ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ:

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

А. Я. КРАССОВСКАГО,
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНАГО ЗАВЕДЕНІЯ.

А. М. МАКѢЕВА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА,
ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИМІРА 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 КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА
Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРІИНСКОМЪ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ XI.

Ноябрь 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

С.-Петербургская Губернская Типографія, улица Глинки, № 8.

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

НОЯБРЬ 1897, № 11.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Janiceps symmetros (симметричный Янусъ).

Д-ра мед. А. А. Сицинскаго.

1-го Мая 1896 г. въ С.-Петербургскомъ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ мною демонстрированъ рѣдкій препаратъ симметричнаго Януса (Janiceps symmetros), не осложненнаго другими важными уродствами.

4-го января 1896 г. въ 8 ч. вечера въ Петергофскій Придворный Госпиталь поступила роженица Елена К., жена дворника, 38 л. отъ роду. На видъ она крѣпкаго тѣлосложенія, хорошаго питанія тѣла, ростомъ 159 сант. Рожала уже 6 разъ, при чемъ роды протекали легко. Послѣ родовъ обыкновенно быстро поправлялась, кромѣ третьихъ, послѣ которыхъ она отмѣчаетъ какое-то лихорадочное заболѣваніе. Изъ дѣтей въ живыхъ только одно; остальныя умерли отъ разныхъ болѣзней въ разныхъ возрастахъ. Но уродствъ между ними никакихъ не было, равно не наблюдалось таковыхъ и во всей ея семьѣ. Настоящіе роды—по числу 7-ые. Крови появились на 14 году, установились сразу и ходили черезъ 3 недѣли по 3—4 дня. Такимъ образомъ дѣло шло до 16 лѣтъ. Съ этого-же времени и до 24 лѣтъ крови стали ходить неправильно, запаздывая до 2-хъ мѣсяцевъ; послѣ замужества онѣ приходятъ правильно черезъ 3 недѣли по 5 дней, умѣренно. Передъ кровями обычно показываются дисменоррейныя боли. Послѣдніе регулы были во второй половинѣ Мая, меньше обыкновеннаго, въ теченіи 2-хъ дней. Такимъ образомъ, считая по кровямъ настоящей беременности 7 мѣсяцевъ. Движеніе плода роженица почувствовала всего одинъ разъ за 2 недѣли до родовъ, послѣ чего она болѣе ихъ не ощущала. Самочувствіе больной во все время беременности было плохое: ей

приходилось больше лежать, она страдала запорами; ноги болѣли и опухали; моча выдѣлялась съ болью. По ея собственному наблюденію объемъ живота былъ значительно большій, чѣмъ это было при прежнихъ срочныхъ родахъ. Родовыя боли появились того-же 4-го января въ 9 ч. утра.

При изслѣдованіи роженицы оказалось слѣдующее. Окружность живота—104 сант. Размѣры таза: Troch. 31, Crist. 28½, Sp. 23, Conjug. ext. 18, Conjug. diag. 12½. Матка овальноудлиненной формы, дномъ упирается въ подреберья, по величинѣ соотвѣтствуетъ 9 мѣсяцамъ беременности. Вся она весьма напряжена и напоминаетъ пузырь, туго наполненный водой. Схватки умѣренной силы и нечастыя. Вслѣдствіе крайней напряженности матки невозможно было ощупать ни предлежащей части, ни спинки, ни мелкихъ частей плода. Нельзя было нащупать предлежащей части и сквозь напряженный плодный пузырь, не смотря на раскрытіе зѣва на 2½ п.п. Сердцебіеніе плода нигдѣ не прослушивалось. Сопоставляя эти данныя съ временемъ послѣднихъ кровей представлялось вѣроятнымъ существованіе въ данномъ случаѣ *hydramnion*'а.

Въ 10 ч. 45′ веч. при совершенномъ зѣвѣ вскрытъ плодный пузырь, вслѣдъ за чѣмъ излилось большое количество чистыхъ околоплодныхъ водъ.

Начала вставляться головка.

Въ 11 ч. 50′ веч. быстро и самопроизвольно родился уродъ, который и послужилъ предметомъ упомянутой демонстраціи.

Вскорѣ послѣ его рожденія произвольно вышелъ послѣдъ со всѣми оболочками. Послѣродовой періодъ протекъ вполнѣ нормально, безлихорадочно и больная выписалась изъ Госпиталя здоровой на 8-й день послѣ родовъ.

Послѣдъ одинъ, округлой формы. Вѣсъ его 530 граммъ. Размѣры 14 и 19 сант. Въ немъ можно различить двѣ половины, изъ нихъ—меньшая представляется и болѣе толстой; однако рѣзкой видимой границы, которая указывала бы на сліяніе двухъ послѣдовъ, не замѣчается.

Пуповина одна, представляетъ короткій, витой шнурокъ длиною въ 20 сантим., состоящій изъ 2 сросшихся пуповинъ, что видно и на поперечномъ ея разрѣзѣ, гдѣ имѣются отверстія 4 артерій и 2 венъ. Не доходя на одинъ сантиметръ до послѣда общая пуповина расщепляется на 2 шнурка, которыми и входитъ въ ткань послѣда на растояніи 4 сантиметровъ одинъ отъ другаго.

Водная оболочка одна.

Родившійся плодъ (рис. № 1-й и № 2-й) представляетъ двойной уродъ: двухъ дѣвочекъ, сросшихся головами, шеями и туловищами вплоть до пупка. При этомъ 2 головы слились совершенно въ одну голову, имѣющую 2 лица. Шея, грудная полость и верхній отдѣлъ живота выше пупка для обоихъ плодовъ общія. Книзу-же отъ пупка оба плода представляются вполнѣ разъединенными и правильно сформированными.

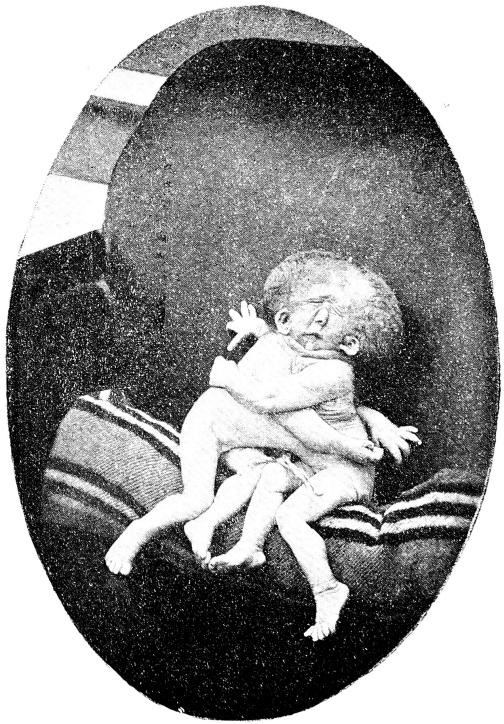
Janiceps symmetros.

Рис. 1.



Видъ со стороны лица А (спереди).

Рис. 2.



Видъ со стороны лица Б (сзади).

Механизмъ сліянія 2-хъ отдѣльныхъ головъ въ одну съ двумя лицами можно представить себѣ слѣдующимъ образомъ.

Разсѣчемъ мысленно сформировавшееся лице каждаго изъ двухъ плодовъ продольно по срединной плоскости тѣла до средней линіи головы и затѣмъ развернемъ обѣ половины лица въ стороны направо и налѣво на величину прямаго угла, оставляя при этомъ затылокъ на мѣстѣ,—по наглядному сравненію многихъ авторовъ въ родѣ того, какъ если бы мы развернули 2 страницы какой-либо книги, удерживая на мѣстѣ корешекъ ея. Тогда обѣ половинки лица каждой головы окажутся расположенными по сторонамъ соотвѣтственнаго туловища и, при томъ, правая половина лица на правой боковой сторонѣ туловища, лѣвая половина лица—на лѣвой боковой туловища.

Если теперь представимъ себѣ, что обѣ головы съ развернутыми такимъ образомъ половинками лицъ будуть идти передними поверхностями на встрѣчу другъ другу до соприкосновенія, то произойдетъ слѣдующее.

Правая половина лица одного плода соединится съ лѣвой половиной лица другого плода и наоборотъ. Такимъ образомъ получится одна голова и два лица, расположенныя на противуположныхъ ея сторонахъ, при чемъ одна половина каждаго лица будетъ принадлежать одному плоду, а другая половина—другому плоду; тѣмъ не менѣе по внѣшнему виду каждое лицо представляется вполнѣ нормальнымъ. Лица эти по отношенію ко всему уроду будутъ переднимъ и заднимъ, но по отношенію къ каждому изъ слившихся плодовъ—вполнѣ боковыми.

Грудные отдѣлы и верхніе отдѣлы живота обоихъ плодовъ подверглись совершенно тождественному процессу сліянія. Половинки грудной клѣтки съ ея содержимымъ одного плода вмѣсто того, чтобы соединиться между собою, расходясь направо и налѣво (считая отъ позвоночника), приходятъ въ соприкосновеніе и сливаются съ развернутыми обѣими половинками грудной клѣтки и ея содержимаго, принадлежащихъ другому плоду. Такимъ образомъ формируются двѣ переднія грудныя стѣнки, по внѣшнему виду вполнѣ нормальныя и расположенныя въ той-же плоскости, что и лица, и перпендикулярно поверхности спинъ. Совершенно тоже должно сказать и о верхнемъ отдѣлѣ живота выше пупка; ниже же его расположеніе живота каждаго плода вполнѣ отвѣчаетъ нормѣ.

Уродъ родился безъ признаковъ жизни. Возможно, что смерть его послѣдовала отъ преждевременнаго отдѣленія послѣда вслѣдствіе сильнаго натяженія весьма короткой пуповины, которою уродъ по рожденіи удерживался у самыхъ половыхъ органовъ матери. Во всякомъ случаѣ, смерть урода наступила, если не въ моментъ родовъ, то не задолго до нихъ, какъ о томъ свидѣтельствуетъ наблюдавшееся у него черезъ 9 часовъ по рожденіи состояніе рѣзкаго трупнаго окоченѣнія.

Вѣсъ урода 1930 граммъ; длина тѣла каждаго изъ составляющихъ уродъ плодовъ совершенно одинаковая—по 35 сантим.

Такимъ образомъ по длинѣ тѣла уродъ вполнѣ соотвѣтствуетъ 7-мѣсячной беременности, опредѣленной у нашей больной по регуламъ. Окружность головки—35 сант. Размѣръ ея отъ одного затылочнаго бугра до другого равенъ 12 сант.; размѣры между 2 темянными костями, принадлежащими одному плоду, 2 темянными костями, принадлежащими другому плоду и между 2 парами лобныхъ костей—одинаковы и равны каждый 7 сант. Разстояніе отъ каждаго подбородка къ затылочнымъ буграмъ одинаково и равно 9 сантим.

Окружность шеи $23^1/_2$ сант.

Размѣръ плечиковъ $10^1/_2$ сант. Окружность груди на уровнѣ сосковъ—30 сант. Соски явственно обозначены, по два съ каждой стороны.

Рукъ—двѣ пары, длина ихъ одинакова по $15^1/_2$ сантим.

Ногъ—2 пары; длина каждой изъ нихъ отъ trochanter'a до пятки $14^1/_2$ сант. Пальцы рукъ и ногъ въ нормальномъ числѣ и хорошо развиты. Ногти явственно выражены.

Оба лица правильно сформированы и схожи. Размѣры ихъ тожественны; такъ разстояніе отъ переносицы до общаго большаго родничка по лобному шву и отъ переносицы къ подбородку для каждаго лица одинаково и равно 5 сант. Разстояніе между ушами $5^1/_2$ и 6 сант. Каждая пара хорошо развитыхъ ушей поставлена правильно не къ лицу, но къ затылку и слѣдов. расположена въ плоскости, приблизительно параллельной плоскости лицъ.

Глаза одноцвѣтные. Оба рта маленькіе, около 1 сант. въ ширину.

Единственная разница между двумя лицами заключается въ строеніи носа. Тогда какъ на одномъ лицѣ, которое назовемъ буквою А, носъ совершенно правильно развитъ, на другомъ онъ болѣе хрящеватой консистенціи и лишенъ носовой перегородки, вслѣдствіе чего имѣетъ только одну общую ноздрю. Это второе лице назовемъ буквою Б.

Остальная часть головы, незанятая лицами, покрыта густо волосами.

Ощупывая общую голову, убѣждаемся, что надъ позвоночнымъ столбомъ каждаго плода имѣется затылочная кость, а впереди ея—двѣ темянныя кости; между ними правильно образованный малый родничекъ. Впереди темянныхъ костей лежитъ по 2 лобныхъ кости съ каждой стороны, расположенныхъ совершенно иначе, чѣмъ въ нормѣ: онѣ развернуты въ стороны и вмѣсто перпендикулярнаго положенія къ темяннымъ костямъ онѣ лежатъ въ одной съ ними плоскости; при этомъ правая лобная кость одного плода соединяется помощью шва съ лѣвой лобной костью другого и наоборотъ, образуя такимъ образомъ по лбу для каждаго изъ описанныхъ лицъ. Въ силу этого оба большихъ родничка сливаются въ одинъ общій большой родничекъ. Многоугольная форма его опредѣляется взаимнымъ положеніемъ костей и видна изъ прилагаемаго чертежа въ натураль-

ную величину съ обозначеніемъ размѣровъ въ сантиметрахъ (рис. № 3).

Вскрытіе урода произведено въ Анатомическомъ Институтѣ Императ. Военно-Медиц. Академіи прозекторомъ его докторомъ *Иваномъ Эдуардовичемъ Шавловскимъ*, которому считаю пріятнымъ долгомъ выразить мою искреннюю благодарность.

Первые 3 сутокъ по рожденіи трупикъ лежалъ въ слабомъ растворѣ формалина, вслѣдствіи чего мозгъ его подвергся значительной степени гнилости. На 4-ый день уже въ Институтѣ сдѣлана была инъекція 2% раствора формалина, черезъ пупочныя артеріи, а затѣмъ сосуды налиты Тейхмановской массой. Мозгъ позже кромѣ того уплотненъ въ 20% растворѣ хлористаго цинка.

Особенности вскрытой черепной полости заключаются въ слѣдующемъ. Отъ средней точки внутренней поверхности большаго родничка, гдѣ перепончатая ткань его утолщена, берутъ начало 2 processus falciformes majores, которые изъ этой точки направляются въ противуположныя стороны къ малымъ родничкамъ и затѣмъ ниже переходятъ каждый въ хорошо и нормально развитый tentorium cerebelli. Направленіе ихъ такимъ образомъ нормально по отношенію къ затылкамъ и параллельно поверхности обоихъ лицъ. Высота ихъ у мѣста взаимнаго начала $^1/_2$ сант., у protuberantia occipitalis interna—$2^1/_2$ сант. По длинѣ свободнаго края въ каждомъ изъ нихъ заложенъ sinus falciformis superior.

Другихъ какихъ-либо перегородокъ на внутренней сторонѣ черепной крышки не имѣется.

Особый интересъ представляетъ структура *основанія черепной полости*, происшедшаго отъ сліянія основаній черепа каждаго изъ плодовъ и срисованнаго съ натуры на прилагаемомъ рисункѣ (№ 4). На немъ видны 2 затылочныя дыры (a,a′); заднія и среднія ямы основанія черепа (b,c,b′c′) лежатъ симметрично по обѣимъ сторонамъ; пирамиды—также (e,e′), на нихъ просвѣчиваютъ верхніе полукружные каналы. Ближе къ средней линіи верхнія поверхности глазницъ (f,f′) вмѣсто того, чтобы лежать кпереди, развернуты въ бока и встрѣчаются съ соотвѣтственными покрышками глазницъ другой стороны (f:f′). Между каждой ихъ парой видна crista Gallig. Изъ 2-хъ турецкихъ сѣделъ образуется одно съ 2 спинками. Спинки стоятъ правильно другъ противъ друга. Подъ угломъ къ нимъ въ 90° стоятъ основанія малыхъ крыльевъ клиновидныхъ костей, обращенныхъ въ сторону лицъ. Вслѣдствіе этого общее турецкое сѣдло по формѣ перестаетъ быть сѣдломъ, но представляетъ изъ себя четырехъ угольную ямку, предназначенную, повидимому, для общаго hypophysis cerebri, (h). (d—tentorium cerebelli цѣлый, d′—онъ-же вскрытый).

Ребра, соотвѣтственно своеобразному отношенію между позвоночниками и грудными костями, занимаютъ приблизительно только $^1/_4$ окружности туловища.

Грудныя кости составились каждая изъ сліянія отдѣльныхъ продольныхъ половинокъ, принадлежащихъ разнымъ плодамъ.

Въ остальномъ скелетъ каждаго плода не представляетъ ничего замѣчательнаго.

Изъ мышечной системы заслуживаютъ упоминанія прямыя мышцы живота и діафрагма.

Со стороны каждаго лица на протяженіи отъ мечевиднаго отростка до пупка лежатъ рядомъ 2 хорошо развитыя прямыя мышцы съ ихъ влагалищами. Одна изъ этихъ мышцъ принадлежитъ одному плоду, другая—другому плоду. Ниже пупка, слѣдовательно на тѣхъ отдѣлахъ живота, которые представляются раздѣльными для каждаго плода, взаимное расположеніе прямыхъ мышцъ мѣняется: здѣсь каждому плоду соотвѣтствуетъ пара ему-же принадлежащихъ прямыхъ мышцъ.

Діафрагма—одиночная, большая; на всемъ протяженіи она цѣла и вполнѣ раздѣляетъ общую брюшную полость отъ грудной. Цѣлость ея подчеркивается въ виду крайней частоты неполнаго развитія діафрагмы у подобныхъ-же уродовъ другихъ авторовъ (*Houel*, *Golay*, *Mayor*, *Lochte*).

Мозгъ.

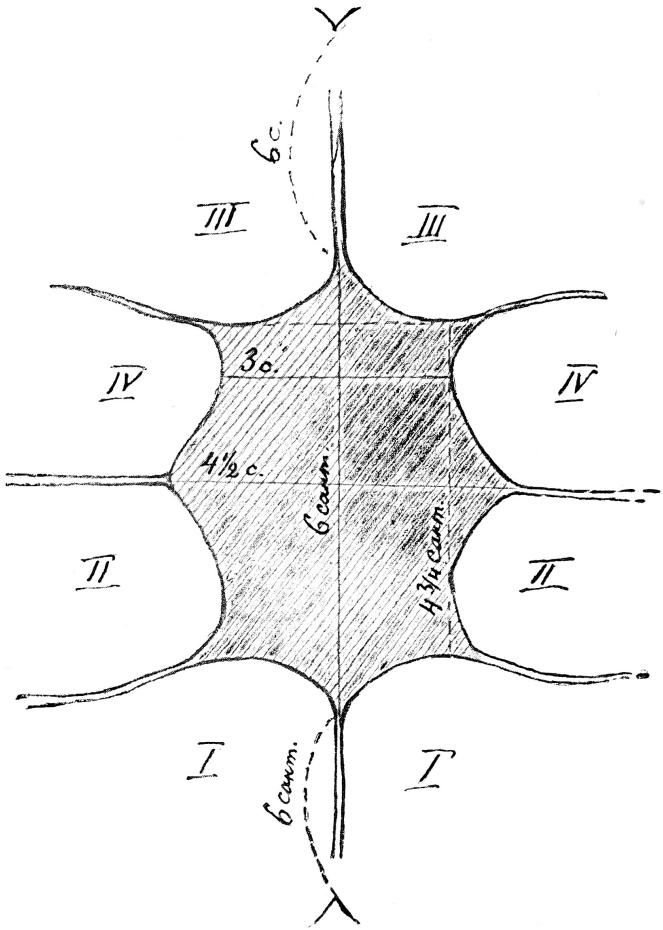
Какъ выше упомянуто, въ виду наступившей еще до инъекціи формалина значительной степени гнилости мозга, нѣкоторыя детали не удалось разобрать. Выяснено-же въ общемъ слѣдующее.

Сосуды твердой и мягкой мозговыхъ оболочекъ переполнены кровью. Отъ одного затылка къ другому идетъ поперечная борозда, раздѣляющая весь мозгъ на 2 симметричныя половины. На срединѣ каждой половины мозга замѣчается въ свою очередь борозда, почти прямолинейная, идущая перпендикулярно къ первой бороздѣ и раздѣляющая каждую половину общей мозговой массы вновь на 2 симметричныя половинки (квадранты), причемъ это раздѣленіе неполное, такъ какъ борозда не проникаетъ до нижней поверхности лобныхъ долей, вслѣдствіе чего лобныя доли въ нижнихъ своихъ частяхъ переходятъ другъ въ друга.

Такимъ образомъ, если смотрѣть со стороны лицъ, общая мозговая масса представляется раздѣленною на 4 приблизительно одинаковаго устройства квадранта. На противуположныхъ концахъ 2 смежныхъ (со стороны лицъ) квадрантовъ видны хорошо развитыя затылочныя доли (a, a′; рис. № 5). По направленію внизъ онѣ переходятъ въ височныя доли (b, b′), не представляющія въ своемъ устройствѣ ничего особеннаго. Внутренніе (они-же передніе) концы 2 височныхъ долей находятся въ разстояніи другъ отъ друга около 2-хъ сантиметровъ. Височныя доли отдѣлены отъ вышележащихъ темянныхъ и лобныхъ долей Сильвіевой бороздой (c, c′). Въ промежуткѣ между височными долями поднимаются въ видѣ возвышенія треугольнаго очертанія нижнія поверхности слившихся лобныхъ долей (d).

На поверхности полушарій имѣется рядъ извилинъ, форма и взаимное расположеніе которыхъ достаточно ясно видно на прилагаемыхъ рисункахъ № 5 и 6, снятыхъ съ натуры.

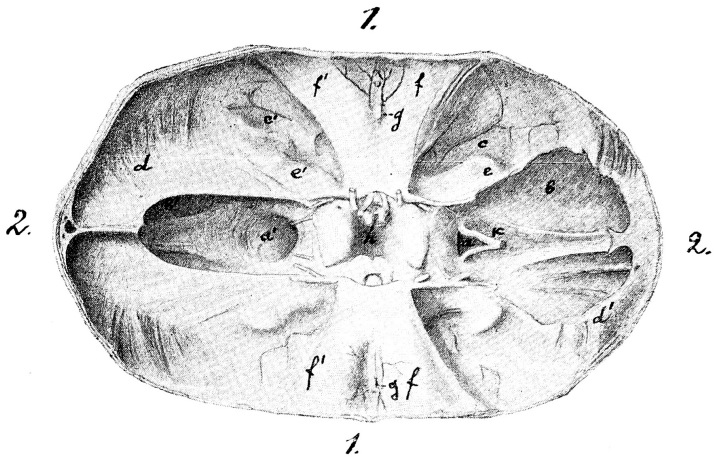
Рис. 3.



Форма общаго большаго родничка въ натуральную величину.

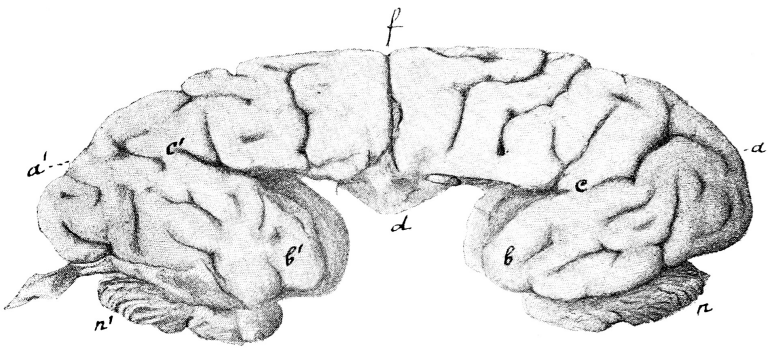
I, I темянныя кости плода А
II, II лобныя „ „ А
III, III темянныя „ „ Б
VI, IV лобныя „ „ Б

Рис. 4.



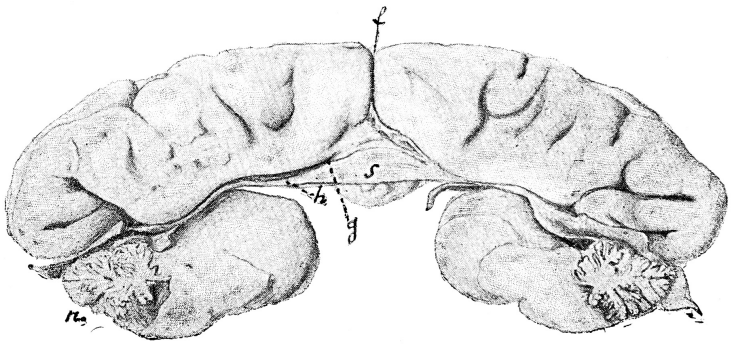
Основаніе черепной полости.
1,1—со стороны лицъ.
2,2—со стороны затылковъ.

Рис. 5.



Видъ мозга со стороны лица.

Рис. 6.



Видъ мозга со стороны затылочно-затылочной щели.

Противуположная сторона каждой пары соединенныхъ внизу квадрантовъ, составляющая стѣнку затылочно-затылочной щели мозга, обнаруживаетъ слѣдующія подробности (рис. № 6).

На срединѣ ея имѣется продолженіе сагитальной борозды (f), пересѣкавшей переднюю (со стороны лицъ) поверхность полушарія общей мозговой массы. Она здѣсь идетъ вертикально внизъ на протяженіи немного болѣе 1 сантиметра. Нижній конецъ этой борозды упирается въ ту часть мозга (s), которая общá обоимъ квадрантамъ (splenium corporis callosi) и продолжается въ нижнюю поверхность лобныхъ долей, тоже общую, какъ объ этомъ уже упомянуто выше.

Поверхность этой соединительной части мозга, обращенная къ затылочно-затылочной бороздѣ, почти плоская и на срединѣ ея начинается борозда (g), идущая горизонтально по направленію къ обоимъ затылкамъ, сначала мелкая, но затѣмъ постепенно углубляющаяся. Эта борозда (fissura hyppocampi) на каждой сторонѣ образуется нижнимъ краемъ каждаго изъ квадрантовъ съ одной стороны, съ другой—нижележащей полоской мозговаго вещества, которая, начинаясь также отъ средней общей части 2-хъ квадрантовъ каждой стороны, направляется въ сторону затылка подъ нижнимъ краемъ полушарія. Истончаясь она дугообразно изгибается и переходитъ въ бахромку Аммоніева рога. Такимъ образомъ эта полоска должна быть признана за заднюю ножку свода (по одной на каждой сторонѣ) (h).

По вскрытіи квадрантовъ оказалось, что боковые желудочки заложены въ общихъ чертахъ правильно, раздѣляются на 3 рога, изъ которыхъ передній смотритъ въ сторону сагитальной плоскости лицъ, немножко загибаясь къ лицу, такъ что передніе рога 2 соединяющихся квадрантовъ обращены другъ къ другу своими передними концами, но не сообщаются между собой. Въ заднемъ рогѣ различается calcar avis нормальнаго устройства, а въ нижнемъ—аммоніевъ рогъ съ фимбріей. Рядомъ съ cornu Ammonis помѣщается весьма высокій plexus choroideus lateralis, становящійся по направленію вверхъ и впередъ постепенно ниже.

Если смотрѣть изъ полости желудочка на стѣнку квадранта, медіальную относительно затылковъ и въ тоже время заднюю относительно лицъ, то на ней мы замѣчаемъ возвышеніе, составляющее продолженіе Аммоніева рога. Кпереди и книзу отъ этого возвышенія расположена бахромка (fimbria), переходящая въ заднюю ножку свода. Это возвышеніе составляетъ результатъ впячиванія стѣнки полушарія продолженіемъ Аммоніевой борозды. Мягкая мозговая оболочка, окружающая мозгъ и дающая отростки во всѣ борозды, входитъ въ боковой желудочекъ подъ задней ножкой свода. Ея край и составляетъ раньше упомянутый flexus choroideus lateralis.

Нижняя поверхность мозга. Начиная со стороны затылка и идя къ срединѣ ея, совершенно одинаково какъ на одной, такъ и на другой сторонѣ, замѣчается: мозжечекъ (n, n′), соединенный съ продолговатымъ мозгомъ; кпереди отъ продолговатаго мозга—

Вароліевъ мостъ, нанижней поверхности котораго идетъ arteria basilaris (к, рис. № 4); сбоку и сверху отъ мозжечка височныя доли. Между височными долями на нижней поверхности полушарій имѣется выпуклость треугольнаго очертанія, обращенная книзу, представляющая нижнюю поверхность слившихся лобныхъ долей. Съ передняго края Вароліева моста выходятъ мозговыя ножки, направляющіяся обыкновеннымъ образомъ къ массѣ каждаго мозга. Между мозговыми ножками—fossa Tarini, спереди замкнутая corporibus mamillaribus. Спереди отъ corpora mamillaria вслѣдствіе гнилости нельзя ничего различить.

Кпереди отъ мозжечковъ помѣщаются corpora quadrigemina, еще дальше—зрительные бугры, попарно отъ каждаго плода. Щель между каждой парой открывается впередъ въ общее среднее пространство, помѣщающееся надъ турецкимъ сѣдломъ и углубляющееся въ него. Ближайшихъ данныхъ относительно стѣнокъ этой общей полости (переднихъ ножекъ свода, сѣрыхъ бугровъ съ воронкой) собрать не удалось вслѣдствіе гнилости центральной части мозга.

На разрѣзѣ, проведенномъ черезъ обѣ спинки турецкихъ сѣделъ, каковымъ разрѣзомъ вскрыта была полость глотки, оказалось, что общее тѣло клиновидныхъ костей продыравлено каналомъ, переходящимъ въ полость полипообразной опухоли, сидящей на тонкой ножкѣ снизу общаго тѣла клиновидныхъ костей, а слѣдовательно опускающейся въ полость глотки отъ верхней ея стѣнки.

По направленію сверху внизъ она имѣетъ около $1^1/_2$ сант. въ длину, отъ позвоночника къ позвоночнику нѣсколько болѣе 1 сант. и въ направленію отъ одного лица къ другому около 2-хъ сантим.

Пищеварительные и другіе органы живота.

Полость глотки общая. Разстояніе между стѣнками глотки, прилегающими къ позвоночникамъ, равно $1^3/_4$ сант. Внизу полость глотки съуживаясь переходитъ въ общій пищеводъ, идущій вертикально внизъ въ желудокъ. Въ общую полость глотки открываются полости обоихъ ртовъ; ниже отверстій, ведущихъ въ послѣднія, находятся отверстія, открывающіяся въ гортань. Другъ противъ друга расположены небные паруса въ разстояніи приблизительно $3^1/_2$ сант. другъ отъ друга. Со стороны лица А имѣются парныя носовыя полости, разъединенныя перегородкой и открывающіяся надъ соотвѣтственной небной занавѣской въ полость глотки.

Со стороны лица Б, въ носовомъ отверстіи котораго невидно перегородки, это отверстіе переходитъ въ слѣпой каналъ, не сообщающійся съ полостью глотки.

Желудокъ одинъ, стоитъ вертикально между 2-мя печенями; ширина его около $^3/_4$ сант., длина около 3-хъ сант. Отъ краевъ

его, обращенныхъ къ позвоночникамъ, идутъ къ этимъ послѣднимъ брыжжейки. Двѣ пластинки брюшины, образующія каждую изъ брыжжеекъ, переходятъ въ брюшинный покровъ каждой селезенки и поджелудочной желѣзы. Отъ краевъ желудка, стоящихъ подъ угломъ въ 90° къ раньше упомянутымъ, идутъ къ печенямъ малые сальники.

Верхній отдѣлъ *тонкихъ* кишекъ, общій для обоихъ плодовъ, представляетъ трубку относительно широкаго калибра (около 8 милим.), которая образуетъ рядъ длинныхъ петель, вытянутыхъ горизонтально отъ одного позвоночника къ другому и спаянныхъ между собою брюшиной.

Въ центрѣ общей брюшной полости происходитъ ⊥ образное раздвоеніе общей доселѣ пищеварительной трубки на 2 трубки вдвое меньшаго діаметра (въ 4 millim.), изъ которыхъ каждая направляется къ своей слѣпой кишкѣ, лежащей въ правой подвздошной области каждаго плода. Такимъ образомъ обѣ слѣпыя кишки лежатъ на концахъ діоганали общей брюшной полости. Направленія этой діагонали въ общемъ придерживаются изгибы раздѣльныхъ для каждаго плода тонкихъ кишекъ.

