

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

А. П. ГУБАРЕВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ЮРЬЕВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

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

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

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИ-
МИРА ВЪ КИЕВѢ.

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

ТОВАРИЩА ПРЕДСѢДАТЕЛЯ
Д. О. ОТТА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНОГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА
Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ XI.

МАРТЪ 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

1897.

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

МАРТЪ 1897, № 3.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

О поднятіи уровня теоретическихъ и практическихъ знаній повивальныхъ бабокъ.

Проф. А. И. Замшина.

Вопросъ о поднятіи уровня знаній повивальныхъ бабокъ, въ особенности, разсѣяныхъ по обширному отечеству нашему, представляется однимъ изъ самыхъ жгучихъ вопросовъ общественнаго здравія.

Значеніе его само собою очевидно уже изъ того обстоятельства, что касается благополучія матери и кормилицы, а отчасти также и новаго, только, что узрѣвшаго свѣтъ, будущаго члена общества; между тѣмъ до сихъ поръ мало обращено вниманія на дальнѣйшее усовершенствованіе акушерки въ то время, когда для врачей такъ много сдѣлано въ этомъ направленіи.

Акушерки гораздо болѣе нуждаются во внѣшнемъ стимулѣ для своего дальнѣйшаго усовершенствованія, чѣмъ врачи, такъ какъ ихъ предварительная подготовка слишкомъ мало даетъ для развитія стремленія къ знаніямъ и самоусовершенствованію. Только въ самое послѣднее время, не считая частной въ этомъ дѣлѣ инициативы, появилась со стороны учебнаго учрежденія попытка загладить этотъ пробѣлъ; эта попытка выразилась (въ началѣ истекшаго года) въ учрежденіи при

Императорскомъ С.-Петербургскомъ Клиническомъ Повивальномъ Институтѣ семестровыхъ повторительныхъ курсовъ для акушеровъ. Быстрый откликъ на первое-же заявленіе объ имѣющихся открытыя курсахъ есть лучшее доказательство сознанія среди повивальныхъ бабокъ необходимости, насущной потребности въ дальнѣйшемъ самоусовершенствованіи.

Въ чемъ-же должно сказаться это самоусовершенствованіе и гдѣ наиболѣе большое мѣсто въ ихъ дѣятельности?

Отвѣтивши на эти вопросы, мы дадимъ болѣе или менѣе удовлетворительный отвѣтъ только на часть вопроса поставленнаго въ заголовкѣ доклада, наибольшая же часть вопроса обнимаетъ собою предварительную подготовку акушеровъ т. е. постановку преподаванія въ Повивальныхъ Институтахъ. Болѣе близкимъ по своему осуществленію по понятнымъ причинамъ стоитъ вопросъ о поднятіи уровня знаній практикующихъ акушеровъ, другой-же вопросъ, существенное измѣненіе въ подготовкѣ будущихъ акушеровъ,—дѣло будущаго, поэтому въ такомъ, если можно такъ здѣсь выразиться, хронологическомъ порядкѣ мы и затронемъ эти вопросы.

На послѣднемъ съѣздѣ русскихъ врачей имени *Н. И. Пирогова* состоявшемся въ Кіевѣ, мною и былъ затронутъ первый вопросъ послужившій темой моему докладу: «Къ вопросу о поднятіи уровня знаній практикующихъ акушеровъ въ интересахъ городского и сельскаго населенія».

Коснувшись мѣръ, служащихъ для поднятія знаній практикующихъ акушеровъ, я остановился, какъ бы, на полпути, потому что краткость времени даваемая для доклада на съѣздѣ (20 минутъ) не позволяла мнѣ даже въ самыхъ краткихъ чертахъ коснуться того обширнаго вопроса, который обнимаетъ собою постановку вообще образованія акушеровъ. Несомнѣнно глубокосимпатичная идея поднятія уровня знаній акушеровъ, какъ и надо было ожидать, встрѣчена секціей, въ большинствѣ, крайне сочувственно; при чемъ многоуважаемый *Д. О. Оттъ* предложилъ секціи, для практическаго осуществленія этого вопроса, войти въ распорядительное собраніе съ слѣдующими предложеніями:

1) Ходатайствовать о разрѣшеніи повторительныхъ курсовъ для акушеровъ.

2) Ходатайствовать о томъ, чтобы земства и другія учрежденія командировали акушеровъ для усовершенствованія, какъ это онѣ дѣлають съ врачами.

3) Организовать постоянное бюро для собиранія матеріаловъ о положеніи и способахъ къ улучшенію повивальнаго дѣла въ Россіи. Выбрать мѣстомъ этого бюро Императорскій Клиническій Повивальный Институтъ въ С.-Петербургѣ ¹⁾. Эти предложенія были единодушно приняты секціей.

Желая пополнить тотъ пробѣлъ, который, по выше сказаннымъ причинамъ, былъ мною сдѣланъ въ Кіевѣ и согласено предложенію проф. *Д. О. Отта*, я затрагиваю этотъ вопросъ вновь, тѣмъ болѣе, что мой докладъ появился въ печати, до сихъ поръ, только въ видѣ краткаго реферата въ «Прибавленіи къ № 11 дневника 3-го сѣзда русскихъ врачей».

Лучшимъ, а можетъ быть, даже единственнымъ средствомъ къ самоусовершенствованію для акушерки является слушаніе практическихъ и теоретическихъ курсовъ для возобновленія и пополненія своихъ свѣдѣній, что она дѣлаеть, если условія благопріятствуютъ, ежегодно или черезъ нѣсколько лѣтъ, смотря по возможности и по обстоятельствамъ.

Исходя изъ этой точки зрѣнія, ясно, что подобныя курсы должны только выполнять тѣ пробѣлы, которые выдвигаетъ и на которое указываетъ практическая жизнь, по этому они должны быть «курсомъ избранныхъ отдѣловъ» по акушерству и гинекологіи, главнымъ образомъ; при чемъ, присутствуя при родахъ, навѣщая родильницъ, присматриваясь къ обстановкѣ и техникѣ, какъ акушерскихъ, такъ и гинекологическихъ операций, производимыхъ въ Родильномъ домѣ, акушерка принимаетъ къ свѣдѣнію, запоминаеть то, что считаетъ для себя наиболѣе важнымъ, готовя себя къ той или другой должности, работая въ той или другой обстановкѣ, при этомъ главнымъ руководителемъ для нея въ такомъ случаѣ является то, что она слышитъ въ «избранныхъ отдѣлахъ». Эти послѣдніе могутъ разнообразиться, варьировать въ очень большихъ размѣрахъ, оставаясь для нѣкоторыхъ вопросовъ неизмѣнными, какъ напр.: ученіе объ асептикѣ и антисептикѣ, равно также

¹⁾ Дневникъ VI Сѣзда Русскихъ Врачей. Прибавленіе къ № 11, стр. 32.

дозировка дезинфицирующихъ веществъ, вопросъ, постоянно долженствующій занимать мѣсто въ числѣ «избранныхъ отдѣловъ», такъ какъ ясное пониманіе асептики и антисептики, а, въ особенности, упомянутой дозировки, встрѣчается, увы, чрезвычайно рѣдко среди акушеровъ даже недавнихъ выпусковъ, не говоря о давно окончившихъ курсъ. Это явленіе, вѣроятно же всего, происходитъ, вслѣдствіе низкаго образовательнаго ценза, съ которымъ поступаютъ въ Повивальные Институты.

Незнаніе основъ бактериологіи является большой помѣхой для яснаго пониманія и усвоенія раціональной асептики и антисептики, ведетъ къ утрировкѣ въ одномъ и къ серьезнымъ упущеніямъ въ другомъ. Лучшимъ доказательствомъ вышесказаннаго является та масса излишнихъ предосторожностей, ненужныхъ стѣсненій, на ряду съ серьезными упущеніями противъ асептики и антисептики, которыми такъ изобильно грѣшили хирургія, гинекологія и акушерство прошлаго десятилѣтія, т. е. того времени, когда бактериологія была только извѣстна по наслышкѣ большинству практикующихъ врачей. Отсюда весьма понятно, что акушерка до тѣхъ поръ будетъ механически и безсознательно примѣнять мѣры предосторожностей въ области асептики и антисептики, пока она твердо ни усвоитъ, хотя самыхъ элементарныхъ основъ бактериологіи. Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что, въ качествѣ подготовки къ «избраннымъ отдѣламъ», должно входить изложеніе основъ бактериологіи, которое, въ слѣдствіи, несомнѣнно, должно войти въ программу систематическихъ курсовъ, читаемыхъ въ Повивальныхъ Институтахъ для ученицъ. Кромѣ указаннаго выше подробнаго изложенія асептики и антисептики въ «избранныхъ отдѣлахъ» долженъ занять видное мѣсто цѣлый рядъ отдѣловъ пракческаго акушерства и гинекологіи, изъ которыхъ оперативное акушерство является наиболѣе серьезнымъ, обширнымъ, труднымъ и отвѣтственнымъ, оно должно быть излагаемо, конечно, въ связи съ практическими упражненіями на фантомѣ и должно обнимать тѣ операціи, которыя являются неизбѣжными и безотлагательными; какъ напр.: экстракція плода при ягодичныхъ предложеніяхъ, поворотъ, отдѣленіе приращеннаго послѣда, а также зашиваніе разорванной промежности. Та непреодѣленность полно-

мочій, чрезмѣрная ограниченность ихъ, которая дана акушеркѣ, дѣлаетъ ее часто безпомощной свидѣтельницей бесплодныхъ страданій роженицы, происходящей «подъ ухомъ» *sit venia* verbo, гибели плода, сердцебіеніе котораго дѣлается все глуше и глуше, между тѣмъ, какъ до пріѣзда врача далеко, а полномочія и подготовка акушерки недостаточны для того, чтобы окончить роды; также точно неумѣніе зашить промежность ведетъ обыкновенно къ послѣродовымъ заболѣваніямъ, на почвѣ загрязненія открытой раны и къ обычнымъ симптомамъ старыхъ разрывовъ промежности. Такое положеніе, повторяясь часто, убиваетъ самосознаніе, стремленіе къ самоусовершенствованію, вызываетъ апатію и индифферентизмъ, даже въ лучшихъ представительницахъ сословія, о которомъ рѣчь. Условія жизни акушерки, практикующей въ Россіи, въ большинствѣ случаевъ, совершенно другія, чѣмъ таковыя же въ Западной Европѣ, гдѣ помощь врача доступна всѣмъ и всюду и гдѣ поэтому дѣятельность акушерки сведена къ обязанностямъ опрятной спеціальной сидѣлки, поэтому вопросъ о поднятіи положенія и знаній нашей практикующей акушерки есть собственно *нашъ русскій вопросъ*, созданный особыми социальными условіями, основанными на громадной разбросанности населенія, полномъ отсутствіи во многихъ мѣстахъ, — весьма примитивномъ состояніи въ другихъ, способовъ сообщеній. Законоположенія должны идти рука объ руку съ потребностями жизни, поэтому и въ нашемъ вопросѣ они, вѣроятно, будутъ направлены не къ уменьшенію, а къ увеличенію значенія акушерки въ обществѣ.

Не можемъ обойти молчаніемъ главы о послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, геср. ихъ ранней діагностикѣ, а затѣмъ лѣченію, какъ очень важной въ интересахъ своевременнаго примѣненія раціональной помощи. Умѣніе во время распознать послѣродовой эндометритъ есть уже большой выигрышъ тамъ, гдѣ время для профилактики прошло и гдѣ нужно считаться съ послѣдствіями погрѣшностей въ этой послѣдней (по крайней мѣрѣ для большинства случаевъ). Несомнѣнно мѣстное лѣченіе полости матки, и возможно раннее, при эндометритѣ является наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ лѣченія. Обычнымъ методомъ является промываніе матки тѣми или

другими растворами обеззараживающихъ средствъ. Этому методу мы нашли въ настоящее время конкурента въ примѣненіи тампонаціи полости матки, что было предложено мною и систематически проводится въ подходящихъ случаяхъ въ Императорскомъ Повивальномъ Институтѣ, причемъ, полученные до сихъ поръ результаты крайне утѣшительны, какъ въ смыслѣ скорого исчезанія самаго эндометрита при крайне рѣдко встречающихся потрясающихъ ознобахъ, такъ и въ почти полномъ отсутствіи осложнений, въ видѣ pelvi—peritonit'овъ и pelvicellulit'овъ въ случаяхъ, гдѣ вовремя примѣнялся этотъ методъ ²⁾ Техника метода очень проста, легко доступна, поэтому могла бы быть усвоена и акушеркою, практикующей въ глуши, гдѣ примѣненіе этого метода, равно какъ и какого-бы то ни было мѣстнаго лѣченія, изодня въ день врачомъ не выполнимо. Въ этомъ случаѣ акушерка была бы истинной и активной цѣлительницей своихъ пациентовъ, а не пассивной зрительницей ихъ страданій, какъ это обычно бываетъ въ настоящее время.

Прибавимъ къ разобраннымъ уже нами «избраннымъ отдѣламъ» еще главу о поврежденіяхъ мягкихъ родовыхъ путей, отгѣнивши разрывы матки, отрывы ея отъ сводовъ и тому подобныя серьезныя поврежденія во время родовъ, главнымъ образомъ, со стороны этиологіи и діагностики, разрывы же шейки матки, стѣнокъ влагалища, входа въ рукавъ, resp. промежности,—съ точки зрѣнія діагностики и терапіи. За тѣмъ подробное изложеніе веденія послѣдоваго періода, съ обращеніемъ главнаго вниманія на терапію бывающихъ тутъ кровотеченій, ровно также и тѣхъ кровотеченій, которыя бываютъ въ разные сроки послѣродоваго состоянія, можетъ уже закончить рядъ самыхъ главныхъ, жгучихъ вопросовъ практическаго акушерства, встречающихся въ жизни акушерки.

Вопросомъ служащимъ переходомъ отъ акушерства къ гинекологіи и принадлежащимъ какъ къ той, такъ и другой области является внѣматочная беременность—вопросъ громаднаго значенія для практикующей акушерки, въ особенности,

²⁾ Д-ръ *И. М. Гузарчикъ*. Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1896 г., стр. 345. Врачъ 1896 г. стр. 27.

съ точки зрѣнія своевременной діагностики прогрессирующей вѣматочной беременности. Ранній діагнозъ такой формы беременности и соотвѣтствующее оперативное вмѣшательство есть большая гарантія для спасенія жизни больной, что явилось завоеваніемъ самаго близкаго къ намъ времени, поэтому неизвѣстно громадному большинству практикующихъ акушеровъ.

Переходя въ область гинекологіи, мы не можемъ не отмѣтить той слабой подготовки, какая господствуетъ среди акушеровъ. Въ этомъ случаѣ Родильные Дома съ ихъ богатыми амбулаторіями служатъ лучшимъ средствомъ для пополненія этого чувствительнаго пробѣла въ подготовкѣ акушеровъ, корень котораго скрывается въ томъ неодинаковомъ отношеніи къ преподаванію гинекологіи въ Повивальныхъ Школахъ, которое у насъ встрѣчается на каждомъ шагу. Подробное изложеніе въ одномъ учрежденіи стоитъ рядомъ съ почти игнорированіемъ этого предмета—въ другомъ. Последнее является, несомнѣнно, актомъ несправедливости, какъ по отношенію къ больной русской женщинѣ, для которой помощь врача, въ силу высказанныхъ уже выше соціальныхъ причинъ, далеко не всегда доступна, такъ и для самихъ акушеровъ, къ которымъ, какъ къ женщинамъ, часто обращаются больныя прежде, чѣмъ обратиться къ врачу. Вотъ почему умѣніе распознать болѣзнь, хотя бы даже приблизительно, и умѣніе дать соотвѣтствующій совѣтъ, во время направить къ врачу было бы неопѣненнымъ благомъ для больныхъ. Я глубоко увѣренъ, что, какъ только акушерки научатся распознавать или даже въ соотвѣтствующихъ случаяхъ только заподозрѣвать начальныя формы рака, въ нашихъ амбулаторіяхъ не будутъ встрѣчаться почти исключительно запущенныя формы этой губельной болѣзни, и экстирпація матки спасетъ, благодаря только этому, не одну жизнь. Почти тоже самое можно сказать и о фибріомѣхъ матки.

Отмѣтивши такимъ образомъ тѣ главные пробѣлы, пополненіе которыхъ является наиболѣе насущнымъ и наиболѣе излѣчиваеъ больныя мѣста въ дѣятельности акушеровъ, а также указавши путь, который, по нашему мнѣнію, вѣрнѣе всего подыметъ уровень практикующихъ *въ настоящее время*

акушеровъ, мы перейдемъ къ другому чрезвычайно важному вопросу—поднятію уровня знаній *будущихъ* акушеровъ.

Въ упомянутомъ докладѣ моемъ въ Кіевѣ я коснулся постановки этого вопроса т. е. преподаванія въ повивальныхъ школахъ, только вскользь, въ видѣ положеній слѣдующаго содержанія:

1) Въ преподаваніи акушерства и гинекологіи въ повивальныхъ институтахъ теорія всегда должна идти рука объ руку съ практикой, при этомъ лекторъ всегда долженъ указывать границы, гдѣ кончается компетенція акушерки и начинается—врача. Въ противномъ случаѣ, получается у слушательницъ, какъ показали опыты, чрезвычайно смутное представленіе о томъ, что дѣлать на практикѣ въ каждомъ данномъ случаѣ.

2) Акушерству и гинекологіи должны сопутствовать въ преподаваніи, кромѣ анатоміи, фізіологіи и ухода за новорожденнымъ, основы бактеріологіи съ указаніемъ принциповъ обеззараживанія, равно и точный дозировки обеззараживающихъ средствъ, въ незнакомствѣ съ чѣмъ, со стороны акушеровъ, практическій врачъ имѣетъ возможность такъ часто убѣждаться.

3) Игнорированіе гинекологіей въ дѣлѣ преподаванія во многихъ повивальныхъ школахъ представляется далеко не желательнымъ, такъ какъ лишается громадное большинство женщинъ, для которыхъ непосредственная помощь врача, по многимъ причинамъ, недоступна,—разумнаго и своевременнаго совѣта, а, въ извѣстной категоріи случаевъ, также и рациональнаго лѣченія.

4) Низкій образовательный цензъ, являющійся достаточнымъ для поступленія въ большинство повивальныхъ школъ, равно также рѣзкая разница въ преподаваніи и подготовкѣ, съ которой оканчиваютъ курсъ въ этихъ школахъ, сильно вредятъ мѣрамъ, ведущимъ къ постановкѣ знаній практикующихъ акушеровъ на уровнѣ требованій современной науки; поэтому нуженъ болѣе высокій общеобразовательный цензъ для поступающихъ и относительно однообразная программа преподаванія.

Теперь займемся болѣе подробнымъ разсмотрѣніемъ высказанныхъ положеній.

Преподаваніе должно носить характеръ практическій въ виду того, что краткость курса долженствующаго подготовить акушерку, недостаточная общая подготовка, не позволяютъ отнести къ изложенію предметовъ, какъ общеобразовательныхъ медицинскихъ, такъ и специальныхъ, съ той подробностью, которая подготовила бы законченныхъ специалистовъ. Все изложеніе предметовъ должно носить чисто практическій характеръ, оставаясь вѣрнымъ только что высказанному взгляду. Переходя къ предметамъ, которые должны составлять программу преподаванія, мы должны отмѣтить слѣдующіе: акушерство, гинекологія, уходъ за новорожденнымъ, анатомія, физиологія, основы бактеріологіи и основныя понятія о гигиенѣ, причемъ, всѣ эти предметы должны быть разсматриваемы съ специальной точки зрѣнія, а не въ томъ систематическомъ изложеніи, какъ они встрѣчаются нами почти во всѣхъ Повивальныхъ Институтахъ. Такъ напр., гораздо важнѣе знать акушеркѣ основы бактеріологіи съ точки зрѣнія дѣйствія дезинфицирующихъ средствъ, а также физическихъ факторовъ, на ростъ разныхъ, въ особенности болѣзнетворныхъ, бактерій, нежели подробное изученіе мозга, какъ это сплошь да рядомъ дѣлается въ систематическомъ курсѣ анатоміи, читаемомъ будущимъ акушеркамъ. Основы гигиены, указывающія на желательный пищевой режимъ, желательное кубическое содержаніе воздуха въ жилыхъ помѣщеніяхъ, способы раціональной вентиляціи этихъ помѣщеній и т. п.—вотъ знанія практически гораздо болѣе важныя для акушерки, чѣмъ напр. подробное изложеніе функцій печени, какъ одна изъ главъ по физиологіи, читаемыхъ тѣмъ-же будущимъ акушеркамъ. Конечно, желательно было бы и то и другое т. е. къ старому методу преподаванія прибавить новые предметы, но это является *primū desiderium*, если вспомнить о томъ положеніи Повивальныхъ Институтотъ, что они должны поставлать возможно большее количество акушеровъ, имѣя въ этомъ залогъ наиуспѣшнѣйшей борьбы со знахарствомъ и темной работой повитухъ. Поэтому они не могутъ и не должны заниматься подготовленіемъ «полу-врачей», растягивая курсъ на два—четыре года, а должны, въ возможно, *короткій промежутокъ времени* готовить *практически обученныхъ* акушеровъ, въ обученіи которыхъ теорія должна быть

лишь объясненіемъ тѣхъ практическихъ знаній и техническихъ приѣмовъ, которые имъ преподаются.

Проникаясь практическимъ изложеніемъ предмета, мы всюду должны вводить демонстративный и удобопонятный образъ изложенія, придавая наибольшее значеніе изложенію у постели больной.

Наибольшее вниманіе должно быть отведено, конечно, акушерству съ гинекологіей, при этомъ, какъ я уже раньше высказался, эти оба курса не должны быть таковыми, какъ они встрѣчаются въ систематическомъ изложеніи настоящаго времени, гдѣ съ почти одинаковой подробностью излагается вопросы далеко не одинаковой *практической* важности. Въ гинекологіи главное вниманіе должно быть отведено діагностикѣ въ предѣлахъ пониманія и усвоенія ученицами повивальныхъ школъ. О значеніи діагностики при ракѣ мы уже говорили выше, что оправдываетъ это именно особое вниманіе по отношенію къ діагностикѣ.

Тоже самое можно сказать и про другіе предметы, какъ анатомія, физиологія, гдѣ главное и почти исключительное вниманіе должно быть обращено на половые органы, причемъ всѣ остальные части человѣческаго тѣла, равно и функціи ихъ, должны разсматриваться только въ самыхъ необходимыхъ существенныхъ частяхъ, съ обращеніемъ особаго вниманія на вліяніе ихъ и отношеніе къ половымъ органамъ.

Изъ этого вытекаетъ, что указанія для тѣхъ измѣненій въ преподаваніи, которыя, во первыхъ, обезпечивали бы прочность знанія, во вторыхъ, давали бы тѣ знанія, которыя жизнь наиболѣе запрашиваетъ, сводятся къ двумъ существеннымъ: 1) повышение общеобразовательнаго ценза необходимаго для поступленія въ повивальные институты, 2) преподаваніе акушерства, гинекологіи, анатоміи, физиологіи, ухода за новорожденнымъ и элементарныхъ понятій о бактеріологіи съ гигиеной въ размѣрахъ, удовлетворяющихъ тѣмъ потребностямъ, заполняющимъ тѣ пробѣлы, которые указаны выше. Прочность знанія зависитъ отъ того, какъ это знаніе дается, путемъ ли запоминанія, такъ называемаго зазубриванія, или путемъ усвоенія, пониманія; первое быстро улечивается, второе остается. Первое достается съ громаднымъ трудомъ

для учащаго и учащагося у людей не подготовленныхъ общимъ образованіемъ къ воспріятію новыхъ представленій и усвоенію ихъ, поэтому они берутъ эти знанія только памятью, усваивая по преимуществу форму и мало проникаясь сущю вещей.

Недостатокъ общаго образованія при изученіи предметовъ курса повивальныхъ институтовъ сказывается въ цѣломъ рядѣ неудобствъ. Мало-понятность для этихъ лицъ общеизвѣстныхъ для образованнаго человѣка терминовъ крайне затрудняетъ преподаваніе, отнимая много времени на популяризацию этихъ свѣдѣній. Мозгъ также, какъ и мышца, укрѣпляется отъ упражненія и потому у человѣка учившагося, въ большинствѣ случаевъ, лучше усваиваетъ, чѣмъ мозгъ, съ этой стороны отдыхавшій. Необходимость научить мало-грамотныхъ ученицъ правильно писать и ариметикѣ, хотя по стольку, по скольку это необходимо для пониманія составленія растворовъ, заставляетъ институтъ дать классы этихъ предметовъ, что не только занимаетъ время столь дорогое, въ виду той массы свѣдѣній, которыя въ сравнительно короткій промежутокъ времени должны пріобрѣсть акушерки, но и отнимаетъ на свою долю солидную часть мозговой энергіи. Это въ результатѣ даетъ то, что ученицы, по своей малограмотности обязанныя посѣщать классы, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, служатъ балластомъ для преподавателей и болѣе образованныхъ товарокъ.

Единство преподаванія въ повивальныхъ школахъ, выраженное въ послѣднемъ моемъ положеніи, необходимо для успѣшности и правильности постановки вопроса о подачѣ акушерской помощи въ Россіи. Разность преподаванія, требованій и срока обученія создаетъ чрезвычайно много неудобствъ и недовольства, ведя къ многочисленнымъ обходамъ труднаго пути—легкимъ. Примѣромъ могутъ служить нѣкоторые родильные дома, гдѣ трудный двухгодичный курсъ замѣняется короткимъ курсомъ, дающимъ дипломъ съ ограниченіями, но, тѣмъ не менѣе, позволяющій при высшемъ учебномъ заведеніи сдать экзаменъ на полученіе диплома полнаправнаго; при этомъ сдача экзамена дѣлается безъ всякой или съ ничтожной дальнейшей подготовкой.

Ужъ если признать необходимымъ раздѣленіе акушеровъ на

нѣсколько категорій, напр., на городскихъ и сельскихъ, то только въ томъ смыслѣ, какъ я высказался въ Кіевѣ въ дебатахъ по поводу моего доклада, т. е., что сельская акушерка должна быть гораздо болѣе подготовляема къ своей дѣятельности, какъ болѣе отвѣтственной, нежели городская, а не наоборотъ, какъ существуетъ теперь. (1. с.)

Всѣ эти соображенія, только что высказанныя, относящіяся, какъ къ дальнѣйшему усовершенствованію акушеровъ, такъ и къ раціональной подготовкѣ этихъ послѣднихъ, блѣднѣютъ передъ тѣмъ самымъ существеннымъ соображеніемъ, что въ Россіи акушерская помощь подаваемая акушерками равна ничтожному проценту общаго числа родовъ.

По статистическимъ даннымъ д-ра *Сицинскаго* ³⁾ 0/0 этотъ въ Минской губерніи равенъ 1,48, причемъ, въ той же работѣ мы встрѣчаемся съ указаніемъ, что въ губерніи, гдѣ работаютъ земства и съ этой стороны наилучше обставленной, именно Московской, этотъ 0/0 еле достигаетъ двухъ (стр. 121). Изъ указанныхъ цифръ видно, что если посмотрѣть на вопросъ шире, то онъ представляется еще болѣе сложнымъ, нежели казался сначала. Въ началѣ мы представляли соображенія, касавшіяся того, какъ-бы увеличить знанія практикующихъ акушеровъ, это рѣшалось созданіемъ повторительныхъ курсовъ для этихъ послѣднихъ при большихъ родильныхъ домахъ. Затѣмъ въ этомъ докладѣ мы касаемся болѣе современной подготовки будущихъ акушеровъ; этотъ вопросъ, на первый взглядъ, рѣшается не особенно трудно, стоитъ только увеличить программу преподаванія; когда же мы остановимся на только что упомянутыхъ роковыхъ 0/0, то дѣлается яснымъ, по скольку то и другое удовлетворяетъ потребностямъ населенія. Очевидно, что помощь населенію увеличится въ очень ничтожныхъ размѣрахъ даже при самомъ идеальномъ выполненіи всѣхъ задачъ, до сихъ поръ нами высказанныхъ, если не будутъ приняты самыя энергическія мѣры для *увеличенія числа лицъ*, получающихъ достаточную подготовку для подачи акушерской помощи населенію. Это послѣднее можетъ быть достигнуто главнѣйшимъ образомъ слѣдующими мѣрами:

³⁾ А. А. *Сицинскій*. Акушерская помощь въ Минской губ. (1880—1889). Стр. 113.

1) Краткость курса, которая, позволяя приобретать въ сжатомъ видѣ всѣ необходимыя свѣдѣнія и практическую подготовку для правильнаго ухода за беременной, роженицей, родильницей и новорожденнымъ, экономизируетъ время и деньги учащихъся.

2) Субсидіи со стороны правительства, земства, отдѣльныхъ обществъ и частныхъ лицъ для предоставленія возможности ищущимъ указанныхъ знаній выѣхать изъ мѣстъ своего постоянного жительства и оставаться нѣкоторое время въ умственныхъ центрахъ Россіи, гдѣ находятся учрежденія могущія дать имъ соотвѣтственную подготовку; при этомъ, въ виду желательной краткости курса, какъ выше мною было высказано, этотъ послѣдній долженъ имѣть узко-практическую программу, захватывая только практически необходимое.

На этомъ я считаю умѣстнымъ остановиться, такъ какъ дальнѣйшія соображенія въ этомъ направленіи, т. е. въ изысканіи мѣръ для болѣе энергичнаго снабженія населенія нашего отечества представительницами научной акушерской помощи, какъ противовѣсь бабамъ-повитухамъ, знахаркамъ и другому темному люду, подающему «помощь» (*sit venia verbo*) остальнымъ 98⁰/о роженицъ (см. выше), завело бы насъ въ обширную область организаціи подачи акушерской помощи въ Россіи, что не входитъ въ программу нашего доклада, и потому я пока касаться этого не буду.

II.

О двуіодистой ртути, какъ antisepticum въ гинекологіи.

Штатнаго ординатора (ассистента) А. А. Ануфріева.

(Изъ клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней проф. Н. В. Ястребова въ Варшавѣ).

Многочисленныя клиническія наблюденія послѣдняго времени главнымъ образомъ надъ теченіемъ рѣзанныхъ ранъ убѣдили въ достаточной степени хирурговъ и гинекологовъ, что первенствующую роль при заживленіи этихъ ранъ играетъ чистота, а не дезинфецирующія средства. Достаточно указать на такіе авторитеты въ этомъ отношеніи, какъ *Bantok'a*, *Lawson-Tait'a*, *Thornton'a*, *De Granville'a*, *Kocher'a*, *Склифосовскаго* и др. Нѣкоторые изъ хирурговъ и гинекологовъ современной асептики такъ далеко зашли въ своихъ взглядахъ, что смотрятъ на всѣ дезинфецирующія средства, какъ на самообманъ, въ то время какъ другіе считаютъ присутствіе нѣкоторыхъ микроорганизмовъ не патогенныхъ даже полезнымъ можетъ быть (?) въ борьбѣ съ случайно попавшими патогенными и задерживать поэтому ростъ первыхъ представляется нераціональнымъ. Но съ другой стороны есть не малое число хирурговъ, у которыхъ асептика идетъ рядомъ съ антисептикой и которые не могутъ отказаться если не «въ первенствующей», то въ «извѣстной роли» и дезинфецирующимъ средствамъ не потому, что въ такую постановку дѣла замѣшалась рутинная, а въ силу отчасти условій, при которыхъ имъ приходится работать, отчасти—несомнѣнно полезныхъ свойствъ извѣстныхъ дезинфецирующихъ средствъ.

Да и въ самомъ дѣлѣ трудно разграничивать два понятія — асептика и антисептика, когда все дѣло сводится къ конечной цѣли: обеззараживанію больного или больной и всего того, что приходитъ съ нимъ въ соприкосновеніе.

Скорѣе слѣдовало бы назвать этотъ методъ амикробнымъ, какъ это предложили уже *Senger, Küster, Дьяконовъ*.

Во Франціи сначала *Terrillon*, а затѣмъ *Terrier* высказали такой взглядъ на обеззараживаніе: «Антисептика передъ операцией, асептика во время нея». Соединяя же въ одно цѣлое антисептику и асептику, мы eo ipso придаемъ значеніе и антисептическимъ средствамъ въ дѣлѣ амикробнаго состоянія рѣзанной раны.

Стремясь къ этой послѣдней задачѣ, мы прибѣгаемъ къ средствамъ какъ очищающимъ въ механическомъ смыслѣ поверхность раны, такъ съ другой стороны къ средствамъ убивающимъ или задерживающимъ ростъ случайно попавшихъ на рану патогенныхъ микроорганизмовъ. Что касается того, могутъ-ли попасть микроорганизмы, когда рана тщательно вымыта, то отвѣтомъ на этотъ вопросъ являются наблюденія *Bloch'a, Lanza'a, Rüdinger'a*, которые нашли на совершенно чистыхъ ранахъ, заживающихъ per primam intentionem, *staphylococcus pyogenes aureus, albus* и др., которые при малѣйшей уступчивости имъ тканей можетъ быть принесли бы не мало вреда. Съ другой стороны опыты *Messner'a* показали, что раны кроликовъ, зараженные свѣжесвыпущеннымъ члвчскимъ гноемъ, промывались у одного обезпложеннымъ $\frac{3}{4}\%$ поваренной соли и накладывалась сухая асептическая повязка, у другого 3% растворомъ лизоля и карболовой кислоты и перевязывалась асептической марлей. Оказалось, что изъ 10-ти лѣченныхъ асептически 9 умерло въ продолженіе 8—14 дней отъ флегмоны, изъ другихъ же 10-ти, лѣченныхъ антисептически умеръ только одинъ: у двухъ изъ послѣднихъ рана зажила безъ нагноенія, у остальныхъ было не большое нагноеніе (*Дьяконовъ. Основы противупаразитнаго лѣченія ранъ*).

Въ виду этого нельзя не согласиться съ Проф. *Дьяконовымъ*, который говоритъ: «стремленіе вполне отказаться отъ употребленія химическихъ противупаразитныхъ средствъ не будетъ-ли одною прямолинейностью»? Эта прямолинейность,

добавлю, будетъ особенно непростительна въ тѣхъ случаяхъ, когда практическія требованія и условія дѣятельности хирурга или гинеколога будутъ принесены въ жертву теоріи.

Если взять, напр., клиническія условія, при которыхъ приходится намъ работать въ Повивальномъ Институтѣ въ Варшавѣ, гдѣ нѣтъ строгой изоляціи септическихъ родильницъ, куда доставляютъ изъ города весьма часто больныхъ съ рожей, септическими и гноящимися язвами, то едва-ли, положа руку на сердце, мы будемъ во что-бы то ни стало проводить одну и только одну асептику.

Признавая такимъ образомъ за дезинфецирующими средствами извѣстное значеніе въ дѣлѣ заживленія ранъ, я долженъ сказать, что среди этихъ средствъ забыто одно, на которое необходимо обратить вниманіе и о благопріятномъ дѣйствіи котораго появляются время отъ времени замѣтки въ литературѣ. Это двуіодистая ртуть. Особенно много поклонниковъ ея находится какъ разъ въ странѣ асептики именно Англіи и къ числу горячихъ приверженцевъ ея относится Д-ръ *C. R. Illingworth*. Послѣдній сильно совѣтуетъ употребленіе двуіодистой ртути прямо какъ специфическаго средства при водобоязни, сибирской язвѣ, сапѣ и другихъ отравленныхъ ранахъ, вообще при всѣхъ болѣзняхъ микробнаго происхожденія (all germ disorders). Авторъ жалуется, что, не смотря на его семилѣтнюю постоянную проповѣдь въ пользу примѣненія двуіодистой ртути, которую онъ считаетъ самымъ могущественнымъ и въ тоже время безвреднымъ противугнилостнымъ средствомъ, огромное большинство врачей продолжаетъ игнорировать его указанія и даетъ умирать людямъ отъ сибирской язвы и отъ сапа (*The British Medical Journal*. 25 1894 г.).

Это даетъ поводъ референту статьи д-ра *Illingworth*'а д-ру *Горюеву* во Врачѣ (1894 г. № 36) сдѣлать по этому поводу основательную замѣтку объ игнорированіи и у насъ въ Россіи этого средства, не смотря на ярую защиту его со стороны д-ра *В. К. Большесольскаго*.

Онъ, т. е. д-ръ *Горюевъ*, говоритъ: «историкъ терапіи, конечно не станетъ удивляться подобнымъ явленіямъ, хотя и признаетъ ихъ весьма характерными и поучительными при наличныхъ условіяхъ. Участь цѣлебныхъ средствъ или способовъ лѣченія

(какъ и судьба всякихъ научныхъ работъ и открытій) въ огромной степени зависитъ именно отъ слѣпо-случайной моды съ ея истерическими капризами».

Первыя заявленія объ двуіодистой ртути, какъ antisepticum, принадлежать *Miquel'*ю и *Bernhard'*у.

У насъ въ Россіи изучилъ дѣйствіе двуіодистой ртути въ лабораторіи проф. *Доброславина* и клинически подъ руководствомъ академика *Крассовскаго* д-ръ *П. К. Большесольскій*.

Выводы свои послѣдній представилъ въ диссертациі: «къ вопросу о сравнительномъ дѣйствіи двуіодистой и двухлористой ртути, какъ антисептическихъ средствъ». Резюме его выводовъ слѣдующее: «двуіодистая ртуть, уступая сулемѣ въ дѣйствіи на *bacillus anthracis*, является одинаковымъ въ силѣ относительно гнили и стафилококка; результаты токсическаго дѣйствія для свинокъ наступаютъ отъ двуіодистой ртути значительно медленнѣе отъ большихъ дозъ сравнительно съ сулемою.

Уступая сулемѣ съ одной стороны въ удобствѣ приготовленія, въ дѣйствіи на отдѣльныя патогенныя формы, превышая въ тоже время цѣнностью, двуіодистая ртуть превосходитъ сулему въ буквальный смыслѣ противугниlostнаго вліянія при меньшей энергіи токсическаго свойства. Изъ практическихъ наблюденій во время лапаротоміи оказывается: концы лигатуръ, отрѣзанные при налженіи швовъ и перенесенные въ стерилизованную питательную среду, не вызываютъ въ послѣдней явленій, свойственныхъ разложенію.

Тожe происходитъ съ лигатурами, вынутыми изъ глубокихъ и поверхностныхъ швовъ. Раны заживаютъ *per primam intentionem*. Раздраженій въ самыхъ краяхъ раны и на мѣстахъ уколовъ для швовъ нѣтъ. Время наступленія прочной склейки краевъ раны равняется суткамъ съ небольшимъ. Въ нижнихъ углахъ ранъ нагноенія не замѣчалось. Соприкосновеніе ватныхъ шариковъ, смоченныхъ двуіодистой ртутью, съ брюшиной не вызываетъ раздраженія. Не происходитъ раздраженія также и рукъ у оператора. Запахомъ не обладаетъ. Растворяется въ одинаковомъ количествѣ съ іодистымъ калиемъ и повидимому въ присутствіи большого количества послѣдняго устраняетъ разложеніе.

Стоимость раствора двуіодистой ртути для каждой овариотоміи въ 1887 году колебалась отъ 75 к. до 1 р. 25 к.

Стоимость 4 дезинфецирующихъ растворовъ въ настоящее время (1896 году) по аптечнымъ цѣнамъ съ посудой безъ притертыхъ пробокъ оказывается:

1) 1 литръ двуіодистой ртути *sum kali jodatum* 1:10000 — 67 коп.

2) 1 литръ раствора сулемы 1:4000 — 59 коп.

3) 1 литръ раствора лизоля 1⁰/₀ — 58 коп.

4) 1 литръ раствора карболовой кислоты 1⁰/₀ — 58 коп.

