

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

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

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

И

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

ТОМЪ XI.

Май 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

1897.

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

МАЙ 1897, № 5.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Къ ученію о задержаніи и приращеніи послѣда ¹⁾).

В. Н. Массена.

(Съ таблицами рисунковъ).

Роды представляютъ собою чистый фізіологическій актъ, который природа въ громадномъ большинствѣ случаевъ доводитъ до конца своими собственными силами. Роль акушера должна заключаться лишь въ наблюденіи за мудрыми дѣйствіями природы, да изрѣдка въ пособіи ей въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды принимаютъ неестественное теченіе, угрожающее жизни матери или плода. Помощь наша, направленная къ сохраненію этихъ обѣихъ жизней, должна быть строго обоснованной, глубоко обдуманной, рѣшительной и быстрой. Кажется нигдѣ такъ не умѣстно классическое наставленіе: «*priusquam incipias consulto et ubi consulueris,—maturo facto opus est*».

Къ сожалѣнію, въ области практическаго акушерства существуетъ еще большой просторъ для субъективности и какъ часто мы видимъ что *quod capita-tot sensus*! Всякій, конечно, имѣетъ возможность тѣмъ или инымъ путемъ «кончить роды». Но уловить время, когда наступаетъ необходимость этого

¹⁾ Докладъ Акушерско-Гинекологическому Обществу въ Спб., въ апрѣлѣ 1896 года, дополненный новѣйшими данными.

искусственного окончанія, дается далеко не каждому. Для этого потребно долготѣе, усердное наблюдение за естественной родоразрѣшительной работой природы и уклоненіями въ этой работѣ. Такое положеніе дѣла ведетъ къ тому, что до сихъ поръ среди акушеровъ царствуетъ, если можно такъ выразиться, большой произволъ въ смыслѣ установки показаній къ примѣненію той или иной изъ акушерскихъ операций, того или иного акушерскаго руководѣствія. Возьмемъ для примѣра одну изъ самыхъ частыхъ акушерскихъ операций: applicatio forcipis. Мы видимъ, что въ то время какъ по статистикѣ *Braun'a* въ вѣнской клиникѣ проф. *Braun'a* въ Allgemeines Krankenhaus въ 1894 году на 3088 родовъ щипцы были наложены 104 раза (что составляетъ 3,36⁰/о), въ томъ же самомъ зданіи Allgemeines Krankenhaus въ сосѣдней клиникѣ *Schauta* на 12525 родовъ было наложено 274 типическихъ и 32 атипическихъ щипцовъ, что даетъ всего 2,44⁰/о (2,18⁰/о для типическихъ и 0,25⁰/о для атипическихъ щипцовъ). Беря русскіе статистическія данныя мы видимъ почти тоже самое. Количество родовъ оконченныхъ щипцами существенно различно въ различныхъ учрежденіяхъ. Возьмемъ на выдержку нѣсколько цифръ.

Клиника проф. *Славянского*.

а) 1877—1884 (<i>Алафоновъ</i>)	1,6 ⁰ /о
б) 1884—1891 (<i>Ворфъ</i>)	2,8 ⁰ /о
в) 1891—1893 (<i>Пузи</i>).	2,5 ⁰ /о

Клиника проф. *Лебедева*.

а) 1874—188 ⁵ / ₆ (<i>Парышевъ</i>)	4,9 ⁰ /о и 3,5 ⁰ /о (для 188 ⁴ / ₅ —188 ⁵ / ₆)
б) 1886—1892 (<i>Знаменскій</i>)	3,1 ⁰ /о

Маринскій Род. Домъ въ С.-Петербургѣ.

а) 1870—1881 (<i>Шмидтъ</i>)	3,9 ⁰ /о
б) 1881—1891 (<i>Онъ же</i>)	3,8 ⁰ /о

Клиника проф. *Феноменова* въ Казани.

а) 1876 по 1887 (<i>Столытинскій</i>).	3,1 ⁰ /о
б) 1887 по 1893 (<i>Вознесенскій</i>)	8 ⁰ /о

Лихачевское Отдѣленіе Казанской Зем. больн. (*Львовъ*):

а) 1891—92	3,2 ⁰ / ₀
б) 1892—93	3,57 ⁰ / ₀
в) 1893—94	4,5
г) 1894—95	4,3 ⁰ / ₀
д) 1895—96	2,8 ⁰ / ₀

Клиника проф. *Рейна* въ Кіевѣ:

1893—1894 (*Абуладзе*) 3,3⁰/₀

Надеждинское Родовсп. Заведеніе (Спб.).

1886 по 1892 3,02⁰/₀

Московское Родовсп. Заведеніе.

1886 — 1892 г.	2,07 ⁰ / ₀	(1893 щипцовъ на 91369 родовъ)
1886 по 1892 г.	2,5 ⁰ / ₀	(842 „ на 32753 родовъ)

Гаваньскій Род. Пріютъ.

14 ноября 1889 по 18 апр. 1896 2,4⁰/₀

Итакъ мы видимъ, что въ то время какъ въ одной русской клиникѣ (*Славянскаго*) ⁰/₀ наложенія щипцовъ колеблется 1,6⁰/₀ до 2,8⁰/₀, въ сосѣдней (*Лебедева*) онъ достигаетъ почти 5⁰/₀ (4,9⁰/₀); далѣе, въ то время, какъ въ клиникѣ проф. *Феноменова* (по послѣднему отчету съ 1887 по 1893 г.) щипцы накладываются въ 8⁰/₀, въ той же Казани, въ земскомъ родильномъ домѣ они за послѣдній отчетный годъ (1895—1896) накладываются всего въ 2,8⁰/₀. Количества случаевъ примѣненій щипцовъ въ двухъ большихъ родильныхъ домахъ (Надеждинскомъ и Московскомъ) значительно разнятся между собою (3,02⁰/₀ и 2,5⁰/₀). Въ Гаваньскомъ пріютѣ примѣняются всего въ 2,4⁰/₀ всѣхъ случаевъ, а въ сходномъ съ нимъ по дѣятельности Маріинскомъ родильномъ домѣ въ 3,9—3,8⁰/₀. Если даже мы отнесемъ извѣстную часть случаевъ накладыванія щипцовъ на такъ называемые учебные щипцы, (которые, кстати сказать, мы лично считаемъ не совмѣстимыми съ гуманнѣйшими обязанностями врача подающаго акушерскую помощь), то во всякомъ случаѣ это не объяснить намъ въ

достаточной мѣрѣ большихъ колебаній въ количествѣ накладыванія щипцовъ въ различныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ. Не объясняетъ намъ также и существующій у нѣкоторыхъ акушеровъ взглядъ на щипцы, по которому вопреки статистикѣ (напр., *Schauta*) щипцы должны быть признаны инструментомъ безопаснымъ для жизни матери и плода и самая операція не считается кровавой.

Таже разница въ частотѣ примѣненія наблюдается и относительно различныхъ другихъ акушерскихъ операцій. Въ то время, какъ на 113552 родовъ *Михайловъ* опредѣлилъ 0/0 перфорации головки плода въ 0,380/0 или 1 операція встрѣчается на 262 родовъ, въ Гаваньскомъ родильномъ приютѣ эта операція на 4 тысячи родовъ была произведена всего 3 раза, во всѣхъ случаяхъ на мертвомъ плодѣ, что составляетъ, 0,0750/0. Лonosъченіе, встрѣчающее себѣ горячихъ поклонниковъ по преимуществу въ Италіи и Франціи, примѣняется тамъ при относительномъ суженіи таза въ громадномъ числѣ случаевъ; эта же операція или совершенно не производится или лишь въ рѣдкихъ случаяхъ акушерами германскими, а въ особенности русскими, предпочитающими при сказанныхъ суженіяхъ таза менѣе рискованный для жизни матери и плода родоразрѣшающій способъ дѣйствія (кесарское сѣченіе, профилактическій поворотъ, щипцы и пр.).

Если мы теперь оставимъ въ сторонѣ крупныя акушерскія операціи, показанія къ которымъ несомнѣнно долго еще будутъ давать обильную пищу для научныхъ споровъ и вспомнимъ нашу ежедневную акушерскую службу у постели нормальной роженицы и родильницы, то увидимъ, что цѣлый рядъ вопросовъ относительно мѣропріятій нашихъ въ уходѣ за ними, встрѣчаетъ самую разнообразную оцѣнку, толкованіе и разрѣшеніе. Сюда принадлежитъ, напр., вопросъ о мѣрахъ къ наилучшему сохраненію промежности во время родовъ, о способахъ зашиванія свѣжихъ ея разрывовъ равно какъ и несросшихся разрывовъ промежности въ родильномъ періодѣ, о примѣненіи способа выжиманія плода, о веденіи послѣдоваго періода, о значеніи спорыньи въ послѣродовомъ періодѣ, о времени вставанія родильницы съ постели, объ уходѣ за пуповиннымъ остаткомъ, о кормленіи родильницы и пр. и пр.

Въ каждомъ вопросѣ много разногласій, но мнѣ кажется, что однимъ изъ наиболѣе существенныхъ вопросовъ, относящихся, собственно говоря, къ области нормальнаго акушерства, слѣдуетъ считать вопросъ о веденіи послѣдоваго періода, т. е. 3-го срока родовъ.

І. Часть клиническая.

Съ тѣхъ поръ какъ *Credé* въ 1860 году опубликовалъ свой способъ веденія послѣдоваго періода, заключающійся въ насильственномъ изгнаніи послѣда находящагося еще въ полости матки, способъ этотъ былъ всюду введенъ въ практику и получилъ систематическое примѣненіе у постели роженицъ. Этому способу обязана своимъ здоровьемъ, и даже жизнью, ни одна сотня человѣческихъ жизней. Несмотря на появленіе въ практикѣ выжидательнаго способа *Ahlfeld*'а, способъ *Credé* и до сихъ поръ примѣняется во многихъ мѣстахъ, если не при всякихъ родахъ въ своей чистой формѣ, то во всякомъ случаѣ въ видѣ надавливанія на уже сокращенную матку для изгнанія изъ нея послѣда, большею частью уже находящагося ниже кольца сокращенія. Не касаясь въ настоящую минуту въ подробностяхъ сравнительной оцѣнки въ клиническомъ отношеніи обихъ способовъ веденія 3 срока родовъ, т. е. способа *Credé* и способа *Ahlfeld*'а, я позволю себѣ лишь указать на то, что по общимъ отзывамъ при веденіи послѣдоваго періода по *Credé* получается *sub partu* меньше кровопотери, чѣмъ при способѣ *Ahlfeld*'а, но за то большія атоническія кровотеченія при способѣ *Ahlfeld*'а наблюдаются очень рѣдко (*Schauta*). Кромѣ того по послѣднимъ наблюденіямъ одного изъ горячихъ защитниковъ способа *Credé*, *Pelzer*'а, веденіе послѣдоваго періода по *Credé* даетъ на 1,8% болѣе случаевъ задержаній послѣда, чѣмъ способъ *Ahlfeld*'а. Несомнѣнно также, что при неправильномъ веденіи способа *Credé* % задержаній оказывается уже значительно большимъ. И вотъ объ этихъ то послѣдствіяхъ неправильнаго веденія 3-го срока родовъ я и хочу поговорить. Но прежде всего позволю себѣ вкратцѣ напомнить о механикѣ отдѣленія и выдѣленія послѣда.

Согласно съ современными воззрѣніями отдѣленіе *placentae* отъ маточной стѣнки начинается въ то время, когда большая часть туловища плода уходитъ изъ матки, или, по крайней мѣрѣ, изъ дѣятельной ея части. Отдѣленіе *placentae* есть неизбежное послѣдствіе опорожненія матки и связанной съ ней ректракціи мышечной ткани матки вообще и мѣста прикрѣпленія *placentae* въ частности. Благодаря этой ректракціи, дѣтское мѣсто, оставаясь еще нѣкоторое время у стѣнки матки, получаетъ лишь складчатость, а края принимаютъ видъ валиковъ (*Schauta*). Пока плодъ еще находится въ маткѣ и внутри-маточное давленіе въ извѣстной степени уравнивается величину давленія со стороны сокращающейся матки — отдѣленіе послѣда въ истинномъ значеніи этого слова не происходитъ. И лишь вслѣдъ за рожденіемъ плода, при паденіи внутриматочнаго давленія, начинается фактическое отслаиванье дѣтскаго мѣста отъ стѣнокъ матки путемъ позади — послѣдоваго кровотоечения. Я не стану входить въ разборъ вопроса о томъ, какой способъ выдѣленія дѣтскаго мѣста, по *Schultze* ли, или по *Duncan*'у встрѣчается всего чаще. Это завело бы меня въ сторону. Какъ мнѣ кажется, способъ выдѣленія послѣда зависитъ, во первыхъ, отъ того, гдѣ сидитъ послѣдъ, находится ли онъ у дна матки или на одной его стѣнокъ, 2) отъ того, какова плотность оболочекъ, 3) гдѣ произошелъ разрывъ этихъ оболочекъ, 4) отъ положенія тѣла роженицы и 5) отъ самаго положенія матки ¹⁾.

Что же касается теперь до того, когда при нормальныхъ условіяхъ послѣдъ надо считать отдѣлившимся отъ матки, то прежде всего сошлемся на русское изслѣдованіе д-ра *Даниловича*. Д-ръ *Даниловичъ* въ своей диссертациі: «Объ отдѣленіи и выдѣленіи послѣда» говоритъ, что на 52 наблюденныхъ имъ перворождавшихъ, въ 42 случаяхъ, т. е. болѣе чѣмъ въ

¹⁾ *Teuffel* въ своей статьѣ *Duncan oder Schultze* на основаніи 25 случаевъ выжидательнаго веденія послѣдоваго періода говоритъ, что при центральномъ разрывѣ оболочекъ послѣдъ выходитъ по *Schultze*; если же разрывъ произошелъ вблизи края послѣда, то выдѣленіе его происходитъ краемъ. Кромѣ того влияют различныя наружныя и внутреннія моменты, приращеніе дѣтскаго мѣста, короткость пуповины и пр. *Fehling* говоритъ, что по изслѣдованіямъ новѣйшаго времени, произведеннымъ въ Halle (*Ziegler*. Diss. 1895 г.), при немедленномъ отдѣленіи плода послѣдъ выходитъ въ $\frac{4}{5}$ части случаевъ по *Duncan*'у. *Olshausen* тоже считаетъ способъ *Duncan*'а за наиболѣе частый.

80⁰%, а у многоорождающихъ въ 72 случаяхъ изъ 90, т. е. ровно въ 80⁰%, тотчасъ послѣ рожденія плода была найдена въ зѣвѣ часть дѣтскаго мѣста (край его), что говоритъ за то, что въ нормальныхъ случаяхъ съ послѣднею изгоняющею младенца потугой и совпадающимъ съ нею сильнымъ уменьшеніемъ въ объемѣ полости матки обыкновенно происходитъ полное отдѣленіе дѣтскаго мѣста отъ стѣнокъ матки. Еще ранѣе *Даниловича Lemser* (Дисс. Giessen.—1865) на основаніи своихъ 87 изслѣдованій (при чемъ авторъ изслѣдовалъ половиной руки) высказалъ положеніе, что предлежаніе въ зѣвѣ части дѣтскаго мѣста указываетъ на полное отдѣленіе послѣдняго. По изслѣдованіямъ *Schröder'a*, вводившаго въ полость матки руку тотчасъ послѣ рожденія плода, при первой послѣ рожденія плода схваткѣ плацента становится толще и ригиднѣе и образуется позади-послѣдовое кровотеченіе ведущее къ отдѣленію послѣда. *Curatulo*, повторившій опыты *Lemser'a* и *Schröder'a* соглашается относительно появленія плотности и ригидности послѣда при первой схваткѣ, но не раздѣляетъ взгляда *Schröder'a* на образованіе въ это время позади-послѣдовой кровяной опухоли.

Если бы мы къ результатамъ изслѣдованій *Даниловича*, а въ особенности *Lemser'a*, говорившимъ въ смыслѣ «полнаго» отдѣленія дѣтскаго мѣста *тотчасъ* за изгнаніемъ плода, не имѣли возможности примкнуть *toto animo*, то во всякомъ случаѣ эти изслѣдованія несомнѣнно говорятъ за то, что послѣдъ *вскорѣ* послѣ рожденія плода оказывается на значительномъ пространствѣ отдѣленнымъ отъ стѣнокъ матки. Для окончательнаго же изгнанія его изъ половыхъ путей потребно извѣстное время, по истеченіи котораго появляются энергичныя маточныя сокращенія и рефлекторно развивается дѣятельность брюшного прессы. Время потребное для изгнанія послѣда по наблюденіямъ *Даниловича*, т. е. средняя продолжительность послѣдоваго періода, представленнаго своему естественному теченію, равняется приблизительно 45 минутамъ, а въ границахъ отъ 5 мин. до 1 часа. Но такъ какъ по наблюденіямъ того же *Даниловича* первое послѣдовое маточное сокращеніе наступаетъ въ теченіи первыхъ 20 минутъ, то, по моему, слѣдуетъ допустить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ для выдѣленія дѣтскаго мѣста потребно значительное количество

маточныхъ сокращеній, прежде чѣмъ мѣсто будетъ изгнано маткой.

Съ другой же стороны на основаніи личныхъ наблюденій необходимо намъ допустить, что выдѣленіе послѣда можетъ происходить почти непосредственно послѣ рожденія плода до появленія какой нибудь маточной схватки. Въ этихъ случаяхъ изгнаніе послѣда происходитъ исключительно на счетъ работы брюшного пресса играющаго, по авторамъ, главную роль въ актѣ выдѣленія послѣда. Несомнѣнно, что это сокращеніе брюшного пресса и связанное съ нимъ повышеніе брюшного давленія можетъ происходить и особнякомъ не нуждаясь въ предварительномъ появленіи маточныхъ сокращеній, по крайней мѣрѣ такихъ, которыя доходили бы до сознанія роженницы и до осязанія изслѣдующей руки наблюдателя.

И такъ, если дѣтское мѣсто вскорѣ послѣ родовъ можетъ считаться въ большинствѣ случаевъ отдѣленнымъ отъ матки и затѣмъ силами природы (сокращеніе матки, работа брюшного пресса) изгоняется изъ половыхъ путей въ теченіи около часа времени въ среднемъ, то несомнѣнно, что при нормальномъ теченіи родовъ не представляется никакихъ основаній прибѣгать къ искусственной помощи для выдѣленія послѣда. Способъ *Credé*, по которому между прочимъ долѣе время вели послѣдовой періодъ въ Гаваньскомъ пріютѣ, примѣнялся 15 мин. спустя послѣ рожденія плода. Въ теченіи этого срока немногіе послѣды, если только матка не расширялась энергично рукой и не производились легкія надавливанія, выходили сами собой; приходилось прибѣгать къ энергичному способу выжиманія, при чемъ послѣдъ тотчасъ выскальзывалъ изъ матки. Отсутствіе самостоятельнаго рожденія послѣда въ теченіи 15 мин. обыкновенно объясняютъ вялостью мускулатуры матки. Я же болѣе склоненъ думать, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ задержаніе послѣда зависѣло отъ примѣненія нецѣлесообразнаго раздраженія матки путемъ грубаго растиранія ея, благодаря чему получался столь часто наблюдаемый перехватъ и ущемленіе отдѣленнаго уже и частью уже выдѣлившагося послѣда въ области внутренняго зѣва матки. Сильнымъ давленіемъ на дно матки (по *Credé*) въ концѣ концовъ, конечно, протискивали послѣдъ черезъ сокращенный

маточный зѣвъ. Но было ли выгодно для роженицы подобное насиліе? Въ громадномъ большинствѣ оно, конечно, оказалось невыгоднымъ во многихъ отношеніяхъ. Въ особенности опаснымъ оказывалось выжиманіе по *Credé*, примѣненное по тѣмъ или инымъ соображеніямъ тотчасъ послѣ родовъ. Нетерпѣливое, современное и неумѣлое примѣненіе способа *Credé* влекло за собой задержаніе въ полости матки всего послѣда или частей его. И если задержаніе въ полости матки оболочекъ при современной анти-асептической обстановкѣ родовъ не представляется опаснымъ, то задержка частей дѣтскаго мѣста часто влечетъ за собой тяжелыя послѣдствія. Задержанный же послѣдъ безусловно требуетъ примѣненія операциі *solutio placentae manualis*. Нѣсколько ниже мы увидимъ, что *solutio placentae manualis*, которое по большинству акушерскихъ отчетовъ примѣняется главнымъ образомъ при приращеніи дѣтскаго мѣста, на самомъ дѣлѣ примѣняется главнымъ образомъ при задержаніи послѣда, благодаря неправильному примѣненію способа *Credé* ¹⁾. При правильномъ же веденіи послѣдоваго періода, согласно съ данными физиологіи, операциа *ручною отдѣленія дѣтскаго мѣста* становится крайне рѣдкою.

Какое же веденіе послѣдоваго періода должно быть названо правильнымъ, соответствующимъ требованіямъ природы? Несомнѣнно такое, при которомъ наше грубое вмѣшательство въ дѣло природы было бы по возможности ограничено. Такой способъ, способъ *Ahlfeld*'а, «выжидательный» способъ или, какъ его называютъ, физиологическій способъ, болѣе всего подходитъ къ этой цѣли, если въ немъ ввести ограниченія въ длительности ожиданія рожденія послѣда.

Въ Гаваньскомъ Родильномъ приютѣ, какъ мы уже говорили, долгое время примѣнялся способъ *Credé*. Тотчасъ послѣ рожденія плода матка почти постоянно растиралась рукою и по истеченіи 15 мин. послѣ рожденія плода, а если было кровотеченіе, то и много раньше, производилось выжиманіе послѣда. Не смотря на осторожное выведеніе его изъ влага-

¹⁾ Терминъ „*solutio placentae*“ въ случаяхъ задержки дѣтскаго мѣста оказывается не соответствующимъ сути дѣла. Здѣсь былъ бы болѣе уместенъ терминъ „*extractio placentae*“.

лица, нерѣдко получался отрывъ оболочекъ, а иногда и частей дѣтскаго мѣста.

Нынѣ, уже около двухъ лѣтъ, мы ведемъ 3 періодъ родовъ чисто выжидательно. Послѣ родовъ плода матка остается внѣ нашего руководѣствія, наблюдаютъ исключительно за кровоотдѣленіемъ изъ матки, въ случаѣ значительнаго усиленія котораго, разумѣется, прибѣгаютъ къ активной помощи. Обыкновенно еще до истеченія полу-часа послѣдъ выходитъ самъ собою со всѣми оболочками. Если же по истеченіи этого времени онъ не выходитъ изъ половой щели, то легкое надавливаніе на матку достаточно для того, чтобы онъ выдѣлился ²⁾). Выдѣленію мы помогаемъ во многихъ случаяхъ и тѣмъ что роженица, которая разрѣшилась на короткомъ матрацѣ, вслѣдъ за рожденіемъ плода помѣщается на постели такимъ образомъ, чтобы нижнія конечности ея и ягодицы находились на одной горизонтальной поверхности (кровать), а спина и верхняя часть туловища оставалась на короткомъ слегка согнутомъ матрацѣ (польштерѣ) въ нѣсколько приподнятомъ (слегка полусидячемъ) положеніи. Такой постановкой туловища достигается увеличеніе внутрибрюшного давленія, которое, какъ мы уже говорили ранѣе, играетъ существенную роль при актѣ выдѣленія послѣда.

Какъ мы сказали, мы оставляемъ послѣдъ въ половыхъ путяхъ роженицы не болѣе $\frac{1}{2}$ часа. Такой срокъ выбрали мы потому, что за это время во всѣхъ нормальныхъ случаяхъ должно было уже произойти отдѣленіе, а въ большинствѣ случаевъ и выдѣленіе послѣда, а потому задержаніе его въ половыхъ путяхъ представляется излишнимъ. И не только очень длительное задержаніе представляется излишнимъ, но есть шансы думать, что оно и не безвредно. Такъ въ нѣсколькихъ случаяхъ долгаго (до 4 часовъ и болѣе) пребыванія послѣда въ половыхъ путяхъ роженицы мы получили лихорадочныя движенія въ послѣродовомъ періодѣ. Тоже самое читаемъ мы и въ литературѣ.

²⁾ Растираніе дна матки въ этомъ случаѣ не примѣняется. Послѣдъ находящійся уже частью или совершенно во влагалищѣ выскальзываетъ благодаря *vis a tergo*.

У *Campe* въ 50 случаяхъ placenta оставалась болѣе 6 часовъ и изъ этого числа въ одной четверти, т. е. 24 раза послѣдъ задержался 12 часовъ. Изъ 24 родильницъ лишь 8 остались здоровыми; 10 лихорадили до $38,4^{\circ}$ въ первые 3—4 дня послѣродового періода, у 5 появилось повышеніе t° до $39,0$ и большая кровоточивость шесть дней спустя послѣ родовъ и одна оказалась столь сильно инфицированной, что могла быть выписана лишь 80 дней спустя послѣ родовъ. У *Zweifel*'я былъ даже смертный случай отъ сепсиса, который онъ приписываетъ задержанію послѣда въ маткѣ долѣе 12 часовъ. Повышенная t° и заболѣваніе при длительномъ пребываніи послѣда въ полости матки объясняется загниваніемъ задержаннаго послѣда и послѣдующей инфекціей.

Разумѣется, подобная длительная задержка послѣда въ маткѣ должна наблюдаться лишь въ исключительныхъ случаяхъ, именно тамъ, гдѣ нѣтъ на лицо правильной акушерской помощи. А потому тяжелые результаты, получаемые при неправильномъ примѣненіи выжидательнаго способа выдѣленія послѣда, никакъ не могутъ быть поставлены ему въ вину. Мы повторяемъ, что въ нормальныхъ случаяхъ выжидательный методъ (съ тѣмъ ограниченіемъ во времени, на которое указано выше) долженъ быть предпочтенъ *способу Credé*, которому должно быть отведено мѣсто исключительно при патологическихъ обстоятельствахъ.

Мнѣ могутъ совершенно справедливо замѣтить, что, указывая на цѣлесообразность выжидательнаго метода, я говорю хорошо извѣстныя вещи, которыя если не всеми, то большинствомъ вполне раздѣляются. Но если я коснулся преимуществъ выжидательнаго способа, то, конечно, не ради того, чтобы сказать что нибудь новое въ его защиту, но ради того, чтобы указать, что благодаря ему получается между прочимъ возможность избѣжать въ практикѣ нашей одной изъ самыхъ непріятныхъ, самыхъ кровавыхъ и часто весьма рискованныхъ для жизни роженицы операций, какова *solutio placentaе manualis*.

Еще недавно въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней мы, читая отчетъ д-ра *Поттjenka* объ его акушерской дѣятельности въ черниговскомъ земствѣ, не могли не пора-

жаться тѣмъ количествомъ «приращеній дѣтскаго мѣста», которое ему встрѣчалось и которое ему пришлось лѣчить путемъ *solutio manualis*.

Д-ръ *Потъенко* еще въ 1893 году помѣстилъ отчетъ о своей акушерской дѣятельности въ черниговскомъ уѣздѣ съ 1885 по 1893 годъ. Этотъ отчетъ обнимаетъ 106 родовъ. На это число родовъ случаевъ приросшаго послѣда наблюдалось 19, или одинъ случай приращенія дѣтскаго мѣста приходился на 5,6 родовъ. Кромѣ того въ 5-ти случаяхъ д-ру *Потъенко* пришлось удалять рукой изъ полости матки уже отдѣлившійся, но задержанный въ маткѣ послѣдъ. Во второмъ своемъ отчетѣ, обнимающемъ время съ 1 января 1893 г. по 5-е декабря 1895 г. д-ръ *Потъенко* говоритъ о своихъ 136 случаяхъ родовъ. На это число приращеніе послѣда встрѣтилось 19 разъ (1:7,1). Несомнѣнно, что какъ въ первомъ такъ и во второмъ отчетѣ поражаетъ громадное число родовъ, осложненныхъ приращеніемъ дѣтскаго мѣста, число настолько громадное, что даетъ поводъ усомниться въ вѣрности діагноза «приращенія», сдѣланнаго авторомъ. Если мы сравнимъ ¹⁾ частоту случаевъ операции *solutionis placentae* въ земской дѣятельности д-ра *Потъенко* съ частотою случаевъ этой же операціи въ различныхъ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ, то находимъ, что приращеніе послѣда встрѣчается въ нихъ неизмѣримо рѣже. Такъ по статистикѣ *Михайлова* на 220695 родовъ приходится всего 3877 случаевъ (1,75⁰/о) операцій отдѣленія и извлеченія послѣда, при чемъ больше половины случаевъ падаетъ не на приращеніе его, когда показанья къ операціи безспорны, а на задержаніе его (а именно 44,6⁰/о и 75,4⁰/о). По *Агафонову* на 1485 родовъ операція *separatio placentae et extractio secundinarum* была примѣнена 9 разъ (спазмъ зѣва матки), 7 разъ при стойкихъ сращеніяхъ и 6 разъ при недостаточномъ сокращеніи матки. Всего такимъ образомъ ручное выведеніе послѣда наблюдалось въ 22 случаяхъ (1:70 или 1,4⁰/о). По *Вогфу* на 3622 родовъ ручное извлеченіе послѣда,

¹⁾ Мы отлично понимаемъ, что сравненіе это должно имѣть лишь относительную цѣну, такъ какъ отчетъ *Потъенко* не обнимаетъ всѣхъ родовъ, которые произошли въ районѣ его дѣятельности, но лишь тѣ изъ нихъ, на которыхъ онъ по тѣмъ или инымъ причинамъ присутствовалъ.

какъ отдѣлившагося, такъ отдѣленіе приращеннаго, имѣло мѣсто въ 46 случаяхъ (1:78, 7 родовъ). Въ Спб. Родовспомогательномъ Заведеніи за 25-ти лѣтній періодъ (1868—1892) на 11364 родовъ было 2109 случаевъ отдѣленія плаценты и извлеченія послѣда (1:43,3). Въ Маріинскомъ Родильномъ Домѣ по отчету *Шмидта* за 1870—81 г. на 4059 родовъ было 115 случаевъ полного извлеченія послѣда, что даетъ 2,8% или 1 случай на 35,5 родовъ. По отчету того же заведенія за 1881—91 г. на 5419 случаевъ родовъ ручное отдѣленіе и выдѣленіе было произведено всего 57 разъ, что даетъ только 1,1% и 1 случай приходится на 86,3 родовъ. Объясняя причину большаго числа случаевъ полного ручного извлеченія дѣтскаго мѣста за періодъ времени 1870—1881 г., д-ръ *Шмидтъ* совершенно справедливо замѣчаетъ: «Съ тѣхъ поръ какъ способъ *Credé* сталъ популяренъ и восхваляемъ со многихъ сторонъ, онъ, если не всегда, то въ громадномъ большинствѣ случаевъ, примѣняется тамъ, гдѣ желательно удаленіе послѣда изъ матки и только неудачное примѣненіе его ведетъ къ ручному удаленію послѣда. Къ сожалѣнію торопливость и часто неправильные приемы служатъ главнымъ виновникомъ неудачи, отсюда и большой % извлеченія».

Указавъ затѣмъ на неблагопріятное теченіе послѣродоваго времени послѣ операціи удаленія рукой послѣда *Шмидтъ* говоритъ: «Операція должна быть примѣнена только въ крайнихъ случаяхъ и выжидательное положеніе акушера въ послѣдовомъ періодѣ родовъ принесетъ гораздо больше пользы, чѣмъ активная дѣятельность его. Торопливость съ выдѣленіемъ послѣда сплошь и рядомъ выражается уже нетерпѣливымъ примѣненіемъ способа *Credé*».

Приведемъ еще нѣсколько статистическихъ данныхъ. По *Знаменскому* на 823 родовъ клиники проф. *Лебедева* (1886—1892) ручное извлеченіе было произведено 6 разъ (0,7%). По *Рузи* (клиника *Славянскаго* 1891—1892 г.) на 1595 родовъ ручное отдѣленіе примѣнялось 28 разъ (1,75%). *Сазонова* въ Спасскомъ Родильномъ Приютѣ на 1126 родовъ (1890—1893) произвела ручное извлеченіе и отдѣленіе послѣда въ 9 случаяхъ, что даетъ 1 случай операціи на 125 родовъ. Въ Гаваньскомъ Родильномъ Приютѣ за періодъ вре-

мени нашего завѣдыванія, т. е. съ 12 ноября 1889 и по 22 мая 1897 г., на почти 4000 родовъ операція искусственнаго ручнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста произведена въ 20 случаяхъ, что даетъ около 0,5% или 1 случай операціи приходится почти на 200 родовъ. За послѣдніе 2½ года, на 1300 родовъ былъ лишь 1 случай длительного задержанія послѣда (роды были окончены въ наше отсутствіе щипцами малоопытнымъ товарищемъ ¹⁾).

Мы могли бы привести еще множество цифровыхъ данныхъ, но полагаемъ, что сказаннаго достаточно для того, чтобы показать, что случаи задержанія послѣда въ маткѣ встрѣчаются въ настоящее время въ родовспомогательныхъ учрежденіяхъ очень рѣдко. Кромѣ того необходимо отмѣтить то, что почти половина всѣхъ случаевъ такъ называемаго ручнаго отдѣленія мѣста падаетъ на случаи *выведенія* уже отдѣлившагося мѣста; истинное же *отдѣленіе* дѣтскаго мѣста отъ стѣнки матки встрѣчается въ значительно меньшей части всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ для окончанія родовъ потребовалось введеніе руки въ полость матки.

Отчетомъ д-ра *Потъенко* мы воспользовались не ради, конечно, цѣлей критики, а исключительно потому, что онъ представляется весьма интереснымъ документомъ, говорящимъ о послѣдствіяхъ неправильнаго веденія послѣдоваго періода. Несомнѣнно, что 3-й срокъ родовъ въ той земской обстановкѣ, въ которой приходится работать д-ру *Потъенко*, ведется далеко не такъ, какъ ведется въ любомъ изъ вышеуказанныхъ родовспомогательныхъ учрежденій, а потому и послѣдствія этого совсѣмъ другія. Между прочимъ просматривая исторіи родовъ, помѣщенные д-ромъ *Потъенко* въ его послѣднемъ отчетѣ, мы не можемъ не обратить вниманія на то, что на 17 родовъ безъ оперативнаго вмѣшательства случаевъ «приращенія» послѣда оказалось всего три (см. отчетъ, стр. 193, 194 и 195), тогда какъ на 16 случаевъ

¹⁾ Наши случаи solutionis placentae начиная съ II полугодія 1890 года располагаются слѣдующимъ образомъ: 1890—1891 на 450 родовъ 7 случаевъ въ 1891—1892 на 366—1 случай, въ 1892—1893 на 365 родовъ 3 сл., а 1893—1894 на 540 сл., 3 сл., въ 1894—1895 на 486 родовъ 2 сл., въ 1895—1896 на 586 родовъ 1 сл., и, наконецъ, на почти 500 сл., въ 1896—1897 (по 22 мая) 0 случаевъ.

родовъ, потребовавшихъ ту или иную операцію, «приращеніе» оказалось въ 8 случаяхъ, т. е. въ половинѣ всѣхъ случаевъ. Мы склонны думать что это «приращеніе» дѣтскаго мѣста въ большинствѣ этихъ случаевъ было ничто иное какъ простое задержаніе его въ маткѣ раздраженной либо длительной родовой дѣятельностью, либо тѣмъ или инымъ оперативнымъ приѣмомъ.

Составить себѣ ложное представленіе о приращеніи мѣста въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его на самомъ дѣлѣ нѣтъ,—вещь вполне возможная и понятная. Если часть послѣда ущемлена внутреннимъ зѣвомъ и послѣдъ плотно охваченъ стѣнками матки, то, вводя безъ наркоза руку въ матку, мы легко можемъ не понасть въ промежутокъ между стѣнками матки и дѣтскимъ мѣстомъ, а при известной рыхлости послѣда не трудно проникнуть въ самую ткань его и получить впечатлѣніе, какъ будто разрушаемъ сращенія, въ то время, когда на самомъ дѣлѣ мы разрушаемъ только ткань дѣтскаго мѣста. Подобное мнѣніе неоднократно уже высказывалось раньше. Такъ *Hegar* (Оперативное Акушерство, русск. пер. 1882 I, стр. 166) говоритъ, что при сильной вялости плаценты, задержавшейся въ полости матки и начавшей уже загнить, рука, отдѣляющая эту плаценту отъ матки, легко запутывается въ соединительно-тканыхъ перегородкахъ. «Это», по мнѣнію *Hegar*'а, «навѣрно часто случалось тамъ, гдѣ діагносцировалось плотное приращеніе. Отдѣляли плаценту кусокъ за кускомъ, принимая болѣе плотныя трабекулы и сосуды ея за приращенія въ видѣ пучковъ и нитей». Тоже мнѣніе въ самое послѣднее время высказывалъ и *Schrader* (10 мая 1892 г.) въ Гамбургѣ. Между прочимъ въ засѣданіи врачей Надеждинскаго Родовспомогательнаго Заведенія 20 марта 1894 г. проф. *Биддеръ* высказалъ сомнѣніе относительно существованія твердыхъ перемычекъ, держащихъ послѣдъ въ связи съ маткой. Ему кажется, что за перемычки принимаютъ сосуды послѣда, такъ какъ обыкновенно рука попадаетъ не въ промежутокъ между стѣнкой матки и послѣдомъ, а въ самую ткань послѣда. Э. Ф. Черневскій, поддерживая выше приведенное мнѣніе Э. Ф. Биддера, идетъ еще далѣе; онъ не видитъ даже возможности образоваться какимъ бы то ни было

перемычкамъ, такъ какъ для развитія подобныхъ ложныхъ перепонокъ требуется продолжительное время; требуется, чтобы послѣдъ задолго былъ отдѣленъ отъ стѣнокъ матки; иначе образоваться они не могутъ».

Сомнѣніе *Черневскаго* относительно образованія какихъ бы то ни было сращеній между послѣдомъ и стѣнкой матки не представляетъ ничего неожиданнаго и новаго. Еще въ 1860 г. *Credé*, на съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Кенигсбергѣ, предлагая свой способъ удаленія послѣда, на основаніи собственныхъ наблюденій и описаній чужихъ случаевъ крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой, высказалъ сомнѣніе въ существованіи крѣпкихъ сращеній и совѣтывалъ для разрѣшенія вопроса прибѣгнуть къ помощи микроскопическаго изслѣдованія. ¹⁾ По его мнѣнію: «*Placenta adhaesiva ist nur die Hirngespinnst der Aertze*». Всякій акушеръ поступить, по его словамъ, гораздо лучше, если онъ въ случаѣ ручнаго отдѣленія задержавшаго мѣста будетъ считать пленки ворсинокъ не за соединительно-тканнныя образованія, а за ткань послѣда, въ которую попала его рука, благодаря тому, что не удалось проникнуть въ промежутокъ между маткой и дѣтскимъ мѣстомъ. *Howitz* тоже сомнѣвается въ существованіи крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой, потому что ему они никогда не встрѣчались. Послѣды, при встрѣчавшихся ему случаяхъ задержанія послѣда, были совершенно нормальны.

Кошкарровъ въ своей диссертациі (стр. 24) говоритъ, что «изъ изложенія мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ о крѣпкихъ сращеніяхъ послѣда съ маткой можно видѣть, что вопросъ о крѣпкихъ сращеніяхъ послѣда съ маткой принадлежитъ къ числу открытыхъ». Описывая затѣмъ свой второй препаратъ и изслѣдовавъ его микроскопически, онъ приходитъ къ заключенію, что крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой въ данномъ случаѣ не было.

Между тѣмъ случай этотъ представляется до нельзя характернымъ въ смыслѣ органическаго задержанія на стѣнкахъ матки кусковъ послѣда. Даже теперь, послѣ того, какъ препаратъ долгіе годы находился въ спирту, совершенно не удастся

¹⁾ Цитировано по *Кашкарову* (Дисс. стр. 11).

отдѣлить отъ матки куски послѣда безъ разрушенія перепонъ, которыя ихъ соединяють. Но въ тоже время при микроскопическомъ изслѣдованіи этого случая, *Кошкарровъ* между прочимъ нашель, что «*decidua serotina*, какъ въ области оставшихся кусковъ послѣда, такъ и на тѣхъ, гдѣ послѣдъ былъ отдѣленъ, не представляла никакихъ измѣненій», (стр: 23). Задержку же послѣда *Кошкарровъ* объясняетъ частичной атоніей маточной мускулатуры въ области прикрѣпленія дѣтскаго мѣста.

Посмотримъ теперь, какъ же смотрять на приращеніе дѣтскаго мѣста другіе авторы. *Levret*, *Baudelocque*, *Wigand*, *Kilian*, *Busch*, *Shanzoni*, и др. считали крѣпкія сращенія послѣда съ маткой—вполнѣ доказанными. *Simpson* (*Edinburgh medical and surgical Journal*, 1896), допуская возможность сращеній между послѣдомъ и маткой считалъ за этиологію этой ненормальности воспаленіе *placentae*, благодаря чему между послѣдомъ и стѣнкой матки образовывались экссудативныя массы въ дальнѣйшемъ организовывавшіяся. *Spiegelberg* считалъ крѣпкія сращенія рѣдкими; лишь изрѣдка ему встрѣчались крѣпкія, толстыя, сухожильныя сращенія небольшихъ участковъ послѣда съ маткою. «Эти сращенія», говоритъ онъ, «были вѣроятно, болѣзненно измѣненные и утолщенные продолженія *deciduae*». *Strassmann* допускаетъ въ рѣдкихъ случаяхъ существованіе такихъ крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой, которыя требуютъ ручнаго отдѣленія и приводитъ одинъ случай. Изъ новѣйшихъ авторовъ *Ahlfeld* въ своемъ руководствѣ по акушерству на стр. 325 между прочимъ говоритъ: «*Placenta* можетъ задержаться въ полости матки благодаря суженію ниже лежащихъ частей маточнаго канала, а также вслѣдствіе ненормальныхъ сращеній (*abnorme Adhäsion*) *placentae in toto* или отчасти. Нерѣдко наблюдаютъ обѣ причины вмѣстѣ.... Патологическое приращеніе *placentae* представляется очень рѣдкимъ явленіемъ. Я наблюдалъ общее (полное) приращеніе *placentae* въ теченіи послѣднихъ 10 лѣтъ (3000 родовъ) два раза; въ обоихъ послѣ лихорадки во время родовъ и *sepsis*'а (1888 № 189 и въ 1893 № 206)». При *placenta praevia* встрѣчаютъ, по *Ahlfeld*'у, также твердыя сращенія не отдѣлившейся части.

«Анатомическіе препараты», говорить *Ahlfeld*, «показывающіе связь патологически приращенной placentaе со стѣнкой матки представляются очень рѣдкими, такъ какъ правило акушера искусственно отдѣлить болѣзненно-соединенныя части. Однако я припоминаю прекрасный препарат лейпцигскаго патологическаго института». Частичное приращеніе, по мнѣнію *Ahlfeld*'а, происходитъ главнымъ образомъ въ краевыхъ частяхъ дѣтскаго мѣста. Еще чаще чѣмъ эндометритъ къ сращенію подлежащей части послѣда съ decidua ведетъ низкое прикрѣпленіе placentaе.