Толстыя кишки, наполненныя meconio, совершенно самостоятельны у каждаго плода и нижнія ихъ части (recta, flexurae sigmoideae, colon descendens uterque и лѣвыя половины colonis transversi utriusque) устроены нормально, равно какъ и ихъ брыжжейки.

Colon transversum въ средней части подходитъ къ позвоночнику (симметрично для каждаго плода), теряя постепенно брыжжейку. Отъ этого мѣста толстая кишка вновь получаетъ брыжжейку, дѣлающуюся постепенно выше вплоть до coecum. Эта брыжжейка непосредственно продолжается въ брыжжейку intestini ilei (т. наз. mesenterium commune).

Такимъ образомъ мѣсто flexurae colicae dextrae не можетъ быть указано точно. Подъ правыми углами печеней видны coeca съ червеобразными отростками, смотрящими прямо вверхъ и длиною въ $1^1/_2$ снтм.

Печеней—2, отдѣльно для каждаго плода. Со стороны лица A печень имѣетъ четырехъ-угольное очертаніе съ округленными нижними углами; правый уголъ опускается значительно ниже лѣваго; правая половина печени нѣсколько больше лѣвой. Lobus Spigelii хорошо развитъ. Желчный пузырь нормальной структуры. Lig. suspensorium hepatis располагается продольно по срединѣ печени, доходя до пупка, и содержитъ въ заднемъ краѣ пупочную вену. На разстояніи 7—8 миллиметровъ отъ лѣваго нижняго угла печени помѣщается ligam. triangulare hepatis, расположенное въ фронтальной плоскости относительно лица и сагитальной относительно позвоночника. Свободный ея край смотритъ внизъ, длиною около 1 сантиметра. Эта связка переходитъ въ lig. coronarium, которая вокругъ верхняго лѣваго угла печени продолжается въ горизонтальномъ направленіи по верхнему краю лѣвой половины печени и соединяется съ ligam. suspensorium

hepatis. Съ правой стороны печени замѣчается такой-же другой ligam. triangulare, помѣщающійся на одномъ уровнѣ съ лѣвосторонней lig. triangulare и, подобно послѣдней, продолжается въ видѣ lig. coronarii по верхнему краю правой половины печени до встрѣчи съ lig. suspensorium. Наружные края обѣихъ lig. triangularium прикрѣпляются къ брюшной стѣнкѣ у выпуклаго края соотвѣтственныхъ почекъ. Совершенно аналогичныя отношенія существуютъ и для другой печени. Размѣры печени со стороны лица А—7 1/2 и 6 сант., печени со стороны лица Б—8 1/2 и 6 сант.

Селезенокъ 2. На видъ каждая изъ нихъ представляетъ трехугольную поверхность съ вытянутымъ угломъ, обращеннымъ вверхъ и къ срединной линіи. Покрыта каждая листкомъ брюшины, переходящимъ на нее съ нижней поверхности діафрагмы и продолжающимся дальше въ лѣвую пластинку задней брыжжейки желудка. Со стороны каждаго лица имѣется *pancreas*, которая (одинаково для обѣихъ сторонъ) идетъ отъ срединной линіи общей брюшной полости по направленію къ позвоночнику, подходя къ нему нѣсколько слѣва. У позвоночника она поворачиваетъ вверхъ и хвостъ ея касается селезенки.

Почекъ 4; онѣ не представляютъ ничего особеннаго. Надъ почками находятся надпочечныя желѣзы. Отъ пупка въ горизонтальномъ направленіи въ сторону каждаго позвоночника идутъ слегка дугообразно по 2 arteriae umbilicales. Надъ позвоночными ихъ концами расположены Фаллопіевы трубы, оканчивающіяся fimbriis, а за ними на той же высотѣ ovaria. Обѣ матки хорошо сформированы. Спереди и изъ подъ фаллопіевыхъ трубъ, перегибаясь черезъ пупочныя артеріи, идутъ внизъ въ паховые каналы lig. rotunda, сопровождаемыя при переходѣ черезъ брюшину arteriis epigastribus inferioribus. Дистальные концы круглыхъ связокъ можно прослѣдить до большихъ губъ.

Дыхательные органы и кровообращеніе.

Позади каждаго языка открывается по гортани. Двѣ гортани, продолжаются въ 2 трахеи, къ которымъ привѣшены 4 легкихъ. Легкія спавшіяся, недышавшія. Строеніе ихъ со стороны того и другого лица совершенно тождественно. Правое легкое состоитъ изъ 3 долей, нормально построенныхъ, лѣвое—изъ 2-хъ долей, при чемъ бороздка, раздѣляющая ихъ, пересѣкаетъ не нижній край легкаго, какъ это бываетъ въ нормѣ, а передній его край.

Щитовидныя желѣзы и thymus имѣются на каждой сторонѣ. Кромѣ легкихъ въ грудной полости помѣщается 2 совершенно обособленныхъ сердца, вполнѣ нормально сформированныхъ и топографически, если смотрѣть со стороны лица, правильно расположенныхъ.

Восходящая аорта со стороны лица А (см. схематич. рисунокъ № 7) дѣлится на правую и лѣвую аортальныя дуги, переходящія въ 2 нисходящія аорты, лежащія у того и другого позвоночника.

Со стороны-же лица Б имѣется только лѣвая аортальная дуга, переходящая въ нисходящую аорту. Такимъ образомъ нисходящая аорта, приходящаяся справа отъ лица А и слѣва отъ лица Б, составляется изъ двухъ аортальныхъ дугъ, другая-же аорта—только изъ одной.

Начало большихъ сосудовъ, т. е. сонныхъ и подключичныхъ артерій, симметрично со стороны лица А.

Со стороны-же лица Б крупные сосуды располагаются слѣдующимъ образомъ: изъ начала аортальной дуги выходитъ truncus bicaroticus, а изъ конца дуги—arteria subclavia sinistra. Что-же касается arteriae subclaviae dextrae, то она выходитъ изъ той нисходящей аорты, съ которой аортальная дуга описываемой стороны не соединяется.

Расположеніе *венъ* со стороны лица Б нормально; со стороны же лица А имѣется 2 верхнихъ полыхъ вены: правая и лѣвая.

Ductus arteriosus Botalli обыкновеннымъ образомъ идетъ съ каждой стороны.

Расположеніе плевральныхъ и перикардіальныхъ полостей представляетъ аномалію (см. схематическій рисунокъ № 8).

Если смотрѣть со стороны лица А, то перикардій представляется со всѣхъ сторонъ закрытымъ. Лѣвая плевральная полость замкнута.

Правый плевральный мѣшокъ закрытъ спереди, но если его вскрыть, то видно, что полость его широко сообщается съ такой же плевральной полостью рядомъ лежащаго легкаго, приходящагося лѣвымъ по отношенію къ лицу Б. Послѣдняя въ свою очередь не вполнѣ разъединена отъ полости околосердечной сумки со стороны того-же лица Б.

Такимъ образомъ околосердечная сумка со стороны лица Б, лѣвая плевра той-же стороны и правая плевра со стороны лица А представляютъ общую полость.

Правый плевральный мѣшокъ со стороны лица Б замкнутъ.

И такъ въ общей грудной полости имѣются 4 отдѣльныхъ серозныхъ полости: 1) только что упомянутая общая для одного сердца и 2 легкихъ, 2) полость околосердечной сумки со стороны лица А, 3) полость плевры лѣваго легкаго со стороны того-же лица и 4) полость плевры праваго легкаго со стороны лица Б.

Приведенное описаніе анатомическаго устройства даннаго урода показываетъ, до какой степени симметрично и правильно онъ построенъ. Слѣпое окончаніе одной носовой полости при отсутствіи въ ней носовой перегородки, да сообщеніе между 2 плевральными полостями и однимъ перикардіемъ—вотъ единственныя и при томъ несущественныя уклоненія отъ поразительно правильнаго общаго строенія нашего урода.

По классификаціи *Geoffroy Saint-Hilaire*'а [1]) онъ долженъ быть названъ *Janiceps*, Janus—прототипъ мифологическаго

[1]) Isidore Geoffroy Saint—Hilaire „Histoire des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux". Bruxelles. 1837, tome III, p. 84—88,

двуликаго Януса. Читая описаніе *Janiceps*'а, кажется, что оно срисовано съ нашего препарата, до такой степени нашъ уродъ типиченъ для Януса. По классификаціи *Förster*'а [2]) онъ носитъ названіе synkephalus symmetros; по *Ahlfeld*'у [3]), позднѣйшему автору—*Janiceps symmetros.*

Дѣло въ томъ, что *Geoffroy* St.—*Hilaire* весь классъ synkephalus дѣлитъ на 3 разряда:

1) Собственно *Janiceps*, характеризующійся 2 правильно развитыми лицами при одной головѣ, 2) *Jniops*—когда имѣется одно правильно развитое лице и рудиментъ другого съ однимъ глазомъ (т. н. циклопъ), и 3 разрядъ *Synotus*—на одной сторонѣ головы нормально развитое лице, а на другой вмѣсто лица только пара ушей.

Двѣ послѣднія категоріи *Förster* и *Ahfeld* соединяютъ въ одну подъ общимъ названіемъ synkephalus asymmetros, Janiceps asymmetros—несимметричный Янусъ, тогда какъ Janiceps Geoffroy St. Hilaire'а они называютъ Janiceps symmetros.

Между тѣмъ какъ описанія несимметричныхъ Янусовъ встрѣчаются въ литературѣ сравнительно довольно часто, особенно вида Synotus,—симметричные Янусы представляютъ собою необыкновенно рѣдкое явленіе.

Geoffroy St. *Hilaire*, написавшій классическое сочиненіе объ аномаліяхъ въ организаціи человѣка и животныхъ. говоритъ, что во всей современной ему литературѣ, слѣдовательно до 1837 г., извѣстно было только 12 случаевъ симметричнаго Януса, причемъ эти случаи обнимаютъ не только человѣческіе уроды, но и такіе же уроды у животныхъ.

Объ этихъ же 12 случаяхъ упоминаетъ и *Förster*, написавшій свои «Die Missbildungen des Menschen» уже въ 1861 г.

Adolphus-же *Otto* въ своемъ сочиненіи «Monstruorum sexcentorum descriptio anatomica», вышедшемъ (въ Бреславлѣ) въ 1841 г., давая подробное описаніе 600 уродовъ и въ томъ числѣ у человѣка—одного Iniops и 4 Synotus, не могъ представить ни одного случая *симметричнаго* Януса у человѣка.

Если къ этому прибавить, что Janiceps Symmetros въ громадномъ большинствѣ случаевъ осложняется другими

[2]) *August Förster.*—„Die Missbildungen des Menschen“ 1861. Jena, s. 32.
[3]) *Ahlfeld.*—„Die Missbildungen des Menschen“ Leipzig, 1880.

важными уродствами, какъ напримѣръ sympodia, anencephalia, exomphalia, otocephalia, cyclocephalia и т. д., то станетъ очевиднымъ, какой цѣнный препаратъ представляетъ изъ себя нашъ Janiceps, не осложненный подобными уродствами.

Geoffroy St. Hilaire приводитъ только 4 случая симметричнаго Януса, не осложненнаго другими важными уродствами. Одинъ случай онъ наблюдалъ самъ, но описанія его вовсе не даетъ. Второй случай, малоизвѣстный и описанный *La-Condamine*'омъ въ 1732 г. (Histoire de l'Académie Royale de sciences p. 309—310), гдѣ говорится о разнополости сросшихся плодовъ и сростаніи ихъ спинками, считается недостовѣрнымъ какъ самимъ *G. St. Hilaire*'омъ, такъ и *Förster*'омъ.

Остальныя 2 наблюденія принадлежатъ *Launay Hanet* [4]) и *Brugnone* [5]).

Случай *Launay Hanet*, опубликованный имъ въ 1764 г. въ Парижѣ въ «Journal de médécine ect.», въ высокой степени похожъ на нашъ (случай) съ тѣмъ почти единственнымъ различіемъ между ними, что, вмѣсто 4-хъ плевральныхъ полостей, въ нашемъ случаѣ ихъ было 3, а у *Launay Hanet*—2.

Въ случаѣ-же *Brugnone*'а, опубликованномъ въ 1800 г. въ Мемуарахъ Туринской Академіи наукъ, одно изъ лицъ Януса было меньше другого, а глаза и уши на этомъ лицѣ были болѣе сближены, чѣмъ это бываетъ въ нормѣ.

Про наблюденіе *Duverney*'а, упоминаемое въ литературѣ, я ничего не могу сказать, такъ какъ мнѣ удалось видѣть въ атласѣ *Serres*'а (1832) [6]) рисунокъ одной только головы симметричнаго Януса безъ описанія его.

Стоитъ упомянуть описаніе на латинскомъ языкѣ однихъ родовъ, наблюдавшихся *Detharting*'омъ [7]) въ 1820 г., гдѣ, по видимому, родился настоящій Janiceps symmetros, осложненный hydrocephalo, вслѣдствіе чего роды были весьма трудные и кончились перфораціей головки. Къ сожалѣнію даже наружное описаніе его весьма недостаточное, вскрытія-же не было

[4]) *Launay Hanet.*—„Description d'un enfant monstrueux". Journal de médecine, chirurgie, pharmacie. Juillet, 1764, T. XXI. Paris, p. 44—48.

[5]) *Brugnone.*—„Description d'un monstre humain". Mémoires de l'Academie des Sciences de Turin, 1792—1800, t. XI, p. 275.

[6]) *Serres.*—Rech. d'anatomie transcend. et pathologique. 1832. Paris.

[7]) *Detharting.*—„Historia partus monstri bicorporei monocephali". Nova acta physico-medica Acad. Caesar. Leopoldino-Carolinae, T. X, 1820, стр. 702.

произведено, такъ какъ отецъ, пораженный видомъ урода, поспѣшилъ его скрыть.

Во второй половинѣ настоящаго столѣтія симметричный Янусъ наблюдался въ 1857 г. *Houel*'емъ, [8]) консерваторомъ музея *Dupuytren*'а, въ 1876 г. — *Golay*'емъ [9]) и въ 1882 г.— *A. Mayor*'омъ [10]).

Эти три случая имѣютъ ту общую имъ особенность, что у всѣхъ ихъ діафрагмы недоразвиты, вслѣдствіе чего существуетъ сообщеніе между брюшной и грудной полостями; особенно рѣзко это обозначено въ случаяхъ *Houel*'я и *Mayor*'а, въ которыхъ въ діафрагмѣ не хватало двухъ квадрантовъ, расположенныхъ влѣво отъ каждаго позвоночника. Вслѣдствіе этого лѣвыя доли печеней и желудокъ выпячивались въ соотвѣтственныя грудныя полости и частью выполняли ихъ собою. Независимо отъ аномалій діафрагмы въ Янусѣ *Houel*'я оказалась только одна pancreas, а въ случаѣ *Mayor*'а одинъ изъ сросшихся плодовъ былъ развитъ хуже другого, причемъ носъ его былъ лишенъ носовой полости, а наружные половые органы были недоразвиты.

Въ самое послѣднее время, а именно въ 1891 г. одновременно показывали симметричнаго Януса *Charles Wenyon* [12]) въ Лондонскомъ Акушерскомъ Обществѣ и *Lochte* [13]) такомъ же Обществѣ въ Лейпцигѣ.

Описаніе *Wenyon*'а болѣе чѣмъ недостаточное; вскрытія произведено не было.

Въ случаѣ-же *Lochte* наблюдались опять таки большіе дефекты въ діафрагмѣ и кромѣ того при вскрытіи найдено было по одной только селезенкѣ и по одной pancreas.

Нѣсколько словъ о тѣхъ случаяхъ симметричнаго Януса которые были осложнены еще другими важными уродствами.

---

[8]) *Houel.*—„Description de trois monstres sycéphaliens“. Mémoires de la Societé de biologie, Paris, T. IV, 2-me série, 1857, p. 297—302.

[9]) *Golay.*—Bulletins de la Societé anatomique, 1876, p. 525—532.

[10]) *Mayor, A.*—„Contribution à l'étude des monstres doubles (des monstres du genre Janiceps)“. Archives de Physiologie normale et pathologique, 1882, t. IX, p. 127—160.

[12]) *Charles Wenyon.*—„A double monster“. Transact. of the obstetrical society of London, Vol. XXXIII (за 1891 годъ).

[13]) *Lochte.*—„Demonstration eines Janiceps symmetros“ Geselschaft f. Geburtsh. zu Zeipzig. Centralblatt f. Gyn. 1891, S. 724, № 35.

Рис. 7.

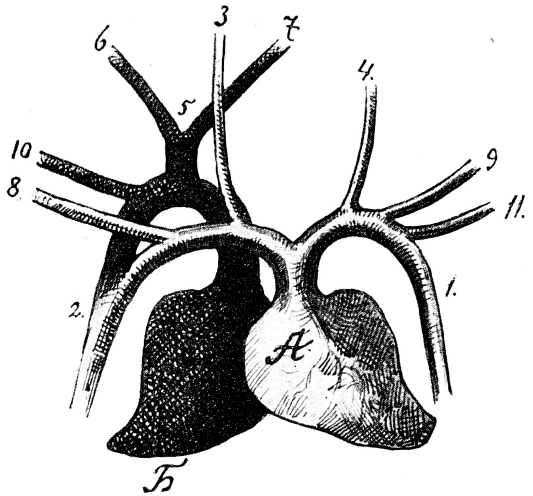
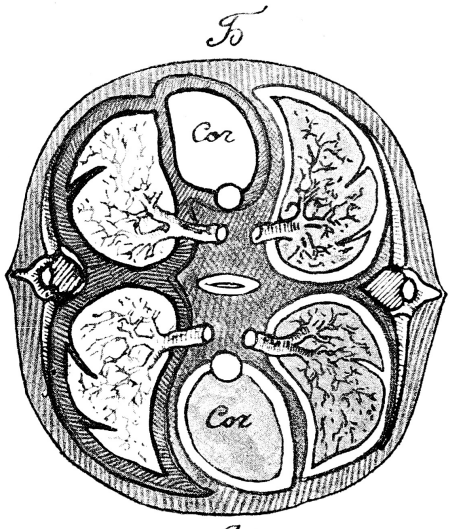


Схема расположенія и анастомозовъ главныхъ артеріальныхъ стволовъ.
А—Сердце со стороны лица А
Б—Сердце со стороны лица Б

1—Aorta descendens (А)
2—Aorta descendens (Б)
3—Art. carotis dextr. (А)
4— „ „ sinist. (А)
5—Truncus bicaroticus (Б)
6, 7—Art. carot. dext. et sinist. (Б)
8—Art. subclav dext. (А)
9— „ „ sinist. (А)
10—Arter. subclav. sinist. (Б)
11— „ „ dextra (Б)

Рис. 8.



Схематическій рисунокъ.
Поперечный разрѣзъ общей грудной полости. Расположеніе плевральныхъ и перикардіальныхъ полостей.
А—со стороны лица А.
Б—со стороны лица Б

Bouthier [14]) въ 1727 г. описалъ симметричнаго Януса, у обоихъ плодовъ котораго не оказалось ни anus'a, ни половыхъ органовъ, какъ наружныхъ, такъ и внутреннихъ.

Въ остальномъ описаніе его строенія весьма напоминаетъ нашъ случай.

Penchienati [15]) изъ Турина даетъ рисунокъ и наружное описаніе симметричнаго Януса, родившагося въ Августѣ 1785 г. и умершаго черезъ нѣсколько минутъ по рожденіи. Головка и верхній отдѣлъ туловища выше пупка представляютъ норму для Януса; соотвѣтственно же мѣсту расположенія пупка замѣчается громадныхъ размѣровъ exomphalia; ноги разной толщины и уродливо выворочены по направленіи кверху подъ разными углами; кромѣ того констатируется совершенное отсутствіе половыхъ органовъ. Вскрытіе урода не было произведено.

Въ очень часто цитируемомъ случѣ *Bordenave*'а [16]) (1776 г.) туловище одного изъ слившихся плодовъ недоразвито, а обѣ нижнія конечности слиты въ короткій, одиночный безобразный обрубокъ (sympodia).

Аналогичную sympodiam у Януса видѣлъ *Schweickhard* [17]) въ Тюбингенѣ (1801).

Остается отмѣтить еще 2 наблюденія симметричнаго Януса принадлежащія: одно *Zimmer*'у [18]), а другое—*Clark*'у [19]).

У *Zimmer*'а (1806) на одномъ изъ лицъ Януса уши были сближены почти вплотную до соприкосновенія раковинами, вслѣдствіе чего носъ и ротъ были безобразны. Въ носу было маленькое отверстіе, обращенное не внизъ, а впередъ; ротъ былъ стянутъ въ выстоящій сосочекъ; другими словами здѣсь имѣлась типическая otocephalia. Кромѣ того, одинъ глазъ былъ хорошо развитъ, на мѣстѣ-же, гдѣ долженъ-бы быть второй глазъ, замѣчалась лишь глубокая кожная складка.

---

[14]) *Bouthier.*—Histoire de l'Académie Royale des sciences. Paris, 1727, p. 22—23.

[15]) *Penchienati.*—„Description d'un monstre humainà double tête de sept mois" Memoires de l' Académie Royale des Sciences de Turin, Vol. III, 1786—87, p. 97—102.

[16]) *Bordenave.*—„Description d'un enfant monstrueux". Histoire de l' Académ. royale des sciences, Paris, 1776, p. 697—699.

[17]) *Schweickhard.*—„Beschreibung einer Missgeburt", 1801.

[18]) *Zimmer.*—„Physiol. Untersuchungen über Missgeburten" 1806.

[19]) *Clark.*—„A case of human monstrosity". Transact. of the Cambridge philos. society, t. IV. p. 219

Въ случаѣ *Clark*'а, составляющемъ переходную форму отъ симметричнаго Януса къ несиметричному, оба лица оказались несовершенно развитыми.

Вотъ весь казуистическій матерьялъ, который я могъ собрать по вопросу о *симметричномъ* Янусѣ у человѣка за 2 послѣднія столѣтія. Что-же касается литературныхъ данныхъ болѣе ранняго времени, то онѣ не представляютъ достовѣрныхъ случаевъ подобныхъ уродствъ.

Что-же касается акушерскаго значенія подобныхъ уродствъ, то надо сказать, что обыкновенно эти уроды рождаются силами природы и безъ особыхъ затрудненій, такъ какъ беременность при нихъ, какъ общее правило, не доходитъ до конца, прерываясь на 7—8 мѣсяцѣ, когда головка не достигаетъ еще такихъ размѣровъ, которые не позволили-бы ей пройти черезъ тазовое кольце.

Примѣчаніе. Вышеописанный Janiceps symmetros пожертвованъ мной въ музей Анатомическаго Института Императорской Военно-Медицинской Академіи, гдѣ и хранится въ настоящее время.

II.

Стерильность мацерированныхъ плодовъ и асептическій трупикъ для операцій на фантомѣ.

В. Строганова.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

При изученіи акушерства не малое значеніе имѣетъ хорошій акушерскій фантомъ, какъ учебно-вспомогательное средство. Преподаваніе оперативнаго акушерства немыслимо даже безъ него, такъ какъ одно чтеніе не можетъ такъ запечатлѣться въ умахъ слушателей, какъ непосредственное примѣненіе ими самими того или другого пріема, причемъ приходится считаться съ цѣлымъ рядомъ деталей, какъ у постели роженицы. Какъ-бы ни была велика клиника, цѣлый рядъ акушерскихъ операцій вслѣдствіе рѣдкости ихъ примѣненія остается невидѣннымъ большинствомъ занимающихся. Укажу для примѣра операціи spondylotomia, evisceratio, decapitatio, наложеніе щипцовъ на головку при предлежаніи лицомъ и т. д. Вотъ почему акушерскій фантомъ является неизбѣжнымъ спутникомъ изученія акушерства. Въ послѣднее время предложенъ рядъ улучшеній въ этомъ направленіи. Такъ напр. *Швабе* устроилъ аппаратъ съ измѣняющимся тазомъ, на которомъ можно получить нормальный и узкій тазъ.

Что касается другой части, необходимой для этихъ занятій, плода, то и теперь, какъ само собою разумѣется, наилучшимъ представителемъ его является трупикъ ребенка. Занимаясь съ нимъ, слушатели имѣютъ возможность усвоивать не только правила оперативнаго акушерства, но и набиваютъ

руку въ изслѣдованіи частей плода, что представляетъ нѣкоторое значеніе для практической дѣятельности. Вотъ почему трупикъ всегда предпочитается при указанныхъ занятіяхъ. Только одно обстоятельство мѣшаетъ болѣе широкому его примѣненію – возможность септическаго зараженія какъ самихъ занимающихся, такъ и главнымъ образомъ переноса ими заразы на хирургическихъ и акушерскихъ больныхъ. Правда, современные методы дезинфекціи рукъ и другихъ предметовъ представляются на столько совершенными, что уничтоженіе заразы представляется почти абсолютно вѣрнымъ, но лишь при условіи самаго внимательнаго и педантичнаго отношенія къ выработаннымъ предписаніямъ, что не всегда можетъ быть выполнено всѣми занимающимися. Вотъ почему желательно было бы получить болѣе благопріятныя условія.

Занимаясь лѣтомъ 1890 года въ акушерской Поликлиникѣ при Charitè въ Берлинѣ, я къ удивленію моему увидѣлъ, что слушатели, непосредственно послѣ занятій съ трупикомъ на фантомѣ, переходили къ акушерскимъ операціямъ на больныхъ. Производились внутренніе повороты, отдѣленіе placent'ы, абортовъ, щипцы и другія операціи и роженицы при этомъ оставались здоровыми, насколько можно судить объ этомъ по обычнымъ посѣщаніямъ такихъ больныхъ на дому. Въ томъ же году читая врачамъ курсъ оперативнаго акушерства на фантомѣ въ клиническомъ институтѣ Великой Княгини Елены Павловны, я долженъ былъ выработать способъ сохраненія и примѣненія трупиковъ. Уже a priori мнѣ казалось наиболѣе выгодной слѣдующая постановка дѣла. Во 1-хъ, должно взять для занятій трупикъ такого плода, который умеръ *во время родовъ*, представлялся свѣжимъ, не подвергшимся разложенію, мацераціи, а тѣмъ болѣе гніенію. Онъ долженъ быть не отъ септической роженицы. Во 2-хъ) при сохраненіи онъ долженъ находится въ условіяхъ, исключающихъ возможность развитія бактерій. Лучшимъ средствомъ для этого, по моему мнѣнію, представлялось примѣненіе химическихъ и физическихъ факторовъ, а именно, содержаніе трупика на холодѣ около 0^0 и ниже при погруженіи его въ растворъ карболовой кислоты (2%) и сулемы (2—5‰), въ 75^0 спирта. Очевидно, при этихъ условіяхъ всѣ микробы, находящіеся на кожѣ тру-

пика, равно и въ полостяхъ доступныхъ вліянію жидкостей, будутъ убиты. Тѣ же, которые будутъ находится внѣ убивающаго вліянія этой послѣдней (если только таковые будутъ) не размножатся вслѣдствіе низкой температуры.

Однако, очевидно, нельзя производить занятія со замерзшимъ или полузамерзшимъ трупикомъ и даже холодный трупикъ ослабляетъ чувствительность пальцевъ, почему de facto за 10—12 часовъ передъ занятіями трупикъ помѣщался съ окружающею жидкостью въ комнатную температуру. Кромѣ того, самыя занятія, обыкновенно продолжавшіяся два и болѣе часовъ, также вносили условія, нарушавшія стерильность трупика, такъ какъ происходившія при этомъ сжиманія съ послѣдующими расширеніями грудной клѣтки могли повести къ проникновенію воздуха въ болѣе глубокія пространства, куда, можетъ быть, не проникала затѣмъ дезинфицирующая жидкость. А пребываніе въ комнатной температурѣ, соприкосновеніе съ теплыми руками слушателей облегчали быстрое развитіе бактерій. Нельзя не отмѣтить также, что трупикъ давалъ хотя и небольшое количество выдѣленій, которыя, оставаясь въ тазу фантома, могли разлагаться и заражать кожу трупика, равно и занимающихся. Для устраненія послѣдняго фантомъ каждый разъ послѣ занятій тщательно очищался и смазывался растворомъ сулемы.

Очевидно, что при упомянутыхъ условіяхъ развитіе бактерій встрѣчаетъ массу препятствій, а именно: въ кожѣ ребенка они убиваются спиртомъ, сулемой и карболовой кислотой. Въ полости рта и носа они встрѣчаютъ тѣ же условія. Проникновеніе зародышей въ болѣе глубокія части представляется сомнительнымъ, за исключеніемъ развѣ операцій, при которыхъ туда вводятся инструменты, напр. при катетеризаціи гортани. Для устраненія этой возможности обыкновенно эту операцію производили въ концѣ занятій съ даннымъ трупикомъ. Очевидно также, что послѣ перфораціи и эмбріотоміи трупикъ дѣлается негоднымъ къ дальнѣйшему употребленію, почему эти операціи продѣлывались послѣдними. Низкая температура трупика особенно неблагопріятна для развитія патогенныхъ бактерій, которыя, какъ извѣстно, наилучше развиваются при t^0 близкой къ 37,5° С.

Съ цѣлію получить точныя данныя о состояніи такихъ трупиковъ въ бактеріологическомъ отношеніи, мною были сдѣланы прививки изъ брюшной, грудной и черепной полостей ихъ, такъ какъ уже a priori несомнѣнно, что поверхность ихъ послѣ 2—3-хъ дневнаго пребыванія въ спитрѣ, съ карболовой кислотой и сулемой къ моменту занятій будетъ стерильной и лишь въ теченіи послѣднихъ подвергнется зараженію извнѣ тѣмъ или другимъ видомъ бактерій.

Прививки производились при слѣдующихъ условіяхъ: 1) трупики брались 4—6 недѣль спустя отъ начала занятій, когда на нихъ были произведены десятки операцій и сотни изслѣдованій и при томъ *непосредственно послѣ одного изъ занятій*; 2) трупики брались цѣльными, т. е. на нихъ не производились ни перфорація, ни эмбріотомія. Они служили лишь для операцій извлеченія, щипцовъ и поворота; 3) прививки производились на м. п. желатину и агаръ (глицериновый, сахаро-глицериновый и простой) какъ уже выше сказано изъ черепной, грудной и брюшной полостей, при чемъ кожная поверхность трупика стерилизовалась и высушивалась прикладываніемъ накаленнаго ножа и въ покровахъ дѣлалось широкое отверстіе стерилизованнымъ, охлажденнымъ ножемъ, черезъ которое проводилась платиновая проволока, по возможности не соприкасаясь со стѣнками покрововъ, въ разныя стороны на глубину 4—6 сант., гдѣ обыкновенно получалось большое количество правильнаго матерьяла. Результаты прививокъ оказались въ высокой степени убѣдительными. Отъ одного трупика ихъ было сдѣлано 96 (36 на желатину и 60 на агаръ). Всѣ они оказались стерильными по истеченіи 14 дней. Другой трупикъ съ тѣмъ-же числомъ прививокъ далъ лишь въ 6 уколахъ развитіе небольшого количества колоній. 3-й трупикъ изъ 20 прививокъ далъ 3 загрязненія также при небольшомъ числѣ развившихся колоній. Разсматривая подъ микроскопомъ развившихся микробовъ, оказалось, что тамъ были лишь крупные кокки, значительно большіе, чѣмъ гноеродные стрептококки и стафилококки. Кромѣ того ростъ и видъ культуръ совершенно не отвѣчали вышеназваннымъ микробамъ. Очевидно мы имѣли дѣло съ сапрофитами, да и тѣхъ было чрезвычайно мало. Я даже склоненъ считать развитіе микро-

бовъ результатомъ случайнаго загрязненія, такъ какъ они развивались *рѣдко и въ не большомъ числѣ колоній*. Такимъ образомъ трупики представлялись болѣе чистыми въ бактеріологическомъ отношеніи, чѣмъ обыкновенная невская вода, или какой либо предметъ изъ домашняго обихода. Во всякомъ случаѣ они не имѣли септическихъ микробовъ и даже одинъ изъ нихъ былъ стерильнымъ.

