

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

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

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИ-
МИРА ВЪ КИЕВЪ.

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ
К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,
ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ.

ТОВАРИЩА ПРЕДСѢДАТЕЛЯ
Д. О. ОТТА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОБЕВЪАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА
Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИН-
СКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ ХІ.

АПРѢЛЬ 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

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

АПРѢЛЬ 1897, № 4.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Оперативное лѣченіе фиброміомъ матки.

Проф. А. П. Губарева (въ Юрьевѣ).

(Директора Женской Клиники).

Какимъ методомъ слѣдуетъ оперировать фиброміомы матки и какой критерій желателенъ въ настоящее время для рѣшенія этого важнаго практическаго вопроса,—вотъ мысли, которыя возникаютъ невольно при чтеніи всякой новой работы по этому предмету и, не смотря на множество существенныхъ усовершенствованій, описываемыхъ почти въ каждомъ номерѣ специальныхъ періодическихъ изданій, всѣ эти вопросы обыкновенно не получаютъ опредѣленнаго отвѣта и остается обширное поле для разнаго рода сомнѣній, при попыткахъ ихъ разрѣшить.

Въ первое время, когда хирурги были поражены результатами операцій на брюшной полости и когда принципы современной хирургіи, еще только вырабатывались, рѣшеніе вопросовъ, относящихся къ подробностямъ болѣе элементарныхъ хирургическихъ операцій сопровождаемыхъ вскрытіемъ брюшины напр. оваріотоміи, помощью сопоставленія цифровыхъ данныхъ еще могло имѣть мѣсто и находить оправданіе. Поэтому могутъ имѣть значеніе таблицы родоначальниковъ этой операціи: *Sir Spencer Wells, Th. Keith, Schroeder, Lawson Tait*

и т. п., но въ настоящее время дѣло это упростилось, появились новые дѣятели и молодые врачи смѣло приступаютъ къ этимъ операціямъ и выполняютъ ихъ съ успѣхомъ, потому что наши знанія о веденіи различныхъ деталей этого дѣла значительно увеличились.

Въ настоящее время едва-ли разумно было бы судить о достоинствахъ операціи по случайно собраннымъ цифрамъ результатовъ различныхъ хирурговъ, работавшихъ по тому же самому методу и на основаніи ихъ суммы выводить цифру 0% выздоровленій послѣ операціи. Еще болѣе страннымъ представляется, когда хирургъ сдѣлавъ напр. 25 операцій и потерявъ одну больную говорить; что онъ имѣетъ 4% смертности; по ариметикѣ это дѣйствительно выходитъ 4% , но на самомъ дѣлѣ эта цифра не выражаетъ ничего инаго, кромѣ желанія автора распространить значеніе своего вывода, который относится только къ 25 случаямъ на большее число—на 100 случаевъ. Если бы въ послѣдующихъ 75 случаяхъ у этого хирурга не было ни одного случая смерти, то едва ли онъ имѣлъ бы право утверждать, что первая серія: 25 случаевъ, дала ему 4% смертности, а послѣдующая—ноль, потому что для этого было бы необходимо, чтобы смертный случай былъ именно подъ № 25-мъ т. е. условіе совершенно случайное. Если случай смерти пришелся бы напр. на № 10-й, то по ариметикѣ можно было бы считать, что первая серія въ 10 случаевъ дала ему 10% смертности, (а умеръ всего одинъ). Можно взять и такія цифры, что получаются дроби смертей т. е. дѣленіе того, что по самой природѣ своей дѣлимо быть не можетъ. Еще менѣе возможно на основаніи цифръ опредѣлить ту долю смертей, которую слѣдуетъ приписать самому оперативному методу, а не его выполненію. Словомъ статистика въ примѣненіи къ рѣшенію такихъ вопросовъ можетъ оказаться совершенно непримѣнимою. Въ рукахъ искусныхъ и худшій методъ можетъ дать лучшіе результаты (большее количество успѣховъ) и т. п.

Мнѣ бы казалось, что въ настоящее время было бы полезно обратиться къ нѣкоторымъ другимъ критеріямъ для сужденія о преимуществахъ того, или другаго оперативнаго метода и при томъ къ такимъ, гдѣ самая личность оператора не вліяла бы на результатъ этого сужденія.

Такіє критеріи можно отыскать въ анатомическихъ условіяхъ, которыми пользуются для выполненія метода и въ удобствахъ, которыя вытекають изъ этого метода при послѣдующемъ лѣченіи.

Если мы вернемся къ нашему частному вопросу т. е. къ удаленію фиброміомъ матки, то и здѣсь мы можемъ найти нѣсколько основныхъ положеній, которыя очень пригодны для нашей задачи.

Прежде всего нужно рѣшить вопросъ какому методу слѣдуетъ отдавать предпочтеніе: *per vaginam*, или *per laparotomiam* (или какъ теперь принято называть *per coeliotomiam*).

Несомнѣнно болѣе благоприятное теченіе послѣ-операционнаго періода находится на сторонѣ вагинальнаго метода; но и здѣсь рѣшеніе вопроса едва-ли разумно основывать на данныхъ статистики.

Въ самомъ дѣлѣ показанія къ выбору того или другаго изъ этихъ методовъ не исключаютъ многихъ случайностей при этомъ выборѣ. Многіе случаи съ одинаковымъ правомъ могутъ быть оперируемы любымъ изъ этихъ методовъ; но за то многіе случаи, которые можно оперировать *per laparotomiam*, вовсе нельзя слѣлать *per vaginam*. Для выясненія этого вопроса нѣкоторые авторы рѣшаются даже приступать сначала къ вагинальной операціи и если ее не удастся окончить переходить къ *coeliotomia*. Такой образъ дѣйствія уже самъ по себѣ представляется весьма нерациональнымъ: помимо трудности провести вполне отчетливую асептику при переходѣ съ вагины на брюшную стѣнку такая измѣнчивость плана нарушаетъ правильность, цѣльность и единство оперативнаго приема, т. е. заставляетъ удалаться отъ элементарныхъ требованій классической оперативной хирургіи. А что мы дѣйствительно, благодаря благоприятнымъ результатамъ асептического лѣченія удалились отъ этихъ классическихъ приемовъ и даже потеряли къ нимъ интересъ, то это не подлежитъ сомнѣнію. Достаточно напр. сравнить детальную до элементарности разработку техники операціи вылуценія плеча по способу барона *Larrey* съ любымъ изъ нашихъ современныхъ методовъ вылуценія матки, чтобы увидѣть какъ далеко мы теперь отстали въ техникахъ оперативныхъ приемовъ и въ примѣненіи анатомическихъ поз-

наній для выработки различныхъ деталей операцій. Мнѣ могутъ возразить: что наши теперешніе результаты много лучше результатовъ *Larrey* и *Astley Cooper* и что ихъ высокая техника теперь не нужна, потому что какъ ни разрѣжь при антисептикѣ все заживетъ. Но не надо забывать, что *Larrey* получалъ лучшіе въ то время результаты: послѣ вылуценія плеча изъ большаго числа оперированныхъ у него выздоравливало около 65% т. е. былъ такой результатъ, на который на полѣ сраженія и при современныхъ способахъ лѣченія ранъ едва-ли можно съ увѣренностью рассчитывать.

Не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію, что настанетъ время и я вѣрю что оно не далеко, когда хирурги развѣ навсегда покончивши съ тѣмъ, что условія асептики безусловно необходимы не будутъ имѣть нужды заниматься усовершенствованіями въ этой области. Тогда они выработаютъ и воспитаютъ ниспій медицинскій персоналъ, который будетъ справляться съ этой стороной дѣла,—займется очисткой больнаго и окружающихъ его предметовъ подобно тому какъ теперь существуютъ специалисты для чистки платья, бѣлья и иныхъ домашнихъ предметовъ. Что для полнаго и отчетливаго проведенія асептики вовсе не требуется высшаго образованія на это примѣровъ можно найти много, а съ развитіемъ культуры и съ распространеніемъ образованія это будетъ достигаться гораздо чаще. Наконецъ практика выработаетъ простые и вѣрные способы контролировать отчетливость проведенія асептики (бактеріологія и сейчасъ уже обладаетъ многими изъ нихъ). Тогда хирурги вернутся къ своимъ основнымъ задачамъ и снова займутся разработкой оперативной хирургіи. Тогда они воспользуются прежде всего опытностью поколѣній предшествовавшихъ и возстановятъ многіе приемы, которые нынѣ совсѣмъ забыты.

Практическое вліяніе должно оказать возстановленіе такихъ элементарныхъ правилъ, какъ необходимость перевязывать изолированные сосуды, а не завязывать все *en masse* и нервы и вены и лимфатическіе сосуды. Слишкомъ туго стягиваемая лигатура *en masse* естественно должна вести къ омертвѣнію и образовать эшару. Можно съ увѣренностью сказать, что если-бы всѣ сосуды передъ перевязкой изолировались, а къ

зашиванію приступали бы только по остановкѣ кровотеченія, какъ этого требуетъ классическая оперативная хирургія до антисептическихъ временъ, то случаи пришиванія или завязыванья мочеточника не встрѣчались бы вовсе. Тогда не встрѣчались бы и рефлекторныя явленія тризма послѣ операций, или учащенного при низкой температурѣ пульса симулирующаго внутреннее ущемленіе и вызываемаго сдавленіемъ лигатурами нервовъ яичника и. т. п.

Далѣе такіе приемы, какъ перевязыванье, или обкалыванье, центрального конца перерѣзанныхъ венъ въ особенности венъ таза, едва-ли можно считать безразличными. Если клапаны функціонируютъ хорошо, то центральный конецъ вены кровоточить не можетъ и тогда нѣтъ надобности его перевязывать; если же въ венѣ нѣтъ клапановъ, или они несостоятельны, то послѣ перевязки кровь по условіямъ тяжести должна застаиваться около перевязаннаго мѣста и образуется тромбъ, который можетъ занять просвѣтъ вены до впаденія ея въ вену большаго калибра, а при благопріятныхъ условіяхъ этотъ тромбъ можетъ впослѣдствіе повести къ явленіямъ эмболіи. Нашъ знаменитый соотечественникъ *Н. И. Пироговъ* давно отмѣтилъ неблагопріятное вліяніе перевязки венъ. «Я не понимаю,» пишетъ онъ ¹⁾ «какъ могутъ нѣкоторые хирурги отзываться объ лигатурѣ венъ, какъ объ операціи совершенно невинной;» а въ другомъ мѣстѣ: «Венозныя кровотечения мнѣ всегда удавалось остановить тампонадою. Только три, или четыре раза, въ началѣ моей практики, я перевязывалъ большія вены при операціяхъ, но съ плохими результатами.»

Въ особенности благопріятствовать застоямъ и тромбамъ въ венахъ должно обшиваніе и обкалываніе этихъ сосудовъ, потому что при проведеніи шва возможно проколоть вену, а при его завязываньи можно дать венозной стѣнкѣ новыя точки прикрѣпленія, вслѣдствіе этого просвѣтъ вены можетъ совершенно утратить способность спадаться и кровь должна въ ней застаиваться. Съ другой стороны сжавшіяся вены очень скоро заростають и просвѣтъ ихъ исчезаетъ: соприкасающіяся поверхности *intimae* срастаются слипчивымъ процес-

¹⁾ *Н. И. Пироговъ*. Начала военно-полевой хирургіи. Дрезденъ, 1865, ч. I pag. 322.

сомъ подобнымъ тому который бываетъ при слипаніи серозныхъ поверхностей. Вообще вопросъ объ остановкѣ венознаго кровотока послѣ операцій въ полости таза слѣдовало бы рѣшать на тѣхъ же основаніяхъ какъ и остановку всякаго другаго венознаго кровотока. Если, оперируя на конечности или на шеѣ, мы никогда не перевязываемъ (безъ особыхъ показаній напр. для избѣжанія вхожденія воздуха въ вены) центральный конецъ перерѣзанной вены, то нѣтъ никакого основанія поступать иначе при операціяхъ въ тазу. Надо надѣяться, что и здѣсь можно со временемъ будетъ достигнуть того же что и въ другихъ областяхъ т. е. можно будетъ примѣнить выводъ *Н. И. Пирогова* который говорилъ: «по счастью лигатуру венъ можно почти всегда избѣжать» ²⁾).

Не меньшее значеніе имѣетъ совершенно нехирургическій приемъ разрыванія сращеній между различными брюшными органами. Въ самомъ дѣлѣ, разрывая пальцами сращенія находящіеся въ брюшной полости, мы не имѣемъ никакого критерія, чтобы избѣжать пораненія кишокъ и другихъ органовъ. Здѣсь все зависитъ отъ удачи и у хирурговъ съ наиболее развитой тактильной чувствительностью и обладающихъ огромной опытностью всетаки бываютъ случаи, что кишка надорвется, или содержащая жидкость опухоль лопнетъ подъ пальцами. Словомъ есть такіе случаи, гдѣ при такихъ грубыхъ приѣмахъ, какъ разрываніе пальцами сращеній избѣжать осложнений нельзя. Оперативная хирургія учитъ насъ однако, что зная физическія свойства различныхъ тканей и пользуясь ихъ топографическими отношеніями возможно избѣжать многихъ случайныхъ пораненій.

Было бы въ высокой степени справедливо примѣнять эти и подобныя соображенія при рѣшеніи вопроса о выборѣ того или инаго метода, предложеннаго для оперированія міомъ; но какъ этого можно достигнуть будетъ сказано ниже.

Вернемся къ разсмотрѣнію особенностей влагалищнаго метода. Счастливый исходъ послѣ операціи черезъ влагалище зависитъ прежде всего отъ возможности кончить операцію т. е. удалить все то, что мы собирались удалить. Мы уже

²⁾ loco citato.

упоминали выше, что вопросъ этотъ не всегда можетъ быть рѣшенъ съ полною достовѣрностью. Для того, чтобы удалить опухоль чрезъ влагалище надо, чтобы она могла пройти черезъ этотъ путь т. е. чтобы она не была слишкомъ велика. Самые ярые защитники влагалищнаго метода всетаки ставятъ границы для размѣровъ матки, при которыхъ ее можно вылущить *per vaginam*. Обыкновенно принимаютъ, что если опухоль не заходитъ выше пупка, то можно ее удалить этимъ методомъ.

Такое опредѣленіе размѣровъ, конечно, не можетъ претендовать на точность, потому что дно матки можетъ стоять на одинаковой высотѣ (по отношенію къ пупку) при совершенно различныхъ размѣрахъ этого органа. Другіе принимаютъ что предѣломъ для размѣровъ опухоли при влагалищной операціи надо считать размѣръ опухоли въ головку доношеннаго плода³⁾. Если затрудненія и препятствія, зависящія отъ размѣровъ опухоли еще могутъ быть преодолены искусствомъ оператора, или его опытностью, то этого вовсе нельзя сказать объ затрудненіяхъ, зависящихъ отъ сращеній съ сосѣдними органами. Сращенія, нарушающія подвижность матки, конечно, могутъ быть опредѣлены до операціи и даже послужить противупоказаніемъ къ примѣненію влагалищнаго метода; но сращенія, подвижности не нарушающія напр. сращенія съ кишками могутъ до операціи быть вовсе не замѣчены. Не требуетъ доказательства, что справляться съ этого рода осложненіями, оперируя *per vaginam*, представляется въ высокой степени затруднительнымъ и есть много случаевъ, гдѣ хирурги должны были для устраненія подобныхъ осложненій, или для остановки кровотеченія заканчивать операціи чрево-сѣченіемъ.

Даже въ случаѣ подслизистой фибромы, когда вопросъ объ удаленіи *per vaginam* всей матки не возбуждается, условія операціи могутъ быть весьма разнообразны.

Если подслизистая фиброма доступна, или можетъ быть сдѣлана доступной помощью расширенія шейнаго канала, или

³⁾ Funke.—Zür totalen Uterus-extirpation per Laparotomiam etc. Z. f. G. und G. 1897, B. XXXVI, H. I, p. 151.

помощью расщепленія передней стѣнки матки (*per vaginam*), то едва ли можно думать объ операціи *per laparatomiam*. Но для того чтобы такая фиброма была доступна оперативному пособию (*per vaginam*) необходимо знать, что кромѣ подслизистой фибромы нѣтъ еще фибромъ интерстиціальныхъ, или что имѣющіяся на лицо интерстиціальныя фибромы тоже могутъ быть удалены черезъ влагалище. Если подслизистая фиброма отечна, а еще болѣе если она изъязвлена и распадается, то всякія манипуляціи съ нею въ полости матки сопровождаются огромною опасностью зараженія. Вполнѣ дезинфицировать даже влагалище при этомъ бываетъ чрезвычайно затруднительно, а полость матки иногда и совершенно невозможно.

Въ этихъ случаяхъ продолжительная операція, а тѣмъ болѣе невозможность окончить ее въ одинъ сеансъ и тотчасъ основательно дезинфицировать полость матки, равносильно потерѣ случая, ибо летальный исходъ при этомъ почти обезпеченъ. Еще вопросъ не слѣдуетъ ли вовсе отказаться оперировать такіе случаи *per vaginam*, а въ случаѣ объемистой фибромы не лучше ли прямо удалить всю матку *per coeliotomiam* и спасти больную отъ неминуемаго зараженія также, какъ спасаютъ иногда роженницу экстирпируя въ отчаянныхъ случаяхъ ея зараженную матку.

Влагалищная экстирпація фиброматозной матки конечно должна была всегда давать лучшіе результаты чѣмъ надъвлагалищная ампутація этого органа хотя бы уже только потому, что при ней невозможно сохранить шейку матки т. е., ту культю, которая служила еще не такъ давно главнымъ источникомъ всякихъ осложнений при фибромоміи помощью чревосѣченія. Другое важное преимущество влагалищной операціи состоитъ въ томъ, что при ней всегда рѣжутъ ткани окружающія матку на самой поверхности этого органа, а такъ какъ клѣтчатка, окружающая матку при этомъ находится въ сильной степени натяженія, потому что матку приходится при этомъ сильно стягивать внизъ, къ половой щели, то неудивительно, что ткани эти разрѣзаются по самому краю прикрѣпленія широкихъ связокъ и клѣтчатка, находящаяся въ основаніи этихъ связокъ, при этомъ очень мало разрывается. Отсюда

очень важное, на нашъ взглядъ, практическое слѣдствіе: лимфатическіе сосуды и пространства широкой связки не рвутся, а перерѣзываются по краю матки. Вены тоже перерѣзываются при самомъ выходѣ ихъ изъ маточной ткани, т. е. тамъ, гдѣ онѣ, конечно, тоньше чѣмъ въ самой широкой связкѣ. Отсюда тромбы послѣ перевязки венъ могутъ образоваться только въ сосудахъ меньшаго калибра. Кромѣ того въ рыхлости клѣтчатки заключается очень цѣнное въ оперативномъ отношеніи анатомическое условіе: пораненіе мочеточника при правильномъ производствѣ операціи не представляется возможнымъ, потому что этотъ протокъ не слѣдуетъ за вытягиваемой маткой. Рыхлая клѣтчатка сползаетъ съ него и онъ не попадаетъ въ поле операціи; на эту особенность клѣтчатки окружающей мочеточникъ я имѣлъ уже случай обращать вниманіе ⁴⁾. Для пораненія мочеточника при влагалищной операціи, необходимо: или, чтобы клѣтчатка эта была инфильтрирована, или чтобы анатомическія отношенія этого протока совершенно игнорировались.

Мы уже упомянули, что брюшина при влагалищной операціи ранится на меньшемъ протяженіи и что сосуды матки и клѣтчатки широкихъ связокъ перерѣзаются у самаго края матки; въ случаѣ одновременнаго удаленія придатковъ сосуды ихъ, *plexus rampluniforus*, перевязываются и перерѣзываются все таки ближе къ периферическому ихъ концу, чѣмъ при операціяхъ помощью чревосѣченія. Всѣ эти условія не могутъ не отражаться на дальнѣйшемъ теченіи послѣ операціи потому что, благодаря имъ отсутствуютъ многіе неблагоприятные моменты. Что брюшина при этомъ менѣе охлаждается и испытываетъ менѣе механическихъ раздраженій,—это фактъ на которой обращалось неоднократно вниманіе и еще прошлой осенью Проф. *Fritsch* пытался придать очень большое значеніе влиянію продолжительнаго, во время операцій, соприкосновенія брюшины съ воздухомъ ⁵⁾.

⁴⁾ См. мою статью въ книгѣ Проф. *Снегирева*. Маточныя кровотечения, М. 1895, изд. 2.

⁵⁾ *Naturforscherversammlung in Frankfurt a/M. Centralblatt für Gynäcologie*, № 40, p. 1011.

Наконецъ преимущества дренированія брюшной полости послѣ влагалищной экстирпации матки есть явленіе общеизвѣстное.

Всѣ эти перечисленные нами условія и другія, о которыхъ мы не упоминаемъ, потому что они извѣстны каждому и уже сдѣлались достояніемъ учебниковъ, могутъ объяснить намъ почему при исчисленіи $\%$ выздоровленій при влагалищномъ методѣ результаты должны получаться болѣе благопріятные, чѣмъ при операціяхъ *per coeliotomiam*. Но съ другой стороны есть случаи, которые *per vaginam* оперировать нельзя; напр. вслѣдствіе большого размѣра опухоли, которую нельзя удалить даже *par morcellement*, или когда надо ожидать сращеній съ сосѣдними органами напр. съ кишками и т. п. Во всѣхъ этихъ случаяхъ рекомендуется дѣлать операцію черезъ брюшной разрѣзъ; такимъ образомъ всѣ наиболѣе трудные случаи идутъ подъ операцію чревосѣченія и разумѣется, вліяютъ неблагопріятно на конечный результатъ—на статистику выздоровленій. Между тѣмъ, при удаленіи матки помощью чревосѣченія сама операція находится анатомически въ гораздо болѣе благопріятныхъ условіяхъ, потому что всѣ ткани разрѣзаются подъ контролемъ зрѣнія и какъ увидимъ ниже еще и потому, что при ней можно пользоваться такими топографическими свойствами тканей, которыми при вагинальной операціи почти вовсе пользоваться нельзя.

Попробуемъ разобратъ въ методахъ, которые предложены для удаленія фиброматозной матки помощью чревосѣченія.

Мы не будемъ вовсе разсматривать методы оставляющіе часть шейки матки, или иную ножку, потому что всѣ они и сложнѣе и кропотливѣе, а главное требуютъ большого послѣдующаго ухода, чѣмъ полное изсѣченіе матки. Физиологическаго значенія такой кусочекъ органа (какой при этомъ оставляется), конечно, имѣть не можетъ и вообще трудно подыскать основаніе для того, чтобы его оставлять.

О замѣнѣ лигатуръ щипцами мы говорить тоже не будемъ, потому что мы уже около двухъ лѣтъ оставили примѣненіе этихъ инструментовъ, ибо видѣли въ послѣоперационномъ теченіи дурное ихъ дѣйствіе: раздавленные ткани давали нагноеніе, иногда даже омертвѣніе и зловонное отдѣленіе и т. п.;

наконецъ ничтожное количество времени, которое сохраняется, когда не приходится накладывать лигатуръ не искупаютъ ни недостатковъ этого совершенно не хирургическаго приема, ни расходовъ сопряженныхъ съ необходимостью каждый разъ шлифовать заново эти инструменты.

Большая часть предложенныхъ для удаленія фибромъ методовъ отличается одинъ отъ другого тою послѣдовательностью, въ которой перерѣзываются и перевязываются различные отдѣлы связокъ матки съ заключенными въ нихъ сосудами. Иногда накладываются на эти связки различнаго рода зажимы какъ до ихъ перерѣзки такъ и послѣ нея; въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, послѣднее почти также не нужно какъ употреблявшееся встарину наложеніе эластическаго жгута. Съ точки зрѣнія оперативной хирургіи всѣ эти методы, конечно, будутъ имѣть историческій интересъ и только подтверждаютъ то положеніе, что если перевязать всѣ сосуды и не поранить сосѣднихъ, важныхъ для жизни органовъ, то можно удалить всякую опухоль гдѣ бы она не находилась. Большая часть этихъ методовъ описана въ послѣднемъ изданіи учебника *Pozzi* ⁶⁾, къ которому мы и отсылаемъ интересующихся исторической стороною этого вопроса.

Мы займемся разсмотрѣніемъ не деталей характеризующихъ всѣ эти методы, а тѣхъ раціональных физическихъ и анатомо-топографическихъ особенностей, которыя должны ложиться въ основаніе всякой критики этихъ методовъ.

Наибольшія практическія послѣдствія вытекаютъ при производствѣ этихъ операций изъ умѣнія пользоваться рыхлой клетчаткой. Самая простая форма операціи, основанная на свойствахъ этой ткани есть вылушеніе фибромъ по способу *Martin'a*: ткани, покрывающія фиброму разсѣкаютъ до такъ называемой капсулы и опухоль вылуцается тупымъ путемъ; по остановкѣ кровотечения все зашивается, а если нужно напр. если остается полость, то закладывается дренажъ. Эта операція мало чѣмъ отличается отъ другихъ хирургическихъ операцій этого рода на любомъ мѣстѣ человѣческаго тѣла.

⁶⁾ *T. Pozzi.*—*Traité de Gynécologie clinique et opératoire* III édition Paris 1897, pag. 321—372.

Для удаленія всей матки, какихъ бы она размѣровъ не была можно и должно воспользоваться той клѣтчаткой, которая ее окружаетъ и тогда можно значительно упростить эту операцію, а главное можно поступить съ сосудами, которые будутъ перерѣзаны также, какъ поступаютъ при всякихъ хирургическихъ операціяхъ т. е. перевязать ихъ отдѣльно.

Операція *Doyen* въ послѣдней ея модификаціи ⁷⁾ удовлетворяетъ большей части этихъ условій; но прежде чѣмъ описывать особенности метода Реймскаго хирурга мы сдѣлаемъ небольшое отступленіе и рассмотримъ нѣкоторыя анатомическія особенности, которыя необходимы для правильной оцѣнки этого метода и изъ которыхъ можно вообще вывести многія практическія въ оперативномъ отношеніи слѣдствія.

Чтобы воспользоваться знаніемъ анатомическихъ отношеній при вылуценіи какой либо опухоли или органа надо выяснитъ главнымъ образомъ два вопроса: 1) надо опредѣлить въ какомъ слоѣ должно производиться раздѣленіе тканей, а также какія физическія особенности этого слоя и 2) какія топографическія отношенія этого слоя къ сосѣднимъ органамъ и какъ эти отношенія будутъ измѣняться во время операціи, послѣднее необходимо, чтобы не поранить эти органы и контролировать кровотеченіе, предусматривая откуда его можно ожидать.

Слой котораго слѣдуетъ держаться при вылуценіи матки есть конечно рыхлая клѣтчатка, окружающая этотъ органъ. Основаній для этого нѣсколько: 1) это есть единственная ткань (изъ окружающихъ матку слоевъ), которая наименѣе измѣняется при увеличеніяхъ этого органа, зависящихъ отъ фибрознаго его перерожденія и вообще отъ всѣхъ новообразованій, которыя на эту ткань не распространяются. Иными словами этотъ слой можно всегда найти и распознать во время операціи. Даже (бывшія раньше) воспалительныя явленія, хотя и оставляютъ въ этой клѣтчаткѣ нѣкоторое уплотнѣніе, но окончательно измѣнить физическихъ свойствъ этой ткани не могутъ. (Только раковое перерожденіе и быть можетъ нѣкоторые виды саркомъ могутъ совершенно измѣнить эту ткань

⁷⁾ *E. Doyen.*—Hystérectomie abdominale totale. Communication au Congrès International de Genève. Archives provinciales de Chirurgie, Octobre, 1896.

и сдѣлать отыскиваніе ея невозможнымъ, но это уже будутъ случаи, которые оперировать нельзя); 2) эта клѣтчатка позволяетъ отдѣлать удаляемый органъ преимущественно тупымъ путемъ и при томъ на столько быстро, что предупреждать венозное кровотеченіе, можетъ не понадобится; 3) этотъ оперативный путь исключаетъ возможность пораненія кишокъ и обладаетъ особенностями помогающими, какъ мы уже сказали выше, избѣгать пораненія мочеточника. Измѣненія которыя могутъ быть въ серозномъ покровѣ матки (вслѣдствіе плотныхъ сращеній и т. п.) могутъ сдѣлать этотъ слой мало, или даже совершенно непригоднымъ для пользованія имъ при вылученіи матки.

Разсмотримъ какъ относится слой клѣтчатки къ поверхности матки и какъ измѣняются эти отношенія при увеличеніяхъ этого органа.

Что съ боковъ матки находится рыхлая клѣтчатка, это извѣстно каждому; но что клѣтчатка эта заходитъ на переднюю и на заднюю поверхность этого органа это отрицается даже знаменитѣйшими анатомами и добросовѣстнѣйшими наблюдателями. Проф. *Sappey* прямо утверждаетъ, что на передней и задней поверхности матки брюшина приростае къ мышечному слою такъ, что ее невозможно отпрепаровать не захвативши верхняго слоя мышечной ткани ⁸⁾). Тоже утверждаетъ и *Luschka* ⁹⁾). Того же мнѣнія придерживаются *Nagel* ¹⁰⁾ и *Tillaux* ¹¹⁾).

Можно было-бы прослѣдить описаніе этой подробности и у другихъ авторовъ, но полагаю, что и приведенныхъ цитатъ вполне достаточно, чтобы подтвердить мою мысль, тѣмъ болѣе, что мнѣ неизвѣстно ни одного сочиненія по анатоміи, гдѣ отношеніе брюшины къ передней и задней поверхности матки было-бы описано иначе.

⁸⁾ *Sappey*.—Traité d'anatomie descriptive Paris, 1879, t. XV, pag. 765.

⁹⁾ *Luschka*.—Die Anatomie des Menschen Tübingen 1864, II Band, 2 Abth. pag. 359.

¹⁰⁾ *Willh. Nagel*.—Die weibliche geschlechtsorgane. Handbuch der Anatomie des Menschen herausgegeben von K. Bardleben Jera 1896, VII B. 2 Th. 1 Abth. pag. 85.

¹¹⁾ *Tillaux*.—Traité d'anatomie topographique Paris 1882, pag. 876.

Убѣдившись во время операцій при экстирпаціи матки черезъ чревосѣченіе, что брюшина на передней и задней поверхности этого органа легко отдирается пальцемъ, когда матка бываетъ увеличена вслѣдствіе новообразованій или фиброматознаго ея перерожденія, я сталъ отмѣчать на препаратахъ удаленной такимъ образомъ матки то мѣсто, на которомъ брюшину отъ поверхности матки пальцемъ отдѣлить нельзя и величину того пространства, которое занимаетъ брюшина дѣйствительно приращенная къ мышечной ткани матки. Я изслѣдовалъ нѣсколько не беременных и не увеличенныхъ матокъ, а также матку только что родившей женщины. Оказалось, что на послѣродовой маткѣ это пространство больше по отношенію ко всей поверхности матки, чѣмъ на маткѣ небеременной; но пространство, гдѣ на послѣродовой маткѣ брюшину пальцемъ отодрать нельзя и гдѣ нѣтъ подбрюшинной клѣтчатки, оказалось все-таки меньше той части поверхности матки, гдѣ брюшина легко отдѣлялась отъ маточной ткани. Оказалось также, что въ случаѣ увеличенія матки вслѣдствіе опухолей или новообразованій, та часть поверхности этого органа, на которой брюшина плотно приращена къ маточной ткани очень мало отличается по своимъ размѣрамъ отъ размѣровъ, покрытой брюшиной поверхности небеременной матки. На маткѣ небеременной можно всегда пальцемъ отодрать брюшину, покрывающую этотъ органъ на $1\frac{1}{2}$ сант. отъ боковаго края матки. Тоже самое наблюдается и на днѣ Дугласовыхъ впадинъ, при чемъ на передней поверхности пространство, остающееся непокрытымъ брюшиной на вырѣзанной маткѣ, немного шире, чѣмъ у мѣста прикрѣпленія задняго свода.

На рис. 1 видно, что при увеличеніи матки, вслѣдствіе фибромы, пространство, занятое рыхлой клѣтчаткой значительно больше того, которое можно наблюдать на маткѣ не увеличенной.

На маткѣ послѣродовой поверхность той части брюшины, которую пальцами отъ нея отодрать нельзя, представляется нѣсколько большей, чѣмъ въ случаѣ увеличенія этого органа вслѣдствіе фиброміомы. Измѣреніе разстоянія, на которомъ можно отодрать пальцами брюшину отъ передней и отъ задней поверхности послѣродовой матки показываетъ, что отъ боковыхъ краевъ этого органа, разстояніе это равняется отъ 3 до $3\frac{1}{2}$ сант.,

а около дна Дугласовыхъ ямокъ отъ 3 до 4 сант. считая отъ мѣста прикрѣпленія сводовъ. Граница той части брюшины, которую отодрать пальцемъ нельзя, не представляется рѣзкою и прикрѣпленіе брюшины становится прочнѣе приближаясь къ средней линіи (что вполнѣ соотвѣтствуетъ эмбриологическому развитію матки изъ парнаго образованія). Здѣсь, какъ на передней, такъ и на задней поверхности матки имѣется по треугольному пространству, гдѣ брюшина приращена къ мышечной ткани матки. Основаніе этихъ треугольниковъ совпадаетъ съ дномъ матки (концы этого (общаго) основанія соотвѣтствуютъ мѣсту прикрѣпленія трубъ), а верхушка обращена внизъ въ Дугласову впадину. Высота этихъ треугольниковъ на вырѣзанной матки (по средней ея линіи) равняется около 10—11 сант.

Что беременная матка увеличиваясь раздвигаетъ листки широкихъ связокъ это фактъ, отмѣченный многими анатомами. Еще *Jarjavay* ¹²⁾ отмѣтилъ значеніе этого явленія, а *Richet* ¹³⁾ даже прямо считалъ, что главное назначеніе широкихъ связокъ состоитъ въ томъ, чтобы облегчать возможность увеличенія матки во время беременности. Но какое именно пространство занимаетъ на поверхности беременной матки брюшина, покрывавшая ее въ небеременномъ состояніи, это никѣмъ не отмѣчается. Тоже относится и къ увеличеніямъ матки вслѣдствіе новообразованій. Такъ *Veit* отмѣчаетъ, что матка при этомъ вростаетъ въ широкія связки, раздвигая ихъ листки ¹⁴⁾, но каково пространство брюшины приращенной къ маточной ткани объ этомъ указаній мнѣ найти не удалось, а между тѣмъ это вопросъ чрезвычайно важный по своимъ практическимъ слѣдствіямъ.

На рис. 2 отмѣчена граница той части поверхности матки, изображенной на рисункѣ первомъ, гдѣ мнѣ брюшину тупымъ путемъ отдѣлить не удалось.

¹²⁾ *Jarjavay*.—Traité d'anatomie chirurgicale. Paris, 1852, tome I, pag. 302.

¹³⁾ *A. Richet*.—Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale. Paris, 1877, pag. 993.

¹⁴⁾ *Veit*.—Das weibliche Becken. Müller's Handbuch der Geburtshülfe Stuttgart, 1888, B. I, pag. 195.

Разсматривая этот рисунокъ можно убѣдиться, что пространство, на которомъ брюшина прирощена къ этой увеличенной маткѣ, мало отличается, по размѣрамъ отъ того пространства, на которомъ эта плева приростаетъ къ маткѣ неувеличенной.

Разсматривая подобные препараты можно убѣдиться, что явление это наблюдается какъ при фиброміомахъ интерстиціальныхъ, такъ и при подслизистыхъ. При фибромахъ подслизистыхъ уже теоретически разсуждая (на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ) можно ожидать, что отношенія брюшины и подбрюшинной клѣтчатки будетъ сходное съ тѣмъ что бываетъ при растяженіи полости матки и увеличеніи ея объема вслѣдствіе беременности. Намъ лично болѣе доказательнымъ въ пользу этого явленія кажется примѣръ фибромъ интерстиціальныхъ; поэтому мы считаемъ умѣстнымъ дать здѣсь рисунокъ (рис. 3), изъ разсмотрѣнія коего ясно, что препаратъ изображенный на рис. 1 и рис. 2 есть дѣйствительно фиброма интерстиціальная.

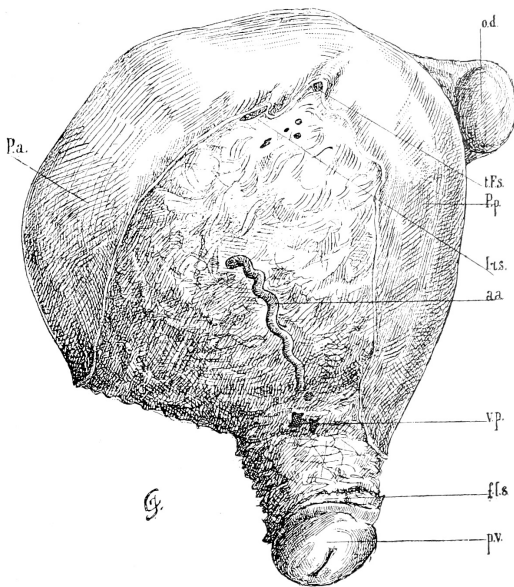
И такъ изъ всего только что изложеннаго слѣдуетъ, что большая часть поверхности увеличенной матки, независимо отъ причины этого увеличенія покрыта рыхлой клѣтчаткой—слѣдовательно большая часть поверхности этого органа можетъ быть вылучена въ этомъ слоѣ: анатомически это вѣрный и точный путь, которымъ, по вышеуказаннымъ причинамъ желательно и слѣдуетъ воспользоваться.

Перейдемъ къ разсмотрѣнію втораго вопроса, съ которымъ мы обратились къ анатомическимъ условіямъ, въ которыхъ находится фиброматозная матка—къ отношенію кровеносныхъ сосудовъ и другихъ сосѣднихъ органовъ.

Можетъ ли при быстромъ вылученіи матки въ этомъ слоѣ (рыхлой клѣтчатки) быть кровотеченіе и какъ его контролировать.

