

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.

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

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

ТОВАРИЩА ПРЕДСѢДАТЕЛЯ
Д. О. ОТТА,
ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КИЕВСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОРНАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

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

ТОМЪ XI.

Іюнь 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

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

ЮНЬ 1897, № 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

О руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ
возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна
и брюшной стѣнки.

Проф. Дм. Отта.

(Рѣчь произнесенная 18 января 1897 г. въ годовомъ собраніи Акушерско-Гинекологическаго общества).

Мм. Гг! Приступая къ выполнению лестной и вмѣстѣ съ тѣмъ отвѣтственной обязанности произнесенія рѣчи въ годичномъ собраніи, которая вмѣнена обществомъ избраннымъ своимъ представителямъ, я полагаю, что наиболѣе подходящей темой для подобныхъ рѣчей должны считаться вопросы принципиальные, захватывающіе широко тотъ или иной отдѣлъ нашей спеціальности. Обрисовавъ его всесторонне, задача оратора главнымъ образомъ сводится къ сопоставленію того, что уже твердо стоитъ въ смыслѣ научномъ и практическомъ съ той стороной дѣла, которая, представляясь еще спорной и открытой, ждетъ разрѣшенія и нуждается въ разработкѣ или реформѣ. Естественно чѣмъ шире задумана тема, тѣмъ труднѣе дать ей совершенное освѣщеніе. Вполнѣ сознавая это положеніе, я тѣмъ не менѣе намѣтилъ въ сегодняшней своей рѣчи вопросъ о «руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ

возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна и брюшной стѣнки». Выбирая темой для рѣчи подобный вопросъ, я руководствовался слѣдующими соображеніями: во первыхъ по существу своему онъ, являясь, такъ сказать, общимъ, долженъ представить интересъ для всѣхъ принимающихъ участіе въ засѣданіи, тѣмъ болѣе, что этотъ вопросъ важенъ не только по чисто научному своему интересу, но кромѣ того затрагиваетъ также практическія стороны жизни, съ которыми гинекологу приходится встрѣчаться на каждомъ шагѣ; въ 2-хъ, тѣ чисто научныя основы не только клиническія, но анатомо-физиологическія, которыя неизбѣжно должны быть положены въ основу практическихъ выводовъ и заключеній, слишкомъ игнорируются и весь вопросъ съ принципиальной стороны освѣщенъ далеко не въ той степени, какъ это безусловно необходимо для успѣха практическихъ заключеній: положенія и выводы основанные на скороспѣлыхъ эмпирическихъ заключеніяхъ принимаются слишкомъ легко и не подкрѣпляются въ достаточной мѣрѣ не только научными данными, но представляютъ крупныя пробѣлы въ смыслѣ дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій. Въ 3-хъ мною руководило желаніе представить въ системѣ тотъ богатый матеріалъ, который находится въ моемъ распоряженіи въ Императорскихъ Клиническихъ Институтахъ Повивальномъ и В. Кн. Елены Павловны главнымъ образомъ въ смыслѣ достигнутыхъ результатовъ, тѣмъ болѣе, что въ разное время я самъ, а также мои помощники по клинической дѣятельности имѣли случай за послѣдніе годы выступать передъ Вами съ докладами по отдѣльнымъ частностямъ затронутаго мною сегодня вопроса.

Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ способовъ возстановленія тазоваго дна и брюшной стѣнки, необходимо остановиться на тѣхъ руководящихъ взглядахъ, на которыхъ должны быть построены наши заключенія. Естественнo, что только правильное пониманіе физиологическихъ законовъ и топографо-анатомическихъ данныхъ позволить намъ сдѣлать вѣрную оцѣнку тѣхъ условій, которыя ведутъ къ смѣщенію и неправильному взаимному расположенію внутреннихъ органовъ, вызванному нарушеннымъ отпавленіемъ, какъ тазоваго дна, такъ и брюшнаго пресса.

Въ этомъ отношеніи необходимо прежде всего имѣть въ виду, что главная роль приходится на долю мышечныхъ образований—той живой, сократительной ткани, работой которой постоянно поддерживается равновѣсіе силъ, обеспечивающихъ положеніе и движеніе внутреннихъ органовъ въ извѣстныхъ фізіологическихъ границахъ. Нарушеніе цѣлости и разстройство отправленій мышечнаго аппарата, при внимательной оцѣнкѣ отдѣльныхъ особенностей, безъ особыхъ затрудненій поддается правильному опредѣленію, а такъ-же мѣропріятія, направленные къ устраненію отмѣченныхъ неправильностей, представляютъ благодарную задачу современной медицины по достигаемымъ результатамъ. Въ анатомо-фізіологическомъ отношеніи для правильного уразумѣнія отправленія брюшнаго пресса и тазоваго дна представляется цѣлесообразнѣе разсматривать эти образованія не въ отдѣльности, а какъ составныя части приспособленія, имѣющаго въ основѣ одни и тѣ-же задачи, такъ что въ этомъ отношеніи вполне основательно выдѣленіе соответственной мускулатуры прикрѣпленной частью къ костямъ тазоваго пояса, частью къ ребрамъ и позвоночнику въ самостоятельный по функціональному своему назначенію такъ наз. *constrictor externus*. Естественно, что, окружая со всѣхъ сторонъ органы брюшной полости, отдѣльныя группы мускулатуры, составляющей стѣнки этой полости, будутъ играть по отношенію другъ къ другу роль антогонистовъ, стоящихъ на стражѣ въ цѣляхъ сохраненія равновѣсія силъ, вліяющихъ на положеніе брюшныхъ внутренностей. Въ этомъ отношеніи наиболѣе рельефно выступаетъ дѣятельность мышцъ брюшнаго пресса съ одной стороны и дѣятельность мышцъ тазоваго дна съ другой.—Тазовой поясъ, къ которому обѣ указанныя группы прикрѣпляются до извѣстной степени представляется границей между ними. Имѣя въ виду приведенное соображеніе, приходится всегда, говоря обѣ одной изъ указанныхъ мышечныхъ группъ, брать въ расчетъ другую:—чрезмѣрное дѣйствіе одной изъ нихъ, такъ равно и расслабленіе ея неизбежно отзывается на другой. Иногда патологическое вліяніе въ началѣ не ясно выражено, или онъ трудно поддается опредѣленію; но неизбежно рано или поздно оно войдетъ въ свои права и, если организмъ не имѣетъ возможности приспособ-

леніемъ отдѣльныхъ своихъ частей нейтрализовать происшедшее несоотвѣтствіе, обязательно развиваются ненормальности въ положеніи и въ отправленіи органовъ брюшной полости. Все только что сказанное заставляетъ меня въ сегодняшней моей бесѣдѣ совмѣстно обсуждать и мѣры, направленные къ сохраненію, какъ тазоваго дна, такъ и брюшной стѣнки. Нагляднымъ примѣромъ необходимой гармоніи въ взаимномъ отношеніи тазоваго дна и брюшного пресса можетъ служить состояніе указанныхъ частей непосредственно послѣ родоразрѣшенія, — цѣлесообразность строенія и взаимнаго отношенія частей организма въ это время выступаетъ особенно рельефно. При прорѣзываніи и выхожденіи головки тазовое дно со всѣми входящими въ составъ его мышцами сильно растягивается, травмируется и временно, благодаря этому, въ значительной степени утрачиваетъ способность оказывать необходимое противодѣйствіе мышцамъ брюшного пресса. Неизбѣжнымъ слѣдствіемъ такого положенія вещей должно бы явиться глубокое расстройство въ расположеніи и отправленіи брюшныхъ органовъ. При нормальныхъ условіяхъ мы этого однако не замѣчаемъ, что станетъ вполне понятнымъ, если имѣть въ виду постепенно подготавливающееся во время беременности компенсаторное растяженіе брюшной стѣнки и входящихъ въ составъ ея мышцъ. Благодаря вялости брюшной стѣнки первое время вслѣдъ за родами, антогонисты ея мышцы тазоваго дна удовлетворяютъ назначенію этого послѣдняго.

Приведенный примѣръ позволяетъ, переходя къ вопросу о сохраненіи тазоваго дна и брюшной стѣнки, не только установить необходимость въ совмѣстномъ разсмотрѣніи указанныхъ двухъ отдѣловъ *constrictoris ext.*, но кромѣ того прямо намѣчаетъ задачи, какъ профилактики, такъ и лѣченія развившихся уже расстройствъ.

Въ этомъ отношеніи, какъ сказано, прежде всего нужно помнить, что *главнѣйшія наши стремленія должны быть направлены на сохраненіе мускулатуры*, при чемъ въ общемъ нужно замѣтить, что хотя промежность и вообще тазовое дно подвергаются болѣе рѣзкимъ и сильнѣйшимъ вреднымъ условіямъ, тѣмъ не менѣе въ смыслѣ предупрежденія болѣзненныхъ расстройствъ, эта область находится больше въ нашей власти,

чѣмъ брюшной прессъ. Если не считать гимнастики и вообще обще-гигіеническихъ мѣропріятій, мы можемъ сдѣлать очень мало по отношенію сохраненія брюшныхъ мышцъ; и все сводится главнымъ образомъ лишь къ тому, чтобы устранять своевременно объемистыя опухоли брюшной полости и т. п. причины, которыя, растягивая брюшныя стѣнки, ведутъ къ ослабленію ея мускулатуры.

По отношенію къ промежности наши предупреждающія мѣры болѣе дѣйствительны и во всякомъ случаѣ мы имѣемъ возможность проявить несравненно болѣе активное вліяніе въ смыслѣ сохраненія ея мускулатуры, когда этой грозитъ наибольшая опасность, а именно при прорѣзываніи во время родовъ крупныхъ частей плода. Изъ числа этихъ мѣропріятій на первый планъ считаю необходимымъ поставить способъ заблаговременнаго и глубокаго разсѣченія промежности по ея *garhe*. Этимъ путемъ мы не только существенно облегчаемъ періодъ прорѣзыванія плода, но главное достигаемъ наиболѣе совершеннаго сохраненія мышцъ тазоваго дна.

Дѣйствительно не трудно себя представить, что этотъ методъ далеко превосходитъ всѣ остальные, предложенные съ той-же цѣлью, если имѣть въ виду, что прорѣзывающаяся головка *почти всегда* ведетъ къ разрыву въ большей или меньшей степени частей нижняго отрѣзка родоваго канала, и, если удастся избѣгнуть наружныхъ поврежденій, то подкожный разрывъ мускулатуры, можно сказать, лишь рѣдко отсутствуетъ, и, благодаря расхожденію разорванныхъ частей мускулатуры, въ результатѣ остается болѣе или менѣе рѣзко выраженное расслабленіе промежности, рукава и вообще всего тазоваго дна. Въ практикѣ на эти подкожныя поврежденія, къ сожалѣнію, почти не обращаютъ вниманія,—разъ что нѣтъ наружнаго разрыва, «все обстоитъ благополучно». Для дальнѣйшаго же здоровья женщины эти подкожныя разрывы болѣе неблагоприятны, такъ какъ ихъ предоставляютъ самимъ себѣ, не дѣлая никакихъ попытокъ съ соединеніемъ разошедшейся мускулатуры. Сколько разъ приходится видѣть выпаденіе матки и рукава при отсутствіи малѣйшаго *наружнаго* поврежденія, а между тѣмъ, всматриваясь въ промежность, не трудно убѣдиться, что она истончена до крайности и представляется состоящей лишь

изъ дубликатуры кожи безъ всякихъ слѣдовъ ранѣ бывшей мускулатуры, если не считать жалкихъ остатковъ кольцевидно-расположенныхъ волоконъ, составляющихъ части sphinctor'a; и, если приподнять пальцами такую вялую промежность, то она просвѣчиваетъ. Естественно, что подобная промежность совершенно утратила свои функціональныя способности и подобное состояніе ея вызываетъ глубокія разстройства. Посмотримъ теперь, что даетъ профилактическій разрѣзь, который я рекомендовалъ выше? Во 1-хъ разрѣзанныя части свободно раздвигаются, уступая подвигающейся головкѣ, роды идутъ быстрѣе, а *мускулатура не рвется*, во 2-хъ, и что *главное*, благодаря хорошимъ ровнымъ краямъ разрѣзь ихъ удобно соединить швами и въ результатѣ получается возстановленіе промежности *съ такимъ же количествомъ мышечныхъ элементовъ, какъ было раньше*, отличающейся отъ прежней развѣ только тѣмъ, что остается почти незамѣтное *гарне* на мѣстѣ соприкосновенія соединенныхъ краевъ разрѣза. По своимъ свойствамъ такая промежность не уступаетъ промежности нерожавшей женщины. Рискъ, что промежность не заростетъ, какъ это легко заключить изъ ниже приведенныхъ цифръ, ничтожный, и во всякомъ случаѣ безъ всякаго колебанія можетъ быть противопоставленъ завѣдомо неизбѣжно развивающимся неблагоприятнымъ условіямъ.

Чтобы получить хорошіе результаты, очевидно не послѣднюю роль играетъ выборъ способа, какъ производится зашиваніе, какой для этого употребляется матеріалъ и вообще вся техническая сторона пластики.

Если при подобныхъ, профилактическихъ мѣрахъ удастся сохранить условія близкія къ нормѣ, то нельзя того же сказать про случаи запущенные, гдѣ приходится имѣть дѣло съ послѣдствіями раньше бывшихъ вредныхъ вліяній. Къ леченію подобныхъ случаевъ я теперь и перехожу.

При выборѣ способа возстановленія нарушенной промежности, а такъ же и брюшной стѣнки руководящимъ моментомъ должно быть стремленіе возстановить мышечный аппаратъ въ первоначальномъ его видѣ: сросить разорванные или разошедшіяся мышцы. Въ этомъ отношеніи входятъ въ силу немаловажные детали, которыя удобнѣе разсмотрѣть отдѣльно:

а) для возстановленія промежности и б) для возстановленія брюшной стѣнки.

При возстановленіи промежности во 1-хъ, фигура освѣженія старыхъ разрывовъ всегда должна быть, такъ сказать, строго топографо-анатомическаго типа *). Отклоненіе отъ этого допустимо лишь при особыхъ осложненіяхъ, исключаящихъ возможность слѣдовать этому принципу; прототипомъ должна быть фигура, получаемая при разсѣченіи цѣльной промежности. Во 2-хъ, освѣженіе должно быть произведено на столько глубоко, чтобы можно было дѣйствительно рассчитывать на соединеніе разошедшейся мускулатуры, и въ пользу этого основнаго принципа должно безусловно пожертвовать стремленіемъ сохранить à tout prixъ малѣйшія частицы тканей. Это желаніе сохранить ткань безусловно важно только для мышечной, для остальныхъ же оно имѣетъ значеніе лишь при специальныхъ условіяхъ. При томъ видѣ дряблыхъ и истощенныхъ промежностей, о которыхъ я упоминаю выше, первый актъ освѣженія долженъ заключаться въ разсѣченіи по гарпе (для этого удобнѣе всего, чтобы ассистенты, захвативъ по обѣ стороны промежность, подняли и растянули ее) вплоть до уцѣлѣвшей мускулатуры. Этимъ приѣмомъ опредѣляется необходимая глубина освѣженія; на днѣ подобнаго разрѣза обыкновенно ясны видны уцѣлѣвшіе при разрывѣ мышечные пучки. Вслѣдъ за этимъ приѣмомъ приступаютъ къ очертанію ножомъ необходимой фигуры освѣженія. Въ 3-хъ, чѣмъ раньше производится операція возстановленія, тѣмъ выгоднѣе, такъ какъ разошедшіяся при разрывѣ мышцы отъ бездѣйствія успѣваютъ атрофироваться въ меньшей степени. Въ 4-хъ, способъ наложенія швовъ долженъ быть таковъ, чтобы, хорошо прилаживая освѣженные части, по возможности менѣе нарушать питаніе тканей, что лучше всего достигается накладываніемъ узловатыхъ швовъ этажами, захватывая въ каждый шовъ относительно не много тканей. Такимъ путемъ и топографическія отношенія возстанавливаются въ болѣе совершенной степени. (При нарушеніи цѣлости прямой кишки швы должны

*) См. такъ же статью мою помѣщенную въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней за 1890 г. № 1. „Усовершенствованный способъ наложенія и снятія швовъ при нормальной perineorrhaphia.“

быть накладываемы такъ, чтобы не проникать въ просвѣтъ кишки какъ это мною описано въ вышеуказанной статьѣ). Въ 5-хъ, матеріаломъ для швовъ долженъ служить тонкій шолкъ, что особенно важно по отношенію погружныхъ швовъ въ виду того, что шолковая нить для рассасыванія своего требуетъ относительно продолжительнаго времени, и поэтому долго держитъ въ соприкосновеніи соединенныя части, консолидируя ихъ сращеніе и предотвращая такимъ путемъ ихъ расхожденіе и въ дальнѣйшемъ теченіи повтореніе страданія. Легко рассасываемый кѣтгутъ безусловно долженъ быть отвергнутъ для этихъ цѣлей и допустимъ развѣ лишь для поверхностнаго шва соединяющаго кожу или слизистую оболочку.

При возстановленіи брюшной стѣнки: тѣже принципы остаются въ силѣ, только *mutatis mutandis*. Наружныхъ поврежденій толщи брюшной стѣнки обыкновенно не приходится видѣть, если не считать разсѣченія ея во время чревосѣченія. Преобладаетъ подкожное расхожденіе мышцъ, нарушеніе отправления и до извѣстной степени послѣдующая атрофія ихъ. Въ такихъ случаяхъ при операціи *diastasis* или *herniae lineae albae* разрѣзъ должно вести на столько глубоко, чтобы обнажить край мышцъ и имѣть такимъ образомъ полную увѣренность, что при наложеніи шва дѣйствительно соединяются разошедшіяся мышцы. Грыжевой мѣшокъ или избытокъ апоневритической ткани изсѣкается вплоть до края мышцъ. Тотъ же этажный, погружной шовъ; матеріаль, по выше изложеннымъ соображеніямъ, тонкая шолковая нить, наложенная узловатымъ швомъ.

Помимо погружнаго шва—обычныя глубокіе (черезъ всю толщу брюшной стѣнки, накладываемые довольно далеко одинъ отъ другаго) и часто расположенные поверхностные швы. Мѣсто вкола и выкола этихъ швовъ по возможности близко отъ края разрѣза; этимъ достигается несравненно болѣе тщательное прилаживаніе краевъ и какъ слѣдствіе тонкій и менѣе замѣтный рубецъ. Видъ фигуры освѣженія—оваль съ заостренными концами. Длинна и ширина его сообразно съ протяженіемъ и степенью разошедшихся мышцъ.

При нарушеніяхъ цѣлости брюшной стѣнки во время чревосѣченій благоприятные результаты могутъ быть получены

лишь при соблюденіи тѣхъ же основныхъ положеній: весь центръ тяжести падаетъ на надежное сращиваніе прямыхъ мышцъ или покрайней мѣрѣ заключающихъ ихъ сухожильныхъ влагалищъ.

Если при этомъ имѣется дѣло съ расхожденіемъ мышцъ, происшедшимъ ранѣе, то обязательное вырѣзываніе эллиптическаго лоскута необходимо для непосредственнаго сближенія и соединенія разошедшихся мышцъ, какъ на это указано выше. Погружной шовъ всегда выгоднѣе накладывать узловатый. Обвивной хотя накладывается быстрѣе, но во первыхъ соединеніе частей, имъ захватываемыхъ, уступаетъ въ своей точности, и во вторыхъ, въ случаѣ всегда возможнаго нагноенія, при узловатомъ швѣ обыкновенно дѣло ограничивается выходомъ одного узелка; при обвивномъ же вся рана можетъ разойтись, т. е. нагноеніе распространяется по нити, послужившей для обвивного шва, какъ по дренажу. Указанный мышечно-апоневротическій шовъ помимо основнаго своего значенія создать прочную и устойчивую брюшную стѣнку, еще имѣетъ не малое значеніе въ первые же дни послѣ операціи: захватывая въ каждый стежокъ немного, но плотной ткани шовъ не легко прорѣзываетъ и въ случаяхъ, не протекающихъ асептически, при которыхъ происходитъ расхожденіе всей раны, предохраняетъ больную отъ выпаденія кишокъ. Я убѣжденъ, что, благодаря этому способу, мнѣ удалось не разъ предотвратить неблагоприятный исходъ операціи. Последовательнаго развитія грыжъ бѣлой линіи при соблюденіи вышеизложенныхъ принциповъ можно сказать почти не приходится наблюдать: онѣ являются рѣдкими исключеніями, тогда какъ до примѣненія указаннаго способа при зашиваніи брюшной раны одними глубокими и поверхностными швами очень часто получалось послѣдовательное расхожденіе мышцъ.

У нѣкоторыхъ авторовъ процентъ послѣдовательнаго развитія грыжъ послѣ чревосѣченій достигаетъ громадной цифры. Въ этомъ отношеніи интересныя данныя приводятся *Winter*омъ: на 522 больныхъ изъ клиники *Olshausen*'а отмѣчено развитіе грыжъ до 30%. Нижеслѣдующія цифры указываютъ на результаты, полученные въ моей клиникѣ при употребленіи мышечно-апоневротическаго шва; они настолько краснорѣчивы, что

дальнѣйшихъ коментаріевъ не требуютъ. Мышечно-апоневротическій шовъ систематически сталъ мною примѣняться съ 1891 года, *) причѣмъ за этотъ періодъ времени сдѣлано всего около 300 чревосѣченій.

Имѣя возможность наблюдать за больными по выпискѣ изъ клиники черезъ болѣе или менѣе продолжительное время, нами только у двухъ было констатировано развитіе грыжи на мѣстѣ шва, причѣмъ у обоихъ больныхъ заживленіе сопровождалось нагноеніемъ въ области брюшной раны. Не ограничиваясь этими непосредственными результатами и вполне сознавая, что для окончательныхъ выводовъ необходимо болѣе продолжительное наблюденіе каждаго отдѣльнаго случая, нами систематически былъ предпринятъ осмотръ больныхъ, у которыхъ прошло не менѣе полугода со дня операціи. О состояніи тѣхъ же больныхъ, которыхъ не представлялось возможнымъ подвергнуть непосредственному осмотру, наведены были справки писменно, обращенныя по преимуществу къ врачамъ подѣ наблюденіемъ которыхъ находились эти лица. Такимъ путемъ намъ удалось получить свѣдѣнія о 65 женщинахъ, изъ которыхъ большинство были оперированы нѣсколько лѣтъ тому назадъ, причѣмъ наименѣе отдаленный срокъ операціи равнялся 7 мѣсяцамъ, наибольшій 5 годамъ. Изъ указаннаго числа лишь у двухъ (выше упомянутыхъ) имѣлись грыжи въ области бывшаго разрѣза, всѣ остальные были здоровы и никакихъ ненормальностей не представляли. Три оперированныхъ послѣ операціи рожали, причѣмъ въ одномъ случаѣ были двойни.

Аналогичные результаты получены при пластикѣ въ области тазоваго дна. За періодъ времени въ 11 лѣтъ (отъ 1886 по 1896 г. включительно) произведено 246 операцій, изъ коихъ въ 25 случаяхъ имѣлся полный разрывъ промежности осложненный болѣе или менѣе значительнымъ нарушеніемъ цѣлости прямой кишки. Изъ всего приведеннаго ряда случаевъ лишь въ двухъ наблюдалось расхожденіе раны (одна изъ этихъ больныхъ, подѣ вліяніемъ психическаго припадка, послѣ операціи вскакивала съ постели, ходила и т. п.; въ другомъ случаѣ, оперированномъ малоопытнымъ ассистентомъ, пришлось сдѣ-

*) Въ 1892 году указанный способъ описанъ былъ докторомъ *Н. И. Рачинскимъ* въ газетѣ „Врачъ“ № 26.

латъ повторную операцію увѣнчавшуюся успѣхомъ), въ остальныхъ достигнуто было полное возстановленіе нарушенныхъ частей, если не считать единичныхъ поверхностныхъ расхожденій краевъ раны не имѣвшихъ вліянія на конечный результатъ операціи. Помимо такого благопріятнаго успѣха непосредственно послѣ операціи, *конечные* результаты слѣдуетъ признать также вполне удовлетворительными. У всѣхъ больныхъ, которыхъ мнѣ пришлось видѣть въ разные сроки послѣ операціи, за исключеніемъ трехъ, достигнутое оперативнымъ вмѣшательствомъ устраненіе смѣщенія органовъ и имѣвшихся болѣзненныхъ припадковъ, было вполне прочное.

Подводя итоги сказанному, слѣдуетъ признать, что если приведенныя цифры и не настолько велики, какъ это было бы желательно для безапелляціоннаго рѣшенія вопроса о мышечно-апоневротическомъ швѣ и иныхъ изложенныхъ выше техническихъ особенностяхъ, то во всякомъ случаѣ ихъ совершенно достаточно, чтобы полученные результаты не приписывать простой случайности. Достигнутые результаты станутъ еще болѣе убѣдительными, если имѣть въ виду, что большинство нашихъ больныхъ, относится къ несостоятельному классу, подверженному вредному вліянію физическаго труда.

Если же принять во вниманіе, что со времени примѣненія вышеописанныхъ техническихъ особенностей, намъ почти вовсе не приходилось послѣ операціи встрѣчать грыжевидныхъ выпячиваній въ области шва, то полученные цифры станутъ еще болѣе доказательными и могутъ быть признаны существенными аргументами въ пользу тѣхъ руководящихъ основъ при выборѣ способовъ возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна и брюшнаго пресса, которыя я старался развить въ сегодняшней моей рѣчи. Начавъ съ характеристики анатомическихъ и общефізіологическихъ условій, я закончилъ мѣрами, направленными къ устраненію разстройствъ, зависящихъ отъ нарушеннаго отправления мускулатуры, которая представляетъ существенную составную часть стѣнки, окружающей внутренности брюшной полости. Предоставляя судить Вамъ, по скольку убѣдительны приведенныя мною доводы, съ своей стороны я не могу не сказать въ заключеніе, что чѣмъ больше приходится всматриваться въ особенности затронутого мною

сегодня вопроса, тѣмъ болѣе приходишь къ заключенію, что лишь тѣ методы и предложенія оказываются цѣлесообразными, которыя, не ограничиваются мѣстной детальной оцѣнкой явленій, но имѣютъ въ виду общій планъ устройства чело-вѣческаго тѣла.

II.

Къ вопросу о маточно-яичниковой функціи въ связи съ менструальными и климактерическими явленіями въ женскомъ организмѣ.

Проф. И. И. Федорова (Варшава).

(ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНІЕ).

Въ настоящее время уже достаточно накопилось фактовъ, указывающихъ на то, что роль яичниковъ не ограничивается исключительно только приготовленіемъ яйцевой клѣтки. Клиническія наблюденія надъ женщинами кастратами вообще и благопріятное вліяніе кастраціи на теченіе остеомалациі въ частности давно приводили къ мысли, что яичникамъ, какъ и прочимъ железамъ организма, присуща также спеціальная, внутренняя секреція, т. е. яичники помимо выработки яйцевой клѣтки выдѣляютъ въ кровь особое химическое начало, принимающее весьма дѣятельное участіе въ обмѣнѣ веществъ.

Предпринятая въ этомъ направленіи экспериментальныя изслѣдованія по вопросу относительно N—стаго и газового обмѣна (*Репревъ, Попель*), а также и касательно окисленія углеводовъ, жировъ и фосфорно-содержащихъ органическихъ веществъ (*Curatulo*) дѣйствительно подтвердили, что удаленіе яичниковъ вызываетъ у оперированныхъ кроликовъ и собакъ значительное отклоненіе въ сферѣ органическаго обмѣна веществъ. Почти одновременно съ изученіемъ функціи яични-

ковъ путемъ экспериментальнымъ сдѣланы были попытки лѣченія яичниковымъ веществомъ женщинъ, страдающихъ припадками вслѣдствіе преждевременнаго или физиологическаго климакса.

Благопріятные результаты такого лѣченія (*Mond, Chrobak*) даютъ право думать, какъ говоритъ *L. Landau*, что «въ яичникахъ дѣйствительно находится вещество способное не только облегчать тяжелыя болѣзненные явленія естественнаго или преждевременнаго прекращенія мѣсячныхъ, но даже и излѣчивать ихъ» и что такимъ образомъ климактерическій симптомо-комплексъ припадковъ у женщинъ находится въ связи съ выпаденіемъ функціи яичниковъ. Исслѣдованіями тѣхъ-же авторовъ—*Ренревъ, Curatulo* и *Понель*—было установлено, что при удаленіи матки у животныхъ наблюдается также уклоненіе въ органическомъ обмѣнѣ веществъ.

Предполагая, что участіе матки въ этомъ случаѣ можетъ быть сведено, по аналогіи съ яичниками, къ выработкѣ железистою тканью ея, геср. слизистою оболочкою, особаго рода внутренней секреціи, можно допустить, съ извѣстною долею вѣроятности, что секреція эта должна находиться также и въ менструальной крови женщинъ.

Данное предположеніе и послужило для насъ поводомъ къ опредѣленію путемъ эксперимента на кроликахъ физиологическихъ свойствъ менструальной крови, а равно и крови женщинъ передъ наступленіемъ у нихъ катамениальныхъ выдѣленій изъ половыхъ органовъ.

Предметомъ такого исслѣдованія мы избрали вопросъ о вліяніи менструальной крови на сосудистую систему частью потому, что болѣзненные явленія при естественномъ и искусственномъ прекращеніи мѣсячныхъ по преимуществу носятъ характеръ разстройства сердечной дѣятельности, а частью и вслѣдствіе превалирующаго значенія тѣхъ же разстройствъ при нормальныхъ мѣсячныхъ.

Собранный мною въ этомъ направленіи матеріалъ, хотя не вполне еще законченный своею разработкою, позволяетъ однакожъ сдѣлать нѣкоторыя заключенія, настолько интересныя, что я рѣшаюсь представить ихъ въ формѣ настоящаго предварительнаго пока сообщенія.

Обстановка опытовъ. Менструальная кровь, собранная со всѣми антисептическими предосторожностями *), смѣшивалась съ равнымъ по объему количествомъ глицерина, смѣсь эта осаждалась пятикратнымъ количествомъ 96⁰/₀ спирта; полученный осадокъ высушивался и растворялся въ подщелоченной ѣдкимъ Na дистиллированной водѣ. Въ растворъ переходило очень небольшое количество осадка. Растворъ вводился въ краевую вену уха животного и результаты опыта отмѣчались кимографомъ *Ludwig'a*.

Для опытовъ мы пользовались кроликами самками предварительно кастрированными и успѣвшими уже оправиться, втеченіи 2—4 нед., послѣ операціи. Опыты проводились со всѣми антисептическими предосторожностями.

Результаты опытовъ: 1) послѣ введенія въ кровь кролика воднаго раствора осадка изъ глицериновой вытяжки менструальной крови внутри-сосудистое давленіе въ art. carotis падаетъ, дѣятельность сердца учащается и дыханіе ускоряется; 2) паденіе внутри-сосудистаго давленія происходитъ или равномерно, или съ колебаніями въ сторону то повышенія, то пониженія; 3) чѣмъ больше вводилось раствора, тѣмъ рѣзче паденіе давленія и тѣмъ неправильнѣе дѣятельность сердца и дыханія; 4) нѣкоторыя изъ кроликовъ погибали при явленіяхъ паралича сердца, при чемъ количество введеннаго раствора не превышало 8—10 к. с. на кило вѣса тѣла. Смотри таб. № 1.

Таб. 1.

Опытъ I.

	Время.	Колич. введ. раст.	Давленіе крови въ mm. Hg.	Пульсъ.	Ды- ханіе
крол. кастрированный	3 ч. —	—	78 mm.	140	70
	3 ч. 5'—10	10 к. стм.	76 "	160	80
	3 " 15'	15 " "	64 "	—	—
	3 " 21'	— " "	27 "	170	—

Опытъ II.

кроликъ некастрирован- ный	3 " 55'	—	93 "	220	48
	4 " 5'	7 " "	84 "	230—250	48
	4 " 26'	—	88 "	284	50

*) Одновременно кровь подвергалась и бактериологическому изслѣдованію докторъ *Θ. Д. Островскою*; при чемъ во всѣхъ случаяхъ изслѣдованія на присутствіе въ такой крови микробовъ дали отрицательный результатъ.

Опытъ III.

	Время.	Колич. введ. раст.	Давленіе крови въ mmhg.	Пульсъ.	Дыха- ніе.
кроликъ кастр.	3 ч. 30'	—	102 mm	206	46
	3 " 45'	15 к. снт.	95 "	—	54
	4 "	9 " "	80 "	—	60

Опытъ IV.

кроликъ кастрир.	2 " 50'	— "	72 "	214	40
	3 " 25'	4 " "	69 "	232	46

Опытъ V.

кроликъ кастриров.	3 " 10'	— "	77 "	260	40
	3 " 12'	10 " "	69 "	260	40
	3 " 17'—36'	15 " "	50 "	300	62

Имѣя въ виду опредѣлить, ради сравненія, какъ относятся кролики къ крови женщинъ передъ появленіемъ у послѣднихъ мѣсячныхъ отдѣленій, мы извлекли кровососною банкою отъ женщины за 2 дня до начала у нея регуль около 20 к. с. крови и приготовили изъ нея вышеописаннымъ способомъ водный растворъ, который и вводили черезъ ушную вену. Результаты получились аналогичные съ полученными при введеніи въ кровь воднаго раствора изъ менструальной крови. Смотри таб. № 2.

Таб. 2.

Опытъ I.

	Время.	Колич. раствора.	Давленіе въ mm. Hg.	Пульсъ.	Дыха- ніе.
кроликъ кастрир.	2 ч. 53'	—	79 mm.	—	60
	2 " 56'	9 к. снт.	70 "	—	62
	3 " 00'	7 " "	65 "	—	70
	3 " 10'	2 " "	20 "	—	66
	3 " 15'	—	48 "	—	—
	3 " 17'	—	57 "	—	—
	3 " 20'	2 " "	18 "	—	72
	3 " 22'	—	22 "	—	—
	3 " 25'	—	54 "	—	62

Опытъ II.

кроликъ кастрир.	2 " 35'	—	79 "	172	40
	2 " 40'	4 " "	72 "	214	44

Уже давно отмѣченъ фактъ ядовитости человѣческой крови для кроликовъ. Изслѣдованіями *Rumto*, *Charrin*, *Laclanche* и *Remond*, а также *Mairet* и *Bosc* токсичность serum крови здороваго человѣка опредѣлена въ количествѣ отъ 10—27 к. ст., на кило вѣса кролика, при чемъ первыя порціи вводимой

сыворотки ускоряютъ дыханіе и сердцебіеніе, слѣдующія же вызываютъ замедленіе сердца, неправильность дыханія и смерть. Къ сожалѣнію авторы эти не указываютъ, съ какою кровью они работали т. е. отъ мужчины или женщины; не отмѣчаютъ они также и вліянія кровяной сыворотки на внутрисосудистое давленіе. Въ этомъ отношеніи интересно, пожалуй, отмѣтить наблюденія Müller'a, по которому при умѣренныхъ переливаніяхъ крови внутрисосудистое давленіе измѣняется лишь кратковременно и вообще незначительно; при введеніи же 2⁰/₀—4⁰/₀ вѣса тѣла, т. е. большихъ количествъ крови давленіе возрастаетъ и, достигнувъ извѣстной высоты, уже перестаетъ повышаться (Лукьяновъ).

Сравненія ради мы произвели нѣсколько опытовъ съ кровью здороваго мушины. послѣдняя добывалась съ помощью кровососной банки и обрабатывалась по вышеописанному способу.

Таб. 3.

Опытъ I.

Время.	Колич. раствора.	Давленіе въ mm. Hg.	Пульсъ.	Дыханіе.
кроликъ некастр., введено около 9 к. снт. на кило вѣса				
—	—	87 mm.	232	42
1 ч. 5'—7'	7 к. снт.	93 „	220	40
1 „ 10'	—	90 „	220	46
1 „ 12'	—	89 „	} 250	44
1 „ 14'	8 „ „	84 „		
1 „ 15'	—	86 „	—	—
1 „ 16'	10 „ „	84 „		
1 „ 17'—20'	—	86 „	260	42—44
			240	42

Опытъ II.

кроликъ некастрированный, введено 7 к. снт. на кило вѣса				
2 ч. 30'	—	80 „	206	54
2 „ 35'	10 „ „	80 „	206	54
2 „ 38'	—	74 „	180	33
2 „ 40'	—	74 „	172	34
2 „ 42'	10 „ „	76 „	150	28
2 „ 49'	—	80 „	172	30

Изъ приведенной таб. № 3 видно, что вліяніе мужской крови представляется нѣсколько инымъ по сравненію съ кровью женщины; такъ, колебанія внутрисосудистаго давленія послѣ введенія раствора мужской крови имѣютъ тенденцію быстро выравниваться.

Выше мы высказали въ качествѣ предположенія о возможности производства слизистою оболочкою матки особаго рода

внутренней секреціи, которая, по аналогіи съ яичниковымъ веществомъ, поступаая въ кровь, извѣстнымъ образомъ отражается на обмѣнѣ веществъ въ организмѣ женщины. Это предположеніе привело насъ къ мысли выдѣлить изъ слизистой оболочки матки бѣлковыя вещества въ видѣ глицериноваго экстракта и опредѣлить вліяніе послѣднихъ на сосудистую систему кроликовъ. Воспользовавшись случаемъ мы приготовили такой экстрактъ изъ *decidua gravidarum*, при *graviditas extrauterina*. 5⁰/₀—10⁰/₀ водный растворъ такого экстракта, вводимый въ кровь кроликовъ, *оказался по своимъ физиологическимъ свойствамъ близко подходящимъ къ растворамъ крови менструальной*, какъ это видно изъ таб. № 4.

Таб. 4.

Опытъ I.

	Время.	Колич. раствора.	Давленіе въ mm. Hg.	Пульсъ.	Дыханіе.
крол. кастрированный	2 ч.	—	95 mm.	160	20
	2 „ 2'	8 к. стн.	93 „	184	30
	2 „ 4'	9 „ „	88 „	186	36
	2 „ 10'	4 „ „	87 „	190	50
	2 „ 20'	9 „ „	73 „	—	50

Опытъ II.

кроликъ кастрированный	2 ч. 35'	—	84 mm.	220	48
	2 „ 40'	10 к. стн.	82 „	220	52
	2 „ 45'	10 „ „	80 „	220	52
	2 „ 47'	—	80 „	—	—
	2 „ 50'	10 „ „	73 „	250	56
	2 „ 55'	—	76 „	—	—
	2 „ 58'	—	79 „	272	—

Принимая во вниманіе тотъ фактъ, что грудныя железы также участвуютъ въ половой жизни женщины и что патологическое состояніе внутреннихъ половыхъ органовъ рѣзко отражается на физиологической функціи грудныхъ железъ, причемъ послѣднія повидимому въ такой же находятся зависимости отъ яичниковъ, какъ и матка (атрофія грудныхъ железъ при атрофіи яичниковъ), намъ казалось небезынтереснымъ ради сравненія опредѣлить свойства маммарнаго вещества, добытаго изъ железы въ видѣ глицериновой вытяжки. Вытяжку мы готовили изъ грудной железы свиньи и водный растворъ спиртнаго осадка ея вводили кроликамъ. Паденіе кровяного давленія вслѣдъ за введеніемъ небольшихъ

порцій этого раствора при учащеніи сердца и дыханія видимому даютъ право думать, что *внутренняя секреція этихъ железъ, въ періода лактаціи, относится по своему воздѣйствію на сосудистую систему къ группѣ веществъ понижающихъ внутрисосудистое давленіе крови* и что такимъ образомъ въ воздѣйствіи на организмъ женщины продуктовъ рудныхъ железъ и матки можно допускать нѣкоторую аналогію.