Весьма важной работой по вопросу о приращеніи послѣда является трудъ *Langhans*'а (*Archiv f. gynäk.*, VIII): «Die Lösungen der mütterlichen Eihäute». Исходя изъ того, что отдѣленіе зрѣлой плаценты происходитъ обычно въ ампулярномъ слоѣ отпадающей оболочки, *Langhans* въ случаяхъ задержанія послѣда обращалъ вниманіе на гистологическія особенности перегородокъ (septa) среди клѣтокъ железистаго слоя. Оказалось, что при приращеніи placentaе перегородки этого слоя (Drüsenampullen) оказываются болѣе обыкновеннаго богатыми межклеточной субстанціей, при чемъ сами клѣтки меньше по величинѣ и болѣе веретенообразны, чѣмъ обыкновенно. Благодаря этимъ свойствамъ ампулярный слой оказывается болѣе плотнымъ, чѣмъ это нормально встрѣчается. Въ качествѣ втораго причиннаго момента для развитія плотнаго соединенія послѣда съ маткой *Langhans* указываетъ на недостаточное развитіе ампулярнаго слоя. Въ силу мало пока извѣстныхъ патологическихъ обстоятельствъ (endometritis?) разрушаются маточныя желѣзы и замѣняются соединительной тканью, послѣдствіемъ чего и является невозможность образованія ампулярной зоны. Такимъ образомъ, благодаря двумъ обстоятельствамъ: разростанію перегородокъ ампулярнаго слоя съ одной стороны и недостаточному развитію желѣзистаго слоя съ другой получается то, что ампулярный слой отпадающей оболочки теряетъ свойства той легкоразрывающейся оболочки («lockere Membran»), какая требуется для нормальнаго процесса отдѣленія послѣда отъ стѣнки матки.

Относительно другихъ причинъ, лежащихъ въ основѣ такъ называемыхъ приращеній дѣтскаго мѣста, *Langhans* вы-

сказывается въ томъ смыслѣ, что воспаленіе placentaе (placentaе) слѣдуетъ считать за самую рѣдкую причину этихъ сращеній. Сращения въ видѣ перемычекъ, которыя приходится разрушать при ручномъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста представляютъ собою по *Langhans*'у лишь отдѣльные отростки ворсистой оболочки, которыя идутъ въ прямомъ направленіи отъ ворсистой къ запоздалой оболочкѣ. «О настоящихъ сращенияхъ», говоритъ *Langhans*, «не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ до сихъ поръ въ приращенныхъ плацентахъ я не находилъ такого разроженія клѣтокъ, такого развитія соединительной ткани, или другого какого либо патологическаго состоянія, которое можно было счесть за послѣдствіе воспаленія» (стр. 296) ¹⁾.

I. Veit (*Müller's Handbuch d. Geburtshülfe*, Bd 2, стр. 112) полагаетъ, что изъ числа тѣхъ случаевъ, клиническая картина которыхъ представляла картину приращенія послѣда значительная часть должна быть объяснена не дѣйствительными сращениями, а недостаточною дѣятельностью матки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ имѣлись анатомически выраженные сращения между послѣдомъ и маткой. Дѣятельность матки въ такихъ случаяхъ подъ вліяніемъ воспалительныхъ процессовъ въ decidua оказывалась измѣненной.

Schroeder, въ своемъ учебникѣ акушерства (Русск. изд. 4-ое, 1888, стр. 642) говоритъ: «Частичныя приращенія дѣтскаго мѣста къ стѣнкамъ матки, которыя, впрочемъ, лишь очень рѣдко происходятъ путемъ новообразованной соединительной ткани, подають поводъ къ кровоточивости, такъ какъ отдѣлившіяся мѣста матки близъ сращеній не могутъ вполне хорошо сократиться.... Воспаленіе дѣтскаго мѣста представляетъ особенную важность въ послѣдовомъ періодѣ, потому что въ слѣдствіи значительной рыхлости молодой гиперплазированной ткани куски placentaе могутъ легко отрываться и оставаться на стѣнкахъ матки, въ особенности, если сократившаяся рубцовая ткань внѣдряется между ворсинками chorion'a.

¹⁾ Наблюденія послѣдняго времени, сдѣланныя на большемъ матеріалѣ, подтвердили взгляды *Langhans*'а на патолого-анатомическую сущность плотныхъ сращеній матки съ послѣдомъ. (*Berry Hart*. Centr. f. Gynäk., 1891 г., стр. 46) *Anderson* (*Schmidt's Jahrbücher*, Bd. 123, стр. 55) показалъ, что даже на трупѣ не удается отдѣлить плаценту отъ стѣнки матки (цит. по *Neumann*'у Monatsschr. f. Geb. IV, Heft. 4, стр. 309).

Соединительно тканная гиперплазія deciduae serotinae особенно сильно развивается при сифилисѣ матери. При этомъ дѣло доходить до гуммозныхъ разращеній въ serotinae, которыя проникають клинообразно между дольками послѣда».

Крассовскій въ Оперативномъ Акушерствѣ (1885 г.) признаетъ возможность задержанія дѣтскаго мѣста вслѣдствіи приращенія его къ маткѣ (placenta accreta, accretio placentae) и (на стр. 636) говоритъ о производствѣ операціи отдѣленія дѣтскаго мѣста при частичныхъ и при общихъ сращеніяхъ. Указавъ затѣмъ на то, что сращенія иногда бываютъ такъ слабы, что достаточно только незначительнаго усилія, чтобы ихъ разрушить, а иногда наоборотъ весьма крѣпки, *Крассовскій* приводитъ два случая сплошныхъ сращеній (*Свида* и *Крассовскаго*), при чемъ въ послѣднемъ случаѣ пришлось удалить послѣдъ по кускамъ, начиная съ корня пуповины.

По мнѣнію *А. Я. Крассовскаго* сплошныя сращенія placentae со стѣнкой матки воспалительнаго происхожденія встрѣчаются, къ счастью, въ практикѣ весьма рѣдко. Причиной сращенія прежде считали воспаленіе дѣтскаго мѣста (placent.) Въ настоящее же время, по мнѣнію *Крассовскаго*, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что самою частою причиною сращеній послѣда должно считать извѣстное патологическое состояніе отпадающей оболочки, а именно воспалительная гиперплазія и гипертрофія ея. Но во многихъ случаяхъ крѣпкое соединеніе послѣда съ маткою объясняется недостаточной сократительной дѣятельностью самой матки.

Kleinwächter (Реальная Энциклопедія Медицинскихъ наукъ, т. XV, стр. 752, русск. изд.) говоритъ, что «сращенія послѣда съ мѣстомъ его прикрѣпленія хотя и упоминаются часто, но представляютъ всетаки рѣдкое явленіе. Они являются слѣдствіемъ протекшихъ воспалительныхъ процессовъ дѣтскаго мѣста, яичевыхъ оболочекъ или deciduae. Placentitis исходитъ изъ клѣтокъ отпадающей оболочки, рѣже изъ adventitia большихъ фетальныхъ артерій. При далеко распространившемся воспаленіи соединительно-тканные тяжи могутъ проникать въ самую стѣнку матки, что не безразлично въ томъ отношеніи, что послѣдъ затѣмъ при родахъ трудно отдѣляется, или при искусственномъ отдѣленіи могутъ застрять куски плаценты.

Плацентитъ, повидимому, обусловливается уже ранѣе существовавшимъ эндометритомъ» (стр. 743).

Runge (Учебникъ акушерства, русск. изд., стр. 362) говоря о стриктурахъ матки въ послѣдовомъ періодѣ въ области кольца сокращенія или въ какой нибудь лежащей подъ нимъ части матки (*Ahlfeld*), указываетъ на то, что причиной такихъ стриктуръ обыкновенно бываетъ нераціональное, слишкомъ поспѣшное веденіе 3-го періода родовъ, неискusstvenное и преждевременное примѣненіе способа *Credé*, а еще чаще грубыя и повторныя попытки преждевременнаго удаленія плаценты внутренними ручными приѣмами. «Если при внутреннемъ изслѣдованіи», говоритъ онъ далѣе, «не найдено стриктуры, то въ такомъ случаѣ дѣло можетъ идти только о *патологическомъ приращеніи* части плаценты, предполагая, конечно, что былъ рационально примѣненъ ручной приѣмъ *Credé*. Подобнаго рода состояніе бываетъ *рѣдко*. Въ прежнее время діагнозъ приращенія плаценты ставился чаще, чѣмъ теперь. Въ прежнее время такія «приращенія» діагносцировались такъ часто потому именно, что ручныя приѣмы для удаленія плаценты были еще недостаточно разработаны, и, кромѣ того, врачи не имѣли привычки вполне предоставлять изгнаніе плаценты силамъ природы. Анатомическій процессъ, ведущій къ плотному сращенію плаценты со стѣнкой матки, совершенно еще не выясненъ. Вѣроятно и здѣсь также играютъ роль воспалительныя процессы во внутренней оболочкѣ матки. Часто въ такихъ плацентахъ не оказывается ни малѣйшей аномаліи. Поразителенъ тотъ фактъ, что иногда приращеніе плаценты повторяется у одной и той же женщины въ теченіи нѣсколькихъ беременностей ¹⁾. Приращеніе плаценты бываетъ только частичное».

Hegar признаетъ возможность стойкихъ сращеній между послѣдомъ и маткой, но говоритъ, что частоту приращеній значительно преувеличивали вслѣдствіе того, что перегородки (трабекулы) между отдѣльными лопастями плаценты принимали за перемычки сращеній. Онъ полагаетъ (*Monatschrift. f. Geb. und Fraueunkr. Bd. 22*) что патологическія измѣненія

¹⁾ Мнѣ неоднократно приходилось у одной и той же роженицы удалять рукой послѣдъ при нѣсколькихъ родахъ. *Авторъ*.

ведущія къ приращенію послѣда находятся въ decidua serotina и происходятъ отъ ея воспаленія, либо обусловливаются процессомъ ея разростанія (Wucherungsvorgänge) въ зависимости отъ дѣйствующихъ на нее раздраженій.

Лазаревичъ (1892 г., II, стр. 558) признаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ причиной задержанія послѣда бываетъ его приращеніе къ стѣнкамъ матки и даетъ практическія указанія при «отрываніи приросшаго послѣда». *Феноменовъ* въ своемъ Оперативномъ Акушерствѣ (I изд.) на стр. 341 говоритъ, что отдѣленіе дѣтскаго мѣста (solutio, seu separatio placentae) предпринимается въ случаѣ сращенія, resp., болѣе крѣпкаго соединенія дѣтскаго мѣста со стѣнкой матки. «Особенно значительныя затрудненія», говоритъ онъ «могутъ встрѣчаться при сплошныхъ сращеніяхъ дѣтскаго мѣста (accretio placentae totalis). Въ чемъ состоитъ анатомическая сущность этого явленія, я разбирать не буду; замѣчу только что, по мнѣнію моему, въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ скорѣе о недостаточномъ *разслабленіи* связи дѣтскаго мѣста съ маткой, предшествующемъ его отдѣленію во время родовъ, подобно тому, что мы наблюдаемъ при выкидышахъ, чѣмъ о какомъ либо дѣйствительномъ *сращеніи*, какъ слѣдствіи воспалительнаго процесса (placentitis и пр.)... На болѣшую трудность произвольнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста не безъ вліянія, конечно, остаются и тѣ макро—и микроскопическія измѣненія въ стѣнкахъ матки (истонченіе, развитіе соединительной ткани и проч.), которыя были находимы въ нѣкоторыхъ случаяхъ» (стр. 345).

Olshausen, разбирая 17 (29) октября 1895 года, передъ студентами на лекціи (на которой присутствовалъ и я), случай задержанія послѣда, высказался въ томъ смыслѣ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ о простой задержкѣ, чѣмъ о настоящихъ приращеніяхъ. Случаи послѣдняго рода встрѣчаются, по *Olshausen*'у, рѣдко.

Таковы взгляды авторовъ на причины лежащія въ основѣ случаевъ задержанія въ полости матки послѣда. Какъ видно изъ выше изложеннаго,—предположеній много, но казуистическій матеріалъ представляется все еще довольно скуднымъ. Въ виду этого мы позволимъ себѣ цитировать нѣсколько под-

робнѣе, какъ недавній случай *Leopold-Leisse* демонстрированный въ Дрезденѣ 12 февраля 1891 г. (Cent. f. Gynäk. 1891, стр. 648), такъ въ особенности случай *Neumann'a*, послужившій ему къ написанію статьи «Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta», появившейся въ IV томѣ Monatschrif f. Geburtshülfe und Gynäk. за 1896 годъ, нѣсколько мѣсяцевъ спустя послѣ сообщенія нами Акушерско-Гинеко. Обществу въ Спб. нашихъ изслѣдованій о патологическомъ процессѣ при приращеніи дѣтскаго мѣста.

Случай *Leopold-Leisse* заключается въ слѣдующемъ: у 39-ти лѣтней, девятый разъ рожавшей женщины, у которой до того времени при 5, 7 и 8 родахъ въ виду сильнаго кровотеченія было произведено ручное удаленіе дѣтскаго мѣста, возникло и при 9-ыхъ родахъ въ послѣдовомъ періодѣ столь сильное кровотеченіе, — что потребовалось примѣнить выжиманіе послѣда. Успѣха, однако, не получилось ни отъ этого приѣма, ни отъ примѣненія внутриматочнаго душа. Въ виду этого произведено ручное удаленіе послѣда, оказавшееся весьма труднымъ. Спустя полчаса вновь появилось кровотеченіе, повлекшее за собой колыанскіе; сдѣлана трансфузія раствора поваренной соли, послѣ чего рукой изъ матки удалены остатки плаценты. Несмотря на это — смерть 3 часа спустя послѣ родовъ. Матка при вскрытіи оказалась большой, мягкой; мѣсто прикрѣпленія послѣда находилось на задней стѣнкѣ. Слева отъ него, около отверстія трубы, находилось множество кусочковъ плаценты, величиной отъ боба до лѣснаго орѣха, сидѣвшихъ столь плотно, что даже пальцемъ нельзя было отдѣлать ихъ отъ маточной мускулатуры. Микроскопическіе срѣзы, сдѣланные чрезъ стѣнку матки, показали, что *serotina* по большей части погибла и замѣнена плотной соединительной тканью. Среди пучковъ этой ткани заложены большія децидуальныя клѣтки. Разрывающійся (*lockere*) желѣзистый слой *serotinae* отсутствуетъ и желѣзистыя пространства встрѣчаются лишь въ весьма скудномъ количествѣ. Соединительно тканые дуги произошли отъ эндометрита, протекавшаго во время беременности.

Цитируя между прочимъ этотъ случай, *Neumann* (l. c.) говоритъ, что онъ является весьма драгоценной поддержкой ученія о приращеніи послѣда и что остается только пожалѣть, что не сдѣлано подробнаго описанія микроскопической картины и что случай этотъ не иллюстрированъ рисунками. Но за то нижеприводимый случай *Neumann'a* находится внѣ этихъ упрековъ. Случай. этотъ, имѣвшій мѣсто въ клиникѣ проф. *Schauta*, заключается въ слѣдующемъ.

17 мая 1895 въ клинику была принята 40-лѣтняя женщина,

постоянно отличавшаяся здоровьемъ и правильно съ 14 лѣтнаго возраста менструировавшая. Она нормально родила въ 1881 и 1884 годахъ; послѣдъ въ обоихъ случаяхъ былъ удаленъ искусственно. Послѣдніе регулы 10 августа прошлаго года. Въ день поступленія въ клинику больная почувствовала внезапное кровотечение изъ половыхъ органовъ; никакихъ болей передъ этимъ она не испытывала. Въ виду того, что кровотечение не прекращалось она принуждена была обратиться въ клинику.

Очень блѣдная, худая женщина. Границы матки: сверху не доходить на 3 пальца до грос. хурhoideus, справа на передней подмышечной линіи, слѣва на сосковой; у дна матки опредѣляются ягодицы плода, головка же его отклонена нѣсколько влѣво отъ тазоваго входа; спинка направо; здѣсь же выслушивается сердцебиеніе плода. Сильное кровотечение изъ матки. Шеечный каналъ, длиною до 2 сант., проходима для одного пальца. Внутренній зѣвъ выполненъ мягкой, шероховатою массою, которую безъ ошибки можно принять за ткань дѣтскаго мѣста, находящагося у стѣнки матки въ области внутреннего зѣва. Кровотечение продолжалось, несмотря на тампонаду влагаллица іодоформенной марлей. Прогрессирующая блѣдность, тошнота, повторная зѣвота. Въ виду такого состоянія подъ наркозомъ введенъ кольпейринтеръ сначала въ шейку, а затѣмъ черезъ плаценту и въ полость матки, послѣ чего онъ наполненъ растворомъ лизоля. Влеченіемъ за кольпейринтеръ черезъ 10 минутъ зѣвъ расширенъ на столько, что можно было ввести руку. Безъ труда произведенъ поворотъ на ножки. Въ виду того, что кровотечение продолжалось и пульсъ больной сдѣлался слабымъ и частымъ (до 120 ударовъ), извлеченіе производилось осторожно и медленно, не заботясь о ребенкѣ. Плодъ, дѣвочка, вѣсомъ въ 2600 grm., 45 сант. длиною, родился въ асфиксіи, но съ хорошимъ сердцебиеніемъ и былъ оживленъ. По окончаніи экстракціи кровотечение продолжалось въ значительной степени, несмотря на хорошо сократившуюся матку. И такъ какъ выжиманіе плаценты не достигло цѣли, то рѣшили удалить ее рукою. Операция оказалась необыкновенно трудной въ виду того, что мѣсто, сидѣвшее, главнымъ образомъ, на лѣвой стѣнкѣ, было весьма тѣсно сращено съ маточной мускулатурою. Плацента была удалена по частямъ, при чемъ множество клочковъ ея осталось въ маткѣ въ области внутреннего зѣва: нѣкоторые изъ нихъ были затѣмъ захвачены и удалены корнцангомъ вмѣстѣ съ клочьями остававшихся еще въ маткѣ яйцевыхъ оболочекъ. Несмотря на все это такъ и не удалось удалить всю ткань плаценты: въ непосредственной окружности внутреннего зѣва отдѣльныя части плаценты оказались совершенно неотдѣлимыми и ихъ пришлось оставить, рискуя въ противномъ случаѣ разорвать маточную стѣнку. Во все время операціи матка была атонична и массажъ не вызывалъ ея сокращенія. Въ виду этого полость матки до самаго дна; шейка и своды влагаллица выполнены іодоформенной марлей, матка сократилась. Больная перенесена въ постель, обложена

горячими компрессами и подъ кожу ей впрыснуто 70 куб. сант. физиологического раствора поваренной соли. Пульсъ въ лучевой артеріи, не опредѣляется, въ плечевой-нитевидный, частотою въ 140 ударовъ въ 1'.

Ни клизмы изъ вина, ни подкожное впрыскиванье камфоры состоянія не улучшаютъ. Несмотря на то, что лежащій въ маткѣ тампонъ, какъ казалось, достигъ своей цѣли и кровотечение не возобновилось, тѣмъ не менѣ пульсъ въ лучевой артеріи не прощупывается. Появились признаки острѣйшей анеміи: зѣвота, глубокіе вдохи, чувство удушья. Низкое положеніе головы не улучшаетъ дѣла. Въ виду ежесекундно грозящаго смертельнаго исхода произведено внутривенное вливаніе около 500 куб. сант. физиологического раствора поваренной соли. Несмотря на это временами исчезаютъ дыхательныя движенія, сердечныя сокращенія прерываются длинными интервалами и при прогрессирующемъ колапсѣ два часа спустя послѣ родовъ наступаетъ смерть. При вскрытіи найдено слѣдующее. Матка величиною съ двойную дѣтскую головку, очень хорошо сокращена, очень плотно набита іодоформенной марлей. На шейкѣ нѣтъ большихъ разрывовъ; лишь на задней стѣнкѣ находится поверхностная трещина. Мѣсто прикрѣпленія послѣда, отчетливо опредѣляемое, расположено вокругъ маточнаго зѣва, больше съ лѣвой стороны. На этомъ мѣстѣ стѣнка матки представляется на столько разрытой, что кажется будто изъ стѣнки матки вырваны ея мышечныя волокна. Оставшіяся на стѣнкахъ матки клочья ткани представляютъ собою куски плацентарной ткани, на столько плотно сросшейся съ мускулатурой, что и въ этихъ мѣстахъ удаленіе остатковъ плаценты могло бы быть достигнуто на счетъ нарушенія цѣлости маточной мускулатуры. На срѣзахъ изъ матки черезъ мѣсто прикрѣпленія плаценты видно, что стѣнка матки очень утончена и въ нее глубоко проникаетъ ткань плаценты. Рѣзкая анемія всѣхъ органовъ.

Оставляя въ сторонѣ подробное описаніе микроскопической картины препарата матки съ приросшими къ ней кусками плаценты мы ограничимся лишь указаніемъ на важнѣйшія данныя полученныя *Neumann*'омъ при микроскопическомъ изслѣдованіи его интереснаго случая. «На тѣхъ мѣстахъ» пишетъ онъ, «гдѣ еще сохранились остатки плаценты, *serotina* совершенно отсутствуетъ. Ворсинки хоріона находятся здѣсь въ непосредственной связи съ мышцами или со стѣнкой синусовъ сосудовъ, открывающихся на поверхности матки. На этихъ мѣстахъ ткань послѣда оказывается отчасти глубоко вросшей, отчасти прикрѣпленной къ стѣнкѣ сосуда. Ворсинки хоріона отличаются какъ синцитіальнымъ покровомъ такъ и величиною ядеръ соединительной ткани ворсинъ. Въ тѣхъ

мышечныхъ слояхъ, къ которымъ прикрѣпляются ворсинки хоріона находится разрастаніе межуточной соединительной ткани на ряду съ нормальными и гіалиново-перерожденными мышечными волокнами; въ сосудахъ, находящихся на мѣстахъ приращенія, замѣчается отсутствіе эндотелія одновременно съ соединительно-тканнымъ утолщеніемъ окружающей ткани». «Эти измѣненія», продолжаетъ *Neumann*, «я считаю за реакціонный процессъ, такъ какъ нигдѣ не имѣется отчетливыхъ признаковъ воспаленія... Процессъ долженъ считаться эксцессомъ роста (*Wachstumexcess*). Въ виду же того, что вышеупомянутыя данныя относительно ворсинокъ хоріона не встрѣчаются въ зрѣлыхъ послѣдахъ, процессъ этотъ долженъ быть названъ *hyperplasia placentae*». Какая причина лежала въ основѣ этиологии этой гиперплазіи дѣтскаго мѣста, *Neumann* сказать не можетъ. Несомнѣнно причиной тому не было ненормальное прикрѣпленіе мѣста, равно какъ и не эндометритъ существовавшій во время зачатія или беременности; скорѣе всего, что явленіями предшествующими развитію гиперплазіи плаценты въ данномъ случаѣ были послѣдствія уже ранѣе забеременѣванія протекшаго эндометрита, повлекшаго за собою соединительно-тканное утолщеніе межуточной ткани или атрофію слизистой оболочки.

Мы позволили себѣ подробно цитировать работу *Neumann*'а потому, что она, на ряду съ вышеупомянутыми изслѣдованіями *Langhans*'а, является одною изъ обстоятельныхъ изслѣдованій такихъ рѣдкихъ и тяжелыхъ случаевъ, какими представляются въ акушерской практики случаи дѣйствительнаго, анатомическаго приращенія дѣтскаго мѣста.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію микроскопической картины собственныхъ случаевъ, побудившихъ меня къ написанію этой статьи, считаю долгомъ еще разъ итогировать всѣ современныя мнѣнія авторовъ относительно сращеній послѣда съ маткой. Въ то время какъ одни авторы напр., (*Credé, Schröder, Howitz, Budderz, Черневскій*), совершенно отрицаютъ возможность плотныхъ сращеній между плацентой и стѣнкой матки, другіе авторы считаютъ ихъ доказанными (*Baudelocque, Wigand, Kilian, Busch, Scanzoni, Simpson, Langhans, Berry Hart* и мн. др.) и лишь, ука-

зываютъ на рѣдкость подобныхъ случаевъ (*Spiegelberg, Strassmann, Ahlfeld, Veit, Schroeder, Крассовскій, Лазаревичъ, Kleinwächler, Runge, Hegar, Феноменовъ, Leisse, Neumann*). Относительно же анатомической сущности лежащей въ основѣ этихъ сращеній высказываются различно. Одни (*Simpson, Kleinwächter, Schroeder*) считаютъ главной причиной или воспаленіе дѣтскаго мѣста (*placentitis*) или оболочекъ; другіе по преимуществу измѣненіе децидуальной оболочки вслѣдствіе воспалительныхъ причинъ (*Runge, Hegar, Leisse*); наконецъ, третьи, отрицая всякія признаки воспаленія, видятъ причину приращенія въ измѣненіи децидуального слоя (*Langhans*) или гипертрофіи *placentae* (*Neumann*); четвертые считаютъ за главную причину задержки измѣненіе въ дѣятельности мышечной стѣнки матки вслѣдствіи воспалительныхъ процессовъ децидуальной ткани (*Veit*) или процессовъ происходящихъ въ межмышечной ткани (*Кокшаровъ, Феноменовъ*). Въ виду этого нельзя, повидимому, не согласиться съ *Neumann*'омъ, который въ концѣ своей работы говоритъ: «можно охотно признать что приращенія послѣда могутъ возникать путемъ различныхъ этиологическихъ моментовъ и что анатомическія отношенія могутъ быть самыми разнообразными. Однако—наши данныя все еще оказываются весьма недостаточными для того, чтобы на основаніи ихъ позволить себѣ сдѣлать окончательное сужденіе».

(Продолженіе слѣдуетъ).

II.

О современномъ взглядѣ на сущность и терапію ретроверсіи—ретрофлексіи матки *).

Д-ра Б. И. Фейнберга.

Вопросъ о терапіи при вышеуказанномъ страданіи женской половой сферы давно занимаетъ гинекологовъ, но со времени опубликованіи новаго оперативнаго пособия, почти одновременно предложеннаго и *Dührssen*'омъ и *Mackenrodt*'омъ (1892 г.), онъ получилъ новый толчекъ и сталъ предметомъ широкаго обсужденія и спора, къ сожалѣнію, только не всегда объективнаго. Отмѣченный характеръ носили и пренія въ Берлинскомъ гинекологическомъ обществѣ и обсужденія интересующаго насъ вопроса на съѣздахъ въ Женевѣ и Франкфуртѣ на Майнѣ, (1896 г.) тотъ же отпечатокъ носятъ соотвѣтственныя публикаціи въ гинекологической прессѣ. Но не только терапія сказаннаго страданія, и сама сущность его подвергалась оживленному обмѣну взглядовъ, при чемъ высказывались мнѣнія рѣзко другъ другу противурѣчащія.

Рядомъ съ утвержденіемъ, что на ретроверсію-флексію нельзя смотрѣть какъ на особое заболѣваніе, ибо оно само по себѣ не вызываетъ никакихъ симптомовъ, другіе доказывали, что стоитъ только возстановить нормальное положеніе матки, какъ всѣ симптомы исчезнуть. Третьи утверждали, что больная страдаетъ лишь отъ осложненій въ зависимости

*) Докладъ, читанный въ С.-Петербургскомъ Медицинскомъ Обществѣ 11 марта 1897 года.

отъ перегиба матки, поэтому лѣчить слѣдуетъ не послѣдній а первыя.

Такъ же разнорѣчиво высказывались по поводу терапіи перегибовъ назадъ. Одни, отвергая цѣлесообразность всѣхъ новѣйшихъ оперативныхъ пособій, лѣчатъ осложненія и симптомы паліативно, въ случаяхъ же, неподдающихся этому лѣченію, прибѣгаютъ къ *hysterectomy vaginalis*; другіе для всѣхъ случаевъ признають только интраперитонеальный способъ Александро-Адамовской операціи, третьи для *retroversio-flexio mobilis* совѣтуютъ экстраперитонеальный способъ Александровской операціи, для *retroflexio fixata*—*hysteropectia abdominalis* по Leopold-Czerny; четвертый совѣтуетъ *vesicofixatio*, пятый *vagino-fixatio*. Рядомъ съ предложеніемъ послѣдней слышно торжественное заявленіе, что «*vagino-fixatio* упразднена».

Если разнообразіе другъ другу противорѣчащихъ совѣтовъ, если субъективность, внесенная въ пренія, едва ли воздѣйствуетъ на гинеколога—спеціалиста, то того же нельзя сказать о врачѣ, работающемъ вдали отъ научныхъ центровъ, вполне законно ожидающаго отъ обмѣна взглядовъ представителей науки болѣе положительныхъ и объективныхъ данныхъ по вопросу, имѣющему такой животрепещущій практическій интересъ, по вопросу, такъ часто подлежащему его рѣшенію.

Съ цѣлью разобраться въ вышеприведенныхъ взглядахъ мнѣ бы казалось соотвѣтственнымъ вкратцѣ отмѣтить тѣ положенія и выводы относительно сущности ретроверсії-флексіи матки, которые, съ *B. S. Schultze* въ главѣ, признаются громаднымъ большинствомъ учителей гинекологовъ, и вкратцѣ остановлюсь:

1) на частотѣ появленія этого патологическаго состоянія, 2) на патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ зависимости отъ перегибовъ матки и, наконецъ, 3) на результатахъ, получающихся отъ паліативнаго лѣченія, т. е. отъ примѣненія пессарій.

Что касается перваго изъ намѣченныхъ пунктовъ, мы видимъ: *B. S. Schultze* ¹⁾ на 1000 гинекологическихъ больныхъ насчитываетъ 683 неправильныя положенія матки, на 1000 неправильныхъ положеній приходится 265 загибовъ

на 1000 загибовъ 443 перегиба матки назадъ. По статистикѣ *Sänger'a* ²⁾ ретроверсии-флексии являются въ 15,14⁰/о, по *Winckel'ю* ³⁾ въ 19,10⁰/о, по *Löhlein'у* ⁴⁾ въ 17—18⁰/о. *Vedeler* ⁵⁾ у 3012 гинекологическихъ больныхъ нашель:

Retroversiones:	у дѣвицъ	54,	у нерожавшихъ	80,	у берем.	7,	у рожав.	163
Retroflexiones	"	15	"	25	"	13	"	173

Помимо общаго числа перегибовъ матки назадъ и по *Vedeler'у* равнаго 17,5⁰/о, его статистика иллюстрируетъ и подтверждаетъ общепризнанный взглядъ на то, что первенствующимъ этиологическимъ моментомъ является послѣродовой періодъ, при чемъ причинными моментами являются расслабленія связочно-мускульнаго аппарата и послѣродовые процессы, ведущіе къ сращенію матки съ окружающими тканями. (Parametritis anterior, posterior). Кромѣ того не маловажную роль въ этиології перегибовъ, по *Küstner'у*, ⁶⁾ играетъ Gonorrhoea ascendens въ послѣродовомъ періодѣ.

Но не только этотъ послѣдній вызываетъ перегибъ матки назадъ—и parametritis anterior, вслѣдствіе рубцовыхъ процессовъ рукава, и para-perimetritis posterior, исходящая изъ трубъ и яичниковъ, и metritis chronica, miomata uteri, haematocoele retrouterina и, наконецъ, усиленная работа брюшнаго пресса способствуютъ возникновенію этого патологическаго состоянія.

Перегибы назадъ у дѣвственницъ, какъ это доказалъ *Carl Ruge*, ⁷⁾ могутъ быть вызваны прирожденною короткостью рукава и эмбриональной длиной шейки матки, но у болѣе взрослыхъ, остатками перитонита, длительными запорами и т. д.

Если это ненормальное положеніе матки имѣетъ мѣсто у дѣвственницъ, то само собой понятно, оно встрѣчается значительно чаще у женщинъ, хотя бы и не рожавшихъ, но въ періодѣ половой жизни, вслѣдствіе часто повторяющихся приливовъ крови къ половымъ органамъ, вслѣдствіе coitus reservatus (*Schauta*) ⁸⁾ и pelvoperitonitis gonorrhoeica (*Zweifel Küstner* и др.) ⁹⁾

Перехожу ко второму пункту, т. е. къ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ въ самой маткѣ и окружающимъ ее органамъ и отмѣчу прежде всего, что измѣненію положенія

матки почти безъ исключенія соотвѣтствуетъ смѣщеніе яичниковъ и трубъ къзади и книзу.

Послѣдствіемъ перегиба на первомъ планѣ является опущеніе самой матки и кажущееся удлиненіе *portionis vaginalis*; при послѣродовой *laceratio portionis vaginalis* мы вслѣдствіе опущенія матки наблюдаемъ *ectropium* губъ. Въ самой ткани матки замѣчается вначалѣ набуханіе, вслѣдствіе застоя крови, отъ растяженія и перекручиванія широкой связки или вѣрнѣе венъ въ ней лежащихъ, впослѣдствіи же это набуханіе переходитъ въ хроническій метритъ и эндометритъ.

Что же касается до воспалительныхъ процессовъ клѣтчатки, тазовой брюшины и придатковъ, то *большинство изъ нихъ не предшествуетъ аномаліи положенія, а возникаетъ вслѣдствіе уже существующей retroversio-flexio uteri*. Очень часто это наблюдается, какъ это утверждаетъ *Küstner*, при *Gonorrhoea ascendens*: не вызывая жидкаго эксудата, но уничтожая эндотелій брюшины она способствуетъ склеиванію матки и придатковъ съ окружающими тканями. (*I. Veit. l. c.*).

При отсутствіи же воспалительныхъ процессовъ брюшины, склеиваніе матки съ близлежащими тканями, т. е. фиксація матки, какъ извѣстно, находится въ зависимости отъ неподвижности послѣдней и тѣснаго ее соприкосновенія съ подлежащими органами — отъ давленія ея на послѣднія. Происходитъ некрозъ эндотеліи обѣихъ прилегающихъ другъ другу поверхностей и затѣмъ склеиваніе ихъ.

Изъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ большинствѣ случаевъ вытекаютъ тѣ симптомы, съ которыми мы нерѣдко въ такомъ обиліи встрѣчаемся при перегибахъ матки назадъ.

Вслѣдствіе застоя крови въ маткѣ мы наблюдаемъ мено — и метрорагію, нерѣдко въ такой силѣ, что больныя становятся крайне малокровными; этотъ же застой крови въ маткѣ вызываетъ усиленное отдѣленіе бѣлей.

На почвѣ нарушенной циркуляціи крови зиждетъ также частота выкидышей. Вызваны ли послѣдніе лопаніемъ мелкихъ сосудовъ и излитіемъ крови въ отпадающую оболочку, или же вслѣдствіе эндометритовъ, или же, наконецъ, вслѣдствіе механическаго пренятствія роста матки, но нѣтъ сомнѣнія, что

retroversio-flexio uteri считается одной изъ выдающихся причинъ привычнаго выкидыша.

Что же касается безплодія, то Kisch ¹⁰⁾ на 250 безплодныхъ женщинъ отмѣчаетъ 48 случаевъ безплодія исключительно въ зависимости отъ ретрофлексіи матки, неосложненной никакимъ воспалительнымъ процессомъ. Изъ статистики Грюнвальда (Kisch) видно: на 114 случаевъ ретроверсій—флексій приходится 70 случаевъ т. е. 61,4⁰/о безплодія.

Kleinwächter ¹¹⁾ на 4309 гинекологическихъ больныхъ насчитываетъ 648 случаевъ безплодія. Изъ этого числа въ 82 случаяхъ безплодіе зависѣло отъ чистыхъ ретрофлексій.

«Безплодіе при ретроверсіяхъ, говоритъ Peter Müller ¹²⁾, наблюдается и въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ доказать осложненія нельзя».

Въ зависимости отъ неправильнаго положенія матки естественно являются и симптомы со стороны мочевого пузыря и прямой кишки: частое мочеиспусканіе, боли въ области мочевого пузыря; запоры, геморроидальныя шишки.

Помимо перечисленныхъ симптомовъ, выдающееся мѣсто занимаютъ нервныя явленія: головныя боли, невралгій, неврастенія, гистерія—отмѣчаются большинствомъ авторовъ; даже Chorea (Schroeder ¹³⁾ и Hysteroepilepsia (Sielsky ¹⁴⁾) были наблюдаемы. Что эти нервныя страданія усиливаются при осложненіи хроническими страданіями придатковъ нѣтъ сомнѣнія, но онѣ существуютъ и при отсутствіи послѣднихъ.

На основаніи приведенныхъ данныхъ, мнѣ бы казалось, что отрицать перегибъ матки назадъ какъ самостоятельную форму заболѣванія едва ли правильно. Не даромъ же Schauta ¹⁵⁾ утверждаетъ что «ретроверсія способна превратить молодую, цвѣтущую женщину въ длительно болѣющую, истеричную, недовольную, подвергающуюся преждевременному увяданію», и не безъ основанія Olshausen ¹⁶⁾ указываетъ, что «взглядъ нѣкоторыхъ авторовъ, утверждающихъ, что retroflexio uteri никакихъ болѣзненныхъ симптомовъ не вызываетъ, ложенъ».

Въ подтвержденіе взгляда, что перегибъ матки назадъ не самостоятельное заболѣваніе, какъ таковое не вызываетъ симптомовъ, и потому, если послѣдніе имѣются, то зависятъ отъ осложненій, приводятъ по обыкновенію тѣ случаи перегиба

матки, которые находятъ у больныхъ при изслѣдованіи по другимъ либо причинамъ и у которыхъ характерные симптомы перегиба отсутствуютъ. Но едва ли эти случаи могутъ служить подтвержденіемъ приведеннаго взгляда. Въѣдъ и разрывъ промежности, и опущеніе рукава и матки, даже міомы, ракъ матки, и небольшія кисты яичника въ первое время своего существованія также не даютъ никакихъ симптомовъ, а между тѣмъ всѣ эти патологическія состоянія гинекологомъ признаются за заболѣванія, подлежащія по возможности ранне-временному радикальному, т. е. хирургическому лѣченію. Что же касается совѣта лѣчить лишь осложненія, то онъ также едва ли выдерживаетъ строгой критики, ибо, какъ мы изъ приведенныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ видѣли, осложненія въ большемъ числѣ случаевъ вызваны самимъ перегибомъ, а потому терапія прежде всего должна быть направлена на излѣченіе послѣдняго и только во второй инстанціи на осложненія.

Перехожу затѣмъ къ третьему изъ намѣченныхъ пунктовъ: къ паліативной терапіи при *retroversio-flexio uteri*.

Не останавливаясь на способахъ редресаціи матки, ни на массажѣ и электризаціи, я укажу лишь, что примѣненіе ихъ находится въ зависимости отъ того: фиксирована ли матка или нѣтъ; фиксація же по *Löhléin*'у и *Sänger*'у встрѣчается въ 6⁰/о всѣхъ перегибовъ назадъ, по *Fränkel*'ю въ 11⁰/о ¹⁷⁾.

Результаты лѣченія песаріями, по *Sänger*'у, слѣдующіе:

- 1) *абсолютное излѣченіе* (матка по удаленіи кольца длительно остается въ антеверсіи) наблюдается въ 25⁰/о;
- 2) *относительное излѣченіе* (матка остается въ антеверсіи только во время ношенія кольца) наблюдается въ 40⁰/о;
- 3) *неизлѣчено* въ 35⁰/о.

Статистика *Fränkel*'я, сообщенная имъ на 59 съѣздѣ врачей въ Берлинѣ, еще менѣе удовлетворительна: изъ 294 случаевъ онъ только въ 24-хъ получилъ благопріятный результатъ, что равно 8⁰/о. Приблизительно такова же статистика *Löhlein*'а ¹⁸⁾.

Въ духѣ приведенной статистики, едва ли свидѣтельствующей о блестящемъ успѣхѣ леченія кольцомъ, высказываются и другіе авторы. Такъ, *Küstner* ¹⁹⁾ на вопросъ, какъ долго

кольцо должно лежать, отвѣчаетъ: «бываютъ больныя, которыя носятъ кольцо съ ранней молодости до климактерія, у другихъ достаточны 1—2 года».

«Длительнаго, окончательнаго успѣха отъ лѣченія песаріями обѣщать нельзя. Больную съ кольцомъ не излѣчиваютъ, а превращаютъ въ хроническую больную, которая одинаково становится въ тягость врачу, какъ врачъ—больной», утверждаетъ Fritsch²⁰⁾.

Тотъ же авторъ въ качествѣ общей характеристики лѣченія кольцомъ, въ доказательство, что выборъ соотвѣтственнаго кольца, техника его введенія и индивидуализація случаевъ не всегда легка, говоритъ: «*es ist unter Umständen eine grössere Kunst ein Pessar richtig zu handhaben, als eine Laparatomie zu machen*».

Если къ изложенному прибавить: 1) что существуетъ цѣлый рядъ больныхъ, у которыхъ песарій вообще не примѣнимъ: а) у дѣвственницъ, б) при атрофіи угла перегиба матки; 2) необходимость продолжительнаго врачебнаго контроля крайне затруднительнаго вообще, въ особенности же у больныхъ изъ среды рабочаго класса; 3) неудобство *sub coitu* и, наконецъ 4) нерѣдко встрѣчающійся *decubitus* слизистой оболочки рукава, давленіе кольца на дугласову складку, яичникъ и заднюю стѣнку матки, особенно при кольцѣ *Thomas'a*,—то станетъ понятнымъ, по чему, по мѣрѣ усовершенствованія гинекологическо-хирургической техники, все болѣе выдвигалось стремленіе лѣчить перегибы матки назадъ хирургическимъ путемъ.

Не останавливаясь на оперативныхъ пособіяхъ *косвеннымъ* образомъ, направленныхъ къ устраненію перегибовъ назадъ, какъ: *perinorrhaphia*, *colporrhaphia ant. et post.*, *hysterotrachelorrhaphia* по *Emmet'u*, *amputatio portionis vaginalis*, *miomectomy* и кастрація,—я перехожу къ операціямъ, предложеннымъ съ цѣлью непосредственнаго воздѣйствія на *retroversio-flexio uteri mobilis et fixata* и именно къ тѣмъ изъ нихъ, которыя большинствомъ авторовъ въ настоящее время примѣняются.

I.

На первомъ планѣ по легкости техники и безопасности стоитъ экстраперитонеальное укороченіе круглыхъ связокъ по *Aliquié-Alexander-Adams'u*.

Дѣлается разрѣзъ, длиною въ 5 ctm., начиная отъ *Crista ossis pubis* параллельно пупартовой связкѣ, идущій черезъ кожу, *fascia superficialis* и жировой слой до апоневроза *m. obliqui externi*, отыскиваютъ *annulus inguinalis externus* и въ немъ отпрепаровывается круглая связка. Сдѣлавъ это на обѣихъ сторонахъ, ассистентъ или самъ операторъ зондомъ редресируетъ матку и затѣмъ, вытянувъ и укоротивъ связки ctm. до 10—12, концы пришиваются къ фасціи.

Эта терапия нашла много сторонниковъ въ Америкѣ и во Франціи, сдержаннѣе къ ней отнеслись въ Германіи и у насъ въ Россіи.