Кровотеченіе можетъ быть только изъ перерѣзанныхъ артерій, потому что когда всѣ артеріи перерѣзаны, то въ вены кровь притекать не можетъ и онѣ кровоточить не могутъ. Практически это выражается тѣмъ, что было отмѣчено *Doyen*, т. е. что по мѣрѣ освобожденія опухоли и перерѣзанія венъ кровотеченіе изъ нихъ останавливается само собой. «Лучшее

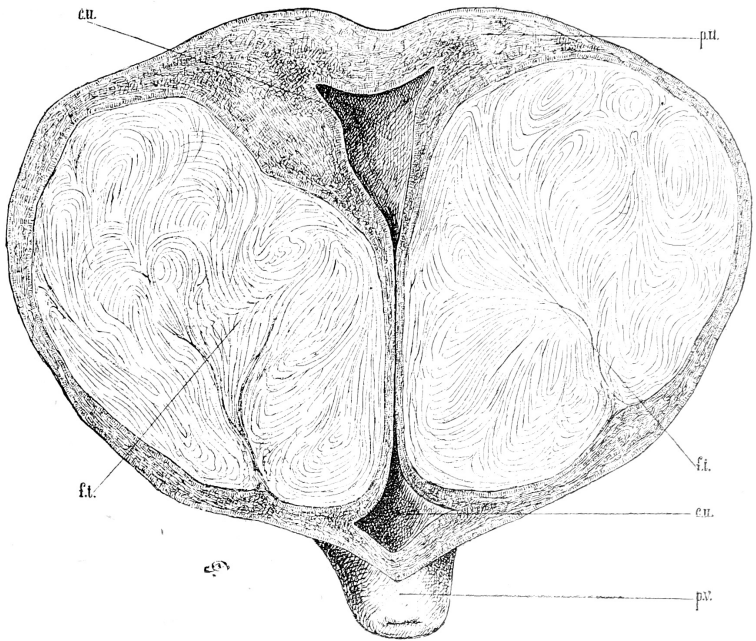
Рис. 1.



Объяснение рисунка. Препаратъ, вылущенной по способу Dojen, матки (безъ предварительной перевязки чего либо—sans hémostase préalable). Интерстициальная фиброміома; опухоль доходила до пупка (опер. 27/x 1896, прод. опер. 55 мин. Выпис. здоровой). *P. a.*—*paries anterior uteri*; *p. p.*—*paries posterior uteri*; *p. v.*—*portio vaginalis*; *f. l. s.*—*fornix vaginalis sinister*; *c. p.*—*venae persectae*; *l. r. s.*—*ligamentum rotundum sinistrum*; *t F. s.*—*tuba Fallopiana sinistra* (persecta); *a. a.*—*arcus arteriosus*—анастомозъ между *arteria uterina* и *art. ovarica*.

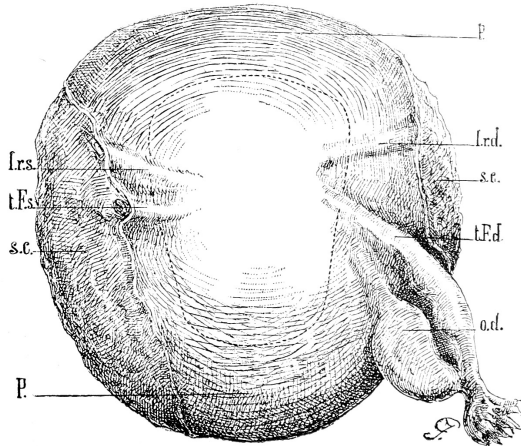


Рис. 2.



Объяснение рисунка. Тот же препарат что и на рис. 1, видимый сверху. Пунктирная линия обозначает границу приращенной къ маткѣ брюшины. S. c. клетчатка широкихъ связок; p. p.—peritoneum; l. r. s. и l. r. d.—Ligamenta rotunda; sinistrum et dextrum; t. F. s. и i. F. d.—tubae Fallopianae sinistra et dextra; o. d.—ovarium dextrum.

Рис. 3.



Объяснение рисунка. Продольный разръзъ препарата, изображеннаго на рис. 1 и рис. 2 — P. u — paries uteri; c. u.—cavum uteri; p. v.—portio vaginalis; t. i. f. s. — fibroma interstitialis.

«средство остановить венозное кровотечение» какъ выразился *Doegen*, когда я посѣтилъ его клинику, «есть ихъ перерѣзываніе» (при вылущеніи міомъ).

Если придерживаться самой поверхности матки, то артеріальная дуга (анастомозъ *arteriae uterinae cum arteria ovarica*) можетъ сохраниться цѣлою, а перерѣзаются только вѣтви идущія отъ нея къ маткѣ. Здѣсь собственно можетъ быть только четыре крупныя артеріи, если перерѣзать эту дугу (двѣ *art. uterinae* и двѣ *art. ovaricae*) и иногда еще двѣ *art. ligamenti rotundi*. Какъ увидимъ ниже всѣ эти артеріи легко захватить *Kocher*'овскими пинцетами и перевязать *in loco*. Не найти ихъ нельзя потому что видна бьющая изъ нихъ струя крови, если онѣ перерѣзаны. Кромѣ того по мѣрѣ отдѣленія прикрѣпленій широкой связки, эта связка съеживается и ее легко зажать между большимъ и указательнымъ пальцемъ и остановить всякое кровотеченіе изъ этого источника.

Опасаться какихъ либо аномалій артерій при этомъ моментѣ операціи нѣтъ основаній, потому что главные артеріальные стволы въ этой области стлчаются большимъ постоянствомъ.

Въ доступной мнѣ литературѣ, мнѣ не удалось найти ни одного случая отсутствія продольнаго анастомоза маточной и оваріальной артерій. Эта дуга можетъ, конечно образоваться изъ сосудовъ, отходящихъ аномально, но самая дуга, характеризующая расположеніе артерій въ широкой связкѣ, повидимому аномаліямъ не подвержена. Болѣе мелкіе анастомозы напр. аномальное развитіе *arteriae ligamenti rotundi*, или везикальных вѣтвей едва ли могутъ доставить достаточное количество крови, чтобы обусловить значительное венозное кровотеченіе. Наконецъ ихъ тоже можно найти и перевязать, особенно если эти сосуды расширены. Все таки это случай рѣдкій; тоже относится и къ аномальному анастомозу, который можетъ развиваться изъ маленькой артеріальной вѣточки, входящей въ составъ сосудистой сѣти, окружающей поверхность мочееточника. Постоянство, съ которымъ встрѣчается определенное расположеніе сосудовъ матки и отсутствіе основанія, чтобы ожидать серьезныхъ аномалій при увеличеніяхъ этого органа подтверждается примѣромъ беременной матки. Въ самомъ

дѣлѣ расположеніе сосудовъ матки во время беременности остается тоже самое, какъ и въ небеременномъ состояніи, только отдѣльныя вѣтки увеличиваются въ калибрѣ, а новыхъ сосудовъ болѣе крупной величины не появляется (въ толщѣ широкой связки).

Другое дѣло когда развиваются аномальные сосуды въ сращеніяхъ съ сосѣдными органами напр. съ сальникомъ, брыжжейками и т. п. здѣсь дѣйствительно могутъ быть наблюдаемы аномальные сосуды огромнаго калибра. На венахъ эти аномаліи выражаются гораздо рѣзче и приходится иногда наблюдать такіа аномальныя вѣтви толщиной въ карандашъ и даже почти въ мизинецъ; Но мы уже сказали, что вены могутъ быть страшны только пока не перерѣзаны артеріи ихъ питающія. Конечно при такихъ сращеніяхъ необходимо предварительно перевязать ихъ: этого требуетъ безопасность, но и здѣсь вѣроятно возможно иногда воспользоваться общимъ принципомъ, что отдѣляя маточную опухоль въ слоѣ окружающей ее клѣтчатки и накладывая пинцеты на кровотокащія артеріи, а вены просто перерѣзая можно устранить всякія осложненія со стороны кровотечения; но это вопросъ, практическое значеніе котораго рѣшить будущее. Все таки большая часть сращеній, въ которыхъ бывають аномальные сосуды, наблюдается чаще около верхняго края широкихъ связокъ, вообще въ верхнемъ отдѣлѣ опухоли т. е. въ такомъ мѣстѣ, гдѣ поле операціи доступнѣе и гдѣ легче разобраться въ анатомическихъ отношеніяхъ къ сосѣднымъ органамъ.

Такимъ образомъ при отдѣленіи матки въ слоѣ окружающей ее клѣтчатки, существуютъ анатомическія условія, позволяющія не опасаться артеріальнаго кровотечения, потому что артерій немного и потому что извѣстно, гдѣ онѣ находятся. Логическія основанія не позволяютъ думать, чтобы вены могли дать кровотеченіе, если артеріи перерѣзаны и кровь въ вены не притекаетъ. Опасаться пораненія сосѣднихъ органовъ тоже не имѣется основанія, потому что тѣ органы, которые помещаются въ брюшной полости отдѣлены отъ поля операціи слоемъ брюшины, покрывающимъ матку и широкія связки, а тѣ органы которые находятся въ клѣтчаткѣ этихъ связокъ — мочеточники, по особенностямъ ткани, которая ихъ окружаетъ

не могутъ быть поранены, если придерживать самой поверхности матки и только на ней и раздѣлять ткани. Тоже самое относится и къ пузырю.

Остаются небольшія вѣтки вагинальныхъ артерій, которыя ранятся при перерѣзываньи сводовъ и стѣнокъ влагалища. Кровотеченія они серьезнаго дать не могутъ, потому что при перерѣзываньи ихъ шейку матки приходится сильно оттагивать кверху и само растяженіе суживаетъ просвѣтъ перерѣзаемыхъ сосудовъ (подобно тому какъ это бываетъ при влагалищной экстирпации по способу *Doyen*). къ тому же ихъ легко захватить пинцетами *Kocher*'а, какъ тотчасъ по перерѣзкѣ, такъ и по удаленіи матки, — въ послѣднемъ случаѣ пинцетовъ можетъ понадобится даже меньшее число, потому что одна и таже артерія можетъ быть перерѣзана въ двухъ мѣстахъ.

Какъ типическій примѣръ приложенія всѣхъ этихъ принциповъ рассмотримъ операциі *Doyen* ¹⁵⁾.

Возьмемъ простой случай вродѣ того, при которомъ вырѣзанъ препаратъ, изображенный на нашихъ рисункахъ. Матка совершенно подвижна, или сращенія ничтожныя и дойти до дна задняго Дугласова мѣшка легко.

Вся маточная опухоль вытягивается изъ брюшной черезъ брюшную рану и удерживается помощникомъ (1-й моментъ операциі). Другой помощникъ вводитъ во влагалище большой изогнутый корнцангъ и помѣщаетъ конецъ этого инструмента въ задній сводъ влагалища. Хирургъ нащупываетъ конецъ корнцанга указательнымъ пальцемъ лѣвой руки и тотчасъ разсѣкаетъ Куперовскими ножницами всѣ ткани на днѣ Дугласова пространства, — получается рана проникающая въ полость влагалища. Двумя ударами ножницъ рана эта расширяется въ обѣ стороны и влагалищная порція становится видной черезъ рану (2-й моментъ). Помощникъ удаляетъ корнцангъ изъ влагалища, хирургъ захватываетъ влагалищную часть хорошими щипцами *Museux* и вытягивая ее кверху быстро обсѣкаетъ ножницами слизистую боковыхъ и передняго сводовъ влагалища, доходя до рыхлой парацервикальной клѣтчатки (3-й моментъ). Шейка матки или сама отдирается отъ мочевого пузыря вслѣдствіе вытягиванія щипцами *Museux*, или пузырь

¹⁵⁾ loco citato.

отдѣляютъ отъ нея пальцемъ, обернутымъ марлей (4-й моментъ). Хирургъ проводитъ указательный палецъ подъ широкую связку, отдираетъ ее отъ боковой поверхности матки и перерѣзаетъ ножницами брюшину этихъ сводовъ у самой поверхности матки и на днѣ передняго Дугласова пространства (5-й моментъ). Теперь остается только перевязать артеріи in loco, тамъ, гдѣ онѣ перерѣзаны и зашить въ тазу рану брюшины, притянувъ во влагалище остатки широкихъ связокъ. Всякое послѣдовательное кровотеченіе въ брюшную полость этимъ исключается вовсе, всѣ перерѣзанные сосуды и ихъ лигатуры находятся во влагалищѣ и ихъ всегда можно осмотрѣть, а если бы понадобилось и обшить изъ влагалища.

Чрезвычайная простота этой операціи и быстрота, съ которой она можетъ быть произведена, потому что матка при этомъ вылуцается скорѣе чѣмъ можно успѣть прочесть только что сдѣланное описаніе, ставятъ эту операцію значительно выше другихъ оперативныхъ методовъ предложенныхъ для удаленія фиброматозной матки. Кромѣ того изъ описанія метода операціи видно, что она удовлетворяетъ всѣмъ соображеніямъ выставленнымъ вначалѣ этой статьи, а по своей послѣдовательности и по законченности отдѣльныхъ моментовъ она напоминаетъ классическіе способы, выработанные оперативной хирургіей.

Со времени моего ознакомленія съ послѣдней модификаціей этого метода (т. е. съ октября прошлаго года) мнѣ пришлось сдѣлать только четыре операціи по этому способу и, конечно, дѣлать какіе либо выводы теперь преждевременно, но судить о преимуществахъ, примѣняемыхъ при этой операціи принциповъ, если они такъ очевидны, всетаки можно и общее впечатлѣніе такое, что это есть типъ, къ которому желательно сводить всѣ операціи изсѣченія фиброматозной матки.

Къ сожалѣнію этотъ методъ можно провести въ полности только тогда, когда матка настолько подвижна, или можетъ быть сдѣлана подвижной, что можно дойти до дна задняго Дугласова пространства; но это бываетъ не всегда. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дно Дугласовой ямки не доступно и матка не подвижна можно поступить двояко: или 1) отдѣлить тупымъ путемъ прикрѣпленіе одной изъ широкихъ связокъ, надрѣзавши предварительно брюшину вдоль краевъ матки (на перед-

ней и задней ея поверхности), какъ это дѣлается при операціи *Doyen* въ первоначальной ея модификаціи ¹⁶⁾, а затѣмъ, отдѣливши широкую связку проникнуть въ полость влагалища черезъ боковой сводъ и свести отношенія къ тому, что бываетъ при типической операціи (потому что матка сдѣлается подвижной); или 2) воспользоваться методомъ пр. *Снегирева* и проникнуть въ передній сводъ отдѣливши пузырь отъ передней поверхности матки по предварительномъ разсѣченіи дна передняго Дугласова пространства. Этотъ послѣдній путь много облегчаетъ отыскиваніе *art. uterinae*, которую можно при этомъ завязать еще до ея перерѣзки.

Наконецъ, можно поступить такъ, какъ это случилось сдѣлать мнѣ въ одномъ случаѣ. Можно надрѣзать брюшину, покрывающую заднюю поверхность матки около бокового края этого органа и, отдирая эту плеву отъ задней поверхности матки, спуститься по подбрюшинной клѣтчаткѣ до мѣста прикрѣпленія задняго свода и вскрывши его отдѣлать широкую связку отъ матки тупымъ путемъ снизу вверхъ, введеннымъ подъ основаніе связки указательнымъ пальцемъ.

Отдѣльные случаи должны требовать особыхъ модификацій; но примѣненіе основныхъ принциповъ остается тоже. Методъ проф. *Снегирева* позволяетъ вылущать такія опухоли, при которыхъ инымъ образомъ едва-ли возможно окончить операцію; но отдѣленіе мочевого пузыря (отъ матки) сверху внизъ технически труднѣе, чѣмъ путь снизу вверхъ. Здѣсь ярко проявляется общее правило, что, приступая къ чревосѣченію, надо владѣть всѣми методами, чтобы воспользоваться ими для устраненія всякихъ осложненій, которыя могутъ встрѣтиться и которыхъ предусмотрѣть заранѣе нельзя. Существеннымъ для дальнѣйшаго теченія послѣ операціи является быстрое и тщательное зашиваніе брюшины, какъ это дѣлаетъ проф. *Снегиревъ*, у котораго изъ 83 случаевъ изсѣченія матки (по новому способу съ 1894 по 1896 г.) не было ни одной недоконченной операціи и онъ потерялъ только 4 больныхъ ¹⁷⁾.

¹⁶⁾ E. Doyen. Hysterectomie abdominale. Archives provinciales de Chirurgie Dec. 1892.

¹⁷⁾ W. Snegireff.—83 Fälle von Myomo-hysterectomie nach modificiertem Doyen'schen Verfahren in Monatschrift für Geb. und Gynäcol. Dec. 1896.

Характерная особенность методовъ *Doyen* и *Снегирева* состоитъ въ томъ, что анатомически избранъ правильный путь.

Другая особенность тоже капитальной важности,—это фактъ отмѣченный *Doyen*, что предварительная перевязка для предупрежденія кровотеченія можетъ не понадобится вовсе и что можно уже по вылученіи опухоли приступать къ гемостазу. Вполнѣ отчетливо провести этотъ принципъ (*sans hémastase préalable*) мнѣ пока пришлось только въ 9 случаяхъ (въ томъ числѣ и послѣдніе 4, о которыхъ я упоминалъ выше). Какого либо осложненія отъ кровотеченія я при этомъ не наблюдалъ и вообще потеря крови была ничтожная (эти больныя всѣ выздоровѣли). Примѣненіе этого принципа значительно облегчаетъ ходъ операции и исключаетъ всякую возможность обколотъ, перевязать или защемить какой либо сосѣдній органъ, напр., мочеточникъ или пузырь.

О томъ, что вены при этомъ не перевязываются я уже сказалъ выше.

И такъ дальнѣйшія усовершенствованія въ оперативныхъ методахъ для изсѣченія фиброматозной матки должны принимать во вниманіе преимущества этихъ принциповъ, которые отмѣчены главнымъ образомъ *Doyen* и разработаны имъ и проф. *Снегиревымъ*, а всякія детальныя подробности, напр., наложеніе пинцетовъ вмѣсто лигатуръ есть, конечно, дѣло второстепенное (и повидимому даже вовсе не желательное, потому что дѣла не упрощаетъ, а осложненія можетъ породить серьезныя); это такія подробности, которыя отдѣльнаго метода не создаютъ и существеннаго значенія имѣть не могутъ.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать пожеланіе, чтобы тѣ отношенія клѣтчатки къ поверхности матки, которыя описаны въ этой статьѣ были прослѣжены (тѣми кому есть на то случай) на большемъ числѣ и на болѣе разнообразныхъ случаяхъ новообразованій этого органа.

II.

Алумноль въ гинекологіи.

В. В. Потѣенко.

(Изъ Козловской желѣзно-дорожной больницы).

Предлагаемый способъ лѣченія заболѣваній матки, ея придатковъ и тазовой брюшины заключается во впрыскиваніяхъ въ матку (ея полость) раствора алумнола (алумнола 2,5, іодной настойки и очищеннаго спирта по 25,0). Идея подобнаго способа лѣченія, какъ и весьма многое въ современной медицинѣ, не нова, такъ напр., очень давно при эндометритахъ примѣняются впрыскиванія въ полость матки іодной настойки, воднаго раствора хлористаго цинка и т. п. Примѣненіе же алумнола для этой цѣли весьма недавняго происхожденія.

Именно, въ первый разъ въ русской медицинской литературѣ сообщеніе объ этомъ было изъ клиники проф. *Грамматикати* (въ Томскѣ) въ 1895 году (см. «Врачъ» за 1895 г., № 26, реф. статьи д-ра *Г. И. Лебедева*), а потомъ еще въ 1896 году (см. «Врачъ» 1896 г., №№ 29 и 30, 1. с.) проф. *И. Н. Грамматикати* довольно подробно изложилъ способъ примѣненія этого средства при весьма различныхъ заболѣваніяхъ половой сферы и показанія къ его примѣненію.

Узнавъ изъ вышецитированной статьи проф. *И. Н. Грамматикати* о столь хорошихъ результатахъ лѣченія алумноломъ заболѣваній матки и ея придатковъ, я съ іюля мѣсяца 1896 г. началъ примѣнять это средство у своихъ гинекологическихкихъ больныхъ.

Теперь, имѣя въ своемъ распоряженіи наблюденія надъ 22 больными, я хотѣлъ бы подѣлиться съ товарищами результатами своихъ наблюдений.

Съ іюля мѣсяца 1896 г. по 20 февраля 1897 года подъ моимъ наблюдениемъ было 22 больн. съ различнаго рода заболѣваніями матки и ея придатковъ (по преимуществу воспалительнаго характера); большинство этихъ больныхъ лѣчилося амбулаторно (16 чел.) и только 6 человекъ — въ желѣзно-дорожной больницѣ.

По роду болѣзней онѣ распредѣляются:

- | | |
|--|-------|
| 1) Хроническій катарральный эндометритъ и хронич. сальпинго-оофоритъ | 5 сл. |
| 2) Хроническій сальпинго-оофоритъ | 3 сл. |
| 3) Хроническій сальпинго-оофоритъ и параметритъ | 1 сл. |
| 4) Подострый сальпингитъ (послѣ выкидыша) | 1 сл. |
| 5) Хроническій катарральный эндометритъ | 5 сл. |
| 6) Подострый параметритъ послѣ родового происхожденія | 1 сл. |
| 7) Хроническій послѣродовой оофоритъ | 1 сл. |
| 8) Хроническій двусторонній сальпинго-оофоритъ и фиброма матки | 1 сл. |
| 9) Полипозный эндометритъ (кровотеченіе) | 1 сл. |
| 10) Гнойный эндометритъ на почвѣ послѣ родового заболѣванія | 1 сл. |
| 11) Острый послѣродов. эндометритъ и параметритъ | 1 сл. |
| 12) Острый эндометритъ (кровотеченіе) | 1 сл. |

Всего 22 сл.

Какъ видно изъ перечня болѣзней, при которыхъ примѣнялся алумноль, онѣ были весьма разнообразны.

Чаще всего приходилось дѣлать выпрыскиванія алумнола при хроническихъ эндометритахъ и сальпинго-оофоритахъ гоноройнаго происхожденія; потомъ — при послѣродовыхъ эндометритахъ нерѣдко и одинъ только разъ при фиброміомѣ матки (небольшихъ размѣровъ).

Всѣхъ ¹⁾ выпрыскиваний алумнола мной сдѣлано было 515.

¹⁾ Иногда алумноль мной выпрыскивался вскорѣ послѣ выскабливанія матки (2—3 раза) вмѣсто простой іодной настойки (эти случаи не входятъ въ настоящую статью).

Наибольшее количество одной больной выпрыскиваний сдѣлано 43, а наименьшее количество для одной больной—пять. Чаще же всего для полученія хорошаго эффекта лѣчебнаго одной больной приходилось сдѣлать 25—27 выпрыскиваний алумнола.

Дѣйствіе алумнола при заболѣваніяхъ половыхъ органовъ выразилось слѣдующимъ образомъ: изъ 22 больныхъ *у всѣхъ*, за исключеніемъ 1 случая послѣродоваго эндометрита и параметрита, наблюдалось *значительное улучшение*, — *выздоровленіе же наблюдалось*: въ 7 случаяхъ при сальпинго-оофоритахъ, въ 6 случаяхъ при катарральныхъ эндометритахъ, въ одномъ случаѣ при послѣродовомъ эндометритѣ, въ 2 случаяхъ при кровотеченіяхъ изъ матки (эндометритъ и фиброміома), въ 1 случаѣ при полипозномъ эндометритѣ и въ 1 случаѣ при послѣродовомъ параметритѣ.

Правда, не во всѣхъ этихъ случаяхъ выздоровленіе было стойко: въ нѣкоторыхъ изъ нихъ прежніе болѣзненные припадки опять возвратились черезъ 1½—2 мѣсяца, какъ напр. больной, исторія болѣзни которой приведена здѣсь подъ № I, съ хроническимъ сальпинго-оофоритомъ, пришлось въ послѣдствіи предложить даже удаленіе трубъ (она на это не согласилась).

Быстрѣе всего поддавались лѣченію алумноломъ хроническіе катарральные эндометриты и подострые пuerperальные эндометриты и излѣченіе въ этихъ случаяхъ получалось болѣе стойкимъ.

Нѣкоторыя больныя обращались за лѣченіемъ по поводу привычныхъ выкидышей и безплодія на почвѣ эндометрита; конечно о результатахъ лѣченія алумноломъ при этихъ послѣднихъ заболѣваніяхъ еще нельзя вполне опредѣленно высказаться, такъ какъ періодъ времени послѣ выпрыскиваній еще не достаточно великъ.

Для нагляднаго примѣра дѣйствія алумнола при заболѣваніяхъ матки и ея придатковъ приведу нѣсколько болѣе характерныхъ исторій болѣзни.

I. 25/VII 96 г. ко мнѣ въ амбулаторію обратилась жена слесаря Надежда Б—на, 23 лѣтъ, жит. г. Козлова, по поводу болей въ нижней части живота. Замужемъ три года. Одинъ разъ родила 1½ года тому назадъ. Больна около 5—6 мѣсяцевъ. До болѣзни *meneses* приходили безболѣзненно, черезъ 3 недѣли, по 4—5 дней, кровь была жидкая.

Теперь *menses* приходятъ черезъ 4 недѣли, по 4 дня, кровь со сгустками; во время *регуль*, вслѣдствіе сильныхъ болей въ лѣвой паховой области, отдающихъ въ лѣвую же ногу, приходится лежать въ постели. При изслѣдованіи половыхъ органовъ оказалось: матка, немного увеличенная, лежитъ кзади и легко выводится кпереди; лѣвые яичники и труба увеличены и очень болѣзненны, правые же придатки, сравнительно, меньше увеличены и почти безболѣзненны. Лѣвые придатки представляютъ собой конгломератъ тканей, не ясно очерченной формы, величиной около куриного яйца. Кромѣ этого больная страдаетъ ежедневной, особенно по утрамъ, рвотой и сердцебиеніемъ. Органическихъ измѣненій со стороны сердца не найдено. Рвота и сердцебиеніе появились одновременно съ заболѣваніемъ въ лѣвой паховой области и никакимъ внутреннимъ терапевтическимъ средствамъ не поддавались.

Лѣченіе—впрыскиваніями алунола въ полость матки; кромѣ этого въ первые 3—4 дня больной назначенъ былъ салициловый висмутъ съ морфіемъ, *per os*, для уменьшенія рвоты.

Впрыскиванія алунола дѣлались иногда ежедневно, а иногда были промежутки въ 1—2 дня. Всѣхъ впрыскиваній больной сдѣлано 43; иногда эти впрыскиванія вызывали довольно сильныя боли (вскорѣ послѣ сдѣланнаго впрыскиванія) въ области лѣвыхъ придатковъ; эти боли чаще наблюдались въ первые дни лѣченія впрыскиваніями.

29/уш. Сдѣлано 3-е впрыскиваніе алунола; область лѣвыхъ придатковъ меньше болѣзненна. Рвота продолжается.

31/уш: 4-е впрыскиваніе. Рвота прекратилась, самочувствіе хорошее. Послѣ 3-яго впрыскиванія наблюдались довольно острыя боли въ лѣвой паховой области, продолжавшіяся нѣсколько часовъ.

Съ 1 августа по 6-е августа: рвоты нѣтъ и аппетитъ хорошъ; иногда бываютъ боли въ лѣвыхъ придаткахъ.

Съ 6 августа по 12 августа: въ продолженіи этихъ дней наблюдались боли, окрашенныя кровью; этотъ періодъ времени соответствуетъ періоду менструацій. Впрыскиванія алунола дѣлаются ежедневно и впрыскивается за одинъ разъ 1 шприцъ Braun'a.

17/уш. Въ первый разъ послѣ начала лѣченія алуноломъ появилась рвота и сердцебиеніе; замѣчено также усиленіе болей въ лѣвыхъ придаткахъ, а также уменьшеніе количества слизи, выдѣляемой маткой. Обыкновенно же во время впрыскиванія алунола замѣчено было усиленіе выдѣленія слизи изъ матки.

Съ 19/уш по 2/х: Рвоты не было, сердцебиеній тоже нѣтъ, самочувствіе хорошее; аппетитъ хорошъ. 2/х. Сдѣлано 30-е впрыскиваніе алунола. Менструаціи за все время впрыскиваній не было. При бимануальномъ изслѣдованіи придатковъ матки можно было замѣтить, что болѣзненность лѣвыхъ придатковъ еле замѣтна и они довольно плотны, обособленны отъ окружающихъ органовъ и меньше величиной, нежели до начала лѣченія.

9/ix: была рвота утромъ и сердцебіеніе, вмѣстѣ съ усиленіемъ боли въ лѣвыхъ придаткахъ.

11/ix: 34-е выпрыскиваніе. Рвота еще бываетъ, сердцебіеніе—тоже. *Болей въ лѣвыхъ придаткахъ нѣтъ.*

Съ 16/ix по 24/ix: *Рвоты нѣтъ*; сердцебіеніе бываетъ изрѣдка; самочувствіе хорошее. Аппетитъ хорошъ.

24/ix. Сдѣлано 43-е выпрыскиваніе алуинола (послѣднее). Изслѣдованіе половыхъ органовъ показало: матка нормальна и лежитъ кпереди; *лѣвые придатки величиной около волошскаго орѣха, нѣсколько эластичны, при сдавливаніи между пальцами слегка болѣзненны и мало подвижны*; правые придатки опредѣляются въ видѣ конгломерата не ясно очерченной массы и почти безболѣзненны. При *ходьбѣ больная не ощущаетъ болѣе въ лѣвой паховой области, что наблюдалось до лѣченія*. Послѣ различнаго рода огорченій у больной *иногда* наблюдаются *припадки сердцебіенія* и въ тоже время очень незначительныя боли въ *лѣвыхъ придаткахъ*.

28/x: Больная опять стала замѣчать значительныя боли въ лѣвыхъ придаткахъ, а также припадки сердцебіенія усилились, хотя *рвоты не бываетъ*; боли въ лѣвыхъ придаткахъ бываютъ и при ходьбѣ.

Въ лѣвомъ сродѣ прощупывается опухоль, довольно подвижная, болѣзненная, величиной около небольшого апельсина *Menses нѣтъ*. Предложена операція удаленія лѣвыхъ придатковъ, на что больная не согласилась.

6/xi. Сегодня появились *menses въ первый разъ послѣ лѣченія алуиноломъ*.

Такимъ образомъ, уже первыя выпрыскиванія алуинола значительно улучшили состояніе больной: рвота (послѣ 3-хъ выпрыскиваній), до этого очень упорная, прекратилась и припадки сердцебіенія утихли, а также болѣзненность въ лѣвыхъ придаткахъ матки стала значительно меньше. *Menses* во все время продолженія лѣченія и послѣ прекращенія выпрыскиваній (т. е. болѣе 3-хъ мѣсяцевъ) не появлялись. Измѣненные лѣвые придатки къ концу лѣченія стали болѣе подвижны и обособлены отъ окружающихъ органовъ. Въ данномъ случаѣ, кромѣ того, весьма очевидно связь заболѣванія яичниковъ съ состояніемъ нервной системы больной. *Успѣхъ лѣченія—не очень продолжителенъ*.

II. 13/iv 96 г. въ мою амбулаторію обратилась жена слесаря Анна Т—ал, 28 лѣтъ, нерожавшая, по поводу сильныхъ болѣе (хроническаго характера) въ нижней части живота. Замужемъ уже 10 лѣтъ; выкидышей не было. Больна почти съ первыхъ дней замужества. Года три назадъ въ одной губернской больницѣ ей была сдѣлана эксцизія шейки матки,—больной отъ этого не было лучше.

Мѣсячныя бываютъ черезъ 3 недѣли, по 5 дней, въ небольшомъ количествѣ, иногда съ кровавыми сгустками очень болѣзненны; во время регулъ особенная болѣзненность наблюдается

въ поясницѣ и въ паховыхъ областяхъ, особенно въ лѣвой. При бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ найдено: *яичники и трубы увеличены и очень болѣзненны, особенно съ лѣвой стороны (лѣвый яичникъ—около волошскаго орѣха). При надавливаніи на задній сводъ больная испытываетъ особенно сильныя боли въ области крестцово-маточныхъ связокъ, которыя напряжены и плотны.*

Диагнозъ: хроническое воспаленіе обоихъ яичниковъ и обоихъ Фаллопиевыхъ трубъ, а также крестцово-маточныхъ связокъ (вѣроятно на гонорройной почвѣ). Лѣченіе мушками на животъ, ихтиоловыми шариками во влагалище и горячими душами въ продолженіи 4-хъ мѣсяцевъ, кромѣ мимолетныхъ облегченій, не улучшило состоянія здоровья больной.

Съ 20/уш 96 и по 17/х 96 г. сдѣлано 39 впрыскиваній алумнола; впрыскиванія дѣлались черезъ одинъ, а иногда черезъ 2 дня; въ моментъ впрыскиваній и вскорѣ послѣ нихъ больная испытывала сильныя боли въ обоихъ паховыхъ областяхъ; эти боли иногда продолжались нѣсколько часовъ (3—4) въ день впрыскиванія.

11/х: сдѣлано 13 впрыскиваніе; *боли въ нижней части живота и въ лѣвой паховой области значительно меньше и самочувствіе гораздо лучше.*

26/х: *мѣсячныхъ не было. Область крестцово-маточной связки безболѣзненна,*

15/х 96 г. Сдѣлано послѣднее 39 впрыскиваніе. При пальпации *придатки матки безболѣзненны.*

Черезъ 6—7 недѣль послѣ впрыскиваній появились *мѣсячныя*, при чемъ уже они были *мало болѣзненны.*

И въ данномъ случаѣ, не смотря на слишкомъ давнее заболѣваніе, *впрыскиванія алумнола дали хорошій лѣчебный эффектъ*,—по крайней мѣрѣ другія средства того не давали больной.

III. Варвара Р—ва, 25 лѣтъ, жена чиновника города *Козлова*, жалуется на сильную болѣзненность въ нижней части живота, въ правой и лѣвой паховыхъ областяхъ (особенно въ правой), которая развилась послѣ родовъ, бывшихъ три года тому назадъ.

Больная очень нервна и малокровна, желудокъ ея плохо перевариваетъ пищу.

При бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ оказывается, что *правыя придатки матки увеличены и очень болѣзненны*, а также *вся нижняя часть брюшной полости болѣзненна при ходьбѣ и при пальпации*; *мѣсячныя очищенія очень болѣзненны*, особенно сильныя боли тогда бываютъ въ правыхъ придаткахъ.

Диагнозъ: правосторонній сальпинго-оофоритъ и параметритъ хроническій (на почвѣ послеродоваго заболѣванія).

8/1 97 г. Начаты внутриматочныя впрыскиванія алумнола.

Съ 8/1 по 12/и сдѣлано 26 впрыскиваній, при чемъ они дѣлались почти ежедневно (по 1 шприцу *Брауна* въ 1 приемъ), впрыскиванія болѣею частію были безболѣзненны, иногда же вскорѣ

послѣ впрыскиванія наблюдались тупыя боли въ поясницѣ и нижней части живота, продолжительностью 2—3 часа.

12/1: 5-е впрыскиваніе; при пальпаціи *правыхъ придатковъ* они оказываются *мало болѣзненными*. Изъ матки выделяется *слизь въ обильномъ количествѣ*.

27/1: 14-е впрыскиваніе; теперь *иногда* только наблюдаются боли въ *правой паховой области*, отдающія въ правую ногу, при томъ не сильныя.

3/п: 21-е впрыскиваніе. Теперь въ *правыхъ придаткахъ* *болѣзненность* значительно ослабѣла и бываетъ изрѣдка. Menses еще не было.

12/п. Теперь *придатки матки не прощупываются*. При ходьбѣ болѣе въ *паховыхъ областяхъ* и въ нижней части живота не бываетъ. При сильномъ бимануальномъ надавливаніи на лѣвую паховую область и на матку больная ощущаетъ не большую болѣзненность. *Правые придатки безболѣзненны*. Menses все время *лѣченія alumnołomъ* не было. Изъ матки все еще много выделяется *слизи*. Самочувствіе очень хорошее и аппетитъ довольно порядочный.

И здѣсь также получился *хорошій лѣчебный эффектъ* отъ alumnoł'a.

IV. 23/ix 96 г. въ желѣзнодорожную амбулаторію ко мнѣ обратилась жена купца г. Козлова Александра С—ва, 21 г., съ жалобами на болѣзненность въ нижней части живота.

При бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ мной обнаружена *небольшая, болѣзненная припухлость въ клятчакѣ лѣваго свода*; болѣзнь эта развилась вскорѣ *послѣ родовъ*, бывшихъ около 2-хъ мѣсяцевъ тому назадъ.

Съ 23/ix начато лѣченіе впрыскиваніемъ alumnoł'a въ матку. Всѣхъ впрыскиваній сдѣлано двадцать; дѣлались они черезъ день, по 1 шприцу Брауна. Впрыскиванія были безболѣзненны.

Во все время впрыскиваній мѣсячныхъ не было, а *высохла изъ матки слизь въ обильномъ количествѣ*.

28/x—18-е впрыскиваніе; въ *лѣвомъ сводѣ нѣтъ ни болѣзненности при пальпаціи, ни припухлости*; больная чувствуетъ себя хорошо. Возврата болѣзни нѣтъ до сихъ поръ (мартъ 1897 г.).

V. 19/viii 96 г., въ желѣзнодорожную амбулаторію ко мнѣ явилась жена машиниста Елизавета Г—ва, 30 л., съ жалобами на *частыя выкидыши или преждевременные (на 8-мъ мѣсяцѣ) роды*; въ послѣднемъ случаѣ ребенокъ всегда рождается мертвымъ и мацерированнымъ. Такимъ образомъ протекло 6-ть послѣднихъ беременностей.

Первые же двое родовъ наступили въ срокъ и дѣти родились живыми. Menses ходятъ нормально и безболѣзненно. Около пяти лѣтъ *выделяются бѣлы въ большомъ количествѣ*. Матка дряблая; *правые придатки немного увеличены и болѣзненны*. Мужъ больной, по видимому, здоровый человекъ и сифилисъ отрицаетъ.

