 случаяхъ и увѣряетъ, что палочки вызываютъ просачиваніе жидкости изъ трубъ и матки, благодаря чему больныя вполне излѣчивались или ихъ болѣзнь значительно улучшалась.

М. Гинзбургъ.

216. Dr. W. B. Dorsett, (изъ St.-Louis въ Америкѣ).—**Ligation of the Uterine Arteries for the Cure of Fibroid Tumors and Checking Haemorrhage.** (New-York Med. Journ., 1894, 3/xi, p. 567). **Перевязка маточныхъ артерій ради излѣченія фиброидовъ и остановки кровотеченій.**

Dr. Dorsett оспариваетъ у другихъ честь перваго примѣненія названнаго способа, ссылаясь на производство имъ этой операціи еще 1889 г., о чемъ онъ сообщилъ медицинскому обществу въ St.-Louis 17/iv 1890 г. и что было опубликовано имъ въ St.-Louis Courier of Medecine въ томъ же году. *М. Гинзбургъ.*

217. Prof. Howard Kelly.—**The advantage of atmospheric Distension of the Rectum with Dislodgment of the small Intestines in the bimanual Examination of Uterus, Ovaries and Tubes.**—(American J. of Obstetrics, 1894, V, p. 607).—**Выгоды растяженія recti воздухомъ со смѣщеніемъ тонкихъ кишекъ при комбинированномъ изслѣдованіи матки и ея придатковъ.**

При простомъ изслѣдованіи черезъ прямую кишку петли тонкихъ кишекъ, спускаясь книзу, затемняютъ дѣло, симулируя кистовидно-измѣненный яичникъ, особенно если петли кишекъ наполнены жидкимъ содержимымъ. *Howard Kelly*, давно уже занимающійся этимъ способомъ изслѣдованія, усовершенствовалъ его нынѣ слѣдующимъ образомъ.

Послѣ предварительной очистки кишечника и пузыря, женщинѣ даютъ коленно-локтевое положеніе и, введеніемъ въ прямую кишку зеркала, даютъ воздуху растянуть кишку, при чемъ петли тонкихъ кишекъ смѣщаются книзу; вынувъ зеркало, переворачиваютъ больную въ спинное положеніе и изслѣдуютъ ее. При этомъ стѣнка прямой кишки, прилегая плотно къ маткѣ и ея придаткамъ, даетъ возможность точно опредѣлить мельчайшія измѣненія въ ихъ очертаніи, безъ помѣхи къ тому со стороны петель тонкихъ кишекъ etc. Статья иллюстрирована 3-мя рисунками, указывающими разницу въ расположеніи органовъ таза при растянутомъ rectum и безъ того. *М. Гинзбургъ.*

218. Billiteri.—**Two congenital cases of Roberts pelvis.**—(Teratologia, 1895, april, p. 125).—**Два случая поперечно-суженныхъ тазовъ врожденнаго происхожденія.**

Названная аномалія наблюдалась у 2-хъ сестеръ, почему *Ballantine* допускаетъ, что она была у нихъ врожденною. Одна изъ сестеръ забеременѣла и разрѣшена посредствомъ операціи:

кесарское сѣченіе по способу *Porro* съ благополучнымъ исходомъ для матери и ребенка.

М. Гинзбургъ.

219. **Grimsdale.—General foetal Dropsy.**—(Teratologia, 1895, april, p. 131).—**Общая водянка ребенка.**

У беременной замѣчались альбуминурія, отеки и *hydramnion*; у плода: водянка живота и общая водянка тѣла его. Роды затянулись и могли быть окончены только послѣ прокола живота ребенка съ выпусценіемъ жидкости. Огромный хрупкій послѣдъ. (*Рецф.* описалъ подобный случай: „Водянка у матери съ увеличеніемъ печени; водянка плода, затрудненное извлеченіе его туловища“. Причиною оказался сифилисъ. Опубликовано въ *Медиц. Обзор.*, 1879 г., т. XII, p. 779).