Въ нашей клиникѣ двуіодистая ртуть употреблялась по временамъ въ цѣломъ рядѣ случаевъ, а систематически при лапаротоміяхъ двуіодистая ртуть примѣняется съ конца 1894 г.

Въ настоящее время, приводя случаи этихъ лапаротомій, я имѣю въ виду остановить вниманіе товарищей главнымъ образомъ на значеніе при этихъ операціяхъ двуіодистой ртути.

Изъ 9 приводимыхъ ниже случаевъ въ 7 (I, II, III, IV, V, VII и IX) операція произведена проф. *Н. В. Ястребовымъ* а въ 2 (VI и VIII) мною.

I. Е. Ш. жена офицера, 23-хъ лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 19-го декабря 1894 года съ жалобами на боли внизу живота, особенно слѣва, и на неправильныя мѣсячныя (*Menorrhagia*). Больна три мѣсяца. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывалась опухоль, величиною съ апельсинъ, кругловатой формы, плотно-эластической консистенціи. *Diagnosis: tumor tubo-ovarialis sinistr. Laparoovariosalpingoectomy.*

Подготовка къ операціи. За день до операціи операціонная зала обливается растворомъ сулемы 1:1000. Передъ операціей, часа за два, обливается прокипяченной водой. Операціонный столъ, столики для ваты, марли и инструментовъ обливаются растворомъ сулемы 1:1000. Вата, холсты, марля стерилизуются въ аппаратѣ Швабе и высушиваются.

Передъ самой операціей ватные тампоны и марля кипятятся отъ 3 до 5 минутъ въ растворѣ двуіодистой ртути вмѣстѣ съ іодистымъ калиемъ 1 на 10000 и уже потомъ берутся изъ этого раствора.

Лигатуры приготавливаются по *Schimmelbusch* у и *Hofmeister* у (въ 5⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты кипяченіе 1/2 часа). Инструменты передъ операціей кипятятся въ 1⁰/₀ растворѣ карболовой кислоты и въ томъ-же растворѣ остаются.

Въ соприкосновеніе съ поверхностью раны приходятъ ватные шарики изъ раствора двуіодистой ртути.

Руки оператора во время операціи обливались тѣмъ-же растворомъ.

Кожа живота оперированной обмывается теплой водой съ мыломъ, затѣмъ спиртомъ, эфиромъ и растворомъ сулемы 1:1000, растворомъ карболовой кислоты, наконецъ передъ самымъ разрѣзомъ растворомъ двуіодистой ртути. Въ данномъ случаѣ опухоль лежала глубоко въ тазу и была приращена къ задней стѣнкѣ *Douglas'a*.

Processus vermicularis отдѣлился отъ сращеній во время извлеченія кишокъ; наружная поверхность его была покрыта экхимозами и обрывками ложныхъ перепонокъ. *Ligament. infundibulopelvic. sinistr.* и *ligam. latum sinistr.* обшиты на 1 см. отъ края листка, затѣмъ перерѣзаны и опухоль удалена. Обычный туалетъ брюшины.

Брюшная рана закрыта 10 глубокими и 7 поверхностными швами. Присыпка іодоформомъ и повязка. t^0 доходила къ вечеру 2, 4, 5 дня до 38.2°. Утромъ и днемъ нормальная. *Pulsus* не превышалъ 80 ударовъ въ 1. Швы сняты въ два приема: на 7 и 10 день. *Полная prima intentio безъ смѣдовъ нагноенія*. 27 января 1896 г. больная выписалась изъ клиники здоровою.

II. К. Э, жена чиновника, 46 лѣтъ отъ роду поступила въ клинику 19-го апрѣля 1895 года съ жалобами на сильную боль внизу живота, особенно слѣва, распространяющуюся на лѣвую конечность, на боли въ крестцѣ и на сильное нервное расстройство. Крови идуть правильно. Больной нѣсколько лѣтъ тому назадъ проф. *Ястребовымъ* была произведена операція *colporagotriocystotomia*. Въ настоящее время надъ входомъ въ тазъ на высотѣ 11 см. надъ симфизомъ прощупывается шарообразная эластическая, подвижная опухоль, которая располагается большимъ сегментомъ влѣво отъ средней линіи *in regione iliaca sinistr.* (6 см. влѣво отъ средней линіи и 5 см. вправо).

Diagnosis: cystis ovarii sinistr.

Ovariectomy. Подготовка къ операціи прежняя. Кишки выведены изъ брюшной полости, такъ какъ сильно мѣшали находить ножку опухоли. Во время извлеченія киста лопнула и содержимое ея излилось въ брюшную полость. Спаившіяся остатки кисты (ножка) перевязаны и удалены.

Опухоль представлялась въ видѣ *tumor tubo-ovarialis*. Вся операція проведена подъ двуіодистой ртутью. Брюшная рана закрыта 7 глубокими и 5 поверхностными швами. t^0 разъ только поднялась до 38,2° въ зависимости отъ кишечника. Пульсъ по временамъ доходилъ до 108 ударовъ въ 1. На 8-й день удалены глубокіе и поверхностные швы. *Полная prima intentio на всемъ пространствѣ*. 1/VI Больная выписалась здоровою.

III. А. М. жена офицера, 24 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 28 апрѣля 1895 г. съ жалобами на боль въ лѣвой подвздошной области, поясницѣ и внизу живота. Кромѣ того, есть *dyspareunia* и *hysteriasis*. При изслѣдованіи найдено значительное увеличеніе праваго яичника и болѣзненность его.

Diagnosis. Oophoritis dextra chronica.

Ovariectomy. Во время хлороформнаго наркоза *schok*: остановка дыханій и замедленіе пульса (послѣ разрѣза брюшины). Оживлялась методами *Silvester'a* и *Labord'a*. Сильное развитіе жира въ подкожной клѣтчаткѣ стѣнки живота. Нижний уголокъ раны оттянуть подъемникомъ *Fritsch'a*. Кишки выведены наружу. Правый измененный яичникъ захваченъ пинцетомъ *Pozzi*. Mesovarium проколото иглой *Deschamp'a* и обѣ половины перевязаны. Общая лигатура подѣ 2-мя. Яичникъ удаленъ съ частью трубы. Операция подѣ двуіодистой ртутью. Первые 5 дней больная лихорадила. T^0 доходила до $38,6^0$. На 6-й день удалены поверхностные швы (8); въ нижнихъ швахъ нагноеніе и на поверхности всѣхъ швовъ краснота. На 9 день удалено 6 глубокихъ швовъ и одинъ поверхностный. Нагноеніе въ 2 швахъ. На 11 день удалены остальные два шва. Въ области этихъ швовъ, особенно нижняго образовалось нагноеніе. При давленіи на него выдѣлилось около столовой ложки гноя (*abscessus*). 25/у больная выписалась здоровой. На мѣстѣ нижнихъ швовъ образовалась рубцевая ткань.

IV. X. Н. жена торговца, 26 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 2/ix 95 г. съ сильными болями въ животѣ и бѣлями. При изслѣдованіи найдено: черезъ брюшные покровы прощупывается опухоль, овальной формы, расположенная косо слѣва на право—сверху внизъ, длиною 18 сант.; шириною 13 сант.; на ощупь зыблющаяся, подвижная и заходящая своимъ нижнимъ краемъ слѣва и впереди относительно матки. Послѣдняя подвижна, легко переводится вправо, хотя при покойномъ положеніи она находится въ *lateroversione dextra*. Съ лѣвой стороны прощупывается яичникъ. Связь опухоли съ маткой и ея придатками не опредѣляется. 5/ix *Laparatomy*. Операция подѣ двуіодистой ртутью: разрѣзъ длиною около 12 сант. безъ осложнений. Въ рану вставилась эластическая, напряженная опухоль съ жидкимъ содержимымъ. Выведеніе ея наружу не представлялось возможнымъ въ виду приращенія ея сзади.

Сдѣланъ проколъ ножомъ. Выпущено около 400 куб. сант. молочнаго цвѣта густой жидкости. Опухоль оказалась кистой брызжейки тонкой кишки. Спавшаяся стѣнка кисты близъ основанія захвачена въ лигатуры и верхній край ея отрѣзанъ. Культи опущена въ брюшную полость. Послѣдняя закрыта 6-ю глубокими и 4-мя поверхностными швами. Швы сняты на 10-й день. *Prima intentio полная*. Осложненіе въ послѣоперационномъ періодѣ было въ зависимости отъ новаго скопленія жидкости въ культѣ. t^0 нормальная. Пульсъ доходилъ до 118 ударовъ въ 1'. Впослѣствіе опухоль на мѣстѣ культи на столько уменьшилась, что остатки ея были не больше грѣбкаго орѣха.

При изслѣдованіи этой больной проф. *Ястребовымъ* въ Друске-никахъ, въ іюнѣ 1896 года, не найдено никакихъ слѣдовъ опухоли. Больная чувствовала себя прекрасно. Больная выписалась 17/x 95 здоровой (этотъ случай будетъ описанъ болѣе подробно).

V. X. III. дочь торговца, незамужняя, 22 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 14 сентября 1895 г. съ жалобами на постоянныя боли въ животѣ.

При наружномъ изслѣдованіи въ полости живота прощупывается опухоль, не доходящая пальца на два до пупка; въ ширину она заходитъ главнымъ образомъ влѣво отъ средней линіи.

Опухоль на ощупь довольно плотная, подвижная. При внутреннемъ изслѣдованіи въ переднемъ сводѣ прощупывается нижній сегментъ опухоли. *Diagnosis: Cystis ovarii sinistri. 23/ix. Ovariectomy* подъ двуіодистой ртутью. Разрѣзъ брюшной стѣнки на протяженіи 12 сант. Опухоль дѣйствительно оказалась кистой лѣваго яичника, приращенной къ брюшинѣ, мочевому пузырю и прямой кишкѣ. Вылущить опухоль безъ уменьшенія объема не удалось. Выпущено около 2-хъ стакановъ мутной жидкости, сращенія разрушены и опухоль удалена. При отдѣленіи сращеній наблюдалось внутреннее кровотеченіе. Кишки выводились наружу. Брюшная рана закрыта 10-ю глубокими и однимъ поверхностнымъ швомъ. Обычная повязка. Въ первые два дня t^0 доходила до $38,2^0$. Затѣмъ все время оставалась нормальной. Швы удалены на 7-й и 9-й день.

Полная prima intentio безъ слѣдовъ нагноенія. 17/x. Большая выписывается здоровою.

VI. Э. М. жена земледѣльца, 30 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 7-го ноября 1895 г. съ жалобами на боли внизу живота и въ крестцѣ, по временамъ сильныя головныя боли. При наружномъ изслѣдованіи черезъ брюшныя покровы прощупывается опухоль, достигающая 10 см. надъ симфизомъ и шириною 15 см. Наибольшій сегментъ опухоли при внутреннемъ изслѣдованіи въ заднемъ сводѣ. *Diagnosis: cystis ovarii dextr. 21/xi Ovariectomy* подъ двуіодистой ртутью.

Опухоль, дермоидъ, берущая начало изъ правыхъ придатковъ матки, оказалась приращенной (плоскостными сращеніями) со стѣнками таза, съ тонкими кишками и прямой.

Опухоль заходила влѣво отъ матки и была сращена съ растянутой лѣвой трубой. Растяженіе лѣвой Фаллопиевой трубы представлялось овальной формы, величиною съ куриное яйцо (*Haematosalpinx*). Главная опухоль была отсепарована отъ сращеній съ тазомъ и кишками и выведена наружу и ножка ея перерѣзана послѣ перевязки. Опухоль лѣвой трубы вскрыта ножомъ, вытекло около унціи кровянистой жидкости, и изъ полости удаленъ обезцвѣченный кровяной сгустокъ. Обрѣзана подъ лигатурами часть расширенной трубы. Брюшная рана закрыта 8 глубокими и 7 поверхностными швами. t^0 въ послѣоперационномъ періодѣ нормальна. На 9-й день сняты всѣ швы: полная *prima intentio. 2/i 96.* Больная выписалась здоровою.

VII. М. Д. 26 лѣтъ отъ роду, жена работника, поступила въ клинику 30 ноября 1895 г. съ жалобами на боли внизу живота, появляющіяся главнымъ образомъ при подниманіи тяжестей. При наружномъ изслѣдованіи найдено: въ нижней части живота прощупывается шаровидная, эластическая опухоль, достигающая 10 см. надъ симфизомъ.

При внутреннемъ изслѣдованіи опухоль опредѣляется впереди матки и влѣво отъ нея. Въ правомъ сводѣ прощупывается также опухоль, яйцевидной формы, съ поперечными болѣ длинными діаметрами, по формѣ напоминающая яичникъ, эластической консистенціи, безболѣзненная. *Diagnosis: cystis ovarii duplex.* 15/xii. *Ovariectomy* подъ двуіодистой ртутью. Съ лѣвой стороны опухоль оказалось кистой лѣваго яичника, (дермоидальной), сращенная съ петлями тонкихъ и толстыхъ кишокъ и съ стѣнками таза.

Сращения медленно разрушены, и опухоль удалена. Правый яичникъ оказался увеличеннымъ въ $1\frac{1}{2}$ раза, абдоминальный конецъ правой трубы расширеннымъ; оба эти органа были сращены ложными перепонками съ около-лежащими частями. Сращения разрушены. Правый яичникъ удаленъ съ расширенной частью трубы. Брюшная рана закрыта 10 глубокими и 4 поверхностными швами. t^0 оставалась все время нормальной послѣ операціи. На 7 день удалены всѣ швы.

Полная prima intentio. 7/i—96. Выписывается здоровою.

VIII. И. Т., крестьянка, замужняя, 30 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 24 ноября 1895 г. съ жалобами на увеличение живота (опухоль), и боли въ немъ и бѣли.

При изслѣдованіи животъ оказывается сильно увеличеннымъ. Окружность живота на уровнѣ пупка=81 см., ниже на 2 пальца=83 см. Черезъ брюшныя стѣнки прощупывается эластическая, напряженная опухоль, съ ясно выраженной флюктуацией. При внутреннемъ изслѣдованіи черезъ передній сводъ прощупывается край флюктуационной опухоли, заходящей и въ область боковыхъ сводовъ. *Diagnosis: Cystis ovarii dextr.* 10/ix. *Ovariectomy* подъ двуіодистой ртутью. Разрѣзъ брюшной стѣнки на протяженіи 10 см. Опухоль оказалась сращенной съ брюшными стѣнками. Киста проколота и удалена.

На брюшную рану наложено 9 глубокихъ и 5 поверхностныхъ швовъ. t^0 въ послѣоперационномъ періодѣ нормальная. Перенесла въ клиникѣ *bronchorneumoniam* и 11/x выписалась здоровою. Швы сняты на 8-й день. *Полная prima intentio.*

IX. С. Ю. жена врача, 29 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 6/xii 1895 г. съ жалобами на боли внизу живота. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: въ правомъ сводѣ, частью и въ переднемъ прощупывается толстостѣнная опухоль, шарообразной формы, прилегающая спереди и слѣва къ маткѣ. *Diagnosis: Cystis ovarii sinistri.* 6/xii. *Ovariectomy.*

Разрѣзъ длиною около 16 см. Значительное развитіе жира въ подкожной клѣтчаткѣ. Киста выведена *in toto* въ брюшную рану и удалена. Кишки оставались *in situ*. Опухоль оказалась дермоидомъ, содержимое—волосы и сало. Брюшная рана закрыта 7 глубокими и 9-ю поверхностными швами. Повышенія t^0 не было. На 9 и 12 день удалены всѣ швы. 27/xii. Выписалась здоровою.

Разсматривая приведенные случаи, главнымъ образомъ съ точки зрѣнія послѣопераціоннаго періода, мы видимъ, что въ 2-хъ случаяхъ t^0 поднималась въ зависимости, какъ можно думать, отъ реактивнаго воспаленія въ травмированныхъ тканяхъ, въ одномъ отъ воспаленія и нагноенія въ швахъ, въ одномъ въ зависимости отъ застоевъ кала (coprostitis) и въ одномъ находилась въ зависимости отъ bronchopneumoniae. t^0 держалась повышенной 3—4—5 дней и затѣмъ падала. Совершенно безлихорадочныхъ было 4 случая. Изъ 5 лихорадившихъ только въ 3-хъ случаяхъ повышение t^0 приходится отнести къ нанесенной травмѣ. У 8-ми оперированныхъ брюшная рана срослась per primam intentionem безъ нагноенія въ нижнихъ углахъ раны и красноты въ швахъ. Болѣе серьезныхъ осложнений со стороны брюшины не было ни въ одномъ случаѣ.

До сихъ поръ такого идеальнаго рубца на большомъ сравнительно числѣ случаевъ (прежде употреблялся sol. acidi carbolicі 1⁰/o) мы не получали. Что касается 3-го случая, гдѣ развилось нагноеніе въ швахъ, то нужно замѣтить, что въ этомъ случаѣ послѣ разрѣза брюшной стѣнки наступилъ schok у больной, почему пришлось примѣнить вмѣстѣ съ методомъ *Labord'a* и методъ *Silvester'a* и такимъ образомъ брюшная рана не находилась въ обычной спокойной обстановкѣ лапаротоміи. На это условіе приходится обратить особенное вниманіе, такъ какъ мнѣ извѣстны случаи, въ которыхъ наступленіе временнаго schok'a у больной, вело къ серьезнымъ осложнениямъ въ послѣопераціонномъ періодѣ.

Невольно въ такихъ случаяхъ вниманіе оперирующаго отвлекается отъ раны, а между тѣмъ послѣдняя требуетъ постоянного внимательнаго глаза хирурга и внимательной сосѣдки—чистой руки послѣдняго.

Кромѣ того, считаю нужнымъ замѣтить, что рядомъ съ дѣйствіемъ двуіодистой ртути на правильность заживленія раны имѣетъ громадное значеніе удаленіе влаги, или полное высушиваніе краевъ ея и гигроскопичность перевязочнаго матеріала.

Всѣ небольшія раненія кожи, ссадины, трещины прекрасно заживаютъ подѣ дѣйствіемъ двуіодистой ртути даже въ такомъ

слабомъ растворѣ, какъ 1 на 10000. Хроническіе гонорейные процессы также замѣтно уступаютъ этому средству.

Такимъ образомъ на основаніи клиническихъ наблюденій я не могу не рекомендовать этого средства въ гинекологической и хирургической практикѣ и вполне присоединяюсь къ выводамъ д-ра *П. К. Бальшесольскаго*, приведеннымъ въ его диссертации.

III.

Нѣкоторыя замѣчанія къ вопросу о производствѣ
законнаго искусственнаго выкидыша выскаблива-
ніемъ.

И. Г. Мандельштама (Одесса).

(Ординатора Одесской Еврейской больницы).

Въ послѣднее время въ русской медицинской литературѣ появились двѣ работы, трактующія о вычерпываніи или выскабливаніи какъ способѣ для производства законнаго искусственнаго выкидыша: ч. пр., *И. Львова* ¹⁾, и ч. пр., *А. А. Муратова* ²⁾. Оба эти автора ссылаются на статью д-ра *P. Puech*'а, подъ заглавіемъ: «Du Curettage comme méthode d'avortement artificiel», напечатанной въ августовской книжкѣ *Annales de Gynécologie et d'obstétr.* за 1895 г. По смыслу этой ссылки, можно думать, что *Puech* былъ первый, который печатно рекомендовалъ этотъ способъ какъ самостоятельный и указалъ на его преимущества предъ всѣми другими способами, практиковавшимися до того для вызыванія искусственнаго выкидыша. *Львовъ* (1. с.), говоритъ: «Правда, и многіе другіе авторы прибѣгали къ удаленію плоднаго яйца изъ матки острой или тупой ложками, но они прибѣгали къ этому способу не самостоятельно, а случайно, какъ къ вспомогательному приему, когда нельзя было удалить плоднаго яйца другимъ способомъ». Въ числѣ этихъ авторовъ онъ называетъ:

¹⁾ Врачъ 1896 г., № 40.

²⁾ Ж. Ак. и Ж. б., 1896 г., Т. X.

а) *W. Duncan*, январь 1890 г.; б) *Dolérís*; в) *Mouchet*; г) *Roland*, всѣ 3 1892 г., д) *Blanc*, 1893 г., и е) *Гинзбургъ* 1894 года. На самомъ дѣлѣ, однако, этотъ способъ практиковался и описывался, съ указаніемъ всѣхъ его достоинствъ, гораздо раньше. Если уже говорить о правѣ первенства на предложеніе этого способа для вызыванія искусственнаго выкидыша, то оно скорѣе всего должно быть приписано д-ру *Видеману*. Въ статьѣ его помѣщенной въ № 45 1896 г. *Peters. Med. Wochenschrift*, и озаглавленной: «*Unterbrechung der Schwangerschaft durch Evidement* ³⁾» онъ приводитъ 3 случая искусственнаго выкидыша: въ первомъ съ неукротимой рвотой авторъ пытался прервать беременность различными мѣрами, но не достигъ цѣли, пока наконецъ не удалилъ плодное яйцо выскабливаніемъ. Въ остальныхъ двухъ случаяхъ онъ уже прямо приступилъ къ расширенію канала маточной шейки расширителями *Fritsch'a* и удалилъ содержимое полости матки выскабливаніемъ. У послѣдней больной, съ абсолютно узкимъ тазомъ, выкидышъ былъ вызванъ *Видеманомъ* на 14-й недѣлѣ беременности. На основаніи успѣшнаго хода операціи и исполнѣ безукоризненнаго теченія послѣродоваго періода, онъ очень хвалитъ этотъ методъ искусственнаго выкидыша, какъ легко и скоро выполнимый, обусловливающий наименьшую потерю крови, и дающій возможность въ одинъ сеансъ удалить все плодное яйцо, чѣмъ устраняется опасность сопряженная съ оставленіемъ частицъ отпадающей оболочки или дѣтскаго мѣста. Затѣмъ въ 1890 году, 9-го сентября, д-ръ *Paether* сдѣлалъ подробное сообщеніе въ Гамбургскомъ гинекологическомъ обществѣ о 3-хъ случаяхъ искусственнаго прерыванія беременности и двухъ случаяхъ удаленія мертваго плода въ первыхъ мѣсяцахъ беременности ⁴⁾. Методъ примѣненный имъ въ этихъ случаяхъ, которымъ онъ съ успѣхомъ пользуется уже въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, состоитъ въ слѣдующемъ: 1) открываніе полости матки металлическими расширителями подъ наркозомъ, послѣ предварительнаго приведенія рукава и маточной шейки въ асептическое состояніе; 2) отдѣленіе указательнымъ пальцемъ плоднаго яйца отъ стѣнокъ матки, извлеченіе свобод-

³⁾ См., рефератъ въ *Centrbl. f. Gyn.*, 1887 г. № 17 p. 279.

⁴⁾ *Centralbl. f. Gynaecol.*, 1891 г., p. 860.

ныхъ частей яйца корнцангомъ и соскабливаніе пристающихъ еще остатковъ тупой ложкой; 3) промываніе полости матки дезинфицирующимъ растворомъ и выполнение ея іодоформенной марли, которая оставляется на мѣстѣ 2—3 дня. Всѣ эти манипуляціи производятся въ одинъ пріемъ безъ всякихъ подготовительныхъ дѣйствій. Докладчикъ видитъ достоинство этого метода въ его совершенной асептичности, вѣрномъ и быстромъ дѣйствіи и между прочимъ еще указываетъ на то оригинальное его преимущество, что низшій медицинскій персоналъ, помогающій при производствѣ операціи по этому способу, не можетъ научиться ничему такому, чѣмъ бы онъ могъ воспользоваться съ цѣлью преступнаго изгнанія плода.

Послѣ этой литературной справки перейду къ самой сущности затронутого вопроса и прежде всего отмѣчу, что собственно главное принципиальное значеніе разбираемаго способа заключается въ быстротѣ и одновременности выполненія всѣхъ моментовъ операціи. Существуютъ двѣ разновидности этого способа. По одной (*Videmanъ, Doléris, Mouchet, Blanc, Гинзбургъ, Ruesch, Львовъ, Мурамовъ*) вся операція производится ложкой и корнцангомъ съ предварительнымъ расширеніемъ канала маточной шейки, или безъ онаго, по другой (*Duncan, Paether, Fritsch*) отдѣленіе плоднаго яйца, послѣ достаточнаго раскрытія полости матки и извлеченіе всѣхъ крупныхъ его частей, совершается при помощи пальца и лишь заключительный актъ операціи т. е. удаленіе остатковъ deciduae исполняется посредствомъ острой или тупой ложки. Выяснить сравнительное достоинство этихъ двухъ разновидностей составляетъ главную цѣль моей настоящей замѣтки. Я самъ придерживаюсь второй разновидности и впервые примѣнилъ ее въ августѣ 1887 г. у больной съ неукротимой рвотой послѣ ознакомленія со статью *Видемана* и съ тѣхъ поръ прибѣгалъ къ ней во многихъ десяткахъ случаевъ отъ 1-го до конца 4-го мѣсяца беременности, когда потому или иному показанію требовалось прервать еще существующую беременность, или освободить матку возможно скорѣе отъ задержанныхъ продуктовъ уже прекратившейся беременности. Къ послѣдней категоріи относится главнымъ образомъ тотъ довольно многочисленный въ большихъ городахъ контин-

гентъ неоконченныхъ выкидышей, который послѣ неудачныхъ попытокъ вытравленія плода попадаетъ къ намъ съ грозной картиной септического эндометрита и гдѣ настаетъ безотлагательная необходимость немедленно удалить источникъ заболѣванія. Во всѣхъ своихъ случаяхъ я производилъ искусственный выкидышъ по способу въ общихъ чертахъ сходному съ описаннымъ *Paether*'омъ но все таки отличающемся нѣкоторыми особенностями по моему мнѣнію не маловажными для возможно полного обезпеченія успѣха операціи.

Способъ производства искусственного выкидыша въ одинъ сеансъ тѣмъ именно и цѣнень, что онъ можетъ быть выполненъ какъ всякая другая типическая хирургическая операція, которая при современномъ состояніи хирургіи должна удовлетворять слѣдующимъ 3-мъ кардинальнымъ условіямъ: 1) полная асептичность области операціи и сосѣднихъ частей; 2) строго выработанный планъ дѣйствій, сообразованный съ индивидуальными особенностями каждаго отдѣльнаго случая, въ которомъ ни одинъ моментъ операціи не долженъ имѣть характера случайной манипуляціи, или ускользнуть отъ сознательнаго контроля оперирующаго, для чего *conditio sine qua non*: 3) возможная доступность поля дѣйствія.

Въ примѣненіи къ нашей операціи для достиженія этихъ цѣлей прежде всего обязательнъ полный наркозъ. Онъ не только избавляетъ больную отъ излишнихъ болей, но въ значительной мѣрѣ облегчаетъ дезинфекцію полового тракта нерѣдко встрѣчающую невольное противодѣйствіе со стороны чувствительныхъ больныхъ. Далѣе, только при полномъ наркозѣ устраняющемъ и сопротивленіе брюшного пресса, мы получаемъ возможность дать себѣ ясный отчетъ о состояніи матки и ея придатковъ; наконецъ, только подъ наркозомъ возможно раскрыть полость матки до степени указанной ниже и свободное безпрепятственное манипулированіе въ этой полости. Опасность отъ наркоза въ этихъ случаяхъ ничуть не большая, чѣмъ при всякой другой хирургической операціи, если только усыпленіе производится опытнымъ лицомъ съ соблюденіемъ всѣхъ необходимыхъ предосторожностей. Правда, при искусственномъ выкидышѣ мы въ большинствѣ случаевъ имѣемъ дѣло съ больными истощенными вслѣдствіе непрерывной

рвоты или глубоко малокровными; но навряд ли такое острое изнурение, неуспѣвшее еще вызвать паренхиматозныхъ измѣненій сердечной мышцы, можетъ считаться серьезнымъ противопоказаніемъ для наркоза. Между больными, служившими объектами моихъ наблюдений были многія, дошедшія до крайней степени остраго упадка силъ, а тѣмъ не менѣе всѣ онѣ переносили глубокій наркозъ совершенно гладко, безъ всякихъ непріятныхъ инцидентовъ; наконецъ, кто хоть разъ имѣлъ случай оперировать послѣ свѣжаго разрыва плоднаго мѣшка вѣматочной беременности при явленіяхъ острѣйшаго малокровія съ едва ощутимымъ пульсомъ, тотъ надѣюсь не убоится наркотизировать и истощенную вслѣдствіе неукротимой рвоты беременную.

О приготовленіи больной къ операціи, равно и о томъ, какъ дезинфицировать половой трактъ, распространяться не стану. Это дѣлается по общимъ правиламъ съ однимъ лишь видоизмѣненіемъ, принятымъ у меня для всѣхъ внутриматочныхъ операцій. Оно состоитъ въ томъ, что каналъ маточной шейки, нерѣдко вмѣщающій въ себѣ, какъ показали изслѣдованія *Winter'a*, патогенные микробы подвергается особенно энергичному обезжизиванію при помощи маточнаго зонда обмотанного ватой, пропитанной смѣсью изъ равныхъ частей *Acid. Carboli* и глицерина; зондъ этотъ вмѣстѣ съ тѣмъ опредѣляетъ и направленіе шеечнаго канала.

Во избѣжаніе прижиганія слизистой рукава вытекающей обратно карболовой смѣсью, помощникъ въ тоже время пускаетъ на влагалищную часть струю 1⁰/₀ раствора лизоля. Когда дезинфекція такимъ образомъ кончена, я приступаю къ раскрыванію полости матки расширителями *Hegar'a*, которые вводятся по порядку номеровъ до 22 № включительно. Эта степень расширенія достаточна для того, чтобы можно было ввести въ полость матки указательный палецъ и свободно имъ манипулировать. Правда что во многихъ случаяхъ уже послѣ 17-го номера удастся провести палецъ, но онъ тогда проходитъ лишь съ трудомъ, нерѣдко во время оперирования тѣсно обхватывается сокращающимся внутреннимъ рыльцемъ. Выведеніе болѣе или менѣе крупныхъ частей плода черезъ такой недостаточно расширенный каналъ бываетъ затрудни-

тельно. При расширеніи же до указанной выше степени не только сохраняется до конца свобода дѣйствія для оперирующаго пальца, но получается еще возможность ввести въ полость матки, рядомъ съ пальцемъ и инструменты какъ напр. *корнцангъ*, *кюретку* и др.

До 17-го номера проведеніе каждого слѣдующаго номера обыкновенно совершается съ нѣкоторымъ трудомъ, дальше же расширители обыкновенно проходятъ легко, что у нерожавшихъ женщинъ, или у рожавшихъ съ ригидной шейкой, сопровождается частичнымъ надрывомъ одной какой нибудь боковой стѣнки шейки, большею частью лѣвой. Замѣчу тутъ же, что ни въ одномъ изъ своихъ многочисленныхъ случаевъ я не видѣлъ отъ этихъ разрывовъ никакихъ дурныхъ послѣдствій: ни непосредственно въ видѣ стоящаго вниманія кровотеченія, ни послѣдовательно въ формѣ воспалительной реакціи или остающагося зіянія канала шейки. Послѣ раскрытія полости матки въ нее вводится указательный палецъ правой руки, пальцы же лѣвой кладутъ на дно матки и надавливаютъ его на встрѣчу внутреннему пальцу; если матка наклонена назадъ, то прежде всего нужно ее привести въ *anteversio*. При беременности зашедшей за 2-й мѣсяцъ и цѣлости плоднаго пузыря иногда не удастся дойти до дна пока не будетъ разорванъ пузырь и не будутъ выпущены околоплодная жидкость и часть накопившейся въ полости матки крови, которыми открываютъ свободный стокъ обратнымъ выводеніемъ пальца. По истеченіи этихъ жидкостей полость матки спадается, емкость ея значительно уменьшается и оперирующій палецъ постоянно контролируемый наружной рукой постепенно обходитъ всю внутреннюю поверхность органа, отдѣляя мало помалу плодное яйцо отъ его мѣста прикрѣпленія. Извлечение отдѣленныхъ частей производится частью пальцемъ частью же *корнцангомъ* и *кюреткой* подъ руководствомъ того же пальца. Кюреткою я дѣйствую такимъ образомъ, что, повертывая ее вокругъ ея продольной оси, наматываю на нее болѣе или менѣе крупные куски ткани, или составляю изъ нея совместно съ указательнымъ пальцемъ импровизированныя щипцы которыми захватываю и извлекаю торчащія въ верхнемъ отдѣлѣ шейки части плоднаго яйца. Нелегко иногда удалить самый

плодъ, если онъ достигъ возраста 3-хъ или 4-хъ мѣсяцевъ. Палецъ скользитъ по немъ не будучи въ состояніи его захватить, инструменты же легко внѣдряясь въ его рыхлое тѣло, только отщипываютъ отъ него мелкія части и нарушаютъ его цѣлость. Всего проще, если удастся извлечь его за ножки или *conduplicato corpore* посредствомъ сложеннаго крючкомъ пальца, въ противномъ же случаѣ приходится отдѣлить туловище отъ головки и вынимать каждую часть отдѣльно — работа довольно хлопотливая, особенно при захватываніи и извлеченіи головки. Въ концѣ концовъ однако, и этотъ моментъ операціи въ относительно короткое время благополучно доводится до конца. Мнѣ, по крайней мѣрѣ ни разу не пришлось оставить не выведеннымъ ни малѣйшаго куска яйца въ расчетѣ на изгоняющую силу матки. Послѣ опорожненія полости матки отъ всѣхъ свободно лежащихъ въ ней частей вводится еще крупныхъ размѣровъ острая ложка, которой внутренняя поверхность матки очищается отъ пристающихъ еще къ ней пластовъ отпадающей оболочки, снова вводится палецъ, что бы окончательно убѣдиться въ полномъ отсутствіи какихъ бы то ни было остатковъ и полость матки промывается горячимъ растворомъ лизоля и сверхъ того еще прижигается по выше описанному способу 50⁰/о растворомъ карболовой кислоты. Последнее имѣетъ цѣлю съ одной стороны убить въ зародышъ всякую заразу, если она по недосмотру попала во время операціи, или уже существовала раньше какъ при септическихъ абортахъ; съ другой же, стороны раздражая сильно нервныя окончанія матки, оно тѣмъ самымъ даетъ импульсъ къ сильному сокращенію ея стѣнокъ. Послѣ окончанія операціи рукавъ очищается и высушивается обезпложенными ватными шариками, въ него вводится одинъ или два ватныхъ тампона обсыпанныхъ порошкомъ іодоформа, больная переносится на постель; въ тампонадѣ полости матки я ни разу надобности не встрѣчалъ. Послѣ операціонное леченіе совершенно индифферентное; никакихъ спринцеваній, или другихъ манипуляцій въ области половыхъ органовъ больше не требуется.

Преимущества изложеннаго способа операціи предъ простымъ выскабливаніемъ заключаются въ томъ, что при немъ:

- 1) Потеря крови бываетъ минимальная: извѣстно что крово-

теченіе при выкидышахъ обусловливается главнымъ образомъ частичнымъ отдѣленіемъ плоднаго яйца и прекращается послѣ полного его отдѣленія; при разбираемомъ способѣ актъ отдѣленія яйца совершается при закрытомъ каналѣ шейки выполненномъ то расширителями, то манипулирующимъ пальцемъ, дѣйствующими какъ тампонъ, между тѣмъ, какъ при отдѣленіи ложкой кровь все время можетъ изливаться свободно и безпрепятственно. 2) Возможность прободенія, или другихъ опасныхъ пораненій матки почти совершенно исключена и именно по той простой причинѣ что до полного опорожненія матки, отъ крупныхъ частей плоднаго яйца все дѣлается подъ руководствомъ пальца. Ложкой же мы начинаемъ дѣйствовать тогда, когда матка освободившись отъ своего содержимаго успѣла сократиться, мышечные слои ея сдвинулись и образовали тѣсную компактную стѣнку, слабыя мѣста которой нами изучены раньше при помощи осязающаго пальца. 3) Оканчивая операцію мы имѣемъ полную увѣренность въ томъ, что дѣйствительно все инородное удалено, чего никакъ нельзя себѣ сказать при простомъ выскабливаніи; вѣдь ни осмотръ удаленныхъ изорванныхъ кусковъ плоднаго яйца ни ощупываніе ложкой безъ тщательнаго обследованія полости матки пальцемъ подобной увѣренности дать не могутъ. Мнѣніе д-ра *Львова*, что способъ удаленія плоднаго яйца пальцемъ не всегда позволяетъ тщательно ощупать стѣнки матки, пожалуй еще имѣемъ нѣкоторое основаніе для случаевъ съ недостаточнымъ расширеніемъ канала шейки, при полной же доступности полости матки и при содѣйствіи вышеуказаннаго маневра подобное ощупываніе возможно всегда и безъ особенныхъ затрудненій. Не могу я также согласиться съ высказаннымъ этимъ авторомъ въ концѣ его статьи положеніемъ, что если и не удастся вывести изъ матки все отдѣленное плодное яйцо, то бѣды въ этомъ нѣтъ никакой, ибо оставленные куски яйца скоро выйдутъ сами собою, не вызвавъ никакихъ уклоненій отъ правильнаго послѣопераціоннаго теченія. Торпидность матки подчасъ бываетъ изумительная даже послѣ срочныхъ родовъ, чему примѣромъ служатъ описанные случаи долговременной задержки въ маткѣ цѣлой головы оторванной отъ туловища при извлеченіи, или цѣлаго послѣда (случай *Schultze*), тѣмъ

паче это возможно послѣ аборта и еще вызваннаго искусственно. Если же задержанный въ маткѣ болѣе или менѣе крупный кусокъ абортивнаго яйца начнетъ разлагаться, то отъ этого можетъ быть и большая бѣда, особенно въ частной практикѣ, гдѣ не всегда имѣется подъ рукой скорая надлежащая врачебная помощь.

Я несомнѣваюсь что въ рукахъ опытнаго спеціалиста и одно выкабливаніе можетъ дать хорошіе результаты доказательствомъ чему служатъ многочисленный рядъ удачно выполненныхъ случаевъ приведенныхъ въ статьяхъ почтенныхъ товарищей. Но одно дѣло самому практиковать извѣстный методъ операціи и совершенно другое пропагандировать его для всеобщаго употребленія особенно когда рѣчь идетъ объ операціи искусственнаго выкидыша, чаще всего выпадающей на долю обыкновенныхъ практическихъ врачей не обладающихъ ни опытомъ, ни подготовкой спеціалиста—гинеколога; на мой взглядъ мы въ подобныхъ случаяхъ въ правѣ рекомендовать лишь такіе оперативные приемы, которые сами въ себѣ заключаютъ всѣ условія полной безвредности и безопасности, иначе мы принимаемъ на себя нравственную отвѣтственность за чужіе промахи и ошибки совсѣми ихъ подчасъ тяжкими послѣдствіями.

Sapienti sat!

IV.

Еще случай отрыва задняго свода sub coitu.

Пр.-доц. И. М. Львова.

Въ виду малаго числа случаевъ поврежденій женскихъ половыхъ органовъ, происходящихъ sub coitu, равнымъ образомъ, въ виду не выясненности этиологіи поврежденій задняго свода при этомъ, позволяю себѣ описать слѣдующій случай, бывшій подъ моимъ наблюденіемъ.

Въ концѣ ноября прошлаго года, въ 11 1/2 час. ночи, привезена была ко мнѣ на домъ больная съ просьбой непремѣнно принять ее, такъ какъ болѣзнь очень серьезная, требующая немедленной помощи. Какъ только больная вошла ко мнѣ, то съ ней сдѣлался глубокій обморокъ, вслѣдствіе остраго малокровія. Приводя больную въ сознаніе, я спросилъ сопровождавшаго ее кавалера, въ чемъ дѣло. Отвѣтъ былъ коротокъ: заболѣла не болѣе 1/4 часа назадъ, дѣло секретное. Понятно, что въ данное время мнѣ было не до подробныхъ разспросовъ, нужно было осмотрѣть больную и разобрать, что за причина болѣзни.