Что дѣйствительно при описанныхъ условіяхъ акушерскій фантомъ (и другихъ) представляется асептичнымъ доказывается еще и тѣмъ, что въ теченіи 7 лѣтнихъ занятій, которыхъ было нѣсколько сотъ врачей, продѣлавшихъ нѣсколько тысячъ операцій и еще большее количество изслѣдованій, ни разу, не наблюдалось хотя-бы и слабаго зараженія кого либо изъ занимавшихся. А между тѣмъ зачастую изслѣдовали и оперировали при имѣвшихся раненіяхъ на рукахъ. Иногда производились легкія раненія во время самой операціи (мнѣ самому пришлось ранить руку во время занятій осколками стекла) тѣмъ не менѣе заболѣванія ранъ не слѣдовало. Прибавлю, что я обыкновенно обращаю вниманіе товарищей на эту сторону дѣла и прошу отмѣчать могущія быть заболѣванія.

Не могу не отмѣтить также той особенности такихъ трупиковъ, что они чрезвычайно долго и хорошо сохраняются. При производствѣ перфораціи или эмбріотоміи спустя 5—8 недѣль послѣ рожденія трупикъ не представляетъ ни малѣйшаго запаха разложенія, который наблюдается въ обыкновенныхъ трупикахъ. Самый цвѣтъ отдѣльныхъ частей довольно сходенъ съ тѣмъ, который наблюдается у только что родившихся мертвыхъ дѣтей.

Совершенно иные результаты получаются въ томъ случаѣ, если для занятій берутъ трупикъ жившаго ребенка. Очевидно въ бронхахъ и кишечникѣ послѣдняго будетъ находиться масса микробовъ, до которыхъ не можетъ проникнуть окружающая дезинфецирующая жидкость. Въ единственномъ случаѣ, когда мнѣ пришлось работать съ такимъ трупикомъ, послѣдній черезъ нѣкоторое время издавалъ запахъ и на видъ рѣзко измѣнился; при вскрытіи черепной и брюшной полостей запахъ былъ довольно сильный.

Въ заключеніи я позволю привести нѣкоторыя данныя къ содержанію бактерій въ трупикахъ мацерированныхъ плодовъ. Мною были сдѣланы прививки на желатину и агаръ отъ 3 подобныхъ трупиковъ, изъ коихъ первый полученъ отъ женщины имѣвшей нормальные роды [1]), второй полученъ посредствомъ чревосѣченія при внѣматочной беременности, продолжавшейся 15 мѣсяцевъ [2]).

Въ обоихъ случаяхъ на питательныхъ средахъ не получилось развитія бактерій, равно не найдено ихъ и на микроскопическихъ препаратахъ, что совершенно согласно съ нашими современными представленіями о распространеніи микробовъ въ тѣлѣ женщины.

Совершенно иные результаты получились при выкидышѣ, когда воды отошли уже нѣсколько дней тому назадъ и больная лихорадила, имѣя ясно выраженный эндометритъ: прививки съ такого трупика показали присутствіе микробовъ во внутреннихъ органахъ его [3]).

Послѣднія наблюденія, подтверждая возможность стерильнаго состоянія трупика, выясняютъ намъ при какихъ усло-

---

[1]) В. № 1102. Надеждинское Родовспомогательное Заведеніе. Норм. роды 11/IV 1892 г. Двойни. 4-я берем. Норм. тазъ. Норм. t° во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Воды прошли за 5 мин. до рожденія перваго ребенка, отъ котораго и сдѣланы прививки. 3500,0. Женск. п.

Прививка сдѣлана черезъ 1/2 часа по рожденіи, поверхность плода прижжена нагрѣтымъ ножемъ, въ брюшной стѣнкѣ сдѣлано отверстіе прокаленной платиновой проволокой, черезъ которое выдѣлялось большое количество серозной жидкости. Матерьялъ для прививки брался изъ глубины брюшной полости платиновой проволокой.

Агаръ при t° крови и желатина при комнатной t° стерильны. Микроскопическія препараты самой жидкости также не показываютъ присутствія бактерій.

[2]) Ф. № 940. Гинекол. отд. проф. *Отта* въ Клин. Институтѣ. Внѣматочная беременность, продолжающаяся 15 мѣсяцевъ. До 9 мѣсяца, больная чувствовала движенія ребенка, послѣдніе 7 мѣсяцевъ ихъ нѣтъ. Операція 20/X 1893 г. Удаленъ плодный мѣшокъ съ плодомъ. Во время операціи въ одномъ мѣстѣ мѣшокъ лопнулъ и изъ него потекла мутная гное подобная жидкость. Изслѣдованіе было произведено черезъ 1 часъ послѣ операціи вдали отъ вышеупомянутаго разрыва. Послѣ прижиганія поверхности мѣшка сдѣланъ разрѣзъ стерелизованнымъ ножемъ, выдѣлилась въ порядочномъ количествѣ мутная жидкость. Для прививокъ платиновую проволоку погружали глубоко въ мѣшокъ въ различныхъ направленіяхъ. Агаровыя и желатиновыя пробирки—стерильны. Микроскопическія препараты не имѣютъ бактерій.

[3]) Н. № 532. Гинекол. отдѣл. Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны. Больная принята 19/XII 1891 г. 29 л. Срочныхъ родовъ 6. Выкидышей 1. Послѣдніе роды 8 м. т. н. послѣ нихъ phlegmasia alba dolens. Мѣсячныя были въ Августѣ, Сентябрѣ и Октябрѣ, съ той поры кровоотдѣленіе. 14/II 1892 г. Abortus 4-хъ мѣсячный плодъ. Послѣдніе дни дѣлались горячія спринцованія и шейка матки тампонировалась іодоформной марлей, причемъ температура больной достигла 38,4°.

віяхъ можетъ происходить разложеніе плода въ маткѣ. Въ самомъ дѣлѣ въ настоящее время доказано, что полость матки и каналъ шейки при нормальныхъ отношеніяхъ стерильны, очевидно и плодъ при этомъ долженъ быть стерильнымъ. Онъ можетъ подвергнуться разложенію лишь тогда, когда въ полость матки занесены микробы, причемъ обыкновенно появляются признаки эндометрита. Другой путь проникновенія микробовъ въ тѣло плода—чрезъ кровеносную систему матери и плаценту, но это возможно лишь при заболѣваніи матери инфекціонной болѣзнью. Такая возможность безъ сомнѣнія существуетъ, такъ какъ извѣстны несомнѣнные случаи передачи заболѣванія отъ матери плоду, но число такихъ случаевъ ограничено и выдѣленіе ихъ, само собой разумѣется не представляетъ затрудненій для клинициста. Самыя же частыя причины смерти плода—нарушенія питанія вслѣдствіе патологическаго состоянія эндометрія, пороковъ развитія плода, механическихъ причинъ, сокращеній матки, отравленій и проч. При подобныхъ условіяхъ смерти плода онъ будетъ стериленъ, пока полость матки будетъ стерильна.

Мнѣ не пришлось встрѣтить въ литературѣ бактеріологическихъ изслѣдованій мацерированныхъ плодовъ, а между тѣмъ они даютъ научное основаніе къ тому, какъ поступать при подобныхъ родахъ, что до послѣдняго времени не представлялось окончательно установленнымъ.

Кончаю сообщеніе положеніями:

1) Трупикъ новорожденнаго можетъ быть асептичнымъ въ теченіи многихъ недѣль при описанныхъ условіяхъ.

2) Занятія съ нимъ на акушерскомъ фантомѣ не представляютъ опасности въ отношеніи распространенія септической заразы.

3) Мацерированный плодъ въ маткѣ при нормальномъ ея состояніи въ бактеріологическомъ отношеніи—стериленъ.

III.

Случай colpo-hyperplasiae-cysticae (vaginitis emphysematosa).

Женщ.-вр. М. М. Федоровской-Виридарской.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

Относительная рѣдкость случаевъ подобнаго рода заболѣваній половаго аппарата женщины, побуждаетъ меня подѣлиться съ многоуважаемыми товарищами наблюденіемъ случая этого рода, встрѣтившагося въ клиникѣ Императорскаго Повивальнаго Института. Но прежде чѣмъ сообщить клиническую картину нашего случая, считаю не лишнимъ предпослать литературныя данныя, которыя удалось мнѣ собрать по этому вопросу.

Указанное заболѣваніе извѣстно въ литературѣ подъ разными названіями: colpo-hyperplasia cystica (*Winckel*) [1]), colpitis emphysematosa (*Ruge* [2]), *Zweifel*) [3]), colpitis vesiculosa (*Schmolling*) [4]). Главная его суть заключается въ образованіи маленькихъ кистъ во влагалищѣ, наполненныхъ газомъ. Кисты локализируются преимущественно на задней стѣнкѣ верхней трети рукава, хотя нѣкоторыми авторами (*Kottschau*) [5]) наблюдаемы были и на передней стѣнкѣ. Величина кистъ небольшая—отъ булавочной головки, едва замѣтной для глаза, до величины горошины (*Kottschau*, впрочемъ, наблюдалъ на

[1]) *v. Winckel.*—Arch. f. Gyn. Bd. II, p. 383.
[2]) *Ruge.*—C. Zeitschr. f. Geb. и Gyn. 1878, Bd. II, p. 29.
[3]) *Zweifel.*—Arch. f. Gyn. 1877, Bd. XII, p. 39; 1881, Bd. XVIII, p. 359; 1887, Bd. XXI, p. 363.
[4]) *Schmolling.*—Inaug. Diss. Berlin, 1875.
[5]) *Köttschau.*—Centralbl. f. Gyn. 1893, p. 46.

передней стѣнкѣ влагалища кисту, величиною съ куриное яйцо). Заболѣваніе сопровождается гиперсекреціей, набуханіемъ больныхъ тканей, но субъективными ощущеніями не сопровождается и обыкновенно открывается въ видѣ случайной находки. Чаще всего встрѣчается у беременныхъ. Такъ изъ собранныхъ *Эйзенлоромъ* [6]) 35 случаевъ 25 разъ оно встрѣтилось у беременныхъ.

Хотя объ этомъ заболѣваніи упоминаютъ уже *Ritgen* и *C. Braun* [7]), но только *Winckel* первый представилъ въ 1871 году подробное описаніе и обратилъ на него вниманіе врачей. Онъ-же первый далъ ему и названіе colpo-hyperplasia cystica. *Winckel* полагалъ, что заболѣваніе состоитъ въ закупоркѣ железъ влагалища, такъ какъ на внутренней поверхности кистъ, при ихъ микроскопическомъ изслѣдованіи онъ нашелъ эпителіальный покровъ.

Большинство послѣдующихъ изслѣдователей какъ *Klebs*, *Eppinger* [8]), *Chiare* [9]), *C. Ruge* и другіе не раздѣляютъ, прочемъ, взгляда *Winkel'я*. *Eppinger* считаетъ, что пузырьки расположенны въ щеляхъ соединительной ткани. *Chiari*, что они заключены въ расширенныхъ лимфатическихъ капиллярахъ, основывая такое мнѣніе на микроскопическихъ изслѣдованіяхъ, при которыхъ онъ находилъ, что кисты выстланы внутри частію гигантскими клѣтками, частію-же эндотеліальными, выстилающими лимфатическіе капилляры. *Veit* [10]) полагаетъ, что въ настоящее время должно считать твердо установленнымъ мнѣніе *C. Ruge*, что пузырьки заключены въ щеляхъ соединительной ткани.

Что касается этіологіи этого заболѣванія, то послѣ работъ *Eisenlohr'*а (1888 г.), провѣренныхъ и въ существенномъ подтвержденныхъ *Strauss'*омъ [11]), подъ руководствомъ *Klein'*а, можно считать установленнымъ бактеріологическій характеръ этого процесса. Хотя *Eisenlohr'*у и не удалось вызвать зараженіе у животныхъ, но онъ получилъ чистую культуру

[6]) *Eisenlohr.*—Zieglers Beiträge, 1888. Bd. III, p. 101.
[7]) *C. Braun.*—Zeitschr. d. Ges. der ärzte in Wien, 1861, Bd. II, p. 182.
[8]) *Eppinger.*—Zeitschr. f. Heilkunge, 1881, Bd. 1, Prag.
[9]) *Chiari.*—Zeitschr. f. Heilkunde, 1885, Bd. VI. p. 81.
[10]) *I. Veit.*—Handbuch de Gynekol. Bd. I, p. 273, Wiesloden, 1897.
[11]) *Strauss A.*, Über colpitis emphysematosa. Dissert. Würzburg. 1891.

на желатинѣ и агаръ-агарѣ при слабо щелочной реакціи, которая выдѣляла газъ до тѣхъ поръ, пока реакція питательной среды не становилась кислой. *Strauss* тоже получилъ культуру, выдѣляющую газъ только при посѣвѣ на желатинѣ; посѣвъ на агаръ-агарѣ далъ отрицательный результатъ (см. диссертацію *Strauss* 1891 г.). И до *Eisenlohr*'а предполагали микотическій характеръ заболѣванія; первый это высказалъ *Zweifel*; *Eppinger* тоже считалъ это таковымъ, но только со времени работы *Eisenlohr*'а можно считать это положеніе твердо установленнымъ.

То обстоятельство, что главнымъ образомъ заболѣваніе встрѣчается у беременныхъ указываетъ на то, что соотвѣтственному микроорганизму въ венозномъ застоѣ, сопровождающемъ беременность, даны благопріятныя условія для развитія и внѣдренія.

На счетъ характера газа, заключеннаго въ этихъ кистахъ въ настоящее время большинство склоняется къ мнѣнію высказанному *Zweifel*'емъ, что это есть триметиламинъ и что онъ есть продуктъ жизнедѣятельности микробовъ. Что-же касается мнѣнія *Chénevièr*'а [12]), что газъ этотъ есть атмосферный воздухъ, а также мнѣній *Winckel*'я и проф. *А. И. Лебедева* [13]), что газъ этотъ происходитъ изъ крови, то можно согласиться съ *Veit*'омъ что мнѣнія эти неправильныя.

Такимъ образомъ, какъ клиническая картина, такъ и этіологія (микотическая) заставляютъ признать, что описываемое заболѣваніе необходимо отнести къ хроническимъ воспалительнымъ процессамъ, а слѣдовательно и названіе данное *Winckel*'емъ является анахронизмомъ и должно быть замѣнено названіемъ *Schmolling*'а, *P. Ruge*, *Zweifel*'я — colpitis vesiculosa s. emphysematosa.

Перехожу теперь къ описанію нашего случая.

О. К., повторнородящая, 29 лѣтъ, несрочная (около 5 мѣсяцевъ). Паціентка высокаго роста, хорошаго питанія, довольно тучная. Начала menst. 11 лѣтъ, черезъ 30 дней, 3—4 дня, мало, безъ болей. Первая беременность наступила черезъ 2 года послѣ брака; протекала благополучно до срока; во время беременности страдала бѣлями. Первые роды длительные—64 часа, послѣ ро-

[12]) *Chénevière.*—Arch. f. Gyn., 1877, Bd. XI, p. 351.
[13]) *А. Лебедевъ.*—Arch. f. Gyn. 1881, Bd. XVIII, p. 132.

довъ хворала *около 3-хъ* мѣсяцевъ. Въ сентябрѣ 1896 года снова забеременѣла; послѣдняя menst. 14-го сентября; во время послѣдней беременности страдала бѣлями. 8-го января показались крови и длились 1½ дня; домашнимъ врачемъ предписанъ покой на 2 недѣли; при вставаніи съ постели кровеотдѣленіе усилилось, появились сгустки; 6-го февраля высоко поднялась температура со знобами, появились боли въ животѣ и паціентка съ признаками abort'a, 8-го февраля въ 9 ч. вечера, доставлена въ Повивальный Институтъ: t⁰ 39,8 P. 108. При изслѣдованіи найдено: наружныя половыя части нормальны; не большой старый разрывъ промежности; влагалище широко; слизистая оболочка влагалища при изслѣдованіи пальцемъ представляетъ *какія-то неровности, напоминающія*, по первому впечатлѣнію, *варикозно расширенныя вены*; шейка цѣла, зѣвъ проходимъ для 2-хъ пальцевъ; воды стоятъ; предлежащая часть высоко, баллотируетъ, дѣятельность матки правильна; небольшое кровеотдѣленіе. Неровности слизистой оболочки влагалища, ощутимыя для пальца, побудили къ отмотру влагалища зеркалами. Слизистая оболочка влагалища при осмотрѣ зеркалами представляется синеватой по цвѣту нѣсколько осечной, и на стѣнкахъ влагалища въ верхней части замѣчается очень много кистовидныхъ образованій различной величины; большія—величиной въ горошину; маленькія въ булавочную головку. Образованія эти занимаютъ главнымъ образомъ заднюю стѣнку влагалища и здѣсь особенно рѣзко выражены и большей величины. Эти кистовидныя образованія заходятъ на боковыя стѣнки и такъ-же на переднюю стѣнку влагалища,—но здѣсь ихъ мало и объемъ ихъ значительно меньше. Расположены эти пузырьки близко другъ около друга, основаніями какъ-бы сливаются. Верхушки этихъ образованій кажутся прозрачными; прокалываніе остроконечнымъ скальпелемъ этихъ истонченныхъ мѣстъ даетъ газовые пузырьки, которые особенно рельефно выступаютъ если производить проколъ при наполненіи зеркала жидкостью.

Роды окончились быстро. Плодъ, дѣвочка, съ слабыми признаками жизни, длиною 21 ct., вѣсомъ 200 gr. Родильное состояніе протекло при явленіяхъ endometrit'a съ повышенной температурой. Влагалище осматривалось зеркалами ежедневно. Кистовидныя образованія представляются съ каждымъ днемъ меньше и меньше. Осмотръ, съ цѣлью наблюденія, производился до 19-го февраля, когда паціентка выписалась изъ госпиталя. Слизистая оболочка ко дню выписки представлялась нормальной. Лѣченіе заключалось только въ примѣненіи сулемовыхъ спринцеваній 1—2000,— два раза въ день.

Къ сожалѣнію изслѣдованіе природы газа и бактеріологическое изслѣдованіе не могли быть произведены по независящимъ обстоятельствамъ.

IV.

Къ лѣченію послѣродовыхъ выворотовъ матки.

Ф. К. Вебера.

(Изъ больницы Св. Маріи Магдалины въ С.-Петербургѣ).

Выворотъ матки послѣ родовъ явленіе крайне рѣдкое. Такъ по *Braun*'у на 250.000 родовъ изъ Вѣнской акушерской клиники не было ни одного случая выворота, *Winkel* [1]) на 17000 родовъ, *Denham* на 100000 родовъ изъ Дублинскаго родильнаго дома, *Бекманъ* [2]) на 200.000 родовъ изъ С.-Петербургскаго родильнаго дома не наблюдали ни одного случая выворота. Зависитъ это отъ того, что выворотъ при правильномъ веденіи родовъ и главнымъ образомъ послѣдоваго періода происходитъ крайне рѣдко. Большинство авторовъ по крайней мѣрѣ считаютъ грубые пріемы, пускаемые въ ходъ при родахъ для выдѣленія послѣда плохими акушерками или чаще всего простыми повитухами, за самыя частыя причины развитія выворота. Этіологія и симптоматологія послѣродовыхъ выворотовъ матки выяснены въ достаточной степени,тогда какъ лѣченіе въ особенности застарѣлыхъ формъ его представляетъ много спорныхъ пунктовъ вслѣдствіе чего я себѣ и позволилъ бы здѣсь привести одинъ случай послѣродоваго выворота матки, наблюдавшійся мною въ больницѣ Маріи Магдалины и представляющій нѣкоторый интересъ въ терапевтическомъ отношеніи.

---

[1]) Handbuch f. Frauenkrankheiten 1886.

[2]) Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1894. Zeitschr. f. Geburtsh. u Gynaecologie 1895.

Анна С. Мѣщанка, 28 лѣтъ, хорошо упитанная, но крайне анемичная особа, обратилась въ больницу съ жалобами на періодически повторяющіяся сильныя маточныя кровотеченія. Изъ анамнеза выяснилось, что больная до родовъ была совершенно здоровою женщиною. Менструировала правильно и никакихъ заболѣваній половой сферы не имѣла. Родила она первый разъ 3 года тому назадъ въ срокъ въ городѣ Нарвѣ при очень скверныхъ условіяхъ; при родахъ присутствовала простая бабка. Точныхъ анамнестическихъ указаній больная дать не могла; она только помнила, что сейчасъ послѣ рожденія ребенка она по собственной неосторожности упала съ кровати, причемъ послѣдовало сильное кровотеченіе изъ половыхъ частей, и больная лишилась сознанія. Больная пролежала около 3 недѣль въ постели, причемъ выдѣленія были все время весьма обильными кровянистыми, ее часто лихорадило. Вставъ съ постели она замѣтила у себя опухоль, выступавшую изъ влагалища, но опять легко вправлявшуюся обратно. Съ этихъ поръ больная страдаетъ кровотеченіями, которыя первое время были почти безпрестанными, усиливаясь при ходьбѣ и тяжелой работѣ и уменьшаясь при лежачемъ положеніи больной. Послѣдній годъ кровотеченія стали періодическими, приходя довольно правильно черезъ 2 недѣли и продолжаясь также двѣ недѣли; въ промежутокъ между кровями появлялись довольно обильныя водянистыя бѣли, которыя за послѣднее время приняли зловонный оттѣнокъ. Но стоило больной въ этотъ промежутокъ времени тяжело поработать или имѣть сношенія съ мужемъ, чтобы крови снова открылись. Боли все время были не особенно интенсивными; во время кровотеченій онѣ усиливались, отдавали въ поясницу и бедра и кромѣ того при этомъ всегда появлялось затрудненіе при мочеиспусканіи.

Опухоль, которая въ началѣ довольно часто выходила наружу, постепенно уменьшилась и больше не выпадала изъ влагалища. Больная, бывшая раньше цвѣтущею женщиною, за эти три года стала крайне анемичною, страдала частыми головокруженіями и одышкою. Нарвскіе врачи, лѣчившіе ее безуспѣшно мѣстными вяжущими спринцеваніями, направили ее въ Петербургъ для операціи.

При гинекологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ въ день поступленія 17/VI 1897 года найдено: влагалище значительно расширено; оно выполнено опухолью величиною въ кулакъ, плотной консистенціи, съ совершенно гладкою бархатистою поверхностью, правильной грушевидной формы. Опухоль нижнимъ концемъ доходила почти до вульварнаго кольца, кверху же постепенно съуживаясь она простиралась въ шейку матки, которая была значительно расширена и въ видѣ невысокаго валика со всѣхъ сторонъ равномѣрно окружала основаніе опухоли. Изслѣдованіе зондомъ показало, что опухоль со всѣхъ сторонъ непосредственно переходитъ въ ткань шейки матки. При потягиваніи за опухоль и извлеченіи ея наружу желобъ вокругъ основанія

опухоли, представлявшій остатокъ шейки матки, совершенно сглаживался. Такимъ образомъ мы имѣли дѣло съ неполнымъ застарѣлымъ послѣродовымъ выворотомъ матки, который при извлеченіи матки наружу превращался въ полный. Бимануальное и ректальное изслѣдованіе подтвердило нашъ діагнозъ, такъ какъ матки на ея нормальномъ мѣстѣ не оказалось и кромѣ того пальцемъ, введеннымъ въ прямую кишку, ясно удавалось прощупать воронку, образованную вывернутою маткою. Опредѣлить маточныя отверстія Фаллопіевыхъ трубъ не удалось вслѣдствіе того, что слизистая оболочка вывернутой матки была весьма разрыхлена и легко кровоточила. Вообще вся вывороченная матка представлялась крайне набухшею и отечною.

Съ начала было рѣшено придерживаться консервативнаго способа лѣченія. Для этого послѣ тщательной дезинфекціи влагалища былъ введенъ кольпейринтеръ *Braun*'а вмѣстимостью около 300 куб. снтм., который ad maximum былъ наполненъ слабымъ растворомъ сулемы. Кольпейринтеръ, ежедневно вынимался, причемъ влагалище проспринцевывалось сулемою. Повышеніе температуры за все время лѣченія кольпейринтеромъ ни разу не наблюдалось. За то при всякомъ выведеніи кольпейринтера появлялось довольно обильное кровотеченіе, которое нѣсколько разъ принимало угрожающіе размѣры. Состояніе матки при этомъ нисколько не измѣнялось, она оставалась такою же отечною и нисколько не уменьшалась въ размѣрѣ; зѣвъ также не становился податливѣе. Испробовавъ такимъ образомъ кольпейринтеръ въ теченіи двухъ недѣль безъ всякаго результата, я рѣшилъ примѣнить тампонацію всего влагалища іодоформенной марлею, надѣясь производить такимъ образомъ болѣе правильное всестороннее давленіе на матку и этимъ уменьшить потерю крови. Но и этимъ способомъ мнѣ не удалось добиться уменьшенія матки. Кромѣ того больная, которая въ началѣ довольно спокойно переносила кольпейринтеръ, въ концѣ концевъ стала терять терпѣніе и ежедневно умоляла меня не мучить ее дольше, а скорѣе произвести обѣщанную операцію. Вслѣдствіе этого я рѣшилъ послѣ трехнедѣльнаго безрезультатнаго примѣненія кольпейринтера и тампонаціи произвести операцію, надѣясь по способу *Küstner*'а довольно легко вправить матку.

По указаніямъ *Küstner*'а произведенъ поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; при этомъ пришлось прорѣзать значительную толщу отечной ткани, прежде чѣмъ было вскрыто Дугласово пространство. Такъ какъ шейка при низведеніи матки совершенно вывернулась, то поперечный разрѣзъ пришлось провести на границѣ перехода вывернутой матки въ сводъ. Длина всей матки равнялась приблизительно 18 снтм. Указательный палецъ былъ введенъ въ воронку, которая въ своей верхней части была настолько съужена, что съ трудомъ пропускала палецъ; болѣе книзу она становилась шире. Воронка была совершенно пуста; яичники и брюшинные концы Фаллопіевыхъ трубъ находились выше ея. Брюшина, выстилавшая ее не представляла ни сроще-

ній ни вообще слѣдовъ воспаленія. Расширивъ пальцами воронку на столько, что 2 пальца могли свободно проникнуть въ нее, я по *Küstner*'у произвелъ разрѣзъ срединный по задней стѣнкѣ матки съ начала въ области внутренняго зѣва длиною въ 4 снтм. Когда же этотъ разрѣзъ оказался недостаточнымъ, я его продолжилъ кверху на нѣсколько снтм. и книзу до сліянія съ первымъ поперечнымъ разрѣзомъ. Такимъ образомъ задняя стѣнка вывернутой матки представляла срединный разрѣзъ длиною около 10 снтм. Не смотря на это матка, представлявшаяся весьма отечною и лишенною всякой упругости, въ началѣ нисколько не поддавалась, и только послѣ того, какъ была примѣнена довольно значительная сила, удалось наконецъ вправить ее. При этомъ получился однако обширный неправильной формы разрывъ, который начинался у конца продольнаго разрѣза и доходилъ до самаго дна матки. Слизистая оболочка матки настолько разрослась, что послѣ вправленія никоимъ образомъ не удавалось сблизить оба края раны задней стѣнки матки. Кромѣ того было бы крайне рисковано зашить подобную рану и погрузить матку затѣмъ въ брюшную полость, такъ какъ края верхней части раны были совершенно неровными, разорванными.

Вслѣдствіе этого я рѣшилъ произвести ампутацію матки, тѣмъ болѣе что трудно было ожидать, чтобы такъ сильно измѣненная матка была бы способна правильно функціонировать. Операція произведена слѣдующимъ образомъ: при потягиваніи за вывернутую матку наложены на шейку ея на 3 снтм. ниже перехода ея въ своды 4 шелковыхъ лигатуры по способу, употребляемому *Zweifel*'емъ при міомотоміяхъ. Такимъ образомъ вся ножка матки была плотно перевязана въ четыре пучка. На 2 снтм. ниже лигатуръ матка срѣзана ножемъ. При этомъ внутренняя часть оставшейся ножки сильнѣе укоротилась, такъ что нѣкоторыя лигатуры оказались недостаточными и получилось небольшое кровотеченіе изъ маточныхъ артерій. Сейчасъ же на всѣ кровоточащіе сосуды наложены отдѣльныя лигатуры, послѣ чего наложены кетгутовые швы съ начала на оба листка брюшины, а затѣмъ болѣе глубокіе на обѣ губы оставшейся шейки матки. Подъ конецъ зашита продольная рана задней губы шейки и поперечная рана въ заднемъ сводѣ. Послѣопераціонный періодъ протекалъ совершенно гладко. Слегка кровянистыя выдѣленія, бывшія первое время послѣ операціи, скоро совершенно прекратились. При влагалищномъ изслѣдованіи черезъ недѣлю найдено: рана въ заднемъ сводѣ а также продольная задней губы совершенно зажили; шейка матки начинаетъ формироваться; она еще широка и свободно пропускаетъ 2 пальца въ неглубокую воронку съ неровными бархатистыми стѣнками. Черезъ 3 недѣли послѣ операціи больная выписана изъ больницы совершенно здоровою. Влагалищныя выдѣленія совершенно прекратились, явленія анемія исчезли. Шейка матки немного удлинилась и съузилась, такъ что пропускала только одинъ палецъ; длина полости шейки равнялась приблизительно тремъ снтм.

Недавно я получилъ отъ больной письмо, въ которомъ она меня извѣщаетъ, что чувствуетъ себя совершенно бодрою и здоровою; ни бѣлей ни кровотеченія нѣтъ. Только 2 мѣсяца послѣ операціи показались необильныя крови, продолжавшіяся два дня. Больная ихъ считаетъ нормальною менструаціею.

При изслѣдованіи отрѣзанной части матки найдено: длина ея 12 снтм. Слизистая оболочка представляется бархатистою; толщина мышечнаго слоя довольно равномѣрна, колеблется между 2—3 снтм. Брюшина блестяща, никакихъ воспалительныхъ измѣненій не представляетъ. Вмѣстѣ съ маткою удалены маточные концы Фаллопіевыхъ трубъ, тогда какъ яичники, не представлявшіе никакихъ измѣненій, оставлены на мѣстѣ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи ткани матки найдено: слой слизистой оболочки въ общемъ значительно уже нормальнаго. Толщина его въ различныхъ мѣстахъ значительно варируетъ. Поверхностный эпителій исчезъ безслѣдно: край слизистой оболочки не совсѣмъ ровный и имѣетъ желтоватый оттѣнокъ. При большемъ увеличеніи оказывается, что это зависитъ отъ межклѣточныхъ небольшихъ кровоизліяній въ поверхностный слой. Отъ маточныхъ железъ на большей части препаратовъ не осталось никакого слѣда. Только на нѣкоторыхъ остались неправильно изогнутыя полости, остатки прежнихъ железъ. Эпителія въ нихъ опредѣлить не удавалось; только 2—3 подобныхъ полости были выполнены безструктурною зернистою массою, продуктомъ жироваго распада эпителія. Въ остальномъ слизистая оболочка этой матки еще отличалась отъ нормальной тѣмъ, что рядомъ съ мелкими кругловатыми соединительными клѣтками попадались удлиненныя и веретенообразныя; мѣстами даже появлялись тонкіе цуги молодой соединительной ткани. Мышечный слой матки кромѣ переполненія сосудовъ кровью и значительнаго расширенія лимфатическихъ пространствъ ничего особеннаго не представлялъ. Такимъ образомъ въ нашемъ случаѣ имѣлась полная атрофія слизистой оболочки матки съ исчезновеніемъ эпителіальныхъ образованій и превращеніемъ ея соединительнотканнаго остова въ грануляціонную ткань.

Свѣжій послѣродовой выворотъ матки, разъ онъ своевременно будетъ замѣченъ, пока шейка матки еще не успѣла надъ нимъ сократиться, почти всегда удается довольно легко вправить. Многіе авторы совѣтуютъ при этомъ не примѣнять наркоза, такъ какъ боли, испытываемыя при вправленіи больными, служатъ хорошимъ мѣриломъ той силы, которую можетъ употребить операторъ, не причиняя больной вреда.

Такъ какъ при свѣжемъ выворотѣ матка обыкновенно представляется весьма дряблою, то при вправленіи слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ, чтобы не произвести продыравливанія ея. Если послѣ многократныхъ осторожныхъ попытокъ

матка не вправляется и если нѣтъ на лицо угрожающихъ для жизни явленій, то лучше оставить ее на время не вправленною, чтобы дать ей возможность уменьшиться. *Harrys* [3]) считаетъ при выворотѣ три періода благопріятнымн для вправленія матки, именно сейчасъ послѣ родовъ или, если зѣвъ настолько сократился, что матку при легкихъ попыткахъ вправленія не удается вправить, послѣ 7—8 недѣль, такъ какъ матка за это время вслѣдствіе обратнаго развитія настолько уменьшится, что вправленіе можетъ совершиться довольно легко.