Лѣченіе alumnol'омъ начато съ 20/уш 96 г. Выпрыскиванія—ежедневно, безболѣзненны.

27/уш: 8-е выпрыскиваніе; вчера появилось выдѣленіе крови изъ матки въ *небольшомъ количествѣ* (время быть menses).

28/уш, 29/уш и 30/уш: Сдѣланы выпрыскиванія алумнола, хотя и выдѣлялись въ эти дни *крови изъ матки въ ничтожномъ количествѣ* (гораздо меньше обыкновеннаго).

1/х. 12-е выпрыскиваніе; кровей изъ матки нѣтъ; *были стали меньше.*

Дальше во все время выпрыскиваній menses не было.

30/х: Сдѣлано 35-е и послѣднее выпрыскиваніе алумнола. *Никакой болѣзненности въ придаткахъ матки нѣтъ*; изъ матки *выдѣляется очень немного слизи.*

Въ началѣ марта 1897 г. эта больная была у меня и я могъ у нея констатировать *3-хъ мѣсячную беременность*, при чемъ никакихъ *болѣзненныхъ измѣненій въ половой сферѣ* теперь *нельзя было найти*. Послѣ выпрыскиванія алумнола menses были только въ среднихъ числахъ ноября 1896 г. Конечно судить о дѣйствиіи выпрыскиваній алумнола въ матку, какъ о средствѣ излѣчивающемъ привычный выкидышъ, теперь еще нельзя, такъ какъ неизвѣстно еще, чѣмъ окончится эта беременность. Тѣмъ не менѣе изъ исторіи этой болѣзни можно заключить, что бывшій *катаральный хроническій эндометритъ былъ излеченъ.*

Больная эта находится подъ моимъ наблюденіемъ.

VI. 2/х 96 г., ко мнѣ обратилась за совѣтомъ по поводу нерѣдко бывающихъ кровотеченій изъ матки неправильнаго типа, жена токаря въ г. Козловѣ, Василиса В—ва, 45 л. Многороженца.

Больная болѣе года поситъ мѣсячныя неправильно: *иногда они наступаютъ черезъ 3 недѣли, а иногда черезъ недѣлю* и продолжаются *около одной недѣли*, въ обильномъ количествѣ; такимъ образомъ она въ продолженіи послѣдняго года рѣдкую недѣлю была свободна отъ кровей. Раньше же menses бывали черезъ 3 недѣли по 4—5 дней и приходили въ срокъ.

Въ апрѣлѣ мѣсяцъ 96 г., было сдѣлано выскабливаніе слизистой матки въ Тамбовской больницѣ, но и это не остановило кровей.

Теперь *изъ матки выдѣляется много слизи съ примѣсью крови.* Матка длинной въ 8 сант., безболѣзненна; придатки матки нормальны.

Предложено лѣченіе alumnol'омъ. Сдѣлано 35-ть выпрыскиваній, съ 2/х по 15/х; выпрыскиванія дѣлались почти ежедневно и были совершенно безболѣзненны.

Съ 10/х до конца выпрыскиваній *выдѣленій крови изъ матки совершенно не было.*

23/х: 16-е выпрыскиваніе. Изъ матки выдѣляется *слизь въ ничтожномъ количествѣ.*

5/х: 27-е выпрыскиваніе. Menses должны бы быть около 19 сентября, но ихъ до сихъ поръ не было.

4/хІ. Въ первый разъ послѣ прекращенія впрыскиваній появились *menses* и продолжались 5 дней, въ умѣренномъ количествѣ, безъ кровавыхъ сгустковъ и безболѣзненные.

26/хІ: Вновь были *menses*, въ умѣренномъ количествѣ, продолжительностью около 8 дней.

Теперь крови у больной бываютъ правильно, какъ это было до настоящей болѣзни.

Такимъ образомъ и въ этомъ случаѣ, при геморрагическомъ эндометритѣ, впрыскиванія алуминола въ матку оказали хорошее дѣйствіе, между тѣмъ какъ выскабливаніе слизистой матки не остановило кровотеченій.

VII. 15/уІІ 96 г. я былъ приглашенъ на домъ къ женѣ токаря (въ г. Козловѣ) Александрѣ М—вой, 42-хъ лѣтъ, по поводу сильнаго кровотеченія изъ матки.

Больная страдаетъ неправильностями со стороны *menses* и даже частыми кровотеченіями изъ матки около 15-ти лѣтъ, послѣ послѣднихъ родовъ. Въ послѣднее время, около 4—5 лѣтъ, *menses* бываютъ черезъ 2—3 недѣли и продолжаются (довольно часто) 10—15 дней, при чемъ, передъ наступленіемъ регуль, наблюдаются сильныя боли въ обоихъ паховыхъ областяхъ и въ поясницѣ; кровь идетъ сгустками.

Въ настоящее время, послѣ 2-хъ недѣльного промежутка, появились крови и шли одну недѣлю; потомъ черезъ недѣльный промежутокъ опять появились и идутъ около 2-хъ недѣль. При изслѣдованіи половыхъ органовъ опредѣляется: обѣ Фаллопеевы трубы и оба яичника увеличены и представляютъ собою опухоли, по обѣимъ сторонамъ матки, неправильной формы, очень болѣзненные, величиной около куриного яйца и довольно плотной консистенціи; подвижность ихъ очень ограничена. При ходьбѣ въ обоихъ паховыхъ областяхъ больная испытываетъ сильныя, постоянныя боли.

Матка увеличена въ объемъ и на передней стѣнкѣ ея, вблизи шейки, опредѣляется плотная, немного выдающаяся впередъ, величиной около воловскаго орѣха, опухоль.

Почти въ продолженіи 15 лѣтъ больная лѣчится отъ своего недуга (горячія души, ихтіоль во влагалище, внутреннія кровоостанавливающія²⁾ и т. п.) и никогда на долго не получала облегченія отъ своихъ страданій.

Diagnosis: Salpingo-oophoritis duplex chronic. et fibroma uteri. Въ продолженіи 2-хъ дней примѣненные горячіе души (40°R.) остановили крови.

Послѣ этого начато лѣченіе впрыскиваніями алуминола.

Всѣхъ впрыскиваній, съ 1/уІІІ по 24/ІХ, сдѣлано 40; дѣлались они, по большей части, ежедневно, а иногда бывали промежутки въ 1—2 дня. Впрыскиванія были мало болѣзненны. Во время ихъ было замѣчено усиленіе выдѣленія слизи изъ матки.

²⁾ Кстати сказать, годъ тому назадъ больной была сдѣлана экзцизія маточной шейки безъ всякаго хорошаго результата, въ лѣчебномъ смыслѣ.

6/viii: 6-е выпрыскивание. *Время быть menses, но их не было; выделяются только бѣли безъ примѣси крови. Самочувствіе хорошее.*

14/viii: 11-е выпрыскивание. *Сегодня замѣтно выдѣленіе крови изъ матки въ небольшомъ количествѣ.*

18/viii: 13-е выпрыскивание. *Сегодня изъ матки совсемъ не выделяется кровь. Придатки почти безболѣзненные и теперь нѣсколько болѣе обособлены отъ окружающихъ органовъ.*

31/viii: 25-е выпрыскивание. Самочувствіе хорошее. *Въ паховыхъ областяхъ болѣе совершенно нѣтъ. Бѣли гораздо меньше.*

2/ix: 26-е выпрыскивание. При бимануальномъ изслѣдованіи половыхъ органовъ оказывается, что *придатки безболѣзненны (даже при значительномъ надавливаніи), матка плотна и безболѣзненна; на передней стѣнкѣ ея имѣется опухоль, величина которой стала немного меньше. Придатки вполне обособлены отъ матки и плотны. При ходьбѣ болѣе въ паховыхъ областяхъ нѣтъ.*

16/ix: 35-е выпрыскивание. *Кровей нѣтъ, хотя теперь имъ уже время быть. Слизь изъ матки выделяется ничтожное количество. Болѣе въ придаткахъ нѣтъ.*

24/ix: 40-е выпрыскивание. *Лѣвые придатки плотны и подвижны въ стороны, почти безболѣзненны и непосредственно прилегаютъ къ лѣвой сторонѣ матки въ видѣ конгломерата, величиной около куриного яйца. Правые придатки безболѣзненны, подвижны и меньше лѣвыхъ. Тѣло матки безъ особыхъ измѣненій, а на передней стѣнкѣ его опухоль уменьшилась до величины мѣснаго орѣха.*

10/x: *Со времени выпрыскиванія алумнола кровей нѣтъ; послѣ усиленной ходьбы иногда бываютъ боли въ лѣвой паховой области.*

5/xii: *Въ первый разъ регулы появились 24 ноября и продолжались 8 дней, съ небольшими кровяными сгустками и болями въ лѣвой паховой области; боли эти были гораздо меньше, нежели до лѣченія.*

7/i. 97 г.: *были опять регулы 20 декабря 96 г., продолжительностью 6 дней, съ небольшими кровяными сгустками и очень незначительными болями въ паховой (лѣвой) области.*

Въ межменструальный періодъ боли въ лѣвой паховой области бываютъ только послѣ значительнаго утомленія и продолжительной ходьбы.

Menses теперь бываютъ ежемесячно, въ срокъ, черезъ 3 недѣли. Матка безъ измѣненій; только въ области лѣвыхъ придатковъ есть нѣсколько эластичная, безболѣзненная, круглая опухоль, величиной около небольшого апельсина.

27/i 97: *предыдущія регулы были нѣсколько обильнѣе, нежели раньше, но продолжались около 7-ми дней. Все остальное безъ измѣненій.*

Въ этомъ случаѣ довольно рельефно выступаетъ хорошее дѣйствіе алумнола при кровотеченияхъ изъ матки.

Весьма упорныя кровотеченія изъ матки, не уступавшія очень продолжительному обычному лѣченію (неоперативному и отчасти оперативному даже), зависѣли какъ отъ заболѣванія личниковъ, такъ и отъ небольшой фибромы на передней стѣнкѣ матки.

Лѣченіе алумноломъ не только устранило тягостныя при-
падки,—какъ кровотеченія и сильныя боли въ половыхъ обла-
стяхъ,—но даже способствовало, если не уменьшенію опухоли, то,
во всякомъ случаѣ, остановкѣ ея роста.

VIII. Жена конторщика на ст. жел. дор., Анна А—ва, 19 лѣтъ, рожавшая одинъ разъ 1½ года тому назадъ, поступила въ желѣзнодорожную больницу съ явлениями значительныхъ болей въ нижней части живота и кровотеченія изъ матки.

1/ix: Около недѣли наблюдается значительное кровотеченіе изъ матки. Передъ наступленіемъ настоящаго кровотеченія за недѣлю были menses въ срокъ. При началѣ кровотеченія были сильнѣйшія боли въ нижней части живота; теперь же боли еле замѣтны. Кровь идетъ жидкая. Матка не увеличена и безболѣзненна. Крестцово-маточныя связки немного болѣзненны и напряжены; придатки матки безболѣзненны и не увеличены.

Diag.: *Endometritis acut.* (съ склонностью къ кровотеченію).

Съ 2/ix по 27/ix сдѣлано 20-ть впрыскиваній алумнола; впрыскиванія дѣлались ежедневно, а иногда были промежутки въ 1 день между впрыскиваніями. Впрыскиванія совершенно безболѣзненны.

Послѣ 11-го впрыскиванія алумнола выдѣленіе крови изъ матки совершенно прекратилось.

27/ix: 20-е впрыскиваніе. Кровь изъ матки не выдѣляется, а замѣтно выдѣленіе только небольшого количества слизи. Само-чувствіе хорошее.

Больная выписалась изъ больницы.

15/x: Послѣ прекращенія лѣченія алумноломъ у больной 2 раза были menses; приходили онѣ въ срокъ, черезъ 3 недѣли, безъ болей, и продолжались по 3 дня (немного меньше, нежели бывали до лѣченія и до родовъ еще).

Исторія болѣзни эта сама за себя говоритъ краснорѣчиво.

IX. Гнойный послеродовой эндометритъ, осложнившійся лѣво-стороннимъ параметритомъ и лѣвостороннимъ же сальпингооофоритомъ острымъ.

Феодосія П—а, жел. дор. сторожика, 39 лѣтъ, многороженница, поступила въ больницу 15/x 96 г., спустя двѣ недѣли послѣ срочныхъ (двойнями) родовъ: дѣтское мѣсто задержалось въ маткѣ и было удалено на 3-й день послѣ родовъ акушеркой, путемъ введенія руки въ матку. Послѣ этого больная лихорадитъ и изъ полости матки выдѣляются гнойныя, вонючія бѣли.

Матка значительно увеличена (дно ея выстоитъ надъ лобкомъ на 4 поперечныхъ пальца) и болѣзненна при пальпации. Своды не поражены и въ придаткахъ измѣненій нѣтъ. Вечеромъ 15/x былъ сильный ознобъ и t° 39,6°.

Длина матки по зонду=12—13 сант.

16/х: безъ наркоза мной сдѣлано легкое выскабливаніе матки и въ полость ея, послѣ промыванія аq. formalini (1:2000), сдѣлано впрыскиваніе обычнаго раствора алуминола (6,0), а потомъ полость ея тампонирована марлей. Вечеромъ t^0 37,2.

17/х: утромъ t^0 =40,2, пульсъ 120.

Въ нижней части живота болѣе нѣтъ.

Вновь матка промыта аq. formalini и въ полость ея впрыснуто 4,0 раствора алуминола.

Вечеромъ t^0 =39,9; *болѣе въ животѣ нѣтъ.*

18/х. Температура та же и лѣченіе тоже, что и вчера.

19/х: t^0 утромъ=38,7, а вечеромъ=38,5.

Промываніе матки формолиномъ и впрыскиваніе алуминола.

20/х: t^0 утромъ и вечеромъ=38,2.

Лѣченіе—тоже.

21/х: Въ лѣвой паховой области, при пальпаціи, замѣтна болѣзненная припухлость.

t^0 =38,2. Впрыскиваніе не было сдѣлано.

22/х и 23: t^0 утромъ=38,5, а вечеромъ=39,5.

Сдѣланы промыванія матки формолиномъ и впрыскиваніе въ ея полость алуминола (6-е и 7-е).

26/х и 27: t^0 *нормальна, пульсъ 80.*

Самочувствіе хорошее, появился аппетитъ. Алуминоль не впрыскивали.

28/х: Сдѣлано промываніе матки аq. formalini (1:2000) и впрыснуть алуминол (8-е впрыскиваніе). t^0 *нормальна.*

При промываніи изъ матки выделяются клочки сѣровой ткани и вода окрашивается въ бѣловатый цвѣтъ.

29/х: Длина матки=8 сант.; *матка подвижна и безболѣзненна.*

Въ лѣвой паховой области, вблизи матки, замѣтна болѣзненная припухлость, малоподвижная и сливающаяся съ лѣвой стороной матки, величиной съ куриное яйцо, не рѣзко ограниченная (припухшіе и болѣзненные придатки и вытѣтъ небольшой въ околوماتочную кѣтчатку).

Температура нормальна.

31/х: Сдѣлано промываніе матки и впрыскиваніе алуминола (9-е).

5/х: Все время температура нормальна, область матки и придатковъ безболѣзненна. Въ области лѣвой паховой имѣется еще очень небольшая, ограниченная плотность околوماتочной кѣтчатки. Температура нормальна; *выдѣленія изъ матки слизистыя, безъ запаха и въ небольшомъ количествѣ.*

Большая выписалась.

Такимъ образомъ повышеніе температуры, въ первое время впрыскиваній алуминола, можно объяснить развивавшимся осложненіемъ основной болѣзни (вѣроятно причиной тому было выскабливаніе матки), именно воспаленіемъ лѣвыхъ придатковъ и околوماتочной кѣтчатки; *это осложненіе, какъ и основная болѣзнь.*

(послеродовой острый индий эндометритъ) довольно скоро поддались лечению при помощи алунола и послѣ 9-ти впрыскиваний осталось только небольшое, безболѣзненное уплотнѣніе въ области тѣхъ придатковъ матки.

Х. Хроническій катаральный эндометритъ и хроническій правосторонній салпинго-оофоритъ (больница).

Евдокія З—а, 24 лѣтъ, крестьянка, желѣзнодорожная сторожиха, поступила въ больницу 2/1 97 г., съ жалобами на сильныя бѣли и болѣзненность нижней части живота.

Больная рожала 2 раза, въ срокъ и послѣ родовъ не болѣла; прежде крови носила совершенно безболѣзненно. 5 лѣтъ тому назадъ (послѣ 2-хъ родовъ черезъ годъ) простудилась во время регулъ и крови остановились прежде времени и не было ихъ 5 мѣсяцевъ; затѣмъ крови опять появились и теперь приходятъ черезъ 4 недѣли, но съ сильными болями внизу живота и въ поясъ передъ ихъ наступленіемъ.

Обильныя бѣли и общая слабость. Матка лежитъ къзади въ retroflexio, но совершенно подвижна. Правый яичникъ и правая труба увеличены и болѣзненны при пальпации: яичникъ величиной около голубиного яйца, а труба толщиной около мизинца. Лѣвая труба и яичникъ тоже немного увеличены и болѣзненны, но гораздо меньше правыхъ.

Лѣченіе алуноломъ. Сдѣлано 15-ть впрыскиваний, которыя были безболѣзненны, но были причиной припадковъ сердцебіенія (послѣ 5—6 впрыскиваний); сердцебіеніе это вскорѣ прошло послѣ пріемовъ настойки ландыша.

14/1, 15/1 и 16/1 были *meneses* совершенно безболѣзненны и въ небольшомъ количествѣ (послѣ 11-ти впрыскиваний).

21/1: 15-е впрыскиваніе; въ области придатковъ матки болѣе совершенно нѣтъ (при пальпации) и они уменьшились въ величинѣ (тѣхъ придатки). Самочувствіе хорошее. Больная выписалась изъ больницы.

И въ этомъ случаѣ замѣчено довольно скорое и рѣзкое улучшеніе въ состояніи придатковъ матки (излѣченіе).

Здѣсь же кстати я долженъ сказать, что при впрыскиваніяхъ алунола въ матку я замѣтилъ довольно часто попаданіе жидкости въ Фаллопиеву трубу и—только въ больную трубу (никогда—въ здоровую); этотъ фактъ по моему мнѣнію, отчасти можетъ служить объясненіемъ наступленія внематочной беременности, именно въ больной трубѣ, такъ какъ сперма, по аналогіи съ растворомъ алунола, легче можетъ проникнуть въ расширенную (больную) трубу и тамъ оплодотворить женское яйцо, слишкомъ медленно или совершенно не подвигающееся въ матку по этой трубѣ.

На основаніи вышеприведенныхъ наблюденій я позволю себѣ сдѣлать слѣдующаго рода выводы:

1) алумноль, въ видѣ впрыскиваній въ матку, долженъ занять одно изъ выдающихся мѣстъ при неоперативномъ лѣченіи очень многихъ воспалительныхъ и другихъ заболѣваній матки, ея придатковъ и тазовой брюшины;

2) *впрыскиванія* алумнола вполне *безопасны*, хотя нерѣдко алумноль попадаетъ въ *болѣзную* трубу и такимъ образомъ вызываетъ боли, довольно сильныя, въ нижней части живота (въ видѣ сильныхъ схватокъ);

3) за исключеніемъ одного случая, всегда во время впрыскиваній алумнола *menses не наступали* и весьма часто они не появлялись еще въ продолженіи 1¹/₂—2-хъ мѣсяцевъ по прекращеніи впрыскиваній;

4) впрыскиванія, въ большинствѣ случаевъ, мало болѣзненны или совсѣмъ безболѣзненны; очень рѣдко, только въ первое время, впрыскиванія бывали настолько болѣзненны, что приходилось послѣ нихъ, на 1¹/₂—1 часъ, класть ледъ на животъ;

5) во время лѣченія впрыскиваніями алумнола мной замѣчалось постоянно *усиленное выдѣленіе слизи* изъ матки, которое, вскорѣ по прекращеніи впрыскиваній, останавливается;

6) кровотеченія изъ матки, зависящія отъ эндометрита (и *отъ новообразованій фиброматознаго характера*) прекращаются на долго;

7) боли и припухлости въ придаткахъ матки отъ впрыскиваній алумнола довольно скоро уменьшаются и проходятъ (послѣ 6—10 впрыскиваній больныя заявляютъ, что хорошо себя чувствуютъ);

8) очень нервныя особы очень долго не могутъ выносить этого способа лѣченія (максимумъ 20—25 впрыскиваній);

9) въ большинствѣ случаевъ заболѣваній матки и придатковъ для излѣченія бываетъ достаточно 25—30 впрыскиваній;

10) съ предложеннымъ проф. *Грамматикати* объясненіемъ дѣйствія алумнола при заболѣваніяхъ придатковъ матки и тазовой брюшины я нахожу возможнымъ согласиться.

III.

Къ вопросу о лѣченіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей *).

Д-ра мед. Гр. Н. Егорова.

Брюшная полость въ сущности есть придатокъ лимфатической системы, поэтому и не можетъ представлять она для излившейся сюда крови совершенно инороднаго вмѣстилища. Дѣйствительно, наблюденія *Virchow'a*, *Wintrich'a* и др. показываютъ, что цѣльная кровь долго (нѣсколько дней) можетъ оставаться въ этой полости, не подвергаясь свертыванію (*Пашутинъ*). Въ виду такого факта естественно ожидать, какъ это и подтверждено опытами, что большая часть крови, попавшей въ брюшную полость, успѣваетъ всосаться ранѣе, чѣмъ наступитъ свертываніе ея. Если же часть ея, неуспѣвшая всосаться во время, и подвергается свертыванію, то и это особенныхъ разстройствъ въ общей экономіи крови не представляетъ,—кровяной свертокъ рассасывается вполне послѣ предварительнаго распада (жироваго). Въ этомъ то смыслѣ и не опасно для жизни кровоизліяніе въ брюшную полость, такъ какъ кровь не пропадаетъ для организма, а скоро опять, почти цѣликомъ, поступаетъ въ общую массу крововмѣстилища. Но, съ другой стороны, это же самое, что изливающаяся изъ разорванныхъ сосудовъ кровь въ брюшную полость встрѣчаетъ не совершенно инородное для себя вмѣстилище, есть причина того, что разорванный сосудъ не скоро тромбируется и инди-

*) Читано въ засѣданіи Общества Курскихъ врачей 20 января 1897 года.

видъ очень скоро можетъ погибнуть прямо отъ потери крови, отъ острой анеміи. Въ брюшной полости не сгустокъ крови возлѣ разорваннаго сосуда останавливаетъ кровотеченіе изъ него, а лишь вторичный тромбъ внутри сосуда (*Конгеймъ*). На стѣнкѣ разрыва сосуда естественно не достаетъ эндотелія, вслѣдствіе чего, на этомъ мѣстѣ, какъ патологическомъ, образуется тромбъ, какъ показали изслѣдованія *Цана, блага цвѣта*. Прежде всего къ краю разрыва пристають бѣлыя кровяныя тѣльца, на нихъ насѣдаютъ другія и, въ концѣ концовъ, ими выполняется вся щель. Но тромбъ этотъ не проченъ, скоро и легко можетъ быть вытолкнутъ потокомъ крови. Здѣсь все зависитъ отъ силы и давленія, съ которыми кровь протекаетъ по этимъ сосудамъ. Послѣ значительнаго кровотечения неизбѣжно наступаетъ пониженіе артеріальнаго давленія и слабость сердца, а вмѣстѣ съ этимъ все болѣе и болѣе уменьшается энергія истеченія изъ раны крови, такъ что постепенно образуется *достаточный тромбъ*. Кромѣ этого, образованію здѣсь тромба, закупоривающему разорванный сосудъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и остановкѣ кровотеченія, благоприятствуетъ также и то измѣненіе, которое претерпѣваетъ сама кровь, вслѣдствіе обильнаго кровотеченія. Изъ раны сосуда красныя кровяныя тѣльца выходятъ относительно скорѣе, чѣмъ бѣлыя тѣльца, въ силу чего кровь послѣ обильнаго кровотеченія становится гораздо богаче содержаніемъ безцвѣтныхъ тѣлецъ, а этимъ самымъ обусловливается усиленное свертываніе ея и образованіе тромба, что показали *Конгеймъ* ¹⁾ опытами на собакахъ, послѣдняя порція крови которыхъ, при постепенномъ обезкровливаніи ихъ чрезъ послѣдовательное кровопусканіе, свертывается почти моментально. Поэтому то и опасно всякое кровотеченіе въ брюшную полость, что оно производитъ большое обезкровливаніе организма, особенно если оно происходитъ изъ артеріальныхъ сосудовъ.

Излившаяся въ брюшную полость кровь естественно занимаетъ самую низкую часть полости, поэтому всегда она у женщинъ наполняетъ Дугласово пространство, такъ какъ послѣднее и при стоячемъ, и при лежащемъ положеніи, всегда занимаетъ самую глубокую часть брюшной полости. Не успѣвшая всосаться, кровь здѣсь свертывается и сгустки ея какъ инородное

тѣло, механически раздражаютъ брюшину которая воспаляется и образуетъ сращенія: появляются ложныя перепонки, склеивающія тазовыя органы между собой и со стѣнками полости таза, а также и съ прилежащими сюда петлями кишокъ, и все это образуетъ какъ бы навѣсъ надъ полостью Дугласа, изолируя ее отъ остальной брюшной полости. Такимъ образомъ, не всосавшаяся въ Дугласѣ кровь становится со всѣхъ сторонъ заключенной какъ бы въ мѣшокъ или капсулѣ, образуемой съ одной стороны брюшиной таза, а съ другой ложными перепонками. Это то кровоизліяніе въ Дугласѣ — заднемъ, окруженное со всѣхъ сторонъ капсулей, какъ киста, и есть заматочная кровяная опухоль (*Haematocele retrouterina*). Кромѣ описаннаго способа, заматочная кровяная опухоль образуется и такъ: вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія тазовой части брюшины (*perimetritis*), Дугласова полость можетъ быть отдѣлена отъ остальной брюшной полости ложными перепонками, образуя замкнутый мѣшокъ. Если теперь послѣдуетъ кровотеченіе изъ какого либо мѣста, лежащаго подъ этимъ мостикомъ надъ Дугласовой полостью, то кровь, скопившаяся здѣсь, растянетъ стѣнки этого мѣшка и образуется опухоль. Способъ образованія заматочной кровяной опухоли при такихъ условіяхъ описанъ былъ впервые *Nelaton*'омъ ²⁾ въ 1850 г. и опухоль такого происхожденія нѣкоторыми гинекологами называется классической заматочной кровяной опухолью *Nelaton*'а. — Въ литературѣ, впрочемъ, описаны 3 случая (*Schroeder* ³⁾, *Aitken*, ⁴⁾ и *D. Omm* ⁵⁾), въ которыхъ вышеописанное осумкованіе кровянаго гнѣзда отсутствовало и кровяной сгустокъ былъ не закрытъ отъ брюшной полости перепонками, между тѣмъ при жизни наблюдалось вполнѣ типическое существованіе *haematocele*. — Ложными перепонками полость кровянаго мѣшка можетъ дѣлиться на отдѣлы и получается многокамерная кровяная опухоль. А если кровь попадаетъ и въ передній Дугласъ, въ *excavatio vesicouterina*, и осумкуется здѣсь, получается *haematocele anteuterina*.

Источникомъ кровотеченій, могущихъ образовать *haematocele*, могутъ быть всѣ отдѣлы внутреннихъ половыхъ органовъ, а также и ложныя перепонки прежде бывшихъ здѣсь воспаленій. *Nelaton* видѣлъ причину заматочныхъ кровоизліяній

въ разрывѣ Граафова пузырька (ovulatio). *Virchow*, ⁶⁾ а за нимъ и нѣкоторые другіе, полагали, что самую частую причиной haematocеле служить геморрагическій периметритъ (перитонитъ-peritonitis haemorrhagica), при которомъ кровоизліяніе происходитъ изъ сосудовъ ложныхъ перепонокъ. *A. Vigués*, ⁷⁾ *Gallard* ⁸⁾ и *Schauta*, ⁹⁾ а съ ними и большинство гинекологовъ настоящаго времени, утверждаютъ, что единственной причиной внутри брюшныхъ кровоизліяній у женщинъ служить внѣматочная, и собственно трубная, беременность. Но существуетъ цѣлый рядъ обследованныхъ случаевъ внутрибрюшной кровяной опухоли, которыя показали, что и другіе источники даютъ таковыя же кровоизліянія, какъ-то: разрывъ кровяной опухоли Фаллопиевыхъ трубъ (haematosalpinx), а также скопленіе мѣсячной крови въ полости матки и Фаллопиевыхъ трубахъ, когда зарощено выводное наружу отверстіе матки (haematometra), разрывъ кисты яичника, varices трубъ и яичниковъ; кромѣ того, кровоизліяніе можетъ случиться послѣ чревосѣченія изъ перевязанныхъ сосудовъ, вслѣдствіе ослабленія или соскальзыванія лигатуры, и послѣ насильственного выпрямленія по способу *Schulze* изогнутой назадъ и приращенной матки; разныя дискразіи, инфекціонныя болѣзни и отравленіе фосфоромъ могутъ тоже вести за собою разрывы сосудовъ внутритазовыхъ органовъ, образуя haematocеле.

Кровоизліяніе обыкновенно происходитъ внезапно и самая болѣзнь обнаруживается признаками остраго малокровія вообще и явленіями послѣдовательнаго раздраженія и воспаленія брюшины; а по мѣрѣ инкапсулированія крови и образованія ложныхъ перепонокъ и симптомами отъ механическаго давленія на нервы, сосуды и органы таза и отъ измѣненія положенія послѣднихъ.

Послѣ того, какъ жидкія части haematocеле всосались, весь tumor уменьшается въ объемѣ и болѣзненные явленія значительно ослабѣваютъ, опухоль же въ такомъ видѣ остается на болѣе продолжительное время. По *Снешреву*, ¹⁰⁾ если не послѣдуетъ гнойнаго распада опухоль, она разсасывается чрезъ 6—8 мѣсяцевъ, хотя описаны случаи и значительно болѣе долгаго существованія ея—до 7 лѣтъ (случай *Эбермана* ¹¹⁾). При благоприятныхъ условіяхъ вся опухоль всасывается, въ

другихъ же случаяхъ образуется нарывъ со всѣми его послѣдствіями. Изъ 52 случаевъ haematocoele, собранныхъ *Courty* ¹²⁾ всасываніе всего экстравазата было наблюдаемо 26 разъ, въ остальныхъ же послѣдовало нагноеніе съ прободеніемъ нарыва въ прямую кишку, рукавъ и въ полость брюшины, а изъ 47 случаевъ *Voisin'a* ¹³⁾ 30 больныхъ выздоровѣли—экстравазатъ рассосался и умерли 10, изъ которыхъ 8 отъ гнойнаго распавденія опухоли, а 2 отъ случайно присоединившихся болѣзней. Но и въ тѣхъ случаяхъ, когда экстравазатъ всасывается, haematocoele все таки надолго растриваетъ здоровье больныхъ, подрывая ихъ силы съ одной стороны, вслѣдствіе постоянныхъ болей внизу живота, а съ другой, вслѣдствіе нарушенной функціи тазовыхъ органовъ.

Сообразно съ przypadками, какими обнаруживается заматочное кровоизліяніе, и съ причинами, вызвавшими его, примѣняется и лѣченіе. Если кровоизліяніе велико, произошло въ свободную брюшную полость, не останавливается, когда имѣется основаніе предполагать, что поводомъ къ изліянію крови послужилъ, напр., разрывъ мѣшка внѣматочной беременности, кисты, или соскальзываніе лигатуры послѣ чревосѣченія, всѣ авторы согласны, что необходимо немедленно вскрыть брюшную полость, чтобы непосредственно остановить кровотеченіе. Съ 1876 по 1890 г. *Schauta* ¹⁴⁾ собралъ въ литературѣ 243 случая кровотеченій въ брюшную полость, происшедшихъ вслѣдствіе разрыва мѣшка внѣматочной беременности. Изъ 122 случаевъ, пользовавшихся выжидательно, выздоровѣло лишь 7. умерло 115, т. е. 94,2%, между тѣмъ какъ изъ 121 больныхъ, которымъ сдѣлана была лапоротомія, не смотря на крайнюю анемію нѣкоторыхъ больныхъ, выздоровѣло 102, умерло 19, т. е. 15,7%. Не то при кровотеченияхъ въ замкнутую полость или когда излившаяся кровь уже инкапсулировалась; здѣсь всѣ, напротивъ, держатся выжидательнаго способа лѣченія, примѣняя симптоматическія средства. «Въ общемъ и пѣломъ кровяная опухоль должна быть пользуема симптоматически и выжидательно» говоритъ *Шредеръ* ¹⁵⁾. *Горвицъ* ¹⁶⁾ особенно настаиваетъ на выжидательномъ методѣ лѣченія и въ доказательство, что результаты оперативнаго лѣченія haematocoele невыгодны, приводитъ цифры по этому поводу *Voisin'a*:

изъ 20 больныхъ. у которыхъ былъ предпринятъ проколъ, умерло 5 (25⁰/о), изъ 27 же больныхъ, гдѣ не было прибѣгаемо къ хирургической терапіи, умерло только 3 (11.1⁰/о). *Fritsch* ¹⁷⁾ же прямо заявляетъ, что «опухоль при haematocoele есть *noli me tangere*». Я считаю, говоритъ *Martin*, ¹⁸⁾ выжидательный методъ самой настоящей терапіей haematocoele И *Winckel* замѣчаетъ, что чѣмъ рѣже оперируется haematocoele, тѣмъ исходъ ея всегда лучше. И только чрезмѣрная величина, видимой ростъ и нагноеніе опухоли служатъ показаніемъ къ опорожненію ея, такъ смотрѣли и смотрятъ *Schroeder*, *Fritsch*, *Veit*, *Küstner*, *Bouilly*, *Hofmeier* и др.

No tempora, mores et nos mutamur in illis. Въ настоящее же время многіе гинекологи уже считаютъ показаннымъ оперировать haematocoele и при одномъ томъ только условіи, когда теченіе ея длительно. *М. Штраухъ* ¹⁹⁾ даже полагаетъ, что, если haematocoele при соответствующемъ лѣченіи въ теченіе мѣсяца не уменьшается въ объемъ, необходимо вскрыть опухоль. Хотя *Martin* ²⁰⁾ въ этомъ отношеніи болѣе хладнокровенъ и совершенно справедливо замѣчаетъ: «трудно опредѣлить, сколько времени нужно для того, чтобы, убѣдившись въ безуспѣшности выжидательнаго лѣченія, отказаться отъ него и вмѣсто этого оперативнымъ путемъ удалить экстравазатъ. Въ этомъ отношеніи необходимо всегда сообразоваться съ каждымъ случаемъ въ отдельности». Всѣ желанія этихъ гинекологовъ при лѣченіи haematocoele направлены къ тому, чтобы скорѣе путемъ операціи удалить кровь изъ опухоли, полагая, что этимъ они вполне избавляютъ больныхъ отъ ихъ страданій. Но это не совсѣмъ такъ. Не одна только кровь при haematocoele служитъ причиной разстройствъ и болѣзненныхъ явленій у женщинъ, но и ложныя перепонки, склеивающія тазовые органы и прилежащія петли кишекъ въ разныхъ направленіяхъ, не безучастны въ томъ. Когда же посредствомъ прокола или разрѣза сзади влагалища, кровь удаляется изъ опухоли, освободившіеся отъ ея противоудѣйствія перепонки, въ силу присущаго свойства всѣмъ рубцовымъ тканямъ, сокращаются и тѣмъ сдавливаютъ и измѣняютъ правильное положеніе склеенныхъ ими органовъ и, въ свою очередь, снова нарушаютъ ихъ функціи, что, опять таки, какъ извѣстно, со-

всѣмъ не безразлично для здоровья женщинъ. И при удаленіи haematocoele чрезъ чревосѣченіе тоже не вполне достигается желаемая цѣль, т. е. удаливъ опухоль, предоставить половымъ органамъ нормальное положеніе и функціи. Чтобы вскрыть одинъ только мѣшокъ кровяной опухоли таза приходится перерѣзать и отдѣлить часто очень толстыя и плотныя перепонки, а если и перепонки эти удалить, то въ общемъ образуется большая поверхность съ нарушеніемъ цѣлости эпителия и подлежащей ткани, при зараженіи которой образуется снова рубцовая ткань и перепонки. Кромѣ того, послѣ удаленія крови при haematocoele чрезъ проколъ или разрѣзъ свода влагалища возможно и повтореніе кровотеченія въ мѣшокъ, что замѣчено было еще *Nelaton*'омъ и подтверждено *Шредеромъ*, *Горвицемъ* и *Снегиревымъ*. Да и послѣ чревосѣченія haematocoele не всегда излѣчивается, а бываютъ случаи, что она появляется вновь. Д-ръ *George M. Edebohl*s ²¹⁾ сообщаетъ, что при чревосѣченіи вслѣдствіе haematocoele у женщины 42 лѣтъ было выпущено крови 2543 куб. сант. Спустя мѣсяцъ пришлось повторить операцію, при чемъ выпущено еще 2070 куб. сант. жидкости.

Такимъ образомъ, эффектъ отъ операціи haematocoele можетъ быть и бываетъ блестящій, но, къ сожалѣнію, скоро проходящій: больная отъ одного удара ножа разомъ получаетъ большое облегченіе отъ мучившей ее болѣзни, но лишь оправится отъ операціи, начинаетъ снова болѣть и чахнуть отъ поражений пери и параметрія и другихъ частей полости таза, частью бывшихъ до операціи, а то происшедшихъ и отъ самой операціи. Очень жаль, что хирурги гинеколога не даютъ цифръ, какъ оперированныя при haematocoele ихъ больныя чувствуютъ себя и каково положеніе у нихъ внутри-тазовыхъ органовъ, когда явленія послѣ операціоннаго періода прошли.