Больная лѣтъ 23, хорошо одѣтая (изъ интеллигентныхъ), высокаго тѣлосложенія, правильно развитая, худощавая, въ настоящее время чрезвычайно блѣдна. Все платье ее, въ области половыхъ органовъ, сзади и спереди вплоть до шубы пропитано кровью настолько сильно, что кровь можно выжимать. Наружные половые органы сильно запачканы кровяными сгустками, которые въ обиліи сидятъ въ волосахъ лобка. Послѣ обмыванія половыхъ органовъ и удаленія кровяныхъ свертковъ, я приступилъ къ внутреннему гинекологическому осмотру.

Входъ нормаленъ, hymen-кольцевидный, имѣетъ обычные разрывы, уже зажившіе. Рукавъ нормальной длины, но узокъ, складчатый какъ у дѣвственницъ. Portio vaginalis uteri не рожавшая,

немного коническая, не удлинённая, матка въ правильномъ положеніи, не болѣзнена, не увеличена. Глубина свода въ нормальна. *Задній сводъ на всю ширину шейки матки* оторванъ отъ нея, представляя поперечную щель длиною до 4 ст., съ неровными краями. Пальцемъ можно проникнуть въ оторванное мѣсто, гдѣ онъ встрѣчаетъ рыхлую клѣтчатку,—брюшина же, покрывающая сводъ сверху, цѣла. При зеркальномъ изслѣдованіи опредѣлилось, что изъ разорваннаго мѣста сочится въ изрядномъ количествѣ кровь, по очищеніи раны можно было видѣть, что кровь идетъ изъ разорваннаго артеріальнаго ствола, лежащаго въ глубинѣ раны, и дающаго слабую (въ настоящее время) бьющую струю, конецъ этого сосуда выстоитъ надъ поверхностью раны и ясно видѣнъ. Для остановки кровотеченія я поступилъ такъ: разорванный сосудистый стволѣкъ захватилъ коридангомъ и торзировалъ его,—этими остановилъ кровотеченіе. Затѣмъ сдѣлалъ тампонацію рукава іодоформной марлей, далъ больной вина, поддерживалъ ее нѣкоторое время на кушеткѣ до возстановленія силъ. Такъ какъ кровотеченія не было въ продолженіе $\frac{1}{2}$ часа, то я и отпустилъ больную, совѣтуя ей на другой день или явиться ко мнѣ, или прислать за мной.

Тѣмъ временемъ я далъ нѣсколько вопросовъ сопровождавшему больную кавалеру въ военномъ платьѣ. Кавалеръ этотъ средняго роста, лѣтъ около 30, крѣпкаго тѣлосложенія. На вопросъ, какъ случилось такое кровотеченіе у больной, отвѣтилъ, что оно сдѣлалось при половомъ сношеніи. На дальнѣйшіе вопросы отвѣтилъ слѣдующее: половой членъ его средней величины, половое сношеніе съ данной особой онъ имѣетъ въ 3-й разъ, при чемъ до этого времени она была дѣвственницей. Первое сношеніе сопровождалось обычной не большой болью и небольшимъ кровотеченіемъ; второе было безболѣзненно. При настоящемъ сношеніи, произведенномъ очень бурно и при не обычной обстановкѣ и положеніи, больная сразу по введеніи члена вскрикнула отъ боли. Сношеніе, хотя и было окончено, но больная торопила, жалуясь на тупую боль внизу живота. По окончаніи сношенія замѣчено сильное кровотеченіе заставившее немедленно больную отправиться ко врачу. Что касается до положенія больной при сношеніи, то было сказано, что сношеніе было на обыкновенномъ креслѣ,—больная лежала въ полусидящемъ положеніи съ опущенными ногами; мужчина же орудовалъ въ стоячемъ положеніи. Прежнія же сношенія происходили при обычномъ положеніи на постели.

Послѣ этого казуснаго вечера я больную видѣлъ два раза,—больше кровотеченія не было и выздоровленіе наступило скоро и безъ осложнений. На нѣкоторые вопросы, предложенные ей для объясненія случившагося казуса, больная подтвердила сказанное ею кавалеромъ, при чемъ заявила, что боль при послѣднемъ сношеніи она почувствовала сразу, боль была въ глубинѣ половыхъ органовъ и совсѣмъ не такого характера, какъ была боль при первомъ сношеніи. Положеніе для сношенія было неудобное

потому, что и самое сношеніе произошло по сильной настойчивости кавалера и при не подходящихъ условіяхъ.

Разсматривая данный случай съ этиологической стороны, мы должны констатировать слѣдующее: а) отрывъ свода произошелъ у совершенно здоровой молодой женщины; б) онъ произошелъ при 3 мѣ половомъ сношеніи съ однимъ и тѣмъ же мужчиной; в) произошелъ онъ въ самомъ началѣ coitus'a и г) coitus происходилъ при не обычномъ положеніи женщины—полусидячемъ на креслѣ съ опущенными ногами; д) penis у мужчины былъ среднихъ размѣровъ и е) coitus былъ бурный и настойчивый со стороны мужчины. Въ своихъ лекціяхъ «О поврежденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ при половомъ сношеніи», помѣщенныхъ въ Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней за 1894 годъ, по данному вопросу, на основаніи собственныхъ и литературныхъ данныхъ, я высказался такъ: *«На почвѣ же совершенно здоровой и при правильномъ сношеніи»* таковыя поврежденія возникнуть не могутъ. Если что и возможно еще допустить, то это образованіе отрыва свода при половомъ сношеніи *въ неправильномъ положеніи женщины*, напр. какъ въ случаѣ *Frank'a*, когда женщина находилась въ полусидячемъ положеніи. При такомъ положеніи женщины и бурномъ введеніи члена возможны поврежденія—отрывъ даже и здороваго свода рукава, ибо при этомъ сводъ и матка стоятъ низко, а мужской членъ идетъ прямо кзади».

Настоящій случай вполне подтверждаетъ сказанное, ибо только и возможно объяснить въ данномъ случаѣ отрывъ свода неправильнымъ положеніемъ женщины при половомъ сношеніи. Ни величинѣ мужскаго члена, ни особому натиску со стороны мужчины придавать значенія нельзя, ибо больная съ этимъ же мужчиной имѣла раньше два сношенія и также бурныхъ, страстныхъ, какъ и въ настоящій разъ. И дѣйствительно при такомъ полусидячемъ положеніи женщины sub coitu происходитъ не только болѣе низкое положеніе матки и сводовъ, не только мужской членъ идетъ прямѣе кзади и сразу ударяетъ въ задній сводъ, но сводъ не можетъ подъ натискомъ отойти кверху потому, что при такомъ положеніи женщины значительно увеличено внутрибрюшное давленіе, которое этимъ и парализуетъ нормальную подвижность и эла-

стичность свода. Д-ръ *А. А. Ситинскій*, описывая наблюдавшийся имъ случай отрыва сводовъ sub coitu (Жур. Акуш. и Жен. бол. 1896 г. № 2), придаетъ главное значеніе величинѣ мужскаго полового члена. Въ его случаѣ матка была загнута кзади, женщина была рожавшая, coitus происходилъ при не обычномъ положеніи: мужчина стоялъ, женщина сидѣла на краю лежанки лицомъ къ нему, держась за него руками—и свѣсивъ нѣсколько ноги внизъ. При такомъ положеніи внутрибрюшное давленіе у женщины sub coitu должно быть очень высокимъ и матка со сводомъ сильно придвинута книзу, въ особенности при retroflexio uteri и при существованіи стараго разрыва промежности. Тутъ отрывъ свода легко могъ произойти и при обычномъ мужскомъ половомъ членѣ, лишь бы было бурное его введеніе. Д-ръ *Ситинскій* объясняетъ происхожденіе отрыва свода въ всемъ случаѣ ущемленіемъ свода sub coitu между promontorium и маткой. По моему мнѣнію, такое объясненіе неправильно на слѣдующихъ основаніяхъ: мужской членъ идетъ прямо кзади и ударяетъ прямо въ натянутый сводъ, прижимая его при retroflexio uteri прямо къ тѣлу матки. Если бы coitus происходилъ при обычномъ положеніи и если бы задній сводъ былъ нормаленъ по строенію, то sub coitu матка приподнимется кверху, сводъ получитъ возможность должнымъ образомъ развить свою эластичность и, конечно, не оторвется. Если же матка не можетъ отойти кверху, если повышенное внутрибрюшное давленіе будетъ даже опускать матку sub coitu книзу, то и сводъ не можетъ при первомъ же натискѣ должнымъ образомъ растянуться и потому легко можетъ и оторваться отъ своего прикрѣпленія къ маткѣ. Если бы тутъ играло роль ущемленіе свода, то разрывъ или отрывъ свода произошелъ бы не при первомъ натискѣ, а позднѣе. Слѣдовательно, по моему мнѣнію, въ происхожденіи отрыва задняго свода sub coitu играетъ главную роль *положеніе женщины*, ставящее ее внутренніе половые органы подъ повышенное внутрибрюшное давленіе и опускающее ихъ книзу. Конечно, величина мужскаго полового члена играетъ роль,—вѣдь ребячій мужской половой членъ и при этомъ условіи не оторветъ свода,—но не главную, а второстепенную, чему доказательствомъ служить и мой описываемый случай и случай *Frank'a*,

гдѣ женщина имѣвшая retroflexio uteri, имѣла съ даннымъ мужчиной раньше coitus *при обычномъ положеніи* и отрыва свода не произошло, а при вторичномъ сношеніи—въ полусидячемъ положеніи—отрывъ произошелъ.

V.

Тазъ еврейки. Живой доношенный еврейскій ребенокъ.

Ординатора Клиники М. Л. Папернаго.

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

Уже въ первой половинѣ нынѣшняго столѣтія было обращено вниманіе на тотъ чрезвычайно важный и интересный фактъ, что величина и форма таза взрослой женщины бываютъ существенно отличны у индивидуумовъ, принадлежащихъ къ различнымъ расамъ, народамъ, племенамъ. — Явленіе это, особенно важное съ акушерской точки зрѣнія, было въ послѣдствіи подтверждено работами многочисленныхъ авторовъ и въ настоящее время оно считается фактомъ, не подлежащимъ никакому сомнѣнію.

Я здѣсь не намѣренъ вдаваться въ литературу по этому вопросу, такъ какъ это не составляетъ ближайшей цѣли моего настоящаго труда, тѣмъ болѣе, что литературныя данныя по этой части весьма подробно разработаны многуважаемымъ товарищемъ д-ромъ *Павловымъ* въ опубликованной уже работѣ: «Къ ученію о величинѣ и формѣ таза взрослой женщины. Тазъ польской женщины». (Журналъ Ак. и Жен. Бол. Т. IX. іюнь 1895 г.) и въ неопубликованной еще диссертациі того-же автора. — Главная цѣль моей настоящей работы это, согласно предложенію проф. *Н. В. Ястребова*, указать на величину и форму таза взрослой еврейки, равно какъ на размѣры доно-

шеннаго еврейскаго ребенка, по совѣмъ новой классификаціи тазовъ даннаго народа, предложенной проф. *Ястребовымъ* въ недавно изданной имъ «I-ой части курса Акушерства». (Варшава, 1896 г.).

Здѣсь тазы даннаго народа раздѣляются по ихъ величинѣ на три категоріи.

1) *Нормальные тазы*: «при которыхъ средній зрѣлый плодъ можетъ родиться силами природы безъ тѣхъ осложненій, которыя могутъ быть поставлены въ связь съ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между плодомъ и тазомъ».

2) *Тазы производительницы*, при которыхъ возможно рожденіе средняго зрѣлаго плода или зрѣлаго, имѣющаго размѣры меньше средней нормы, силами природы, безъ осложненій или съ осложненіями, зависящими отъ пространственнаго несоотвѣтствія между плодомъ и тазомъ.

3) *Племянной тазъ*: «средній изъ большаго числа тазовъ даннаго народа, въ число которыхъ должны войти всѣ попадающіяся въ данное время у народа патологическія формы».

Для осуществленія предпринятой цѣли, я воспользовался протоколами родовъ въ Варшавской Акушерской клиникѣ за десятилѣтній періодъ, начиная съ 1887 г. до 1896 г. включительно. Изъ такого огромнаго клиническаго матеріала мнѣ удалось выбрать только 176 еврейскихъ тазовъ, гдѣ кромѣ другихъ размѣровъ таза была отмѣчена и *cong. diagonalis*; отсутствіе-же послѣдней объясняется въ протоколахъ многими причинами: сильной болѣзненностью при изслѣдованіи, недостижимостью мыса, свѣжесросшейся промежностью и проч.

При обработкѣ цифръ я, для бѣльшей точности, воспользовался формулой проф. *Stied'a*, благодаря которой кромѣ простой ариеметической средней опредѣляются еще предѣлы колебанія и точность ея. Формула эта слѣдующая: r (предѣлы колебанія средней величины) $= 0,6745 \cdot \sqrt{\frac{sd^2}{n}}$, гдѣ 0,6745 — постоянное число; d — разность отдѣльнаго измѣренія отъ ариеметической средней; sd^2 — сумма всѣхъ квадратовъ разности; n — число отдѣльных измѣреній. R (точность средней величины)

$$= \frac{r}{\sqrt{n}}$$

Согласно классификаціи проф. *Астрובה*, прежде всего пришлось опредѣлить средній племянной еврейскій тазъ, для чего послужили всѣ 176 тазовъ, имѣвшихся въ моемъ распоряженіи. Въ 14-ти тазахъ, главнымъ образомъ сѣуженныхъ, была опредѣлена и conj. vera, что дало мнѣ возможность вычислить и среднюю разность между діагональной и истинной конъюгатами.—Результатъ этихъ вычисленій слѣдующій:

І. Племянной еврейскій тазъ.

	M.	± r.	± R.
Dist. i. spin-spin. anter.	25,02	0,99	0,075
„ crist. cristarum.	27,19	1,01	0,076
Conjugata externa	18,39	0,64	0,048
„ diagonalis.	11,34	0,51	0,038
Differ. i. d. spin. et d. crist.	2,17	0,58	0,044
„ c. ext. et c. diag.	7,06	0,57	0,043
„ c. diag. et c. vera.	1,70	0,18	0,047

Schröter, (Antropologische Untersuchungen am Becken lebender Menschen. Dorpat 1884) измѣрившій въ 1884 г. 40 евреекъ въ Варшавѣ, пришелъ къ совсѣмъ инымъ результатамъ.

По *Schröter*'у: Dist. spin. il. ant. sup. = 22, 6.
 „ crist. il. = 26,06.
 Conj. ext. = 18,10.

Сравнивая цифры, полученные нами и *Schröter*'омъ, сейчасъ-же бросается въ глаза громадная разница между ними. Мы видимъ, что всѣ размѣры еврейскаго таза, по нашимъ вычисленіямъ, больше таковыхъ по *Schröter*'у, причемъ особенно замѣтна разница по отношенію къ dist. spin. ant. sup., разница, доходящая до 2,42; differ. между dist. spin. и crist., играющая такую важную роль въ акушерствѣ, равняется по нашей таблицѣ 2,17, а по *Schröter*'у она = 3,46(!) Но если принять во вниманіе малое число наблюденій *Schröter*'а, гдѣ быть можетъ случайнымъ образомъ попали своего рода исключительные тазы и то обстоятельство, что *Schröter* дѣлалъ эти измѣренія, будучи еще студентомъ, на матеріалѣ во всякомъ случаѣ не клиническомъ, мы должны относиться къ его цифрамъ съ нѣкоторымъ недоувѣріемъ и отдать, само собою разумѣется, предпочтеніе цифрамъ, добытымъ на большомъ числѣ клинически измѣренныхъ женщинъ.

Изъ вышеприведенной таблицы также наглядно видно, насколько размѣры еврейскаго таза рѣзко отличаются отъ размѣровъ общепринятыхъ для другихъ племенъ и шаблонно описанныхъ во многихъ акушерскихъ руководствахъ, а также насколько практическому акушеру важно знать размѣры таза женщины, принадлежащей къ данному племени, чтобы прогнозъ и терапия его основывались всегда на прочныхъ, научныхъ основанiяхъ.

Для опредѣленiя среднихъ размѣровъ доношеннаго еврейскаго ребенка, я исключилъ изъ общаго числа 176 дѣтей, 37 недоношенныхъ и 2 перфорированныхъ, не зная точно количества выпущеннаго при перфорации мозга, такъ что для статистической обработки осталось 137 доношенныхъ, живыхъ, еврейскихъ дѣтей. Чтобы быть по возможности болѣе точнымъ, я кромѣ того опредѣлилъ размѣры ребенка отдѣльно для перво=, второ= и многородящихъ, и отдѣльно, наконецъ для мальчиковъ и дѣвочекъ. Результаты получились слѣдующiе:

II. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ДОНОШЕННОГО ЖИВОГО ЕВРЕЙСКАГО РЕБЕНКА.

	M.	± r.	± R.
Вѣсъ	3225,60	214,56	18, 46
Длина	50,29	1,37	0,118
Окружность головки прямая	34,02	0,88	0,076
Окружность " косая	37,78	0,91	0,079
Размѣръ головки прямой	11,07	0,32	0,027
" " косой	13,03	0,41	0,035
" " поперечный большой	8,8	0,39	0,034
" " " малый	7,6	0,33	0,028
Окружность на высотѣ плечиковъ	34,49	1,39	0,120
Размѣръ " " "	11,52	0,63	0,054

III. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ДОНОШЕННОГО ЖИВОГО ЕВРЕЙСКАГО РЕБЕНКА ПО ОТНОШЕНIЮ КЪ ПОЛУ И ЧИСЛУ РОДОВЪ.

	Primiparae (мальчики).			Primiparae (дѣвочки).		
	M.	± r.	± R.	M.	± r.	± R.
Вѣсъ	3266,49	207,62	32, 43	3074,66	154,43	23, 02
Длина	50,41	1,15	0,179	49,51	1,21	0,180
О. пр. гол.	34,65	0,75	0,117	33,71	0,94	0,140
О. кос. "	38,43	0,94	0,147	37,59	0,81	0,120
Разм. пр. гол.	11,12	0,30	0,047	11,04	0,30	0,045
" кос. "	13,14	0,38	0,059	12,96	0,25	0,038
Поп. больш. гол.	8,81	0,26	0,040	8,69	0,31	0,046
" малый "	7,63	0,34	0,053	7,40	0,32	0,047
О. плечик.	34,68	1,36	0,213	34,01	0,86	0,013
Разм. "	11,46	0,64	0,100	11,40	0,45	0,067

	Secundiparae (мальчики).			Secundiparae (дѣвочки).		
	M.	± r.	± R.	M.	± r.	± R.
Вѣсъ	3413,52	226,38	54, 84	3210,00	218,21	48, 80
Длина	50,88	1,86	0,451	51,15	1,28	0,286
О пр. гол.	34,50	0,88	0,213	33,25	0,71	0,158
О кос. „	37,85	0,83	0,202	36,92	0,92	0,212
Разм. пр. гол.	11,18	0,35	0,085	10,91	0,26	0,058
„ кос. „	13,09	0,52	0,127	12,85	0,36	0,082
Поп. больш. гол.	9,00	0,65	0,157	8,74	0,28	0,062
„ малый „	7,74	0,30	0,073	7,68	0,23	0,051
О плеч.	35,68	1,40	0,338	34,35	1,24	0,278
Разм. плеч.	11,71	0,72	0,118	11,55	0,64	0,143

	Multiparae (мальчики).			Multiparae (дѣвочки).		
	M.	± r.	± R.	M.	± r.	± R.
Вѣсъ.	3404,44	236,94	78, 98	3296,00	201, 27	90, 02
Длина	50,66	1,58	0,527	51,00	1, 91	0,853
О пр. гол.	34,11	1,05	0,350	33,60	0,034	0,015
О кос. „	38,11	1,09	0,363	37,20	0,058	0,026
Разм. пр. гол.	11,22	0,34	0,114	10,90	0,37	0,165
„ кос. „	13,22	0,42	0,139	12,80	0,61	0,274
Поп. больш. гол.	9,00	0,38	0,126	8,95	0,075	0,034
„ малый „	7,86	0,42	0,141	8,00	0,24	0,107
О плеч.	33,44	1,88	0,627	35,00	0,95	0,427
Разм. плеч.	11,61	0,88	0,292	11,90	0,69	0,309

Изъ приведенныхъ таблицъ видно, что въ общемъ мальчики, какъ у перво, = такъ и у многородящихъ, вѣсятъ больше дѣвочекъ, приблизительно на 200 грм.; длина мальчиковъ и дѣвочекъ приблизительно одинакова; размѣры головки и плечиковъ въ общемъ у мальчиковъ больше, чѣмъ у дѣвочекъ. Вѣсъ дѣтей у первородящихъ значительно меньше, чѣмъ у многородящихъ. Постараемся теперь сравнить вѣсъ и размѣры еврейскаго доношеннаго плода съ таковыми русскаго и польскаго.

На основаніи этой сравнительной таблицы мы приходимъ къ довольно интересному заключенію: еврейскій доношенный ребенокъ по вѣсу меньше русскаго и польскаго; окружность, поперечные размѣры головки и поперечные размѣры плечиковъ еврейскаго ребенка уступаютъ таковымъ русскаго, межъ тѣмъ какъ длина русскаго плода, прямой и косой размѣры головки его уступаютъ таковымъ еврейскаго, такъ что въ общемъ русскій доношенный плодъ по вѣсу и размѣрамъ одинаково относится какъ къ польскому, такъ и къ еврейскому доношенному ребенку.—Сравнивая затѣмъ отдѣльно зрѣлаго еврейскаго и польскаго плода, мы видимъ, что въ длинѣ плода, окружности, прямомъ и косомъ размѣрахъ го-

IV. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ И ВѢСЪ ЖИВЫХЪ ДОНОШЕННЫХЪ ПЛОДОВЪ: РУССКИХЪ, ПОЛЬСКИХЪ И ЕВРЕЙСКИХЪ.

Материалъ.	Мѣсто соби- ранія мате- риала. Авторъ.	Вѣсъ.	Длина.	Окружность го- ловки прямая.	Окружность го- ловки косая.	РАЗМѢРЫ ГОЛОВКИ.				Окружность на высотѣ плечи- ковъ.	Размѣръ на вы- сотѣ плечикъ.
						Прямой.	Косой.	Поперечный большой.	Поперечный малый.		
275	С.-Пе- тербургъ.	$3360 \pm 17,5$ $r = \pm 297$	$49,3 \pm 0,07$ $r = \pm 1,80$	$34,4 \pm 0,04$ $r = \pm 0,79$	—	$11,0 \pm 0,02$ $r = \pm 0,42$	$12,9 \pm 0,01$ $r = \pm 0,31$	$9,15 \pm 0,01$ $r = \pm 0,24$	$7,9 \pm 0,01$ $r = \pm 0,21$	—	$12,25 \pm 0,04$ $r = \pm 0,67$
русскихъ.	Павловъ.										
276	гор. Вар- шавъ.	$3340 \pm 17,5$ $r = \pm 292$	$50,95 \pm 0,11$ $r = \pm 1,89$	$34,54 \pm 0,06$ $r = \pm 1,01$	$38,29 \pm 0,06$ $r = \pm 0,13$	$11,44 \pm 0,02$ $r = \pm 0,43$	$13,35 \pm 0,03$ $r = \pm 0,55$	$8,52 \pm 0,02$ $r = \pm 0,35$	$7,5 \pm 0,02$ $r = \pm 0,33$	$35,07 \pm 0,1$ $r = \pm 1,81$	$11,42 \pm 0,04$ $r = \pm 0,7$
плодовъ	Павловъ.										
польск.											
137	гор. Вар- шавъ.	$3225 \pm 18,46$ $r = \pm 214,56$	$50,29 \pm 0,11$ $r = \pm 1,37$	$34,02 \pm 0,17$ $r = \pm 0,88$	$37,78 \pm 0,07$ $r = \pm 0,91$	$11,07 \pm 0,03$ $r = \pm 0,32$	$13,03 \pm 0,03$ $r = \pm 0,41$	$8,8 \pm 0,03$ $r = \pm 0,39$	$7,6 \pm 0,028$ $r = \pm 0,33$	$34,49 \pm 0,12$ $r = \pm 1,39$	$11,52 \pm 0,05$ $r = \pm 0,63$
плодовъ											
еврейск.											

ловки еврейскій ребенокъ уступаетъ польскому, превосходя послѣдняго въ поперечныхъ (большомъ и маломъ) головки и поперечномъ плечиковъ, едва только на десятыя сантиметра. Только послѣ того какъ мы опредѣлили племянной еврейскій тазъ и величину живого доношеннаго еврейскаго плода, мы могли, на основаніи вышеупомянутой классификаціи тазовъ проф. *Ястребова*, приступить къ опредѣленію нормальнаго еврейскаго таза и таза производительницы еврейки. — Для опредѣленія этого рода тазовъ, слѣдовало изъ общаго числа 176 исключить: тазы, при которыхъ роды были окончены *оперативнымъ путемъ*; затѣмъ тазы, при которыхъ родились силами природы *недоношенные дѣти* и, наконецъ, тазы, гдѣ силами природы родились *мертвые дѣти*.

Такихъ тазовъ, непригодныхъ для дальнѣйшихъ вычислений, оказалось 50, такъ что въ нашемъ распоряженіи осталось всего 126 тазовъ, и результатомъ статистической обработки ихъ являются двѣ нижеслѣдующія таблицы.

V. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ НОРМАЛЬНАГО ЕВРЕЙСКАГО ТАЗА.

	M.	± r.	± R.
Dist. i. spin.-spin. anter.	25,45	0,91	0,105
" crist. cristarum.	27,78	0,87	0,100
Conjugata externa	18,80	0,59	0,068
" diagonalis	11,53	0,53	0,061
Differ. i. d. spin. et d. crist.	2,33	0,54	0,063
" " c. ext. et c. diag.	7,28	0,53	0,061

VI. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ТАЗА ЕВРЕЙСКОЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНИЦЫ.

	M.	± r.	± R.
Dist. i. spin.-spin. anter.	25,12	0,96	0,085
" crist. cristarum.	27,42	0,91	0,081
Conjugata externa	18,56	0,62	0,055
" diagonalis	11,39	0,59	0,053
Differ. i. d. spin. et d. crist.	2,30	0,55	0,049
" " c. ext. et c. diag.	7,17	0,54	0,048

Сравнивая таблицы 3-хъ категорій еврейскихъ тазовъ, видно, что размѣры нормальнаго таза превосходятъ таковыя племяннаго и таза производительницы; размѣры племяннаго таза уступаютъ размѣрамъ двухъ остальныхъ; наконецъ, тазъ производительницы, по отношенію къ своимъ размѣрамъ, стоитъ посрединѣ между нормальнымъ и племяннымъ.

УІІ. ТАБЛИЦА СРЕДНИХЪ РАЗМѢРОВЪ ТАЗА: РУССКОЙ, ПОЛЬСКОЙ И ЕВРЕЙСКОЙ ЖЕНЩИНЪ, РОДИВШИХЪ ЖИВОЙ
ДОНОШЕННЫЙ ПЛОДЪ.

МАТЕРІАЛЪ.	Мѣсто собиранія материала. Авторъ.	Dist. sp-sp.	Dist. cr. cr.	Conjug. ext.	Conjug. diag.	Diff. inter. conj. ext. et diag.
275 женщинъ русскихъ	С.-Петербургъ . . . <i>Павловъ.</i>	24,5 ± 0,05 r = ± 0,87	27,7 ± 0,05 r = ± 0,85	19,15 ± 0,03 r = ± 0,63	12,5 ± 0,02 r = ± 0,38	6,68 ± 0,02 r = ± 0,43
276 женщинъ польскъ.	Варшава <i>Павловъ.</i>	25,26 ± 0,06 r = ± 1,07	28,05 ± 0,05 r = ± 0,97	18,85 ± 0,04 r = ± 0,68	11,52 ± 0,03 r = ± 0,54	7,32 ± 0,03 r = ± 0,66
126 женщинъ еврейскъ	Варшава	25,12 ± 0,08 r = ± 0,96	27,42 ± 0,08 r = ± 0,91	18,56 ± 0,05 r = ± 0,62	11,39 ± 0,05 r = ± 0,59	7,17 ± 0,04 r = ± 0,54

Сравнивая данные, добытыя д-ромъ Павловымъ съ нашими, по отношенію къ тазамъ производительницъ: русской, польки и еврейки, мы приходимъ къ слѣдующему заключенію. Хотя всѣ размѣры таза еврейки и уступаютъ таковымъ польки, однако разница между всѣми размѣрами выражается только въ десятихъ сантиметра. Размѣры таза русскихъ женщинъ значительно превосходятъ таковыя еврейки только по отношенію къ наружной и діагональной конъюгатамъ. межъ тѣмъ какъ разница въ ихъ поперечныхъ размѣрахъ незначительна, и что касается *dist. spin. spin.* разница выходитъ даже въ пользу таза еврейки; разность между *dist. spin.* и *crist.* въ тазахъ русскихъ женщинъ больше, чѣмъ въ еврейскихъ, и наоборотъ, разность между *conj. ext.* и *conj. diagonalis* въ еврейскихъ тазахъ больше, чѣмъ въ русскихъ.

Изъ вышесказаннаго заключаемъ, что тазъ еврейки относится точно также къ русскому тазу, какъ тазъ польки къ этому послѣднему. Сопоставляя теперь размѣры таза производительницы еврейки съ размѣрами средняго доношеннаго живого еврейскаго ребенка, мы, на основаніи вышеприведенныхъ таблицъ, видимъ, что размѣры плода вполне соответствуютъ размѣрамъ таза, черезъ который плодъ долженъ *sua sponte* пройти во время родового акта. Незначительное-же преобладаніе поперечныхъ размѣровъ еврейскаго ребенка въ сравненіи съ размѣрами еврейскаго таза уравнивается безъ сомнѣнія сильной конфигураціей головки плода во время прохожденія послѣдней черезъ родовой каналъ; вышеупомянутой-же конфигураціи головки особенно способствуетъ чрезвычайная тонкость черепныхъ костей у еврейскихъ плодовъ, которая клинически часто и наблюдается.

Резюмируя все вышесказанное нами, мы вправѣ сдѣлать слѣдующія заключенія.

1) Еврейскій тазъ и живые доношенные еврейскіе плоды далеко не такъ малы, какъ это предполагалось до сихъ поръ большинствомъ акушеровъ.

2) Еврейскій тазъ по формѣ и величинѣ ближе подходитъ къ польскому, чѣмъ къ русскому тазу.

3) Между размѣрами доношеннаго еврейскаго плода и размѣрами еврейскаго таза существуетъ полное соотвѣтствіе.

4) Конфигурація головки доношеннаго еврейскаго плода во время родовъ должна быть значительная.

VI.

Случай stenosis orificii externi uteri post partum cum haematometra cervicali temporaria et endometritide consecutiva.

Д-ра М. Л. Папернаго.

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

Случаи вообще стеноза наружнаго маточнаго зѣва безъ какихъ либо важныхъ осложненій совсѣмъ не рѣдки; если же я позволю себѣ болѣе подробно остановиться на нижеслѣдующемъ случаѣ, то это потому, что онъ представляетъ для насъ нѣкоторый интересъ въ трехъ отношеніяхъ: а) дифференціально-діагностическомъ; б) этиологическомъ и в) по отношенію къ своимъ послѣдствіямъ.

Больная, Э. Т., явилась въ амбулаторію клиники 14 октября сего года, жалуясь на сильное, почти непрерывное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, продолжающееся, по ея словамъ, уже около 10 мѣсяцевъ; за все время болѣзни она лѣчилась дома, въ маленькомъ городкѣ Ковенской губ., различными внутренними средствами безъ всякаго успѣха, такъ что для болѣе рациональнаго лѣченія она рѣшилась пріѣхать въ Варшаву. Изъ анамнеза мы далѣе узнали слѣдующее: больная, жена торговца, питалась всегда хорошо, работала не тяжело; начала ходить на 2-мъ году жизни, при чемъ въ дѣтствѣ, да и въ позднѣйшемъ возрастѣ, никакой серьезной болѣзнию не страдала.—Больной теперь 31 г.; первыя крови она получила на 15-мъ году жизни, вторыя пришли черезъ мѣсяць; повторялись онѣ въ правильные промежутки времени, черезъ каждыя 4 недѣли и продолжались обыкновенно 3—4 дня, при чемъ количество крови, выдѣляемое во время каждой менструаціи, было всегда небольшое; никакихъ болей ни до

ни во время кровей, больная никогда не ощущала. На 23 году жизни (слишкомъ два года тому назадъ) больная вышла замужъ, послѣ чего характеръ кровей остался сначала тотъ-же; затѣмъ на 5-мъ мѣсяцѣ половой жизни она забеременѣла, страдая врожденнѣи первыхъ пяти мѣсяцевъ беременности чрезвычайно сильной, почти неукротимой рвотой; наконецъ, въ концѣ 9 мѣсяца беременности (годъ тому назадъ) больная родила доношеннаго мертвaго ребенка, при чемъ роды, по словамъ больной, были чрезвычайно тяжелые: одновременно съ началомъ родовыхъ болей отошли и околоплодные воды, родовыя боли были чрезвычайно сильны въ продолженіи 4 дней и только на 5-й день былъ приглашенъ врачъ, предпринявшій для окончанія родовъ операцию прободенія головки на мертвомъ уже плодѣ; родила ли больная уменьшеннаго въ объемѣ ребенка вскорѣ силами природы, или-же перфорированный ребенокъ былъ извлеченъ инструментально, этого больная сказать намъ не въ состояніи. Въ послѣ родовомъ періодѣ больная не лихорадила и вообще чувствовала себя вполне здоровой, однако съ постели встала только на 14-й день. Въ продолженіе первыхъ двухъ мѣсяцевъ послѣ родовъ крови совсѣмъ не показались; только въ началѣ 3-го мѣсяца начала показываться кровь изъ половыхъ органовъ, что и продолжается до настоящаго времени. Кровотеченіе это, хотя почти непрерывное, бываетъ однако различно по своей силѣ, при чемъ по отношенію къ послѣдней замѣчается извѣстная послѣдовательность явленій: когда должна наступить менструація, кровотеченіе обыкновенно бываетъ обильное; спустя нѣкоторое время кровь начинаетъ изливаться по каплямъ, наконецъ, оно совсѣмъ прекращается на день—два, чтобы затѣмъ начать свой циклъ снзнова. Въ короткихъ промежуткахъ, свободныхъ отъ кровей, у больной показываются бѣли, бѣловато-желтаго цвѣта, оставляющія значительныя пятна на бѣлѣ, но не вызывающія чувства жженія въ наружныхъ половыхъ органахъ. Благодаря почти постоянному кровотеченію и значительнымъ бѣлямъ, больная по ея словамъ, за время болѣзни значительно похудѣла и ослабѣла.

Status praesens. Больная, блондинка, средняго роста, довольно крѣпкаго тѣлосложенія; подкожнаго жиру вездѣ много, особенно въ области живота; лицо и видимыя слизистыя оболочки блѣдно-ваты. При наружномъ изслѣдованіи органовъ малаго таза ничего ненормальнаго не находимъ; размѣры таза: *dist. spin.* = 24; *d. cr.* = 28; *conj. ext.* = 16,5; большія и малыя губы развиты нормально, промежность цѣла.

При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи, влагалище представляется рыхлымъ и складчатымъ, при чемъ особенно интересны данныя, полученные по отношенію къ *portio vaginalis: orif. externum uteri* совсѣмъ не прощупывается, а влагалищная часть матки кажется состоящей изъ двухъ, рѣзко отличающихся другъ отъ друга, частей: передней, по консистенціи напоминающей такую-у переднюю губы и задней, которая ощущается въ видѣ мѣшкообразной опухоли, полулунной формы, выпуклостью обращенной книзу

имѣющей въ поперечникѣ приблизительно около 5 сант., а въ передне-заднемъ размѣрѣ около 3 ст. Эластическая консистенція этой опухоли напоминаетъ собой таковую кисты, такъ что сразу получается представление о жидкомъ содержимомъ опухоли: стѣнки послѣдней мягки и податливы, при чемъ болѣе сильнымъ надавливаніемъ на нихъ пальцемъ можно прощупать, какъ сквозь пузырь, другое болѣе плотное тѣло, дѣлающей по консистенціи своей впечатлѣніе губы влагалищной части (задней). Тѣло матки ясно прощупывается въ переднемъ сводѣ, объемъ матки немного только увеличенъ, консистенція ея плотная; она легко подвижна по всѣмъ направленіямъ, при надавливаніи болѣзненна; задній и боковые своды вполне свободны; яичники и трубы не прощупываются ни увеличенными, ни болѣзненными; conj. diag = 9,75. При изслѣдованіи зеркаломъ намъ представилась слѣдующая картина.

Влагалищная часть матки объемиста, неправильной формы, наружное отверстіе располагается ближе къ передней стѣнкѣ и представляется въ видѣ маленькаго отверстія, величиной въ булавочную головку, съ совсѣмъ гладкими краями, черезъ которое свободно можетъ пройти только тоненькій глазной зондъ, при чемъ послѣдній углубляется въ полость на разстояніи слишкомъ 7 ст., отъ вышеупомянутаго отверстія, изъ котораго непрерывно вытекаетъ по каплямъ темнобурая, шоколаднаго цвѣта, густая кровь; справа и слѣва отъ отверстія видны двѣ довольно глубокия борозды, направляющіяся косо къзади въ конвергирующемъ направленіи. Спереди отъ отверстія видна передняя губа, немного увеличенная въ объемѣ; къзади отъ него, на мѣстѣ задней губы, вышеописанная уже опухоль, стѣнки которой при осмотрѣ дѣлаютъ совсѣмъ впечатлѣніе таковой вагины; надавливая на опухоль задней ложкой зеркала, мы замѣчаемъ, что количество крови, выдѣляемой изъ отверстія, значительно увеличивается и идетъ довольно сильной струей, сама-же опухоль одновременно съ тѣмъ немного сдается.

Больная, на предложеніе наше, въ тотъ-же день записалась въ клинику; здѣсь, кромѣ половыхъ органовъ, тщательно были изслѣдованы и остальные органы больной, при чемъ въ послѣднихъ ничего ненормальнаго не найдено; отравленія пищеварительныхъ органовъ и мочевого пузыря правильны; въ мочѣ аномальныхъ составныхъ частей нѣтъ. Изъ конституціонныхъ болѣзней, lues, на основаніи анамнеза и объективнаго изслѣдованія, съ положительностью можно исключить. $T^0 = 36,9$; $P = 64$, средней силы и наполненія; $R = 24$. 15/x и 16/x, у больной выдѣлялось довольно значительное количество темной, густой крови изъ половыхъ органовъ. 17/x при изслѣдованіи больной въ наркозѣ, непосредственно передъ операціей, мы нашли мѣшковидную опухоль почти совсѣмъ спавшейся, стѣнки-же ея плотными и морщинистыми, что легко объяснилось тѣмъ обстоятельствомъ, что почти все содержимое опухоли вышло наружу въ продолженіе двухдневнаго пребыванія больной въ клиникѣ. Сейчасъ-же было

приступлено къ операціи: сдѣланъ разрѣзъ краевъ видимаго маленькаго отверстія кзади и въ стороны, вслѣдъ затѣмъ изъ него вылилось небольшое количество густой, темной, похожей на кофейную гущу, крови; полость матки тщательно выскаблена и вприснута въ нее полный правая шприцъ ol. Martis; наконецъ сдѣлана *amputatio portionis vaginalis cuneiformis*. съ послѣдующимъ наложеніемъ 18 швовъ; мѣсто швовъ засыпано іодоформомъ и во влагалище заложены тампоны изъ іодоформенной марли. Вся операція продолжалась 26 минутъ, при чемъ никакихъ непріятныхъ осложнений со стороны больной при хлороформированіи не было. Послѣ операціонный періодъ прошелъ совсѣмъ гладко: t^0 за все время субнормальная = 36^0-37^0 ; Puls, всегда полный = 60—70, R = 20—26; тошнота и рвота, которыми страдала больная въ первый день послѣ операціи, при совсѣмъ впашемъ и безболѣзненномъ животѣ, скорѣ прекратились и больная до конца пребыванія въ клиникѣ чувствовала себя прекрасно. 23/x сняты швы, при чемъ сращеніе получилось *per primam* и 1/x больная выписалась изъ клиники вполне здоровой: ни кровотеченія, ни бѣлей, ни болей у нея не было; при комбинированномъ изслѣдованіи найдено теперь слѣдующее: матка небольшая, почти нормальной консистенціи, въ антефлексіи, вполне подвижна; *portio vaginalis* небольшой величины, *orif. externum uteri* въ видѣ довольно широкой, поперечной щели.