Параллельно съ упомянутыми опытами мы вводили въ кровь животнымъ яичниковое вещество то въ видѣ воднаго раствора осадка изъ глицериноваго экстракта свѣжихъ железъ, то въ формѣ готоваго уже препарата, приготовляемаго въ лабораторіи проф. *А. В. Пеля* и извѣстнаго подъ именемъ Ovariinum Roehl *), или Ooovarium—Roehli. Вещество это, согласно заявленію проф. *А. В. Пеля*, представляетъ химическую смѣсь поваренной соли и двойныхъ солей лейкомаиновъ яичника хлористымъ Na. Такъ какъ оваринъ относительно легко растворяется въ подогрѣтой водѣ, то мы и пользовались насыщеннымъ воднымъ растворомъ его.

Результаты опытовъ: 1) при введеніи въ кровь кроликовъ свѣже приготовленнаго глицериноваго экстракта изъ яичниковъ, а также воднаго раствора ovariini Roehli кровяное давленіе въ art. carotis повышается, дѣятельность же сердца и дыханіе замедляются; 2) пониженное подъ вліяніемъ менструальной крови внутрисосудистое давленіе въ art. carotis при введеніи яичниковаго вещества быстро выравнивается и даже имѣетъ склонность подниматься выше нормы. См. таб. 5.

Т а б. 5.

О п ы т ы I.

Время.	Количество введеннаго вещества.	Давленіе въ mm. Hg.	Пульсъ.	Дыханіе.
кр. л. кастрир.				
3 ч. 55'	—	78 mm.	140	70
4 „ 26'	25 к. стн. менструальной крови.	27 „	170	80
4 „ 46'	8 „ „ оваринна	57 „	180	—
4 „ 50'	—	44 „	?	?
4 „ 55'	10 „ „ оваринна	61 „	—	62

*) Препаратъ этотъ былъ любезно предложенъ намъ многоуважаемымъ Александромъ Васильевичемъ Пелемъ, за что и приносимъ ему благодарность.

Опыты II.

	Время.	Количество введен- наго вещества.	Давленіе на mm. Hg.	Пульсъ.	Дыха- ніе.
кроликъ кастрир. . .	3 ч. 10'	—	77 mm.	260	40
	3 „ 45'	24 к. снт. менстр. крови.	50 „	300	62
	3 „ 56'	6 „ „ оваріина	84 „	206	50
	3 „ 59'	—	74 „	240	46

Опыты III.

кроликъ кастрир. . .	2 ч. 30'	—	86 mm.	220	48
2 „ 55'	30 к. снт. экстр. desidueae.	80 „	250	56	
3 „ 20'	20 „ „ крови	54 „	226	62	
3 „ 30'	передъ мѣсячными 8 „ „ оваріина	63 „	200	54	

Такимъ образомъ, на основаніи приведенныхъ опытовъ можно заключить, что, такъ называемое, яичниковое вещество (глицериновый экстрактъ изъ свѣжихъ яичниковъ и ovarium — Roehl) и вещество менструальной крови, а равно экстракты изъ слизистой оболочки матки и грудныхъ железъ дѣйствуютъ на сосудистую систему кролика діаметрально противоположно. (Сравни діаграмму). Вещество яичниковъ и ovarium — Roehl повышаютъ внутри-сосудистое давленіе и урѣжаютъ дѣятельность сердца; вещество же изъ слизистой оболочки матки, менструальной крови и грудныхъ железъ вызываютъ паденіе давленія при учащеніи сердечной дѣятельности.

Данный фактическій матеріалъ позволяетъ до нѣкоторой степени войти въ объясненіе той клинической картины, какая наблюдается у женщинъ при выпаденіи функціи яичниковъ. По Kisch'у, три формы сердечныхъ разстройствъ сопутствуютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступленію возраста менопаузы: 1) припадочная тахикардія, 2) сердечная слабость и 3) ожирѣніе сердца. Тахикардія, если можно такъ выразиться, и сердечная слабость рѣзко бросаются въ глаза и у нашихъ кроликовъ подъ вліяніемъ вещества изъ грудныхъ железъ, менструальной крови и слизистой оболочки матки. Можно думать поэтому, что при выпаденіи функціи яичниковъ, матка и грудныя железы, продолжая снабжать нѣкоторое время организмъ женщины своею внутреннею секреціею, вызываютъ въ послѣднемъ тѣ разстройства сердечно-сосудистаго характера (тахикардія, слабость и т. п.), какими и сопровождается наступленіе менопаузы.

Тѣ-же припадки, хотя и въ болѣе слабой степени, наблюдаются, какъ извѣстно, и при удаленіи матки съ ея придатками; происхожденіе въ этихъ случаяхъ сосудо-двигательныхъ и сердечныхъ разстройствъ можетъ быть объяснено дѣятельностію однѣхъ только грудныхъ железъ. Вотъ почему употребленіе такими больными съ лѣчебною цѣлію препаратовъ яичника устраняетъ совершенно или въ значительной степени ослабляетъ у нихъ упомянутыя разстройства.

Мы лично уже на многихъ больныхъ имѣли возможность провѣрить справедливость заявленія *L. Landau*, *Chrobak'a*, *Jacobs'a* и др. относительно благотворнаго вліянія препаратовъ изъ яичниковъ при различнаго рода климактерическихъ припадкахъ, кромѣ того мы примѣняли оваріинъ и при нѣкоторыхъ заболѣваніяхъ у молодыхъ субъектовъ, каковыя заболѣванія можно разсматривать, какъ послѣдствіе *временной функциональной недостаточности яичниковъ*.

Къ этой категоріи случаевъ мы относимъ между прочимъ женщинъ въ начальномъ періодѣ беременности, у которыхъ иногда развиваются тяжелые припадки желудочно-сердечныхъ разстройствъ. Разсматривая эти припадки, какъ послѣдствіе недостаточной функциональной дѣятельности яичниковой ткани вслѣдствіе усиленія внутренней функціи матки resp. ея слизистой оболочки, превращающейся въ *decidua gravidarum*, мы стали назначать такимъ больнымъ *ovarіinum*—*Poehl* и результаты превзошли наши ожиданія. Ради примѣра, приводимъ 2 случая:

Случай I. II—ская, 28 лѣтъ, вышла замужъ на 23 г., беременной была 2 раза, послѣдніе роды 2½ г. тому назадъ, съ августа 1896 г., у больной задержались регулы. Задержка ихъ сопровождалась цѣлымъ рядомъ нервныхъ разстройствъ, при чемъ ежемѣсячно появлялись припадки *moliminae menstrualis*. Съ 1-го марта 1897 г. больная считаетъ себя беременною; жалуются на боли въ крестцѣ и пахахъ, отсутствіе стула до 6 и болѣе дней, постоянную рвоту, больная питается пивомъ и немного бульона, сонъ тревожный, припадочный кашель, седцебіенія и ознобы. При изслѣдованіи: матка беременна въ концѣ 2-го мѣсяца, шейка здорова, бѣлей нѣтъ. Назначено: *ovarіini Poehli* 0,3 по 2 раза въ день. Послѣ приема 6 порошковъ рвота прекратилась совершенно, самочувствіе больной сдѣлалось удовлетворительнымъ.

Случай 2-ой. Г-жа Б—тъ, 25 лѣтъ, дѣвушкою была здорова, вышла замужъ на 21 году, беременною была 2 раза, родила

безъ осложненій; послѣдніе регулы имѣла въ мартѣ 1897 г., жалуется на тошноту, рвоту послѣ приѣма пищи, запоръ на низъ, общую слабость, головокруженіе. Матка беременна около 2 хъ мѣсяцевъ, бѣлей нѣтъ, шейка матки здорова. Назначено: Ovariini Roehli 0,3 по 3 порошка въ день. Послѣ употребленія оваріина въ теченіи нѣсколькихъ дней рвотъ прекратилась появился аппетитъ къ обычной пищѣ, самочувствіе улучшилось.

При назначеніи Ovariini Roehli клиническимъ больнымъ, мы опредѣляли у нихъ вліяніе даннаго препарата на артеріальное давленіе въ art. radialis съ помощью сфигмоманометра Баша. Послѣ предварительнаго опредѣленія въ теченіи нѣсколькихъ дней средней высоты давленія производилось затѣмъ наблюденіе надъ колебаніемъ послѣдняго вслѣдъ за принятіемъ внутрь оваріина. При чемъ оказалось, что спустя 15—30 минутъ послѣ приѣма 0,3 препарата давленіе въ art. radialis поднималось на 5—30 mm. Hg. по сравненіи съ высотой этого давленія въ предшествовавшіе дни и передъ самымъ приѣмомъ оваріина. Для примѣра приводимъ нѣкоторые случаи:

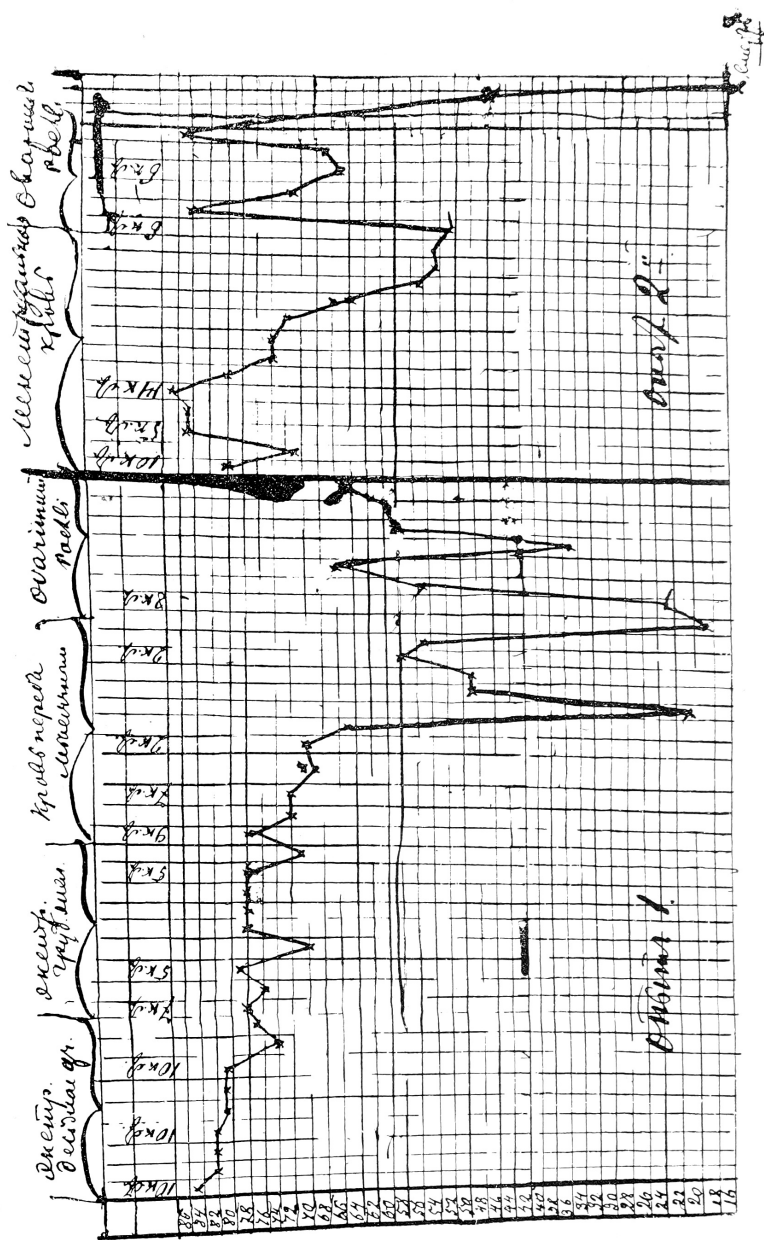
Случай I. С—ская, 30 лѣтъ. Carcinoma uteri. Давленіе крови въ art. radialis въ теченіи недѣли до употребленія оваріина колебалось между 140 и 155 mm. Hg; 26/iv — передъ приѣмомъ оваріина—148 mm; послѣ приѣма—175 mm; 28/iv — передъ приѣмомъ—145 mm; послѣ приѣма—160 mm.

Случай II. Т—къ, 29 лѣтъ, post extirpationem uteri per vaginam. Колебаніе давленія 155—165 mm; 23/iv давленіе передъ приѣмомъ оваріина—160 mm; послѣ приѣма—170 mm; 25/iv — передъ приѣмомъ 160 mm; послѣ приѣма—170 mm.

Случай III. О—къ, 49 лѣтъ, Prolapsus vaginae. Колебаніе въ давленіи—110—130 mm; 23/iv до приѣма оваріина—130 mm; послѣ приѣма—155 mm. 25/iv до приѣма—135; послѣ приѣма—160 mm., 27/iv до приѣма—120; послѣ приѣма—150 mm.

Такимъ образомъ и клиническія наблюденія относительно вліянія яичниковаго вещества на внутрисосудистое давленіе подтверждаютъ вышеприведенныя результаты нашихъ экспериментовъ на кроликахъ.

Все это въ свою очередь, даетъ нѣкоторое право думать, что быть можетъ, и та клиническая картина, наблюдаемая у женщинъ въ періодъ менструальныхъ отпращиваній, для объясненія которой до сихъ поръ еще нѣтъ удовлетворительной теоріи, находится въ связи съ вліяніемъ на сосудистую си-



стему того неизвѣстнаго начала, какое вырабатывается половыми органами женщины.

И въ самомъ дѣлѣ, сосудисто-сердечныя явленія наблюдаемыя у женщинъ передъ и во время мѣсячныхъ выдѣлений, явленія столь обстоятельно изученныя и систематизированныя въ весьма интересной работѣ д-ра *Жихарева*, — волнообразныя колебанія кровянаго давленія и пульса, — представляются до нѣкоторой степени аналогичными съ данными, добытыми нами на животныхъ. Поднятіе кровянаго давленія передъ мѣсячными и паденіе его во время регулъ не указываетъ ли это на извѣстное вліяніе въ организмъ женщины то яичниковаго, то маточнаго вещества? Анатомо-фізіологическія данныя, клиническія наблюденія и результаты нашихъ опытовъ повидимому вполне согласуются въ объясненіи этихъ колебаній. Такъ, если по изслѣдованіямъ проф. *Отта*, д-ра *Жихарева* и другихъ, повышеніе кровянаго давленія наблюдается именно за нѣсколько дней (отъ 7—14) до появленія менструальныхъ кровей, то это время чаще всего и соотвѣтствуетъ періоду наивысшаго напряженія функціональной дѣятельности яичниковъ, геср. наибольшему производству и поступленія въ кровь внутренней секреціи послѣднихъ. Паденіе же кровянаго давленія, наступающее за 2—7 дней до регулъ и во время менструальныхъ истеченій соотвѣтствуетъ въ свою очередь тому періоду, когда въ маткѣ формируется такъ называемая *decidua menstrualis*, т. е. періоду усиленной функціональной дѣятельности этого органа, какъ железы.

Не можемъ при этомъ не указать на изслѣдованія д-ра *Бацевича* относительно артеріальнаго давленія у беременных, роженицъ и родильницъ. Намъ кажется, что добытыя имъ данныя подтверждаютъ наше предположеніе о вліяніи матки геср. слизистой оболочки ея и яичниковъ на колебаніе артеріальнаго давленія у женщинъ въ періодѣ менструальныхъ отправленій организма. Д-ръ *Бацевичъ* отмѣчаетъ: 1) что артеріальное давленіе съ 34 дня до родовъ постоянно повышается ко дню родовъ; 2) что артеріальное давленіе въ первые 6 дней послѣродоваго состоянія выше такового во время беременности; 3) и что среднія артеріальнаго давленія во время

беременности, родовъ и послѣродоваго состоянія *больше* среднихъ, найденныхъ для женщинъ вообще.

Намъ кажется, что подобное нарастаніе давленія къ концу беременности и въ послѣродовомъ періодѣ вполне отвѣчаетъ той роли, какая выпадаетъ на долю яичниковъ въ смыслѣ превалирующаго значенія ихъ въ организмѣ беременной на сносяхъ и уже родившей женщины по сравненію съ состояніемъ *deciduae uteri*. Къ концу беременности послѣдняя лишается своихъ железистыхъ образований, а потому и продуктивная функція ея, какъ железы, доходитъ до *minimum'a*, что продолжается въ теченіи всего послѣродоваго періода; функція же яичниковъ является такимъ образомъ относительно повышенной, а потому согласно нашему предположенію, и должно при такихъ условіяхъ наступить повышеніе артеріальнаго давленія какъ въ послѣдній мѣсяцъ беременности, такъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Однако, мы не имѣемъ пока въ виду входить въ детальное разсмотрѣніе этого вопроса; цѣлью настоящей нашей статьи—сообщеніе только фактическаго матеріала, что мы и сдѣлали.

Л И Т Е Р А Т У Р А .

- 1) *Ренревъ*.—О вліянні удаленія половыхъ органовъ у самокъ на жизнепроявленія. Журналъ Охраненія Нар. Здравія 1892 г.
- 2) *A. E. Curatolo u L. Tarulli*.—Centr. f. Gyn. 1895 г. № 21.
- 3) *Попель*.—Матеріалы къ изученію кастраціи женскаго организма. Диссер. Варшава 1897 г.
- 4) *Mainzer*.—Deut. med. Wochenschrift., 1896 г. № 12 и 25.
- 5) *Mond*.—Müncb. med. Wochenschr. 1896, № 15.
- 6) *Chrobak*.—Centr. f. Gyn. 1896, № 20.
- 7) *Kisch*.—Die Sterilität d. Weibes 1895 г.
- 8) *Д. Оммъ*.—Arch. f. Gyn. 1893, Bd. XXII, Hf. 1.
- 9) *С. Жихаревъ*.—Къ ученію о мѣсячныхъ, Жур. Акуш. и Жен. б. 1896 г.
- 10) *И. Федоровъ*.—О менструальныхъ отправленияхъ женскаго организма въ связи съ вопросомъ о сущности этихъ отравленій. Южнорусская Мед. газета 1895.
- 11) *Rummo*.—Tossisità del Siero di Sangue, etc. Riforma medica, 1889 г.
- 12) *Charrin*.—C. R. de la Société de Biologie, 1890 г.
- 13) *Leclanche et Rémond*.—C. R. de la Soc. de Biologie 1893 г.
- 14) *Mairet et Bosc*.—Toxicité du sérum du sang de l'homme sain, C. R. de la Soc. de Biologie 1894 г.
- 15) *Бацевичъ*.—Наблюденія надъ измѣненіями артеріальнаго давленія и кожной температуры у беременныхъ, роженицъ и родильницъ. Диссертация, С.-Петербургъ, 1890 г.
- 16) *Iacobs*.—Eierstockstherapie Cent. f. Gyn. 1897 № 21.

III.

Случай кистовиднаго новообразованія малой губы.

В. Л. Якобсона.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

Въ гинекологическомъ отдѣленіи Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института наблюдался въ текущемъ году случай кистовиднаго образованія, имѣвшаго мѣстомъ своего расположенія правую малую губу; описаніе этого случая и составляетъ предметъ моего доклада.

На поликлинический пріемъ проф. Повивальнаго Института *Андрея Ивановича Замшина* явилась больная К. съ жалобой на присутствіе въ наружныхъ половыхъ частяхъ опухоли, стѣсняющей ее при ходьбѣ и работѣ, не причиняя однакожъ никакихъ особенныхъ болѣзненныхъ симптомовъ.

Изъ разсказа больной оказывается, что ей въ настоящее время 16 лѣтъ.

Больная—дѣвица, не жившая половой жизнью, не страдала бѣлями (напр., gonorrhoe'йными) и вообще никакими заболѣваніями полового аппарата.

Первая менструація появилась на 14-мъ году и послѣ полугодичнаго совершеннаго отсутствія, крови стали приходить мѣсяца черезъ три, затѣмъ черезъ два и въ настоящее время черезъ 1½ мѣсяца, по 5 дней, какъ и всегда. Количество крови, теряемой при менструаціи, весьма незначительно.

Болѣе ни передъ кровями, ни во время, ни послѣ нѣтъ. Больная, не смотря на нѣкоторую особенность регуль, хорошаго

тѣлосложенія и питанія. Видимыя слизистыя оболочки представляются нормально окрашенными, подкожный жировой слой хорошо развитъ и вообще признаковъ недоразвитія или малокровія и худосочія, могущихъ объяснить вышеуказанный характеръ кровей, не находится.

Испытывать стала больная неловкость при движеніяхъ отъ присутствія опухоли болѣе двухъ лѣтъ тому назадъ.

Впродолженіи этихъ двухъ слишкомъ лѣтъ, увеличеніе опухоли происходило чрезвычайно медленно.

При осмотрѣ наружныхъ половыхъ органовъ констатировано слѣдующее: Mons veneris и большія губы соотвѣтственно возрасту правильно развиты. Между большими губами находится образованіе яйцевидной формы, длинникъ котораго расположенъ вдоль половой щели (рис. № 1). Нижній конецъ этого образованія болѣе широкъ и достигаетъ задней спайки; на немъ замѣчается бороздка, расположенная болѣе въ лѣвую сторону и дѣлящая нижнюю поверхность на два неравныхъ сегмента. Верхній конецъ опухоли болѣе суженъ и постепенно переходитъ въ кожистый покровъ между большими губами на мѣстѣ ихъ соединенія, что при нормальномъ развитіи наружныхъ половыхъ органовъ соотвѣтствуетъ мѣсту положенія клитора съ кожистымъ его покровомъ; такъ что на первый взглядъ можетъ казаться, что эта часть служить ножкой для новообразованія. Величина опухоли въ длинникѣ около 6 сент., въ поперечникѣ около 4 сент. Поверхность опухоли представляетъ незначительныя морщинки только въ верхней части и и при томъ наиболѣе съ правой стороны, идущія косо сверху внизъ, слѣва направо; въ остальныхъ частяхъ она гладкая, розовато-синеваго цвѣта, какъ это наблюдается въ опухоляхъ съ серознымъ содержимымъ; въ стѣнкахъ просвѣчивается съѣтъ небольшихъ сосудовъ.

При пальпаціи, на основаніи флюктуации и эластичности, можно сдѣлать заключеніе, что опухоль есть мѣшеччатое образованіе съ жидкимъ содержимымъ, по всей вѣроятности, серознымъ.

Изъ разсмотрѣнія отношенія опухоли къ частямъ наружнаго полового аппарата, можно установить слѣдующее: (рис. № 2) если приподнять опухоль вверхъ и вправо и рассматри-

вать отношеніе лѣвой малой губы къ новообразованію, то наглядно представляется это отношеніе такимъ образомъ. Большой нижній отдѣлъ лѣвой малой губы совершенно не входитъ въ образованіе опухоли, а въ верхнемъ наименьшемъ она тѣсно прилежитъ къ опухоли и на небольшомъ пространствѣ переходитъ въ нижнюю поверхность ея.

При болѣе подробномъ разборѣ этого отношенія наиболѣе вѣроятнымъ является слѣдующее предположеніе. Изъ двухъ ножекъ малой губы, расположенныхъ при нормальныхъ условіяхъ около клитора, нижняя, т. е. *frenulum*, въ данномъ случаѣ болѣе всего срастается съ задне-боковой стѣнкой опухоли, а верхняя ножка, соотвѣтствующая *praeputium clitoridis* вмѣстѣ съ выпележащимъ кожистымъ покровомъ представляетъ собой, какъ-бы чепчикъ, покрывающій туморъ слѣва, отчасти спереди въ самомъ верхнемъ его отдѣлѣ, рѣзко обособляясь отъ поверхности опухоли въ видѣ складки.

На основаніи только что сказаннаго, можно предположить, что ни лѣвая малая губа, ни *frenulum*, ни *praeputium* той же стороны не служатъ анатомическимъ субстратомъ для демонстрируемой нами опухоли. Что же касается правой стороны, то мы замѣчаемъ отношеніе всѣхъ соотвѣтственныхъ частей совершенно иными. Правая малая губа представляется нормальной только въ нижней половинѣ, остальная же ея часть оказывается какъ-бы расщепленной и содержащей между расщепленными ея пластинками мѣшокъ, при чемъ стѣнки не измѣненной ея части незамѣтно переходятъ въ стѣнки кистовиднаго образованія; равнымъ образомъ и край малой губы представляется свободнымъ только въ нижней половинѣ, въ верхней-же совершенно сглаженъ и незамѣтно переходитъ въ стѣнки тумора. Отклоняя опухоль кверху можно замѣтить, что свободный край малой губы переходитъ на туморъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится вышеописанная бороздка опухоли въ нижнемъ ея отдѣлѣ. Что же касается отношенія той части наружныхъ половыхъ органовъ, которая соотвѣтствуетъ нормально *praeputium*, то оно тоже представляется инымъ, чѣмъ съ лѣвой стороны, а именно кожистый покровъ, начинаясь отъ соединенія большихъ губъ сверху, не оканчивается свободнымъ краемъ, напоминающемъ *praeputium*, какъ это было

видно съ лѣвой стороны, а постепенно и незамѣтно, образуя продольныя складочки, переходить въ наружную стѣнку опухоли. Положеніе frenulum и ея отношеніе къ опухоли опредѣлить нельзя. Вдоль восходящей вѣтви лобковой кости той и другой стороны прощупываются corpora cavernosa, равнымъ образомъ прощупывается и corpus clitoridis на его нормальномъ мѣстѣ. Что касается glans clitoridis, то онъ не опредѣляется, такъ какъ отъ этого мѣста уже начинается туморъ.

Если приподнять en masse всю опухоль кверху, то на нормальномъ мѣстѣ находится отверстіе мочеиспускательнаго канала; мочеотдѣленіе нормально. Въ introitus vaginae неповрежденный hymen свободно пропускаетъ палецъ. Отверстія выводныхъ протоковъ Барталиновыхъ железъ ясно видимы на мѣстѣ ихъ нормальнаго расположенія; вокругъ нихъ наиболѣе интенсивная окраска сравнительно съ окраской покрововъ сосѣднихъ частей.

При изслѣдованіи внутреннихъ половыхъ органовъ не отмѣчается никакихъ отклоненій отъ нормы.

Опухоль была удалена проф. А. И. Замминымъ.

Такъ какъ остатокъ малой губы и окололежація части составляли какъ бы ножку опухоли, то практически при выполненіи операціи удаленія опухоли представлялось болѣе удобнымъ безъ вылушенія опухоли изъ ея ложа прямо ампутировать, произведя сѣченіе ножки ниже мѣста перехода малой губы въ опухоль, при чемъ часть лѣвой малой губы оказалась удаленной меньше, правой больше какъ этого и можно было ожидать. По отнятіи опухоли на раневую поверхность наложены узловатые швы.

Удаленное цѣликомъ новообразованіе наполнено было жидкимъ серознымъ содержимымъ, точный анализъ котораго произведенъ не былъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнки опухоли ясно можно было различить три слоя. Наружный кожный слой, покрытый многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ съ ясно выраженными сосочками, средній изъ рыхлой соединительной ткани и внутренній также изъ соединительной ткани, но расположеніе волоконъ внутренняго слоя болѣе компактно и въ немъ замѣчается обильное количество сравнительно со

среднимъ слоемъ молодыхъ соединительно-тканныхъ клѣтокъ. Кромѣ того въ пограничной части между внутреннимъ и среднимъ слоемъ ясно видны расширенныя лимфатическія пространства, выстланныя эндотелиемъ, между тѣмъ какъ на внутренней поверхности самой полости не было найдено ни эндотелия, ни эпителия.

При обзорѣ литературы по вопросу о кистахъ малыхъ губъ видно, что подобныя образованія вообще рѣдки. Такъ *Доббертъ* въ своей статьѣ «Къ казуистикѣ заболѣваній наружныхъ дѣтородныхъ органовъ и влагалища женщины» ¹⁾ могъ собрать изъ иностранной литературы всего 4 случая и изъ русской 2.

При такой недостаточности даже казуистической литературы затрудненія увеличиваются еще тѣмъ обстоятельствомъ, что во многихъ описанныхъ случаяхъ представлена только макроскопическая картина безъ указанія строенія стѣнокъ кисты и содержимаго. По этому нѣтъ достаточныхъ данныхъ для классификаціи этихъ образованій. У патолого-анатомовъ, касающихся этого вопроса имѣются лишь указанія на ихъ существованіе и при томъ рѣдкое. *Klob* ²⁾, говоря вообще о малыхъ и большихъ губахъ, указываетъ лишь на то, что содержимое бываетъ или серознымъ, или слизистымъ, коллоиднымъ, желтоватаго или же шоколадно-бурого, даже чернаго цвѣта, замѣчая при этомъ, что относительно образованія этихъ кистъ ничего неизвѣстно. Его же личное мнѣніе объ образованіи кистъ въ этой области сводится къ тому, что онѣ могутъ происходить или вслѣдствіе инкапсулированія экстравата въ толщѣ губъ, или тромбоза лимфатическихъ сосудовъ (случай *Klob*'а, *Cederschjöld*'а, *Busch*'а), или закупорки выводныхъ протоковъ салъныхъ железъ. Подводя итогъ отдѣльнымъ описаннымъ случаямъ кистовиднаго образованія малыхъ губъ приходимъ къ заключенію, что наибольшее ихъ число падаетъ на ретенціонное образованіе, получившееся вслѣдствіе закупорки салъныхъ железъ. Образованіе подобныхъ ретенціонныхъ кистъ понятно, такъ какъ салъныя железы нормально находятся въ малой губѣ; точное же и подробное опи-

¹⁾ Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней т. X, 1896 года, май стр. 546.

²⁾ Patholog. Anat. d. Weibl. Sexualorgane 1864, pag. 164.

саніе ихъ строенія и содержимаго какъ напр., случаи *Bagot* ³⁾, *Брандта*, ⁴⁾ *Брандта и Фишера* ⁵⁾ ставятъ существованіе кистъ этой категоріи внѣ всякаго сомнѣнія. Происхожденія кистъ съ инымъ содержимымъ объяснить на основаніи имѣющагося матеріала весьма трудно. *Werth* въ своемъ случаѣ ставитъ происхожденіе кисты въ зависимость отъ ненормальнаго по мѣсту расположенія присутствія цилиндрическаго железистаго эпителія, при чемъ однакожь главная полость выстлана плоскимъ эпителиемъ, въ который переходитъ цилиндрическій ⁶⁾. Изъ кистъ съ коллоиднымъ содержимымъ можно указать на случай *Riedinger*'а ⁷⁾. Происхожденіе подобныхъ кистъ совершенно неизвѣстно. Относительно кистъ съ серознымъ содержимымъ такъ же мало извѣстно, какъ и о вышеупомянутыхъ, если даже не меньше.

Подходя теперь къ разрѣшенію вопроса изъ чего развилось описываемое нами образованіе съ серознымъ содержимымъ—мы имѣемъ также мало данныхъ для разрѣшенія этого вопроса.

Основываясь на томъ фактѣ, что кистовидное образованіе въ данномъ случаѣ наибольшей своей массой располагается между пластинами правой малой губы, можно сдѣлать заключеніе, что эта губа и служить исходнымъ пунктомъ и мѣстомъ дальнѣйшаго развитія опухоли. Ввиду того, что въ малой губѣ нормально нѣтъ такихъ железистыхъ образованій, изъ которыхъ могла бы произойти мѣшеччатая опухоль съ серознымъ содержимымъ, то надѣе предположить, что такого рода туморъ могъ произойти или изъ аномально здѣсь появившейся железы или же источникомъ для подобнаго скопленія могло послужить одно изъ лимфатическихъ пространствъ, которое обосо-

³⁾ *Bagot*.—Cysten in den Schamlippen, Dublin. Journ. of med. Science 1891, Sept. Рефер. Centralblatt f. Gynäk. № 25, 1892 p. 485.

⁴⁾ *Брандтъ А. Ф.*—„Къ этиологіи кистъ малыхъ губъ“, изъ клиники проф. *К. Ф. Славянскаго*—Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней т. VIII. 1894 г. № 10, стр. 863—864.

⁵⁾ *Брандтъ и Фишеръ*.—Къ патол. анат. женск. наружн. полов. орган., Сборн. работъ по акушерству и женск. болѣз. посвящ. XXV лѣтію ученой дѣятельности проф. *Славянскаго* т. II, стр. 356—359.

⁶⁾ Нужно замѣтить что случай *Werth* нельзя отнести вполнѣ къ малой губѣ. Zur Anatomie d. Cysten d. Vulva in Centralblatt f. Gynäk. 1878. p. 513.

⁷⁾ *Riedinger*.—Bericht d. mähr.-schles. Gebäranstalt, Brunn, 1888. pag. 73—74 цитир. по рефер.—Frommel's Jahresbericht. u. d. Fortschr. a. d. Gebiete d. Geburtsh. und. Gynäk. II, Jahrgang. 1889, 499—500.

бывшись постепенно увеличивалось и достигло до описываемыхъ размѣровъ. Что касается существованія аномальныхъ железъ въ малой губѣ, то изъ доступной мнѣ литературы, я на этотъ счетъ нигдѣ не встрѣтилъ указанія. Образованіе же кисты изъ лимфатическаго пространства можетъ считаться весьма вѣроятнымъ подобно тому какъ это принимается для нѣкоторыхъ кистъ влагалища.

И дѣйствительно, основываясь на томъ фактѣ, что при микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнокъ опухоли въ нашемъ случаѣ не найдено слѣда какого-нибудь эпителія, а въ окружности внутренней стѣнки кисты, какъ главной полости, ясно констатируются расширенныя лимфатическія полости — намъ кажется болѣе вѣроятнымъ объяснить происхожденіе описываемой нами опухоли изъ расширеннаго лимфатическаго пространства.

Рис. № 2.

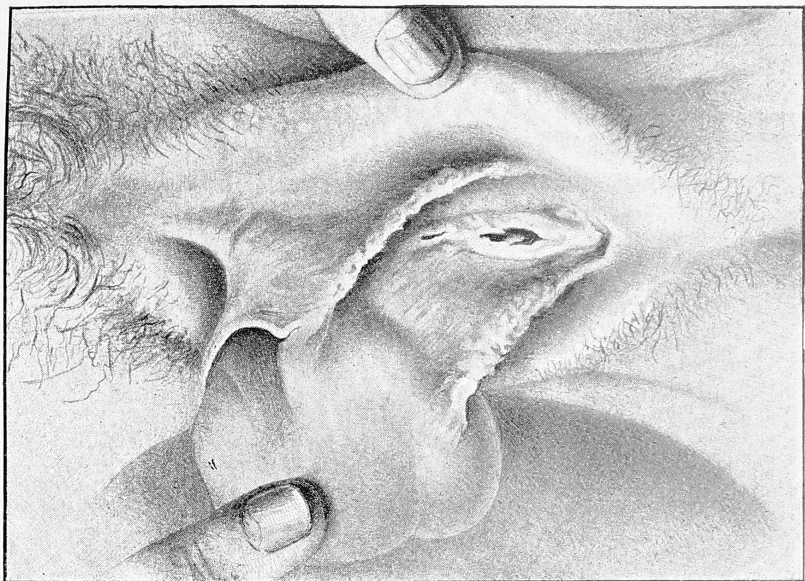
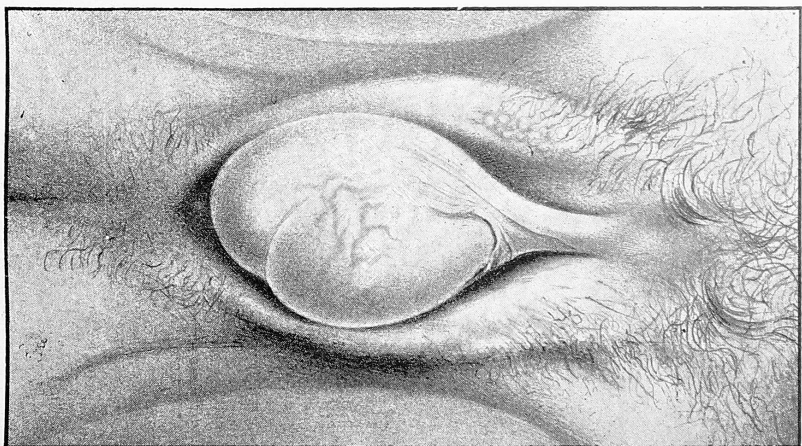


Рис. № 1.



IV.

Отчетъ по Гинекологическому Отдѣленію Петропавловской больницы за 1896 годъ.

В. А. Добберта.

Существующее уже много лѣтъ въ Петропавловской больницѣ гинекологическое отдѣленіе до 1896 года не носило, по современнымъ понятіямъ, самостоятельнаго характера, такъ какъ, по причинамъ, не подлежащимъ ближайшему разсмотрѣнію, въ немъ нельзя было оперировать. За немногими исключеніями всѣ больныя, нуждавшіяся въ оперативномъ пособіи, переводились на хирургическое отдѣленіе. Благодаря стараніямъ и заботамъ Главнаго Врача *А. Θ. Метилера* съ марта 1896 г. гинекологическое отдѣленіе располагаетъ операціонною и инструментаріемъ, оставляющимъ лишь мало желать и отвѣчающимъ всѣмъ требованіямъ анги- и асептики. Какое существенное значеніе имѣетъ для отдѣленія послѣднее обстоятельство, это очевидно. Конечно, имя такого оператора, какъ *К. П. Домбровскаго* ¹⁾, завѣдывавшаго хирургическимъ отдѣленіемъ, привлекало въ свое время не мало оперативныхъ случаевъ. Съ другой стороны однако многихъ больныхъ пугалъ переводъ въ незнакомое отдѣленіе и иная больная, которую можно было-бы освободить отъ ея страданія при помощи операціи, покидала больницу безъ оперативнаго пособія. Въ настоящее время видъ выздоравливающихъ послѣ операціи облегчаетъ той или другой

¹⁾ Считаю для себя пріятнымъ долгомъ и на этомъ мѣстѣ выразить д-ру *Домбровскому* свою глубочайшую благодарность за то истинно коллегіальное доброжелательное отношеніе, какое онъ проявилъ, руководя моими первыми шагами на поприщѣ операціонной гинекологіи.

больной рѣшеніе подвергнуться оперативному лѣченію. Я далеко отъ мысли преклоняться предъ оперативной полипрагмазіей, но все-же не могу не признать того факта, что, при настоящемъ положеніи нашихъ знаній, центръ тяжести слѣдуетъ перенести на оперативную часть гинекологіи.

Въ теченіи отчетнаго 1896 года въ отдѣленіи находилось на пользованіи 547 больныхъ.

Состояло къ 1 января 1895 г.	28	Выздоровѣло	503
Поступило въ 1896 году	519	Умерло	24 ²⁾
	547	Осталось къ 1 января 1897 г.	20
			547

По роду болѣзни больныя распредѣлялись слѣдующимъ образомъ.

I. Измѣненія положенія мочеполовыхъ органовъ.

Descensus et prolapsus vaginae	9
Descensus et prolapsus uteri	8
Retroversio-flexio uteri	7

II. Воспалительныя болѣзни.

а) Мочевого канала и пузыря.

Cystitis	2
--------------------	---

б) Наружныхъ половыхъ органовъ и рукава.

Bartholinitis	12
Colpitis	5

в) Матки.

Endometritis	40
Hypertrophia colli uteri	5
Metritis	15

г) Придатковъ матки.