М. Гинзбургъ.

220. **Dr. Ralf Worrall. (Sydney).—Six consecutive Vaginal Hysterectomies for Cancer.**—(The Australasian Medic. Gaz., 1895, January 15, p. 12—14).—**Шесть случаевъ вагинальнаго вырѣзанія матки по причинѣ рака.**

Съ января 1892 г. д-ръ *Worrall* произвелъ шесть операций удаленія матки съ благополучнымъ исходомъ. Возрастъ больныхъ былъ: 17, 32, 38, 39, 43 и 52 года. Одна была незамужняя, остальные многорожавшія; кровотеченія до операціи продолжались въ теченіи многихъ мѣсяцевъ у 5 и только у одной—3 года. Мѣсто пораженія было: тѣло матки въ 3-хъ, шейка въ 2-хъ, влагалищная порція въ 1-мъ случаѣ; въ послѣднемъ ракъ перешелъ на заднюю стѣнку влагалища, а въ 2-хъ случаяхъ рака шейки—пораженіе распространялось снаружи на параметріумъ, снутри, по слизистой оболочкѣ, на тѣло матки.

Лигатуры употреблены въ 5 случаяхъ; въ одномъ—жомы, потому что сращения были такъ обширны, что наложеніе лигатуръ оказалось невозможнымъ.

Дренажъ изъ марли примѣненъ 4 раза. Въ 5 случаяхъ брюшинные и влагалищные лоскуты были шиты.

Возвратъ рака появился и обусловилъ смерть 2-хъ больныхъ: одной черезъ 4, другой черезъ 11 мѣсяцевъ; остальные 4 здоровы. Со времени операціи прошло 27, 23, 21 и 12 мѣсяцевъ.

Worrall высказывается, что операція оправдывается, если мы можемъ облегчить больныхъ даже на 6 мѣсяцевъ; смертность отъ самой операціи у искусныхъ хирурговъ равна 5%—10%. За то извѣстны случаи выздоровленія съ промежуткомъ послѣ операціи въ 3—5, даже до 10 лѣтъ. Полное выздоровленіе было бы

чаще, если бы случаи рака диагностировались въ раннихъ періодахъ болѣзни. Не болѣе 5—10% всѣхъ случаевъ рака попадаютъ къ хирургамъ въ томъ періодѣ болѣзни, когда предсказаніе можетъ быть вѣрнымъ въ благопріятномъ смыслѣ. Не только публика, но и *масса врачей* виноваты въ небрежномъ отношеніи къ неправильнымъ отдѣленіямъ (бѣли, крови etc), полового канала женщинъ, особенно постарше, когда всѣ эти разстройства сваливаютъ на приближающійся климактерическій возрастъ.

Разрывы шейки съ выворотомъ губъ *Worral* считаетъ располагающимъ моментомъ къ пораженію ракомъ отъ тренія о стѣнки влагалища и при coitus'ѣ и проповѣдуетъ немедленное зашиваніе разрывовъ.

Изъ казуистики *Worral'*я приведу примѣры, показывающіе, что и въ отчаянныхъ случаяхъ операція спасаетъ больныхъ отъ тяжелыхъ страданій, хотя бы на нѣсколько мѣсяцевъ.

38 лѣтъ, многорожавшая, 9 мѣсяцевъ страдаетъ болями въ маткѣ и кровавыми отдѣленіями, сильно похудѣла; послѣдніе 4 мѣсяца боли жестоки, осложняясь рвотой. Ноги отечны, матка неподвижна, дно ея на серединѣ пространства между лобкомъ и пупкомъ, поверхность ея неправильной формы шейка увеличена, сливается (?) со сводами; каналъ ея тѣстовать, съ раздраженіями, простирающимися кверху въ тѣло матки. Острой ложкой удалена огромная масса хрупкой ткани. Видно, что болѣзнь вызвала уже ограниченный перитонитъ и только по настоятельной просьбѣ больной *Worral* согласился на операцію. Изъ за обширныхъ сращеній удаленіе придатковъ, наложеніе лигатуръ и другіе техническіе приемы не могли быть примѣнены, на кровоточащія мѣста пришлось наложить жомы и больная все таки перенесла операцію и здоровою вернулась домой.