1) Что касается діагноза *stenosis orificii externi uteri* вообще, то онъ зачастую ставится только на основаніи кажущейся чрезмѣрной, ненормальной, узости наружнаго маточнаго зѣва, константируемой объективно: при изслѣдованіи *per vaginam* зѣвъ едва только или даже совсѣмъ не прощупывается; при осмотрѣ зеркалами онъ представляется не въ видѣ поперечной щели, а какъ маленькое, круглое отверстіе или углубленіе и, наконецъ, при зондированіи зондъ обыкновенной толщины въ 3—4 мм. чрезъ него не проходитъ. Если вдобавокъ больная жалуется на *dysmenorrhoea* и *sterilitas*, то діагнозъ въ большинствѣ случаевъ уже готовъ.

Но дѣло въ томъ, что съ одной стороны нормальная величина *orificii externi* не есть вѣдъ величиной постоянной и небольшое отклоненіе ея въ ту или другую сторону еще нельзя назвать патологическимъ; а съ другой стороны, такіе субъективные симптомы, какъ *dysmenorrhoea* и *sterilitas*, не составляютъ ничего такъ сказать специфическаго для стеноза наружнаго зѣва, ибо онѣ встрѣчаются и при многихъ другихъ страданіяхъ матки и ея придатковъ, какъ при: недоразвитой маткѣ (*uterus infantilis et pubescens*), *anteflexio* и *retroflexio*

uteri, endo para-и perimetritis, salpingitis, oophoritis etc. Следовательно, если бы мы хотели поставить диагнозъ только на основаніи вышеупомянутыхъ объективныхъ и субъективныхъ симптомовъ больной, мы бы, по всей вѣроятности, слишкомъ часто діагносцировали стенозъ тамъ, гдѣ его на самомъ дѣлѣ быть можетъ совсѣмъ нѣтъ. Поэтому не желая впасть въ ошибку, мы при постановкѣ диагноза должны руководиться болѣе надежнымъ критеріемъ, именно необходимымъ послѣдствіемъ долго существовавшего стеноза, и только при наличности послѣдняго явленія диагнозъ нашъ не будетъ подлежать малѣйшему сомнѣнію. Такимъ неизбѣжнымъ послѣдствіемъ стеноза, на которомъ главнымъ образомъ долженъ основываться диагнозъ, это *расширеніе цервикальнаго канала*, развивающееся позади суженнаго зѣва: слизь, нормальный продуктъ выдѣленія цервикальныхъ железъ, не имѣя достаточно свободнаго выхода наружу, скопляется въ полости цервикальнаго канала, превращается со временемъ въ чрезвычайно густую, стекловидную, почти студенистую массу и въ такомъ видѣ механически растягиваетъ полость; понятно, что стѣнки цервикальнаго канала, вслѣдствіе продолжительнаго механическаго инсульта, подвергаются со времени гипертрофіи и значительно утолщаются, результатомъ чего является бочковидное утолщеніе всей влагалищной части, а въ высшихъ степеняхъ стеноза послѣдняя получаетъ полушаровидную форму съ круглымъ отверстіемъ по срединѣ и отличить маточныя губы тогда представляется невозможнымъ, при чемъ края зѣва представляютъ въ такихъ случаяхъ измѣненія, свойственныя хроническому катарру шейки. Поставивъ наконецъ диагнозъ стеноза наружнаго зѣва, мы, для большей полноты и точности, равно какъ для вѣрнаго нашего терапевтическаго вмѣшательства, обязаны тщательно изслѣдовать матку и ея придатки и только въ случаѣ, если въ нихъ ничего ненормальнаго не находимъ, мы въ правѣ приписать всѣ припадки найденному нами стенозу. Возвращаясь къ нашему случаю, мы видимъ, что диагнозъ здѣсь совсѣмъ не труденъ; чрезвычайно малая величина наружнаго зѣва и бочковидно расширенный цервикальный каналъ вполне достаточны для постановки диагноза суженія. Но кромѣ того, мы объективно и субъективно констатируемъ

здѣсь довольно обильное и постоянное изліяніе темной, густой крови изъ наружнаго зѣва, при чемъ цервикальный каналъ превращенъ (главнымъ образомъ насчетъ растяженія задней стѣнки) въ довольно значительную флюктуирующую опухоль, непосредственная связь которой съ наружнымъ зѣвомъ не подлежитъ малѣйшему сомнѣнію: очевидно мы имѣемъ здѣсь дѣло не только съ задержаніемъ слизи въ цервикальномъ каналѣ, но и съ временнымъ переполненіемъ послѣдняго менструальной кровью, т. е. съ *haematometra cervicalis temporaria*.

Плотное тѣло, протынуваемое сквозь стѣнки кровяной опухоли, это нижній сегментъ тѣла матки, вдающійся въ видѣ клина въ бочковидно расширенный цервикальный каналъ; двѣ борозды по сторонамъ отъ стенозированнаго *orificiі externi* произошли вѣроятно отъ глубокихъ рубцовъ шейки матки. Увеличенная, наконецъ, немного матка, болѣзненность ея при надавливаніи и существующія бѣли указываютъ и на послѣдовательно развившійся здѣсь эндометритъ, такъ что въ совокупности полный діагнозъ даннаго случая въ связи съ этиологическимъ его моментомъ гласитъ: *stenosis orificiі externi post partum cum haematometra cervicali temporaria et endometritide consecutiva*. Но какъ ни просто этотъ діагнозъ, можно было тѣмъ не менѣе объяснить себѣ всѣ объективные и субъективные симптомы даннаго случая не стенозомъ наружнаго зѣва, а другимъ, хотя и болѣе рѣдкимъ явленіемъ, встрѣчающимся особенно послѣ тяжелыхъ родовъ, именно неполной *атрезіей vaginae post partum*. Можно было предполагать, что благодаря значительнымъ поврежденіямъ при родахъ произошло впослѣдствіи отчасти сращеніе передней и задней стѣнокъ влагалища между собой, отчасти сращеніе задней влагалищной стѣнки съ краемъ передней маточной губы, при чемъ вслѣдствіе неполнаго сращения вышеупомянутыхъ частей между собою осталось незначительное отверстіе; послѣднее ведетъ въ искусственно образованный, наполненный менструальной кровью мѣшокъ, стѣнки котораго сзади и съ боковъ составляютъ стѣнки влагалища и влагалищная часть матки; въ глубинѣ же, за маленькимъ отверстіемъ, можно было предполагать, находится настоящее *orif. extern. nteri*, быть можетъ нормальной величины. При каждой менструаціи, кровь изъ *orif. externum*

uteri не имѣть возможности, вслѣдствіе сращеній влагалища съ передней губой вся выдѣляться наружу, скопляется потому въ вышеописанномъ мѣшкѣ, растягиваетъ его и придаетъ ему видъ флюктуирующей опухоли; достигши извѣстнаго натяженія, кровь подъ усиленнымъ давленіемъ начинаетъ выдѣляться наружу изъ оставшагося маленькаго отверстія, сначала въ видѣ непрерывной, медленной струи, затѣмъ по каплямъ; наконецъ, когда содержимое мѣшка уже незначительно, когда давленіе въ немъ мало, кровоизліяніе на короткое время совсѣмъ приостанавливается, что бы съ наступленіемъ новой менструаціи опять усиленно выдѣляться наружу. Плотное тѣло, прощупываемое сквозь стѣнки кровянаго мѣшка можно было принять за находящуюся въ глубинѣ заднюю маточную губу, а происхожденіе двухъ складокъ по бокамъ маленькаго отверстія можно было объяснить неполнымъ сращеніемъ стѣнокъ влагалища между собою и съ боками влагалищной части. Кстати замѣтимъ, что подобныя соображенія относительно *atresiae vaginae post partum* не чисто теоретическаго характера, а что зарощенія влагалища послѣ родовъ дѣйствительно наблюдаются, и то не такъ рѣдко, указываетъ *Fr. L. Neugebauer* ¹⁾, при чемъ на 1000 вообще собранныхъ имъ изъ литературы случаевъ зарощенія resp. стеноза влагалища 176 приходятся на таковыя пуэрперальнаго происхожденія. А разъ извѣстное явленіе теоретически возможно, въ практикѣ дѣйствительно встрѣчается, и имъ можно объяснить всѣ симптомы даннаго случая, то съ этимъ явленіемъ, конечно, всегда надо считаться при постановкѣ окончательнаго діагноза; этимъ и объясняется, отчего мы, діагнозируя у нашей больной *stenosis orificiі externi*, имѣли одновременно въ виду и возможность существованія у нея *atresiae vaginae incopletae post partum*. Въ подобныхъ случаяхъ, для дифференціальной діагностики, намъ кажется чрезвычайно важнымъ зондированіе видимаго, хоть-бы минимальнаго отверстія: а) если мы имѣемъ дѣло съ атрезіей влагалища, то зондъ проникаетъ только незначительную глубину, межъ тѣмъ при суженіи наружнаго зѣва осторожнымъ и медленнымъ зондированіемъ

¹⁾ Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen verwachsungen und verengerungen der Scheide. 1895.

можно, наконецъ, добраться до fundus uteri; б) кромѣ того, при атрезіи влагалища можно зондомъ обойти всю влагалищную часть матки или по крайней мѣрѣ одну изъ маточныхъ губъ, чего конечно при суженіи зѣва мы сдѣлать не въ состояніи и в) наконецъ наружный видъ самого отверстія можетъ намъ дать кое-какія указанія въ этомъ отношеніи: если края отверстія представляются гладкими, въ окружности его никакихъ рубцовъ не видно, то это скорѣе говоритъ противъ стеноза.

II) Приступая къ разсмотрѣнію второго, не менѣе важнаго и весьма обширнаго пункта, именно этиологіи стенозовъ наружнаго зѣва, слѣдуетъ прежде всего разъяснить вопросъ относительно существованія врожденныхъ стенозовъ orif. externi uteri, такъ какъ мнѣнія въ этомъ направленіи нѣсколько разнообразны.

Такъ, нѣкоторые изслѣдователи, какъ *Veit* ²⁾ и *E. Martin* вполне отрицаютъ существованіе врожденныхъ стенозовъ orif. externi на томъ будто-бы основаніи, что при многочисленныхъ вскрытіяхъ новорожденныхъ дѣвочекъ имъ ни разу не удалось констатировать этой аномаліи. Но противъ крайняго взгляда этихъ авторовъ можно возразить слѣдующее: а) прежде всего казалось-бы уже теоретически, что если могутъ и дѣйствительно существуютъ самые разнообразныя врожденные дефекты въ различнѣйшихъ отдѣлахъ матки, то почему какъ разъ orificium externum того-же органа должно представлять въ этомъ отношеніи какое то необходимое исключеніе? б) вышеупомянутый аргументъ *Veit*'а и *Martin*'а кажется уже на томъ основаніи недоказательнымъ, что врожденный стенозъ наружнаго зѣва слѣдуетъ во всякомъ случаѣ причислить къ явленіямъ довольно рѣдкимъ, и если слѣдовательно они до сихъ поръ не обнаружили интересующаго насъ дефекта на секціонномъ столѣ, то это еще не доказываетъ, что врожденный порокъ этотъ не будетъ найденъ ими въ будущемъ и в) наконецъ, случаи cum atresia completa congenita orificii externi uteri несомнѣнно попадаются; а вѣдь эти послѣдніе можно разсматривать, какъ высшую степень стеноза orif. ext. и отчего не предполагать, что отъ этихъ высшихъ степеней стеноза до нормы

²⁾ Диагностика женскихъ болѣзней, 1892, стр. 106.

могутъ существовать всевозможныя переходныя формы. Кстати замѣтимъ, что картина врожденнаго стеноза *orif. externi*, согласно многочисленнымъ описаніямъ различныхъ авторовъ, чрезвычайно характерна: наружный зѣвъ представляется въ видѣ маленькаго, кругленькаго отверстія, которое въ большинствѣ случаевъ помѣщается въ центрѣ конически удлиненной и уплотненной *portionis vaginalis*, при чемъ обѣ маточныя губы выражены болѣе или менѣе одинаково (*collum conicum*); иногда *orif. externum* находится ближе къ задней губѣ, вслѣдствіе чего передняя маточная губа кажется значительно вытянутой, придавая всей влагалищной части видъ хобота (*os tapiroide*); прощупать зѣвъ пальцемъ часто не удастся (*contracted os Sims'a*), а при изслѣдованіи зеркалами онъ узнается только по сидящей въ немъ капелькѣ густой, стекловидной слизи.

Несравненно чаще врожденныхъ стенозовъ наблюдаются приобрѣтенные стенозы *orificiі externi uteri*, которые, съ практической стороны, удобно въ свою очередь подраздѣлить на: а) приобрѣтенные еще до періода половой зрѣлости, вслѣдствіе различнаго рода задержекъ въ развитіи всей матки и б) приобрѣтенные въ періодъ половой зрѣлости, при вполнѣ сформированной во всѣхъ другихъ отношеніяхъ маткѣ.

Что касается стенозовъ перваго рода, то, какъ при маткѣ взрослой женщины, съ характерными чертами ея для новорожденной дѣвочки (*uterus foetalis et infantilis*), такъ и при таковой, со свойственными ей особенностями принадлежащими къ періоду, предшествующему половой зрѣлости (*uterus pubescens*), наружный зѣвъ представляется минимальной величины, черезъ который проходитъ только тоненькій хирургическій зондъ, а шейка матки въ такихъ случаяхъ по величинѣ своей или превалируетъ тѣло, или одинаковой съ нимъ величины. Причины, препятствующія постепенному развитію матки и удерживающія ее на низкихъ степеняхъ развитія, къ сожалѣнію, до сихъ поръ еще очень мало разъяснены; знаемъ только то, что приводимые здѣсь въ качествѣ этиологическихъ моментовъ: рахитъ, хлорозъ, золотуха и туберкулезъ противорѣчатъ очевидно тому факту, что упомянутые виды недоразвитой матки попадаются и у женщинъ крѣпкихъ и хорошо сложенныхъ во всѣхъ другихъ отношеніяхъ; скорѣе мѣстныя раздраженія съ послѣ-

дующими воспалительными процессами, быть можетъ въ связи съ вышеупомянутыми предрасполагающими моментами, играютъ здѣсь болѣе важную роль.

Что касается, наконецъ, причинъ, вызывающихъ стенозъ *orificiæ externæ uteri* въ зрѣлой, правильно развитой маткѣ, то ихъ существуетъ цѣлая масса: не говоря уже о просто механическомъ сдавленіи наружнаго зѣва сильно отекавшими маточными губами и всевозможнаго рода опухолями, мы знаемъ, что все, что способствуетъ развитію рубцовой ткани кругомъ наружнаго зѣва, можетъ вызвать его стенозъ. Къ такого рода факторамъ относятся по частотѣ своей, прежде всего: 1) травма влагалищной части матки во время родовъ и мѣстные воспалительные процессы съ переходомъ въ изъязвленіе и гангрену въ послѣродовомъ періодѣ; затѣмъ; 2) всякаго рода частыя, энергичныя и неумѣстныя прижиганія *portionis vaginalis* и канала маточной шейки *ferro candente*, *Raquetin'омъ*, электричествомъ, *zinco chlorato*, *kali caustico*, *argento nitrico*, *acid. nitrico*, *ac. chromico* и проч.; 3) различныя общія инфекціонныя заболѣванія, сопровождающіяся мѣстными воспаленіями и изъязвленіями шейки матки, какъ: корь, оспа, скарлатина, дифтеритъ, тифъ, сифилисъ и пр.; 4) хроническія раздраженія *portionis vaginalis*, вызывающія нарушеніе условій мѣстнаго питанія, какъ: всякаго рода половыя возбужденія до замужества (онанизмъ); гоноррея и половое безсиліе мужа въ періодѣ половой жизни женщины; 5) долго существующій *prolapsus uteri* со значительными эрозіями кругомъ зѣва и 6) нѣкоторыя операціи, какъ: *amputatio portionis vaginalis* и оперативныя приемы при лѣченіи *prolapsus uteri*.

Изъ всѣхъ этихъ причинныхъ моментовъ мы подробнѣе остановимся только на первомъ, ближе насъ интересующемъ по отношенію къ данному случаю и на послѣднемъ, какъ до сихъ поръ мало разъясненномъ факторѣ.

Извѣстно, что при каждыxъ родахъ, даже совсѣмъ нормально протекающихъ, особенно у первородящихъ, происходятъ незначительныя надрывы по бокамъ отъ *orificiæ externæ*, которые впослѣдствіи заживаютъ путемъ рубцеванія; но рубцы эти обыкновенно такъ незначительны, что они не только не могутъ вызвать мало-мальское суженіе наружнаго зѣва, но даже съ

теченіемъ времени еле прощупываются при ручномъ изслѣдованіи. Дѣло совсѣмъ другое при патологическихъ родахъ, и чтобы быть болѣе понятнымъ, мы для иллюстраціи возьмемъ нашу больную. Последняя родила первый разъ на 29 году жизни, слѣдовательно передъ нами пожилая первородящая съ неподатливыми, мало эластическими вообще мягкими родовыми частями; а что для насъ еще важнѣе это то, что portio vaginalis такихъ старыхъ первородящихъ, какъ указываетъ *Dührssen* ³⁾, на основаніи многочисленныхъ анатомическихъ изслѣдованій, лишена большинства содержащихся въ ней нормально эластическихъ волоконъ; кромѣ того тазъ у нашей больной представляется общесуженнымъ: Dist. sp. = 24; dist. cr = 28; conj. ext = 16,5; conj. diag = 9,75. Къ сожалѣнію мы изъ анамнеза больной ничего не знаемъ о величинѣ и положеніи младенца во время родовъ, но если даже допустимъ, что въ этомъ отношеніи вполне доношенный ребенокъ ничего особеннаго не представлялъ, то уже на основаніи вышеупомянутыхъ данныхъ мы въ правѣ утверждать, что нашей больной несомнѣнно предстояли тяжелые роды. Дѣйствительно, изъ анамнеза мы узнаемъ, что больная, послѣ весьма ранняго отхода околоплодныхъ водъ, рожала втеченіи пяти дней и разрѣшилась только благодаря предпринятой, довольно тяжелой акушерской операціи. Слѣдовательно, въ данномъ случаѣ, благодаря пространственному несоотвѣтствію между тазомъ роженицы и головкой младенца, чрезвычайно большой продолжительности родовъ и неподатливой, мало эластичной port. vaginalis, послѣдняя чрезвычайно легко могла подвергнуться самопроизвольной травмѣ, результаты которой могутъ быть различны, смотря, конечно, по степени механическаго поврежденія. Подобнаго рода поврежденія влагалищная часть матки можетъ потерпѣть и при искусственно оконченныхъ родахъ, когда акушерская помощь неумѣло подается: накладываніе щипцовъ при высокостоящей еще головкѣ и недостаточно открытомъ зѣвѣ; захватываніе при накладываніи щипцовъ одной изъ маточныхъ губъ; соскальзываніе щипцовъ, resp. краниокласта при неосторожныхъ тракціяхъ уже не разъ наносили значи-

³⁾ Beitrag zur Anatomie, Physiologie u. Pathologie der Portio vaginalis uteri. Arch. für Gy. äkol., XLI. S. 259.

тельные поврежденія шейкѣ матки, иногда даже со смертельнымъ для матери исходомъ. Если вообразимъ себѣ, что не особенно тяжелыя поврежденія влагалищной части и заживаютъ въ послѣродовомъ періодѣ путемъ рубцеванія, то все таки благодаря значительному стягиванію рубцовой ткани, маточная шейка непремѣнно должна такъ или иначе измѣниться въ своей формѣ, а благодаря послѣднему обстоятельству наружный зѣвъ очень легко можетъ закрыться или вполне, или по крайней мѣрѣ отчасти.

Точно также, если поврежденія влагалищной части при родахъ хотя и незначительны, но несоблюдены антисептическія предосторожности при изслѣдованіи роженицы или при акушерскихъ манипуляціяхъ, то, въ особенности при долго-длящихся родахъ, гдѣ маточныя губы обыкновенно отечны, такія легкія повидимому поврежденія могутъ стать исходной точкой пуэрперальнаго дифтеритическаго воспаленія, съ исходомъ въ изъязвленіе и послѣдовательное рубцеваніе, стенозирующее наружный зѣвъ въ большей или меньшей степени. Возвращаясь опять къ нашей больной, то у нея, на основаніи вышеказаннаго, несомнѣнно имѣли мѣсто во время родовъ болѣе или менѣе значительныя поврежденія влагалищной части матки: произошли ли онѣ самостоятельно или во время подачи акушерской помощи, или быть можетъ оба эти фактора дѣйствовали здѣсь одновременно, это сказать, конечно, трудно. Въ виду того, что больная послѣ родовъ лежала въ постели цѣлыя двѣ недѣли, быть можетъ, что она и въ послѣродовомъ періодѣ продѣлала какое-то мѣстное пуэрперальное заболѣваніе, еще болѣе способствовавшее развитію стеноза. Но какъ бы то ни было, не подлежитъ малѣйшему сомнѣнію, что причина стеноза у нашей больной, какъ на основаніи положительныхъ данныхъ, такъ и *per exclusionem*, должна быть приписана единственно тяжелымъ родамъ, недавно ею перенесеннымъ.—Остается намъ еще разсмотрѣть механизмъ образованія *stenosis orific. ext. uteri post amputationem portionis vaginalis*. Въ тѣ времена, когда ампутировали влагалищную часть матки экразеромъ или гальванической петлей, стенозы наружнаго зѣва послѣ этой операціи представляли, вслѣдствіе образованія значительныхъ рубцовъ, обычное явленіе. Да и къ

сожалѣнію, въ настоящее время, оперируя ножемъ и накладывая швы, нерѣдко констатируемъ послѣ операціи стенозъ наружнаго зѣва, и такимъ образомъ получается что-то въ родѣ *circulus vitiosus*: съ одной стороны мы часто предпринимаемъ *amputationem port. vag.* для излеченія стеноза *orif. ext.*, а съ другой стороны стенозъ этотъ нерѣдко является непосредственнымъ послѣдствіемъ вышеупомянутой операціи.

Стенозъ послѣ ампутаціи легко себѣ объяснить, если заживленіе идетъ не *per primam*, а *per secundam*: образуются тогда значительные рубцы кругомъ наружнаго зѣва, которыми послѣдній постепенно стягивается. Какимъ-же образомъ объяснить стенозъ *post amputationem*, когда заживленіе пошло правильно *per primam*? Для разъясненія этого во всякомъ случаѣ интереснаго явленія быть можетъ уместно сослаться опять таки на анатомическія изслѣдованія *Dührssena* ⁴⁾ относительно *portionis vaginalis uteri*. На основаніи макро-и микроскопическихъ изслѣдованій, авторъ въ общемъ приходитъ къ слѣдующему заключенію: сформированная *portio vaginalis* состоитъ изъ двухъ равныхъ отдѣловъ, центральнаго (ближе къ перв. кан.) бѣднаго и периферическаго, богатаго эластическими волокнами; послѣднія образуютъ двѣ сѣти, одну тонкую поверхностную, доходящую до слизистой оболочки цервик. канала, и вторую толстую глубокую, окружающую сосуды, причемъ обѣ эти сѣти соединяются какъ между собою, такъ и съ эластическими волокнами стѣнокъ влагалища. При ампутаціи влагалищной части, по мнѣнію автора, периферическій отдѣлъ *portionis vaginalis* отсѣкается отъ центральнаго, причемъ первый, какъ болѣе богатый эластическими волокнами, ретрагируется къ соответственной стѣнкѣ влагалища; поверхностный-же покровъ влагалищной стѣнки, тоже между прочимъ заключающій эластическія волокна, сильно утончается отъ давленія периферич. отдѣла *portionis vaginalis*, такъ что ретроцервикальная ткань и брюшина, непосредственно лежащая за этимъ тонкимъ покровомъ, весьма легко обнажаются; а результатомъ всего вышесказаннаго является то, что при накладываніи обычныхъ швовъ *post amputationem portionis vaginalis* образуется непосредственное почти сообщеніе между заматоч-

⁴⁾ См. стр. 29.

ной соединительной тканью и брюшиной съ одной стороны и слизистой оболочкой шейки и вагины съ другой. При малѣйшей погрѣшности противъ антисептики, въ образовавшихся при проколѣ тканей иглами ходахъ легко можетъ быть вызванъ воспалительный процессъ, ведущій къ развитію локализованнаго para-resp. периметрита.

Вотъ этимъ-то авторъ и объясняетъ, отъ чего ему совѣтъ нерѣдко приходилось post amput. port. vag. находить болѣзненные, рубцевые тяжи въ заднемъ сводѣ, рѣже въ переднемъ и въ параметріяхъ.

Такъ какъ вышеупомянутые рубцевые тяжи находятся въ прямой, тѣсной связи съ рубчиками, радіально исходящими post amputat. изъ области наружнаго зѣва, то намъ кажется рациональнымъ принять, что, при послѣдующемъ сильномъ стягиваніи этихъ тяжей, наружный зѣвъ долженъ постепенно суживаться и въ немъ развивается раньше или позже вполне выраженный стенозъ.

III) Какъ обычныя послѣдствія stenosis orificii exteni uteri обыкновенно приводятся: а) dysmenorrhoea; б) sterilitas и в) endometritis resp. metritis chronica.

а) Интензивность *дисменоррейныхъ* болѣй ставятъ въ зависимости отъ: 1) степени суженія orificii externi uteri; 2) отъ быстроты и количества скопившейся въ полости матки менструальной крови; 3) отъ количества и плотности скопившейся въ каналѣ шейки слизи и 4) отъ присоединяющихся впоследствии къ стенозу эндометрита и метрита.

б) *Sterilitas* объясняютъ: 1) ограниченнымъ количествомъ сперматозоидовъ, проникающихъ sub coitu въ полость матки; 2) гибелью сперматозоидовъ во влагалищѣ, гдѣ усиленная кислая реакція дѣйствуетъ на нихъ убійственно; 3) большимъ количествомъ слизи въ цервикальномъ каналѣ, мѣшающей проникновенію сперматозоидовъ изъ шейки въ тѣло матки, и 4) сопутствующіе стенозу эндометрита и метрита сильно препятствуютъ оплодотворенію яйца въ случаѣ, если сперматозоиду и удалось предварительно проникнуть въ полость матки.

в) *Endometritis et metritis* легко объяснить раздраженіемъ, которое претерпѣваютъ стѣнки матки, при частомъ переполненіи полости ея менструальной кровью.

Къ послѣдствіямъ сильно выраженнаго стеноза orificiі externi uteri, хотя и болѣе рѣдкимъ, мы можемъ еще присовокупить: d) слишкомъ продолжительную беременность: e) значительныя препятствія при открытіи стенозированнаго зѣва во время родовъ и f) что насъ особенно интересуетъ въ данномъ случаѣ, образованіе haematometr'ы.

d) Для иллюстраціи послѣдствія «переносенія» плода, приведемъ случай *Jardine's* ⁵⁾: 30-ти лѣтняя первородящая получила на 273-ый день беременности родовыя боли, которыя скоро прошли, что-бы опять появиться на 304-ый день беременности. Тогда, вслѣдствіе закрытія orificiі externi (причина неизвѣстна), пришлось расширить послѣдній кровавымъ способомъ, послѣ чего родился поразительно большой мертвый плодъ.

e) Случаевъ, гдѣ стенозированный зѣвъ представлялъ значительныя затрудненія при родахъ, описано много; изъ нихъ мы приведемъ одинъ, какъ болѣе всего интересный. *Jentzen* ⁶⁾ былъ призванъ къ 22 лѣтней первородящей, будто ребенокъ родился «въ сорочкѣ»; онъ нашелъ уже родившуюся головку, но покрытую чрезвычайно утонченной шейкой матки; причемъ на верхушкѣ tumor'a замѣтно было маленькое отверстіе, величиной въ булавочную головку (orif. ext. uteri), окруженное фибрознымъ кольцомъ. Отверстіе это было немедленно разсѣчено и мертвый уже ребенокъ извлеченъ щипцами. (Причина стеноза автору неизвѣстна).

Наконецъ, мы ближе остановимся на самомъ интересномъ для насъ послѣдствіи стеноза orif. ext. uteri, именно на haematometr'ѣ, такъ какъ послѣдняя составляла у нашей больной почти единственный выдающійся симптомъ суженія.

Подъ haematometr'ой, въ собственномъ смыслѣ слова, мы понимаемъ скопленіе менструальной крови въ самой маткѣ, вслѣдствіе закрытія ея, полнаго или частичнаго, начиная съ orificium externum uteri и дальше по направленію кверху. Механизмъ происхожденія haematometr'ы, хотя въ общемъ чрезвычайно простъ, но намъ кажется различенъ, смотря

⁵⁾ Brit. Med. Journ. Lond. 1896. Bd. I. p. 962.

⁶⁾ Arch. de tocol. Paris 1890. XVII. p. 268

потому имѣемъ-ли мы дѣло съ полной атрезіей наружнаго зѣва или только съ его стенозомъ.

Въ первомъ случаѣ, менструальная кровь, изливающаяся въ полость матки и не имѣющая совсѣмъ возможности выдѣляться наружу, скопляется сначала въ полости тѣла матки и, долго застаиваясь, значительно её расширяетъ. Съ теченіемъ времени той-же участи подвергается и каналъ шейки матки; постепенно граница между полостью тѣла матки и ея шейки сглаживается, и въ концѣ концовъ получается одна общая полость, наполненная менструальною кровью, подвергшаяся, вслѣдствіе застоя, сгущенію и пигментной дегенераціи. Если такая haematometra долго существуетъ, то, благодаря повышенному внутриматочному давленію (быть можетъ развивается коллатеральный приливъ крови къ сосудамъ слизистой оболочки трубъ или скопившаяся въ маткѣ кровь прямо вгоняется въ просвѣтъ трубъ), получается обязательно такъ или иначе расширение фаллопиевыхъ трубъ кровью, съ одной или обѣихъ сторонъ, извѣстное подъ назв. haematosalpinx. Haematometra, образовавшаяся при полной атрезіи orificiі externi, вскрывается обыкновенно только оперативнымъ путемъ; бывають однако рѣдкіе случаи, гдѣ, вслѣдствіе сильнаго растягиванія маточныхъ стѣнокъ, послѣднія въ наиболѣе истонченномъ мѣстѣ самопроизвольно разрываются, и если излившаяся кровь попала въ брюшную полость, то случай обыкновенно кончается летально. Чрезвычайно демонстративный случай въ этомъ отношеніи списываетъ *Ruesch* ⁷⁾: больная менструировала правильно до 40 лѣтняго возраста; на 50-омъ году жизни въ нижней части живота у нея началъ появляться tumor, постепенно увеличивавшійся и вызывавшій сильныя боли; вдругъ tumor и боли исчезаютъ и на слѣдующій день больная умираетъ; при аутопсіи обнаружена *ruptura uteri propter haematometram*.

Случай самопроизвольнаго вскрытія haematometr'ы мы находимъ и у *Chiarleoni* ⁸⁾, гдѣ рубцовое суженіе шейки получилось отъ разрыва послѣдней во время родовъ.

⁷⁾ De l'atresie des voies genitales de la femme. obs. XV.

⁸⁾ Gazz. di osp. Milano 1888, IX. p. 139.

Наконецъ, въ литературѣ описаны случаи, гдѣ несмотря на полное закрытіе зѣва у менструирующей еще женщины, haematometra къ крайнему удивленію совсѣмъ не образовалась. Подобнаго рода случай описанъ *Buongiorno* ⁹⁾ гдѣ послѣ 23-хъ мѣсячной агрезіи шейки post partum въ полости матки менструальной крови не было и слѣда.

Авторъ объясняетъ замѣчательное это явленіе тѣмъ, что или кровь по трубамъ проникла изъ матки въ брюшную полость или кровь постепенно всасывалась слизистой оболочкой матки. Въ пользу послѣдняго мнѣнія дѣйствительно говорятъ анатомическія изслѣдованія слизистой оболочки матки при долго существовавшей haematometr'ѣ *Landan'a* и *Rheinstein'a*; ¹⁰⁾ послѣдніе приходятъ къ заключенію, что слизистая оболочка матки, особенно тѣла ея, очень долго сопротивляется механическому давленію скопившейся крови, сохраняя свою нормальную структуру и eo ipso всасывающую способность, но все таки подъ конецъ, если haematometra не устранена, слизистая оболочка матки подвергается атрофіи.

Съ послѣднимъ выводомъ не согласуется однако случай, описанный *Fritz'*омъ, ¹¹⁾ который на вырѣзанной post haematometram маткѣ доказалъ ея гипертрофію.

Механизмъ образованія haematometr'ы совсѣмъ иной при stenosis orif. externi uteri: здѣсь если существуетъ хотя незначительный остатокъ наружнаго зѣва, извѣстное количество менструальной крови, хотя бы минимальное, имѣетъ всегда возможность выдѣляться наружу, въ случаѣ если напоръ крови въ полости матки дѣлается уже черезчуръ сильнымъ, такимъ образомъ здѣсь можетъ быть рѣчь только о временной и повторной haematometr'ѣ. При этомъ плотныя мышечныя стѣнки тѣла матки весьма мало растягиваются подъ умѣреннымъ давленіемъ накопившейся въ его полости крови; тонкія же стѣнки цервикальнаго канала подъ напоромъ крови весьма легко растягиваются, полость шейки все болѣе и болѣе расширяется, кровь застываетъ въ ней все въ большемъ и большемъ количествѣ, такъ что шейка матки превращается въ

⁹⁾ Progresso Medico, 1892. № 28, 29 и 30.

¹⁰⁾ Arch. für Gynäk. Berlin 1892. Bd. XIII. p. 273—304.

¹¹⁾ Billroth u. Lücke. Handbuch d. Frauenkr. Bd. III. S. 588.

концѣ концовъ въ эластическую, съ тонкими стѣнками бочковидную опухоль, наполненную густой, темной кровью, между тѣмъ какъ тѣло матки представляется сравнительно мало измѣненной; haematosalpinx'a въ такихъ случаяхъ, конечно, не бываетъ. Такую форму haematometr'ы, по способу и мѣсту образованія ея въ маткѣ, можно назвать haematometra cervicalis temporaria и при ней, какъ это мы видѣли у нашей больной, никакихъ дисменоррейныхъ болей быть не можетъ, ибо нѣтъ рефлекторныхъ раздраженій со стороны мышцъ тѣла матки. Haematometr'u, по теченію своему, совсѣмъ сходную съ таковою въ нашемъ случаѣ, хотя образовавшуюся совсѣмъ по другой причинѣ, описываетъ *Bartels*, ¹²⁾ гдѣ кровь, скопившись sub menstruatione въ большомъ количествѣ въ маткѣ, вытекала изъ нея въ межменструальныхъ промежуткахъ самопроизвольно, чтобы при слѣдующихъ менструаціяхъ опять въ ней застаиваться.

Причины образованія haematometr'ы при стенозѣ наружнаго зѣва сводятся, конечно, къ таковымъ суженіямъ наружнаго зѣва у женщинъ еще менструирующихъ. Причины эти были подробно рассмотрѣны нами выше, такъ что теперь мы, для болѣе полной аналогіи съ нашимъ случаемъ ограничимся только приведеніемъ нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ относительно haematometr'ы e stenosi orif. externi uteri.

Такъ, *Elischer* ¹³⁾ описываетъ три подобныхъ случая haematometr'ы: одинъ—post amputationem portionis vaginalis и два—послѣ оперативныхъ приѣмовъ, предпринятыхъ для излеченія prolapsus uteri.

Wyder ¹⁴⁾ приводитъ случай haematometr'ы post amputationem uteri, гдѣ немного времени спустя послѣ операціи наступилъ стенозъ наружнаго зѣва съ образованіемъ слѣдующей haematometr'ы.

Rülf ¹⁵⁾ описываетъ интересный случай haematometr'ы при пролапсѣ матки, гдѣ суженіе наружнаго зѣва произошло еще до операціи, такъ сказать, самопроизвольно, вслѣдствіе

¹²⁾ Deutsche Klinik, Jahrg. 51. Bd. III. S. 528.

¹³⁾ Berliner klinisch. Wochenschrift. 24 Juli 1876.

¹⁴⁾ Annal. de gyn. et d'obst. 1890, XXXIII, p. 466.

¹⁵⁾ Inaugural—Dissertation: Ein Beitrag zur Aetiologie der Haematometra. Memel. 1892.

продолжительнаго соприкосновенія выпавшей влагалищной части съ наружнымъ воздухомъ, платьемъ больной и проч: поверхностный эпителий, по мнѣнію автора, въ такихъ случаяхъ легко стирается, образуются экскоріаціи въ области наружнаго зѣва, служащія въпослѣдствіи причиной стеноза послѣдняго. *Prell* ¹⁶⁾ описываетъ случай инкарцированной haematometr'ы у 43-хъ лѣтней женщины, вслѣдствіе упорной бленорреи, появившейся у нея сейчасъ послѣ замужества. Наконецъ, *Pozzi* ¹⁷⁾ описалъ недавно свѣжій случай haematometr'ы post amputationem port. vaginalis. Чтобъ покончить съ haematometr'ой, мы еще обратимъ вниманіе на одно чрезвычайно интересное явленіе, именно на такъ называемую haematometra climacterica, т. е. на haematometra у старыхъ женщинъ, переставшихъ уже давно менструировать. У такихъ индивидуумовъ, вслѣдствіе язвеннаго, слипчиваго воспалительнаго процесса, легко можетъ образоваться стенозъ наружнаго маточнаго зѣва съ послѣдующимъ появленіемъ hydro= или ruometrae. Но откуда у нихъ, послѣ прекращенія мѣсячныхъ, берется матеріалъ для образованія haematometrae? А между тѣмъ въ литературѣ такіе случаи описаны; такъ *Egell* ¹⁸⁾ приводитъ слѣдующій случай: «болъная 66-ти лѣтъ, менструировала правильно отъ 15—52 года, причемъ послѣ прекращенія менструацій у нея никогда не было ни кровотеченій, ни вообще какихъ либо патологическихъ явленій со стороны полового аппарата; родила 2 раза, много лѣтъ тому назадъ. Вдругъ, двѣ недѣли тому назадъ, у больной началъ животъ замѣтно увеличиваться, появились боли въ крестцѣ, частое мочеиспусканіе и задержка стула; при операціи оказался stenosis orif. ext. uteri и значительной величины haematometra». Авторъ за источникъ кровоизліянія въ матку принимаетъ атероматозно перерожденныя вены самой матки и трубъ. Подобный случай сообщаетъ и *Warnek*, ¹⁹⁾ гдѣ haematometra образовалась у 53 лѣтней женщины, 7 лѣтъ послѣ прекращенія у нея мѣсячныхъ, хотя авторъ здѣсь склоненъ

¹⁶⁾ Monatschrift für Geburtskunde, Dec. 61.

¹⁷⁾ Gaz. méd. de Paris. 1895. № 28.

¹⁸⁾ Beitr. zur Geburts. und Gynäk. 1872.