Salpingitis	6
Salpingo-oophoritis	49
Sactosalpinx purulenta	19
Oophoritis	44
Abscesuss ovarii	1

д) Брюшины.

Perimetritis	42
Pelveoperitonitis chr. adhaesiva	9
Pelveoperitonitis exsudativa	7
» purulenta	4

ж) Тазовой клетчатки.

Parametritis	27
Para-Perimetritis	13

²⁾ Изъ нихъ 21 съ послѣдовыми заболѣваніями.

III. Новообразования.

а) Доброкачественныя.

Papilloma urethrae	1
Cystis vaginae	1
Polypus colli uteri mucos.	4
Polypus uteri fibros.	2
Fibromyoma uteri	8
Kystoma ovarii	18

б) Злокачественныя.

Carcinoma labii major. dextr.	1
Epithelioma vaginae prim.	1
Carcinoma uteri	13
Carcinoma ovarii	1
Cysto-carcinoma ovarii	2

IV. Болѣзни различнаго происхожденія.

Ruptura perinei	3
Haematocele retrouterina	3
Hernia lineae albae	1
Strictura recti et Fistula rectovaginalis	1

1) Беременность и ея осложненія.

Graviditas normalis	10
Hyperemesis gravidarum	6
Eclampsia gravidarum	1
Graviditas tubaria	7

2) Выкидышъ и преждевременные роды.

Abortus incipiens	3
Abortus incompletus	57

3) Послѣродовое состояніе.

Puerperium normale	9
------------------------------	---

4) Послѣродовыя заболѣванія.

Ruptura perinei et Colpitis traumatica	2
Endometritis puerperalis	40
Parametritis puerperalis	8
Perimetritis puerperaplis	2
Peritonitis	2
Septico-Pyaemia.	1
Phlebitis	3

5) Прочія послѣродовыя заболѣванія.

Atonia uteri p. partum	5
Eclampsia p. partum	5
Mania puerperalis	1
Mastitis	1

Въ приведенной таблицѣ больше всего бросается въ глаза значительное число пуэрперально заболѣвшихъ роженицъ.

Завоеванія бактериологіи, проложившія совершенно новые пути, вызвали, понятно, значительный переворотъ также и въ области акушерства. Если смѣлыя надежды, которыя мы возлагали на дезинфекціонныя средства, и не исполнились; если и при примѣненіи различныхъ физическихъ способовъ для уничтоженія заразныхъ началъ, всетаки встрѣчаются инфекціи, какъ во время, такъ и послѣ родовъ, то изслѣдванія лабораторнымъ путемъ, совмѣстно съ клиническими наблюденіями у постели больныхъ, доказали, что такіе неблагоприятные результаты случаются, не благодаря ненадежности находящихся въ нашемъ распоряженіи средствъ, а благодаря не безупречному примѣненію ихъ. Этотъ фактъ, который можетъ служить пробнымъ камнемъ дѣятельности каждаго, занимающагося акушерствомъ, вызвалъ къ сожалѣнію, соперничество, въ которомъ принимаютъ самое жаркое участіе знахарки и бабки, но также врачи и родовспомогательныя заведенія, вызвалъ борьбу, въ которой не всегда дѣйствуютъ открыто и честно. Стремленіе представить возможно низкій процентъ смертности и заболѣваемости служить довольно часто поводомъ къ отрицанію послѣродового заболѣванія, причемъ на его мѣсто ставятъ какое либо иное страданіе. Это не пустые слова. Я бы могъ, еслибы не боязнь слишкомъ далеко отклониться отъ своей задачи, привести цѣлый рядъ врачебныхъ свидѣтельствъ, съ которыми больныя были направлены въ больницу, и согласно которымъ, не смотря на безспорное присутствіе септического пораженія полового тракта, роженицы будто-бы продѣлывали нормальный послѣродовой періодъ, а заболѣвали инфлуенціей, тифомъ и другими острыми инфекціонными болѣзнями, какъ разъ въ первые дни послѣ родовъ. Съ какими печальными порядками мы встрѣчаемся еще въ самой столицѣ, ясно изъ того, что въ одной Петропавловской больницѣ, для которой въ моемъ распоряженіи точныя данныя, 7—10% всѣхъ, принятыхъ въ гинекологическое отдѣленіе, представляютъ собою заболѣвшихъ въ послѣродовомъ періодѣ. А сколькимъ изъ этихъ несчастныхъ не приходится совершенно пользоваться больничнымъ лѣченіемъ? Этому относительно большому матеріалу патологи-

чески протекающих случаев послѣродового періода я склоненъ приписать, что мнѣ пришлось уже три раза видѣть одну изъ самыхъ рѣдкихъ формъ послѣродового заболѣванія матки. Два случая описаны много уже раньше. ³⁾ Исторія болѣзни послѣдняго случая, бывшаго вначалѣ 1896 г. вкратцѣ слѣдующая.

26-лѣтняя крестьянка Н. В. поступила 11/ли 96 въ акушерско-гинекологическое отдѣленіе Петропавловской больницы. По словамъ больной, она всегда была здорова и начала менструировать на пятнадцатомъ году. Регулы наступали въ 4 недѣльные промежутки и продолжались шесть дней. На 25 году больная первый разъ родила. Роды и послѣродовой періодъ протекли нормально. Въ октябрѣ 95 г. пациентка во второй разъ забеременѣла. Во время этой беременности больная чувствовала себя до 9 марта совершенно хорошо. Въ этотъ день безъ видимой причины появились потрясающій знобъ, головныя боли и лихорадка. Далѣе появились боли внизу живота. Такъ какъ въ послѣдующіе дни въ состояніи больной не послѣдовало улучшеніе она отправилась утромъ 11 марта въ больницу. При приѣмѣ больной въ 10 ч. 15' утра, шейка найдена сглаженной, а зѣвъ пропускалъ 2½ пальца; 1½ часа спустя отошли воды и спустя 5 минутъ родился въ черепномъ положеніи мертвый ребенокъ, который по своему развитію соответствовалъ 7 мѣсяцу. 10 минутъ спустя послѣ родовъ ребенка вышелъ произвольно послѣдъ. Матка хорошо сократилась и имѣлось лишь умѣренное кровянистое отдѣленіе. Несмотря на это, больная производила далеко неудовлетворительное впечатлѣніе. Она была совершенно апатична, жаловалась на сильнѣйшія головныя боли, значительную усталость и слабость. t^0 39,0. При изслѣдованіи легкихъ, не замѣчалось никакихъ измѣненій перкуторнаго тона. Выслушиваніе обнаружило въ заднихъ нижнихъ отдѣлахъ немногочисленные, крупнопузырчатые хрипы. Больная часто кашляетъ, причемъ выделяется незначительное количество стекловидной слизи. Въ сердцѣ ничего ненормальнаго. Пульсъ умѣреннаго напряженія, 108 ударовъ въ минуту. Увеличеніе селезенки перку-

³⁾ Ueber partielle Necrose des Uterus und der Vagina St. Petersburg. Med. Wochenschrift. 1890.

торно не констатируется. Печень увеличена. Животъ слегка вздутъ, небольтзненъ языкъ сухъ, слегка обложенъ. Моча безъ бѣлка. Вечеромъ t^0 38,0.

12/ш t^0 38,0, пульсъ 90— t^0 39,5, пульсъ 98. Лохіи кровянисты, довольно обильны. Матка не вялая, но относительно большихъ размѣровъ. Въ общемъ состояніи больной улучшенія не замѣчается.

13/ш t^0 37,9, пульсъ 88.— t^0 40,1, пульсъ 100. Головные боли, по словамъ больной, невыносимы. Животъ все еще вздутъ, при давленіи слегка чувствителенъ. Матка плотна, обьемиста. Лохіи еще сильно окрашены кровью.

14/ш t^0 38,3, пульсъ 88.— t^0 39,9, пульсъ 100.

15/ш t^0 38,5, пульсъ 74.— t^0 39,7, пульсъ 104. Обильныя выдѣленія изъ матки, безъ запаха. Дно матки все еще стоитъ высоко. Матка при ощупываніи представляется плотной, но при надавливаніи—очень чувствительна. Состояніе легкихъ безъ измѣненій. Въ общемъ состояніи также нѣтъ улучшеній.

16/ш t^0 38,9, пульсъ 92.— t^0 39,3, пульсъ 102. Боли въ животѣ интензивнѣе и не ограничиваются лишь одной маткой. Лохіи все еще окрашены кровью.

17/ш t^0 38,1, пульсъ 96.— t^0 38,9, пульсъ 104. Выдѣленіе нѣсколько меньше и менѣе окрашено. Чувствительность живота увеличивается. Больная много кашляетъ, но въ легкихъ, кромѣ вышеописанныхъ измѣненій, ничего ненормального не констатируется. Общее состояніе больной существенно ухудшилось. Она совершенно апатична и производитъ впечатлѣніе пораженной тяжелою общою инфекціею.

18/ш t^0 38,4, пульсъ 100.— t^0 39,5, пульсъ 108. Лохіи—грязно-буро-темнаго цвѣта, безъ запаха. Очень сильная чувствительность живота. Тошнота.

19/ш t^0 38,8, пульсъ 116— t^0 39,4, пульсъ 112. Животъ вздутъ очень чувствителенъ. Тошнота. Дыханіе—ускоренное, поверхностное. Пульсъ слабого напряженія. При перкуссіи получается справа сзади и внизу неясновыраженное притупленіе тона. Въ этой части дыханіе слегка ослаблено съ рѣзкимъ выдохомъ. Многочисленные хрипы.

20/ш t^0 39,3, пульсъ 120.— t^0 39,7, пульсъ 132. Животъ вздутъ, очень болѣзненъ. Языкъ сухъ, обложенъ. Рвота желчно-

окрашенными массами. Выделение скудное грязно окрашенное, но без запаха. Пульс очень слабъ.

21/III t^0 39,6, пульс 120. t^0 40,1 пульс 136. Сонливость. Въ брюшной полости свободное скопление жидкости не констатируется. Значительная чувствительность всего живота, икота, рвота. Изъ половых частей почти никакихъ выделений. Пульс нитевидный. Общій упадокъ силъ.

22/III t^0 39,5, пульс 130.— t^0 39,9, пульс 140. Больная in extremis. Дыханіе очень поверхностное. Пульс едва ощущимъ. Легкая синюха лица и конечностей.

Утромъ 23/III въ 2 ч. 40' последовалъ *exitus letalis*.

Приведенная исторія болѣзни показываетъ, что, на основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія въ первые дни, нельзя было заключить съ какимъ страданіемъ мы имѣли дѣло. Больная безусловно производила впечатлѣніе страдающей тяжелою общеою инфекціею, но какая инфекціонная болѣзнь была предъ нами и какой органъ послужилъ исходной точкой, это оставалось не рѣшеннымъ. Очевидно, можно было думать о послѣродовой инфекціи, но въ первое время совершенно отсутствовали всякія точки опоры для подобнаго предположенія. Лишь появленіе мѣстной болѣзненности матки и относительно долгое время продолжающіеся кровянистыя выделения позволяли намъ предположить, что матка была очагомъ инфекціи. Я говорю «предположить», потому что даже послѣ того, какъ перитонитъ былъ уже внѣ сомнѣнія, выделения обнаруживали столь незначительныя измѣненія, что діагнозъ серьезнаго заболѣванія эндометрія все еще представлялъ нѣчто искусственное.

Наша терапія носила поэтому совершенно экспектативный характеръ. Она состояла въ первые три дня изъ легкихъ отхаркивающихъ и эрготина 0,05 два раза въ день. При первыхъ признакахъ перитонита—опій внутрь и пузырь со льдомъ на животъ. Какое либо внутриматочное вмѣшательство не примѣнялось и лишь въ послѣдніе дни передъ смертію было назначено разъ въ день дезинфицирующее промываніе рукава.

Произведенное 12 часовъ послѣ смерти вскрытіе (д-ръ *Jalan de la Croix*) установило слѣдующіи патолого-анатомическій діагнозъ.

Endometritis puerperalis et placentaris. Necrosis uteri partialis. Peritonitis acuta sicca. Pneumonia catarrhalis acuta duplex inferior praecipue dextra. Atelectasis lobi sup. pulmon. dextri. Nephritis parenchymatosa non magna. Degeneratio parenchymatosa cordis et hepatis. Dilatatio ventriculi. Gastritis glandularis.

Опуская передачу полного протокола вскрытія, я ограничусь описаніемъ сохраненнаго въ спиртѣ препарата. Последній представляетъ надвлагалищно—ампутированное тѣло матки безъ придатковъ. Длина 8,5 сантим. Ширина на высотѣ трубъ 8 сант. Толщина 5 сант. На передней поверхности дна, не совѣтъ посерединѣ, а нѣсколько влѣво отъ срединной линіи находится круглый, около 4,5 сант., въ поперечникѣ, рѣзко ограниченный участокъ, который слегка возвышается надъ уровнемъ остальной поверхности. Зеленовато сѣрая окраска и болѣе мягкая консистенція позволяютъ легко отличить его отъ прочей ткани матки. Разрѣзомъ, идущимъ вдоль передней стѣнки матки, полость ея вскрыта. Толщина передней стѣнки матки 2,4 сант. Констатированное на поверхности ограниченное измѣненіе ткани проникаетъ черезъ всю толщю стѣнки матки. По отношенію къ мускулатурѣ матки, граница очень ясно выражена. Поверхность слизистой оболочки матки шереховатого бархатистаго характера; на задней стѣнкѣ матки, слѣва вверху, на вершинѣ и въ верхней части передней стѣнки замѣчаются болѣе рѣзкія неровности, указывающія, что въ этомъ мѣстѣ былъ прикрѣпленъ послѣдъ. Въ области измѣненнаго участка ткани, на поверхности слизистой оболочки замѣчается легкое углубленіе. Консистенція измѣненной ткани здѣсь очень мягка; на периферіи мѣстами замѣчается секвестрація измѣненной ткани. Поперечникъ, со стороны поверхности слизистой оболочки, меньше, при чемъ пораженный участокъ и здѣсь сохраняетъ почти круглую форму. Весь измѣненный кусокъ ткани соотвѣтствуетъ по своему виду усѣченному конусу, основаніе котораго обращено къ брюшинной поверхности матки. На разрѣзѣ видны зіяющіе просвѣты большихъ сосудовъ.

Мы имѣемъ несомнѣнно въ нашемъ случаѣ дѣло съ процессомъ который съ патолого-анатомической стороны определяется какъ *Necrosis uteri partialis* или *metritis dissecans*.

Уже въ 1871 г. *К. Ф. Славянский* установилъ, что въ послѣродовомъ періодѣ могутъ отторгаться куски омертвѣвшей ткани матки. Но лишь *Сыромятниковъ* впервые въ 1879 году призналъ этотъ процессъ, какъ самостоятельную форму болѣзни и назвалъ его *Metritis dissecans*. За работой *Сыромятникова* послѣдовали сообщенія аналогичныхъ случаевъ изъ Америки *Garrigues'омъ*, у насъ *Исполатовской*, *Грамматиками*, *Воробьевымъ*, *Шренкомъ* и др. Изъ Германіи *Höchstebach'омъ*, (*Kehrer*) *Gebhard'омъ* и *Ruge*.

Слѣдующая таблица содержитъ въ хронологическомъ порядкѣ имена авторовъ и опубликованные ими случаи.

Какъ изъ нижеслѣдующей таблицы видно, число до сихъ поръ извѣстныхъ случаевъ *metritis dissecans* очень незначительно. Если и допустить, что не всѣ наблюдаемые случаи опубликованы, то всежъ приведенныя числа доказываютъ, что *metritis dissecans* принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ.

Занимающій насъ болѣзненный процессъ до сихъ поръ наблюдался исключительно въ послѣродовомъ періодѣ.

Послѣ того какъ, въ теченіи продолжительнаго времени, повышенія температуры, измѣненныя выдѣленія etc. давали указаніе на заболѣваніе эндометрія, дѣло доходитъ въ среднемъ въ теченіе третьей недѣли, до отторженія кусковъ ткани. Послѣ удаленія омертвѣвшаго участка ткани, всѣ угрожающія явленія исчезаютъ или тотчасъ-же, или короткое время спустя и больныя вскорѣ поправляются. Только въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ поражена и брюшина, теченіе не всегда бываетъ такое благопріятное, тогда по большей части септический перитонитъ влечетъ за собою быстрый *exitus letalis*.

Величина и форма отторгнутыхъ участковъ показываетъ большія колебанія. Такъ какъ секвестрація этихъ кусковъ большею частью, происходитъ внутри стѣнки матки въ области прикрѣпленія послѣда, то преобладаютъ продольные размѣры, а размѣры въ ширину и толщину отступаютъ на задній планъ. Относительно рѣдко поражается мускулатура матки во всей своей толщинѣ одновременно съ покрывающимъ ее брюшиннымъ покровомъ, или процессъ захватываетъ матку *in toto*. Въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло по большей части съ

АВТОРЫ И ИСТОЧНИКИ.	Оперативная помощь.										Отожд. русск. на ? день и. род.	Взаимоповздо.	Умерло.	Число случаев.
	Primipara.	Multipara.	Преждеврем.	Срочные.	Одноплодные.	Двойни.	Нормальные.	Патологические.	Оперативная помощь.	Отожд. русск. на ? день и. род.				
Славянский. Мед. отч. С.-Петербур. род. Завед., 1870—71	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	1	1
Сироматников. Arch. f. Gyn., Bd. 18. Врач., 1880	1	—	1	—	1	—	1	—	—	14	1	—	—	2
Garrigues New York, Med. Journ. 1882. Bd. 36. Arch. of Med. 1883	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	21	1	—	—
	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
	1	—	—	1	1	—	—	—	Forceps.	44	1	—	—	—
	—	1	—	1	1	—	—	—	Forceps.	18	1	—	—	—
	—	—	—	1	1	—	—	—	Отделение послѣда.	17	1	—	—	6
	1	—	—	1	1	—	1	—	—	28	1	—	—	—
	—	1	—	1	1	—	1	—	—	47	1	—	—	—
Испоматовская. Врач., 1884	1	—	—	1	1	—	—	1	Perforatis.	28	1	—	—	1
Грамматикати. Рус. Медицина 1885.	1	—	—	1	1	—	—	1	Forceps.	12	—	—	1	1
Höchstentbach (Kehrer). Arch. f. Gyn. Bd. 37	1	—	—	1	1	—	—	1	Forceps.	27	—	—	1	1
Dobbert. St. Petersb. Med. Wochens. 1890	—	1	—	1	1	—	1	—	—	28	1	—	—	2
	—	1	—	1	1	—	1	—	—	16	1	—	—	—

	10	8	4	23	25	2	14	13	ср. ч. 22	19	8	28
<i>Garrigues. Arch. f. Gyn. Bd. 38</i>	—	1	—	1	1	1	—	1	—	1	—	2
<i>Gelhard. Bericht d. Ges. f. Geb. u. Gyn. z. Berlin. 1891. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22</i>	1	—	—	1	1	1	—	1	—	20 36	1	—
<i>Ruge. Ibidem</i>	—	—	—	1	1	1	—	1	—	20	1	1
<i>Воробьева. Протоколъ врач. сов. въ Обуховск. бол. Больничная газета Боткина, 1892</i>	—	1	1	—	1	1	—	1	—	14	1	1
<i>v. Schrenck. Protocolle d. livländ. Aertztes. St. Pet. Med. Wochensch. 1894</i>	1	—	—	1	1	1	—	1	—	24	—	1
<i>Вайнштейн. Протоколъ 9 засѣд. Ак.-Гин. Общ. въ Спб., Журн. Акуш. и Женск. бол., 1897</i>	—	—	—	1	1	1	—	1	—	20 9	1	2
<i>Бекманъ. Ibidem</i>	—	—	—	1	1	1	—	1	—	21 15 27	1 1 1	— — 5
<i>Добертъ</i>	—	1	1	—	1	1	—	1	—	21 19 21	— — —	— — —
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	1

круглыми какъ бы выбитыми каленнымъ желѣзомъ кусками; въ послѣднемъ случаѣ—съ мѣшкособразными, представляющими какъ бы полный слѣпокъ матки, образованіями. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ наблюдалось полное отдѣленіе кусковъ ткани, такъ что послѣдніе или произвольно отторгались изъ матки, или-же, послѣ того какъ ихъ присутствіе въ полости матки было установлено, были удалены помощью инструментовъ. Только въ двухъ случаяхъ, въ случаѣ *Грамматикати* и нашемъ, дѣло не дошло до полного секвестрированія ткани, имѣлась еще болѣе или менѣе тѣсная связь между патологически измѣненной тканью и остальной стѣнкой матки.

Возникновеніе этого патологическаго процесса сильнѣйшимъ образомъ занимало изслѣдователей. Прежде однако, чѣмъ я перейду къ этой весьма интересной сторонѣ вопроса, я позволю себѣ сдѣлать нѣсколько замѣчаній относительно самой номенклатуры этого заболѣванія.

Какъ уже упомянуто, *Сыромятниковъ* первый обозначилъ этотъ процессъ, какъ *metritis dissecans*. *Garrigues*, который опубликовалъ свой первый случай подъ именемъ *metritis exfoliativa*, описалъ въ послѣдствіи свои случаи какъ «*Dissecting Metritis*». Остальные авторы также приняли эту номенклатуру *Сыромятникова*. Только *Грамматикати*, который на основаніи своихъ изслѣдованій нашелъ этотъ процессъ однозначнымъ съ некрозомъ ткани, отвергаетъ это названіе и предлагаетъ замѣнить его обозначеніемъ *Necrosis uteri partialis*.

Не слѣдуетъ забывать, что всѣ авторы, кромѣ *Грамматикати*, сообщаютъ о полномъ отторженіи болѣе или менѣе измѣненныхъ участкахъ ткани. Въ случаѣ-же *Грамматикати* патологически измѣненная ткань оказалась еще въ связи съ окружающею тканью. Если во всѣхъ этихъ случаяхъ, по всей вѣроятности, въ основѣ лежатъ одни и тѣ же патологическіе процессы, вслѣдствіе которыхъ наступаетъ омертвѣніе, то все-жъ, при полномъ отторженіи омертвѣвшаго участка ткани, на сцену выступаетъ реакція со стороны не лишенной своихъ функций ткани по отношенію къ омертвѣвшему участку. Эта реакція заслуживаетъ какого либо отпуска въ номенклатурѣ болѣзни. Поэтому для случаевъ омертвѣвшаго участка ткани, я считалъ бы обозначеніе *Metritis dissecans* вполне подходя-

щимъ. Случаи, въ которыхъ не дошло еще до отторженія, которые другими словами слѣдуетъ разсматривать какъ предшествующую степень послѣдняго, могутъ, конечно, быть обозначены какъ *Necrosis partialis*.

Что касается этиологіи этого болѣзненнаго процесса, то объясненіе происхожденія его можно было-бы искать въ тяжеломъ теченіи родовъ или въ примѣненіи оперативнаго вмѣшательства. Приведенная таблица показываетъ однако, что *Metritis dissecans* не стоитъ ни въ какой связи съ патологіей родовъ. Она наблюдалась почти одинаково часто какъ послѣ патологическихъ, такъ и послѣ нормальныхъ родовъ. Въ трехъ случаяхъ дѣло шло даже о преждевременныхъ родахъ. Факторы чисто механическаго свойства, которые могутъ встрѣтиться во время родовъ, врядъ ли могутъ вызвать интересующее насъ страданіе во время послѣродового періода. Въ противномъ случаѣ намъ пришлось бы гораздо чаще наблюдать такіе процессы, нежели это бываетъ на дѣлѣ.

Мы должны искать поэтому причину въ патологическихъ процессахъ въ теченіе послѣродового періода. Но и здѣсь должны явиться на сцену какія либо исключительныя обстоятельства, благодаря которымъ послѣродовая инфекция выразится въ этой рѣдкой формѣ.

Отъ изслѣдованія отторженныхъ омертвѣвшихъ частей ткани,—не говоря уже о трудности и неточности, съ которою связано микроскопически-бактеріологическое изслѣдованіе такихъ кусковъ—едва-ли можно ожидать отвѣта относительно процессовъ, разыгрывающихся въ маткѣ. Наоборотъ случаи, подобные случаю *Грамматикати*, въ которыхъ подвергшійся омертвѣнію участокъ ткани оказался *in situ*, позволяютъ намъ установить происходящія въ организмѣ измѣненія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и причину страданія, предполагая, разумѣется, что найденныя данныя правильно истолкованы.

Я поэтому не буду вдаваться въ разсмотрѣніе данныхъ къ тому же немногочисленныхъ микроскопическихъ изслѣдованій другихъ авторовъ. Упомяну лишь, что, кромѣ различныхъ измѣненій мышечныхъ волоконъ, почти постоянно находили тромбозированные или выполненные распадомъ сосуды, а также многочисленныя колоніи коковъ. Результаты микроскопически-

бактеріологическихъ изслѣдованій *Грамматикати* вкратцѣ слѣдующіе:

Названный авторъ нашелъ въ области омертвѣвшаго участка ткани жировое перерожденіе мышечной ткани, которая пронизана многочисленными неправильно-очерченными просвѣтами. Эти просвѣты выполнены мелко-зернистыми массами. Мелко-клеточной инфильтраціи въ окружности не замѣчается. На срѣзахъ, которые относились къ тѣмъ участкамъ, гдѣ омертвѣвшая ткань отдѣлена отъ окружающихъ элементовъ неправильною демаркаціонною линіей, можно было уже микроскопически отличить два различныхъ тканевыхъ слоя. Одинъ — болѣе плотный, менѣе прозрачный, соответствующій менѣе измѣненной ткани матки, а другой — болѣе рыхлый, — прозрачный, содержащій многочисленныя просвѣты. Мѣстами существовало уже отдѣленіе обоихъ слоевъ другъ отъ друга. Подъ микроскопомъ можно было, на границѣ обоихъ тканевыхъ слоевъ, въ менѣе пораженныхъ участкахъ, замѣтить полосу, образованную многочисленными мелко-клеточными элементами. Мелко-клеточная инфильтрація переходитъ мѣстами непосредственно, мѣстами постепенно въ мышечную ткань; послѣдняя показываетъ знакомыя уже измѣненія при послѣродовыхъ процессахъ. На срѣзахъ, окрашенныхъ по *Gramm*'у, констатировано, что омертвѣвшій участокъ пронизанъ многочисленными шаровидными бактеріями. Послѣднія пронизываютъ въ большомъ количествѣ тромбы на внутренней поверхности матки въ области прикрѣпленія послѣда и распространяются по кровеноснымъ и лимфатическимъ сосудамъ, набиваясь большими кучами въ просвѣтъ сосудовъ. Бактеріи располагаются то попарно въ формѣ диплококковъ, то образуютъ цѣпи изъ 4—6 звеньевъ. Между тѣмъ, какъ въ омертвѣвшемъ участкѣ кокки встрѣчаются повсюду, ихъ нельзя отыскать въ окружающей нормальной ткани. Данные *Грамматикати* въ общихъ чертахъ вполнѣ совпадаютъ съ найденными нами. На срѣзахъ изъ моихъ препаратовъ, которые были окрашены квасцовымъ гѣматоксилиномъ, можно уже было при макроскопическомъ изслѣдованіи различить участокъ ткани, который очень плохо поддавался окраскѣ и представлялся почти бѣлымъ, — и другой участокъ, хорошо окрашенный въ синій оттѣнокъ. Оба различно-окра-

шенные участка ткани разграничивались извилисто-идущей полосой, толщиной въ нѣсколько мм., и окрашенной въ темно-синій цвѣтъ. Подъ микроскопомъ обнаружилось, что плохо-окрашиваемая ткань состояла изъ значительно-измѣненныхъ мышечныхъ элементовъ. Измѣненіе ткани было не во всѣхъ отдѣлахъ въ одинаковой мѣрѣ выражено. Вблизи брюшинной поверхности оно значительно меньше; здѣсь встрѣчаются еще мышечныя волокна съ ясно-замѣтнымъ ядромъ, или волокна слабо-окрашенные, въ которыхъ замѣчаются темнѣе окрашенные тѣльца, — остатки мышечныхъ ядръ. Чѣмъ далѣе удаляются отъ поверхности, тѣмъ распадъ выступаетъ ярче. Наконецъ вблизи поверхности слизистой оболочки распадъ достигаетъ такихъ размѣровъ, что точная дифференцировка отдѣльныхъ элементовъ дѣлается невозможною и получается впечатлѣніе, какъ-бы гомогенной мелко-зернистой массы. Различіе въ стадіяхъ распада проявляется не только въ направленіи отъ слизистой оболочки къ брюшинной поверхности, но въ такой-же мѣрѣ можетъ быть прослѣжено въ направленіи перпендикулярныхъ къ первому, а именно отъ центра къ периферіи омертвѣвшаго участка ткани. Въ общемъ господствуетъ волокончатое распредѣленіе тканевыхъ элементовъ. Въ весьма неправильномъ распредѣленіи встрѣчаются далѣе въ плохо-окрашенномъ участкѣ ткани овальныя, продолговатыя, дихотомически-развѣтвляющіеся образованія, которыя энергичнѣе воспринимаютъ красящее вещество, нежели окружающая ихъ ткань. Наиболѣе рѣзко ограничены и сильно окрашены эти образованія въ периферическихъ отдѣлахъ куска. По направленію къ центру, они все болѣе и болѣе блѣднѣютъ и менѣе ясно отличаются отъ окружающей ткани. Въ концѣ концовъ они совершенно пропадаютъ, а взамѣнъ ихъ появляются неправильно-ограниченныя пустоты въ ткани, въ которыхъ тамъ и сямъ замѣчаются распадныя массы. Зіяющіе просвѣты сосудовъ наблюдаются лишь въ видѣ исключеній. По преимуществу круглая или овальная форма названныхъ сильнѣе окрашенныхъ образованій и развѣтвляемость ихъ съ самаго начала дѣлали вѣроятнымъ, что предъ нами продольные или поперечные разрѣзы сосудовъ (см. рис.). При болѣе точномъ изслѣдованіи дѣйствительно и оказалось, что это

были просвѣты сосудовъ, заполненные мелко-зернистой массой. Циркулярно расположенныхъ мышечныхъ или соединительно-тканныхъ элементовъ, которые давали-бы указанія на сосудистую стѣнку, почти никогда нельзя было констатировать. Послѣ долгихъ поисковъ удавалось лишь на самой границѣ нѣкоторыхъ изъ этихъ образований найти эндотеліи, а въ содержимомъ кромѣ мелко-зернистой массы распознать и кровяныя тѣльца. И такъ мы имѣемъ дѣло съ тонко-стѣнными, ограниченными лишь одной эндотеліальной каймой кровеносными сосудами.

Отъ остальной ткани матки омертвѣвшій участокъ отдѣленъ болѣе или менѣе широкой полосой мелкоклѣточно-инфильтрированной ткани, проходящей черезъ всю толщѣ стѣнки матки. Полоса эта очень энергично воспринимаетъ красящее вещество и переходитъ постепенно въ нормальную или мало измѣненную ткань матки. Самая ткань матки очень богата сосудами большаго калибра и капиллярами, просвѣты которыхъ зіяютъ и лишь изрѣдка содержатъ большое количество кровяныхъ тѣлецъ.

Для бактеріологическаго изслѣдованія были взяты срѣзы съ нѣкоторыхъ тотчасъ послѣ вскрытія положенныхъ въ абсолютный алкоголь кусковъ и по *Gramm*'у окрашенныхъ. При изслѣдованіи такихъ срѣзовъ оказалось, что бактеріи находятся лишь въ омертвѣвшемъ участкѣ ткани въ большомъ количествѣ. Въ томъ же отдѣлѣ ткани, который образуетъ демаркаціонную линію, и въ остальной части мускулатуры бактеріи не встрѣчаются. И для этого изслѣдованія оказались болѣе пригодными тѣ участки ткани, которые были расположены близъ демаркаціонной линіи или брюшинной поверхности. Здѣсь микроорганизмы были распределены не равномерно въ ткани, а ихъ присутствіе находилось въ прямой связи съ сосудами. Каждый изъ вышеописанныхъ выполненныхъ мелко-зернистыми массами просвѣтовъ сосудовъ содержалъ громадное количество стрептококковъ въ чистой культурѣ. Тщетно искалъ я здѣсь въ окрестности сосудовъ цѣпочекъ кокковъ. Чѣмъ дальше удаляются отъ периферіи, тѣмъ менѣе присутствіе колоніи кокковъ зависитъ отъ сосудовъ. Изъ рѣзко ограниченныхъ скопленій кокковъ проникаютъ въ окружающую ткань сперва единичные, а затѣмъ многочисленные цѣпочки стрептококковъ. Въ концѣ

концовъ ткань во всѣхъ направленіяхъ прорастаетъ послѣдними.

Какимъ же образомъ происходитъ это омертвѣніе и какую роль играютъ при этомъ микроорганизмы?

P. Dittrich, которому мы обязаны наиболѣе точными изслѣдованіями «о состояніи мускулатуры послѣродовой матки при патологическихъ условіяхъ» (*Zeitschrift f. Heilkunde* Bd. X) нашелъ, что при послѣродовыхъ инфекціонныхъ процессахъ постоянно гибнетъ то большая то меньшая часть мускулатуры матки. Согласно недопускающимъ никакого упрека препаратамъ *Dittrich*'а при распадѣ мускулатуры играетъ гораздо большую роль чѣмъ жировое перерожденіе—гіалиновое перерожденіе отдѣльныхъ мышечныхъ волоконъ и совершенно своеобразный некротическій распадъ мускулатуры матки. «Распределение этихъ массъ распада въ ткани матки было довольно правильное, именно, въ томъ отношеніи, что они, хотя наблюдались во всѣхъ слояхъ мускулатуры матки, встрѣчались однако наиболѣе обильно въ среднихъ слояхъ стѣнки матки. И даже здѣсь ихъ распределение было въ извѣстномъ отношеніи равномерное, такъ какъ эти продукты распада мышечныхъ волоконъ были расположены исключительно въ непосредственной близости большихъ сосудовъ, прежде всего артерій, причемъ послѣднія обыкновенно обнаруживали распадъ своей мышечной оболочки». *Dittrich* того мнѣнія, что омертвѣніе мышечныхъ волоконъ обусловлено токсическими веществами микрококковъ, которые встрѣчались въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ.

И въ нашемъ случаѣ, повидимому, приходится далеко не маловажную роль приписать бактеріямъ или продуктамъ ихъ обмѣна.

Менѣе сильный распадъ перифиріи омертвѣвшаго участка указываетъ, что не весь участокъ сразу поражается, а что некрозъ, исходя изъ одного пункта постепенно распространился далѣе. Отношеніе сосудовъ также говоритъ за это предположеніе. О проростаніи ткани бактеріями и обусловленномъ этимъ омертвѣніи, какъ это полагаетъ *Грамматикати*, едва ли можетъ идти рѣчь. Вѣдь распадъ мышечныхъ волоконъ можно было констатировать и въ тѣхъ отдѣлахъ, гдѣ бактеріи

не были еще разсѣяны въ ткани, а ограничивались лишь просвѣтомъ сосудовъ. Далѣе нигдѣ нельзя замѣтить реакціи ткани относительно кокковъ, распространяющихся изъ сосудовъ въ окружающую ткань. Это обстоятельство можетъ быть объяснено лишь тѣмъ, что ткань не обладаетъ уже болѣе способностью реагировать, другими словами находится уже въ распадѣ.

Опираясь на свои изслѣдованія, я полагаю, что можно дать слѣдующее объясненіе происхожденію подобныхъ частичныхъ омертвѣній мускулатуры матки.

Одна изъ пазухъ на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, въ которыхъ нормально всегда образуются тромбы, заражается стрептококками. Тромбозъ идетъ далѣе, переходитъ на малые вливающиеся въ пазуху сосуды. Продукты обмѣна быстро развивающихся благодаря благоприятной питательной средѣ кокковъ влекутъ за собою общую интоксикацію организма и мѣстный некрозъ мускулатуры въ окружности тромба. Частію благодаря омертвѣнію, частію путемъ наслоенія тромбозъ сосудовъ распространяется далѣе и ведетъ за собою некрозъ мускулатуры и проростаніе тканей кокками. Распространенію процесса ставится преграда если участокъ ткани, вслѣдствіе болѣе благоприятныхъ условій кровообращенія и обусловленнаго этимъ лучшаго питанія ткани, оказываетъ большее сопротивленіе наступающему непріятелю, или же если вирулентность бактерий стала меньше. Реакція здоровой ткани по отношенію къ омертвѣвшей выражается въ мелкоклѣточной инфильтраціи, которая образуетъ какъ бы оборонительный валъ противъ врага; при помощи ея же происходитъ постепенное отдѣленіе и окончательное отвлрженіе омертвѣвшаго участка ткани. Отъ болѣе или менѣе энергичной секвестраціи или большей или меньшей вирулентности кокковъ будетъ зависѣть, представитъ ли отторгнутый участокъ ткани уже полнѣйшій распадъ, или же въ немъ можно будетъ найти опредѣлимые тканевые элементы. Случаи мѣстной стрептококковой инфекціи, вродѣ случая *Грамматикати* и вышеописаннаго, въ которыхъ смерть послѣдовала еще до полнаго отторженія омертвѣвшаго участка ткани, носятъ, по моему мнѣнію исключительный характеръ.

Списокъ произведенныхъ гинекологическихъ операций.

Abrasio mucosae uteri	74
Amputatio port. vaginalis	3
Coeliotomia abdominalis	13
Coeliotomia vaginalis posterior	3
Colporrhaphia anterior	7
Colporrhaphia posterior	4
Colpotomia posterior	8
Excochleatio	6
Exstirpatio	10
Hysterectomy vaginalis	5
Incisiones	11
Perineoplastica	7
Vaginistinctura (<i>Freund</i>)	2

153

Несоответственно велико число произведенныхъ выскабливаній матки. Поводомъ къ этому незначительному оперативному вмѣшательству въ меншинствѣ послужили случаи эндометрита. Подавляющее большинство падаетъ на неполный выкидышъ. Изъ 57 больныхъ поступившихъ съ неполнымъ выкидышемъ, 44 были подвергнуты выскабливанію. Я уже ранѣе (Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1894 г.) высказался за активное лѣченіе неполныхъ выкидышей, и полученные въ теченіе послѣднихъ лѣтъ результаты говорятъ въ пользу этого метода лѣченія.

Изъ 44 случаевъ, гдѣ были выскоблены неполные выкидыши, 6 явились въ больницу съ повышенной температурой. Послѣ выскабливанія наблюдалась:

въ 36 случаяхъ	нормальная температура.
» 3 »	температура до 38°.
» 5 »	повышенія температуры за 38°.

Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ 2 больныя лихорадили нѣсколько дней подрядъ, но объясненіе этой лихорадки нашлось въ одномъ случаѣ, въ *Angina follicularis*, а въ другомъ—въ остромъ желудочно-кишечномъ катаррѣ.

Изъ случаевъ, помѣченныхъ подъ рубрикой разрывовъ, (*incisiones*) одинъ, въ которомъ имѣлось *нагноеніе лоннаго сращения*, заслуживаетъ краткаго упоминанія.