Третій благопріятный моментъ наступаетъ по *Harrys*'у въ тѣхъ случаяхъ застарѣлаго выворота, гдѣ больныя въ теченіе продолжительнаго времени теряютъ большое количество крови, такъ какъ матка при этомъ уменьшается въ размѣрѣ и ткани дѣлаются болѣе мягкими и уступчивыми. Относительно первыхъ двухъ пунктовъ понятно слѣдуетъ согласиться съ *Harrys*'омъ, что же касается третьяго, то по крайней мѣрѣ въ нашемъ случаѣ мы видѣли какъ разъ противное; не смотря на то, что кровотеченія были весьма продолжительными и интенсивными, матка была не уменьшена и скорѣе даже увеличена, шейка же ригидна и совершенно неподатлива. *Denucé* [4]) считаетъ самымъ благопріятнымъ моментомъ для вправленія вывернувшейся матки годъ послѣ родовъ, такъ какъ къ этому времени обратное развитіе матки произошло самымъ совершеннымъ образомъ, да и больная успѣла оправиться отъ кровотеченій, которыя обыкновенно въ первые мѣсяцы послѣ родовъ бываютъ самыми сильными. Особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больныя сами кормятъ, не слѣдуетъ спѣшить съ вправленіемъ, такъ какъ кормленіе очень хорошо дѣйствуетъ на обратное развитіе и кровотеченія никогда не бываютъ интенсивными.

Для ручнаго вправленія матки въ застарѣлыхъ случаяхъ описанъ авторами цѣлый рядъ способовъ, на которыхъ я не хочу подробно останавливаться. (См. *Брудякъ* [5]). Главный принципъ состоитъ лъ томъ, что рука или нѣсколько паль-

[3]) Centralblatt. f. Gynaecol. 1880.

[4]) *Denucé*.—(Bordeaux). Inversio uteri. Paris. Librairie Bailliére 1883.

[5]) *Брудякъ*.—Къ вопросу о примѣненіи кольпейринтера при лѣченіи выворота матки. Диссертація. С.-Петербургъ 1894/95.

цевъ введенныхъ во влагалище производятъ по возможности равномѣрное давленіе на вывернутую матку, тогда какъ другая рука снаружи старается фиксировать область шейки матки, и если это позволяетъ толщина брюшныхъ покрововъ, введя 2—3 пальца въ воронку, расширить ее.

Pate [6]) удалось вправить довольно оригинальнымъ образомъ выворотъ матки, существовавшій 40 лѣтъ, у 70 лѣтней старухи; онъ ввелъ указательный палецъ одной руки въ прямую кишку, а другой черезъ расширенную уретру въ мочевой пузырь; этими пальцами онъ сверху проникъ въ воронку, образованною вывернутую маткою, тогда какъ оба большихъ пальца черезъ влагалище давили непосредственно на тѣло матки; вправленіе произошло довольно легко.

Для вправленія старыхъ выворотовъ употреблялись различные иногда довольно сложные инструменты, состоявшіе изъ чашечки, вмѣщавшей дно матки, и стержня. Одинъ изъ первыхъ инструментовъ этого рода описанъ *Viardel*'емъ [7]) въ 1674 году и названъ имъ repoussoir. Особенно въ Англіи подобное инструментальное вправленіе пріобрѣло себѣ права гражданства. Въ большомъ ходу еще до настоящаго времени тамъ инструментъ, описанный *Aveling*'омъ. *Avéling* [8]) самъ въ 11 случаяхъ выворота матки съ успѣхомъ произвелъ вправленіе своимъ инструментомъ. Тѣмъ не менѣе этотъ способъ не безупреченъ, такъ какъ вслѣдствіе того, что при немъ можно примѣнять значительную силу, часто наблюдались обширныя поврежденія стѣнокъ матки и разрывы влагалища. Кромѣ того вслѣдствіе продолжительнаго давленія плотнаго неподатливаго инструмента наблюдалось омертвѣніе матки съ летальнымъ исходомъ. Въ настоящее время этотъ способъ кромѣ Англіи почти повсюду оставленъ.

Chassagny [9]) въ сравнительно недавнее время предложилъ способъ, который заслуживаетъ нѣкотораго вниманія. Онъ наложилъ на вывернутую матку три толстыхъ эластическихъ лигатуры, постепенно стянувъ ихъ ad maximum; накладывалъ онъ

---

[6]) *Pate.*—(Cincinati), Centralbl. f. Gynaecol. 1878.
[7]) Цитировано по *Denucé*.
[8]) *Aveling.*—On Inversio of the uterus. London 1883.
[9]) *Chassagny.*—Lyon medical 1889, Avril.

лигатуры начиная снизу, такъ что такимъ образомъ онъ значительно уменьшилъ объемъ матки. Затѣмъ онъ постепенно снималъ лигатуры начиная съ верхней, и вдавливалъ ниже лежащую часть матки въ полость шейки; вправленіе произошло весьма легко. Этотъ способъ по моему мнѣнію примѣнимъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка вслѣдствіе затруднительнаго изъ нея оттока крови представляется весьма набухлою и отечною.

Самымъ раціональнымъ средствомъ при невправимомъ выворотѣ матки слѣдуетъ считать кольпейринтеръ. Онъ впервые былъ примѣненъ по *Брудняку—Bockendahl*'емъ по другимъ авторамъ *Tyler Smith*'омъ, и въ послѣднее время занялъ первое мѣсто среди различныхъ способовъ лѣченія выворотовъ. Для этого обыкновенно употребляется кольпейринтеръ *Braun*'а, который наполняется воздухомъ или водою resp. слабымъ дезинфицирующимъ растворомъ. Послѣднее слѣдуетъ предпочитать, такъ какъ при этомъ получается болѣе энергичное давленіе на матку и вправленіе совершается скорѣе. Само собою разумѣется, что всѣ манипуляціи должны производиться при строгомъ соблюденіи антисептическихъ правилъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ легко наступаетъ инфекція и больныя начинаютъ лихорадить. Кольпейринтеръ ежедневно вынимается и влагалище спринцуется какимъ нибудь дезинфицирующимъ растворомъ. Количество жидкости, вводимой въ кольпейринтеръ, колеблется отъ 300—750 куб. снт. и зависитъ отъ величины его, ширины влагалища и отъ того, какъ больная переноситъ кольпейризъ. Обыкновенно начинаютъ съ меньшихъ количествъ и постепенно доходятъ до большихъ. Чтобы увеличить эфектъ кольпейриза *Krukenberg* [10]) и *Runge* [11]) не запирали кранъ кольпейринтера, а оставляли его въ сообщеніи съ ирригаторомъ, такъ что жидкость въ кольпейринтерѣ находилась подъ постояннымъ давленіемъ водянаго столба, вышиною около 120 сант. *Runge* такимъ образомъ удалось произвести вправленіе въ теченіе 14 часовъ, послѣ того какъ двухнедѣльное примѣненіе обыкновеннаго кольпейриза осталось безъ всякаго результата.

[10]) *Krukenberg.*—Centralbl. f. Gynaec. 1886.
[11]) *Runge.*—St. Petersburger Med. Wochenschr. 1887.

Если больныя, имѣющія выворотъ матки, страдаютъ зловоннымъ выдѣленіемъ или вывернутая матка представляетъ обширную язвенную поверхность, то надо первымъ дѣломъ цѣлесообразнымъ лѣченіемъ уничтожить эти симптомы и только тогда приступить къ кольпейризу; въ противномъ случаѣ неминуемо разовьются тяжелыя общія явленія, которыя не разъ ставили въ вину кольпейризу.

Для объясненія, какимъ образомъ производитъ кольпейринтеръ вправленіе матки, существуютъ двѣ теоріи. Одни авторы (*Neugebauer* [12]), *Бруднякъ*) объясняютъ это дѣйствіе чисто механически, такъ какъ кольпейринтеръ дѣйствуетъ непосредственно на вывернутую матку, уменьшая ея объемъ и вдавливая ее кверху по направленію къ шейкѣ. Кромѣ того кольпейринтеръ, растягивая своды влагалища, расширяетъ также шейку матки, къ которой онѣ прикрѣпляются, вслѣдствіе чего вправленіе облегчается. *Рейнъ* [13]) считаетъ дѣйствіе кольпейринтера преимущественно динамическимъ, такъ какъ растягивая влагалище онъ раздражаетъ нервные центры, заложенные преимущественно въ сводахъ, и рефлекторно вызываетъ сокращенія матки. При этомъ вызывается цѣлый рядъ координированныхъ движеній мышечныхъ волоконъ половаго тракта. Мышечный аппаратъ матки при этомъ распадается на двѣ части подобно тому, какъ это описано *Shroeder*'омъ для матки во время родоваго акта, на полую трубку, принимающую активную роль въ этомъ процессѣ и верхнюю часть выводную трубку, играющую пассивную роль и постепенно растягивающуюся, причемъ нижняя часть, въ настоящемъ случаѣ дно матки, какъ-бы рождается въ брюшную полость.

Фогель [14]) большое значеніе приписываетъ растяженію пузыря или прямой кишки. По его мнѣнію кольпейринтеръ только тогда приводитъ къ цѣли, когда онъ давитъ на мочеиспускательный каналъ или прямую кишку и вызываетъ задержку мочи или кала. Матка при помощи апоневротичес-

---

[12]) *Нейгебауеръ*.—Журналъ Акушерства 1892. Медицина 1886. Centralbl. f. Gyn. 1887.

[13]) *Рейнъ*.—Журн. Акушерства и Женск. бол. 1892, засѣданіе Акуш. общ. въ Кіевѣ.

[14]) *Фогель*.—Къ механизму вправленія застарѣлыхъ выворотовъ матки подъ вліяніемъ кольпейринтера. Юбилейный сборникъ въ честь *Славянскаго*.

кихъ волоконъ, расположенныхъ подбрюшинно, тѣсно связана какъ съ пузыремъ такъ и съ прямой кишкою. При выворотѣ эта зависимость матки отъ сосѣднихъ органовъ еще увеличивается, такъ какъ всѣ связки матки а также всѣ фиброзныя волокна очень напряжены. Понятно, что разъ пузырь и rectum значительно растянуты, они могутъ потягивая матку постепенно вызвать вправленіе выворота. Этимъ вполнѣ объясняется механизмъ самопроизвольныхъ вправленій, описанный многими авторами (*Мейеръ* [15]), *Schatz*, *Spiegelberg*).

Случай *Schatz*'а, гдѣ самопроизвольное вправленіе произошло послѣ сильныхъ поносовъ, нисколько не противорѣчитъ этому объясненію, такъ какъ при каждомъ испражненіи происходитъ потягиваніе за мышечно-фиброзныя волокна, идущія отъ прямой кишки къ маткѣ.

По моему мнѣнію дѣйствіе кольпейринтера нельзя объяснить исключительно механическимъ или динамическимъ путемъ; это весьма сложный актъ, при которомъ должны быть приняты во вниманіе цѣлый рядъ факторовъ. Что кольпейринтеръ вызываетъ сокращенія мышечныхъ волоконъ матки, не подлежитъ никакому сомнѣнію, такъ какъ мы чудесно знаемъ, насколько чувствительна матка къ раздраженію влагалища и какъ легко этимъ путемъ вызвать сокращенія ея, въ особенности если это раздраженіе происходитъ такимъ грубымъ насильственнымъ путемъ, какъ при введеніи кольпейринтера. Механическое вліяніе кольпейринтера понятно никто оспаривать не будетъ. Объясненіе, даваемое *Фогель*'емъ навѣрное примѣнимо въ цѣломъ рядѣ случаевъ, хотя придавать растяженію пузыря и прямой кишки такое важное значеніе едва-ли возможно. Не послѣднее мѣсто принадлежитъ при вправленіи матки широкимъ связкамъ, содержащимъ хотя и скудныя мышечныя волокна, а главнымъ образомъ круглымъ связкамъ, снабженнымъ довольно хорошими мышцами. При раздраженіи кольпейринтеромъ нервныхъ центровъ, заложенныхъ во влагалищѣ, рефлекторнымъ образомъ вызываются мышечныя сокращенія всего половаго аппарата. Очень можетъ быть, что и тазовое дно принимаетъ при этомъ участіе. Кромѣ того

[15]) *Мейеръ* —Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1889.

извѣстное значеніе имѣетъ состояніе внутрибрюшнаго давленія. Вслѣдствіе этого *Hennig* [16]) предлагаетъ испробовать вполнѣ раціональное, по его мнѣнію, предложенное первоначально еще Гиппократомъ для выпаденія матки и въ широкихъ размѣрахъ практикуемое въ нашемъ простонародіи—приставленіе къ нижней части живота большой сухой банки въ формѣ глинянаго горшка; отъ этого, какъ полагаетъ *Hennig*, внутрибрюшное и внутриматочное давленіе становится отрицательнымъ, меньше наружнаго атмосфернаго давленія, благодаря чему инвертированное дно матки втягивается вверхъ.

Для уменьшенія внутрибрюшнаго давленія гораздо удобнѣе примѣнить колѣнолоктевое положеніе. Первый, примѣнявшій это положеніе съ успѣхомъ при выворотѣ матки, былъ *Jan van Wy* [17]) въ 1792 году. Колѣнолоктевое положеніе вмѣстѣ съ кольпейринтеромъ примѣнялась у насъ между прочими *Сутугинымъ* [18]), который остался имъ очень доволенъ. Но не во всѣхъ случаяхъ это положеніе приводитъ къ цѣли. Такъ въ случаѣ *Сергѣева* [19]) этимъ способомъ не удалось произвести вправленіе.

Въ послѣднее время описаны нѣкоторыя видоизмѣненія при примѣненіи кольпейринтера, которыя заслуживаютъ полнаго вниманія. Такъ *Barsony* [20]), примѣнившій въ одномъ случаѣ обыкновенный кольпейризъ въ теченіе 2 недѣль безъ всякаго результата, плотно затампонировалъ всѣ своды іодоформенной марлею, а затѣмъ вставилъ кольпейринтеръ; черезъ сутки послѣдовало вправленіе. Объясняется это совсѣмъ просто: кольпейринтеръ помѣщается при широкомъ влагалищѣ между вывернутымъ тѣломъ матки и стѣнкою влагалища и при своемъ наполненіи придавливаетъ матку къ противоположной стѣнкѣ влагалища. Вслѣдствіе этого давленіе на инвертированную матку происходитъ крайне неравномѣрно, и она не въ состояніи проявить всю свою сократительную энергію; кромѣ того механическое растяженіе верхней части влагалища и шейки матки при этомъ происходитъ крайне неравномѣрно.

---

[16]) Цитированъ по *Мейеру* Журн. Акуш. 1889.
[17]) См. Fries. Abhandlung. v. d. Umkehr der Gebärmutter 1804.
[18]) *Сутугинъ.*—Къ лѣченію хронич. выворотовъ матки. Врачъ 1890.
[19]) *Сергѣевъ.*—Журналъ Акушерства и Женск. болѣзн. 1890.
[20]) *Barsony.*—(Budapest) Cntrbl. f. Gyn. 1890.

Если же произвести тампонацію сводовъ іодоформенной марлею, матка лишается возможности отклониться въ сторону, и кольпейринтеръ дѣйствуетъ исключительно на нижнюю поверхность матки по оси, соотвѣтствующей приблизительно оси таза и благопріятной для вправленія матки. Въ то же время тампоны, лежащіе въ сводахъ, разбухаютъ отъ пропитыванія влагалищнымъ и маточнымъ секретомъ и постепенно расширяютъ равномѣрно шейку матки. *Chadwiek* [21]) съ той же цѣлью вводилъ каучуковое кольцо, наполненное воздухомъ, которое укладывалось въ своды, а затѣмъ кольпейринтеръ. *Kocks* [22]) устроилъ по тому же принципу особаго рода кольпейринтеръ съ воронкою по срединѣ, въ которую помѣщается, инвертированное тѣло матки, такъ что при наполненіи кольпейринтера матка не могла смѣщаться въ сторону. Онъ назвалъ свой кольпейринтеръ—*Kegeltrichtertampon*. Менѣе удачнымъ слѣдуетъ назвать способъ проф. *Treub*'а, описанный его ученикомъ *Thomee* [23]). *Treub* примѣняетъ два кольпейринтера; одинъ меньшей величины фиксируется непосредственно подъ дномъ инвертированной матки корнцангомъ, послѣ чего вводится второй кольпейринтеръ большей величины; первый въ видѣ тампона долженъ вдавливать матку кверху.

Нѣкоторые авторы (*Schroeder*, *Hofmeier*) считаютъ болѣе раціональнымъ вмѣсто введенія кольпейринтера производить систематическую тампонацію всего влагалища іодоформенной марлею, такъ какъ при этомъ получается болѣе равномѣрное давленіе на всю инвертированную матку. Что касается послѣдняго пункта, то съ ними безусловно надо согласиться; за то этотъ способъ гораздо хлопотливѣе, мучительнѣе для больной и примѣнимъ только въ клиникахъ и хорошо устроенныхъ больницахъ, кольпейринтеръ же очень удобно можетъ быть примѣненъ при самыхъ скверныхъ условіяхъ.

Благодаря примѣненію кольпейринтера удавалось вправлять не только сравнительно свѣжіе случаи выворота, но даже очень застарѣлые. На сколько мнѣ извѣстно, самый замѣчательный

---

[21]) Цитированъ по *Брудняку* Спб. диссертація 1894/95.
[22]) *Kocks*.—Centralbl. f. Gynaec. 1890.
[23]) *Thomee*.—(Holland) Dissertation. Leyden 1894. Ref. Centrbl. f. Gynaec. 1895.

случай въ этомъ отношеніи былъ случай *Шуварскаго* [24]), гдѣ послѣродовой выворотъ существовалъ 20 лѣтъ и былъ вправленъ послѣ 4 недѣльнаго примѣненія кольпейринтера. Продолжительность примѣненія кольпейринтера по статистикѣ *Брудняка*, описавшаго 65 подобныхъ случаевъ, колеблется между нѣсколькими часами и 50 днями.

Не смотря однако на хорошіе результаты, добытые при лѣченіи старыхъ выворотовъ кольпейринтеромъ, есть цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ этотъ способъ совершенно не примѣнимъ. Нѣкоторыя женщины, большею частью нервныя особы, имѣютъ до то того чувствительное влагалище, что вливаніе даже ничтожныхъ количествъ жидкости въ кольпейринтеръ, вложенный во влагалище, вызываетъ жесточайшія боли. Понятно, что въ такихъ случаяхъ продолжительное примѣненіе кольпейринтера не мыслимо.

Кромѣ того кольпейринтеръ иногда вызываетъ лихорадку, не смотря на то, что всѣ манипуляціи производятся строго антисептически, и больная посредствомъ продолжительныхъ антисептическихъ влагалищныхъ спринцеваній была хорошо подготовлена къ этому способу лѣченія. Само собою разумѣется, что случаи, гдѣ вывернутая матка представляетъ обширныя гангренозныя язвы, не подлежатъ такому лѣченію. Если лихорадка не достигаетъ высокихъ цифръ и самочувствіе остается удовлетворительнымъ, примѣненіе кольпейринтера можетъ быть продолжено, причемъ понятно надо крайне внимательно слѣдить за состояніемъ больной; если же лихорадка принимаетъ септическій характеръ, появляются зловонныя выдѣленія и иногда даже болѣзненность въ нижней части живота и явленія раздраженія брюшины, кольпейринтеръ долженъ быть сейчасъ оставленъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ въ нашемъ, гдѣ слизистая оболочка иввентированной матки была крайне кровоточива, кольпейринтеръ вызывалъ довольно серьезныя кровотеченія. Въ такихъ случаяхъ слѣдуетъ замѣнить кольпейризъ тампонаціею всего влагалища іодоформенной марлею или по *Barsony* тампонировать своды и затѣмъ ввести кольпейринтеръ, такъ

[24]) *Шуварскій.*—Журналъ Акушерства и Жен. болѣзней, 1892 г. Протоколы засѣданія Кіевскаго Акушерскаго Общества.

какъ при послѣднемъ способѣ матка будетъ находиться подъ равномѣрнымъ давленіемъ и кровотеченіе не можетъ послѣдовать.

Брудняк описываетъ 2 случая (*Lawson Tait* и *Wels*), гдѣ примѣненіе кольпейриза повело къ летальному исходу. Оба эти случая изъ старыхъ доантисептическихъ временъ. Въ настоящее время это едва-ли можетъ случиться, если только придерживаться анти-и асептики и тщательно слѣдить за общимъ состояніемъ больной.

Но и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кольпейринтеръ хорошо переносится, не всегда наступаетъ благопріятный результатъ.

Такъ изъ 65 случаевъ, собранныхъ изъ литературы *Брудняком*, въ 17 случаяхъ выворотъ не былъ вправленъ. *Брудняк*, большой поклонникъ этого метода, предполагаетъ, что во всѣхъ 17 случаяхъ кольпейризъ продолжался недостаточно продолжительное время. Очень можетъ быть, что при болѣе настойчивомъ примѣненіи кольпейриза въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ и произошло бы вправленіе, но несомнѣнно то, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ вправленіе невозможно вслѣдствіе чисто анатомическихъ причинъ. Сюда принадлежатъ тѣ случаи, гдѣ вслѣдствіе мѣстнаго пельвеоперитонита происходятъ сращенія брюшины, покрывающей матку, и даже полная облитерація воронки. Кромѣ того въ нѣкоторыхъ случаяхъ маточное кольцо въ области внутренняго зѣва вслѣдствіе перерожденія мышечныхъ волоконъ дѣлается весьма ригиднымъ и неподатливымъ, и тѣло матки вслѣдствіе затрудненнаго оттока изъ нея крови и хроническихъ гиперпластическихъ процессовъ въ ней значительно увеличивается въ объемѣ. При совокупности этихъ условій вправленіе также можетъ сдѣлаться невозможнымъ.

Если вправленіе вывернутой матки не удалось ни по одному ни по другому способу, приходится прибѣгнуть къ операціи, такъ какъ только въ крайне рѣдкихъ случаяхъ болѣзненные симптомы, вызванные выворотомъ матки, на столько незначительны, что не вызываютъ серьезныхъ опасеній. Въ прежнее время въ такихъ случаяхъ приходилось дѣлать ампутацію матки, теперь же благодаря способу, описанному въ 1893 году *Küstner*'омъ, мы въ нѣкоторыхъ изъ этихъ слу-

чаевъ можемъ произвести вправленіе кровавымъ путемъ и сохранить цѣлость матки.

Ради полноты хочу здѣсь упомянуть о способѣ, предложенномъ *Gaillard Thomas*'омъ [25]) профессоромъ гинекологіи въ New-Jork'ѣ. Этотъ авторъ совѣтовалъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ многократныя попытки ручнаго вправленія не приводили къ цѣли, производить лапаротомію.

Вскрывъ брюшную полость, онъ сверху посредствомъ особаго инструмента, имѣющаго сходство съ расширителемъ перчатокъ, старался расширить воронку и затѣмъ, надавливая изъ влагалища, вправить матку. Самъ онъ оперировалъ по этому способу два раза. Въ первомъ случаѣ вправленіе было весьма затруднительнымъ, не смотря на то, что воронка была хорошо расширена; больная въ концѣ концовъ поправилась, не смотря то, что при вправленіи получился обширный разрывъ передняго свода. Во второмъ случаѣ *Thomas*'а вправленіе было нѣсколько болѣе легкимъ, но больная погибла отъ перитонита. Кромѣ этихъ двухъ мнѣ изъ литературы удалось собрать еще четыре случая (*Eduard Malins* [26]), *Schmalfuss* [27]) *Munde* [28]) и *Macintosch* [29]). Во всѣхъ случаяхъ вправленіе было весьма затруднительно и всегда получались обширныя травматическія поврежденія какъ самой матки такъ и сводовъ. Въ двухъ случаяхъ (*Malins* и *Mundé*) вправленіе не удалось и пришлось въ концѣ концовъ наложить черезъ влагалище лигатуру. Въ двухъ остальныхъ случаяхъ выворотъ были довольно свѣжіе, въ случаѣ *Schmalfuss*'а даже только 10 дневный. Не смотря на это и здѣсь требовались довольно продолжительныя манипуляціи и не обошлось безъ поврежденій матки. Изъ 5 случаевъ значитъ одинъ смертельный и два неудачныхъ—результатъ не важный. Вслѣдствіе этого громадное большинство авторовъ, за исключеніемъ нѣсколькихъ англійскихъ, категорически высказываются противъ этого способа вправленія.

---

[25]) *Gaillard Thomas.*—Practical Treatise on the Diseases of Women 1872.
[26]) Centrbl. f. Gynaecol. 1886.
[27]) Centrbl. f. Gynaecol. 1886.
[28]) Centrbl. f. Gynaecol. 1889.
[29]) Medical. Record. 1893. August.

Ампутація хронически инвертированной матки производилась еще въ давнишніе времена. Такъ *Denucé* [30]) въ своей классической монографіи о выворотѣ матки приводитъ 24 подробныхъ случая изъ XVII и XVIII столѣтія, названныхъ имъ ненаучными (extrascientifiques), такъ какъ операціи эти были произведены большею частью невѣжественными цирульниками и бабками, которые часто совершенно не знали, съ чѣмъ они имѣютъ дѣло. Не смотря на это процентъ смертности былъ сравнительно не особенно высокій. Изъ этихъ больныхъ толко около половины умерли. Операція производилась весьма примитивно, причемъ вывернутая часть матки просто отрѣзалась ножемъ безъ всякой предварительной или послѣдовательной остановки кровотеченія, или же отжигалась каленымъ желѣзомъ.

Съ развитіемъ хирургіи вообще взглядъ хирурговъ на лѣченіе застарѣлыхъ выворотовъ матки сталъ опредѣленнѣе. Здѣсь выработались три способа операціи: 1) тупымъ путемъ посредствомъ эластической лигатуры или экразера, 2) отжиганіемъ аппаратомъ *Paquelin*'а или гальванокаустической петлей и 3) рѣжущими инструментами. Послѣдній въ доантисептическое время былъ самымъ опаснымъ, такъ какъ при этомъ наносилась свѣжая рана, черезъ которую очень легко могла наступить общая инфекція, а кромѣ того наступали довольно сильныя кровотеченія, съ которыми не легко было справиться. Лигатуры обыкновенно брались эластическія, такъ какъ болѣзненность при нихъ не такъ значительна; онѣ накладывались на основаніе вывернутой матки и туго затягивались, такъ что вся матка подвергалась омертвѣнію. Результаты, полученныя этимъ способомъ въ доантисептическое время, были весьма печальными. Такъ изъ 5 случаевъ, приведенныхъ *Borham*'омъ [31]), 4 кончились летально. Смерть происходила отъ перитонита или общей септицеміи, такъ какъ омертвѣвавшая часть матки подвергалась гніенію. Экразеръ всегда пользовался большимъ почетомъ во Франціи, гдѣ даже еще въ сравнительно недавнее время *Denucé* ему давалъ предпочтеніе передъ другими болѣе современными способами. Глав-

[30]) *Denucé*.—l. c.
[31]) Цитир. по *Winkel*'ю. Handbuch. f. Frauenkrankheiten, 1886.

ный недостатокъ экразера состоитъ въ томъ, что послѣ него очень легко можетъ наступить послѣдовательное кровотеченіе. Это кровотеченіе при удаленіи экразеромъ вывернутой матки тѣмъ опаснѣе и тѣмъ легче можетъ произойти, что шейка послѣ удаленія матки имѣетъ наклонность вправляться въ брюшную полость, причемъ свѣжая культя можетъ разойтись и произойти сильнѣйшее кровотеченіе, которое часто невозможно остановить черезъ влагалище. Впрочемъ многое при этомъ зависитъ отъ доброкачественности инструмента и отъ того, на сколько быстро происходитъ отжиманіе матки. Такъ *C. v. Braun* въ Вѣнѣ произвелъ въ 5 случаяхъ удаленіе инвертированной матки посредствомъ экразера, во всѣхъ съ благопріятнымъ исходомъ. Относительно результатовъ, добытыхъ этими способами въ доантисептическое время, можно судить по слѣдующимъ статистическимъ даннымъ, взятымъ у *G. Thomas*'а [32]): изъ 43 случаевъ, гдѣ матка удалена лигатурою, 33 выздоровѣли, 10 умерли; изъ 5 случаевъ, гдѣ матка удалена ножемъ или экразеромъ, 3 выздоровѣли, 2 умерли; изъ 9 случаевъ, гдѣ матка удалена ножемъ или экразеромъ послѣ предварительнаго наложенія лигатуры, 6 выздоровѣли и 3 умерли. Всего значитъ изъ 57 случаевъ 42 выздоровѣли и 15 умерли. Такъ что процентъ смертности равнялся 26,3. По болѣе подробной статистикѣ, составленной *Denucé* и захватывающей часть антисептическаго періода, процентъ смертности отъ ампутація вывернутой матки по различнымъ способамъ равнялся приблизительно 20.

Въ настоящее время, когда мы благодаря успѣхамъ анти- и асептики и усовершенствованному способу останавливанія крови, не боимся ни инфекціи ни послѣдовательныхъ кровотеченій, самымъ раціональнымъ способомъ ампутаціи инвертированной матки слѣдуетъ считать операцію рѣжущими инструментами, такъ какъ при этомъ получается свѣжая рана, гдѣ мы можемъ разобраться въ анатомическихъ отношеніяхъ и послѣ остановки кровотеченія соединить швами соотвѣтствующіе слои.

Я не буду описывать различныя видоизмѣненія этого способа, которыхъ не мало, такъ какъ большинство авторовъ

[32]) *Gaillard Thomas.*—Lehrbuch. f. Frauenkrankheiten, 1873.

старались измѣнить его въ томъ или другомъ направленіи. Я только укажу на тѣ принципы, которыхъ слѣдуетъ придерживаться при исполненіи этой операціи и опишу ее въ томъ видѣ, какъ она была прозведена въ самое послѣднее время выдающимися гинекологами (*Schauta, Fritsch, Славянскій, Сутугинъ, Толочиновъ*).

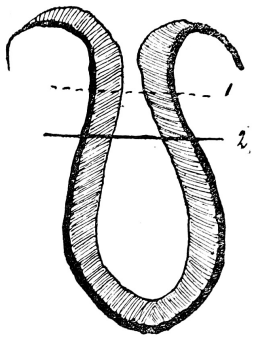
При описаніи этой операціи я имѣю въ виду полный выворотъ матки, такъ какъ, если выворотъ до операціи и не былъ полнымъ, онъ обыкновенно во время операціи въ моментъ низведенія матки превращается въ таковой. Передъ операціею на ножку вывернутой и низведенной передъ вульву матки накладывается эластическій жгутъ, или же она въ нѣсколько частей перевязывается крѣпкими шелковыми лигатурами. Послѣдній способъ былъ первый разъ примѣненъ у насъ въ Россіи проф. *Толочиновымъ* [33]) въ Харьковѣ, а затѣмъ въ Вѣнѣ проф. *Schauta*; онъ несомнѣно имѣетъ преимущество передъ эластической лигатурою, въ особенности если шелковыя лигатуры хорошо стянуты, такъ какъ соскальзываніе ихъ съ культи послѣ удаленія матки невозможно. Эти лигатуры накладываются только предварительно съ тою цѣлью, чтобы во первыхъ остановить кровотеченіе, а во вторыхъ воспрепятствовать вывернутой части шейки вправиться въ брюшную полость, послѣ того какъ матка была отрѣзана, къ чему она имѣетъ сильную тенденцію. Лигатуры эти при тонкой ножкѣ матки можно наложить иглою Dechamps; если же ножка очень мясиста, то лучше всего лигатуры накладывать по способу, предложенному *Zweifel*'емъ для ухода за ножкою при надвлагалищной ампутаціи міоматозной матки; при этомъ въ трехъ четырехъ мѣстахъ ножка прикалывается толстой иглою съ двойной лигатурою; концы сосѣднихъ лигатуръ плотно перевязываются между собою, такъ, что получается очень прочное стягиваніе всей шейки. Инвертированая матка отрѣзается ножницами и ножемъ на два сантиметра ниже мѣста стягиванія; *Славянскій* при этомъ совѣтуетъ отрѣзать такъ, чтобы площадь окровавленія получила коническую форму съ болѣе углубленнымъ центромъ, такъ какъ при такой формѣ культи

[33]) См. Поюровскій. Журналъ Акушерства и Женск. болѣзней 1893 г.