¹⁹⁾ Annal. de gynécol. 1890. XXXIII. p. 43.

думать, что прекращение менструаций было у больной только кажущееся, при чемъ кровь скоплась въ маткѣ, благодаря ей стенозу. Остается намъ еще сказать нѣсколько словъ о терапіи *stenosis orificii externi uteri*, причемъ для леченія послѣдняго намъ кажутся умѣстными слѣдующіе приемы.

а) Если стенозъ не вызываетъ у больной никакихъ субъективныхъ симптомовъ, а есть только случайная находка врача при гинекологическомъ изслѣдованіи, то всякая мѣстная терапія излишня.

б) При наличности субъективныхъ симптомовъ и небольшомъ стенозѣ:—смотря по обстоятельствамъ, или продолжительное механическое расширение зѣва, или *discisio orificii externi*, съ обшиваніемъ краевъ раны по Hegar'у.

в) При стенозѣ *orif. ext+haematometra: discisio orificii externi et excochleatio cavi uteri*.

г) Наконецъ, при *stenos. orif. ext+hypertrophia portionis vaginalis: amputatio cuneiformis*, причемъ въ виду возможности появленія стеноза послѣ ампутаціи, при наложеніи обычныхъ швовъ, не лишнимъ будетъ рекомендовать способъ Dührssen: наложить нѣсколько глубокихъ швовъ въ толщѣ ткани маточныхъ губъ, а затѣмъ поверхностными швами соединить слизистую оболочку канала шейки съ таковою губъ.

VII.

Къ вопросу консервативной міотоміи при беременности.

Д-ра Г. И. Томсона (Одесса).

Что міомы матки, въ общемъ, не уменьшаютъ плодovitости и возможности зачатія, на это указалъ недавно, особенно, *Hofmeier* ¹⁾. Извѣстно, что при этомъ нерѣдко возможны срочные роды естественнымъ путемъ.

Но случаевъ, гдѣ сдѣлана была міотомія при беременной маткѣ, такъ что матка, при операціи, не была удалена и беременность сохранилась, сравнительно очень немного. *Thamim* ²⁾ собралъ всего 55 случаевъ. 43 случая были взяты изъ сопоставленій *Apfelstedt'a* ³⁾ и *Lange* ⁴⁾, 11 же случаевъ онъ нашелъ въ литературѣ и такимъ образомъ, вмѣстѣ съ его собственнымъ, подробно описаннымъ, случаемъ, составилось всѣхъ 55. Изъ нихъ 31 случай окончились выздоровленіемъ и продолженіемъ беременности *gesp.*, срочными родами, 15—выздоровленіемъ и выкидышемъ и 9—смертью матери и плода. Въ общемъ смертность для матерей 16,3% и смертность для плода 43,6%. Большею частью операція была произведена на 3—5 мѣсяцѣ беременности.

Въ русской литературѣ опубликованы, насколько мнѣ извѣстно, только слѣдующіе 4 случая. Одинъ случай *Биддера* ⁵⁾,

¹⁾ Berlin. Klin. Wochenschrift., № 43—1896.

²⁾ Wien. Klin. Wochenschrift., № 41—1896.

³⁾ Archiv. f. Gynaek. т., 48.

⁴⁾ Arbeit. aus d. Königl. Frauenklinik in Dresden., 1895.

⁵⁾ Журналъ Акуш. и Женск. болѣзней, стр., 40—1889.

одинъ *Славянскаго* ⁶⁾ и 2 случая *Отта* ⁷⁾. Случай *Биддера* окончился смертию, другія больныя выздоровѣли съ сохраненіемъ беременности.

Привожу мой случай:

М. Ю. Женищина 25 л. поступила 8 января с. г. въ Евангелическую больницу въ Одессѣ. Она замужемъ, родила 4 раза нормально и въ срокъ, въ послѣдній разъ одинъ годъ тому назадъ. Послѣдніе роды были болѣзненны и продолжительны, какъ больная полагаетъ, вслѣдствіе опухоли, которую она уже 3 года замѣчаетъ въ животѣ. Ребенокъ черезъ 2 дня умеръ. Опухоль въ послѣдніе мѣсяцы довольно быстро увеличилась; умѣренныя боли въ животѣ, общая слабость. Регулы были всегда правильны, послѣднія—6 недѣль тому назадъ.

Больная средняго питанія и роста. Матка увеличена соотвѣственно двухъ—до трехмѣсячной беременности. На днѣ матки сидитъ опухоль съ довольно широкимъ основаніемъ, величиною съ голову ребенка; она подвижна, съ твердою, ровною поверхностью, круглой формы и простирается кверху выше пупка. Диагнозъ: *Myoma uteri gravidi*.

Въ виду значительной величины опухоли и быстрого роста ея, нужно было предположить, что едва ли возможно развитіе беременности до конца. Кромѣ того, принимая во вниманіе общее состояніе больной, жалобы на слабость и боли, и возможность сохранить при операциі беременности, приступлено было къ удаленію опухоли.

Операциа 12 января. По вскрытіи живота по средней линіи представилась фиброміома, сидящая на днѣ матки съ довольно широкой ножкой.

По наложеніи жгута на ножку, опухоль была удалена. Вылушеніе остатковъ опухоли со дна матки удалось довольно легко. Потомъ большая рана, занимающая почти все дно матки, закрыта этажнымъ швомъ изъ кѣтгута. Для окончательной остановки кровотеченія потребовалось значительное количество швовъ. Брюшные покровы соединены этажнымъ швомъ: кѣтгутомъ и *Ffil de Florence*.

Въ первые 3 дня послѣ операциі повторная рвота при хорошемъ общемъ состояніи. Только на первый день показалось немного крови изъ влагалища, на третій день животъ умѣренно вздутъ, незначительныя боли. На 4 день рвота прекратилась, отошли газы; животъ плоскій, боли нѣтъ. На 5 день испражненіе послѣ клизмы. Состояніе хорошее. 24 января, т. е. на 12 день, удалены наружныя швы брюшныхъ покрововъ; нервичное натяженіе. ¹⁰ только на 2 день послѣ операциі поднималась до 37,9°, пульсъ былъ всегда ниже ста. 5 февраля Ю., выписалась: общее состояніе отличное, болѣзненности и боли нигдѣ не было. дно матки на ширину ладони выше лобкового сочлененія.

⁶⁾ Ibid. стр., 225—1896.

⁷⁾ Ibid. стр., 763—1896.

3 августа наступили роды; роженница поступила, по отхождении водъ, въ Родовспомогательное отдѣленіе Стурдзовской общины сердобольныхъ сестеръ въ г. Одессѣ. За день до поступления Ю., чувствовавшая себя до сихъ поръ хорошо, отравилась рыбой (псеносъ, рвота), послѣ чего начались родовыя боли по расчету немного раньше срока. Изъ отмѣтокъ, сдѣланныхъ въ Стурдзовской общинѣ и мнѣ любезно представленныхъ, видно, что при поступленіи найдено продольное положеніе плода, сердцебиеніе слышно, почти полное открытіе зѣва; головка стояла высоко, въ рукавѣ 2 петли выпавшей пуповины. Ручное вправленіе пуповины, быстрые роды, мертворожденный плодъ. Послѣродовое теченіе нормальное. 10 августа родильница выписалась вполне здоровой.

22 ноября с. г. я изслѣдовалъ Ю.: общее состояніе хорошее, матка въ нормальномъ положеніи и нормальной величины, нигдѣ нѣтъ болѣзненности или резистенціи въ тазу. Регулы послѣ родовъ послѣдовали 2 раза правильно.

Что касается показанія къ операціи, по *Thamim* приходитъ къ заключенію, что при отсутствіи симптомовъ мы не обязаны оперировать, и только при угрожающихъ симптомахъ мы должны приступить къ операціи, и выполнить ее, по возможности, консервативно, при чемъ предсказаніе для матери и плода въ общемъ хорошее. Я полагаю, что здѣсь можно поставить показаніе для операціи нѣсколько шире. Мы должны оперировать даже при отсутствіи угрожающихъ явленій, какъ въ нашемъ случаѣ, если, вслѣдствіе величины и быстрого роста опухоли, мы предвидимъ, что беременность едва ли дойдетъ до конца или будетъ причинять большія страданія, и притомъ, если есть вѣроятность сохранить беременную матку.

Что въ нашемъ случаѣ родился мертворожденный ребенокъ немного раньше срока, не находилось въ причинной связи съ предшествовавшею операціею.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ДВѢНАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 1.

Годишнее засѣданіе 18-го января 1897 года.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 26 членовъ: Бухштабъ, Вастень, Горайскій, Гриневъ, Даниловичъ, Драницынъ, Заболотскій, Какушкинъ, Личкусъ, Маѣвскій, Оттъ, Піотровичъ, Порошинъ, Рачинскій, Рейнъ, Рутковскій, Садовскій, Салмановъ, Сережниковъ, Склѣфасовскій, Стравинскій, Строгановъ, Улезко-Строганова, Чернышевъ, Щеткинъ, Шуттенбахъ и 25 гостей.

1) Предсѣдатель сообщилъ присутствовавшимъ о смерти дѣйствительнаго члена Общества *Андрея Платоновича Раклева*. Память покойнаго была почтена вставаніемъ.

2) Слово, затѣмъ, предоставлено Секретарю Общества *Л. Г. Личкусу*, который прочелъ:

Г О Д О В О Й О Т Ч Е Т Ъ

О дѣятельности Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-ПЕТЕРБУРГѢ за 1896 (одинадцатый) годъ.

Мм. Гг.! Съ 18 января 1896 года по настоящее время избраны— въ дѣйствительные члены—*Михаиль Николаевичъ Порошинъ* и— въ члены корреспонденты—*Яковъ Давидовичъ Розенталь* и *Joseph*

Félicien *Bousquet*. За это же время умерли Эдуардъ Францевичъ *Черневскій* и Андрей Платоновичъ *Ракневъ*, а д-ра Фридрихъ Даниловичъ *Веберъ*, Отто Оттовичъ *Гриневальдъ*, Павелъ Павловичъ *Ливенъ*, Карлъ Владиміровичъ *Рентельнъ* и Леонардъ Игнатьевичъ *Цыркскій* сложили съ себя званіе членовъ Общества. Сверхъ того нижепоименованныя лица, на основаніи § 17 Устава, считаются сложившими съ себя званіе членовъ Общества: Николай Юстиновичъ *Андреевъ*, Михаилъ Ивановичъ *Балинскій*, Александръ Федоровичъ *Брандъ*, Викторъ Семеновичъ *Бьялевъ*, Николай Ивановичъ *Васильевъ*, Анатолій Андріановичъ *Еремьевъ*, Федоръ Петровичъ *Краснопольскій*, Петръ Степановичъ *Лабенскій*, Алексѣй Ивановичъ *Лебедевъ*, Владиміръ Алексѣевичъ *Матвеевъ*, Виталій Яковлевичъ *Миллеръ*, Василій Ивановичъ *Орнатскій*, Михаилъ Инокентьевичъ *Поварнинъ*, Александръ Васильевичъ *Поповъ*, Александръ Васильевичъ *Репревъ*, Іосифъ Марковичъ *Рясенцевъ*, Иванъ Ивановичъ *Смольскій*, Аѳанасій Семеновичъ *Соловьевъ* и Оскаръ Александровичъ *Шлезингеръ*. Такимъ образомъ, число членовъ Общества, равное въ прошломъ году 182 за этотъ годъ уменьшилось до 159; изъ нихъ 5—*А. Я. Красовскій*, *К. Ф. Славянскій*, *Gusserow*, *Martin* и *Olshausen*—почетные, а четверо—*Нейнебауеръ* въ Варшавѣ, *Award* въ Парижѣ, *Bousquet* въ Марсели и *Розенталь* въ Варшавѣ—члены корреспонденты; остальные 150—дѣйствительные члены Общества; изъ этого числа въ настоящее время въ составъ Общества находятся 44 члена учредителя. По имѣющимъ свѣдѣніямъ 96 членовъ (въ томъ числѣ двое почетныхъ) живутъ въ С.-Петербургѣ и 63 (въ томъ числѣ трое почетныхъ и 4 члена корреспондента)—въ его.

Всѣхъ засѣданій въ истекшемъ году было 18, изъ нихъ 9 научныхъ и 9 административныхъ.

Въ научныхъ засѣданіяхъ были сдѣланы нижеслѣдующіе доклады:

1) Рѣчь предсѣдателя, *К. Ф. Славянскаго*—Мѣсяцъ клинической жизни.

2) *В. А. Вастенъ*—77 случаевъ внѣматочной беременности.

3) *П. Т. Садовскій*—О влагалищномъ удаленіи матки по способу *Доуенъ*а.

4) *Э. Ф. Черневскій*—Объ акушерствѣ по нѣмецкимъ учебникамъ новѣйшаго времени.

5) *Н. І. Рачинскій*—Нѣсколько замѣчаній по поводу доклада *Э. Ф. Черневскаго*.

6) *В. Н. Массенъ*—Къ вопросу о физиології и патології послѣдоваго періода.

7) *Е. Б. Димантъ*—О сѣченіи крестца при сѣуженіи таза въ прямомъ размѣрѣ выхода.

8) *К. Ф. Маишевскій*—О предупреждающемъ поворотѣ при узкихъ тазахъ и отношеніи его къ выжидательному способу.

9) *Мандельбергъ*—О предупреждающемъ разсѣченіи промежности (perinaeotomy) во время родовъ.

10) *В. Н. Массенъ*—Объ итогахъ Женевскаго Гинекологическаго Съѣзда.

11) *К. П. Улезко-Строганова*—О возникновеніи межворсинчатого пространства.

12) *В. А. Вастень*—Краткій отчетъ о дѣятельности гинекологическаго отдѣленія женской Обуховской больницы за 1895 г.

13) *Д. О. Оттъ*—Объ упрощеніи техники при влагалищномъ вырѣзываніи матки.

Кромѣ того были сдѣланы слѣдующія казуистическія наблюденія.

1) *С. А. Кочурова*—Случай удаленія чревосѣченіемъ дермоидной кисты яичника, осложненной 2-хъ мѣсячной беременностью.

2) *С. С. Михельсонъ*—О кистахъ желтаго тѣла.

3) *Ивановъ*—Нѣсколько случаевъ лѣченія послѣродовыхъ эндометритовъ въ сельской практикѣ тампонаціей полости матки.

4) *В. Г. Бекманъ*—О случаѣ беременности въ зачаточномъ, правомъ рогѣ матки.

5) *Я. Д. Розенталь*—О случаѣ вѣматочной, межстѣнной беременности (graviditas extrauterina intramuralis).

6) *А. К. Мазуркевичъ*—О случаѣ кесарскаго сѣченія при условномъ къ нему показаніи.

7) *В. А. Вастень*—Случай повторнаго кесарскаго сѣченія.

8) *К. П. Улезко-Строганова*—Случай злокачественнаго новообразованія, развившагося изъ элементовъ ворсинчатого покрова.

9) *В. Н. Массенъ*—Случай беременности двойнями при двурогой маткѣ съ одной перегородженной шейкой и однимъ рукавомъ.

10) *В. М. Вайнштейнъ*—Два случая metritidis dissecantis puerperalis.

11) *В. Г. Бекманъ*—5 случаевъ metritidis dissecantis puerperalis
Сверхъ того нижепоименованныя лица показали слѣдующіе препараты, инструменты и больныхъ.

1) *А. И. Замиинъ*—а) фиброматозно перерожденную матку, удаленную кускованіемъ черезъ рукавъ, б) препаратъ вѣматочной

(трубной) беременности, в) межсвязочную кисту (одной стороны), и *hydrosalpinx* (другой стороны), вырѣзанные у одной и той-же больной.

2) *Е. Б. Димантъ*—Зондъ для вправленія матки.

3) *Д. О. Оттъ*—а) 3 фиброматозно перерожденныя матки, срѣзанныя надъ влагалищемъ, б) 8 фиброматозно перерожденныхъ матокъ удаленныхъ кускованіемъ черезъ рукавъ, в) 5 пораженныхъ фиброміомами матокъ, удаленныхъ цѣликомъ частью сочетаннымъ путемъ, а частью чревосѣченіемъ, г) двѣ большія фиброміомы матки, вылученныя у беременныхъ, д) большую злокачественно перерожденную фиброміому, е) 12 пораженныхъ фиброміомами матокъ, удаленныхъ цѣликомъ частью путемъ чревосѣченія, частью кускованіемъ черезъ рукавъ, ж) 2 препарата вѣматочной беременности, з) двухстороннюю саркому яичниковъ, и) трубно-яичниковую кисту и і) 7 матокъ, вырѣзанныхъ черезъ влагалище ради рака.

4) *В. Г. Бекманъ*—а) беременную женщину съ двураздѣльными маткой и рукавомъ, б) лопнувшую 6-ти недѣльную беременную трубу съ кистой желтаго тѣла, в) беременную разорвавшуюся 2-хъ мѣсячную трубу, г) 6-ти мѣсячную беременную трубу, д) микроскопическіе препараты круглой язвы рукава.

5) *К. П. Улезко-Строганова*—а) зашеечно развившійся фиброматозный узелъ, вылученный путемъ чревосѣченія, б) фиброміому задней стѣнки шейки и тѣла матки, съ одновременной водянкой лѣвой трубы, в) пораженную ракомъ матку, удаленную кускованіемъ черезъ рукавъ.

6) *М. А. Докушевская*—а) 2 фиброматозно перерожденныя матки, удаленныя кускованіемъ черезъ рукавъ, б) фиброматозно перерожденную матку, удаленную цѣликомъ, вмѣстѣ съ придатками, путемъ чревосѣченія.

7) *В. А. Вастень*—препаратъ межуточной трубной беременности.

8) *Кацъ*—а) 1½ мѣсячную беременную лопнувшую трубу, б) 2 большія фиброматозно перерожденныя матки, изъ коихъ одна подверглась саркоматозному перерожденію.

Такимъ образомъ и въ истекшемъ году дѣятельность Общества была весьма разнообразна и богата по содержанію: не говоря о множествѣ показанныхъ препаратовъ, мы имѣли возможность выслушать много дѣльныхъ, какъ акушерскихъ, такъ и гинекологическихъ сообщеній. Перехожу къ отчету по дѣламъ редакціи.

П Р И Х О Д Ъ.

Осталось съ прошл го, 1895 года	19 р. 04 к.
Съ 342 иногороднихъ подписчиковъ, по 8 рублей съ каждаго, получено	2736 " 05 " ¹⁾
Съ 3-хъ иногороднихъ подписчиковъ, по 4 р. съ съ каждаго (уплотили только за 1/2 года), получено	12 " — "
Съ 13 городскихъ подписчиковъ, по 7 р. 50 к. съ каждаго, получено	97 " 50 "
Томовъ за истекшіе годы продано на	97 " 12 "
За 1 объявленіе получено	1 " — "
" печатаніе протоколовъ Общества получено отъ г-на Казначея	300 " — "
Получена отъ г-на Казначея половина членскихъ взносовъ съ 125 членовъ Общества (съ 13 за 1894 г., съ 25 за 1895 и съ 87 за 1896 г.) по 5 рублей съ каждаго, итого	625 " — "
Получено за необычные расходы по печатанію работъ въ „Журналъ“:	
Отъ д-ра <i>Давидова</i>	14 " 65 "
" " <i>Жихарева</i>	303 " — "
" " <i>Муратова</i>	579 " 25 "
" " <i>Вознесенскаго</i>	96 " 11 "
" " <i>Шамраева</i>	232 " 80 "
Получено отъ д-ра <i>Муратова</i> за разсылку его сочиненія	71 " 28 "
Получено отъ Общества за расходы по юбилейному № (Январь 1896 г.)	98 " — "
И Т О Г О	5282 р. 80 к.

Р А С Х О Д Ъ.

Уплочено типографіи	1994 р. 65 к.
" переплетчику	330 " 10 "
" за бумагу	1298 " 95 "
" " портретъ <i>А. Я. Красовскаго</i>	43 " — "
" " переплетъ юбилейнаго №	15 " — "
" " за трактовый списокъ	5 " — "
Разсылка журналовъ и оттисковъ	640 " 65 "
Почтовый расходъ (простая и заказная корреспонденція)	6 " 35 "
Гербовыя марки	4 " 15 "
Скидки книгопродавцамъ	18 " 20 "
Референтамъ за ихъ работу въ „Журналъ“ въ 1895 г. уплочено	205 " — "
Уплочено за рисунки	132 " 55 "
Подарокъ фактору типографіи	38 " — "
На чай служителямъ типографіи	16 " — "
Содержаніе редакціи, мелкіе расходы, разъѣзды и т. д.	528 " — "
И Т О Г О	5275 р. 60 к. ²⁾
Остается, слѣдовательно: { Приходъ	5282 р. 80 к.
{ Расходъ	5275 " 60 "
	7 р. 20 к.

¹⁾ 1 подписчикъ уплатилъ 8 р. 5 к.

²⁾ Собственно говоря изданіе „Журнала“ обошлось еще на 187 р. 52 к. дороже, но такъ какъ эта сумма должна быть уплочена Кіевскимъ Гинекологическимъ Обществомъ, то она и не показана въ Отчетѣ.

Журналъ въ 1896 году издавался въ количествѣ 600 экземпляровъ и вышелъ въ размѣрѣ 104¹/₂ листовъ + 23¹/₂ листа приложенія (сочин. *А. А. Муратова*). Такимъ образомъ, стоимость *каждаго печатнаго листа со всеми накладными расходами обоилась, приблизительно, въ 41 рубль.*

3) Казначей Общества *Н. И. Стравинскій* доложилъ:

О Т Ч Е Т Ъ

о приходѣ и расходѣ суммъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за 1896 годъ (одинадцатый).

П Р И Х О Д Ъ.

	Руб.	Коп.
Къ 1-му Января 1896 года состояло 27 билетовъ Государственной 4% ренты, по 100 номинальныхъ = 2700 руб. и наличными 550 руб. 23 коп., итого	3250	23
Недоимокъ за предшествующіе годы поступило отъ 35 членовъ Общества	507	—
За 1896 годъ получено 76 членскихъ взносов по 10 руб., одинъ уплатилъ 7 руб. и одинъ — 5 руб., итого	772	—
Въ счетъ 1897 года ушло 11 членскихъ взносов, итого	110	—
Единовременныхъ взносов получено 5 по 8 руб., итого	40	—
<i>Георгій Ермолаевичъ Рейнъ</i> и <i>Семенъ Федоровичъ Шабельскій</i> внесли въ кассу Общества по 100 руб., итого	200	—
За 108 купоновъ Государственной 4% ренты, по 1 руб., итого 108 руб., а за вычетомъ 5 руб. 40 коп. процентнаго налога, получено	102	60
Получено процентовъ за 1896 годъ съ суммы, находящейся на текущемъ счету въ <i>банкирской конторѣ Вавельберга</i>	53	03
Итого поступило въ теченіи 1896 года 1784 руб. 63 коп., что вмѣстѣ съ оставшейся суммою отъ предшествовавшихъ лѣтъ составляетъ	5034	86

Р А С Х О Д Ъ.

	Руб.	Коп.
Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ на засѣданія Общества	22	—
Переписка протоколовъ засѣданій Общества для печати	27	—
Почтовый расходъ	25	99
Переплеть 101 книги бібліотеки Общества	37	80
Уплатено редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ за печатаніе протоколовъ засѣданій Общества въ 1896 году	300	—
Уплатено редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ на покрытие расходовъ по изданію юбилейнаго номера журнала (Январь 1896), посвященнаго <i>А. Я. Крассовскому</i>	86	—
Передано въ редакцію „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ за 125 членовъ Общества, уплатившихъ членскіе взносы въ теченіи 1896 года, всего	625	—
Мелкіе расходы	17	40
Уплатено прислугѣ	28	—
Итого	1169	19

16-го Января 1896 года праздновался 25-ти-лѣтній юбилей директорства въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи почетнаго члена нашего Общества Академика <i>Антоня Яковлевича Крассовскаго</i> . Акушерско-Гинекологическое Общество въ С.-Петербургѣ, помня существенныя заслуги юбиляра, оказанныя Обществу въ качествѣ своего основателя и многолѣтняго Предсѣдателя приняло горячее участіе въ празднованіи этого юбилея и постановило увѣковѣчить память его основаніемъ „Капитала имени <i>Антоня Яковлевича Крассовскаго</i> “. Съ этою цѣлью открыта была подписка, давшая по сіе время 198 руб. Сумма эта помѣщена пока на текущій счетъ въ банкирской конторѣ Вавельберга, при чемъ за истекшій годъ получено процентовъ 6 руб. 35 коп., что въ итогѣ составляетъ къ 1-му Января 1897 года	204	35
Весь <i>приходъ въ 1896 году</i> вмѣстѣ съ суммою оставшеюся отъ прежнихъ лѣтъ составляетъ	5239	21
<i>Расходъ въ 1896 году</i>	1169	19
Осталось къ 1-му Января 1897 года	4070	02
Такимъ образомъ денежныя средства Общества къ 1-му Января 1897 года состоятъ изъ 27 билетовъ Государственной 4% рентъ, по 100 руб. номинальныхъ, за №№ 4851—4877 (находятся на храненіи въ Государственномъ Банкѣ подъ роспискою за № 703052)	2700	—
На текущемъ счетѣ въ банкирской конторѣ Вавельберга . . .	1165	67
Капиталъ имени почетнаго члена <i>Антоня Яковлевича Крассовскаго</i>	204	35
Итого	4070	02

При сравненіи вышеизложенныхъ цифръ съ предшествовавшими годами легко убѣдиться, что общая сумма дохода за 1896 годъ больше дохода 1895 года на 558 руб. и значительно превышаетъ доходы предъидущихъ лѣтъ. Въ отчетномъ году получилось увеличеніе дохода по всѣмъ статьямъ, особенно усилилось поступленіе недоимокъ за прошлые годы. Тѣмъ не менѣе недоимки составляютъ значительную сумму, 61 членъ Общества не уплатили своихъ членскихъ взносовъ за прошлый годъ, а нѣкоторые изъ нихъ состоятъ должниками за нѣсколько лѣтъ. Къ 1-му Января 1897 года за ними считается недоимка въ 1185 руб. Расходъ въ истекшемъ году оказался на 153 руб. больше предъидущаго года, тѣмъ не менѣе израсходованная сумма меньше разрѣшенной Правленію на 55 руб. Въ итогѣ капиталъ Общества за отчетный годъ значительно увеличился, а именно на 820 рублей и потому истекшій годъ слѣдуетъ считать весьма благопріятнымъ въ финансовомъ отношеніи въ жизни нашего Общества.

4) Библіотекаръ *А. П. Заболотскій*, грочель:

О Т Ч Е Т Ъ

по библіотекѣ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ
С.-Петербургѣ за 1896 (одиннадцатый) годъ.

Библіотека Общества за истекшій отчетный годъ пополнялась преимущественно періодическими изданіями, поступавшими въ нее отъ редакціи нашего органа—Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней, путемъ обмѣна ихъ на журналъ. Такихъ періодическихъ изданій поступило: на русскомъ языкѣ 37 названій, на французскомъ—16, на польскомъ—7, на англійскомъ—3, на испанскомъ—3, на итальянскомъ—2, на нѣмецкомъ—1, на румынскомъ—1, на шведскомъ—1, и на финскомъ—1, а всего 72 названія.

Кромѣ періодическихъ изданій редація препроводила въ библіотеку: книгъ, брошюръ и отдѣльныхъ оттисковъ, присланныхъ ей, 35 названій.

Библіотека Императорской Военно-Медицинской Академіи, по примѣру прежнихъ лѣтъ, прислала въ даръ библіотекѣ общества 119 экземпляровъ диссертаций за 189⁵/₆ учебный годъ.

Такимъ образомъ помимо періодическихъ изданій, библіотека обогатилась за годъ 154 книгами, брошюрами и отдѣльными оттисками, а всего въ библіотекѣ имѣется теперь 1941 названіе.

Изъ отпущенной по смѣтѣ суммы 75 рублей израсходовано на переплеты 101 тома 37 руб. 80 коп. и осталось въ экономіи 37 руб. 20 к.

Цѣны на переплеты книгъ въ отчетномъ году, сравнительно съ прошлымъ годомъ, поднялись на 3¹/₂ копѣйки на переплетъ, такъ какъ переплетчикъ не пожелалъ переплетать дешевле 40 коп. за книгу, а другіе мастера не брались за эту работу въ виду малаго заказа, да и цѣну въ 40 коп. сообразно объему книгъ признавали убыточною, почему и пришлось согласиться на эту надбавку, оставивъ работу за прежнимъ мастеромъ.

Книгъ для чтенія взято было 9 лицами 28 названій въ количествѣ 29 томовъ.

Часть библіотеки, находящаяся въ Родовспомогательномъ заведеніи, въ зимніе мѣсяцы была открыта для пользованія ежедневно по пятницамъ отъ 8—9 ч. вечера и въ дни засѣданій общества отъ 7—8 ч. вечера; а часть, находящаяся въ клиникѣ проф. *Славянскаго*, была къ услугамъ читающихъ г.г. членовъ

въ первую половину года ежедневно отъ 10 час. утра до 1 ч. дня, а вторую—по четвергамъ отъ 11—2 ч. дня. Кромѣ того, по соглашенію г.г. членовъ съ бібліотекаремъ, бібліотека доступна была и въ другіе дни и часы, хотя г.г. сочлены, согласившись съ бібліотекаремъ о времени прибытія въ бібліотеку, не всегда являлись за книгами, заставивъ бібліотекаря прогуляться напрасно.

Не могу не высказать здѣсь сожалѣнія по поводу неудобства размѣщенія бібліотеки въ двухъ, такъ далеко отстоящихъ другъ отъ друга, помѣщеніяхъ, какъ С.-Петербургское Родовспомогательное заведеніе и клиника профессора *Славянского*, на что уже указывалось и въ прежнихъ отчетахъ. Это неудобство чувствовалось и чувствуется по сей день какъ бібліотекаремъ, такъ и г.г. читающими членами, отнимая праздну и у тѣхъ и у другого много времени. Даже размѣщеніе шкафовъ бібліотеки въ самомъ-то Родовспомогательномъ заведеніи до крайности неудобно, ибо 2 шкафа находятся въ конференцъ-залѣ, 2 шкафа—въ тѣсной комнатѣ дежурныхъ акушеровъ, 1 шкафъ—въ темной комнатѣ рядомъ съ комнатою дежурныхъ акушеровъ, и большой сундукъ—въ холодномъ корридорѣ подвального этажа.

Бывали случаи, когда бібліотека должна была закрываться потому, что въ 8½ ч. начинались засѣданія врачей родильнаго дома въ конференцъ-залѣ, и бібліотекарь, не будучи членомъ этого собранія, обязанъ былъ уходить. Чтобы войти въ дежурную комнату акушеровъ, нужно было испрашивать разрѣшеніе дежурныхъ, и иногда случалось выслушивать: „нельзя, мы не одѣты“. Правда, всегда дверь въ концѣ концовъ любезно открывалась, но приходилось все-же ждать и просить позволенія войти, забирать книги, тащить ихъ въ залу и тамъ разбираться. Въ темную комнату приходится ходить и днемъ съ огнемъ, а въ подвальный холодный и грязный корридоръ къ сундуку, нужно идти воолнѣ одѣвшись: въ шубу, шапку и галоши, причемъ конечно грязнится платье, благодаря обилію пыли на сундукъ, съ котораго приходилось часто снимать разный наваленный на него скрабъ: носилки для больныхъ, рамы, горшки, поленья дровъ и проч.

Понятно при такихъ условіяхъ о правильной постановкѣ бібліотеки не можетъ быть и рѣчи. Установить книги въ шкафахъ съ правильною нумераціею тѣхъ и другихъ и съ отмѣтками этихъ нумерацій по каталогу невозможно. Если къ этому прибавить, что большое количество журналовъ не можетъ быть переплетено, за утратою нѣкоторыхъ номеровъ, то бібліотечное хозяйство покажется еще непригляднѣе. Когда утеряны эти

номера, не досланы-ли они редакціями, или потеряны референтами, сказать трудно.

Такіе неполные экземпляры журналовъ являются просто библиотечнымъ баластомъ. Библіотека получаетъ журналы отъ редакціи по прореферированіи ихъ, стало быть, не имѣетъ возможности услѣдить: не дополученъ-ли номеръ редакціей или онъ утраченъ поздноѣ,—и находится въ полной невозможности возстановить недостающее.

5) Товарищъ Предсѣдателя произнесъ рѣчь: „О руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ для возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна и брюшнаго пресса“. (Будетъ нап. въ журналѣ).

Рѣчь эта была покрыта рукоплесканіями.

Предсѣдатель К. Ф. Славянскій.

За секретаря В. Массенъ.

ПРОТОКОЛЬ № I.

Административное засѣданіе 18-го января 1897 года.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 26 членовъ.

1) Названы фамиліи тѣхъ господъ членовъ, которые, на основаніи § 17 Устава Общества, считаются сложившими съ себя званіе членовъ Общества (см. выше *отчетъ* секретаря).

2) Избрана коммиссія для ревизіи счетовъ и состоянія кассы Общества, а также для ревизіи библіотеки изъ членовъ: *Вастена, Горайскаго и Садовскаго.*

3) Избрана коммиссія для ревизіи счетовъ и состоянія кассы редакціи „Журнала Акушерства и Женскихъ болѣзней“ изъ членовъ: *Замшина, Массена и Фишера, А. Р.*

4) Для поздравленія С.-Петербургскаго Медицинскаго Общества, по случаю 25-лѣтія его дѣятельности, избраны всѣ члены Правленія и *А. Р. Фишеръ.*

5) Предложены въ дѣйствительные члены: а) *Киселевъ, Николай Сергѣевичъ*, докторъ медицины (предложенъ *Славянскимъ, Биддеромъ* и *Поршняковымъ*); б) *Каннелсеръ, Николай Самуиловичъ* (предложенъ *Славянскимъ, Оттомъ* и *Стравинскимъ*); в) *Веберъ, Фридрихъ Карловичъ*, докторъ медицины (предложенъ *Биддеромъ, Салмановымъ* и *Заболотскимъ*).

6) Избранъ въ дѣйствительные члены:

Фонъ-Штраухъ, Максимъ Августовичъ, лютеранскаго вѣроисповѣданія, родился 22 іюня 1856 года въ городѣ Ригѣ.

Получивъ дома первоначальное воспитаніе онъ поступилъ въ 1866 году въ Рижскую, классическую казенную гимназію, курсъ которой окончилъ въ декабрѣ 1875 года.

Въ январѣ 1876 года зачисленъ студентомъ медицинскаго факультета при Императорскомъ университетѣ въ Дерптѣ, нынѣ Юрьевѣ. Въ февралѣ 1881 года сдалъ экзаменъ на степень доктора медицины и защитилъ въ октябрѣ мѣсяцѣ того же года свою диссертацию ¹⁾.

Въ 1881 году переселился въ Москву и въ слѣдующемъ году поступилъ ординаторомъ въ родовспомогательное заведеніе Импе-

¹⁾ Anatomische Untersuchung über das Brustbein des Menschen. Dorpat 1881.

раторскаго Московскаго Воспитательнаго Дома, каковую должность онъ занималъ до октября 1887 года.

Съ 1894 года числится консультантомъ по женскимъ болѣзнямъ при Бахрушинской больницѣ.

Съ 1896 года состоитъ приватъ-доцентомъ при Императорскомъ Московскомъ университетѣ.

Труды *М. А. Штрауха*.

1) Ein Geburtsfall bei doppelter Gebärmutter und doppelter Scheide (uterus didelphys cum vagina duplice) Centralblatt für Gynäcologie 1887 pag. 684.

2) Über Künstliche Frühgeburt, Archiv für Gynacologie Bd. XXXI. Heft. 3.

3) Zur Kastration wegen functioniren der ovarien bei rudimentärer Entwicklung der Müllerschen Gänge. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XV. H. 1.

4) Über hämatocele. Petersb. med. Woch., № 52. 1890.

5) Случай консервативнаго кесарскаго сѣченія. Засѣданія общ. русск. врачей въ Москвѣ 17 апрѣля 1892.

6) Myomectomy in graviditate. Petersb. med. Woch., № 10, 1892.

7) Ein Beitrag zur operativen Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Petersb med. Woch., № 33, 1892.

8) Über Venenthrombose der untere Extremitäten nach Kōliotomien bei Beckenhoclagerung und Aethernarcose. Centralblatt f. Gyn., 1894 № 13.

9) Три параллельные случая внѣматочной беременности. Медицинское обозрѣніе 1895 № 6.

10) Quelques remarques à propos du mémoire de M. Condamin (de Lyon) sur le traitement de la grossesse extrauterine. Annales de Gynécologie et d'obstétrique 1895 dècembre.

Предсѣдатель **К. Славянскій**.

За секретаря **В. Массенъ**.

СПИСОКЪ

членовъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ за первые 11 лѣтъ до 18 Января 1897 г.

Составъ Правленія на 1896—1897 годы.

Предсѣдатель—Ординарный профессоръ Императорской Военно-Медицинской Академіи, д-ръ мед. Кронидъ Федоровичъ *Славянский*.

Товарищъ Предсѣдателя—Директоръ Повивальнаго Института и профессоръ Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны, д-ръ мед. Дмитрій Оскаровичъ *Оттъ*.

Секретарь—Старшій преподаватель акушерства при Маріинскомъ Родовспомогательномъ Домѣ, д-ръ мед. Лазарь Григорьевичъ *Личкусъ*.

Казначей—Врачъ при С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, д-ръ мед. Николай Ивановичъ *Стравинскій*.

Библіотекарь—Ординаторъ клиники проф. К. Ф. *Славянскаго*, д-ръ мед. Алексій Павловичъ *Заболотскій*.

СПИСОКЪ

ЧЛЕНОВЪ ПРАВЛЕНІЯ ЗА ПРОШЛЫЕ ГОДЫ.

	Предсѣдатель.	Тов. Пред.	Секретарь	Казначей.	Библіотек.
1886. }	<i>Крассовскій</i>	<i>Славянский</i>	<i>Смольскій</i>	<i>Стравинскій</i>	<i>Стравинскій</i>
1887. }					
1888. }	<i>Славянский</i>	<i>Тарновскій</i>	<i>Смольскій</i>	<i>Стравинскій</i>	<i>Даниловичъ</i>
1889. }					
1890. }	<i>Крассовскій</i>	<i>Славянский</i>	<i>Смольскій</i>	<i>Стравинскій</i>	<i>Даниловичъ</i>
1891. }					
1892. }	<i>Славянский</i>	<i>Оттъ</i>	<i>Личкусъ</i>	<i>Стравинскій</i>	<i>Даниловичъ</i>
1893. }					
1894. }	<i>Оттъ</i>	<i>Штольцъ</i>	<i>Личкусъ</i>	<i>Стравинскій</i>	<i>Заболотскій</i>
1895. }					

а) ПОЧЕТНЫЕ ЧЛЕНЫ.

Ч. уч. *Крассовскій*, *Антонъ Яковлевъ*, *Надеждинск. 5.*

— *Славянский*, *Кронидъ Федоровъ*, *Литейный, 24, кв. 10.*

1894. <i>Gusserow.</i>	} Германия.
— <i>Martin.</i>	
— <i>Olshausen.</i>	

Берлинъ.

б) ДѢЙСТВИТЕЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ.