Познакомившись съ литературой этой операціи, съ усовершенствованіями и видоизмѣненіями ея оперативной техники, нельзя не усмотрѣть, что послѣднія главнымъ образомъ приняты ради нахожденія круглыхъ связокъ въ паховомъ каналѣ. Что это не легко, иногда даже совсѣмъ невозможно, утверждается многими авторами, даже тѣми, которые вначалѣ горячо рекомендовали эту операцію. Такъ: *Славянский* ²¹⁾ на первомъ гинекологическомъ съѣздѣ въ Мюнхенѣ въ 1886 г. высказался въ пользу укороченія круглыхъ связокъ, но уже въ 1891 г. онъ резюмируетъ свой взглядъ на эту операцію слѣдующимъ образомъ: «*операція, которой присуща возможность остаться неоконченною вслѣдствіе ненахожденія ея объекта, не можетъ расчитывать на широкое распространеніе*». И этотъ взглядъ не единичный въ литературѣ. Едва ли поэтому отвѣтствуетъ дѣйствительному положенію вопроса о возможности ненахожденія круглыхъ связокъ *sub operatione* заявленіе проф. *Губарева* ²²⁾, что «въ настоящее время слѣдуетъ отнести къ числу историческихъ воспоминаній тѣ случаи, гдѣ найти связку эту не удалось». То же, что и *Славянский*, не далѣе какъ на Женевскомъ съѣздѣ, утверждалъ и *Küstner* ²³⁾: въ двухъ случаяхъ круглыя связки имъ не были найдены.

В. С. Груздевъ ²⁴⁾, указывая на затрудненія, встрѣченныя при производствѣ укороченія круглыхъ связокъ, отмѣчаетъ: всего въ клиникѣ проф. *Werth*'а произведено такихъ операцій 54; въ 4 случаяхъ отыскиваніе связокъ потребовало значительнаго времени; въ 6 случаяхъ связки были плотно сращены съ окружающими тканями; въ 7 случаяхъ связки

были очень тонки, а въ 2, при вытягиваніи, онѣ были *оборваны*. Кроме этого, операція сопровождалась въ 10 случаяхъ *вскрытіемъ брюшины*. Въ трехъ случаяхъ появилось сильное кровотечение, потребовавшее обкалыванія кровоточащихъ сосудовъ.

Но кроме такъ сказать практическаго подтвержденія, этотъ взглядъ очень ярко подкрѣпляется изысканіями на трупахъ: *Doleris* и *Ricard* ²⁵⁾ на основаніи 28 такихъ изслѣдованій заявили: «начиная съ *orificium inguinalis internum* по направлению кнаружи замѣчаются только ничтожные слѣды круглыхъ связокъ; у молодыхъ женщинъ и худыхъ даже такихъ слѣдовъ нѣтъ; у толстыхъ женщинъ они съ трудомъ отыскиваются; нѣсколько явственнѣе они выступаютъ только у старухъ и въ послѣродовомъ періодѣ».

Но если даже допустить, что усовершенствованіями *Edebohls'a* ²⁶⁾, *Munde* ²⁷⁾, *Imlach'a* ²⁸⁾, *Matlakows'каго* ²⁹⁾, *Frank'a* ³⁰⁾, *Segond'a* ³¹⁾, *Kocher'a* ³²⁾, *Werth'a* ³³⁾ и др. нахождение и укрѣпленіе круглыхъ связокъ въ настоящее время болѣе надежны, то второй упрекъ по адресу Александро-Адамовской операціи, а именно, что круглыя связки *при вытягиваніи нерѣдко разрываются*,—не менѣе вѣсокъ. Не говоря о томъ, что это у разныхъ авторовъ *) имѣло мѣсто, 2 раза случилось даже у такого поклонника Александро-Адамовской операціи, какъ *Mundé*—возможность разрыва круглыхъ связокъ вытекаетъ изъ ихъ анатомическаго строенія. По *Beurnier* ³⁴⁾, толщина *lig. rot.* въ ея внѣпашевой части равна 1 mm., у самой матки она равна 2 mm.; по *Mundé* ³⁵⁾ *lig. rot.* иногда не толще тонкихъ вязальныхъ спицъ; *Byford* ³⁶⁾ показалъ въ Чикагскомъ гинекологическомъ обществѣ 2 *lig. rot.*, удаленныхъ послѣ Александро-Адамовской операціи; толщина ихъ равнялась тонкой тесьмѣ.

Приведенныя данныя на столько убѣдительны въ смыслѣ растягиваемости и легкой разрываемости круглыхъ связокъ, что онѣ едва ли могутъ быть опровергнуты экспериментами *Polk'a* и *Lang'a* ³⁷⁾, привѣщивавшихъ къ «*вырѣзанному изъ трупа*» круглымъ связкамъ гири въ 4, 5, даже 10 фунт. и пришедшихъ къ заключенію, что послѣднія необыкновенно стойки.

*) См. работу *Груздева*.

Помимо этаго и *Расенцевъ* ³⁸⁾ и *Cushing* ³⁹⁾ и *Edebohls* ⁴⁰⁾, наблюдали образованіе паховой грыжи послѣ укороченія круглыхъ связокъ. Эта весьма нежелательная случайность въ настоящее время отчасти устраняется усовершенствованными способами закрытія паховаго канала.

Изъ приведенныхъ данныхъ вытекаетъ, что въ основѣ недостаточности этой операціи лежитъ: не трудное лишь нахожденіе круглыхъ связокъ и не одна лишь возможность образованія паховой грыжи, а главнымъ образомъ анатомическое строеніе самыхъ связокъ. Это признается многими авторами, ибо чѣмъ другимъ объяснить совѣтъ прибѣгать къ Александро-Адамовской операціи лишь въ случаяхъ *легко* редресирующихся ретроверсій—ретрофлексій, въ случаяхъ отсутствія значительнаго увеличенія матки (тяжесть), чѣмъ объяснить совѣтъ продолжительнаго пребыванія больной въ постели *post operationem* и ношенія кольца «*по крайней мѣрѣ*» во время соблюденія больной покоя (Alexander, Munde, Pozzi.)? *Kümmel* ⁴¹⁾ требуетъ ношенія кольца даже въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Довольно своеобразенъ намъ кажется этотъ совѣтъ, ибо предпринята операція лишь потому, что пессарій оказался непригоднымъ, а послѣ операціи совѣтуютъ больной въ теченіи многихъ мѣсяцевъ носить кольцо. «Больная, подвергаясь операціи вправѣ желать быть здоровой и свободной отъ массиванія и пессарія», говоритъ *Fritsch* (C. f. G., 1896, стр. 971).

Но и этаго мало. Вопросъ о роли круглыхъ и широкихъ связокъ, какъ держателей матки въ физиологической *anteversio* все болѣе выясняется. Изъ эмбриологическихъ наблюденій *Nagel'*я, *Köllicker'*а, *Tschaussow'*а и *Mackenrodta* ⁴²⁾ вытекаетъ, что названнымъ связкамъ приписываютъ несоотвѣтственную имъ роль. Въ статьѣ «*Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus*», *Mackenrodt* въ тезисѣ № 4 утверждаетъ: «тѣло матки не удерживается въ антеверсії своими связками, а пребываетъ въ пассивномъ состояніи, направленіе оно получаетъ отъ верхней части *colli uteri* и удерживается въ своемъ положеніи собственною тяжестью и внутрибрюшнымъ давленіемъ»; въ тезисѣ № 6: «причину нормальнаго положенія матки надо искать въ своеобраз-

номъ прикрѣпленіи шейки къ связкамъ, берущимъ начало изъ Fascia pelvis.»

По указаннымъ причинамъ и *Olshausen* ⁴³⁾, и *Fritsch* ⁴⁴⁾ и мн. др. отрицаютъ значеніе круглыхъ связокъ для возстановленія антеверсії матки.

Если изъ вышеприведенныхъ соображеній вытекаетъ, что операція *Александра-Адамса* либо совсѣмъ не соотвѣтствуетъ своему назначенію, либо пригодна только для весьма легкихъ случаевъ, то чѣмъ спрашивается вызвано принципиальное предпочтеніе, отдаваемое нѣкоторыми авторами этому способу передъ другими оперативными пособіями, предложенными для той же цѣли? Первымъ и, нѣтъ сомнѣнія, вполне основательнымъ аргументомъ является то обстоятельство, что въ большинствѣ случаевъ, хотя также *далеко не всегда* *), беременность и роды послѣ операціи протекаютъ нормально, въ то время, какъ послѣ другихъ оперативныхъ способовъ прикрѣпленія матки чаще встрѣчаются ранневременное прерываніе беременности и осложненія *sub partu*. Еще приводятъ, что только укороченіемъ круглыхъ связокъ возстановляется физиологическая антеверсія, при другихъ же способахъ послѣоперационное положеніе матки не соотвѣтствуетъ нормѣ. Наконецъ, указывается на безопасность самой операціи.

Всѣ эти аргументы, мнѣ бы казалось, не исключая даже академическаго стремленія къ безусловно точному возстановленію физиологической антеверсії, имѣли бы полный *raison d'être*, еслибъ операція *Александра-Адамса* могла быть примѣняема во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ ретроверсії—флексії матки, и въ подвижныхъ и неподвижныхъ, осложненныхъ и неосложненныхъ. Разъ это, какъ мы выше показали, даже не утверждается самими приверженцами укороченія круглыхъ связокъ, разъ приходится выбирать только *легкіе* случаи и для возстановленія послѣднихъ иные авторы намъ еще и преподаютъ предварительно *per vaginam* убѣждаться въ толщинѣ и стойкости круглыхъ связокъ, а въ какой мѣрѣ послѣднія доступны изслѣдованію въ небеременномъ состояніи, всякому гинекологу извѣстно,—то само собой аргументы въ

*) По статистикѣ *Küstner*'а на Женевскомъ сѣздѣ на 120 *Алекс.* операцій приходится 27 родовъ; изъ нихъ только въ 20 они протекали нормально.

пользу укороченія круглыхъ связокъ въ значительной мѣрѣ теряютъ значеніе. Вѣдь больныя съ фиксированными ретроверсіями-флексіями, на почвѣ которыхъ явились хроническіе эндометриты, метриты, оофориты представляютъ немалочисленный контингентъ, который вправѣ требовать избавленія и отъ долготѣвшихъ страданій и отъ нескончаемаго и безрезультатнаго примѣненія ортопедическаго (массажъ, песарій) лѣченія. Если для такихъ больныхъ операція укороченія круглыхъ связокъ признается несоотвѣтственной, то, принимая во вниманіе всѣ вышеизложенныя соображенія, намъ бы казалось: какъ бы рельефно въ отдѣльныхъ случаяхъ ни выступали преимущества ея и въ смыслъ родовой функціи матки и въ смыслъ безопасности операціи, она по существу своему едва ли заслуживаетъ предпочтенія передъ другими однородными оперативными вмѣшательствами, область примѣненія которыхъ значительно туже и потому болѣе отвѣтствуютъ потребностямъ разбираемаго нами заболѣванія.

II.

Слѣдующая затѣмъ операція при *retroversio-flexio uteri mobilis et fixata*, возросшая на блестящихъ результатахъ лапаротоміи, является *Ventrofixatio uteri* или *Hysteropexia abdominalis anterior*.

Какъ велико было стремленіе гинеколога найти дѣйствительное пособіе при указанномъ страданіи, явствуетъ изъ того, что, не взирая на большой процентъ смертности послѣ лапаротоміи въ началѣ 70-хъ годовъ, *Koeberle* ⁴⁵⁾ въ мартѣ 1869 г., съ цѣлью излѣченія больной отъ ретрофлексіи, не только прибѣгъ къ лапаротоміи, но пожертвовалъ вполне здоровымъ яичникомъ. Пришиваніемъ ножки къ брюшной стѣнкѣ *Koeberle* приблизилъ дно матки къ послѣдней. Также оперировали *Sims* ⁴⁶⁾ и *Schroeder* ⁴⁷⁾ при *retroflexio*, осложненной кистами яичника.

Въ 1880 г. *Lawson Tait* ⁴⁸⁾ сдѣлалъ лапаротомію у женщины, страдавшей *oophoritis et retroflexione uteri*. Удаливъ яичникъ, онъ однимъ швомъ пришилъ дно матки къ брюшной стѣнкѣ.

Въ 1881 г. *Hennig* ⁴⁹⁾ вслѣдствіе ретроверсіи сдѣлалъ кастрацію и зашилъ правый lig. ovarii и лѣвый ligamentum latum въ брюшную рану.

На почвѣ этихъ трехъ разныхъ оперативныхъ пособій построены послѣдующія модификаціи ventrofixationis uteri.

Объ операціи по типу *Koeberle* едва ли въ настоящее время приходится говорить, ибо культы послѣ кастраціи опускаются въ полость живота, а не вшиваются въ брюшную рану. Что же касается кастраціи при ретроверсіяхъ-флексіяхъ матки, то она при вполне здоровыхъ яичникахъ предпринималась и многими другими авторами. Такъ, *Fritsch* ⁵⁰⁾ до 1891 г. подвергалъ кастраціи всѣхъ больныхъ, у которыхъ долгое время примѣненіе кольца оказалось безрезультатнымъ.

Первый заговорившій о вентрофиксаціи, какъ о методѣ операціи при перегибахъ и выпаденіяхъ матки, былъ *Olshausen* ⁵¹⁾. Онъ въ 1886 г. на 59 съѣздѣ натуралистовъ въ Берлинѣ предложилъ свой способъ операціи, состоящій въ слѣдующемъ: накладываются швы изъ Silk-worm черезъ круглыя связки непосредственно у рога матки и черезъ переднюю стѣнку широкой связки, которые затѣмъ прикрѣпляются къ брюшнымъ стѣнкамъ.—Свой докладъ *Olshausen* заканчиваетъ слѣдующими словами: «мнѣ бы казалось, что этотъ способъ операціи примѣнимъ только въ единичныхъ, безнадежныхъ случаяхъ фиксированныхъ ретроверсій и выпаденій матки». По этому способу оперировали *Sänger* ⁵²⁾, *Howard A. Kelly* ⁵³⁾ и др.—Въ какой мѣрѣ *Olshausen* былъ послѣдователенъ при постановкѣ показаній къ примѣненію лапаротоміи при ретроверсіи—флексіи и выпаденіи матки, явствуетъ изъ его же работы по поводу разбираемаго нами вопроса, появившейся спустя 9 лѣтъ (1895 г.) послѣ вышеуказаннаго доклада.

Согласно послѣдней оказывается, что съ 1886 г. по 1894 г., *Olshausen* ⁵⁴⁾ вентрофиксировалъ всего 32 раза, что, какъ онъ самъ заявляетъ, на 700—750 ретродеваций въ годъ, составляетъ 0,5⁰/₀; съ 1887 по 1893 г. онъ, однако, ради «чистыхъ» (неосложненныхъ) ретродеваций, оперировалъ 23 раза, при чемъ на долю подвижныхъ матокъ приходится 7, на долю фиксированныхъ 16 вентрофиксацій.

Методъ непосредственнаго пришиванія дна матки къ

брюшнымъ стѣнкамъ предложенъ въ 1888 году *Leopold*'омъ⁵⁵⁾. Онъ накладываетъ 3 шелковыхъ шва черезъ всю толщю брюшныхъ стѣнокъ, изъ которыхъ нижній идетъ черезъ мускулатуру дна матки на уровнѣ круглыхъ связокъ, средній на уровнѣ трубъ, верхній на 1 см. выше.

*Czerny*⁵⁶⁾ модифицировалъ эту операцію. Онъ накладываетъ только 2 шва, не изъ шелка, а изъ Catgut, проводитъ швы подкожно и, завязавъ, закрываетъ брюшную рану шелковыми лигатурами.

*Pozzi*⁵⁷⁾ также подкожно пришиваетъ матку, но непрерывнымъ шелковымъ швомъ, захвативъ 3 раза переднюю стѣнку ея.

*Braithwaite*⁵⁸⁾ пришиваетъ матку 3 поперечными и 2 продольными швами.

*Kümmel*⁵⁹⁾ пришиваетъ матку къ періосту лонныхъ костей и т. д.

Изъ перечисленныхъ методовъ непосредственнаго пришивания дна матки къ брюшнымъ стѣнкамъ привился главнымъ образомъ методъ *Leopold*'а, что между прочимъ видно изъ сообщеній, полученныхъ *Küstner*'омъ отъ 70 операторовъ и доложенныхъ имъ на Женевскомъ съѣздѣ. Оказывается, что на 934 вентрофиксаціи, 254 приходится на способъ *Olshausen*'а и 681 на способъ *Leopold*'а.—Самъ же *Leopold*, начиная съ 1887 г. по 1895 г., оперировалъ по своему способу всего 73 раза. Постановкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству при ретроверсии—флексіи матки, говоритъ *Buschbeck*⁶⁰⁾ въ отчетѣ изъ Дрезденской клиники, поставлены «самыя узкія границы». И такъ мы видимъ, что и *Olshausen* и *Leopold* насколько возможно ограничиваютъ примѣненіе лапаратоміи при ретроверсии—флексіи матки. Даже при отсутствіи прямого указанія на узость границъ, консерватизмъ названныхъ авторовъ сталъ бы нагляднымъ изъ сравненія количества однородныхъ операций, произведенныхъ другими авторами съ той же цѣлью. Въ то время какъ *Olshausen* при громадномъ матеріалѣ Берлинской университетской клиники за 9 лѣтъ вентрофиксировалъ всего 32 раза, *Küstner* въ 2 года и 5 мѣсяцевъ произвелъ эту операцію 140 разъ.

Но чѣмъ спрашивается вызванъ отмѣченный нами консерватизмъ *Olshausen*'а и *Leopold*'а по отношенію къ вентрофик-

сациі въ то время, когда послѣдняя, какъ и лапаротомія вообще, *quo ad vitam*, даетъ такіе блестящіе результаты? Что онъ не вызванъ солидарностью ихъ съ авторами, доказывающими, что перегибы матки назадъ не вызываютъ никакихъ симптомовъ едва ли приходится доказывать. Оно видно изъ того, что изъ числа 32 вентрофиксаций *Olshausen* 23 раза оперировалъ ради «чистыхъ» ретроверсій—флексій. Тоже мы видимъ и у *Leopold'a*: на 54 вентрофиксаций, обнародованныя *Buschbeck'омъ*, 23 приходятся на долю «чистыхъ» перегибовъ назадъ. Приведенныя цифры, хотя и не прямо, но все же вмѣстѣ съ тѣмъ доказываютъ, что едва ли надо искать причину пресловутыхъ «узкихъ границъ» въ томъ, что въ рукахъ *Olshausen'a* и *Leopold'a* палиативное лѣченіе ретрофлексій матки даетъ лучшіе результаты, чѣмъ у другихъ клиницистовъ. Это ими самими не утверждается и опровергается тѣмъ, что они неоднократно вентрофиксировали при простой подвижной ретроверсії, что, казалось бы, не могло бы имѣть мѣста, еслибы результаты лѣченія песаріями были болѣе удовлетворительные, чѣмъ выше отмѣченные у другихъ авторовъ.

Итакъ не въ названныхъ причинахъ дѣло. Но едва ли также ограниченное примѣненіе вентрофиксаций находится въ зависимости отъ тѣхъ упрековъ по ея адресу, въ основѣ которыхъ лежитъ ненормальная функція родовой дѣятельности матки послѣ операціи.

Какъ извѣстно, нѣкоторые авторы вентрофиксацию обвиняютъ въ томъ, что *sub graviditate* она вызываетъ выкидышъ, *sub partu* способствуетъ всевозможнымъ осложненіямъ, *post partum* иногда содѣйствуетъ кровотеченіямъ.

Однако изъ массы обнародованныхъ случаевъ беременности и родовъ послѣ вентрофиксаций видно, что случаи выкидыша, по сравненію со случаями благополучной беременности и вполне нормальныхъ родовъ *post operationem*, встрѣчаются сравнительно рѣдко—это во первыхъ, во вторыхъ нельзя не усмотрѣть, что выкидыши и осложненія *sub partu* далеко не всегда находились въ зависимости отъ предшествовавшей операціи. И чисто случайное совпаденіе отклоненія отъ нормы и техническіе недочеты операціи и даже травма, нанесенная беременной, ставятся въ счетъ вентрофиксаций и

эти случаи регистрируются въ доказательство непригодности послѣдней.

Miländer ⁶¹⁾ на 74 беременныхъ насчитываетъ 6 выкидышей, 3 преждевременныхъ родовъ. Sub partu отмѣчены: 3 поперечныхъ положенія плода, 1 ушное и 1 ножное положеніе. Но въ число выкидышей входитъ и случай *Sänger*'а, въ которомъ зависимость выкидыша отъ операціи не установлена, ибо вторичная беременность окончилась нормально; то же самое *Sänger* утверждаетъ и про случай *Gotschalk*'а; сюда же относится и преждевременные роды у *Leopold*'а, въ которыхъ связь съ операціей не обнаружена, причисляются наконецъ случаи *Fraipont*'а — одной беременной нанесена травма, у другой зависимость выкидыша отъ операціи также отрицается. — Эти соображенія впрочемъ приводятъ и самаго *Miländer*'а къ заключенію, что «*ventrofixatio не препятствуетъ ни зарожденію плода, ни послѣдовательному его развитію до конца беременности*». Единственнымъ лишь мотивомъ для совѣта «*воздержаться отъ венетрофиксаціи въ доклиматическомъ возрастѣ женщины*» для *Miländer*'а и проф. *Губарева* служитъ то, что sub partu венетрофиксація иногда, мѣшая росту матки вверхъ, способствуетъ поперечному положенію плода.

Какъ бы не была нежелательна такая случайность, мнѣ бы однако казалось, что вышеприведенный аргументъ едва ли такъ ужъ вѣсокъ, чтобы на основаніи лишь одного его отказать отъ примѣненія венетрофиксаціи, ибо случаи поперечнаго положенія плода post operationem прежде всего встрѣчаются не такъ часто, какъ это мы увидимъ ниже, а во вторыхъ, само это положеніе, какъ извѣстно, при соотвѣтственномъ уходѣ, не вселяетъ никакихъ опасеній ни для матери, ни для плода.

На 934 венетрофиксаціи согласно сборной статистикѣ *Küstner*'а ⁶²⁾ приходится 98 беременностей, которыя въ 74 случаяхъ протекли нормально, въ 24 были отклоненія, а именно: 15 выкидышей, 1 graviditas tubaria, 3 поперечныхъ положенія, 1 Retentio placentae. Самъ *Küstner* съ октября 1893 г. по 1 марта 1896 г. сдѣлалъ 140 венетрофиксацій; на это число приходится 9 родовъ. Въ одномъ случаѣ родамъ предшество-

валъ выкидышъ, во 2-хъ случаяхъ роды мертвымъ плодомъ; въ 1-мъ случаѣ поворотъ.

Въ клиникѣ проф. *Славянскаго* *) до ноября 1895 г. имъ и его ассистентомъ *А. Р. Фишеромъ* произведены 44 вентрофиксации. Изъ этого числа 29 первичныхъ: 26 ради *retroflexio uteri*, 3 при выпаденіи матки. «Наступавшее забеременование у (2-хъ) женщинъ, бывшихъ ранѣе безплодными, говоритъ *Сл.*, доходить до конца и кончается нормальными родами и послѣродовымъ періодомъ», при чемъ *post partum* констатируется нормальное положеніе матки. Разъ въ январѣ 1894 г. даже пришта беременная уже матка; выздоровленіе гладкое, беременность и роды протекли въ клиникѣ нормально.—Съ 20/хп 1895 по 15/ш 1897 г. произведены еще 14 операций, изъ которыхъ 6 первичныхъ.

Leopold, какъ мы выше указали вентрификсировалъ 73 раза. Резюмируя результаты этихъ операций, *Buschbeck* указываетъ: 1) на безпрепятственное заживленіе брюшной раны во всѣхъ случаяхъ; 2) на отсутствіе смертныхъ случаевъ; 3) на отсутствіе болей въ рубцѣ, 4) на 51 оперированныхъ, о состояніи которыхъ впослѣдствіе получены извѣстія, только 10 жаловались на боли, но внѣ зависимости отъ операции, прочія были здоровы; 5) изъ 41 некастрированныхъ 11 родили и одна находится въ 7 мѣсяцѣ второй беременности; 6) роды 9 разъ окончились своевременно, 2 раза выкидышъ. *Поперечное положеніе плода наблюдалось 1 разъ*; 7) функціональный успѣхъ операции послѣ родовъ вполне благопріятный.

О результатахъ вентрофиксации *Schantz* также высказывается весьма одобрительно. Онъ произвелъ 77 вентрофиксаций «безъ смертнаго случая», при чемъ всѣ случаи имъ въ послѣдствіи провѣренныя оказались вполне излеченными. Беременность и роды ни въ одномъ изъ наблюдавшихся случаевъ не были нарушены.

Изъ цитированныхъ данныхъ не трудно усмотрѣть, что вентрофиксация, какъ коррективъ ретроверсии-флексіи матки,

*) См. мѣсяцъ клинической жизни за ноябрь 1895 г. Отдѣльный оттискъ этого труда и послѣдующія цифры изъ журналовъ клиники, любезно представлены мнѣ почтеннымъ *Е. Ф. Славянскимъ*,—за что приношу ему мою благодарность.

заслуживаетъ вниманія, ибо отвѣчаетъ тѣмъ непосредственнымъ задачамъ, которыя ею преслѣдуются.—Если это такъ, то вновь приходится вернуться къ вопросу, чѣмъ обусловлена узость границъ примѣненія этой операціи, которая такъ настойчиво подчеркивается такими компетентными авторами, какъ *Olshausen* и *Leopold*?

Нѣтъ сомнѣнія, что она кроется въ свойствѣ самой операціи, въ томъ, что для заболѣванія, хотя и сопровождающагося тяжелыми симптомами, но все же не вселяющаго непосредственнаго опасенія за жизнь больной, приходится прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, послѣдствія котораго могутъ, хотя бы и въ рѣдкихъ случаяхъ, угрожать ея жизни.

Не взирая на блестящіе результаты, которые теперь даетъ лапаротомія, никто не станетъ отрицать, что вскрытіе брюшины все же есть самое серьезное хирургическое вмѣшательство и, если смертность послѣ вентрофиксаціи, какъ это вытекаетъ изъ статистики *Baudouin*'а ⁶³⁾ равна только 0,85%, то я былъ бы склоненъ думать, что она именно вызвана ограниченнымъ примѣненіемъ вентрофиксаціи вообще и тѣмъ обстоятельствомъ, что относительно большія цифры вентрофиксаціи появляются изъ единичныхъ клиникъ лицъ, вообще безукоризненно оперирующихъ.—Разъ оказаніе помощи больной, страдающей послѣдствіями ретрофлексіи матки, не будетъ монополіей лишь клиники, чѣмъ она ни по существу, ни по распространенности не должна быть; разъ рамки примѣненія вентрофиксаціи искусственно не будутъ сужены—нѣтъ сомнѣнія: число смертныхъ случаевъ возрастетъ до весьма нежеланныхъ цифръ. *А потерять больную вследствие вентрофиксаціи это далеко не тоже, что потерять ее вследствие лапаротоміи, предпринятой ради заболѣванія, угрожающаго ея жизни, ибо въ случаяхъ послѣдней категоріи тяжесть хирургическаго вмѣшательства вполне соответствовала тяжести заболѣванія, въ первомъ же такого соответствія нѣтъ.*

Приверженцы вентрофиксаціи указываютъ на легкость операціи, на то что брюшина крайне незначительное время только открыта, что рана не велика и т. д. «Вентрофиксацію, для-

щуюся 6—10 минутъ, говорить *Buschbeck* (l. c.), по степени опасности нельзя сравнить съ другими лапаротоміями». Этого при известныхъ условіяхъ, т. е. при подвижной маткѣ, отрицать нельзя, но все же, развѣ для зараженія больной, для шок'а и т. д. требуется установленный размѣръ брюшной раны, развѣ возможность зараженія больной въ первыя «6—10 минутъ» и не мыслима? Возьмется ли кто установить моментъ зараженія, произошло ли оно черезъ 10 или 20 минутъ послѣ вскрытія брюшины? Если цитированные аргументы не совсѣмъ безупречны въ отношеніи примѣненія ея при *retroversio — flexio uteri mobilis*, то тѣмъ менѣе они состоятельны, когда операція производится ради восстановленія фиксированной матки. Тутъ уже брюшную рану приходится значительно расширить ради уничтоженія иногда очень толстыхъ сращеній, вслѣдствіе чего и руки и инструменты болѣе продолжительное время приходятъ въ соприкосновеніе съ внутренними органами полости живота—словомъ, изъ «легкой» операціи вентрофиксация становится «не легкой» и сравненіе ее съ другими лапаротоміями вполне возможно.

Olshausen, хотя и указываетъ на безопасность вентрофиксаци вслѣдствіе усовершенствованныхъ методовъ анти и асептики, но не на безопасность ее во всѣхъ случаяхъ, а лишь при подвижной маткѣ (*mobilem uterus*). Но помимо этихъ соображеній, въ основу замѣны вентрофиксаци вагинальнымъ прикрѣпленіемъ матки легли тѣ преимущества вскрытія брюшины черезъ рукавъ передъ вскрытіемъ ея путемъ лапаротоміи, которыя для цѣлаго ряда заболѣваній женской половой сферы въ настоящее время стали несомнѣнными.

Рубецъ покрововъ живота и его послѣдствія (приращеніе сальника и кишекъ) отсутствуютъ, грыжа бѣлой линіи, относительно такъ часто встрѣчающаяся и требующая вторичной лапаротоміи, невозможна; весьма мало обследованный комплексъ вліяній, называемый шок'омъ, при вагинальномъ вскрытіи брюшины наступаетъ рѣже и дѣйствуетъ менѣе интенсивно; занесеніе инфекціи менѣе возможно, ибо брюшина не такъ доступна вредному воздѣйствію атмосферы (микробы, охлажденіе внутреннихъ органовъ); путь къ достиженію матки и аднексовъ, подлежащихъ операціи короче; Плевус невозможенъ;

процессъ заживленія раны совершается скорѣе; послѣ-операционный періодъ менѣе продолжителенъ—словомъ то, что признается преимуществомъ для оперативнаго вмѣшательства при другихъ заболѣваніяхъ, особенно должно быть принято въ расчетъ при *retroflexio uteri*, такъ какъ послѣдствія ея значительно слабѣе тѣхъ, которыя могутъ быть причинены лапаротоміей.

Приверженцы вентрофиксаціи неохотно отказываются отъ нея потому, что въ ихъ рукахъ получаются удовлетворительные результаты, но правильно на это замѣчаетъ *Landau* ⁶⁴⁾, «es ist aber berechtigt, dass eine gute Methode einer noch besseren den Platz räumt», если таковая имѣется. А что вагинальное прикрѣпленіе матки менѣе сопряжено со случайностями вродѣ вышеприведенныхъ, доказывается и практикой примѣненія вагинальнаго вскрытія брюшины при другихъ заболѣваніяхъ женской половой сферы и вагинофиксаціей, къ изложенію результатовъ которой мы переходимъ.

III.

Родоначальникомъ вагинальнаго прикрѣпленія по праву долженъ считаться *Schücking* ⁶⁵⁾. Онъ первый совѣтовалъ пришиваніе дна матки къ *plica vesico—uterina* и къ передней стѣнкѣ матки. Специально для этой цѣли придуманной иглой, онъ проводитъ толстую шелковую лигатуру по полости матки черезъ переднюю ея стѣнку, а затѣмъ черезъ переднюю стѣнку рукава и этотъ конецъ связываетъ съ другимъ, который выстоитъ изъ наружнаго зѣва. Лигатура эта остается до тѣхъ поръ *in situ*, пока не образуется сращеніе между брюшиннымъ покровомъ матки и брюшиной *Plicae vesico uterinae*, которое вполнѣдствіи удерживало бы матку въ антефлексіи.

Не взирая на то, что въ началѣ эта операція въ Германіи нашла много сторонниковъ, не взирая на то, что результаты *Schücking'a*, провѣренныя имъ на 217 ⁶⁶⁾ случаяхъ были относительно удовлетворительные, операція эта теперь оставлена вслѣдствіе возможности пораненія мочевого пузыря и кишечника, вслѣдствіе того, что лигатуру приходится оставить въ полости матки около 6 недѣль.

По образцу операціи *Schücking*'а въ 1892 году почти одновременно и *Dührssen*'омъ ⁶⁷⁾ и *Mackenrodt*'омъ ⁶⁸⁾ предложены новые способы *vaginofixationis uteri*, но оба они страдали тѣми же недостатками, какъ и ихъ образецъ, ибо и при нихъ брюшина не вскрывалась и возможность пораненія пузыря и кишечника не была устранена. Кромѣ этого число возвратовъ перегиба у обоихъ авторовъ были относительно велики. Но въ 1894 г. *Dührssen* ⁶⁹⁾ въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ выступилъ съ новой модификаціей своего способа, который онъ назвалъ «*intraperitoneale vaginofixation*». Вотъ вкратцѣ техника ея. По извлеченіи *portionis vaginalis* и послѣ предварительнаго установленія нижняго края мочевого пузыря, поперечнымъ разрѣзомъ въ 1—2 cm., который потомъ еще расширяется въ обѣ стороны ножницами, держась непосредственно у матки, дабы не поранить мочетниковъ, вскрывается передній сводъ. Оттягивая щипцами *Muzeux* верхній край разрѣза, операторъ пальцами отодвигаетъ вверхъ мочевой пузырь, приблизительно до уровня внутреннего зѣва. На этомъ уровнѣ подъ мочевымъ пузыремъ лежитъ тонкая, легко смѣщающаяся складка брюшины—*plisа vesico-uterina*. Захвативъ и разрѣзавъ ее ножницами, верхній край *plisae* соединяется двумя швами съ переднимъ краемъ рукава. Такимъ образомъ вскрывается брюшная полость. Для извлеченія же матки и аднексовъ проводятся черезъ видимую въ разрѣзѣ часть передней стѣнки матки временныя нити или она захватывается пулевыми щипцами постепенно все выше, до тѣхъ поръ, пока, при потягиваніи за нити или щипцы, въ разрѣзѣ не покажется дно матки. Послѣ осмотра внутреннихъ половыхъ органовъ, уничтоженія сращеній, если таковыя имѣются, накладываются 2—3 лигатуры изъ *Silkworm* въ сагитальномъ направленіи черезъ стѣнку рукава, черезъ брюшину и поверхностно черезъ переднюю стѣнку тѣла матки. Только послѣ вправленія въ брюшную полость извлеченныхъ органовъ, лигатуры завязываются. Затѣмъ слѣдуетъ зашиваніе поперечной рукавной раны сагитальнымъ непрерывнымъ швомъ изъ *Catgut*. Я изложилъ ходъ операціи *вкратцѣ* такъ, какъ я самъ ее наблюдалъ, неоднократно, при ней присутствуя и ассистируя *Dührssen*'у.

Уже съ небольшимъ черезъ годъ на гинекологическомъ конгрессѣ въ Вѣнѣ (1895) *Dührssen* ⁷⁰⁾ говорить о результатахъ своихъ 100 случаевъ интраперитонеальной вагинофиксаци, изъ которыхъ въ 98, изслѣдованіе *post operationem* показало нормальное положеніе матки и въ большинствѣ случаевъ освобожденіе больныхъ отъ симптомовъ, которыми онѣ страдали.

Благодаря безусловно легкой техникѣ, благодаря тому, что всякій отдѣльный моментъ операціи контролируемъ глазомъ благодаря устраненію случайностей вродѣ выше отмѣченныхъ, и тому, наконецъ, что непосредственный успѣхъ операціи, т. е. стаціонарное возстановленіе антеверсиі матки не подлежитъ сомнѣнію, новая операція *Dührssen*'а нашла много адептовъ.

Такъ мы видимъ, что *Wertheim* ⁷¹⁾ изъ клиники *Schauta* указываетъ на 10 интраперитонеальныхъ вагинофиксаций по *Dührssen*'у, съ несомнѣннымъ успѣхомъ во всѣхъ случаяхъ; въ 6 послѣдующихъ операціяхъ успѣхъ слишкомъ еще свѣжъ.

«Portio vaginalis всегда лежала кзади», говоритъ *W.*, «фиксация матки у передней стѣнки рукава, вначалѣ крѣпкая (*starr*), впоследствии становится свободнѣе (*lockerer*), такимъ образомъ матка получаетъ нормальную подвижность».

Въ этомъ же году, въ *Münchener med. Wochenschrift*, *Madlener* ⁷²⁾ говоритъ о 43 такихъ операціяхъ. И имъ констатируется несомнѣнный успѣхъ операціи, т. е. стойкость фиксациі матки съ передней стѣнкой рукава.

Въ *Deutsche med. Wochenschrift* также и *Kossmann* ⁷³⁾ указываетъ на *vaginofixatio*, какъ на надежную операцію, исходя изъ того, что при ней удобно уничтоженіе сращеній матки, что при ней невозможны послѣдовательныя кровотечения, что сращения *omentī majoris* и кишечника, какъ при *hysteropexia abdominalis*, приключиться не могутъ.

Въ *Berliner klin. Woch.* 1896 г. *Wendeler* ⁷⁴⁾ изъ клиники *Martin*'а говоритъ о 149 случаяхъ *Dührssen*'ской операціи. Вотъ результаты: *Ни одна не умерла. У 89 вполне нормальное теченіе послѣоперационнаго періода, только у 5 высокая температура.* Недомоганія болѣе серіозныя со стороны мочевого пузыря отсутствовали во всѣхъ случаяхъ. Изъ 87

подвергшихся контролю только у 9 симптомы не исчезли, прочіе вполне выздоровѣли.

Число операторовъ, подтверждающихъ цѣлесообразность, безопасность и успѣхъ въ достиженіи непосредственной цѣли операціи, можно бы изъ литературы значительно увеличить, но это насъ завело бы слишкомъ далеко.

Перейду теперь къ упрекамъ по адресу разбираемой операціи. Съ легкой руки *Strassmann'a* ⁷⁵⁾ стали появляться указанія на опасность операціи, вызывающую осложненія *sub partu*.

Въ Іюнѣ 1895 *S.* въ Берлинскомъ гинекологическомъ, обществѣ говорилъ о случаѣ *Porro'*вской операціи, произведенной *sub partu* надъ больной, у которой *Dührssen* въ 1893 произвелъ *vaginofixatio* и *Cöliomiotomia*. Но едва ли этотъ случай доказателенъ въ смыслѣ ненормальной родовой функціи матки, будто вызванной вагинофиксаціей, ибо послѣ вылушенія міомы на передней стѣнкѣ матки образовалась обширная раневая поверхность, поведшая къ слишкомъ сильному, стойкому, не подававшемуся растяженію сращенію съ передней стѣнкой рукава, вслѣдствіе котораго нормальная родовая дѣятельность матки была нарушена. 25 октября того же года *Strassmann* ⁷⁶⁾ привелъ еще случай родовъ *post vaginofixationem*, который поворотомъ окончился благополучно.

Случай кесаровскаго сѣченія послѣ вагинофиксаціи описанъ и *Graefe*. ⁷⁷⁾

Wertheim ⁷⁸⁾ также описалъ одинъ случай ненормальныхъ родовъ, потребовавшихъ поворота, но благополучно кончившихся. Такой же случай описанъ *Rühle'*мъ. ⁷⁹⁾

Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ этихъ случаевъ, не безинтересно указать въ чемъ состояли осложненія *sub partu*. Оказывается, что *portio vaginalis uteri* стоитъ необыкновенно высоко, что задняя стѣнка матки сильно выпячивается-растягивается, передняя же губа и нижній отрѣзокъ передней стѣнки матки, мало участвуя въ общемъ раскрытіи, вслѣдствіе слишкомъ сильнаго сращенія съ рукавомъ, тверды, неподатливы, иногда образуютъ кольцообразное затверденіе; положеніе же плода часто поперечное.

Изъ этого описанія видно, что и при *vaginofixatio sub*

partu повторяется то же, что и при *hysteropexia abdominalis* по *Leopold'y*.

И такъ, причина этихъ ненормальностей *sub partu* есть слишкомъ интенсивное сращеніе соединенныхъ между собою органовъ, но, какъ это вполне правильно замѣчаетъ *Kossmann*, эти случайности не находятся въ зависимости отъ метода, какъ такового, а отъ несоответственнаго фиксаціоннаго шва. Онъ совѣтуетъ сдѣлать разрѣзъ рукава длиннѣе, верхній шовъ наложить на 2 *cm* ниже, словомъ наложить швы такъ, что бы матка не слишкомъ была загнута по передней поверхности, затѣмъ оставить употребленіе *Silkworm*, ведущій къ слишкомъ сильному сращенію, а употреблять *Catgut*, какъ это дѣлаетъ *Martin*.

Почти тоже говорить и *Sippel*,⁸⁰⁾ онъ совѣтуетъ пришиваніе не дна матки, а тѣла на 1—2 *cm* выше угла перегиба. Это же утверждаетъ *Schauta*. Въ осложненіяхъ *sub partu* повиненъ не методъ, а слишкомъ сильная фиксація. «Тоже что и при *vaginofixatio*, мы переживали при абдоминальной фиксаціи» (1. с. 1066 стр.)

Въ отвѣтъ на мало объективную и крайне рѣзкую критику *Bockelmann'a*, *Olshausen*⁸¹⁾ заявляетъ что въ вагино-фиксаціи онъ видитъ «очень хорошую операцію». «Я бы думалъ продолжаетъ онъ, что будущее принадлежитъ вагинофиксаціи». Изъ тотъ компетентный взглядъ высказывается не взирая на алармирующіе доклады *Strasmann'a* и др., не взирая на то, что самъ *Mac-kenrodt*, усомнившись въ успѣхѣхъ вагинофиксаціи, отъ нея отказывается въ пользу новорожденного своего дѣтища — *vesico-fixatio* и, что весьма характерно, не взирая на то, что *Olshausen* самъ первый предложилъ оперативное пособіе для интересующаго насъ страданія. Отсутствие послѣдней характерной черты очень ярко выступаетъ у тѣхъ авторовъ, которые съ большей или меньшей пользой предложили новыя оперативныя пособія для той же цѣли (см. литературу объ интраперитонеальномъ укороченіи круглыхъ связокъ).

На мой запросъ проф. *Феноменовъ* любезно сообщилъ мнѣ: «при ретродевіаціяхъ матки, если онъ вызываютъ тяжелые припадки, я дѣлаю только влагалитичное пришиваніе матки (*vaginofixatio*) и т. д.». «Такого рода операцій мною произ-

ведено девять. Результаты удовлетворительные; одна больная, через 2 года послѣ операциі, родила въ срокъ, беременность и родовой актъ прошли вполне нормально» *).

Согласно отмѣченнымъ соображеніямъ на счетъ модификацій наложенія шва, самъ *Dührssen* еще раньше, чѣмъ цитированные авторы, нѣсколько видоизмѣнилъ свой методъ⁸²). *Plica vesico-uterina* имъ теперь зашивается отдѣльно; матка такимъ образомъ сращена непосредственно только съ брюшиной, послѣдняя же соединяется съ рукавомъ. Такимъ образомъ получается лишь серозное сращеніе, которое менѣе интенсивно; вмѣсто *Silkworm* онъ беретъ *Catgut* для фиксаціоннаго шва.

Остановлюсь еще на упрекѣ по адресу *Dührssen*'а, состоящаго въ томъ, что въ угоду предложеннаго имъ способа, онъ вполне отрицаетъ примѣненіе массажа, *Lifting* и кольца. Изъ личныхъ моихъ наблюденій въ его поликлиникѣ и клиникѣ, въ теченіи многихъ мѣсяцевъ, я могу подтвердить, что указанное выше ортопедическое лѣченіе примѣнялось неоднократно, могу подтвердить, что больныя, впоследствии подвергнутыя вагинофиксациі, либо имъ самимъ и его ассистентами, или раньше ихъ, внѣ его поликлиники, другими врачами, были пользуемы паліативными способами, но безрезультатно.