Въ широкихъ размѣрахъ хирургія въ лѣченіи болѣзней стала примѣняться со времени введенія Листеромъ антисептическаго способа лѣченія ранъ. До этого времени оперативныя пособія ограничивались операціями на поверхности тѣла, да и тѣ производились очень рѣдко, а операціи въ глубинѣ брюшной и грудной полости, а тѣмъ болѣе въ полости черепа, считались чуть не дерзостью. Причина, почему такъ не рѣшительно примѣнялись оперативныя пособія, заключались въ томъ, что,

не смотря на отличную технику оператора, не оставлявшую и тогда желать много лучшаго, почти каждая операція, каждое пораненіе сопровождались нагноительною лихорадкою, рожею, омертвѣніемъ. Тогда господствовало убѣжденіе, что заживленіе раны не мыслимо безъ воспаления и нагноенія, почему лихорадка послѣ пораненій составляла правило, а не исключеніе, какъ въ настоящее время. Операторъ въ то время, по мѣткому выраженію *Volkmann*'а, походилъ на крестьянина, обработавшаго свое поле и смиренно и неувѣренно ожидающаго урожая, съ сознаниемъ полного безсилія противъ стихій, отъ которыхъ зависѣлъ урожай. Въ то время благополучный исходъ операціи зависѣлъ не отъ оператора, а отъ неизвѣстнаго грознаго привидѣнія. Со времени же введенія противогнилостнаго способа лѣченія ранъ положеніе дѣлъ въ хирургіи измѣнилось: грозные спутники заживленія ранъ—лихорадка, рожа, госпитальное омертвѣніе ранъ, гное и гнилокровіе—исчезли и операторъ сталъ на твердую почву въ своемъ дѣлѣ,—отъ него сталъ зависѣть исходъ операціи, а не отъ невидимаго врага. Съ этого времени операторъ пересталъ быть безсильнымъ противъ стихій крестьяниномъ, а превратился, по *Volkmann*'у, же въ фабриканта, поставщика доброкачественнаго товара (*Штоль*). И это совершенно справедливо, но только на ряду съ хорошими-то и добросовѣстными есть множество и такихъ фабрикантовъ, которые, пользуясь такими же усовершенствованными машинами и способами, но, употребляя матеріалъ безъ разбора, производятъ на видъ и показной, но въ сущности не доброкачественный товаръ. Подобное же явленіе, къ сожалѣнію, замѣчается въ настоящее время и въ гинекологической хирургіи: часто производятся и опасныя для жизни больныхъ операціи и проходятъ онѣ «гладко», но самыя большія мало потомъ получаютъ пользы отъ того. И это особенно бываетъ при лѣченіи оперативнымъ путемъ haematocеле.

Задача всякаго лѣченія сводится къ устраненію разстройствъ различныхъ функцій организма; поэтому, если намъ извѣстенъ механизмъ этихъ функцій, а тѣмъ болѣе механизмъ возникновенія разстройствъ этихъ функцій, мы имѣемъ всѣ теоретическія основы для построенія всевозможныхъ терапевтическихъ методовъ. Какъ извѣстно, въ общемъ картина haemato-

cele состоитъ въ томъ, что въ полости таза у женщины имѣется опухоль—наполненный кровью мѣшокъ, стѣнки котораго составляютъ частью стѣнки и органы таза, частью же ложныя перепонки, связывающія въ разныхъ направленіяхъ эти органы; отсюда органы таза сдавлены, смѣщены и функціи ихъ нарушены, движеніе крови и лимфы во всей полости таза затруднено. Стало быть, и рациональная задача лѣченія такой опухоли должна состоять въ томъ, что бы удаливъ кровь и уничтоживъ ложныя перепонки, дать правильное положеніе тазовымъ органомъ и возстановить нормальную функцію ихъ и правильное движеніе крови и лимфы во всей полости таза.

Съ теоретической точки зрѣнія, какъ агентъ способствующій всасыванію крови и ложныхъ перепонокъ, здѣсь умѣстно было бы примѣнять электричество, въ формѣ ли постоянного тока или въ формѣ электропунктуры, но, къ сожалѣнію, въ настоящее время еще имѣется очень мало матеріала, чтобы судить объ этомъ.

Съ легкой руки шведа маіора *Thure Brandt'a* гинекологія въ массажѣ приобрѣла могущественное и надежное средство въ лѣченіи многихъ болѣзней женской половой сферы. Свой способъ лѣченія при гинекологическихъ страданіяхъ *Брандтъ* началъ примѣнять съ 1861 года, излечивъ въ 2-хъ недѣльный срокъ 47 лѣтнюю женщину, страдавшую 27 лѣтъ полнымъ выпаденіемъ матки. Не будучи врачомъ по образованію, а лишь врачебный гимнастъ, *Брандтъ* не могъ дать ясныхъ и точныхъ основаній предлагаемому имъ способу лѣченія; кромѣ того въ толкованіе своего разумнаго способа лѣченія онъ вносилъ теологическую окраску и къ самому способу примѣшивалъ мистическій элементъ и различныя приемы, такъ называемаго, животнаго магнетизма, которымъ онъ придавалъ большое значеніе; поэтому-то способъ лѣченія его вначалѣ мало принимался и примѣнялся и даже между соотечественниками его врачами. Когда же этотъ способъ лѣченія перешолъ въ руки врачей, былъ превѣренъ опытами и получилъ строгонаучное объясненіе въ основѣ своей, въ настоящее время уже можно смѣло сказать, что гинекологическій массажъ сдѣлался прочнымъ достояніемъ практической врачебной дѣятельности не только въ большихъ центрахъ Европы и Америки, но и

въ захолустныхъ уголкахъ, гдѣ только есть и лѣчать врачи. И если въ настоящее время приходится иногда слышать скептическія сужденія о немъ, то исходятъ они обыкновенно отъ людей, которымъ лично не приходились примѣнять его или видѣть примѣненіе его собственными глазами.

Изъ физиологіи *) извѣстно, что механическое раздраженіе *нервныхъ окончаній* на поверхности тѣла вызываетъ сокращеніе подлежащей мышечной ткани, какъ поперечнополосатыхъ, такъ и гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Наиболѣе энергичное и сильное сокращеніе мышечной ткани происходитъ при непосредственномъ раздраженіи ея и особенно ясно сокращеніе это замѣчается на мышцахъ ткани матки: массируя беременную и небеременную матку ясно ощущается подъ пальцами уменьшеніе объема ея, она плотнѣетъ, сокращается. Усиленно сокращаемая подъ вліяніемъ массажа, мышечная ткань сдавливаетъ заложенные въ ней венозные и лимфатическіе сосуды и выдавливаетъ застоявшуюся въ нихъ венозную кровь и лимфу. Кромѣ этого посредственного способа, при помощи массажа, и непосредственно, чисто механическимъ путемъ, выдавливается застоявшаяся лимфа изъ сосудовъ, лимфатическихъ щелей и тканевыхъ пространствъ, а также и кровь изъ венъ. Особенно наглядно вліяніе массажа на движеніе лимфы показалъ своими опытами *Lassar*. Онъ вставлялъ трубку въ центральный конецъ большого лимфатическаго сосуда бедра собаки и замѣтилъ слѣдующее: если лапа находится въ покоѣ, лимфа течетъ медленно, капаетъ каплями; при химическомъ же, термическомъ и механическомъ раздраженіи лапы скорость истеченія лимфы увеличивается въ 2—4 раза; а если массировать лапу снизу вверхъ, по направленію лимфатическихъ сосудовъ, то количество истекающей лимфы можетъ увеличиться въ 8 разъ и лимфа брызжетъ струей.

Раздражая подлежащую мышечную ткань, массажъ частью чрезъ вазоматоры, а частью и непосредственно раздражаетъ и мышечныя стѣнки сосудовъ вызывая ихъ сокращеніе, и понимаетъ такимъ образомъ кровяное давленіе и усиливаетъ вообще циркуляцію соковъ въ данномъ мѣстѣ, хотя такое тонизирую-

*) См. Массажъ и гимнастика при жен. болѣз. д-ра *Рачинскаго* изд. 1895 г.

щее вліяніе массажа на стѣнки сосудовъ, въ смыслѣ усиленія циркуляціи соковъ, относится главнымъ образомъ къ артеріямъ и въ меньшей степени къ венамъ и лимфатическимъ сосудамъ, такъ какъ въ движеніи крови по венамъ и лимфы по лимфатическимъ сосудамъ сокращеніе стѣнокъ ихъ имѣетъ второстепенную роль.

Описанное дѣйствіе массажа сводится, главнымъ образомъ, къ устраненію застоевъ и къ усиленію кровообращенія въ данномъ мѣстѣ, что въ свою очередь вліяетъ на всасываніе воспалительныхъ продуктовъ и кровяныхъ экстравазатовъ. Помимо этого посредственнаго способа, вызывающаго всасываніе воспалительныхъ продуктовъ и кровяныхъ экстравазатовъ, при помощи массажа жидкія части ихъ чисто механически проталкиваются въ, такъ называемыя, *stomata*, а плотныя, подвергаясь разминанію, раздробляются, что способствуетъ болѣе быстрому рассасыванію и ихъ.

Опыты *Mosengeil*'а наглядно показали, что массажъ можетъ способствовать всасыванію изъ тканей и полостей жидкости даже съ ненормальными частицами въ ней и передвиженію ея по лимфатическимъ сосудамъ. Помощью шприца Праваца онъ впрыскивалъ водный растворъ китайской туши въ полость колѣннаго сустава кроликовъ. Предоставленный себѣ суставъ нѣсколько дней былъ только припухшимъ и слегка горячимъ; убивая животное и изслѣдуя макро—и микроскопически *Mosengeil* находилъ тушь только въ суставѣ. Когда же онъ вслѣдъ за впрыскиваніемъ массировалъ колѣно, то опухоль его ясно уменьшалась и *Mosengeil* могъ вновь ввести шприцъ туши и снова опорожнять суставъ массажемъ. До 6 разъ подрядъ *Mosengeil* могъ наполнить суставъ и опорожнить его массажемъ. Убивая за тѣмъ животное, онъ уже простымъ глазомъ могъ видѣть сѣть лимфатическихъ сосудовъ, окрашенныхъ тушью, и прослѣдить ихъ до ближайшей группы лимфатическихъ железъ, оказавшихся тоже пигментированными тушью. Микроскопомъ же онъ убѣдился, что тушь находилась и въ самыхъ мелкихъ лимфатическихъ сосудахъ. Въ кровеносныхъ же сосудахъ туши не оказалось.

Развившаяся на мѣстѣ воспаленія соединительная ткань, обладая склонностью сморщиваться, стягиваться и сокра-

щаться, сдавливаются заложенные въ органѣ кровеносные сосуды и тѣмъ обезкровливается самый органъ, лишая его нормальнаго питанія. Массажъ, поднимая энергію кровообращенія, можетъ парализовать до нѣкоторой степени это вредное вліяніе развивающейся въ органѣ соединительной ткани, и способствуя улучшенію питанія въ заболѣвшемъ органѣ, тѣмъ самымъ способствуетъ рассасыванію этой ткани. Кромѣ того, при помощи растягиванія соединительнотканнныя тяжи, рубцовыя шнуры и перемычки растягиваются, истончаются, атрофируются и разрываются.

Устраняя застой и тѣмъ освобождая нервную ткань отъ ненормальнаго сдавливанія, массажъ уменьшаетъ и притупляетъ ощущеніе боли въ данномъ мѣстѣ.

Руководствуясь этими соображеніями о фізіологическомъ дѣйствіи массажа — вліяніе его на мышечную и соединительную ткань, сосудистую и нервную системы, на процессы всасыванія и питанія тканей, можно знать, чего ожидать отъ него, примѣняя при болѣзняхъ женской половой сферы.

Въ концѣ іюня мѣсяца прошлаго 1896 г. обратилась ко мнѣ за совѣтомъ Курская мѣщанка Дарья А—ва, жалуюсь, что три уже мѣсяца она чувствуетъ себя очень не здоровою, и о началѣ болѣзни рассказала слѣдующее: 24 числа марта, на Пасху прошлаго года, она, желая зажечь лампаду, поднялась на табуретку, пошатнулась и упала на полъ и въ тотъ же моментъ почувствовала сильную боль внизу живота „какъ будто что-то тамъ рѣзнуло“; съ ней сдѣлалось дурно и ее уже перенесли на постель. На другой день открылись крови, сопровождавшіяся болѣзненными схватками внизу живота и вмѣстѣ съ кровью вышла какаюто „плева“. Крови шли недѣли двѣ, а съ постели встала она дня черезъ 4, но была слаба и боли внизу живота продолжались, хотя были слабѣе. Испраженія на низъ были очень болѣзненны, такъ что „крикомъ кричала“ она при дефекаціи; моча была задержана.

Дарья А—вой 26 лѣтъ, замужняя; на 21 году она родила въ срокъ живаго ребенка, роды были легкіе, но послѣ нихъ проболѣла 3 недѣли, не вставая съ постели, и съ тѣхъ поръ не считаетъ уже себя здоровой. Крови стала носить съ 15 л., до родовъ приходили онѣ правильно чрезъ 3 недѣли и продолжались по 4 дня безболѣзненно; послѣ же родовъ стали мѣшаться: приходили то чрезъ 2, то чрезъ 3 недѣли и продолжались по 3—7 дней съ болью, но не задерживались; съ тѣхъ же поръ появились и бѣли. Послѣднія крови до паденія были недѣль за 7 и она считала себя беременной. Въ настоящее время жалуется на безсиліе, постоянное напираніе и боли внизу живота,

отдающіяся въ поясницу и ноги и особенно усиливающіяся при ходьбѣ и работѣ, когда приходится нагибаться; аппетита нѣтъ; тенезмы при испражненіяхъ.

На видѣ А—ва блѣдная, болѣзненная, тѣлосложенія же отъ природы крѣпкаго. Животъ вздутъ, симметричный, мягкій. Въ уровень съ лобкомъ прощупывается песочная, бугристая, неподвижная и болѣзненная при надавливаніи опухоль, которая занимаетъ средину входа въ малый тазъ. Во влагалищѣ, на высотѣ половины длины пальца, встрѣчается большая, круглая, бугристая и нѣсколько эластичная болѣзненная при надавливаніи опухоль; шейка матки стоитъ высоко и притиснута къ лонной кости; тѣла матки отдѣльно и яичниковъ прощупать не удалось. При бимануальномъ изслѣдованіи опухоль, прощупываемая снаружи надъ лобкомъ и чрезъ влагалище, составляетъ одно цѣлое. При изслѣдованіи *per rectum* опухоль достигаетъ до мыса, какъ бы спаяна съ костями таза, тоже бугристая, слабоэластичная и безъ всякаго замѣтнаго зыбленія; просвѣтъ *recti* сдвоенъ.

Изъ разсказа и объективнаго изслѣдованія А—вой безъ всякаго сомнѣнія ясно было, что у нея имѣлось заматочное кровоизліяніе, образовавшееся, нужно полагать, отъ разрыва плоднаго мѣшка внѣматочной беременности.

Уже съ перваго осмотра явилось было у меня намѣреніе лѣчить эту опухоль у А—вой массажемъ; но еще не имѣя личнаго опыта въ лѣченіи такого рода опухолей приѣмами массажа, я сначала рѣшилъ испробовать другія разсасывающія средства: *) назначены были горячіе до 40° влагалищные души утромъ и вечеромъ, ихтіоль—глицериновые тампоны во влагалище и іодистая мазь на животъ (важны по разнымъ обстоятельствамъ не могли быть примѣнены). Послѣ 2-хъ недѣльнаго лѣченія улучшеній замѣтныхъ не послѣдовало. Тогда приступилъ я къ лѣченію опухоли массажемъ. Вначалѣ массажъ производился чрезъ день (души горячіе одинъ разъ въ день—и ихтіоль—глицериновые тампоны тоже продолжались, іодистая же мазь оставлена съ перваго дня лѣченія массажемъ). Уже чрезъ 14 дней—7 сеансовъ массажа—ясно обнаружилось улучшение: опухоль уменьшилась, матка отдѣлилась отъ лобковой кости, опустилась и тѣло ея прощупывалось свободно. Видя такое благотворное дѣйствіе массажа, я сталъ сеансы его примѣнять ежедневно (горячіе души отмѣнены) и еще чрезъ 12 дней—12 же сеансовъ массажа—отъ опухоли не стало и слѣда: матка заняла нормальное положеніе, правый яичникъ прощупывался хорошо, лѣвый же не прощупывался, а возлѣ лѣваго угла дна матки ясно опредѣлялось продолговато-овальное мясистое, величиною въ миндалину, тѣло, однимъ концомъ соединенное съ угломъ матки; въ широкихъ же и крестцово-маточныхъ связкахъ про-

*) Раньше всего назначены были покой и усиленное питаніе.

щупывались еще тяжи. Еще чрезъ 10 сеансовъ массажа—14 дней (не ежедневно)—остались тяжи только въ лѣвой широкой связкѣ, отчего шейка матки была приткнута нѣсколько въ лѣвую сторону. На мѣстѣ же продолговато-овального тѣла возлѣ лѣваго угла дна матки остался извилистый продолговатый шнуръ, толщинокъ въ тонкій карандашъ, съ небольшимъ—въ лѣсной орѣхъ—утолщеніемъ по срединѣ. Во все время лѣченія массажемъ температура ни разу не поднималась выше 37,2° и на усиленіе болѣе внизу живота А—ва не жаловалась. Къ концу лѣченія она стала чувствовать себя совершенно здоровой: аппетитъ появился, испражненія правильны и безболѣзненны и силы стали прибавляться.

Видѣлъ я А—ву послѣ того еще нѣсколько разъ и она вполне здорова: бодрая и положеніе внутреннихъ половыхъ органовъ *in statu quo*.

Такимъ образомъ, кровь изъ заматочнаго кровянаго мѣшка у А—вой безслѣдно разсосалась послѣ 19 сеансовъ массажа (26 дней), и послѣ 29 сеансовъ (40 дней) разсосались и ложныя перепонки, составлявшія мѣшокъ этой опухли. Разсосались также и остатки зародышеваго мѣшка, оставивъ послѣ себя только небольшое утолщеніе въ лѣвой Фаллопиевой трубѣ, гдѣ, надо думать, гнѣздилися 7-ми недѣльный зародынь.

Л И Т Е Р А Т У Р А .

- 1) *Консеймъ*.—Общая патологія, стр. 327.
- 2) *Nelaton*.—Gaz. des hop., 1851, №№ 16 и 143—145, 1852, № 12 и 16, 1853, № 100.
- 3) *Шредеръ*.—Руков. къ бол. женск. пол. орг., рус. пер. 1879 г., стр. 398.
- 4) Реальн. энцикл. *Eulenburg'a*, т. VI, стр. 49.
- 5) Реал. энцикл., тамъ же.
- 6) *Virchow*.—Die krankh. Geshw. Berlin 1868, т. I, стр. 149 и др.
- 7) Реал. энцикл. *Eulenburg*, т. 6, стр. 50—8.
- 8) Реал. энцикл., тамъ же.
- 9) *Schauta*.—Beitrage zur Cas., Progn. und Therap. der Extrauterin-schwangerschaft. Prag. 1891.
- 10) *Снегиревъ*.—Маточ. кровотеч., стр. 204.
- 11) Медич. Обозр. 1896, № 21.
- 12) *Горвицъ*.—Пат. и тер. жен. пол. сферы, 1883, т. II, стр. 417.
- 13) *Горвицъ*.—Тамъ же.
- 14) I. с.
- 15) I. с.
- 16) I. с.
- 17) *Fritsch*.—Жен. бол., рус. пер. 1889, стр. 368—369.
- 18) *Martin*.—Патол. и тер. жен. бол., рус. пер., 1885 г., стр. 394.
- 19) *Штраухъ*.—Журн. акуш. и жен. бол. 1891 г.
- 20) I. с. стр. 393.
- 21) Врачъ, 1890 г., № 44, стр. 1006.

IV.

Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія кли- ники проф. К. Ф. Славянскаго за 1893 г.

З. Г. Суровцева.

Всѣхъ поступившихъ въ 93 г. было 550; изъ нихъ выпи-
салось до родовъ 7. Одна поступила съ мертвымъ ребенкомъ—
роды произошли дома. Слѣдовательно, всего разрѣшившихся
было 542, каковыя распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

срочныхъ	438	80,83%
преждевременныхъ	75	13,65 »
выкидышей	30	5,53 »
одиначныхъ	531	97,97 »
двойней	12	2,27 »
уличныхъ родовъ	8	1,48 »
I парае	130	23,98 »
II »	129	23,80 »
III »	97	17,89 »
IV »	55	10,15 »
V »	43	7,93 »
VI »	30	5,53 »
VII »	23	4,24 »
VIII »	13	2,39 »
IX »	8	1,47 »
X »	9	1,66 »
XI »	1	0,18 »
XII »	3	0,55 »
XIII »	1	0,18 »

Изъ 522 жизнеспособныхъ дѣтей родилось:

мальчиковъ	279	53,45 ⁰ / ₀
дѣвочекъ	243	46,55 »
живыхъ	495	94,82 »
мертвыхъ	27	5,17 »
мертворожденныхъ	5	0,95 »
умершихъ вскорѣ послѣ родовъ	21	4,02 »

По сословію поступившія распредѣляются такъ:

	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего	%
крестьянокъ	199	57,32	146	42,08	2	347	63,09
мѣщанокъ	44	57,14	33	42,86	—	77	14
солдатокъ	70	90,5	7	9,5	—	77	14
дворянокъ	8	57,14	6	42,86	—	14	2,54
духовн. зван.	1	—	—	—	—	1	0,19
чиновнаго зв.	6	75	2	25	—	8	1,45
врачебн. сосл.	2	—	—	—	—	2	0,38
фельдшерск.	—	—	1	—	—	1	0,19
офицерск. зв.	1	—	—	—	—	1	0,19
ремесленницъ	11	78,57	3	21,43	—	14	2,54
купеческ. сосл.	—	—	1	—	—	1	0,19
почетн. гражд.	2	—	—	—	—	2	0,38
иностр. подд.	—	—	1	—	—	1	0,19
званіе не помѣч.	1	—	3	—	—	4	0,73
	345	62,73	203	36,9	2	550	

Процентъ замужнихъ и незамужнихъ вычисленъ по отношенію къ числу поступившихъ даннаго сословія, занятія:

По роду занятій:	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего	%
домашн. хозяйст.	239	91,23	23	8,77	—	262	47,63
прис., горн., кух., няни	36	24,49	110	74,83	1	147	26,73
прачекъ	6	35,29	10	58,84	1	17	3,09
сидѣлокъ	2	50	2	50	—	4	0,73
чернор. подеи.	12	44,45	15	55,55	—	27	4,9
огородницъ	1	25	3	75	—	4	0,73
портн., бѣлошв., чулоч., басон., золотошв.	8	30,77	18	69,23	—	26	4,73
сапожницъ	1	—	1	—	—	2	0,36
папиросн фабр.	36	67,92	17	32,08	—	53	9,63
конторщ., переп.	—	—	2	—	—	2	0,37
переплетчицъ	—	—	1	—	—	1	0,19

По роду занятій:	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего	%
торговых . . .	1	—	1	—	—	2	0,37
молочницъ . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
не обозн. . . .	2	—	—	—	—	2	0,37
	<u>345</u>		<u>203</u>		<u>2</u>	<u>550</u>	

По національности.	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего	%
русскихъ . . .	318	63,85	178	35,74	2	498	90,54
вѣмокъ . . .	6	60	4	40	—	10	1,81
финляндокъ . . .	10	55,5	8	45,5	—	18	3,27
полекъ . . .	5	41,66	7	58,37	—	12	2,18
эстонскъ . . .	2	33,34	4	66,66	—	6	1,09
шведокъ . . .	—	—	1	—	—	1	0,19
евреекъ . . .	3	—	—	—	—	3	0,57
не обозн. . . .	1	—	1	—	—	2	0,38
	<u>345</u>		<u>203</u>		<u>2</u>	<u>550</u>	

По вѣроисповѣданію.	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего.	%
православн. . . .	318	63,98	178	35,84	1	497	90,36
лютеранск. . . .	17	47,22	19	52,78	—	36	6,54
католическ . . .	6	50	6	50	—	12	2,18
іудейскаго . . .	3	—	—	—	—	3	0,57
старообрядческ. .	1	—	—	—	1	2	0,38
	<u>345</u>		<u>203</u>		<u>2</u>	<u>550</u>	

По мѣсту рожденію:	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего.	%
Архангельской . .	11	84,61	2	15,39	—	13	2,36
Вологодской . . .	7	41,18	10	58,82	—	17	3,09
Витебской . . .	11	78,57	3	21,43	—	14	2,54
Виленской . . .	3	60	2	40	—	5	0,91
Воронежской . . .	2	—	—	—	—	2	0,38
Владимірской . .	3	—	—	—	—	3	0,57
Гродненской . . .	1	—	1	—	—	2	0,38
Костромской . . .	5	83,34	1	16,66	—	6	1,09
Ковенской . . .	2	—	2	—	—	4	0,73
Казанской . . .	1	—	2	—	—	3	0,57
Курляндской . . .	2	40	3	60	—	5	0,91
Калужской . . .	5	71,43	2	28,57	—	7	1,27
Балишской . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
Лифляндской . . .	1	—	2	—	—	3	0,57
Московской . . .	9	81,81	2	18,19	—	11	2
Могилевской . . .	3	—	—	—	—	3	0,57
Митавской . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
Новгородской . .	44	55,69	35	44,31	—	79	14,36
Нижегородской . .	4	—	—	—	—	4	0,73

По мѣсту рожденію:	Зам.	%	Нез.	%	Необ.	Всего.	%
Олонецкой . . .	5	41,66	7	58,34	—	12	2,18
Орловской . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
Петербургской . .	89	66,16	44	33,84	—	133	24,18
Псковской . . .	11	43,43	12	56,57	—	23	4,18
Полтавской . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
Пензенской . . .	1	—	2	—	—	3	0,57
Рязанской . . .	13	—	—	—	—	13	2,36
Смоленской . . .	9	81,81	1	9,19	1	11	2
Суwalkской . . .	1	—	1	—	—	2	0,38
Самарской . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
Саратовской . . .	2	—	—	—	—	2	0,38
Тверской . . .	50	58,14	35	40,69	1	86	15,63
Тульской . . .	6	60	4	40	—	10	1,81
Тамбовской . . .	2	—	—	—	—	2	0,38
Финляндіи . . .	9	39,13	14	60,87	—	23	4,18
Таврической . . .	1	—	1	—	—	2	0,38
Эстляндской . . .	—	—	2	—	—	2	0,38
Черниговской . .	2	—	—	—	—	2	0,38
Ярославской . . .	23	63,88	13	36,12	—	36	6,54
Кіевской . . .	1	—	—	—	—	1	0,19
Не обозначено . .	1	—	—	—	—	1	0,19
	345		203		2	550	

Распредѣляя вышеприведенныя цифры по нисходящей степени, мы видимъ, что наибольшій процентъ поступленій по сословіямъ были: крестьянки, мѣщанки, солдатки, дворянки и т. д.

По національности: русскіе, финляндки, польки, нѣмки, еврейки.

По вѣроисповѣданію: православныя, лютеранки, католички, іудейки. По губерніи жители: Петербургской, Тверской, Новгородской, Ярославской.

Распредѣляя подобнымъ же образомъ по нисходящей степени незамужнихъ, мы видимъ, что наибольшій процентъ незамужнихъ, по сословію дали: мѣщанки, дворянки, крестьянки, ремесленницы.

По роду занятій: прислуга (горничныя, кухарки, няни), бѣлошвейки, (портнихи, чулочницы, басонщицы), прачки, подещицы.

По національности: эстонки, польки, финляндки, нѣмки.

По вѣроисповѣданію: лютеранки, католички, православныя.

По губерніи жители: Финляндіи, Вологодской, Олонецкой, Псковской губ. и т. д.

Къ сожалѣнію, не всѣ цифры на столько достаточны, чтобъ ихъ можно было сравнивать, а нѣкоторыя такъ не заслуживаютъ вычисленія процентовъ.

Что касается до замужнихъ и незамужнихъ, то долженъ оговориться, что всѣ вдовы отнесены къ незамужнимъ.

Общая же цифра замужнихъ и незамужнихъ показываетъ, что въ 93 г., какъ никогда въ прошлые годы, превалировали замужнія надъ незамужними (1,69: 1), что указываетъ на улучшеніе взгляда вообще на родильные дома со стороны жителей, болѣе или менѣе хорошо обставленныхъ.

Отношеніе между числомъ законно-рожденныхъ и незаконно рожденныхъ и числомъ предшествовавшихъ беременности видно изъ слѣдующаго сопоставленія:

Которая беременность	Всего	Зам.	Незам.	Необ.	Отн.	У д-ра Вольфа
I . .	131	54	76	1	1:1,4	1:2,8
II . .	130	73	57	—	1:0,7	1:1,7
III . .	97	64	33	—	1:0,5	1:1,2
IV . .	58	44	14	—	1:0,3	1:0,5
V . .	43	32	10	1	1:0,3	1:0,4
VI . .	30	22	8	—	1:0,3	1:0,4
VII . .	23	21	2	—	1:0,09	1:0,2
VIII . .	13	11	2	—	1:0,19	1:0,24
IX . .	9	9	—	—	—	1:0,18
X . .	10	9	1	—	1:0,11	1:0,13
XI—XIII . .	6	6	—	—	—	—

Если же распредѣлить всѣхъ поступившихъ въ двѣ группы (I-parae и M-parae), то отношеніе выйдетъ слѣдующее:

I-parae . . . 131 54 76 1 1:1,4

M-parae . . . 418 291 127 1 1:0,4 т. е. съ

увеличеніемъ количествъ предшествовавшихъ беременностей отношеніе между количествомъ законнорожденныхъ и незаконнорожденныхъ измѣняется въ сторону первыхъ, при чемъ въ 93 уже со второй беременности законнорожденные берутъ перевѣсъ надъ незаконнорожденными, тогда какъ съ 84 по 91 годъ этотъ перевѣсъ начинали только съ четвертой беременности.

Распредѣляя поступившихъ по возрасту и по числу предшествовавшихъ беременностей, какъ видно на прилагаемой таблицѣ, мы замѣчаемъ, что самая младшая имѣла 17 лѣтъ, самая старшая 43 года; наибольшее количество поступившихъ приходится на возрастъ отъ 20—30 лѣтъ.

ВОЗРАСТЪ.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	СУММА.	°/о.
17 лѣтъ . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,01
18—20 . . .	25	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35	6,36
21—25 . . .	69	67	34	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	173	32,36
26—30 . . .	27	40	38	23	18	7	4	3	—	2	—	—	—	167	30,36
31—35 . . .	9	8	18	14	21	14	7	4	3	2	—	1	—	101	18,36
36—40 . . .	—	5	5	7	3	8	12	6	5	4	1	3	—	59	10,72
41—43 . . .	—	1	1	2	—	1	—	—	1	2	—	—	1	9	1,63
Сумма . . .	131	130	97	58	43	30	23	13	9	10	1	4	1	550	—
°/о . . .	23,81	23,63	17,63	10,54	7,81	5,45	4,18	2,36	1,63	1,81	0,01	0,04	0,01	—	—

Кромѣ того, изъ этой же таблицы видно, что количество первородящихъ, какъ и въ прошлые годы, въ нашей клиникѣ превалируетъ надъ количествомъ повторно-беременныхъ, отдѣльно взятыхъ, хотя отношеніе между I-par. и M-par. вообще, въ 93 г. сравнительно съ прошлыми годами сильно разнится, а именно: въ 93 г. I-par.—23,9%, M-par. 76,1% или 1:2,76, между тѣмъ какъ у д-ра *Рузи* это отношеніе равн. 1:1,99, у д-ра *Агафонова* 1:1,5, у д-ра *Вовфа* 1:1,57. Такимъ образомъ, выходитъ, не смотря на клинический принципъ—принимать больше первородящихъ, какъ могущихъ потребовать акушерской помощи чаще, сравнительно съ многородящими—что въ 93 г. было принято больше сравнительно съ прошлыми годами многородящихъ въ силу необходимости, дабы избѣгнуть случаевъ родоразрѣшенія внѣ лѣчебнаго заведенія, каковыя случаи вполне возможны при отказѣ роженицъ въ родахъ. Наконецъ, изъ той же таблицы видно, что наибольшій процентъ первородящихъ и второродящихъ приходится на возрастъ 21—25 лѣтъ; III, IV, V, VI par. въ возрастѣ 26—30 лѣтъ. VII—XII въ возрастѣ отъ 36—40 лѣтъ.

Къ такимъ же результатамъ приводятъ выводы за 84—91 г.

По времени наступленія первой менструаціи поступившія распредѣлялись такимъ образомъ:

					%
1-я менстр. появилась на	11 г. жизни	.	.	.	2 0,36
»	» 12 »	.	.	.	16 2,91
»	» 13 »	.	.	.	56 10,18
»	» 14 »	.	.	.	96 17,45
»	» 15 »	.	.	.	105 19,09
»	» 16 »	.	.	.	108 19,63
»	» 17 »	.	.	.	85 15,45
»	» 18 »	.	.	.	44 8
»	» 19 »	.	.	.	25 4,54
»	» 20 »	.	.	.	7 1,27
»	» 21 »	.	.	.	2 0,36
Не обознач. годъ менстр.	.	.	.	.	4 0,72

550

Отсюда видно, что самый ранній срокъ наступленія половой зрѣлости былъ 11 лѣтъ, самый поздній—21 годъ. Чаще всего половая зрѣлость наступала въ 15—16 лѣтъ. Что касается до появленія регулъ, то я всѣхъ поступившихъ въ

93 году, какъ видно на прилагаемой таблицѣ, распредѣлили по губерніямъ и мнѣ кажется, что, если бы къ акушерскимъ отчетамъ прилагались такія таблицы, то со временемъ получились бы извѣстнаго рода данныя о началѣ половой зрѣлости въ каждой губерніи Россіи, потому что цифра была бы не 550, какъ 1893 г., а гораздо больше и для сравненія были бы жительницы всѣхъ губерній, а не какъ въ данномъ случаѣ, гдѣ преобладающее число—132 уроженки Петербургской губ.

По времени наступленія первыхъ родовъ отъ начала половой жизни поступившія въ 93 г. распредѣлялись такъ:

На	1 г. половой жизни		156
»	2 »	»	263
»	3 »	»	58
»	4 »	»	27
»	5 »	»	11
»	6 »	»	11
»	7 »	»	10
»	8 »	»	6
»	9 »	»	3
»	10 »	»	1
»	11 »	»	2
»	16 »	»	1
Не отмѣчено			1
			550

Изъ этой таблицы видно, что наибольшее количество родовъ приходится на второй годъ половой жизни. Самое позднее—въ 93 г. была одна, рожавшая въ 1-й разъ на 16 году половой жизни.

О беременных.

До наступленія родовъ въ 1893 году было принято 16 беременных. Изъ нихъ выписалось до родовъ 7, получивъ облегченіе отъ страданій, которые ихъ заставили обратиться въ клинику, а именно.

1 выписалась послѣ прекращенія родовыхъ болей.

1—поступила въ клинику изъ боязни, что имѣеть узкій тазъ, но по точномъ измѣреніи тазъ оказался вполне нормальнымъ и беременная выписалась изъ клиники.

1—принята съ подозрѣніемъ на вѣматочную беременность, такъ какъ матка, находившаяся въ правомъ сводѣ, плохо контурировалась и была болѣзненна, въ виду чего изслѣдующему пальцу казался tumor съ правой стороны; по истеченіи извѣстнаго времени матка приняла свое нормальное положеніе и перестала быть болѣзненной—беременная выписалась изъ клиники.

3 (три)—выписались изъ клиники послѣ прекращенія (подъ вліяніемъ покоя) появившагося у нихъ кровотеченія.

Изъ нихъ одинъ случай представляетъ болѣе или менѣе интересъ и потому вкратцѣ привожу исторію болѣзни, а именно: 7/v 93 г. въ 12 ч. 5 м. ночи принята беременная Е. Е. 24 лѣтъ IV—рага, замужняя, съ жалобой на сильное кровотеченіе. Кровотеченіе открылось у ней сразу послѣ полученія сильныхъ ударовъ ногой въ половыя части. При изслѣдованіи оказалось, что она беременна 6 мѣсяцовъ; матка по величинѣ соотвѣтствуетъ этому сроку, очень дрябла, сердцебіеніе плода не слышно. Наружныя половыя части, особенно правая большая губа и ягодицы, представляются отечными.

Внутренній зѣвъ сокращенъ, наружный легко пропускаетъ палецъ. Влагалище проспирцовано; затампонировано іодоформной марлей и ватными тампонами.

7/v утромъ тампоны удалены, кровотеченія нѣтъ, внутренній зѣвъ закрытъ, $t^0=37,5$ п. п.=80.

8/v. На мѣстѣ ушиба, т. е. на правой большой губѣ и ягодицѣ, замѣчается припухлость и рѣзкая синяя окраска кожи. $t^0=37,1$ веч. 36,8. Движенія плода не ощущается.

9/v. Беременная почувствовала движеніе плода, $t^0=37$.

10/v. Самочувствіе прекрасное. Движеніе плода ясно ощущается, сердцебіеніе прекрасно выслушивается, беременная выписалась изъ клиники.

1. (одна)—Д. С. 33 л. I рага принята въ клинику съ жалобой на кровотеченіе, матка увеличена соотвѣтственно 7-му мѣсяцу. Кровотеченіе оказалось происходившимъ изъ небольшого полипа, торчавшаго изъ orif ext. (*polypus canal. cervicis.*). На другой день кровотеченіе прекратилось и беременная выписалась изъ клиники.

Изъ поступившихъ въ клинику беременными и родившихъ въ ней (9)—три, излечившись отъ отековъ ваннами, выписывались изъ клиники и поступали вновь для родоразрѣшенія.

Изъ нихъ одна Л. А. (27 лѣтъ) II—рага была принята 16/II съ сильно выраженными отеками всего тѣла, особенно же большихъ губъ, свѣшивавшихся въ видѣ двухъ большихъ напряженныхъ подушечекъ. Мочи очень мало и въ мочѣ бѣлокъ. Скарификаціи большихъ губъ—истекло большое количество прозрачной жидкости., ванны ежедневно 2 раза въ 28°R. На третій день большое количество насыщенной краснаго цвѣта мочи, обильный осадокъ, бѣлокъ.