удобнѣе накладывать швы и легче удается сблизить края раны. По моему мнѣнію такой совѣтъ не совсѣмъ правиленъ, такъ какъ для насъ не такъ важно, чтобы слизистая оболочка вывернутой шейки была хорошо сшита; гораздо большее значеніе слѣдуетъ придавать глубокому шву на брюшинные края матки, такъ какъ при послѣдующемъ самопроизвольномъ вправленіи шейки матки этому шву придется отдѣлять брюшную полость отъ сообщенія съ вновь образующеюся полостью шейки матки. Поэтому гораздо раціональнѣе производить разрѣзъ не конусообразный, гдѣ доступъ къ центру его затрудненъ, а простой въ одной плоскости. Затѣмъ непремѣнно слѣдуетъ наложить лигатуры на всѣ перерѣзанные сосуды, вѣтви art. uterinae и art. spermaticae int., просвѣты которыхъ обыкновенно хорошо видны въ перерѣзанныхъ широкихъ связкахъ матки. Подъ конецъ накладываются этажные швы, для чего лучше всего брать кетгутъ, разъ есть возможность достать его стерильнымъ; въ началѣ зашиваютъ крайне тщательно брюшныя поверхности оставшейся части матки, затѣмъ идутъ глубокіе швы, захватывающіе всю толщу маточной стѣнки и подъ конецъ болѣе мелкими швами соединяютъ слизистую оболочку. Разъ есть полная увѣренность, что сосуды всѣ хорошо перевязаны и швы плотно наложены, то можно снять эластическую лигатуру или предварительные швы; въ противномъ случаѣ слѣдуетъ ихъ оставить еще на нѣсколько дней. Обыкновенно уже по истеченіи нѣсколькихъ сутокъ наступаетъ самопроизвольное вправленіе шейки матки, какъ это наблюдалось въ случаѣ *Сутугина*, *Поюровскаго* и нашемъ. Шейка постепенно съуживается и въ концѣ концовъ формируется довольно порядочная полость шейки матки, которая въ нашемъ случаѣ достигла глубины 3 сан. (См. рис.).

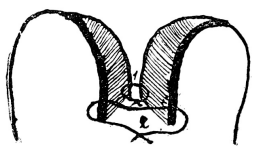
Обыкновенно послѣ операціи боли и кровотеченія прекращаются, такъ какъ главная часть матки удалена, слизистая же оболочка остающейся шейки матки вслѣдствіе улучшившихся условій питанія и кровообращенія принимаетъ болѣе или менѣе нормальный видъ. Въ нашемъ случаѣ мнѣ больная письменно сообщила, что она 2 мѣсяца послѣ операціи имѣла, по ея мнѣнію, нормальныя регулы. Понятно, что о настоящей менструаціи не можетъ быть и рѣчи, но очень можетъ

Фиг. I.



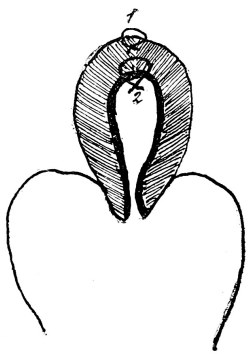
Фиг. I. Схематическій рисунокъ инвертированной матки. Толстымъ штрихомъ обозначена слизистая оболочка матки, тонкимъ—ея брюшная поверхность. 1. Мѣсто наложенія эластической или шелковыхъ лигатуръ. 2. Мѣсто разрѣза стѣнокъ матки.

Фиг. II.



Фиг. II. Шейка матки послѣ ампутаціи тѣла ея. Брюшинный край разрѣза матки сильнѣе сократился. 1. Шовъ, наложенный на брюшину, покрывающую матку. 2. Глубокій шовъ, соединяющій остальные слои матки.

Фиг. III.



Фиг. III. Шейка матки послѣ самопроизвольнаго вправленія ея въ брюшную полость. № 1 и 2 какъ на фиг. III.

быть, что особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вмѣстѣ съ шейкою остается еще нижній отрѣзокъ матки, наступятъ періодическія не большія кровотеченія, такъ какъ дѣятельность яичниковъ обыкновенно не нарушается. *Winkel* даже высказалъ опасеніе, какъ бы не наступила беременность, разъ яичники не удаляются. Я думая, что это опасеніе чисто теоретическаго свойства, такъ какъ полость брошины крайне плотно отдѣлена отъ полости шейки матки. Если же даже удастся яйцу проникнуть въ полость шейки и оплодотвориться, то оно едва ли будетъ въ состояніи укрѣпиться здѣсь и развиться въ нормальную беременность.

Единственный недостатокъ выше описаннаго способа ампутаціи вывернутой матки состоитъ въ томъ, что мы при немъ можемъ поранить тѣ посторонніе органы, которые случайно находятся въ воронкѣ, образованной инвертированной маткою, что къ счастью встрѣчается крайне рѣдко. Этого можно избѣгнуть, если, прежде чѣмъ произвести ампутацію матки, испробовать способъ кроваваго вправленія, предложенный *Küstner*'омъ [34]). Этотъ способъ довольно простъ и несомнѣнно даетъ во многихъ случаяхъ благопріятный результатъ, гдѣ кольпейринтеръ не привелъ къ цѣли. Вслѣдствіе этого въ настоящее время едва ли кто нибудь, зная способъ *Küstner*'а, рѣшится сдѣлать ампутацію матки, не испробовавъ его предварительно.

Способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ: послѣ низведенія всей вывернутой матки производится широкій поперечный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ на мѣстѣ перехода его въ заднюю губу матки, причемъ вскрывается заднее дугласово пространство. Пальцемъ, введеннымъ въ брюшную полость, ощупывается вся воронка; если брюшинныя поверхности склеены, онѣ разъединяются тупымъ путемъ; кишечныя петли, которыя иногда приращены къ воронкѣ, освобождаются, сама же воронка постепеннымъ введеніемъ двухъ трехъ пальцевъ расширяется ad maximum. Не рѣдко уже послѣ этихъ манипуляцій удается вправить матку. Въ противномъ же случаѣ *Küstner* совѣтуетъ сдѣлать разрѣзъ вдоль задней стѣнки вывер-

[34]) *Otto Küstner.*—Methode konservirender Behandlung der inveterirten Inversio uteri puerperalis. Centralbl. f. Gynaec. 1893, № 41.

нутой матки по срединной линіи приблизительно въ области внутренняго зѣва. Въ его собственномъ случаѣ послѣ небольшаго подобнаго разрѣза, длиною всего въ 2 сантиметра, вправленіе удалось замѣчательно легко (spielend leicht), не смотря на то, что многократныя попытки ручнаго вправленія и двухмѣсячный кольпейризъ не дали никакихъ результатовъ. Послѣ этого вправленная матка сильно ретрофлектируется и продольная рана ея задней стѣнки зашивается черезъ расширенную рану въ заднемъ сводѣ. Подъ конецъ наглухо зашивается послѣдняя рана.

Просматривая литературу за послѣдніе 3 года, я къ своему крайнему удивленію нашелъ всего 3 случая, гдѣ способъ *Küstner*'а былъ испробованъ. Это пожалуй объясняется рѣдкостью вообще выворотовъ матки, а отчасти тѣмъ, что кольпейринтеръ, благодаря хорошимъ результатамъ, добытымъ имъ въ послѣднее время, вытѣснилъ всѣ остальные способы вправленія матки. 2 случая описаны *Josephson*'омъ [35]) и одинъ *Netzel*'емъ [36]) Въ обоихъ первыхъ случаяхъ способъ *Küstner*'а не привелъ къ цѣли, не смотря на то, что авторъ не ограничился короткимъ продольнымъ разрѣзомъ, а расщепилъ даже всю шейку матки. Въ одномъ изъ его случаевъ выворотъ существовалъ всего $3^1/_2$ мѣсяца, во второмъ же 17 лѣтъ. Послѣ ампутаціи матки обѣ больныя быстро поправились. Въ случаѣ *Netzel*'я, гдѣ выворотъ существовалъ 6 мѣсяцевъ и больная не переносила кольпейринтера вслѣдствіе вызывавшейся имъ лихорадки, вправленіе по *Küstner*'у произошло весьма легко. Понятно, что на основаніи такого незначительнаго числа случаевъ мы не имѣемъ никакого права дѣлать выводы на счетъ достоинствъ или недостатковъ способа *Küstner*'а.

Въ моемъ случаѣ я приступилъ къ оперативному пособію, испробовавъ кольпейризъ въ теченіе трехъ недѣль безъ всякаго результата. Я долженъ сознаться, что не зная статьи *Küstner*'а, я кольпейринтеръ примѣнялъ бы съ большей настойчивостью и болѣе продолжительное время. Прочитавъ же ее, я воображалъ, что вправленіе произойдетъ сравнительно

[35]) *Josephson.*—(Stockholm). Hygiea 1896, № 7, Ref. Centralbl. f. Gynaec. 1897, № 19.

[36]) *Netzel.*—Hygiea 1896. Ref. Centrbl. f. Gynaecol. 1897, № 1.

легко, и не считалъ себя въ правѣ дольше мучить больную, въ особенности въ виду того, что кольпейринтеръ почти всякій разъ вызывалъ у больной довольно сильное кровотеченіе. При операціи однако оказалось, что я ошибся; вправленіе не удавалось, не смотря на то, что была расщеплена по срединной линіи вся задняя губа шейки матки. Лишь только послѣ того, какъ была примѣнена значительная физическая сила послѣ довольно продолжительныхъ попытокъ наконецъ удалось вправить матку, причемъ однако получился обширный разрывъ всей задней поверхности матки. Сохранить вправленную матку при такихъ условіяхъ было немыслимо, и пришлось произвести ампутацію ея.

Въ нашемъ случаѣ еще пожалуй можно бы было сохранить матку, если-бы при разсѣченіи задней стѣнки ея не ограничиться только ея нижнею частью, а при невозможности вправленія продолжить разрѣзъ почти до самаго дна матки. Послѣ улавшагося такимъ образомъ вправленія всегда можно бы было, сильно ретрофлектируя матку, тщательно соединить края раны рядомъ швовъ, такъ какъ при этомъ имѣлось бы дѣло съ совершенно ровными рѣзанными краями. А что матка, разрѣзанная по срединной линіи, можетъ хорошо срости, мы отлично знаемъ изъ тѣхъ случаевъ, гдѣ съ цѣлью удаленія міомъ изъ полости матки производилось срединное сѣченіе ея передней стѣнки по способу *Doyen*'а.

Теперь только спрашивается, насколько слѣдуетъ дорожить подобной маткою, находившейся нѣсколько лѣтъ въ вывернутомъ состояніи, т. е. способна-ли въ подобной маткѣ развиться нормальная беременность. Изъ литературы мнѣ удалось на счетъ этого найти только весьма скудныя указанія. Такъ *A. Martin* приводитъ одинъ случай, гдѣ послѣ вправленія свѣжаго трехнедѣльнаго выворота наступила нормальная беременность. Кромѣ того *Emmet* [37]) описываетъ случай, гдѣ больная, у которой онъ вправилъ давно существовавшій выворотъ, забеременѣла; къ сожалѣнію онъ не указываетъ, сколько времени существовалъ выворотъ. Въ случаѣ, описанномъ мною выше, слизистая оболочка вывернутой матки была

[37]) Americ. Journal. of. medic. sciences 1866.

очень сильно измѣнена и представляла рѣзкіе признаки атрофіи: эпителій исчезъ безслѣдно, а соединительнотканный остовъ слизистой оболочки превратился въ грануляціонную ткань. Трудно себѣ представить, что при такихъ условіяхъ матка можетъ еще правильно функціонировать.

Подъ конецъ я бы хотѣлъ указать на то, что *Martin* и *Hofmeier* совѣтуетъ не ограничиваться ампутаціею вывернутаго тѣла матки, а произвести полное вылущеніе матки по типичному способу. Оба автора основываются на чисто теоретическихъ разсужденіяхъ, такъ какъ ни тотъ ни другой этой операціи въ дѣйствительности не производили.

По ихъ мнѣнію ампутація вывернутой матки не удовлетворяетъ строго хирургическимъ требованіямъ, такъ какъ при ней никогда нельзя добиться полной и вѣрной остановки кровотеченія. Тутъ же я долженъ замѣтить, что это мнѣніе было ими высказано 8 и 10 лѣтъ тому назадъ, когда еще не производилась ампутація въ томъ усовершенствованномъ видѣ, какъ это описано выше. Полное удаленіе матки представляетъ несомнѣнно болѣе опасную операцію, такъ какъ при ней приходится широко вскрыть брюшную полость и вообще наносятся болѣе обширныя поранения; потеря крови при ней всегда бываетъ значительнѣе, что особенно надо принять въ разсчетъ въ виду того, что операція обыкновенно предпринимается у очень обезкровленныхъ больныхъ. Послѣ полной экстирпаціи матки нерѣдко наблюдаются прирощенія кишечныхъ петель къ рубцу влагалищныхъ сводовъ, что вредно вліяетъ на отправленія кишечника и даже можетъ вести къ перекручиванію и закрытію просвѣта кишки съ развитіемъ ileus'a. *Сутугинъ* считаетъ возможнымъ вслѣдствіе нѣжности сращеній, отдѣляющихъ полость брюшины отъ полости влагалища, проникновеніе мужскаго сѣмени въ брюшную полость. На сколько мнѣ извѣстно полное удаленіе матки ради выворота ея ни разу не было произведено. По моему мнѣнію эта операція при такихъ условіяхъ довольно затруднительна, въ особенности вслѣдствіе того, что мочевой пузырь очень тѣсно связанъ съ шейкою матки и нерѣдко своею задненижней стѣнкою втягивается въ воронку, образованную вывернутой маткою, такъ что при вскрытіи передняго Дугласова пространства очень

легко можетъ быть пораненъ. Вслѣдствіе всего этого удаленіе всей матки ради выворота ея едва ли можно считать раціональнымъ.

Резюмируя въ краткихъ словахъ все выше сказанное, я еще разъ хочу обратить вниманіе на то, что при послѣродовыхъ выворотахъ матки, не поддающихся легко ручному вправленію, первое мѣсто должно принадлежатъ кольпейринтеру въ его обыкновенной формѣ или видоизмѣненной по указаніямъ *Runge, Barsony.* Примѣненіе колѣнолоктеваго положенія при этомъ заслуживаетъ полнаго вниманія. При примѣненіи кольпейринтера надо вооружиться терпѣніемъ и не прекращать его раньше 3—4 недѣли, а если больная его хорошо переноситъ, даже дольше. Если кольпейринтеръ не приводитъ къ цѣли, или почему либо противопоказанъ, слѣдуетъ непремѣнно попробовать способъ *Küstner*'а, причемъ длиною срединнаго разрѣза задней стѣнки матки можно не стѣсняться. Если всѣми этими способами не удается вправить матки, остается какъ ultimum refugium ампутація матки. Послѣднюю всегда слѣдуетъ производить рѣжущими инструментами, причемъ особое вниманіе надо обращать на перевязку всѣхъ сосудовъ широкихъ связокъ и на тщательное наложеніе швовъ на брюшинную поверхность матки.

V.

Къ вопросу объ удаленіи придатковъ матки чрезъ влагалище *).

В. И. Шелоумова.

(Изъ Гинекологической клиники проф. *Дм. О. Отта* при Императорскомъ Клиническомъ Институтѣ и Гинекологическаго отдѣленія Императорскаго Повивальнаго Института).

(Окончаніе).

Съ 27-го сентября 1895 года въ Гинекологическомъ Отдѣленіи Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института и въ Клиникѣ Императорскаго Клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны проф. *Оттомъ* colpo-coeliotomia была сдѣлана 20 разъ, изъ которыхъ 8 находились въ первомъ учрежденіи и 12 во второмъ.

Я описываю эти случаи съ должною подробностью и дѣлаю значительное сокращеніе только въ описаніи послѣоперацiоннаго теченія, гдѣ я счелъ нужнымъ отмѣтить лишь главные моменты—время снятія швовъ, осложненія при заживленіи и температурныя повышенія.

Послѣдніе 8 случаевъ, гдѣ операція была сдѣлана послѣ 1-го января 1897 года, мнѣ разрѣшено было подробно наблюдать, а также не исключалась и моя ассистенція во время операціи, какъ слушателя курсовъ проф. *Отта* въ названныхъ учрежденіяхъ. Всѣ исторіи болѣзней расположены въ ниже

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Сентябрь 1897 г. стр. 944 и за Октябрь стр. 1171.

слѣдующей таблицѣ, въ хронологическомъ порядкѣ, какъ онѣ значатся въ пріемномъ журналѣ.

И такъ, въ теченіе 2 послѣднихъ лѣтъ въ клиникѣ профес. *Отта* и гинекологическомъ отдѣленіи Императорскаго Повивальнаго Института удаленіе придатковъ чрезъ влагалище было произведено въ 20 случаяхъ—въ 2-хъ изъ нихъ—чрезъ разрѣзъ передняго свода, а въ остальныхъ 18—per colpotomiam posteriorem. Изъ 20 женщинъ, перенесшихъ эту операцію, 14 были рожавшія, 5 нерожавшія и 1 имѣла выкидышъ на 3-мъ мѣсяцѣ; одна изъ нерожавшихъ была кромѣ того дѣвица и узкость дѣвственнаго влагалища у послѣдней при наличности другихъ осложненій составляла нѣкоторое препятствіе для производства операціи. Главное же затрудненіе здѣсь состояло въ томъ, что матка была увеличена, фиброзно-перерождена и спаяна сращеніями съ сальникомъ, кишками и стѣнками кисты. Окончить операцію удалось только послѣ экстирпаціи матки, которая удалась также не безъ труда,—этимъ былъ созданъ бо̀льшій доступъ къ пораженнымъ частямъ и легче было справиться съ плотными распространенными сращеніями (№ 1); тѣмъ не менѣе пришлось ограничиться частичной резекціей мѣшка, остатокъ его вшитъ во влагалищную рану и полость тампонировать.

Правостороннее удаленіе придатковъ было произведено въ 11 случаяхъ съ вышеупомянутымъ (№№ 1, 2, 4, 5, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19); лѣвостороннее—8 разъ (№№ 3, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 20) и въ одномъ случаѣ придатки удалены съ обѣихъ сторонъ (№ 6).

Кромѣ упомянутаго (№ 1) въ остальныхъ 10 случаяхъ правосторонняго заболѣванія придатковъ наблюдались слѣдующія осложненія, которыя потребовали дополнительныхъ манипуляцій. Именно, въ одномъ случаѣ (№ 18) былъ найденъ hydrosalpinx другой стороны, гдѣ труба была удалена, а яичникъ возможно было оставить, при этомъ потребовалось предварительное отдѣленіе придатковъ отъ окружавшихъ ихъ периметритическихъ сращеній, которыя также наблюдались въ (№№ 2, 4, 5, 10, 11, 12, 19); болѣе значительными сравнительно съ другими представлялись сращенія въ № 10 и 12, а въ особенности въ № 19, гдѣ вылущеніе мѣшка оказалось

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
99	1	Лукерья Ш—а, 45 л., православнаго вѣроиспов.; няня; Петерб. (изъ Акурской области). Незамужняя.	3/II 1896 г.	Незамужняя; появленіе кровей на 15-мъ году чрезъ 28—27 дней, по 4—5 дней, средняя, безъ боли. Больная около 2-хъ лѣтъ жалуется на боли въ животѣ, поясницѣ и опухоль въ животѣ. Около 2-хъ лѣтъ назадъ впервые замѣтила у себя внизу живота надъ лобкомъ опухоль, величиною *въ кулакъ*; съ этого времени больная стала страдать болями внизу живота, въ поясницѣ. Опухоль значительно выросла за два года. Разъ была задержка кровей въ теченіи мѣсяца ($1^1/_2$ года назадъ). Пришедшія послѣ этого крови протекли правильно. Отъ болей ни разу не лежала въ постели.	Больная средняго роста и сложенія. Подкожно-жирный слой развитъ слабо. Легкіе и сердце здоровы. Моча ненормальныхъ примѣсей не содержитъ. Въ полости живота находится опухоль, величиною въ 7-ми *мѣсячную беременную матку*. Опухоль яйцевидной формы, имѣетъ гладкую поверхность и небольшой выступъ сверху и сзади опухоли. Опухоль выходитъ изъ малаго таза, подвижна по всѣмъ направленіямъ и почти безболѣзненна. При внутреннемъ изслѣдованіи нижній сегментъ едва достигается пальцемъ. Верхній отдѣлъ шейки идетъ влѣво и назадъ и какъ бы переходитъ въ опухоль. Тѣло матки отдѣльно отъ опухоли не прощупывается. Зондъ проникаетъ на глубину только 9—8 ctm.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣоперационное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii dextri.	13/II. Подъ хлороформн. наркозомъ послѣ тщательной дезинфекціи сдѣланъ проколъ по средней линіи живота и получена жидкость шеколаднаго цвѣта. Приступлено къ удаленію опухоли чрезъ разрѣзъ вл. въ переднемъ сводѣ. При отсепаровкѣ пузыря оказалось, что въ толщѣ передней стѣнки матки находится два фиброзныхъ узла величиною въ лѣсной орѣхъ каждый. Въ виду такой находки, а главное въ виду высокаго положенія опухоли и тѣсноты влагалища, рѣшено было экстирпировать матку и создать такимъ образомъ хорошій доступъ къ кистовидному образованію. При производствѣ экстирпаціи оказалось, что матка совершенно спаяна съ опухолью и прилежащими петлями кишекъ; заднее Д. пространство совершенно облитерировано. Экстирпація съ трудомъ окончена. При попыткѣ удалить мѣшокъ кисты, оказалось, что онъ сращенъ плотными, плоскостными сращеніями съ петлями кишекъ и петли кишекъ сращены между собою. Въ виду такихъ сращеній и невозможности удалить мѣшокъ, полость послѣдняго затампонирована. Лѣвые придатки оказались здоровыми. Операторъ вынесъ убѣжденіе, что поранена петля тонкой кишки, попавшей въ щипцы при выведеніи опухоли.	Пораненной оказалась петля тонкой кишки; фистула. t^0 была повышена до 5 марта; наивысшая t^0 была $39{,}1^0$. Лѣченіе состояло въ промываніи и тампонаціи полости. Осталась небольшая фистула.	2/v 96 г. Съ небольшимъ свищемъ.	9/IX 96 г. подъ № 487 поступила снова. 25/X. Послѣ освѣженія тканей вокругъ свищевого отверстія наложены погружные швы, рядъ глубокихъ подъ все ложе и поверхностные. 3/XI. Сняты швы. Prima intentio. 11/XI. Была совершенно здорова.

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
130	2	Александра Б—ская, 20 л., Православная изъ Риги. Замужняя.	9/III 1896 г.	Крови на 16-мъ году чрезъ 28 дней по 3—4 дня, сильно, съ болью, до замужества и послѣ него. Жалуется на боли внизу живота справа, боль въ поясницѣ, обильныя крови, запоры. Запорами стала страдать около 3-хъ лѣтъ, которые развились, по видимому, безъ всякой причины. Раньше обращалась къ врачу на Кавказѣ 1 годъ назадъ за совѣтомъ; онъ опредѣлилъ въ маломъ тазу опухоль и установилъ такимъ образомъ очевидную причину запоровъ. Въ теченіе послѣднихъ 3-хъ мѣсяцевъ появились боли внизу живота справа и въ поясницѣ.	Больная средняго роста, слабаго сложенія; подкожный жиръ плохо развитъ. Легкіе и сердце здоровы. Въ полости живота при наружномъ изслѣдованіи ничего патологическаго не обнаруживается. При изслѣдованіи чрезъ влагалище оказывается, что правый сводъ растянутъ шарообразной, эластической опухолью, выбющеюся, величиною *немного больше кулака*. Матка смѣщена немного влѣво и впередъ, нормальной конфигураціи и величины. Опухоль немного подвижна, но не выходитъ изъ полости малаго таза. Тѣсно соединена съ правымъ ребромъ матки.
146	3	Генріета Н—ръ, 27 л., Іудейскаго вѣроисповѣд. Петербургъ (мѣсто рожд. Бобруйскъ). Замужняя.		Появленіе кровей на 15-мъ году чрезъ 28—30 дней, по 5 дней, безъ боли; послѣ замужества чрезъ 3—4—6 недѣль по 5—6 дней. Родила одинъ разъ благополучно. Больна около 4-хъ лѣтъ; жалуется на боли въ животѣ. Вскорѣ послѣ замужества послѣ быстрой ѣзды въ экипажѣ у больной появились острыя боли внизу живота, приглашенный врачъ нашелъ опухоль и констатировалъ беременность. Опухоль величиною въ грецкій орѣхъ. Беременность сопровождалась болями. Роды и послѣродовой періодъ протекли правильно. Затѣмъ больная начала страдать болями внизу живота, въ поясницѣ и затрудненіемъ при мочеиспусканіи.	Больная ниже средняго роста; питаніе умѣренное. Въ полости живота, надъ лономъ прощупывается опухоль слегка эластическая, величиною *въ голову новорожденнаго ребенка*; опухоль вся лежитъ въ большомъ тазу, подвижна, немного болѣзненна. Матка не увеличена, въ нормальной anteflexio-versio, подвижна и безболѣзненна. Правый яичникъ лежитъ на нормальномъ мѣстѣ; почти неизмѣненъ.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystis dermoidalis ovarii dextri.	15/III. Подъ хлороф. наркозомъ, послѣ тщательной дезинфекціи половыхъ органовъ и сосѣднихъ съ ними частей, сдѣланъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ; опухоль фиксирована чрезъ рану. Мѣшокъ захваченъ пулевыми щипцами, отдѣленъ отъ сращеній и выведенъ чрезъ рану. Ножка ея, состоящая изъ lig. infundibulo-pelvic., lig. ovarii, трубы и mesosalpinx'a, перевязана въ два пучка и кромѣ того наложена общая лигатура. Лѣвый яичникъ оказался здоровымъ. Сводъ зашитъ наглухо узловатыми швами.	25/III. Швы сняты съ задняго свода; въ правомъ углѣ швы глубоко врѣзались и образовалось поверхностное мортифицированіе тканей. Теченіе безлихорадочное.	5/IV 96 г. Здоровой.	
Cystoma dermoidalis ovarii sinistri.	9/IV. Чрезъ разрѣзъ задняго свода вскрыта брюшная полость; опухоль фиксирована руками помощника, вставилась въ разрѣзъ и была проколота; мѣшокъ извлеченъ; на lig. infundibulo-pelvic. наложены двѣ лигатуры (перевязана въ два пучка) и наложена одна лигатура en masse. Сводъ зашитъ наглухо. Въ кистѣ кромѣ жировой эмульсіи оказались волосы и кость, напоминающая черепную съ 5-ю зубами.	17/IV. Сняты швы. Prima intentio. Теченіе безлихорадочное.	25/IV 96 г. Здоровой.	

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи. больной.
537	4	Изабелла Р—къ, 27 л., Католич. вѣроисповѣд. изъ Витебской губ. Вдова 4 года.	27/xi 1896 г.	Появленіе кровей на 15-мъ году чрезъ 4 нед. по 3—4 дня, сильно, съ болью. Больна въ теченіи 2-хъ лѣтъ; жалуется на боли внизу живота, въ поясницѣ, на боль подъ ложечкой. Родила срочно одинъ разъ, благополучно. Встала на второй день послѣ родовъ; была слаба двѣ недѣли спустя послѣ родовъ, простудилась: спустя 4 недѣли послѣ родовъ танцовала, послѣ чего появились боли внизу живота, въ правомъ паху, гдѣ образовалась плотная, болѣзненная опухоль; появилось кровоотдѣленіе; больная пролежала 4 дня въ постели. Послѣ этого болѣзненное ощущеніе уменьшилось, а потомъ стало появляться по временамъ, особенно при ходьбѣ.	Костная и мышечная система умѣренно развиты, подкожно жировой клѣтчатки мало. При выслушиваніи легкихъ замѣчается ослабленіе дыханія, хриповъ нѣтъ; тоны сердца слабоваты и не совсѣмъ чисты. При ощупываніи живота ничего ненормальнаго не опредѣляется. Въ лѣвомъ сводѣ небольшое разлитое напряженіе; лѣвый яичникъ почти нормальной величины, но подвижность его ограничена. Въ правомъ сводѣ и сзади прощупывается увеличенный правый яичникъ; онъ достигаетъ величины *куринаго яйца*; яичникъ подвиженъ и при движеніяхъ болѣзненъ. Матка не увеличена, нормальной плотности.
551	5	Василиса Дв—а, жена мѣщанина, 48 л., Старообрядка изъ Саратова.	18/xii 1896 г.	Родила 4 раза, выкинула 3 раза; послѣдніе роды 8 л. назадъ. При послѣдней беременности страдала сильными отеками ногъ и половыхъ частей; во время послѣродового періода теряла кровь въ теченіи 6-ти недѣль; кормила. Крови на 13-мъ году чрезъ 28 дней по 6—7 дней, сильно. Больна около 1½ лѣтъ. Жалуется на	Больная средняго роста и тѣлосложенія. Подкожно-жирный слой развитъ достаточно. Со стороны легкихъ и сердца замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не замѣчается, хотя, по заявленію больной, въ мокротѣ изрѣдка показывалась кровь. Въ нижней части живота слѣва прощупывается разлитое, плохо контурируемое напряже-

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii dextri incipiens.	Назначенъ массажъ; ванны; спринцованіе. 14/XII. Опухоль яичника стала совсѣмъ подвижной. 17/XII. Подъ хлороф. произведено выскабливаніе слиз. оболочки матки и смазываніе полости ея. Затѣмъ поперечнымъ разрѣзомъ вскрытъ задній сводъ; въ Дугл. пространствѣ оказалось много перитонитическихъ тяжей, тяжи и перемычки покрывали почти всю заднюю поверхность матки и распространялись въ обѣ стороны на область верхнихъ отдѣловъ широкихъ связокъ, особенно лѣвой. Кистовидное образованіе оказалось принадлежащимъ правой широкой связкѣ и выходитъ, повидимому, изъ parovarium'a. Правый яичникъ оказался мало измѣненнымъ (нѣсколько небольшихъ ретенціонныхъ кистъ). По наложеніи двойной лигатуры киста удалена. Маленькія кистовидныя образованія *пр. яичника пунктированы и яичникъ оставленъ. Всѣ периметр. сращенія и тяжи нарушены* тупымъ способомъ. *Лѣвый яичникъ оказался здоровымъ и, послѣ нарушенія сращеній, подвижнымъ.* Сводъ зашитъ обыкнов. узловатыми швами.	24/XII. Сняты швы съ задняго свода. У лѣваго угла раны есть реактивный инфильтратъ и края раны плохо срослись. На остальномъ протяженіи prima intentio. 22/I 97. Правый яичникъ немного увеличенъ. Матка въ ретроверсіи и немного притянута влѣво; подвижность ея ограничена. Теченіе безлихорадочное.	23/I 97 г.	1 и 2/I. Наблюдались повышенія t^0 и одновременно сухой плейритъ. Продолжительное пребываніе въ клиникѣ послѣ операціи обусловливалось случайн. заболѣваніемъ — плейритъ, парэстезіи въ правой ногѣ. Движеніе вполнѣ возстановилось къ выпискѣ ея.
Cystoma ovarii dextri intraligam.	14/I 97. Предварительное выскабливаніе слиз. оболочки матки; слиз. об. въ значительной степени гиперплязіи; впрыснута Tr. jodi. Затѣмъ, послойнымъ разрѣзомъ вскрытъ задній сводъ. Сегментъ кисты, видимый простымъ глазомъ, при обнаженіи ложками захваченъ щипцами и вскрытъ скальпелемъ. При постепенномъ опорожненіи стѣнки кисты медленно потягивались наружу и при потягиваніи было замѣчено, что	25/I. Сняты швы, фиксировавшіе стѣнки кисты въ заднемъ сводѣ. 1/III. Ранка въ сводѣ еще не закрылась; зондъ проникаетъ въ кисту на 1 ctm. Троекратное повышеніе t^0. 15/II утромъ и вечеромъ до 38^0. 16 вечеромъ до $37{,}9^0$.	3/III	30/I. Удалены 3 геморроид. шишки. 2/II. Повышеніе t^0 не въ связи съ операціей.