Считалъ бы также не лишнимъ указать, что при изслѣдованіи больныхъ, въ разное время *Dührssen*'омъ оперированныхъ, и пришедшихъ для контроля, я безъ исключенія у всѣхъ находилъ полный успѣхъ операциі. Въ болѣе свѣжихъ случаяхъ матка лежала ближе къ рукаву, у другихъ же, болѣе или менѣе давно оперированныхъ, матка была подвижна и между прикрѣпленными поверхностями константировалось разстояніе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ матка лежала въ прямомъ размѣрѣ таза, въ серединѣ между симфизомъ и мысомъ.

Что же касается легкости и безопасности операциі, то, считая ее безусловно легкой и безопасной, — *D.* производилъ ее *demonstrationis causa* въ 5—6 минутъ — думалъ бы, что ее все же нельзя сравнивать съ *excochleatio cavi uteri*, какъ это дѣлаетъ *Dührssen*.

*) Письмо отъ 3 ноября 1896. Выражаю благодарность уважаемому проф. Феномену за это сообщеніе.

Въ случаяхъ, въ которыхъ кромѣ вагинофиксаціи, другія оперативныя вмѣшательства (amputatio port. vag. colporrhaphia ant. et post., perinorrhaphia) не потребовались, больныя на 8—10 день вставали; только въ исключительныхъ случаяхъ температура въ теченіи 1—2 дней подымалась и то не всегда въ зависимости отъ операціи.

Что же касается симптомовъ болѣзни, то ихъ исчезновеніе константировалось не всегда тотчасъ послѣ операціи, а въ болѣе или менѣе продолжительное время послѣ нея.

Въ числѣ изслѣдованныхъ мною больныхъ были 2, которыя провели нормальную беременность, одна, у которой р. ср. былъ выкидышъ. Во всѣхъ случаяхъ положеніе матки было нормально. Функциональный успѣхъ операціи мною также провѣренъ у больной, о которой *D.* говорилъ на съѣздѣ въ Вѣнѣ въ 1895 г.

Итакъ, подводя итогъ всему тому, что мы о способѣ *D.* находимъ въ литературѣ и въ чемъ отчасти лично успѣли убѣдиться, мы должны отмѣтить: 1) легкость операціи, 2) безопасность ее quo ad vitam, 3) цѣлесообразность въ смыслѣ достиженія непосредственной задачи операціи и 4) возможность осложненія sub partu. — Но эта послѣдняя отрицательная сторона операціи несомнѣнно устранится при новомъ усовершенствованномъ закрытіи разрыва рукава и наложеніи фиксирующихъ швовъ; кромѣ того она безусловно устранима при указаніи больной, чтобы послѣдующіе роды протекли подъ наблюденіемъ врача. Снабжаемъ же мы подобными совѣтами женщинъ съ узостью таза, либо для производства ранневременныхъ родовъ, либо для кесаровскаго сѣченія, при относительно показаніи.

Едва ли поэтому правы тѣ авторы, которые при несомнѣнномъ преимуществѣ vaginofixationis uteri передъ другими однородными операціями, отрицаютъ пригодность вагинофиксаціи и совѣтуютъ *«не прибѣгать къ этой операціи въ климактерическомъ возрастѣ женщинъ»*. Совѣтъ примѣнять ту или другую операцію вслѣдствіе ретрофлексіи матки *«по наступленіи климактерическаго возраста»*, какъ это преподается и отрицателями hysteropyxiae abdominalis anterior и vaginofixationis, едва ли практически правиленъ. Какъ извѣ-

стно, у такихъ больныхъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, вопросъ о послѣдствіяхъ ретрофлексіи, какъ: дисменорея, мено—и метрорагія, застойныя явленія, приливы крови къ половымъ органамъ, выкидыши и безплодіе—предрѣшается въ отрицательномъ смыслѣ самой природой; при постепенной атрофіи внутреннихъ половыхъ органовъ все это и нервные явленія исчезаютъ само собой, по этому такая операція могла бы быть примѣняема развѣ лишь съ косметической цѣлью, ибо по существу больной безразлично въ какомъ положеніи у нее находится матка, развѣ это положеніе неудобствъ ей не причиняетъ.

Резюмируя все вышеизложенное, я бы полагалъ:

1) мнѣніе авторовъ, утверждающихъ, что ретрофлексія матки не есть самостоятельная форма страданія не доказано;

2) лѣченіе однихъ лишь послѣдствій перегиба, развѣ только кратковременно облегчить страданія больной, но излѣчить ее не можетъ;

3) примѣненіе песарія и другихъ ортопедическихъ способовъ во всѣхъ подходящихъ случаяхъ должно быть испробовано, но, при неудачѣ, слѣдуетъ перейти къ хирургическому вмѣшательству;

4) изъ числа послѣднихъ *vaginofixatio intraperitonealis* по *Dührssen*'у, какъ оперативное вмѣшательство менѣе опасное, чѣмъ *hysteropexia abdominalis anterior* и безусловно болѣе отвѣчающая потребностямъ перегиба матки назадъ, чѣмъ Александро-Адамовская операція, вполнѣ заслуживаетъ примѣненія.

Покончивъ насколько возможно кратко освѣщеніе интересовавшаго меня вопроса не могу не указать: 1) что я не преслѣдовалъ цѣли исчерпать всю мнѣ доступную литературу, ибо не въ количествѣ, мнѣ казалось, дѣло. Она приводилась мною лишь въ размѣрахъ необходимыхъ для подтвержденія того или другаго положенія вопроса; 2) что отсутствіе подкрѣпленія соотвѣстственными случаями изъ собственной 15 лѣтней практики, на основаніи которыхъ между прочимъ отчасти сложился выше приведенный личный взглядъ на сущность и терапію перегиба матки назадъ, объясняется тѣмъ, что явленія мною

наблюдавшіяся, были шаблонно тѣ же, какъ онѣ наблюдались и другими. По той же, причинѣ не приведены 4 оперативные случая (2 вентрофиксаци, 2 вагино-фиксаци).

Въ концѣ этой работы считаю пріятнымъ для себя долгомъ благодарить проф. *Dührssen'a* за коллегіальное ко мнѣ отношеніе, за то, что онъ далъ мнѣ возможность пользоваться матеріаломъ его поликлиники и клиники, за готовность содѣйствовать изученію интересовавшаго меня вопроса.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *B. S. Schultze*.—Path. u. Ther. d. Lageveränd d. Gebärm. 1886, стр. 43.
- 2) *Sänger*.—Centr. f. Gyn., 1885.
- 3) *Winckel*.—Lehrb. d. Frauenkr. 1886, стр. 337.
- 4) *Lohlein*.—Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 8.
- 5) *Vedeler*.—Arch. f. Gyn., XIX, стр. 294.
- 6) *Küstner*.—Lehrb. der. Gyn. v. I. Veit, 1897.
- 7) l. c.
- 8) *Schauta*.—Lehrb. d. gesamten Gynäk. 1896.
- 9) *Küstner*.—l. c.
- 10) *Kisch*.—Die Sterilität des Weibes, 1886.
- 11) *Kleinwächter*.—Zeitschr. f. Geb. u. G., XXXIII 2.
- 12) *P. Müller*.—Krankh. d. w. Körper. 1888.
- 13) *Schroeder*.—Lehrb. d. Gynaek. 1886.
- 14) *Sielsky*.—Centr. f. G. 1888, стр. 695.
- 15) *Schauta*.—l. c.
- 16) *Olshausen*.—Zeitschr. f. G. и G. XXXII i.
- 17) *Sänger*.—Ueber Pessarien 1890.
- 18) *Löhlein*.—Zeitschr. f. Geb. и G. Bd. стр. 102.
- 19) *Küstner*.—l. c.
- 20) *Fritsch*.—Gynaek. Operationen 1891/92.
- 21) *Славянскій*.—Журн. акуш., 1891. стр. 9.
- 22) *Губаревъ*.—Ж. ак. 1896. декабрь.
- 23) *Küstner*.—Отчетъ Женевскаго Съѣзда.
- 24) *В. С. Груздевъ*.—Врачъ, 1896. № 20.
- 25) *Doleris* и *Ricard* см. *Pozzi*.—Lehrb. der operat. Gyn., 1892.
- 26) *Edebohls*.—Centr. f. G. 1891, № 26.
- 27) *Munde*.—Centr. f. G. 1889, стр. 486 и 1010.
- 28) *Imlach*.—Цит. по *Pozzi* l. c.
- 29) *Matlakowsky*.—C. f. G., 1888, стр. 641.
- 30) *Frank*.—C. f. G. 1891, № 36.
- 31) *Segond*.—Цит. по *Pozzi* l. c.
- 32) *Kocher*.—Цит. по *Lanz*.—Arch. f. G., 44, стр. 348.
- 33) *Werth*.—Цит. по *Груздеву*,—Врачъ, 1896.
- 34) *Beurnier*.—C. f. G., 1889, № 14.
- 35) *Mundé*.—C. f. G., 1889, стр. 140.
- 36) *Byford*.—C. f. G., 1888, № 25.
- 37) *Polk, Lanz*.—Arch. f. Gyn., 44.
- 38) *Расенцевъ*.—Диссертація.
- 39) *Cushing*. }
- 40) *Edebohls*. } Цит. по *Груздеву*.
- 41) *Kümmel*.—C. f. G., 1888, № 16.
- 42) *Mackenrodt*.—Arch. f. Gyn., 44.
- 43) *Olshausen*.—C. f. G., 1891, стр. 898.
- 44) *Fritsch*.—Gyn. oper. 1891/92.

- 45) Koeberle. }
 46) Sims. }
 47) Schroeder. } Цит. по Pozzi l. c.
 48) Lawson Tait. }
 49) Hennig. }
- 50) Fritsch.—Gyn. op. 1891/92.
 51) Olshausen.—C. f. G., 1886, № 43.
 52) Sängner.—C. f. G., 1888, № 2 и 3.
 53) Kelly.—Цит. по Sängner C. f. G., 1888, № 2.
 54) Olshausen.—Zeitschr. f. G., 1895, XXXII i.
 55) Leopold.—Centr. f. G., 1888, № 11.
 56) Czerny.—Beiträge z. klin. Chir. Bd. 4, Hft. 1.
 57) Pozzi.—l. c
 58) Braithwaite.—C. f. G., 1893, № 28.
 59) Kümmel.—Deutsche med. Woch., 1894. № 33.
 60) Buschbeck.—Arch. f. Gyn., 1896, 52, III.
 61) Miländer.—Zeitschr. f. G., 1895, 33, III.
 62) Küstner.—Отчетъ Женевскаго Създа.
 63) Boudouin.—Цит. по Centr. t. G., 1891, стр. 58.
 64) M. Landau.—Arch. f. Gyn., 1894, 46, I.
 65) Schücking.—C. f. G., 1888, № 12, 42.
 66) Idem.—C. f. G., 1891, № 36.
 67) Dührssen.—C. f. G., 1892, № 47.
 68) Mackenrodt.—C. f. G., 1892, № 25.
 69) Dührssen.—C. f. G., 1894, № 13, Arch. f. G., XLVII.
 70) Dührssen.—C. f. G., 1895, № 29.
 71) Wertheim.—C. f. G., 1895, № 17.
 72) Madlener.—C. f. G., 1896, № 12.
 73) Kossmann.—C. f. G., 1896, № 12.
 74) Wendeler.—C. f. G., 1896, № 30.
 75) Strassmann. Arch. f. G., 52, III.
 76) Idem.
 77) Graefe.—Monatschr. f. G. u G. Bd. II, 6.
 78) Wertheim.—C. f. G., 1896, № 2.
 79) Rühl.—C. f. G., 1896, № 6.
 80) Sippel.—C. f. G., 1896, № 47.
 81) Olshausen—Zeitschr. f. G., XXXIV, 2. стр. 304.
 82) Dührssen.—C. f. G., 1896, № 22.

III.

Случай вылушенія подслизистой міомы матки. Продыравливаніе стѣнки матки. Вырѣзаніе матки при помощи келіотоміи. Выздоровленіе. (*Enuclatio vaginalis miomatis submucosi uteri. Perforatio uteri. Coeliohysteerectomia. Sanatio*).

Д-ра Якова Розенталя.

(Ординатора Гинекологическаго Отдѣленія Варшавской Еврейской Больницы).

28 октября 1896 г. прибыла въ больницу, присланная ко мнѣ докторомъ *Иссерсономъ* изъ Бѣлостока, жительница того-же города, замужняя Н. М., 40 лѣтъ отъ роду, темнорусая, маленькаго роста, малокровная, блѣдная, плохо упитанная; родила 12 разъ, послѣдній—2 года тому назадъ. Мѣсячныя послѣ родовъ появлялись у нея каждыя 4 недѣли обильныя; послѣдніе два мѣсяца—кровоотеченія, связанныя съ потужными болями постояннаго характера. При изслѣдованіи найдена опухоль, величиною въ головку новорожденнаго ребенка, выполняющая весь просвѣтъ влагалища, съ поверхностью, покрытой сѣрожелтымъ налетомъ. Въ верхней своей части опухоль сжужена и обхватывается зѣвомъ и шейкой матки. Изслѣдующій палецъ легко проходитъ между передней губой матки и опухолью въ маточную полость и ощущаетъ продолженіе опухоли, составляющее ея ножку, толщиною въ 3—4 пальца, выходящую широкимъ основаніемъ съ задней стѣнки матки. Задняя губа маточнаго зѣва сращена съ опухолью. Сама матка увеличена и подвижна.

Такимъ образомъ, мы имѣли передъ собою подслизистую міому матки, частью самовольно образовавшуюся во влагалищѣ. Къ совершенному удаленію опухоли посредствомъ экстирпаціи я приступилъ 30 октября. Въ спинно-ягодичномъ положеніи больной, я схватилъ опухоль двумя пулевыми щипцами, которые велѣлъ держать ассистенту и тянуть опухоль. Войдя пальцемъ

по передней поверхности опухоли въ маточную полость, я старался подъ его руководствомъ надрѣзать ножницами покровы опухоли у ея основанія, что вполнѣ удалось, а тогда я сталъ вылуцать пальцемъ опухоль изъ ея ложа. Встрѣтивъ въ дальнѣйшемъ вылуцении затрудненія, я велѣлъ ассистенту поднять опухоль вверхъ и впередъ, и наглядно увидѣвъ такимъ образомъ сращеніе задней губы матки съ опухолью, я надрѣзалъ оное по направленію къ опухоли. Войдя концомъ пальца въ образовавшееся такимъ образомъ углубленіе, я дальше вылуцалъ опухоль сзади. Ножка дѣлалась все свободнѣе и податливѣе, и когда, наконецъ, я замѣтилъ, что толщина ея значительно уменьшилась, такъ что можно было ее обхватить пальцемъ, я однимъ ударомъ ножницъ отрѣзалъ ее отъ матки и удалилъ опухоль. Во время вылуцения кровотоčenja почти не было. Послѣ удаленія опухоли, кровь начала вытекать въ небольшомъ количествѣ. Видя, что послѣ орошенія матки 20% растворомъ карболовой кислоты кровотоčenje не прекращается, я приступилъ къ тампонаціи полости матки іодоформенной марлей. Тогда мое вниманіе обратило большое количество марли, употребленной для тампонаціи (больше 1 метра). Въ ту же минуту у больной наступилъ сильный коллапсъ: отсутствіе пульса, отсутствіе дыханія, потеря сознанія; глазныя яблоки направлены вверхъ. Примѣнено искусственное дыханіе, впрыскиваніе подъ кожу эфира съ камфорой. Комбинируя значительное количество марли, употребленной для тампонаціи съ тѣмъ значительнымъ упадкомъ силъ, имѣющимъ всѣ признаки проникновенія инородной жидкости въ полость брюшины, я сейчасъ же предположилъ разрывъ матки; осмотрѣвъ вырѣзанную опухоль, я дѣйствительно нашелъ на верхушкѣ ножки брюшину. Такимъ образомъ извѣстная часть задней стѣнки матки была вырѣзана вмѣстѣ съ ножкой.

Сейчасъ же я приступилъ къ *coeliotomii*. Послѣ вскрытія брюшной полости и удаленія іодоформной марли, оказалось, что кровотоčenje въ брюшную полость ограничилось только тѣмъ количествомъ крови, которымъ была пропитана марля. На задней стѣнкѣ матки, сейчасъ же надъ шейкой, я нашелъ овальное отверстіе съ неровными краями, длиною въ 2 *cm.*, шириною въ 1½ *cm.* Такъ какъ о зашиваніи не могло быть и рѣчи, то я произвелъ *hysterectomy* по упрощенному, однолоскутному способу *Zweifel*'я. Операция продолжалась 15 минутъ. Больная находилась въ положеніи *Trendelenburg*'а. Въ то время, когда товарищи Юровскій и Финкелькраутъ сшивали кожную рану живота, я вприснулъ оперированной подъ кожу въ области обѣихъ ключицъ 1000 граммовъ фізіологическаго раствора поваренной соли. Пульсъ началъ уже повышаться во время самой *hysterectomy*, а во время зашиванія кожной раны, у больной появилось уже сознаніе, и она начала даже говорить. Какъ вылуцение, такъ и *coeliotomy* были произведены безъ наркоза. Вечеромъ того-же дня при температурѣ тѣла въ 38,8° с. и едва

ощутимомъ пульсѣ, я влилъ больной снова подъ кожу 1000 гр. физиологическаго раствора.

30/х. t° 36,8° С. п. 100, хорошо ощутимый. Ночью спала. Никакихъ болей вообще, а въ животѣ въ частности, нѣтъ. Субъективно чувствуетъ себя вполне хорошо. Вечеромъ t° 36,8° С. п. 100.

1/хi. t° 37,4° С. п. 105, хорошо развитой. Жалуется на кашель и охриплость. Констатировано bronchitis catarrhalis diffusa въ обоихъ легкихъ. Животъ безъ боли. Языкъ обложенъ, но влаженъ. Послѣ клистира два испражненія съ газами. Вечеромъ t° 37,8° С. п. 105.

2/хi. t° 37,8° С. п. 116. Бронхитъ, несмотря на употребленіе теплыхъ компрессовъ и сухихъ банокъ, продолжается. Испражненія не было, но газы отходятъ. Вечеромъ t° 38,4° С. п. 116.

3/хi. t° 38,6° С. п. 116. Бронхитъ уменьшился, только въ нижнихъ доляхъ обоихъ легкихъ везикулярное дыханіе съ хрипами. Мокроты слизи гнойной-много (sputa globosa). Животъ мягкій, не вздутый. Однимъ словомъ, у больной было воспаление легкихъ, такъ называемое „Schlückpneumonie“ которое, продолжалось 4 дня и окончилось 7/хi полнымъ выздоровленіемъ.

6/хi. Сняты брюшные швы. Кожная рана оказалась склеенной, нужно было однако ее расклеить вслѣдствіе нагноенія въ подкожной жирной клѣтчаткѣ. Брюшина и фасція хорошо сросшены.

9/хi. При t° 37,4° С. и п. 104, найдено притупленіе правой легочной верхушки сзади и бронхиальное дыханіе въ томъ же мѣстѣ. Это новое воспаление верхушки легкаго продолжалось 4 дня и вполне всосалось. Съ 14/хi больная чувствуетъ себя вполне хорошо; испражненія ежедневно, аппетитъ хорошій; дожидается только заживленія брюшной раны, чтобы выписаться и уѣхать, что и наступило 5 января 1897 года.

Несмотря на то, что вылушеніе подслизистыхъ міомъ матки (enucleatio per vaginam)—операция давно извѣстная, такъ какъ она въ первый разъ была произведена еще *Amassot*'омъ 1840 г., ею пренебрегали, по причинѣ неудовлетворительныхъ отъ нея результатовъ. Смертность при этой операциі, по *Gusserow*'у ¹⁾, равнялась 33,1°/о и происходила не столько отъ кровотеченій и раненій, сколько отъ инфекціи. *Gusserow* во 2-мъ изданіи своего труда въ 1886 году, высчитываетъ уже смертность отъ этой операциі 14,6°/о. Операциі были произведены послѣ 1873 г., когда, слѣдовательно, на антисептику было обращено уже должное вниманіе. *Lomer* ²⁾ въ 1883 году обнародовалъ результаты этой операциі въ клиникѣ *Schröder*'а и возбудилъ новый къ ней интересъ. Онъ собралъ съ 1873—

¹⁾ Handbuch der Frauenkrankheiten. 1877.

²⁾ Zeitschrift für Geburtsh. und Gyn., B. IX, стр. 177.

1883 г. 130 случаевъ, изъ которыхъ 18 окончились смертью. Въ списокъ его отмѣчены: 21 случай *Schröder*'а, 6 случаевъ *Martin*'а и 17 *Frankenhäuser*'а. Съ 1884 по 1896 г. включительно я нашелъ въ доступной мнѣ литературѣ слѣдующіе случаи:

	Операци.	Смертный исходъ.
1884. <i>Pozzi</i> ³⁾ , <i>Bidder</i> ⁴⁾ произвели по 1 операци	2	—
1885. <i>Nieberding</i> ⁵⁾	1	—
1886. <i>Hegar</i> и <i>Kaltenbach</i> ⁶⁾	24	4
— <i>Frankenhäuser</i> ⁷⁾ послѣ отчисленія случаевъ обн. <i>Lomer</i> 'а	6	1
1887. <i>Swiscicki</i> ⁸⁾	2	—
— <i>Kleinwächter</i> ⁹⁾	2	—
1888. <i>Zweifel</i> ¹⁰⁾	1	—
1889. <i>Fischel</i> ¹¹⁾	1	—
1890. <i>Nebel</i> ¹²⁾ случаи <i>Hofmeyer</i> 'а	11	2
— <i>Leopold</i> ¹³⁾	28	2
1892. <i>Chrobak</i> ¹⁴⁾	43	1
— <i>Péan</i> ¹⁵⁾	40	3
— <i>Hofmeier</i> ¹⁶⁾ послѣ отчисленія случаевъ <i>Nebel</i> 'а	2	—
1893. <i>Martin</i> ¹⁷⁾ послѣ отчисленія случаевъ <i>Lomer</i> 'а	29	6
— <i>Meyer</i> ¹⁸⁾ случай <i>Czermy</i>	15	—
— <i>Laroyenne</i> ¹⁹⁾	1	—
— <i>Küstner</i> ²⁰⁾	1	—
1894. <i>Lochlein</i> ²¹⁾	4	—
1896. <i>Veit</i> ²²⁾	20	1
— <i>Winter</i> ²³⁾	1	—
— <i>Mackenrodt</i> ²⁴⁾	1	—
Всего	236	19 = 8,05%

³⁾ Gaz des Hôpitaux, 1884, № 29.

⁴⁾ St. Petersburg Med. Woch., 1884, № 1.

⁵⁾ Centralbl. f. Gyn., 1885, № 39.

⁶⁾ Operative Gynäk., 3 Aufl., 1886.

⁷⁾ у *Hegar*'а и *Kaltenbach*'а.

⁸⁾ Centralbl. f. Gyn., 1887, № 23 и Przegl. Lekarski, 1888, № 37.

⁹⁾ Wiener Med. Presse, 1887, № 42.

¹⁰⁾ Centralbl. f. Gyn., 1888, № 25.

¹¹⁾ Ibidem, 1889, № 26.

¹²⁾ Münch. Med. Woch., 1890, № 3.

¹³⁾ Archiv f. Gyn., Bd. 38, H. 1.

¹⁴⁾ Ueber die vaginale Enucleation der Uterusmyome. Saml. Klin-Vortr. N. F., № 43.

¹⁵⁾ у *Chrobak*'а.

¹⁶⁾ Ibidem.

¹⁷⁾ Pathologie u. Therapie der Frauenkr., 3 Aufl., 1893.

¹⁸⁾ Zeitschrift f. Geburts. und Gyn., 1894, Bd. XXVII и XXVIII.

¹⁹⁾ Province médicale, 1893, № 17.

²⁰⁾ Deutsch. Med. Wochenscr., 1893, № 1.

²¹⁾ Centralbl. f. Gyn., 1894, № 19.

²²⁾ Verhandl. der Berl. Geburtsh. Gesel. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., B. XXIV.

²³⁾ и ²⁴⁾ Verhandl. der Berliner Geburtshil. Gesellschaft. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gyn., B. XXXV, стр. 132 и 145.

Съ 1881 по 1896 г. включительно я произвелъ 50 вылу-
щений подслизистыхъ міомъ влагалищнымъ путемъ; изъ нихъ
въ 6 случаяхъ исходъ былъ печальный, а именно: 2 раза отъ
септической инфекции, 2 раза отъ кровотеченій, 1 разъ отъ
воспаленія легкихъ и плевры, которое развилось на 12-й день
послѣ операціи, 1 разъ отъ анеміи больной, очень истощенной.
Одинъ разъ вылуценіе не могло быть доведено до конца, и
этой больной годъ спустя была произведена coeliohysterectomy
totalis съ благопріятнымъ исходомъ. Такимъ образомъ случаи,
мною оперированные, дали 12⁰/о смертности; исключивши
случай смерти отъ воспаленія легкихъ, какъ ничего общаго съ
операціей не имѣющей, увидимъ, что смертность понизится
до 10⁰/о. Здѣсь я долженъ прибавить, что значительная часть
оперированныхъ мною были лица, сильно ослабленные пред-
шествующими продолжительными кровотечениями, нерадѣніемъ
къ своимъ болѣзнямъ, неблагопріятными жизненными условіями
и плохимъ питаніемъ.

Міомы, мною вылуценныя, были различной величины: отъ
большого куриного яйца до величины головки годовалого
ребенка. Если опухоли сами не вросли во влагалища, то
показаніемъ возможности къ вылуценію ихъ черезъ рукавъ
служила мнѣ возможность достиженія и ощупыванія пальцемъ,
введеннымъ въ матку, нижняго сегмента опухоли. Если же
маточный зѣвъ недостаточно былъ раскрытъ, а шейка недо-
статочно расширена и податлива, то я расширялъ послѣднюю
прежде палочкой ламинаріи или тупело, а со времени введенія
метода *Vuillet-Landau's*—посредствомъ тампонаціи іодофор-
менной марлей, которую я вводилъ не только въ шейку, но и
въ полость тѣла матки, надѣясь посредствомъ раздраженія
стѣнокъ и одновременнымъ употребленіемъ спорыньи внутрь
вызвать сокращенія матки. Подобнаго рода тампонаціи я
долженъ былъ производить въ нѣсколькихъ случаяхъ 3 и даже
5 дней, пока зѣвъ и шейка матки не пропускали свободно
2 пальцевъ и сами не дѣлались податливыми. Совсѣмъ же я
бросилъ употребленіе палочекъ ламинаріи и тупело, равно какъ
способъ насильственного расширенія посредствомъ расширителей
Hegar's, такъ какъ они приводятъ къ надрывамъ слизистой
оболочки, предрасполагающимъ къ инфекціи. 2 случая, которые

окончились смертью отъ инфекціи, относятся къ тому времени, когда я для расширенія употреблялъ еще палочки ламинарій.

Надрѣзь міоматознаго мѣшка я произвожу на 2-й или 3-й день тампонаціи и дѣлаю его или продолговатымъ по всей выпуклости опухоли, или поперечнымъ по нижнему сегменту опухоли, какъ можно ближе къ стѣнкѣ матки.

Вылущеніе міомы ни въ одномъ случаѣ не бываетъ легкимъ, большею частью эта операція очень затруднительная для врача. Главнымъ дѣйствующимъ орудіемъ здѣсь является палецъ, и даже при употребленіи ножницъ и ложечки, рука скоро изнемогаетъ и дѣлается нечувствительной. Въ двухъ случаяхъ, вылушивъ и отрѣзавъ $\frac{3}{4}$ опухоли, я вслѣдствіе изнеможенія руки, долженъ былъ операцію прекратить. Оставшаяся часть опухоли, въ обоихъ случаяхъ, при помощи спорыньи показалась въ шейкѣ матки, откуда уже съ легкостью была удалена.

Послѣ вылущенія, я промываю матку 2⁰/₀ растворомъ карболовой кислоты или 1⁰/₀ растворомъ лизола и маточную полость тампонирую іодоформенной марлей на 24 часа. Послѣ удаленія тампона, я ограничиваюсь спринцеваніемъ 2 рѣза въ день маточной полости, не обращая вниманія на оставшуюся часть мѣшка, которая, подвергаясь медленному распаденію, благодаря сказаннымъ спринцеваніямъ удаляется изъ матки.

Вообще, основываясь на приобритенномъ мною опытѣ, я вполне раздѣляю показанія къ вылущенію, высказанныя *Chrobak*омъ въ прекрасной его монографіи (1. с.), равно какъ взгляды *Richelot*'а ²⁵⁾ и *Graefe* ²⁶⁾, горячо рекомендующихъ эту операцію. Въ послѣднее время *Dührssen* при помощи своей coeliotomi'i vaginalis вылуцалъ подслизистыя опухоли матки, послѣ предварительнаго перерѣзанія стѣнки тѣла послѣдней. *Veit* же (1. с.) въ концѣ 1895 г. описалъ свой способъ вылущенія подслизистыхъ опухолей при помощи перерѣзки передней стѣнки шейки матки, отдѣленной отъ влагалища, и этотъ способъ онъ называетъ myotomia vaginalis. Объ этихъ двухъ способахъ упоминаю только вскользь, такъ какъ въ практикѣ я ихъ не примѣнялъ.

²⁵⁾ Annales de Gyn. et d'obst., 1893, Juni.

²⁶⁾ Münch. med. Wochen., 1895, № 23.

Возвращаясь къ случаю, описанному мною, я долженъ прибавить, что разрывъ стѣнки матки имѣеть мѣсто тогда, когда происходитъ частичный выворотъ стѣнки послѣдней при потягиваніи опухоли во время вылушенія, что въ свою очередь происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ тоньше мышечная стѣнка матки, представляющая ложе опухоли. Подобные разрывы и продыравливанія случались при операціяхъ даже такимъ опытнымъ хирургамъ, какъ *Schroeder*, *Czerny*, *Martin*, *Miculicz*, *Sänger*, *Chrobak*. *Winter* (l. c.) и *Mackenrodt* (l. c.) въ засѣданіи общества Берлинскихъ акушеровъ рассказывали случаи и демонстрировали препараты вполне идентичные моему. Въ такихъ случаяхъ, гдѣ это возможно, совѣтовали раньше зашить разрывъ, въ настоящее же время мы безъ замедленія обращаемся къ *hysterectomii*.

Печальные исходы послѣ разрывовъ случаются, что доказываетъ одинъ случай *Schroeder*'а, 2 случая *Martin*'а и др.

Въ моемъ случаѣ ножка толщиною въ 3—4 пальца была весьма сильно соединена съ утонченной стѣнкой матки, такъ что на вырѣзанной опухоли еле-еле можно было отдѣлить одну отъ другой, и поэтому при натягиваніи опухоли тонкая стѣнка матки вмѣстѣ съ нею тянулась и все больше выворачивалась, образуя удлинёніе ножки. Вотъ причина, почему я стѣнку матки принялъ за ножку и, ощутивъ ее, какъ очень тонкую, перерѣзалъ.

Въ безнадежномъ положеніи оперированной во время коллапса, единственный путь, который я могъ выбрать для спасенія больной, было какъ можно скорѣе произвести *hysterectomy*, будь это по влагалищному или по брюшному способу. Послѣдній способъ я выбралъ по слѣдующимъ причинамъ: 1) въ положеніи Тренделенбурга кровь во время операціи притекаетъ къ головѣ или, лучше сказать, къ мозгу, почему коллапсъ быстрѣе проходитъ; 2) въ данномъ случаѣ зашиваніе поврежденнаго мѣста могло оказаться достаточнымъ; 3) влагалище недостаточно было дезинфицировано, чтобъ я могъ, безъ опасенія инфекціи, здѣсь оперировать.

Надежды мои оправдались: коллапсъ мало-по-малу во время продолженія операціи уступалъ, такъ что къ концу операціи къ больной вполне возвратилось сознаніе, и она начала гово-

ритель. Послеоперационное течение убеждает, что инфекции не было, а воспаление легких у женщины давно кашлявшей надо приписать тому, что она проглатывала очень много слюны, что и вызвало «Schluckpneumonie».

IV.

Три случая серотерапіи послѣродовыхъ септическихъ заболѣваній.

П. И. Архангельскаго.

(Старшаго врача Луганскаго Патроннаго завода).

Вопросъ о примѣненіи серотерапіи въ послѣродовыхъ септическихъ заболѣваніяхъ возникъ сравнительно недавно и еще далекъ отъ своего окончательнаго рѣшенія. Прошло почти два года съ тѣхъ поръ, какъ *Marmorek* на засѣданіи Парижскаго Біологическаго Общества (23-го февраля 1895 года) впервые сдѣлалъ докладъ, что ему удалось получить противострептококковую сыворотку, а *Charrin* и *Roger* въ томъ же самомъ засѣданіи сообщили, что полученной ими противострептококковой сывороткой имъ уже удалось излѣчить два случая родильной горячки; но до сихъ поръ опубликовано относительно немного наблюденій на этотъ счетъ, да и тѣ крайне разнорѣчивы, а это доказываетъ, что потребуется еще не малое количество новыхъ изслѣдованій для правильнаго рѣшенія интересующаго насъ вопроса. Вотъ почему считаю небезынтереснымъ сообщить три случая послѣродоваго сепсиса, въ которыхъ мнѣ пришлось примѣнить серотерапію. Но прежде, чѣмъ перейти къ изложенію этихъ наблюденій, мнѣ кажется необходимымъ сдѣлать краткій обзоръ имѣющейся казуистики серотерапіи: такое разсмотрѣніе сдѣлаетъ очевидными суть и причину разногласій между авторами; вмѣстѣ съ тѣмъ для насъ будутъ ясны планъ и задачи дальнѣйшаго развитія серотерапіи.

Marmorek ¹⁾ собралъ 15 случаевъ примѣненія противустрептококковой сыворотки при послѣродовой лихорадкѣ (*Bar, Pozzi, Cutter*). Въ семи случаяхъ, въ которыхъ болѣзнь вызвана стрептококкомъ, смертность равна нулю. Въ трехъ случаяхъ найдены стрептококки и кишечная палочка; всѣ три больныхъ умерли, изъ этого слѣдуетъ, что противустрептококковая сыворотка дѣйствуетъ преимущественно на чистые случаи стрептококковой инфекціи. Особенно интересны два наблюденія *Cutter*'а. У родильницы, которая болѣла уже 19 дней и была поражена эндо-перикардитомъ, артритомъ, плевритомъ и нагноеніемъ шейки матки, въ гноѣ были найдены только стрептококки. Послѣ впрыскиванія сыворотки альбуминурия исчезла, а остальные страданія постепенно уменьшились и черезъ мѣсяцъ родильница была здорова; но ей впрыснуто за это время 280 к. с. сыворотки. Во второмъ случаѣ *Cutter*'а у родильницы послѣ озноба на 3-й день послѣродоваго періода влагалище и матка покрылись дифтеритовиднымъ налетомъ, въ которомъ оказались чистыя разводы стрептококковъ; правая широкая маточная связка была инфильтрирована и представляла опухоль величиною въ головѣческую голову; t^0 40,5, въ мочѣ бѣлокъ; въ сферѣ слуха и зрѣнія галлюцинаціи. Впрыскиваніе 15 к. с. устранило всѣ явленія; всего спрыснуто 45 к. с. Черезъ 15 дней при разрѣзѣ опухоли—гноя въ ней не оказалось. Затѣмъ опухоль постепенно уменьшилась.

Denys и *Ledet* ²⁾ сообщаютъ три случая усиленнаго примѣненія противустрептококковой сыворотки при послѣродовой лихорадкѣ. Въ одномъ случаѣ болѣзнь была осложнена рожей, нарывомъ и метастатической пневмоніей; всѣ больные быстро выздоровѣли. Въ одномъ случаѣ особенно было замѣтно быстрое улучшеніе общаго состоянія. Впрыскивалось 60—180 куб. сант.

Интересенъ случай *Jacquot* ³⁾. У родильницы t^0 поднялась до 40,8°; послѣ впрыскиванія 30 к. с. сыворотки *Roger*'а t^0

¹⁾ Wien. Med. Wochenschr. № 31-й 1895 г. Цитир. изъ „Соврем. Мед. и Гигіены“ 1896 г.

²⁾ La Sem. Médic. 1896 г. № 2 р. 62.

³⁾ La Sem. Médic. 1895 г. № 26.

въ тотъ же день понизилась до 37^0 ; послѣ 3-го впрыскиванія больная казалась выздоровѣвшей. Но 5 дней спустя у больной t^0 снова повысилась до 40^0 , вслѣдствіе новаго зараженія, именно отъ матери, которая передъ этимъ заболѣла рожей лица. На 3-й день этого новаго заболѣванія опять сдѣлано впрыскиваніе противустрептококковой сыворотки и въ тотъ же день t^0 понизилась до нормы, послѣ чего больная скоро поправилась.

Примѣненію сыворотки *Marmorek* рекомендуетъ предпо-сылать бактериологическое изслѣдованіе съ распознавательной цѣлью, такъ какъ въ случаяхъ смѣшанной инфекции (напр. стрептококковъ и кишечной палочки) противустрептококковая сыворотка нисколько не вліяетъ.

Ch. Vinay 4) приводитъ четыре случая «лѣченія послѣ-родового гнилокровія противустрептококковой сывороткой»: два случая дали выздоровленіе, одинъ—смерть и одинъ, въ которомъ впрыскиванія сыворотки были предприняты противъ бреда, вызваннаго послѣродовымъ психозомъ, не далъ ничего.

1-й случай представляетъ *выкидышъ съ послѣдовавшимъ гнилокровіемъ и инойнымъ воспаленіемъ трубы*. Первое впрыскиваніе было сдѣлано на 6-й день отъ начала болѣзни, которая съ самаго начала представляла явленія тяжелаго септического отравленія, но безъ перитонита. Болѣзнь уступила послѣ 4-хъ впрыскиваній, производившихся 4 дня подрядъ, по 20 к. с. ежедневно.

2-й случай. *Суженіе таза, щипцы, лихорадка*, t^0 поднялась на другой день послѣ родовъ, но черезъ сутки пала до нормы, хотя остались дурныя отдѣленія и боли въ животѣ. Черезъ 6 дней послѣ того t^0 снова повысилась до $40,2^0$, когда и были примѣнены впрыскиванія. Повышеніе t^0 и всѣ болѣзненные явленія исчезли постепенно въ теченіе 7 дней, послѣ 3-хъ впрыскиваній сыворотки: 2 раза впрыснуто по 20 к. с. и 1 разъ 15 к. с.

3-й случай. *Тяжелое послѣродовое гнилокровіе, заразный ревматизмъ*, два запоздалыя впрыскиванія сыворотки, смерть. Лихорадочное состояніе съ третьихъ сутокъ, а примѣненіе

4) Lyon Médical. 26 Янв. Цитир. изъ „Врача“ 1896 г. № 6 и 19.

сыворотки начато съ 22-го дня послѣ родовъ, когда больная представляла явленія заразнаго ревматизма и находилась въ очень дурномъ состояніи, но безъ признаковъ воспаленія брюшины. Впрыснуто сначала 15 куб. сант. сыворотки, а черезъ двое сутокъ еще 15 к. с. безъ всякаго благоприятнаго дѣйствія оба раза.

4-й случай. *Трудные роды, милокровоіе, послеродовая меланхолія.* Впрыскиваніе сыворотки противъ бреда, никакого дѣйствія. Послѣ трудныхъ родовъ (щипцы)—лихорадка и угнетенное настроеніе; на 20-ыя сутки послѣ родовъ бредъ съ галлюцинаціями зрѣнія и слуха. Начато лѣченіе сывороткой, продолжавшееся 12 дней, при чемъ впрыснуто всего 180 к. с. Но не смотря на это душевное заболѣваніе не улучшилось, а обнаружило наклонность къ переходу въ хроническое состояніе.

На съѣздѣ французскихъ акушеровъ и гинекологовъ въ Парижѣ 10 Апрѣля 1896 г. вопросъ о примѣненіи противустрептококковой сыворотки для лѣченія послеродовой горячки былъ разсмотрѣнъ подробно и всѣ дебатировавшіе акушеры, на основаніи своихъ наблюденій, высказались не въ пользу примѣненія противустрептококковой сыворотки въ послеродовыхъ заболѣваніяхъ.

Charpentier ⁵⁾ сообщилъ, что по этому вопросу имъ собраны 40 наблюденій, принадлежащихъ нѣсколькимъ врачамъ, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ употребляли сыворотку *Martorek'a*, а другіе — сыворотку *Charrin'a* и *Roger'a*: изъ 40 больныхъ выздоровѣли 22, умерли 17 (42,5⁰/о) и въ одномъ случаѣ не получилось никакого результата. Если же исключить 1 случай съ нулевымъ результатомъ и 5 случаевъ, въ которыхъ сыворотка примѣнялась in extremis, то смертность=35,29⁰/о, процентъ, конечно, очень высокій. Бактеріологически изслѣдовались только 25 случаевъ, при чемъ въ 16 былъ полученъ только пѣпочечный коккъ и изъ нихъ получилось выздоровленіе въ 9 случаяхъ, а въ 7 смерть. Въ остальныхъ 9 случаяхъ найдены стрептококки вмѣстѣ со стафилококками и кишечной палочкой; изъ послѣднихъ случаевъ 5 кончились выздоровленіемъ, а 4—смертью.

⁵⁾ La Sem Médic. 1896 г. № 20.

Budin ⁶⁾ отрицаетъ вовсе пользу инъекцій противустрептококковой сыворотки, а *Gaulard* ⁷⁾ этой сывороткѣ прямо приписываетъ смерть одной изъ своихъ паціентокъ. *Dubrisay* ⁸⁾ наблюдалъ въ одномъ случаѣ слѣдующее неблагопріятное дѣйствіе сыворотки: послѣ 1-го впрыскиванія явилась по всему тѣлу сыпь и на мѣстѣ укола нарывъ, а за послѣднимъ впрыскиваніемъ наступилъ приступъ тяжелой одышки.

Tissier и *Bar* ⁹⁾ получили слѣдующіе результаты: 19 больныхъ они пользовали сывороткой *Marmorek*'а, изъ нихъ 10 выздоровѣли, а 9 умерли; сыворотка *Charrin*'а примѣнялась въ 6 случаяхъ, изъ которыхъ 5 окончились смертью и лишь 1 выздоровѣлъ. Причины подобныхъ неудачъ, по мнѣнію *Bar*'а очень разнообразны: главная причина въ томъ, что при подобныхъ заболѣваніяхъ далеко не всегда встрѣчается чистый стрептококкъ, а напротивъ часто попадаетъ стрептококкъ въ соединеніи со стафилококкомъ, *bacterium coli* и пр.; утвержденіе же *Marmorek*'а и *Roux*, что ихъ сыворотка дѣйствительна также и противъ этихъ встрѣчающихся совмѣстно со стрептококкомъ микробовъ, по мнѣнію *Bar*'а, если и вѣрно то лишь отчасти.

Другая причина неуспѣшности лѣченія послѣродовыхъ заболѣваній противустрептококковой сывороткой, какъ полагаетъ *Bar*, лежитъ въ томъ, что стрептококкъ, встрѣчаемый при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ, несравненно ядовитѣе обыкновеннаго рожистаго стрептококка (точно также какъ и у заболѣвающихъ рожей новорожденныхъ стрептококкъ отличается особенной ядовитостью). *Bar* касается также и вопроса о томъ, что иммунитетъ, получаемый послѣ прививки противустрептококковой сыворотки, зависитъ какъ отъ породы животнаго, отъ котораго получена сыворотка, такъ и отъ степени его иммунизации; этимъ же обусловливается и то, что въ однихъ случаяхъ впрыскиванія сыворотки переносятся хорошо, а въ другихъ вызываютъ какія-нибудь неблагопріятныя явленія: эритему, нарывы на мѣстахъ впрыскиваній (при чемъ въ

⁶⁾ 1. с.