На 6-й день мочи достаточное количество, моча прозрачная, отекъ значительно уменьшился.

На 16-й день 1/III отекъ всего тѣла значительно уменьшился; большія губы нормальны, беременная выписалась изъ клиники и 9/III поступила вновь для родоразрѣшенія, при чемъ было извлеченіе плода, удаленіе послѣда, разрывъ промежности, который благодаря отечности не былъ зашитъ, а заматонированъ іодоформенной марлей.

Перерывъ въ родахъ: 1 разъ С. Б. 35 л. X—рага принята 3/VIII съ открытіемъ шейки на 1¹/₂ пальца, пузырь напрягается, сильныя родовыя боли. 4/VIII родовыя боли совершенно стихаютъ, шейка не пропускаетъ пальца, беременная выписывается, а 16/VIII въ 4 ч. утра поступаетъ вновь и въ 6 ч. 10 м. у. рождаетъ живую недоношенную дѣвочку въ 2700, продолжительность родовъ 6 ч. 25 м.

Остальные 5 беременных, поступивши въ клинику, уже не выписывались и оставались до окончанія родовъ. Причины, заставившія ихъ обратиться въ клинику, были слѣдующія:

Преждевременное отдѣленіе послѣда въ нижней его части
1 разъ.

В. Е. III рага поступила 28/I съ кровотеченіемъ, которое то прекращалось, то вновь появлялось, родила 19/III мертвую дѣвочку в. 3150.

Узкій тазъ—1 разъ. Н. Е. 28 л., IV пара, въ анамнезѣ на одного живого ребенка, въ виду чего сдѣланы искусственно преждевременные роды.

Eclampsia sub graviditate.—2 раза. Горячіе души и бужи.

Hemiplegia dextra послѣ послѣднихъ родовъ—(1 разъ; искусственный выкидышъ на 2-мъ мѣсяцѣ.

О родильницахъ.

Въ 1893 г., была принята всего одна родильница И. Н. 26 л., замужемъ III р. Случай этотъ интересенъ въ судебно-медицинскомъ отношеніи, и, потому, я останавлиюсь на немъ нѣсколько подробнѣе: 31/x 1893. Въ 4 ч., 50 м., дня принята въ клинику И. Н. съ окровавленнымъ ребенкомъ на рукахъ, котораго (по ея словамъ) она довольно скоро родила дома въ 1 ч. дня. Младенецъ мужескаго пола в. 3500 gtm., доношенный. Размѣры головки: окружность прямая 34, косая 38, вертикальная 30, прямой размѣръ 12, большой косой 13, малый косой—10, большой поперечный—8, малый поперечный—6, вертикальный—9. *Плечики*: окружность 36 поперечный размѣръ 11. *Ягодицы*: окружность—30, поперечный размѣръ 10; *грудной размѣръ*—9.

У ребенка—ціанозъ лица. Изъ рта выдѣляется довольно большое количество окрашенной кровью жидкости.

Черезъ 1½ часа, т. е. въ 6 час., утра ребенокъ умеръ. Размѣръ таза: Sp. II—24, Cr. II—27. Cong—ext—21, Tr. 31. Родильница на 6-й день выписалась здоровой.

Протоколъ вскрытія ребенка:

«Трупъ новорожденнаго ребенка, пуповина перевязана лигатурой, свободный конецъ пупочнаго канатика представляется засохшимъ шнуркомъ. Соотвѣтственно правой темянной кости подъ galea aroneutotica замѣчается скопленіе частью жидкой, частью слегка свернувшейся крови, всего въ количествѣ двухъ чайныхъ ложекъ; по удаленіи крови и свертковъ съ поверхности крови темянной кости она представляется переломленной на двѣ части въ поперечномъ направленіи. Края перелома слегка зазубрены и пропитаны кровью. По отдѣленіи черепной крышки вмѣстѣ съ твердой мозговой оболочкой замѣчаются

скопленія кровяныхъ сгустковъ въ формѣ пленки между внутренней поверхностью правой теменной кости и наружной поверхностью твердой мозговой оболочки. Сосуды мягкой мозговой оболочки болѣе налиты кровью, чѣмъ на лѣвой; на правой затылочной долѣ въ передней ея части замѣчается въ мягкой мозговой оболочкѣ кровоизліаніе, величиною въ серебрянный пятакъ. На основаніи черепа при отдѣленіи твердой мозговой оболочки также замѣчается свѣжій экстравазатъ отъ просіянаго до конопляннаго зерна. Ткань мозга малокровна, пастозна. Легкія свободны, верхняя доля, особенно въ переднихъ краяхъ, блѣдно розоватаго цвѣта, содержитъ много воздуха. Нижнія доли плотны, темно-краснаго цвѣта, при соскабливаніи съ поверхности разрѣза получается темно-красная жидкость, почти не содержащая воздуха. Желудочки сердца растянуты, содержатъ немного жидкой крови, другихъ какихъ либо измѣненій въ нихъ не замѣчается. Печень велика, очень полнокрровна, селезенка нѣсколько уменьшена, блѣдна, плотна; почки дольчаты, безъ особыхъ измѣненій; въ желудкѣ, кромѣ вязкой слизи, ничего не находится, тонкія кишки, частью толстыя до S. Romanum, пусты въ спавшемся состояніи. S. Romanum значительно растянуто первороднымъ каломъ, блѣдно-желтоватаго цвѣта вязкой кашицей.

Epicrisis «Fractura ossis parietalis dextri.

Haemorrhagia sub galea aponeurotica et dura matris.»

Не могу при этомъ не упомянуть о совершенно аналогичномъ случаѣ, бывшемъ въ Покровскомъ родильномъ покоѣ въ 1888 г. (№ пріемной книги 77), гдѣ роженица разрѣшилась умершимъ сейчасъ же ребенкомъ въ самомъ пріютѣ. Роды совершенно легкіе и самопроизвольные. Положеніе плода 1-ое зат. пер. в. и второе. На правой теменной кости, почти по середины, поперечный переломъ, идущій отъ сагитальнаго шва до protuberant. pariet; переломъ величиною около 6 см.; черепъ имѣетъ почти правильную форму, при чемъ правая теменная кость не много зашла на лѣвую въ передней части, лѣвая теменная немного зашла на затылочную, остальные кости безъ малѣйшаго захожденія; да и сомья упомянутыя захожденія на столько незначительны, что не допускаютъ никакой мысли о прохожденія черезъ узкій тазъ. (Черепъ находится

въ клиникѣ проф. *Слазянскаго*). Такимъ образомъ, оба эти случая, вмѣстѣ взятые, представляютъ, очевидно, рѣдкій примѣръ перелома черепныхъ костей при ускоренныхъ родахъ, вслѣдствіе того, что края костей не успѣли подвинуться другъ на друга и конфигурироваться. Что со стороны матери въ клиническомъ случаѣ не было никакого насилія, въ этомъ можно убѣдиться потому, что, во первыхъ, это была женщина замужняя, а во вторыхъ, если бы что нибудь подобное было, то, наоборотъ, крестьянка не пришла бы со слезами на глазахъ въ клинику за помощью.

Роды.

Исключая изъ общаго числа (всѣхъ поступившихъ) одну родильницу и выписавшихся до родовъ беременныхъ, и распредѣляя всѣхъ разрѣшившихся по мѣсяцамъ, будемъ имѣть:

		°/о
Январь	50	9,22
Февраль	40	7,38
Мартъ	46	8,48
Апрѣль	45	8,22
Май	40	7,38
Іюнь	44	8,12
Іюль	68	12,54
Августъ	46	8,48
Сентябрь	45	8,22
Октябрь	40	7,38
Ноябрь	41	7,57
Декабрь	36	6,64

Всего 541 или, среднемъ числомъ, каждый мѣсяцъ: 45 родовъ.

Изъ этой таблицы видно, что наибольшій максимумъ въ 93 г. какъ и за прошлые года, падаетъ на іюль мѣсяцъ, что зависитъ, конечно, отъ условія клиники—прекращенія въ лѣтніе мѣсяцы приѣма гинекологическихъ больныхъ и большій приемъ на ихъ мѣсто роженицъ. Другой максимумъ падаетъ на январь, т. е. на мѣсяцъ наибольшаго максимума рождаемости для Россіи (*Эрисманъ Гигіена—II стр. 105*).

Кромѣ того, сравнивая все количество разрѣшившихся въ 93 г. съ таковымъ же количествомъ въ 91 г. (547) и

въ 92 г. (1048). (Отчетъ д-ра *Rysi*), видимъ, что 93 г. совпалъ съ 91 г., уступая далеко 92-му году, что вполне объясняется усиленнымъ приѣмомъ роженицъ въ клинику въ 92 г., благодаря ходатайству Городской Думы, въ виду закрытія на лѣто 92 г. такого громаднаго учрежденія, какъ Надеждинское Родовспомогательное заведеніе.

Распредѣляя родившихъ по времени дня, въ которое роды окончились, исключивши выкидыши, получаемъ слѣдующее:

Между	6 ч.	утра	и	12 ч.	дня	125
»	12 »	дня	и	6 »	веч.	132
»	6 »	веч.	и	12 »	ноч.	134
»	12 »	ноч.	и	6 »	утр.	121
						512

Слѣдовательно, наибольшее число родовъ въ 93 году пришлось на вечерніе часы, т. е. отъ 6 ч. веч. до 12 ч. ночи.

Общая средняя продолжительность родовъ—13 ч. 48 м.

Вычисляя же среднюю продолжительность родовъ, самопроизвольно окончившихся и распредѣляя ихъ по количеству беременностей имѣемъ.

	93 г.	84—91	91—92 г.
I-para . . .	18 ч. 48'	18 ч. 27'	17 ч. 29'
II-parae . . .	11 ч. 21'	11 ч. 10'	9 ч. 58'
M.-parae . . .	11 ч. 14'	10 ч. 42'	9 ч. 31'

Вычисляя среднюю продолжительность родовъ въ зависимости отъ вѣса плода, имѣемъ.

	Вѣсъ плода ниже 3200	Вѣсъ плода 3200—3500	Вѣсъ плода выше 3500
I-para	17 ч. 30'	18 ч. 27'	18 ч. 31'
II-parae	11 ч. 56'	10 ч. 16'	12 ч. 14'
M.-parae	10 ч. 54'	9 ч. 54'	11 ч. 10'

Изъ этой таблицы можно прійти къ заключенію, во 1-хъ, что I парае съ увеличеніемъ вѣса плода рожаютъ дольше, во 2-хъ, что всѣ роженицы, если вѣсъ плода превышаетъ 2500 gr: рожаютъ дольше и въ 3-хъ, что самые скорые роды у II парае и M.-парае бываютъ тогда, когда вѣсъ плода имѣетъ средніе размѣры, т. е. между 3200—3500 gr.

Чтобы покончить съ продолжительностью родовъ, приведемъ еще таблицу, при чемъ слѣдуетъ прибавить, что какъ въ этой таблицѣ, такъ и въ предыдущихъ, во вниманіе приняты роды, гдѣ продолжительность родовъ помѣчена.

Роды продолжались.

	I-пара.		II-парае.		М.-парае.	
Меньше 6 часов. . .	7	7,3 ⁰ / ₀	23	23,8 ⁰ / ₀	68	24,4 ⁰ / ₀
Отъ 12 часов. . .	31	32,3 ⁰ / ₀	35	36,5 ⁰ / ₀	87	36,7 ⁰ / ₀
Отъ 12 — 24 часов. .	34	35,4 ⁰ / ₀	32	33,3 ⁰ / ₀	64	27 ⁰ / ₀
Больше 24 часов. . .	24	25 ⁰ / ₀	6	6,2 ⁰ / ₀	18	7,6 ⁰ / ₀
	96		96		237	

Изъ этой таблицы видно, что наибольший ⁰/₀ первородящихъ 1893 г. разрѣшилось въ теченіе отъ 12 — 24 часовъ наибольший ⁰/₀ второродящихъ и многородящихъ въ теченіе отъ 6—12 часовъ.

Сравнивая эти цифры съ подобными же цифрами д-ра *Массена* (Отчетъ за 92 г. Гаванскаго пріюта) можно замѣтить нѣкоторую разницу, а именно: у *Массена* наибольший процентъ первородящихъ (37,9) и второродящихъ (39,4) разрѣшятся въ теченіе отъ 6 до 12 часовъ; наибольший процентъ многородящихъ разрѣшается въ теченіе менѣе 6 часовъ; хотя есть и сходство, а именно: наибольший процентъ разрѣшившихся въ теченіе времени свыше 24 часовъ какъ у д-ра *Массена*, (21,7 сравнить съ другими: II парае 12,1 М.-парае), 1) такъ и въ приведенной таблицѣ принадлежитъ первородящимъ, равно какъ наименьшій ⁰/₀ первородящихъ разрѣшается въ теченіе времени меньше 6 ти часовъ.

Положенія и предлежанія плода.

Исключивъ изъ общаго числа поступившихъ—выкидыши, многоплодные роды, уличные роды и случаи, гдѣ положеніе плода не помѣчено, будемъ имѣть 492 случая, гдѣ обозначено положеніе плода, а именно: Вертикальныхъ—486—98,79⁰/₀.

Косыхъ и поперечныхъ—6—1,22⁰/₀ или—въ 93 году было 1 поперечно-косое положеніе на 81, вертикальныхъ (у д-ра *Вогфа* 1 поперечно-косое на 104,2, вертикальныхъ, у д-ра *Рузи* вертикальныхъ—99,15⁰/₀, поперечныхъ 0,66⁰/₀, косыхъ 0,19), разбирая же отдѣльно, имѣемъ 0,61⁰/₀ поперечныхъ и столько же косыхъ.

Изъ вертикальныхъ положеній—предлежаній головнымъ концомъ было 469 (96,32⁰/₀), а тазовымъ—17, (3,58⁰/₀), т. е.

1 предлежаніе тазовымъ концомъ приходилось на 27,5, предлежаній головныхъ (у д-ра *Вовфа* 1 : 21,7, у д-ра *Рузи* 1 : 23).

Изъ предлежаній головнымъ концомъ было:

Затылочныхъ	467
Лобныхъ	1
Темянныхъ	1

467 затылочныхъ предлежаній на все число одиночныхъ родовъ съ опредѣленнымъ предлежаніемъ (492) составляетъ 94,92%, (у д-ра *Вовфа* 93,7%, у д-ра *Рузи* 94,2%) или затылочнаго предлежанія встрѣтились на каждыя 106,4 родовъ 6,100 (у д-ра *Вовфа* 106,7—100).

Затылочные предлежанія распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

1 Зат. п. в.	310	66,52%	} 314	67,24%
1 Зат. з. в.	4	0,85%		
2 Зат. п. в.	73	15,78%	} 153	32,76%
2 Зат. з. в.	80	16,84%		
467				

За прошлые годы у д-ра *Агафонова* 69,8%, 30,2%, у д-ра *Вовфа* 68,7%, 31,3%, у д-ра *Рузи* 70,79%, 29,25%.

Лицевыхъ предлежаній въ 93 году не было, хотя одно лобное предлежаніе, бывшее у VI-рага 39 лѣтъ, въ концѣ родовъ при врѣзываніи перешло въ лицевое, передняго вида, родился живой ребенокъ мужскаго пола въ 2500 grm., роды продолжались 16 ч. 16 м. Puerperium—норма, на 5 сутки родильница выписалась здоровой. Итакъ, 1 лобное предлежаніе на 492 родовъ (у д-ра *Вовфа* 0,13%, у д-ра *Рузи* 0,13%, у д-ра *Парышева* 1 на 600 родовъ, у *Массена* и *Иноевса* 0,1%).

Темянное предлежаніе встрѣтилось 1 разъ на 492 родовъ (у *Вовфа* 10 р. на 3622 род., у *Рузи* 2 раза на 1595 род.). Въ 93 году роженица съ тазовымъ предлежаніемъ была II-рага 35 лѣтъ. Роды продолжались 29 ч. 30 м. и окончились перфорацией головки послѣ неудачной попытки наложенія щипцовъ, извлечена дѣвочка вѣс. 2400 grm. безъ мозга, тазъ узкій. Выписалась на 7 день здоровой.

Тазовыя предлежанія.

Если считать только одиночныя опредѣленные роды (492), то въ 93 г. было 17 предлежаній тазовымъ концомъ, что

составить 3,58⁰/о, (у *Алафонова* 3,6⁰/о, у *Ворфа* 4,36⁰/о, у *Рузи* 3,55⁰/о). Если же къ одиночнымъ родамъ прибавить 20 опредѣленныхъ положеній двойнями (10), то къ тазовымъ предлежаніямъ надо прибавить 5, итого будетъ 22 предлежа-нія тазовымъ концомъ на 512 всѣхъ предлежаній, что состав-ляетъ 1 тазовое предлежаніе на 23,27 родовъ или 4,28⁰/о, (у *Рузи* 4.13⁰/о, у *Алафонова* 5⁰/о); считая же отношеніе тазо-выхъ предлежаній къ головнымъ, будемъ имѣть: 1 предлежа-ніе съ тазовымъ концомъ и 21,32 головныхъ (у д-ра *Ворфа* 1:21,7).

Теперь, такъ какъ о двойняхъ будетъ рѣчь впереди, раз-смотримъ предлежанія съ тазовымъ концомъ въ одиночныхъ родахъ.

1 ягод. пер. видъ 4	}	7	Всего, слѣдовательно, яго- дныхъ предлежаній 13, или 76,47 ⁰ /о, (у <i>Рузи</i> —83,02) а ногоположеній 4 или 23,53 (у <i>Рузи</i> —16,98).
1 ягод. задн. видъ 1			
1 ягод. неопр. видъ 2			
2 ягод. пер. видъ 3	}	6	
» » задн. видъ 1			
» » неопр. видъ 2			
1-е ножное видъ не помѣч. . . 4			

По числу предшествовавшихъ беременностей роженицы съ тазовымъ предлежаніемъ распредѣлялись такъ:

I-рага . 4	т. е. I рага .	23,53 ⁰ /о	M-рага . 76,47 ⁰ /о
II-рага . 4	} 13	(у <i>Ворфа</i> . 36 ⁰ /о у <i>Рузи</i> . . 32,07 ⁰ /о	M-рага . 64 ⁰ /о
M-рага . 9			M-рага . 67,93 ⁰ /о

т. е., вообще говоря, у многородящихъ тазовыя предлежанія встрѣчаются чаще.

По возрасту.

Отъ 20—30 лѣтъ . . . 13	76,47 ⁰ /о	
Отъ 31—40 лѣтъ . . . 4	23,35 ⁰ /о,	т. е. всего чаще тазовыя.

Предлежанія встрѣчаются въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ. Къ такому же выводу приводятъ цифры за прошлые года (у *Ворфа* и у *Рузи*).

Узкихъ тазовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ въ 1893 году не было ни одного, также какъ и большаго количества около-плодныхъ видъ, на какое-то обстоятельство *Ворфъ* и *Рузи* указы-ваютъ какъ на этиологическіе моменты по отношенію къ тазо-вымъ предлежаніямъ.

Изъ осложненій при родахъ были: ущемленіе пуповины во время прорѣзываніи—1 разъ: обвитіе пуповины вокругъ шейки—4 раза.

Оперативное пособіе понадобилось въ 11 случаяхъ, т. е. 64,45% изъ нихъ: извлеченіе плода 6 разъ 35,29 »
у *Рузи*—1891—1892 г. 37,73 »
ручное удаленіе послѣда 2 раза 11,76 »
у *Рузи*—1891—1892 г. 5,66 »
зашиваніе неполныхъ разрывовъ промежности 3 раза 17,64 »
у *Рузи*—1891—1892 г. 11,32 »

Разсматривая исходъ родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ необходимо изъ общаго числа тазовыхъ опредѣленныхъ предлежаній (17) исключить 2 выкидыша на VI мѣсяцѣ, какъ дѣтей нежизнеспособныхъ. Изъ 15 жизнеспособныхъ дѣтей родилось:

доношенныхъ:	мальчиковъ	6	} 12—80%
	дѣвочекъ	6	
недоношенныхъ:	мальчиковъ	1	} 3—20%
	дѣвочекъ	2	

Недоношенный мальчикъ въ 1500 grm. въ 1-ый день умеръ. Одна дѣвочка въ 3000 у VI пага, 30 лѣтъ, родилась мацерированной. Средній вѣсъ мальчика, не считая умершаго на 2 день въ 1500, равнялся 3280 grm. средній вѣсъ дѣвочки, не считая мецерированнаго (3000) и живого 1950 равнялся 3107, 1 grm. Послѣродовой періодъ при тазовыхъ предлежаніяхъ въ 14% случаяхъ было нормальный; въ 2-хъ случаяхъ многократное повышеніе t^0 безъ локализациі процесса; въ одномъ случаѣ Colpitis max t^0 40,4. Въ одномъ случаѣ въ послѣродовомъ періодѣ былъ Bronchitis и pleuritis съ однократнымъ повышеніемъ t^0 38,5.

Minimum продолжительности родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ былъ 7 ч. 5 м.; maximum. 16 ч. 10; maximum родовъ оперативныхъ 40,48'.

Поперечно-косыя положенія на 492 опредѣленныхъ положеній въ 1893 г. встрѣтились 6 разъ, что составляетъ 1,22%. (у *Агафонова* 0,9%, у *Ваффа* 1,09, у *Рузи* 0,86%). Изъ 6 поперечно-косыхъ положеній было: 3 поперечныхъ

и 3 косыхъ, что составляетъ по 0,61%. По виду положенія эти распредѣляются такъ:

1-е попер. пер. видъ	2
2-е попер. пер. видъ	1
2-е косое пер. видъ	3

Въ общемъ, въ 1893 г. преобладали вторыя положенія.

Всѣ 6 роженницъ были многородящія. 4 имѣли возрастъ отъ 20—30 лѣтъ и 2 выше 30 лѣтъ. Срочныхъ родовъ 2, преждевременныхъ 4, т. е. преждевременные роды преобладаютъ (у *Вогфа* срочныхъ 75% преждевременныхъ 25%; у *Рузи* срочныхъ 61,54%, преждевременныхъ 38,46%). Узкихъ тазовъ не встрѣтилось ни разу.

Изъ осложненій при родахъ были: выпаденіе пуповины 1 разъ, выпаденіе ручки 3 раза, *Placenta praevia* 1 разъ, обвитіе пуповины вокругъ шеи 1 разъ.

Во всѣхъ 6 случаяхъ потребовалось оперативное вмѣшательство. Въ одномъ случаѣ наружный поворотъ, соответственное положеніе роженницы и роды окончены извлеченіемъ, (такъ какъ послѣ отхода водъ изъ 2-го косого положенія образовалось 2-ое ягодичное) извлеченъ неживленный отъ осфиксіи плодъ въ 3400 grm. и удаленъ послѣдъ въ виду кровотеченія, роды продолжались 23 часа, роженница пробыла въ родильномъ покоѣ 21 час. 40 м.

Въ остальныхъ 5 случаяхъ понадобился внутренней поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода. Ручное удаленіе послѣда, кромѣ вышеуказаннаго, было еще 1 разъ по поводу кровотеченія.

Изъ шести жизне-способныхъ дѣтей при поперечно-косыхъ положеніяхъ родилось живыми 3 мальчика, 1 мальчикъ мацерированный и 2 мертвыхъ дѣвочки. Maximum вѣса живого ребенка 2750 grm., мертвого ребенка 3050.

Средній вѣсъ плода 2775 grm; если же исключить изъ 6 случаевъ вѣсъ ребенка 3400, такъ какъ этотъ случай принять въ расчетъ и при ягодныхъ предлежаніяхъ (какъ перешедшій изъ 2 косого послѣ отхода водъ во 2-е ягодичное), то средній вѣсъ плода при поперечно-косыхъ положеніяхъ въ 1893 году равнялся 2650 grm.

Послѣродовой періодъ въ 4-хъ случаяхъ былъ нормальный.

Въ 1 случаѣ было 2-хъ кратное повышение t^0 безъ локализациі процесса, въ 1 случаѣ endometritis puerperalis съ max. повышенія t^0 39,6.

Несвоевременные роды.

Всѣхъ несвоевременныхъ родовъ, считая, по примѣру прежнихъ отчетовъ изъ нашей клиники, тѣ случаи, гдѣ беременность прерывалась до 28 недѣли, въ 1893 году было 105, что на все количества родовъ (541) составляютъ 19,4⁰/о. Изъ нихъ преждевременныхъ родовъ было 75 или 14,09⁰/о (у *Алафонов* 8,9⁰/о, у *Волфа* 7,23⁰/о, у *Рузи* 8,46⁰/о) и выкидышей 30 или 5,31⁰/о.

Чаще всего преждевременные роды были у первородящихъ, что видно изъ слѣдующей таблицы:

I para	25	V para	6
II para	18	VI para	1
III para	14	VII para	5
IV para	6	IX para	<u>2</u>
			75

Распредѣляя по возрасту, видимъ, что всего чаще преждевременные роды были у имѣющихъ отъ 20—30 лѣтъ:

Моложе 20 лѣтъ	3
Отъ 20—30 лѣтъ	49
Отъ 31—40 лѣтъ	20
Отъ 40 лѣтъ	<u>3</u>
	75

Изъ всего числа преждевременныхъ родовъ 8 были двойнями. Считая послѣдніе, имѣемъ положеніе плода:

Затылочное	65
Тазовое	5
Поперечное	4
Лобное	1
Косое	1
Ножное	1
Темянное	2
Не помѣчено	<u>3</u>
	82

(одинъ изъ двойней родился *con-*
duplic corpore).

По сроку наступленія родовъ имѣемъ:

На VIII мѣсяца	24
» IX »	22
» X »	29
	<u>75</u>

Узкихъ тазовъ при преждевременныхъ родахъ были 3 т. е. 4⁰/о, на все же количество родовъ (541) въ 1893 г. узкихъ тазовъ было 4,99⁰/о.

Изъ осложненій при преждевременныхъ родахъ слѣдуетъ отмѣтить: placenta praevia 1 разъ, выпаденіе пуповины 1 разъ, преждевременное отхожденіе водъ 1 разъ, eclampsia sub graviditate et partu 2 раза. Nephritis 1 разъ; meningitis cerebro spinalis 1 разъ; выпаденіе ручки 2 раза; обвитіе пуповины вокругъ шейки 3 раза; головка прорѣзалась съ ручкой 1 разъ, плечики прорѣзались поперечно 1 разъ, задержаніе оболочекъ 1 разъ. 1-й плодъ у двойней родился conduplicato corpore 1 разъ. Hydramnion 4 раза.

Изъ оперативныхъ пособій: вскрытіе плоднаго пузыря 3 раза; зашиваніе шейки матки—1 разъ, зашиваніе промежности—6 разъ; ручное удаленіе послѣда 7 разъ; внутренній поворотъ плода съ послѣдующимъ извлеченіемъ 5 разъ; извлеченіе плода 1 разъ, наложеніе щипцовъ 1 разъ; прободеніе головки 2 раза и, наконецъ, преждевременные искусственные роды 4 раза. Послѣдніе дѣлались: 1 разъ въ виду припадковъ эклампси при двойняхъ., 1 разъ по поводу узкаго таза (conj. diag. 9,5, D. выхода 8,5) и 1 разъ по поводу присту-повъ сердечной астмы въ теченіе послѣднихъ 5 лѣтъ. Изъ 4-хъ случаевъ только въ одномъ родился живой ребенокъ.

Изъ плодовъ, считая двойни родилось: 43 живыхъ мальчика, 26 живыхъ дѣвочки, слѣдовательно, 69 живыхъ плодовъ, 84,14⁰/о, 7 мертвыхъ мальчиковъ, 6 мертвыхъ дѣвочекъ т. е. 13 мертвыхъ плодовъ (15,86⁰/о). Изъ мертвыхъ плодовъ 3 было мацерированныхъ; изъ родившихся живыми вскорѣ послѣ родовъ умерло 4. (2 мальчика и 2 дѣвочки), слѣдовательно, оставшихся въ живыхъ было 65 или 79,27⁰/о.

Чтобы покончить о преждевременныхъ родахъ, остается упомянуть объ исходѣ родовъ для матерей, а именно: одно-кратное повышеніе t⁰ наблюдалось 4 раза, многократное 3,

endometritis puerperalis 7 разъ, parametritis—1 разъ; cystitis 1 разъ; influenza 2 раза, bronchitis acuta 1 разъ; meningitis cerebro-spinalis 1 разъ, слѣдовательно, всего заболѣваній въ послѣродовомъ періодѣ было 20 или 26,6⁰/о; если же считать только послѣродовыя заболѣванія, то будемъ имѣть 16 или 21,33⁰/о. Смертные случаи были 1 отъ meningit. cerebro-spinalis.

Выкидыши.

Всѣхъ выкидышей въ 93-мъ году было 30, что составляетъ на все количество родовъ (541)—5,54⁰/о (у *Агафонова* на 1546 совершавшихся въ клиникѣ родовъ было 51, у *Ворфа* 3,06⁰/о, у *Рузи* 4,64⁰/о). Въ числѣ 30 выкинувшихъ было: замужнихъ 24, незамужнихъ 6, у (*Рузи* замужнихъ 50, не замужнихъ 24), т. е. замужнихъ при выкидышѣ встрѣчается больше, какъ и вообще въ 93 году.

По возрасту:

			у <i>Рузи</i>
До 20 лѣтъ	3	10 ⁰ /о	8,1
Отъ 20—30 лѣтъ	17	56,66 ⁰ /о	54,06
Отъ 31—40 лѣтъ	10	33,34 ⁰ /о	36,49 т. е.
	<u>30</u>		

всего больше выкинувшихъ было въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ, какъ и въ 91 и 92 годахъ.

По числу предшествовавшихъ беременностей:

I para	6	20 ⁰ /о	VII para	4	13,34
II para	6	20 ⁰ /о	IX para	1	3,34
III para	7	23,24 ⁰ /о	X para	1	3,34
V para	2	6,66 ⁰ /о	XI para	1	3,34
VI para	1	3,34 ⁰ /о	XII para	1	3,34 т. е.
			<u>30</u>		

всего больше III para., отношеніе I para къ M-para равна—1:4.

По времени прерыванія беременности:

На 2 мѣсяцѣ	8	26,4 ⁰ /о
» 3 »	9	30 ⁰ /о
» 4 »	3	10 ⁰ /о
» 5 »	1	3,34 ⁰ /о
» 6 »	6	20 ⁰ /о
» 7 »	3	10 ⁰ /о т. е. всего

чаще въ 93 году выкидыши были на 3-мъ мѣсяцѣ, затѣмъ

на 6 мѣсяцѣ и на 2-мъ (въ 91 и 92 г. всего больше выкидышей было на 3-мъ мѣсяцѣ, затѣмъ на 5-мъ и 6-мъ; у *Ворфа* (съ 84 по 91 г.) на 6-мъ мѣсяцѣ выкидывали въ 5 разъ больше, чѣмъ на 5-мъ, такъ что цифры 93 г. больше всего подходятъ къ цифрамъ 84—91 года).

Положеніе плода опредѣлено было въ 7 случаяхъ, а именно: 1-е зат. п. в. 3 раза; 2-е зат. п. в. 1 разъ; ножное 1 разъ; 2-е зат. з. в. 1 разъ; ягодичное 1 разъ.

Полъ плода былъ: мальчиковъ мертворожденныхъ 3, живыхъ 1—и дѣвочекъ—2 живорожденныхъ. (При ягодичномъ положеніи полъ плода не помѣченъ).

Всѣ живые прожили отъ 2 минутъ до 10 минутъ. (Всѣхъ живыхъ 700—800 grm.).

Что касается терапіи, то прежде всего преслѣдовался принципъ—удержать начавшійся выкидышъ покоемъ и наркотическими; при кровотеченіи тампонада. Если же удержать выкидышъ было нельзя, и плодное яйцо не удалялось самостоятельно цѣликомъ, то крупныя части удалялись сперва корнцангомъ, а затѣмъ, если корнцангомъ ничего не захватывалось и кровотеченіе продолжалось, то употреблялась острая ложка и дѣлалось выскабливаніе слизистой оболочки матки; если же и послѣ острой ложки кровотеченіе продолжалось, то опять вводился корнцангъ и часто введеннымъ послѣ острой ложки корнцангомъ удавалось захватить какую нибудь крупную бѣлье или менѣе часть, послѣ удаленія которой кровотеченіе прекращалось. Полость матки промывалась сулемой и тампонировалась іодоформенной марлей. Ледъ на животъ; *Sesale cognut.* внутрь.

Какъ болѣе интересные, приведемъ слѣдующіе случаи:

1) *Abortus artificialis* былъ произведенъ 1 разъ у дворянки Н. В. 23 л., замужней въ виду явленій праваго семипараеза съ незначительными затрудненіями рѣчи, поставленныхъ невропатологами въ зависимость отъ эмбола послѣ послѣднихъ родовъ, и выкидышъ произведенъ былъ съ тою цѣлью, дабы беременность и роды не ухудшили мозговой процессъ; эмболъ произошелъ у больной на 14 день послѣ родовъ (6 мѣсяцевъ назадъ до поступленія въ клинику) во время ѣзды на извозикѣ.

Съ цѣлью производства выкидыша были вставлены сперва бужи, которые пролежали безъ послѣдствій $1\frac{1}{2}$ сутокъ, а потому *canalis cervicis* былъ расширенъ дилататорами *Hegar'a* и содержимое полости матки выскоблено острой ложкой, матка промыта сулемой и тампонирована іодоформенной марлей; выписалась на 11 сутки; *puerper.*—норма.

2) К. Л. 25 лѣтъ I-para беременна 4 мѣсяца, поступила съ кровотеченіемъ 27/xi 93; *orif. ext.* едва проходима для пальца, а потому: *clysma*, тампонада влагиалища, покой, *narcotica*. Послѣ тампонады кровотеченіе остановилось и, такимъ образомъ, повторялось отъ поступленія большой 27/xi 93 до 8/xii 93, когда послѣ нѣсколькихъ сильныхъ схватокъ вдругъ появилось сильное кровотеченіе, шейка матки открыта на 2 пальца; въ просвѣтѣ *orificii externi* прощупывается дѣтское мѣсто (*plac praev. centr.*). Въ виду тщетной попытки остановить кровотеченіе тампонами, было приступлено къ удаленію плода, а вмѣстѣ съ нимъ и послѣда; *abras. mucosae* ложкой *Martin'a*, промываніе, тампонада; выписалась на 11 день; *puerper.*—норма.

3) Ак. М. 28 л. II-para sp. il.—25, cr. il.—26. *Cong. ext.* 15, c. *diag.* 8,75. C. *vera* 7,25, tr. — 28, прямой выхода—9,75, поперечный выхода—6,7, беременна на VI мѣсяцѣ. Емкость правой половины малаго таза больше лѣвой. Правая выходящая вѣтвь *oss. ischii* стоитъ ближе къ средней линіи. Вечеромъ 2/x появились родовыя боли, которыя постепенно усиливались, 4/x прошли воды, послѣ чего родовыя боли еще болѣе усилились, шейка сгладилась 6 октября въ 12 ч. дня. Около 11 час. дня 7 октября, боли приняли уже совершенно судорожный характеръ, роды ни сколько не подвигались впередъ; роженица представляла крайне истощенный видъ; при изслѣдованіи зѣвъ открытъ на $2\frac{1}{2}$ пальца. Въ виду крайняго истощенія роженицы надо было кончать роды; оставалось или расширить зѣвъ кровавымъ путемъ или уменьшить размѣры плода. Въ виду неспособности плода къ внѣутробной жизни рѣшено было уменьшить размѣры плода, что и сдѣлано брегнатомомъ *Лазаревича*, послѣ чего плодъ былъ извлеченъ рукою, палецъ которой былъ введенъ въ полость черепа. Плодъ—дѣвочка, безъ признаковъ мацерации. На спинѣ его въ области

плечей рѣзко-выраженный кровоподтекъ въ подкожной клетчаткѣ, идущій въ поперечномъ направленіи. Выписалась на 6 день; послѣ родовъ—норма.

Изъ заболѣваній при выкидышахъ въ послѣродовомъ періодѣ: у 2 было многократное повышение t^0 безъ локализациі процесса и у 2-хъ endometritis puerperalis, слѣдовательно, заболѣваній было 4, что составляетъ 13,33⁰/₀.

Двойни.

На 541 совершившихся въ 93 г. родовъ—двойней было 12, что составляетъ 2,21⁰/₀ или 1 двойни на 45,08 одиночныхъ родовъ (у *Агафонова* 1:48,3, у *Вольфа* 1:55,72, у *Рузи* 1:83,9). Средняя д-ра *Парышева* для Петербурга за 45 л.—1:46,29).

По числу предшествовавшихъ беременностей.

I-para	2	VI-para	1
II para	2	VII-para	3
III-para	1	VIII-para	1
V-para	1	IX-para	1
			12

Въ общемъ, на 2 первородящихъ приходилось 10 много-родящихъ т. е. 1:5 (у *Рузи* 1:2,16).

По возрасту: отъ 20 лѣтъ—30 л.—2; отъ 30—40 лѣтъ 10, т. е. преобладали роженицы въ болѣе пожиломъ возрастѣ.

Изъ 12 родовъ двойнями—срочныхъ было 4 (33,34⁰/₀) и преждевременныхъ 8 (66,66⁰/₀), т. е. преждевременные роды при двойняхъ преобладали, при чемъ процентное отношеніе преждевременныхъ родовъ при двойняхъ много выше тако-ваго же при одиночныхъ, такъ какъ $\frac{8}{12}$ преждевременныхъ родовъ на все количество одиночныхъ родовъ=12,85⁰/₀.