20-лѣтняя М. Т. (Скорб. Л. № 5916) родила 12 декабря 1895 г., во второй разъ, при содѣйствіи простой бабки, на

дому. Встала на пятый день послѣродового періода, но вскорѣ затѣмъ слегла опять вслѣдствіе сильныхъ болей въ крестцѣ, внизу живота и въ пахахъ. При приѣмѣ въ больницу 24/xi ясно выраженного послѣродового эндометрита нельзя было констатировать. Матка была въ хорошемъ обратномъ развитіи зѣвъ закрытъ, влагалищные своды свободны. Незначительное выдѣленіе слегка кровянистаго характера, безъ запаха. Больная жаловалась на очень сильныя боли въ костяхъ таза; боли отдавались въ бедра и всего сильнѣе чувствовались въ обѣихъ паховыхъ областяхъ. Вначалѣ при незначительной, а впослѣдствіи при болѣе сильной лихорадкѣ постепенно развился въ области лоннаго сращенія гнойникъ, достигшій значительныхъ размѣровъ, благодаря отказу больной отъ оперативнаго вмѣшательства. Верхняя граница гнойника находилась приблизительно посерединѣ, между пупкомъ и лоннымъ сращеніемъ; правая большая губа представляла опухоль, величиною съ кулакъ, и передній влагалищный сводъ значительно вышачивался. 3/ii гнойникъ былъ широко вскрытъ двумя разрѣзами, изъ которыхъ одинъ шелъ вдоль правой большой губы, а другой по бѣлой линіи, выше лоннаго сращенія. Выдѣлилось значительное количество вонючаго гноя, причемъ оказалось, что лонное сращеніе разрушено нагноеніемъ и представляетъ расхождение на 3—4 сант. костныхъ концовъ, лишенныхъ на значительномъ протяженіи надкостницы. При обильномъ отдѣленіи гноя и временныхъ лихорадочныхъ приступахъ, въ дальнѣйшемъ теченіи выдѣлялись незначительные костные секвестры, а затѣмъ рана постепенно стала закрываться. На мѣстѣ хряща образовалась плотная соединительнотканная спайка тазовыхъ костей, благодаря которой больная могла совершенно свободно дѣйствовать нижними конечностями. 24/iv больная выписалась изъ больницы излѣченной.

Успѣхи въ области оперативной гинекологіи вызвали за послѣдніе годы къ жизни цѣлый рядъ новыхъ операцій и въ достаточной мѣрѣ доказали, что при помощи анти-или асептического способа, можно безнаказанно подвергать женскій организмъ самымъ серьезнымъ оперативнымъ вмѣшательствамъ. Въ настоящій моментъ возникаетъ въ томъ отношеніи извѣст-

ная реакція, что со всѣхъ сторонъ указываютъ на необходимость болѣе точной установки показаній къ уже имѣющимся разнообразнымъ оперативнымъ вмѣшательствамъ, причемъ изобрѣтеніе новыхъ операций отодвигаютъ на второй планъ.

Болѣе всего нуждаются въ точной установкѣ показаній разнообразныя оперативныя вмѣшательства при пораженіяхъ придатковъ матки и брюшнаго покрова таза.

Само собою разумѣется, что не нашей задачей можетъ быть полный критическій разборъ различныхъ относящихся сюда оперативныхъ способовъ. Я скорѣе желалъ бы обратить вниманіе товарищей лишь на нѣкоторые оперативные методы, относительно которыхъ у меня имѣется личный опытъ, и при этомъ ближе разсмотрѣть тѣ моменты, которые руководили мною при оперативномъ вмѣшательствѣ.

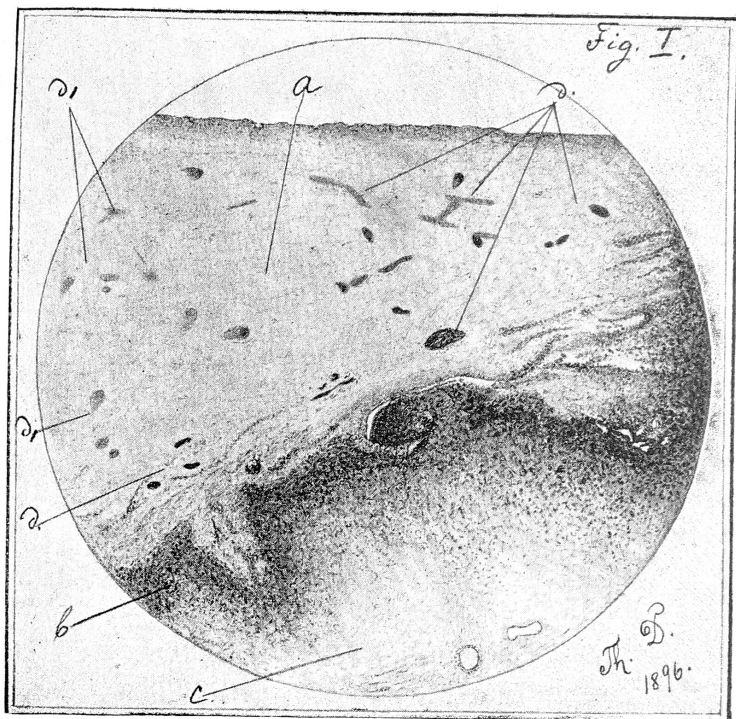
Рѣшающее значеніе всегда имѣеть для меня принципъ дѣйствовать строго индивидуализируя и по возможности консервативно; индивидуализирую я и по отношенію къ соціальному положенію больныхъ. Именно при воспалительныхъ пораженіяхъ женскихъ половыхъ органовъ является существенно важнымъ проводить грань между женщинами достаточныхъ классовъ и тѣми, которыя вынуждены снискивать себѣ пропитаніе тяжелымъ физическимъ трудомъ. Между тѣмъ какъ женщинамъ первой категоріи можно довольно часто доставить болѣе или менѣе сносное существованіе, при помощи медикаментозныхъ и паліативныхъ мѣръ, пребыванія въ курортахъ и т. д., у лицъ второй категоріи оперативное пособіе необходимо, чтобы вообще сдѣлать возможнымъ для нихъ зачастую далеко незавидное существованіе. Въ виду этихъ основаній, я не могу раздѣлять точки зрѣнія нѣкоторыхъ гинекологовъ, рассматривающихъ воспалительныя заболѣванія придатковъ, какъ *poli tangere* въ оперативномъ смыслѣ. Къ сожалѣнію только относительно незначительная часть этихъ страдалицъ можетъ надѣяться на полное излѣченіе или на значительное улучшеніе. Это обстоятельство не лишаетъ однако права гражданства дальнѣйшей работы въ этомъ направленіи, тѣмъ болѣе, что усовершенствованіе техники и соотвѣтственный выборъ оперативныхъ способовъ могутъ увеличить число успѣшныхъ случаевъ въ довольно значительной мѣрѣ.

Изъ влагалищныхъ оперативныхъ методовъ я упомяну прежде всего.

I. *Colpotomia posterior*.

Я примѣняю ее съ 1892 г., какъ при гнойникахъ таза и яичниковъ, такъ и при нагноеніяхъ трубъ, по предварительномъ установленіи гнойнаго содержимаго посредствомъ пробной пункции.

Пробная пункция, которая въ прежніе года получила можеть быть слишкомъ широкое распространеніе, постепенно совершенно потеряла кредитъ. А. Landau (Ueber Tubensäcke. Arch. f. Gyn., Bd. XL, 1891) сколько мнѣ извѣстно, первый вновь ввелъ методическое примѣненіе этого способа. При пельвеоперитонитахъ, которые совершенно выполняютъ Дугласово пространство и далеко выпячиваютъ задній влагалищный сводъ, пункция, конечно, является излишней. Здѣсь можно помощью прямого ощупыванія получить ощущеніе зыбленія и соотвѣственно этому вскрыть гнойникъ. При вышележащихъ гнойникахъ ощупываніе не всегда даетъ достаточныя указанія на присутствіе гноя. Въ такихъ случаяхъ пункция служитъ не только діагностическимъ вспомогательнымъ средствомъ, но при извѣстныхъ условіяхъ имѣетъ значеніе для самаго разрѣза. Послѣдній я произвожу впрочемъ не вполне по указанному Landau способу, а при помощи зеркала. Для прокола я пользуюсь обыкновеннымъ шприцемъ, емкостью въ 3—4 грамма, съ хорошо замыкающимъ поршнемъ и съ неособенно тонкой иглой, длинною въ 10 сант. Проколъ производится безъ зеркала по введенному во влагалище пальцу, при чемъ рука ассистента, давленіемъ на брюшныя покровы, слегка подвигаетъ опухоль. Если при проколѣ получается гной, то разрѣзъ слѣдуетъ немедленно. Или-же на другой день, послѣ вторичнаго прокола, въ старательно дезинфицированное влагалище вводится зеркало и въ немъ по иглѣ въ гнойникъ вкалывается острый скальпель. Когда гнойникъ вскрытъ, въ отверстіе вводится корнцангъ и разведеніемъ его концовъ тупо расширяется отверстіе, настолько, чтобы палецъ могъ свободно войти въ полость гнойника. Затѣмъ вводятъ полоску іодоформенной марли, которая нѣсколько дней спустя замѣняется резиновымъ дренажемъ. Если дѣло идетъ о тазовомъ гнойникѣ, то отверстіе, величиною съ



Объяснение рисунка I.

(Zeiss. Obj. A. Oc. 2).

- а) Перерожденная мышечная ткань.
- б) Пояс инфильтрованной ткани.
- с) Ясно обозначенная, мало измененная мышечная ткань.
- д) Просветы сосудов наполненных стрептококками.
- е) Просветы менее ясно ограниченных сосудов съ распространением микроорганизмовъ въ мышечной ткани.

палецъ, вполне достаточно, въ виду того, что гнойная полость удивительно быстро уменьшается. При наличности нѣсколькихъ гнойниковъ, я ограничиваюсь вскрытіемъ болѣе значительнаго гнойнаго фокуса. По прошествіи нѣсколькихъ дней остальные скопленія гноя по большей части значительно опускаются и тогда гораздо легче могутъ быть вскрыты пальцемъ или корнцангомъ. Промываніе вскрытой полости въ первые дни я бы не совѣтовалъ, лишь въ послѣдствіи можно вызвать промываніемъ медикаментозными растворами болѣе энергичное раздраженіе, и какъ результатъ, образованіе лучшихъ грануляцій. При мѣшеччатыхъ трубахъ и оваріальныхъ гнойникахъ такое маленькое отверстіе недостаточно для полного заживленія. Здѣсь я увеличиваю разрѣзъ до ширины двухъ пальцевъ и тампонирую всю полость возможно долго и полно.

При проколѣ, который я какъ сказано, произвожу при всякомъ подозрѣніи на скопленіе жидкости въ тазу, будь послѣднее гнойнаго, серознаго или кровянистаго характера, я ни разу не получалъ дурныхъ послѣдствій. Нерѣдко первый проколъ остается безъ результатовъ, въ случаѣ, если жидкость была очень густа, а игла шприца слишкомъ тонка. По большей части, однако, при послѣдующихъ проколахъ удается получить положительные результаты. Разумѣется проколъ нужно производить съ требуемыми предосторожностями и только въ заднемъ владалищномъ сводѣ, такъ какъ иначе легко поранить маточныя артеріи или пузырь. Эффектъ разрѣза обыкновенно бросается въ глаза. Больныя чувствуютъ себя обыкновенно гораздо лучше, боли почти совершенно исчезаютъ и лихорадка падаетъ или немедленно, или въ послѣдующіе два, три дня. Если больныя продолжаютъ лихорадить, то слѣдуетъ искать другой гнойный фокусъ.

Конечные результаты вполне удовлетворительны. Едва-ли можно сомнѣваться, что тазовые гнойники, послѣ вскрытія и дренажа въ соответствующемъ мѣстѣ, не дающаго скопляться отдѣляемому, хорошо заживаютъ, тѣмъ болѣе, что аналогичныя явленія въ хирургіи представляютъ совершенно обыденные факты. Мѣшеччатые трубы и нагноившіяся оваріальныя кисты можно также излѣчить тѣмъ-же путемъ. Въ послѣднихъ случаяхъ, конечно, проходитъ много времени, пока разрастаю-

щіися со всѣхъ сторонъ хорошія грануляціи выполнять постепенно полость. Въ этихъ случаяхъ главное вниманіе должно быть обращено на отверстіе разрѣза, которое обладаетъ большою склонностью къ уменьшенію. Во избѣжаніе рецидивовъ, приходится нерѣдко расширять повторно отверстіе. Кромѣ благоприятныхъ результатовъ, о которыхъ сообщаютъ *Landau*, *Rodriguez* ⁴⁾, *Bonnardièrre* ⁵⁾ и др., видно изъ отчета гинекологическаго отдѣленія Обуховской больницы, что и здѣсь въ Петербургѣ д-ръ *Василенъ* ⁶⁾ дѣйствуетъ подобнымъ же образомъ при тазовыхъ гнойникахъ и также очень доволенъ полученными результатами.

Условіемъ для *colpotomia posterior* является прилеганіе опухоли, хотя-бы незначительною своею частью, къ заднему влагалищному своду, или доступность ея со стороны послѣдняго.

Въ теченіе 1896 г. *colpotomia posterior* была произведена 8 разъ. 1 разъ при *haematocoele retrouterina*, 1 разъ при нагноившейся оваріальной кистѣ, 3 раза при *pelveoperitonitis purulenta*, 1 разъ при *sactosalpinx sinistra purulenta* и 2 раза при гнойникахъ яичниковъ.

Больныя всѣ были выписаны излѣченными.

II. *Coeliotomia vaginalis*. Эту операцію впервые произвелъ въ 1857 г. *W. Atlee*, по увѣренію *Goodell*'я, чтобы удалить яичники (ср. *Тупяковъ*. Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. Врачъ, 1892, № 38). Этимъ же путемъ для удаленія оваріальныхъ кистъ воспользовались *Thomas*, *Gilmore*, *Davis*, *Battey* и др.

Собранныя *Mignon*'омъ (Thèse de Paris 1878) 113 кольпотомій съ 73 излѣченіями произведены по большей части въ то время, когда оперативная техника была еще мало развита и объ антисептикѣ не могло быть рѣчи. Съ введеніемъ антисептики лапаротомія начала свое побѣдное шествіе и нѣкоторое время занимала такое первенствующее положеніе, что конкуренція съ нею какихъ либо другихъ оперативныхъ методовъ была совершенно исключена. Послѣ того, какъ перво-

⁴⁾ Arch. de Tocol. et de Gynécol. 1895.

⁵⁾ Annal. de Gyn. et d'Obstétr. 1896.

⁶⁾ Протоколы зас. Ак.-Гин. Общ. въ Спб. Журн. Акуш. и Женск. бол., 1896, Декабрь.

начальный энтузіазмъ уступилъ мѣсто болѣе хладнокровному обсужденію вопроса. въ новѣйшее время стали снова обращать вниманіе на влагалищные методы.

Богатый опытъ и усовершенствованная, благодаря многимъ вагинофиксаціямъ, техника, вѣроятно, много способствовали тому, что *Dührssen* (1894) предложилъ свое влагалищное чрезвѣщеніе. Своимъ предложеніемъ онъ первый въ Германіи открылъ походы противъ лапаротоміи при заболѣваніяхъ придатковъ матки невоспалительнаго характера. Руководимый подобною же цѣлью—по возможности избѣгать невыгодныхъ сторонъ цѣлѣотоміи, не отказываясь совершенно отъ выгодныхъ—*Львовъ* напечаталъ въ 1892 г. работу (удаленіе кистъ яичниковъ и придатковъ матки черезъ влагалище. Врачъ, 1892 № 11), въ которой онъ, опираясь на 9 случаевъ, рекомендуетъ вскрытіе задняго влагалищнаго свода для удаленія не только оваріальныхъ кистъ и мѣшеччатыхъ трубъ, но и воспалительно-измѣненныхъ придатковъ. Въ 1896 г. *Mackenrodt* (Volkmann's Samml. klin. Vorträge Neue Folge № 156) предложилъ тотъ же самый методъ съ нѣкоторыми модификаціями, не упоминая при этомъ о *Львовѣ*, и назвалъ эту операцію *Coeliotomia vaginalis posterior*. Въ новѣйшее время *Boisleux* (Volkmann's Klin. Vorträge, Neue Folge, № 167) высказывается за разрѣзъ въ сагитальномъ направленіи въ заднемъ влагалищномъ сводѣ. Такую операцію онъ уже произвелъ въ 1892 г. и описалъ подъ именемъ «*interligamentaire Elytrotomie*».

Мы располагаемъ слѣдовательно нѣсколькими способами, которые имѣютъ въ виду значительно сѣзуть показанія къ *Coeliotomia abdominalis*. Чтобы это однако въ дѣйствительности съ успѣхомъ имѣло мѣсто, должны быть прежде всего точно установлены показанія каждой изъ конкурирующихъ влагалищныхъ операцій, чего далеко еще нѣтъ. Тѣ же самыя показанія, которыя *Dührssen* устанавливаетъ для передней *Coeliotomia vaginalis*, *Mackenrodt* и др. авторы ставятъ для задней.

Исторія медицины учитъ, что иная хирургическая или гинекологическая операція, въ рукахъ того или другого оператора, давала блестящіе результаты и все-жъ не становилась

общимъ достояніемъ врачей. Причиной здѣсь было то, что лишь изумительная индивидуальная техника могла одна только побѣдить тѣ трудности, которыя создавались вслѣдствіе недостаточнаго пониманія анатомическихъ соотношеній.

Если принять въ расчетъ положеніе подлежащихъ удаленію органовъ, то для большинства случаевъ задній влагалищный разрѣзъ представляется анатомически правильнымъ. И въ техническомъ отношеніи при вскрытіи брюшиннаго пространства чрезъ задній влагалищный сводъ, оператору представляются меньшія затрудненія нежели при переднемъ влагалищномъ разрѣзѣ. Безъ всякой, часто не совсѣмъ легкой предварительной операціи, — какъ это необходимо при *Coeliotomia vaginalis anterior*, — брюшная полость тотчасъ-же вскрывается чрезъ задній влагалищный разрѣзъ и изслѣдующему пальцу дѣлаются доступными задняя поверхность матки, яичники и трубы. Если, при введеніи двухъ пальцевъ въ полость брюшины, примѣнить комбинированное изслѣдованіе, какъ его рекомендуетъ *Mackenrodt*, то просто изумляешься той ясности, съ которой прощупываются отдѣльные органы и констатируется измѣненіе въ нихъ. Въ цѣляхъ лучшаго ориентированія, существенно важно прежде всего найти дно матки, и затѣмъ уже, идя далѣе, оцунать придатки. Перевязка подлежащихъ удаленію частей происходитъ аналогичнымъ способомъ, какъ при переднемъ влагалищномъ разрѣзѣ, по низведеніи органовъ во влагалище подъ контролемъ глаза.

Не всѣ случаи, не говоря уже о величинѣ опухоли, пригодны для *Coeliotomia vaginalis posterior*. Если матка отѣснена лежащими предъ ней опухолями къ задней стѣнкѣ таза, если Дугласово пространство облитерировано благодаря старымъ периметрическимъ перетяжкамъ, если наконецъ приходится удалять опухоли изъ передней стѣнки матки, то во всѣхъ этихъ случаяхъ задній влагалищный разрѣзъ не представляетъ уже анатомически болѣе правильный и технически болѣе легкій путь и *Coeliotomia anterior* вступаетъ въ свои права.

Всѣмъ влагалищнымъ целіотоміямъ свойственъ тотъ общей недостатокъ, что большая часть манипуляцій уклоняется отъ контроля глаза. Если *Львовъ* видитъ въ довольно многочислен-

ныхъ сращеніяхъ показанія къ задней ціліотоміи, то по моему, слѣдуетъ предостеречь отъ такого энтузіазма. Мы знаемъ, какія тѣсныя сращения встрѣчаются въ особенности у нагноившихся мѣшеччатыхъ трубъ съ кишечникомъ и какъ часто стѣнка кишечной петли изъѣдена и воспалительно инфильтрирована. Нельзя не видѣть извѣстнаго легкомыслія въ желаніи отдѣлять такія сращения безъ контроля глаза.

Случаи со значительнымъ образованіемъ сращеній въ особенности съ кишечникомъ и малосмѣщаемыя опухоли принадлежатъ области чревосѣченія. Конечно, можно произвести задній или передній влагалищный разрѣзъ, какъ пробную ціліотомію. Если условія окажутся въ дѣйствительности столь сложными, какъ можно было предполагать, то приступаютъ, немедленно къ брюшной ціліотоміи. Такъ какъ въ такихъ случаяхъ иногда можетъ потребоваться тампонада брюшной полости, то существующее уже отверстіе въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, черезъ которое выводятся тампоны, представляется скорѣе желательнымъ, чѣмъ неудобнымъ.

Въ 1896 г. *Coeliotomia vaginalis posterior* была произведена 3 раза. 1 разъ при лѣвосторонней пароваріальной кистѣ, 1 разъ при *Sactosalpinx purulenta sin.* и *Pyovarium dextr.*, 1 разъ при *Salpingo-oophoritis sin. chr.*

I случай. По приѣмной книгѣ № 5740 Н. С., 26 лѣтъ отъ роду; страдаетъ уже 11 мѣсяцевъ болями въ лѣвой половинѣ живота. *Nullipara*. Регулы нормальны, боли при ихъ появленіи. Матка мала, антефлексирована. Слѣва рѣзко ограниченная опухоль, величиною съ апельсинъ. Консистенція ея плотно-эластическая. Правые придатки нормальны. Операция 7/xi. Легкое вскрытіе задняго Дугласова пространства, обшиваніе краевъ раны нѣсколькими швами. Отдѣленіе довольно многочисленныхъ шнурообразныхъ сращеній, которыя фиксировали опухоль. Вытягиваніе опухоли пулевыми щипцами, причемъ стѣнка опухоли разорвалась и во влагалище вытекла прозрачная желтоватая жидкость. Яичникъ кистовидно перерожденъ, фимбріи трубы спаяны съ пароваріальной кистой. Удаленіе яичника, кисты и брюшнаго отдѣла трубы послѣ предварительной перевязки. Тампонада Дугласова пространства.

Нормальное теченіе. Высшая температура на четвертый день послѣ операціи $37,5^{\circ}$. Скудное отдѣленіе серозно-крово-нистой жидкости въ первые дни. Швы сняты на 10-й день. Постепенное заживленіе раны въ заднемъ влагалищномъ сводѣ *per granulationem*. 18/x больная выписалась излѣченной.

II случай. По приѣмной книгѣ № 7443. 23 лѣтняя замужняя крестьянка М. В. Въ теченіе $1\frac{1}{2}$ лѣтъ неправильные регулы. Сильнѣйшія боли внизу живота, въ особенности на лѣвой сторонѣ. Заболѣваніе слѣдуетъ отнести къ послѣднимъ родамъ. Матка едва увеличена, подвижна, въ Anteflexio. Слѣва и сзади отъ матки увеличенная труба, которая, будучи спаяна съ яичникомъ, образуетъ опухоль величиною съ куриное яйцо. Справа ощупывается увеличенный яичникъ. Подвижность опухоли незначительна. Операціи 25/xi. Дугласово пространство вскрыто поперечнымъ разрѣзомъ, длиною около 8 сант. Спи-ваніе брюшины со слизистой оболочкой влагалища. Введенными двумя пальцами отдѣлены умѣренно-фиксированные, шнуровидными сращеніями, лѣвые придатки. Низведеніе послѣднихъ во влагалище. Перевязка *lig. infundibulo—pelvisi* и трубы близъ угла матки. Удаленіе мѣшеччатой трубы вмѣстѣ съ яичникомъ. Правая труба слегка утолщена. Правый яичникъ кистовидно перерожденъ и содержитъ нагноившуюся ретенціонную кисту съ волжскій орѣхъ. Удаленіе правыхъ придатковъ послѣ перевязки ихъ. Тампонада Дугласова пространства. Теченіе послѣ операціи безъ какихъ либо нарушеній. На 7-й день послѣ операціи вечернее повышеніе температуры до $38,0^{\circ}$. Послѣ клизмы паденіе температуры до $36,6^{\circ}$. Рана въ заднемъ влагалищномъ сводѣ покрывается скорѣ хорошими грануляціями, и только удаленіе лигатуръ, которыя изъ опасенія послѣдовательнаго кровотеченія изъ культъ, не были коротко обрѣзаны, представляло нѣкоторое затрудненіе, въ виду того, что культы послѣ поднятія матки сильно сократились. 28/xii больная съ зажившей раной была выписана.

III случай. По приѣмной книгѣ № 7720. Хорошо сложенная 25 лѣтняя крестьянка съ правильными регулами. Трое родовъ нормально протекавшихъ. Въ теченіе 3 недѣль боли въ лѣвой половинѣ живота и въ крестцѣ. Послѣ послѣд

нихъ родовъ сильныя бѣли. Матка вялая, въ легкой Retroversio, слегка склонена направо. Слѣва болѣзненная малоподвижная опухоль, величиною съ куриное яйцо. Такъ какъ продолжительное противовоспалительное лѣченіе осталось безъ результата, то 23/xii была произведена *Coeliotomia vaginalis posterior*. Плоскостныя сращенія лѣвыхъ придатковъ съ широкой связкой и брюшнымъ покровомъ задней тазовой стѣнки. Освобожденіе утолщенной трубы и увеличеннаго, содержащаго небольшія гнойныя гнѣзда, яичника. Удаленіе яичника послѣ предварительной перевязки. Тампонада Дугласова пространства.

Безлихорадочное теченіе, постепенное заживленіе раны per granulationem. Отъ своихъ болей пациентка путемъ операцій не была совершенно освобождена. Даже послѣ того, какъ рана уже зажила, существовали еще боли при ходьбѣ, хотя въ значительно меньшей степени, чѣмъ до операціи. При повторномъ изслѣдованіи нельзя было найти объективной причины этихъ временно появляющихся болей. 8/ii 1897 г. больная выписалась, поправившеюся.

(Продолженіе слѣдуетъ).

V.

Случай беременности и родовъ, осложненныхъ рубцовымъ суженіемъ рукава.

М. Н. Порошина.

(Ординатора клиники Акушерства и Женскихъ болѣзней проф. К. Ф. Славянского).

Осложненіе беременности и родовъ приобрѣтеннымъ рубцовымъ суженіемъ рукава принадлежитъ къ числу довольно серьезныхъ и даже опасныхъ, хотя, къ съ частію, встрѣчается не особенно часто. Такъ, на 8860 родовъ, бывшихъ въ клиникѣ проф. К. Ф. Славянскаго за періодъ времени отъ 8/ix 1877 г. по 1/i 1896 г. упомянутое осложненіе наблюдалось всего 3 раза ¹⁾. Въ Академической Акушерской клиникѣ ²⁾ за 18 лѣтъ съ 1874 г. по 1892 г. на 2275 родовъ не наблюдалось ни одного подобнаго случая, такъ же какъ и во многихъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ, — напр., Гаваньскомъ родильномъ приютѣ ³⁾ (3215 родовъ за 8 лѣтъ), приютѣ Голицинской больницы въ Москвѣ ⁴⁾ (8193 родовъ съ 1/i 1886 г. по 1/i 1896 г.), въ С.-Петербургскомъ Надеждинскомъ Родовспомогательномъ заведеніи ⁵⁾ (19396 родовъ съ 1873 по 1880 г. и 11857 родовъ съ 1886 по 1888 гг.), въ акушерской клиникѣ при Варшавскомъ университетѣ ⁶⁾ (1874—1892 г. 6100 родовъ) и другихъ, отчеты которыхъ мнѣ были доступны. Въ акушерской клиникѣ проф. Феноменова въ Казани за время съ 1887 г. по 1893 г. на 1005 родовъ встрѣтился всего одинъ такой случай.

Вслѣдствіе значительной рѣдкости этого осложненія, вопросъ о веденіи беременности и родовъ при рубцовомъ суженіи влагалица далеко не разработанъ, хотя опасность при немъ нисколько не меньше и, пожалуй, даже больше, чѣмъ при суженіяхъ костнаго канала.

Опасность главнымъ образомъ, заключается въ невозможности заранѣе предсказать исходъ родовъ и заранѣе предпринять какія либо мѣропріятія: какъ при суженіяхъ таза мы являемся, такъ сказать, господами положенія, имѣя возможность—при беременности—въ точности изучить размѣры таза и, въ случаѣ надобности, прибѣгнуть къ своевременному ея прерыванію, а при родахъ, спасая жизнь матери, кончить роды уменьшеніемъ плода, такъ при рубцовомъ суженіи рукава мы рѣдко можемъ составить себѣ ясное представленіе о протяженіи и характерѣ рубца, о степени уступчивости, которую рубцовая ткань проявитъ при родахъ, о внутреннихъ размѣрахъ костнаго канала, недоступныхъ измѣренію вслѣдствіе суженія мягкихъ частей, и главное, не можемъ заранѣе ясно опредѣлить моментъ и характеръ оперативнаго пособія: не разъ роды при рѣзко выраженномъ рубцовомъ суженіи влагалица кончались съ помощью незначительнаго, сравнительно, пособія, и, наоборотъ, роды, предназначенныя къ выжидательной терапіи приходилось кончать путемъ Кесарскаго сѣченія, или же, что всего ужаснѣе, врачу приходилось быть свидѣтелемъ детальнаго исхода отъ разрыва матки вслѣдствіе отсутствія возможности своевременнаго вмѣшательства. *F. Neugebauer* ⁸⁾ приводитъ 6 такихъ случаевъ на 120 родовъ, осложненныхъ рубцовымъ суженіемъ влагалица. О разрывѣ беременной матки при родахъ, обусловленномъ той же причиной, упоминаетъ, какъ очевидецъ, къ сожалѣнію только вскользь, и д-ръ *Филоновичъ* ⁹⁾ въ своей статьѣ «два случая стеноза влагалица».

Послѣ *P. Müller'a* ¹⁰⁾ собравшаго въ 1888 г. 49 случаевъ родовъ при рубцовомъ суженіи рукава, до послѣдняго времени не существовало сколько нибудь полнаго обзора накопившихся въ литературѣ отдѣльныхъ наблюденій. Въ 1895 г. *F. Neugebauer* собралъ въ литературѣ 1000 случаевъ суженій влагалица вообще, между ними, какъ упомянуто выше, 120 рубцовыхъ суженій, наблюдавшихся при родахъ. Одновременно,

но независимо отъ *Neugebauer*'а собралъ обширную литературу и д-ръ *Эберлинг* ¹¹⁾ въ своей диссертации: «къ вопросу о стенозахъ и атрезіяхъ влагалища и ихъ лѣченіи». Имѣя въ виду упомянутый пробѣлъ—недостаточную разработку вопроса о веденіи беременности и родовъ при рубцовыхъ суженіяхъ рукава, авторъ посвятилъ этому предмету обширную главу и, на основаніи собранныхъ случаевъ, сдѣлалъ попытку установить правила акушерской терапіи при рубцовыхъ стриктурахъ влагалища. По справедливому мнѣнію д-ра *Эберлина* большимъ подспорьемъ рѣшенію вопроса служить сравненіе результатовъ опубликованныхъ уже случаевъ.

Я для сравненія приведу статистику д-ра *Эберлина*, *P. Müller*'а и *F. Neugebauer*'а.

По выводамъ перваго автора ¹²⁾, изъ всѣхъ (46) собранныхъ имъ случаевъ только въ двухъ роды совершились благополучно безъ всякаго пособія, 3 раза послѣ родовъ, предоставленныхъ силамъ природы, послѣдовалъ летальный исходъ (1—отъ разрыва влагалища и 2—отъ *peritonitis septica*).

Въ 19 случаяхъ при помощи пособія удалось скончить роды *per vias naturales*: 7 разъ было достаточно однихъ разрѣзовъ суженія, 10—разрѣзы съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ, въ 2-хъ случаяхъ сдѣланы разрѣзы съ краніотоміей мертваго плода.

При очень рѣзко выраженныхъ суженіяхъ 11 разъ было произведено Кесарское сѣченіе по консервативному способу и 6 разъ по способу *Porrho* съ благополучнымъ исходомъ для матерей въ 15 случаяхъ и для плода во всѣхъ (1 мацерированный). Въ 5 случаяхъ вызваны искусственно преждевременные роды, при чемъ въ двухъ случаяхъ понадобилось все-таки перфорации плода (1 разъ живого и 1 разъ мертваго), а въ одномъ роды были кончены кесарскимъ сѣченіемъ. Въ одномъ случаѣ, кончившемся благополучно для матери и плода, до родовъ въ теченіе 3¹/₂ мѣсяцевъ примѣнялось систематическое расширеніе суженія, во время же родовъ сдѣланы были разрѣзы рубца и наложены щипцы.

По статистикѣ *P. Müller*'а (цитировано по *F. Neugebauer*'у), на 49 случаевъ родовъ при рубцовомъ суженіи влагалища, 4 раза роды совершились безъ всякаго пособія, 8 разъ

роды кончились силами природы послѣ разрѣзовъ суженія, 3 раза примѣнялись щипцы, 17 разъ—щипцы съ предварительными разрѣзами, 1 разъ—разрѣзъ и извлеченіе за ножку. Въ одномъ случаѣ былъ примѣненъ поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ, въ другомъ такомъ же случаѣ, во время поворота получился разрывъ матки и смерть. 3 раза была произведена перфорація, въ одномъ случаѣ послѣ разрѣзовъ и безуспѣшныхъ попытокъ кончить роды щипцами. Въ двухъ случаяхъ, изъ которыхъ въ одномъ была еще *fistula-recto vaginalis*, были вызваны искусственные преждевременные роды и всетаки пришлось еще произвести перфорацію. 7 разъ было произведено кесарское сѣченіе. Въ одномъ случаѣ, послѣдовали благополучные роды, послѣ расширения суженія губками еще во время беременности.

Изъ 120 приведенныхъ у д-ра *F. Neugebauer'a* случаевъ (число приблизительное, такъ какъ у автора не вездѣ отмѣчено происхожденіе суженія—рубцовое или врожденное—и я пользовался для статистики только тѣми случаями, гдѣ рубцовый характеръ стеноза, былъ несомнѣненъ), въ 80 роды послѣдовали *per vias naturales*. 9 разъ роды кончились силами природы, но съ летальнымъ исходомъ для матерей въ 4 случаяхъ (2—отъ разрыва влагалища, 1—отъ *metrophlebitis* и 1—отъ *pyelonephritis*). Въ 31 случаѣ для окончанія родовъ, достаточно было разрѣзовъ рубца, а въ 5 расширенія тупымъ путемъ (пальцами): въ двухъ случаяхъ, дѣти родились мертвыми, а сами матери умерли отъ перитонита, кромѣ того отъ той же причины умерло еще три родильницы. 16 разъ были сдѣланы разрѣзы съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ: летальный исходъ для матери въ 3-хъ случаяхъ, для плода въ одномъ. 11 разъ была произведена перфорація, 1 разъ вызваны искусственно преждевременные роды съ летальнымъ исходомъ для матери и плода, 1 разъ наблюдался выкидышъ, причемъ плодъ былъ извлеченъ за ножку. Въ 6 случаяхъ, произошелъ смертельный для матери и плода разрывъ матки.

40 разъ, роды были кончены путемъ кесарскаго сѣченія—въ 22 случаяхъ по консервативному способу (матерей погибло 7, дѣтей 3) и въ 18 по способу *Porrho* (матерей умерло 5, дѣтей 3, исходъ неизвѣстенъ въ 3 случаяхъ).

Такимъ образомъ, изъ приведенныхъ цифръ видно, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ при рубцовомъ суженіи влагалища роды кончаются благополучно силами природы. Большею частью приходится примѣнять то или другое пособіе; роженица поэтому съ самаго начала родовъ должна находиться подъ тщательнымъ наблюденіемъ врача, лучше всего въ благоустроенномъ родовспомогательномъ заведеніи, гдѣ въ любой моментъ можетъ быть оказана соотвѣтствующая акушерская помощь.

Относительно же акушерской терапіи при рубцовыхъ суженіяхъ влагалища нельзя не согласиться съ выводами д-ра *Эберлина*, къ которымъ онъ пришелъ на основаніи изученія собраннаго матеріала ¹³⁾:

«I. Если больная явилась во время срочныхъ родовъ, и если стриктура не рѣзко выражена, то слѣдуетъ первое время ограничиваться наблюденіемъ за теченіемъ родовъ, ничего пока не предпринимая. Какъ только окажется задержка родового акта *изъ-за стриктуры* не медлить съ разрѣзомъ ея. Разрѣзы во избѣжаніе кровотеченія лучше дѣлать неглубокіе; если нужно, то множественные, всего лучше во время схватокъ, когда виднѣе мѣсто наибольшаго напряженія ткани, если можно *per visum*, а то подъ контролемъ пальца введеннаго въ рукавъ. Совѣтъ *Kehrer'a*—вырѣзать рубцовое кольцо и по окончаніи родовъ сшить верхніе и нижніе края раны,—рѣдко окажется удобоисполнимымъ на практикѣ; несравненно чаще придется перерѣзать рубецъ пополамъ. Если разрѣзовъ недостаточно, то необходимо наложить щипцы или слѣлать перфوراцію, если извлеченіе неуменьшеннаго плода оказывается невозможнымъ безъ опаснаго раненія тканей.... Если характеръ рубцовой ткани, ея распространеніе и пр., заставляютъ усомниться въ возможности окончанія родовъ, перфوراціей плода, не причиняя въ тоже время опасныхъ раненій влагалищныхъ стѣнокъ и сосѣднихъ органовъ, слѣдуетъ *немедленно приступить къ кесарскому сеченію*, если, конечно, плодъ живъ, если получено на то полное согласіе роженицы и если обстановка и прочія условія даютъ шансы на удачный исходъ».

«II. Если рубцовая стриктура влагалища констатирована въ ранніе мѣсяцы беременности и стриктура нерѣзко выражена,

то слѣдуетъ, само собой, отложить всякое вмѣшательство до срочнаго окончанія беременности, объяснивъ беременной, чтобы оно ко времени родовъ (если возможно, нѣсколько раньше) явилась подъ наблюденіе акушера, такъ какъ при родахъ можетъ понадобится пособіе. Если же имѣемъ дѣло съ рѣзко выраженной стриктурой, которая можетъ представить, повидимому, большое препятствіе при родахъ, то остаются или искусственные преждевременные роды или кесарское сѣченіе. Въ настоящее время, вопросъ о цѣлесообразности вызыванія преждевременныхъ родовъ изъ за рубцовыхъ влагалищныхъ стриктуръ весьма еще далекъ отъ окончательнаго своего разрѣшенія. Искусственный же выкидышъ слѣдуетъ совершенно исключить изъ терапіи рубцовыхъ стриктуръ».

И такъ, терапія, главнымъ образомъ, должна быть выжидательной въ надеждѣ на могущественный факторъ, являющийся на помощь въ послѣдніе дни беременности или съ наступленіемъ родовъ—серозное пропитываніе и размягченіе рубцовой ткани, благодаря чему она можетъ въ широкой степени растягиваться подъ напоромъ подлежащей части.

Какъ примѣръ цѣлесообразности намѣченной выше акушерской терапіи при рубцовомъ суженіи рукава, я позволю себѣ привести случай, наблюдавшійся мною въ концѣ истекшаго года, въ клиникѣ проф. *К. Ф. Славянского*, тѣмъ болѣе, что отечественная литература не богата подобнаго рода казуистикой.