Рецидивъ рака убилъ ее черезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Случай 2-й. 52 лѣтъ, многорожавшая, обильныя регулы 3—4 года уже, а послѣдніе 2 недѣли сильныя кровотеченія, жестокія боли въ спинѣ, паховыхъ областяхъ и ягодицахъ. Матка увеличена, 3½ дюйма длины, отечна. 25/vi, 92 г., выскабливаніе съ впрыскиваніемъ іода; удалено много грануляціонной ткани. 19/x вторичное выскабливаніе. Крови не прекратилась. 31/x *истеректомія*. По причинѣ сращеній придатки удалены отдѣльно. Дренажъ Дугласова пространства марлей и нѣсколько швовъ на каждый изъ боковыхъ сводовъ. Гладкое выздоровленіе. Оперированная по настоящее время здорова.

М. Гинзбургъ.

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

1) *Медицинскій отчетъ* по вѣдомству учреждений Императрицы Маріи за 1891—1892 и 1892—1893 гг. С.-Петербургъ, 1895 г.

2) *Двадцатипятилѣтіе Тамбовскаго Медицинскаго Общества*. 16/1 1870—16/1 1895. Тамбовъ, 1895 г.

3) *Penzoldt и Stintzing*. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Выпускъ 2. Заболѣванія органовъ пищеваренія. Выпускъ 1. Переводъ *А. М. Левина*. Выпускъ 3. Инфекціонныя болѣзни. Выпускъ 2. Переводъ *Г. А. Шапиро*. Изданіе *К. Л. Риккера*. 1895 г.

4) *Strassmann*. Практическое руководство къ асептическому акушерству. Переводъ съ нѣмецкаго *И. И. Фомиліанта*, подъ редакціей *А. Р. Фишера*, съ предисловіемъ *К. О. Славянскаго*. С.-Петербургъ, 1895 г. Цѣна 1 р. 20 к.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

3—(3)

О Б Ъ И З Д А Н І И

УНИВЕРСИТЕТСКИХЪ ИЗВѢСТІЙ

ВЪ 1895 ГОДУ.

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

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

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

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

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

объявлено особо. Подписчики **Извѣстій**, при выпискѣ приложеній, пользуются уступкою 20⁰/₀.

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

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

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

ZDROWIE

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

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

Nagrodzone dwoma medalami złotymi i wielkim srebrnym na wystawach
hygienicznych.

WARUNKI PRZEDPŁATY:

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

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

Cena ogłoszeń:

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

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

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

ОВЪЯВЛЕНІЯ.

„СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКА“.

ГОДЪ III (1895).

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

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

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

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

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

3—(3)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛЪ

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

Органъ Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ подъ редакціей проф. *В. М. Бехтерева* и проф. *Н. М. Попова*.

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

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

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

3—(3)

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ, ИЗДАВАЕМЫЙ

Главнымъ Военно-Медицинскимъ Управленіемъ.

Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками.

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

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

3—(3)

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

НА

„РУССКІЙ ХИРУРГИЧЕСКІЙ АРХИВЪ“,

(продолженіе «Хирургическаго Вѣстника»),

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

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

Цѣна съ пересылкой за годъ 7 рублей.

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

2—(2)

Редакторъ-издатель Н. А. Вельяминовъ.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ПОДЪ ГЛАВНОЙ РЕДАКЦІЕЙ

ЗАСЛУЖЕННАГО ПРОФЕССОРА, АКАДЕМИКА

В. В. ПАШУТИНА.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ПЕРВЫЙ ТОМЪ:

ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.

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

)