Предлежаніе плодовъ:

Оба предлежали головками	6	разъ
» » тазов. концомъ	1	»
Одинъ головкой, другой тазомъ	2	»
Одинъ тазомъ, другой поперечн.	1	»
Одинъ не помѣченъ, другой поперечн.	1	»
Одинъ род. condoupl. согр., друг. головк.	1	»
		12
		разъ

Въ общемъ, преобладали головныя предлежанія. Изъ половъ, разнополоыхъ родилось 6, однополоыхъ—6; оба мальчика 5 разъ, обѣ дѣвочки—1 разъ. Средній вѣсъ 1-го плода—2458,3; 2-го плода 2358,3 т. е. разница средняя 100 grm. Средній же вѣсъ 1-го плода при срочныхъ двойняхъ—3000, 2-го 2837,5 т. е. разница въ пользу 1-го выражается въ количествѣ 162,5 grm. Самая большая разница въ вѣсѣ 2-хъ плодовъ была въ 2-хъ случаяхъ—600 grm.; самая меньшая тоже въ 2-хъ случаяхъ—50 grm. 1-й плодъ былъ тяжелѣе 2-го въ 5 случаяхъ, а 2-й тяжелѣе 1-го въ 7 случаяхъ.

Мертворожденныхъ—3, (изъ нихъ мацериров.—condoupl. corp.) живорожденныхъ 21, изъ нихъ умерли на 1, 2, 3, дн.—5; остались въ живыхъ 11 мальчиковъ и 5 дѣвочекъ.

Изъ осложненій при родахъ были: 1 разъ выпаденіе ручки, 1 разъ eclampsia sub partu; разрывъ промежности—1 разъ; разрывъ маточной шейки—1 разъ; многоводіе 2 раза.

Изъ оперативныхъ пособій понадобилось druptio velamentorum—3; поворотъ плода съ послѣдующимъ извлеченіемъ 2 р.; наложеніе щипцовъ 1 разъ (eclampsia) зашиваніе промежности—1 разъ; зашиваніе шейки матки—1 разъ; ручное удаленіе послѣда 2 раза.

Въ послѣродовомъ періодѣ: 2 раза—однократное повышение t^0 , 1 разъ—многократное, 1 разъ—endometritis puerper. 1 разъ Cystitis и 1 разъ peritonitis septica, окончившійся смертью. Итакъ, на 12 двойней было 6 заболѣваній и 1 случай смерти.

Болѣе подробныя свѣдѣнія приведены на прилагаемой таблицѣ.

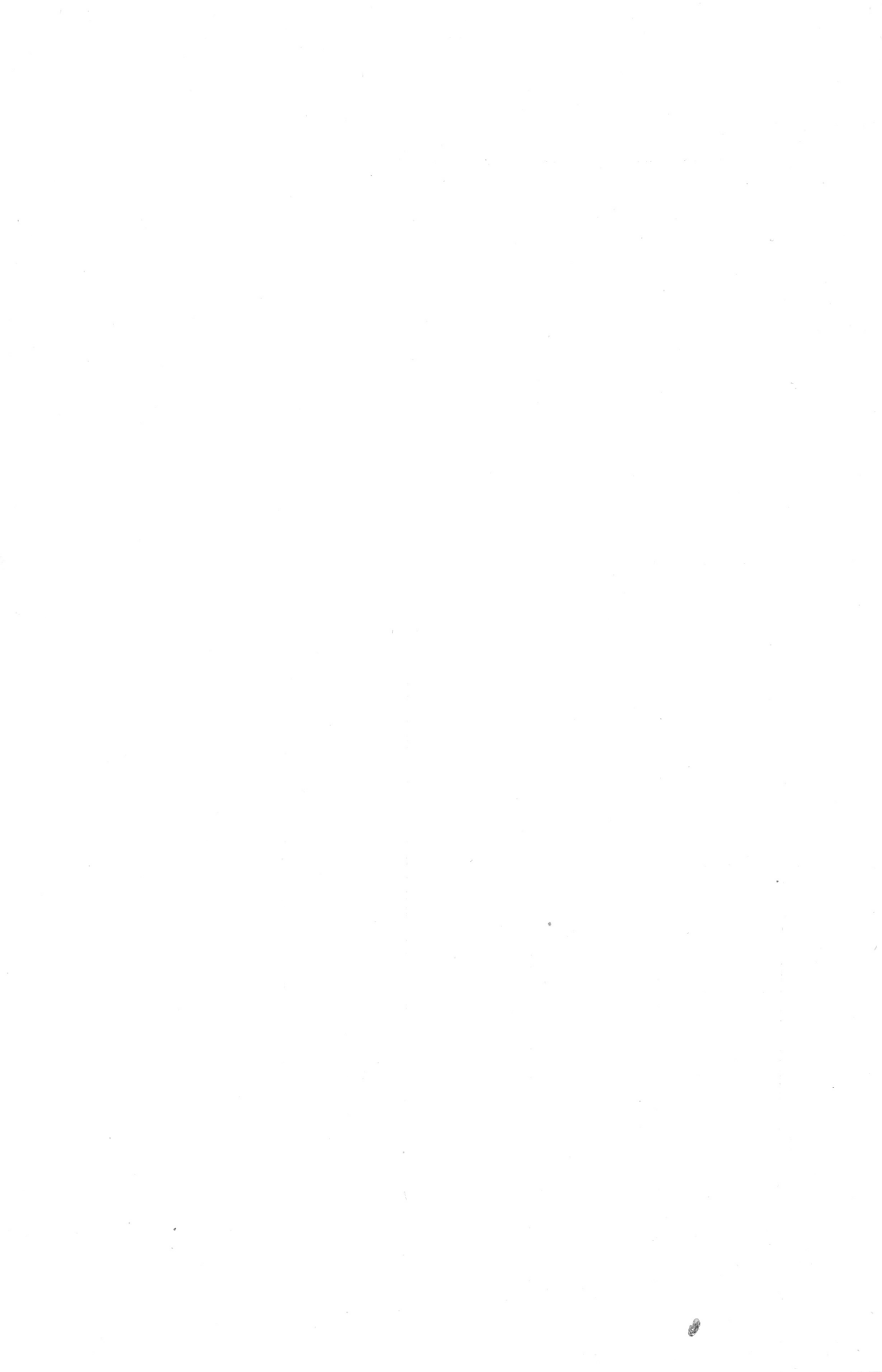
Уличные роды.

Уличныхъ родовъ, т. е. такихъ, которые произошли внѣ родильнаго покоя (на улицѣ, извозчикѣ, дома, на вокзалѣ) въ 93 г. было 8, или 1,48⁰/₀; изъ нихъ 2—преждевременныхъ и 6 срочныхъ; первородящихъ 3, многородящихъ 5. По возрасту—7 отъ 20—30 лѣтъ, и 1-ой было 41 годъ. Замужнихъ 3, незамужнихъ 5. Разрывъ промежности—2 раза, у 2-хъ первородящихъ, ручное удаленіе послѣда—1 разъ у первородящей. Живыхъ дѣтей—5 (3 мальчика и 2 дѣвочки). Мертвыхъ 2,

Д В О Й

№	Которая бе- ременность.	Возраст.	М Л А Д Е Н Ц Ы.						Промежутокъ между 2-мъ рожденіями.	Продолжи- тельность родовъ.		
			Пом.		Вѣсъ		Раз- ница въ вѣсѣ	Живой или мертвый			Положеніе	
			М.	Д.	1-й плодъ	2-й плодъ					1-й плодъ	2-й плодъ
1	I	24	2	—	1550	1600	50	ум. на 2 д. ум. на 3 д.	внѣ клин.	1 поп. п. в.	—	9 ч. 25 м.
2	I	39	1	1	2450	1850	600	м.	1 зат. п. в.	2 темян.	—	—
3	II	24	—	2	1450	1700	250	ум. въ 1 д. ум. въ 2 д.	2 зат. п. в.	1 зат. з. в.	15 м.	14 ч.
4	II	31	2	—	2500	2400	100	ж.	2 ягод. з. в.	1 зат. п. в.	5 м.	6 ч. 20 м.
5	III	29	2	—	2150	2250	100	ж.	1 ягод.	2 поп. п. в.	45 м.	7 ч.
6	V	28	1	1	3000	3200	200	ж.	2 зат. з. в.	1 зат. п. в.	27 м.	7 ч. 15 м.
7	VI	40	2	—	3000	2900	100	ж.	1 зат. п. в.	2 ягод. з. в.	10 м.	18 ч. 20 м.
8	VII	34	1	1	3000	2850	150	ж.	2 зат. п. в.	1 зат. з. в.	15 м.	7 ч. 16 м.
9	VII	32	1	1	2000	2450	50	ж.	2 зат. п. в.	1 зат. п. в.	20 м.	6 ч. 23 м.
10	VII	34	1	1	2400	2700	300	ж.	1 зат. п. в.	2 зат. з. в.	15 м.	4 ч. 5 м.
11	VIII	37	1	1	3000	2400	600	ж.	2 ягод.	2 ягод.	5 м.	3 ч. 45 м.
12	IX	35	2	—	1650	2000	350	мацер. ум. въ 1 д.	condouplie. corpore.	1 зат. п. в.	—	12 ч. 50 м.

Оперативное пособие.	Течения по- слѣдородоваго періода.	П О С Л Ъ Д Ъ.		
		Оболочка и дѣтское мѣсто.	Пупов. длина прикрѣплен.	
			1-й плодъ.	2-й плодъ.
versio foet. in. ped. ut. subseq. 2 плода.	Endometritis.	2 ch. 2 am. 2 pl.	40 см. экс.	34 см. эксц.
Clampsis sub partu preceps Sol plac. ma- lial. Perineocorrh. im. Hysterotrache- raphia.	Peritonitis. Sept. Mors.	1 ch. 2 am. 1 pl.	58 см. кров.	54 кров.
Norma.	Norma.	Послѣдъ общ.	40 эксц.	45 кров.
Disrupt. velam.	Norma.	Послѣдъ общ.	56 эксц.	58 эксц.
Вмѣст. ручки Versio et. exs. subseq. Sol. plac. manualis.	Однокр. пов.	2 ch. 2 am. 2 pl.	47 эксц.	53 см.
Norma.	Norma.	2 ch. 2 am. 1 pl.	78 краев.	46 краев.
Norma.	Norma.	2 ch. 2 am. 2 pl.	60 эксц.	50 эксц.
Norma.	Однокр. пов.	1 ch. 2 am. 1 pl. *	59 эксц.	46 эксц.
Disrupt. velam. 2-го плода.	3-хъ кратн. пов.	2 ch. 2 am. 2 pl.	45 эксц.	54 эксц.
Norma.	Gystitis.	2 ch. 2 am. 2 pl.	47 эксц.	54 эксц.
Norma.	Norma.	2 ch. 2 am. 2 pl. срощ.	69 эксц.	46 краев.
Disrupt. velam. 2-го плода.	Norma.	2 ch. 2 am. 2 pl.	38 эксц.	40 краев.



(1 мертвый мальчикъ вслѣдствіе острой анеміи, такъ какъ пуповина оборвалась у самого пупочника кольца) и 1 мацерированная дѣвочка. Одна роженица поступила безъ ребенка, при чемъ случай былъ слѣдующій: въ 2 ч. 30 м. дня 11/VI привезена глухонѣмая, которая, по словамъ ея матери, родила наканунѣ часовъ въ 5 вечера, и до поступленія въ клинику послѣдъ не былъ удаленъ. Бывшая при родахъ повитуха, по всей вѣроятности, пыталась его удалить, при чемъ оборвала пуповину. Послѣ надлежащаго приготовленія было приступлено къ удаленію послѣда, при чемъ оказалось: на промежности глубокій разрывъ 2-й степени, на влагалищѣ сильныя ссадины и надрывы; весь послѣдъ помѣщался во влагалищѣ и только небольшая его часть и оболочки ущемлены во внутреннемъ зѣвѣ матки. Послѣ выдѣленія послѣда полость матки промыта растворомъ сулемы 1:2000. Дѣтское мѣсто и всѣ оболочки цѣлы. Пуповина оборвана у самого края. Промежность зашита кѣт-гутомъ. Родильница выписалась съ нормальной t^0 на 5 день.

Послѣродовой періодъ изъ 8 уличныхъ родовъ у 5 протекъ нормально; у 1—повторное повышение t^0 ; у 1—endometritis puerperal., и у 1—pneumonia crouposa.

(Продолженіе слѣдуетъ).

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 2.

Засѣданіе 13-го февраля 1897 года.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 32 члена: Антиповъ, Бацевичъ, Бухштабъ, Вистень, Верцинскій, Даниловичъ, Желтухинъ, Заболотскій, Замшинъ, Какушкинъ, Лилѣвъ, Массенъ, Мацѣевскій, Лисевичъ, Оттъ, Піотровичъ, Порошинъ, Радецкій, И. И., Радецкій Р. К., Рачинскій, Савченко, Садовскій, Салмановъ, Стельмаховичъ, Стравинскій, Улезко-Строганова, Фишеръ А. Р., Фишеръ Б. А., Франкъ, Швердловъ, Шуттенбахъ и 48 гостей.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ 9 и 1.

2) В. Н. Массенъ (за болѣзною Л. Г. Личкуса исполнявшій обязанности секретаря) прочиталъ присланное изъ Варшавы сообщеніе д-ра Я. Розенталя: *случай вылуценія подслизистой міомы матки; продыравливаніе стѣнки матки; вырѣзываніе матки при помощи чревостыченія; выздоровленіе*. Сообщеніе это будетъ напечатано въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней».

К. Ф. Славянскій указалъ, что случай д-ра Розенталя свидѣтельствуешь объ удивительной выносливости женщины: объ операціи были

произведены безъ наркоза. Обстоятельство это нѣсколько напоминаетъ разсказъ о кесарскомъ сѣченіи, произведенномъ еще до введенія въ практику наркоза; оперируемая сама помогала операторамъ въ ихъ работѣ, вдѣвая нитки въ иглки.

3) *А. И. Замшинъ* сдѣлалъ докладъ «о *поднятіи уровня теоретическихъ и практическихъ знаній повивальныхъ бабокъ*». Докладъ этотъ будетъ напечатанъ въ «Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней».

К. Θ. Славянской спросилъ докладчика, приходилось ли ему жить въ деревнѣ и познакомиться съ представительницами деревенской акушерской помощи, и, получивъ отрицательный отвѣтъ, замѣтилъ, что докладъ *А. И. Замшина* напоминаетъ тѣ проекты разныхъ улучшеній и реформъ сельской жизни, которые пишутся вдали отъ этой жизни, въ Петербургѣ, въ кабинетѣ.

Отмѣтивъ далѣе, что докладъ поднимаетъ интересный практическій вопросъ, *К. Θ.* заявилъ, что онъ всегда сочувственно относился къ мысли объ улучшеніи знаній практикующихъ повивальныхъ бабокъ. Уже около двухъ лѣтъ тому назадъ (въ 1895 г.), состоя гласнымъ Валдайскаго Уѣзднаго Собранія Новгородской губерніи, онъ предложилъ Собранію ежегодно посылать трехъ земскихъ бабокъ на 2 мѣсяца въ Петербургъ, въ Гаванскій Родильный Пріютъ. Результатъ посланки оказался во всѣхъ отношеніяхъ превосходный; и въ настоящее время въ Земскую Управу поступаетъ много просьбъ отъ бабокъ, желающихъ быть отправленными въ Петербургъ.

Нынѣ въ Гаванскомъ Пріютѣ работаетъ вторая смѣна бабокъ Валдайскаго Земства. Что касается до предлагаемаго докладчикомъ обученія бабокъ основамъ бактеріологіи, то тотъ, кто видѣлъ и знаетъ настоящихъ деревенскихъ бабокъ, невольно усомнится въ возможности усвоенія ими этихъ знаній. Точно также и обученіе бабокъ гинекологическому распознаванію не можетъ дать того, чтобы, какъ это предполагаетъ докладчикъ, онѣ могли въ дальнѣйшемъ распознавать ракъ матки въ начальной ступени его развитія. *К. Θ.* сомнѣвается, чтобы предположенный докладчикомъ менѣе длительный и болѣе обширный курсъ для ученицъ повивальныхъ школъ далъ имъ больше необходимыхъ практическихъ знаній; знаніе чистоты въ акушерскомъ дѣлѣ представляется для будущихъ бабокъ самымъ существеннымъ знаніемъ. На пособіе отъ земства для посланки бабокъ можно рассчитывать далеко не во всѣхъ случаяхъ.

Е. Ф. Бациевичъ, не имѣя возможности возразить на докладъ, такъ какъ опоздалъ къ чтенію его, воспользовался случаемъ, чтобы сказать нѣсколько словъ вообще на тему доклада. Его поражаетъ полная разединенность теоретическаго преподаванія отъ практическаго почти во всѣхъ повивальныхъ школахъ. Далѣе, между программой и ея выполненіемъ существуетъ прискорбное несоотвѣтствіе, отзывающееся на практическихъ знаніяхъ оканчивающихъ школу ученицъ. Такъ, напр. самый серьезный вопросъ акушерства, о распознаваніи узкихъ тазовъ, читается въ концѣ курса, когда для практики остается мало времени. Преподавательскій персоналъ повивальныхъ школъ слѣдуетъ считать

въ количественномъ отношеніи въ высшей степени недостаточнымъ. Надо уливляться, какимъ образомъ всего два лица—проф. и репетиторъ—могутъ цѣлесообразно руководить занятіями цѣлаго курса въ 120 учащихся. Если смотрѣть на повивальную школу съ ея современной составомъ слушательницъ, обладающихъ самой разнообразной подготовкой, какъ на заведеніе, въ которомъ ученицы берутъ „на выучку“, то нельзя не признать, что для достиженія и обезпеченія этой выучки необходимы большій педагогическій персоналъ и вполне приспособленный къ практическимъ цѣлямъ планъ обученія.

Д-ръ *Бочковъ* полагаетъ, что въ вопросѣ объ улучшеніи акушерской помощи въ земствѣ на первомъ планѣ должно стоять поднятіе уровня знаній не повивальныхъ бабокъ, а самихъ врачей, которые въ большинствѣ случаевъ обладаютъ недостаточными свѣдѣніями въ акушерствѣ. Необходимо, чтобы земства посылали своихъ врачей на спеціальныя повторительныя акушерскіе курсы.

И. О. Даниловичъ находитъ, что, при существующихъ условіяхъ, преподаванію акушерства и дѣтскихъ болѣзней въ повивальныхъ школахъ необходимо предпосылать изученіе анатоміи и физиологіи. Повышеніе образовательнаго ценза для лицъ, поступающихъ на повивальныя курсы, конечно, желательно,—а именно слѣдовало бы требовать отъ нихъ знанія естественныхъ наукъ,—но сокращеніе двухгодичнаго курса нежелательно, ибо эти два года необходимы для пріобрѣтенія достаточныхъ для практической дѣятельности повивальной бабки теоретическихъ и практическихъ познаній. У занятой бабки знанія эти требуютъ частаго обновленія. Но, въ виду того, что способъ ухода и обеззараживанія за послѣдніе годы подвергся коренному измѣненію, для болѣе старыхъ бабокъ, особенно провинціальныхъ, необходимо ознакомленіе съ этими способами. Для этого достаточно посылать этихъ бабокъ на 2—3 мѣсяца въ родовспомогательныя учрежденія губернскихъ городовъ.

Н. М. Какушкинъ сочувствуетъ докладу *А. И. Замшина*, въ виду того, что въ немъ рѣчь идетъ о расширеніи знаній. Но *Н. М.* не можетъ согласиться съ тѣмъ, чтобы на первое мѣсто было поставлено развитіе повторительныхъ курсовъ. Самъ докладчикъ сознаетъ, какъ трудно излагать мало образованнымъ бабкамъ свѣденія, напр., о безгнлостныхъ и противугнлостныхъ мѣрахъ, коль скоро нѣкоторые изъ нихъ не знаютъ даже того, что такое процентъ. *Н. М.*, кажется, что Акушерско-Гинекологическому Обществу слѣдуетъ взять на себя починъ въ упорядоченіи вообще дѣла образованія бабокъ въ Россіи,—въ смыслѣ, главнымъ образомъ, поднятія ихъ образовательнаго ценза. *Какушкину*, какъ бывшему преподавателю въ одной изъ провинціальныхъ повивальныхъ школъ, хорошо извѣстно, какъ трудно преподавать врачебныя свѣдѣнія лицамъ, знающимъ только грамоту, да четыре правила ариметики. Кромѣ поднятія образовательнаго ценза поступающихъ въ школу, необходимо также создать одинъ, общій для всей Россіи типъ повивальной школы и дать одинаковыя права, какъ тѣмъ бабкамъ, которыя кончаютъ курсъ въ университетскихъ городахъ, такъ и тѣмъ, которыя кончаютъ въ провинціи. Къ краткости курса стремиться не слѣдуетъ: нужны хорошія бабки, а не только большое ихъ количество. Дѣленіе

бабок на городскихъ, лучше подготовленныхъ, и сельскихъ, слабѣе подготовленныхъ, не выдерживаетъ никакой критики; скорѣе даже слѣдовало бы поступать наоборотъ: для селъ и деревень, гдѣ сплошь и рядомъ бабкамъ приходится работать самостоятельно, необходимы бабки хорошо и широко образованныя.

По мнѣнію д-ра *Радзеновскаго*, докладъ *А. И. Замшина* затрогиваетъ вопросъ о постановкѣ преподаванія и на медицинскихъ факультетахъ: будущимъ врачамъ даютъ слишкомъ много теорій; практически же они оказываются подготовленными весьма недостаточно. Необходимо удовлетворить запросамъ и требованіямъ практической жизни, и поднять специальное усовершенствованіе въ этомъ направленіи.

Д. О. Оттъ сдѣлалъ историческую справку о появленіи, по его мысли, доклада *А. И. Замшина* на Киевскомъ съѣздѣ: несомнѣно, что такой обширный вопросъ не могъ быть рѣшенъ на съѣздѣ въ короткое время. Было рѣшено собрать мнѣнія по этому вопросу и полученный такимъ образомъ матеріалъ внести на разсмотрѣніе будущаго съѣзда русскихъ врачей. Клиническому Повивальному Институту было поручено собираніе этого матеріала.

Д. О. приступилъ къ выполненію этого порученія, попросивъ *А. И. Замшина* сдѣлать докладъ Акушерско-Гинекологическому Обществу, въ надеждѣ, что, быть можетъ, и земскіе врачи выскажутъ затѣмъ свои возрѣнія на разбираемый вопросъ. Несомнѣно, что въ виду обширности и многосторонности вопроса, и въ настоящемъ засѣданіи вопросъ рѣшенъ быть не можетъ, но обмѣнъ мнѣній представляется *Д. О.* несомнѣно полезнымъ. Указавъ далѣе на то, что одинъ изъ земскихъ товарищей, д-ръ *Бочковъ*, поставилъ на вполне реальную почву вопросъ объ улучшеніи акушерской помощи въ сельскомъ быту, *Д. О.* всетаки полагаетъ, что проектъ объ специальномъ усовершенствованіи земскихъ врачей въ акушерствѣ не осуществимъ. Для основательнаго изученія врачами акушерства требуется, по крайней мѣрѣ, 3-лѣтнее пребываніе ихъ въ специальныхъ заведеніяхъ, съ громадной затратой и труда и выдержки. Между тѣмъ земскій врачъ, отправляемый въ Петербургъ на 2—3 мѣсяца, долженъ въ этотъ короткий срокъ одновременно съ акушерствомъ и женскими болѣзнями заниматься и другими отраслями медицинскихъ знаній. По мнѣнію проф. *Отта*, школьная „выучка“, пригодная для повивальныхъ бабокъ, вовсе не годится для врачей. Никакихъ практическихъ мѣръ по вопросу, затронутому докладчикомъ *Д. О.* предложить не можетъ: требуется большое количество матеріала, опирающагося на чисто практическую почву. Въ виду этого, проф. *Отту* кажется весьма желательнымъ возможно широкая огласка всѣхъ преній, возникающихъ по вопросу объ улучшеніи знаній повивальныхъ бабокъ.

В. Н. Массенъ не можетъ согласиться съ нѣкоторыми частностями предлагаемой *Замшинымъ* программы повторительныхъ курсовъ для практикующихъ бабокъ: слишкомъ обширная программа нежелательна. Для улучшенія знаній деревенскихъ бабокъ, необходимо, чтобы онѣ во 1-хъ усвоили правила современной акушерской чистоты, а, во 2-хъ, усовершенствовались въ акушерскомъ распознаваніи, изучая на практикѣ приемы, которые это распознаваніе расширяютъ и дѣлаютъ болѣе точ-

нымъ. Ради первой цѣли—усвоенія правилъ чистоты,—нѣтъ нужды въ преподаваніи на курсахъ основъ бактеріологіи, которыя для малограмотныхъ людей, каковы, въ большинствѣ случаевъ, сельскія бабки, по опыту *Массена* прямо не по силамъ. Важно одно,—чтобы практическія основы современныхъ акушерскихъ предупреждающихъ мѣръ вошли бабкамъ въ плоть и кровь, хотя бы и чисто механическимъ путемъ. Желаніе докладчика ввести въ программу курсовъ такіе предметы, какъ бактеріологія, оперативная гинекологія и проч., можетъ повести къ тому, что курсы эти будутъ давать недоучекъ, полужнаекъ со всѣми недостатками свойственными лицамъ, теоретически наученнымъ многому ненужному, но не знающимъ многого практически важнаго. Зашиваніе разрывовъ промежности не должно входить въ кругъ знаній бабокъ. Не зная хирургической анатоміи, оперативной техники, бабки, съ ихъ сомнительной чистоты инструментами и перевязочнымъ матеріаломъ, будутъ заражать свѣжія раны, въ лучшемъ случаѣ ихъ „операциѣ“ не будутъ достигать цѣли; промежности сростаются, всетаки, не будутъ. Предоставить бабкамъ внутриматочное лѣченіе при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ кажется д-ру *Массену* рискованнымъ и несвоевременнымъ, если вспомнить, какую опасность, даже и въ рукахъ врачей, представляютъ иногда внутриматочныя промыванія послѣродовой матки. На тампонаду послѣродовой матки при эндометритахъ по способу, предложенному докладчикомъ, д-ръ *Массенъ* смотритъ какъ на приемъ, не менѣе опасный, чѣмъ промываніе. Къ тому-же, лѣченіе послѣродовыхъ заболѣваній склоняется въ послѣднее время къ возможно большому ограниченію всякаго дѣятельнаго вмѣшательства.

Д. О. Оттъ, вопреки мнѣнію *Массена*, полагаетъ, что знаніе бактеріологіи для бабокъ необходимо: зная ее, онѣ могли бы сознательно относиться къ своимъ обязанностямъ. Повышеніе уровня образованія бабокъ весьма важно, въ виду того, что онѣ, такъ сказать, „солъ земли“ проводники знанія въ народъ. Лишь тѣ люди могутъ приносить практическую пользу, которые вполне сознательно относятся къ своему дѣлу.

А. И. Замшинъ,—выразивъ живѣйшую благодарность за то вниманіе, котораго удостоился его докладъ, вызвавшій такой оживленный обмѣнъ мыслей,—замѣтилъ, что все выслушанное не заставляетъ его раскисаться въ томъ, что онъ написалъ докладъ въ кабинетѣ, въ Петербургѣ: все имъ сказанное подтверждается людьми, какъ стоящими близко къ земскому дѣлу, такъ и специально къ затронутому докладчикомъ вопросу.

Заявленіе проф. *К. Θ. Славянского*, что просвѣщенные земскіе дѣятели съ удивленіемъ смотрѣли на своихъ бабокъ, вернувшихся послѣ отправки въ Петербургъ для усовершенствованія и надѣвавшихъ бѣлые халаты, только подтверждаетъ основную мысль о громадной пользѣ повторительныхъ курсовъ, которые не только даютъ знанія слушающимъ ихъ, но и вносятъ черезъ нихъ свѣтъ въ темныя массы. Врачей тоже прежде боялись,—да и теперь еще кое-гдѣ боятся,—когда они надѣваютъ бѣлые халаты, но это встрѣчается все рѣже и рѣже. Докладчикъ не раздѣляетъ сомнѣнія, высказаннаго проф. *К. Θ. Славянскимъ* въ томъ, чтобы бабка, незнающая строенія мозга, нервовъ и т. д., могла хорошо защитить промежность. Вѣдь это дѣло только техники, которую можно постигнуть и при специальной выучкѣ. Также смотритъ докладчикъ и на

тампонацію матки (возраженіе д-ра *В. Н. Массена*). Докладчикъ твердо увѣренъ,—и имѣеть въ этомъ отношеніи личный опытъ—что доступное изложеніе основъ бактеріологіи, оцѣнка условій, такъ или иначе дѣйствующихъ на жизнеспособность микробовъ, въ связи съ разумнымъ усвоеніемъ правилъ обеззараживанія, вполне доступны общеобразованнымъ женщинамъ, каковыми желалъ бы видѣть докладчикъ ученицъ повивальныхъ школъ. *А. И.* полагаетъ что въ такихъ ученицахъ не будетъ недостатка, если ихъ не будетъ страшить дороговизна продолжительнаго пребыванія въ столицахъ и другихъ научныхъ центрахъ. Сомнѣнія въ томъ, что бабка въ состояніи заподозрить въ соотвѣтствующемъ случаѣ ракъ шейки матки, докладчикъ тоже не раздѣляетъ. Стоитъ только посмотреть на вопросъ съ практической точки зрѣнія: хорошая бабка несомнѣнно можетъ распознать на шейкѣ ссадину, въ особенности кровоточащую. Убѣдившись, что источникъ кровотеченія не изъ полости матки, а съ поверхности ссадины, она направляетъ больную къ врачу, и роль ея кончена. Допустимъ, что изъ 20 такихъ случаевъ только въ одномъ окажется ракъ, все-таки, и при такомъ предположеніи раннее распознаваніе рака будетъ залогомъ спасенія больной. Это одно уже можетъ быть достаточнымъ *raison d'être* для преподаванія гинекологіи въ повивальныхъ институтахъ.

К. Θ. Славянской, поблагодаривъ *А. И. Замшина* за интересный докладъ, выставилъ на видъ то обстоятельство, что повторительныхъ курсовъ для повивальныхъ бабокъ въ Петербургѣ недостаточно. Въ виду этого *К. Θ.* обратился къ Обществу съ предложеніемъ устроить большую повторительную школу для бабокъ, матерьяломъ для которой могъ бы послужить почти совершенно пока не употребляемый съ этой цѣлью матерьялъ, проходящій черезъ городскіе родильные пріюты.

4) *Н. Е. Касьяновъ* показалъ Обществу *микроскопическіе препараты*, послужившіе ему для написанія его докторской диссертациі подъ заглавіемъ: «*Къ вопросу объ эмболии легкихъ плацентарными тггантами*». Содержаніе первой $\frac{1}{2}$ этой работы уже извѣстно по предварительному сообщенію, напечатанному во «Врачѣ» въ 1896 г. (стр. 1111). Какъ извѣстно изъ этого сообщенія д-ръ *Касьяновъ* нашелъ описанные впервые *Schmorl'*емъ закупорки легочныхъ сосудовъ клѣтками дѣтскаго мѣста не только у жѣнщинъ, страдавшихъ эклампсией, но и у родильницъ, этой болѣзнию не болѣвшихъ. Работая далѣе, *Н. Е.* убѣдился, что сказанная закупорка встрѣчается и у беременныхъ. Всѣхъ вообще изслѣдованныхъ случаевъ было 11. Изъ родильницъ умерли: отъ эклампсіи 4; отъ кровотеченія изъ матки вслѣдствіе предлежанія послѣда—1; одна умерла внезапно въ концѣ первой недѣли благополучно протекавшаго послѣродоваго времени вслѣдствіе закупорки легочной артеріи; одна отъ послѣродоваго гнилокровія и, наконецъ,

одна отъ волокниннаго воспаленія легкихъ. Изъ 3 беременных—одна умерла на 6 мѣсяцѣ беременности отъ неизвѣстной причины; одна, тоже на 6 мѣсяцѣ, умерла отъ гнойнаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ, а третья на 5 мѣсяцѣ, отъ волокниннаго воспаленія легкихъ. Во всѣхъ 11 случаяхъ найдено одно и тоже: гигантскія клѣтки дѣтскаго мѣста встрѣчались въ пробкахъ въ сосудахъ легкихъ; онѣ представлялись при этомъ болѣе или менѣе сильно скомканными, втиснутыми въ просвѣтъ волосниковъ и предволосниковыхъ артерій; свободно лежавшія клѣтки, не затиснутыя въ просвѣты сосудовъ, встрѣчались крайне рѣдко. Ткань легкихъ къ присутствію клѣтокъ дѣтскаго мѣста относится, повидимому, безразлично: никакого раздраженія въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ гигантами не замѣчается. Относительно частоты нахождения гигантовъ въ легкихъ въ томъ или другомъ случаѣ смерти не удалось подмѣтить замѣтной разницы. На основаніи найденныхъ данныхъ, а также и результатовъ микроскопическаго изслѣдованія послѣда вмѣстѣ съ маткой, д-ръ *Касьяновъ* предполагаетъ, что закупорка легкихъ гигантскими клѣтками послѣда не находится въ связи ни съ родовымъ актомъ, ни съ той или другой причиной смерти, а представляетъ собою явленіе физиологическое, присущее беременности. Въ заключеніе своего въ высокой степени интереснаго сообщенія, д-ръ *Касьяновъ* высказалъ мысль о томъ не проявляется ли въ этой эмболии стремленіе препятствовать окислительнымъ процессамъ въ крови беременной?

Пренія по поводу рѣчи *Д. О. Отта*: „о руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ для восстановленія нарушенной цѣлости тазоваго деа и брюшнаго пресса“ и по поводу сообщенія д-ра *Касьянова* отложены до слѣдующаго засѣданія.

За Предсѣдателя **Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

ПРОТОКОЛЬ № II.

Административное засѣданіе 13 февраля 1897 года

Предсѣдательствовалъ **К. Ф. Славянскій**.

Присутствовали 14 членовъ.

1) Читаны и утверждены протоколы №№ IX и I.

2) Предсѣдатель прочиталъ письмо Русскаго Хирургическаго Общества, предлагающее пользоваться для засѣданій и библіотеки помѣщеніемъ при Анатомохирургическомъ музеѣ имени *Н. И. Пирогова*.

Постановлено: изучить этотъ вопросъ черезъ делегатовъ и въ делегаты избрать казначея и библіотекаря. Приложенные къ письму протоколы передать въ библіотеку.

3) Доложено письмо предсѣдателя состоящей при Медицинскомъ Совѣтѣ Комиссіи по составленію новаго изданія Россійской фармакопеи съ просьбой обсудить приложенные къ письму предварительные списки врачебныхъ средствъ, подлежащихъ внесенію въ новое изданіе фармакопеи.

Постановлено: принять къ свѣденію.

4) Комиссія ревизіи дѣлъ кассы и библіотеки (изъ членовъ *Горайскаго, Садовскаго и Вастена*) прочитала свой протоколъ, въ которомъ удостовѣрила, что все найдено въ полномъ порядкѣ.

5) Комиссія изъ гг. членовъ *Фишера, Массена и Замицина*, ревизовавшая дѣла кассы редакціи, сообщила, что все найдено ими въ полномъ порядкѣ.

Постановлено: благодарить казначея, библіотекаря и редакторовъ Журнала, равно какъ членовъ ревизіонныхъ комиссій, за понесенные труды.

6) Д-ръ *Бацевичъ* внесъ предложеніе Обществу взять на себя инициативу по устройству въ Петербургѣ при родильныхъ пріютахъ новыхъ повторительныхъ курсовъ для повивальныхъ бабокъ. Предложеніе это принято единогласно, при чемъ из-

брана комиссія изъ проф. *Славянскаго* и докторовъ—*Бацевича*, *Вастена*, *Желтухина* и *Массена*.

7) Утвержденіе смѣты расходовъ Общества на 1897 годъ и баллотировка въ члены не состоялись, за отсутствіемъ законнаго числа членовъ.

8) Предложены въ дѣйствительные члены Общества: *Потъ-енко*, *Василій Викторовичъ* (предложенъ *В. Бѣлиловскимъ*, *Личкусомъ* и *Массеномъ*).

За Предсѣдателя **Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ Акушерско-Гинекологической литературы:

а) Н ѣ м е ц к о й.

84. Joseph Bäcker.—Ueber Aetiologie und Therapie des Gebärmutterkrebses.—(Archiv. f. Gynaekologie 1897. Томъ 53. I.)—**Объ этиологии и терапіи рака матки.**

Въ клиникѣ Kozmarszk'аго съ 1882 г. по 31 Октября 1895 г. было 11095 амбулаторныхъ больныхъ; изъ нихъ 705 страдали ракомъ матки (6,35%). Въ 70 случаяхъ (10%) произведена полная экстирпація матки.

Авторъ задается слѣдующими 3-мя вопросами:

- 1) Имѣемъ ли мы въ этиологии рака матки такія данныя, судя по которымъ мы бы могли препятствовать развитію болѣзни?
- 2) Какого рода начальные симптомы развившагося рака?
- 3) Какія операціи слѣдуетъ производить и на какіе результаты можно рассчитывать?

На первый изъ поставленныхъ вопросовъ В. отвѣчаетъ:

а) Причина возникновенія рака намъ не извѣстна, но нѣтъ основанія думать, что она кроется въ дѣйствіи специфическаго микроорганизма. б) Клиническая причина, подготовляющая почву, есть группа эндометритовъ, начало которыхъ въ большинствѣ случаевъ слѣдуетъ отнести къ послѣродовому періоду.

Въ отвѣтъ на второй вопросъ авторъ особенно отмѣчаетъ два симптома начального періода рака матки: явленія со стороны мочевого пузыря—тенезмы и то, что ткань матки, хотя тверда, но легко отрываема (morsch), что при гипертрофіи матки не замѣчается.

Отвѣтомъ на третій изъ поставленныхъ вопросовъ служить детальный разборъ 69 вагинальныхъ экстирпацій матки и одной абдоминальной, по способу Rydygier—Freund, въ случаѣ осложненномъ фиброміомомъ, величиною въ дѣтскую головку.

Результаты: на 69 вагинальныхъ экстирпацій 8 смертныхъ случаевъ=11,6%. Въ 5 случаяхъ причина смерти была сепсисъ, въ 1—Pneus, 1—Marasmus.

Въ 43 случаяхъ ракъ сидѣлъ на portio vaginalis, въ 21—на шейкѣ матки, въ 4—на зѣвѣ матки, въ одномъ случаѣ неопредѣлено.