Больная Е. Х—ая, 26 лѣтъ, русская; хорошаго тѣлосложенія и питанія. Костная и мышечная система нормальны. Въ дѣтствѣ страдала корью, золотухой и бѣлами. Бѣлы появились послѣ того какъ ей (лѣтъ 12—13) по ошибкѣ вмѣсто recti ввели въ рукавъ какое то мыльце; сначала были боли, бѣлы шли понемногу, за тѣмъ въ одинъ день онѣ прошли въ очень большомъ количествѣ, гнойнаго характера. На 16-мъ году появились первые регулы съ очень сильными болями. Регулы установились каждыя 4 недѣли по 4—5 дней; боли при нихъ были всякій разъ; въ промежуткахъ шли бѣлы. Болѣзненность регулъ и непрекращающіяся бѣлы заставили обратиться къ врачебной помощи; было найдено рубцовое суженіе влагалища, назначены дезинфицирующія спринцеванія и обмыванія. 25 лѣтъ вышла замужъ. Передъ замужествомъ снова обращалась къ специалисту, который не нашелъ въ ея недостаткѣ препятствія къ супружеской жизни и только предупредилъ—въ случаѣ беременности непременно для родовъ поступить въ благоустроенное родовспомогательное заведеніе. Вскорѣ послѣ

выхода замужъ болѣлая забеременѣла. Сношенія съ мужемъ были совершенно безболѣзненны и вполне удовлетворяли обоимъ супругамъ. Забеременѣвъ (послѣдніе регулы 26/II 1896 г.) болѣлая, по совѣту врача, за нѣсколько недѣль до ожидаемыхъ родовъ поступила въ клинику проф. *К. Ф. Славянскаго* подѣ наблюденіе.

При акушерскомъ изслѣдованіи 23/XI 1896 г. найдено: груди правильно развиты, соски и околососковые кружки окрашены; выдавливается свѣтлый водянистый секретъ. Животъ равномерно увеличенъ, овальной формы; бѣлая линія пигментирована, на кожѣ свѣжіе рубцы беременности. Размѣры живота: на уровнѣ пупка 90 cm; выше 95; ниже 94. Разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка 39 cm. Высота дна матки надъ лобкомъ 35 cm.; надъ пупкомъ 16 cm. Въ маткѣ прощупывается крупныхъ размѣровъ плодъ въ продольномъ положеніи; головка плода баллазируетъ надъ лоннымъ соединеніемъ; спинка обращена вправо и назадъ, мелкія части прощупываются слѣва. Сердцебиеніе совершенно ясно, по средней линіи ниже пупка, 156 ударовъ въ минуту. Первыя движенія плода почувствовала въ началѣ августа.

Наружные размѣры таза: Dist. Duf. Spin. 25 cm; Cr. 27. Tr. 33 cm. Conjug. ext. 20 cm. Наружные половые органы безъ измѣненій; промежность довольно высокая, заднепроходное отверстіе нормально. Слизистая входа въ рукавъ застойнаго цвѣта, видны остатки дѣвственной плевы. Влагалище пропускаетъ свободно палецъ на глубину около 5 cm., далѣе оно воронкообразно суживается. При ощупываніи узкій конецъ воронки кажется слѣпымъ, рубцовая ткань жестка, не податлива; ни шейки матки, ни предлежащей головки плода чрезъ влагалище прощупать не удастся. При изслѣдованіи ложкообразными зеркалами въ вершинѣ воронки удастся видѣть щелеобразное отверстіе, изъ котораго каплями сочатся густыя бѣли. Въ отверстіе входитъ пуговка маточнаго зонда, но далѣе провести послѣдній не удается, вѣроятно, вслѣдствіе извитаго хода канала.

Диагнозъ: Беременность въ началѣ 10-го мѣсяца, рубцовое суженіе влагалища вслѣдствіе бывшаго мѣстнаго воспалительнаго процесса.—Въ виду правильнаго теченія беременности, нормальныхъ, повидимому, размѣровъ таза, хорошаго состоянія беременной, рѣшено выжидать наступленія срочныхъ родовъ. Для поддержанія чистоты назначены ванны и дезинфицирующія обмыванія. Влагалищныя спринцеванія не примѣнялись.

Въ теченіе трехъ недѣль, которыя болѣлая провела въ клиникѣ, беременность продолжала правильно развиваться. Никакихъ отклоненій въ самочувствіи беременной, а также никакихъ предвѣстниковъ родовъ не наблюдалось. Время отъ времени производилось изслѣдованіе, при чемъ состояніе влагалища было по прежнему; головка и шейка матки черезъ рубецъ не достигались.

19/XII утромъ усиленно пошли жидкія слегка окрашенныя кровью бѣли. При изслѣдованіи найдено значительное серозное пропитываніе рубца. Форма суженія измѣнилась—острый конецъ воронки представляется значительно утолщеннымъ. Отверстіе

прощупывается пальцемъ, но войти въ него не удается; черезъ ткань рубца ясно прощупываются кости головки, опустившейся во входъ таза. Плоднаго пузыря и краевъ маточнаго зѣва прощупать не удается. Родовой дѣятельности нѣтъ и признаковъ, не было ни одной даже незначительной схватки. Тѣмъ не менѣе значительное серозное пропитываніе рубца и опущеніе головки указывало на близкое наступленіе родовъ, а обильныя жидкія выдѣленія внушали мысль о разрывѣ плоднаго пузыря. И дѣйствительно, въ 9 часовъ вечера, начались родовыя боли, сначала слабыя, но къ 1 часу ночи достигшія весьма сильной степени. При изслѣдованіи въ 1-омъ часу ночи найдено: головка опустилась въ среднюю часть полости таза, въ правомъ косомъ размѣрѣ прощупывается стрѣловидный шовъ черезъ перепонку, которая покрываетъ головку на подобіе чепчика. Отверстіе въ перепонкѣ пропускающее кончикъ пальца, прощупывается у правой стѣнки влагалища. Края зѣва и плодный пузырь не прощупываются. Спинка плода по прежнему вправо и взадъ, сердцебиеніе ясно, 144 удара въ 1'. Для уменьшенія болѣзненности время отъ времени давался для дыханія хлороформъ.

Въ 4-омъ часу утра боли приняли потужной характеръ: при изслѣдованіи, головка въ нижней части полости, стрѣловидный шовъ уже въ лѣвомъ косомъ размѣрѣ, родники не достигаются: перепонка сильно напряжена, отверстіе попрежнему пропускаетъ кончикъ пальца, но прощупывается уже по проводной линіи таза. Края зѣва по прежнему не прощупываются. Въ виду появившейся бурной потужной дѣятельности и несомнѣнной задержки поступательнаго движенія плода роженица захлороформирована, съ тѣмъ чтобы разсѣчь перепонку и, въ случаѣ надобности, окончить роды щипцами; въ отверстіе перепонки введенъ палецъ, но всякія дальнѣйшія руководѣствія оказались излишними, такъ какъ надорванная перепонка въ это время подъ напоромъ головки какъ бы расплзлась въ разныхъ направленіяхъ. Кровотеченія никакого. Теперь стало возможнымъ точное изслѣдованіе. Головка крупныхъ размѣровъ опустилась и плотно стоитъ въ выходѣ таза; справа и спереди прощупывается прилежащая къ головкѣ мелкая часть ручки—которая осторожно была отодвинута вверхъ. Малый родничекъ вправо и впереди, большой влѣво и взади. Края зѣва не достигаются.

Въ виду того, что подъ наркозомъ схватки сдѣлались рѣже и при нихъ не наблюдалось поступательнаго движенія плотно-вколоченной головки плода, сердцебиеніе котораго стало замедляться, были наложены выходныя щипцы *Simpson'a*, и ими извлеченъ крупный ребенокъ, дѣвочка 4000 grm. вѣса и 52 cm. длины. Послѣдъ выдѣленъ по *Credé* черезъ 10 минутъ послѣ рожденія ребенка. Sub. partu неполный разрывъ промежности 2-ой степени, зашитый нѣсколькими катгутовыми швами. Роженица безъ осложнений перенесла наркозъ и вскорѣ проснулась.

При изслѣдованіи послѣ родовъ влагалище оказалось равномернаго просвѣта съ небольшими отрывками рубцовой перепонки;

во избѣжаніе склейки введена полоса іодоформенной марли. Ледъ на животъ. Во внутрь *P. Sec. Cornuti* 0,5.

Послѣродовой періодъ протекъ совершенно нормально, не считая незначительнаго повышенія *t.* на 9 день, обусловленнаго копростазомъ, и на 13-ый—въ зависимости отъ трещины сосковъ: при соответствующей терапіи *t.* на другой же день снова падала до нормы. Промежность зажила *per primam*; во влагалище первые дни на ночь вводилась іодоформенная марля. На 17 день родильница встала, а на 19 выписана съ ребенкомъ изъ клиники съ совѣтомъ показаться черезъ мѣсяцъ.

Черезъ 2 мѣсяца послѣ родовъ 18/II 1897 больная пришла въ клинику. Послѣ выписки не хворала. Со стороны грудей осложнений больше не было. Не кормить. Черезъ 6 недѣль послѣ родовъ пришли регулы въ очень обильномъ количествѣ, что замѣтно ее истощило. При изслѣдованіи найдено: промежность отлично срослась; входъ во влагалище нормаленъ; послѣднее въ двухъ нижнихъ третяхъ широко, въ верхней трети нѣсколько уже, но не рѣзко; въ нижнихъ двухъ третяхъ оно пропускаетъ 2½ пальца, въ верхней—два. На мѣстѣ измѣненія рубца едва замѣтные остатки рубца въ видѣ небольшихъ мясистыхъ сосочковъ. Влагалищная часть шейки матки очень мала, какъ бы сглажена, особенно передняя ея губа; наружный зѣвъ зияетъ.

Самочувствіе больной хорошее. Бѣлей больше нѣтъ.

Въ предупрежденіи обильныхъ регулъ на мѣсяцъ назначено *Extr. fl. Hydrastis Canad.*; *Extr. fl. Viburni Prunifolii*, aa, по 25 капель 4 раза въ день.

Приведенный случай интересенъ какъ по своему благополучному исходу—при сравнительно рѣзко выраженномъ рубцовомъ суженіи роды кончились съ помощью незначительнаго оперативнаго пособия, при чемъ щипцы были показаны не присутствіемъ стриктуры, а ослабленіемъ потужной дѣятельности,—такъ и по тому стойкому излѣченію, которое повлекло за собой роды. По статистикѣ д-ра *Эберлина* ¹⁴⁾ «несомнѣнное излѣченіе рубцовой стриктуры отмѣчено всего въ 2 случаяхъ, но и эти наблюденія относятся къ сравнительному короткому промежутку времени (3 и 5 недѣль послѣ родовъ). Въ обоихъ случаяхъ расширеніе стриктуры производилось еще во время беременности и было очень продолжительно. Возвратъ стриктуры вскорѣ послѣ родовъ отмѣченъ въ 5 случаяхъ». Кромѣ того 3 наблюденія *Küstner*'а говорятъ за то, что рубцовыя стриктуры, лѣченныя во время родовъ разрѣзомъ, вскорѣ возобновляются и становятся даже болѣе рѣзкими. Вообще, по заключенію д-ра *Эберлина* «возвратъ рубцовыхъ стриктуръ послѣ

родовъ составляетъ правило, а рѣдкіе случаи излѣченія рубцовыхъ стриктуръ, благодаря беременности и родамъ, суть именно такіе, въ которыхъ еще задолго до родовъ приступлено было къ методическому расширенію.

Не то мы видимъ въ нашемъ случаѣ: при суженіи, по всей видимости, рубцового происхожденія, въ которомъ убѣждаютъ насъ анамнезъ интеллигентной больной и данныя объективнаго изслѣдованія, беременность и роды велись вполне выжидательно, и не смотря на то, благодаря серозному пропытыванію рубецъ растянулся на столько, что, надорванный пальцемъ, расползся и исчезъ почти безслѣдно: разница въ просвѣтѣ верхняго и нижняго отдѣла рукава замѣчается самая незначительная, а большой промежутокъ времени (2 мѣсяца), истекшій со времени родовъ позволяетъ надѣяться что разница эта не измѣнится, и послѣдующіе роды протекутъ благополучно безъ врачебной помощи, силами природы.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1) Медицинскіе отчеты д-ровъ *Алафонова* (съ 1877 по 1884 г.), *Вовфа* (со 1884 по 1891 г.), *Рузи* (1891 и 1892 г.), *Суровцева* (за 1893 г.) и *Порошина* (1894 и 1895 гг.), послѣдній одинъ отчетъ въ печати. Случаи приведены въ отчетѣ д-ра *Вовфа*; два изъ нихъ кромѣ того подробно описаны — одинъ д-ромъ *Рузи* въ „Русской Медици“ № 46 1885 г. другой д-ромъ *Соловьевымъ* Журн. Ак. и Жен. бол., № 5, 1888 г.

2) Медицинскіе отчеты д-ра *Парышева* и *Знаменскаго*. Диссертациі.

3) Медицинскіе отчеты д-ровъ *Еськова* и *Массена*, Жур. Акуш. и Жен. бол. 1887 г.; 1892 г. и „Юбилейный сборникъ“ проф. *К. Ф. Славянскаго*.

4) Отчеты д-ра *Иноевса*.

5) Отчеты С.-Петербургскаго Надеждинскаго Родовспомогательнаго заведенія: 1) съ 1873 по 1876 г.; 2) съ 1877 по 1880 г. 3) отчеты за 1886, 1887 и 1888 въ Жур. Ак. и Жен. бол., за 1887, 1888 и 1889 г.

6) Медицинскіе отчеты д-ра *Павлова* (Ж. Ак. и Ж. б., 1892 г.), *Федорова* (Ж. Ак. и Ж. бол., 1889 г.) и *Бржезинскаго* (Ж. Ак. и Ж. б., 1893 и 1894 г.). Случаевъ врожденныхъ суженій я не касаюсь.

7) Медицинскій отчетъ д-ра *Вознесенскаго* Ж. Ак. и Жен. б., 1896 г. № 9

8) *F. Neugebauer*. Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Vervengerungen der Scheide sowie des angeborenen Scheidenmangels mit Ausschluss der Doppelbildungen, 1895 г. Случаи 60, 67, 102, 151, 255, 256.

9) *В. П. Филоновичъ*. Два случая стеноза влагалища. Ж. Ак. и Ж. бол., 1894, № 10.

10) *P. Müller*. Die Krankheiten des mensubliche Körpers. Stuttgart 1888 S. 370—цитировано по *Neugebauer*’у (loc. citatuo).

11) *А. Эберлингъ*. Къ вопросу о стенозахъ и атрезіяхъ влагалища и ихъ лѣченіи. Диссертациія Москва 1895 г.

12) *А. Эберлингъ*. Loco citat. стр. 44 и слѣд.

13) *Ibidem*, стр. 58—59.

14) *Ibidem*, стр. 59.

VI.

Къ ученію о задержаніи и приращеніи послѣда *).

В. Н. Массена.

(Съ таблицами рисунковъ).

(Окончаніе).

II. Патолого-анатомическія изслѣдованія.

Имѣя въ виду разнорѣчивыя мнѣнія авторовъ относительно сущности причинъ задержки послѣда у стѣнокъ матки и крайне недостаточное число микроскопическихъ изслѣдованій случаевъ, такъ называемаго, приращенія послѣда, я еще зимою 1895—1896 года взялъ на себя трудъ сдѣлать попытку съ помощью микроскопа познакомиться съ характеромъ патолого-анатомическихъ измѣненій, имѣющихъ мѣсто при приращеніи послѣда. Мой матеріалъ былъ, къ сожалѣнію, въ количественномъ отношеніи чрезвычайно скромнъ: онъ обнимаетъ всегда два случая, препараты отъ которыхъ находятся въ музеѣ клиники проф. *Славянскаго*. Обоимъ этимъ случаямъ суждено вторично такимъ образомъ появиться на страницахъ специальной прессы: семнадцать лѣтъ тому назадъ оба они послужили д-ру *Кашкарову* матеріаломъ для его диссертациі («*Atonia partialis uteri ex metritide interstitiali chronica*». Дисс., Спб., 1880) и описаніе ихъ подробно изложено въ этомъ трудѣ. Познакомясь, благодаря любезному разрѣшенію проф. *К. Ф. Славянскаго*, съ этими препаратами, хранящимися въ отлич-

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Май 1897 г. стр. 487.

номъ видѣ въ музеѣ клиники, я взялъ изъ нихъ по небольшому кусочку для микроскопическаго изслѣдованія тѣхъ частей стѣнки матки, на которыхъ сидѣли приросшіе куски послѣда.

Для сравненія полученныхъ микроскопическихъ картинъ отъ этихъ обоихъ патологическихъ случаевъ съ тѣми, которыя бываютъ при нормальныхъ условіяхъ, я подвергъ микроскопическому изслѣдованію одинъ изъ спиртовыхъ препаратовъ изъ музея клиники проф. *Славянскаго*, представлявшій нормальную матку съ послѣдомъ.

Этотъ препаратъ представлялъ стѣнку матки около $\frac{3}{4}$ сантиметриною, съ многочисленными щелями въ паренхимѣ. Послѣдъ настолько рыхло сидѣлъ на совершенно гладкой стѣнкѣ матки, что отпалъ отъ нея и, къ сожалѣнію, мнѣ не удалось сдѣлать топографическихъ срѣзовъ стѣнки матки вмѣстѣ съ послѣдомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи одной стѣнки матки находимъ слѣдующее: наружная (подъ брюшиной) часть стѣнки матки представляется состоящей главнымъ образомъ изъ продольныхъ мышечныхъ пучковъ, среди которыхъ встрѣчаются поперечно разрѣзанные мышечные пучки; на половинѣ толщи стѣнки продольные пучки почти совершенно исчезаютъ и толщина маточной стѣнки оказывается уже состоящей исключительно изъ поперечно разрѣзанныхъ пучковъ. Среди отдѣльныхъ мышечныхъ пучковъ находятся мѣстами значительныя прослойки волокнистой соединительной ткани, въ которой заложены крупныя и мелкія кровеносныя сосуды.

Внутренняя стѣнка матки на всемъ протяженіи покрыта тонкимъ слоемъ децидуальныхъ клѣтокъ (*d. serotina*). Среди децидуальныхъ клѣтокъ, идя отъ центра къ периферіи можно отличить три слоя этихъ клѣтокъ отпадающей оболочки. Первый слой, непосредственно лежащій на мышечныхъ элементахъ матки, состоитъ изъ ряда полигональных нѣсколько кубической формы клѣтокъ съ хорошо выраженнымъ ядромъ. Второй слой, въ которомъ клѣтки расположены въ нѣсколько неправильныхъ рядовъ, состоитъ изъ многогранныхъ и слегка вытянутыхъ элементовъ съ хорошо окрашенными ядрами. Среди этихъ клѣтокъ встрѣчается множество отдѣльныхъ зернышекъ и лейкоцитовъ. Наконецъ, третій слой представляетъ собою вытянутыя, уплощенныя клѣтки, ядра которыхъ по большей

части исчезли. Здѣсь находится значительное количество мелко-зернистаго распада. Въ отдѣльных мѣстахъ средній слой децидуальныхъ клѣтокъ настолько суживается, что остаются только первый и третій пласты. Ни соединительной ткани, ни сосудовъ въ децидуальной ткани этого случая не замѣчается.

Оба препарата случаевъ приращеннаго послѣда, описанные д-ромъ *Кашикаровымъ*, представляютъ весьма высокій интересъ съ точки зрѣнія изученія вопроса о причинахъ задержанія послѣда въ полости матки. Такъ какъ оба препарата уже описаны и исторіи болѣзни приведены уже *Кашикаровымъ* въ его диссертациі, то я ограничусь лишь краткимъ изложеніемъ наиболѣе характерныхъ особенностей каждаго изъ случаевъ.

Въ случаѣ I препаратъ былъ полученъ при вскрытіи 18-ти лѣтней женщины, умершей въ клиникѣ проф. *Славянскаго* 7 дней спустя послѣ поступленія въ нее ¹⁾. При вскрытіи въ полости peritonei былъ найденъ гнойный экссудатъ; въ клѣтчаткѣ позади брюшины, около нижняго края правой почки, небольшой экстравазатъ. Серозная оболочка матки утолщена и покрыта фибринозно-гнойными массами. На днѣ полости матки ближе къ правой ея половинѣ на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, мышечная ткань истончается почти до полного исчезанія. Внутренняя поверхность матки бугристая, сѣро-аспиднаго цвѣта. Въ верхней части полости матки болѣе справа помѣщается большая часть послѣда съ оболочками. Послѣдъ и оболочки плотно сращены со стѣнками матки. Ткань послѣда въ разрѣзѣ плотна и представляетъ различной величины экстравазаты въ различныхъ стадіяхъ регрессивнаго измѣненія. Въ правомъ parametrium встрѣчаются небольшіе гнойные фокусы и затромбированныя вены ²⁾. На спиртовомъ препаратѣ д-ръ *Кашикаровъ* нашелъ, что «немного выше самаго узкаго мѣста, на задней поверхности матки, прикрѣпляется послѣдъ, который прикрѣпляется также на правой стѣнкѣ и на правой же сторонѣ fundus. Послѣдъ рыхло соединенъ со стѣнками матки, губчатый слой (substantia spongiosa) отчетливо видѣнъ. Небольшая часть

¹⁾ Клиническая исторія болѣзни этого случая, къ сожалѣнію, осталась неизвѣстной.

²⁾ Выписано изъ протокола вскрытія на диссертациі.

послѣда внизу отдѣлена отъ стѣнки матки и виситъ, прилегая къ лѣвой стѣнкѣ, на снуркѣ, который образуется тканью послѣда» (стр. 13—14).

При микроскопическомъ изслѣдованіи этого случая д-ръ *Кашкаровъ*, обративъ, повидимому, главное вниманіе на изслѣдованіе мышечной стѣнки матки и найдя въ ней «ненормально большое количество соединительной ткани на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда», говорить, что обстоятельство это «слѣдуетъ приписать хроническому интерстиціальному воспаленію ея (т. е. матки), такъ какъ на препаратахъ мы видѣли картину, подобную хроническому воспаленію небеременной матки» и что «вслѣдствіи малаго количества мышечныхъ клѣтокъ въ стѣнкѣ матки на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда тоническая ретракція этой стѣнки въ послѣдовомъ періодѣ была такъ слаба, что не могло произойти отдѣленія послѣда отъ стѣнки матки» (стр. 17).

Никакихъ данныхъ относительно состоянія въ данномъ случаѣ децидуальной ткани у д-ра *Кашкарова* не приводится. Въ виду этого мы позволяемъ себѣ нѣсколько подробнѣе остановиться въ дальнѣйшемъ на результатахъ нашего изслѣдованія decidua serotina.

Микроскопическіе срѣзы проходили черезъ мышечную стѣнку матки съ прикрѣпленнымъ къ ней послѣдомъ. Окрашивая срѣзы различными красками и изслѣдуя ихъ подъ микроскопомъ, мы получили слѣдующія данныя. Мышечные пучки въ наружной части стѣнки матки идутъ въ поперечномъ направленіи; въ болѣе внутренней части они имѣютъ направленіе по преимуществу вертикальное. Между отдѣльными мышечными пучками умѣренное количество соединительной ткани. Вены широко зіяютъ, артеріи сокращены; стѣнки сосудовъ ничего ненормальнаго не представляютъ, эндотелій всюду сохраненъ. На всемъ протяженіи толщи маточной мускулатуры находится около сосудовъ значительное скопленіе лейкоцитовъ. Кровоизліяній въ толщѣ мышщъ не замѣчается: отдѣльные апоплектическія гнѣзда встрѣчаются въ области соприкосновенія ткани матки и послѣда и среди остатковъ самого послѣда. Ворсинки хоріона выражены отчетливо: соединительная ткань ихъ совершенно нормальна, много-сосудиста; мѣстами сосуды въ нѣкоторыхъ ворсинкахъ поражаютъ своею растянутостью (см. рис. 1).

Изъ оболочекъ ворсинки—наружная, syncytium, выражена въ видѣ широкаго хорошо окрашивающагося протоплазматическаго слоя, но ядра этого слоя въ большинствѣ мѣстъ представляются вытянутыми настолько, что ихъ удастся опредѣлить лишь съ трудомъ. Клѣтки *Langhans'*ова слоя мѣстами встрѣчаются въ видѣ кругловатыхъ элементовъ съ большимъ ядромъ. Въ отдѣльных, немногихъ мѣстахъ препарата удастся констатировать размноженіе клѣтокъ этого слоя какъ въ предѣлахъ ворсинки, такъ и внѣ ея. Корни ворсинокъ окружены мелкоклѣточной децидуальной тканью, несомнѣнно плодоваго происхожденія, состоящей изъ полиэдрическихъ или веретенообразно-вытянутыхъ клѣтокъ, съ овальными, хорошо окрашивающимися ядрами. Среди этихъ клѣтокъ находятся многочисленныя полости, выстланныя по своей поверхности эндотелиальными клѣтками, съ вытянутымъ, рѣзкимъ ядромъ. Полости эти заключаютъ кровъ. Мѣстами эти сосуды непосредственно прилежатъ къ оболочкѣ ворсинокъ, при чемъ кажется, что наружный ея покровъ составляетъ одну изъ стѣнокъ этой полости. Кромѣ мелкихъ децидуальныхъ клѣтокъ, помѣщающихся между ворсинкой и мышцами матки, непосредственно около мышцъ матки находится всюду молодая, многоядерная соединительная ткань, которая мѣстами настолько развита, что между наружной оболочкой ворсинки и мышечными пучками удастся съ трудомъ опредѣлить лишь незначительное количество мелкихъ децидуальныхъ клѣтокъ. Что же касается до крупныхъ, материнскихъ децидуальныхъ клѣтокъ, то несмотря на самое тщательное изученіе препаратовъ намъ нигдѣ не удалось найти ни слѣда decidua uterina. По всей вѣроятности эти клѣтки замѣщены новообразованной соединительной сосудистой тканью.

Такимъ образомъ изъ приведенной микроскопической картины этого случая приходится убѣдиться въ томъ, что въ стѣнкѣ матки находится острый, интерстиціальный воспалительный процессъ, охватившій всю толщину маточной стѣнки. Далѣе, что въ то время, какъ воспалительный процессъ въ мышечной ткани имѣлъ самый ранній періодъ (мелкоклѣточная инфильтрація), на внутренней части стѣнки матки воспаленіе было уже болѣе продуктивнаго характера и выражалось развитіемъ молодой соединительной ткани, совершенно

уничтожившей тѣ элементы слизистой оболочки матки, изъ которыхъ должна была развиваться зрѣлая decidua uterina. Невозможно рѣшить, произошла ли погибель эпителиальныхъ элементовъ слизистой оболочки матки на изслѣдованной нами области до беременности или во время ея. Во всякомъ случаѣ, имѣя въ виду, что для прикрѣпленія послѣда къ маткѣ важно участіе разрастающихся ворсинокъ и нормальное развитіе плодовой децидуальной ткани можно съ извѣстной степенью возможности допустить, что эндометритическій процессъ имѣлъ мѣсто и до беременности. Питаніе яйца совершалось при помощи обильнаго развитія кровеносныхъ полостей среди межворсинчатого пространства и послѣдующаго слиявія этихъ полостей съ сосудами молодой соединительной ткани развившейся вмѣсто decidua uterina.

Такимъ образомъ, обильное развитіе молодой соединительной ткани между ворсинками и мышцами матки въ достаточной, какъ кажется, мѣрѣ объясняетъ намъ происхожденіе въ данномъ случаѣ задержки послѣда. Этотъ случай слѣдуетъ отнести къ случаямъ несомнѣннаго соединительно-тканнаго приращенія дѣтскаго мѣста, подобно случаямъ *Leisse-Leopold'a* и *Neumann'a*.

Микроскопическая картина, получившаяся при изслѣдованіи 2-го случая, существеннымъ образомъ отличается отъ только что изложенной. Отсюда и самое происхожденіе задержаннаго послѣда въ этомъ случаѣ приходится объяснить совершенно иначе. Клиническая и патолого-анатомическая сущность этого случая, очень подробно описаннаго въ диссертациі, заключается въ слѣдующемъ:

Primipara, 33 лѣтъ, не болѣвшая во время беременности, сама родила въ акушерской клиникѣ Казанскаго университета живого ребенка вѣсомъ въ 2800 grm. Послѣ изгнанія плода было значительное кровотеченіе. Такъ какъ послѣдъ не отдѣлялся самъ, то черезъ 20 мин. послѣ изгнанія плода было приступлено къ отдѣленію его рукой, при чемъ отдѣленіе нижняго праваго края представляло очень большія затрудненія, такъ какъ послѣдъ въ этомъ мѣстѣ былъ прикрѣпленъ къ маткѣ толстыми перемычками. Часть послѣда совсѣмъ не могла быть отдѣлена. Во время отдѣленія послѣда было зна-

чительное кровотечение. Несмотря на удаление послѣда и примѣненіе всѣхъ кровоостанавливающихъ и возбуждающихъ средствъ, обыкновенно примѣняемыхъ въ клиникахъ при подобныхъ обстоятельствахъ, родильница скончалась въ тотъ-же день. При вскрытіи между прочимъ найдено: длина матки 20 снт., ширина 14 снт.; ея серозная оболочка гладка; на лѣвой сторонѣ передней поверхности и нижней части тѣла матки, въ excavatio utero-vesicalis, серозная оболочка инъецирована, мышечныя стѣнки ея блѣдны, мелко-волокнисты, съ зіяющими сосудами. По срединѣ задней поверхности тѣла матки, особенно ближе къ правому краю, стѣнки нѣсколько утолщены и болѣе плотны. Внутренняя поверхность неровна, къ передне-задней стѣнкѣ правой стороны, вблизи orificium uteri internum, на ней остатки послѣда, крѣпко приставшіе. Въ верхней правой части задней поверхности находятся остатки chorion и decidua; послѣдняя крѣпко приращена ¹⁾. На спиртовомъ препаратѣ, по *Кашкарову*, толща передней и боковой стѣнки матки значительно утончена и мѣстами доходить до 0,5 снт. Ткань равномерно бѣловато-сѣраго цвѣта. Мѣсто прикрѣпленія послѣда занимаетъ всю переднюю и правую стѣнку матки на протяженіи въ длину 10 снт., въ ширину 9 снт. На внутренней поверхности матки на этомъ мѣстѣ видны зіяющія кавернозные полости, свободно вмѣщающія въ себѣ горошину, разорванныя отверстія которыхъ имѣютъ въ діаметрѣ отъ 0,5 до 2 снт. На днѣ этихъ зіяющихъ полостей видно по нѣскольку отверстій, ведущихъ въ глубже лежащія полости. Сама стѣнка матки, лежащая надъ этими полостями, представляетъ строеніе тоже грубо кавернозное. На поверхности ея замѣчаются пустыя, спавшіяся полости. Мѣсто прикрѣпленія послѣда не доходитъ до orificium internum на 3 снт. У нижняго края этого мѣста прикрѣпленія послѣда замѣчаются оставшіеся въ полости матки два куса послѣда разной величины. Большій кусокъ имѣетъ въ длину 3,5 снт. и въ ширину 1,5 снт. Меньшій кусокъ въ длину 2 снт., въ ширину 1,5 снт. Поверхность ихъ неровна, растрепана. Substantia spongiosa deciduae serotinae отчетливо видна при раз-

¹⁾ По протоколу вскрытія, приведеннаго на стр. 19, 20 и 21 диссертациі.

рѣзѣ. Остальная часть внутренней поверхности матки представляется покрытой chorion и amnion почти на всей ея поверхности. Amnion отдѣляется отъ chorion легко, равно какъ и chorion отъ decidua (стр. 22).

Изслѣдовавъ микроскопическими этотъ препаратъ д-ръ *Кашикаровъ* нашелъ, что въ стѣнкѣ матки на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда находятся измѣненія, которыя слѣдуетъ приписать хроническому интерстиціальному воспаленію ея,—происшедшему еще во время беременности, что «*decidua serotina*, какъ въ области оставшихся кусковъ послѣда, такъ и на тѣхъ, гдѣ послѣдъ былъ отдѣленъ, не представляла никакихъ измѣненій» и что «крѣпкихъ сращеній послѣда съ маткой въ данномъ случаѣ не было». Подобно первому случаю, гдѣ «несмотря на нормальное соединеніе послѣда съ маткой, онъ не отдѣлился отъ ея стѣнки» благодаря атоніи части матки на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда, вслѣдствіе малаго количества въ ней мышечныхъ клѣтокъ» и свой второй случай д-ръ *Кашикаровъ* объясняетъ *atonia uteri partialis ex metritide interstitiali chronica*.

Однако, наши изслѣдованія, подобно первому случаю, объясняютъ причину задержки послѣда на стѣнкѣ матки нѣсколько иначе.

Наши срѣзы проведены черезъ толщу мышечной ткани съ прикрѣпленной къ ней тканью послѣда. Мышцы наружной части стѣнки матки представляются перерѣзанными поперечно; совершенно нормальнаго вида; отдѣльные пучки мышцъ разобщены между собою очень незначительной по толщинѣ соединительно-тканной прослойкою, въ которой встрѣчается большое количество широко-зіяющихъ кровеносныхъ сосудовъ. Въ болѣе внутренней части мышечной стѣнки матки находятся мышечныя волокна перерѣзанныя продольно; среди отдѣльных пучковъ мышцъ встрѣчаются мѣстами островки старой соединительной ткани съ большими, расширенными сосудами. Чѣмъ ближе ко внутренней поверхности матки, тѣмъ число островковъ соединительной ткани и ихъ протяженность увеличивается. На границѣ между мышечной и децидуальной тканью встрѣчаются большіе апоплектические фокусы. *Decidua serotina* непосредственно прилежащая къ стѣнкѣ матки представляется въ видѣ вытянутыхъ, веретенообразныхъ

крупныхъ клѣтокъ, съ хорошо сохранившемся ядромъ. Среди этихъ клѣтокъ на всякомъ срѣзѣ изъ препарата можно встрѣтить нѣсколько крупныхъ широкихъ веретенообразно-вытянутыхъ клѣтокъ съ нѣсколькими крупными, хорошо-окрашивающимися ядрами. Клѣтки эти очень похожи на элементы отщепившіеся отъ наружнаго покрова ворсанки, синцитія, на то впервые было указано *Kossmann*'омъ (*Zeitschrift f. Gynäk.*, XXXIII, Heft 2, стр. 376 и сл.).

Въ нашей отечественной литературѣ значеніе элементовъ покрова ворсинъ, ихъ способность вѣдраться въ материнскую decidua и, направляясь къ сосудамъ, разрывать ихъ эндотеліальныя стѣнки и тѣмъ самымъ устанавливать сообщеніе между кровянымъ ложемъ плода и матери, въ недавнее время указано *К. П. Улезко-Строгановой* въ статьѣ ея «Къ вопросу о возникновеніи межворсинчатого пространства» (*Жур. акуш. и женск. бол.* Ноябрь 1896). *Pels Leusden* въ послѣдней своей работѣ «*Über die serotinalen Riesenzellen etc*» (*«Zeitschrift f. Gynäk.*, XXXVI, Heft 1) придаетъ большее значеніе гигантскимъ клѣткамъ запоздалой оболочки (изъ синцитія) и указываетъ на ихъ фізіологическую роль въ регенераціи эпителиальныхъ элементовъ матки. Интересно то обстоятельство, что въ нашихъ препаратахъ гигантскія клѣтки синцитія мѣстами глубоко проникаютъ въ мышечный слой матки и располагаются относительно направленія внутреннихъ пучковъ мышечной ткани прямо надъ прямымъ угломъ, сохраняя такимъ образомъ направленіе стволонъ ворсинъ. Прямое отношеніе этихъ клѣтокъ къ сосудамъ матери несомнѣнно существуетъ, хотя констатируется далеко не въ видѣ правила: въ нѣкоторыхъ мѣстахъ среди межмышечной соединительной ткани дѣйствительно можно встрѣтить группу очень тонкостѣнныхъ сосудовъ, наполненныхъ кровяными шариками, съ хорошо окрашивающимися клѣтками эндотелія; и здѣсь то можно встрѣтить какъ подлѣ этихъ сосудовъ, такъ и нѣсколько поодаль, нѣсколько гигантовъ, какъ это видно на рисункѣ 4-мъ. Но въ другихъ мѣстахъ синцитіальные гиганты, сохраняя то направленіе, которое имѣютъ стволы ворсинокъ хоріона, вѣдряются далеко за предѣлы мышечной ткани, протискиваясь и раздвигая собою мышечные элементы, при чемъ при самомъ тща-

тельномъ изслѣдованіи около нихъ невозможно опредѣлить кровеноснаго сосуда (см. рис. 5) ¹⁾. Кое гдѣ среди соединительно-тканыхъ островковъ—заложенныхъ въ поверхностныхъ слояхъ мышечной ткани, можно встрѣтить описанное *Leusden'*омъ расположеніе рядами многогранныхъ крупно-однойдерныхъ клѣтокъ. (см. рис. 6), какъ признакъ начинающейся регенераціи желѣзъ матки.

Децидуальная запоздалая ткань нашего втораго препарата состоитъ изъ двухъ поясовъ клѣтокъ, рѣзко между собою различающихся. Клѣтки d. uterina расположены вдоль продольно перерѣзанныхъ пучковъ мышцъ и состоятъ изъ крупныхъ вытянутыхъ клѣтокъ, съ яснымъ, крупнымъ ядромъ; сама же паренхима клѣтки окрашена слабо. Ближе къ ворсинкамъ этотъ поясъ клѣтокъ смѣняется цугами клѣтокъ, многогранной или слегка вытянутой формы, идущихъ въ перпендикулярномъ направленіи къ первому слою клѣтокъ. По формѣ и величинѣ эти клѣтки надо отнести къ клѣткамъ deciduae foetalis. Мѣстами эти клѣтки сохранились хорошо; въ другихъ же мѣстахъ они представляются вкрапленными въ безструктурную гомогенную массу, среди которой эти клѣтки представляются либо сохранившимися достаточно отчетливо, либо начинающими уже атрофироваться (см. рис. 3). Край deciduae foetalis почти во всемъ соприкосновеніи съ ворсинками представляетъ одинъ сплошной гомогенной поясъ, въ которомъ невозможно отличить ни одной клѣтки или остатковъ ядра (см. рис. 1). Ворсинки всюду хорошо выражены: соединительная ткань ихъ нормальна, нѣсколько болѣе сосудиста, чѣмъ обыкновенно, клѣтки *Langhans'*ова слоя мѣстами существуютъ въ видѣ въ одиночку стоящихъ элементовъ; syncytium же хорошо выражено, ядра его представляются окрашенными весьма интенсивно

Такимъ образомъ, въ данномъ случаѣ мы встрѣтили въ паренхимѣ матки нѣсколько большее противъ нормы развитіе соединительной межмышечной ткани; далѣе превращеніе въ гомогенную массу на большомъ протяженіи клѣтокъ deciduae foetalis. Благодаря этому превращенію нормальная разрываемость

¹⁾ Улезко-Строгонова (I. c.) также видѣла среди мышечныхъ пучковъ матки гигантскія клѣтки изъ покрова ворсинъ; по ея мнѣнію, онѣ были занесены сюда кровеносными сосудами изъ мѣста своего происхожденія (стр. 29).

децидуальной ткани дѣтскаго мѣста вслѣдствіе плотности замѣнившей ее перерожденной массы должна была отсутствовать въ силу чего и произошло задержаніе послѣда и невозможность удалить его цѣликомъ изъ матки оперативнымъ путемъ. Причина лежащая такимъ образомъ въ этомъ второмъ случаѣ въ основѣ стойкихъ соединеній послѣда съ маткой совершенно отлична отъ той причины, которая играла роль въ первомъ случаѣ.

Разсмотрѣвъ микроскопическія картины обоихъ случаевъ нельзя не прійти къ заключенію, что 1) послѣдъ можетъ задержаться въ маткѣ въ силу приращенія имѣющаго опредѣленную патологоанатомическую подкладку и 2) что основой приращенія можетъ быть либо исчезновеніе маточной части децидуальной запоздалой оболочки съ замѣною этой части соединительной тканью, либо замѣщеніе всей запоздалой оболочки гомогенной плотной, плохо разрывающейся тканью.