⁷⁾ 1. с.

⁸⁾ 1. с.

⁹⁾ 1. с.

одномъ такомъ гнойникѣ полученъ чистый стрептококкъ) и проч. Въ одномъ случаѣ получился летальный исходъ у больной, которой было сдѣлано нѣсколько впрыскиваній сыворотки: развилась крайняя слабость и больная погибла при такихъ явленіяхъ, какія не наблюдаются во время септическихъ заболѣваній, почему *Bar* и приписываетъ летальный исходъ сывороткѣ *Marmorek'a*.

Bar указываетъ еще на то обстоятельство, что альбуминурия, наблюдавшаяся у больныхъ до впрыскиваній усиливалась. Онъ утверждаетъ, что сыворотка помогаетъ въ случаяхъ очень легкихъ, а въ трудныхъ безсильна; въ общемъ же этотъ вопросъ новый, нуждающийся въ разработкѣ и позволяющій ожидать благопріятныхъ результатовъ лишь въ будущемъ.

Boissard ¹⁰⁾ высказался очень энергично противъ сыворотки, считая ее прямо вредной, и настаивалъ на примѣненіи прежнихъ методовъ лѣченія послѣродовыхъ заболѣваній.

Roger и *Haushalter* ¹¹⁾ въ августѣ 1896 г. на конгрессѣ по внутренней медицинѣ въ Нанси сдѣлали докладъ о серотерапіи при заразныхъ болѣзняхъ; при этомъ *Roger* высказалъ, что особеннаго изученія противустрептококковая сыворотка заслуживаетъ при хирургической и родильной септицеміи. Неодинаковость полученныхъ до сихъ поръ результатовъ отъ серотерапіи при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ *Roger* объясняетъ тремя причинами: позднимъ лѣченіемъ, смѣшанной заразой въ нѣкоторыхъ случаяхъ и слишкомъ незначительными приемами сыворотки. Онъ приводитъ имена врачей, получившихъ благопріятные результаты: *Iosoué* и *Hermaty*, *Jacquot*, *Marmorek*, *Chrobak*, *Vinay*, *Denys* и *Leclef*; напротивъ *Charpentier* имѣлъ при сывороткѣ смертность въ 35⁰/о, а *Bar* и *Tissier* до 50⁰/о. *Roger* приводитъ 12 случаевъ послѣродовой серотерапіи изъ своей практики, изъ нихъ только 2 со смертельнымъ исходомъ, который, по мнѣнію *R.*, въ 1 случаѣ зависѣлъ отъ позднаго лѣченія, а въ другомъ отъ незначительности количества употребленной сыворотки. Въ доказательство дѣйствительности сыворотки *R.* ссылается на автори-

¹⁰⁾ 1. с.

¹¹⁾ Реферир. изъ Военно-Мед. Журн. 1896 г. № 12.

тетъ проф. *Pinard* а который призналъ безнадежнымъ одинъ изъ лѣченныхъ *R.* случаевъ. *R.* сторонникъ большихъ дозъ сыворотки,—по 60 к. сант. въ день (30 утр. и 30 вечер.); въ одномъ случаѣ онъ вприснулъ 300 к. сант. въ теченіе четырехъ сутокъ, при чемъ крайне трудная больная поправилась и сыворотка на нее не оказала никакого дурнаго дѣйствія. Сыворотка дѣйствуетъ и мѣстно, и на общее состояніе больного; въ этомъ отношеніи рассматриваемую сыворотку *R.* сравниваетъ съ противудифтерійной. Недостаточныя впрыскиванія сыворотки, по мнѣнію *R.*, даютъ только временное улучшеніе, за которымъ снова слѣдуетъ ухудшеніе, требующее болѣе продолжительныхъ впрыскиваній: въ подтвержденіе этого онъ приводитъ наблюденіе *Jacquot*.

На основаніи своихъ наблюденій *R.* утверждаетъ, что у всѣхъ тѣхъ больныхъ, которыя поправились послѣ впрыскиваній, выздоровленіе шло замѣчательно быстро. *R.* дѣлаетъ заключеніе, что «противустрептококковая сыворотка есть отличное вспомогательное средство при лѣченіи родильной горячки», которое все-таки не дѣлаетъ излишними другіе способы лѣченія; онъ совѣтуетъ начинать лѣченіе какъ можно раньше, при томъ большими количествами сыворотки и въ соединеніи съ другими способами. Но и при такихъ условіяхъ, по мнѣнію *R.*, не всякая родильница будетъ спасена, такъ какъ родильная горячка происходитъ отъ сочетанія различныхъ микробовъ; кромѣ стрептококка встрѣчаются: стафилококкъ, *bacterium coli*, септический вибрионъ и т. д.

Въ началѣ своего доклада *Roger* говоритъ о способахъ иммунизации животныхъ: его способъ состоитъ во впрыскиваніяхъ живыхъ разводовъ стрептококка, стерилизуемыхъ жаромъ; по *Vinay* таже цѣль достигается впрыскиваніемъ токсиновъ, полученныхъ путемъ фильтраціи разводовъ черезъ фарфоровую свѣчу; а *Marmorek* вводитъ въ вены постепенно увеличиваемыя количества живыхъ разводовъ ядовитого стрептококка. Нужно рѣшить, какой изъ этихъ способовъ дѣйствительнѣе.

31 октября 1896 г. въ засѣданіи Кіевского Акушерско-гинекологическаго Общества прочитанъ докладъ д-ра *Гальберштадта* ¹²⁾ подъ заглавіемъ: «тяжелый случай послѣродоваго

¹²⁾ Врачъ, 1896 г., № 49.

гнилокрівія, лѣченнаго противуцѣпочечнококковой сывороткой», У больной, родившей въ 9-й разъ, на 3-й день послѣ родовъ явились признаки тяжелаго гнилокрівія; t^0 вскорѣ поднялась до $42,4^0$, пульсъ до 142, отдѣленія сдѣлались грязными, вонючими, а затѣмъ явилась масса нарывовъ на груди и конечностяхъ. Бактеріоскопическое изслѣдованіе взятаго изъ нарывовъ гноя обнаружило «чистѣйшія разводки цѣпечкокковъ». Рядомъ съ внутриматочными спринцеваніями карболовой кислотой и вскрытіемъ нарывовъ было примѣнено впрыскиваніе противустрептококковой сыворотки. Впрыскивалось ежедневно по 10 куб. сант. въ теченіе 7 дней. Больная постепенно выздоровѣла въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ. Д-ръ *Гальберштадтъ* замѣчалъ послѣ каждаго впрыскиванія значительное улучшеніе самочувствія и пульса и пониженіе t^0 , никакихъ неблагопріятныхъ явленій не наблюдалось.

Въ томъ-же засѣданіи д-ръ *Писемскій* ¹³⁾ сообщилъ наблюдавшійся имъ случай тяжелаго общаго заболѣванія послѣ родовъ, въ которомъ *сыворотка* оказала очень благопріятное дѣйствіе; затѣмъ онъ вкратцѣ изложилъ мое наблюденіе, которое, ниже приводится первымъ.

Окончивъ краткое обзорѣніе литературы послѣродовой серотерапіи, считаю излишнимъ дѣлать разборъ приведенныхъ наблюденій и въ этомъ отношеніи сошлюсь на реферированный едѣсь докладъ *Roger'a*, въ которомъ обстоятельно и безпристрастно выяснены всѣ причины неудачнаго примѣненія сыворотки, а также указано, какимъ измѣненіямъ и дополненіямъ должна подвергнуться послѣродовая серотерапія. Къ заключеніямъ *Roger'a* можно прибавить высказанное *Bar'омъ* предположеніе о неодинаковой вирулентности стрептококка при различныхъ заболѣваніяхъ: онъ думаетъ, что стрептококкъ послѣродовыхъ заболѣваній отличается особенной ядовитостью, на подобіе стрептококка, вызывающаго рожу у новорожденныхъ. Въ этомъ отношеніи интересно наблюденіе *Mery*, ¹⁴⁾ которое доказываетъ что стрептококки, вызывающіе у человѣка различныя заболѣванія, представляютъ нѣсколько разновидностей. Этотъ авторъ изолировалъ одинъ видъ стрептококка, полученный отъ боль-

¹³⁾ l. с.

¹⁴⁾ La Sem. Médic., 1896 г., № 21.

ного скарлатиной; сыворотка *Marmorek's* оказалась недѣйствительной противъ найденнаго стрептококка, хотя дѣйствовала противъ гораздо болѣе ядовитаго вида стрептококка.

Переходя къ изложенію моихъ наблюденій надъ примѣненіемъ серотерапіи въ послѣродовыхъ септическихъ заболѣваніяхъ, замѣчу предварительно, что я употреблялъ противострептококковую и противустафилококковую сыворотки, безъ предварительнаго бактериоскопическаго распознаванія, а по принципу *ex juvantibus et nocentibus*, въ виду полной безвредности обѣихъ названныхъ сыворотокъ, подтвержденной Институтомъ Экспериментальной Медицины, откуда выписывались сыворотки. Сыворотка вводилась исключительно подъ кожу; обыкновенно сначала впрыскивалась противострептококковая сыворотка, а затѣмъ, въ случаѣ недѣйствительности ея, вводилась противустафилококковая; примѣненія послѣдней сыворотки и составляетъ особенность моихъ наблюденій.

1-й случай. 31/v. 96. М. П—ва, 42 л., крестьянка, Х—рага. Меня пригласили въ 11 ч. у., по случаю выпаденія ручки и пуповины, которыя показались наружу за 5 часовъ до моего пріѣзда; а роды продолжались передъ тѣмъ около сутокъ. Послѣ выпаденія ручки схватки сдѣлались крайне болѣзненными и частыми. При изслѣдованіи найдено слѣдующее: выпали правая ручка и пуповина; головка лежитъ въ лѣвой сторонѣ живота. Роженица хорошаго тѣлосложенія и питанія, но поразительно грязная и потребовалось не мало работы, чтобы обмыть половыя части и выпавшую ручку. Послѣ отнятія ручки сдѣланы поворотъ на ножку и извлеченіе ребенка съ послѣдующимъ промываніемъ матки растворомъ сулемы (1:6000). Назначено принимать *infus. secalis cornutae* 8,0 р. 200,0 по 4 столовыя ложки въ день.

1/vi, t⁰ 38,9; п., 120. Съ утра сильнѣйшія боли въ животѣ и отсутствіе отдѣленій. Кишечникъ сильно вздутъ; дно матки на уровнѣ пупка; крайняя болѣзненность живота какъ при малѣйшемъ дотрогиваніи, такъ и при попыткахъ больной къ движенію. Сдѣлано внутриматочное спринцеваніе растворомъ сулемы (1:6000), при чемъ обратно вода вытекла съ кровянистой окраской. На животъ положенъ ледъ и подъ кожу впрыснуто 10 куб. с. *противустрептококковой сыворотки*.

2/vi t⁰ утр., 38,7; п., 90. Самочувствіе гораздо лучше, боли слабѣе,—есть возможность ощупать животъ; обильныя кровянистыя лохіи. Сдѣлано только влагалищное спринцеваніе, такъ какъ пальцемъ нельзя было достигнуть влагалищной части матки по причинѣ болѣзненности сводовъ (1-го наконечникъ случайно вошелъ въ матку, безъ контроля пальцевъ). Впрыснуто 10 к. с., *противустафилококковой сыворотки*.

3/VI t⁰, 39,3; п., 105. Улучшенія со вчерашняго дня не послѣдовало. Сдѣлано влагалищное спринцеваніе растворомъ сублимата и вприснуто подъ кожу 10 к. с., *противустрептококковой сыворотки*.

4/VI t⁰, у., 38,5; п., 90. Поразительное улучшеніе самочувствія. Ночью больная спала все время; болѣе не чувствуетъ вовсе, сидитъ въ постели, имѣетъ хорошій аппетитъ и самопроизвольный стулъ. Матка безболѣзненна какъ снаружи, такъ и со стороны сводовъ; дно ея на 3 пальца ниже пупка. Обильныя кровянистыя отдѣленія съ примѣсью слизи. Сдѣлано промываніе матки растворомъ сулемы (1:6000) и вприснуто 10 к. с., *противустрептококковой сыворотки*.

Дальнѣйшее наблюденіе за ходомъ болѣзни прекращено противъ моего желанія, такъ какъ больная и окружающіе ее нашли, что лѣчить уже довольно, что дальше она сама поправится, по чему и не допустили меня къ больной. Впослѣдствіи я узналъ, что она совершенно поправилась, хотя за видѣннымъ мною улучшеніемъ на нѣкоторое время наступило ухудшеніе.

2-й случай. М. Ц—ва, 19 лѣтъ, жена рабочаго при патронномъ заводѣ, I—рага, родила 19/IX; роды велись простой бабкой. Заболѣла на 2-й день послѣ родовъ ознобомъ, болями въ животѣ, головной болью и значительнымъ уменьшеніемъ отдѣленій. Съ тѣхъ поръ больную знобило ежедневно по нѣскольку разъ, при чемъ ознобъ смѣнялся жаромъ и потомъ. Вскорѣ присоединились боли въ наружныхъ половыхъ частяхъ и въблизи задняго прохода, особенно усиливавшіяся при мочеиспусканіи и дефекаціи. Больную впервые я увидѣлъ 26/IX, т. е., черезъ недѣлю послѣ родовъ, и нашелъ при этомъ слѣдующее: t⁰ 39,8; п. 130—140; видъ больной крайне анэмичный и страдальческій; всякія движенія въ постели вызываютъ сильныя боли внизу живота. Дно матки на 4 пальца надъ симфизомъ; при дотрогиваніи болѣзненна вся нижняя часть живота, но особенно область лѣвой широкой связки. Большія губы сильно припухли, особенно въ заднихъ частяхъ. Промежность цѣла; гарне крайне болѣзненно при дотрогиваніи. Изъ половой щели выдѣляется гнойвидная тягучая жидкость съ запахомъ. Входная часть влагалища со всѣхъ сторонъ покрыта различной величины изъязвленіями, имѣющими сальное дно; такія же язвы замѣтны и въ глубинѣ вагины; онѣ очень болѣзненны при дотрогиваніи и дѣлаютъ невозможнымъ внутреннее изслѣдованіе. Назначено: ледъ на животъ; ежедневно утромъ и вечеромъ обильныя влагалищныя спринцеванія 3% растворомъ карболовой кислоты, а на доступныя глазу изъязвленія обмыванія растворомъ сулемы (1:3000) и присыпанія іодоформа; внутрь infus. secalis cornuti (котораго больная, впрочемъ, не могла принимать). Такое лѣченіе, продолжавшееся 9 дней, никакого улучшенія не дало: все осталось въ прежнемъ состояніи: боли, ознобы, повышенная t⁰ и гнойныя отдѣленія; силы больной по прежнему плохи.

5/X. Въ 10 ч. утра при t⁰ 39⁰ сдѣлано подкожное вприскиваніе 10 к. с. *противустрептококковой сыворотки*. Вечерняя t⁰

въ этотъ день была 39,2, но ознобъ былъ не большой и только 1 разъ.

6/х t^0 утр. 38,0., вечер. 38,2. Субъективно лучше; отдѣленія обильнѣе, жиже и приобрѣли красноватую окраску. Ощупываніе внизу живота мало болѣзненно.

7/х t^0 утр. 37,5. Въ ночь подъ 7-ое было незначительное познабливаніе; но 7-го съ утра больная чувствуетъ себя хорошо, видъ имѣеть бодрый; явился аппетитъ; мочеиспусканіе свободно. Отечность большихъ губъ уменьшилась; отдѣленія красноватая. Дно матки на 2 пальца надъ симфизомъ. Въ виду того, что снова явилась болѣзненность внизу живота, особенно слѣва, утромъ сдѣлано 2-ое впрыскиваніе 10 к. с. *противустрептококковой сыворотки*. Днемъ былъ ознобъ и t^0 къ вечеру поднялась до 39°.

8/х t^0 у. 38,7; веч. 39,5; п. 125—130. Самочувствіе ухудшилось: сильныя боли внизу живота; мочеиспусканіе затруднено. Отечность большихъ губъ увеличилась; изъязвленія влагалища покрыты салнымъ налетомъ.

Вечеромъ былъ такой сильный ознобъ, какого еще не было за все время болѣзни.

9/х t^0 утр. 39; п. 125. Никакихъ перемѣнъ какъ субъективно, такъ и объективно. Наружныя части отечны; отдѣленія грязноватыя. Въ 10 ч. у. впрыснуто 10 к. с. *противустафилококковой сыворотки* и назначены спринцеванія чистой прокипяченной водой, такъ какъ больная заявила, что карболовыя спринцеванія вызываютъ раздраженіе. Къ вечеру больная почувствовала себя лучше: t^0 пала до 37,7°; п. 90.

10/х t^0 у. 36,7°; веч. 36,8°; п. 70—80. Вчера весь день и ночь не было озноба; за все время болѣзни это первыя сутки безъ озноба. Сегодня значительное улучшеніе самочувствія; видъ бодрый. Полное отсутствіе болей внизу живота даже при глубокомъ надавливаніи. Мочеиспусканіе свободно; отечность большихъ губъ гораздо меньше; язвы влагалища чище. Отдѣленія по прежнему грязноватыя. Впрыснуто 10 к. с. *противустафилококковой сыворотки*.

11/х t^0 у. 36; веч. 36,2; п. 70. Самочувствіе поразительно хорошее—больная неузнаваема. Болей внизу живота нѣтъ и при довольно глубокомъ надавливаніи. Отдѣленія темно-краснаго цвѣта. Большія губы имѣють нормальный видъ. Изъязвленія вагины едва замѣтны.

12/х t^0 36; веч. 36°. Изъязвленія зажили.

13/х t^0 норм. Самочувствіе хорошо. Больная свободно встаетъ съ постели.

14/х t^0 нормальна. Больная считаетъ себя здоровой, чувствуетъ лишь нѣкоторую слабость.

7/1. 97 Ц-ва явилась ко мнѣ и рассказала, что отъ послѣродовой слабости она совершенно поправилась недѣли черезъ 2—3. Болей внизу живота и ухудшеній не чувствовала. Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ появились крови на 1 день, безъ болей. Во 2-й разъ крови показались 2, 1. 97, и продолжались дней 6 въ

порядочномъ количествѣ, но безъ особенныхъ болей. Явилась комѣ съ жалобой на бывающія иногда схватки внизу живота. Видѣ имѣть здоровый; настроеніе жизнерадостное и полное отсутствіе истерическихъ явленій. Матка найдена вялой и слегка увеличенной; лѣвый сводъ чувствителенъ, но воспалительныхъ остатковъ въ параметріяхъ не найдено. Всѣ эти явленія скоро прошли при соотвѣтствующемъ лѣченіи.

3-й случай. 8/х. 1896. Л. Н-ва, 26 л. жена рабочаго, II-para; родила въ ночь подъ 1/х. Роды продолжались 15 час., велись бабкой и ничего особеннаго не представляли. Въ концѣ 1-хъ сутокъ послѣ родовъ потрясающій ознобъ и сильныя боли внизу живота, особенно надъ симфизомъ и справа. Съ тѣхъ поръ ознобъ и жаръ бывали ежедневно, иногда по нѣскольку разъ; по ночамъ стала бредить. Отдѣленія уменьшились. 8/х, утромъ при изслѣдованіи больной найдено t^0 40°; п. 130. Лицо блѣдное, съ тифознымъ видомъ. Матка сильно болѣзненна; дно ея на 5 поперечныхъ пальцевъ надъ симфизомъ; а вправо отъ матки, надъ пупартовой связкой, прощупывается идущій по направленію къ гребешку безъимянной кости плотный и очень болѣзненный инфильтратъ, шириною въ 4 поперечныхъ пальца, а длинникомъ своимъ онъ доходить до *crista—ilei*. Инфильтратъ имѣетъ правильныя очертанія и для осязанія напоминаетъ увеличенную селезенку, онъ находится въ передней брюшной стѣнкѣ. Отдѣленія въ небольшомъ количествѣ, грязновато-гнойныя. Отъ осмотра половыхъ органовъ и внутренняго изслѣдованія больная отказалась на отрѣзъ. Въ 7 ч. веч. при t^0 40,5 сдѣлано впрыскиваніе 10 к. с. *противустрептококковой сыворотки* и данъ порошокъ изъ 0,3 *antifebrini* и 0,06 *coffeini citrici* противъ сильной головной боли. Это былъ единственный пріемъ медикамента за все время лѣченія; равнымъ образомъ до самаго выздоровленія больной ни разу не производились на влагалищныя, на внутриматочныя спринцеванія.

9 утр., 39,5°; п., 110. Субъективно нѣсколько лучше: ночь провела спокойнѣе; боли въ животѣ и чувствительность инфильтрата слегка уменьшились. Вырыснуто 10 к. с., *противу стафилококковой сыворотки*.

10 утр., t^0 38,5; п., 90. Поразительное улучшеніе самочувствія; вчера 1-й день, что не было озноба; ночью хорошо спала. Состояніе своего здоровья больная опредѣляетъ словами: „какъ бы здоровая совсѣмъ“. Она почувствовала себя на столько хорошо, что въ первый разъ послѣ родовъ поднялась съ постели и стала сама стряпать обѣдъ. При изслѣдованіи найдено: дно матки на 3 пальца надъ симфизомъ; инфильтратъ гораздо меньше, не болѣзненъ и только на границѣ съ маткой слегка чувствителенъ. Въ 5 ч. веч., при t^0 38,7° и п. 105 сдѣлано 2-е впрыскиваніе 10 к. с., *противу стафилококковой сыворотки*.

11 утр., t^0 37,8; п. 85. Самочувствіе еще лучше.

Дно матки на прежней высотѣ. Инфильтратъ величиною въ куриное яйцо, безболѣзненъ.

12 утр., t⁰ 37,2; п. 80. Больная съ веселымъ видомъ хлопочетъ по хозяйству, не чувствуя никакихъ болей въ животѣ, считаетъ себя вполне здоровой и удивляется тому, что я ее навѣщаю. Инфильтратъ не прощупывается. Матка на 2 пальца надъ симфизомъ, безболѣзненна; отдѣленія по виду приближаются къ нормальнымъ.

14-го вполне здорова. 13-го больную я не засталъ дома, такъ какъ она ходила къ знакомымъ по дѣлу.

Два мѣсяца спустя, при случайной встрѣчѣ съ пациенткой, я узналъ, что она совершенно здорова и внизу живота не чувствуетъ никакой боли.

Разсматривая наши наблюденія, видимъ, что въ 1 случаѣ имѣлось крайне тяжелое септическое послѣродовое заболѣваніе, производившее впечатлѣніе безнадежнаго. Противустрептококковая сыворотка въ этомъ случаѣ дала поразительное улучшеніе, противустафилококковая же не оказывала рѣзкаго дѣйствія. По винѣ больной лѣченіе здѣсь не закончено, вслѣдствіе чего черезъ нѣкоторое время болѣзнь дала ухудшеніе. Но во всякомъ случаѣ можно сказать съ увѣренностію, что своимъ спасеніемъ эта больная обязана исключительно противустрептококковой сывороткѣ, такъ какъ внутриматочныя спринцеванія, очевидно, не могли дать существеннаго улучшенія. Успѣху лѣченія несомнѣнно благоприятствовало раннее примѣненіе серотерапіи. Надо, впрочемъ, думать, что въ этомъ случаѣ результаты лѣченія были бы еще лучше, если бы противустрептококковая сыворотка впрыскивалась не черезъ день, а ежедневно, разъ обнаружилось ея благотворное дѣйствіе 1-го же впрыскиванія.

Второй и третій случаи клинически легче 1-го, но все-таки довольно тяжелые и сравнительно запущенные: такъ во 2-мъ примѣненіе сыворотки начато черезъ 18 дней отъ начала заболѣванія, и въ 3-мъ черезъ 8.

Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ противустрептококковая сыворотка не оказала почти никакого дѣйствія; зато противустафилококковая дала поразительное улучшеніе: въ обоихъ случаяхъ для полного и быстрого выздоровленія понадобилось только по 2 впрыскиванія, т. е., по 20 куб. сант. этой сыворотки ¹⁵⁾. Очень интересно во 2-мъ случаѣ, что 1-е впрыски-

¹⁵⁾ Общее количество сдѣланныхъ мною впрыскиваній во всѣхъ 3 случаяхъ 11; 6 разъ впрыснута противустафилококковая сыворотка и 5 разъ противустрептококковая, при чемъ неблагоприятнаго побочнаго дѣйствія на больныхъ я не видѣлъ ни разу.

ваніе противустрептококковой сыворотки дало нѣкоторое улучшение; 2-е же впрыскиваніе этой сыворотки совпало съ ухудшеніемъ процесса, которое не было ослаблено сывороткой; между тѣмъ противустафилококковая сыворотка послѣ 1-го же впрыскиванія оказала замѣчательно благотворное дѣйствіе. Это обстоятельство указываетъ несомнѣнно на существованіе въ данномъ случаѣ смѣшанной инфекции, стрептококковой и стафилококковой, съ преобладеніемъ 2-й. Другая интересная особенность 2-го наблюденія въ томъ, что сыворотка оказала свое превосходное дѣйствіе уже послѣ того, какъ вагинальныя спринцеванія, ледъ на животъ и мѣстнсе лѣченіе септическихъ язвъ влагалища не дали никакого улучшенія; вмѣстѣ съ поразительнымъ улучшеніемъ общаго состоянія больной улучшились и быстро зажили доступныя глазу септическія язвы влагалища, до того мало уступавшія тщательному мѣстному лѣченію.

Третій случай, помимо быстрого выздоровленія подѣ влияніемъ небольшого сравнительно количества противустафилококковой сыворотки, интересенъ еще въ двухъ отношеніяхъ: во 1-хъ онъ представляетъ случай чистой серотерапіи, гдѣ не примѣнялось никакого другого лѣченія ни общаго, ни мѣстнаго; а во 2-хъ на этой больной мнѣ пришлось видѣть необыкновенно быстрое рассасываніе параметрическаго экссудата исключительно подѣ влияніемъ серотерапіи.

Въ общемъ наши 3 наблюденія только подтверждаютъ высказанный нѣкоторыми авторами (особенно Roger'омъ) и теоретически вполне понятный взглядъ, а именно: серотерапію послѣродовыхъ заболѣваній нельзя сводить на примѣненіе только одной противустрептококковой сыворотки; этотъ вопросъ долженъ быть поставленъ гораздо шире; мы должны бороться и съ другими микробами, найденными въ отдѣленіяхъ у септическихъ родильницъ (стафилококкъ, bacterium coli, пнеймококкъ, септическій вибрионъ и пр.), и борьба эта должна состоять, конечно, въ примѣненіи сыворотокъ, специфически дѣйствующихъ на тотъ микробъ, который окажется преобладающимъ въ каждомъ данномъ случаѣ, или въ комбинированіи различныхъ сыворотокъ. Съ своей стороны позволяю себѣ прибавить, что серотерапія послѣродовыхъ септическихъ

заболѣваній крайне заманчива для врачей, работающихъ въ глуши, гдѣ подобныя заболѣванія встрѣчаются очень часто: она даетъ намъ простое и нехлопотливое средство для быстрой и вѣрной борьбы съ тяжелымъ недугомъ, противъ котораго подчасъ безсильны лучшіе спеціалисты и образцовый уходъ, созданный по всѣмъ правиламъ до-серотерапевтическаго періода. По аналогіи съ противудифтерійной сывороткой можно думать, что въ недалекомъ будущемъ борьба съ послѣродовыми септическими заболѣваніями сведется исключительно къ серотерапіи, а мѣстное лѣченіе отойдетъ на задній планъ.

V.

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

З. Г. Суровцева.

(Окончаніе).

Узкіе тазы:

Къ узкимъ тазамъ, по примѣру прежнихъ отчетовъ изъ нашей клиники, отнесены нами тѣ тазы, Conj. ext. которыхъ меньше 18 cm. и изъ тазовъ съ conj. ext.—18 cm. тѣ, гдѣ суженія другихъ размѣровъ, или анамнезъ, или уклоненія отъ обычнаго механизма родовъ позволяли заподозрить неправильность въ устройствѣ таза. Считая такимъ образомъ, мы имѣли въ 93 году 36 узкихъ тазовъ, что составляетъ на все количество родовъ (541)—6,65⁰/₀ или 1 узкій тазъ на 15,03 норм. у *Агафонова* 1,9⁰/₀, у *Вольфа* 9,38⁰/₀, у *Рузи* 8,21⁰/₀). Если бы отнести къ узкимъ тазамъ всѣ тазы, conj. ext. которыхъ равняются 18 cm. и менѣе, то имѣли бы узкихъ тазовъ 105, т. е. 19,42 — процента, близко подходящихъ къ проценту *Шварца* (въ Mon. f. Geb. XXVII—1865 г. стр. 477; а именно: 20—22⁰/₀). Изъ 36 родовъ при узкомъ тазѣ въ 93 году было 8 преждевременныхъ (23,53⁰/₀), и 4 (8,82⁰/₀) выкидыша, т. е. 12 несвоевременныхъ родовъ, что составляетъ 33,33⁰/₀ (у *Вольфа* 17,6⁰/₀, у *Рузи* 18,3⁰/₀). Вообще же несвоевременныхъ родовъ

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Апрѣль 1897 г. стр. 418.

въ 93 г. было 19,4⁰/о—слѣдовательно, беременность при узкомъ тазѣ прерывается до срока значительно чаще; къ тѣмъ же выводамъ приводятъ сравнительныя цыфры *Вольфа* и *Рузи*, съ тою лишь разницею, что процентъ несвоевременныхъ родовъ вообще, и въ частности при узкомъ тазѣ, въ 93 г. былъ больше, чѣмъ въ предъидущіе годы. Изъ 26 роженицъ при узкомъ тазѣ въ 93 году первородящихъ было 9, второродящихъ 12, многородящихъ 15, т. е. 9 первородящихъ приходится на 27 многородящихъ или, 1 первородящая на 3 многородящихъ (всѣхъ поступившихъ 1 рага 23,9⁰/о, М. рага 76,1⁰/о).

По возрасту роженицы съ узкимъ тазомъ распредѣлялись такъ:

До	20 лѣтъ	.	1.
Отъ 20—30	»	.	25.
Отъ 30—40	»	.	10, т. е., какъ и въ прежніе годы, преимуществъ было на сторонѣ роженицъ отъ 20—30 лѣтъ.

Ни двойней, ни предлежаній тазовымъ концомъ, ни поперечныхъ или косыхъ положеній при узкомъ тазѣ въ 93 г. не было. Всѣ предлежанія, (за исключеніемъ случаевъ, гдѣ предл. не помѣчено) были:

1-е зат. пер. видъ . . .	16
1-е тем. задн. видъ . . .	1
2-е зат. пер. видъ . . .	9
2-е зат. задн. видъ . . .	7

Среднюю продолжительность родовъ при узкомъ тазѣ въ 93 г. пришлось считать, не выключая оперативнаго вмѣшательства, такъ какъ во 1-хъ, мало случаевъ съ узкимъ тазомъ вообще, во 2-хъ, во многихъ случаяхъ потребовалось оперативное вмѣшательство, будь то вскрытіе плоднаго пузыря, наложеніе щипцовъ или *kraniothomia*. Такимъ образомъ, мы имѣли въ 93 году среднюю продолжительность у первородящихъ—21 ч. 46,3', у второродящихъ 20 ч. 17', у многородящихъ 14 ч. 18', вообще же у многородящихъ 16 ч. 37,8'. Для сравненія вспомнимъ, что общая средняя продолжительность у I-рага была: 18 ч. 48', у II-рага 14 ч. 21', у М-рага 11 ч. 14'.

Средній вѣсъ доношеннаго плода при узкомъ тазѣ въ 93 г. былъ 3229,17 гр. (дл. 51,04) (у *Вольфа* 30,68), средній же вѣсъ живого плода 3225 grm.; изъ нихъ живыхъ родилось 10 мальчиковъ (средній вѣсъ 3230 grm.), 6 дѣвочекъ.

(средній вѣсъ 3216,65 дл. 50,9). Средній вѣсъ недоношеннаго плода при узкихъ тазахъ равнялся 2268,27 (дл. 46,87).

Средній общій размѣръ головки (для мальчиковъ и дѣвочекъ)—прямая и б. косая окружность—былъ слѣдующій:

	Срочные роды.		Преждевременные роды.	
I-рага . . .	34,33	38,33	32, 5	35,7
II-рага . . .	34,5	39,21	—	—
M-рага . . .	30,5	38,59	31,25	40,5

Общій же средній размѣръ головки для всѣхъ роженицъ былъ: при срочныхъ родахъ—прямая окружность—37,75, большая косая—39,05; при недоношенныхъ—прямая 32, большая косая 35,7.

Вообще же, изъ 32 родовъ при узкихъ тазахъ, исключая изъ общаго числа 4 выкидыша, родилось: 19 живыхъ мальчиковъ, изъ нихъ 2—недоношенныхъ—умерли на 2—4 день; осталось въ живыхъ 11 мальчиковъ, и 9 живыхъ дѣвочекъ, т. е. оставшихся въ живыхъ 20 плодовъ, мертвыхъ родилось 4 мальчика, (изъ нихъ мацерированныхъ 2) и 4 мертвыхъ дѣвочки, (изъ нихъ мацерированныхъ 1), слѣдовательно, потерю родовъ при узкихъ тазахъ составляютъ 4 мертворожденныхъ, т. е. 12,5% (въ 91 г. и 92 г.—11,62%, у *Восфа*—10,6%)—процентъ выше предъидущихъ годовъ

Осложненія во время родовъ были: Endometritis sub partu—1 разъ, Eclampsia sub partu—1 разъ; выпаденіе пуповины—1 разъ, раннее излитіе водъ—3 раза, преждевременное ихъ отхожденіе 3 раза, многоводіе 8 разъ, въ одномъ случаѣ у сифилитическаго выкидыша помѣчены кровянистыя воды въ большомъ количествѣ. Кровотеченіе сейчасъ послѣ родовъ 2 раза, слабыя боли—4 раза, судорожныя боли, доведшія до кольца сокращенія—4 раза, сильныя продолжительныя и безуспѣшныя боли—2 раза; разрывъ шейки матки—1 разъ; разрывъ промежности полный—1 разъ, разрывъ промежности неполный—1 разъ; приращеніе дѣтскаго мѣста—1 разъ, задержаніе послѣда—1 разъ; обвитіе пуповины вокругъ шейки—8 разъ.

Изъ оперативныхъ пособій были: вскрытіе плоднаго пузыря—9 разъ, наложеніе щипцовъ Simpson'a—3 раза, наложеніе щипцовъ *Лазаревича*—*Ястребова*—2 раза, краніотомія на

живомъ плодѣ 3 раза; краніотомія на мертвомъ плодѣ—3 раза, (изъ нихъ 1 разъ у 7-ми мѣсячнаго выкидыша); ручное удаление послѣда—4 раза, (1 разъ по поводу приращенія, 1 разъ по поводу задержанія, 2 раза по поводу кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ). Зашиваніе неполныхъ разрывовъ промежности—1 разъ, и зашиваніе полныхъ разрывовъ—1 разъ; зашиваніе шейки матки—1 разъ, искусственное прерываніе беременности—2 раза (1 разъ у экламптической, 1 разъ по поводу узкаго таза). Такимъ образомъ, разрѣшающихъ операцій было произведено 11, что составляетъ 30,83⁰/₀, всего же операцій сдѣлано 22, что составляетъ—61,11⁰/₀.

Въ послѣдородовомъ періодѣ у 26 была норма, что составляетъ 72,22⁰/₀, у 2-хъ—однократное повышеніе t^0 , у одной—2 кратное, и у одной—3-кратное повышеніе t^0 , у двухъ былъ endometritis levis, у 2-хъ parametritis, у одной—cystitis, у одной—influenca, слѣдовательно, исключая influenza, всего было 9 заболѣвшихъ, что составляетъ 25⁰/₀ заболѣваній (въ 91 г. 92 г. ⁰/₀ этотъ былъ 10,68⁰/₀).

Болѣе подробныя свѣдѣнія объ узкихъ тазахъ видны на прилагаемой таблицѣ.

Неправильности со стороны мягкихъ родовыхъ путей.

Отекъ большихъ и малыхъ губъ наблюдался въ 93 году 3 р. У двухъ беременных (II-пара) былъ отекъ всего тѣла, особенно большихъ губъ, излечились скарификаціями и ваннами и выписались; оба случая описаны въ главѣ о беременных. Одна изъ нихъ вернулась въ клинику для родоразрѣшенія съ отекомъ брюшныхъ покрововъ, ногъ и большихъ губъ, благодаря чему нельзя было ясно прослушать сердцебіеніе плода и, потому, было сдѣлано извлеченіе плода. Затѣмъ, у VII-пара въ области нижней части лѣвой большой губы по направленію къ ягодицѣ была оч. разлитая и большая припухлость; боль при надавливаніи значительная; лежала на правомъ боку. Suppositoria изъ Morfi'я и Bellad, ледъ на мѣсто припухлости, ванны значительно облегчили страданіе, роды прошли нормально.

Выпаденіе обѣихъ стѣнокъ влагалища наблюдалось 2 раза у X-пара и II-пара.

Выпаденіе задней стѣнки влагалища наблюдалось 5 разъ, у III, VII, VI, VIII, X-рага; изъ нихъ у III-рага было полное. По вправленіи выпаденія роды окончились благополучно.

Опущеніе стѣнокъ влагалища было: 1 разъ у II-рага, 3 раза у III-рага, 2 раза у IV-рага, 4 раза у V-рага, 1 разъ у VI-рага, 1 разъ у VIII-рага, всего 12 разъ.

Опущеніе задней стѣнки влагалища было: 1 разъ у III-рага, 2 раза у IV-рага, 1 разъ у VII-рага, 1 разъ у VIII-рага, всего 5 разъ; опущеніе передней стѣнки влагалища, 1 разъ у II-рага, 1 разъ у IV-рага, 1 разъ у V-рага, всего 3 раза.

Старый разрывъ промежности былъ 1 разъ вплоть до anus'a у III-рага, неполный 11 разъ у II-рага, 2 раза у III-рага, 8 разъ у IV-рага, 5 разъ у V-рага, 3 раза у VI-рага, 2 раза у VII-рага, 1 разъ у VIII-рага, 1 разъ у IX-рага, 1 разъ у X-рага, 1 разъ у XIII-рага всего 36 разъ. Одинъ разъ при прорѣзываніи головки вверху и внизу половой щели наблюдались слѣды hymen'a въ видѣ натянутыхъ полукруглыхъ лоскутовъ съ тонкими, ненарушенными въ цѣлости краями.

Варикозныя расширенія на половыхъ частяхъ наблюдались 8 разъ (у IX-рага 1 разъ, у I-рага 3 раза, у II-рага 2 раза, у IV-рага 1 разъ, у VI-рага 1 разъ).

Гипертрофія малыхъ губъ наблюдалась 1 разъ у III-рага, гипертрофія большихъ губъ—1 разъ у VI-рага; на малыхъ губахъ и на стѣнкахъ влагалища разсѣянные papillomat'a 1 разъ у I-рага; colpitis emphysematosa 1 разъ у II-рага.

Отечность передней губы port. vag. 1 разъ у II-рага при узкомъ тазѣ, роды окончены кроніотоміей; отежность всего зѣва—1 разъ у II-рага, роды окончены щипцами. Медленное раскрытіе зѣва наблюдалось 2 раза, оба у I-рага; горячіе души и ванны устранили препятствіе. Нерастяжимость зѣва отмѣчена 1 разъ: Port vag. истончена, наружный зѣвъ открытъ на 2 пальца; края его отечны, на задней губѣ замѣчается рубцовое уплотненіе—остатки бывшей годъ тому назадъ hysterostomatomi'a.

Въ виду медленнаго раскрытія зѣва вслѣдствіе его рубцового измѣненія было сдѣлано нѣсколько неглубокихъ надрѣзовъ, послѣ чего роды стали быстро подвигаться впередъ и окончились самостоятельно, при чемъ плечики прорѣзались попе-

речно. Воды отошли въ 10 ч. 30 мин. у., а начало врёзыванія на другой день въ 12 ч. 15 м. дня.

Сюда же надо отнести и endometritis sub partu, наблюдавшійся 2 раза при зрѣлыхъ родахъ (forceps) и endometritis post partum послѣ 3-хъ мѣсячнаго выкидыша, въ виду чего сдѣлано выскабливаніе слизистой оболочки матки. Послѣродовой періодъ—норма.

Неправильности изгоняющихъ силъ.

Къ этой категоріи отнесены нами тѣ случаи, гдѣ родовыя боли подъ вліяніемъ какихъ либо причинъ, какъ то,—узкій тазъ, преждевременное излитіе водъ и другія, либо совсѣмъ ослабѣвали и даже прекращались, что мы отнесли къ «слабымъ болямъ», либо были сильны и продолжительны, даже (безъ остановки, т. е. судорожны—«спазматическія боли», но безуспѣшны въ смыслѣ поступательнаго движенія родовъ, либо, наконецъ, черезчуръ болѣзненны—«чрезмѣрно-чувствительныя боли»; при всѣхъ трехъ категоріяхъ, родовыя боли были недостаточны для самостоятельнаго окончанія родовъ.

«Чрезмѣрно-чувствительныя» боли встрѣтились 2 раза, 1 разъ у I-рага съ нормально-развитымъ тазомъ, но большимъ количествомъ грязныхъ, вонючихъ водъ и большимъ по вѣсу ребенкомъ 45 50 grm., при чемъ головка, опустившись быстро, установилась въ нижней части полости таза въ размѣрѣ, среднемъ между лѣвымъ косымъ и прямымъ, и не могла сдѣлать внутренняго поворота. Роды были, окончены щипцами.

Другой разъ чрезмѣрно чувствительныя боли встрѣтились у II-рага 28 л. съ узкимъ тазомъ (sp. il.—26, cr. il.—25, cong. ext. 15, tr. 28). Воды прошли при зѣвѣ на 1 палецъ; роженица положительно измучилась отъ безуспѣшныхъ, сильныхъ, чувствительныхъ болей и роды были окончены краніотоміей—брефатомомъ *Лазаревича*.

Судорожныя боли встрѣтились 9 разъ; изъ нихъ 7 разъ у роженицъ съ узкимъ тазомъ, 1 разъ при выпаденіи ручки (поперечное положеніе—спазмъ orif. ext.) у II par. 29 л. съ нормальнымъ тазомъ, воды прошли при открытіи зѣва на 2 пальца. Изъ 9 случаевъ въ одномъ былъ сдѣланъ пово-

ротъ; 4 раза наложены щипцы, 4 раза роды окончены кранотоміей. Во всѣхъ случаяхъ предварительно примѣнялись теплыя ванны и narcotica. Изъ 9 дѣтей родилось живыми 4. Изъ 9 родильницъ 5 имѣли нормальный послѣродовой періодъ; у 2-хъ однократное повыш. t^0 , у 1—двукратное и одна болѣла непослѣродовой формой, а маляріей. Изъ 9 роженицъ у 7 воды прошли преждевременно.

Слабыя боли встрѣтились 26 разъ, что составляетъ 4,80% (у *Вовфа* 3,50%, у *Рузи*—2,130%).