Полное излѣченіе опредѣляется 33%.

Б. Фейнбергъ.

85. Richard Palm.—Ein Fall von Cystadenofibromyoma cervicis; casuistischer Beitrag zu den Adenomyomen.—(Arch. f. G. 53. I).—Случай Cystadenofibromyoma cervicis, къ казуистикѣ аденоміомовъ.

Въ клиникѣ Ziegenspeck'a P. нашелъ препаратъ, который послѣ микроскопическаго изслѣдованія оказался Cystadenofibromyомой. Это новообразование на длинной ножкѣ сидѣло у внутреннего зѣва на лѣвой сторонѣ матки и не много на заней ея сторонѣ. Сама опухоль нѣсколько вдавалась въ рукавъ. Ножницами она легко была удалена. По внѣшнему виду она овально-яйцевидной формы, размѣры 3,4 и 2,2 См. Въ серединѣ имѣются 3, раздѣленные перегородками, полныя пространства, одна изъ нихъ отсылаетъ каналъ въ ножку. Одна большая и одна маленькая киста наполнены кровью. Онѣ *выстланы низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ*. Основная ткань представляетъ собою фиброміому, въ которой лежатъ вышеописанныя кисты. Помимо послѣднихъ имѣются еще мелкія желѣзы, ничѣмъ не отличающіяся отъ другихъ желѣзъ матки.

Происхожденіе этихъ желѣзистыхъ каналовъ и кистъ P. объясняетъ расширеніемъ обыкновенныхъ желѣзъ на томъ основаніи, что маточная ткань на уровнѣ внутреннего зѣва вообще богата ацинозной желѣзистой тканью. Самымъ существеннымъ авторъ считаетъ ходъ изъ полного пространства въ ножку опухоли, которая такимъ образомъ соединяется со слизистой оболочкой матки, являющейся исходной точкой заболѣванія.

Б. Фейнбергъ.

86. K. Eckardt.—Ein Fall von primärem Tubencarcinom.—(Arch. f. G. 53. I).—Случай первичнаго рака трубы.

При изслѣдованіи 45 лѣтней, замужней О para, сзади антевертированной и прикрѣпленной матки найдена бугорчатая,

эластичная опухоль, величиною въ дѣтскую головку, которая выполняла весь малый тазъ; она тѣсно связана съ маткой и лѣвыми придатками, изъ которыхъ она видимо исходитъ.

Лапаратомія. Ovariosalpingotomia sinistra.

Мѣстомъ отхожденія опухоли оказалась лѣвая труба на 1—1½ cm. отъ pars uterinae tubae. Абдоминальный конецъ трубы и лѣвый яичникъ нормальны. Микроскопическое изслѣдованіе всѣхъ частей прежде всего установило характеръ опухоли, а затѣмъ и то что яичникъ былъ вполне здоровъ.

Б. Фейнбергъ.

87. S. Gottschalk.—Ueber die Castrationsatrophie der Gebärmutter.—(Arch. f. G. 53 II).—Объ атрофіи матки послѣ кастраціи.

Не взирая на то, что фактъ атрофіи матки послѣ кастраціи установленъ, патолого-анатомическія измѣненія, которыми эта атрофія выражается, намъ еще мало знакомы.

Слѣдующій случай далъ автору возможность детально изслѣдовать атрофированную матку: 1/ш 1893 г. у 31 лѣтней больной вслѣдствіе обоюдосторонняго гоноройнаго Pyosalpinx были удалены придатки. Вскорѣ послѣ операциі, вмѣсто обычныхъ регулъ стали появляться водянистыя выдѣленія изъ полости матки. Съ этими жалобами больная черезъ 1½ года вновь поступаетъ въ клинику. Констатирована концентрическая атрофія матки, длина полости съ 8 cm. убавилась до 5 cm. Предположеніе, что выдѣленія обусловлены свѣжей гоноройной инфекціей, ничѣмъ не подтвердилось. Лѣченіе паліативными средствами не увѣнчалось успѣхомъ. Больная сильно страдала отъ выдѣленій—платье и постель бывали пропитаны жидкостью. По желанію больной произведена операциа: exstirpatio totalis uteri per vaginam. Больная съ тѣхъ поръ здорова.

Макроскопическое изслѣдованіе свѣже экстирпированнаго органа: максимальная длина 5,4; объемъ у дна 8 cm.; наружные діаметры ширины и толщины 3:2 cm.; длина полости 4½ cm., изъ нихъ 2 cm. приходятся на каналъ шейки; максимальная ширина полости въ днѣ 1 cm., соотвѣтственная глубина=3 mm. Внутр. звѣзъ=1:1 mm., является такимъ образомъ стенозированнымъ. Максимальная толщина крайне блѣдной стѣнки матки, ближе къ дну=1 cm. причемъ изъ этого 0,5 mm. приходится на блѣдно красноватую мукозу. Слизистая оболочка истончилась до тончайшаго налета (Nauch).

Изслѣдованіе въ тепломъ физиологическомъ растворѣ соли

показало: отсутствіе ворсинокъ, приплюснутость поверхностнаго эпителія и такового железъ, затѣмъ сильное волокнистое перерожденіе основной ткани, причемъ видны жировыя клѣтки. Накопленіе послѣднихъ въ эпителии особенно замѣчается въ тѣлѣ клѣтки.

Микроскопическое изслѣдованіе показало: тѣло матки прежде всего и больше всего атрофировано. Слизистая оболочка здѣсь крайне истончена. Ворсинки отсутствуют; поверхностный эпителий кубической формы; эпителий железъ вездѣ низкій и безъ ворсинокъ; число железокъ уменьшено, просвѣтъ ихъ минимальный. Мускулатура у дна за то сравнительно хорошо сохранилась.

Слизистая оболочка шейки матки хотя также въ указанномъ смыслѣ измѣнена, но не въ такой сильной степени, за то мускулатура здѣсь подверглась болѣе сильной атрофіи, особенно редуцировалась отдѣльная мускульная клѣтка, мѣстами въ такой степени, что трудно ее отличить отъ соединительно-тканнаго образованія. И такъ здѣсь межмускульная ткань отчасти образуется на счетъ мускулатуры. Эпителий на *portio vaginalis* не особенно измѣненъ.

У большихъ сосудовъ особенно бросается въ глаза образованіе складокъ на *intima* и соотвѣтственное уменьшеніе просвѣта. Такимъ образомъ *Endarteriitis obliterans* другихъ авторовъ, *Gottschalk* не нашелъ. Нервы также оказываются пропитанными мелкими жировыми зернышками, но все же сохраняютъ нормальную окраску.

На основаніи добытыхъ данныхъ и фізіологическихъ соображеній *G.* приходитъ къ заключенію, что атрофія матки *post castrationem* зависитъ отъ того, что стѣнки сосудовъ, вслѣдствіе отсутствія періодическаго ослабленія вазомоторовъ, отсутствія періодически усиленнаго прилива крови, находятся въ одинаково повышенномъ тонусѣ, послѣдствіемъ чего является уменьшенное наполненіе сосудовъ кровью, что въ свою очередь вызываетъ и поддерживаетъ атрофію матки.

Б. Ф.

88. E. A. Reinicke.—Die Sklerose der Uterinarterien und die Klimakterischen Blutungen.—(Arch. f. G. 53 II).—Склерозъ артерій матки и климактерическія кровотеченія.

О патолого-анатомическихъ причинахъ климактерическихъ кровотеченій мнѣнія расходятся; точныя данныя въ литературѣ отсутствуютъ. Въ большинствѣ случаевъ эти кровотеченія ставятъ въ зависимость отъ воспаленія эндометрія. Во многихъ случаяхъ

такое воспаление имѣть мѣсто, въ неменьшемъ же числѣ случаевъ послѣ выскабливанія матки получается здоровая слизистая оболочка. При такомъ отрицательномъ результатѣ причину кровотеченій ищутъ въ хроническомъ метритѣ, особенно, когда матка нѣсколько увеличена въ объемѣ. Для нѣкоторыхъ случаевъ это объясненіе справедливо, для иныхъ нѣтъ. Въ послѣдней категоріи случаевъ нерѣдко имѣется заболѣваніе самыхъ сосудовъ, мѣшающее имъ сокращаться. О такихъ случаяхъ, взятыхъ изъ частной практики и клиники *Leopold'a Reinicke* ведетъ рѣчь.

Въ четырехъ вырѣзанныхъ маткахъ найдено измѣненіе сосудовъ и оно авторомъ признается первичнымъ заболѣваніемъ, разрастаніе же межклеточной ткани вторичнымъ, въ зависимости отъ уменьшенія питанія ткани. Констатируется микроскопически: значительно развитіе кровеносныхъ сосудовъ, у большинства изъ нихъ замѣчается сильное утолщеніе стѣнокъ въ зависимости отъ разростанія мускульнаго слоя, tunica media, отчасти и adventitia. Intima же не содержитъ никакихъ отложеній или утолщеній. Вены незначительно утолщены и это касается главнымъ образомъ adventitiae. Принимая во вниманіе, что особенно утолщены мускульный слой и tunica media, отсутствуютъ же фиброзныя бляшки и утолщеніе intimae, трудно признать это патологическое состояніе за атероматозъ, или эндартеритъ. Найденный процессъ похожъ на тотъ, который *Savill* нашелъ въ Art. coronariae cordis и названный имъ артеріальной Hypermyotrophie. Въ общемъ такимъ образомъ это измѣненіе сосудовъ ближе всего подходитъ къ артеріосклерозу не на воспалительной почвѣ.

Что это патологическое состояніе сосудовъ способно вызывать измѣненіе питанія органовъ нѣтъ сомнѣнія. Посредствомъ недостаточнаго питанія въ случаяхъ автора были: начинающееся исчезновеніе паренхимы матки и пополненіе утраченной мускулатуры фибризной тканью. Что въ приведенныхъ случаяхъ причину кровотеченія у больныхъ надо искать въ описанныхъ измѣненіяхъ сосудовъ явствуется изъ того, что другихъ патологическихъ причинъ не найдено.

Вслѣдствіе утолщенія стѣнокъ сосудовъ, уменьшенной сжимаемости ихъ, уменьшенномъ воздѣйствіи вазомоторовъ, регулирующихъ тонусъ сосудовъ, кровь течетъ по широкому ложу, содержимое сосудовъ колеблется лишь въ крайне узкихъ границахъ, уменьшается же оно лишь когда приливъ крови къ органамъ таза прекращается. До момента же прекращенія прилива

менструаціонное кровотеченіе изъ слизистой оболочки матки продолжается и получаетъ характеръ менорагіи. *Б. Фейнбергъ.*

89. G. Burckhard.—50 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus nach der Doyen-Landauschen Methode.—(Arch. f. G. 53 II).—50 случаевъ полной экстирпаціи матки черезъ рукавъ по методу Doyen-Landau.

Незначительность числа операций *B.* объясняетъ тѣмъ, что проф. *Pernice* изъ клиники котораго взяты эти случаи придерживается слѣдующихъ воззрѣній. Онъ оперируетъ лишь при полной подвижности матки и если параметріи свободны отъ карциноматозныхъ массъ. Допускается незначительное распространеніе рака на заднюю и боковую стѣнки рукава, но не на переднюю.

Непосредственно послѣ операции умерли $10=20\%$. Рецидивы у $18=36\%$; изъ послѣднихъ умерли или заболѣли черезъ 3 мѣсяца послѣ операции $4=8\%$; съ 3-го до 6-го мѣсяца $3=6\%$; до 1 года $4=8\%$, въ теченіи 2-го года р. ор. $5=10\%$, въ теченіи 3 года $1=2\%$, въ теченіи 4 года $1=2\%$. Свободны отъ рецидива остались $17=24\%$.

Ни въ одномъ случаѣ не замѣчено послѣдовательное кровотеченіе. *Б. Фейнбергъ.*

90. B. S. Schultze.—Einiges über Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri.—(Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynaecologie 1896. Januar).—Къ патологіи и терапіи ретрофлексіи матки.

Эта статья имѣетъ полемическій характеръ и направлена противъ *Theilhaber*'а. Послѣдній на гинекологическомъ конгрессѣ въ Вѣнѣ сдѣлалъ докладъ, въ которомъ выступилъ противъ обычнаго, принятаго всѣми гинекологами, лѣченія ретрофлексированной матки. *Th.* утверждаетъ, что ретрофлексія матки сама по себѣ не должна считаться патологическою, и что всѣ болѣзненные симптомы, на которые жалуются женщины съ ретрофлексированною маткою, происходятъ обыкновенно не отъ ретрофлексіи, а отъ другихъ причинъ, чаще всего отъ кишечника или же нервного происхожденія. *Schultze* хотя и соглашается, что подвижная ретрофлексированная матка можетъ иногда протекать безъ всякихъ болѣзненныхъ симптомовъ, но утверждаетъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ это есть явленіе пато-

логическое, и цѣлесообразное лѣченіе искривленій матки кзади почти всегда ведетъ къ улучшенію или даже полному исчезновенію болѣзненныхъ припадковъ.

Ф. Веберъ.

91. Oscar Beuttner.—*Ulcus rotundum simplex vaginae*.—(Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynaecologie 1896. Februar).—**Круглая язва влагалища.**

Круглая язва влагалища, впервые описанная Zahn'омъ въ 1884 году, по мнѣнію автора встрѣчается далеко не такъ рѣдко, какъ это до сихъ поръ предполагалось. Она развивается главнымъ образомъ у пожилыхъ женщинъ, причемъ расстройства кровообращенія вслѣдствіе порока сердца а также артеріосклеротическія измѣненія сосудовъ, питающихъ стѣнки влагалища, играютъ важную этиологическую роль. Патологическое измѣненіе секрета матки именно сильная кислотность его можетъ также вести къ образованію язвы. Этимъ объясняется, почему эти язвы очень часто сидятъ на задней стѣнкѣ влагалища немного влѣво отъ средней линіи вблизи отъ наружнаго маточнаго зѣва, т. е. на томъ мѣстѣ, куда непосредственно стекаетъ маточное выдѣленіе. Эти язвы чаще единичны, имѣютъ рѣзко очерченные не инфильтрированные края и вообще какъ по макроскопическому виду такъ и по микроскопическому строенію совершенно схожи съ круглой язвой желудка. Эти язвы могутъ протекать совершенно незамѣтно и нерѣдко только при вскрытіи ихъ находятъ; только у болѣе молодыхъ чувствительныхъ особъ онѣ вызываютъ чувство жженія и даже боли и усиливаютъ выдѣленія. При лѣченіи слѣдуетъ избѣгать мѣстныхъ мѣропріятій, которыя рѣдко ведутъ къ цѣли и заботиться объ общемъ укрѣпленіи организма и улучшеніи кровообращенія.

Ф. Веберъ.

92. W. Pooth.—*Die Künstliche Erweiterung des engen Beckens*.—(Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynaecologie 1896. Juni).—**Искусственное расширеніе узкаго таза.**

Frank, директоръ повивальнаго института въ Кельнѣ, произвелъ въ 1894 году у больной, у которой вслѣдствіе узкаго таза была сдѣлана симфизеотомія и которая съ трудомъ могла ходить вслѣдствіе несращенія лоннаго сочлененія, вторичную операцію причемъ онъ освѣжилъ суставныя поверхности сочлененія и вставилъ между ними кусокъ кости, взятый имъ вмѣстѣ съ кожнымъ лоскутомъ съ правой горизонтальной вѣтви лонной кости. Результатъ былъ прекрасный. Лонное сочлененіе вполнѣ

срослось и тазовое кольцо расширилось, такъ что больная черезъ годъ родила свободно здороваго доношеннаго ребенка. Вслѣдствіе этого *Frank* при слѣдующихъ симфизеотоміяхъ съ самаго начала рѣшилъ оперировать остеопластически. При этомъ онъ поступалъ слѣдующимъ образомъ: разрѣзъ проводится поперечный надъ самымъ симфизомъ; онъ имѣетъ значительныя преимущества передъ обычно принятымъ продольнымъ разрѣзомъ, такъ какъ при немъ щадятся обширныя венозныя сплетенія, лежація подъ лобкомъ въ области клитора. Верхняя и задняя поверхность лоннаго сочлененія тщательно отдѣляется отъ мягкихъ частей, послѣ чего отъ симфиза долотомъ сверху внизъ откалывается кусокъ кости шириною въ $3\frac{1}{2}$ —4 сантим. тѣсно связанный спереди съ надкостнично-кожнымъ мостикомъ. Остающаяся часть симфиза послѣ этого легко разсѣкается въ продольномъ направленіи и тазъ расходится. Послѣ окончанія родовъ передняя костная пластинка вдвигается между разошедшимися концами симфиза и фиксируется толстыми шелковыми нитками. Рана зашивается. *Pooth* описываетъ 3 случая, оперированныхъ *Frank*омъ по этому способу съ полнымъ успѣхомъ. Костныя пластинки во всѣхъ случаяхъ, даже въ первомъ, протекавшемъ не совсѣмъ гладко, зажили хорошо и получалось полное сращеніе симфиза. Всѣ размѣры таза оказались расширенными на 1— $2\frac{1}{2}$ сантиметра.

Ф. Веберъ.

93. **Abel. Ergotinol—(Vossinkel) als Ersatz fur Ergotin.**—(Berliner Klinische Wochenschrift. 1897. № 8).—**Эрготиноль какъ замѣна эрготина.**

Gottshalk въ 1892 предложилъ на гинекологическомъ конгрессѣ въ Брюсселѣ новый препаратъ *secalis cornuti*, приготовленный д-ромъ *Vossinkel* емъ и названный имъ эрготиноломъ. Этотъ препаратъ, получаемый довольно сложнымъ способомъ изъ маточныхъ рожковъ, есть ничто иное какъ *liquor ammonii ergotini*; 1 куб. сантим. эрготинола соотвѣтствуетъ 0,5 gr. *extract. secalis cornuti*. *Abel* употреблялъ его въ теченіе 3 лѣтъ и остался результатами весьма доволенъ. Эрготиноль благодаря своему постоянному химическому составу имѣетъ значительныя преимущества передъ эрготиномъ; онъ легче дозируется и дѣйствуетъ гораздо быстрѣе и вѣрнѣе послѣдняго. Кромѣ того онъ въ противоположность эрготину совершенно не подвергается порчѣ. Употребляется этотъ жидкій препаратъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній, причемъ въ теченіе дня впрыскивается не больше 2 куб. сантим.

Вслѣдствіе довольно сильной болѣзненности къ эрготинулу прибавляется небольшая доза морфія или кокаина. Главнымъ образомъ эрготинолъ примѣнялся при острыхъ кровотеченияхъ, но и при хроническихъ особенно при міомахъ матки *Abel* имѣлъ прекрасные результаты. При послѣднихъ *Abel* во время менструаций впрыскивалъ ежедневно по одному шприцу, въ промежуткахъ же между ними впрыскиванія производились два раза въ недѣлю; кровотечение во всѣхъ случаяхъ значительно уменьшалось, хотя величина міомъ въ большинствѣ случаевъ не измѣнялась.

Ф. Веберъ.

94. **Flatan.—Ueber Vaginistricur bei Prolaps.**—(Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynaecologie 1896. August).—**О вагинистриктурѣ при пролапсѣ.**

Въ 1893 году *Freund* младшій описалъ новый способъ операцій выпаденія матки, состоящій въ томъ, что влагалище суживается посредствомъ нѣсколькихъ лигатуръ изъ серебряной проволоки, наложенныхъ кольцеобразно подъ слизистою оболочкою влагалища. Этотъ способъ, примѣнимый по легко понятнымъ причинамъ, исключительно въ старческомъ возрастѣ, не нашелъ себѣ многихъ сторонниковъ, такъ какъ серебряная проволока обыкновенно вызывала нагноеніе и черезъ болѣе или менѣе короткій срокъ выходила наружу. *Flatan* сдѣлалъ не большое видоизмѣненіе способа *Freund*'а, состоящее въ томъ, что вся проволока находится въ около влагалищной клѣтчаткѣ, въ то время какъ у *Freund*'а проволока на мѣстахъ вкола и выкола смотритъ въ просвѣтъ влагалища, вслѣдствіе чего такъ часто и получалось нагноеніе. Эта маленькая операція производится строго асептически обыкновенно безъ всякаго наркоза; на мѣстѣ вкола изъ слизистой оболочки влагалища отсепаровывается маленький лоскутъ; большая слегка изогнутая игла проводится подъ слизистою оболочкою и на мѣстѣ предполагаемаго выкола иглы отдѣляется второй лоскутъ, гдѣ выкалывается и снова вкалывается игла. Обыкновенно въ 2—3 приѣма удается провести проволоку въ видѣ кольца вокругъ всего влагалища и вывести ее у перваго лоскута, гдѣ проволока стягивается и закрѣпляется. Послѣ этого лоскуты зашиваются 1—2 ктутцовыми швами, такъ что серебряная проволока не имѣетъ никакого сообщенія съ просвѣтомъ влагалища. Обыкновенно 3—4 такихъ лигатуръ достаточно, чтобы хорошо стянуть влагалище и препятствовать выпаденію матки. Авторъ произвелъ эту операцію три

раза и имѣлъ очень хорошій продолжительный успѣхъ. Серебряная проволока во всѣхъ случаяхъ зажила безъ всякой реакціи.

Ф. Веберъ.

95. Neumann.—Ueber puerperale uterus gonorrhoe.—Monatschrift f. Geburtshilfe u. Gynaecologie 1896, August.—О послѣродовой гонорреѣ матки.

Въ то время какъ въ началѣ предполагали, что гонококи суть исключительно паразиты слизистыхъ оболочекъ, въ послѣднее время въ особенности послѣ работъ *Wertheim*'а и другихъ выяснилось, что они могутъ прекрасно развиваться въ соединительной и даже мышечной ткани. *Neumann*, пользуясь прекраснымъ матеріаломъ клиники *Schauta* въ Вѣнѣ, старался выяснить значеніе гонококовъ въ послѣродовомъ періодѣ. Послѣ многократныхъ тщетныхъ поисковъ ему наконецъ удалось найти гонококовъ въ децидуальной ткани, добытой изъ полости матки женщины продолжавшей безлихорадочный послѣродовой періодъ, но страдавшей небольшимъ гнойнымъ истеченіемъ изъ влагалища и имѣвшей ребенка съ бленноррагическимъ конъюнктивитомъ, маточныя выделения содержали массу гонококовъ. *Neumann* на 9-й день послѣ родовъ съ антисептическими предосторожностями удалил изъ полости матки острой ложкою небольшой кусочекъ ткани. Послѣдній состоялъ изъ типической децидуальной ткани, представлявшей весьма сильную мелкоклѣточную инфильтрацію. При соотвѣтствующей окраскѣ здѣсь найдена масса типичныхъ гонококовъ, которые лежали свободно или же въ бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ; децидуальные клѣтки гонококовъ не содержали.

Neumann предполагаетъ, что въ этомъ случаѣ гонококи проникли изъ шейки или влагалища въ полость матки и вызвали гонорройное воспаленіе deciduae послѣ родовъ, такъ какъ трудно, допустить, чтобы беременность могла протечь благополучно при столь рѣзкихъ измѣненіяхъ въ децидуальной ткани. Въ пользу того, что мы здѣсь имѣемъ дѣло съ свѣжимъ процессомъ, говорить еще то обстоятельство, что гонококи найдены преимущественно въ поверхностныхъ слояхъ.

Ф. Веберъ.

96. Ahlfeld.—Giebt Tympania uteri eine Indication zur Entfernung des Uterus in partu?—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV Hft. 2).—Представляетъ-ли развитіе газовъ въ маткѣ показаніе къ удаленію этого органа во время родовъ?

Въ „Centralbl. f. Gyn.“ за 1896 г. были опубликованы два

случая кесарскаго сѣченія. Въ одномъ случаѣ вольнопрактикующій врачъ *Esser*, послѣ неудачной попытки извлечь щипцами низко стоящую головку, удалилъ незрѣлый но съ сильно вздутымъ животомъ плодъ помощью кесарскаго сѣченія по консервативному способу. Больная выздоровѣла.—Во второмъ случаѣ, который произошелъ въ клиникѣ *Chrobak'a*, дѣло было въ общемъ аналогично, только вслѣдствіе тщетныхъ попытокъ къ родоразрѣшенію произведенныхъ еще внѣ клиники присоединились явленія тимпанита, почему клиническій ассистентъ *Ludvig* прибѣгъ къ операци *Porro*. *Ahlfeld* не только подобно всѣмъ, осуждаетъ образъ дѣйствій *Esser'a*, въ случаѣ котораго не было показанія къ кесарскому сѣченію а только къ эвентраціи, но и образъ дѣйствій *Ludvig'a*, исходя изъ того положенія, что при *turpania uteri*, какъ показываютъ его собственныя наблюденія, при которыхъ онъ дѣлалъ промыванія матки 50% спиртомъ прогнозъ вовсе не такъ плохъ, чтобы нужно было рѣшаться на кесарское сѣченіе.

При этомъ *A.* высказывается также противъ права врача произвести операцию по *Porro* (вмѣсто консервативнаго метода) единственно изъ желанія гарантировать больную отъ возможности вторичнаго забеременѣнія.

С. Ю. Хазанъ.

97. *Alfred Hahn*.—*Ein stadium der Placentarentwicklung*.—(*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV Hft. 3*).—Стадій развитія дѣтскаго мѣста.

Авторъ приводитъ новое наблюденіе, подтверждающее, по его мнѣнію, теорію *Keilmann'a*, по которой не только *placenta praevia* но и всякая плацента первоначально развивается на *reflexa*.

С. Ю. Хазанъ.

98. *Ahlfeld*.—*Zur Diagnose der Zwillingschwangerschaft*.—(*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV Hft. 2*).—Къ діагнозу беременности двойнями.

Абсолютно вѣрный діагнозъ беременности двойнями далеко не такъ легокъ, какъ многіе думаютъ, и это обстоятельство особенно наглядно выступаетъ тогда, когда отъ вѣрнаго діагноза зависитъ образъ дѣйствій врача. *A.* недавно наблюдалъ подобный случай. Многорожавшая, у которой прежніе роды вслѣдствіе узкости таза прошли неблагоприятно для дѣтей, пріѣхала въ Марбургскую клинику, по ея счету за мѣсяць до нормальнаго срока беременности, для производства преждевременныхъ

родовъ. Уже первое изслѣдованіе возбудило подозрѣніе, что больная беременна двойнями. А такъ какъ въ случаѣ вѣрности діагноза необходимо было отказаться отъ производства преждевременныхъ родовъ, то постановка вѣрнаго діагноза оказалась настоятельною необходимостью. Этого А. достигъ при помощи уже раньше рекомендованнаго имъ метода одновременнаго выслушиванія сердечныхъ тоновъ плодовъ двумя наблюдателями. Онъ даже заказалъ для этой цѣли особые часы, секундную стрѣлку въ которыхъ можно помощью пружины не только остановить на любомъ мѣстѣ, но и привести до нуля а затѣмъ вновь пустить въ ходъ, при чемъ издается звукъ, дающій другому наблюдателю возможность начать считать въ одинъ и тотъ же моментъ съ первымъ. Въ частной практикѣ, гдѣ нѣтъ подъ рукою опытнаго помощника, приходится, по мнѣнію А., ограничиваться выслушиваніемъ сердечныхъ тоновъ въ двухъ пунктахъ; при этомъ онъ рассказываетъ наблюденный имъ случай, который учитъ, что при этомъ методѣ выслушиванія больная должна какъ можно меньше двигаться, иначе и при одномъ ребенкѣ можно въ двухъ мѣстахъ слышать сердечные тоны неодинаковой частоты—такъ какъ отъ движенія сердечные тоны несомнѣнно ускоряются.

С. Ю. Хазанъ.

99. W. Lesse.—*Em weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia.*—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV Hfl. 2).—**Еще случай воздушной эмболии при placenta braevia.**

Во время производства комбинированнаго поворота съ цѣлью остановить кровотеченіе вслѣдствіе предлежанія дѣтскаго мѣста, въ тотъ самый моментъ, когда была захвачена ножка, пульсъ и дыханіе сразу остановились. Хотя послѣднее сейчасъ же возобновилось, но оно осталось поверхностнымъ, точно также сердечные тоны оказались замедленными и, не смотря на всѣ средства (массажъ сердечной области, искусственное дыханіе, вливаніе физиологическаго раствора поваренной соли и т. д.) больная черезъ 5 часовъ умерла.

С. Ю. Хазанъ.

100. Vahle.—*Ueber das Vorkommen von Streptokokken in der Scheide Gebärender.*—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV Hfl. 2).—**О существованіи стрептококковъ во влагалищѣ роженицъ.**

Если возможность существованія стрептококковъ во влагалищѣ признается все больше и больше, то все же существуютъ еще авторы, которые эту возможность отрицаютъ. Разногласіе господ-

ствуется также относительно ядовитости попадающих во влагалищъ стрептококковъ; одни думаютъ, что микробы эти вообще не ядовиты, другіе, что вредоносное дѣйствіе ихъ обнаруживается лишь при особыхъ неблагоприятныхъ условіяхъ, а третьи наконецъ утверждаютъ, что во влагалищѣ могутъ находиться вполнѣ патогенные микроорганизмы. Чтобы быть въ состояніи рѣшить этотъ вопросъ на основаніи собственныхъ наблюденій, авторъ прежде всего изслѣдовалъ секретъ 30 беременных на свосахъ и въ трехъ случаяхъ нашелъ стрептококковъ, которые однако не оказались особенно патогенными. Одновременно авторъ убѣдился въ томъ, что на основаніи реакции нельзя отличить доброкачественный секретъ отъ злокачественнаго, какъ это увѣряетъ *Döderlein*, а уже скорѣе на основаніи макроскопическаго вида, такъ какъ желтый гноевидный и вонючій секретъ всегда почти содержитъ кокки. Затѣмъ, чтобы провѣрить насколько возможно самоочищеніе во время акта родовъ, авторъ предпринялъ рядъ изслѣдованій влагалищнаго секрета у 60 роженицъ, отъ которыхъ секретъ получался прямо пальцемъ асептичность котораго провѣрялась контрольнымъ опытомъ. Стрептококки оказались въ 15 случаяхъ, преимущественно тамъ гдѣ секретъ имѣлъ нейтральную, а тѣмъ болѣе щелочную реакцію (*Döderlein*); одинъ разъ прививкою этихъ кокковъ былъ даже вызванъ абсцессъ. Все это заставляетъ *V.* ратовать за строгую объективную антисептику которая, по его мнѣнію, бесполезна будетъ лишь въ практикѣ акушеровъ вслѣдствіе шаткихъ устоевъ субъективной антисептики у этихъ послѣднихъ.

С. Ю. Хазанъ.

101. S. Patellani.—Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauterin graviditäten und die Entwicklungsanomalien der weiblichen Geschlechtsorgane vom anthropogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd XXXV Hft. 3).—Многоплодная и внѣматочная беременности, равно какъ аномаліи развитія женскихъ половыхъ органовъ разсматриваемыя съ точки зрѣнія ученія о происхожденіи человека.

Ученія *Дарвина* и *Haeckel*'а породили у автора мысль, не соответствуютъ ли нѣкоторыя явленія въ области акушерства, которыя принято считать патологическими, лишь состоянію свойственному болѣе раннему періоду органической эволюціи. Такими явленіями по мнѣнію автора оказываются многоплодная и внѣматочная беременность и нѣкоторые пороки развитія. Что въ этиологіи

многоплодной беременности наследственность играет большую роль, уже давно было известно, только эта наследственность понималась въ слишкомъ узкомъ смыслѣ; на самомъ-же дѣлѣ тутъ сказывается не только вліяніе близкихъ родственниковъ, но и вообще вліяніе происхожденія человѣка. Дѣло именно въ томъ, что многоплодную беременность слѣдуетъ считать атавизмомъ, явленіемъ свойственнымъ нисшимъ животнымъ. Въ пользу такого взгляда говоритъ между прочимъ наблюдающаяся у женщинъ разрѣшившихся двойнями плодовитость, которая, какъ известно, находится въ обратномъ отношеніи къ положенію занимаемому животнымъ въ органическомъ мірѣ, болѣе часто попадающіяся у такихъ плодовъ аномаліи развитія, нерѣдко встрѣчающіяся при многоплодной беременности двурогость матки и т. д. Точно также и въ происхожденіи вѣматочной беременности по мнѣнію автора главнымъ моментомъ является возвратъ къ тому состоянію, которое бываетъ у нисшихъ животныхъ, тѣмъ болѣе что и въ морфологическомъ отношеніи при этой аномаліи замѣчаются явленія свойственныя нисшимъ организмамъ и фетальному состоянію, а именно сильная спиральность трубъ. Наконецъ, сопоставленіемъ систематической таблицы образованія дѣтородныхъ частей у различныхъ млекопитающихъ авторъ доказываетъ, что каждому пороку не только соответствуетъ извѣстный стадій эмбриональнаго развитія, но и извѣстный видъ животного, у котораго этотъ стадій является стаціонарнымъ, такъ что пороки развитія съ полнымъ правомъ слѣдуетъ разсматривать какъ явленія атавизма. Интересны заключительныя слова разбираемой статьи: „Въ виду существующаго у всѣхъ животныхъ стремленія къ совершенствованію можно ожидать, что какъ многоплодная и вѣматочная беременность такъ и пороки развитія дѣтородныхъ частей будутъ постепенно исчезать“.

С. Ю. Хазанъ.

102. Hofmeier.—*Beiträge zur Anatomie und Entwicklung der menschlichen Placenta.*—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV Hft. 3).—**Къ анатоміи и развитію человѣческой плаценты.**

Указавъ на скудость нашихъ свѣдѣній о самыхъ первыхъ стадіяхъ развитія плаценты,—скудость зависящую съ одной стороны отъ того, что изслѣдуемый матеріалъ, продукты выкидышей, въ большинствѣ случаевъ имѣетъ патологическій характеръ, съ другой стороны отъ того, что при отсутствіи положительныхъ свѣдѣній о времени вѣпздѣнія яйца надлежащая оцѣнка его возраста не всегда возможна,—и предпославъ описаніе семи по-

видимому нормальных препаратов, авторъ высказываетъ слѣдующій взглядъ на развитіе плаценты: хоріальныя ворсинки до пятого мѣсяца всегда имѣютъ болѣе или менѣе ясно выраженный двойной покровъ и лишь тамъ, гдѣ васкуляризация ворсинокъ скудная, какъ напр. при давно уже наступившей смерти зародыша, наружный покровъ не ясно выраженъ. Господствующее мнѣніе о материнскомъ происхожденіи хоріальнаго syncytium'a не выдерживаетъ критики. Яйцо повидимому вступаетъ въ матку съ синтиціальнымъ покровомъ, который, быть можетъ происходитъ и отъ клѣтокъ corona radiatae. Эпителий же матки перерождается въ syncytium лишь подъ влияніемъ растущаго яйца на мѣстѣ его прикрѣпленія. Соединеніе яйца съ маткою происходитъ при помощи пролифераціи клѣтокъ внутренняго покрова ворсинокъ, т. наз. колоннъ клѣтокъ (Zellensäulen) которыя прободая синтиціальныи покровъ, прилипаютъ къ deciduae и такъ сливаются съ тканью послѣдней, что уже потомъ трудно найти границу между обоими элементами. Неправильное же скопленіе клѣтокъ, т. наз. крупноклѣтчатые островки встрѣчающіеся между ворсинками и имѣющіе своимъ происхожденіемъ какъ клѣтчатый слой *Langhans's* такъ и элементы deciduae, врядъ ли всегда представляютъ собою явленіе нормальное. — Уже на третьей недѣлѣ беременности существуетъ широкое сообщеніе между межворсинчатымъ пространствомъ и сосудами матки, которые открываются благодаря расщепленію deciduae. Это послѣднее, т. е. расщепленіе имѣетъ мѣсто въ губчатомъ слое, при чемъ компактный слой переходитъ на яйцо въ видѣ deciduae reflexae и нижній служитъ для образованія плаценты.

С. Ю. Хазанъ

103. Otto v. Herff.—Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV Hefte 2 u. 3 u. Bd. XXXVI Heft. 2).—Къ ученію о дѣтскомъ мѣстѣ и о материнскихъ оболочкахъ плода.

Первый вопросъ разбираемый авторомъ касается направленія роста плаценты, въ особенности placenta circumvallatae. Увеличеніе площади serotinae зависитъ главнымъ образомъ отъ направленія роста ворсинокъ и отъ условій ихъ питанія. Относительно же направленія, по которому ворсинки посылаютъ свои отростки, можно теоретически допустить двѣ возможности. Или ворсинки chorion laeve на мѣстѣ reflexae не атрофируются, а продолжая развиваться прободаютъ reflexam и достигаютъ veram, которая

тѣмъ временемъ сливаясь въ одно съ reflexa, образуетъ serotinam или же ворсинки chorion frondosum при одновременномъ эксцентрическомъ ростѣ хоріальной пластинки подкапываются псдѣ сосѣднія части verae. Доказавъ, что первая возможность, которую, какъ извѣстно, защищаетъ *Keilmann* не выдерживаетъ критики, *Н.* выступаетъ защитникомъ второй возможности, приводя въ доказательство своего воззрѣнія препаратъ placentaе circumvallatae, гдѣ образованіе этой части путемъ вгнѣдрѣнія ворсинокъ черезъ т. наз. Schlussring Gottschalk'a въ сосѣднія части verae не подлежитъ сомнѣнію.