Мы подошли къ концу нашей работы. Заканчивая ее мы останавливаемъ вниманіе читателя на слѣдующихъ положеніяхъ, такъ или иначе изъ нея проистекающихъ:

1) Веденіе послѣдоваго періода должно быть предоставлено силамъ природы, которая, какъ правило, начинается и оканчиваетъ этотъ періодъ сама, не нуждаясь въ нашей искусственной помощи.

2) Если послѣдъ по истеченіи болѣе получаса не выходитъ изъ половыхъ частей, то легкое надавливаніе на матку черезъ брюшныя покровы въ большинствѣ случаевъ достаточно для того, чтобы изгнать его изъ влагалища наружу. Если же это надавливаніе не достигаетъ цѣли, то дѣлаютъ попытку примѣнить способъ *Credé*, въ случаѣ неуспѣха котораго производятъ внутреннее изслѣдованіе. Если послѣдъ окажется при этомъ ущемленнымъ внутреннимъ зѣвомъ матки и кровотоčenія вѣтъ, то ограничиваются выжидательной терапіей; если же послѣдъ сидитъ еще цѣликомъ или своею большею частью въ маткѣ, то приходится прибѣгнуть къ ручному его удаленію съ примѣненіемъ самыхъ строгихъ анти-асептическихъ мѣръ.

3) Способъ *Credé* въ его чистой формѣ долженъ быть примѣняемъ лишь въ патологическихъ случаяхъ, при строго опредѣленныхъ къ тому показаніяхъ.

4) Неправильное и несвоевременное примѣненіе способа *Credé*, особенно при очень чувствительной и раздражительной маткѣ, является причиной громаднаго большинства случаевъ retentionis или accretionis placentae.

5) Retentio placentae чаще всего возникаетъ вслѣдствіе ущемленія послѣда внутреннимъ зѣвомъ матки.

6) Accretio placentae представляется рѣдкостью, но существуетъ несомнѣнно; причины лежащія въ основѣ этого явленія заключаюся въ ненормальностяхъ со стороны запоздалой децидуальной ткани, либо одной только материнской (при ранѣ бывшихъ эндометритахъ), либо плодовой. Благодаря исчезновенію этой ткани или патологическому ея видоизмѣненію коэффициентъ нормальной разрываемости deciduae serotinae значительно понижается, что и ведетъ къ клинической картинѣ приращенія дѣтскаго мѣста.

7) Atonia uteri partialis въ области дѣтскаго мѣста не можетъ въ достаточно удовлетворительной мѣрѣ объяснить намъ причину плотнаго спаянія кусковъ послѣда со стѣнкой матки.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *Ahlfeld.*—Handbuch der Geburtshilfe. 1895.
- 2) *Онг-же.*—Vorschläge für eine einheitliche Benennung etc. Centr. f. Gynäk. 1895. № 8.
- 3) *Абуладзе.*—Медицинскій отчетъ клиники проф. *Рейна* за 1893—1894 г. (Журналъ Акуш. и Женск. бол., ноябрь, 1896).
- 4) *Алафоновъ.*—Медицинскій отчетъ акушерской клиники проф. *К. Ф. Славянской.* Спб. 1885.
- 5) *Биддеръ.*—Сборникъ трудовъ врачей Сиб. Родовспомогательнаго Заведенія. Выпускъ III. 1895.
- 6) *Блоруссовъ.*—Объ исходѣ операциі наложенія щипцовъ и пр. Спб. 1894. Дисс.
- 7) *Berry Hart.*—Centr. f. Gynäk. 1891, стр. 46.
- 8) *R. Braun von Fernwald.*—Ueber die Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe. Wien. 1895.
- 9) *Вознесенскій.*—Медицинскій отчетъ акушерской клиники проф. *Феномена* съ сентября 1887 по мартъ 1893 г. (Журн. Акуш. и Женск. бол., 1896, IX, X и XI).
- 10) *Вовфъ.*—Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники акушерства и женскихъ болѣзней. Спб. 1891. Дисс.
- 11) *Даниловичъ.*—Клиническія и экспериментальныя изслѣдованія объ отдѣленіи и выдѣленіи послѣда. Дисс. Спб. 1887.
- 12) Отчетъ о дѣятельности Московскаго Родовспомогательнаго Заведенія, съ 1868 по 1892 г. Отдѣльная таблица, составленная *П. И. Добрынинымъ.*
- 13) *Знаменскій.*—Медицинскій отчетъ акушерско-гинекологической клиники. Спб. 1893. Дисс.
- 14) *Касьяновъ Н. Е.*—Къ вопросу объ эмболии легкихъ плацентарными гигантами. Дисс. Спб. 1896.
- 15) *Кашкаровъ.*—Atonia partialis uteri ex metritide interstitiali chronica. Дисс. 1880. Спб.
- 16) *Красовскій.*—Оперативное акушерство. 1885 г.
- 17) *Kleinwächter.*—Реальная энциклопедія *Eulenburg'a* Русс. изд. XV стр. 752.
- 18) *Campe*, см. *Zweifel's* Lehrbuch der Geburtshilfe. 1895.
- 19) *Curatulo.*—*Frommel's* Jahresbericht. 1894, стр. 546.
- 20) *Credé.*—Ueber die zweckmässigste Methode d. Entfernung d. Nachgeburt. Monatsch. f. Geburtshilfe. Bd. 16, стр. 327—342 и Bd. 17, стр. 264, 1861 г.
- 21) *Лазаревичъ.*—Акушерство. 1892.
- 22) *Львовъ.*—Отчеты по Лихачевскому отдѣленію Казанской Земской больницы за 1891—1892, 1892—1893, 1893—1894, 1894—1895 и 1895—1896.
- 23) *Langhans.*—Archiv. f. Gynäk. VIII.
- 24) *Lemser.*—См. *Veit, Даниловичъ.*
- 25) *Leopold-Leisse.*—Centr. f. Gynäk., 1891, стр. 648.
- 26) *Leusden.*—Ueber die serotinalen Riesenzellen etc. Zeitschrift f. Gynäk. XXXVI.

- 27) *Михайловъ*.—Средніе русскіе акушерскіе итоги за 50 лѣтъ. Дисс. Спб. 1895.
- 28) *Neumann*.—Monatschrift f. Geburt. und Gynäk. 1896. IV.
- 29) *Парышевъ*.—Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія академической акушерско-гинекологической клиники. Спб. 1887. Дисс.
- 30) *Потыенко*.—Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней. 1893 г.
- 31) *Онъ-же*.—Ibidem. 1896, № 2, стр. 188 и сл.
- 32) *Feizer*.—Ueber das Credé's Verfahren der Nachgeburtsperiode. Arch. f. Gynäk. Bd. XLVII, Heft. 3.
- 33) *Рузи*.—Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. К. Ф. Славянскаго за 1891 и 1892 г. Сборникъ, поднесенный К. Ф. Славянскому его учениками. Спб. 1894.
- 34) *Runge*.—Учебникъ акушерства. Русск. изд. 1-е, стр. 743.
- 35) *Сазонова*.—Отчетъ о дѣятельности Спасскаго Родильнаго Пріюта. Сборникъ, поднесенный проф. Славянскому его учениками. Спб. 1894.
- 36) *Teuffel*.—Duncan oder Schultze. Monatschrift f. Geb. und Gynäk. Bd. I, Heft. 2.
- 36) *Столыпинскій*.—Медицинскій отчетъ клиники проф. Феноменова съ октября 1876 по май 1887 г. Казань, 1888.
- 37) *Улезко-Строганова*.—Матеріалы къ микроскопическому строенію послѣда. (Журн. Акуш. и Женск. бол., апрѣль, 1895).
- 38) *Она-же*.—Zur Frage von der Entstehung des Zwischenzottenraumes. Monatsch. f. Geb. und Gynäk. 1897, Bd. V, Heft 1 и 2.
- 39) *Феноменовъ*.—Оперативное акушерство, I изд.
- 40) *Veit*.—Ueber die Behandlung der Blutungen unmittelbar nach der Geburt (Gesellschaft f. Geb. und Gynäk. zu Berlin. Засѣданіе 13 іюня 1894 г.).
- 41) *Hegar*.—Monatschrift f. Geb. und Frauenkrank. Bd. XX.
- 42) *Hofmeier*.—Beiträge zur Anatomie und Entwicklung der menschlichen Placenta. Zeitschrift f. Gynäk. XXXV.
- 43) *Черневскій*.—См. *Биддеръ*.
- 44) *Zweifel*.—Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart. 1895.
- 45) *Ziegler*.—Beiträge zum Mechanismus der physiologischen Placentalösung. Diss. 1895.
- 46) *Шмидтъ*.—Медицинскій отчетъ Маріинскаго Родовспомогательнаго Дома съ 30 апрѣля 1870 по 1 января 1881 г. Спб. 1886 г.
- 47) *Онъ-же*.—Отчетъ Маріинскаго Родовспомогательнаго Дома съ 1 января 1881 по 1 января 1891 г. Спб. 1892.
- 48) *Schauta*.—Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. 1895 г.
- 49) *Онъ-же*.—Die Behandlung der Blutungen post partum. Wiener med. Zeitung. 1894. №№ 23 и 24.
- 50) *Schrader*.—Placentaretention, deren Aetiologie, Verhütung und Therapie (Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. Засѣданіе 10 мая 1892 г.).
- 51) *Schröder*.—Учебникъ акушерства, 4-е русск. изд., 1888.

Fig. 1.

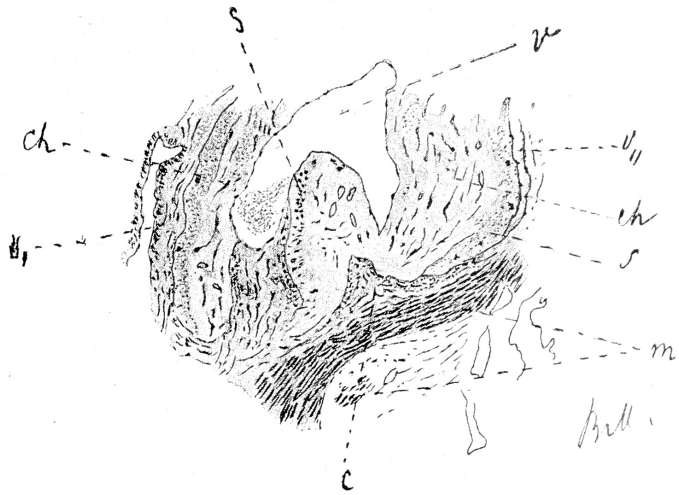


Fig. 2

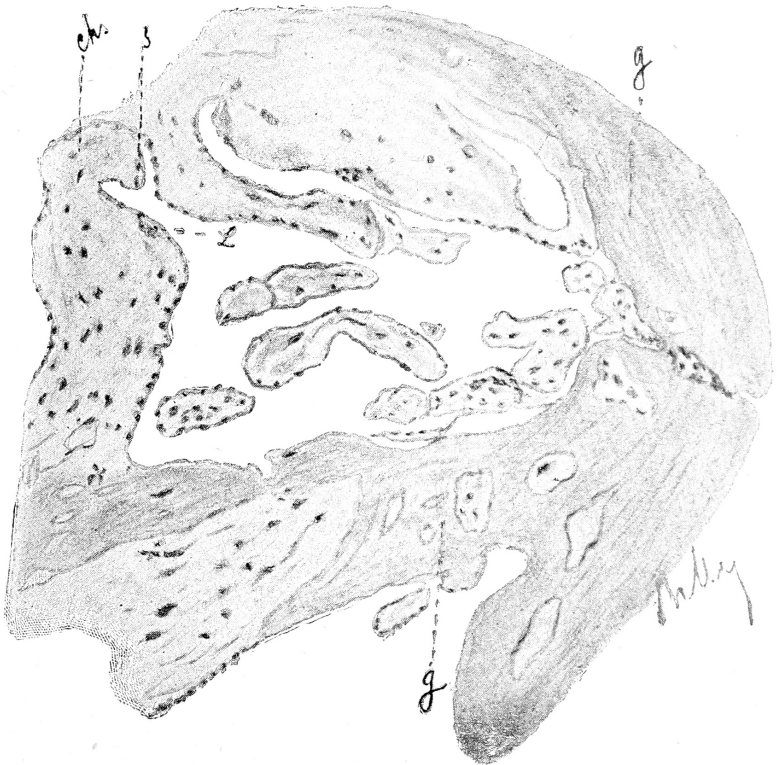


Fig 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

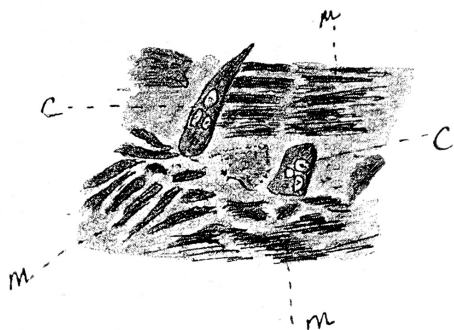
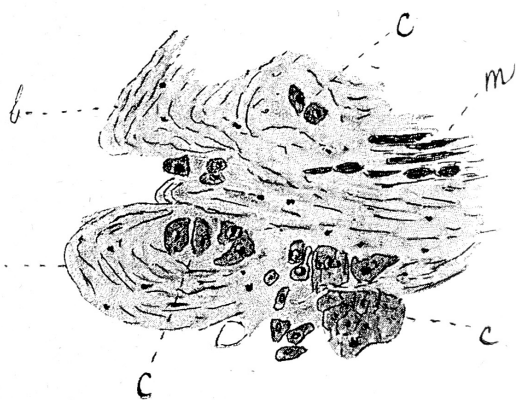


Fig. 6.



ОБЪЯСНЕНИЕ РИСУНКОВЪ.

(Рисунки сдѣланы при помощи рисовальнаго аппарата *Abbé*).

Рис. 1. Hartnack. Ocul. 4, Obj. 4. Срѣзь изъ I случая: ворсинки и окружающая ихъ мышечная ткань. Ch—ворсинки хоріона, s—syncytium съ клѣтками *Langhans*'а, v—сосудъ ворсинки, v,—сосудъ соединительной ткани, v.,—сосудъ въ децидуальной ткани, m—мышцы матки, c—соединительная ткань.

Рис. 2. Hartnack. Ocul. 2, Obj. 8. II случай: ворсинки съ децидуальной тканью. Ch—ворсинки хоріона съ syncytium (s) и клѣтками *Langhans*'а (L), g—гомогенная масса замѣнившая клѣтки deciduae foetalis.

Рис. 3. Hartnack. Ocul. 2, Obj. 8. II случай: pars foetalis deciduae serotinae. Ch—ворсинки хоріона съ syncytium (s) и клѣтками *Langhans*'а (L); d. f.—decidua foetalis съ клѣтками, заключенными въ гомогенную массу.

Рис. 4. Hartnack. Ocul. 2, Obj. 8. Гигантскія клѣтки syncytium'а среди мышечныхъ пучковъ матки: m—мышечные пучки, v—тонкостѣнные сосуды, наполненные кровью, c—гигантскія синцитіальныя клѣтки, частью прилежащія къ сосудамъ, частью лежащія свободно среди мышечныхъ пучковъ.

Рис. 5. Увеличеніе тоже. Гигантскія клѣтки среди пучковъ мышцъ матки: m—мышцы, c—гиганты синцитія.

Рис. 6. Также увеличеніе. Крупныя одноядерныя клѣтки покрова ворсинъ среди соединительной межмышечной ткани и среди мышечныхъ пучковъ: m—пучокъ мышечныхъ волоконъ, c—крупныя клѣтки изъ покрова ворсинъ, b—межмышечная соединительная ткань.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ англійской Акушерско-Гинекологической литературы.

134. Professor W. R. Pryor.—(New York Polyclinic). The Surgical Anatomy of the Internal iliac Artery in Woman and a more radical Operation for malignant Disease of the uterus.—(The American Journal of obstetrics etc, June 1896, pp. 801—817).—Хирургическая анатомія art. il. intern. у женщинъ и наиболѣ радикальная операція при злокачественномъ поражении матки.

Въ первой половинѣ своей статьи проф. Pryor описываетъ развѣтвленія art. iliacaе internaе, на основаніи изслѣдованіи Quain'a, Ящинскаго (Jastschinsky) Kelly, Clark'a и собственныхъ работъ. 15 рисунковъ (два изъ нихъ по топографіи таза съ раскрашенными и инъецированными сосудами) иллюстрируютъ текстъ. За невозможностью воспроизведенія здѣсь рисунковъ, ограничусь указаніемъ на оригиналъ.

Во 2-ой части статьи авторъ проводитъ мысль о возможности перевязки а. iliac. int, послѣ чего можно вырѣзать пораженный злокачественнымъ новообразованиемъ части въ верхней части таза, считавшіяся до сихъ поръ неоперируемыми; вмѣстѣ съ тѣмъ оперированныя области лишаются притока крови и тѣмъ предупреждается рецидивъ новообразованія.

Howard—Kelly (Yohn Hopkins Hosp. Bulletin, 1896) перевязалъ въ одномъ случаѣ art. uterinam на наружной сторонѣ uter'овъ послѣ чего вырѣзалъ пораженный ракомъ части на гораздо большемъ пространствѣ, чѣмъ это дѣлали другіе; но это полезно только тамъ, гдѣ заболѣваніе ограничивается одною маткой. При

ракъ шейкѣ способъ *Kelly* бесполезенъ, ибо около—цервикальныя желѣзы распространяются глубоко въ клѣтчатку области *retroperitoneal*ной и *foraminum obturatorium*; эти желѣзы расположены по ходу *a. il. int.* и по боковымъ стѣнкамъ таза. У *foram. obturator.* эти желѣзы лежатъ въ сѣти венозныхъ сосудовъ и вырѣзание однихъ желѣзъ безъ этой венозной сѣти невозможно.

Во всѣхъ случаяхъ цервикальнаго рака съ пораженіемъ желѣзъ глубокихъ частей таза, во всѣхъ случаяхъ рецидива рака послѣ *hysterectomiae*, въ такъ называемыхъ не—оперируемыхъ случаяхъ, проф. *Pryor* предлагаетъ перевязку обѣихъ *aa. il. int.*, какъ подготовительную операцію передъ вырѣзаніемъ раково-пораженныхъ частей (р. 810).

При этомъ способѣ удаляются всѣ больныя части; а тѣ которая нельзя удалить, при этомъ лишаются притока крови и такимъ образомъ, мы если не достигаемъ радикальнаго излѣченія, то замедляемъ развитіе болѣзни. Послѣ перевязки *a. il. int.* можно вырѣзать матку, заднюю стѣнку пузыря до слизистой, значительную часть влагалища, всѣ лимфатическія желѣзы, кромѣ лежащихъ около *v. iliac. int.*, у *p. n. sacral.* и у *foramin. obturator;* *ureter*ы отодвигаются въ стороны.

До сихъ поръ перевязка *aa. iliac. int.* съ обѣихъ сторонъ произведена 2 раза: въ 1886 г. д-ромъ *Dennis*омъ при 2-хъ сторонней большой аневризмѣ *a. gluteae*, открытой при *laparotomia*. Больная умерла на 4-й день при *suppressio urinae*, происшедшей отъ обостренія хроническаго нефрита вслѣдствіе прекращенія притока крови. Другой разъ операція произведена *Howard*омъ *Kelly* для остановки сильнаго кровотечения, появившагося послѣ вырѣзанія раково-перерожденной матки. Больная выздоровѣла.

При гипертрофіи простаты *Bier*, *Meyer*, *Bergmann*, *Koenig*, *Jsrail* тоже перевязывали обѣ *a. a. iliac. intern.* Операція эта не влечетъ омертвѣнія частей, кровь къ которымъ протекаетъ по вѣткамъ *aa. il. int.*

Проф. *Pryor*, пропагандируя эту операцію, надѣется, что ей удастся спасти или продлить жизнь больныхъ, обреченныхъ на смерть.

М. Гинзбургъ.

135. 1. Dr. R. Worrall.—Two Cases of abdominal Section for intraperitoneal Haemorrhage due to ruptured ectopic gestation.—(The Australasian medic. gaz., June 1896., p. 244).—
Два кровоизліянія по причинѣ внутри-брюшиннаго кровоизліянія изъ разрыва плоднаго мѣшка при вѣматочной беременности.

2. Dr. Rennie.—Three fatal Cases of ectopic Gestation.—(Ibidem, p. 245).—3 смертельныхъ случая вѣматочной беременности.

3. Dr. Stewart Mc Kay.—Ectopic Molar pregnancy.—(Ibidem, p. 234).—Вѣматочная беременность заносомъ.

4. Profes. Michinard.—(New Orlean). A Case of plural ectopic gestation.—(The American Journ. of obstetrics, July 1896, p. 36).—Вѣматочная беременность двойней.

1. Въ отдѣленіе Worrall'a привезена была женщина въ состояніи коляпса съ диагнозомъ вѣматочной беременности; пульсъ 144, едва ощутимъ. Разрывъ произошелъ за 18 часовъ, были обмороки, рвоты. Животъ не растянуть, мягокъ, снаружи опухоль не прощупывается, изслѣдованіе per vaginam не сдѣлано ради ускоренія операціи. При вскрытіи живота ткани найдены обезкровленными: ни изъ одного сосуда не показалось крови; изъ полости брюшины вылилось нѣсколько фунт. жидкой крови; на растянутую правую фаллопиеву трубу и широкую связку наложены зажимы и фаллопиева труба вырѣзана вмѣстѣ съ яичникомъ; разрывъ былъ вблизи матки. Оперированная выздоровѣла, хотя W. не рассчитывалъ на это.

Въ 2-мъ случаѣ W. оперировалъ послѣ 2-хъ приступовъ кровоизліяній: разъ въ широкую связку, 2-й разъ въ брюшину; операція произведена черезъ 3 дня послѣ 2-го приступа. Разрывъ оказался въ плодномъ мѣшкѣ на задней поверхности широкой связки. Перевязка а. ovarialis и части широкой связки, отъ маточнаго рога до тазовой стѣнки, съ вырѣзаніемъ этой части связки; такъ какъ кровь все таки просачивалась, то все прижато марлевымъ тампономъ; въ Дугласово пространство введена стеклянная трубка, удаленная на 2-я сутки; тампонъ вынуть на 3-й день. Больная выздоровѣла. W. промываетъ брюшину солевымъ растворомъ, оставляя часть его въ полости ея.

2. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ Rennie больныя не подозрѣвали у себя беременности, ибо менструировали; а когда наступили приступы кровоизліяній съ обмороками и т. д., то приглашенные врачи не застали пациентокъ живыми. Діогнозъ установленъ при вскрытіи.

3. У оперированной *Мс. Кау'емъ* приступы кровоизліянія были на 6-ой и 10-ой недѣляхъ. Искривленная кзади и вправо матка была увеличена соотвѣтственно сроку беременности, правая фаллопіева труба ошупывалась растянutoй гноемъ и правый яичникъ кистовиднымъ; влѣво прощупывалась; продолговатая опухоль и другой, тоже увеличенный яичникъ. Обширныя сращения; наркозъ плохо переносился и послѣднія 20 минутъ пришлось производить искусственное дыханіе, операція закончена безъ наркоза.

Въ правой фаллопіевой трубѣ найдены ворсистая оболочка и кровяные сгустки; поэтому авторъ считаетъ этотъ случай внѣматочной беременностью, хотя зародыша не было. Изъ 20 оперированныхъ имъ внѣматочныхъ беременностей это былъ единственный случай заноса. Пациентка выздоровѣла.

Проф. *Michinard* оперировалъ почти агонизирующую женщину съ пульсомъ въ 160 ударовъ въ минуту; поэтому ей предварительно вприснули въ *v. cephalica median.* около $\frac{1}{2}$ галлона солянаго раствора (7 стакановъ) и подкожно $\frac{1}{10}$ грана стрихнина. Пульсъ сталъ крѣже и рѣже, 110 въ минуту. Изъ брюшины хлынулъ потокъ крови; проф. *М.* ошупью сжалъ маточный конецъ растянutoй фаллопіевой трубы пока помощники очистили полость брюшины отъ кровяныхъ сгустковъ и перевязали оба конца фаллопіевой трубы вмѣстѣ съ яичникомъ. Одинъ зародышъ, большій, лежалъ свободно въ полости брюшины; онъ имѣлъ 13 дюймовъ длины; въ вырѣзанной фаллопіевой трубѣ найдень 2-ой плодъ $2\frac{1}{2}$ дюймовъ длины съ вторымъ, отдѣльнымъ послѣдомъ; меньшій зародышъ былъ сплюсненъ.

Беременность была 8 мѣсячнаго срока: послѣднія регулы въ концѣ декабря 1894 г., разрывъ плоднаго мѣшка—12 сентября 1895 г. Другая фаллопіева труба и яичникъ оказались здоровыми и были оставлены. Въ апрѣлѣ 1896 г. больная навѣстила проф. *Michinard'a* и оказалась вновь беременною на 4-мъ мѣсяцѣ; на этотъ разъ беременность была правильной въ маткѣ, по положенію и величинѣ соотвѣтствовавшей сроку беременности. *М. Гинзбургъ.*

136. Dr. Reuben Peterson.—Treatment of Pelvic Suppuration by abdominal section without Hysterectomy.—(The American Journ. et Obstetrics etc, July, 1896, p. 31—36).—Лѣченіе нагноеній въ тазу путемъ чревосѣченія, но безъ вырѣзанія матки.

Dr. P. разсматриваетъ въ этой статьѣ вопросъ о томъ: 1) въ какихъ случаяхъ слѣдуетъ при нагноеніяхъ въ тазу оперировать

абдоминальнымъ путемъ и при томъ, 2) въ какихъ изъ этихъ случаевъ позволительно произвести одновременно и вырѣзаніе матки? Авторъ исключаетъ изъ своего разбора нарывы пуэрпэ-рального происхожденія съ острымъ теченіемъ, безъ участія въ процессѣ Фаллопиевыхъ трубъ или яичниковъ, а ограничивается разсмотрѣніемъ гнойныхъ или сыровидныхъ скопленій въ тазу съ участіемъ Фаллопиевыхъ трубъ и яичниковъ или безъ онаго.

Авторъ говоритъ, что вагинальный путь къ такимъ гнойни-камъ, требующій очень искусной технической подготовки, спасаетъ иногда больныхъ, крайне-ослабленныхъ, которые не перенесли бы чревосѣченія; но нѣкоторые врачи стали производить эту опера-цію черезъ-чуръ часто, въ неподходящихъ случаяхъ и дискре-дитировали ее.

А. чревосѣченіе показано:

1) Въ случаяхъ, гдѣ возможно примѣненіе консервативныхъ методовъ.

2) Гдѣ гнойныя скопленія—двухстороннія и гдѣ желательно полное изсѣченіе ихъ.

3) Гдѣ гнойники находятся высоко въ брюшной полости.

I. *Консервативные методы* въ брюшной хирургіи особенно полезны тамъ, гдѣ мы опредѣляемъ гнойникъ въ маточныхъ придаткахъ одной стороны, а относительно придатковъ другой стороны діагнозъ не ясенъ. Послѣдніе обыкновенно покрыты ложными оболочками вслѣдствіе бывшихъ раньше перитонитовъ и при операціи сверху они вылущиваются изъ сращеній, безъ значительнаго травматизма. Какъ *Baldy* доказалъ, въ большинствѣ подобныхъ случаевъ не находится жидкаго гноя въ придаткахъ; послѣ повторныхъ воспаленій гной представляется сгущеннымъ въ видѣ казеозной массы и стѣнки трубъ утолщены. Матка при этомъ иногда подвижна, только придатки ея сращены съ тазовымъ дномъ. Нужно много опытности, чтобы во время операціи рѣшить, оставить ли освобожденные отъ сращеній трубы или вырѣзать ихъ? И не разъ оставленіе трубъ давало благодѣтельные резуль-таты. При влагалищной операціи послѣднее совершенно не мыслимо.

II. *При наличности двухстороннихъ гнойниковъ*, полезнѣе вырѣзать ихъ до чиста. При влагалищномъ способѣ хирургіи часто ограничиваются вскрытіемъ и дренажемъ больныхъ при-датковъ; а оставленіе пораженной части въ тазу постоянно угрожаетъ больной опасностью рецидивовъ; стѣнки гнойныхъ скопленій становятся инороднымъ тѣломъ и ихъ нельзя оставить въ тазу.

Воспаленія въ тазу обыкновенно влекутъ приращенія кишекъ, сальника, матки; отсепаровка ихъ снизу или невозможна и нерѣдко требуетъ вскрытія живота сверху или первая влечетъ позднѣе новыя страданія больныхъ.

Аппендицитъ тоже нерѣдко осложняетъ воспаленія въ тазу и отсепаровка его снизу невозможна.

III. *Peterson* говоритъ, что послѣродовые pyosalpinx или нарывъ въ яичникѣ обыкновенно недоступны со стороны влагалища; только у очень истощенныхъ септическими процессами *P.* допускаетъ вскрытіе и дренажъ гнойниковъ черезъ влагалище, отлагая радикальную операцію—чревосѣченіе—до поправки больныхъ.

B. Допуская, что чревосѣченіе показано, слѣдуетъ ли производить и въ какихъ случаяхъ гистеректомію?

Если измѣненія въ маткѣ такъ значительны, что она будетъ служить причиной постоянного нездоровья женщины, даже послѣ вырѣзанія у ней придатковъ, то такую матку слѣдуетъ вырѣзать. Хирургъ не долженъ оперировать шаблонно, не вырѣзывать разные органы полового аппарата безъ достаточнаго патологическаго основанія къ тому.

Опытъ показываетъ, что послѣ изсѣченія придатковъ обоихъ сторонъ, пациентки страдаютъ маточными бѣлями, кровотечениями или тяжелыми рефлексорными припадками, обусловливаемыми самой маткой, несмотря на выскабливаніе ея до или послѣ операціи. Съ другой стороны часто наблюдаются случаи полного выздоровленія послѣ удаленія однѣхъ придатковъ.

Polk, напр., утверждаетъ, что по удаленіи придатковъ, матка становится излишнею и должна быть вырѣзана, ибо служитъ иногда причиной неудачи, т. е. не прекращенія болѣзни, ради которой операція предпринята, а потому всегда слѣдуетъ по его мнѣнію вырѣзать одновременно и матку.

Хотя у многихъ врачей гистеректомія не увеличиваетъ процента смертности, получаемого при двухсторонней salpingo-oophorectom'ии съ оставленіемъ матки, но это не должно побуждать насъ вырѣзать матку во всѣхъ случаяхъ удаленія придатковъ.

Исслѣдованія *Werthesm'a*, *Döderlein'a* и *Werth'a* разъяснили многое въ вопросѣ объ эндометритѣ; *Schauta* полагаетъ, что мы вправѣ вырѣзать всѣ внутренніе органы, если мы діагностируемъ гонорройный pyosalpinx; онъ логичнѣе другихъ гинекологовъ, увѣряя, что при гонорройномъ эндометритѣ мы не можемъ спасти придатковъ матки. *Dr. Peterson* не согласенъ съ этимъ мнѣніемъ! Острою ложечкой съ послѣдующимъ дренажемъ ему удавалось

излѣчить нѣкоторые случаи endometrit'a несомнѣнно гоноррейнаго свойства.

P. допускаетъ гистеректомію въ слѣдующихъ 4-хъ категорическихкихъ случаяхъ:

1) При значительномъ пораженіи матки, когда никакая другая операція не даетъ шансовъ на излѣченіе.

2) При туберкулезѣ придатковъ.

3) Когда при удаленіи гнойниковъ въ придаткахъ, повреждены серозный покровъ матки или само тѣло матки, ибо здѣсь угрожаютъ сращенія кишокъ и непроходимость ихъ.

4) Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ pyosalpinx, а гистеректомія необходима ради обезпеченія дренажа черезъ влагалище.

Во всѣхъ другихъ случаяхъ *P.* рекомендуетъ выскабливаніе матки, но не гистеректомію.

М. Гинзбургъ.

137. Dr. I. W. Hickman. (Washington).—The Management of cesas after abdominal operations.—(The American Journal of Obstetrics etc, september 1896, pp. 333—340).—**Уходъ за больными послѣ чревосѣченій.**

Иные хирурги производятъ операцію очень искусно и асептически, но мало заботятся о дальнѣйшей участи своихъ больныхъ, которые не рѣдко погибаютъ отъ разныхъ случайностей послѣ—операционнаго періода. Указанію этихъ случайностей и предотвращенію ихъ dr. *Hickman* посвящаетъ свою статью. Послѣ чревосѣченій необходимо туго убинтовать животъ, начиная съ нижнихъ реберъ, и ноги до колѣнъ, мышцы живота нужно сдѣлать неподвижными, но движенія ногъ вліяютъ на послѣднія, поэтому на первые 3—4 дня нужно убинтовать и ноги.

Больную не слѣдуетъ переносить съ операционнаго стола на ея кровать, какъ это нерѣдко дѣлается, такимъ образомъ, что одна сидѣлка беретъ больную за ноги, а другая—за плечи, при чемъ тѣло больной—сгибается, какъ мѣшокъ съ зерномъ, для переноски больныхъ необходимы носилки съ досчатымъ, неподвижнымъ дномъ, что очень способствуетъ гладкому теченію послѣ операционнаго періода.

Далѣе важно предупредить *шокъ*. Патологія его не выяснена посмертныя измѣненія—отрицательнаго свойства: шокъ слѣдуетъ считать угнетеніемъ жизненной энергіи нервной системы. Шокъ предотвращается путемъ возбужденія центральной нервной системы, главное сердечной дѣятельности. Для этого *Hickman* обкладываетъ оперированныхъ на первые полчаса или больше *бутыл-*

ками *горячей воды*, завернутыми во что нибудь, избѣгая случающихся при этомъ ожоговъ. Кромѣ того нужно впрыснуть подъ кожу больной $\frac{1}{20}$ грана *стрихнина*; это лучшее возбуждающее средство, только его нужно впрыснуть побольше, $\frac{1}{20}$, а не $\frac{1}{100}$ или $\frac{1}{50}$ грана, какія дозы не достигаютъ цѣли. При наступленіи шока больные отлично переносятъ стрихнинъ; дозу $\frac{1}{20}$ нужно впрыснуть 3—4 раза, черезъ 20—30 минутъ, пока пульсъ станетъ крѣпкимъ. Нечего бояться отравленія, гораздо опаснѣе—слабость сердца. *Жажда* послѣ операціи принадлежитъ къ явленіямъ, тягостнымъ для больныхъ и для врачебнаго персонала. Авторъ не имѣетъ личнаго опыта о предупреждающемъ лѣченіи такой жажды путемъ обильнаго питья за 1—3 дня до операціи. Если у больной нѣтъ рвоты, то по истеченіи 3—4 часовъ послѣ операціи *H.* даетъ больнымъ по чайной ложкѣ холодной воды черезъ 1—2 часа; черезъ 6—8 часовъ послѣ операціи *H.* разрѣшаетъ больнымъ чайную ложку теплой воды каждыя 15—30 минутъ, что очень утоляетъ жажду. Когда же случается рвота, то нельзя давать больной питья. Леду *Hickman* не даетъ: если дать больной кусочекъ льду, то она требуетъ его ежеминутно; въ желудкѣ набирается воды больше, чѣмъ можетъ всосаться—послѣдствіемъ этого является рвота. Теплая вода въ клистирѣ, по 3—4 унца, каждые 2 часа, тоже утоляетъ жажду; послѣдняя уменьшается отъ полосканья рта теплою водою, даже безъ проглатыванія ея!

Рвота зависитъ отъ многихъ условій: отъ анестетическихъ средствъ, отъ шока, отъ септического зараженія, отъ непроходимости кишекъ паретического происхожденія. При рвотѣ отъ наркоза—мы почти безсильны; немного морфія подкожно иногда облегчаетъ эту рвоту, а главное—полнѣйшее спокойствіе и обильный притокъ свѣжаго воздуха. Авторъ замѣчаетъ, что къ впрыскиваемому подъ кожу морфію не слѣдуетъ прибавлять атропина: послѣдній уменьшаетъ испаренія кожи, способствующія лучшему самочувствію больныхъ. Отхожденіе газовъ изъ кишечника указываетъ на восстановленіе нервнаго импульса, съ появленіемъ газовъ рвота прекращается или быстро уменьшается. Теперь время очистить желудокъ, лучше всего соленымъ слабительнымъ, возбуждающимъ меньше всего перистальтику. Авторъ даетъ по чайной ложкѣ сѣрноокислой магнезіи въ чашкѣ чернаго кофе, каждыи часъ, до дѣйствія.

Часто скопленіе газовъ причиняетъ послѣ чревосѣченія большія непріятности какъ больной, такъ и врачу. Иногда такое скоп-

леніе зависитъ отъ неразумной діеты до операціи, такъ въ одномъ случаѣ больная пила до операціи холодный чай. Растяженіе живота газами обуславливается обыкновенно 2-мя условіями; въ одномъ существуетъ парезъ кишекъ, парезъ симпатическихъ узловъ; въ другомъ ряду случаевъ—перистальтика кишекъ усилена, слышно урчаніе въ кишкахъ, пациенты жалуются на боли въ кишкахъ, у иныхъ являются рвоты, даже фекальными массами.

Лѣченіе, конечно, не будетъ одинаковымъ въ обѣихъ категоріяхъ: въ первой—полезны возбуждающія средства: 5 гранъ хинина въ $\frac{1}{2}$ рюмкѣ водки нѣсколько пріемовъ, черезъ 3—4 часа; во 2-й категоріи случаевъ—нужно подкожное введеніе морфія и 1 клизма съ терпентиномъ. Въ этихъ случаяхъ дѣло иногда оканчивается летально, рвоты очень изнуряютъ больныхъ и авторъ превозноситъ здѣсь пользу опіатовъ.—Дренажъ изъ гутаперчевой трубки или марли долженъ лежать до тѣхъ поръ, пока выдѣляющаяся жидкость будетъ серозною; если послѣднее не наступаетъ черезъ 48 часовъ, это указываетъ на зараженіе. Марлевый дренажъ нужно мѣнять почаще, ибо грануляціи, разрастаясь, затрудняютъ послѣ извлеченіе дренажа.

Нужно совѣтовать больной выпускать мочу самопроизвольно; если это невозможно, надо выпускать ее катетеромъ черезъ каждые 8 часовъ.

Больная, по выздоровленіи, должны носить бинтъ, по крайней мѣрѣ, въ теченіи года.

М. Гинзбургъ.

138. 1. **Dr. John Gibson. Puerperal Eclampsia without renal symptoms; bloodsétting; Recovery.** — (Lancet 24 Oct. 1896, p. 1153).—Послѣродовая эклампсія безъ пораженія почекъ, кровопусканіе, выздоровленіе.

2. **Prof. Tarnier: Venesection in puerperal Eklampsia.**—(The international Congress of gynaekology and obstetrics. Correspondence of the Lancet, 17 Oct., 1896. p. 1126).—Кровопусканіе при послѣродовой эклампсіи.