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
				менорragіи, бѣли и грязныя выдѣленія. Общая слабость, головокруженіе, запоры. Со времени послѣднихъ родовъ стала страдать менорragіями, которыя значительно ослабили ее. Кромѣ того больная давно страдаетъ запорами и катарральными явленіями желудочно-кишечнаго канала. Больная 4 раза ѣздила на Кавказъ лѣчиться минеральными водами. Кровопотери теперь перешли въ постоянныя и больная въ теченіе мѣсяца была чистой не болѣе недѣли.	ніе *съ выступомъ, напоминающимъ увеличенную раза въ 2 матку.* Матка лежитъ очень высоко, шейка у верхняго края лоннаго соединенія и вся матка оттѣснена влѣво и впередъ. Тѣло матки увеличено раза въ 2 противъ нормы, на немъ не прощупывается никакихъ выступовъ. Лѣвый сводъ узокъ, сжатъ; правый растянутъ; въ такомъ же отношеніи находятся передній и задній своды. Въ правомъ сводѣ прощупывается разлитое напряженіе и плотность безъ рѣзкихъ контуровъ и сзади опредѣляется участокъ съ небольшимъ глубокимъ зыбленіемъ. Полость матки=12 ctm.
560	6	Екатерина З—о, жена почетнаго миров. суд., 60 л., Правосл. изъ Смоленской губ.	11/I 1897 г.	Не беременѣла, первое появленіе регулъ на 15-мъ году, чрезъ 27—28 дн. по 6—7 дн., сильно, безъ боли. 10 л. climacteris. Больна около 3—4 л. Жалуется на кашель, запоры, отсутствіе аппетита, слабость и опухоль въ животѣ. Около 4-хъ лѣтъ назадъ больная перенесла инфлюэнцу, осложнившуюся воспаленіемъ легкихъ и катарромъ средняго уха. Лѣчилась въ Москвѣ и тамъ же опредѣлена была опухоль въ животѣ; прободеніе обѣихъ барабанныхъ перепонокъ. Запорами стала страдать въ теченіе послѣдняго года. Опухоль значительно выросла за послѣднее время.	Больная выше средняго роста; костная система и мышцы развиты слабо; подкожно-жирный слой бѣденъ; кашляетъ; при кашлевыхъ толчкахъ не держитъ мочи. Въ верхушкѣ праваго легкаго, подъ ключицей притупленіе перкуторнаго звука, удлиненіе выдыханія съ бронхіальнымъ выдыханіемъ; субкрепитирующіе хрипы въ ограниченномъ количествѣ. Сердце не увеличено, толчокъ сердца не прощупывается; первый тонъ раздвоенъ. Въ полости живота прощупывается мягкая эластическая опухоль, величиною *въ 7-мѣсячн. беременную матку.* Опухоль мало подвижна, безболѣзненна. Нижній сегментъ прощупывается въ

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
	кромѣ опорожненной полости въ ней есть другая, которая была также вскрыта. Стѣнки не удалось извлечь наружу, такъ какъ киста, какъ оказалось, порядочнымъ сегментомъ развилась *межсвязочно*. Вслѣдствіе такого положенія мѣшокъ кисты резецированъ, а оставшаяся часть его пришита въ отверстіе въ сводѣ. Тампонація.			
Cystoma ovarii dextri intraligam.	14/I 97 г. Послойный разрѣзъ задняго свода. Сегментъ кисты вскрытъ труакаромъ и захвачены щипцами Нелятона. Мѣшокъ удалось извлечь вполнѣ наружу. Широкая ножка была перевязана въ два пучка и наложена массовая лигатура; киста удалена.	23/I. Сняты швы, prima intentio до 26/I лихорадила. (7 разъ повышеніе t^0), высшая t^0 38,4°.	3/II 97 г.	
Cystoma ovarii dextri et sinistri.	Лѣвый яичникъ оказался также кистовидно измѣненнымъ до величины небольшого куринаго яйца (удаленъ). Задній сводъ зашитъ.			

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
					заднемъ сводѣ и представляется слабо эластическимъ, зыблящимся. Матка смѣщена къ передней стѣнкѣ. Сегментъ опухоли, лежащей въ тазу, не удалось приподнять даже и на наклонной плоскости.
586	7	Марія С — а, 27 лѣтъ. Замужняя.	11/II 1897 г.	Появленіе регулъ на 13-мъ году чрезъ 3 недѣли по 8—9 дн., слабо, безъ боли, родила 2 раза срочно, послѣдніе роды въ 91 г. Больна 6-ть лѣтъ со времени послѣднихъ родовъ, жалуется на боли внизу живота и поясницѣ. Послѣдніе роды были длительны (4 сутокъ).	Внутренніе органы нормальны; моча нормальна. Матка лежитъ назадъ, и рядомъ съ маткой помѣщается опухоль лѣвыхъ придатковъ, подвижна, величиною *въ кулакъ взрослаго человѣка*. Консистенція опухоли эластическая. Опухоль вставляется нижнимъ сегментомъ въ задній сводъ.
592	8	Вѣра В — а, 28 лѣтъ. Замужняя.	19/II 1897 г.	Появленіе регулъ на 15-мъ году чрезъ 30 дн. по 5—6 дней, въ среднемъ количествѣ; послѣ замужества чрезъ 35 дн. 5—6 дней въ среднемъ количествѣ, съ болью иногда. Родила 3 р. срочно. Во время послѣдней беременности боль внизу живота справа. Послѣ 2-хъ и 3-хъ родовъ лихорадила, особенно послѣ 3-хъ. Больна 4 года; боль въ правой половинѣ живота. Правая нога нѣмѣетъ.	Внутренніе органы здоровы. Матка нормальна, киста величиною *въ дѣтскую голову*, ложится то назадъ, то впередъ отъ матки; легко перемѣщается въ задній сводъ. Нужно предполагать длинную ножку. Прав. придатки здоровы.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii Sinistri.	14/I. Подъ хлороф. abrasio; разрѣзъ задняго свода; разрывеніе ложныхъ перепонокъ, окружающихъ кисту, ручными пріемами. Извлеченіе кисты въ разрѣзъ задняго свода; проколъ и наложеніе двойной лигатуры на ножку кисты, которая состояла изъ трубы и яичниково-маточной связки. Изслѣдованіе правыхъ придатковъ и извлеченіе ихъ въ разрѣзъ свода. Правый яичникъ содержитъ нѣсколько кистъ, которыя вскрыты ножомъ и опорожнены отъ ихъ содержимаго. Молодой возрастъ паціентки заставляетъ оставить и этотъ также пострадавшій яичникъ. Брюшной конецъ правой трубы сращенъ съ яичникомъ периметр. перемычками; отдѣленъ отъ яичника и резецированъ. Разрѣзъ зашитъ.	24/I. Швы сняты, prima int. 8/II. Матка лежитъ нормально. Здорова. Теченіе безлихорадочное.	8/II 97 г.	
Cysta ovarii Sinistri glandularis prolifer.	25/II. Хлороформ. abrosio. Разрѣзъ задняго свода на 1 ctm. отъ шейки. Въ разрѣзъ прежде всего показывается инкапсулированный, перитонитическій экcудатъ, затѣмъ уже стѣнка кисты, которая захватывается пулевыми щипцами и прокалывается; въ разрѣзѣ показывается вторая съ которой поступаютъ также. Вся киста извлекается въ разрѣзъ и ножка перевязывается двойной лигатурой. Осмотръ правыхъ придатковъ, котор. оказываются здоровыми. Разрѣзъ зашивается.	5/III. Швы влагалищные сняты. 7/III. Совершенно здорова. Теченіе безлихорадочное.	17/III

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
1228 1470	9	София М — о, 29 лѣтъ. Замужняя.	27/IX 1895 г.	Появленіе регулъ на 15 году, чрезъ 1 мѣс. по 5—6 дн., умѣренно, болѣзненны. Вышла замужъ на 27 году; родила одинъ разъ 9 мѣсяц. тому назадъ. Въ дѣвицахъ регулы болѣзненны, послѣ родовъ они сдѣлались нормальными. На 4-мъ мѣсяцѣ беременности замѣчена киста яичника, которая постепенно, по немногу, увеличивается. На 2—3 мѣсяцѣ имѣла заболѣваніе почекъ, какъ бы почечная колика. Теперь лишь незначительныя боли въ области правой почки, меньше слѣва и въ поясницѣ. Года 4 имѣла бѣли, иногда зеленоватыя. Боли внизу живота.	Болѣзненность по всему животу; въ сердцѣ и и легкихъ; нѣтъ противопоказаній къ хлороформированію. Матка въ anteversio, слѣва прощупывается опухоль, довольно твердая, съ гладкой поверхностью, справа также прощупывается увеличенный яичникъ.
1309 1551	10	Надежда Фр—о, 37 лѣтъ. Замужняя.	10/XI 1896 г.	Регулы появились на 12-мъ году, чрезъ 3—4 недѣли, по 4 дня. Родила два раза срочно, нормально. Въ сентябрѣ прошлаго года сдѣлалась ломота въ правой ногѣ; это обстоятельство заставило обратиться къ врачу. При гинекологическомъ изслѣдованіи была констатирована киста праваго яичника величиною почти въ кулакъ.	Въ настоящее время изслѣдованіе подтверждаетъ сказанное. Со стороны легкихъ никакихъ уклоненій.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii sinistri.	30/IX—95. Подъ хлороф. наркозомъ киста удалена чрезъ задній сводъ; разрѣзъ около 4 ctm., 3 лигатуры на ножку; швы на задній сводъ.	8/X. Швы удалены съ задняго свода. Prima intentio. Теченіе безлихорадочное.	15/X 95 г.	
Cystoma ovarii dextri.	12/II. Подъ эфирнымъ наркозомъ удалена киста чрезъ разрѣзъ задняго свода. Киста оказалась пароваріальной; были значительныя сращенія, а потому сводъ не былъ зашитъ; потеря крови незначительна.	29/II. При осмотрѣ здорова, грануляціи въ мѣстѣ разрѣза. Теченіе безлихорадочное.	2/III	

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи. больной.
1315 1557	11	Марія Г — а, кр., прислуга, 33 л. Замужняя.	12/II 96 г.	Появленіе регулъ на 16-мъ году чрезъ 3 недѣли по 3 дня всегда. Въ октябрѣ и ноябрѣ кровей не было, въ декабрѣ шли 6-ть дней и повторялись чрезъ недѣлю. Въ послѣдніе 6-ть мѣсяцевъ замѣтила появленіе опухоли внизу живота, а также и появленіе болей въ животѣ.	Больная—истощенный нервный субъектъ; анэмична; средняго роста. Со стороны легкихъ противопоказаній къ хлороформированію нѣтъ. Тоны сердца глуховаты; границы нормальны. При гинекологическомъ изслѣдованіи внизу живота опредѣляется *опухоль, доходящая до пупка* по средней линіи тѣла; нижній сегментъ ея прощупывается со стороны влагалища. Стѣнка ея спаяна съ боками матки очень тѣсно. Сзади нея прощупывается кругловатое, эластическое тѣло, какъ бы яичникъ.
1314 1556	12	Пелагея Кр—а, кр., кухарка, 37 л. Замужняя.	10/II 96 г.	Появленіе регулъ на 18-мъ году, чрезъ 3 недѣли по 3 дня. Годъ замужества 26 л. Родила 1 разъ. Теченіе родовъ правильно. Разрывъ промежности. Мѣсяца два тому назадъ отъ поднятія тяжести заболѣлъ животъ и съ той поры онъ сталъ увеличиваться. Жалуется на боль внизу живота.	При изслѣдованіи органовъ дыханія и кровообращенія противопоказанія къ хлороформированію не найдено. Въ полости живота констатируется опухоль, верхняя граница которой *достигаетъ пупка*, опухоль эластическая, съ жидкостью. Матка опредѣляется слегка увеличенной справа отъ опухоли, въ retroversio. Впереди нея находится опухоль *съ большое яблоко*. Другая опухоль, какъ выше сказано, доходящая до пупка, находится сзади этой небольшой и слѣва отъ матки. Опухоль эластична, съ жидкимъ содержимымъ. Яичниковъ не найдено, почему и было предположено кистовидное перерожденіе обоихъ яичниковъ. Промежность разорвана вся, а также небольшая часть кишки.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma intraligam dextra.	17/II. Подъ эфирнымъ наркозомъ разрѣзъ задняго свода влагалища и вскрытіе Дугласа; наложено три кровоостанавливающихъ шва. Затѣмъ шприцемъ правaца сдѣланъ уколъ опухоли; оттуда показалась жидкость, какъ гной, въ количествѣ нѣсколькихъ стакановъ. Затѣмъ произведенъ разрѣзъ стѣнки кисты, чрезъ который удалено нѣсколько комковъ волосъ и большое количество бѣлой мозговидной массы. Послѣ этого порядочная часть кисты показалась снаружи, въ разрѣзѣ; дальнѣйшее выдѣленіе затруднено сращеніями съ брюшиной на большомъ протяженіи отчасти же и съ кишечникомъ. PS. Сводъ не зашитъ, полость тампонирована іодоф. марлей.	24/II. Удалены тампоны изъ полости Дугласа. 1/III. Въ полость раны вложена каучуковая трубочка. Полость промывается борной водой. 15/III. Состояніе хорошее. Матка опредѣляется среди рубцовыхъ образованій, имѣющихся на мѣстѣ Дугласа. Больная крѣпнетъ. Теченіе безлихорадочное, за исключеніемъ одного раза—19/II до 38°.		
Cystoma ovarii dextri Ruptura perineri.	12/II. Подъ хлороформомъ было произведено изслѣдованіе, причемъ было констатировано присутствіе лѣваго яичника, небольшая киста оказалась лишь отдѣльнымъ образованіемъ большой. Разрѣзъ задняго свода; сдѣлана пункція первой вставившейся опухоли, потомъ вставилась другая камера (свѣтлая жидкость въ обѣихъ); затѣмъ обѣ кисты вышли наружу. Сращенія съ сальникомъ небольшія, отдѣлены ручнымъ путемъ частью же послѣ наложенія лигатуръ ножницами. Рана зашита.	20/II. Удалены всѣ швы съ раны prima intentio. 21/II. *Здорова остается для зашиванія промежности.* 4/III. Зашита промежность. 16/II. t° поднималась до 38°, причемъ нельзя было найдти поводовъ. До этого и послѣ оставалась нормальной.	19/III	

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
1342 1584	13	Глафира Щ—а, 38 лѣтъ. Незамужняя.	19/III 96 г.	Регулы на 12-мъ году чрезъ 3—4 недѣли по 6—7 дней. 3 послѣдніе года стали путаться. Число родовъ 4. Послѣдніе роды 3 года назадъ. Послѣ родовъ болѣла 3 недѣли. Больна 3 года съ родовъ. Боли внизу живота и поясницѣ; menstrua стали путаться особенно послѣдніе два года; они стали затягиваться до 10—14 дней и появлялись чрезъ 10—14 дней; большею частью кровь жидкая, рѣдко сгустками. Года два тому назадъ впервые замѣтила въ животѣ опухоль, которая замѣтно увеличивается; мочеиспусканіе учащено; бѣли. Въ дѣтствѣ былъ параличъ правой половины тѣла.	При наружномъ изслѣдованіи живота и пальпаціи, надъ лобкомъ почти по средней линіи опредѣляется опухоль, эластическая, величиною *въ дѣтскую голову*. Матка въ antenflexio, почти по средней линіи, а опухоль исходитъ изъ лѣвыхъ придатковъ. Изслѣдованіе зондомъ $8^1/_2$ ctm. PS. 21 menstr. и операція отложена. Разорвана промежность.
1375 1617	14	Варвара К—а, мѣщанка 33 л.	5/IX 96 г.	Первое появленіе регулъ на 15-мъ году чрезъ 3 недѣли по 6 дней, съ болями. Выкидышъ 1 разъ (на 3 мѣсяцѣ). Первые роды на 23 году. Боль въ лѣвой сторонѣ живота въ теченіе послѣднихъ 6-ти мѣсяцевъ. Бѣли незначительныя. Въ послѣдній мѣсяцъ мочеиспусканіе болѣзненно и учащено.	Сзади и справа отъ матки неподвижная болѣзненная, эластическая опухоль, *величиною съ апельсинъ*. Со стороны внутреннихъ органовъ уклоненій отъ нормы не замѣчается.
1437 1678	15	Александра И—а, 29 л. Замужняя.	3/XII 96 г.	Регулы на 15-мъ году чрезъ 4 нед. по 7 дней. За послѣдніе же два года чрезъ 3—$1^1/_2$ мѣсяца по 2 и больше недѣли. Годъ замужества 19 лѣтъ. Число родовъ 5-ть. Выкидышъ 1 (2 м.). Первые роды на 20-мъ году, послѣдніе роды 2 года тому назадъ благополучно.	При осмотрѣ наружныхъ частей легкая застойная синева. При внутреннемъ изслѣдованіи матка значительно увеличена. Въ лѣвомъ сводѣ прощупывается слегка зыблющаяся опухоль, не вполнѣ контурированная сверху, величиною съ крымское яблоко.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
Cystoma ovarii sinistri Ruptura perinei.	6/IV. Подъ эфиромъ киста экстирпирована чрезъ разрѣзъ задняго свода; предварительно киста низведена въ полость малаго таза; стѣнка вскрыта; жидкость прозрачна. По спаденіи стѣнокъ, киста выведена во влагалище и удалена, (удаленъ также и лѣвый яичникъ, оказавшійся кистовидно-перерожденнымъ). Промежность зашита.	19/IV. Удалены всѣ швы со стороны промежности и влагалища; prima int. 15/IV. Позволено поворачиваться. 20/IV, Пробуетъ ходить. 27/IV. Правый сводъ свободенъ. Матка въ reclinatio. Теченіе безлихорадочное.	27/IV	
Cystoma ovarii sinistri.	9/IX. Подъ хлороформнымъ наркозомъ произведена экстирпація кистовидно перерожденнаго яичника и трубы чрезъ задній сводъ влагалища. Правые придатки матки нормальны.	17/IX. Сняты всѣ швы съ влагалищ. свода. По мѣстамъ на швахъ незначительное нагноеніе. Теченіе безлихорадочное.	1/X 96 г.	
Cystoma ovarii sinistri incipiens.	7/XII. Подъ наркозомъ пр. *Отт* опредѣлилъ лѣвую трубу на значительномъ протяженіи; небольшого тѣла, которое прощупывалось во время разбора съ курсомъ. не оказалось. Пр. *Отт* высказался съ большою вѣроятностью за кисту лѣваго яичника. И дѣйствительно, послѣ вскрытія Дугл. пространства опухоль была извлечена и оказалась не-	15/XII. Удалены всѣ швы. Prima intentio. Теченіе безлихорадочное.	27/XII	

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
				Приэтомъ боль въ поясницѣ и внизу живота и частые позывы на мочеиспусканіе. Послѣдніе правильные регулы 18-го іюля; до 1-го ноября не было ничего и больная считала себя беременной. 1-го ноября показались крови и продолжались весь ноябрь съ промежутками дня въ 2.	Въ правомъ сводѣ опредѣляются придатки. Діагнозъ колеблется между graviditas tubaria sinist. или кистовидной опухолью лѣвыхъ придатковъ. Тоны сердца глуховаты, благодаря малокровію (по заключенію терапевтовъ).
1440 1690	16	Анна К — ъ, 38 лѣтъ. Замужняя.	12/XII 96 г.	Появленіе регулъ на 15-мъ году чрезъ 3 недѣли, по 3—4 дня. Годъ замужества 28 л. Число родовъ 2, кормила. Послѣдніе роды 8 лѣтъ тому назадъ, правильно. Съ осени настоящаго года стала болѣть спина, тяжесть внизу живота и боли, особенно при ходьбѣ. Регулы около года измѣнили свой характеръ, стали приходить съ меньшими промежутками и продолжительнѣе, до 7 дней, иногда сгустками.	Изслѣдованіе — uterus подвиженъ; въ *reclinatio*, увеличенъ, плотной консистенціи, безболѣзненъ. Спереди матки и сверху опредѣляется опухоль подвижная, которую можно отвести вверхъ отъ матки на 4 поперечныхъ пальца; опухоль на ножкѣ, идущей отъ правой стороны матки; опухоль сферической, немного овальной формы, полутвердой консистенціи, величиною равняется небольшому кулаку; посреди этой опухоли прощупывается какъ бы борозда. Съ лѣвой стороны яичникъ прощупывается, прав. вовсе не прощупывается. Въ связкахъ прощупываются небольшія residua, особенно съ лѣвой стороны.
1463 1704	17	Анна М — а, прислуга, 39 л. Замужняя.	7/I 97 г.	Регулы появились на 15-мъ году, чрезъ 3—4 недѣли по 3—4 дня. Заболѣла 3 мѣсяца назадъ; болѣзнь началась частымъ и болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ, сильными болями внизу живота и поясницѣ. При этомъ была лихорадка и больная пролежала	Въ сердцѣ и легкихъ ничего ненормальнаго. При бимануальномъ изслѣдованіи матка увеличена, плотна, сдвинута влѣво. Въ правомъ сводѣ прощупывается ограниченная опухоль съ жидкимъ содержимымъ, слегка флюктуирующая, съ ограниченной подвижностью.

Названіе болѣзни.	Способъ операцій и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
	большой много-камерной кистой яичника, котор. и была удалена вмѣстѣ съ трубою. Правые придатки здоровы. Задній сводъ зашитъ.			
Cystis dermoidal. ovarii dextri.	16/XII. Подъ хлороформомъ вскрытъ передній сводъ; въ просвѣтъ разрѣза вставилась опухоль, вскрыта разрѣзомъ, послѣ чего удалено содержимое опухоли, состоящее изъ дермоидныхъ массъ (сало, волосы). Послѣ этого киста выведена наружу, опухоль оказалась состоящей изъ двухъ полостей; въ другой полости содержимое тоже. Сращеній не обнаружилось. Ножка перевязана въ 2 лигатуры, поверхъ которой наложена общая. Сводъ зашитъ.	23/XII. Сняты швы; по мѣстамъ нѣк. расхожденіе, въ нѣкоторыхъ швахъ нагноеніе. 26/XII. На передней стѣнкѣ вл. части матки слизистая омертвѣла на значительномъ пространствѣ (прижатіе трезубцемъ). 3/I. Рубецъ на все протяж. раны.	10/I	t^0 26-го до 37,6°; 28 — 38,1°; 31 — 37,9°; 1—38,6°.
Cystoma ovarii dextri.	25/I. Подъ эфирнымъ наркозомъ разрѣзъ чрезъ задній сводъ, въ просвѣтѣ показалась яичниковая киста и вмѣстѣ съ перерожденной трубой опорожнена. Содержимое оказалось свѣтлою жидкостью коллоиднаго характера. Лѣвые придатки, какъ непораженные, сохранены. Киста оказалась многополостной съ папиллярными разра-	3/II. Сняты швы со стороны свода. Prima intentio. 13/II. Здорова. t^0 26—38,0° 27—37,7° 8—38,0°	13/II	

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
				въ постели мѣсяцъ. Запоры. Есть указанія, что въ дѣтствѣ была заражена lues'омъ. Годъ замужества 17 лѣтъ.	Изслѣдованіе крайне болѣзненно и поэтому затруднительно.
1464 1705	18	Домна Н — а, кр., 33 л.	8/I 1897 г.	Первое появленіе регулъ на 16-мъ г. чрезъ 3 недѣли по 3 дня. Годъ замужества 17 лѣтъ, число родовъ 2, не кормила. Послѣдніе роды 11 лѣтъ назадъ; въ послѣродовомъ періодѣ лихорадила. Боль внизу живота и поясницѣ, считаетъ себя больной 3 мѣсяца.	Матка больше и плотнѣе нормальной въ reclinatio и sinstro-positio. Рубецъ въ лѣвой широкой связкѣ справа, въ заднемъ сводѣ прощупывается овальное, мало болѣзненное и мало подвижное тѣло, величиною *въ крымское яблоко*. Правый яичникъ не прощупывается, лѣвый немного увеличенъ. Общее питаніе въ упадкѣ; головныя боли.
1503 1743	19	Меланья Т—а, 32 лѣтъ.	28/II 97 г.	Первые регулы на 14-мъ г. чрезъ 3 недѣли по 3 дня, годъ замужества 28 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота и лѣвомъ паху, частое и болѣзненное мочеиспусканіе. Замѣчаетъ внизу живота и влѣво растущую опухоль. Запоры.	При наружномъ осмотрѣ живота нижняя часть его отъ лона до пупка замѣтно увеличена, обусловливается присутствіемъ особаго тѣла, не вездѣ отчетливо контурируемаго, располагающагося болѣе въ правой сторонѣ живота. *Верхняя граница его—пупокъ*; ясная флюктуація. При внутреннемъ изслѣдованіи—шейка и тѣло матки отодвинуты влѣво и вверхъ, тѣло отдѣляется спереди. Сзади и справа

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
	щеніями на внутренней ея стѣнкѣ. Швы на разрѣзъ.			
Cystis ovarii intraligam dextri. Cystis tubo ovarialis dextra. Hydrosalpinx sinistr.	11/I. Sub operatione оказалось правое образованіе представляетъ трубу и кистовидно перерожденный яичникъ; лѣвая труба также растянута жидкостью; лѣвый яичникъ нормаленъ (утолщенная труба вмѣстѣ съ яичникомъ была принята за увеличенный яичникъ). Подъ эфирнымъ наркозомъ произведена salpingo-oophorectomia dextra et salpingotomia sinistra чрезъ разрѣзъ задняго свода. Правая опухоль освобождена отъ нѣжныхъ перитонитическихъ спаекъ, проколомъ выпущена изъ нея прозрачная, серозная жидкость; спавшійся мѣшокъ извлеченъ наружу; ножка перевязана двойной частичной лигатурой и одной общей. Лѣвая расширенная труба освобождена отъ такихъ же перитонитическихъ спаекъ. Опорожнена проколомъ отъ прозрачной жидкости; mesosalpinx перевязана 2 лигатурами. Труба удалена, яичникъ оставленъ.	18/I. Сняты швы съ задняго свода, prima intentio. 22/I. При изслѣдованіи половыхъ органовъ ничего ненормальнаго не усмотрѣно; инфильтратовъ на мѣстѣ операціи нѣтъ. Теченіе безлихорадочное.	26/I 97 г.	
	8/III. Подъ эфиромъ чрезъ задній Дугласъ вскрыта стѣнка кисты, выпущенная жидкость серозная, слегка клейкая. Полость промыта соленымъ растворомъ и плотно затампонирована марлей.	10/III. Половина тампона изъ кисты удалена. 11. Тампонъ удаленъ весь; полость промыта борнымъ растворомъ и снова затампонирована рыхло марлей. 17. Извлеченъ тампонъ и въ слѣдъ за этимъ вытекло большое количество жидкости. Новый тампонъ.	31/III	Выписалась съ условіемъ приходить чрезъ 2 дня для перевязокъ. 9-го t^0 38,8° 10-го t^0 38,7° потомъ оставалась все время нормальной.

№№ по пріемному журналу.	№№ по порядку.	Имя, званіе, возрастъ и мѣстожительство.	Время поступл.	Краткія свѣдѣнія о состояніи здоровья больной до поступленія въ клинику.	Данныя, добытыя при изслѣдованіи больной.
					отъ матки, тѣсно сливаясь съ нею помѣщается опухоль, неподвижная (интралигаментарно). Легкіе и сердце здоровы.
1507 1747	20	Надежда С-ская 33 лѣтъ. Замужняя.	18/II 97 г.	Первое появленіе регулъ на 13-мъ г. чрезъ 3—4 недѣли по 3—4 дня. Выкидышъ 1 р. на 3-мъ мѣсяцѣ 13 лѣтъ тому назадъ. Была больна тотчасъ послѣ замужества, лѣчилась спринцованіями (квасцы и пр.). Чрезъ 2 года послѣ забеременѣла и выкинула на 3-мъ мѣсяцѣ, долго имѣла сильное кровотеченіе. Три года назадъ сдѣлано было выскабливаніе, послѣ чего состояніе ухудшилось. Чрезъ $^1/_2$ года послѣ выскабливанія снова рѣзко заболѣла съ повышеніемъ t^0 (до $40{,}3^0$) и больная обратилась къ пр. *Рейну*. Два года тому назадъ въ Кіевѣ сдѣлана ампутація colli uteri. Послѣ операціи отъ хлороформа долго продолжалась рвота.	При изслѣдованіи матка не велика, влагалищная часть длинна, зѣвъ рубцево съуженъ, *на 4 пальца выше лобка* прощупывается опухоль эластическая, сегментъ которой ясно прощупывается черезъ лѣвый сводъ; опухоль помѣщается впереди и влѣво отъ матки.

Названіе болѣзни.	Способъ операціи и осложненія.	Послѣопераціонное теченіе.	День выписки.	ПРИМѢЧАНІЕ.
		31. Полость уменьшилась значительно.		
Cystoma ovarii sinistri.	24/III. Подъ эфирнымъ наркозомъ сдѣлано вскрытіе кисты разрѣзомъ чрезъ задній сводъ. Содержимое кисты оказалось гнойнымъ. Послѣ тщательнаго промыванія полости кисты борнымъ растворомъ, она затампонирована іодоформн. марлей. Края сдѣланнаго разрѣза обшиты матрацными швами вмѣстѣ съ краями вл. разрѣза.	Съ 26/II по 20/III тампоны мѣнялись чрезъ 2—5 дней; по временамъ полость промывалась борнымъ растворомъ, къ 20/III очень незначительное выдѣленіе, но въ этотъ день появилось напряженіе въ сводахъ, справа прощупывается, повидимому, кистовидная опухоль. 27/III. Пункціей выпущено гнойн. содержимое; другой уколъ далъ коллоидн. жидкость. 29. Сдѣлана пункція въ 2 мѣстахъ аппаратомъ Potain'a и выпущено около стакана изъ обоихъ полостей. Полость промыта борнымъ растворомъ. 1/IV. Незначительное выдѣленіе изъ дренажа. 11. (Здорова). Выписалась.	11/IV	Многократное повышеніе t^0. До 16 марта однако t^0 оставалась нормальной, наивысшая t^0 39,0^0.

невозможнымъ вслѣдствіе интралигаментарнаго развитія кисты значительнымъ ея сегментомъ и мѣшокъ былъ вшитъ во влагалищный разрѣзъ; по той же причинѣ не удалось извлечь всего мѣшка и въ случаѣ № 5, гдѣ остатокъ мѣшка также вшитъ въ рукавный разрѣзъ.—При всѣхъ операціяхъ, я теперь же замѣчу, соблюдался необходимый консервативизмъ при удаленіи пораженныхъ придатковъ,—такъ, въ случаѣ № 7 правый яичникъ (другой), хотя и представлялъ нѣкоторыя измѣненія, ограничились отдѣленіемъ отъ сращеній и резецировали брюшинный конецъ трубы, который представлялся сращеннымъ съ яичникомъ, оставленъ въ виду молодого возраста паціентки; также поступлено и въ случаѣ № 18.

Что касается теперь лѣвосторонних пораженій придатковъ, то здѣсь сращеній не наблюдалось, которыя бы въ значительной степени затрудняли операцію, или сколько-нибудь замедляли ея производство, за исключеніемъ послѣдняго случая, (№ 20), гдѣ нельзя было удалить мѣшка по случаю интралигаментарнаго развитія кисты и мѣшокъ только вскрытъ и края его вшиты во влагалищную рану.

Такихъ случаевъ, гдѣ не сдѣлано вылущенія мѣшка вслѣдствіе обширныхъ сращеній съ сосѣдними органами, наблюдалось—4, изъ которыхъ въ 2-хъ ограничились частичнымъ удаленіемъ мѣшка, а въ слѣдующихъ 2-хъ—мѣшокъ былъ только разрѣзанъ и вшитъ, какъ сказано, во влагалищную рану. Сводъ всегда зашивался наглухо, за исключеніемъ только что приведенныхъ 4 случаевъ, гдѣ была необходима тампонація полости и въ случаѣ № 10, гдѣ сводъ не былъ зашитъ потому, что пришлось нарушать очень значительныя сращенія; хотя мѣшокъ и удаленъ, но тѣмъ не менѣе, слѣдовательно, осталась большая раневая поверхность.

Величина опухолей была различна; большинство же изъ нихъ относятся къ очень большимъ; именно, въ 2 случаяхъ опухоли равнялись 7-ми мѣсячной беременной маткѣ, а въ 3 случаяхъ границы ихъ доходили по срединной линіи до пупка, въ одномъ случаѣ она заходила на 4 пальца выше лобка; въ 2 случаяхъ размѣры ихъ достигали величины дѣтской головы, а въ остальныхъ—величина опухолей была больше кулака, равнялась кулаку и только немногія были величиною въ яблоко и въ яйцо.