1886. Агафоновъ, Сергѣй Николаевичъ, Тверь.
 1888. Алексенко, Николай Демьяновичъ, Харьковъ, Старо-Московская, 30.
 1886. Андреевъ, Николай Павловичъ, Симбирскъ.
 Ч. уч. Антиповъ, Николай Васильевичъ, М. Итальянская, 20, кв. 5.
 1893. Антиповъ, Петръ Александровъ, Колпино, Николаевск. жел. дор.
 1894. Ануфриевъ, Александръ Андреевичъ, Варшава, Маршалковск., 124
1886. Байковъ, Андрей Ивановичъ, Фонтанка, 64, кв. 5.
 — Баньковскій, Владиславъ Александровичъ, Торговая, 3, кв. 11.
 — Баскинъ, Самуиль Захаровичъ, Саперный пер., 20.
 — Бацевичъ, Евгенийъ Феликсовичъ, Фонтанка, 141, кв. 5.
 1895. Бекманъ, Вильгельмъ Генриховичъ, Надеждинская, 32.
 Ч. уч. Биддеръ, Эрнестъ Федоровичъ, Надеждинск., 5.
 1889. Блонскій, Иванъ Яковлевъ, Владивостокъ.
 1887. Большесольскій, Павелъ Константиновичъ, Архангельскъ.
 1895. Букоемскій, Францъ Викторовичъ, Кіевъ, Фундуклеевская, 27.
 1892. Бутчикъ, Владиміръ Тимофеевичъ, Шпалерная, 34, кв. 8.
 1895. Бухштабъ, Адольфъ Александровичъ, Симферополь.
 1893. Бѣлиловскій, Веняминъ Александровъ, ст. Бенкендорфъ-Сосновка, Ряз.-Уральск. ж. д., Тамб. губ.
 — Бѣлиловскій, Кесарь Александровъ, С.-Петербургъ.
 1887. Бѣляевъ, Яковъ Петровичъ, Гороховъ, 1, кв. 5.
- Ч. уч. Вастень, Владиміръ Александровичъ, Загородный 13,
 1897. Веберъ Фридрихъ Карловичъ, Вас. О-въ, 5 линия, д. 20.
 1888. Вертеръ, Андрей Леонтьевичъ, Казначейская, 6, кв. 35.
 1890. Верцинскій, Урбанъ Эдуардъ, Коломенск., 15.
 1886. Виридарскій, Сергѣй Тимоновъ, Фонтанка, 148.
 1887. Воловскій, Казиміръ Альбертовъ, Б. Морская, 28.
 1889. Воробьевъ, Дмитрій Александровъ, Кіевъ, Кадетское шоссе, больница Цесаревича Николая.
 — Воскресенскій, Михаилъ Александровичъ, Кіевъ, Алексѣевская, д. Афанасьева.
 1890. Воффъ, Исидоръ Алексѣевъ, Москва, Каретная—Садовая, д. Шапошниковъ.
1888. Гавронскій, Николай Денисовъ, Харьковъ, Благовѣщенск., 18.
 — Генрихсенъ, Карлъ Романовъ, Одесса, Соборная площ., 6.
 1889. Гермониусъ, Александръ Карловъ, ст. Веймарнъ, Балтійск. жел. дор.
 1886. Гессъ, Николай Федоровъ, Петерб. ст., Александровъ пр., 4, кв. 3.
 — Гешвендъ, Александръ Александровъ, М. Конюшенъ, д. Придв. Госп.
 Ч. уч. Горайскій, Константинъ Ивановъ, Невск., 108.
 — Грамматикати, Иванъ Николаевичъ, Томскъ.
 1886. Гриневъ, Леонидъ Ильичъ, Сергіевская, 65.
- Ч. уч. Даниловичъ, Иванъ Осиповъ, Надеждинская, 5.
 1893. Димантъ, Ефимъ Бенсіоновичъ, Одесса, Ремесленная, 3.
 1889. Добрадинъ, Павелъ Алексѣевичъ, Кабинетская, 5, кв. 1.
 1890. Добровольскій, Вацлавъ Николаевичъ, Гороховая, 32.

1891. Добровольскій, Станиславъ Иванов., Одесса, парох. Добровольн. флота „Тамбовъ,,.
1886. Добронравовъ, Варнава Алексѣвичъ, Кіевъ, Алексѣвская, д. 5.
Ч. уч. Добрынинъ, Петръ Иванов., Москва, Солянка, Воспитат. Домъ.
1893. Долинскій, Иванъ Лукичъ, Екатерининскій кан., 83, кв. 3.
1891. Драницынъ, Алексѣй Алексѣев., М. Итальянск., 37, кв. 3.
1886. Желтухинъ, Василій Васильев., Вас. Остр. 7 л., 42, кв. 4.
1893. Журавовскій, Маріанъ Конрадов., Кишиневъ, бульваръ, д. Суруганъ
1888. Заболотскій, Алексѣй Павловичъ, Выб. ст., Арсенальная ул., д. 9
тюрьма малолѣтнихъ.
Замшинъ, Андрей Иванов., Фонтанка, 127, кв. 1.
1886. Зачекъ, Мечиславъ Маркеловичъ, Ириновск. ж. д., ст. Рябово.
1888. Заяицкій, Сергѣй Спиридонов., Москва, Новинскій бульваръ, д. Пастуховой.
1890. Земацкій, Іосифъ Францев., Кировная, Клиническій Инстит.
1886. Игоевъ, Константинъ Харлампіев., Москва, Калужск. ул., Голицинск. бол.
1893. Изъѣминъ, Иванъ Ивановичъ, ст. Барвенково, Курско-Хар.-Азов. ж. д.
— Какушкинъ, Николай Михайлов., Боровая, 44.
1897. Казнегисеръ, Николай Самуиловичъ, Манежный пер., 7, кв. 15.
Ч. уч. Кирѣевъ, Дмитрій Михайлов., Басковъ пер., 19, кв. 1.
1897. Киселевъ, Николай Сергѣевичъ, Стремянная 19, кв. 7.
Ч. уч. Крейтцеръ, Робертъ Иванов., Литейн., 50, кв. 5.
1890. Круковичъ, Іосифъ Адамовичъ, ст. Русскій Бродъ, Ливенской ж. д.
имѣніе Скорятина.
1889. Кузнецкій, Петръ Васильевичъ, Нижній Тагиль, Пермской губ.
Ч. уч. Лазаревичъ, Иванъ Павловичъ, Гагаринская наб., 20.
1888. Лапинъ, Илья Иванов., Льговка, 6, кв. 12.
1887. Лилѣевъ, Федоръ Николаев., Максимильяновскій пер., 14, кв. 4
1894. Липинскій, Степанъ Александр., Могилевъ губ.
1886. Личкусъ, Лазаръ Григорьев., Вас. Остр., 1 л., д. 18.
— Лопатинскій, Осипъ Григорьев., Садовая, 98, кв. 18.
1894. Львовъ, Иванъ Моисѣев., Казань, соб. домъ.
1888. Мазуркевичъ, Александръ Ксенофонтовичъ, Вознесенскій, 36.
- Ч. уч. Маѣевъ, Александръ Матѣев. Москва. Б. Молчановская, соб. д.
— Мартыновъ, Александръ Васильев., Конная, 4, кв. 4.
— Марцынкевичъ, Евгеній Осиповичъ, Караванная, 20, кв. 6.
— Масловскій, Иванъ Федоров., М. Конюшенная, д. Придв. Госпит.
— Масловскій, Василій Федоров., Моховая, 39.
1888. Массень, Василій Николаев., Вас. Остр., Большой пр., 75, Гаванскій
родильный пріютъ.
1893. Маѣевскій, Казиміръ Филіціан., Фонтанка, 148.
- Ч. уч. Мершъ, Готлибъ Генрихов., Спасская, 10, кв. 17.
1893. Мироновъ, Матвѣй Максимом., Харьковъ, Нечетченская ул., 32.
- Ч. уч. Мисевичъ, Антонъ Игнатьев., Троицкая, 38.
1894. Муратовъ, Александръ Александров., Москва, Тверск. у., д. Гиршманъ.

1888. **Н**ейштубе, Петръ Тимофѣев., Кіевъ, Еврейская больница.
1890. **О**ленинъ, Сергій Константинов., Тамбовъ.
1894. **О**нуфриевъ, Василій Михайлов., Екатеринб.
- Ч. уч. **О**ттъ, Дмитрій Оскаров., Фонтанка, 148.
1895. **П**аргаминъ, Манусъ Нухимов., Бѣлая Церковь, Кіевск. губ.
1887. **П**ассовертъ, Леонидъ Петров., Рига, Бульваръ Тотлебена, д. 8.
1893. **П**етрашкевичъ, Иванъ Осипов., Вильна, Большая ул., соб. д.
1891. **П**етровъ, Василій Степанов., Фурштадская, 31, кв. 1.
1886. **П**іотровичъ, Ѳома Иванов., Чернышевъ пер., 20, кв. 10.
- Ч. уч. **П**олотебновъ, Сергій Михайлов., Забалканскій, 49, кв. 20.
- Ч. уч. **П**оржецкій, Владиміръ Юліанов., Елизаветградъ.
- **П**оршняковъ, Николай Михайлов., Невскій, 100, кв. 6.
1886. **П**орошинъ, Михаилъ Николаев., клиника проф. К. Ф. Славянского.
1897. **П**отѣнко, Василій Викторовичъ, Козловъ, Тамб. губ.
1888. **Р**адецкій, Иванъ Иванов., Екатеринбургск. кан., 134, кв. 5.
- Ч. уч. **Р**адецкій, Рудольфъ Кондратьев., ул. Глинки, 9.
1891. **Р**ачинскій, Николай Іеронимов., Пушкинская, 10, кв. 7.
1888. **Р**ачковскій, Петръ Иванов., Красноярскъ.
- Ч. уч. **Р**ейнъ, Георгій Ермолаев., Кіевъ, Б. Владимірск., 23.
1889. **Р**одзевичъ, Болеславъ Адамов., Моховая, 30, кв. 14.
1887. **Р**остковскій, Ѳома Яковлев., Гатчино, госпиталь Придв. Вѣдом.
- Ч. уч. **Р**удольскій, Леонидъ Васильев., Симбирск., 47, кв. 21.
- **Р**унге, Георгій Карловичъ, Кирочная, 31.
1891. **Р**утковскій, Александръ Васильевичъ, Кирочная, д. 4, кв. 4.
1893. **Р**ымша, Адамъ Ромуальдовичъ, Вильна.
1890. **С**авченко, Ѳеодоръ Іосифовичъ, Гагаринская ул., 36, кв. 4.
1891. **С**адовскій, Петръ Тимофѣевичъ, Бассейная, 25.
1886. **С**алмановъ, Николай Антоновичъ, Надеждинская, 16, кв. 20.
1888. **С**еминниковъ, Александръ Александров., Тюмень, Тобольск. губ.
1893. **С**ережниковъ, Григорій Петровичъ, Фонтанка, 148.
1894. **С**ицинскій, Анастасій Александров., Петергофъ, Дворц. госп.
- **С**клифасовскій, Николай Васильевичъ, Моховая, 6.
- Ч. уч. **С**моленскій, Иванъ Федоров., Ивановск. 2, кв. 2.
1886. **С**околовскій, Людвигъ Игнатьевичъ, Офицерская, 45.
- Ч. уч. **С**оловьевъ, Александръ Николаевичъ, Москва, Патриаршіе Пруды д. Бригкива.
- Ч. уч. **С**тельмаховичъ, Николай Матѣевичъ, Пушкинская, 17.
- **С**тавинскій, Николай Ивановичъ, Кузнечный, 14, кв. 4.
1890. **С**трогановъ, Василій Васильевичъ, Уг. Забалк. и 2-й роты, д. 27.
- Ч. уч. **С**утугинъ, Василій Васильевичъ, Фурштадская, 37.
1888. **С**ченсновичъ, Василій Васильевичъ. Витебскъ. Врачебное Отдѣленіе Губ. Управы.
1886. **С**ыромятниковъ, Иванъ Михайл., Москва. Б. Чернышевскій пер., по Тверской, д. Духовскаго.
- Ч. уч. **Т**арновскій, Ипполитъ Михайловичъ, Надеждинская, д. 5.
1895. **Т**ерещенко, Григорій Гавриловичъ, Кирочная, д. 3. кв. 28.
- Ч. уч. **Т**олочинновъ, Николай Филипповичъ, Харьковъ, Б. Сумская ул., соб. д., 46

1895. **У**лезко-Строганова, Клавдія Петровна, Уг. Забалк. и 2-й роты, д. 27.
1886. **У**льрихъ, Владиміръ Андреевичъ, Чебоксарскій пер., д. 2.
— **У**рвичъ, Борисъ Осиповичъ, Пет. ст., Большой пр., д. 57.
1886. **Ф**едоровъ, Иванъ Ивановичъ, Варшава, Маршалковская, 87.
Ч. уч. **Ф**еноменовъ, Николай Николаевичъ, Казань, Черноозерная ул., д. Молоствова.
— **Ф**ишеръ, Андрей Романовичъ, Выбор. ст., Больш. Сампсон. пр., 9.
1887. **Ф**ишеръ. Болеславъ Адамовичъ, Конногвардейскій бул., 15,
Ч. уч. **Ф**ранкъ, Дмитрій Александровъ, Сергіевск., 57,
— **Ф**ратквичъ, Борисъ Анисимовичъ, Б. Подъяческая, 18.
1893. **Х**мара-Барщевскій, Эммануилъ Петровичъ, Пет. ст., Больш. пр., д. 86, кв. 1.
— **Х**ростовскій, Лукьянъ Инокентьевичъ, Екатеринославъ, Губ. Земская больница.
Ч. уч. **Х**рщоновичъ, Александръ Казиміровичъ, Сергіевская, 31.
1886. **Ц**ѣхановецкій, Сигизмундъ Владиміровичъ, ст. Сиверская, по Варшавской жел. дор.
1888. **Ч**агинъ, Алексѣй Александровичъ, Лиговка, 89, кв. 2.
Ч. уч. **Ч**ернышевъ, Иванъ Васильевичъ, Належдинская, 21, кв. 20.
1886. **Ч**ошинъ, Григорій Александровичъ, Орловскій пер., 5; кв. 1.
1892. **Ш**абельскій, Семень Федоровичъ, Саратовъ.
1894. **Ш**ахъ-Пароніанъ, Самуилъ Павловичъ, Тифлисъ, Ольгинскій Повивальный Институтъ.
1890. **Ш**вердловъ, Иванъ Львовичъ, Коломенск. 7.
Ч. уч. **Ш**мидтъ. Александръ Эдуардовичъ., Сергіевск., 17.
— **Ш**тольцъ, Владиміръ Ивановичъ, Екатерингофскій, 47.
1897. **Ш**траухъ-фонъ, Максимъ Августовичъ, Москва, Маросѣнка, Козьмо-Демьянскій пер.: д. Чернова, кв. 32.
1891. **Ф**онъ-Шуттенбахъ, Николай Густавовичъ, Пет. ст., Кронверскій пр., д. 75, кв. 11.
1890. **Щ**еткинъ, Дмитрій Сергѣевичъ, Рязань, Губ. Земская больница.
— **Э**берманъ, Александръ Леонтьевичъ, Загородный, 24, кв. 8.
1891. **Э**йхфусъ, Альбертъ Ричардовичъ, Пет. ст., Малый пр., 13.
- Ч. уч. **Я**нпольскій, Борисъ Григорьевичъ, Загородный, 27.
Ч. уч. **Я**стребовъ, Николай Васильевичъ, Варшава, Владимірская ул., 5.

с) ЧЛЕНЫ КОРРЕСПОНДЕНТЫ:

1887. **Н**ейгебауеръ, Францъ Людвиговичъ, Варшава, Лешно, 32.
1888. D-r Auvard. (Paris.).
1896. Vousquet. Joseph Félicien (Марсель).
1896. **Р**озенталь, Яковъ Давидовичъ, Варшава, Красинская площ., 8.

d) ЧЛЕНЫ УМЕРШИЕ:

Годъ вст въ Общ.		Годъ смерти.
1886.	Б аландинъ, Илья Федосѣевичъ, чл. учр.	† 1893.
1890.	Б ашкировъ, Сергѣй Александровичъ.	† 1892.
1887.	Б убновъ, Николай Дементьевичъ.	† 1889.
1887.	В аденюкъ, Александръ Ерофѣевичъ.	† 1893.
1886.	Г арфункель, Яковъ Борисовичъ.	† 1888.
1886.	Г угенберггеръ, Федоръ Карловичъ, чл. учр.	† 1891.
1886.	Д овнаровичъ, Ярославъ Францевичъ, чл. уч.	† 1891.
1886.	Е ськовъ, Сергѣй Ивановичъ, чл. учр.	† 1892.
1889.	З ейдлеръ, Петръ Николаевичъ,	† 1895.
1886.	З мигородскій, Казиміръ Юсифовичъ.	† 1895.
1887.	М аевскій, Адольфъ Ивановичъ.	† 1893.
1886.	М аковецкій, Евменій Емельяновичъ, чл. учр.	† 1890.
1891.	Р узи, Дмитрій Александровичъ.	† 1895.
1886.	Р акѣвъ, Андрей Платоновичъ.	† 1896.
1886.	Ч ерневскій, Эдуардъ Францевичъ.	† 1896.

Дни засѣданій въ 1897 году:

Январь	18.	Сентябрь	18.
Февраль	13.	Августъ	16.
Мартъ	6.	Ноябрь	13.
Апрѣль	3.	Декабрь	11.
Май	1.		

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ англійской Акушерско-Гинекологической литературы:

68. Dr. Probyn—Williams and Lennard Cutler.—Some Observations on the Temperature, Pulse, and Respiration during Labour and the Lying—in.—(Transactions of the obst. Society of London, за 1895, vol. XXXVII, pp. 19.—38).—Наблюдения надъ температурой, пульсомъ и дыханіемъ во время родовъ и послѣродоваго періода.

Названные авторы изслѣдовали вліяніе родовъ и пуэрперальнаго періода на температуру, пульсъ и дыханіе.

А. Вліяніе родовъ. Частота пульсацій сосчитывалась ими во время перваго періода и черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ родовъ. Приводимый въ учебникахъ фактъ замедленія пульса послѣ родовъ не оправдался. Такъ по Galabin'у число пульсацій падаетъ послѣ родовъ до 50, по Playfair'у до 40, по Auward'у даже до 35 въ минуту. Pr-Williams и Cutler прослѣдили число пульсацій на 100-нѣ роженицъ. Во время родовъ среднее число ударовъ въ минуту было 89. Въ 76 случаяхъ эта цифра понизилась послѣ родовъ: въ 12-и до 70 ударовъ, въ 25-и случаяхъ отъ 69 до 60 и только у одной до 50 ударовъ въ минуту. У 11 женщинъ число пульсацій во время и послѣ родовъ не измѣнилось, а у 13 оно участилось. Среднимъ числомъ пульсъ становился рѣже на 11 ударовъ въ минуту: съ 89 на 78, maximum до 29 ударовъ въ минуту. Pr-W. и C. не подтверждаютъ также обще-принятаго мнѣнія, что чѣмъ скорѣе пульсъ въ первомъ періодѣ, тѣмъ медленнѣе онъ послѣ-родовъ.

Причина замедленія: успокоеніе нервовъ съ прекращеніемъ родовыхъ болей, уменьшеніе предстоящей сердцу работы (при мышечныхъ сокращеніяхъ во время родовъ) и прекращеніе плацентарнаго кровообращенія.

На число пульсацій вліяють *быстрое* или *медленное теченіе родовъ*, *хлороформированіе*, *послѣродовое кровотеченіе*.

Скорые роды. У 66 многоорожавшихъ среднее пониженіе числа пульсацій было на 12 ударовъ въ минуту, у 34-хъ перво-роже-ницъ на 9 ударовъ.

Продолжительные роды. Въ 32 случаяхъ (шесть I-р, 26 многор.), длившихся менѣе 10-и часовъ, среднее замедленіе пульса было на 11 ударовъ въ минуту. Въ 36 случаяхъ (I-р. 14, многор.-22), длившихся 10-20 часовъ, пульсъ сталъ рѣже на 8 ударовъ. Въ 32 случаяхъ (I-р. 14, многор.-18), длившихся болѣе 20 часовъ, пульсъ сталъ рѣже на 12 ударовъ.

Хлороформированіе во время родовъ не рѣдко предупреждаетъ замедленіе пульса послѣ родовъ. Изъ 58 родовъ съ наркозомъ въ 20-и пульсаціи послѣ родовъ участились ($=34\%$), въ 34 хъ пульсъ сталъ рѣже ($=59\%$), а въ 4-хъ числа не измѣнились ($=7\%$). Въ случаяхъ замедленія пульса колебанія этихъ цифръ до и послѣ родовъ были меньшія, чѣмъ въ случаяхъ учащенія пульса, хотя въ общемъ при наркозѣ эти колебанія рѣзче, чѣмъ безъ него.

Въ 19 случаяхъ *послѣродовыхъ кровотеченій* учащеніе пульса доходило среднимъ числомъ до 19 ударовъ: съ 78 на 97 послѣ разрѣшенія. Гдѣ и безъ наркоза число пульсацій послѣ родовъ остается высокимъ, нужно прослѣдить, нѣтъ ли тамъ кровотеченія. Въ 11 такихъ случаяхъ авторовъ, съ кровопотерей до 2 фунтовъ, пульсъ учащался на 19 ударовъ въ минуту. Учащеніе пульса послѣ родовъ можетъ быть и безъ кровотеченія.

Напряженіе или полнота пульса: во время родовъ она большею частію выше нормальнаго, рѣдко—ниже. Для этихъ наблюденій авторы выбрали случаи, гдѣ не было болѣзней сердца или почекъ и гдѣ роды протекали безъ тяжелыхъ операцій. Пульсовые волны снимались сфигмограмъ *Dudgeon*'а въ серединѣ 1-го періода родовъ, во время паузы между схватками, на 2—3 пластинкахъ, съ давленіемъ на сфигмографъ въ 4 унца.

Полнота пульса во время родовъ выше нормальнаго. Причины этого: гипертрофія лѣваго желудочка, увеличенное количество крови, зависящее отъ давленія беременной матки на брюшные сосуды и отъ утолщенія артеріальныхъ стѣнокъ во время бере-

менности. (Въ оригиналѣ рисунки сфигмографическихъ пульсовыхъ волнъ №№ 7, 9, 25). Въ случаяхъ съ послѣродовымъ кровотече-
ніемъ увеличенія пульсовой волны не было. (№ 12; въ № 16—
тоже, съ дикротизмомъ).

Частота дыханій во время родовъ немного чаще, чѣмъ послѣ нихъ: съ 23 въ минуту она падаетъ на 22; послѣ нар-
коза этаго замедленія не наблюдается. *Во время родовъ темпера-
тура* повышается, особенно во 2-мъ періодѣ; она тѣмъ выше,
чѣмъ дольше 2-й періодъ. При норкозѣ она низка, даже когда
2-й періодъ затягивается.

В). *Послѣродовой періодъ. Температура* измѣрялась въ 100 не
осложненныхъ случаяхъ (безъ эклампси и т. п.), въ 9 ч. утра
и въ 5½ ч. вечера, т. е. часъ послѣ принятія пищи: измѣренія
дѣлались во рту. Случаи повышенія температуры, зависѣвшіе
отъ запоровъ, отъ набуханія груди или психическихъ момен-
товъ не выключались.

Наблюденія авторовъ совпадаютъ съ такими же *Lusk'a* и
Bäcker'a, т. е. что температуры радиальницъ мало отличаются отъ
температуры не родившихъ женщинъ. Средняя температура
колебалась между 98° и 99° Fag. съ вечерними повышеніями
по 1° Fag. Самая высокая темп. на 1-й день и у I роженницъ.
Поднятіе темп. до 100,4 (=38° C.) держится только въ первые
сутки, быстро падая въ концѣ ихъ. Причины этого болѣею
частью травматизмъ и такое повышеніе чаще у I роженницъ.

Среднимъ числомъ температура у I рож. утромъ въ 1-й день
99°—99,1° F, у многор. 98,7°—98,9° Fag; на 2-ое утро у I р.
98,1°, у многор.—97,9°; съ вечера 2-го дня у тѣхъ и другихъ
98,8° и все время до вставанія колебалась между 98°—99° F.

Разрывы промежности у *L. Tait'a* дали повышеніе въ 23 слу-
чаяхъ до 103,8°, въ 7-и до 102,6°; въ 11 случаяхъ разрыва губъ
даже 103,7°. У *Pr—W.* и *C.* въ 15 случаяхъ разрывовъ, требо-
вавшихъ 1 или болѣе швовъ, температура не отличалась отъ
нормальной. Авторы объясняютъ разницу тѣмъ, что они рабо-
тали позднѣе, когда асептика проводится въ родильныхъ домахъ
тщательнѣе прежняго. У *Griffith'a*, въ другомъ Лондонскомъ
родильномъ домѣ, получились тѣ же цифры, что у авторовъ.

Пульсъ. И здѣсь авторы отрицаютъ приводимое въ учебникахъ
замедленіе пульса въ теченіи первой недѣли послѣ родовъ. Въ
100 случаяхъ пульсъ не былъ ниже 72 въ минуту; *утромъ пульсъ
у родильницъ чаще, чѣмъ вечеромъ. Полнота пульса.* Въ немногихъ
случаяхъ она уменьшалась послѣ родовъ, обыкновенно же она

увеличивалась. Черезъ сутки послѣ родовъ полнота пульса больше, чѣмъ во время родовъ. Это увеличеніе держится въ теченіи всего послѣродоваго періода; у многорожавшихъ дольше, чѣмъ у I роженицъ.

Число дыханій колеблется между 20—22; ихъ повышенія совпадаютъ съ пульсомъ, *а не съ температурой*, т. е. утромъ дыханія чаще.

М. Гинзбургъ.

69. **Dr. Drummond Robinson.** (врачъ *British Lying-in Hospital* въ Лондонѣ.)—**On certain microorganisms of obstetrical and gynaecological interest.**—(Transaction of the obst. Soc. of London, за 1895. pp. 263—281.)—**(О нѣкоторыхъ микроорганизмахъ интересныхъ въ акушерскомъ и гинекологическомъ отношеніяхъ).**

Dr. Robinson указываетъ фактъ, что въ смертельныхъ случаяхъ родильной горячки въ крови и тканяхъ тѣла всегда находятъ *streptococcus pyogenes*.

При нормальномъ теченіи послѣродоваго періода въ маткѣ нѣтъ никакихъ бактерій; но при септическихъ процессахъ въ ней оказываются нѣсколько видовъ ихъ. Изъ бактерій одинъ стрептококкъ обладаетъ способностью проникать черезъ маточныя стѣнки по венамъ и лимфатическимъ сосудамъ и обуславливаетъ общее зараженіе. Иногда смерть наступаетъ безъ видимыхъ мѣстныхъ поражений—чистая септицемія; чаще стрептококкъ влечетъ нагноенія, ложныя оболочки на брюшинѣ, *phlegmasia alba dolens*. Въ кровяныхъ сверткахъ при *phl. alb. d.* находятъ стрептококки; они проникаютъ даже стѣнки сосудовъ и въ тромбы подвздошныхъ венъ.

Стрептококки, какъ извѣстно, найдены во рту и въ носу здоровыхъ людей, также *in vagina* здоровыхъ женщинъ и въ воздухѣ больничныхъ палатъ. Современіе первыхъ изслѣдованій *Pasteur*'а въ 1879 г. о нахожденіи стрептококковъ въ крови умершихъ отъ родильной горячки, многіе ученые занимались этимъ вопросомъ и выяснили причины ихъ размноженія въ организмѣ заболѣвшихъ, особенно интересны работы *Vidal*'я, *Straus*'а и *Sanchez-Toleda*. Въ нѣкоторыя эпидеміи бактеріи проявляютъ особую ядовитость. Въ октябрѣ 54 г. въ *Maternité* въ Парижѣ заболѣли родильною горячкою 61, изъ нихъ 42 умерли; въ 15-ти трупахъ нашли двухстороннюю эмпіему, которою заболѣли 26 родильницъ. (Хотя тогда ученіе о бактеріяхъ не было извѣстно, но авторъ приводитъ исторію этой эпидеміи какъ рѣзкій примѣръ

особой ядовитости бактерій). Въ затяжныхъ случаяхъ родильной горячки вмѣстѣ съ стрептококками находятъ и другія бактеріи. Въ 1874 г. въ Нью-Йоркѣ въ родильномъ домѣ въ 2 мѣсяца заболѣли 51 родильница; у 20 изъ нихъ были дифтеритныя формы, 10 умерли.

Особенно интересенъ приводимый авторомъ случай *Chatemenc'a*. Женщина, подозрѣвая у себя беременность, ввела себѣ въ матку заостренную ручку отъ пера. Появилось немного крови, черезъ 3 дня—появилась горячка, а на 10-й день опухли ноги, а послѣ въ нѣсколькихъ суставахъ появилось нагноеніе. Изъ матки при жизни ничего не вышло, а послѣ смерти оказалось, что беременности не было; въ лѣвой стѣнкѣ ея замѣчался не большой гнойникъ. Въ венахъ матки и широкихъ связокъ найдены тромбы и стрептококки.

Второй видъ бактерій влекущій нерѣдко тяжелыя заболѣванія и смерть родильницъ, это *bacillus coli communis*. Онъ находится въ кишкахъ здоровыхъ людей; при извѣстныхъ условіяхъ ткани кишекъ пропускаютъ бациллу, которая, попадая на брюшину влечетъ перитонитъ. Такими моментами бываютъ прободеніе, ущемленіе кишекъ; даже долгая задержка фекальныхъ массъ, при чемъ давленіе скопившихся фекалій лишаетъ стѣнку кишекъ и прилегающихъ органовъ ихъ обычной сопротивляемости; интересенъ слѣдующій случай *Robinson'a*: у беременной—въ 4 мѣсяца было наклоненіе матки кзади; 8 дней не было у ней испражненія, ее начало рвать зелеными массами, температура 99,5° (37,6°) выправленіе въ коленно-локтевомъ положеніи; вслѣдъ за нимъ отхожденіе газовъ и жидкихъ фекалій. Слѣдующіе 4 дня температура поднялась на 0,5°, самочувствіе—прекрасное. На 4-й день—появился выкидышъ, жаръ (до 104° T.), поносы. Промывка матки сулемой (1:1000). Въ выдѣлившихся при этомъ кусочкахъ послѣда найденъ *bacillus coli comm.* На 5-й день сдѣлано выскабливаніе матки, а черезъ нѣсколько часовъ больная умерла. Вскрытіе: въ брюшинѣ зеленый гной; въ немъ и въ секретахъ матки, рукава и въ крови сердца—*basil. coli. com.*

Далѣе *R.* излагаетъ роль гонококковъ въ гинекологіи; ничего новаго или интереснаго. Изъ преній, возбужденныхъ этимъ сообщеніемъ, слѣдуетъ отмѣтить замѣчаніе президента *Champaneu'a* что при септическомъ заболѣваніи родильницъ выскабливаніе матки можетъ повлечь опасность. (! реф.)

М. Гинзбургъ.

70. Dr. Alban Doran.—(хирургъ Samaritan Free Hospital).—**Placental Polypus.**—(Transactions of the Obstetrical Society of London, vol. XXXVII, 1895. pp. 229—241).—**Пляцентарные полипы.**

Dr. Doran останавливается на вопросѣ объ опухоляхъ, происходящихъ изъ долго задерживающихся въ маткѣ или Ф. трубѣ частицъ послѣдовой ткани. Если остатки плаценты асептичны, то они вмѣстѣ съ наслоивающимися на нихъ кровяными свертками, образуютъ т. наз. *фибринозные полипы*. Въ такихъ случаяхъ анамнезъ указываетъ на перерывъ бывшей беременности съ послѣдующимъ кровотеченіемъ. Гораздо рѣже случаи, гдѣ кровотечения не бываетъ. Въ Samaritan Free Hospital умерла 29-лѣтняя женщина, оперированная *Spencer Wells*'омъ по поводу кистовидной почки; больная считала себя беременной, регулъ не было нѣсколько мѣсяцевъ. Вскрытіе указало: въ маткѣ поливъ на ножкѣ, исходящей близъ Ф. трубы. Первоначально Doran принялъ эту опухоль за *angioma cavernosum*; но впослѣдствіи онъ убѣдился, что опухоль состоитъ изъ пляцентарной ткани. Такую опухоль Doran называетъ *настоящимъ пляцентарнымъ полипомъ*.

Doran приводитъ изслѣдованія д-ра *Классона* изъ Кіева и д-ровъ *Lejars*'а и *Lévi* (въ Парижѣ), что пляцентарные и фибринозные полипы представляютъ только разныя степени одного и того же процесса.

Далѣе D. переходитъ къ однородному новообразованію, къ *deciduoma malignum*. Онъ удивляется, что эта форма, встрѣчающаяся часто во Франціи и Германіи, почти не наблюдается въ Англіи и Америкѣ. *Sp. Wells* наблюдалъ 1 случай *decid. mal.* съ метастазами въ легкихъ, но микроскопическое изслѣдованіе было не достаточное, опухоль принята была за саркому. Недавно *William* въ Балтиморѣ описалъ достовѣрный случай *dec. mal.*, тоже съ метастазами въ легкихъ.

Clarens Webster въ своемъ сочиненіи *Ectopic pregnancy etc.*, 1895, отрицаетъ обще-принятое мнѣніе, что послѣ умиранія зародыша ворсинки *chorii* врастаютъ въ ткань матки; онъ указываетъ, что здѣсь происходитъ кровоизліяніе въ ткань матки, такъ измѣняющее картину, что многіе приписываютъ это разростанію ворсинокъ.

Интересны случаи ошибочнаго діагноза. *Boldt* (въ Америкѣ), предполагая раковое новообразование, вырѣзалъ матку. Въ ней оказалась твердая, красная опухоль величиною съ волошскій

орѣхъ, узурпировавшая часть маточной стѣнки, до $\frac{1}{2}$ ея толщины. *Boldt* считалъ ее за *angioma cavernosum*; *Doran* же думаетъ, что это былъ плацентарный полипъ.

Въ случаѣ *Lejars* и *Levi* тоже вырѣзали матку, предполагая ракъ. Оказалось, что опухоль состояла изъ чистой плацентарной ткани, т. е. напрасно только произвели *hysterectomiam*.

Galabin наблюдалъ у пожилой женщины миксоматозную опухоль; послѣ выскабливанія, она рецидивировала. *Galabin* у казалось, что онъ имѣетъ дѣло съ злокачественнымъ новообразованиемъ. Вторичное выскабливаніе и совпавшее по времени наступленіе климактерія излѣчили больную. (Реф. описалъ 3 случая плацентарныхъ полиповъ въ протоколахъ общества Русскихъ врачей въ Москвѣ, № 23-й, отъ 2-го декабря 1872 г. съ приведеніемъ литературы того времени).
М. Гинзбургъ.

71. I. Charles J. Cullingworth (London). — Diffuse (non-capsulated) Myoma of uterus. — (Transactions of the obstetrical society of London, vol. XXXVII, 1895, p. 143). — Разлитая (неинкапсулированная) міома матки.

II. William Duncan (London). — Oedematous Myoma of uterus. — (Ibidem, p. 148). — Отечная міома матки.

I. Большая часть опухоли въ случаѣ *Cullingworth*'а не была рѣзко отграничена; она инфильтровала стѣнки матки не какъ доброкачественная, а скорѣе, какъ злокачественная опухоль. Не смотря на 55 лѣтній возрастъ больной, регулы не только не останавливались, но были такъ сильны, что угрожали жизни больной. Регулы начались у ней съ 14 лѣтъ, были всегда болѣзненны и обильны; 29 лѣтъ она была замужемъ и родила трехъ живыхъ дѣтей и имѣла 1 выкидышъ. Послѣднія ея роды были въ 1879 году и матка послѣ нихъ осталась увеличенною. 7 лѣтъ назадъ она замѣтила у себя опухоль; регулы ея стали обильны и длились по 9 дней, которыя она должна была оставаться въ постели. Въ 1890 г. она консультировалась д-ра *Cullingworth*'а, который предложилъ ей подождать съ операціей, рассчитывая на уменьшеніе кровотеченій съ прекращеніемъ регулъ. Когда три года спустя, кровотечения, продолжаясь, довели ее до изнеможенія, С. согласился оперировать ее. Гистеректомія кончилась хорошо, больная выздоровѣла. Передняя стѣнка матки была равномерно утолщена, тверда; при расширеніи матки опухоль вдавалась въ полость ея въ видѣ гладкой, твердой опухоли. Зондъ входилъ на 5 дюймовъ. Выскабливаніе облегчило ее на 3 недѣли.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ С. произвелъ у ней гистеректомію. Фаллопьевы трубы были нормальны, оба яичника—малы и атрофированы, въ правомъ была небольшая кровяная киста. Матка была 3 дюймовъ длины, $3\frac{1}{4}$ дюйма въ передне-заднемъ, $4\frac{1}{2}$ дюйма въ поперечномъ размѣрѣ и $11\frac{1}{2}$ дюйма въ окружности, наружная поверхность матки была гладка, исключая задне-нижней части ея, на которой замѣчалось выпячиваніе круглаго фиброида, сидѣвшаго въ своей отдѣльной капсулѣ. На правой сторонѣ опухоли былъ другой меньшій фиброидъ, легко вылущенный изъ общей массы разлитой опухоли. Последняя инфильтровала всю толщу матки, отъ слизистой до брюшины. Нормальной маточной ткани не видно было, вылущить міому невозможно было.

Маточный каналъ находился въ задней части опухоли, былъ 2 дюйма длины; слизистая казалась совершенно нормальною. Міома представлялась на разрѣзѣ сѣрватою—бѣлой тканью, фиброиды—бѣлыя и слои ихъ болѣе концентрическими.

Подъ микроскопомъ видны были въ міомѣ вертенообразныя мышечныя клѣтки, размѣщенные неправильно, съ немногими соединительно-тканными элементами; между первыми замѣчалось нѣсколько овальныхъ или круговидныхъ промежутковъ—венозные синусы; въ 1 или 2 мѣстахъ замѣчалось миксоматозное перерожденіе.

II. Больная *W. Duncan*'а была не замужняя, 26 лѣтъ; до 1891 г. была здорова. Въ 1891 г. заболѣла, нѣсколько недѣль пролежала въ постели и съ того времени одна нога у ней осталась утолщенной. Въ 1893 г. регулы стали длиться по 7—14 дней и животъ сталъ пухнуть. Передъ операциею опухоль достигла до мечевиднаго отростка, флюктуировала и представлялась гладкой и эластичной. Вырѣзана абдоминальнымъ путемъ. Опухоль вѣсила 7 фунтовъ. Больная выздоровѣла. *М. Гинзбургъ.*

72. *Dr. Fairfax Ross (Sydney).—A long Pregnancy.—(The Australasian med. Gaz., 20 july, 1896, p. 281).—*Чрезмѣрно продолжительная беременность.

Женщина 31 года; въ 1-й разъ разрѣшилась мальчиномъ 8 лѣтъ назадъ; 2-я беременность окончилась преждевременными родами въ 7 мѣсяцевъ три года назадъ. Съ молодыхъ лѣтъ страдаетъ опущеніемъ лѣваго яичника и воспаленіемъ Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. 3-я беременность наступила у ней въ 1895 г.; 30 сентября она почувствовала первое движеніе. *Dr. Ross*, приглашенный къ ней 6-го октября, ясно ощущалъ

движеніе плода у ней и записаль это въ своемъ дневникѣ. Беременность ея длилась до 20-го мая 1896 года, т. е. 227 дней послѣ перваго движенія плода. Предполагая, что первое движеніе ощущается въ концѣ 3-го мѣсяца, т. е. 84 дня до того, + 227 дней = 311 дней. Роды ожидались около 1-го апрѣля, а наступили 50-ю днями позднѣе. Въ виду медленнаго хода родовъ, dr. Ross подъ наркозомъ расширилъ маточный зѣвъ пальцами и наложилъ щипцы на высокостоящую головку и черезъ 2½ часа отъ начала расширенія кончилъ роды; послѣдъ черезъ ¾ часа извлеченъ тоже руками. Больная выздоровѣла.

На ребенкѣ задній родничекъ (малый) былъ уже заросшимъ, большой родничекъ былъ сравнительно малъ и края костей были тверды, пульсациі на немъ не слышно; ребенокъ казался малокровнымъ; вѣсъ его былъ 9—10 фунтовъ (приблизительно); околоплодныхъ водъ было очень мало, vernicis caseosae почти совсѣмъ не было.