Dr. G. былъ спѣшно позванъ къ 19-лѣтней 1 роженицѣ, у которой случился приступъ экламптическихъ конвульсій. Беременность протекла нормально, молодая женщина, бывши до того совершенно здоровой, прошла пѣшкомъ около мили, отъ себя къ матери, гдѣ ей стало дурно, она упала на полъ и у ней начались судороги. *Dr. G.* нашель ее въ безсознательномъ состояніи; ребенокъ мертвый, лежалъ между ногами родильницы; по перерѣзкѣ пуповины, больную перенесли въ постель; черезъ нѣсколько минутъ вышелъ и послѣдъ. Экламптические приступы не прекра-

щались. *G.* хлороформировалъ больную, влилъ 1 драхму хлорал—гидрата per rectum: ничто не помогало. Тогда д-ръ *Gibson* сдѣлалъ родильницѣ кровопусканіе въ 12 унцъ. Приступы стали короче и легче, а черезъ 6 часовъ родильница пришла въ сознаніе, а на другой день была уже внѣ опасности.

Моча, выпущенная катетеромъ, оказалась съ ничтожными слѣдами бѣлка, безъ цилиндровъ, отековъ у родильницы не было; во время беременности она ничѣмъ не болѣла. Ребенокъ умеръ, вѣроятно, во время родовъ, ибо трушникъ былъ свѣжій.—Авторъ поэтому утверждаетъ, что эклампсія въ данномъ случаѣ произошла отъ циркулировавшихъ въ крови токсиновъ, не почечнаго происхождения; *G.* настаиваетъ на пользѣ кровопусканія.

Проф. *Tarnier* сталъ въ послѣдніе годы (съ 1892—1896) тоже приверженцемъ *V.S.* при эклампсіи. Онъ привелъ статистику эклампсіи въ парижской maternité съ 1884 по 1896 г. съ 312 случаями болѣзни и 116 изъ нихъ смертельными, т. е. 37%; смертность дѣтей была 60%; за время его завѣдыванія клинкой съ 1889—1896 г. было 40 случаевъ эклампсіи съ 9 смертными=22,5. До 1892 г. *Tarnier* употреблялъ хлороформъ, хлораль, молоко и весьма рѣдко—кровопусканіе. Изъ 18 больныхъ умерли 7=38,8% съ 1892 г. *Tarnier* началъ примѣнять во всѣхъ случаяхъ *V.S.*, слабительныя, молоко (даже черезъ пищеводный катетеръ); изъ 22 умерли только 2 матери=9%, а дѣтей умерло 77%.

Изъ этого видно, что кровопусканіе очень полезно при эклампсіи.

М. Гинзбургъ.

139. **Dr. Rufus B. Hall (Cincinnati).—Double ovariectomy during pregnancy without Abortion.**—(The Americ. Journ. of Obstetrics etc., 1896, June, p. 891).—**Двухсторонняя овариотомія у беременной, безъ выкидыша.**

30 лѣтняя дама, родившая 18 мѣсяцевъ назадъ и болѣвшая послѣ тѣхъ родовъ воспаленіемъ тазовыхъ органовъ, забеременѣла вновь весною 1894 г. Она была очень нервная женщина. *Dr. R. Hall*, опредѣливъ у ней небольшую опухоль позади матки, предложилъ операцію. Послѣдняя была произведена въ частной болницѣ *Hall*'я 12 іюня 1894 г. По вскрытіи живота, позади беременной матки найдена киста яичника, съ тонкими стѣнками, приращенная; она была вырѣзана. Яичникъ и труба другой стороны были тоже окружены сращениями, болѣзненно измѣнены и потому *Dr. Hall* вырѣзалъ ихъ. Первые 12 часовъ послѣ операціи больная страдала отъ сильныхъ болей въ животѣ, которыя потомъ успокоились, кишечникъ очищенъ помощью соленого сла-

бительнаго на 2-й день; температура и пульсъ были нормальны. На 3 сутки послѣ операціи (черезъ 56 часовъ) при t^0 въ 37,2 пульсъ поднялся до 120, больная начала заговариваться, за тѣмъ у ней развился приступъ острой маіи, длившійся всего одинъ часъ; слѣдующіе 48 часовъ она пребыла въ психически не нормальномъ состояніи, хотя и небуйномъ; психозъ совершенно успокоился черезъ 72 часа отъ момента появленія его. Дальнѣйшее выздоровленіе шло нормальнымъ путемъ, на 20-й день оперированная могла сидѣть, а на 33-й день она уѣхала домой совершенно здоровой. Послѣоперационное помѣшательство обыкновенно длится 2—3 недѣли.

М. Гинзбургъ.

140. Prof. J. W. Irion (Fort Worth University, Texas).—A. Case of precocious menstruation.—(New-York med. Journ., 15 August 1896, p. 227).—Случай ранней менструаціи.

10 октября 1895 г. проф. *Irion* былъ при родоразрѣшеніи одной дамы, нѣмки по происхожденію. Новорожденная дѣвочка вѣсила 9 фунтовъ. 17 октября д-ра *Irion*'а попросили осмотрѣть новорожденную по случаю появленія у нея кровавистыхъ выдѣленій изъ влагалища. Эти крови длились 4 дня и никакого дурнаго вліянія на здоровье ребенка не оказывали. Въ декабрѣ у ребенка не было кровей, но въ соотвѣтствующія числа у него появились нервные припадки и сыпь на всемъ тѣлѣ, постепенно въ нѣсколько дней исчезнувшая; мать передавала, что наканунѣ появленія сыпи она выкупала ребенка въ болѣе прохладной водѣ, чѣмъ обыкновенно, что и могло задержать наступленіе регулъ. Въ январѣ и въ слѣдующіе мѣсяцы регулы появлялись у ребенка совершенно правильно. Грудныя желѣзы и лобокъ были у ребенка болѣе развиты, чѣмъ вообще у дѣтей его возраста. Прикосновеніе къ груднымъ желѣзамъ въ дни менструаціи, повидимому, причиняло ребенку боль.

У матери ребенка регулы появились въ 13 лѣтъ; сестеръ у ребенка небыло.

М. Гинзбургъ.

141. Dr. Helm, почетный хирургъ универс. клиники въ Манчестерѣ.—Intra-cervical injection of Glycerine; a Modification of Peltzer's Method of Inducing premature Labour.—(Lancet, 3 Oct., 1896, p. 936).—Впрыскиваніе глицерина въ каналъ шейки матки; видоизмѣненіе способа Peltzer'a для возбужденія искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Видоизмѣненіе *Helm*'омъ названнаго способа состояло въ томъ, что, имѣя въ виду вызвать преждевременные роды у рахитической

II-беременной, первые роды которой потребовали прободения головки, *Helm* намѣревался достигнуть глицериномъ сперва—размягченія шейки, а потомъ влить его въ матку. Послѣ перваго вливанія $1\frac{1}{2}$ унца глицерина въ каналъ шейки, часть жидкости вытекала во влагалище, а оставшаяся въ шейкѣ часть глицерина вызвала размягченіе шейки и отслоеніе оболочекъ нижняго отрѣзка матки, въ чемъ *Helm* убѣдился, изслѣдуя беременную черезъ $\frac{1}{4}$ часа и вторично влилъ въ шейку еще $1\frac{1}{2}$ унца, при чемъ кончикъ катетера проскользнулъ черезъ os. int. въ матку. Схватокъ не было. *H.* сдѣлалъ еще 3 впрыскиванія глицерину и только на 2-я сутки схватки стали сильны; головка, задержанная во входѣ, извлечена щипцами. Puergrium прошелъ нормально, инволюція—прекрасная.

Въ 2 другихъ случаяхъ: при мертвомъ плодѣ и ради введенія въ матку конического баллона *Ch-de-Ribes*—авторъ пользовался тѣмъ же способомъ ради размягченія шейки.

Интересно въ этомъ сообщеніи то, что 5 впрыскиваній глицерина въ вялую матку, въ которой жидкость, конечно, задерживалась надолго, не вызвали вреднаго вліянія на общее здоровье, на почки, изъ за чего *Pfanenstiel* повторно предлагалъ не примѣнять глицерина съ этою цѣлью, какъ очень вреднаго средства. Я два раза вызывалъ опорожненіе 4—5 мѣсячной беременной матки по причинѣ кровотеченій помощью вливаній глицерина въ матку безъ всякаго вреда общему здоровью женщинъ. (См. Еженедѣльникъ, 1894 г., № 10 и Вѣстникъ Медицины, 1896, № 9, стр. 179).

М. Гинзбургъ.

142. 1. **Dr. Archibald Donald** (Manchester).—A new uterine flushing curette.—(Lancet, 7 Nowemb, p. 1315).—Новая ложка для выскабливанія и для одновременной промывки матки.

2. **Dr. Alexander Duke** (Cheltenham).—New aluminium uterine probe.—(Lancet, 1 August, 1896, p. 315).—Новый алюминіевый маточный зондъ.

3. **Dr. James Sawyer**.—Improved Syringe for Transfusion of Saline fluid into the Cellular Tissue.—(Lancet, December 19, 1896, p. 6769).—Усовершенствованный аппаратъ для вливанія солянаго раствора подъ кожу.

По идеѣ ни въ одномъ изъ названныхъ инструментовъ нѣтъ ничего ни новаго, ни оригинальнаго: инструментъ *Donald'a*, изготовляемый у *Arnold and Son* въ Манчестерѣ, представляетъ сходство съ Фричь-Боземановскимъ катетеромъ, клювъ котораго

удлиненъ въ видѣ острой ложки; діаметръ его равенъ № 14 расширителя *Duncan*'а (приблизительно № 8—9 *Hegar*'а).

Duke приписываетъ своему зонду значительныя преимущества передъ *Playfair*'овскимъ для введенія въ шейку жидкихъ прижигающихъ средствъ. Для этого въ зондѣ *Duke* устроены желобки; чтобы пальцы не страдали отъ обратнаго стока карболовой кислоты и т. п. средствъ, на зондѣ имѣется пуговчатая съ вогнутостью пуговка, въ которую стекаетъ жидкость и которая плотно прилегаетъ къ маточной шейкѣ. (Приспособленіе, вѣроятно, не достигающее своей цѣли: вообще инструментъ кажется не пригоднымъ).

Sawyer придумалъ сприцъ съ поршнемъ, съ двумя наконечниками въ нижнемъ днѣ его: на нихъ одѣваются трубки, соединенныя одна съ иглою для подкожнаго введенія раствора, другая съ оливкою для присасыванія жидкости изъ резервуара. Въ наконечникахъ клапаны, не допускающіе обратнаго стока жидкости. Инструментъ не дуренъ, но совершенно лишній: простая кружка съ иглою гораздо удобнѣе.

М. Гинзбургъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

Шесть чревосъченій.

(Изъ Козловской желѣзнодорожной больницы).

Въ продолженіи почти одного года, съ начала марта 1896 г. по апрѣль 1897 года, мной сдѣлано шесть гинекологическихъ чревосъченій по поводу весьма разнообразныхъ заболѣваній органовъ брюшной полости. Конечно, сами по себѣ, въ настоящее время, чревосъченія представляютъ довольно частую и заурядную операцію. Я рѣшаюсь опубликовать эти случаи, по-мимо разнообразія причинъ, служившихъ показаніемъ къ операціи, руководясь еще *рѣдкостью этихъ операцій въ желѣзнодорожной больницѣ.*

Такъ напр., въ Козловской больницѣ, не смотря на болѣе, чѣмъ 10-ти лѣтнюю давность ея существованія, операціи эти, до моего завѣдыванія этой больницей (до 1896 года), не дѣлались.

Это происходило отъ того, что въ эту больницу, до моего поступленія въ качествѣ завѣдующаго ею, *почему-то не разрешалось принимать больныхъ (даже очень бѣдныхъ и съ серьезными болѣзнями) изъ семействъ служащихъ на жел. дор. (можно было только однихъ служащихъ принимать).* Мнѣ же, по особому всякій разъ разрѣшенію старшаго врача жел. дор., разрешалось *для операцій принимать и семейства служащихъ.*

Кромѣ этого помѣхой къ производству подобныхъ операцій раньше въ этой больницѣ была сильная *загрязненность ея и отсутствіе сносной операціонной* (только къ январю 1896 г. въ ней были устроены порядочныя операціонная, отдѣльная перевязочная, а вся больница была основательно отремонтирована и почищена).

Заболѣванія, которыя служили поводомъ къ операціи, слѣдующія: одинъ случай хроническаго заболѣванія яичниковъ и Фаллопиевыхъ трубъ, воспалительнаго характера, съ выпотнымъ мѣстнымъ перитонитомъ; одинъ случай дермоидной кисты; два случая внутрибрюшнаго кровотеченія при трубной беременности; одинъ случай множественной фиброміомы матки и одинъ случай ущемленной пупочной грыжи.

Изъ этихъ 6-ти случаевъ въ 1-мъ послѣдовала смерть черезъ 2 сутокъ послѣ операціи.

Во всѣхъ случаяхъ примѣнялся смѣшанный наркозъ, т. е. въ началѣ—бромистый этиль (около 8,0), а потомъ хлороформъ по каплямъ (отъ 40,0 до 100,0).

Наркозъ всегда проходилъ безъ особыхъ осложнений.

Безъ повышенія температуры послѣоперационный періодъ наблюдался только въ 2-хъ случаяхъ.

Повышеніе температуры въ послѣоперационномъ періодѣ объясняется во 1) нечистотой случаевъ (часто приходилось оперировать при начавшемся перитонитѣ), а во 2) тѣмъ обстоятельствомъ, что *фельдшерница* больницы (полагается всего одна на всю больницу въ 25 коекъ) должна вести весьма разнообразныхъ больныхъ,—весьма часто съ загрязненными, *гноящимися ранами*—и въ то же время *помогать при операціяхъ чревосъченія* и ухаживать въ послѣоперационномъ періодѣ за больными (отдѣльнаго хирургическаго барака нѣтъ).

Брюшная рана зашита наглухо съ дренажемъ черезъ задній сводъ въ 3 случаяхъ; пришлось сдѣлать дренажъ черезъ задній сводъ на 7—9 день послѣ операціи—въ 1 случаѣ; брюшная рана зашита наглухо, безъ всякаго дренажа въ 2 случаяхъ. Перехожу къ описанію отдѣльных случаевъ.

I. Дермоидная киста мѣлага яичника. Чревосъченіе. Выздоровленіе.

Варвара Р—ая, мѣщанка г. Козлова, 32-хъ лѣтъ, замужняя около 13 лѣтъ, принадлежащая къ семьѣ желѣзнодорожныхъ служащихъ, поступила въ больницу съ опухолью живота 8/III 96 г.

Крови мѣсячныя начали ходить съ 14 лѣтнаго возраста и бывали черезъ 3 недѣли, по 3—4 дня, не обильно и безболѣзненно.

Беременная была 6 разъ и всякій разъ рожала въ срокъ и безъ осложнений. Послѣ родовъ не болѣла. Послѣдніе роды были 6 мѣсяцевъ назадъ и ребенокъ вскорѣ послѣ родовъ умеръ.

Всѣ отправления организма нормальны, только имѣется небольшой бронхитъ.

При пальпаціи живота опредѣляется нѣсколько вправо, но больше по бѣлой линіи (*linea alba*) живота (лѣвая паховая область пуста) опухоль, выступающая кверху отъ лобка на 4 поперечныхъ пальца и заходящая въ лѣвую сторону живота на 1—1½ пальца въ сторону бѣлой линіи живота. Опухоль болѣе подвижна вправо и влѣво, а вверхъ—мало подвижна; въ нижней своей части она немного болѣзненна.

Опухоль немного эластична и бугристости въ ней не замѣчено.

Попытка продвинуть опухоль кверху изъ мѣлага таза не удается.

При бимануальномъ изслѣдованіи оказывается, что опухоль лежитъ спереди матки и выполняетъ передній и правый своды влагалища; величина опухоли приблизительно съ голову новорожденнаго; опухоль шарообразной формы, но нѣсколько вытянута въ стороны (вправо и влѣво).

Тѣло матки и дно ея опредѣляются сзади опухоли; шейка матки стоитъ по проводной линіи таза.

Опухоль какъ-бы непосредственно сливается съ маткой (съ правой и передней ея стороною).

Зондъ входитъ въ полость матки на 8 сант., и идетъ по направлению влѣво и кзади, подъ опухоль. 12/III: послѣ обычной подготовки больной, подъ наркозомъ, при участіи врача В. А. Бѣмловскаго, произведено чревосѣченіе и удаленіе опухоли изъ брюшной полости.

Разрѣзъ брюшной стѣнки сдѣланъ кверху отъ лобка длиной около 12 сант.

Опухоль (дермоидная киста), лежавшая спереди и болѣе справа матки, имѣла не плотныя сращенія на лѣвой и задней ея стѣнкахъ съ прилежащими петлями кишекъ. Сращенія безъ особаго труда были отдѣлены тупымъ путемъ, пальцами, при чемъ паренхиматозное кровотеченіе было очень незначительно.

Извлеченіе опухоли, величиной съ голову новорожденного черезъ брюшную рану наружу было довольно затруднительно, вслѣдствіе сращеній ножки опухоли (лѣвая утолщенная Фаллопиева труба) съ подлежащей петлей тонкой кишки и сокращеній мышцъ брюшной стѣнки.

По извлеченіи опухоли наружу оказалось, что она принадлежитъ лѣвому яичнику, ножка ея перекручена и завернута кпереди и на правую сторону матки (опухоль эта тоже лежала болѣе въ правой сторонѣ таза).

Обычнымъ путемъ эта дермоидная киста была удалена.

При осмотрѣ правыхъ придатковъ матки оказалось, что еще имѣется многокамерная, съ жидкимъ, прозрачнымъ содержимымъ, въ видѣ песочныхъ часовъ (по формѣ своей), величиной около апельсина, киста праваго яичника, которая тоже была удалена; правая труба, какъ здоровая, не тронута. При удаленіи первой кисты пришлось удалить часть перерожденной лѣвой Фаллопиевой трубы и увеличенный лѣвый мезоваріумъ.

Перерожденная лѣвая Фаллопиева труба отдѣлена отъ сращеній съ кишками.

Вторая, меньшая киста лежала подъ первой и при изслѣдованіи больной до операціи не была обнаружена.

Операція вмѣстѣ съ наркозомъ длилась около 1¼ часа. Швы на брюшную рану наложены наглухо. Наркозъ прошелъ нормально. Вскорѣ послѣ операціи больная вполне оправилась отъ наркоза и пульсъ у нея былъ 70 въ минуту, хорошаго наполненія, а t^0 —вечеромъ=37,2°. Рвоты послѣ наркоза не было, только наблюдалась жажда, которую утоляла кусочками льда, въ небольшомъ количествѣ. Вечеромъ поставлена питательная клизма изъ соленой воды съ портвейномъ.

Съ 13/III по 16/III: Пульсъ все время наблюдался хорошаго наполненія и 65—70 ударовъ въ минуту, температура была нормальной. Самочувствіе порядочное, но аппетита не было. Рвоты

нѣтъ и тошноты нѣтъ. Небольшой кашель наблюдается. Иногда жалуются на вздутіе и боли въ нижней части живота.

Съ 16/ш по 20/ш: Пульсъ 100, температура по утрамъ $37,5^{\circ}$ — $37,9^{\circ}$ а по вечерамъ— $38,5^{\circ}$ — 39° ; самочувствіе хорошее; жалуются на періодическія боли въ нижней части живота и урчаніе въ кишкахъ; 16/ш и 17/ш наблюдалось *выдѣленіе крови изъ матки (menses) въ небольшомъ количествѣ*; эти крови появились на 7—8 дней раньше срока. *Кашель усилился; при пальпации животъ безболѣзненъ*. Послѣ приѣма касторки 17/ш больную хорошо прослабило жидкимъ, чернымъ каломъ.

20/ш: Пульсъ утромъ=120, умѣреннаго наполненія и $t^0=37,5^{\circ}$; а вечеромъ: пульсъ 125, $t^0=39,5^{\circ}$. Ночью былъ ознобъ; кашель еще больше усилился; животъ безболѣзненъ. Аппетита нѣтъ.

При высмущиваніи правой верхней доли легкаго спереди замѣтенъ бронхиальный выдохъ; такой-же выдохъ слышенъ справа и слѣва, сзади, ближе къ позвоночнику, возлѣ средней трети внутренняго края обѣихъ лопатокъ.

Больная заявляетъ, что и раньше, до операціи, почти каждый мѣсяцъ она лихорадила.

Назначенъ внутрь салициловый натръ съ углекислымъ гвайя-коломъ.

21/ш: Первая смѣна повязки. *Сняты швы. Prima intentio.* Въ каналѣ 3-хъ поверхностныхъ кожныхъ швовъ наблюдалось по каплѣ гноя. Въ *правой паховой области замѣтна болѣзненность и тамъ определяется небольшой выпотъ (въ правомъ параметріи)*. Температура утромъ= $38,5^{\circ}$, а вечеромъ= $40,3^{\circ}$. Пульсъ 125 въ минуту. Тимпанический тонъ—въ брюшной полости. На боли живота не жалуются. *Кашель сухой и очень частъ*. Явленія со стороны легкихъ тѣ же, что и вчера.

Съ 22/ш, по 25/ш: Въ продолженіи этихъ дней температура колебалась между $38,3^{\circ}$ и 39° утромъ и вечеромъ, а пульсъ былъ 100—105. Оплотнѣніе въ легкихъ постепенно разсosalось къ 25/ш, по 23, 24/ш наблюдался *довольно частый поносъ съ рѣзью въ животѣ*. Назначена настойка опія.

При сильномъ надавливаніи на правую сторону живота, выше паха, замѣчается небольшая болѣзненность.

25/ш: Температура нормальна (37°), пульсъ утромъ=100. Самочувствіе хорошее. Больная учится ходить.

26/ш: Поноса нѣтъ. Темпер. нормальна; пульсъ=80, немного слабѣе. Кашель изрѣдка. Аппетитъ и сонъ хорошіе.

27/ш: Темпер. нормальна. Выпотъ въ правой стор. брюш. полости разсosalся. перевязка. Брюшной рубецъ имѣетъ хороший видъ. Въ дальнѣйшемъ послѣоперационномъ періодѣ темпер. была нормальной и никакихъ осложненій не наблюдалось.

Больная выписалась здовой 6 апр. 1896 г.

Подробное описаніе препаратовъ удаленныхъ кистъ:

1) *Первая большая киста* принадлежитъ лѣвому яичнику (ножка ея перекручена), продолговатоовальной формы; наибольшая окружность ея (длинникъ)=40 сант., а наименьшая=31 сант.,

на широкой ножкѣ эта киста. По разрѣзѣ оболочки кисты оказалось, что содержимое ея жидкой консистенціи, кровянистаго цвѣта (почти цвѣта кофе).

Наибольшая толщина стѣнки матки кисты=4 миллим., а наименьшая—равна 2 миллим.

На днѣ кисты, со стороны ея внутренней части стѣнки, ближе къ ножкѣ ея, у выдающейся внутрь мѣшка части стѣнки кисты, имѣется значительное утолщеніе ткани стѣнки кисты, величиной ок. куриного яйца, неправильной формы и мѣстами распычатое; это утолщеніе, плотной консистенціи, при разрѣзѣ оказалось состоящимъ изъ тонкой оболочки, заключающей въ себѣ скопленіе длинныхъ тонкихъ, бѣлокурыхъ, въ очень большомъ количествѣ волосъ, сала желтаго цвѣта (какъ кожное сало), а стѣнка мѣшка этого тѣла (толщиной мѣстами ок. $1\frac{1}{2}$ сант.) снизу пропитана темнаго цвѣта кровью.

По удаленіи жидкости изъ наибольшей камеры (главной) кисты на днѣ ея найдены комки длинныхъ, тонкихъ волосъ, съ примѣсю сала.

Кромѣ этого, только что описаннаго, главнаго утолщенія, на днѣ кисты, возлѣ ножки ея, имѣется еще нѣсколько (6—7) второстепенныхъ утолщеній, содержащихъ, какъ оказалось при разрѣзѣ ихъ оболочекъ, волосы, сало, а въ одномъ изъ этихъ утолщеній—*кость, въ видѣ треугольника*, высота котораго= $1\frac{1}{2}$ сант., а основаніе= $2\frac{1}{2}$ сант.

2) Вторая, меньшая киста принадлежитъ правому яичнику и имѣетъ форму песочныхъ часовъ; наибольшая окружность ея (въ длину)=23 сант., окружность перехвата ея=10 сант., окруж. большаго отрѣзка (въ попереч. направленіи)=14 сант., а окруж. меньшаго отрѣзка (тоже въ попереч. направленіи)=11 сант. Эта киста состоитъ изъ 2-хъ главныхъ отдѣловъ (изъ меньшей величины кистъ) и еще 3—4 маленькихъ кистъ: всѣ онѣ не сообщаются между собой и имѣютъ водянистое, прозрачное содержимое; стѣнки этихъ кистъ очень тонки (многокамерная киста).

Такимъ образомъ послѣ подробнаго изслѣдованія удаленныхъ опухолей мы можемъ придти къ тому заключенію, что *первая, большая опухоль представляетъ собой многокамерную дермоидную кисту, съ признаками начавшагося воспаленія въ ней, вслѣдствіе перекручиванія ея ножки;—вторая же, меньшая опухоль принадлежитъ къ кистомамъ яичника (kystoma prolyferum glandulare асгеновое)*.

Послѣоперационное теченіе данного случая осложнилось ограниченнымъ воспаленіемъ ткани легкаго и острымъ катарромъ тонкихъ кишекъ, а также острымъ правостороннимъ выпотомъ въ параметрій; эти осложненія, хотя довольно скоро и благополучно прошли, вліяли (особенно воспалит. легочный процессъ) на послѣоперационное, довольно значительное, повышеніе температуры больной, такъ какъ со стороны брюшной раны и мѣста операціи осложненій не замѣчено.

II. 26/у 1896 г. въ больницу для операціи была принята Марфа И—ва, 26 лѣтъ отъ роду, мѣщ. г. Козлова.

Menses ходять съ 13 лѣтъ, черезъ 4 недѣли, по 7-ми дней, въ умѣренномъ количествѣ; прежде были безболѣзненны. Замужемъ съ 16 лѣтъ (теперь ок. года вдова). Беременна была 5 разъ, при чемъ послѣ каждаго родовъ болѣла по два мѣсяца. Четвертая беременность окончилась выкидышемъ. Пятое роды (2¹/₂ года тому назадъ) были преждевременны (7-ми мѣсяцевъ), послѣ которыхъ въ продолженіи 6-ти мѣсяцевъ страдала кровотеченіемъ изъ матки. Мочеиспусканіе по временамъ бываетъ задержано и болѣзненно. Страдаетъ то поносами, то запорами.

Больная малокровна, плохо упитана, но сложенія хорошаго.

Въ настоящее время жалуется на значительную болѣзненность въ паховыхъ областяхъ; эти боли въ лѣвой сторонѣ наблюдаются при ходьбѣ и даже во время лежанія; въ правой же сторонѣ живота боли бываютъ только при пальпаціи живота. Страдаетъ такими болями, особенно *во время регулъ*, около 4-хъ лѣтъ, при чемъ въ послѣднее время боли всё усиливаются и обостряются, такъ что больная иногда мѣста себѣ не находитъ отъ нихъ.

При бимануальномъ изслѣдованіи, въ лѣвомъ сводѣ, на уровнѣ тѣла матки и немного выше дна ея опредѣляется опухоль бугристая, довольно плотная и очень болѣзненная, имѣющая связь съ лѣвой стороной матки; величина опухоли около кулака взрослого человѣка. Въ правомъ сводѣ имѣется колбасовидная опухоль, толщиною около указательнаго пальца руки, плотная, мало болѣзненная и отходящая отъ правой стороны тѣла матки (вблизи ея дна).

Матка не увеличена, лежитъ нѣсколько вправо; дно ея не совсѣмъ ясно прощупывается, лежитъ впереди и немного выше лобка.

Обѣ опухоли мало подвижны. Больная истерична и раньше лѣчилась даже въ психіатрической лѣчебницѣ.

На шеѣ имѣются слѣды бывшей операціи (частичное изсѣченіе зоба).

Диагнозъ: *Хроническое воспаленіе правыхъ и лѣвыхъ придатковъ матки и начинающееся перерожденіе ихъ.*

Въ виду безуспѣшности продолжительнаго лѣченія различными мирными способами и все усиливающихся болей въ паховыхъ областяхъ живота, которыя не даютъ возможности больной работать и отравляютъ ей жизнь, предложено оперативное лѣченіе этого заболѣванія, на что больная охотно согласилась.

28/у 96 г., подъ наркозомъ, при участіи врача *Г. И. Малова*¹⁾ произведено удаленіе обѣихъ *Фаллопиевыхъ трубъ* и одного (лѣваго) яичника.

¹⁾ При всѣхъ остальныхъ чревостѣженіяхъ ассистировалъ мнѣ всегда *Г. И. Маловъ* и нерѣдко *Р. И. Ростопшинскій*, которымъ приношу за это мою искреннюю благодарность такъ же, какъ и врачу *В. А. Бѣлиловскому*.

Разрѣзъ брюшной стѣнки сдѣланъ вверхъ отъ лобка на 11 смт. Въ брюшной полости, на днѣ ея и возлѣ матки *находилось около 2 унцій серозной, прозрачной жидкости (выпотный подострый перитонитъ)*.

Температура наканунѣ операціи была повышена (37,9° вечеромъ). Особенно значительныя и плотныя сращения наблюдались со стороны лѣвыхъ придатковъ съ сальникомъ и кишками; гораздо меньшія сращения имѣлись въ правыхъ придаткахъ.

Лѣвый яичникъ, совершенно перерожденный, въ видѣ кисты, величиной около большого волошскаго орѣха, и лѣвая Фаллопиева труба, утолщенная до величины большого пальца руки и плотная, были между собой спаяны воспалительными продуктами довольно плотно и представляли одну массу, величиной съ большое куриное яйцо.

Правый яичникъ, имѣвшій одну большую (около лѣснаго орѣха) кисту и нѣсколько меньшихъ, не былъ сращенъ съ Фаллопиевой трубой и былъ лучше сохраненъ, нежели лѣвый; правая же труба была утолщена до указательнаго пальца руки, плотна, свернута въ нѣсколько разъ (въ видѣ клубка) и стѣнки ея были спаяны между собой, такъ что она представляла одно тѣло, величиной съ большой волошскій орѣхъ.

Правый яичникъ, послѣ прокола его кистъ (съ прозрачной, безцвѣтной, водянистой жидкостью), оставленъ неудаленнымъ.

Лѣвый яичникъ (совершенно перерожденный), лѣвая и правая Фаллопиевы трубы удалены. Спайки большею частію отдѣлялись тупымъ путемъ, при чемъ наблюдалось значительное паренхиматозное кровотеченіе.

Матка, особенно дно ея, была тоже сращена со стѣнкой задняго Дугласова пространства; сращения эти удалены тупымъ путемъ.

Задній Дугласъ, въ виду бывшаго выпотнаго перитонита и *попаданія небольшого количества гнойной жидкости въ брюшную полость* при разрывѣ сращеній между придатками, былъ дренированъ полосой Лоретиновой марли (стерелизованной); при чемъ конецъ марли выведенъ во влагалище черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ. На брюшную рану наложены швы наглухо.

Операція продолжалась около 2 часовъ. Наркозъ прошелъ безъ осложнений. Температура вечеромъ=39,9°, пульсъ 82 въ минуту, хорошаго наполненія. Вечеромъ былъ по временамъ бредъ и больная вскрикивала (истеричный припадокъ). Около 10 часовъ вечера температура пала до 37°.

30/v: Температура утромъ=37,2°, а вечеромъ=38,3°; пульсъ 100, хорошаго наполненія. Появился аппетитъ. Изъ влагалища выдѣляется черезъ тампонъ сукровица безъ запаха. Удаленъ *вагинальный* тампонъ и замѣненъ новымъ.

5/vi: Температура вечеромъ=38,4° а утромъ=36,4°. Смѣна повязки. Въ *верхнемъ углу раны,—нагноеніе* (въ толщѣ брюшной стѣнки), хотя *все швы срослись per primam*. Три верхнихъ шва

удалены и кожная рана (края ея) разъединена, послѣ чего изъ глубины ея вышло около 1½ столовой ложки гноя.

6/vi: Температура утромъ=36,2°, а вечеромъ=37,6°.

Сегодня удалена полоска марли (служившая дренажемъ) изъ задняго свода влагалищнаго, при чемъ изъ брюшной полости вышло около 1 столовой ложки вонючей, сукровично-гнойной жидкости. Влагалище промыто аq. formalini (1:2000) и введена новая полоска Лоретиновой марли черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ въ брюшную полость (на глубину 3 сант.). Влагалище тампонировано Лоретиновой марлей.

Аппетитъ хорошій, спать безъ морфія; лежитъ на боку.

7/vi: Температура нормальна. Перевязка (2-я) брюшной раны при чемъ сняты остальные швы (въ средней трети раны), *которые оказались безъ нагноенія.*

Въ остальные дни послѣоперационный періодъ протекалъ слѣдующимъ образомъ: температура иногда повышалась до 38° по вечерамъ, если гной въ заднемъ дугласѣ застаивался; послѣ промыванія этой полости температура на 2—3 дня падала до нормы. Самочувствіе больной было все время хорошее и аппетитъ былъ тоже хорошъ.

Перевязки дѣлались черезъ 2—3 дня.

Около 20 іюня отверстіе въ заднемъ сводѣ заросло, а къ дню выписки больной изъ больницы (26 іюня) зажила и фистула брюшной стѣнки.

21 іюня были у больной *menses*, при чемъ *наблюдалась небольшая болѣзненность* въ поясницѣ и нижней части живота.

26 іюня 1896 г. больная выписалась изъ больницы въ хорошемъ настроеніи душевномъ и вполне здоровой.

Я видѣлъ эту больную черезъ 3 мѣсяца послѣ операции, при чемъ она заявила, что послѣ операции у нея *прекратились истерическіе припадки и болей въ пахахъ*, даже во время *menses*, *не бываетъ.*

Результатъ операции можно считать хорошимъ.

Микроскопическое изслѣдованіе (произведенное мной) частицъ Фаллопиевыхъ трубъ этой больной показало, что стѣнки ихъ, во всѣхъ своихъ слояхъ, представляютъ *хроническое воспаленіе интерстиціальное, съ развитіемъ молодой, а больше старой (рубцовой) соединительной ткани*; даже мышечный слой мѣстами замѣненъ старой соединительной тканью.

Въ этомъ случаѣ было много причинъ для повышенія температуры въ послѣоперационномъ періодѣ: нагноеніе въ толщѣ брюшной стѣнки, перитонитъ еще до операции, попаданіе гноя въ брюшную полость при отдѣленіи спаекъ между придатками во время операции.

III. *Ущемленная пупочная грыжа; грыжесъченіе; выздоровленіе.*

25/ii 97 г. въ больницу была доставлена Зинаида А.—ва дворянка, жит. г. Козлова, 40 л., съ ущемленной пупочной грыжей.

Съ 4-хъ час. утра 25/ii у больной послѣ кашля, внезапно произошло выходженіе внутренностей черезъ расширенное пупоч

ное кольцо. Грыжа у больной существует около 15 лѣтъ; больная все время носила бандажъ. Величина *ущемленной грыжи* равна 2 кулакамъ взрослого человѣка.

До 10 час. утра производились попытки вправленія грыжи мирнымъ путемъ (ванны, поливаніе эфиромъ и т. п.), но эти попытки не увѣнчались успѣхомъ. Больная доставлена въ больницу съ явленіями сильныхъ болей въ пупочной области живота, рвоты (не каловой) и поноса.

Около 12 час. дня (25/II), при участіи врача *Г. И. Малова* приступлено къ *герниотоміи* подъ смѣшаннымъ (бром. этиль+хлороф) наркозомъ. Разрѣзъ кожи сдѣланъ по выпятившейся части опухоли, соотвѣтственно бѣлой линіи живота длиной 15 сантим. такъ, что въ разрѣзѣ захвачена часть брюшной стѣнки, лежащая выше и ниже выпятившейся кожи на протяженіи 2 сант. съ каждой стороны.

По разрѣзѣ очень тонкой кожи обнажилась брюшина (грыжевой мѣшокъ) послѣ вскрытія которой вышло около 2-хъ унцій грыжевой жидкости, прозрачной, желтоватаго цвѣта.

Содержимое грыжи: большая часть сальника (совершенно нормального цвѣта и вида) и около 18—20 сант. тонкой кишки, темно-багрового цвѣта, но съ овершенно нормальнымъ блескомъ сывороточной оболочки.

Часть брыжейки кишки была припухшей и темно-багрового цвѣта. Величина *ущемленного кольца* = $2\frac{1}{2}$ сант.

Для вправленія *ущемленныхъ внутренностей* сдѣлано разсѣченіе ножницами *ущемляющаго кольца* въ нижней его части, на протяженіи 2 сант.; послѣ этого всѣтаки съ нѣкоторымъ усиленіемъ была вправлена въ брюшную полость тонкая кишка, а потомъ—и сальникъ.

Грыжевое кольцо *вырѣзано* и края его, въ *продольномъ направленіи*, *сшиты* шелковымъ узловатымъ швомъ (вмѣстѣ съ брюшиной); далѣе, *наложено около 6 основныхъ, черезъ всю толщину брюшной стѣнки* (вмѣстѣ съ брюшиной), *узловатыхъ шелковыхъ швовъ*, наконецъ наложены поверхностные, кожные швы. Обычная стерильная повязка. Наркозъ, не смотря на *сильное ожиреніе* больной, прошелъ совершенно правильно. Вся операція продолжалась около $1\frac{1}{2}$ часа (включая и наркозъ).

Послѣ наркоза наблюдалась изрѣдка рвота и частая икота. Положенъ ледъ на животъ; глотаетъ кусочки льда.

Температура нормальна, пульсъ=82 въ минуту, хорошаго наполненія.

26/II: Температура нормальна, пульсъ=88. Рвота прекратилась, икота же по временамъ бываетъ. Животъ безболѣзненъ. Самочувствіе хорошее.

Съ 27/II по 4/III: Температура и пульсъ нормальны. Послѣ приѣма касторки (4/III) хорошо прослабило. Самочувствіе хорошее. Аппетитъ порядочный.

6/III: *Сняты швы—prima intentio*; въ каналѣ основнаго втораго (считая сверху) шва, справа получилось нагноеніе; длина этого канала = $2\frac{1}{4}$ сант.; каналъ смазанъ tinct. jodi.

9/ш: Температура нормальна. 2-я смѣна повязки. Въ фистулезный ходъ влита jodoform. + glycerin.—эмульсія. Аппетитъ хорошій. Больной позволено ходить. Рубецъ брюшной довольно плотной консистенціи.

23/ш 1897 г. больная выписалась изъ больницы для амбулаторнаго лѣченія оставшейся небольшой фистулы (около 2 сант.) въ области вкола 2-го основнаго шва. Данъ совѣтъ временно носить набрюшникъ. Около 5—6 апрѣля у больной совершенно закрылась фистула брюшная; рубецъ брюшной стѣнки имѣеть прочный видъ и наклонности къ растяженію не имѣеть.

У этой больной, такимъ образомъ, пришлось сдѣлать, помимо грыжесѣченія, еще и *радикальную операцію грыжи*.

Хотя во все послѣоперационное время больная не лихорадила, все-таки нагноеніе въ каналѣ шва наблюдалось; это послѣднее обстоятельство объясняется *спѣшностью подготовки* больной къ *операціи* (даже ванна больной была сдѣлана кое-какъ) и *скопленіемъ большого количества подкожнаго жира*.

IV. *Фиброміома матки; полное выпрыгиваніе матки путемъ чревосѣченія; смерть.*

5/ш 1897 г., Евфросинія Ш—на, 40 лѣтъ, дворянка, жена помощ. нач. ст. Астанова, поступила въ больницу для операціи удаленія опухоли матки.