Второй вопросъ, разбираемый авторомъ, относится къ образованію подлежащаго дѣтскаго мѣста. Послѣ того какъ анатомическими изслѣдованіями установлено съ одной стороны что серотинальный покровъ praeviae доходитъ до края внутренняго зѣва, а съ другой стороны, что оплодотворенное яйцо можетъ вгнѣздиться въ любомъ пунктѣ маточной полости, естественно должно было возникнуть ученіе, по которому анатомическая причина placentaе praeviae заключается во вгнѣздѣніи яйца около внутренняго зѣва. И вотъ въ защиту этого ученія, противъ котораго въ послѣднее время были сдѣланы возраженія, выступаетъ авторъ, доказывающій, что всѣ приводимыя возраженія не выдерживаютъ критики. Такъ то мнѣніе, будто вгнѣздѣнію яйца у наружнаго зѣва мѣшаетъ струя слизи, которая уноситъ его въ каналъ шейки, уже потому ложно, что оплодотворенное яйцо всегда больше внутренняго отверстія матки, уже не говоря о томъ, что сила слизистой струи вовсе не такъ велика, чтобы уносить такія мелкія тѣла, какъ яйцо. Точно также не состоятельно возраженіе, дѣлаемое въ особенности авторами предполагающими образованіе такъ называемаго нижняго отрѣзка матки изъ верхней части шейки и состоящее въ томъ, что вслѣдствіе физиологической атоніи нижняго отрѣзка матки всѣ женщины съ placenta praeviae должны были бы при отдѣленіи мѣста истечь кровью. Ибо нижній несокращающійся отрѣзокъ матки не есть физиологическое явленіе, а образуется лишь какъ слѣдствіе патологическихъ родовъ, а именно при пространственномъ несоотвѣтствіи между тазомъ и подлежащей частью. Къ тому же и въ послѣднемъ случаѣ еще не неминуемо должно произойти смертельное кровотеченіе, такъ какъ главные артеріальные стволы, какъ показалъ *Hofmeier*, въ большинствѣ случаевъ расположены въ верхнемъ отдѣлѣ матки. Наконецъ авторъ возстаетъ и противъ господствующаго ученія о механизмѣ вгнѣздѣнія яйца на

поверхности deciduae и объ образованіи reflexae посредствомъ наростанія на яйцо deciduae въ видѣ валика и допускаетъ также для человѣка, какъ *Spee* это доказалъ для морскихъ свинокъ, вгнѣздѣніе яйца въ глубь слизистой оболочки матки. На основаніи сказаннаго и изученія препаратовъ placentae praeviae принадлежащихъ различнымъ стадіямъ беременности, *H.* склоненъ думать, что всѣ ясно выраженные формы placentae praeviae, въ особенности такъ называемыя placenta praevia totalis обязаны своимъ происхожденіемъ исключительно вгнѣздѣнію яйца въ ближайшей окружности внутренняго зѣва. Тѣ-же формы plac. praeviae, которыя характеризуются какъ placenta praevia lateralis и marginales могутъ происходить также и при болѣе высокомъ вгнѣздѣніи яйца, если только ворсинки его растутъ преимущественно по направленію къ шейкѣ матки. Что касается дальнѣйшаго механизма развитія placentae praeviae, то при низкомъ вгнѣздѣніи яйца дѣло по всей вѣроятности происходитъ, какъ это описалъ *Schatz*, путемъ образованія такъ называемый Zonaplacenta вокругъ внутренняго зѣва, который закрывается вслѣдствіе заращенія deciduae; при высокомъ же вгнѣздѣніи яйца возможенъ двоякій механизмъ: или ростъ плаценты происходитъ обыкновеннымъ путемъ внутрь verae, которая при достиженіи ворсинками внутренняго зѣва выпячивается, образуя собою своего рода serotinam reflexam, или же плацента растетъ въ области chorion laeve причемъ образуется настоящая reflexaplacenta. Но признавая эту послѣднюю возможность, авторъ однако того убѣжденія что подобная reflexaplacenta только переходная ступень развитія; вообще авторъ не безусловно раздѣляетъ новаго ученія *Hofmeier*'а *Kaltenbach*'а и др., по которому большинство placentae praeviae представляетъ собою reflexaplacenta, такъ какъ онъ не можетъ согласиться ни съ тѣмъ, будто впослѣдствіи происходитъ слипаніе reflexa и vera въ одно, ни еще менѣе съ тѣмъ, будто ворсинки, прободая reflexam, вникаютъ въ veram., образуя новую serotinam. Въ заключеніе своей въ высшей степени поучительной работы, которую всякому интересующемуся этимъ предметомъ необходимо прочесть въ оригиналѣ, авторъ еще касается вопроса объ источникѣ кровотеченій при pl. praevia. По его мнѣнію лишь кровотеченія во время родовъ происходятъ вслѣдствіе отдѣленія дѣтскаго мѣста, во время же беременности благодаря способности плаценты принаравливаться къ растяженію матки, какъ это особенно видно при hydramniō отдѣленія дѣтскаго мѣста не бываетъ. Тутъ кровотеченія скорѣе происходятъ вслѣдствіе само-

стоятельнаго разрыва ткани *reflexae serotinae* или венозных сосудовъ.

С. Ю. Хазанъ.

104. Fr. Leusden.—Ueber die serotinalen Riesenzellen und ihre Beziehungen zur Regeneration der epithelialen Elemente des Uterus an der Placentarstelle.—(Zeitschr. g. Geb. и Gyn. Bg. XXXVI Hft. 1).—О гигантскихъ клеткахъ *serotinae* и объ отношеніи ихъ къ ренегерациі эпителиальныхъ элементовъ на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты.

Не разрѣшая спора о происхожденіи элементовъ *syncytium'a* и лишь вскользь упомянувъ о томъ, что нѣкоторыя микроскопическія картины дѣлають ученіе о превращеніи эпителія въ много-ядерныя синциціальныя массы весьма правдоподобнымъ, авторъ по побужденію своего учителя, *Marchand'a*, касается лишь вопроса о дальнѣйшей судьбѣ этихъ синциціальныхъ гигантскихъ клѣтокъ. *Friedlaender* и *Leopold* утверждали, какъ извѣстно, что эти клѣтки, проникая къ концу беременности въ просвѣтъ сосудовъ образуютъ тромбы, которые, по мнѣнію *Leopold'a* можетъ быть имѣють какое либо вліяніе на возникновеніе родового акта. Но *Marchand'u* не удавалось наблюдать этого процесса, почему онъ, исходя изъ того положенія, что клѣтки эти не безцѣльны, поручилъ автору подробнѣе изслѣдовать, не играютъ-ли они какой либо роли въ дѣлѣ возстановленія эпителія въ послѣродовомъ періодѣ. На основаніи изслѣдованія 37 препаратовъ послѣродовыхъ матокъ, *L.* отвѣчаетъ на поставленный ему вопросъ въ утвердительномъ смыслѣ. Ему именно удалось доказать, что разбираемые элементы въ первые дни послѣродового періода претерпѣвають такія измѣненія (сильное размноженіе, вертикальное направленіе къ поверхности, выпрямленіе протоплазмы, соединенное съ расположеніемъ ядеръ въ рядъ), которыя заставляютъ предполагать, что изъ нихъ именно образуются эпителиальные элементы желѣзъ. Признавая такимъ образомъ за синциціальными элементами, въ особенности за тѣми изъ нихъ, которые проникають въ самую мускулатуру, значеніе запаснаго матеріала, который идетъ на возстановленіе эпителія, авторъ однако не отрицаетъ совершенно роли остающихся желѣзъ, которыя только, по его мнѣнію, находятся въ слишкомъ скудномъ количествѣ, чтобы при ихъ помощи могъ быть пополненъ весь дефицитъ.

С. Ю. Хазанъ.

6) Французской.

105. **Roger.—Sérum antistreptococcique.**—(La semaine méd., 1895, № 17).—**Антистрептококковая сыворотка.**

Авторъ сообщаетъ 3 случая примѣненія антистрептококковой сыворотки: у одного 3-хъ-мѣсячнаго ребенка, страдавшаго рожей, у женщины съ пораженіемъ зѣва (ang. pseudomembran. streptococc.) и у родильницы съ пuerперальной инфекціей. Это у него уже второй случай излѣченія. 19-го февраля у больной замѣчено повышение t^0 , 22-го было 39^0 , 23-го— $38,4^0$; ложи—съ запахомъ. Было вприснуто подъ кожу (20 к. с.) сыворотки; 24-го утромъ больная уже чувствовала себя лучше, 25-го послѣ двухъ новыхъ инъекцій (по 20 к. с.) t^0 понизилась, ложи—безъ запаха, общее самочувствіе удовлетворительно. Авторъ съ одной стороны отмѣчаетъ, что у ребенка—не смотря на то, что у новорожденныхъ рожа обыкновенно смертельна по своему исходу—сыворотка оказала свое пѣлебное дѣйствіе; у женщины съ пораженіемъ зѣва отъ сыворотки t^0 понизилась, а отъ хинина нѣтъ, и у женщины съ пuerперальной инфекціей наступило исцѣленіе;—но съ другой стороны онъ все-таки воздерживается отъ окончательнаго вывода.

В. В—ръ.

106. **Richet et Héricourt.—Traitement et guérison de deux cas de cancer par la sérothérapie.**—(La semaine méd., 1895, № 25).—**Лѣченіе 2-хъ случаевъ рака сывороткой. Выздоровленіе.**

Въ прошломъ году на страницахъ Dtsche med. Wochenschr. велся горячій споръ о лѣченіи раковыхъ новообразованій рожистой сывороткой между такими профессорами, какъ *Bruns, Emmerich, Petersen* и друг.; какъ извѣстно, случайная или искусственно привитая erysipelas имѣетъ благопріятное дѣйствіе на теченіе cancer. Приведенные авторы, *R.* и *H.*, поступали нѣсколько иначе; опухоль остеосаркомы они, предварительно измельчивъ и профильтровавъ, вводили въ организмъ осла или собаки, что между прочимъ не сопровождалось никакой реакціей; а на 5, 7 и 15 день бралась кровь этихъ животныхъ и примѣнялась уже у больныхъ. Именно 1-я больная въ 1894 году оперировалась по случаю фибросаркомы матки; въ февралѣ 1895 г. наступилъ рецидивъ опухоли, къ 7-му марта достигнувшей величины апельсина; 12 марта начато лѣченіе означенной сывороткой, вводимой ежедневно въ количествѣ 3 к. с. Такое лѣченіе продолжалось 14 дней, а всего вприснуто сыворотки въ общемъ до 130 к. с.

Дѣйствительно, съ 25 марта опухоль стала все постепенно и стойко уменьшаться и теперь только маскируется затвердѣніемъ; общее состояніе больной тоже улучшилось, и она считаетъ себя поправившейся. Выпрыскиванія сыворотки производились въ окружности опухоли. Второй больной имѣлъ ракъ желудка, діагносцированный въ формѣ опухоли съ апельсинъ in reg. hypogastr. inf.; подъ вліяніемъ той-же сыворотки и эта опухоль уменьшилась, и вѣсъ больного увеличился и т. д.

В. Б—ръ.

107. Nisot.—*Diphtérie vagino-utérine puérperale; sérothérapie; guérison.*—(Bull. de la soc. Belge de gynéc. et d'obst., 1896).—**Дифтеритъ влагалища. Лѣченіе сывороткой. Выздоровленіе.**

Авторъ сообщилъ случай, гдѣ у втородящей, 22 лѣтъ, на 3-й день послѣ родовъ t^0 поднялась до $39,5^0$. При внутреннемъ изслѣдованіи обнаружены во влагалищѣ налеты и сѣроватыя пленки, послѣ сдиранія которыхъ оставалась кровоточащая поверхность; подъ микроскопомъ въ этихъ пленкахъ открыты палочки *Löffler'a*. Въ виду этого авторъ сдѣлалъ на 5-й день впрыскиваніе (50 к. с.) противодифтерійной сыворотки; t^0 упала до $37,0^0$, и послѣ повторнаго впрыскиванія той-же сыворотки (по 30 к. с.) на 6, 7 и 8 день налеты стали счищаться, пленки отдѣляться, и больная выздоровѣла.

В. Б—ръ.

108. Josué и Hermany.—*Un cas de septicémie puérperale traité par le sérum antistréptococcique.*—(La semaine méd., 1895 № 24).—**Случай гнилокровія, излѣченный антистрептококковой сывороткой.**

Роженица, заразившаяся пуэрперальной инфекціей, на 5 день послѣ родовъ получила подкожно (sub cutim) утромъ 30 к. с. противодѣпочечной сыворотки *Roger'a* и *Charrin'a*, а вечеромъ еще 20 к. с.; на слѣдующій день утромъ 20 к. с.,—вечеромъ 15 к. с.; при дальнѣйшемъ примѣненіи такихъ инъекцій наступило улучшение общаго состоянія и мѣстныхъ явленій; и на 11 день больная уже могла оставить постель.

В. Б—ръ.

в) Англійской.

109. I. Dr. Leith (Edinburgh).—A Case of Carcinoma of the Uterus Complicated by Pregnancy.—Lancet, 1896, April 4, p. 922.

II. Dr. W. H. Baker.—Cancer of the Cervix, complicated with Pregnancy.—(Boston med. and surg. Journ., 1896, III; American Journ. of obstetrics, 1896, May, p. 760).—Ракъ шейки осложненный беременностью.

III. Dr. Cordier.—Cancer of the Uterus, complicated with Pregnancy; Indication for operation.—(New-York med. Journ., 1896, April 18, p. 522).—Ракъ матки у беременной; показаніе къ операціи.

I. 29—лѣтняя, рожавшая 2 раза; изъ семьи, въ которой, ни рака, ни туберкулёза не было. Первые роды 1½ года назадъ мертво-рожденнымъ ребенкомъ, при родахъ произошелъ разрывъ шейки, но зашитъ. Иногда у ней являлись боли и крови; но не смотря на это наступила 2-я беременность; вторые роды длились 5 дней, ребенокъ мертвый. Изслѣдованіе черезъ 5 мѣсяцевъ послѣ родовъ обнаружило раковое пораженіе шейки, хотя до операціи dr. *Leith* колебался въ діагнозѣ: быстрое истощеніе, боли, твердость и неподвижность шейки говорили за ракъ; но молодой возрастъ, отсутствіе кровотеченій, сочувственныхъ страданій мочевого пузыря и прямой кишки говорили противъ злокачественности болѣзни. Операція произведена д-ромъ *Ramsey Smith* омъ, въ его лѣчебницѣ. Подкожное впръскиваніе морфія и хлороформованіе, выскабливаніе больной ткани ногтями и ложечкой, удалено $\frac{4}{5}$ всей ткани матки. Кровотеченіе было обильное, смазываніе полости матки карболовымъ растворомъ и тампонада іодоформенной марлей. Выздоровленіе.—Авторъ говоритъ, что ракъ начался у этой больной послѣ первыхъ родовъ, на почвѣ разорванной шейки.

II. Въ случаѣ *Baker* произведена hysterectomy на 4-мъ мѣсяцѣ беременности. Объ исходѣ ничего не сказано.

III. Въ случаѣ д-ра *Cordier* произведено на 3-мъ мѣсяцѣ беременности вырѣзаніе всей матки, окончившееся выздоровленіемъ.

По этому поводу *Cordier* собралъ изъ американской литературы свѣдѣнія о 27 такихъ случаяхъ. Изъ 27 беременных съ пораженіемъ шейки ракомъ, упоминаемыхъ *Wan der Veer* омъ (Albany) 5 умерли во время родовъ не разрѣшившись, а 9—умерли въ послѣродовомъ періодѣ. Другой авторъ собралъ свѣденія о 34 случаяхъ рака у беременных съ 52% смертности.

Авторъ приводитъ нѣсколько тезисовъ о необходимости ранняго діагноза и вырѣзанія раково-перерожденной шейки, изъ которыхъ привожу 5-й: опытный хирургъ въправѣ произвести операцію даже въ сомнительномъ случаѣ. По поводу сообщенія *Cordier*, сдѣланномъ на годичномъ съѣздѣ врачей въ Чикаго въ апрѣлѣ 1896 г., *Dr. Kyau* разсказалъ про одинъ случай рака шейки у беременной на 4-мъ мѣсяцѣ, въ которомъ произведена была ампутація одной шейки, безъ перерыва беременности; разрѣшеніе наступило въ срокъ и прошло благополучно.

Byron Robinson (Chicago) и *Dunning* (Indianapolis) указали, что микроскопомъ не всегда можно опредѣлить свойство новообразованія и что вырѣзаніе одной шейки, въ виду частыхъ рецидивовъ рака въ рубцѣ, не гарантируетъ выздоровленія, а потому *hysterectomy* болѣе полезна, чѣмъ ампутація шейки.

(Припомню здѣсь недавнее сообщеніе проф. *Olshausen*'а о полученныхъ имъ блестящихъ результатахъ въ оперативномъ леченіи рака матки: *Über d. Principien der Vaginalen Extirpation des Carcinomatösen Uterus. Therapeutische Wochenschrift* w. Dr. *Schnirer*, 1896 г., № 24).

М. Гинзбургъ.

110. I. *Dr. G. H. Freeman. Subcutaneous Emphysema, occurring during Labour.*—(*Lancet*, 1896, March 14, p. 705).—Подкожная эмфизема, развившаяся во время родовъ.

II. *Dr. Macè. Idem.*—(*The American Journ. of obstetrics etc*, 1896, May, p. 763).—О томъ же.

I. *Dr. Fr.* былъ приглашенъ къ 1 роженицѣ въ 6 ч. утра 1 декабря 1895 г. Въ періодѣ раскрытія схватки были очень сильны, роженица сильно натуживалась, задерживая дыханіе. За часъ до рожденія ребенка лицо роженицы распухло, стало напряженнымъ; но она прикрывшись платкомъ, лежала покойно и *d-r Fr.* не обратилъ на сказанное явленіе должнаго вниманія. По окончаніи родовъ *Fr* увидѣлъ, что лицо родильницы, ея шея, плечи и грудь до 3-го ребра были сильно распухшими, при давленіи получался трескъ воздушныхъ пузырьковъ, словомъ, у ней была подкожная эмфизема, родильница жаловалась на трудность дыханія и чувство сжатія въ горлѣ. Въ моментъ выходения послѣда родильница понатужилась и вздутіе лица усилилось до тяжелой степени. Давленіе на шею облегчало больную; по выходеніи послѣда, эмфизема начала уменьшаться и къ ночи прошла, а на другое утро не осталось и слѣдовъ ея.

II. Въ случаѣ *Masé* (сообщ. въ Париж. акуш. обществѣ въ январѣ 1896 г.) эмфизема произошла часа за два до родовъ: роженица вдругъ почувствовала сильную боль въ грудной желѣзѣ и вслѣдъ за тѣмъ шея и щеки надулись, движеніе вѣками стало затруднительно. *Masé* быстро окончилъ роды щипцами ради не допущенія дальнѣйшаго развитія болѣзни. Эмфизема исчезла медленно, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ, а именно въ 2 недѣли.

М. Гинзбургъ.

111. 1) Prof Baldy.—A Case of puerperal Thrombosis; Hysterectomy, Recovery.—(The Americ. Journ. of obstetrics ect., may 1896, p. 673).—Послѣродовый тромбозъ; изсѣченіе матки съ выздоровленіемъ

2) Prof Pernose.—Report of a Case of Hysterectomy for acute Puerperal Sepsis, With Recovery.—(Ibidem, p. 678).—Гистеректомія при остромъ послѣродовомъ септическомъ заболѣваніи выздоровленіе.

3) Hirst, Montgomery, Noble.—Въ Transaction of the Section on gynecologie, College of phisicians of Philadelphia.—О томъ же.—(Ibidem, p. 710—719).

Въ декабрѣ 1894 г. проф. *Baldy* сообщилъ филадельфійскому Медицинскому Обществу о 5-и случаяхъ названной операціи, произведенной имъ и разными другими членами общества; въ маѣ 1895 г. число этихъ операцій возросло до 19-и съ семью выздоровленіями. В ссылается на проф. *Lusk'a*, который называетъ эту операцію такою, которой предстоитъ *будущность*, считая ее особенно полезною при раннихъ діагнозѣ и производствѣ ея. *Baldy* приводитъ новый случай ея, вотъ подробности его.

Г-жа G., родила 2 ребенка 19 декабря 1895 года, роды шли медленно, окончены щипцами (домашнимъ врачомъ семейства G.). По причинѣ долгой задержки послѣда и огромной кровопотери, до обмороковъ, ручное отдѣленіе плаценты по кускамъ, вслѣдствіе приращенія ея, 21 декабря жаръ, промывка матки; слѣдующіе дни тоже, т. е. ежедневно лихорадка, промывка матки, 7 января приглашеніе проф. *Baldy* на консультацію. Онъ выскоблилъ матку и основательно промылъ ее. Жаръ не прекратился, почему домашній врачъ еще разъ поскоблилъ матку и промылъ; а когда это не помогло, онъ отправилъ больную въ клинику *Baldy* 10 января. Тамъ B. произвелъ изсѣченіе матки; до операціи температура 102°, т. е. 38,8° C., матка была мягка, Фаллопьевы трубы и яичники—здоровы; ампутація шейки произведена низко съ вырѣза-

ніемъ ея; слизистой и мышечнаго слоя, имѣвшихъ грязный цвѣтъ; широкія связки отрѣзаны ближе къ тазу. 11/x температура 37,8, но въ слѣдующіе дни потрясающіе ознобы, жаръ до 41° С. Огромныя дозы хинина, по 40 гранъ, послѣ по 30 гранъ, стрихнина по $\frac{3}{10}$ грана на день, много крѣпкой водки (6—12 унцъ на день) поддержали больную. Развившаяся phlegmasia alba dolens правой ноги дала новое ухудшеніе, но въ концѣ все прошло и больная выздоровѣла.

На разрѣзахъ сосудовъ матки они были выполнены свертками, длиною въ 1 до 2-хъ дюймовъ. Бактерій въ нихъ не найдено.

В. напоминаетъ случай *Orth'a*, гдѣ только на немногихъ изъ срѣзовъ слизистой оболочки найдены стрептококки; въ стуткахъ ихъ тоже не нашли. Это по мнѣнію *Baldy*, подтверждаетъ, что вначалѣ процессъ бываетъ мѣстнымъ и что *раннимъ діагнозомъ и раннею операціей можно спасти родильницу*.

Проф. *Pernose* произвелъ операцію appendicit'a у беременной на 3-мъ мѣсяцѣ; причиною оказалось—прободеніе кишки; выздоровленіе шло недурно, хотя температура колебалась до 38,3°, пульсъ до 106.

На 19-й день послѣ операціи у больной произошелъ выкидышъ, Dr. *Bloom* извлекалъ послѣдъ пальцами. На 3-й день жаръ до 40,2° С. При изслѣдованіи родильницы *Pernos'*омъ, онъ нашелъ въ маткѣ части приросшаго послѣда, которая ему не удалось извлечь ни пальцемъ, ни послѣдовыми щипцами (placental forceps), промывка матки растворомъ сулемы (1:4000) 2 раза въ день. На 5 день потрясающій ознобъ, жаръ: 40,6° С. Проф. *Baldy* сдѣлалъ тотчасъ, при помощи одной сидѣлки, изсѣченіе матки. Кишки оказались слипшимися свѣжимъ выпотомъ, сзади матки гнойникъ въ 3 унца емкости съ разложившимся содержимымъ, инкапсулированный между маткой, сальникомъ и кишками; Фаллопьевы трубы и яичники были склеены въ одну массу, до невозможности отличить ихъ. Проф. В. вырѣзалъ матку, ткань которой была такъ мягка, что легко рѣзалась ножницами. Дренажъ сверху черезъ брюшную рану и книзу, черезъ влагалище. Выздоровленіе гладкое.

Осмотръ вырѣзанной матки: она увеличена, ткань мягка: cellulitis periuterina, на внутренней поверхности матки частицы послѣда, приросшія такъ плотно, что ихъ нельзя было отдѣлить пальцемъ безъ отрыва мышечной ткани, въ лѣвомъ рогѣ матки на пространствѣ 4—5 сантим., пленка,—слѣдъ бывшаго нарыва. Ткань матки инфильтрована клѣтками; въ отдѣляемомъ ея мно-

жество стафилококковъ и немного стрептококковъ, которые были и во всѣхъ другихъ слояхъ матки. Проф. *Pernose* не рѣшаетъ вопроса, произошло ли здѣсь зараженіе со стороны нарыва червеобразнаго отростка или заносомъ извнѣ, при отдѣленіи послѣда.

Авторъ оперировалъ вечеромъ; онъ говоритъ, что еслибы онъ отложилъ операцію на утро, больная бы погибла, ибо въ моментъ до операціи она была очень слаба, пульсъ доходилъ до 150, при 40,6° С.

Dr. *Hirst* произвелъ 11 гистеректомій ради септическихъ пuerпальныхъ заболѣваній съ 4 выздоровленіями. Въ случаѣ *Pernosé* было показаніе къ операціи, а въ случаѣ *Baldy*.—можно было обойтись и безъ нея. Изъ 25 случаевъ послѣродовыхъ тромбозовъ и флегмазій, извѣстныхъ *Hirst's*у, 24 выздоровѣли безъ операцій. Отсутствие бактерій въ тромбахъ подтверждаетъ не заразное происхожденіе ихъ, повторныхъ ознобовъ нечего бояться. Онъ наблюдалъ ихъ съ жаромъ въ 106° (t° = 41,1° С.), и женщины выздоровѣли.

Montgomery разсказалъ, что въ одномъ тяжеломъ случаѣ послѣродоваго зараженія съ повторною рожею онъ примѣнилъ antitoxin (вѣроятно стрептококковый). Больная выздоровѣла, хотя *M.*, не увѣренъ, что выздоровленіе наступило только благодаря антитоксину, примѣненному очень поздно.

Noble считаетъ нужнымъ отличать ранніе отъ позднихъ пuerпальныхъ заболѣваній, въ послѣднихъ онъ не дѣлаетъ гистеректоміи, а только вскрываетъ гнойники и дренируетъ ихъ; всѣ 6 его случаевъ выздоровѣли. Въ одномъ раннемъ случаѣ съ явлениями непроходимости кишекъ, онъ вскрылъ животъ и, найдя общій перитонитъ, отказался отъ гистеректоміи. Больная скоро умерла.

М. Гинзбургъ.

г) Итальянской.

112. Dr. I. Clivio.—Contributo al trattamento retroperitoneale del peduncolo e all'uso del laccio elastico nelle miomiotomie.—(Annali di Ostetricia e Ginecologia 1896 г. № 11.)—О ретроперитонеальномъ уходѣ за ножкой и объ употребленіи эластической перетяжки при миоміотоміяхъ.

Приведа вкратцѣ исторіи болѣзни 44 миомотомированныхъ по методу введенному проф. *Suzzi* съ 1890 года, *A.* указываетъ на значительное упрощеніе, достигаемое при примѣненіи этого метода. Операція производится такъ: дѣлается соотвѣтственной величины

разрѣзъ живота и брюшины; *матка* освобождается отъ сросеній и въ надвлагалищной своей части перетягивается хорошо продезинфицированнымъ тонкимъ Нелатоновскимъ катетеромъ, концы котораго складываются крестообразно и сшиваются шелкомъ; матка ампутируется на смтр. выше мѣста перетяжки; *культя* закрывается только окружающей ее брюшиной и наконецъ послѣ туалета зашивается рана живота. А. вполне согласенъ съ проф. *Suzzi*, что эластическая лигатура подобно шелковой м. б. хорошо обеззаражена и легко инкапсулируется въ брюшной полости и что этотъ методъ имѣетъ большія преимущества передъ другими, какъ по скорости выполненія и полному обезпеченію отъ послѣдовательныхъ кровотеченій, такъ и въ силу того, что при эластическомъ стягиваніи каналъ шейки сильно суживается становясь не проходимымъ для гнѣздящихся ниже микробовъ, а ткани на мѣстѣ перетяжки дѣлаются не годными для культуры микроорганизмовъ.

Занявшись далѣе вопросомъ, какому способу отдается въ настоящее время предпочтеніе: надвлагалищной ли ампутаціи, или полной абдоминальной гистеректоміи, А. находитъ, что выборъ операціи зависитъ отъ условій того или другого клиническаго случая и самого оператора. Справедливость этого мнѣнія доказывается: 1) тѣмъ, что опасности, приписываемыя оставляемой культѣ преувеличены и не находятъ себѣ подтвержденія при безпристрастномъ ознакомленіи съ фактами; 2) что сохраненіе *portionis vaginalis*, составляющей часть тазоваго купола, не можетъ считаться бесполезнымъ (*Baer*) и 3) что тотальная абдоминальная гистеректомія технически гораздо труднѣе.

Просмотрѣвъ затѣмъ исторически постепенныя улучшенія въ производствѣ міотомій, подчеркнувъ попутно преимущества и недостатки того или другого улучшенія и приведа наконецъ результаты своихъ опытовъ примѣненія трактуемаго метода надъ животными и патолого-анатомическія данныя, полученныя при вскрытіяхъ какъ оперированныхъ женщинъ такъ и животныхъ, А. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Сохраненіе ножки при лапароміотоміяхъ не ведетъ ни къ какимъ случайностямъ или опасностямъ.

2) Между разными методами ухода за ножкой—ретроперитонеальный имѣетъ преимущества по своей простотѣ и полной безопасности.

3) Будучи технически значительно легче, методъ этотъ особенно при примѣненіи эластической перетяжки вмѣсто шва,

является болѣе пригоднымъ въ гинекологической практикѣ, чѣмъ тотальная абдоминальная гистеректомія.

4) Эластическая перетяжка по указанному способу, сокращая время операціи, вмѣстѣ съ тѣмъ обезпечиваетъ какъ отъ непосредственныхъ или послѣдовательныхъ кровотеченій, такъ и отъ другихъ какихъ либо непріятныхъ случайностей.

Финтиктиковъ.

113. Prof. L. M. Bossi.—Sulla degenerazione grassa dell'utero durante la gravidanza.—(Annali di Ostetricia e Ginecologia 96, № 12).—**О жировомъ перерожденіи матки въ теченіе беременности.**

Извѣстно, что послѣ родовъ мускульныя волокна матки подвергаются жировому перерожденію, но ни кѣмъ еще не было замѣчено, что этотъ процессъ начинается уже во время или по крайней мѣрѣ въ послѣдніе мѣсяцы беременности. Поэтому не лишены интереса наблюденія А. надъ тремя беременными человѣческими матками (одной въ восьмомъ мѣсяцѣ и двумя въ концѣ беременности), двумя собачьими (въ концѣ беременности) и двумя кроличьими (въ срединѣ беременности). Результаты своихъ гистологическихъ изслѣдованій А. слѣдующимъ образомъ резюмируетъ:

1) Въ трехъ маткахъ, извлеченныхъ у беременныхъ женщинъ, ясно констатировалось жировое перерожденіе.

2) Жировое перерожденіе матки въ послѣдній или послѣдніе два мѣсяца беременности можетъ считаться простымъ физиологическимъ процессомъ.

3) Необычайная быстрота обратнаго развитія пуэрперальной матки, тотъ фактъ, что въ пятнадцать—двадцать дней послѣ родовъ матка доходитъ почти до нормальнаго объема и вѣса, становится менѣе необъяснимымъ и удивительнымъ,—разъ извѣстно, что еще задолго до родовъ въ маткѣ начинается дегенеративный процессъ, облегчающій ея обратное развитіе

4) Явленіе это должно несомнѣнно вызвать цѣлый рядъ вопросовъ: когда именно начинается этотъ процессъ и какимъ образомъ? Оказываютъ ли вліяніе предшествовавшія забеременѣванія на дегенерацію маточныхъ волоконъ? Нельзя ли объяснить, частые случаи вялости матки при родахъ сильно уже выраженнымъ перерожденіемъ мускулатуры этого органа?

5) Въ виду рѣдкости случаевъ удаленія беременной матки А. сдѣланы нѣкоторые опыты надъ животными, подтвердившіе наблюденія надъ людьми (у собакъ найдено жировое перерожд-

деніе, а у кроликовъ нѣтъ). Хотя опыты еще не закончены, но А. считалъ нужнымъ ихъ сообщить, въ виду того интереса, который они представляютъ для фізіологіи беременности.

Финтиктиковъ.

114. L. Herlitska.—Contributo allo studio dell'innervazione uterina.—(La Settimana medica 1896, № 49).—**Къ ученію о маточной иннерваціи.**

На основаніи изслѣдованій, произведенныхъ надъ матками людей, собакъ, кошекъ и кроликовъ, А. приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Въ маточной ткани имѣются: 1) сѣтъ изъ клѣтокъ съ отростками, продолженія которыхъ образуютъ пышные анастомозы. Сѣтъ эта находится въ связи съ толстыми пучками, составленными изъ блѣдныхъ Ремаковскихъ волоконъ и происходитъ вѣроятно изъ n. sympaticus. 2) Нѣкоторыя міелиновыя волокна, имѣющія характеръ спинно-мозговыхъ, оканчивающіяся древовидными развѣтвленіями характернаго вида и распределяющіяся въ видѣ широкихъ поясовъ въ маточной паренхимѣ, не соединяясь однако ни съ элементами упомянутой сѣти, ни съ мускульными волокнами.—Въ виду того, что фізіологическіе опыты указываютъ на присутствіе въ маткѣ гангліозныхъ клѣтокъ, А. признаетъ возможность ихъ существованія, хотя и не встрѣчалъ таковыхъ при своихъ изслѣдованіяхъ.

Финтиктиковъ.

115. T. Costa.—Di una nuova particolarita nella tecnica dell'anestesia locale cocainica.—(Comunicazione al 2º Congresso medico Regionale Ligure in S. Remo, Aprile 96).—**О новой особенности въ технику мѣстнаго анестезированія кокаиномъ.**

На основаніи многочисленныхъ опытовъ А. удалось доказать, что при вспыскиваніи растворовъ кокаина, нагрѣтыхъ до tº 50—55ºС., получаютъ слѣдующія преимущества:

1) Анестезія получается даже отъ весьма слабыхъ растворовъ кокаина (0,5—0,4%).

2) Анестезія обнаруживается непосредственно послѣ инъекціи.

3) Отъ равнаго количества инициированнаго раствора анестезируется вдвое большій районъ ткани.

4) Доза вспыскиваемого этимъ способомъ кокаина понижается болѣе, чѣмъ на половину и слѣдовательно значительно уменьшается возможность отравленія кокаиномъ. Такимъ обра-

зомъ А. удалось устранить тѣ два неудобства, которыя получались при обычной анестезіи кокаиномъ. именно: необходимость примѣненія относительно большихъ дозъ и потерю времени до проявленія впрыснутымъ кокаиномъ эффекта. А. демонстрировалъ также аппаратъ, придуманный имъ для подобнаго рода впрыскиваній и выражаетъ надежду, что, при такой модификаціи, инъекціи кокаина должны получить болѣе широкое распространеніе не только въ хирургіи, но и въ гинекологіи.

Финтиктиковъ.

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ
ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

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



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

Щетки головныя и зубныя. Гребни гуттаперчевые роговые. Принадлежности для массажа.

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается бесплатно.

4—(12)

КЕММЕРНСКІЯ

СѢРНЫЯ ВСДЫ 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 цѣльныя 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.

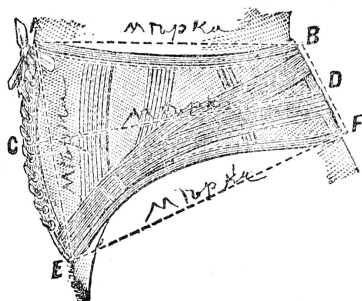
Съ моремъ делижансовое сообщеніе съ платою по 20 копѣекъ туда и обратно.

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. 2—(3)

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

29. Гороховая, у Каменного моста. 29.

Спеціальное производство всевозможныхъ бандажей, набрюшниковъ, суспензорій и разныхъ другихъ повязокъ, согласно новѣйшимъ усовершенствованіямъ.

== **КАБИНЕТЪ для наложенія бандажей** ==

почтовые заказы исполняются аккуратно и точно, согласно предписанію гг. врачей.

29. Гороховая улица, у Каменного моста. 29.

4—(12)

Общество борьбы съ заразными болѣзнями учрежденное Ея Императорскимъ Высочествомъ Принцессою Евгеніею Максимиліановною Ольденбургскою. Продолжающееся непрерывно и доходящее по временамъ до опустошительныхъ эпидемій, проявленіе остро-заразныхъ болѣзней, какъ дифтерія и тифъ, а также постоянно увеличивающееся число одержимыхъ хроническими, передаваемыми отъ одного къ другому, болѣзнями, какъ бугорчатка и сифились, наводятъ на мысль, что для возможнаго противоудѣйствія этому злу недостаточно общихъ, примѣняемыхъ у насъ земствомъ, городами и администраціей мѣропріятій, но необходимо соудѣйствіе всѣхъ просвѣщенныхъ лицъ, которымъ дороги интересы нашего отечества, столь несомнѣнно нуждающагося въ широкомъ поднятій его санитарнаго благосостоянія.

Въ виду сказаннаго, Ея Императорское Высочество Принцесса Евгенія Максимиліановна Ольденбургская положила начало организаціи особаго общества для борьбы съ заразными болѣзнями, уставъ котораго, составленный подъ руководствомъ Ея Императорскаго Высочества утвержденъ 5 Іюня 1896 года.

Общество состоитъ изъ: а) членовъ почетныхъ оказавшихъ особые услуги въ достиженіи преслѣдуемыхъ обществомъ цѣлей, б) членовъ учредителей, подписавшихъ протоколъ объ учрежденіи общества и присоединившихъ свои подписи на протоколъ, до открытія дѣйствія Общества, в) членовъ-соревнователей, вносящихъ въ кассу Общества не менѣе 100 руб. единовременно или 5 руб. ежегодно и г) членовъ сотрудниковъ, личнымъ трудомъ принимающихъ участіе въ дѣятельности Общества.

Овъявленія.

Не могутъ быть членами Общества: лица несовершеннолѣтнія, за исключеніемъ имѣющихъ классныя чины, состоящія на дѣйствительной военной службѣ нижніе чины, учащіеся въ учебныхъ заведеніяхъ и подвергшіеся ограниченію правъ по суду.

Лица, желающія быть избранными въ члены сореvнователи или члены сотрудники Общества, приглашаются заявлять о своемъ желаніи членамъ учредителямъ, которые снабжены квитанціонными книжками для пріема взносовъ.

Заявленія и взносы могутъ быть направляемы также въ Контору Двора Его Высочества Принца Александра Петровича и Супруги Его Ея Императорскаго Высочества Принцессы Евгеніи Максимиліановны Ольденбургскихъ: С.-Петербургъ. — Марсово поле, дворецъ Ихъ Высочествъ.