М. Гинзбургъ.

73. 1) Prof. Carmichael (Edinburgh university).—**The Indigestion of breast Babies.**—(The Edinburgh medic. Journ, August 1896, pp. 123—130).—**Диспепсія грудныхъ дѣтей.**

2) Prof. Mc Clanahan (Omaha medical College).—**Artificial feeding of Infants.**—(The American Journ. of obstetrics et., 1896, May, p. 660).—**Искусственное вскармливаніе дѣтей.**

3) Prof. Winter (Washington National University).—**How shall we feed the Baby.**—(Americ. J. of obst., 96, IV, p. 48).—**Какъ кормить грудныхъ дѣтей.**

1. Проф. *Carmichael* говоритъ, что расстройствами пищеваренія вскармливаемыхъ грудью, врачи занимаются меньше чѣмъ такими же расстройствами искусственно вскармливаемыхъ дѣтей. Грудь должна составлять исключительную и единственную пищу малютокъ въ теченіи перваго года ихъ жизни.

Не перевариванія пищи не должно быть у здороваго ребенка, вскармливаемого грудью здоровой женщины; но цѣлый рядъ причинъ могутъ вызвать расстройства пищеваренія, какъ у матери, такъ и у ребенка: большею частью это вредныя гигиеническія условія, какъ нездоровыя, подвальные, сырыя квартиры, вредныя испаренія изъ дренажныхъ, водосточныхъ трубъ или болотно-лихорадочныя испаренія. При заболѣваніи кишечника ребенка нужно обратить вниманіе на здоровье матери; заболѣваніе ея быстро отражается на здоровье ребенка. Онъ перестаетъ расти и увеличиваться въ вѣсѣ. Тѣлце ребенка вмѣсто полноты и

упругости представляется вялымъ, мягкимъ, ребенокъ не весель, а постоянно кричить и постоянно какъ будто голоденъ. Его кожа шероховата и суха, языкъ его красенъ и часто обложенъ. Часто у ребенка является рвота. Испражненія ребенка не нормальны, соотвѣтственно качеству молока; онѣ обыкновенно жидки, цвѣтъ и консистенція ихъ измѣняются, часто онѣ блѣдны, пепельнаго или зеленоватаго цвѣта. Казеинъ материнскаго молока представляется не переварившимся, въ родѣ мелкой зернистой массы. Въ нихъ много слизи, часто примѣсь крови въ формѣ нитей. Обыкновенно не перевариваніе материнскаго молока происходитъ не въ желудкѣ, а въ кишкахъ; поэтому поносы чаще у дѣтей, чѣмъ рвоты. Не перевариваются обыкновенно жировыя и протеинныя части материнскаго молока. Не рѣдко ребенокъ, развивающійся хорошо на молоко матери, при замѣнѣ ея кормилицей не переноситъ хорошо молоко послѣдней, хотя кормилица совершенно здорова и молоко ея нормальнаго качества. Это одна изъ тайнъ природы, необъяснимая наукой: молоко матери идетъ въ прокъ ея ребенку, а чужое молоко нѣтъ.

При лѣченіи больного ребенка нужно прежде всего присмотрѣться къ привычкамъ его матери; нужно разсмотрѣть груди и молоко матери и калъ ребенка. Узнать причину должно быть первымъ дѣломъ врача.

Появленіе регулъ у кормящей грудью влечетъ измѣненіе въ качествѣ молока и отражается на здоровьи ребенка; съ прекращеніемъ регулъ молоко становится вновь нормальнымъ. Отнимать ребенка отъ груди при первомъ появленіи регулъ неразумно; при наступленіи беременности необходимо отнять отъ груди.

Образъ жизни и діета матери вліяютъ на молоко; не нужно забывать, что кормленіе грудью—процессъ физіологическій, поэтому не требуетъ перемѣнъ въ обыкновенной жизни и питаніи кормящей: пусть ѣсть то, къ чему привыкла, пусть бываетъ достаточно на свѣжемъ воздухѣ. У хорошей кормилицы аппетитъ нѣсколько большій, чѣмъ у не кормящей женщины: пусть первая ѣсть почаще, поздно вечеромъ, рано утромъ. Иныя матери придираются къ первому недомоганью, чтобы бросить кормленіе; врачи при этомъ сильно грѣшатъ, потакая родителямъ вмѣсто того, чтобы поощрять мать продолжать кормленіе: если молока у ней довольно, уговаривайте ее продолжать кормленіе, принимать больше, но легко-варимую пищу, если у ней много молока, уменьшайте количество жидкой ея пищи и питья. Неправильность въ сосаніи должна быть устранена, какъ частая причина разстройства пищеваренія.

Если химическое изслѣдованіе молока укажетъ недочетъ тѣхъ или иныхъ составныхъ его частей, назначайте соотвѣтственное лѣченіе. Чтобы увеличить твердыя составныя части, надо кормить ребенка почаще, пусть мать пьетъ по меньше; чтобы уменьшить плотныя составныя части, нужно кормить ребенка порѣже, по больше моціону и жидкостей матери. Избытокъ жира требуетъ болѣе растительную пищу, при недостаткѣ жира увеличить количество мясной пищи. Чтобы регулировать количество протеиновъ назначьте при избыткѣ ихъ по больше моціона и физической работы, при недостаткѣ ихъ уменьшите это.

II. Проф. *Me Clanahan* предлагаетъ смѣсь для искусственнаго кормленія грудныхъ дѣтей, доступную женщинамъ съ среднимъ состояніемъ и среднимъ умственнымъ развитіемъ. Онъ совѣтуетъ брать:

сливокъ	3 унца
цѣльнаго молока	2 "
воды	10 "
извѣстковой воды	1 "
молочнаго сахару	7 драхмъ.

Эта смѣсь близка по составу къ женскому молоку. Посуда для приготовленія этой смѣси должна быть совершенно чиста. Надо запастись простымъ стерилизаторомъ, для чего авторъ совѣтуетъ взять простое жестяное ведро съ плотной крышкой и ручкой. На дюймъ отъ дна вставляется въ ведро треножникъ. Всыпавъ въ бутылку молочный сахаръ, вливаютъ въ нее воду и взбалтываютъ, чтобы сахаръ растворился; затѣмъ влейте въ бутылъ 3 унца молока и 2 сливокъ и опять взболтайте смѣсь; заткнувъ бутылку пробкою изъ ваты, вставьте ее въ стерилизаторъ, наливъ въ него воды до ободка треножника и поставьте его на плиту минутъ на 20. Плита не должна быть очень раскалена; какъ только паръ начинаетъ выдѣляться изъ стерилизатора, снимите его съ плиты: отъ слишкомъ большой жары смѣсь свертывается. Затѣмъ влейте въ бутылку извѣстковую воду, заткнувъ теперь бутылку гуттаперчевой трубкой, держите ее во льду или въ болѣе бѣдныхъ семьяхъ, не имѣющихъ льду, въ ведрѣ съ холодною водой, что совершенно достаточно. Когда нужно кормить ребенка, отливаютъ изъ большой бутылки въ рожокъ, сколько нужно; большую бутылъ, заткнувъ, ставятъ на холодъ, а пузырекъ—рожекъ опускаютъ на нѣсколько минутъ въ горячую воду и, когда онъ согрѣется, даютъ эту смѣсь ребенку. Лучше надѣвать гуттаперчевый сосокъ на пузырекъ, чѣмъ пробку съ гуттаперчевой трубкой и соскомъ на концѣ ея. Эти длинныя трубки не рѣдко служатъ

источникомъ зараженія. Ребенку до года довольно двѣ 16 унцовыя порціи смѣси, т. е. что ее придется приготовить два раза въ сутки. Въ этой смѣси бѣлковыхъ частей 1⁰%, жиру 4⁰%, сахару до 7⁰%, она не содержитъ бактерій. Рожокъ нужно выполоскать кипящей водой непосредственно передъ употребленіемъ; соски и рожокъ должны лежать въ кипяченой водѣ съ содой (чайную ложку на 4 унца воды). Это наставленіе понятно для всякой матери и легко выполнимо.

Иныя дѣти не переносятъ казеина коровьяго молока, который извергается ими рвотой въ видѣ твердыхъ комочковъ; въ такихъ случаяхъ нужно на время не прибавлять молока въ эту смѣсь, а готовить ее изъ воды, сливокъ, сахару и извѣстковой воды. Черезъ нѣсколько дней можно подлить туда немного молока и ребенокъ переноситъ смѣсь лучше; постепеннымъ увеличеніемъ количества молока доводятъ смѣсь до показаннаго выше состава.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно разнообразить смѣсь соотвѣтственно пищеваренію ребенка: такъ въ одномъ случаѣ ребенокъ, вскармливаемый ею, былъ здоровъ и полнѣлъ, но у него были запоры; прибавкою сахара до 10% ребенокъ избавился отъ запора. Въ другомъ случаѣ тѣлце ребенка, здороваго и увеличивавшагося въ вѣсѣ, было дрябло: прибавкою сливокъ удалось достигнуть увеличенія полноты его тѣльца.

Проф. *Mc Cl.* увѣряетъ, что на этой смѣси выросли очень многія дѣти, не страдая никакими расстройствами пищеваренія столь обычными при искусственномъ вскармливаніи.

Пополняя первыя 2 статьи немногими полезными замѣчаніями изъ статьи проф. *Winter'a* (реферированной мною под робно въ Вѣст. Медич., № 18 отъ 15 сентября н. г.).

Новорожденнаго *W.* совѣтуетъ прикладывать къ груди, какъ только мать оправится отъ усталости родового акта, т. е. черезъ 1/2 часа до нѣсколькихъ часовъ, не ради питанія ребенка, а ради тѣхъ немногихъ капель молозива, которое очищаетъ кишечникъ ребенка. *W.* возстаетъ противъ вливанія ребенку настоя ромашки или сахарной воды въ первые часы его жизни: это разстраиваетъ желудочно-кишечныя отправленія ребенка и лишаетъ его и мать сна. Кормящая должна полнѣть въ первые мѣсяцы; но если она пріучить ребенка засыпать у груди, то отъ бессонницы молоко можетъ у ней пропасть, она начнетъ худѣть. Первые признаки этого: болѣзненные ощущенія между лопатками, въ спинѣ и бедрахъ. Пиво и другія возбуждающія напитки увеличиваютъ количество, но не качество молока, т. е. питаніе

ребенка не поправится (интересно какъ вліяють въ этомъ отношеніи *соматозы*, столь расхваливаемые въ послѣднее время реф.). Проф. W. приписываетъ разнымъ искусственнымъ суррогатамъ молока развитіе англійской болѣзни у дѣтей. Въ деревняхъ, гдѣ много хорошаго молока, воздуха и солнца, эта болѣзнь очень рѣдка. Онъ совѣтуетъ прибавлять къ молочнымъ смѣсямъ рисовый отваръ вмѣсто воды и сливокъ. Въ Японіи, гдѣ дѣтей подкармливаютъ отварами риса съ рыбьимъ жиромъ, водорослями и т. п., безъ примѣси молока, рахитъ не извѣстенъ. Искусственно-вскармливаемые дѣти часто болѣютъ оттого, что ихъ перекармливаютъ; поэтому W. настаиваетъ на регулированіи количества и промежутковъ кормленія. Количество нужной ребенку пищи W. опредѣляетъ такъ: въ 1—2 недѣлю по рожденіи по 1 унцу пищевой смѣси черезъ 2—3 часа, на сутки 6 унцъ; смѣсь приготовить изъ 2 драхмъ хорошаго молока и 6 драхмъ отвара риса или кипяченой воды. Со 2 до 6 недѣль: на сутки 12 унцъ; смѣсь изъ 4 гранъ молочнаго сахара, 1 драхмы сливокъ. 4 драхмы хорошаго молока, 1½ унца воды. Съ 3 до 6 мѣсяца на 1 разъ 4 унца; на каждый разъ: воды 2 унца, молока 1 унцъ, сливокъ 2 драхмы, молочнаго сахару 1 скрупуль. Съ 7 мѣсяца воду постепенно замѣняютъ молокомъ и прибавляютъ отваръ овсянныхъ крупъ, такъ что 10—12-ти мѣсячному ребенку даютъ 3 раза въ день молока и 2 раза овсяную кашку. Полезно подкармливать ребенка со стола, но не позволять давать ему конфеты и т. п. лакомства.

W. обращаетъ вниманіе на то, что дѣтямъ слѣдуетъ давать понемногу воды. (Нью-Йоркскій проф. *Jakoli* тоже настаиваетъ на необходимости давать дѣтямъ съ первыхъ дней по нѣсколько ложечекъ воды, увѣряя, что съ тѣхъ поръ, какъ онъ проводитъ это въ практикѣ, онъ рѣже наблюдаетъ нефриты у дѣтей реф.)

М. Гинзбургъ.

74. Prof. Clifton Edgar.—The best Method of Teaching Obstetrics.—(New-York med. Journ., 30 May 1896, p. 711).—**Планы преподаванія акушерства.**

Въ настоящее время въ Нью-Йоркѣ имѣются 5 родовспомогательныхъ домовъ, двери которыхъ открыты для студентовъ, изучающихъ акушерство. Во всѣхъ 6 акушерскихъ школахъ Нью-Йорка студенты допускаются къ экзамену по представленіи удостовѣренія, что они провели сами не менѣе 6 родовъ.

Студентамъ бесполезно заняться акушерствомъ раньше 2 курса, т. е. раньше, чѣмъ они пройдутъ анатомію и физиологію. Ихъ

понятія о женскомъ тазѣ и по гистологической анатоміи должны составлять предварительную подготовку къ изученію акушерства. Для дальнѣйшаго изученія предмета проф. *Edgar* предлагаетъ слѣдующую схему.

1) Въ теченіи 2 курса—2 или 3 лекціи еженедѣльно посвящаются теоретическому изученію предмета, съ демонстраціей тазовъ, цѣлыхъ и на разрѣзахъ, моделей, сухихъ и спиртныхъ препаратовъ, акушерскихъ инструментовъ съ изображеніемъ всего этого на школьной доскѣ. Число слушателей не должно быть больше 20; каждый долженъ хорошо усвоить себѣ излагаемые предметы, для чего полезно воспроизведеніе каждымъ на чертежахъ всего показаннаго и разсмотрѣніе препаратовъ, сухихъ и спиртныхъ; въ числѣ препаратовъ должны быть послѣды, съ околоплодными оболочками и зародышами, матки съ decidua и проч., на чертежахъ должны быть представлены разрѣзы таза, аномаліи его, причины и способы родоразрѣшенія.

2) Въ теченіи 3 учебнаго года преподаваніе должно состоять: въ демонстраціяхъ и упражненіяхъ на фантомахъ, занятіяхъ въ акушерскихъ клиникахъ и лабораторныхъ работахъ. Преподаватель долженъ быть опытнымъ демонстраторомъ по акушерству, снабженнымъ полнымъ музеемъ со всѣми принадлежностями преподаванія. Число слушателей не больше 30: а) 2—3 еженедѣльные лекціи въ теченіи 6 или 8 недѣль достаточны для демонстрацій на фантомахъ. Повтореніе предыдущаго курса должно быть проведено на практикѣ; для этого должно имѣть въ учебной комнатѣ 3—4 фантома, зародыши, куклы, послѣды, тазы и модели, на которыхъ были бы видны родовой каналъ, расширение шейки, величина и видъ матки въ разные сроки беременности, разрывы и сшиваніе родоваго канала. Какъ практическое упражненіе можетъ быть допущено—опредѣленіе беременности и на клиническомъ матеріалѣ; б) занятіе въ акушерской клиникѣ, т. е., проведеніе нѣсколькихъ родовъ укрѣпить въ памяти студента его предварительныя знанія; еще лучше, если студенту представится возможность поработать нѣкоторое время въ родильномъ домѣ въ качествѣ ординатора; в) студенту должны быть предоставлены удобства для занятій патологіей, бактериологіей, эмбриологіей. Лучше заниматься этимъ на каникулахъ.

3) Постоянная служба въ родовспомогательномъ домѣ: а) опредѣленіе беременности, а также проведеніе родовъ—подъ руководствомъ инструктора; б) и в) дежурство въ клиникѣ и занятія въ

поликлиникѣ; d) теоретическія лекціи съ демонстраціями и e) разборъ произведенной студентомъ практической работы.

Студентъ долженъ проводить роды, хотя подъ руководствомъ но самостоятельно. 1) Его первыя наблюденія должны состоять въ опредѣленіи беременности, въ проведеніи родовъ, послѣродового періода и уходѣ за новорожденнымъ (т. е., выполнение имъ всѣхъ работъ, которыя у насъ и у нѣмцевъ возлагаются на акушерокъ реф.). При этомъ студентъ долженъ усвоить себѣ акушерскую асептику, 2) послѣ упражненій въ опредѣленіи беременности, студенту поручается уходъ за роженицей въ палатѣ до ея выхода изъ родовспомогательнаго дома, 3) переходъ къ болѣе самостоятельнымъ занятіямъ составить участіе студента въ поликлинической работѣ, 4) каждыя роды въ клиникѣ служатъ предметомъ обсужденія веденія родовъ и операций 5) и 6) часть времени можно удѣлить на теоретическія чтенія и повторенія; но если это хорошо усвоено слушателями, то это становится излишнимъ.

4) Теоретическія или дидактическія чтенія о нѣкоторыхъ отдѣлахъ акушерства. Это умѣстно въ теченіи 4 учебнаго года; предметы занятій: выкидыши, родильная горячка, инфантильная беременность etc. 15 минутъ въ концѣ лекціи посвящаются обсужденію всего пройденнаго на предыдущей лекціи.

Проф. *Edgar* настаиваетъ на томъ, что бы студенты не считали акушерство *спеціальностью*, но отдѣломъ медицины и хирургіи, необходимымъ каждому врачу практику. Нѣкоторые вопросы акушерства: toxæmia, glycosuria etc. относятся къ внутреннимъ болѣзнямъ; расширенія, выскабливанія и т. п., относятся къ хирургіи.

М. Гинзбургъ.

75. Prof. *Hellier*.—(Jorkshire College).—Some clinical sketches from gynæcologica Practice.—(The Scalpel, August, 1896, p. 243).—Клиническіе очерки изъ гинекологической практики.

Проф. *Hellier*. излагаетъ казуистику болѣе интересныхъ изъ встрѣтившихся ему случаевъ съ изображеніемъ ихъ на рисункахъ. Реферирую немногіе изъ нихъ.

№ 1. *Vaginal cicatrices*. Рубцы влагалища обыкновенно наблюдаются послѣ разрывовъ при родахъ или послѣ примѣненія прижигающихъ средствъ: въ Англіи чаще на лѣвой сторонѣ, соотвѣтственно стоку туда жидкости при лѣвобоковомъ положеніи изслѣдуемыхъ женщинъ. Въ одномъ случаѣ *H.* наблюдалъ сократившіяся въ видѣ рубцовой ткани ложныя оболочки, исходившія отъ боковой поверхности маточной шейки поперечно къ стѣнкамъ

влагалища: вѣѣво въ формѣ узкаго тяжа, вправо въ формѣ болѣе широкой перепонки, но не доходящей до свода. Врожденныя перегородки вагины идутъ въ передне-заднемъ направленіи.

№ 2. У одной 36-лѣтней, VII-рага изъ уретры торчалъ пучекъ мясистой ткани $2\frac{1}{2}$ до 3 дюймовъ длины; нижняя часть его, висѣвшая внѣ половыхъ губъ, была изъязвлена; съ перваго взгляда казалось, что это исходило изъ оборванной части hymen'a. Авторъ удалилъ этотъ пучекъ ножницами.

№ 3. У одной многорожавшей *впереди матки* ощущивалась опухоль величиною съ голову ребенка. Больная замѣтила опухоль 1 $\frac{1}{2}$ года назадъ; страдая ею, забеременѣла и благополучно родила. Опухоль была полутвердой консистенціи; матка не была сращена съ нею; 2 іюня 1894 г. оваріотомія; опухоль оказалась дермидной кистой, съ перекрученной ножкой и кровоизліяніемъ въ опухоль и прилегающія ткани, въ кистѣ оказалась сыровидная масса и волосы. Другой яичникъ былъ тоже кистозно-перерожденъ. Опухоль и другой яичникъ вырѣзаны. Выздоровленіе гладкое.

М. Гинзбургъ.

76. Dr. George Carpenter.—On the Value of rectal exploration as an Aid to Diagnosis in Diseases of children. Tuberculosis of the Uterus or Adnexa.—(The Scalpel, № 96, august, p. 247).—**Значеніе ректальнаго изслѣдованія какъ вспомогательнаго діагностическаго средства въ болѣзняхъ дѣтей. Туберкулезъ матки или ея придатковъ.**

Туберкулезъ матки, Фаллопиевыхъ трубъ, и яичниковъ—очень рѣдки у дѣтей, такъ рѣдки, что D-r. C. помнить всѣ эти случаи какъ клиническіе, такъ и посмертныя. Въ музеяхъ этихъ препаратовъ тоже очень мало. Въ Guy's Hospital'ѣ ихъ всего 2: одинъ—Фаллопиевой трубы, растянутой сыровидными массами, другой—мозга и легкихъ. Choffey сообщилъ объ одномъ случаѣ туберкулеза матки у 4-лѣтней дѣвочки, умершей отъ общаго туберкулеза; Silcock—у 5-лѣтней дѣвочки, оба въ 1885 г. D-r Cheate—при вскрытіи 21 мѣсячной дѣвочки нашелъ pyosalpinx сообщавшійся съ гнойной полостью таза, гдѣ было около драхмы гною. Дитя умерло отъ чахотки. Dr. Stevens нашелъ туберкулезъ Фаллопиевыхъ трубъ у 9-лѣтней дѣвочки, умершей отъ бугорчатки, въ трубѣ найдены сыровидныя массы и Коховскія палочки—Carpenter опредѣлилъ туберкулезный сальпингитъ у 4-лѣтней дѣвочки при жизни; вскрытіе подтвердило діагнозъ. У другой дѣвочки 16 мѣсяцевъ C. нашелъ туберкулезъ матки и другихъ органовъ. У третьей

7-лѣтней дѣвочки—увеличеніе матки и правой Фаллопиевой трубы (послѣдней какъ гусиное перо). Яичникъ былъ величиною съ голубиное яйцо.—Одна 7-лѣтняя дѣвочка въ Ev. Hospital болѣла туберкулезнымъ перитонитомъ и асцитомъ; матка и трубы были здоровы, но отъ матки вверхъ шелъ пучекъ ткани толщиной съ указательный палецъ, который въ послѣдующіе 2 года, атрофировался до толщины гусиного пера; нынѣ, 10 лѣтъ съ того времени, та дѣвушка здорова.

Воспалительныя болѣзни тазовыхъ органовъ у дѣтей были мало изслѣдованы. *Dr. Säger* описалъ случай гонорейнаго перитонита у маленькой дѣвочки, отъ котораго она выздоровѣла послѣ продолжительной болѣзни. *Dr. Marx* (Gaz. gyn., 1895, Novemb 15) упоминаетъ, что vulvo-vaginitis у дѣтей влечетъ salpingo-oophoritis подобно тому, какъ и у взрослыхъ. Онъ при вскрытіяхъ 15 дѣвочекъ нашелъ гнойный салпингитъ и у 5 маточный конецъ наполненный гноемъ трубы былъ непроходимъ. *Marx* полагаетъ, что по выздоровленіи и выходѣ замужъ такихъ дѣвушекъ, у нихъ возобновляется старая болѣзнь, причина которой обыкновенно приписывается ихъ мужьямъ.

У одной 22 мѣсячной дѣвочки, имѣвшей наслѣдственный сифилисъ и перенесшей корь, *per rectum C.* ощупывалъ идущее къ паховой области утолщеніе, начинавшееся отъ матки и на задней поверхности которыхъ ясно замѣтны труба—яичникъ этой стороны не прощупывался, на другой же сторонѣ былъ нормальный яичникъ. Селезенка и печень увеличены, bronchitis. *Dr. Eve* оперировалъ эту дѣвочку, при чемъ подтвердилось, что опухоль состояла изъ яичника, увеличеннаго до $1\frac{3}{4}$ дюйма длины на $1\frac{1}{4}$ дюйма толщины. Безъ ректальнаго изслѣдованія такіе случаи невозможно опредѣлить.

D-r Carpenter собралъ въ литературѣ 35 случаевъ овариотомій у дѣвочекъ моложе 12 лѣтъ, самой младшей. сл. *D-r Roemer'a*; было $1\frac{3}{4}$ года. Изъ этихъ опухолей было дермоидныхъ 15, простыхъ кистъ 10, саркомъ 6, фиброміомъ 1, разныхъ формъ рака—4; изъ оперированныхъ умерли 6. Раковыхъ поврежденій матки *C.* видѣлъ 2 раза. Саркомъ вагины описано 20 случаевъ у дѣтей моложе 12 лѣтъ, опухоли имѣютъ видъ полиповъ, часто переходятъ на матку и придатки. Въ Scalpel'ѣ представлено нѣсколько прекрасныхъ рисунковъ.

М. Гинзбургъ.

77. Dr. G. Coromilas (Greece).—Technique of the Dilatation of the Perineum in Labor.—(Edinburgh medical Journal, August 1896, p.p. 134—137).—Техника расширенія промежности во время родовъ.

Практикующій въ Греціи *Coromilas* прислалъ проф. J. W. *Ballantyne* описаніе примѣняемаго имъ способа расширенія не податливой промежности, состоящій въ слѣдующемъ. Роженица ложится на спинѣ или на лѣвомъ боку, ноги ея согнуты, какъ обыкновенно при родахъ. Лобокъ, большія и малыя губы, промежность и влагалище старательно обмываются, по возможности до асептичности. Акушеръ, продезинфицировавъ свои руки, смазываетъ ихъ такимъ составомъ:

Vaselini	50.0
Cocaini.	3.0
Antipyrini.	3.0

Промежность, влагалище и зѣвъ смазываются тою же мазью. Акушеръ вводитъ 4 пальца руки во влагалище и дѣлаетъ ими полукружныя движенія то въ одну, то въ другую сторону, растягивая ими по немногу промежность. Послѣ 3-хъ 4-хъ такихъ движеній одною рукою, акушеръ замѣняетъ ее другою рукой и дѣлаетъ ею рядъ такихъ же движеній. Когда требуемая степень растяженія промежности достигнута, тогда пальцы проводятся глубже въ рукаву, пока указательный, средній и 4-й пальцы не соприкасаются съ зѣвомъ, а ладонною поверхностью ручной кисти повторяютъ круговыя движенія въ родѣ описанныхъ выше. Когда подлежащая часть надавливаетъ на пальцы, акушеръ извлекаетъ свою руку и проводитъ остальную часть родовъ, какъ обыкновенно.

Проф. *Ballantyne* высказывается, что этимъ способомъ можно предупредить разрывы промежности и что втираніе кокаиновой мази должно уменьшить боли при прорѣзываніи головки.

Изъ приводимыхъ д-ромъ *Coromilas* 4-хъ исторій родовъ съ примѣненіемъ его способа видно, что роды прошли съ незначительною болью, расширеніе зѣва и прорѣзываніе—прошли быстрѣе обычнаго; но самыя манипуляціи растягиванія промежности производятъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ порядочную боль.

М. Гинзбургъ.

78. Prof. Edward Ayers (New-York).—Three unpublished Caesarean Sections, done by John Wysor (of Montgomery, West Virginia).—(The American Journ. of Obstetrics etc, april 1896, p. 549).—Три случая неопубликованнаго кесарскаго сѣченія произведеннаго д-ромъ Wysor.

Проф. Ayers говоритъ, что обще-принятыя въ медицинской статистикѣ 10% смертности отъ кесарскаго сѣченія на самомъ дѣлѣ не представляютъ дѣйствительной смертности; послѣдняя по его мнѣнію, должна быть гораздо больше, до 30%. Въ виду этого онъ публикуетъ 3 случая, оставшіеся до сихъ поръ неизвѣстными.

№ 1-й. Г-жа J. L., 25 лѣтъ; 1-я беременность, роды въ срокъ, начались въ субботу; обратилась къ д-ру Wysor въ четвергъ. Тазъ суженъ, полное открытіе, предлежитъ головка, пузырь лопнулъ, схватки не сильны, но роженица уже очень истощена, ребенокъ мертвъ не смотря на прободеніе головки и удаленіе мозга, извлеченіе щипцами не удалось; тогда W. предложилъ кесарское сѣченіе, на которое роженица согласилась на другой день только. Это было въ 1883 году. Объ антисептикѣ тогда не было и помину. Разрѣзъ попалъ на послѣдь, кровотеченіе было значительное, остановившееся по извлеченіи ребенка и мѣста. Шелковые швы черезъ мышечные слои матки, не захватывая слизистой оболочки. Родильница умерла черезъ нѣсколько часовъ отъ истощенія.

№ 2-й. Женщина 30 лѣтъ, 1-я беременность, 8 мѣсячнаго срока. Эclamическіе приступы, безъ возврата сознанія во время промежутковъ между ними. Зѣвъ стоялъ очень высоко, малый тазъ выполненъ опухолью, исходящею изъ задней стѣнки матки, оказавшеюся кистовидно перерожденной міомой. Послѣ V. S. въ 16 унцъ сознаніе вернулось. Черезъ 6 дней роды были въ полномъ ходу, прощупывалась предлежащая головка съ поломавшимися и торчащими черезъ кожу костями черепа. Кесарское сѣченіе (іюнь 1890 г.). Въ виду истощенія роженицы W. не удалилъ опухоли. Черезъ 16 часовъ родильница умерла. Вскрытіе: опухоль на широкомъ основаніи, срощена со стѣнками таза, такъ что операція Porro была бы невозможною.

№ 3-й. Сентябрь 1893. 19 лѣтняя негритянка, 1-я беременность; росту 4 фута и 1 дюймъ, съ очень узкимъ рахитическимъ тазомъ, предлежаніе высоко стоящей головки, воды излились, схватки слабы. Очищеніе кишечника и транспортировка роженицы въ госпиталь. На другое утро кесарское сѣченіе; при извлеченіи ребенка разрѣзъ матки разорвался книзу до шейки, почему

Wysor отрёзалъ матку по способу *Porro*, съ пришиваніемъ культи въ нижнемъ углу раны.

Д-ру *W.* пришлось уѣхать на 6 дней; по возвращеніи, онъ нашелъ оперированную въ ужасномъ положеніи: температура до 40° С., отъ нея распространялась въ палатѣ страшная вонь, культи ушла въ полость брюшины, оставивъ полость, выполненную вонючимъ гноемъ; въ стѣнкахъ живота образовался большой нарывъ, *W.* промылъ полость и провелъ дренажную трубку сверху, во влагалище. Трубка обусловила кишечную фистулу; *W.* пришилъ кишку къ брюшной ранѣ. Жаръ доходилъ до 41,3° С., пульсъ до 160. Къ удивленію д-ра *Wysor*'а больная выздоровѣла! Даже искусственное каловое отверстіе заросло черезъ 1/2 года. Въ настоящее время эта женщина совершенно здорова. Ребенокъ ея прожилъ 8 мѣсяцевъ.

М. Гинзбургъ.

79. Dr. Brothers (New-York).—Report of a Case of excessive fetal Development.—(The American Journ. of obstetrics etc, 1896. april, p. 528.)—Случай чрезмѣрнаго развитія новорожденнаго (resp. причина смерти плода и матери).

Послѣ нѣсколькихъ общихъ замѣчаній о нареканіяхъ, выпадающихъ на долю врача при неудачныхъ исходахъ родовъ (что въ Америкѣ вліяетъ на практику врачей не менѣе, чѣмъ у насъ), авторъ рассказываетъ слѣдующій случай. Его пациентка, которой онъ помогалъ при нѣсколькихъ прежнихъ ея родахъ, а она рожала раньше 8 разъ благополучно, разрѣшилась въ 9-й разъ съ приключеніями: по рожденіи головки, плечики долго не выходили; ребенокъ былъ извлеченъ мнимо—умершимъ, но оживленъ. У матери развились признаки туберкулеза легкихъ, отъ которыхъ она, послѣ 3-хъ мѣсячнаго пребыванія на дачѣ, поправилась. Вскорѣ она вновь забеременѣла. Роды въ срокъ начались въ 4 ч. утра, въ 10 ч. утра зѣвъ былъ открытъ, пузырь лопнулъ. Схватки ослабѣли, у роженицы начало развиваться истощеніе, пульсъ ускорился до 150 въ минуту; въ виду этого *Вр.* рѣшился извлечь ребенка щипцами. Пока онъ приготавлилъ все нужное для операции, родилась головка ребенка; плечи долго не выходили, извлеченіе оказалось безуспѣшнымъ. По его совѣту, пригласили еще 3-хъ врачей; роженицѣ дали хлороформу и совмѣстными усиліями извлекли нижнее плечо и 1 ручку; такъ какъ извлеченіе другого плечика не удавалось, то врачи рѣшили отрёзать головку и ручку отъ туловища. По отдѣленіи ихъ, начали извлекать другое плечико и оторвали 2-ую ручку; затѣмъ вытащили часть туловища, до

діафрагмы. Животикъ не показывался; предполагая, что онъ растянутъ жидкостью или газами, прокололи его и, увеличивъ отверстие, вынули брюшныя внутренности; ничего ненормального не оказалось. Дальнѣйшимъ потягиваніемъ извлекли часть туловища, до таза; тутъ-то натолкнулись на самое большое препятствіе. Усиліями 2 хъ врачей извлекли наконецъ ребенка. Послѣдъ вышелъ черезъ 10 минутъ. Наркозъ длился полчаса; у родильницы замѣчались явленія шока: пульсъ 160, охлажденіе конечностей. По пробужденіи родильницы, начали примѣнять возбуждающія средства: стрихнинъ подкожно, эрготинъ, шампанское etc внутрь, низкое положеніе головы, горячія бутылки къ тѣлу. Приглашенный на консультацію проф. *Boldt* объяснялъ упадокъ силъ родильницы чрезвычайной трудностью родовъ; разрыва матки не было. Черезъ 48 часовъ родильница умерла.

Размѣры ребенка были таковы: вѣсъ его 14 фунтовъ; длина 25 дюймовъ; окружность головки—14 дюймовъ; груди—16 д., живота—19 (приблизит.), тазика ребенка—17. Эти цифры соотвѣтствуютъ размѣрамъ ребенка 5—6 мѣсячнаго возраста (на таблицѣ *Dr. Rotch'a*).

Dr. Ludwig, изъ Вѣнской клиники проф. *Chrobach'a*, произвелъ у одной женщины кесарское сѣченіе ради извлеченія огромнаго ребенка, котораго двое врачей внѣ клиники не могли извлечь даже послѣ прободенія головки его. Вѣсъ ребенка безъ мозга былъ 7,100 граммъ=17,25 фунта. (*Cbl. f. Gyn.* 1896 г. № 12—15). Проф. *Ahlfeld* высказался, что въ данномъ случаѣ можно бы кончить роды эмбриотоміей. Въ случаѣ *Brothers'a* послѣдняя дала очень печальный результатъ, не смотря на гораздо меньшую величину ребенка. Проф. *Chrobach* выступилъ полемическою статьей противъ *Ahlfeld'a* въ защиту своего ординатора *Ludwig'a*. Тамъ, гдѣ по мѣстнымъ условіямъ (искусные врачи—хирурги, хорошо обставленные родильные дома) кесарское сѣченіе доступно, родоразрѣшеніе этимъ способомъ желательнѣе, чѣмъ наши старые приемы: прободеніе головки, краниоклазія, эмбриотомія etc. Рефер. наблюдалъ препятствія при выхожденіи туловища: 1 при гигантскомъ развитіи плода у женщины гигантскаго роста (ребенокъ извлеченъ безъ эмбриотоміи, но мертвымъ, послѣ болѣе часа продолжавшагося задержанія плечиковъ); 2-й разъ при растяженіи животика плода водянкою при сифилисѣ матери. (Опис. въ *Медиц. Обзор.* 1879, XII).

М. Гинзбургъ

80. Dr. Murfree.—Delivery of the placenta.—(Gail. Médic. J. III. 96; American. Journ. of obstetrics etc, May, 1896, p. 761).—**Выведеніе послѣда.**

Въ противоположность ученію большинства нѣмецкихъ школъ, требующихъ возможно долгаго выжиданія самопроизвольнаго, выхода послѣда, въ Америкѣ преобладаетъ противоположное направленіе: авторъ удаляетъ послѣдъ выжиманіемъ тотчасъ послѣ рожденія ребенка; если послѣдъ не выходитъ въ теченіи первыхъ 20 минутъ послѣ рожденія ребенка, *Murfree* потягиваетъ за пуповину; если же и это не ведетъ къ цѣли, то *М.* прибѣгаетъ къ ручному отдѣленію послѣда изъ матки.

М. Гинзбургъ.

81. Dr. Bromwell (Washington).—Placenta praevia. Transaction of the Washington obstetrical and gynecological society.—(The Americ. Journ. of obstetrics etc, April 1896, pp. 576—580).—**Предлежаніе послѣда.**

Добавленіе: новѣйшія воззрѣнія на терапію предлежанія послѣда по нѣмецкимъ и французскимъ источникамъ: Dr. *Karl Heil* (Heidelberg) dr. *Füth* (Coblenz) и dr. *Welti* (изъ клиники *Pinard*'а въ Парижѣ).

Dr. *Br.* былъ приглашенъ къ беременной на 8-мъ мѣсяцѣ, у которой появилось огромное кровотеченіе; онъ діагностировалъ беременность двойнею и плацентою *praevia*; вправо плацента была плотно сросшена съ маткою; влѣво рыхлѣе, потому *Br.*, проводя пальцы влѣво, отдѣлилъ края послѣда отъ матки на 1—2 дюйма и, не разрывая оболочекъ, втянулъ край послѣда въ зѣвъ, тампонируя каналъ шейки послѣдомъ; это остановило кровотеченіе и вызвало схватки. Вызвавъ на консультацію другаго врача (*Faber Johnson*'а), подтвердившаго діагнозъ, они, прождавъ 3 часа, въ виду медленнаго хода родовъ, рѣшили ускорить ихъ разрывомъ оболочекъ, расширеніемъ шейки и опорожненіемъ матки. Черезъ часъ послѣ разрыва оболочекъ родился 1-й ребенокъ, живой 7½ фунтовъ вѣсу; 2-й предлежалъ ягодицами; онъ былъ тоже быстро извлеченъ послѣ предварительнаго разрыва пузыря и поворота; онъ былъ тоже живъ, вѣсилъ 6 фунтовъ. Мать и дѣти въ настоящее время здоровы.

Dr. *Thomas Smith* замѣтилъ, что хотя подобнымъ тампонираніемъ канала шейки *Br.* предупредилъ *наружное* кровотеченіе, но онъ не обезпечилъ больную отъ внутренняго кровотеченія, могущаго окончиться летально для матери и ребенка. Онъ въ

подобномъ случаѣ не ожидалъ было 3 часа, а окончилъ бы роды тотчасъ. Нѣкоторые члены общества высказались за поворотъ по *Br. Гуксу*, немногіе за тампонированіе. О способахъ *Ch-de Robes'a* и *Dührssen'a* никто не упомянулъ.

Dr. Karl Heil *) изложилъ недавно (въ оригинальной статьѣ) въ *Theurap. Wochenschr. Schnirer'a*, № 42 за прошлый годъ принципы, которыхъ держатся при pl. pr. въ Гейдельбергской клиникѣ. Гдѣ кровотеченіе не угрожаетъ жизни, прежде тампонируютъ и, по достиженіи открытія шейки, оканчиваютъ роды. Когда кровопотеря угрожаетъ жизни, тамъ примѣняютъ сочетанный поворотъ по *Br. Hiks'у* и извлеченной ножкой тампонируютъ кровоточащую часть; при тампонадѣ изъ 8 дѣтей извлечены живыми 7; при *Br. Гукс.* поворотѣ изъ 29 дѣтей (Гейдельбергской клиникѣ) выжили 16=55,1%, смертность=45%. Обыкновенно же смертность при *Br. Гуксовскомъ* способѣ доходить до 60%.