Больная крѣпкаго тѣлосложенія и *очень тучна*; ни разу не рожала, *любитъ выпить* (вино, водку и т. п. спиртные напитки). *Очень малокровна*. Menses раньше приходили черезъ 3 недѣли, по 4 дня, безъ болей. Года полтора назадъ болѣла: по словамъ больной, было воспаленіе матки (сильныя боли въ нижней части живота и въ поясницѣ, жаръ, бредъ), отъ котораго лѣчилась въ больницѣ Рязанской (около 3-хъ недѣль). Послѣ этой болѣзни крови стали приходить то раньше, то—запаздывать. Теперь menses бывають обильныя, со сгустками, по одной недѣлѣ, а иногда—и больше; въ февралѣ мѣсяцѣ menses были въ два періода,—въ послѣдній разъ съ 10-го по 17-е февраля.

При пальпаціи живота опредѣляется опухолевидная масса а 2 пальца не доходящая кверху до пупка.

При бимануальномъ изслѣдованіи опредѣляется: въ заднемъ сводѣ (почти весь сводъ выполненъ шарообразной формы опухолью), въ переднемъ сводѣ (нѣсколько влѣво), спереди и слѣва тѣла матки—плотныя, безболѣзненные, бугристыя опухоли; эти опухоли сливаются съ тѣломъ матки, такъ что это послѣднее не прощупывается. *Подвижность опухолей* вмѣстѣ съ маткой *очень ограничена, особенно книзу*, такъ что *притянуть* (за шейку) *матку книзу щипцами нѣтъ возможности* (все тѣло матки съ опухолями значительно подтянуто кверху).

На шейкѣ матки имѣются разрастанія блѣдно-розовыя (подернутыя какъ-бы студенью), небольшихъ размѣровъ.

Длина полости матки (по зонду)=12 сант.; зондъ свободно проходитъ въ полость матки и идетъ по направленію вправо и нѣсколько кзади. Препятствіе къ подвижности опухолей вмѣстѣ

съ маткой, повидимому, заключается въ задне-лѣвомъ сводѣ, который выполненъ опухолью.

8/ш: Послѣ обычной подготовки больной, подъ наркозомъ (истрачено бромистаго этила 8,0, а хлороформ. 110,0), при участіи врачей *Р. П. Ростошинскаго* и *Г. И. Малова*, сдѣлана мной *полная экстирпация фиброматозно-перерожденной матки путемъ чревоспеченія*.

Фаллопьевы трубы и маточныя связки, постепенно, сверху внизъ идя, перевязывались толстыми шелковыми лигатурами.

Удаленіе матки было *весьма затруднительно* вслѣдствіе *сросшейся опухолью съ брюшиной таза и съ сальникомъ*, а также вслѣдствіе *множественности узловъ опухоли въ тѣлѣ матки*; при этомъ наибольшіе узлы (числомъ два и величиной около большаго апельсина каждый) помѣщались въ области перехода тѣла матки въ шейку, спереди и сзади.

Сращения опухолей матки, *довольно плотныя*, наблюдались *сзади и слева*, въ маломъ тазу—и отдѣлялись они, по преимуществу, тупымъ путемъ; на одно изъ нихъ пришлось наложить лигатуру. Передъ вскрытіемъ передняго свода мочевоы пузырь, тупымъ путемъ, былъ сдвинутъ книзу. Влагалищныя своды не обшивались, такъ какъ кровотеченія изъ нихъ не было.

По удаленіи всей матки, фиброматозно-измѣненной, со стороны брюшной полости была введена широкая полоса стерилизованной марли и выведена во влагалище (какъ дренажъ); этой марлей было выполнено мѣсто задняго свода; влагалище тампонировано jodoform. марлей.

Брюшныя стѣнки оказались очень толстыми, особенно подкожный жиръ ихъ (мѣстами толщиной въ 4 сант.).

Брюшная рана зашита наглухо, безъ шва на апоневрозъ (такъ какъ пришлось сѣшить съ окончаніемъ операціи).

Продолжительность операціи (включая наркозъ и наложеніе повязки) равнялась 2½ час. Во время наркоза была три раза рвота.

Во время операціи подкожно введено около 300 грм., физиологическаго раствора повареной соли, послѣ чего вскорѣ пульсъ поднялся и больная оправилась отъ наркоза, т. е. сознаніе вполнѣ возвратилось.

При операціи значительно помяты были кишки и сальникъ, которые постоянно выпячивались въ брюшную рану.

Положеніе больной во время операціи, какъ это дѣлается почти при всѣхъ чревоспеченіяхъ,—по *Тренделенбургу* (съ приподнятымъ тазомъ).

Вечеромъ: пульсъ 80 въ минуту, хорошаго наполненія; жажда. Была два раза рвота. Частый кашель. *Одышка*. Жалуется на небольшія боли въ животѣ. Поставлена клизма изъ раствора повареной соли. Температура=36,7°. Рвоты нѣтъ. 9/ш: пульсъ утромъ=90, наполненія умѣреннаго; температура=37,5°. Жажда продолжается. Спала послѣ морфія. Послѣ питья воды была рвота.

Замѣчается сильное вздутіе въ подложечной области и боли тамъ-же; дана внутрь соляная кислота.

Вечеръ: $37,4^0$, пульсъ=110, наполненія хорошаго. Дыханіе учащено.

Влагалищный тампонъ сильно пропитанъ кровью, такъ что замѣтны слѣды крови и на простынѣ подъ больной. Ледъ на животъ и глотаніе кусочковъ льда продолжается. Больной ставить питательные клистиры.

10/III: Утро: температура $37,3^0$, пульсъ=108 въ минуту, наполненія умереннаго. Мочи выделяется очень мало. Послѣ обильнаго питья бываетъ рвота. Жажда продолжается. Испражнений еще не было. Дыханіе очень учащено.

Въ 1 часть дня: пульсъ=120, слабого наполненія (при нормальной температурѣ). Подъ кожу влито сейчасъ же 180 куб. сант. физиологическаго раствора поваренной соли.

При быстромъ паденіи пульса, около пяти часовъ по полудни, не смотря на возбуждающія средства, въ полномъ сознаніи, больная внезапно умерла.

11 марта 1897 года врачомъ Г. И. Маловымъ сдѣлано вскрытіе брюшной полости только, такъ какъ другихъ полостей вскрывать мужъ больной не позволилъ. При этомъ оказалось, что тонкіе кишки сильно вздуты, въ брюшной полости имѣется небольшое количество серозной, прозрачной, слегка окрашенной сукровицей жидкости (выпотной). Слѣдовъ кровоизліянія въ брюшную полость нѣтъ.

На основаніи клиническихъ данныхъ въ послѣоперационномъ періодѣ, анамнеза (больная потаторъ) и отсутствія послѣдовательнаго кровотеченія (какъ оказалось при вскрытіи брюшной полости), какъ на причину смерти, въ данномъ случаѣ, можно указать на параличъ сердца, вслѣдствіе ожирѣнія его.

*Описание препарата удаленной фиброматозной матки *).*

Наибольшій длинникъ опухоли, начиная отъ задней губы шейки матки, по задней стѣнкѣ опухоли=23 сант., а по передней стѣнкѣ, отъ передней губы матки до вершины опухоли, составляетъ 19 сант.

Наибольшая окружность опухоли (въ нижнемъ отдѣлѣ ея)—35 сант., окружность опухоли въ средней ея части=33 сант., а въ верхней ея части—21 сант.

Опухоль неправильной формы, бугриста и плотна; наибольшее выпячиваніе опухолей матки имѣется въ нижнемъ ея отдѣлѣ, соответственно переднему и заднему сводамъ влагалища, а также—въ вершинѣ опухолевидныхъ массъ (соответственно дну матки).

Мѣстами опухоль имѣетъ почти хрящевую плотность, а мѣстами эластична; хрящевая плотность соответствуетъ новообразованной ткани, ея эластичныя мѣста—растянутой (атрофированной) ткани матки (ближе къ сывороточной оболочкѣ матки).

*) Этотъ препаратъ демонстрированъ мной въ засѣданіи Тамбовскаго Медицинскаго Общества 2 апрѣля 1897 г.

Вся ткань тела матки и ея шейки пронизана новообразова-
ниями и только нижняя треть шейки матки свободна от нихъ
(фиброматозное перерождение матки). Губы шейки маточной
выворочены и покрыты эрозией студенистаго характера.

Справа и слѣва, въ нижнемъ отдѣлѣ вырѣзаннаго препарата,
замѣтны концы перерѣзанныхъ Фаллопиевыхъ трубъ.

На задней части опухоли, снизу имѣются слѣды спаекъ опу-
холи съ тазовой брюшиной. Зондъ введенный черезъ каналъ
шейки матки идетъ спереди назадъ, сверху внизъ и нѣсколько
вправо. По вскрытіи полости матки по передней ея части, ока-
залось, что ея полость направляется кзади и длина ея = $8\frac{1}{2}$ сант.
Полость матки выполнена слизисто-сукровичной массой; всѣ опу-
холи развились подсывороточно и только весьма немногія ле-
жатъ близко къ слизистой оболочки матки.

Такимъ образомъ препаратъ этотъ представляетъ собой мно-
жественную подсывороточную фиброміому матки.

*Г. Правосторонняя трубная беременность; внутрибрюшное
кровотеченіе; чревоистеченіе; выздоровленіе.*

22 января 1897 г., сестра желѣзнодорожнаго служащаго Ольга
С—ва, 30 лѣтъ отъ роду, жительница г. Козлова, поступила въ
больницу по поводу остраго малокровія, вслѣдствіе внутрибрюш-
наго кровотеченія.

Крови больная всегда носила черезъ 3 недѣли на 4-ю, по
3—4 дня, безъ болей. Родила 4 раза; всѣ роды окончились хо-
рошо, родила живыхъ дѣтей и послѣ нихъ не болѣла. Послѣд-
ніе роды были 5 лѣтъ назадъ; спустя 2 года послѣ этихъ ро-
довъ наблюдалось заболѣваніе въ правой паховой области (по
словамъ больной было воспаленіе яичника); затѣмъ спустя еще
годъ былъ 5—6 недѣльный выкидышъ, послѣ котораго болѣла
около 4 недѣль. Въ послѣднее время около 1 года чувствовала
себя хорошо, крови приходили въ срокъ и безъ болей.

Въ послѣдній разъ menses были около 20 ноября 1896 г.,
послѣ нихъ она считала себя беременной (6-я беременность) и
до 1 января 1897 г. чувствовала себя хорошо.

Съ 1-го по 14 января 1897 г. изъ матки выдѣлялась кровь
(2—3 раза) въ ничтожномъ количествѣ (мазками).

Съ 14 января кровь показывалась уже *ежедневно* по немногу,
но больная не ложилась въ постель, хотя замѣчала жженіе въ
правой паховой области. 18/1 97 г., вечеромъ съ больной сразу
сдѣлалось дурно (до обморока), такъ что она слегла въ по-
стель,—тогда же изъ матки выдѣлилось много крови.

19/1 обмороки повторялись, при чемъ пульсъ еле просчиты-
вался во время нихъ (обмороки наблюдались врачами) и кровь
изъ матки выдѣлялась въ большомъ количествѣ кусками.

20/1 съ утра до 1 часу дня обмороки съ больной повторялись,
но крови выдѣлялось меньше.

Будучи приглашенъ къ больной на домъ около 2 час. дня
20 янв., я могъ констатировать слѣдующее: въ сильной степени
анемія (общая), зрачки немного расширены, пульсъ 125 въ минуту,

при температурѣ тѣла 37°, слабого наполненія; дыханіе затруднено, тошнота, иногда рвота; часто забывается и память ослабѣла. Матка увеличена, дно ея выше лобка на 3 пальца, шейка ея отклонена влѣво; правый сводъ немного напряженъ и слегка выдается книзу; правая паховая область очень болѣзненна, такъ что болѣе детальное изслѣдованіе нижняго отдѣла брюшной полости теперь невозможно. Брюшныя стѣнки нижней части живота очень напряжены и вздуты кишки; *лѣвая половина* живота менѣе болѣзненна, *нежели правая*.

Наружное отверстіе канала шейки матки полуоткрыто и шейка довольно рыхла.

Изъ матки выдѣляется немного жидкой крови.

Подъ вліяніемъ противувоспалительнаго лѣченія и средствъ улучшающихъ и укрѣпляющихъ организмъ (напр. клизмы изъ соленой воды) въ продолженіи второй половины дня 20 янв., и 21 янв., (всего дня), до поступленія въ больницу, общее состояніе больной улучшилось: обмороки не повторялись, пульсъ сталъ рѣже (до 90) и боли въ животѣ значительно утихли.

22/1: Бимануальное изслѣдованіе половыхъ органовъ обнаружило слѣдующее; въ правой паховой области имѣется тѣло, границы котораго нерѣзко очерчены, величиной около куриного яйца, довольно болѣзненное; лежитъ оно глубоко въ маломъ тазу, сзади и почти на уровнѣ дна тѣла матки, но не сливается съ ней; тѣло матки стоитъ выше лобка на 3 пальца и лежитъ почти по срединной линіи, а шейка ея отклонена въ лѣвую сторону. Правый сводъ не выпячивается, но болѣе напряженъ, нежели лѣвый. Правая сторона живота въ нижней его части при значительномъ надавливаніи болѣзненна.

Лѣвая сторона живота безболѣзненна и тамъ никакихъ опухолей не опредѣляется. Большая тѣлосложенія хорошаго, но плохо упитана. Имѣется хроническій бронхитъ.

23/1: Подъ наркозомъ мною сдѣлано *чревостыченіе*. Разрѣзъ брюшной стѣнки проведенъ отъ лобка къверху, не доходя на 1 палецъ до пупка. По разрѣзѣ брюшной стѣнки оказалось что нижній отдѣлъ брюшной полости наполненъ большимъ количествомъ жидкой крови и кровяныхъ сгустковъ; этихъ послѣднихъ особенно много было въ маломъ тазу, справа и сзади матки.

Правая Фаллопиева труба оказалась *беременной*, она была значительно растянута, но не разорвана. Она была спаяна, легко отдѣлимыми фибринозными спайками съ сосѣдними органами (кишками, пристѣпочною брюшиной).

По удаленіи жидкой крови (большей ея части), при помощи марлевыхъ салфетокъ, и кровяныхъ сгустковъ, беременная труба легко была выведена наружу черезъ брюшную рану и, по наложеніи лигатуры у дна матки, срѣзана; яичникъ же правый и лѣвые придатки, какъ совершенно здоровые, оставлены цѣлыми въ брюшной полости. Тѣло матки оказалось увеличеннымъ около 2-хъ мѣсячной беременности.

Часть жидкой крови оставлена въ брюшной полости.

Наркозъ прошелъ безъ рвоты, совершенно нормально и больная вскорѣ послѣ наркоза пришла въ себя. Во время операціи влито подкожно около 200 грм. физиологическій раствора поваренной соли.

Брюшная рана защита наглухо, при чемъ на апоневрозъ мышцъ наложенъ шовъ (въ нижней $\frac{1}{3}$ его шовъ непрерывный).

Операція продолжалась около $1\frac{1}{2}$ часа и хлороформа истрачено 43,0. Вечерняя $t^0=37^08$; пульсъ 90, наполненія хорошаго. Поставлена соленая клизма съ виномъ. Лёдъ—на животъ. На ночь морфій. Жажда меньше, нежели днемъ. Жалуется на жжение въ области операціонной раны.

Съ 24/1 по 28/1: Въ продолженіи этого времени температура у больной постепенно повышалась, такъ что 27/1 вечеромъ $=39^0$; пульсъ ежедневно былъ 100—110, наполненія хорошаго; самочувствіе плохое; аппетита не было, хотя пила молоко, бульонъ и вино ежедневно. Съ 27/1 значительно усилился кашель и колющія боли появились въ нижнемъ отдѣлѣ правой стороны груди, спереди, гдѣ слышенъ *bronхіальный выдохъ*.

28/1: Утромъ температура $=37^0,9$, пульсъ 110; самочувствіе хорошее. Моча выводится катетеромъ. Въ нижней части живота бываютъ стрѣляющія боли.

Первая перевязка. Въ нижней $\frac{1}{3}$ брюшной раны (въ области швовъ) замѣчается болѣзненная припухлость и краснота. Кожная рана склеилась. Въ нижней $\frac{1}{3}$ раны сняты 4 глубокихъ (основныхъ) шва; въ *верхнемъ изъ этихъ швовъ—нагноеніе. Въ подкожной клетчаткѣ, въ области припухлости раны, имѣется скопленіе густаго, бѣлаго цвѣта гноя.*

Образовано 2 подкожныхъ хода, идущихъ въ толщу брюшной стѣнки, книзу и влѣво отъ бывшаго кожного разрѣза. Гнойная полость смазана Tinct. jodi. Нижняя часть живота при пальпаціи болѣзненна. Подкожные ходы дренированы полоской тюформенной марли.

Вечеромъ $t^0=38^0,4$, пульсъ 106.

Самочувствіе лучше.

30/1: Температура утромъ $=37^0,9$ пульсъ 105, хорошаго наполненія.

Жалуется на сильныя схватки—образныя боли въ нижней части живота и въ поясницѣ. Утромъ прослабило. Мочится только при помощи катетера.

Вторая перевязка. Сняты всѣ остальные швы въ нижней $\frac{1}{2}$ брюшной раны, которые въ большинствѣ разошлись. Дно брюшной раны, на мѣстѣ расхожденія кожныхъ краевъ ея (*соотвѣтственно той части апоневроза, которая сшита непрерывнымъ швомъ*), въ нижней половинѣ ея, покрыто бѣловатымъ налетомъ и густымъ гноемъ; дно это смазано Tinct. jodi.

При изслѣдованіи per vaginam (пальцемъ) опредѣляется довольно плотный и болѣзненный инфильтратъ между rectum и задней стѣнкой (верхней ея трети) влагалища.

Замѣчаются частыя тенезмы въ прямой кишкѣ и болѣзненные испражнянія. Изъ влагалища выдѣляются жидкія, бѣловатыя бѣлы.

Назначены суппозитории изъ тіоформа и морфія.

Вечеромъ: $t^0=38^0,4$; пульсъ 108, наполненія хорошаго.

31/1 и 1/II: Температура колеблется между $37^0,5$ и $37^0,8$, пульсъ 90 въ минуту. Мочится съ катетеромъ. Наблюдаются *сильныя боли въ крестцѣ и rectum.*

2/II. 3 перевязки. Брюшная операціонная рана, въ мѣстѣ расхожденія швовъ (нижняя $\frac{1}{2}$ ея) очищается и начинаетъ гранулировать. *Сняты швы въ верхней $\frac{1}{2}$ брюшной раны, здѣсь получила prima.*

При осмотрѣ зеркалами задняго свода влагалища оказалось, что онъ нѣсколько выпячивается книзу. Пробный проколъ этого выпячиванія показалъ присутствіе въ брюшной полости темно-жидкой крови, съ примѣсью сѣроватыхъ хлопьевъ и гноя; въ этой же жидкости, при микроскопическомъ изслѣдованіи, найдены диплококки, циточечные кокки (въ небольшомъ количествѣ), бѣлые кровяные шарики и распадающіеся красные кровяные шарики.

Послѣ пробнаго прокола тотчасъ же былъ сдѣланъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ (въ поперечномъ направленіи) и вскрыто заднее Дугласово пространство, откуда вышло около $\frac{1}{2}$ фунта безъ запаха, сукровичной жидкости, темнаго цвѣта, съ примѣсью сѣроватыхъ хлопьевъ. По удаленіи этой жидкости задній Дугласъ промытъ аq. formalini (1:2000) и черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ, въ брюшную полость, введена полоска jodoform. марли.

Вечеръ: $t^0=37,2^0$ (а утромъ была $=37,7^0$). пульсъ 92. Мочится безъ катетера. Болей въ животѣ и въ поясницѣ нѣтъ. Самочувствіе хорошее.

Послѣ этой дополнительной операціи температура черезъ два дня пришла къ нормѣ и потомъ болѣе $37,2^0$ (по вечерамъ) не наблюдалось; мочиться стала произвольно.

Дальнѣйшее послѣопераціонное лѣченіе состояло въ промываніяхъ аq. formalini задняго Дугласа черезъ 2—3 дня, съ послѣдовательной тампонадой его jodoform. марлей. Больная стала быстро поправляться и полнѣть.

Съ 26/II тампонъ въ задній Дугласъ уже не вводился, а 1-го марта больная выписалась съ небольшой, поверхностной, хорошо гранулирующей ранкой брюшной стѣнки, которая черезъ 2 недѣли совершенно зарубцевалась.

Въ данномъ случаѣ, очевидно, повышеніе температуры въ послѣопераціонномъ періодѣ зависѣло отъ нагноенія въ брюшной ранѣ и разложенія оставшейся крови въ брюшной полости.

Возможность же такого нагноенія была дана, какъ показало микроскопическое изслѣдованіе разложившейся крови въ заднемъ Дугласѣ, присутствіемъ гонококковъ въ беременной трубѣ, которые могли попадать черезъ матку изъ влагалища.

Такимъ образомъ еще во время чревосѣченія слѣдовало бы вскрыть задній влагалищный сводъ и дренировать нижній отдѣлъ

брюшной полости при помощи полосы стерилизованной марли, проведенной через это отверстие въ заднемъ сводѣ въ брюшную полость.

*Описаніе препарата *) удаленной беременной правой Фаллопиевой трубы.*

Длина всей удаленной трубы = $7\frac{1}{2}$ снт., а ширина ея = $3\frac{1}{2}$ снт., она имѣетъ видъ колбасы, неодинаковой толщины въ различныхъ мѣстахъ. Окружность трубы у абдоминальнаго конца ея равна (наибольшая окружность) 11 снт., а наименьшая окружность (у дна матки) — 9 снт., окружность въ средней ея части равна 10 снт.

Фимбріи Фаллопиевой трубы значительно гипертрофированы и вывернуты въ брюшную полость (наружу). Отверстіе брюшнаго конца трубы проходимо для толстаго зонда и въ это отверстие смотритъ разорванная часть плодныхъ оболочекъ яйца, темно-краснаго цвѣта (отсюда было кровотеченіе въ брюшную полость). По разрѣзѣ трубы, по верхнему краю ея, начиная отъ брюшнаго конца ея, по направленію къ маточному концу ея и по вскрытіи въ этомъ же направленіи плоднаго мѣшка (нѣсколько губчатой консистенціи и пропитаннаго темной кровью), оказалось, что толщина ея стѣнки не больше толщины листа писчей бумаги: въ этой трубѣ, плотно прилегая къ внутренней стѣнкѣ ея, лежитъ яйцо, оболочки котораго имѣютъ толщину около $\frac{1}{2}$ снт., внутри оболочекъ находится прозрачная жидкость (околоплодная), въ которой плаваетъ, вися на зачаткѣ очень тонкой пуповины, зародышъ, длиной около $1\frac{1}{2}$ снт., по величинѣ своей и степени дифференцировки частей его туловища можно дать ему возрастъ не болѣе 4 недѣль. Пуповина зародыша прикрѣпляется къ задне-верхней части, ближе къ брюшному концу трубы, плодныхъ оболочекъ.

Вокругъ брюшнаго конца трубы имѣется довольно много плотныхъ фибринозныхъ отложеній, давняго (сравнительно) происхожденія. На маточномъ концѣ трубы этихъ отложеній нѣтъ.

Далѣе, снаружи, отъ передней стороны Фаллопиевой трубы, срединной ея части, отходитъ круглый тяжъ, свободно висящій въ брюшную полость, толщиной около тонкаго зонда и длиной въ $1\frac{1}{2}$ снт., оканчивающійся кистовиднымъ образованіемъ, величиной съ горошину (Морганіева гидатида **).

VI. Двусторонняя трубная беременность, внутрибрюшное кровотеченіе, чревостеченіе; выздоровленіе.

9/III 97 г. въ больницу доставлена для операціи жена сто-рожа ст. Астапово (Ряз.-Урал. ж. д.) Анна В—на, 32 лѣтъ, крестьянка, съ признаками остраго малокровія. Тѣлосложенія хорошаго и подкожнаго жира достаточное количество. Родила 5 разъ

*) Этотъ препаратъ демонстрированъ мной въ засѣданіи Тамбовскаго медицинскаго Общества въ началѣ февраля 1897 г.

**) См. „Руководство описательной анатоміи человека“ проф. Д. Зернова, ч. II, стр. 545.

живыхъ и доношенныхъ младенцевъ; роды продолжались по долгу (2—3 сутокъ) и послѣ родовъ поправлялась медленно (вставала послѣ родовъ черезъ 2 нед.). Послѣдніе роды были 2 года тому назадъ и послѣ нихъ болѣла въ продолженіи мѣсяца (*лихорадила и въ нижней части живота наблюдались боли*).

Menses обыкновенно приходятъ черезъ 3 нед., по 3 дня (до замужества продолжались по 1 недѣлѣ) съ сильными болями (въ послѣд. 2 года) передъ ними дня за два и во время нихъ.

Въ послѣдній разъ menses были подъ новый годъ (передъ январемъ 1897 г.), 2 мѣсяца и 10 дней тому назадъ. 13 февраля 1897 г., съ ней вдругъ случился обморокъ, послѣ чего она чувствовала сильную слабость и стрѣляющія боли внизу живота, а мочеиспусканіе было болѣзненно. Обмороки повторялись еще нѣсколько разъ (раза четыре), но не такіе глубокіе, какъ въ 1-й разъ; спустя 5—6 дней послѣ перваго обморока изъ матки стали выдѣляться крови въ небольшомъ количествѣ, но постоянно.

Послѣ перваго обморока врачъ, осматривавшій больную у нея на дому, нашелъ въ лѣвой паховой области какую-то небольшую опухоль и матку немного увеличенной; на основаніи этихъ объективныхъ данныхъ и быстро наступившаго обморока онъ высказалъ предположеніе о вѣматочной беременности. За недѣлю до поступленія въ больницу участковый врачъ вновь осматривалъ больную и тогда опредѣлилъ значительное увеличеніе опухоли, выдававшейся надъ лобкомъ (будто 3-хъ мѣсячная беременная матка) и повышеніе температуры (иногда до 39° вечеромъ).

9/III: Утромъ пульсъ 100, слабого наполненія при t° 37°; можетъ съ трудомъ сидѣть. Боли въ нижней части живота небольшія. Послѣ приѣма касторки прослабило. При изслѣдованіи нижней части живота и половыхъ органовъ опредѣляется: опухоль, похожая на матку около 4-хъ мѣсяцевъ беременности, встать надъ лобкомъ на 4—5 поперечныхъ пальцевъ, какъ-бы непосредственно переходящая въ шейку матки; при болѣе тщательномъ изслѣдованіи этой опухоли можно выдѣлить дно и боковыя части тѣла матки (увеличенной какъ при 2-хъ мѣсячной беременности, дно ея на 3 пальца выше лобка), лежащей кпереди и нѣсколько вправо отъ сливающейся съ ней, съ неясными контурами, слегка пастозной опухоли; эта посторонняя маткѣ опухоль занимаетъ передне-лѣвый сводъ и эту часть свода немного выпячиваетъ; эта же лѣвая часть опухоли довольно болѣзненна при пальпаціи; правая же сторона вѣматочнаго пространства мало болѣзненна, но немного напряжена; задній сводъ не выпячивается и безболѣзненъ. Больная очень малокровна.

Температура вечеромъ=37,4° пульсъ 100, слабого наполненія.

10/III: t° 37° (утромъ); пульсъ 80, слабого наполненія. Кровь изъ матки выдѣляется въ незначительномъ количествѣ.

11/III: На основаніи анамнеза и объективныхъ данныхъ изслѣдованія половыхъ органовъ и нижней части брюшной полости мной поставленъ діагнозъ: *трубная беременность съ разрывомъ плодотѣстности*.

Подъ наркозомъ (хлороформа истрачено 42,0 и бромистаго этила 8,0) мной произведено *чревосъщненіе*.

По разрѣзѣ брюшной стѣнки, отъ лобка кверху не доходя на 1 палецъ, оказалось, что сальникъ въ нижней своей части, а также мѣшокъ изъ ложныхъ фибринозныхъ перепонокъ, служившій вмѣстилищемъ для кровяныхъ сгустковъ и плоднаго яйца (съ лѣвой Фаллопиевой трубой), довольно плотно сросшены съ брюшиной передней брюшной стѣнки.

Сросшенія эти съ большимъ трудомъ были отдѣлены по всей поверхности передне-нижней части брюшной стѣнки.

При отдѣленіи сросшеній мѣшокъ, служившій вмѣстилищемъ для кровяныхъ сгустковъ и разорванной беременной трубы, сверху и справа прорвался, при чемъ въ немъ обнаружены кровяные сгустки давняго происхожденія.

Величина этого мѣшка=2-мъ кулакамъ взрослого человѣка и границы его составляютъ: спереди—передняя брюшная стѣнка (брюшина) съ сальникомъ; сзади, сверху, справа и слѣва—кишки, а спереди книзу—дно и задняя стѣнка тѣла матки, а также большая часть расширенной лѣвой Фаллопиевой трубы (беременной).

По разсѣченіи передней стѣнки этого мѣшка (т. е. ложныхъ перепонокъ *перитонитическаго* происхожденія) и по удаленіи заключавшихся въ немъ очень многихъ кровяныхъ сгустковъ, обнаружена лѣвая Фаллопиева труба, изъ разорванной ниже-задней стѣнки которой торчало въ брюшную полость, наибольшимъ своимъ объемомъ (сегментомъ), плодное яйцо. Эта часть (наибольшая) трубы особенно сзади, была окутана ложными фибринозными перепонками, довольно легко отдѣлимыми тупымъ путемъ. Плодное яйцо лежало между кровяными сгустками, которые выполняли вышеупомянутый мѣшокъ изъ ложныхъ фибринозныхъ перепонокъ.

Вся эта масса, состоящая изъ старыхъ кровяныхъ сгустковъ, лопнувшей Фаллопиевой трубы и плоднаго яйца (величиной около куриного, круглой формы), окутанная фибринозными оболочками воспалительнаго происхожденія (толщиной около 3—4 mm и легко рвущейся), лежала спереди тонкихъ кишекъ и отдавливала ихъ кверху и кзади, а также придавливала немного увеличенную (какъ 6-ти 8-ми недѣльной беременности) матку кпереди, къ лобку (къ лѣвой сторонѣ) и была спаяна съ задней стѣнкой матки и дномъ ея.

Лѣвая Фаллопиева труба вмѣстѣ съ плоднымъ яйцомъ, по отдѣленіи отъ спаекъ, цѣликомъ удалена. Плотныя спайки между кишками не отдѣлены и часть фибринозныхъ перепонокъ мѣшка, въ которомъ заключены были кровяные сгустки и лопнувшая беременная труба, оставлены въ брюшной полости, (по невозможности отдѣленія ихъ отъ подлежащихъ тканей). Въ концѣ операціи въ брюшную полость влито около 360,0 стерилизованнаго раствора (физиологической) поваренной соли (около 30° R.); часть этого раствора оставлена въ брюшной полости. Кромѣ этого еще подкожно введено около 200,0 того же раствора соли. *Послѣ*

вливанія солеваго раствора въ брюшную полость пульсъ у больной сталъ гораздо полнѣе. Брюшная рана зашита наглухо, при чемъ на апоневрозъ брюшной мышцы наложенъ узловатый, шолоковый, погружной шовъ. Нижний отдѣлъ брюшной полости дренированъ полосой стерилизованной марли, проведенной со стороны брюшной полости, черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ, во влагалище.

Операція продолжалась, вмѣстѣ съ наложеніемъ швовъ, около $1\frac{3}{4}$ часа.

Во время наркоза была 2 раза рвота.

Послѣ наркоза больная скоро пришла въ себя. Тотчасъ послѣ операціи—пульсъ 64 въ минуту, хорошаго наполненія.

Вечеромъ: $t^0=37,5^0$. Пульсъ = 64, хорошаго наполненія. Жалуется на жженіе въ нижней части передней брюшной стѣнки. Была одинъ разъ рвота.

Измѣдка жалуется на жажду. Дыханіе довольно поверхностное. Введено подкожно около 100,0 раствора поваренной соли. Мочится при помощи катетера.

12/III: Утро: $t^0=37^0,2$; пульсъ 84, хорошаго наполненія. Рвоты нѣтъ; жажда небольшая. Поставлена соленая клизма съ виномъ.

Вечеръ: $t^0=38^0,6$; пульсъ 100. Марлевая полоса была выдвинута изъ задняго Дугласа во влагалище на 1 вершокъ, послѣ чего выдѣлилось изъ брюшной полости около фунта серезно—кровянистой жидкости, безъ запаха. Въ отверстіе въ заднемъ сводѣ введенъ еще толстый дренажъ резиновый.

Наблюдается боль подъ ложечкой и вздутіе тамъ-же.

13/III: t^0 утромъ = $37,2$, а вечеромъ = $37^0,7$; пульсъ по частотѣ своей мѣняется: иногда 84, иногда 100. Аппетита нѣтъ. Сонливость. Жажда. Черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ выдѣляется много сукровичной жидкости.

14/III: t^0 утромъ и вечеромъ = $37^0,7$; пульсъ отъ 85 до 117.; t^0 въ полдень = $38,5$. Сдѣлано промываніе брюшной полости черезъ задній сводъ фізіологическимъ растворомъ поваренной соли и введенъ новый марлевый тампонъ.

При промываніи черезъ задній сводъ вышло около стакана чайнаго сукровичной вонючей жидкости, съ примѣсью небольшого количества гноя. Лѣдъ на животъ, по прежнему, продолжаютъ класть.

16/III: t^0 утромъ = $37^0,7$, а 15/III вечеромъ была = $38^0,6$; пульсъ утромъ = 106, наполненія порядочнаго.

Сдѣлано промываніе брюшной полости черезъ отверстіе въ заднемъ сводѣ тѣмъ-же растворомъ поваренной соли. При этомъ выдѣлилось около $\frac{1}{2}$ чайнаго стакана сукровичной, вонючей, съ гноемъ жидкости. Введенъ опять тампонъ въ задній Дугласъ изъ антифебринной (16%) марли (дренажъ резиновый оставленъ). Послѣ промыванія больная жаловалась на сильныя боли (схватки) въ животѣ. Температура вечеромъ = $37^0,5$, пульсъ 100, наполненія хорошаго.

Въ дальнѣйшемъ послѣоперационное лѣченіе больной состояло: въ промываніи брюшной полости черезъ задній сводъ влагалищный аq. formalini (1:2000), черезъ 2—3 дня (при значитель-

номъ вечернемъ повышеніи температуры), и перевязкахъ брюшной раны (черезъ 4—5 дней) до полного ея заживленія. Брюшные швы сняты на 9-й день, при чемъ наблюдалось *нагноеніе въ одномъ швѣ*. Въ общемъ брюшной рубецъ получился довольно плотный и крѣпкій.

Съ 9/IV температура у больной установилась нормальной; съ 4—5/IV больная начала ходить. Выдѣленіе гноя изъ брюшной полости, черезъ отверстіе въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, постепенно уменьшается такъ же, какъ—и полость гнойная въ заднемъ Дугласѣ. Больная теперь еще находится въ больницѣ въ періодѣ выздоровленія и можно быть увѣреннымъ, что теперь она черезъ 2—3 недѣли вполне оправится отъ своего заболѣванія.

Примѣненный *дренажъ брюшной полости* черезъ задній сводъ въ данномъ случаѣ, какъ и въ V-мъ и II-мъ случаяхъ, *былъ спасительнымъ клапаномъ для жизни больной*.

Показаніе къ операціи въ этомъ случаѣ, какъ и въ № V-мъ, можно считать жизненнымъ.

*Подробное описаніе препарата беременной лѣвой Фаллопиевой трубы: *)*

Лѣвая Фаллопиева труба наибольшее расширеніе имѣетъ въ нижнихъ $\frac{2}{3}$ своей длины. Длина трубы=9 сант. Представляетъ она изъ себя мѣшокъ, разорванный со стороны задней ея стѣнки; разрывъ этотъ идетъ отъ середины ея свободного края (abdominal'наго конца) по направленію къ маточному концу трубы на протяженіи 5 сант. Стѣнки трубы мѣстами (спереди особенно) утолщены на счетъ фибринозныхъ отложеній воспалительнаго характера, а мѣстами—истончены. Въ общемъ же толщина разорванной части трубы= $\frac{1}{2}$ сант. Большая половина трубы, отъ середины ея до abdominal'наго конца, окутана ложными фибринозными перепонками. Черезъ разрывъ стѣнки трубы большею своею окружностью торчало плодное яйцо въ брюшную полость. Величина плоднаго яйца—около большаго куринаго яйца; наибольшая окружность его=18 сант. (длинникъ), наименьшая (въ поперечномъ направленіи)—16 сант. По разрывѣ яйца, оно оказалось состоящимъ изъ очень толстыхъ стѣнокъ (такъ что мѣстами толщина стѣнки=3 сант., а наименьшая толщина=2 сант.) и небольшой полости (съ лѣсной орѣхъ); полость эта выстлана зачатками плодной оболочки и въ ней находится зародышъ величиной около $3\frac{1}{2}$ mm. Въ стѣнкахъ яйца имѣются мѣстами слѣды кровоизліяній.

Въ заключеніе этой статьи считаю для себя позволительнымъ и умѣстнымъ высказать слѣдующія положенія, основанныя на моемъ больничномъ опытѣ:

1) Всякая устроенная желѣзнодорожная больница должна имѣть отдѣльный хирургическій баракъ со всѣми новѣйшими приспособленіями для хирургіи;

*) Препараты этотъ демонстрированъ мной въ Засѣданіи Тамбовскаго Медицинскаго Общества 2-го апрѣля 1897 г.

2) Во главѣ каждой такой больницы долженъ стоять врачъ—хирургъ въ широкомъ смыслѣ слова;

3) Лѣченіемъ въ этихъ больницахъ должны пользоваться какъ служащіе желѣзной дороги, такъ (*въ особенности*) ихъ семейства, по преимуществу бѣднѣйшія;

4) Дренажъ при чревосѣченіяхъ по поводу почти всякой вѣнчаточной беременности (особенно при обстановкѣ, подобной Козловской больницы) черезъ задній сводъ влагалища необходимъ.

Гор. Козловъ.
15-го апрѣля
1897 года.

Врачъ В. В. Потъенко.

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

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, пенсне, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



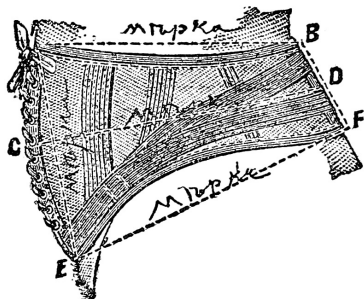
ИНСТРУМЕНТЫ: перевязочные, ампутаціонные, резекціонные, акушерскіе и пр. Лекарскіе и фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины.

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

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается бесплатно.

6—(12)

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

29. Гороховая, у каменнаго моста. 29.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ВСЕВОЗМОЖНЫХЪ БАНДАЖЕЙ, НАБРЮШНИКОВЪ, СУСПЕНЗОРІЙ И РАЗНЫХЪ ДРУГИХЪ ПОВЯЗОКЪ, СОГЛАСНО НОВѢЙШИМЪ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯМЪ.

— КАБИНЕТЪ для наложенія бандажей —

почтовые заказы исполняются аккуратно и точно, согласно предписанію Гг. ВРАЧЕЙ.

29. Гороховая улица, у Каменнаго моста. 29.

6—(12)

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 11 и 12 Января, 1897 года.