Изъ роженицъ были по количеству беременностей:

I parae . . .	13	VI parae . . .	2
II para . . .	6	VII parae . . .	2
III para . . .	1	X para . . .	1
IV para . . .	1		<u>26</u>

т. е. по-ровну какъ у первородящихъ, такъ и многородящихъ, (у *Вовфа* же превалировали первородящіе, но надо принять во вниманіе, что въ 93 г. была 1 первородящая на 2,76 многородящихъ, а по отчету д-ра *Вовфа* одна первородящая на 1,57 многородящихъ).

По возрасту:

До 20-ти лѣтъ . . .	1
Отъ 21—30 лѣтъ . . .	14 (8—I para).
Отъ 31—40 лѣтъ . . .	10 (4—I para)
Отъ 41—44 лѣтъ . . .	<u>1</u>
	26

Возрастъ отъ 20—30 лѣтъ былъ преобладающій.

Старыя первородящія (4) составляютъ изъ общаго числа (13) первородящихъ со слабыми болями—350%, между тѣмъ какъ старыхъ первородящихъ вообще было 9 на 131, т. е. менѣе 70%, слѣдовательно, слабость болей у нихъ встрѣчается чаще, чѣмъ въ молодомъ возрастѣ.

Изъ предлежаній плода въ одномъ случаѣ было косое положеніе и выпаденіе ручки, сдѣланъ поворотъ съ слѣдующимъ извлеченіемъ. Въ 2-хъ ягодичное предлежаніе, роды окончены извлеченіемъ плода и въ остальныхъ 24 случаяхъ затылочные предлежанія. Щипцы накладывались 15 разъ и 1 разъ craniotomy на мертвомъ плодѣ. Въ остальныхъ случаяхъ достаточно было разрыва плодныхъ оболочекъ, горя-

чихъ влагалищныхъ душъ, ваннъ и хинина отъ 5—10 gr. pro dosi. Ручное удаленіе послѣда вслѣдствіе его задержанія понадобилось 6 разъ. Изъ плодовъ родилось: 24 живыхъ, 1 мертвый, и на 1 мертвомъ станіотомія. Изъ родившихся живыми 1 умеръ на 2-й день.

Какъ условія, благопріятствующія ослабленію болѣй, были

Многоводіе	2	раза
Узкій тазъ	2	»
Endometritis sub. partu.	2	»
Преждеврем. отхож. водъ	18	»
Сильныя отеки всего тѣла и пол. час.	1	»
Herni alin albae	1	»

Теченіе послѣродоваго періода при этой аномаліи было слѣдующее:

Совершенно здоровыхъ 17 65,38⁰/₉

Лихорадило 9; изъ нихъ у 2-хъ было однократное повышение t^0 , у 3-хъ endometritis puerperalis, у 1 endoparametritis sin., у 2-хъ parametritis, у 1 peritonitis acuta. Изъ родильницъ при данной аномаліи не умерла ни одна.

Случайныя осложненія беременности и родовъ.

Сифилисъ отмѣченъ въ 4 случаяхъ, у 2-хъ первородящихъ, у III рага и V рага, при чемъ у одной первородящей былъ сильно выраженный третичный періодъ—вдавленные лучистые рубцы надъ правой ключицей, на животѣ, на лѣвомъ локтѣ и обѣихъ голеняхъ, паховыя железы увеличены; ребенокъ родился 3200 gr. безъ сифилитическихъ измѣненій, водъ очень много, грязныхъ.

У другой I рага были увеличены паховыя и шейныя железы; рубцовыя измѣненія по тѣлу тоже были, но гораздо меньше, чѣмъ въ предъидущемъ случаѣ. Ребенокъ 3400 gr. Водъ довольно большое количество, грязныхъ.

У III рага измѣненій по тѣлу не было, но ребенокъ родился вѣсомъ 2900 съ remphigus syphiliticus по всему тѣлу. Водъ большое количество, чистыхъ.

У V рага измѣненій по тѣлу не было; ребенокъ мертвый, въ 2400 gr. съ remphigus syphilitic. всего тѣла. Водъ большое количество.

Въ послѣродовомъ періодѣ только у III рага было многократное повышеніе t^0 . Остальныя три родильницы имѣли нормальный puerperium.

Bronchitis subacuta—1 разъ у VI рага 40 лѣтъ; во второй половинѣ беременности все время сильный кашель. Роды нормальны. Въ послѣродовомъ періодѣ двукратное повышеніе t^0 (38,4—38,5).

Laryngo-bronchitis (Aphonia)—1 разъ у IV рага 35 лѣтъ. Роды нормальны. Въ puerperium'ѣ многократное повышеніе t^0 (max. $t^0=40,5$).

Pneumonia crouposa. 1 разъ у II рага, 27 лѣтъ, родила въ корридорѣ; сильный кашель; при изслѣдованіи разрѣшающаяся крупозная пневманія; max. t^0 въ puerp.—39,9.

Stenocardia—1 разъ у V рага 31 года. Въ виду припадковъ stenocardi'и сдѣлано—partus praemat artific.

Гемипарезъ съ незначительнымъ затрудненіемъ рѣчи—1 разъ у II рага, 23 лѣтъ. Этиологія заболѣванія—эмболія послѣ послѣднихъ родовъ. Родила 6 мѣсяцъ тому назадъ.

Послѣ родовъ встала на 14 день и въ тотъ же день послѣ ѣзды на извозикѣ у нея внезапно явился параличъ въ правой половинѣ тѣла. Поступила въ клинику на 2-мъ мѣсяцѣ беременности съ гемипарезомъ правой стороны съ незначительнымъ затрудненіемъ рѣчи, угнетеннымъ психическимъ состояніемъ—въ виду чего, согласно съ психіатрами, рѣшено было сдѣлать abortus artificialis, такъ какъ беременность ухудшала общее состояніе. Abrasio mucosae cav. ut. Puerperium—норма.

Meningitis cerebro-spinalis—1 разъ у I—рага 26 лѣтъ. Преждевременные роды. Ребенокъ умеръ въ тотъ же день. Мать на 2-я сутки.

Vitium cordis—1 разъ у III—рага 31 г. Сильный отекъ ногъ. Partus praematurus in X mens. Ребенокъ (в. 3100)—мертвый. Puerperium—норма.

Cystoma ovarii (?) Въ животѣ, рядомъ съ увеличенной маткой, значительная опухоль, флюктуирующая по всѣмъ направленіямъ; при поверхностномъ наблюденіи опухоль заставляла предполагать двойни. Сильный ростъ опухоли большая замѣтила послѣ послѣднихъ родовъ, бывшихъ 3 года назадъ.

Менструировала послѣ послѣднихъ родовъ всего — 2 раза. Роды норма; вѣсъ ребенка 3100 gm: Ригр.—норма.

Eclampsia въ 1893 г. встрѣтилась 4 раза, что на 541 родовъ составляетъ 0,74% или 1:135,25 родовъ (у *Рузи* 0,94% или 1:106,33, у *Ворфа* 1:109,7, у *Агафонова* 1:96). Узкій тазъ въ 1 случаѣ у I—рага 21 г. Изъ 4 случаевъ 3 были первородящія (19, 21 г. 23 лѣтъ) и 1—VII рага, 39 лѣтъ, т. е. у первородящихъ припадки эклампсіи встрѣтились чаще, чѣмъ у многородящихъ. Также было и въ прошлые года. Двойни наблюдались изъ 4 случаевъ—1 разъ у I—рага, родились мертвые недоношенные: мальчикъ, (вѣсъ—1850 gr.) и дѣвочка (в. 2450 gr.). Остальныя 3 роженицы разрѣшились мальчиками, такъ что, въ общемъ, изъ 5 дѣтей родились 4 мальчика, одинъ изъ нихъ живой (в. 2900 gr.); всѣ остальные 4 ребенка мертвыхъ, изъ нихъ 2 мацерированныхъ (в. 3100 и 2500).

Положеніе плода въ 3-хъ одиночныхъ случаяхъ 1-е затылочное передній видъ. При двойняхъ—1-е затылочное передній видъ и 2-е темянное.

Всѣ 4 роженицы были привезены въ клинику въ безсознательномъ состояніи, въ припадкахъ эклампсіи, при чемъ у I—рага, съ двойнями, дома было 5 припадковъ; въ клиникѣ 10 припадковъ; у I—рага, 19 лѣтъ, было 28 припадковъ; у I—рага 21 г., были 4 припадка до поступленія въ клинику и 9 припадковъ въ клиникѣ, всего 13 припадковъ. У VII—рага 4 припадка на дому и 1 припадокъ при поступленіи въ клинику, всего 5 припадковъ. Моча во всѣхъ случаяхъ красна-насыщенная, съ бѣлкомъ; т⁰ при поступленіи у VII—рага не была измѣрена, у остальныхъ: (39,1—39,2—39,9). Въ родильномъ покоѣ пребывали: VII—рага 35 минутъ, I—рага 21 г.—62 часа 30 мин., I—рага 19 л.—трое сутокъ. I—рага съ двойнями—1½ сутокъ. О продолжительности родовъ судить трудно, такъ какъ начало родовыхъ болей осталось неизвѣстнымъ, тѣмъ болѣе, что у VII—рага былъ вскрытъ плодный пузырь и примѣненъ способъ *Kristeller'a*. Во всѣхъ остальныхъ 3-хъ случаяхъ были для ускоренія родовъ примѣнены горячіе души и вставлены бужи. Изъ болѣе важныхъ оперативныхъ пособій: при двойняхъ были щипцы на оба

плода при зѣвѣ на $3\frac{1}{2}$ пальца. При двойняхъ же были сдѣланы=hystero-trachelorrhaphia и perineorrhaphia; послѣдъ удаленъ рукою. Для уменьшенія припадковъ эклампси, исключая VII—рага, всѣмъ прочимъ были примѣнены: морфій подѣ кожу, chloral-hydrat, chlorof, горячія ванны.

Въ сознаніе пришли: въ тотъ же день I—рага 19 лѣтъ; на другой день I—рага 21 году и VII—рага. Первородящая же съ двойнями въ сознаніе пришла на 12-й день.

Въ послѣродовомъ періодѣ у 2-хъ было однократное повышение t^0 (38,3 и 38,4) у I—рага 21 г., endometritis puerperalis (max. t^0 —39,2), всѣ трое выписались здоровыми, у I—рага съ двойнями—многократное повышение t^0 (max. t^0 —40,1), умерла на 44 день отъ истощенія при развившемся сильномъ поносѣ. Въ одномъ случаѣ у I—рага 21, помѣчено въ анамнезѣ: припадки эпилепсиі въ дѣтствѣ.

Изъ осложнений при родахъ были: обвитіе пуповины вокругъ шеи—1 разъ, и 1 разъ правая ручка приложена къ головкѣ.

Кровотеченія.

Кровотеченія наблюдались въ 1893 году, какъ во время родовъ, такъ и послѣ нихъ. Всего было 33 случая ($5,99\frac{0}{0}$.—въ 91 и 92,— $2,38\frac{0}{0}$). Вскорѣ послѣ родовъ было 2 случая отъ атоніи матки, изъ нихъ въ одномъ былъ гоноройный процессъ и въ томъ же случаѣ въ послѣродовомъ періодѣ было многократное повышение t^0 . Кровотеченія въ 1-мъ періодѣ родовъ безъ какой-бы то ни было очевидной причины были 4 раза: у трехъ II—рага и одной V—рага; у послѣдней былъ узкій тазъ и вѣсъ плода 4100 gr., роды окончены щипцами. Въ остальныхъ 26 случаяхъ была очевидная причина кровотеченія, а именно: задержаніе остатковъ плоднаго яйца при выкидышѣ 12 разъ; центральное предлежаніе послѣда 2 раза (изъ нихъ 1 разъ при выкидышѣ); краевое предлежаніе послѣда 3 раза; задержаніе послѣда или оболочекъ въ полости матки 8 разъ; преждевременное отдѣленіе послѣда въ нижней его части; разрывы пещеристыхъ тѣлъ клитора и мочеиспускательнаго канала—1 разъ; глубокій разрывъ шейки матки и лѣвой большой губы—1 разъ, разрывъ шейки матки—1 разъ. Изъ опе-

ративныхъ пособій при кровотеченіяхъ были оказаны: выскабливаніе слизистой оболочки матки 12 разъ; поворотъ плода съ послѣдующимъ извлеченіемъ—1 разъ, разрывъ оболочекъ (при краевомъ предлежаніи послѣда)—1 разъ; наложеніе щипцовъ—1 разъ; ручное удаленіе оболочекъ—1 разъ; ручное удаленіе послѣда и его оболочекъ 8 разъ послѣ нормальныхъ родовъ и 2 раза при предлежаніяхъ послѣда. Clytoro et urethrorraphia prim—1 разъ. Hysterotrachelorrhaphia 2 и episiorraphia sinistra 1—разъ.

По числу беременностей было: 7 (5,34⁰/о) первородящихъ и 26 (6,34⁰/о) многородящихъ; что касается послѣродового періода, то нормальная t^0 была въ 23 случаяхъ; однократное повышеніе t^0 —4 раза, многократное повышеніе t' —3 раза, parametritis—1, periparametritis—1; endometritis puerperalis—1 разъ.

Неправильности механизма родовъ.

Головка плода прорѣзалась въ заднемъ видѣ—2 раза, оба раза у многородящихъ, роды окончились силами природы.

Высокое поперечное стояніе головки въ теченіе 3 час. 45 мин. было 1 разъ у VII-para 31 г.; роды окончены щипцами. Недостаточное Naegel'евское наклоненіе (стрѣловидный шовъ у symphis'a)—1 разъ у I-para, (venter propendens); роды окончены щипцами.

Плечики прорѣзались поперечно 4 раза—1 разъ у I para и 3 раза у M-para. Въ 1 случаѣ роды окончены щипцами.

Неправильности члено-расположенія плода.

Выпаденіе конечностей—3 раза у многородящихъ съ поперечнымъ положеніемъ плода.

Отхожденіе ручекъ отъ передней поверхности туловища, прорѣзываніе ихъ рядомъ съ головкой 7 разъ, изъ нихъ 2 раза у I-para и 5 разъ у M-para; у одной M-para роды были преждевременны.

Неправильности со стороны придатковъ плода.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста въ 1893 г. было 5 разъ, что составляетъ 0,92⁰/о, т. е. на каждые 108,2 родовъ 1 разъ

(въ 1891 г. и 1892 г.—0,56%, т. е. на каждые 177, 22 р. — 1 разъ). Изъ 5 случаевъ—въ 2-хъ было центральное: въ 1 случаѣ у VI-рага при доношенномъ плодѣ и въ другомъ случаѣ при выкидышѣ на 4-мъ мѣсяцѣ у I-рага.

Въ 3-хъ случаяхъ у M-рага (III, V, VI разъ) было краевое предлежаніе послѣда; въ одномъ изъ нихъ были преждевременные роды. Изъ 5 роженницъ одна только была I-рага.

По возрасту: 2 по 24 года; 1—25 лѣтъ, 1—32-хъ лѣтъ и 1—34 лѣтъ. Узкихъ тазовъ при данной аномаліи не было ни одного. Что касается предлежаній плода, то въ 32 случаяхъ было затылочное, въ 1 случаѣ—поперечное и въ 1 случаѣ (при выкидышѣ)—предлежаніе не опредѣлено.

Изъ новорожденныхъ—2 живыхъ мальчика, 1 живая дѣвочка и 1 мертвая дѣвочка; при выкидышѣ полъ плода не помѣченъ. Изъ оперативныхъ пособій: при выкидышѣ извлеченіе плода, ручное удаленіе послѣда и выскабливаніе слизистой оболочки матки. Въ 2-случаяхъ разрывъ оболочекъ, въ 1 случаѣ извлеченіе плода, въ 1 случаѣ внутренній поворотъ плода съ послѣдующимъ извлеченіемъ и въ 2-хъ случаяхъ ручное удаленіе послѣда вслѣдствіе сильнаго кровотеченія въ послѣдовомъ періодѣ. Лечение состояло въ тампонаціи влагалища, если зѣвъ недостаточно раскрытъ и нѣтъ угрожающихъ симптомовъ; если же зѣвъ достаточно раскрытъ, то вскрытіе плоднаго пузыря, и, если предлежала часть, опустившись, не останавливала кровотеченія, то окончаніе родовъ (щипцы, извлеченіе, поворотъ). Исходъ для матерей можно считать благопріятнымъ, только въ 1 случаѣ было однократное повышеніе t^0 (39,2), въ остальныхъ 4-хъ случаяхъ теченіе послѣродоваго періода нормальное.

Изъ болѣзней дѣтскаго мѣста отмѣчены: 1) жировое отложеніе съ двугривенный кругомъ мѣста прикрѣпленія пуповины—1 разъ у II-рага 28 л.; щипцы, асфиксія, оживленъ. Въ послѣродовомъ періодѣ—однократное повышеніе t^0 (38,7), 2) Холестеариновые отложенія разбросаны по всей поверхности дѣтскаго мѣста—I-рага 21 годъ; живая дѣвочка в. 3500 гр. Послѣдъ 500—19/20, послѣ родовъ норма.

Задержаніе послѣда, т. е. либо его приращеніе, либо пребываніе болѣе или менѣе долгое время въ маткѣ вслѣдствіе

какихъ-нибудь причинъ, какъ то судорожное сокращеніе зѣва или вялое сокращеніе матки, въ 1893 году было 11 разъ, что составляетъ 2,03% или 1 случай на каждые 49,17 родовъ (въ 1891 г. 1892 г.—1,25% или 1:79,75 род. Всего дольше (а именно—21 ч. 30 м.) находился послѣдъ въ маткѣ у I-рага 21 года, пришедшей въ клинику на другой день безъ ребенка съ задержаннымъ послѣдомъ (см. уличные роды).

Изъ 11 роженицъ—2 были первородящія, 3—втородящія и 6—многородящихъ или: отношеніе I-рага къ M-рага равно 1:4,5 (въ 1891 г. 1892 г.—1:2,33).

Въ послѣродовомъ періодѣ у 1 родильницы былъ parametritis, у 10—норма.

Задержание плодныхъ оболочекъ встрѣтилось 8 разъ, что составляетъ 1,48% (у Рузи—2,00%). Изъ нихъ 4 раза у I-рага, 3 раза у II-рага и 1 разъ у V-рага, т. е. на половину у первородящихъ и многородящихъ. Одинъ разъ въ виду сильного кровотеченія послѣ родовъ пришлось прибѣгнуть къ ручному извлеченію оболочекъ.

Послѣ родовъ въ 5 случаяхъ нормальная t^0 , въ 1 случаѣ однократное повышеніе t^0 ; въ 1 случаѣ многократное повышеніе t^0 , и въ 1 случаѣ endometritis puerperalis.

Много около-плодныхъ водъ помѣчено въ 100 случаяхъ на 541 родовъ, но очень большое ихъ количество въ 10 случаяхъ, что составляетъ 1,85% (въ 1891 г. 1892 г.—1,5%). Предлежаніе плода въ 9 случаяхъ было затылочное и въ 1—поперечное положеніе.

Слабыя боли при многоводіи отмѣчены въ 2 случаяхъ: у одной I-рага, 34 лѣтъ и у III-рага, 34 лѣтъ.

Изъ оперативныхъ пособій: наложеніе щипцовъ—1 разъ; вскрытіе плоднаго пузыря 2 раза, извлеченіе плода—1 разъ и ручное удаленіе послѣда 1 разъ.

Изъ 10 новорожденныхъ: 5 живыхъ мальчиковъ, 3 живыхъ дѣвочки, 1 мертвый мальчикъ, 1 мацерированная дѣвочка.

Самый большой вѣсъ плода былъ 3900 grm. (у III-рага, Sp. II—26, Cr II—29, Cong. ext 21, Tr—33)

Самый малый—2450. Средній вѣсъ плода 3205 grm.

4 плода имѣли вѣсъ ниже 2900 grm.

Послѣ родовъ у 8 родильницъ нормальная t^0 ; у одной—

2-хъ кратное повышеііе t^0 и у одной—endometritis. Средняя продолжительность родовъ 19 ч. 34'.

Грязныя воды помѣчены 40 разъ, мутныя—8 разъ (7 первородящихъ и 41 многородящихъ) изъ нихъ грязныя съ сильнымъ запахомъ—5; въ послѣднемъ случаѣ было 2 мертворожденныхъ. Изъ этихъ 5 случаевъ въ послѣродовомъ періодѣ 1 разъ была норма; 2 раза endometritis и 1 разъ—2-хъ кратное повышеііе t^0 .

Изъ 48 роженицъ съ грязно-мутными водами—2 родили мертвыхъ и 1 въ асфиксіи, оживл. Послѣ родовъ 1 разъ Mastitis и 8 разъ однократное пов. t^0 .

Случаевъ *выпаденія пуповины* въ 1893 г. не было.

Предлежаніе пуповины вмѣстѣ съ краемъ послѣда было 1 разъ у V-рага 43 л. Положеніе плода, по вскрытіи плоднаго пузыря, 1-е зат. п. в.; родился живой мальчикъ вѣс. 2900 grm., длина пуповины 40 cm.; послѣ родовъ—норма.

Ущемленіе пуповины при прорѣзываніи туловища было 1 разъ при ягодномъ положеніи у XII-рага 36 лѣтъ, вслѣдствіе чего было приступлено къ извлеченію плода; извлечена живая дѣвочка в. 2900 grm; длина пуповины 55 cm. послѣ родовъ—норма.

Обвитіе пуповины. Случаевъ обвитія пуповины въ 1893 г. было 139, что на все количество родовъ (541) составляетъ 25,69⁰/₀. Изъ 139 случаевъ—19 было при преждевременныхъ родахъ и 120 при доношенныхъ. Высчитывая процентное отношеніе, соотвѣтственно количеству родовъ недоношенныхъ и доношенныхъ, будемъ имѣть ⁰/₀ при недоношенныхъ родахъ равнымъ 25,33⁰/₀, при доношенныхъ 27,52⁰/₀.

Предлежанія плода при случаяхъ обвитія пуповины были: 4 ягодичныхъ, 1 поперечное и 134 затылочныхъ. Вычисляя ⁰/₀ по отношенію къ количеству родовъ того и другого предлежанія, будемъ имѣть обвитіе пуповины при затылочныхъ предлежаніяхъ 28,81⁰/₀; при ягодичныхъ—19,04⁰/₀, при поперечныхъ—16,66⁰/₀.

Изъ 139 случаевъ обвитія пуповины 34 раза это явленіе наблюдалось у I-рага, 93 раза у II-рага и 72 р. у M-рага или на 1 первородящую приходится 3,08 многородящихъ (въ 1891 г. 1892 г. это отношеніе равнялось 1:2,27).

Въ большинствѣ случаевъ обвитіе пуповины было вокругъ шейки плода, и рѣже вокругъ ножки или ручки плода, а именно:

Вокругъ шейки	1 разъ	114	
»	» 2 раза	14	
»	» 3 раза	1	(VI-рага 33 л. 1-е зат. пол. п. в. ж. 2950 grm. жив. дл. 78).
»	» 4 раза	1	(III-рага 26 л. 1-е зат. пол. п. в. м. 3150 жив. дл. 76).
Вокругъ ножки		4	(III—2 V, IV).
» ручки		1	(XI).
Вокругъ шейки и ножки		3	(I, 2 II).
Вокругъ ручки, шейки и ручки		1	(II).

Изъ 139 новорожденныхъ 16 живыхъ мальчиковъ, 64 живыхъ дѣвочки, 7 мертвыхъ мальчиковъ, 2 мертвыхъ дѣвочки, т. е. 6,49% мертворожденныхъ.

Средняя длина пуповины при обвитіи ея равна 59,9 см, среднія же длина пуповины 520 ея измѣреній въ 1893 году была равна 55,75 см; если же изъ общаго числа (520) вычесть обвитыя пуповины, то получимъ среднюю величину для необвитыхъ пуповинъ—54,26 см.

Прикрѣпленіе пуповины къ оболочкамъ встрѣтилось 4 раза: у 2 первородящихъ и 2 многородящихъ; у одной I-рага недоношенный мертвый ребенокъ, у остальныхъ живыя дѣти. Что касается вообще прикрѣпленій пуповины, то въ 360 случаяхъ было эксцентрическое, въ 101 случаѣ центральное, въ 70 случаяхъ краевое; истинный узелъ встрѣтился 1 разъ (у перифер. конца)—у VIII-рага 17 лѣтъ 1-е зат. пол., родился живой мальчикъ в. 4050. Длина пупов. 75 см. прикрѣпленіе эксцентрическое.

Нарушеніе цѣлости родовыхъ путей.

Разрывы промежности. Всѣхъ разрывовъ промежности въ 93 г. было 43, что на 512 родовъ (исключая, изъ общаго числа поступившихъ беременных и выкидыши) составляетъ 8,47 (въ 91 и 92 г. 11,15%), или 1 разрывъ промежности на 11,91 родовъ—малый сравнительно съ прошлыми годами, процентъ разрывовъ промежности легко объясняется меньшимъ относительно количествомъ первородящихъ въ 93 г., тѣмъ

болѣе, что по числу предшествовавшихъ беременностей разрывы промежности распредѣляются такъ: первородящихъ—31; II пара—7, III пара—3, IV пара—1, т. е. у первородящихъ въ 93 году были одинъ разрывъ на 4,03 родовъ, а у много-родящихъ 1 на 32,83 рода (у *Пузи* это отношеніе въ первомъ случаѣ равно 1:3,65; во второмъ случаѣ 1:33,18).

Изъ всѣхъ разрывовъ 1 былъ полный 2-й степени у I пара, 29 лѣтъ съ узкимъ тазомъ; роды окончены щипцами, послѣ родовъ Cystitis purulenta.

Изъ неполныхъ разрывовъ большинство было 2-й степени, а именно 39, три 3-й степени и одинъ—1-й степени.

По возрасту роженицы распредѣлялись слѣдующимъ обра-зомъ:

		I пара.	M-пара.	Всего.
Отъ 20—30 . .	лѣтъ	27	8	35
Отъ 31—40 . .	»	4	3	7
Отъ 41—45 . .	»	—	1	1
				43

Если считать процентное отношеніе къ количеству перво-родящихъ и многородящихъ, то имѣемъ:

Отъ 20—30 . лѣтъ $\frac{0}{100}$ 23, $\frac{90}{100}$ 3,26 $\frac{0}{100}$
 Отъ 31—40 . » — 44,44 $\frac{0}{100}$ 2 $\frac{0}{100}$, т. е. у первородя-щихъ съ увеличеніемъ возврата значительно увеличивается частота разрывовъ, тогда какъ у многородящихъ наоборотъ.

Положенія и предлежанія плода были:

Первое затылочное . .	24.
Второе » . .	13.
Первое ягодичное . .	1.
Второе » . .	3.
Уличные роды	1.
Gemelli { 1-е зат. Eclampsia. }	1. (одновременно съ разрывомъ шейки).
{ 2-е темян. Forceps. }	
	43.

Узкій тазъ встрѣтился при разрывахъ промежности 2 раза у I пара; въ обоихъ случаяхъ наложены были щипцы. Кромѣ этихъ случаевъ щипцы явились этиологическимъ моментомъ въ 8-ми случаяхъ у первородящихъ и въ 1 случаѣ у много-родящихъ; такимъ образомъ, щипцы послужили этиологи-ческимъ моментомъ 11 разъ; изъ другихъ операций, въ качествѣ этиологическаго момента, должны указать на извлеченіе плода

2 раза, (1 разъ у I рага и другой у M-рага). Еще въ качествѣ этиологическаго момента была 2 раза неправильность механизма родовъ, а именно:— 1 разъ поперечное прорѣзываніе плечиковъ и другой разъ—прорѣзываніе ручки рядомъ съ головкой.

И такъ, очевидная причина была въ 15 случаяхъ, въ остальныхъ 28 случаяхъ приходится объяснять причины разрывовъ общепринятыми разсужденіями, какъ-то скорое прорѣзываніе головки, неподатливость тканей и т. д. Кромѣ вышеупомянутыхъ операций—были 5 разъ ручное удаленіе послѣда.

Изъ 44 новорожденныхъ—живыхъ было 23 мальчика, со среднимъ вѣсомъ 3452,18 grm., и 18 дѣвочекъ со среднимъ вѣсомъ 3235,29 grm. мертворожденныхъ 2 мальчика 1 и дѣвочка. Самый малый вѣсъ плода былъ при уличныхъ родахъ—1950 grm.

Всѣ разрывы промежности (исключая 1 случая, гдѣ вслѣдствіе сильнаго отека шить было неудобно—положена іодоформенная марля) были тотчасъ послѣ родовъ зашиты кѣтгутомъ, обработаннымъ ol. juniperi e ligno и хранившимся въ спирту; присыпка іодоформомъ.

Изъ 42 перинеоррафій въ 37 получилось полное сращеніе; въ одномъ случаѣ совѣтъ не срослась; въ 4 случаяхъ сращеніе было не полное, изъ нихъ въ 1 случаѣ, а именно при полномъ разрывѣ промежности въ результатѣ получилась фистула, идущая изъ вагины въ rectum выше sphincter'a.

Изъ 43 родильницъ совершенно здоровыхъ было 23 или 53,49% и болѣвшихъ 20 или 46,51%; изъ болѣвшихъ въ 1 случаѣ былъ острый бронхитъ, въ другомъ—influenza.

Остальные болѣвшія распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Однократное повыш. t° . . .	1	Mastitis . . .	2	Endoparametr. . . .	1
Двукратное „ t° . . .	2	Endometr . . .	3	Cystitis purul. . . .	1
Многократное „ t° . . .	3	Parametr . . .	2	Peritonitis	3

Изъ числа послѣднихъ умерли 2.

Разрывы влагалищной части т. е. такіа, которые необходимо было сейчасъ же зашивать въ виду появившагося кровотеченія, наблюдались въ 93 г. 3 раза. *Одинъ разъ* это было у I рага. 35 лѣтъ съ узкимъ тазомъ, при наложеніи щипцовъ *Лазаревича* на головку, стоящую высоко въ сред-

немъ, между косымъ и поперечнымъ, размѣръ таза при неполномъ открытіи зѣва, извлечена мертвая дѣвочка вѣсомъ 4000 gr.

На разорванную съ правой стороны шейку наложены 2 кѣтгутовыхъ шва; послѣдъ удаленъ рукою. Endometritis sub. partu. Послѣ родовъ—endometritis puerperalis.

Другой разъ разрывъ шейки наблюдался одновременно съ разрывомъ лѣвой малой губы влагалища у I рага 21 году, родилась живая дѣвочка вѣсомъ 3150 grm. На шейку и на малую губу, въ виду появившагося кровотоечения, наложены кѣтгутовые швы. Послѣ родовъ норма.

Третій разъ у I рага 23 лѣтъ (Gemelli), принята въ безсознательномъ состояніи, въ припадкахъ эклампсiи; наложены щипцы на оба плода (дѣвочку въ 2450, мальчика въ 1850 gr.); получился правосторонній разрывъ шейки и промежности; зашиты кѣтгутомъ.

Послѣ родовъ peritonitis. Умерла отъ истощенія на 44 день.

Разрывъ лѣваго нещеристаго тѣла клитора и мочеиспускательнаго канала наблюдался I разъ, но не какъ послѣдствіе родовъ, а какъ послѣдствіе паденія беременной съ вѣнскаго стула, на к-ый она «на послѣднихъ дняхъ» встала. Во время паденія спинка вѣнскаго стула попала въ половую расщелину, появилось сильное кровотоечение и схватки. Status praes. при поступленіи въ клинику: начиная отъ лѣвой ножки клитора косвенно внизъ къ наружному отверстию мочеиспускательнаго канала идетъ разрывъ довольно глубокій, сильно кровоточащій съ разорванными краями и дномъ; разрывъ длиною до 5 cm.; два разможженныхъ мѣста до 2-хъ cm. находились и на внутренней поверхности большихъ губъ.

Въ виду кровотоечения отъ разрыва и отъ краеваго предлежанія послѣда, въ виду полного открытія зѣва роды окончены щипцами; извлечена довольно скоро мертвая дѣвочка в. 3150 grm.; послѣдъ удаленъ рукою. Ножницами края вышеописаннаго разрыва были сглажены и вся рана обшита 4 глубокими и 3-мя поверхностными кѣтгутовыми швами; раны засыпаны іодоформомъ—prima intentio. Послѣ родовъ periparametritis.

Оперативныя пособія.

Искусственное прерываніе беременности наблюдалось 6 р., что на 541 случай родовъ составляетъ 1,1⁰/о (въ 91 и 92 г. 0,56⁰/о). изъ этихъ 6 случаевъ 1 приходится на 2-хъ мѣсячный выкидышъ по поводу гемипареза. Изъ 5 случаевъ преждевременныхъ искусственныхъ родовъ въ 2-хъ случаяхъ беременность прервана на послѣдней недѣлѣ. (X-mens)., одинъ разъ въ виду припадковъ stenocardi'u, другой разъ въ виду припадковъ эклямпсіи; въ 2-хъ случаяхъ на IX mens: одинъ разъ по поводу узкаго таза и эклямпсіи, другой разъ по поводу узкаго таза и, наконецъ, въ 5-мъ случаѣ беременность прервана на VIII мѣсяцѣ въ виду припадковъ эклямпсіи (при двойняхъ). Такимъ образомъ, исключая случаи эклямпсіи, въ 93 году было 2 part praemat. artif. и 1 abort artific., что составляетъ 0,55⁰/о. Изъ 6 новорожденныхъ 5 было мальчиковъ и 1 дѣвочка: 2 мацерированныхъ, 3 мертворожденныхъ, 1 живорожденный, но умеръ на 2-й день.

По числу беременностей 3 были первородящія (эклямпсіи), одна II para (Abortus), одна III para (Stenocardia) и одна IV para (Pelv angusta).

Изъ 6 случаевъ въ 3-хъ была послѣ родовъ нормальная t^0 ; въ 1 случаѣ однократное повышение t^0 ; въ 1 случаѣ endometritis; въ 1 случаѣ peritonitis purulenta и смерть отъ истощенія.

Во всѣхъ случаяхъ примѣнялся открытый способъ, т. е. послѣ предварительно сдѣланныхъ нѣсколькихъ горячихъ душъ обнажалась подъемными зеркалами port. vaginalis и въ полость матки вводился 1 или 2 эластическихъ бужа, которые обвертывались іодоформенной марлей; во влагалище тампоны изъ гигроскопической ваты.

Скарификаціи въ 93 г. были произведены 2 раза: одинъ разъ у II para сдѣланы скарификаціи на большихъ губахъ по поводу сильнаго отека, другой разъ у I para скарификаціи сдѣланы port vaginalis вслѣдствіе нестерпимости зѣва послѣ произведенной годъ тому назадъ hysterostomatomіи.

Искусственное вскрытіе плоднаго пузыря въ 93 году было произведено 43 раза, что на 512 родовъ составляетъ

10,46% (съ 84 по 91—8,34%, въ 91 и 92 г.—7,21%), изъ нихъ 12 разъ у I рага, 10 разъ у II рага и 21 разъ у М-рага. Показаніемъ были: замедленное излітіе водъ при достаточно раскрытомъ зѣвѣ, 1 разъ краевое предлежаніе послѣда съ цѣлью вставленія головки, 1 разъ для производства внутренняго поворота при плас. раев. centr, нѣсколько разъ при многоводіи и 1 разъ случайно при изслѣдованіи роженицы; 3 раза послѣ разрыва пузыря роды окончены щипцами: 2 раза у I рага и 1 разъ у II рага. Во всѣхъ трехъ случаяхъ пузырь былъ порванъ при полномъ открытіи зѣва.

Наружный поворотъ въ 93 г. былъ сдѣланъ 1 разъ у IV рага 38 лѣтъ при чемъ изъ 2-го косога положенія плода былъ повернутъ на ягодицы, которыя фиксировались послѣ отхода водъ; роды окончены извлеченіемъ; послѣ родовъ норма.

Внутренній поворотъ всегда съ послѣдующимъ извлеченіемъ былъ произведенъ въ 93 году 6 разъ при одиночныхъ плодахъ и 2 раза при двойняхъ, что составляетъ, (если не считать выкидышей) на 512 родовъ 1,56% или 1 поворотъ на каждые 63,87 родовъ (въ 91 и 92 г. 1:99,6), если же считать выкидыши будетъ 1,48%. *По числу предшествовавшихъ беременностей*: 1 разъ у I рага, 1 разъ у II рага, 2 раза у III рага, 2 раза у IV рага, 1 разъ у VI рага, 1 разъ у VIII рага.

По возрасту 5 роженицъ были отъ 20—30 лѣтъ и 3 отъ 30—40 лѣтъ.

Положеніе плода 5 разъ было поперечное, 2 раза косое и 1 разъ затылочное. *Показаніемъ* къ операціи служили: 2 раза предлежаніе послѣда, 5 разъ выпаденіе ручки и 1 разъ выпаденіе пуповины. *Пузырь вскрытъ* при операціи 3 раза, 5 роженицъ поступили безъ водъ. *Продолжительность родовъ* была: минимумъ 7 часовъ, максимумъ—43 ч. 55 мин., въ 1 случаѣ продолжительность не помѣчена. Средняя продолжительность 19 ч. 29,8'.

Изъ 8 дѣтей 6 (5 мальчиковъ, 1 дѣвочка) родились живыми (изъ нихъ 3 въ асфиксіи—не оживлены), 1 мальчикъ мацерированный, 1 дѣвочка мертвая; изъ живыхъ умерли на 2-й день 1, на 7 день 1.

Средній вѣсъ плода—2612,5 grm. (maximum вѣсъ плода 3800, minimum—1600 grm). Узкихъ тазовъ не было ни одного.

Обвитіе пуповины вокругъ шеи было 1 разъ.

Послѣродовой періодъ въ 3 (37,5⁰/о) случаяхъ—нормальный, въ 2-хъ случаяхъ однократное повышение t^0 до 39⁰, въ 1 случаѣ 2-хъ краткое повышение t^0 (38,5 и 39,8) и въ 2-хъ (25⁰/о) endometritis puerper.

Извлеченіе за тазовой конецъ въ 93 году было 7 разъ, что составляетъ, исключая выкидыши 1,36⁰/о, включая выкидыши—1,29⁰/о (въ 91 и 92 г. 1,25⁰/о); если же считать только ягодичныя положенія, то 1 на каждые 2 родовъ. *По числу беременностей* 2 были I парае, 2—II парае, 2—IV парае и 1—XII пара.

По возрасту всѣ роженицы были отъ 20—30 лѣтъ.

Положеніе плода: 4 раза—2-е ягодичное, 2 раза—1-е ягодичное, и 1 разъ—1-е ножное. *Показаніемъ* къ операциі служили: 1 разъ выпаденіе пуповины, 2 раза ослабленіе родовыхъ болей, и 4 раза ослабленіе сердцебіенія плода. *Всѣ дѣти* (2 мальчика 5 дѣвочекъ) извлечены живыми, изъ нихъ двое были въ асфиксіи, но оживлены; *средній вѣсъ* плода 3292,28 gr. (maximum 3800, minimum 2500).

Средняя продолжительность родовъ 17 ч. 2' (max. 40 ч. 98' min.—4 ч. 55').

Разрывъ промежности послѣ извлеченія 2 раза (у I пара, и II пара).

Обвитіе пуповины вокругъ шеи 1 разъ у II пара.

Послѣ родовъ: у 6—норма, у 1-й—3-хъ краткое повышение t^0 .

Шипцы наложены были въ 93 г.—у 25 роженицъ, причемъ въ 1 случаѣ двойней пришлось наложить шипцы на оба плода, такъ что шипцы были наложены 26 разъ, что составляетъ, исключая выкидыши—5,09⁰/о (1: 19,65 род.), включая же выкидыши—4,8⁰/о (1: 20,8 родовъ), (у *Агафонова* 1,6⁰/о, у *Вольфа* 2,8⁰/о у *Рузи* 2,5⁰/о).

По возрасту и количеству предшествовавшихъ беременностей.

14 I	пара	(изъ нихъ 10 были отъ 20—30 л. и 4 отъ 30—40 л.)
5 II	пара	(» » 3 » » 20—30 » » 2 » 30—40 »)
2 III	пара	(» » 1 » » 30 » » 1 » 36 »)

1 V пара	35 л.
1 VI пара	32 »
1 VII пара	36 »
1 X пара	43 »

следовательно, въ возрастѣ отъ 20—30 лѣтъ было 14 роженницъ, въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ—10 роженницъ и въ возрастѣ свыше 40 лѣтъ—1 роженница. Отношеніе I пара къ M-пара — 1,27 : 1.

Положеніе плода: 15 разъ 1-е затылочное, 10 разъ 2-е затылочное и 1 разъ 2-е темянное (при двойняхъ).

Показанія при операціи въ 4-хъ случаяхъ были только со стороны матери, а именно:

Eclampsia	1 разъ
Placenta praev. marg.	1 »
Eudometritis sub partu	2 »

Въ остальныхъ случаяхъ показаніями къ операціи служили ослабленія сердцебіенія плода и отсутствіе поступательнаго его движенія вслѣдствіе недостаточности потугъ (*insufficiencia dolorum*) въ однихъ случаяхъ при сильныхъ, судорожнаго характера боляхъ, въ большинствѣ же случаевъ при ослабленіи болей и даже полномъ ихъ прекращеніи, а именно:

Недостаточность потугъ при нормальномъ тазѣ:

<i>Сильныя, судорожнаго характера, боли</i> (<i>venter propendens</i> , неправильное вставленіе головки послѣ быстрого отхода водъ, раннее отхожденіе водъ и головная опухоль)	3 р.
<i>Слабыя, короткія</i> подъ конецъ прекратившіяся боли (<i>hern. linea albae, prolaps. vag. anter. post</i> , отекъ всего тѣла, неправильная установка головки, раннее излітіе водъ 7 разъ)	13 »

Недостаточность потугъ при узкомъ тазѣ:

Сильныя, судорожнаго характера, боли	2 »
Слабыя боли	3. »

При высокостоящей головки накладывались щипцы Лазаревича, въ остальныхъ случаяхъ—Симпсона. Во всѣхъ случаяхъ, исключая одного, щипцы снимались, какъ только затылочный бугоръ подходилъ подъ лонную дугу и головка въ щипцахъ не выводилась. *Изъ осложнений:*

Разрывъ промежности: 11 разъ у I пара, 1 разъ у III пара, всего 12 разрывовъ, что составляетъ 48⁰/. *Разрывъ шейки:*

2 раза у I пара. *Обвитіе пуповины* вокруг шейки въ 6 случаяхъ.

Самое позднее послѣ полного открытія щипцы наклады-
вались спустя 5 час., самое скорое—1 ч. 35 м.

Средняя продолжительность родовъ для—I пара--22 ч. 45,7'
для М-пара 20 ч. 16,4'. Общая средняя продолжительность
21 ч. 37,3'.

Изъ новорожденныхъ, исключая случая эклампсіи, гдѣ роди-
лись мертвые—мальчикъ (в. 1850) и дѣвочка (в. 2450), при
остальныхъ 24 родахъ было: 15 живыхъ мальчиковъ, 6 жи-
выхъ дѣвочекъ, т. е. всего 21 живорожденныхъ, 1 мертвый маль-
чикъ (в. 4050 у VI пара) 2 мертвыхъ дѣвочки (у I пара в.
4000 и у III пара в. 3150 grm). Въ асфиксіи, но оживлены—
1 мальчикъ и 2 дѣвочки.