Heil указываетъ, что въ Гейдельбергѣ, кромѣ тщательной дезинфекціи половыхъ органовъ и канала шейки, обращаютъ вниманіе на *плотное* затамponированіе канала шейки и вагины.

Dr. Joh. Füh (изъ Кобленца *Sbl. f. Gyn.*, 1896, № 36) сообщилъ результаты 50 случаевъ pl. pr., по свѣдѣніямъ, собраннымъ отъ акушеровъ, гдѣ діагнозъ ставился впрочемъ врачами. Изъ 50 женщинъ умерли 19=38%: до и во время родовъ 4, послѣ родовъ: отъ кровопотери 8, отъ родильной горячки 6, отъ неизвѣстной причины 1; изъ 53 дѣтей остались живыми только 11, т. е. смертность дошла до 79,2%. На основаніи примѣнявшейся терапіи *Füh* горячо рекомендуетъ *Dührssen'*овской способъ внутри маточнаго кольпейриза съ цѣлью расширенія шейки и возбужденія сокращеній матки, что возможно при открытіи на I поперечный палецъ.

Dr. Welte (Paris, *Corr-Bl. f. Schweizer Ärzte*, по реф. въ *Theur. Wochenschr*, 1896, № 42) излагаетъ взгляды проф. *Pinard'a*. Причиною кровотеченій *Pinard* считаетъ плотность околоплодныхъ оболочекъ, которыя, при сокращеніяхъ матки, отслаиваются и влекутъ кровотеченіе. По этому *Pinard* рекомендуетъ разрывъ ихъ (тоже совѣтовалъ лѣтъ 25 назадъ проф. *Hegar*, реф), при чемъ опустившаяся головка или извлеченная ножка, давя на послѣдъ, останавливаютъ кровотеченіе. Сочетанный поворотъ даетъ огромную смертность дѣтей, по этому *Pinard* рекомендуетъ вѣсто

*) Это помѣщено мною въ Вѣстникѣ Медицины проф. *Данилевскаго*.

него употреблять кольпейринтеръ *Champetier-de-Ribes'a*, состоящій изъ конического книзу мѣшка изъ непромокаемой шелковой ткани вводимого въ матку пустымъ и наполняемого водою *in situ*. Широкая часть баллона имѣетъ въ окружности 30—33 сантим., т. е. она расширяетъ родовые пути въ достаточной мѣрѣ для прохожденія головки. Если нужно, роды оканчиваютъ щипцами или извлеченіемъ за ножки. Результаты *Pinard'a*: изъ 149 случаевъ тяжелыхъ кровотеченій при *pl. pr.* умерли 4=2,6%. Изъ дѣтей 115 выписаны живыми=77,7%; изъ остальныхъ было недоносковъ 24, они умерли вскорѣ послѣ родовъ, 6 были мертвы до родовъ; т. е. только 4 умерли во время родоразрѣшенія. Изъ 12 матерей, у которыхъ примѣнялся шаръ *Ch-de-Ribes'a* умерла 1, прибывшая съ лихорадкою; изъ 12 дѣтей 3 умерли до родовъ, 1 недоносокъ послѣ родовъ, т. е. результаты *Pinard'a* представляются блѣе благоприятными, чѣмъ при другой терапіи предложенія послѣда; съ ними могутъ конкурировать результаты *Dührsen'a*, примѣняющаго почти одинаковый способъ внутри—маточнаго расширенія шейки и прижатія послѣда сверху.

М. Гинзбургъ.

82. Dr. R. Hamill. (Philadelphia).—Secondary operation for tubercular Peritonitis.—(The American Journ., of Obstetrics etc, April 1896, p. 543).—2-хъ кратная операція по причинѣ туберкулеза брюшины.

Dr. da-Costa, Noble.—Montgomery. Idem, in the Transactions of the Section of Gynec., College of Physicians of Philadelphia.—О томъ же. (Ibidem, p. 562—566).

24 лѣтъ, негрятянка, заболѣла черезъ 2 года послѣ первыхъ родовъ сильными болями въ лѣвой сторонѣ живота, похудѣла, ослабѣла. Осенью 1894 г. она вѣсила 90 фунтовъ, по вечерамъ лихорадила; асцитъ, увеличеніе одного яичника, срощеніе обѣихъ трубъ. 24 ноября 1894 г., первое чревосѣченіе. Брюшина была вътрое толще нормальнаго; салѣникъ приросъ къ кишкамъ, маточные придатки приросли къ подлежащимъ тканямъ. Брюшина, кишки и матка съ придатками усыяны милиарными бугорками. *Noll* отсепаровалъ салѣникъ и промылъ брюшину стерилизованною водою. Больная поправилась. 4 мѣсяца спустя вѣсъ ея увеличился на 22 фунта. Впослѣдствіи у нея появилась грыжа брюшныхъ покрововъ, ради которой она вторично оперирована *Noll'емъ* черезъ годъ. По вскрытіи брюшины, на ней бугорковъ не было, но на маткѣ и трубахъ было много бугорковъ, *Noll*

вырѣзалъ обѣ Ф. трубы; въ правомъ яичникѣ найдена киста съ волошскій орѣхъ, наполненная волосами. Оперированная выздоровѣла и здорова по настоящее время. Микроскопическое изслѣдованіе трубъ подтвердило діагнозъ.

По поводу сообщенія *Hamill*'я, другіе члены филадельфійскаго медицинскаго общества тоже сообщили свои наблюденія о вліяніи чревосѣченія на туберкулезъ брюшины.

Dr. da-Costa оперировалъ 2 раза, 1-й разъ при циррозѣ печени съ асцитомъ; выпущено 30 фунтовъ жидкости, *serosa* была обильно усеяна бугорками, циррозъ печени. Общее здоровье больной поправилось, но жидкость начала вновь скопляться въ животѣ; *вторичная лапоротомія*: выпущено 18 фунтовъ жидкости, брюшина опылена іодоформомъ. Въ первую недѣлю новое накопленіе жидкости, но затѣмъ асцитъ остановился и больная поправилась. Въ другомъ случаѣ послѣ сдѣланной имъ же, двухъ-сторонней кастраціи и сальпинготоміи, у женщины появились боли и поносы; послѣдніе уступили опію, но для устраненія болей *da-C.* произвелъ *чревосѣченіе* съ цѣлью разорвать образовавшіяся сращения; сдѣлавъ это и опыливъ внутренности іодоформомъ, *da-C.* зашилъ рану. Больная начала поправляться. Если операція и не спасла жизни, то продлила ее на многіе мѣсяцы.

Dr. Shoemaker не признаетъ пользы іодоформа при туберкулезѣ, изъ 4-хъ его операций, ради туберкулеза брюшныхъ внутренностей, двѣ женщины выздоровѣли, 2—поправились.

Dr. Noble произвелъ много чревосѣченій ради туберкулеза брюшины. Всѣ кромѣ 2-хъ, выздоровѣли. Изъ умершихъ у одной былъ нарывъ въ яичникѣ, у другой—туберкулезъ легкихъ; опыливанію іодоформомъ *N.* не приписываетъ никакой пользы. Въ случаѣ у больной съ бронхитомъ и сильнымъ кашлемъ, *N.* употреблялъ хлороформъ съ кислородомъ; *N.* рекомендуетъ эту смѣсь въ подобныхъ случаяхъ.

Dr. Montgomery оперировалъ много разъ ради туберкулеза. Если первоначальный очагъ болѣзни въ придаткахъ матки, то удаленіе ихъ излѣчиваетъ больныхъ или на-долго задерживаетъ и ослабляетъ болѣзнь. Въ одномъ случаѣ при огромномъ туберкулезномъ нарывѣ широкой связки, при невозможности вырѣзать ее, *M.* выскоблилъ полость гнойника и провелъ дренажъ; больная выздоровѣла, но у ней остался фистулезный ходъ. Черезъ годъ *M.* вторично вскрылъ животъ этой больной ради излѣченія фистулы и ради опухоли, появившейся въ другой сторонѣ таза. Опухоль оказалась туберкулезнымъ очагомъ въ сальникѣ, *M.* не

удалая ее, промылъ животъ и зашилъ рану. Черезъ нѣсколько времени вмѣсто одного, оказалось 3 фистулезныхъ хода, зараженные бугорками. Тогда *М.* въ третій разъ вскрылъ животъ и вырѣзалъ пораженныя части. Раны зажили, кромѣ 1 фистулезнаго хода въ нижнемъ углу раны, гдѣ проходилъ дренажъ. Во время 3-й операціи *М.* порвалъ flex sigmoideam и, хотя зашилъ разрывъ, но первыя 3 недѣли испражненія выдѣлялись чрезъ каловой свищъ, послѣ онѣ начали выдѣляться, естественнымъ путемъ, отверстіе въ кистѣ заросло, фистула же покрововъ остается до сихъ поръ. Общее здоровье больной отлично поправилось, вѣсъ ея увеличился на 30—40 фунтовъ. Со времени послѣдней операціи прошло уже 3 года.

М. Гинзбургъ.

83. Dr. Immlach. George Beatson's Case of Cure of advanced Cancer of the mamma by the Removal of the uterine appendages and administration of thyroid gland.—(The „Scalpel“, August 1896, p. 262).—Излѣченіе рака груди кастраціей и назначеніемъ внутрь экстракта щитовидной желѣзы.

Dr. Beatson произвелъ свою операцію въ *Glasgow Cancer Hospital* и фактъ излѣченія рака груди въ данномъ случаѣ удостоѣрена всѣмъ больничнымъ врачебнымъ персоналомъ. Dr. Croom въ своей президентской рѣчи на годичномъ засѣданіи British medical Association настоящаго года, въ *Carlisle* высказался, что изъ 300 случаевъ злокачественныхъ болѣзней матки (рака ? реф.), только немногіе могутъ быть излѣчены хирургическимъ путемъ и что случай д-ра Beatson'а представляется единичнымъ, необъяснимымъ, почти невѣроятнымъ. Beatson'овскій случай можно бы объяснять отчасти эмбриологическою теоріей; но все это одни гипотезы. Пока фактъ остается необъяснимымъ.

М. Гинзбургъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

I.

Смазываніи живота хлороформной мазью, какъ замѣна хлороформированія во время родовъ.

Для обезболиванія родовой дѣятельности въ случаяхъ судорожныхъ и крайне болѣзненныхъ потугъ мнѣ пришлось испытать смазыванія живота смѣсью изъ 1 части хлороформа и 2—3 частей *ol. olivarium*. Полученные при этомъ результаты настолько хороши, что я рѣшаюсь опубликовать ихъ, хотя такихъ наблюденій имѣю только три. Въ разсматриваемыхъ случаяхъ я поступалъ такимъ образомъ: указанной смѣсью хлороформа съ *ol. olivarium* обильно смазывался животъ роженицы и тотчасъ же на него накладывался согрѣвающий компрессъ.

Конечно, о хорошемъ забинтовываніи компресса не можетъ быть и рѣчи у мечущейся въ постели роженицы и его приходится удерживать на мѣстѣ лишь при помощи покрывалъ, края которыхъ слегка подсовываются подъ бока больной. Хотя нѣкоторые авторы (*Schroeder*) утверждаютъ, что согрѣвающие компрессы и сами по себѣ успокаиваютъ боли у роженицъ, но при неплотномъ прибинтовываніи, которое имѣло мѣсто въ нашихъ наблюденіяхъ, врядъ ли можетъ быть рѣчь о термическомъ дѣйствіи компрессовъ на брюшные покровы: скорѣе надо думать, что въ такомъ видѣ компрессы служатъ надежной задержкой хлороформа на мѣстѣ, препятствуя его улетучиванію гораздо больше, чѣмъ просто сухія покрывала. Считаю необходимымъ прибавить, что не всегда я примѣнялъ клеенку, а иногда прикрывалъ животъ и сухими полотенцами; тѣмъ не менѣе обезболивающее дѣйствіе хлороформа неизмѣнно получалось. Обыкновенно наступало быстрое прекращеніе судорожныхъ потугъ и невыносимыхъ болей: схватки становились правильнѣе и производительнѣе, роженица вовсе переставала жаловаться на боли, не испытывая ихъ даже и во время прохожденія головки черезъ наружныя части; раскрытіе маточнаго зѣва ускорилося и родовая дѣятельность въ общемъ шла быстрѣе.

Слѣдуетъ однако замѣтить, что, благотворно дѣйствуя на самочувствіе роженицы, а также улучшая и регулируя неправильную родовую дѣятельность, хлороформъ какъ будто нѣсколько ослабляетъ дѣятельность матки къ концу родовъ, обнаруживая такимъ образомъ свое нежелательное дѣйствіе на этотъ органъ, замѣченное многими и при обыкновенномъ хлороформированіи.

Перехожу къ изложенію наблюдавшихся мною случаевъ.

I. В. И. Н—ва, жена вахмистра, 26 лѣтъ, IV-рага, сложенія и питанія хорошаго. Всѣ предыдущія беременности и роды были нормальны; послѣдняя беременность также протекала нормально. Роды наступили въ срокъ; схватки начались 18/ix 96 въ 8 час. веч. 19-го къ 10 ч. у. зѣвъ раскрылся на 3 поперечныхъ пальца; головка въ полости таза. Потуги очень часты и мучительны, но пузыря почти не напругаютъ. Повторныя теплыя ванны не оказали никакого дѣйствія на боли. Въ 7 ч. веч., при зѣвѣ въ 3 пальца, пузырь вскрытъ, въ виду его плохого напряженія; но судорожный характеръ потугъ послѣ этого усилился: больная ни минуты не знала покоя и кричала не переводя духу. Открытіе зѣва между тѣмъ нѣсколько не подвигалось впередъ. Боли не успокоились и послѣ энергичнаго примѣненія наркотическихъ (въ теченіе 1½ часа израсходовано: 0,02 солянокислаго морфія, 6,0 хлорала и 4,0 бромистаго натра, при чемъ половина этихъ лѣкарствъ введена per os, а половина per rectum). Въ 12 ч. н., послѣ неудачнаго примѣненія наркотическихъ, я прибѣгнулъ къ смазыванію живота хлороформной мазью, съ послѣдующимъ наложеніемъ согревающего компресса. Боли тотчасъ же успокоились, схватки стали рѣже и для больной нѣсколько не мучительны. Быстро наступило полное раскрытіе зѣва и роды окончились черезъ 1½ часа отъ начала примѣненія хлороформа; прохожденіе ребенка черезъ наружныя части было совершенно безболѣзненно.

II. Н. И. К—ва, 24 л., жена купца, I—рага; выше средняго роста, съ хорошо развитымъ скелетомъ, хорошо упитанная.

Теченіе беременности правильное и роды наступили въ срокъ. Схватки начались 24/ix 96 въ 9 ч. в. и вскорѣ же сдѣлались очень мучительны, но мало производительны: головка, находившаяся въ тазу, мало подвигалась впередъ; пузырь почти не наливался во время схватокъ и раскрытіе зѣва происходило очень медленно. При зѣвѣ въ 3 пальца пузырь разорванъ: водъ вышло очень мало, но схватки сдѣлались непрерывными и невыносимо болѣзненными, по прежнему оставаясь мало производительными, такъ какъ зѣвъ не расширялся и головка не понижалась. Введеніе въ rectum хлорала (1,3) и бромистаго натра (1,0) успокоило больную лишь на короткое время. Тогда были примѣнены смазыванія живота смѣсью хлороформа и прованскаго масла съ послѣдующимъ прикладываніемъ согревающихъ компрессовъ и теченіе родовъ сразу измѣнилось: боли прекратились; схватки сдѣлались рѣже но энергичнѣе; очень скоро послѣ того зѣвъ раскрылся вполне и къ 10 ч. у. роды окон-

чились, при чемъ до самаго конца больная не издала ни одного крика, такъ какъ не чувствовала боли даже и въ моментъ прохожденія головки черезъ наружныя части. Смазыванія хлороформной смѣсью въ этомъ случаѣ примѣнялись 6 часовъ и повторялись нѣсколько разъ; всего израсходовано около 30,0 хлороформа, но при этомъ не наблюдалось никакого ухудшенія со стороны самочувствія: ни головныхъ болей, ни тошноты, ни головокруженія и т. п.; пульсъ все время оставался полнымъ, правильнымъ, между 60 и 70 ударами; не было замѣтно явленій общаго наркоза. При прохожденіи головки чрезъ половую щель схватки сдѣлались чуть-чуть слабѣе, что въ данномъ случаѣ было очень кстати, такъ какъ предохранило промежность отъ разрыва.

III. В. М. Д.—ва, жена священника, 23 л., I-рага, небольшого роста, слабаго сложенія и питанія. Тазъ суженъ; размѣры его слѣдующіе: Sp=22; cr.=27; c. ext.=19; косою: Sp. ant. dex. и Sp. post. Sin.=21; troch=29. Теченіе беременности было нормальное; роды срочные, начались въ 11 ч. ночи подъ 23/х. 96. Воды прошли 23-го въ 9 ч. у. при зѣвѣ въ 2½ пальца. Съ того же времени начались крайне болѣзненные и непрерывныя схватки, приводившія нервную и слабую больную въ полное неистовство: она металась въ постели, подбрасывала кверху ноги и кричала до потери голоса. При изслѣдованіи больной въ 1 ч. дня я нашелъ слѣдующее: головка довольно низко въ тазу; стрѣловидный шовъ въ поперечномъ размѣрѣ таза, сильное захожденіе черепныхъ костей и caput succedaneum; зѣвъ раскрытъ на 3 пальца. Примѣненіе смѣси изъ хлороформа и ol. olivaceum съ наложеніемъ согревающей кампрессы на животъ сразу успокоило боли и урегулировало сократительную дѣятельность матки: черезъ 3 часа отъ начала примѣненія хлороформной мази наступило полное раскрытіе маточнаго зѣва, а въ 6 ч. веч. родился здоровый ребенокъ среднихъ размѣровъ.

Отъ начала хлороформныхъ смазываній до послѣдняго момента родовъ роженица не чувствовала боли и говорила, что испытываетъ только ощущеніе напиранія и желаніе тужиться.

Въ моментъ прорѣзыванія головки черезъ наружныя части потуги нѣсколько ослабли, также и отдѣленіе послѣда замедлилось, хотя смазыванія хлороформной смѣсью были прекращены значительно ранѣе прорѣзыванія головки черезъ половую щель, въ виду полной безболѣзненности потугъ. Въ этомъ случаѣ было израсходовано около 25,0 хлороформа въ теченіе 5—6 часовъ и самочувствіе больной какъ во время смазываній, такъ и послѣ не оставляло желать ничего лучшаго: не было ни головной боли, ни тошноты, ни сонливости; сознаніе вполне сохранено; пульсъ и дыханіе все время очень хорошіе.

Разсматривая изложенныя наблюденія, мы видимъ, что въ 1-мъ случаѣ имѣлись судорожныя потуги, въ 2-мъ же и особенно въ 3-мъ очень болѣзненные потуги. Дѣйствіе хлороформа, примѣ-

неннаго въ видѣ мази на животъ, каждый разъ наступало быстро и повторными смазываніями поддерживалось въ теченіе 6—8 часовъ, при чемъ максимум издержаннаго хлороформа—30,0. Дѣйствіе хлороформа было исключительно мѣстное: оно состояло въ обезболиваніи маточныхъ сокращеній и въ пониженіи болевой чувствительности всего родового канала. На дѣтей хлороформъ, повидимому, не оказывалъ никакого дѣйствія.

Примѣненіе хлороформа въ видѣ мази въ отношеніи физиологическаго дѣйствія на роженицъ, мнѣ кажется, можно сравнить съ осторожнымъ и не глубокимъ хлороформированіемъ (такъ называемымъ „акушерскимъ“), которое рекомендуется усиливать передъ началомъ каждой схватки. Разница между этими двумя способами та, что при смазываніяхъ хлороформъ нисколько не дѣйствуетъ на головной мозгъ (по крайней мѣрѣ въ тѣхъ количествахъ, какія требовались для обезболиванія родовъ) и совершенно безопасенъ; практически же способъ смазываній несравненно менѣ хлопотливъ, а потому и заслуживаетъ предпочтенія передъ обыкновеннымъ хлороформированіемъ. Конечно, слѣдуетъ имѣть въ виду, что и при смазываніяхъ хлороформъ можетъ ослабить сократительную дѣятельность матки, почему здѣсь также, какъ и при хлороформированіи, нужно индивидуализировать примѣненіе этого средства, внимательно слѣдя за работой матки и воздерживаясь отъ слишкомъ частыхъ и обильныхъ смазываній.

Само собою понятно, что я далекъ отъ мысли считать окончательными сдѣланные мною выводы, такъ какъ три случая—слишкомъ ничтожное количество для этого. Если же, не смотря на это, я рѣшился подѣлиться своими наблюденіями съ товарищами, то сдѣлалъ это во 1-хъ потому, что съ успѣхомъ примѣнялъ хлороформную мазь при такихъ родахъ, которые значительно уклонялись отъ физиологическихъ какъ въ отношеніи силы болей, такъ и въ отношеніи правильности потугъ,—а во 2-хъ потому, что не располагаю достаточнымъ матеріаломъ для полной и всесторонней разработки затронутого мною вопроса.

1897 года января 20 дня.

Дуганскъ.

Д-ръ П. И. Архангельскій.

II.

Случай родовъ при водянкѣ головы.

4/xii 96 я былъ вызванъ изъ гор. Новой Ладogi участковымъ врачомъ А. А. Яцунскимъ въ уѣздъ для совмѣстнаго оказанія помощи при родахъ. По прибытіи на мѣсто оказалось слѣдующее.

Роженица имѣла 7 благополучно и безъ помощи врача протекшихъ родовъ. Изъ дѣтей въ первые годы жизни умерло 5. Послѣдніе регулы 24/iii 95. И эта беременность, какъ и предъидущія, протекала обычнымъ порядкомъ; роженицу приводилъ только въ беспокойство громадный размѣръ живота, не позволявшiй ей въ послѣдніе мѣсяцы даже сидѣть—она могла только ходить или лежать. Движенія плода стала чувствовать на 5-мъ мѣсяцѣ. 6 дней тому назадъ начались потуги. Воды прошли за 30 часовъ до моего прибытія и притомъ по словамъ роженицы въ неимовѣрно-громадномъ количествѣ болѣе 1 ведра (sic!). За два дня до родовъ боли достигли наибольшей интенсивности.

4/xii 96 приглашенный въ 1-й разъ д-ръ Я. нашелъ около 4 ч. дня, что шейка вполне сгладилась, во входѣ въ тазъ неподвижно стоитъ тѣло съ округлыми очертаніями, на которомъ однако нѣтъ характерныхъ для головки признаковъ.

Роженицу я нашелъ въ слѣдующимъ положеніи. Блѣдная, слабая, истощенная частыми родами и борьбой съ бѣдностью, женщина около 38 л. лежитъ въ холодной избушкѣ, прикрытая грязнымъ тряпьемъ и стонетъ не переставая слабымъ голосомъ.

t⁰ на ощупь нѣсколько повышена, р. правленъ, слабъ, 120. Размѣры таза за неимѣніемъ тазомѣра не опредѣлены. Объемъ живота—какъ обыкновенно при родахъ. На 2 пальца выше пупка ясно видимое и осящываемое кольцо сокращенія *Bandl*'я.

Предполагая необходимость немедленнаго оперативнаго вмѣшательства, мы съ д-ромъ Я. перевели роженицу въ сосѣднюю болѣе теплую избу и здѣсь послѣ обычной дезинфекціи было произведено изслѣдованіе, результатъ котораго оказался слѣдующій: одна большая часть налѣво вверху, другая налѣво внизу, мелкія части справа, тоны налѣво отъ средней линіи, 160 весьма слабы.

Уже при наружномъ изслѣдованіи были поразительны необыкновенные размѣры стоящей во входѣ части и неясность, съ которою прощупывались ея очертанія, хотя брюшные покровы были весьма тонки, соотвѣтственно истощенному *habitus*'у роженицы.

При внутреннемъ изслѣдованіи ниже входа въ тазъ осящывается отрѣзокъ тѣла шарообразнаго очертанія; слѣва сзади прощупывалась широкая неправильной формы щель, затянута плотной и толстой на ощупь перепонкой, которая легко вдавливалась, но давала ощущение, совершенно отличное отъ головной опухоли. Справа спереди громадныхъ размѣровъ щель, затянута такой

же перепонкой, а при введеніи 4-хъ пальцевъ и сильномъ давленіи рукой можно опредѣлить, что форма этой щели напоминаетъ болѣе или менѣе непомѣрно развитый большой родничекъ. Обрамляющія эту щель тонкіе костные края легко уступаютъ давленію пальцами, а по прекращеніи давленія возвращаются обратно, подобно краю тонкой стальной пластинки.

Имѣя въ виду, что никакая другая часть не дала бы такой картины и что предъидущіе роды не давали указанія на узкій тазъ, мы съ д-ромъ Я. ex consilio поставили діагнозъ: 1-е черепное положеніе, задержка родовъ вслѣдствіе водянки головы. Роды недѣли на 3—4 раньше срока.

Рѣшено сейчасъ же произвести перфорацию подлежащей головки. Начало наркоза въ $\frac{1}{2}$ 2 ч. ночи, плодъ извлеченъ въ $2\frac{1}{4}$ ч. Хлороформироваль д-ръ Я., оперироваль д-ръ М.

Въ глубокомъ наркозѣ лѣвая рука введена вся во влагалище и по ладонной сторонѣ пальцевъ подъ ихъ защитою вонзенъ перфораторъ Негели въ головку и потомъ раскрытъ; по вынутіи его изъ отверстія въ 2 поперечные пальца хлынула сильной струею свѣтлая жидкость, коей количество опредѣлено приблизительно въ 3 стакана. По истеченіи всей жидкости введенный въ черепъ палецъ разрушилъ мозгъ возможно далѣе. Затѣмъ въ полость головки введенъ стерилизованный стеклянный наконечникъ ирригатора и при помощи струи карболовой воды удалена главная масса мозга. Послѣ этого введены въ черепъ 2 пальца и младенецъ медленно извлеченъ съ нѣкоторымъ трудомъ. Placenta выжата черезъ 25 м. послѣ извлеченія плода.

Ребенокъ—дѣвочка, слабо-развитое тѣло; на мѣстѣ нижней части грудины какъ бы затянута кожей щель. Расправленная головка значительно большаго размѣра, чѣмъ обыкновенно. Малый и большой роднички громаднхъ размѣровъ, обѣ лобныя кости раздѣлены треугольной щелью до переносицы. Въ задней части большаго родничка разрѣзъ по направленію стрѣловиднаго шва въ 4 ст. длиною. Мягкое небо и задній отдѣлъ твердаго расщеплены („волчья пасть“). Placenta вышла вся вмѣстѣ съ оболочками. Разрывъ центральный. Длина пуповины и видъ ея обыкновенны.

Матка промыта горячимъ карболовымъ растворомъ, хорошо сократилась. Небольшое кровотеченіе. Разрывовъ нѣтъ. Родильница чувствуетъ себя хорошо. Согласно полученнымъ 10 дней спустя свѣдѣніямъ она здорова.

Schroeder утверждаетъ, что hydrocephalus обыкновенно не является препятствіемъ для произвольнаго окончанія родовъ, но онъ-же говоритъ, что въ большинствѣ случаевъ помощь искусства необходима. Она должна заключаться по его совѣту въ проколѣ головки троакаромъ (не перфорацио?), выпущеніи водяночной жидкости и предоставленіи родовъ естественному теченію; если же не прошелъ еще удобный моментъ, то совѣтуетъ сдѣлать послѣ прокола поворотъ и извлеченіе, т. е. слѣдовательно не отрицаетъ и болѣе активнаго вмѣшательства, чѣмъ простой про-

коль. Является вопросъ, правильно-ли былъ выбранъ въ данномъ случаѣ родъ оперативной помощи и не лучше ли было бы сдѣлать проколъ головки и затѣмъ предоставить изгнаніе плода силамъ природы? Какъ извѣстно, проколъ головки не абсолютно смертеленъ для плода, но все же по моему мнѣнію благоразумнѣе было здѣсь сдѣлать перфорацию. *Schroeder* говорить, что при водянкѣ головы надо заботиться почти исключительно о матери. Основываясь на результатахъ внутренняго изслѣдованія въ описанномъ случаѣ—громадномъ развитіи родничковъ,—надо было признать, что плодъ съ такой водянкой нежизнеспособенъ, слѣдовательно задача родовспоможенія значительно упрощалась и сводилась къ заботѣ о сохраненіи жизни матери. Между тѣмъ роженица находилась въ большой опасности во 1-хъ потому, что ясно выраженное кольцо сокращенія указывало на угрожающій разрывъ матки; во 2-хъ она находилась въ состояніи высокой степени истощенія, близкаго къ колянсу и въ 3-хъ надо было принять въ соображеніе возможность инфекции, такъ какъ пузырь разорвался уже 30 ч. назадъ. Слѣдовательно требовалось возможно быстрое и берегающее силы матери окончаніе родовъ. Всѣ эти соображенія и заставили насъ произвести прободеніе подлежащей головки съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода.

(г. Новая Ладога).

А. Мартыновъ.

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

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

- 1) *Двадцатипятилѣтіе* (1868—1895) Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ университетѣ. Казань, 1897 г.
- 2) *Бухштабъ*. Эластическая ткань въ Фаллопиевыхъ трубахъ женщинъ при нормальномъ и патологическихъ состояніяхъ. Дисс. Спб., 1896 г.
- 3) *Протоколы* засѣданій Общества врачей Могилевской губерніи за 1894 и 1895 гг. Могилевъ на Днѣпрѣ, 1896.
- 4) *М. П. Лутохинъ*. Случай *herniae cerebri* черезъ *canalis cranio-pharyngeus* и амниотическихъ нитей. (Отд. оттискъ изъ Отчета Акушерской факкультетской клиники).
- 5) *М. Лутохинъ*. Случай пузырнаго заноса при двойняхъ. (Отд. оттискъ изъ „Врачебн. Запис.“, № 2 и 3, 1897).
- 6) *М. Лутохинъ*. Случай *polymastiae* у кормящей женщины. (Отд. оттискъ изъ „Тр. Ф. М. общества“, № 4, 1895).
- 7) *К. Ф. Славянскій*. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Т. II. Болѣзни Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ. Спб. Изданіе Риккера, 1897 г.
- 8) *А. П. Губаревъ*. Наружное акушерское изслѣдованіе. Практическій курсъ для студентовъ и врачей. Юрьевъ, 1897 г.

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

ПЕРЕВЯЗОЧНЫЯ средства: биндажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртометры. Очки, консервы, пенсне, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



ИНСТРУМЕНТЫ: перевязочные, ампутаціонные, резекціонные, акушерскіе и пр. Лекарскіе и фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины.

Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевыя роговыя. Принадлежности для массажа.

Иллюстрированный Прейс-Курантъ высылается бесплатно.

3—(12)

КЕММЕРСКІЯ

СѢРНЫЯ ВОДЫ И ГРЯЗИ

въ 40 верстахъ отъ Риги по Риго-Тукумской жел. дорогѣ.

Сезонъ 1897 года открывается съ 20-го Мая и продолжается по 1-е Сентября.

Сѣрныя, сѣрно-соляныя, сѣрно-хвойныя, сѣрно-щелочныя, углекислыя паровыя, грязевыя дѣльныя и грязевыя жидкія ванны.

Минеральныя воды, газированное молоко, кефиръ, кумысъ, массажъ, фрикціи, ингаляціонная камера и электричество.

Лѣсистая мѣстность, огромный обновленный паркъ, въ которомъ утромъ и вечеромъ играетъ музыка.

Библіотека, кабинетъ для чтенія и дѣтскія игры.

Новый кургаузъ и новыя зданія для сѣрныхъ и грязевыхъ ваннъ съ приспособленіями для массажа и фрикціи.

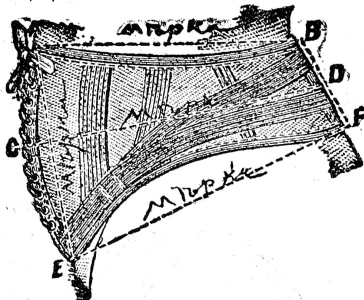
Дачи для пріѣзжающихъ хорошо устроены имѣются пансіоны.

Съ моремъ делижансовое сообщеніе съ платою по 20 копѣекъ туда и обратно.

Отъ Риги до Кеммерна во время сезона идутъ до 12 поѣздовъ въ сутки, съ остановками во всѣхъ купальныхъ мѣстахъ по Рижскому взморью.

Желающихъ имѣть болѣе подробныя свѣдѣнія просятъ обращаться: Кеммернъ, Рижскаго уѣзда, въ Управленіе водъ. 1—(3)

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ
БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

ГОРОХОВАЯ,

У КАМЕННАГО МОСТА.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО

ВСЕВОЗМОЖНЫХЪ

БАНДАЖЕЙ, НАБРЮШНИКОВЪ,

СУСПЕНЗОРІЙ И РАЗНЫХЪ ДРУГИХЪ ПОВЯЗОКЪ,

СОГЛАСНО НОВѢЙШИМЪ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯМЪ.

КАБИНЕТЪ

== ДЛѢ НАЛОЖЕНІЯ БАНДАЖЕЙ ==

~~~~~ ПОЧТОВЫЯ ЗАКАЗЫ ИСПОЛНЯЮТСЯ АККУРАТНО И ТОЧНО, СОГЛАСНО  
ПРЕДПИСАНІЮ Г. ВРАЧЕЙ. ~~~~~

**29.** Гороховая улица, у Каменнаго моста.

**29.**

3—(12)

**Пензенская Губернская Земская Управа** приглашаетъ врача на вакантное мѣсто ординатора при Пензенской Губернской Земской больницѣ, для завѣдыванія женскимъ и родильнымъ отдѣленіями. Кромѣ завѣдыванія отдѣленіями и дежурства по больницѣ на ординаторѣ лежитъ обязанность преподаваніе повивальнаго искусства въ школѣ сельскихъ повитухъ (2 часа въ недѣлю).

Жалованье ординатору полагается 600 руб. въ годъ при готовой квартирѣ и отопленіи, за преподаваніе въ повивальной школѣ 200 руб., а всего 800 руб. Врачи участвуютъ въ эмеритальной кассѣ, учрежденной Земствомъ.

Желающіе занять мѣсто должны прислать къ 15 марта 1897 года, какъ свои заявленія, такъ и свѣдѣнія о времени окончаніи курса наукъ, о своей служебной и практической дѣятельности и выслать литературные труды, если таковые имѣются.

3—(3)

# БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХЪ ВРАЧЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВЪ.

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

ПОДЪ ГЛАВНОЙ РЕДАКЦІЕЙ ЗАСЛУЖЕННАГО ПРОФЕССОРА, АКАДЕМИКА В. В. Пашутина.

ОТПЕЧАТАНЫ

## ВНУТРЕННІЯ И ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Томъ I, первая половина, съ двумя раскрашенными таблицами и многими рисунками, рѣзанными на деревѣ.

Цѣна перваго полутома 4 руб., съ пер. 4 руб. 50 коп.

Для подписчиковъ на все изданіе цѣна 3 руб. съ пер.

ИЗДАНИЕ ВЫПУСКАЕТСЯ ПОЛУТОМАМИ.

## ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.

Цѣна 8 руб., съ пер. 8 руб. 80 коп.

Для подписчиковъ на все изданіе цѣна 6 р., съ пер. 6 р. 80 к.

### ПОДПИСКА ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

Всѣмъ подписчикамъ, обращающимся прямо къ издателю, дѣлается уступка въ 25 проц., т. е. они платятъ за каждый полутомъ *три руб.* вмѣсто четырехъ и за каждый годъ *шесть руб.* вмѣсто восьми; сверхъ того, начиная со втораго тома, *подписчики за пересылку ничего не платятъ.*

При подпискѣ присылаютъ *три руб.* и предоставляютъ издателю высылать полутомы или томы, по мѣрѣ ихъ выхода въ свѣтъ, съ наложеніемъ платежа въ объявленной выше суммѣ, (т. е. 3 р. за полутомъ и 6 р. за томъ). Послѣдній полутомъ всего изданія будетъ высланъ безъ наложеннаго платежа за полученную при подпискѣ сумму. Желаящіе получать *въ переплетъ* уплачиваютъ за послѣдній 75 коп. Отдѣльныя крышки для переплета высылаются съ пересылкой за одинъ рубль.

За пересылку тома „Фармакологія и Токсикологія“, уплачивается 80 коп.; пересылку и наложенный платежъ слѣдующихъ томовъ издатель принялъ на свой счетъ.

Съ требованіями обращаться на имя редактора-издателя „Библиотекъ Медицинскихъ Наукъ“, доктора **Бориса Абрамовича Окса.** (С.-Петербургъ, Забалканскій пр., № 34).

ЕЖЕМЪСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ  
**МЕДИЦИНСКІЯ ПРИБАВЛЕНІЯ**  
къ  
**МОРСКОМУ СБОРНИКУ**

будетъ выходить и въ 1897 году книжками отъ 4 до 5 листовъ

Журналъ посвященъ по преимуществу разработкѣ вопросовъ имѣющихъ отношеніе къ санитарному состоянію флота.

Достаточно отведено также мѣста и вопросамъ общей и практической медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ Главномъ Адмиралтействѣ, въ Управленіи Главнаго Медицинскаго Инспектора Флота.

цѣна за годовое изданіе 4 руб. съ пересылкою.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, дѣлается бесплатное объявленіе въ слѣдующемъ № журнала.

3--(3)                      Завѣдующій редакціей **М. О. Перфильевъ.**

ГОДЪ XIII. ОТКРЫТА ПОДПИСКА на 1897 ГОДЪ. ТОМЪ II.

**ЛѢТОПИСЬ**  
**РУССКОЙ ХИРУРГІИ**

подъ редакціей

**Проф. Н. В. Склифосовскаго и проф. Н. А. Вельяминова**  
(Моховая, 6).                      (Кирочная, 18).

Будетъ издаваться по той же программѣ и въ томъ же объемѣ, какъ и въ 1896 г., а именно:

Журналъ будетъ выходить каждыя два мѣсяца, начиная съ января, книгами не менѣе 8 листовъ каждая при участіи: проф. А. А. Боброва (Москва), д-ра А. Т. Богаевского (Кременчугъ), проф. О. К. Борнгаупта (Кіевъ), д-ра Р. В. Бутца (С.-Петербургъ), проф. М. А. Васильева (Варшава), проф. А. А. Введенскаго (Томскъ), д-ра С. В. Владиславлева (С.-Петербургъ), проф. Ф. В. Грубе (Харьковъ), проф. С. Н. Делицина (С.-Петербургъ), проф. П. И. Дьяконова (Москва), д-ра І. Ф. Земацкаго (С.-Петербургъ), д-ра Н. Н. Иванова (С.-Петербургъ), д-ра А. А. Кадьяна (С.-Петербургъ), доц. М. М. Кузнецова (Харьковъ), д-ра А. Г. Кулябко-Корецкаго (Петрозаводскъ), проф. А. И. Лебедева (С.-Петербургъ), проф. Л. Л. Левшина (Москва), проф. В. В. Максимова (Варшава), д-ра М. П. Манасейна (С.-Петербургъ), д-ра Н. А. Мейнгарда (С.-Петербургъ), д-ра А. В. Минина (С.-Петербургъ), д-ра Г. Г. Надеждина (Гатчино), проф. А. Г. Подреза (Харьковъ), д-ра М. Ф. Рабѣновича (Новгородъ), проф. В. А. Ратимова