Въ послѣоперацiонномъ теченiи въ 7 случаяхъ наблюдалось многократное повышенiе температуры, въ 2-хъ—однократное, а въ 11 случаяхъ теченiе было безлихорадочное. Никакихъ другихъ осложненiй не наблюдалось. Теченiе было гладкое, поправленiе быстрое, что видно изъ слѣдующихъ цифръ.

Всѣми 20 больными въ клиникѣ проведено послѣ операцiи 531 день, отсюда въ среднемъ на каждую больную приходится 26,55 дня,—время, разумѣется, очень короткое, если принять во вниманiе тяжесть нѣкоторыхъ, указанныхъ выше случаевъ и затрудненiя при операцiи. Нужно добавить, что больныя выписались изъ клиники въ такомъ состоянiи, за исключенiемъ одной (№ 1), что могли сейчасъ же приняться за свои домашнiя работы. Если мы исключимъ 3 случая, именно, № 1, гдѣ лѣченiе затянулось образовавшейся кишечной фистулой и №№ 5 и 20, гдѣ резецированы части мѣшка и поэтому потребовалось много времени на послѣдующую тампонацiю, а въ № 12 примемъ 22 дня вмѣсто 34-хъ до зашиванiя промежности, то мы получимъ число дней 350 на 17 больныхъ, что въ среднемъ составитъ 20,6 дня для больной, т. е. 3-хъ недѣльный срокъ послѣ операцiи до полнаго выздоровленiя. Смертельнаго случая ни одного не было.

Осложненiя.

Къ осложненiямъ salpingoëctomiae vaginalis относится наблюдавшееся иногда кровотеченiе. Еще американскими врачами высказывалось чисто теоретическое предположенiе, что на ножку трудно наложить лигатуру, что она соскальзываетъ и тогда кровоточащiй сосудъ нельзя найти въ ранѣ. *Fehling* [491]) предостерегаетъ читателей отъ увлеченiя операцiей colpotom. anter. и указываетъ на техническую нецѣлесообразность ея, имѣя въ виду главнымъ образомъ осложненiе послѣдующимъ кровотеченiемъ.

Ему въ 2 случаяхъ изъ 7-ми пришлось сдѣлать coeliotomiam. При послѣдней, говоритъ онъ, приходится подтягивать ножку при перевязкѣ къ брюшному разрѣзу, а потомъ, когда

---

[491]) *Fehling*.—„Ueber Ovariotomie von der Vagina aus“.—Centralbl. f. Gyn. 1896, Bd. 20, № 30, S. 779.

она возвратится на свое мѣсто, легко видѣть мѣсто кровотеченія въ случаѣ его появленія, хотя, можетъ быть, и трудно перевязать кровоточащій сосудъ. При влагалищномъ же методѣ натяженіе это особенно велико и при вытягиваніи нѣтъ кровотеченія, а когда культя возвратится на свое мѣсто и уничтожится натяженіе, то въ случаѣ появленія кровотеченія трудно опредѣлить силу и мѣсто послѣдняго. Одною изъ причинъ кровотеченія является соскальзываніе лигатуры, по мнѣнію *Fehling*'а, въ моментъ возвращенія культи въ брюшную полость «чрезъ узкое мѣсто».

Едва ли можно согласиться съ мнѣніемъ *Fehling*'а относительно того, что въ самомъ производствѣ операціи лежитъ, такъ сказать, причина, способствующая соскальзыванію лигатуры и возникновенію послѣдующаго кровотеченія. При соблюденіи строго техническихъ правилъ, которыя выработаны для этого, кровотеченія изъ ножки обыкновенно не получается. «Соскальзываніе лигатуры можетъ имѣть серьезное значеніе, говоритъ *Львовъ* [492]), но не роковое»—притомъ, поспѣшнаго наложенія, некрѣпкаго затягиванія, невѣрной перерѣзки ткани, чрезмѣрнаго потягиванія за лигатуру всегда можно избѣжать. У *Львова* [493]) наблюдалось соскальзываніе лигатуры 1 разъ—помощникомъ нитка была отрѣзана очень близко; достаточно было тампонаціи. Если намъ во время не удается наложить новую лигатуру, то, разумѣется, остается только одинъ путь остановки кровотеченія—это внутрибрюшинная тампонація полосками іодоформенной марли. Такой совѣтъ высказывается многими авторами, но по этому поводу необходимо оговориться, что первой и непремѣнной заботой должно быть отыскиваніе и перевязка кровоточащаго сосуда; положиться на тампонацію въ томъ случаѣ, если соскользнула лигатура съ крупнаго сосуда, рискованно, главнымъ образомъ потому, что въ этомъ случаѣ нельзя достигнуть большого давленія тампонаціей, да и не желательно.

При послѣдовательныхъ кровотеченіяхъ—спустя 2—3 дня послѣ операціи примѣненіе только влагалищной тампонаціи, конечно, уже является вполнѣ надежной мѣрой.

---

[492]) *Львовъ*.—„Врачъ“ 1892 г. № 11, стр. 254—255.
[493]) *Львовъ*.—Ibid.

У *Martin*'а [494]) въ 7 случаяхъ наблюдалось послѣдовательное кровотеченіе. Въ 3 изъ нихъ не потребовалось никакихъ мѣропріятій, въ 3 случаяхъ примѣнена тампонада, а въ 1—на 15 день пришлось снова зашивать влагалищную рану.

Въ 20 случаяхъ, приведенныхъ нами, не наблюдалось кровотеченія и, мнѣ кажется, въ этомъ отношеніи имѣютъ огромное значеніе тѣ предосторожности, съ которыми связано веденіе операціи и вообще тѣ пріемы, которые выработаны для этого профес. *Оттомъ*.

Кровотеченіе можетъ быть во время операціи: 1) изъ краевъ раны и мѣшать операціи; въ данномъ случаѣ является чрезвычайно важнымъ наложеніе матрацныхъ швовъ на края раны; они безусловно обезпечиваютъ гемостазъ и кромѣ того предупреждаютъ отслойку брюшины отъ свода. 2) Изъ сращеній кровотеченіе можетъ быть только незначительное и до сего времени не наблюдалось ни одного случая сильнаго кровотеченія такого происхожденія.

Проф. *Poirier* [495]) своими изслѣдованіями выяснилъ, что большинство ложныхъ воспалительныхъ перепонокъ, соединяющихъ половые органы съ окружающими частями и стѣнками таза, не имѣютъ кровеносныхъ сосудовъ, онѣ состоятъ изъ лимфатической сѣти сосудовъ. Кровотеченіе, слѣдовательно, въ данномъ случаѣ можетъ появиться только при неосторожномъ сдираніи брюшинной оболочки. Такимъ образомъ необходимо, чтобы избѣжать кровотеченія изъ этого источника, сохранять отмѣченную осторожность. 3) Изъ культи кровотеченіе можетъ быть сейчасъ же во время операціи и послѣдовательно.

Этотъ пунктъ составляетъ одинъ изъ серьезныхъ моментовъ операціи и необходимо держаться слѣдующаго правила—по наложеніи двойной лигатуры слѣдуетъ предосторожности ради накладывать и общую, затягивать очень туго и никогда не слѣдуетъ сейчасъ же отрѣзать нить, а переходить къ осмотру слѣдующей стороны и только предъ зашиваніемъ свода обрѣзать, осмотрѣвъ еще разъ культю; рѣзать слѣдуетъ на извѣстномъ разстояніи отъ узла, а также и удаленіе пораженныхъ

[494]) *Wendeler*.—Berlin. klin. Wochenschrift 1896, S. 11.
[495]) *Paul Poirier*.—l. c.

частей слѣдуетъ производить такъ, чтобы культя образовалась достаточная. Перевязку сосуда слѣдуетъ всегда дѣлать, низведя предварительно ножку ad oculos.

Лигатура накладывается легко въ строго показанныхъ для этой операціи случаяхъ. Если опухоль невелика, покрыта сращеніями, то при чревосѣченіи лигатуру наложить труднѣе, такъ какъ при этихъ условіяхъ ножку труднѣе вытянуть вверхъ, чѣмъ внизъ къ влагалищу вслѣдствіе низкаго положенія опухоли въ маломъ тазу. Тампонація же полости во время чревосѣченія составляетъ чрезвычайно непріятное осложненіе въ смыслѣ послѣдующаго заживленія, хотя иногда volens—nolens приходится прибѣгать и къ этой мѣрѣ. Противники влагалищнаго способа говорятъ, что при чревосѣченіи можно увеличить разрѣзъ и тѣмъ дать себѣ просторъ, но величина разрѣза при чревосѣченіи нисколько не облегчаетъ видѣть лучше и наложить лигатуру, когда опухоль въ маломъ тазу и прирощена. Нужно замѣтить, что безнаказанно нельзя увеличивать и разрѣзъ въ брюшныхъ стѣнкахъ, такъ какъ вмѣстѣ съ этимъ растетъ и опасность образованія грыжи lineae albae въ будущемъ.

Кровотеченіе, если бы оно, дѣйствительно, представляло непреодолимыя трудности для остановки, составляло бы важный аргументъ противъ влагалищнаго метода, но какъ мы видимъ, дѣло въ этомъ отношеніи стоитъ не такъ плохо, даже и по сравненію съ чревосѣченіемъ. Слѣдуетъ, само собою разумѣется, соблюдать осторожность при этой операціи въ пуэрперальномъ періодѣ, гдѣ легкая разрываемость и ломкость матки, влагалища и связочнаго аппарата дѣлаютъ остановку кровотеченія въ высшей степени затруднительной, но сказанное, конечно, относится и къ чревосѣченію.

Къ осложненіямъ производства colpot. anter. относится также присутствіе старыхъ и плотныхъ сращеніи въ Дугласовомъ пространствѣ. Именно, при colpot. anter. это осложненіе составляетъ болѣе серьезное значеніе, потому что здѣсь необходимо низводить во влагалище матку, чтобы получить доступъ къ пораженнымъ частямъ и въ этотъ-то моментъ операціи матка, будучи фиксирована сзади, не поддается влеченію пулевыхъ щипцовъ и травматизируется; приходится щипцы

съ одного мѣста переносить на другое, постепенно подвигаясь ко дну матки. Кровотеченіе въ большинствѣ случаевъ не представляетъ ничего серьезнаго и тѣмъ болѣе, что эта раневая поверхность въ заключительномъ актѣ операціи попадаетъ въ шовъ и тогда кровотеченіе и вообще раненіе не оставляетъ послѣдствій. Однако, раненіе можетъ идти только до извѣстной степени и *Martin* въ 4 случаяхъ долженъ былъ удалить совсѣмъ часть пораженнаго дна матки. Въ такихъ случаяхъ, конечно, приходится наложить отдѣльно швы на раневую поверхность.

Затѣмъ при выведеніи матки во влагалище мы можемъ натолкнуться на непреодолимыя сращенія съ сальникомъ, кишками; въ большинствѣ же случаевъ, отдѣляя ихъ осторожно пальцемъ, держась какъ можно ближе къ маткѣ, или ножницами послѣ предварительнаго наложенія лигатуры, удается низвести матку и здѣсь опять кровотеченіе изъ раневой поверхности, будучи паренхиматознымъ, не представляетъ угрожающихъ явленій и скоро останавливается.

Самое серьезное осложненіе встрѣчаемъ въ то время, если Фаллопіевы трубы и ретенціонныя кисты, подлежащія удаленію, спаяны такими плотными сращеніями, что отдѣленіе ихъ представляетъ непреодолимыя препятствія и энергичныя дѣйствія не могутъ обойтись безъ значительнаго риска относительно нарушенія цѣлости органовъ. Если рискъ, дѣйствительно представляется значительнымъ, то *A. Martin* [496]) и проф. *Славянскій* [497]) рекомендуютъ не отдѣлять совсѣмъ сращенія, а перейти къ удаленію всей матки съ послѣдовательнымъ дренажемъ брюшной полости, Дугласова пространства и вскрытыхъ тамъ полостей sactosalpinx'a, особенно если онъ гнойный (salpingoëctomia partialis per hysterectomiam vaginalem). Изъ приведенныхъ нами 20 случаевъ встрѣтился одинъ такой случай, гдѣ обширныя сращенія съ кишками, сальникомъ, кистовымъ мѣшкомъ и съ маткой, къ тому же еще увеличенной, лишили всякой возможности отдѣлить сра-

---

[496]) *Martin.*—„Die colpotomia anterior".—Monatschrift. f. Geb. und. Gyn. 1895, Bd. 2, S, 118.

[497]) Пр. *Славянскій.*—Частная патологія и терапія Женск. болѣз. т. II, стр. 93.

щенія и экстирпировать мѣшокъ. Пришлось ограничиться ovariotomia partiale per. hysterectomiam vaginalem.

Bumm [498]), удаляя большую кисту чрезъ задній сводъ, не могъ захватить кисту послѣ того, какъ сорвались щипцы и произошло поступленіе содержимаго въ брюшную полость, вынужденъ былъ перейти къ чревосѣченію, которое онъ въ такихъ случаяхъ считаетъ вполнѣ показаннымъ.

Döderlein [499]) указываетъ, что ему также неоднократно приходилось удалять матку во время производства colpot. ant. исключительно съ тою цѣлью, чтобы создать себѣ лучшій доступъ къ придаткамъ и это обстоятельство, по его мнѣнію, составляетъ невыгоду указаннаго способа. Онъ располагаетъ большимъ личнымъ матеріаломъ (съ 1 смертельнымъ исходомъ) и на основаніи своего опыта отмѣчаетъ преимущество задняго сѣченія, заключающееся въ простотѣ производства ея и отсутствіи тѣхъ осложненій, которыя онъ встрѣтилъ при производствѣ colpo-coeliotomiae anterioris.

Раненіе прямой кишки наблюдалось 1 разъ у *G. Thomas*'а, который оперировалъ безъ достаточно строгихъ показаній и кромѣ того разрѣзъ въ заднемъ сводѣ дѣлалъ сагиттальный, какъ *H. Byford*, и сразу разсѣкалъ всѣ ткани до брюшины. Такой образъ дѣйствій въ этомъ отношеніи представляется невыгоднымъ, такъ какъ у прочихъ операторовъ, которые производятъ послойно—поперечный разрѣзъ, ни разу не пришлось встрѣтить такого осложненія.

Выпаденіе петли кишекъ въ разрѣзъ, какъ то наблюдалось у *Battey*'я, *Fehling*'а и др., составляетъ временную помѣху для производства операціи, но не составляетъ осложненія; достаточно бываетъ одного вправленія стерилизованнымъ шарикомъ для того, чтобы удержать выпадающую кишку въ брюшной полости.

При colpo-coeliot. anter. у *Martin*'а [500]) встрѣтилось 3 раза раненіе пузыря, который былъ во всѣхъ случаяхъ зашитъ и послѣдовало заживленіе безъ всякаго вліянія на функцію ор-

---

[498]) *Bumm* (Basel).—„Ueber Ovariotomie von der Vagina aus". Centralbl. f. Gyn. 1896, Bd. 20, S. 313.

[499]) *Döderlein*.—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 25, S. 810.

[500]) *Wendeler*.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1896, S. 11.

тана. На XII международномъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ *Martin* [501]) упоминаетъ о новыхъ 2 раненіяхъ пузыря, которыя, по видимому, не оставили также никакихъ слѣдовъ въ послѣдствіи, такъ какъ *Martin* не сдѣлалъ никакого указанія о дальнѣйшей судьбѣ оперированныхъ.

Соединительная ткань между мочевымъ пузыремъ и шейкой матки въ нормальномъ состояніи обыкновенно представляется весьма рыхлой и только на мѣстѣ прикрѣпленія влагалища къ этой послѣдней она является болѣе плотною. Въ патологическихъ же случаяхъ, послѣ бывшихъ воспалительныхъ процессовъ соединительная ткань представляетъ мѣстныя уплотненія; въ этихъ то именно случаяхъ обыкновенно бываетъ недостаточно сепаровки пальцемъ, а приходится отдѣлять пузырь ножницами и при такихъ условіяхъ, разумѣется, не смотря на всѣ предосторожности, возможно раненіе пузыря. Къ счастью эти случаи были очень рѣдки и пораненіе пузыря, какъ упомянуто выше, не составляетъ ничего грознаго, а обыкновенно хорошо заживаетъ послѣ наложенія двухэтажнаго шва. Нужно замѣтить, что изъ 4 смертныхъ случаевъ, наблюдавшихся у *Martin*'а [502]), въ одномъ—смерть послѣдовала отъ ileus'а при большихъ кишечныхъ сращеніяхъ.

Такимъ образомъ ovario-salpingoëctomia per vaginam раздѣляетъ всѣ выгоды и преимущества съ hysterect. vagin. по сравненію съ чревосѣченіемъ; результаты же здѣсь получаются значительно выше, чѣмъ это мы видѣли при сравненіи hysterect. vagin. съ чревосѣченіемъ; смертность здѣсь бываетъ какъ исключеніе отъ непредвиденныхъ случайностей или грубыхъ погрѣшностей въ асептической обстановкѣ (америк. хир.).

Невыгоды же хотя и являются общими съ гистеректоміей, но онѣ ничтожны сравнительно съ тѣми, которыя мы видѣли при послѣдней. Да и понятно, тамъ приходится оперировать, когда матка совсѣмъ неподвижна, спаяна, окружена рубцами, пораженіе уже далеко распространилось на сосѣднія части и подготовило ихъ къ раненіямъ и разрывамъ.

---

[501]) *Martin.*—XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. „Врачъ" 1897 г. № 35, стр. 983.

[502]) *Martin.*—XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ.—„Врачъ" 1897 г. № 35, стр. 982—983.

Здѣсь операція идетъ при совершенно иныхъ условіяхъ и если бы мы захотѣли повторить преимущества влагалищнаго пути предъ чревосѣченіемъ, въ частности влагалищной овaріотоміи, то они должны быть формулированы слѣдующимъ образомъ: 1) исключается возможность образованія рубца на животѣ и послѣдующее происхожденіе грыжи бѣлой линіи; 2) послѣоперацiонное теченіе идетъ глаже, гораздо скорѣе и вообще больныя представляются не столь тяжелыми, какъ послѣ чревосѣченія; при выпискѣ онѣ сейчасъ же могутъ приняться за работу и не требуютъ никакого дальнѣйшаго за ними ухода и попеченія; 2) требуется меньше опытныхъ помощниковъ и болѣе простая обстановка во время операціи. *Львовъ* [503]), описывая свои первые 9 случаевъ, говоритъ, что онъ «не потерялъ ни одной больной, хотя оперировалъ при такой обстановкѣ въ большинствѣ случаевъ, при которой не рѣшился бы дѣлать чревосѣченія»; 4) Влагалищная овaріотомія сопряжена съ меньшей травмой, чѣмъ и обусловливается болѣе быстрое поправленіе и заживленіе; 5) производство самой операціи значительно легче и проще по сравненію съ чревосѣченіемъ въ строго показанныхъ для нея случаяхъ; 6) безусловно безопаснѣе для жизни оперируемой. Это послѣднѣе обстоятельство и болѣе благопріятное теченіе въ особенности говорятъ за эту операцію, такъ какъ многія изъ тѣхъ больныхъ, которыя перенесли благополучно эту операцію, должны были бы подвергнуться чревосѣченію, которое едва-ли обошлось бы во всѣхъ случаяхъ безъ тяжелыхъ разстройствъ и смертельныхъ исходовъ.

Что касается до отдаленныхъ результатовъ, которые дала эта операція, то мы можемъ указать пока только на цифры, приведенныя *Martin*'омъ [504]) на XII Международномъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ. Среди своего многочисленнаго матеріала въ этомъ отношеніи *Martin* могъ наблюдать только 262 оперированныхъ до конца 1896 г. По его заключенію, операція въ 67% дала полное излѣченіе, въ 27% послѣдствіемъ ея было значительное улучшеніе и лишь въ 6% наступилъ возвратъ воспаленія брюшины. Приводя эти цифры, докладчикъ

[503]) *Львовъ*.—„Врачъ“ 1892 г. № 11, стр. 254—255.
[504]) *Martin*.—XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ 1897 г. «Врачъ» № 35, стр. 983.

имѣлъ въ виду указать главнымъ образомъ на результаты много разъ примѣненной имъ операціи при воспаленіяхъ брюшины.

Показанія

На основаніи предшествующихъ разсужденій этотъ методъ слѣдуетъ привѣтствовать, какъ безопасный при лѣченіи тяжелыхъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ, дающій возможность дѣйствовать вполнѣ консервативно и представляющій собой, такимъ образомъ, преимущество, къ которому должна стремиться современная гинекологія. *Львовъ* [505]) отмѣчалъ время своихъ операцій и оказалось, что для большинства потребовалось не болѣе 3—5 минутъ. Чревосѣченіе, конечно, при нѣкоторыхъ условіяхъ производится также очень быстро, но именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ существуютъ точныя показанія для кольпотоміи, чревосѣченіе труднѣе, требуетъ больше времени и часто является совершенно невыполнимымъ. Именно, при сращеніяхъ въ маломъ тазу, когда чревосѣченіе является до чрезвычайности труднымъ, кольпотомія несравненно легче, такъ какъ нижнія сращенія рыхлѣе, а верхнихъ не приходится трогать, по справедливому замѣчанію *Львова*. Воспаленіе широкихъ связокъ быстро вызываетъ сращенія листковъ брюшины или съ боковой, или съ задней стѣнкой таза. Въ началѣ они рыхлы, говоритъ тотъ же авторъ, а затѣмъ при повторныхъ воспаленіяхъ они дѣлаются плотнѣе и больше; къ нижнимъ, болѣе слабымъ, прибавляются такимъ образомъ сверху новыя, болѣе широкія и болѣе плотныя, окружающія собою трубы и яичники. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни присоединяются все новыя и новыя наслоенія. Въ приведенномъ обстоятельствѣ и заключается главная причина болѣе легкаго производства отдѣленія сращеній. Дѣлая приэтомъ довольно широкій разрѣзъ, поле получается достаточное и все видимо глазомъ, при чревосѣченіи же въ данномъ случаѣ приходится работать безъ контроля зрѣнія. Кромѣ сказаннаго слѣдуетъ указать, что пораженныя части лежатъ близко и

[505]) *Тепловъ*.—„Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ задній сводъ“ (colpot. post.).—„Врачъ“ 1894 г., № 47, стр. 1287—1288.

вполнѣ достижимы для пальцевъ и инструментовъ. При подвижной опухоли ее всегда можно удержать при помощи наружнаго давленія и низвести къ линіи разрѣза. Отсюда исходятъ главныя условія и общія показанія для влагалищной овaріотоміи. Другими словами опухоли придатковъ, лежащія въ маломъ тазу и будучи трудно достижимы при чревосѣченіи, показуютъ влагалищный методъ.

Много лѣтъ тому назадъ, подмѣтивъ это обстоятельство, д-ръ *Savage* [506]) имѣлъ справедливое и законное основаніе сказать «dans aucun des cas, où l'extirpation par la voie abdominale est impossible on n'echouerait, j'en suis certain, par la voie vaginale» и *J. Greig Smith* [507]) на томъ же основаніи предпочелъ влагалищный путь, опредѣливъ при изслѣдованіи, что яичникъ находится низко въ маломъ тазу и окруженъ сращеніями, боясь, что при такихъ условіяхъ coeliotomia окажется невыполнимой.

На первыхъ порахъ, какъ извѣстно, строгихъ и даже сколько нибудь опредѣленныхъ показаній, кромѣ приведеннаго, къ этой операціи не существовало. На этомъ основаніи *G. Thomas* [508]), *Battey* [509]), *Clifton Wing* [510]), *Greig Smith* [511]), *Bouilly* [512]), *Picqué* [513]) и пр. и наконецъ *H. Byford* [514]) ограничивались исключительно небольшими опухолями, а послѣдній кромѣ того для своихъ операцій выбиралъ фиксированные яичники въ Дугласовомъ пространствѣ. *Львовъ* [515]) первый установилъ опредѣленныя показанія, значительно расширивъ рамки для ея преизводства.

До 1892 года всѣ показанія сводились къ слѣдующимъ 4 группамъ: 1) опущеніе яичника; 2) небольшія кисты, находящіяся въ маломъ тазу; 3) небольшіе сальпинго-оофориты и сальпингиты и 4) самымъ подходящимъ показаніемъ въ то время была «нормальная овaріотомія *Battey*'я».

---

[506]) *Bonnecase*,—Thèse de Paris—p. 27.
[507]) l. c.
[508]) *G. Thomas*:—l. c.
[509]) *Battey*.—l. c.
[510]) *Clifton Wing*.—l. c.
[511]) l. c.
[512]) *Bouilly*.—l. c.
[513]) l. c.
[514]) *H. Byford*.—The Americ. Journ. of Obst. 1888. p. 337.
[515]) *Львовъ*.—l. c.

Овaріотомія въ полномъ смыслѣ этого слова стала производиться только въ новѣйшее время. Опухоли, сравнительно большой величины, удалялъ *Львовъ*, *Mackenrodt*, затѣмъ *Bumm*, *Schauta*; изъ приведенныхъ нами 20 случаевъ многіе относятся также къ числу очень большихъ опухолей и такимъ образомъ мы видимъ въ числѣ упомянутыхъ кисты, превышавшія величиною голову, доходившія даже до той величины, когда опухоль выполняла всю брюшную полость, причемъ содержимое равнялось 10—15 литрамъ. Слѣдовательно, величина опухоли можетъ быть очень значительна, но, правда, показанія должны быть точно выяснены относительно ихъ подвижности въ случаѣ значительнаго ихъ объема. Онѣ должны быть подвижны, не сращены ни съ брюшными покровами, ни съ кишками. Нужно допустить, конечно, что небольшія сращенія не распознаются и легко замѣчаются при вытягиваніи мѣшковъ, но собственно сращенія, состоящія изъ такихъ длинныхъ тяжей, не могутъ и служить противопоказаніемъ для влагалищной овaріотоміи; кишка въ такомъ случаѣ совершенно свободно можетъ быть выведена наружу ad oculos и сращенія безъ труда будутъ удалены тупымъ путемъ или ножницами послѣ предварительной перевязки, смотря по обстоятельствамъ и плотности сращеній въ каждомъ случаѣ. Только обширныя и плотныя сращенія вокругъ такихъ спухолей безусловно противопоказуютъ операцію.—Но и изъ этого послѣдняго правила составляютъ исключеніе интралигаментарныя кисты, которыя вростаютъ глубоко въ тазъ и легко дѣлаются достижимыми со стороны влагалища. *Schauta* [516]) удалялъ громадныя кисты.

Главнымъ условіемъ, слѣдовательно, является точность діагностики.

Если при малыхъ и среднихъ опухоляхъ по величинѣ подвижность опредѣляется сравнительно легко, то при опухоляхъ бо̀льшей величины *Shauta* рекомендуетъ пользоваться наклонной плоскостью подъ наркозомъ, чтобы опредѣлить подвижность ихъ.

Приэтомъ необходимо всякій разъ обращать вниманіе и на положеніе матки; если опухоль по закону *Freund*'а помѣ-

[516]) *Schauta*.—Wiener med. Wochenschrift—1897. S, 1.

стилась спереди отъ матки, то это указываетъ во всякомъ случаѣ на бывшую подвижность опухоли и наоборотъ. Злокачественная опухоль, если она не можетъ быть удалена цѣликомъ, а чревосѣченіе даетъ полную надежду на то, естественно будетъ являться противопоказаніемъ для влагалищнаго сѣченія.

Чтобы высказаться болѣе точно относительно показаній и относительно примѣненія въ каждомъ данномъ случаѣ того или другого влагалищнаго способа, необходимо обратиться къ разсмотрѣнію анатомическихъ отношеній органовъ и техники производства colpo-coeliotomiae anterioris et posterioris. Каждый изъ этихъ способовъ ни въ какомъ случаѣ не исключаетъ другого, такъ какъ они имѣютъ спеціальныя свои особенности, соотвѣтственно которымъ и показанія должны быть различны. Кромѣ того разнообразіе методовъ, вырабатываемыхъ въ одномъ и томъ же направленіи, дѣлаетъ болѣе плодотворною дѣятельность врача, могущаго примѣнить разнообразные способы лѣченія и индивидуализировать ихъ смотря по случаю.

Задняя кольпотомія отличается большею простотою и безопасностью при производствѣ операціи—при ней достаточно простого разрѣза влагалища и Дугласова пространства для вскрытія перитонеальной полости, между тѣмъ какъ при передней кольпотоміи требуется отдѣленіе пузыря и освобожденіе plicae-vesico uterinae. Преимущество заключается также и въ томъ, что въ первомъ случаѣ мы встрѣчаемъ прямо придатки, а при второй мы попадаемъ на матку и необходимо ее низвести прежде чѣмъ достигнуть пораженныхъ придатковъ. Большое преимущество задней кольпотоміи *Mackenrodt* [517]) видитъ въ томъ, что при отдѣленіи сращеній удобно дѣйствовать бимануально, что облегчаетъ работу и ему удавалось легко отдѣлять сращенія, доходящія до пупка. Разрушивъ же сращенія, легко низвести опухоль во влагалище и нѣтъ надобности въ низведеніи матки; если бы ножка оказалась короткою, то временно можно наложить зажимъ, между тѣмъ при передней кольпотоміи дѣйствовать обѣими руками неудобно и совсѣмъ нельзя пользоваться зажимами.

---

[517]) *Mackenrodt.*—Berl. klin. Wochen. 1896, S. 237 u Zeitschrift. f. Geb und Gyn. 1896, Bd. 34, H. 2, S, 348.

Однимъ изъ самыхъ существенныхъ преимуществъ является и то, что заднее Дугласово пространство занимаетъ самую нижайшую точку брюшной полости и если бы потребовался дренажъ, то его всегда легко и удобно сдѣлать самымъ совершеннымъ образомъ, а если нужно закрыть рану, то требуется всего нѣсколько швовъ, между тѣмъ въ заключительномъ актѣ colpot. anter. требуется vaginofixatio, сопряженная съ большими хлопотами и требующая большой потери времени; дренажъ нельзя сдѣлать по этой причинѣ, да и кромѣ того путь пролегаетъ по рыхлой околопузырной клѣтчаткѣ, что при пункціи опухоли и въ случаѣ гнойнаго истеченія является дѣломъ далеко не безразличнымъ. На основаніи всего этого *Mackenrodt* [518]), съ которымъ нельзя не согласиться, вопреки мнѣнію *Wertheim*'а [519]) считаетъ путь чрезъ Дугласово пространство болѣе короткимъ къ придаткамъ, чѣмъ чрезъ передній сводъ, гдѣ предварительно требуется отсепаровка пузыря и матки. Разрывъ и пункція во время операціи per colpot. poster. не вызываетъ тяжелыхъ послѣдствій, ибо гной немедленно стекаетъ и по окончаніи операціи имѣютъ дѣло съ лѣченіемъ открытаго мѣста. Это имѣетъ серьезное значеніе для предсказанія и дальнѣйшаго ухода за оперируемой и даетъ возможность обоимъ авторамъ смѣло относить въ область показаній къ этой операціи независимо отъ гнойныхъ опухолей также и острыя нагноенія, гнойники яичниковъ и трубъ, противъ которыхъ другіе способы считаютъ мало раціональными и очень опасными (всѣ выздоровѣли безъ осложненій). *Gottschalk* [520]) раздѣляетъ тотъ же почти взглядъ и находитъ болѣе удобнымъ для удаленія опухолей и пораженныхъ придатковъ путь чрезъ задній сводъ, такъ такъ нельзя не согласиться, что послѣдній 1) болѣе соотвѣтствуетъ естественному расположенію придатковъ; 2) при производствѣ colpot. anter. до тѣхъ поръ, пока сращенія не будутъ отдѣлены и не будетъ низведена внизъ матка, приходится дѣйствовать безъ контроля зрѣнія, 1—2 пальцами. Для того же чтобы низвести матку, приходится ее очень сильно тянуть, что не всегда можетъ обойтись

[518]) *Mackenrodt.*—l. c.
[519]) *Wertheim.*—Wien klin. Wochenschrift. 1897, № 6, S. 140.
[520]) Berlin. klin. Wochenschrift. 1894, № 30, S. 700.

благополучно. Дѣйствительно осложненія и затрудненія встрѣчались до сего времени въ этомъ именно пунктѣ. Нельзя не отмѣтить еще одного невыгоднаго обстоятельства—если и легко удается низвести матку при нормальной ея величинѣ, это дѣлается очень труднымъ въ случаѣ ея увеличенія до кулака и больше; удалять же матку для того только, чтобы создать себѣ доступъ, сдѣлать болѣе свободнымъ операціонное поле, разумѣется, составляетъ уже отрицательную сторону для метода, а для хирурга—большое огорченіе.