Средній вѣсъ жи- вого мальчика:			Ср. дл. тѣла.	Ср. окр. головки.		
у I пара . .	4375	grm.	52,75	ctm.	прям.	36,44 кос. 39
у II пара . .	3725	"	51,75	"	"	36 " 39
у М-пара . .	4025	"	55,3	"	"	36,6 " 40,3
Средній вѣсъ жи- вой дѣвочки:						
у I пара . .	3200	"	50	"	"	34 " 39,5
у II пара (1 p.)	3900	"	53	"	"	36 " 42
у М-пара (1 p.)	3200	"	52	"	"	35 " 41

Средній вѣсъ живого мальчика вообще равнялся 3654,4 grm.;
средній вѣсъ вообще мальчика, считая мертворожденныхъ 3678,1.
Средній вѣсъ живой дѣвочки 3316,6; средній вѣсъ вообще
дѣвочки—3381,25; наконецъ, средній вѣсъ вообще плода при
щипцахъ—3620,8 gr: Maximum вѣса живого мальчика 4550 gr.;
живой дѣвочки—3900 gr.

Средняя длина живого мальчика	53	ctm.	Сред. дл. прям. окр. головки	39,3	Косой . 39,8
Средняя длина живой дѣвочки	50,8	"	Сред. дл. прям. окр. головки	34,5	" . 39,8
Средняя длина вообще плода	50,12	"	Сред. дл. прям. окр. головки	36,48	" . 37,5

Въ послѣродовомъ періодѣ совершенно здоровыхъ было 8,
что составляетъ 32⁰/_о, лихорадившихъ 17 (68⁰/_о); изъ числа
послѣднихъ: инфлюэнца 1 разъ, однократное повышение t^0
3 раза, двукратное повышение t^0 —3 раза, многократное повы-
шение t^0 —3 раза, cystitis—1 разъ, endometritis—1 разъ, peripa-
rametritis—1 разъ, endoparametritis 1 разъ, cystitis et paramet—
1 разъ, peritonitis—2 раза (у одной изъ нихъ при поступ-
леніи эклампсія при t^0 39,5, она умерла отъ истощенія на

44 день послѣ родовъ). И такъ, выраженныхъ послѣродовыхъ заболѣваній были 7, что составляетъ 28⁰/₀.

Перфорация яловки съ послѣдующей краниоклязіей въ 1893 году была произведена 6 разъ (въ томъ числѣ у 1 выкидыша на VII мѣс.), что составляетъ, включая выкидыши въ общее число родовъ, — 1,1⁰/₀ (у *Агафонова* 0,58⁰/₀, у *Восфа* 0,8⁰/₀, у *Рузи* — 0,8⁰/₀) Изъ 6-ти случаевъ въ 3-хъ перфорация произведена на живомъ плодѣ, при чемъ въ 1 случаѣ мать движенія плода не ощущала, хотя сердцебіеніе и было слышно. Во всѣхъ этихъ 3-хъ случаяхъ до перфорации предварительно были накладываемы щипцы, но безуспѣшно.

Въ четвертомъ случаѣ мать прибыла въ клинику съ мертвымъ плодомъ, но дома была дѣлана кѣмъ то попытка наложить щипцы. Въ пятомъ случаѣ плодъ мацерированный. Во всѣхъ случаяхъ показаніемъ къ операціи служила недостаточность болѣе судорожнаго характера, при чемъ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки получалось кольцо сокращеніе, доходившее иногда до пупка. Въ 1-мъ случаѣ къ сейчасъ сказанному надо прибавить *endometritis sub partu* и въ 2-хъ повышеніе *t*⁰ до родовъ. Предлежаніе плода было въ 2-хъ случаяхъ 1-е затылочное, въ 2-хъ случаяхъ — 2-е затылочное и въ 1-мъ случаѣ — 1-е темянное. Операція производилась перфораторомъ *Щеткина* или *Leissing—Kiwisch'a* и краниокластомъ *Braun'a*.

По количеству беременностей перфорация производилась въ 3-хъ случаяхъ у II-рага, въ 1 случаѣ у III-рага и въ 1 случаѣ у X-рага. Въ *анамнезѣ*: у одной (II-рага) первая беременность кончилась на 2-мъ мѣсяцѣ, у 2-хъ (II-рага) первый — мертворожденный, у III-рага (перфорация на мацерированномъ) первый дѣти — живорожденные; у X-рага показанія сбивчивы, послѣдніе роды окончены подѣ наркозомъ, ребенокъ мертвый.

Средняя продолжительность родовъ у 5-ти роженицъ — 33 ч. 23 мин. Средній вѣсъ плода (3 дѣвочки и 2 мальчика) безъ мозга — 3000 grm. (maximum вѣса 3400, minimum 2400) средняя длина 51 cm.

Открытіе зѣва въ 1 случаѣ почти полное, въ одномъ — 4 пальца, въ 2-хъ — 3 пальца, въ одномъ случаѣ — 2¹/₂ пальца.

Въ послѣродовомъ періодѣ у 3-хъ — норма; у 1 — двукратное повышеніе *t*⁰; у 1 — *endometritis*; у 7-ми мѣсячнаго *abort'a* — Norma.

Ручное извлечение послѣда въ 1893 г. произведено 27 разъ: 2 раза при двойняхъ—у III-рага 29 л. послѣ поворота въ виду сильнаго кровотечения въ послѣдовомъ періодѣ, другой разъ послѣ щипцовъ въ виду приращенія; 3 раза при ягодичныхъ предлежаніяхъ, 2 раза въ виду сильнаго кровотечения и 1 разъ для скорѣйшаго окончанія родовъ, ибо они продолжались 23 часа; 1 разъ послѣ поворота для скорѣйшаго окончанія родовъ, которые продолжались 43 часа; 2 раза послѣ краніотоміи для болѣе скорого окончанія родовъ (въ 1-мъ случаѣ—50 ч. 35 м., въ другомъ—40 ч. 25 м.); 8 разъ послѣ щипцовъ; изъ нихъ 5 разъ для окончанія родовъ, затянувшихся на 27 ч. 50 м., 32 ч. 5 м., 26 час., 35 ч. 55 м., 31 час.—1 разъ въ виду его задержанія, благодаря сокращенію зѣва, 1 разъ въ виду endometritis haemorrhag., и 1 разъ для окончанія родовъ съ цѣлью приступить скорѣе къ зашиванію случившагося (до родовъ отъ паденія) разрыва пещеристыхъ тѣлъ клитора и мочеиспускательнаго канала; такимъ образомъ, послѣ оперативныхъ родовъ послѣдъ былъ извлеченъ 16 разъ (2,89⁰/₀); послѣ нормальныхъ—11 разъ (2,1⁰/₀), всего 27 разъ, что составляетъ на все количество родовъ (541)—4,99⁰/₀ (въ 1891 г. 1892 г.—1,75⁰/₀). Показаніемъ къ удаленію послѣ нормальныхъ родовъ были 6 разъ его задержаніе за внутреннимъ зѣвомъ, въ видѣ песочныхъ часовъ, 2 раза кровотеченіе и въ 3-хъ случаяхъ помѣчено приращеніе послѣда; слѣдовательно, *задержаніе* послѣда наблюдалось 8 разъ, что на все количество родовъ составляетъ 1,48⁰/₀, *приращеніе* послѣда наблюдалось 4 раза (0,74⁰/₀) и удаленіе послѣда въ виду кровотечения—5 разъ (0,95⁰/₀).

По числу беременностей послѣдъ удаленъ 9 разъ у I рага 7 разъ у II рага, и одинъ разъ у М-рага. *По возрасту* 14 роженицъ отъ 20—30 лѣтъ; 13 роженицъ отъ 30—40 лѣтъ.

Въ послеродовомъ періодѣ изъ 16 оперативныхъ случаевъ въ 6 случаяхъ была норма, въ 10—повышеніе t^0 , изъ нихъ однократное повышеніе 1 разъ, двухкратное 2 раза, многократное 2 раза, endometritis 2 раза, endoparametritis 1 разъ, periparametritis 1 разъ, peritonitis 1 разъ; въ тѣхъ же 11 случаяхъ, гдѣ операція состояла только въ удаленіи послѣда, въ

послѣродовомъ періодѣ наблюдался 1 разъ parametritis, въ остальныхъ десяти случаяхъ—норма; слѣдовательно, вѣрнѣе предположить, что въ первыхъ 16 случаяхъ повышение t^0 зависѣло отъ предшествовавшей операціи или, вообще, отъ какой нибудь причины, но не отъ удаленія послѣда; вообще же, на всѣ 27 случаевъ удаленнаго послѣда было 11 разъ повышение t^0 , что составляетъ 40,74%, выраженныхъ же послѣродовыхъ заболѣваній—6—22,22%.

Извлеченіе плодныхъ оболочекъ въ 93 г. было произведено 2 раза оба у I пара: 1 разъ послѣ abort'a in III м. рукою были удалены части оболочекъ и полость матки выскаблиена; другой разъ при доношенномъ плодѣ въ виду кровотеченія послѣ родовъ.

Руерг.—норма.

Выскабливаніе слизистой оболочки полости матки при неполныхъ выкидышахъ произведено въ 93 г. 11 разъ, 3 раза у I пара, 8 разъ у М-пара; у одной роженицы въ возрастъ меньше 20 лѣтъ; у 5 въ возрастѣ отъ 30—40 лѣтъ.

Въ 5-ти случаяхъ на 2-мъ мѣсяцѣ беременности, въ 4-хъ случаяхъ на 3-мъ и въ 2-хъ случаяхъ—на 4-мъ. Изъ 11 случаевъ у 9 былъ нормальный *puerper*, у 1 однократное повышение t^0 и у 1 endometritis ruerg.

Зашиваніе шейки матки произведено 3 раза у трехъ первородящихъ въ возрастѣ 21, 23, 35 лѣтъ; во всѣхъ 3-хъ случаяхъ по поводу сильнаго кровотеченія: въ 2-хъ случаяхъ послѣ наложенія щипцовъ, въ 1 случаѣ послѣ нормальныхъ родовъ. *Puerperium*: въ 1 случаѣ норма;—въ другомъ (послѣ щипцовъ), parametritis sin; въ третьемъ (послѣ щипцовъ) peritonitis и смерть. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ одновременно произведено зашиваніе малой лѣвой губы. (нормальные роды I р. 21 г.)

Зашиваніе промежности произведено въ 1 случаѣ по поводу полного разрыва и въ 42 случаяхъ по поводу неполныхъ разрывовъ промежности. Полное сращеніе въ 37 случаяхъ (см. гл. о разрывахъ промежности).

Новорожденные.

Въ 93 году всего, считая съ двойнями, въ клиникѣ родилось 279 мальчиковъ и 243 дѣвочки, т. е. 522 новорожденныхъ которые распредѣляются такъ:

Живорожденныхъ	495			
Умерло вскорѣ послѣ родовъ . . .	21			
Мертворожденныхъ	27	(изъ нихъ 5 мацерированныхъ).		
Доношенныхъ живорожденныхъ мальчиковъ	223	дѣвоч.	203	всего 426
Изъ нихъ умерло вскорѣ послѣ родовъ мальчиковъ	3	"	3	" 6
Доношенныхъ мертворожденныхъ мальчиковъ	6 (1 мац.)	"	8 (1 мац.)	" 14
Недоношенныхъ живорожденныхъ мальчиковъ	43	дѣвоч.	26	всего 69
Изъ нихъ умерло вскорѣ послѣ родовъ мальчиковъ	12	"	3	" 15
Недоношенныхъ мертворожденныхъ мальчиковъ	7 (1 мац.)	"	6 (2 мац.)	" 13

Такимъ образомъ, видно, что наибольшій процентъ мертворожденныхъ и умершихъ вскорѣ послѣ родовъ приходится на долю недоношенныхъ плодовъ (изъ 82—28).

По числу предшествовавшихъ беременностей:

у I-рага 64 мальчика и 62 дѣвочки
 у II рага 62 мальчика и 59 дѣвочекъ
 у М-рага 153 мальчика и 122 дѣвочки

такъ что первородящія сравнительно производили дѣвочекъ чаще, чѣмъ повторно-родящія.

Наибольшій вѣсъ плода былъ 6000 grm. Это было у III рага 23 лѣтъ. (s. II—23, Cr. II—26, Cong ext 19, Tr—29). Воды, прошли на 1½ пальца внѣ клиники. Роды продолжались 17 ч. 25 м., кончились силами природы; родился живой мальчикъ въ 6000 gr., длина 55 cm, прямая окружность головки 38, косая 44. Вѣсъ послѣда 1000, малый его размѣръ 21 cm., большой 23. Длина пуповины 50, прикрѣпленіе эксцентричное, разрывъ оболочекъ боковой. Puерperium — норма. *Что касается до средняго вѣса плода, то колебанія его въ зависимости отъ пола и количества беременностей были слѣдующія, при чемъ параллельно приведены и размѣры головки*

прямой ея окружности и косой. Доношенные плоды (случаи самопроизвольные).

	М а л ь ч и к и.				Д ё в о ч к и.			
	Длина.	Головка.						
I-пара . . .	3781,58 (38)	51,08	35,05	38,42	3197,91 (49)	49,23	34,08	38,71
II-пара . . .	3356,12 (49)	50,98	34,89	38,94	3377,9 (43)	51,28	36,87	39,33
M-пара . . .	3490,83 (120)	50,84	34,78	38,98	3375 (104)	50,49	34,12	37,76

Доношенные плоды (случаи оперативные — щипцы, извлечение, 1 поворотъ)

I-пара . . .	3550 (10)	52,7	35,85	40,1	3587,5 (4)	55,5	35,25	41
II-пара . . .	3620 (5)	51,75	36	39,5	3500 (5)	53	34,75	39,25
M-пара . . .	3728,59 (7)	53,14	35,83	39,66	3183,33 (6)	61,66	34,2	38,6

Недоношенные плоды (случаи самопроизвольные)

I-пара . . .	1961,53 (13)	47	42,42	43,87	2425 (8)	47	33	36,71
II-пара . . .	2400 (6)	40,5	36,85	35,5	2227,77 (9)	51,5	32,15	39,87
M-пара . . .	2270,5 (22)	42,71	32,79	35,84	2420,83 (12)	47,45	32,2	30,1

Недоношенные плоды (оперативные случаи, преимущественно поворотъ съ послѣд. извлечениемъ.

	М а л ь ч и к и.				Д ё в о ч к и.			
	Длина.							
I-пара . . .	1666,61 (3)	41,66	27,66	32,36	2450 (1)	46 (1)	31 (1)	36 (1)
II-пара . . .	2450 (2)	47,5	33,5	36	1450 (2)	48,5	31	34
M-пара . . .	2487,5	39	32	35	—	—	—	—

Средній вѣсъ вообще доношенныхъ плодовъ (оперативные и не оперативные).

I-пара . . .	3734,38	51,42	35,3	38,56	3227,36	49,71	34,8	38,88
II-пара . . .	3380,55	51,04	34,98	38,99	3369,79	51,46	35,2	39,33
M-пара . . .	3503,93	50,96	34,83	39	3364,55	50,55	34,3	37,92

Средній вѣсъ вообще недоношенныхъ плодовъ.

I-пара . . .	1906,25	46	40,03	41,69	2427,7	46,88	32,25	36,62
II-пара . . .	2415	42,25	36	35,62	2086,36	50,9	32	39,22
M-пара . . .	2319,23	43,5	32,68	35,74	2420,83	47,45	32,2	30,1

Средніе размѣры доношеннаго плода (мальчики и дѣвочки)

	Вѣсъ тѣла.	Длина.	Головка.	
I-пара	3452,87	50,03	34,69	38,58
II-пара	3366,3	51,12	35,82	39,12
M-пара	3437,94	50,67	34,56	38,85

Средніе размѣры недоношеннаго плода (мальчика и дѣвочки)

I-рага	2138,09	47	39,12	41,35
II-рага	2296,66	46,78	34,14	38
M-рага	2323,23	44,34	32,59	33,86

Взглянувши на эти таблицы, можно сказать, что вѣсъ дѣвочки вообще меньше вѣса мальчика за немногими исключеніями. Затѣмъ, можно сказать, что какъ длина плода, такъ и обѣ окружности головки не увеличиваются пропорціонально увеличенію вѣса плода и, даже, при недоношенныхъ плодахъ бываетъ наоборотъ: средній вѣсъ плода увеличивается, а прочіе размѣры уменьшаются; иными словами, плодъ, достигнувши извѣстнаго предѣла длины, дальше увеличиваются въ вѣсѣ, мало прибавляясь въ длинѣ тѣла и въ длинѣ окружностей головки, отсюда можно прийти къ заключенію, что при болѣе зрѣломъ плодѣ и при благопріятныхъ условіяхъ со стороны таза сравнительное вліяніе на продолжительность родового акта имѣетъ вѣсъ плода, а не длина его тѣла или длина окружностей его головки.

Изъ 495 живорожденныхъ 21 умерли вскорѣ послѣ родовъ, при чемъ доношенныхъ умерло 6, а остальные 15 умершихъ вскорѣ послѣ родовъ относятся къ недоношеннымъ плодамъ.

Уродства и внѣшнія аномаліи плода:

1) I рага 30 л. 2-е затлочное, передній видъ; 13 ч. 25 м., извлеченъ щипцами живой мальчикъ 4550 вѣсомъ, 60 см. длиною. Окраска личика шафрановаго цвѣта подобно цвѣту околоплодной жидкости; воды грязны, вонючи. Окраска не удаляется, несмотря на обильное смазываніе прованскимъ масломъ и тщательное мытье мыломъ. Выписана со здоровымъ ребенкомъ.

2) I рага 26 л. Въ анамнезѣ lues, St praes: надъ правой ключицей, на животѣ, лѣвомъ локтѣ, обѣихъ голеняхъ вдавленные, лучистые частью бѣлые, частью пигментированные рубцы отъ 2 до 5 см.; железы увеличены, родился самостоятельно живой мальчикъ в. 3200, длина 54. Прямая окружность 37, косая 41. *Затылочная часть вытяжена въ видѣ цилиндра.*

3) VI пара 35 л. Въ анамнезѣ 5 живыхъ. Искривленъ позвоночникъ въ средней части вправо. Родила самостоятельно мальчика въ 3500, въ глубокой асфиксіи, отъ которой не удалось привести къ жизни, не смотря на двухчасовое примѣненіе разныхъ способовъ. Длина младенца 54 см; прямая окружность головки 35, косая 39. На правой ручкѣ отсутствіе фалангъ 2, 3 и 4 пальцевъ. Кисть имѣетъ подобіе вилки.

Послѣродовой періодъ.

При поступленіи роженицы или беременной въ 93 г. въ клинику онѣ были изслѣдованы акушеркой или врачомъ (до и послѣ изслѣдованія дезинфекція сулемой); затѣмъ — клизма, ванна, перемѣна бѣлья, помѣщеніе въ родильный покой. Во время пребыванія въ родильномъ изслѣдовались врачомъ и 2-мя студентами. Роды на чистой простынѣ, которая мѣнялась при отходѣ водъ въ большинствѣ случаевъ. Лѣтомъ бѣлья обыкновенно не хватаетъ, и роды либо на рубашкѣ, либо на кофточкѣ, либо даже прямо на клеенкѣ. На ссадины іодоформъ, на глубокіе трещины катгутовые швы и іодоформъ. Мытье рукъ въ холодной водѣ съ карболовымъ мыломъ.

Послѣ родовъ первые три дня *secale cornutum*; затѣмъ обмываніе снаружи; при зловонныхъ выдѣленіяхъ изъ влагалища спринцеваніе влагалища сулемой или карболовой кислотой или тѣмъ и др. одновременно. При боляхъ въ животѣ ледъ и *narcotica*, уборка родильницъ 2 раза въ день — 8 ч. утра и 6 ч. вечера.

На третій день либо *ol. ricini*, либо *Natr. sulphur*. Заболѣвшія родильницы переводились въ другую комнату, и къ нимъ назначались отдѣльныя акушерка и сидѣлка.

Изъ жаропонижающихъ *antifebrin*, *alkohol*. Къ здоровымъ отнесены тѣ, у которыхъ t^0 была не выше 38^0 .

Съ t^0 -ой выше 38^0 отнесены къ лихорадящимъ.

Изъ 543 родильницъ (при чемъ въ это число вошли 1 родильница, пришедшая съ мертвымъ ребенкомъ и 1 родившая дома, послѣдъ удаленъ въ клиникѣ на 2 я сутки), въ 93 г., совершенно здоровыхъ было 407.

	Поступило.	Однократно.	2-хъ кратн.	Многократн.	Съ локали- заціей про- цесса.	%	Не-послѣро- довой формы.	Сопровѣ- заванъ.	Лихородли- по числу бе- ременностей.	Лихорад. послѣ операт. нмѣшат.	
Январь.	50	2	2	2		8	I. Mening. cerebro-spi- nal I. ($\frac{1}{2}$) Bronchitis et pleuritis. sic- ca 1.	44	2I, 1 II, 3 м.	Abras. 1. Perineorrhaph 1.	
Февраль.	39	4	2	1	Endometr 1. Endo-param. 1. Parametr. 3.	30,77		27	3 I, 3 II, 6 м.	Forceps 1.	
Мартъ.	46	1	2	2	Endometr 4. Parametr 1. Periparamet- ritis 1. Mastitis 3. Colpitis 1.	34,78	Influenza 1. (II).	30	8 I, 3 II, 5 м.	Forceps 1. Forc. et sol. plac man. 1. Forc. sol. plac. peri- neorrhaph. 1. Forc. perineorrhaph. 1. Extr. sol. plac. 1. Forceps. perineorrhaph 1.	Forc. sol. plac. man. clitorio et urethorrhaph. 1.
Апрѣль.	45	1	3	2	Endometr 2. Mastitis 1. Mastit. et param. 1. Parametritis 2.	24,44	Mania puerp. (V).	32	6 I, 7 м.		
Май.	40	1	2		Endometr 6. Endoparam. 1. Parametr 1. Mastitis 2.	32,5		27	5 I, 5 II, 3 м.	Уличн. родми perineorrhaph. 1. Perineorrhaph. 1. Cranioth. et sol. plac. man. 1. Versio, extr. sub sequente 1. Ecl. sub. gravidit part praematur. artific. 1.	

Июнь.	45	3	1	Endometr 1. Endoparam. I. Parametr 2. Periparametr I. Cystitis 1. Peritonitis 1.	24,44			34	6 I, 1 II, 4 м.	Perineorrhaph. 2. Abrass. muc. 1. Craniothom. 1. Forceps. 1. Forc. et perineorrhaph. 2.
Июль.	69	6	5	3 Endometr 4. Parametr 1.	27,53			50	7 I, 6 II, 6 м.	Perineorrhaph. 2. Versio extract. subseq. 2. Forc. et sol man. 1. Sol. plac man. 1.
Августь.	47	8	2	1 Cystitis 1. Endometr 1.	27,66			34	4 I, 2 II, 7 м.	Perineorrhaph. 1. Eklamps. sub gravid. et abort. artif. 1. Craniothom. et sol. plac. Versio extr. subseq. 1. Vers. extr. subseq. sol. plac. man. 1.
Сентябрь.	45	5	1	3	22,22	Eklampsia post partum 1.		35	3 I, 5 II, 2 м.	Forceps. 1.
Октябрь.	41	5	1	2	21,97	Malaria 1.		32	5 I, 1 II, 3 м.	Forceps. 1. Forc. et perineorrhaph. 1. Perineorrhaph. 1.
Ноябрь.	39	1	1	4	15,38			33	1 I. 5 м.	Abrass. mucos. 1.
Декабрь.	37	2	2	1 Peritonitis 2. (офъ I паре, офъ умерли.	21,62	Pneumonia crouposa 1.		29	3 I, 2 II, 3 м.	Perineorrhaph. 2. Forc. et perineorrhaph. hysterotrachelor. 1.
	543	39	24	19	3 умерло— 0,55%	47	29,87%	407	521,30 II, 54 M. 52 I, : 84 M.	41

Изъ 136 лихородившихъ (29,87%) семь было не съ послѣ-
родовыми формами, какъ-то: meningitis cerebrospinalis 1, bronchi-
tis et pleuritis sicca 1, Influenca 1, psychosis puerperal 1,
Eclampsia post partum 1, Malaria 1, pnemum crouposa 1. Изъ
129 (22,38%) заболѣвшихъ въ зависимости отъ родовъ было:
лихородившихъ безъ локализациі процесса. . . 82
больныхъ послѣродовыми формами . . . 47 (на все
колич. родовъ 8,65%).

Лихородившія распредѣлялись такъ:

Однократное повышение t^0 .	. . .	39
Двухкратное	» . . .	24
Множественное	» . . .	19

Исключая однократное повышение t^0 , будемъ имѣть лихо-
родящихъ вмѣстѣ съ послѣродовыми формами 90, что состав-
ляетъ 16,57%.

Въ числѣ послѣродовыхъ заболѣваній были:

Endometritis	19
Parametritis	8
Enodoparametritis	3
Periparametritis	3
Peritonitis	3
Mastitis	6
Mastitis et parametr	1
Colpitis	1
Cystitis	2

Изъ 136 лихородившихъ на долю первородящихъ приш-
лось 52, второродящихъ 30 и многородящихъ 54. Сравнивая
отношеніе поступившихъ I parae и M-parae. видно, что перво-
родящія сравнительно съ многородящими лихородили больше.
Изъ 543 умерло 3, при чемъ у одной былъ meningitis cerebro-
spin, а 2 умерли отъ peritonitis; у одной изъ нихъ при поступ-
леніи былъ endometritis Sb partu; % смертности=0,55%.

Изъ общаго числа всѣхъ лихородившихъ (136) у 41 было
то или другое оперативное вмѣшательство, какъ видно на
прилагаемой таблицѣ. На той же таблицѣ видно, что всего
болѣе лихородили въ мартѣ и маѣ мѣсяцѣ: всего меньше въ
январѣ и ноябрѣ.

Выписывались родильницы обыкновенно на 6—7 сутки и
только послѣ разрывовъ промежности пребывали до 10—12 дня.

УЗКІЕТАЗЫ.

№ родовъ.	Который разъ бе-ременна.	Возрастъ роже-ницы.	Р А З М Ъ Р Ы Т А З А .							М Л А Д Е Н Е Ц Ъ .					Положеніе плода.	Течение родовъ, ихъ продолжительность, и особенности. I. II. III.—Общ.	ТЕРАПІЯ.	Послѣродовой періодъ.	П Р И М Ъ Ч А Н І Е .	
			Spina ilei.	Crista ilei.	Cong. ext.	Cong. diag.	Cong. vera.	Trochanter.	Другіе раз-мѣры.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Окружность головки.							Живой или мертвый.
													Прямая.	Косая.						
44/295	2	35	22	26	17,5	—	—	29	—	М.	3000	54	36	41	Мертвый.	2-е зат.	11 ч.—1 ч. 40—6 м — 12 ч. 46 м.	—	Norma.	Пупов. обвита вokr. шеи 1 разъ; въ анамнезѣ выкидышъ.
72/323	2	21	25	28	17	—	—	28	—	М.	3100	50	33	39	Живой.	2-е зат. п. в.	8 ч. 10 м.—15 м.— 10 м.—8 ч. 35 м.	Пузырь вскрытъ при зѣвѣ на 4 пальца.	Norma.	Въ анамнезѣ выкидышъ.
86/337	1	35	22	25	17,5	—	—	29	—	Ж.	4000	54	37	43	Мацер.	2-е зат. з. в.	Дня три рожала дома. t° при поступл.—38,2. Сильное злов. выдѣл. изъ влагалища. Раз-рывъ шейки. Приращ. послѣда.	Горячія души. Forc. (Лазаревича) при зѣвѣ на 3 пальца на вы-соко-стоящую головку въ лѣв. косомъ. Kri-stel. Sol. plac. manual. Hystero-trachelorrhaphia.	Colpitis. endo- metr, paramet- ritis max t° 40,6.	Послѣ выведенія головки правое пле- чко зашло за symphis, и долго не могло быть выведено.
89/340	8	40	22	27	17	—	—	30	—	Ж.	3100	49	33	37	Живой.	2-е зат. з. в.	18 ч. 30 м.—30 м.— 15 м.—19 ч. 15 м.	—	Parametritis sin, max t°— 40,1.	Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ. Prolaps. vag. post. Въ анамнезѣ 7 живыхъ. Ста- рый разрывъ промежности.
153/305	3	30	26	27	16,5	—	—	30	—	М.	1750	44	30	34	Живой.	2-е зат. з. в.	5 ч. 5 м.—2 м.—8 м.— 5 ч. 15 м. Part prae- mat. VIII мѣсяц.	—	Norma.	Сколіо—кифотическій позвоночн. Въ анамнезѣ 2 живорожд.; оставш. въ жив. нѣтъ. Начала ходить на 5-мъ году.
192/344	6	35	26	29	17	—	—	30	—	М.	3500	54	35	39	Мертв. былъ оживл. 2 часа.	1-е зат. п. в.	3 ч. 55 м.—15 м.— 4 ч. 10 м.	Пузырь вскрытъ при зѣвѣ на 4 пальца.	Norma.	Стар. разр. промежн. Искривленіе позв. въ средн. части влѣво. Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ. На правой ручкѣ реб. отсутствіе фаланги 2, 3, 4, пальц. Кисть имѣетъ подобіе вилки. Въ анамнезѣ 5 живорожд.; оставш. въ живыхъ—4.
209/361	1	22	22	26	17	—	—	29	—	Ж.	2800	48	34	38	Живой.	1-е зат. п. в.	10 ч. 20 м.—40 м. — 15 м.—11 ч. 15 м.	—	Norma.	Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ.
211/363	2	25	26	27	16	—	—	29	—	М.	3300	—	—	—	Мацер.	2-е зат. з. в.	49 ч. 55 м.—35 м.— 5 м.—50 ч. 31 м. Ран- нее излитіе водъ За- держание послѣда.	Kraniotomia. Sol. plac. manualis.	Endometritis.	Въ анамнезѣ 1 выкидышъ.
216/368	1	21	25	27	17	—	—	30	—	М.	2500	49	33	38	Мацер.	1-е зат. п. в.	52 ч. 30 м.—25 м.— 5 м.—53 ч. Eclampsia sub partu.	Partus praemat arti- fic. (Горячіе души. Бужи).	Endometritis.	Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ.
237/389	1	29	25	27	17,5	—	—	29	—	М.	3000	52	36	39	Живой.	2-е зат. з. в.	8 ч. 30 м.—3 ч. 12 м.— 5 м.—11 ч. 47 м. Сильныя и продолж. боли безуспѣшн. Rupt. perin compl. II gr.	Forceps (Simpsoni) при полномъ зѣвѣ Sol plac manualis Perineorrhaph. prim.	Cystitis; max t° 39,4.	Со стороны промежности осталась небольш. гранулирующ. фистула, идущая въ rectum выше sphincter'a.

№ родовъ.	Который разъ бе- ременна.	Возрастъ роже- ницы.	Р А З М Ъ Р Ы Т А З А.								М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.					Положеніе плода.	Течение родовъ, ихъ продолжительность. и особенности. I. II. III.—Общ.	ТЕРАПІЯ.	Послѣродовой періодъ.	П Р И М Ъ Ч А Н І Е.
			Spina ilei.	Crista ilei.	Cong. ext.	Cong. diag.	Cong. vera.	Trochanter.	Другіе раз- мѣры.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Окружность головки.		Живой или мертвый.					
													Прямая.	Косая.						
245/497	1	20	25	27	17,5	—	—	29	—	М.	1800	44	29	31	Живой. ум. на 4 день.	—	7 ч. 50 м.—10 м.— 10 м.—8 ч. 10 м. Part praemat in IX mens. Многоводіе.	—	Norma.	—
249/501	3	32	26	28	17	—	—	—	—	М.	1450	39	—	—	Мертвый.	2-е зат. п. в.	8 ч. 50 м.—5 м.— 5 м.—9 ч. Abortus in VII mens.	—	Norma.	Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ. Въ анамнезѣ 2 живорожд.; оставшихся въ живыхъ—1.
257/509	3	24	25	27	17,5	—	—	30	—	Ж.	2900	50	—	—	Мертвый.	1-е зат.	17 ч. 50 м.—10 м.— 18 ч. Раннее отхожд. водъ. Выпад. пупов.	Craniothomia на мер- твомъ при зѣвѣ на 4 пальца. Головка попер.	Однокр. пов. t ^o — 38,4.	Въ анамнезѣ 2 живорожд.; оставш. въ живыхъ—2. До поступл. въ клинику на дому была кѣмъ-то изъ врачей дѣ- лана попытка наложить щипцы (безу- спѣшно 3 раза). Поступ. съ выпав. не пульсир. пупов.
267/519	7	30	23	26	17	—	—	27	—	М.	3350	50	34	37	Живой.	2-е зат. п. в.	19 ч. 40 м.—15 м.— 19 ч. 55 м.	—	Norma.	Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ. 5 ро- довъ окончены поворот. (поперечн. положеніе), шестыя экстрац. (ягод. полож.). Живорожд. 5; оставшихся въ жив.—2.
276/528	3	34	24	26	17	—	—	30	—	М.	2950	49	35	38	Живой.	2-е зат. п. в.	31 ч.—3 м.—31 ч. 3 м.—Многоводіе.	Пузырь вскрытъ на 4 пальца.	Norma.	Въ анамнезѣ живорожд. 1; мертв. 1; оставшихся въ живыхъ 1.
278/530	3	24	25	27,5	17	—	—	30	—	М.	400	—	—	—	Мацер.	1-е зат. п. в.	6 ч. 35 м.—5 м.—6 ч. 40 м. Abort V mens.	—	Norma.	—
279/531	1	24	23	25	17	—	—	28	—	М.	1200	38	27	28	Мертвый.	—	Abort in VII mens compl.	—	3-хъ кратное повт.	—
285/537	2	27	24	27	17	—	—	28	—	М.	3050	50	34	38	Живой.	2-е зат. п. в.	8 ч.—3 м.—8 ч. 3 м. Слабыя боли. Пол- ное открытіе 3 час. 10 м.	Пузырь вскрытъ при полномъ открытіи зѣ- ва Forceps (Simpsoni).	Norma.	Рахитич. измѣненія въ конечност. Искривл. позвоночника. въ средн. части (кифозъ). Горбъ спереди. Venter pro- pend. Отеки chorii.
291/543	1	18	26	27,5	17,5	—	—	31	—	Ж.	2700	49	32	38	Живой.	2-е зат. з. в.	15 ч. 20 м.—1 ч. 8 м.— 14 м.—16 ч. 42 м. Многоводіе.	Пузырь вскрытъ при полномъ открытіи.	Norma.	—
295/547	2	25	24	26	17	—	—	30	—	М.	3750	51	35	41	Живой.	2-е зат. п. в.	2 ч. 10 м.—20 м.— 7 мин.—9 ч. 37 м. Многоводіе.	Пузырь вскрытъ при полномъ откp. зѣва.	Norma.	Живорожд. 1; оставшихся въ живыхъ нѣтъ.
406/20	7	28	24	26	17	—	—	29	—	Ж.	2700	47	32	37	Живой.	1-е зат. п. в.	4 ч. 50 м.—10 м.— 15 м.—5 ч. 15 м.	—	Norma.	Пупов. обв. вokr. шеи 1 разъ. Въ анамнезѣ 6 живорожд.; оставшихъ въ живыхъ—2.
427/41	2	28	26	25	15	8,75	7,25	28	Д. ВЫХ. 9,75 П. ВЫХ. 6,75	Ж.	A b o r t u s					VII mens.	3½ дня. Судорожныя боли. Многоводіе.	Брефатомъ Лазаре- вича.	Norma.	Scolios въ грудн. части позвочн. влѣво, lordosis, kyphosis. Вся лѣвая полов. туловища стоитъ выше правой. Ем- кость правой половины таза больше лѣвой. Правая восход. вѣтвь oss. ischii стоитъ ближе къ средней линіи.

№ родовъ.	Который разъ бе-ременна.	Возрастъ роже-ница.	Р А З М Ъ Р Ы Т А З А.							М Л А Д Е Н Е Ц Ъ.					Положеніе плода.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительность, и особенности. I. II. III.—Общ.	Т Е Р А П І Я.	Послѣродовой періодъ.	П Р И М Ъ Ч А Н І Е.	
			Spina ilei.	Crista ilei.	Cong. ext.	Cong. diag.	Cong. vera.	Trochanter.	Другіе раз-мѣры.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Окружность головки.							Живой или мертвый.
													Прямая.	Косая.						
408/22	2	26	24	26	17	—	—	29	—	М.	2800	48	34	37	Живой.	1-е зат. п. в.	—	—	Однокр. пов. t ⁹ —39,6.	Въ анамнезѣ 1 выкидышъ.
435/49	1	25	24	27	17,5	—	—	32	—	Ж.	3100	49	33	38	Живой.	1-е зат. п. в.	41 ч.—3 ч. 40 м.—5 м.—44 ч. 45 м. Полное открытіе 3 ч. 25 м. Слабыя боли. Metrorrh (Atonia uteri). Воды отошли при 2-хъ пальцахъ. Многоводіе. Rupt perin incompl II gr.	Forceps <i>Simpsoni</i> на высоко ст. головку (Chlorof). Способъ Krist. Массажъ. Sec. corn. Perineorrhaph. prim. (4 к. м.).	Influenza.	—
451/65	4	33	23	26	17,5	—	—	29	—	Ж.	3600	52	36	41	Живой.	1-е зат. п. в.	11 ч. 40 м.—5 м.—15 м.—11 ч. 55 м.	Пузырь вскрытъ при полн. откр.	Norma.	Стар. разр. промежности. Небольшее выпаденіе задн. стѣнки влагалища. Варикозныя узлы на лѣвой большой губѣ и правой малой. Въ анамнезѣ 1 выкид. 2 живорожд. 1 оставшихся въ жив.
469/83	2	21	24	27	17,5	—	—	30	—	Ж.	3900	52	37	40	Живой.	1-е зат. п. в.	13 ч. 20 м.—40 м.—5 м.—14 ч. 5 м. Небольш. надр. промеж. по старому рубцу.	Пузырь вскрытъ при полн. открытіи.	Norma.	Рубецъ прежн. разр. промежности. Выпаденіе передн. и задн. стѣнокъ влагалища.
537/151	2	35	21	21	17	9	7	25	—	Ж.	2400	50	—	—	Мертвый.	1-е темянное.	29 ч. 25 м.—5 м.—29 ч. 30 м. Воды прошли внѣ клиники. Судорожн. кольцо сокращ. Metrorrh. p. part.	Неудачная попытка налож. щипцы (<i>Лазаревича</i> и <i>Симпсона</i>) Craniotomy на живомъ при зѣвѣ на 3 ^{1/2} пальца (Chlorof).	Norma.	Въ анамнезѣ 1 мертворожд. (щипцы). Ростъ 130 cm kyphosis et lordosis (искривленіе взадъ и вправо): Правая нога короче лѣвой и неподв. въ тазобедр. сустава. Форма таза неправильна: безым. кость какъ бы вдается въ полость таза.
5/257	3	24	23	25	18	—	—	29	—	М.	3100	51	33	37	Живой.	1-е зат. п. в.	14 ч. 37 м.—8 м.—5 м.—14 ч. 50 м.	Norma.	Norma.	5/257. Въ анамнезѣ 1 мертворожд. 1 живой, оставшихся въ живыхъ неизв.
80/331	4	37	21	25	18	—	—	29	—	Ж.	2000	45	31	41	Живой.	2-е зат. п. в.	1 ч. 40 м.—15 м.—25 м.—2 ч. 20 м. Воды прошли на 2 п. Partur praemat in IX	Norma.	Norma.	Въ анамнезѣ 3 живорожд. оставшихся въ живыхъ неизвѣстно.
87/338	4	28	26	29	18	9,5	—	31	Д. вых. 8,5	М.	2100	47	32	34	Жив. а ум. черезъ день.	2-е зат. п. в.	27 ч. 5 м.—55 м.—10 м.—28 ч. 10 м.	Part praemat. artificial. in IX. (Горячіе души и бужи). Многоводіе.	Norma.	Въ анамнезѣ 1 мертворожд. 2 перфорац.
242/394	5	35	23	26	18	—	—	28	—	М.	4100	57	38	41	Живой.	1-е зат. п. в.	21 ч. 20 м.—6 ч. 10 м. 10 м.—27 ч. 40 м. Раннее отхожд. водъ. Сильн. сокращ. матки безуспѣшн.	Forceps <i>Астрехова</i> на высоко-стоящую головку въ прав. косомъ размѣрѣ. Способъ <i>Kristeller'a</i> .	Norma.	На задн. части лѣвой темен. кости вдавл. отъ promontor. Ребен. родился въ легкой асфиксiи, а вскорѣ оживл. болѣль conjunct blenorh. Въ анамнезѣ 4 живорожд.; оставшихся въ живыхъ неизвѣстно.

№ родовъ.	Который разъ бе- ремена.	Возрастъ роже- ницы.	Р А З М Ъ Р Ы Т А З А .							М Л А Д Е Н Е Ц Ъ .					Положеніе плода.	Теченіе родовъ, ихъ продолжительность, и особенности. I. II. III.—Общ.	Т Е Р А П І Я .	Послѣродовой періодъ.	П Р И М Ъ Ч А Н І Е .	
			Spina ilei.	Crista ilei.	Cong. ext.	Cong. diag.	Cong. vera.	Trochanter.	Другіе раз- мѣры.	Полъ.	Вѣсъ.	Длина.	Окружность головки.							Живой или мертвый.
													Прямая.	Косая.						
273/525	2	28	24	25	18	—	—	29	—	М.	3200	51	34	40	Живой.	2-е зат. п. в.	3 ч. 38 м.—7 м.— 5 м.—3 ч. 50 м.	Norma.	Norma.	Въ анамнезѣ 1 живорожд.
349/601	2	21	21,5	24	18	—	—	28	—	Ж.	2800	50	34	38	Живой.	1-е зат. п. в.	2 ч.—9 м.—26 м.— 2 ч. 35 м. Много- водіе.	—	Norma.	Въ анамнезѣ 1 живорожд. оставшихся въ живыхъ 1.
353/605	2	28	25	27	18	—	—	30	—	Ж.	3400	52	—	—	Мертвый.	1-е зат. п. в.	40 ч. 25 м. Судорож. сокращ. матки, кольцо сокращ. Раннее от- хожденіе водъ. Me- ttrorh (atonia ut.).	Morph. chlor. hydr., Bellad. 3-хъ кратная неудачная попытка на- ложить щипцы (<i>Лазаревича</i>) Cranioth. жив. пл. Sol plac man.	2-хъ кратное повт.—38,5.	Въ анамнезѣ 1 мертворожд.
450/64	10	30	24	27	18	8	—	30	—	М.	2800	50	—	—	Мертвый.	1-й зат. п. в.	28 ч. 7 м.—18 м.— 28 ч. 25 м. Поступ. безъ водъ съ полнымъ открыт. Судорожн. сокр. матки. Кольцо сокращ. пальца на 3 ниже пупка.	Неудачная попытка щипцовъ <i>Лазаревича</i> Craniothom на жи- вомъ плодѣ.	Norma.	Анамнезъ сбивчивъ. Всѣ роды очень трудны. Послѣдъ оконч. оперативн. пу- темъ подъ хлороф. Живорожд. 5; мер- творожд. 4; оставшихся въ живыхъ неизвѣстно.
394/8	1	20	22	25	48	—	—	27	—	Ж.	3000	51	34	39	Мертвый.	1-е зат. п. в.	5 ч. 40 м.—25 м.— 6 ч. 15 м. Воды про- шли на 2 п.	—	Norma.	—

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫИ).

ПРОТОКОЛЬ № 3.

Засѣданіе 6-го Марта 1897 года.

Предсѣдательствовалъ Д. О. Оттъ.

Присутствовали 20 членовъ: Бекманъ, Бухштабъ, Вастень, Драницынъ, Заболотскій, Какушкинъ, Личкусъ, Массень, Мисевичъ, Піотровичъ, Порошинъ, Поршняковъ, Рачинскій, Рутковскій, Савченко, Стравинскій, Строгановъ, Улезко-Строганова, Фишеръ А. Р., Эберманъ и 19 гостей.

1) А. Л. Эберманъ заявилъ, что онъ уполномоченъ С.-Петербургскимъ Медицинскимъ обществомъ поблагодарить Акушерско-Гинекологическое общество за адрессъ, предподнесенный имъ Медицинскому обществу въ день юбилея послѣдняго, 2 февраля сего 1897 года.

2) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 2.

По прочтеніи протокола К. П. Улезко-Строганова сдѣлала слѣдующее дополненіе къ докладу д-ра Н. Е. Касьянова: «говоря о плацентарныхъ гигантахъ въ легочныхъ сосудахъ и эмболии ими послѣднихъ, Касьяновъ имѣетъ въ виду исключительно плацентарные гиганты, плавающіе свободно въ межворсинчатомъ пространствѣ, и упускаетъ изъ виду тѣ много-

исленные скопления многоядерныхъ клітокъ, которыя пропитываютъ стѣнку беременной матки съ самаго начала беременности. Въ свое время я имѣла честь сообщить обществу свои изслѣдованія надъ плацентарными гигантами и между прочимъ, что интересно въ данное время, указала на отношеніе ихъ къ сосудамъ матери: на микроскопическихъ препаратахъ видно, что гиганты вѣдряются въ материнскіе сосуды и поступаютъ въ материнскую систему кровообращенія; слѣдовательно, присутствіе гигантовъ въ сосудахъ различныхъ органовъ — явленіе вполне физиологическое и можетъ быть наблюдаемо поэтому во всѣхъ ступеняхъ беременности. Поэтому же вполне понятно, почему гигантскія клітки могутъ быть находимы въ различныхъ органахъ и послѣ родовъ: изслѣдуя препаратъ матки, удаленный ради рака, черезъ 14 дней послѣ родовъ, я находила въ мышечной стѣнкѣ ея еще порядочное количество гигантскихъ клітокъ; слѣдовательно, и послѣ родовъ имѣются еще свѣжіе гиганты для поступленія въ материнскую систему кровообращенія».

3) О. В. Прокофьева показала слѣдующіе препараты: а) 2 фиброматозно перерожденныя матки, удаленныя кускованіемъ черезъ рукавъ; яичники въ обоихъ случаяхъ сохранены. Больныя поправились; б) фиброміому срѣзанную надвлагалищно, по способу Д. О. Отта. Сегодня 6-й день послѣ операціи. Больная поправляется; в) 2 фиброматозно перерожденныя матки, удаленныя сочетаннымъ путемъ; г) пораженную ракомъ матку, удаленную сочетаннымъ путемъ, въ виду того, что пришлось удалить и кистовидно измѣненныя придатки; д) 4 пораженныя ракомъ матки, удаленныя цѣликомъ черезъ влагалище; е) пораженную ракомъ матку, удаленную черезъ рукавъ по способу Д. О. Отта: послѣ вскрытія передняго и задняго сводовъ, матка расщеплена по передней поверхности, и связки съ каждой стороны перевязаны только въ 2 пучка; ж) 2 препарата внематочной трубной беременности (приблизительно 6-недѣльной). Въ одномъ случаѣ было сильное кровоизліаніе въ брюшную полость; больная была доставлена въ состояніи остраго малокровія. Въ другомъ, вмѣстѣ съ беременной лѣвой трубой удалены правая водяночная труба и правый кистовидно перерожденный яич-

никъ; 3) *саркоматозно перерожденный яичникъ*, удаленный чревосѣченіемъ; и) 2 *большія кисты яичниковъ*, удаленныя черезъ влагалище. Всѣ больныя поправились, и всѣ за исключеніемъ б, оперированной докладчицей, — оперированы Д. О. Оттомъ.

На вопросъ В. Г. Бекмана, почему въ случаѣ г матка удалена сочетаннымъ путемъ (придатка, вѣдь, можно было бы удалить черезъ тоже отверстіе, черезъ которое удалена и матка) и почему въ случаѣ б примѣнено надвлагалищное сръзываніе, когда практика показала, что даже фиброміомы, доходящія до пупка, можно удалять кускованіемъ черезъ рукавъ, докладчица возразила, что въ случаѣ г имѣлись обширныя сращения придатковъ, а въ случаѣ б рассчитывали сохранить матку, удаливъ только опухоль, почему и приступили къ чревосѣченію; къ сожалѣнію, надежда не оправдалась, и пришлось матку сръзать надъ влагалищемъ.

Къ вышеизложенному Д. О. Оттъ прибавилъ, что въ случаѣ г матка была совершенно неподвижна: весь тазъ былъ выполненъ свѣжимъ выпотомъ, и самая операція при такихъ условіяхъ была предпринята лишь въ виду жизненныхъ показаній.

В. Г. Бекманъ возразилъ, что наличность выпота тѣмъ болѣе должна была побудить оператора избрать лишь влагалищный путь, такъ какъ чревосѣченія при подобныхъ условіяхъ дають крайне неблагоприятное предсказаніе.

На вопросъ В. Н. Массена, почему въ случаѣ б не была удалена всѣ матка, докладчица возразила, что этого не было сдѣлано ради экономіи во времени, что бы сократить продолжительность операціи.

4) В. Л. Яковсонъ сообщилъ *случай кистовиднаго новообразованія въ наружныхъ половыхъ частяхъ*. (Будетъ напечатано въ «Журналѣ»).

Предсѣдательствовавшій, за отсутствіемъ К. Ф. Славянскаго, Д. О. Оттъ, поблагодаривъ докладчика за его интересное сообщеніе, выразилъ сожалѣніе, что содержимое опухоли не было изслѣдовано химически, не говоря уже о томъ, что и самое оплотнѣніе новообразованія съ сохраненіемъ содержимаго не могло идти такъ успѣшно, какъ безъ него; самъ собою разумѣется, что сохраненіе цѣлости препарата представляло известный интересъ, но послѣ того, какъ опухоль была такъ хорошо срисована, какъ это видно на показанномъ рисункѣ, она уже, безъ ущерба для дѣла, могла быть и вскрыта.

Предсѣдатель Оттъ.

Секретарь Личкусъ.

ПРОТОКОЛЬ № III.

Административное засѣданіе 6-го Марта 1897 года. (§ 34).

Предсѣдательствовали Д. О. Оттъ.

Присутствовали 20 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № II.

2) На предложеніе Русскаго Хирургическаго Общества *Иро-ова* — пользоваться для засѣданій и библіотеки помѣщеніемъ при Анатоми-Хирургическомъ Музеѣ — постановлено отвѣтить, что для изученія этого вопроса избраны казначей Общества — Николай Ивановичъ *Стравинскій*, — и библіотекарь — Алексѣй Павловичъ *Заболотскій*.

3) Читано письмо Императорской Военно-Медицинской Академіи, изготовляющей — къ предстоящему въ 1898 году празднованію столѣтняго своего юбилея исторію Академіи и отдѣльных ея кафедръ и потому просящей лицъ, владѣющихъ какими либо документами, могущими освѣтить прошлое Академіи, не отказать прислать таковыя начальнику послѣдней В. В. Пашутину.

4) Утверждена слѣдующая смѣта расходовъ на 1897 годъ.

Печатаніе пригласительныхъ повѣстокъ на засѣданія Общества	20 руб.
Почтовый расходъ	30 „
Переписка протоколовъ засѣданій Общества	30 „
Канцелярскіе расходы	15 „
Прислуга	30 „
Переплетъ книгъ библіотеки Общества	7½ „
Печатаніе протоколовъ засѣданій Общества	30 „
Непредвидѣнные расходы	10 „
Итого	60 руб.

Кромѣ того передается въ Редакцію «Журнала Акушерства и Жескихъ болѣзней» половина суммы поступающихъ членскихъ взносовъ.

5) Избраны въ дѣйствительные члены:

а) *Потъенко*, Василій Викторовичъ, сынъ чиновника, православнаго вѣроисповѣданія, врачъ, 38 лѣтъ отъ роду. Окончилъ Нѣжинскую (Черниговской губ) гимназію въ 1878 году и въ августѣ мѣс. того же года поступилъ на медицинскій факультетъ Университета Св. Владимира въ гор. Кіевѣ. Окончилъ курсъ ученія въ вышеназванномъ Университетѣ въ декабрѣ мѣс. 1883 года, а дипломъ на званіе лѣкаря получилъ въ мартѣ мѣс. 1884 года.

Съ марта мѣс. 1884 года и по 1-ое октября 1893 года состоялъ на службѣ Земскимъ участковымъ врачомъ (первые четыре года—въ Горбовскомъ медицинскомъ участкѣ съ больничкой на 4 кровати, а послѣдніе пять лѣтъ—въ Березинскомъ участкѣ съ больничкой на 8 кроватей) въ Черниговскомъ уѣздѣ. Съ 1-го октября 1893 года по 14-ое ноября, 1895 года завѣдывалъ Земской больницей на 25 кроватей въ г. Усмани, Тамбовской губ., а съ 15 ноября 1895 года и по настоящее время состоитъ врачомъ 4-го участка желѣзнодорожной больницы на 25 кроватей Общества Рязанско-Уралской жел. дороги, въ г. Козловѣ, Тамбовской губ.

Въ продолженіи всей службы, послѣ окончанія Университета, три раза ѣздилъ въ С.-Петербургъ для специальныхъ занятій вообще по хирургіи, а въ частности—по офталмологіи, гинекологіи и акушерству въ Клиническомъ Институтѣ Великой Княгини Елены Павловны (тамъ же занимался и бактеріологіей и патологической гистологіей), а именно: въ 1888 1891 и въ 1895 годахъ.

Р а б о т ы:

- 1) Рѣдкое мѣстоположеніе сердца у новорожденного (изъ „Врача“ № 25, 1888 г.)
- 2) Случай высокаго камнесѣченія въ Земско-медицинской практикѣ (изъ „Врача“ № 12, 1890 г.).
- 3) Три случая пороковъ развитія (изъ „Врача“ № 18, 1893 г.).
- 4) Къ лѣченію сифилиса впрыскиваніями нерастворимыхъ въ водѣ препаратовъ ртути въ земско-медицинской практикѣ (изъ „Врача“ № 5, 1892 г.).
- 5) Замѣтки о соціодоловой ртути при сифилисѣ (оттискъ изъ „Еженедѣльника“ № 8, 1893 г.)
- 6) Наблюденія надъ дѣйствіемъ бромиста водорода на скополамина на здоровый и больной глазъ (оттискъ изъ „Еженедѣльника“ № 27, 1894 г.).
- 7) Семь чревосѣченій (изъ Журнала акушер. и жен. болѣз.).
- 8) Акушерско-гинекологическія замѣтки (изъ Журнала акушер. и жен. бол.).
- 9) Акушерско-гинекологическія замѣтки (изъ Журнала акушер. и женск. бол.).
- 10) Отчетъ о моей акушерской дѣятельности въ земствѣ съ февраля 1895 г. по январь 1893 года (изъ Журнала акушер. и жен. бол.).
- 11) Краткій акушерскій отчетъ за время съ 1-го января 1893 года по 5-е декабря 1895 года. (изъ Журнала акушер. и женск. болѣз.).
- 12) Еще четыре чревосѣченія (изъ Журнала акуш. и жен. бол.).
- 13) Офтальмологическія замѣтки (изъ „Вѣстника офталмологіи“ за 1896 г.).
- 14) Краткій отчетъ о моей хирургической дѣятельности въ Березинскомъ участкѣ Чернигов. уѣзда (съ мая 1888 года по ноябрь 1891 года (изъ „Хирургическаго Вѣстника“ за 1893 г.).
- 15) Краткій хирургическій отчетъ съ конца ноября 1891 года по октябрь 1893 г. (изъ „Хирургическаго Вѣстника“).
- 16) Хирургическій отчетъ Усманской Земской больницы (съ 10 окт. 1893 г. по 1 сент. 1894 г., почти за 11 мѣсяцевъ) (изъ „Русскаго Хирургич. Архива“ за 1895 г.).

17) Къ вопросу о лѣченіи осложненныхъ переломовъ черепа (изъ Лѣтописи Русской Хирургіи, кн. 5-ая за 1896 г.).

18) Жидкая вытяжка корня хлопчатника, какъ кровоостанавливающее (изъ „Медицинскаго обозрѣнія“, № 23, 1893 г.).

19) Къ казуистикѣ саркомъ, исходящихъ изъ сосудистой оболочки глаза у дѣтей (изъ „Медиц. Обозрѣнія“, № 19, за 1894 г.).

20) Къ лѣченію сибирской язвы у людей подкожными впрыскиваніями карболовой кислоты (изъ „Земскаго Врача“).

21) Случай множественныхъ гнойниковъ головного мозга (изъ протоколовъ Тамбовскаго Медиц. Общества за первую половину 1896 г.).

б) *Веберъ*, Фридрихъ Карловичъ, докторъ медицины; родился въ С.-Петербургѣ въ 1871 году. Первоначальное образованіе получилъ тамъ же въ частной гимназій д-ра *Видемана*, которую окончилъ въ 1887 году съ серебряною медалью. Въ томъ же году онъ поступилъ въ Императорскую Военно-Медицинскую Академію, которую окончилъ въ 1892 году съ отличіемъ (*sum eximia laude*). Послѣ окончанія Академіи поступилъ въ С.-Петербургскую городскую больницу Св. Маріи Магдалины, гдѣ все время занимался въ женскомъ хирургическомъ отдѣленіи и состоитъ сверстатнымъ ординаторомъ. Въ то же время онъ занимался въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи, гдѣ въ теченіе 1894 и 1895 годовъ состоялъ экстерномъ. Весною 1895 онъ защитилъ диссертацию на степень доктора медицины подъ заглавіемъ: „Бактеріологическое изслѣдованіе плевритовъ и его значеніе для прогноза и терапіи“. Осенью 1895 года, получивъ восьмимѣсячный отпускъ, отправился за границу съ научною цѣлью; тамъ онъ посѣтилъ главныя хирургическія и гинекологическія клиники Германіи, Вѣны, Берна, Парижа и Лондона. Болѣе продолжительное время занимался въ Берлигъ въ клиникахъ *Мартинс* *Бермана*, а затѣмъ въ Берлигъ и Гейдельбергѣ у *Козера* и *Черни*. Изъ научныхъ работъ, кромѣ вышеупомянутой диссертации, слѣдуетъ отмѣтить: научныя письма изъ Берлина и статью о „*Perivaginitis phlegmonosa dissecans*“, напечатанныя въ журналѣ Акушерства и женскихъ болѣзней.

в) *Канненисеръ*, Николай Самуиловичъ, изъ дворянъ Волынской губ. сынъ врача, лютеранскаго вѣроисповѣданія, врачъ, родился въ 1865 г. окончилъ Житомирскую классическую гимназію въ 1883 г. Медицинское образованіе получалъ въ университетѣ Св. Владиміра, степень лѣкаря получилъ въ началѣ 1890 г. Въ 1890 и 1891 г.г. изучалъ акушерство и женскія болѣзни сначала въ качествѣ экстерна при Королевской Дрезденской клиникѣ, затѣмъ посѣщая другія нѣмецкія и французскія клиники. 1892 и 1893 г.г. работалъ въ родильномъ и гинекологическомъ отдѣленіяхъ больницы Цесаревича Александра въ Кіевѣ. Съ начала 1894 г. по настоящее время состоитъ экстерномъ въ Императорскомъ Клиническомъ Повивальномъ Институтѣ.

г) *Киселевъ*, Николай Сергѣевичъ докторъ медицины, уроженецъ С.-Петербурга, по окончаніи курса въ VI гимназій поступилъ въ Императорскій С.-Петербургскій университетъ на физико-математическій факультетъ, а въ 1880 г. перешелъ на медицинскій Московскаго университета, гдѣ окончилъ въ 1885 г. курсъ со степенью лѣкаря и зва

ніемъ уѣзднаго врача и былъ оставленъ ординаторомъ факультетской хирургической клиники проф. *Н. В. Склифосовскаго*.

Въ апрѣлѣ 1889 г. былъ выбранъ въ дѣйствительные члены медико-филантропическаго Общества въ Москвѣ, въ лѣчебницѣ котораго, а одновременно и въ лѣчебницѣ человѣколюбиваго Общества, принималъ амбулаторныхъ хирургическихъ больныхъ.

Въ 1887—89 гг. сдалъ въ Московскомъ университетѣ экзамены на степень доктора медицины.

Съ января 1888 г. началъ занятія въ качествѣ врача—экстерна въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи, который продолжалъ до 1890 г., времени перевѣзда въ С.-Петербургъ, гдѣ поступилъ также врачомъ—экстерномъ въ С.-Петербургское родовспомогательное заведеніе, въ которомъ въ настоящее время состоитъ сверхштатнымъ ординаторомъ.

Съ сентября 1890 г. до конца 1891 г. занимался въ хирургическомъ отдѣленіи городской Обуховской больницы, а съ января 1891 г. по май 1895 г. принималъ амбулаторныхъ больныхъ въ лечебницѣ Александровской Общины сестеръ Краснаго креста.

Въ апрѣлѣ 1889 г., по выдержаніи установленнаго испытанія, получилъ званіе акушера.

Въ ноябрѣ 1891 г. выбранъ въ дѣйствительные члены Общества Русскихъ Врачей въ С.-Петербургѣ.

По защитѣ представленной диссертациі на тему „Тампонація матки при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ“ 7 мая 1894 г. Императорской Военно-Медицинской Академіей признанъ докторомъ медицины.

Р а б о т ы:

- 1) Способы приготовления перевязочнаго матеріала въ клиникѣ Днев. II съѣзда рус. вр. въ пам. *Н. И. Пирогова* №1.
- 2) Гидронефрозъ и нефрэктомія. Лѣтопись хир. общ. въ Москвѣ 1888.
- 3) Случай гидронефроза. Хир. Вѣст. 1889.
- 4) Случай гидронефроза. Бол. газ. Боткина 1891. Тр. об. рус. вр. въ Спб. 1891. Тр. хир. об. въ Спб. 1891.
- 5) Тампонація матки при послѣродовыхъ кровотеченіяхъ. Врачъ 1893.
- 6) Таже работа въ передѣланномъ видѣ представлена въ качествѣ диссертациі.

Предсѣдатель **Оттъ.**

Секретарь **Личкусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ русской Акушерско-Гинекологической литературы.

116. А. Е. Черемшанскій.—Два случая чревосѣченія во Владивостокскомъ морскомъ госпиталѣ съ благопріятнымъ исходомъ.—(Медицинскія прибавл. къ морскому сборнику 1896, декабрь).

Здѣсь описаны *ovariotomia duplex cum amputatione uteri supravaginale* и *ovariotomia simplex sinistra*. Авторъ, по поводу своего случая папиллярной кистомы обоихъ яичниковъ, приводитъ литературныя данныя о частотѣ этихъ образований, о симптомо-комплексѣ, дающемъ возможность діагностировать папиллярную кистому и объ оперируемости, вообще, злокачественныхъ новообразований яичниковъ. Въ случаѣ автора, въ виду того, что опухоли тѣсно прилежали къ маткѣ, а на брюшинѣ покровъ дна матки были двѣ изолированно сидящія кисты, произведено также и надвлагалищное удаленіе матки.

117. Э. М. Собѣстіанскій.—Восемь чревосѣченій по поводу опухолей матки и ея придатковъ.—(Проток. засѣд. Кавказскаго Мед. Общ. 1896, № 8).

Операциі произведены по поводу слѣдующихъ случаевъ: 1) *cystoma ovarii* со сращеніями и обострившимся мѣстнымъ перитонитомъ; 2) *fibromyoma uteri*, кистовидно перерожденная; 3) *cystoma ovarii*, со сращеніями, злокачественно перерожденная; остальные случаи касаются простыхъ яичниковыхъ кистъ. Всѣ операциі кончились выздоровленіемъ.

118. Э. М. Собѣстіанскій.—Удаленіе матки чрезъ влагалище съ замѣною лигатуръ кровоостанавливающими пинцетами.—(Проток. Кавк. Мед. Общ. 1896, № 9).

Описавъ способы удаленія матки чрезъ влагалище при помощи пинцетовъ и указавъ преимущества пинцетовъ передъ лигатурами (простота, скорость и болѣе легкая техника операціи: послѣ операціонный періодъ короче) и ихъ недостатки (возможность кровотеченія послѣ снятія пинцетовъ, пролежни на брюшинномъ покровѣ кишекъ и во влагалищѣ), авторъ переходитъ къ описанію своего случая *canceris colli uteri*, гдѣ произведена имъ была *extirpatio uteri per vaginam* по способу *Péan—Doyle'a*. Интересъ этого случая заключается въ томъ, что черезъ 10 минутъ послѣ снятія пинцетовъ (пинцеты сняты спустя 2 сутокъ послѣ операціи) получилось чрезвычайно обильное артеріальное кровотеченіе, едва нестоившее жизни больной. Вновь наложено 7 пинцетовъ, которые и сняты черезъ 56 часовъ послѣ ихъ наложенія. Больная поправилась. Кровотеченіе у данной больной авторъ, на основаніи нѣкоторыхъ данныхъ, объясняетъ гемофиліей и замѣчаетъ, что методъ, не могущій обнять всѣхъ случаевъ, допускающій исключенія, не можетъ считаться безупречнымъ, тѣмъ болѣе, что для опредѣленія гемофиліи у насъ не всегда бываетъ достаточно данныхъ.

119. М. Е. Автандиловъ.—Случай консервативнаго кесарскаго сѣченія.—(Прот. Кавк. Мед. Общ. 1896, № 7).

Со стороны спиннаго хребта констатированъ былъ кифосколиозъ. Размѣры таза: 31, 31, 32, 16, 9, conj. vera $6\frac{1}{2}$ —7 см. Здѣсь можно было имѣть въ виду симфизеотомию, перфوراцію или кесарское сѣченіе. Въ данномъ случаѣ симфизеотомія едва дала бы хорошій результатъ въ виду приведенныхъ цифръ размѣровъ таза, т. к. эта операція увеличиваетъ размѣры таза главнымъ образомъ въ поперечномъ направленіи и почти не измѣняетъ прямого размѣра. Не желая производить перфوراціи живого плода, авторъ произвелъ кесарское сѣченіе, которое и дало благоприятный исходъ. Въ заключеніе авторъ выражаетъ убѣжденіе, что недалеко время, когда прободеніе головки у живого ребенка будетъ совершенно оставлено, по крайней мѣрѣ въ городахъ, гдѣ существуютъ больницы, и къ перфораціи живого ребенка будутъ прибѣгать въ исключительныхъ случаяхъ и главнымъ образомъ въ сельской практикѣ.

120. С. К. Оленинъ.—Десять чревосѣченій, произведенныхъ мною въ Гинекологическомъ отдѣленіи Тамбовской губернской земской больницы во вторую половину 1895 г.,—(Прот. Тамб. Мед. Общ. 1896, № 1—7).

Показаніями для этихъ операций служили: полное выпаденіе матки, фиброміома матки, *salpyngitis hypertrophica dextra cum retroversione uteri fixata*, новообразование мочевого пузыря и новообразования яичниковъ. Авторъ подробно описываетъ обстановку своихъ чревосѣченій, техническую сторону производства этихъ операций, послѣоперационное теченіе и исходы.

121. С. К. Оленинъ.—О примѣненіи формалина въ акушерствѣ.—(Прот. Тамб. Мед. Общ. 1896, № 1—7).

Въ послѣднее время въ родильномъ отдѣленіи Тамбовской губернской земской больницы авторъ сталъ примѣнять вмѣсто сулемы предложенный для акушерской практики *Winckel* емъ формалинъ крѣпостью 1:1000 и 1:500 для обмыванія наружныхъ половыхъ органовъ и дезинфекціи влагалища у роженицъ и родильницъ, а также для дезинфекціи рукъ ухаживающаго персонала. 35 случаевъ родовъ, проведенныхъ съ помощью формалина, прошли удовлетворительно. Авторъ приходитъ къ заключенію, что антисептическое дѣйствіе формалина достаточно по крайней мѣрѣ для веденія нормальныхъ родовъ и послѣродового періода, по чему формалинъ въ этихъ случаяхъ можетъ успѣшно замѣнить сулему, а по своей безопасности долженъ быть предпочтенъ сулемѣ; формалинъ также удобенъ и доступенъ по своей дешевизнѣ и въ бѣдной практикѣ; единственный его недостатокъ—это довольно сильный запахъ, ощущаемый и въ сильномъ разведеніи, зато онъ, какъ вещество безцвѣтное и не ѣдкое, не портитъ инструментовъ, бѣлья и рукъ.

122. А. Н. Ховринъ.—Примѣненіе гипнотическаго внушенія въ одномъ случаѣ родовъ.—(Прот. Тамб. Мед. Общ. 1896, № 1—7).

Больная страдала истеро-эпилепсіей. Примѣненіе металло-терапии совмѣстно съ внушеніемъ значительно поправило состояніе больной; затѣмъ больная забеременѣла. Уже первыя родовыя схватки предвѣщали появленіе истеро-эпилептическихъ припадковъ. Ей внушено было, чтобы она спала спокойнымъ сномъ, не ощущала бы ни малѣйшихъ болей при схваткахъ и чтобы проснулась по первому приказанію. Больная заснула. При наруж

номъ изслѣдованіи ясно ощущалось сокращеніе матки и маточное устье постепенно открывалось своимъ чередомъ. Больная разбужена при внушеніи: „теперь Вы должны проснуться, чувствовать себя бодрою, здоровою, никакихъ болей до самаго послѣдняго момента родовъ ощущать не будете; Вы должны чувствовать себя такъ, какъ я вамъ говорю; теперь проснитесь и чувствуйте себя здоровою“.

Въ дальнѣйшемъ теченіи родовъ больная при каждой потугѣ впадала въ забытіе и быстро приходила въ себя при прекращеніи схватокъ и только за 12—15 минутъ до выхода головки изъ половой щели роженица вдругъ почувствовала сильныя боли и стала кричать.

Н. Р.

123. А. Я. Шварцъ.—Случай первичнаго пораженія туберкулезомъ внутреннихъ половыхъ органовъ у женщины.—(Южно-русская Мед. Газ. 1897, № 4).

Авторъ описываетъ случай, гдѣ при посмертномъ вскрытіи одной женщины найдено туберкулезное пораженіе матки, трубъ, яичниковъ, плевры, печени, брюшины, мезентеріальныхъ железъ и легкихъ. Подробно разсмотрѣвъ степень распространенія туберкулезнаго процесса на отдѣльныхъ органахъ въ данномъ случаѣ, принявъ во вниманіе анамнезъ больной и рядъ другихъ соображеній, авторъ приходитъ къ заключенію, что первичнымъ гнѣздомъ туберкулеза являются здѣсь *organa genitalia*.

Н. Рачинскій.

124. Д. И. Ширшовъ.—Къ вопросу о лѣченіи рака матки и эрозій влагалищной части вытяжкой бородавника.—(Большинная газета Боткина, 1897, № 3).

Отмѣтивъ случаи изъ русской и иностранной литературы о примѣненіи бородавника при ракахъ матки и указавъ на противорѣчивые результаты приведенныхъ наблюденій, авторъ описываетъ свой случай *canceris canalis cervicalis* съ инфильтраціей обоихъ боковыхъ сводовъ. Вначалѣ примѣнялись тампоны, смоченные въ смѣси вытяжки бородавника съ глицериномъ въ пропорціи 1:2. Втеченіи первой недѣли можно было замѣтить нѣкоторое улучшеніе въ ходѣ процесса. Произведенное затѣмъ впрыскиваніе слабого раствора вытяжки въ маточную шейку вызвало послѣдовательно сильныя боли въ нижней части живота. Съ цѣлью привести лекарство въ болѣе интимное соприкосновеніе съ тканями, влагалищная часть матки разсѣчена пятью радіальными

разрѣзами, въ которые вводились тампоны съ растворомъ вытяжки. Мѣстные явленія временно какъ бы улучшились, но затѣмъ из-
 венный процессъ и инфильтрація сводовъ, не смотря на трехне-
 дѣльное примѣненіе бородавника, стали быстро прогрессировать. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ въ области зажившей
 язвы частицъ показало поверхностное рубцеваніе канкродной язвы, отчасти заростаніе ея эпителиемъ, значительно измѣненнымъ подъ
 вліяніемъ примѣнявшихся дезинфецирующихъ веществъ и боро-
 давника. На основаніи этого случая, а также на основаніи лите-
 ратурныхъ данныхъ и описанныхъ здѣсь-же авторомъ двухъ наблю-
 деній доцента *Орлова* (послѣднія наблюденія касались эрозій ма-
 точной шейки), авторъ приходитъ къ заключенію, что бородав-
 никъ можетъ давать благопріятный эффектъ только лишь при
 поверхностныхъ раковыхъ изъязвленіяхъ.

125. В. М. Бурлакъ.—Амбулаторное примѣненіе гинеколи-
 ческаго массажа.—(Медицинская бесѣда, 1896, № 19).

Статья представляетъ краткую компиляцію нѣкоторыхъ мо-
 нографій по гинекологическому массажу. Намъ кажется, что въ
 выраженіи „амбулаторное примѣненіе гинекологическаго массажа“
 прилагательное „амбулаторное“ является лишнимъ, т. е. гинеко-
 логическій массажъ и примѣняется, за рѣдкими исключеніями,
 только лишь въ тѣхъ случаяхъ, которые могутъ быть пользованы,
 вообще, амбулаторно, и ради одного гинекологическаго массажа
 нѣтъ надобности помѣщать больныхъ въ лѣчебницы и больницы.

126. Ѳ. И. Вerezкинъ.—Случай corporis alieni vaginae.—
 (Врачебныя записки, 1896, № 11).

Дѣло касается 15-лѣтней дѣвушки, поступившей въ больницу
 съ жалобой на боль въ лѣвой ногѣ и внизу живота. Во влага-
 лищѣ найденъ винный стаканъ, края котораго задерживались ни-
 сходящими вѣтвями лонныхъ и восходящими сѣдалищныхъ ко-
 стей. Такъ какъ стаканъ не могъ быть извлеченъ, то по обѣимъ
 сторонамъ входа въ рукавъ, на границѣ средней и нижней его
 трети, были сдѣланы разрѣзы, направляющіеся къ tubera ischii.
 Стаканъ извлеченъ, разрывы зашиты.

127. В. Келли.—Случай внутриутробнаго зараженія плода
 брюшнотифозными бациллами.—(Врачебныя записки, 1896 № 16).

У тифозной больной произошелъ выкидышъ двойнями, мерт-
 выми. У одного изъ плодовъ при вскрытіи бросилось въ глаза

рѣзкое жировое перерожденіе печени и набуханіе селезенки. Изслѣдованіе микроскопическое на бактеріи препаратовъ изъ печени, селезенки и крови, взятой изъ полрой вены, а также характеръ разволокъ указали на присутствіе брюшно-тифозныхъ палочекъ. Послѣдъ съ виду былъ совершенно нормаленъ.

128. Н. А. Мусатовъ.—Три случая неоперируемаго рака матки подѣ вліяніемъ лѣченія чистотѣломъ.—(Врачебныя записки, 1896, № 17).

Тремъ больнымъ съ раковымъ пораженіемъ матки производились черезъ день и рѣже впрыскиванія въ пораженныя мѣста раствора вытяжки чистотѣла, тампонація растворомъ вытяжки, иногда же чистотѣлъ давался внутрь. Нерѣдко примѣненіе его вызывало лихорадочное состояніе съ ознобомъ, жаромъ и потомъ. Впрыскиваніе стерилизованной вытяжки также давало лихорадку, слѣдовательно, послѣдняя вызывается не микроорганизмами, находящимися въ громадномъ количествѣ въ вытяжкѣ, но продуктами ихъ жизнедѣятельности, а можетъ быть и какими либо другими веществами, входящими въ вытяжку. Выводы изъ наблюденій надъ примѣненіемъ чистотѣла въ описанныхъ случаяхъ: 1) рѣзкое уменьшеніе всѣхъ симптомовъ въ самомъ началѣ лѣченія на довольно продолжительное время; 2) значительное уменьшеніе опухоли; 3) постепенное возвращеніе всей прежней картины страданія не поддающееся уже лѣченію чистотѣломъ. Микроскопическое изслѣдованіе частицъ, взятыхъ изъ мѣстъ, подвергнутыхъ дѣйствію чистотѣла показало: пролиферація поверхностныхъ слоевъ новообразованія и значительно развитая инфильтрація грануляціонными элементами интерстиціальной ткани съ склонностью переходить въ стойкую соединительную ткань. Сравнивая чистотѣлъ съ салициловой кислотой при лѣченіи рака матки, авторъ склоненъ отдать предпочтеніе салициловой кислотѣ.

129. И. К. Юрасовскій.—Случай децидуомы развившейся послѣ пузырнаго заноса.—(Врачебныя записки, 1897, № 1).

Предпославъ литературныя данныя относительно децидуомы, авторъ описываетъ свой случай. Въ декабрѣ 1894 г. въ Басманной больницѣ (Москва) у больной удаленъ пузырный заносъ. Въ сентябрѣ 1896 г., она вновь поступила въ эту больницу съ кровотеченіями, которыя, по ея словамъ, почти не прекращались со времени удаленія заноса. Матка по величинѣ соответствуетъ 2 $\frac{1}{2}$ —

3-мѣсячной беременности; въ лѣвомъ сводѣ, отдѣльно отъ матки, прощупывается опухоль, довольно плотная на ощупь, мало подвижная, овальной формы, величиною въ голубиное яйцо, трудно отдѣляемая отъ тазовыхъ костей, трубы и яичники особенностей не представляютъ. Микроскопическое изслѣдованіе выдѣленныхъ при выскабливаніи полости матки кусочковъ показало злокачественную децидуому. Больная умерла при явленіи метастаза въ мозгу. Вскрытіе показало метастазы въ мозгу и легкихъ. Микроскопическое изслѣдованіе узла изъ легкаго констатировало въ ткани новообразованія массы крупныхъ, разнообразныхъ по формѣ и величинѣ клѣтокъ съ интенсивно окрашеннымъ ядромъ, характернымъ для злокачественной децидуомы. *Н. Р.*

130. Д. И. Ширшовъ.—**Къ казуистикѣ кесарскаго сѣченія при узкихъ тазахъ.**—(Врачъ, 1896, № 36).

Описанный здѣсь случай касается 34-лѣтней женщины, рожавшей 6 разъ, то доношенныхъ, то недоношенныхъ, то живыхъ, то мертвыхъ младенцевъ, то съ врачебной помощью, то безъ нея. Въ октябрѣ 1895 г. она принята въ родильный покой акушерической клиники. Размѣры таза: D. Sp.=25¹/₂, D. Cr.=26¹/₂, Conj. ext.=17,5, Conj. diag.=9 и D. Tr.=29 см. Въ ноябрѣ произведено кесарское сѣченіе съ благоприятнымъ исходомъ для матери и младенца.

Показаніями къ оперативному вмѣшательству послужили: 1) средняя степень суженія таза; 2) изъ анамнеза роженицы было извѣстно, что первые двое родовъ окончились сами собою; всѣ же остальные окончились искусственно, причемъ пришлось прободать головку 3 раза на мертвомъ и 1 разъ на живомъ плодѣ; поэтому рассчитывать на самостоятельное теченіе родовъ или окончаніе ихъ помощью искусства не было достаточно оснований; больная на кесарское сѣченіе согласилась, изъявивъ желаніе имѣть живого ребенка. Засимъ авторъ разбираетъ возраженія, дѣлаемыя противниками кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи и заканчиваетъ статью краткой оцѣнкой лоносѣченія, отдавая предпочтеніе предъ лоносѣченіемъ не только кесарскому сѣченію, но даже и краніотоміи.

131. М. Я. Кельберъ.—Нѣсколько наблюденій надъ дѣйствіемъ вытяжки бородавника (*chelidonii majoris*) при ракъ влагалищной части матки.—(Врачъ, 1896, № 46)

У 4 больныхъ съ неоперируемыми раками матки примѣнялась вытяжка бородавника ежедневно, или черезъ день въ видѣ выпрыскиваній (въ среднемъ, каждая больная получила не меньше 15 выпрыскиваній); кромѣ того у всѣхъ больныхъ бородавникъ примѣнялся внутрь и въ видѣ тампоновъ. Лихорадка при примѣненіи бородавника получалась рѣдко; не удалось также подмѣтить ни одного признака, имѣющаго что либо специфическое для его дѣйствія. Выводы изъ наблюденій автора: видимыя измѣненія опухоли не идутъ далѣе поверхностныхъ слоевъ ея, претерпѣвающихъ въ однихъ случаяхъ нагноеніе, въ другихъ—нѣчто, напоминающее ороговѣніе (высыханіе?); разсасыванія и уменьшенія пропитыванія нѣтъ; дѣйствіе препарата всегда сильнѣе въ началѣ, затѣмъ оно постепенно слабѣетъ, и опухоль дойдя до извѣстной степени измѣненій, уже мало реагируетъ на дальнѣйшее лѣченіе; дѣйствіе бородавника, повидимому, проявляется рѣзче въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ новообразованіе ткани преобладаетъ надъ изъязвленіемъ, такъ что, напр., твердая ограниченная раковая язва съ мозолистыми краями будетъ менѣе реагировать на выпрыскиванія, нежели формы, характеризующіяся разростаніемъ ткани на подобіе цвѣтной капусты; въ первомъ случаѣ дѣйствіе выразится не уменьшеніемъ язвы, а временнымъ только измѣненіемъ поверхностнаго слоя, которое авторъ называлъ ороговѣніемъ, во второмъ случаѣ происходитъ уменьшеніе опухоли путемъ поверхностнаго нагноенія и удаленія гнойныхъ пленокъ; что же касается до общаго состоянія, то трудно было замѣтить какое нибудь улучшеніе, которое можно было бы всецѣло отнести на счетъ лѣкарства.

132. А. П. Аристовъ.—Маточное зеркало для „завѣдомыхъ сифилитокъ“.—(Врачъ, 1896, № 50).

Дабы избѣжать при изслѣдованіи и осмотрѣ здоровыхъ субъектовъ всякаго рода зеркалъ (маточныхъ, прямо-кишечныхъ, носовыхъ, ушныхъ, для мочеиспускательнаго канала), употребляющихся и у сифилитокъ, авторъ предлагаетъ ввести во всеобщее употребленіе для завѣдомыхъ сифилитокъ особыя зеркала, которыя никогда и нигдѣ не могли бы быть смѣшиваемы и которыя быстро и безошибочно можно было бы отличать среди другихъ ему подобныхъ посредствомъ зрѣнія и осязанія; съ этою цѣлью

предлагается край зеркала у наружнаго отверстія дѣлать не прямымъ, а лопастнымъ, съ выемками. (Въ Петербургскомъ Врачебно-Полицейскомъ Комитетѣ зеркала такой формы уже введены и на практикѣ оказались вполне соотвѣтствующими своему назначенію).

133. В. Н. Орловъ.—Къ вопросу о плотныхъ опухоляхъ дѣтскаго мѣста.—(Врачъ, 1896, № 50—51).

Изъ приведенныхъ здѣсь литературныхъ данныхъ (*Virchow, Hildebrandt, Hyrtl, Storch, Breus, Лазаревичъ, Kramer, Ackermann, Steinbüchel, Merttens*) видно, что всѣ до сего времени описанныя опухоли дѣтскаго мѣста, разнясь въ подробностяхъ строенія, имѣли то общее, что во всѣхъ въ большей или меньшей степени преобладала соединительная ткань; присутствіе соединительной ткани и соотвѣствующихъ клѣточекъ дало право нѣкоторымъ авторамъ причислить свои опухоли къ миксоматознымъ и назвать ихъ *myxoma fibrosum*; другіе видятъ сходство между описанными опухолями и саркомами и называютъ ихъ *sarcoma placentae*; третьи смотрятъ на свои опухоли, какъ на гиперплазію и гипертрофію ворсинъ хоріона. Въ изслѣдованныхъ авторомъ двухъ опухоляхъ микроскопическая картина сводится къ слѣдующему: основной преобладающей тканью въ обоихъ новообразованіяхъ является сосудистая, въ видѣ тѣсно сплоченныхъ, расширенныхъ волосниковъ; вторая по своему количеству ткань—волоконцевая, по мѣстамъ слизистоперерожденная. Источникомъ описанныхъ двухъ опухолей можно считать ворсинки хоріона, которыя, подъ вліяніемъ какихъ то патологическихъ условій въ одномъ мѣстѣ увеличились при чемъ особенно разрослась сосудистая ткань, и громадно увеличилось количество волосниковъ; такъ какъ подъ микроскопомъ прежде всего бросается въ глаза именно это громадное развитіе волосниковъ, придающее всей ткани губчатый видъ, то описанныя опухоли и можно назвать сосудистыми—*angioma placentae*. Н. Р.

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

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

- 1) *Н. Н. Михайловъ*. Очеркъ современныхъ условий кумысолѣченія на востокѣ Россіи. С.-Петербургъ, 1897 г. Изданіе К. Л. Риккера.
 - 2) *Б. А. Либовъ*. О грязелѣченіи. Практическое руководство къ назначенію и примѣненію грязевыхъ ваннъ съ предисловіемъ проф. *А. И. Лебедева*. Сиб. 1897 г. Изданіе Риккера.
 - 3) *Ballantyne. Teratogenesis*. Edinburgh. 1897 г.
 - 4) *А. М. Силванскій*. Къ вопросу объ измѣненіи мышечной ткани матки въ послѣродовомъ періодѣ. Харьковская диссертация. 1897 г.
-

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

ПЕРЕВЯЗОЧНЫЯ средства: бавдажи, 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, ампутаціонные, ресекціонные, 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.**

5—(12)

КЕММЕРНСКІЯ

СѢРНЫЯ ВОДЫ И ГРЯЗИ

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

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

Сѣрныя, сѣрно-соляныя, сѣрно-хвойныя, сѣрно-щелочныя, углекислыя паровыя, грязевыя 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.

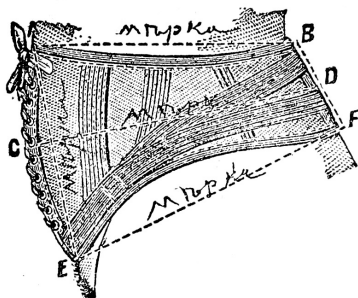
Дачи для прѣзжающихъ хорошо устроены имѣются пансіоны.

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 Управление водъ. 3—(3)

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.**

5—(12)

**НОВЫЕ НАГРУДН. ЗНАКИ**  
ДЛЯ ГГ.

**Д-Р. МЕДИЦ. И ВРАЧЕЙ**

высылаю наложен. платеж. *высшаго качества* сереб. вызол. съ эмалью, для *д-р. мед.*: чекан. 9 р., наборн. 19 р., бронз. 4 р., сер. фразн. 4 р.; для *врачей*: сереб. чекан. 8 р., наборн. 14 р., бронз. 3 р., сереб. фразн. 3 р. и всякіе другіе знаки, ордена, медали. Подробн. прейскур. бесплатно. *С.-Петербургъ. Императорскій фарфор. заводъ, д. 27, Юренскъ.*