Большинство опухолей къ тому же сидятъ сзади матки, такъ что, вскрывъ Дугласъ, ихъ сейчасъ же можно достать. Одинъ *Mackenrodt* такимъ образомъ удалилъ значительное количество опухолей большой величины по поводу самыхъ разнообразныхъ страданій, потерявъ одну больную.

Говоря въ частностяхъ о сращеніяхъ и удаленіи мѣшковъ при трубной беременности, *Mackenrodt* выставляетъ на видъ то преимущество, что послѣ вскрытія Дугласа помощью бимануальнаго изслѣдованія имѣется полная возможность разрушить сращенія, если бы даже они заходили и выше пупка, потому что они рыхлы и слабы и легко поддаются пальцу.—Одинаково ясно выступаетъ это преимущество и тамъ, гдѣ дѣло идетъ о разъединеніи периметритическихъ сращеній и объ отдѣленіи кистовыхъ и даже гнойныхъ опухолей.

Другія отношенія выступаютъ при операціяхъ на самой маткѣ, или когда требуется низвести матку во влагалище, то здѣсь разница является безусловно въ пользу передняго способа. Дѣло въ томъ, что если совершается выведеніе матки чрезъ передній сводъ, то приэтомъ дно матки должно описать сравнительно небольшую дугу круга, т. е., приэтомъ, иначе говоря, происходитъ усиленная существующая anteversio-flexio. Если же мы захотѣли бы то же самое продѣлать съ маткой, пользуясь разрѣзомъ въ заднемъ сводѣ, то для этого дно матки должно будетъ описать дугу приблизительно въ $^3/_4$ круга, приэтомъ она должна приходить въ состояніе крайней степени retroflexio и retroversio и lig. infundibulo-pelvica должна приходить въ состояніе крайняго натяженія, а lig. lat. кромѣ того должны будутъ подвергаться перекручиванію. Такимъ образомъ болѣе естественнымъ и отвѣчающимъ механизму

движенія матки является въ данномъ случаѣ передній сводъ сравнительно съ разрѣзомъ въ заднемъ сводѣ.

Намъ извѣстно, что примѣненіе этого послѣдняго способа для вырѣзыванія міомъ задней стѣнки матки не составляетъ новости. *A. Martin* [521]) примѣнялъ его систематически уже 15 лѣтъ назадъ. Но совершенно новымъ является разрѣзъ задней стѣнки матки по срединной линіи послѣ вскрытія Дугласа. Такой путь, предложенный *Mackenrodt*'омъ, едва ли является болѣе удобнымъ и безопаснымъ сравнительно съ удаленіемъ міомъ чрезъ передній сводъ, какъ то много разъ сдѣлано *Martin*'омъ [522]).

Львовъ [523]) описываетъ 2 случая удаленія межуточныхъ міомъ матки чрезъ влагалище съ хорошимъ исходомъ, но такіе случаи, по рѣдкости своей, не могутъ быть подведены подъ какое-либо правило. Надо надѣяться, что въ будущемъ и здѣсь показанія будутъ значительно расширены въ виду тѣхъ хорошихъ результатовъ, которые до сего времени получались вообще при влагалищныхъ операціяхъ.

Dührssen и *Martin* [524]) въ настоящее время сдѣлали уже, какъ мы видѣли, очень много такихъ операцій per colpot. anter. съ прекраснымъ результатомъ при самыхъ разнообразныхъ показаніяхъ—при фибромахъ средней величины, retroversio mobilis, при перитонеальныхъ сращеніяхъ, если даже они распространяются во всѣ стороны матки, при выпаденіяхъ матки, резецируя часть передней стѣнки влагалища, чтобы ей вернуть настоящую длину и фиксируя матку къ передней стѣнкѣ влагалища.

Операція эта, однако, будучи показана при сращеніяхъ вокругъ трубъ и яичниковъ вообще, противопоказуется, когда эти сращенія придатковъ исключительно локализуются въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ и представляются обширными и плотными.

При удаленіи яичниковыхъ кистъ, послужившихъ много разъ показаніемъ для операціи, *Martin* обычно поступалъ

[521]) *Mackenrodt.*—l. c.
[522]) *Wendeler.*—Berlin. klin. Wochenschrift.—1896, S. 11.
[523]) *Львовъ.*—„Къ ученію о вылущеніи (enucleatio) большихъ межуточныхъ міомъ матки чрезъ влагалище"—„Врачъ" 1897 г., № 23 стр. 647.
[524]) *Dührssen* и *Martin.* XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ 1897 г.—l. c.

консервативно и здѣсь, резецируя иногда только часть яичниковъ, которые казались ему больными; при хроническихъ сальпингитахъ, hydrosalpinx и haematosalpinx онъ не всегда удалялъ органы, такъ въ 8 случаяхъ hydrosalpinx'а онъ ограничился вскрытіемъ трубы и пришиваніемъ слизистой оболочки къ влагалищной ранѣ.

Нѣсколько разъ онъ удалилъ беременныя трубы, какъ это сдѣлалъ *Dührssen* [525]) и *Kossmann* [526]).

Такъ какъ colpo-coeliotomia ant. заканчивается вагинофиксаціей, то нѣкоторые авторы, какъ *Mackenrodt* и въ особенности *Pagny*, указываютъ на это обстоятельство, какъ на крупный недостатокъ способа и *Pagny* [527]) думаетъ, что эту операцію слѣдовало-бы оставить только для тѣхъ случаевъ, гдѣ наступаетъ менопауза или производится удаленіе обоихъ яичниковъ.

Разумѣется, нельзя согласиться съ такимъ приговоромъ, но тѣмъ не менѣе необходимо отмѣтить, что, дѣйствительно, въ настоящее время извѣстно уже достаточное число случаевъ, гдѣ наблюдались выкидыши и неблагополучные роды послѣ вагинофиксаціи и даже разрывы матки, о чемъ свидѣтельствуютъ *Strassmann* [528]), *Graefe* [529]), *Wilhelm Rühl* [530]).

Во всѣхъ случаяхъ явленія такъ похожи одно на другое, что *Pagny* [531]) выразился, что они являются какъ-бы списанными. У всѣхъ оперированныхъ замѣчается ненормальное развитіе матки во время беременности, недостатокъ параллелизма между развитіемъ передней стѣнки, иммобилизированной своимъ сращеніемъ съ влагалищемъ и задней, которая, будучи свободной, достаточно увеличивается сама по себѣ по отношенію къ общему объему матки. Отсюда происходитъ утонченіе верхне-задней части матки. Шейка утрачиваетъ свое нормальное положеніе и всѣ вышеприведенные авторы отмѣчаютъ ее очень высоко надъ lin. innominata.

[525]) *Dührssen.*—l. c.
[526]) *Kossmann.*—l. c.
[527]) *Pagny.*—„La colpotomie anterieure".—Ann. de Gyn. et d'Obts., 1896, t. 45, p. 436—452.
[528]) *Strassmann.*—Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 23, H. I, S. 24, цит. по *Pagny.*
[529]) *Graefe.*—Monatschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 2, H. VI, цит. по *Pagny.*
[530]) *Wilh. Rühl.*—Centralbl. f. Gyn., 1896, № 6, цит. по *Pagny.*
[531]) *Pagny.*—l. c.

Другая невыгодная сторона заключается въ регидности передней полуокружности шейки, которая мѣшаетъ расширенію. Это регидное полукольцо есть главное препятствіе во время родовъ и это же служило причиной маточныхъ разрывовъ, которые могутъ происходить въ задней значительно утонченной стѣнкѣ или въ области передней стѣнки, которая обыкновенно покрываетъ головную часть плода (*Pagny*) [532]).

Strassmann [533]) же въ Германскомъ гинекологическомъ обществѣ 25 октября 1895 года указываетъ на частые выкидыши послѣ вагинофиксаціи и они, по всей вѣроятности, происходятъ отъ натяженія влагалищно-маточнаго сращенія. Поэтому *Martin* и *Dührssen* [534]) настаиваютъ на нѣкоторыхъ особенныхъ способахъ, которые могли-бы гарантировать отъ указанныхъ невыгодныхъ послѣдствій. *Martin* рекомендуетъ дѣлать разрѣзъ длиннѣе и начинать его ближе къ уретральному отверстію; швы же накладывать ниже дна матки на 2 сент., чтобы матка лежала только отчасти на своей передней сторонѣ и для зашиванія пользуется кэтгутомъ.

Въ данномъ случаѣ центръ тяжести разбираемаго вопроса заключается не въ томъ, насколько пригоденъ этотъ способъ сравнительно съ другими при хирургическомъ лѣченіи перегнутой и отклоненной назадъ матки, а въ происходящемъ измѣненіи въ положеніи матки послѣ операціи и проистекающихъ отсюда послѣдствій. При задней кольпотоміи матка остается въ томъ положеніи, которое она сама приметъ самопроизвольно послѣ удаленія опухоли; при передней кольпотоміи она укрѣпляется болѣе или менѣе неподвижно. Но чтобы выяснить это обстоятельство необходимо тѣмъ не менѣе обратиться къ оцѣнкѣ вагинофиксаціи, какъ хирургическаго способа для исправленія неправильнаго положенія матки. Въ этомъ отношеніи, не вдаваясь въ подробное разсмотрѣніе литературныхъ источниковъ, я ограничусь указаніемъ на тѣ выводы и заключенія, къ которымъ пришли гинекологи на Женевскомъ Съѣздѣ при спеціальномъ разборѣ этого вопроса.

---

[532]) *Pagny.*—l. c.
[533]) Ibid.
[534]) *Dührssen.*—Zeitschrift. f. Geb. und Gyn., 1896, Bd. 39, S. 152 и *Pagny.*—l. c.

На Женевскомъ Съѣздѣ вопросъ о хирургическомъ лѣченіи запрокинутой назадъ матки подвергался подробному обсужденію въ томъ числѣ, разумѣется, и вагинофиксація, какъ одинъ изъ распространенныхъ способовъ въ послѣднее время при такого рода страданіи матки. Репутація ея съ точки зрѣнія многихъ, помимо уже приведенныхъ, не считается безукоризненной и въ смыслѣ ея значенія, какъ лѣчебнаго способа и ея послѣдствій, которыя она влечетъ за собой во время беременности и родовъ. Первый докладчикъ, prof. *Küstner* [535]), въ своемъ сообщеніи, положимъ, заявилъ, что ни одна изъ операцій, практикуемыхъ въ настоящее время при лѣченіи искривленій матки назадъ или ея наклоненій, не даетъ вполнѣ нормальнаго ей положенія, но тѣмъ не менѣе то положеніе ея, которое она принимаетъ послѣ операціи, нужно предпочесть ея искривленію назадъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ она дѣлается подвижной и становится въ болѣе естественное положеніе къ сосѣднимъ органамъ. Если матка подвижна и не связана плотными сращеніями, то онъ и не рекомендуетъ пока обращаться къ оперативной помощи. Если же сращенія стойки и многочисленны, то необходимо открыть брюшную полость, чтобы ихъ отдѣлить; при возможности сдѣлать это per colpo-coeliotomiam, онъ отдаетъ предпочтеніе чревосѣченію. Ventrofixatio, vesicofixatio и операція *Alexander*'а исправляютъ неправильное положеніе матки болѣе или менѣе стойко и дѣлаютъ функцію матки нормальной или почти нормальной. Относительно же вагинофиксаціи онъ говоритъ, что она мало достигаетъ цѣли и кромѣ того не рекомендуетъ ее дѣлать у женщинъ, способныхъ къ дѣторожденію. При подвижной маткѣ считаетъ лучшимъ способомъ—операцію *Alexander*'а; такъ какъ выпаденіе матки является обыкновенно послѣдствіемъ отклоненія матки назадъ, то въ данномъ случаѣ онъ рекомендуетъ пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ съ послѣдующей кольпорафіей, чтобы предупредить выпаденіе влагалища.

Второй докладчикъ *Polk* [536]) высказывается не менѣе опредѣленно относительно вагинофиксаціи, говоря вообще, что

[535]) Pr. *Küstner*.—Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst. 1896, (Genève) Bull. méd., 1896, p. 857.

[536]) *Polk*.—Congrès période. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève) 1896. Bull. méd. 1896, p. 859.

наклоненіе и искривленіе матки назадъ не должны быть лѣчимы пришиваніемъ къ передней брюшной стѣнкѣ или влагалищу. Простыя наклоненія до наступленія климактерическаго періода слѣдуетъ лѣчить посредствомъ операціи *Alexander*'а, которой должно предшествовать разрушеніе сращеній per coeliotomiam и наравнѣ съ этимъ ставитъ другіе способы—внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ или крестцово-маточныхъ чрезъ влагалище.

A. Pozzi [537]) вообще высказывается противъ оперативнаго лѣченія искривленія матки. Какъ при подвижной, такъ и неподвижной маткѣ совѣтуетъ обращать вниманіе на причинное страданіе; иногда, по его мнѣнію, достаточно бываетъ лѣчить метритъ, разрывъ промежности, чтобы уничтожить болѣзненные симптомы, а если матка безболѣзненна и не вызываетъ вообще страданій, то и не требуется никакого лѣченія. Если матка не воспалена и придатки не поражены, то и фиксированная матка часто не вызываетъ никакихъ болей. При страданіи придатковъ совѣтуетъ дѣлать чревосѣченіе и рѣдко ventrofixatio, при тяжеломъ пораженіи придатковъ—гистеректомію.

Во время дебатовъ по этому вопросу къ мнѣнію *Pozzi* вполнѣ присоединился *Chaleix-Vivié* [538]), который также рекомендуетъ прежде всего причинное леченіе и, по его мнѣнію, особенно важно устраненіе эндометрита и метрита съ помощью выскабливанія, ампутаціи шейки и пр. и послѣдствія этихъ операцій не менѣе важны при лѣченіи запрокинутой назадъ матки, чѣмъ фиксаціи матки и укороченія связокъ.

Paul Petit [539]) также остался на сторонѣ консервативнаго лѣченія ретроверсій помощью массажа, пессаріевъ и пр. Всѣ фиксаціи матки онъ отвергаетъ кромѣ операціи *Alexander*'а при извѣстныхъ показаніяхъ, которую онъ самъ произвелъ 20 разъ и остался очень доволенъ.

Reynier [540]) считаетъ причиною наклоненія матки назадъ разслабленіе связочнаго аппарата матки, въ особенности круг-

[537]) *Pozzi.*—Ibid. p. 859.
[538]) *Chaleix-Vivié*—ibid. p. 861.
[539]) *Paul Petit.*—Congrès période. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève) 1896 Bull. méd. 1896, p. 861.
[540]) *Reynier.*—Ibid, p. 852.

лыхъ связокъ и levatoris ani и поэтому находитъ необходимымъ лѣчить причину, а всѣ фиксаціи отвергаетъ. При искривленіи матки назадъ, связанныхъ съ страданіемъ придатковъ и пораженіемъ тазовой брюшины считаетъ умѣстною ventrofixtio, которую онъ сдѣлалъ 27 разъ съ успѣхомъ и въ исключительныхъ тяжелыхъ случаяхъ—влагалищную гистеректомію, къ которой прибѣгалъ по этому поводу только 4 раза.

Jacobs [541]) особенно рѣзко высказывается противъ увлеченія хирургическими способами лѣченія искривленія и наклоненія матки назадъ. Вагинофиксацію онъ считаетъ очень опасной операціей при наступленіи послѣдующей беременности.

Въ пользу вагинофиксаціи высказался *Schwarz* [542]); онъ пользовалъ такимъ образомъ 46 больныхъ, 34 изъ нихъ онъ наблюдалъ и въ 2-хъ случаяхъ констатировалъ рецидивъ, 3 родили благополучно и одна изъ нихъ—преждевременно. *Engström* (Гельсинфорсъ) [543]) высказался при извѣстныхъ показаніяхъ за ventrofixatio на основаніи личнаго матеріала—52 ventrofixat. безъ рецидивовъ. *Sabino Coehlo* (Лиссабонъ [544]) отдаетъ предпочтеніе предъ другими способами вагинофиксаціи по *Martin*'у. *Mangin* [545]) настаиваетъ вмѣстѣ съ нѣкоторыми другими на пришиваніи матки къ передней брюшной стѣнкѣ.

Я привелъ мнѣнія этихъ авторовъ исключительно для того, чтобы сказать, что на Женевскомъ Съѣздѣ большинство высказалось за операцію *Alexander*'а, нѣкоторые за ventrofixatio, а vaginofixatio, по мнѣнію нѣкоторыхъ, оказалась неудобопримѣнимой у женщинъ въ періодѣ половой жизни, такъ какъ она представляетъ значительныя опасности при беременности и родахъ.

Dührssen [546]) на XII Международномъ Съѣздѣ указалъ, что всѣ высказанныя возраженія противъ вагинофиксаціи онъ считаетъ лишенными основанія. На основаніи своего матеріала, очень значительнаго, онъ утверждаетъ, что операція даетъ прочные результаты, если вмѣсто кэтгута употреблять

[541]) *Jacobs*.—Ibid. p. 862.
[542]) *Schwarz*.—Ibid. p. 862.
[543]) *Engström*.—Congrès période. internat. de Gyn. et d'Obst, (Genève) 1896. Bull. méd. 1896, p. 861.
[544]) *Sabino Coehlo*.—Ibid., p. 861.
[545]) *Mangin*.—Ibid. p. 860.
[546]) *Dührssen*.—XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ 1897 г.—l. c.

шелкъ и никакихъ опасностей во время беременности и родовъ не представляетъ. Онъ совѣтуетъ накладывать швы на серозныя поверхности и закрывать отдѣльно брюшную полость.

Матка образуетъ при вагинофиксаціи болѣе или менѣе плотное сращеніе въ зависимости отъ того или другого видоизмѣненія и отъ этой большей или меньшей плотности и зависитъ судьба будущихъ родовъ.

Martin [547]) на XII Международномъ Съѣздѣ отмѣтилъ, что изъ всѣхъ оперированныхъ имъ по разнымъ причинамъ per colpo-coeliotomiam anter., 18 больныхъ послѣ операціи забеременѣли, причемъ у 9 роды наступили въ срокъ и прошли вполнѣ благополучно; изъ 4 родовъ, протекавшихъ предъ глазами докладчика, 2 были кончены поворотомъ и извлеченіемъ плода, а другіе 2 окончились сами собой.

Mackenrodt [548]) самъ оставляетъ вагинофиксацію и пытается замѣнить ее везикофиксаціей, т. е. сшивать серозную поверхность пузыря съ таковою же поверхностью матки.

Такимъ образомъ изъ приведенныхъ мнѣній можно заключить, что вагинофиксація, когда она производится, какъ дополненіе при удаленіи придатковъ чрезъ разсѣченіе переднего свода, вноситъ собою недостатокъ въ операцію colpo-coeliotomiae anterioris и съ этой точки зрѣнія послѣдняя уступаетъ задней кольпотоміи—она дѣлаетъ болѣе или менѣе неподвижной матку и подвергаетъ больную въ послѣдующемъ извѣстному риску на счетъ возможности происхожденія тѣхъ или другихъ осложненій. Проф. *Д. О. Отт*ъ во всякомъ случаѣ считаетъ показанной colpo-coeliotomiam anter. при болѣзняхъ придатковъ въ томъ случаѣ, если существуетъ искривленіе матки назадъ и существуетъ, слѣдовательно, показаніе къ хирургическому вмѣшательству для исправленія неправильнаго положенія матки; вагинофиксація въ данномъ случаѣ является попутной операціей при удаленіи придатковъ матки при существующемъ искривленіи матки назадъ.

Проф. *Д. О. Отт*ъ, какъ я указалъ выше, матку не выводитъ во влагалище, а оставляетъ ее на мѣстѣ при произ-

[547]) *A. Martin.*—XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ 1897 г.—l. c.

[548]) *Mackenrodt* (Berlin).—„Die Vesicofixatio uteri“.—Centralbl f. Gyn. 1897, № 21, S. 629.

водствѣ всѣхъ манипуляцій на придаткахъ; это нововведеніе въ оперативную технику colpo-coeliotomiae ant. позволяетъ исключить упрекъ по отношенію къ этому способу, высказанный *Mackenrodt*'омъ [549]), что пребываніе матки во влагалищѣ, во время производства операціи, въ теченіе $^1/_4$—$^1/_2$ часа составляетъ небезразличное обстоятельство; оно составляетъ рискъ для больной и не можетъ не отразиться на послѣдующемъ теченіи, если матка возвращается въ брюшную полость при значительныхъ раненіяхъ, которыя всегда наносятся въ большей или меньшей степени при производствѣ операціи.

Wertheim [550]) также говоритъ, что при операціяхъ на придаткахъ съ цѣлью отдѣленія сращеній и вообще обзора области широкихъ связокъ, можно не выводить матку во влагалище, и совѣтуетъ въ этомъ случаѣ отклонять ее въ сторону. При такомъ образѣ дѣйствій можетъ быть требуется большая техническая опытность, такъ какъ до нѣкоторой степени уменьшается просторъ, доступъ для глаза и проч., но онъ во всякомъ случаѣ позволяетъ избѣжать указанныхъ выше недостатковъ. *Wertheim* считаетъ задній сводъ также болѣе пригоднымъ для укороченія крестцово-маточныхъ связокъ по причинѣ близости положенія ихъ, за то предложенное тѣмъ же авторомъ укороченіе круглыхъ связокъ выполнимо только чрезъ разрѣзъ передняго свода.

Однако трудно согласиться съ дальнѣйшимъ положеніемъ *Wertheim*'а, который считаетъ болѣе удобнымъ передній способъ потому, что здѣсь по извлеченіи во влагалище матки вся задняя поверхность послѣдней, широкія связки и крестцово—маточныя доступны глазу и что при большихъ опухоляхъ здѣсь дѣйствовать гораздо удобнѣе именно по сказанной причинѣ. Значительныя сращенія, покрывающія заднюю поверхность матки при retroflexio-versio fixata легко могутъ быть будто бы удалены пальцемъ или инструментомъ, введеннымъ за дно матки подъ контролемъ зрѣнія. Въ виду того, что периметритическія сращенія рѣдко локализуются въ excavatio vesico-uterinae, то при переднемъ разрѣзѣ мы попадемъ

---

[549]) *Mackenrodt.*—l. c.
[550]) *Wertheim.*—Wien. klin. Wochenschrift. 1897, № 6, S. 140.

на матку и по ней и по отходящимъ отъ нея трубамъ lig. ovarii propr. легче оріентироваться относительно сращеній.

При удаленіи большихъ опухолей трубъ и яичниковъ, по мнѣнію *Wertheim*'а, легче перевязать ножку и это легко даже удается, когда крестцово-маточныя связки врожденно или вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ укорочены.

Въ частности относительно удаленія беременныхъ трубъ слѣдуетъ сказать, что влагалищный способъ въ техническомъ отношеніи представляется значительно болѣе труднымъ, чѣмъ операція съ вскрытіемъ брюшной полости сверху. Такъ какъ приэтомъ часто приходится работать въ темнотѣ и притомъ на тканяхъ, очень богатыхъ кровеносными сосудами, то очень легко можетъ наступить въ глубинѣ значительное кровотеченіе, которое очень трудно остановить. *Dührssen*, оперируя въ такихъ случаяхъ чрезъ влагалище, всегда держитъ все на готовѣ для чревосѣченія [551]) и въ его рукахъ эта операція представляется далеко нелегкой, поэтому едва-ли найдется много сторонниковъ этого способа.

Henrotay (Antwerpen) [552]) въ своемъ разсужденіи по поводу внѣматочной беременности и въ частности относительно случая *Stouffs*'а [553]) пришелъ къ слѣдующему заключенію: 1) Colpo-coeliotomia (anter.) можетъ замѣнить чревосѣченіе при удаленіи беременной трубы только въ томъ случаѣ, если она вполнѣ можетъ быть выполнена и кромѣ того будетъ произведена безъ дренажа; 2) влагалищную гистеректомію считаетъ показанной только при тяжелыхъ пораженіяхъ другой стороны и въ особенности при бленнорройномъ заболѣваніи другой стороны.

Такимъ образомъ, при разсмотрѣніи мнѣній относительно показаній къ тому и другому способу, мы видимъ, что colpo-coeliotomia anter. находитъ себѣ примѣненіе главнымъ образомъ при операціяхъ на самой маткѣ; при операціяхъ же на придаткахъ она предпочтительно должна быть примѣняема при искривленіи и отклоненіи матки назадъ и при нахожденіи опу-

[551]) *Веберъ.*—Журн. Акуш. и Жен. бол., 1896, стр. 107.
[552]) *Henrotay.*—„Behandlung der Extra-uterin—Schwangerschaft"—Centralbl. f. Gyn. 1897, № 29, S. 927.
[553]) *Stouffs.*—„Extra-uterin.—Schwangerschaft per vaginam operirt."—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 7, S. 201—202.

холей въ самой маткѣ, иначе говоря, показанія къ переднему разрѣзу при удаленіи придатковъ обусловливаются чисто побочными обстоятельствами.

На основаніи изложеннаго мы можемъ сдѣлать слѣдующіе выводы:

Colpo-coelitomia posterior показана въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) Воспаленіе яичниковъ и Фаллопіевыхъ трубъ съ образованіемъ трубно-яичниковыхъ опухолей при смѣщеніи ихъ въ заднее Дугласово пространство, гдѣ онѣ свободны или болѣе или менѣе сращены съ окружающими частями.

2) При сказанныхъ условіяхъ операція показуется безразлично будетъ-ли трубно-яичниковая опухоль на одной сторонѣ или на обѣихъ и будетъ-ли содержимое ея серозное или гнойное.

3) Величина кистовой опухоли при названныхъ условіяхъ можетъ равнятьея дѣтской головкѣ.

4) Кистовыя опухоли, выходящія изъ полости малаго таза, могутъ быть оперируемы этимъ путемъ, если чрезъ брюшные покровы нижній сегментъ ихъ можетъ быть смѣщенъ въ Дугласово пространство.

5) Кистовыя опухоли при сказанныхъ условіяхъ могутъ быть оперируемы при величинѣ ихъ, достигающей по средней линіи пупка, если убѣдились при изслѣдованіи въ отсутствіи плотныхъ сращеній выше lin. innominatae съ сальникомъ и кишками.

6) Плотныя и злокачественныя новообразованія могутъ быть удаляемы такимъ путемъ, когда величина ихъ позволяетъ надѣяться, что они могутъ быть извлечены цѣликомъ.

Colpo-coeliotomia anterior находитъ себѣ показанія предпочтительно предъ colpo-coeliotomia posteriore:

1) При интерстиціальныхъ и субсерозныхъ опухоляхъ матки (fibromyoma).

2) При осложненіи трубно-яичниковыхъ опухолей искривленіемъ матки назадъ (retroflexio mobilis или fixata).

3) Необходимымъ условіемъ, допускающимъ производство colpo-coeliotomiae anterioris, является отсутствіе широкихъ и плотныхъ сращеній въ заднемъ Дугласовомъ пространствѣ.

ГЛАВА III.

Пункція, разрѣзъ чрезъ влагалище и лѣченіе интралигаментарныхъ кистъ.

Влагалищная пункція и разрѣзъ являются древнѣйшими способами влагалищной оваріотоміи; этотъ путь и такой способъ лѣченія казался цѣлесообразнымъ потому, что неоднократно наблюдалось излѣченіе и при самопроизвольномъ разрывѣ кистъ во влагалище.

Mignon [554]) собралъ 112 случаевъ пункцій и разрѣзовъ съ 22 летальными исходами. Первымъ, сдѣлавшимъ пункцію кисты чрезъ влагалище, былъ *Callisen* [555]) въ 1775 году. Изъ подробно описанныхъ *Mignon*'омъ случаевъ видно, что чрезъ нѣсколько лѣтъ только послѣдовали примѣру *Callisen*'а, и только при особыхъ условіяхъ. Почти всѣми проколъ примѣнялся частью съ тою цѣлью, чтобы болѣе совершенно выпускать содержимое кистъ, частью же, по необходимости тамъ, гдѣ небольшія кисты не могли быть съ увѣренностью достигнуты чрезъ брюшные покровы. Неизбѣжнымъ условіемъ было, чтобы опухоль находилась въ маломъ тазу и нижній сегментъ легко былъ достижимъ чрезъ влагалище и чтобы здѣсь ясно ощущалось зыбленіе. При большихъ опухоляхъ это бываетъ рѣдко, такъ какъ киста при своемъ ростѣ поднимается и выходитъ изъ малаго таза.

---

[554]) *Mignon.*—„Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale". Thèse de Paris, 1878 r.

[555]) Systema chirurg. hodiern, t. II, p. 59, 1775, цит. по *Mignon*'у.

Кромѣ того ко всѣмъ невыгодамъ прокола вообще здѣсь, при проколѣ чрезъ влагалище, присоединяются спеціальныя невыгоды: 1) бо́льшая возможность раненія внутреннихъ органовъ; 2) труднѣе попасть въ главную кисту, чѣмъ при проколѣ чрезъ брюшныя стѣнки и 3) является бо́льшая опасность вхожденія воздуха [556]). Поэтому вполнѣ понятно, что примѣръ *Callisen*'а не нашелъ себѣ многихъ послѣдователей и что въ различныхъ странахъ къ нему отнеслись съ бо́льшимъ или меньшимъ недовѣріемъ. Въ Германіи и особенно въ Соединенныхъ Штатахъ пункція, положимъ, заняла мѣсто среди другихъ операцій; въ Англіи авторы задались цѣлью разобрать ея достоинство и сдѣлать надлежащую оцѣнку, какъ терапевтическаго средства; во Франціи она была принята особенно несочувственно.

Первая операція во Франціи была сдѣлана въ 1778 году и не подвергалась никакимъ измѣненіямъ въ дальнѣйшемъ.

Первая пункція была сдѣлана *Marcan*'омъ въ 1778 г. [557]), за нимъ послѣдовалъ *Vermandois* въ 1803 году [558]); больная чрезъ нѣсколько часовъ умерла; при вскрытіи оказалось прободеніе пузыря. *P. Dubois* [559]) оперировалъ одинъ разъ; больная умерла черезъ мѣсяцъ; при операціи конецъ трубочки остался въ перитонеальной полости. *Michon* [560]) въ 1839 году потерялъ больную отъ перитонита, *Nonat* [561]) оперировалъ 3 раза, во всѣхъ случаяхъ наступали рецидивы. *Recamier* [562]) наиболѣе часто примѣнялъ эту операцію и является однимъ изъ ея защитниковъ. *Maisonneuve* [563]) говоритъ, что простая вагинальная пункція, сопряженная съ опасностью поврежденій пузыря и матки, можетъ найти себѣ показаніе, какъ палліативное средство, въ немногочисленныхъ случаяхъ при малообъемистой опухоли, находящейся въ тазу и ущемившейся во время родовъ.

---

[556]) *Ольсгаузенъ*.—„Руководство къ общей и частной хирургіи *Питы* и *Бильрота*, ч. 4, т. 2. „Болѣзни яичниковъ“, стр. 258.
[557]) *Mignon*.—l. c.
[558]) Thèse du Caseaux, 1844, цит. по *Mignon*'у.
[559]) Revue méd., 1838, стр. 42, цит. по *Mignon*'у.
[560]) *Mignon*.—l. c.
[561]) Ibid.
[562]) Ibid.
[563]) Ibid.

Въ Германіи первымъ сдѣлавшимъ проколъ былъ *F. Henckel* [564]) и онъ первый примѣнилъ канюлю, вторымъ былъ д-ръ *R. Schwabe* [565]). Чрезъ нѣсколько лѣтъ *Kiwisch* [566]) опубликовалъ свой способъ и выступилъ защитникомъ влагалищной пункціи. *Kiwisch* прокалывалъ кисту труакаромъ и расширялъ отверстіе ножемъ такъ, что можно было ввести палецъ. Затѣмъ онъ вводилъ оловянную трубку, которая оставалась нѣсколько недѣль, и чрезъ которую все время, пока длилось ихорозное разложеніе, ежедневно впрыскивалась нѣсколько разъ въ день теплая вода. Сколь велико было число случаевъ *Kiwisch*'а неизвѣстно; онъ сообщаетъ объ одномъ выздоровленіи, которое онъ констатировалъ чрезъ 5 мѣсяцевъ и объ одномъ смертномъ случаѣ.

Langenbeck [567]) сообщаетъ о двухъ случаяхъ такой операціи; обѣ окончились смертью отъ перитонита. *Crédé* [568]) оперировалъ 3 раза и въ 2-хъ получилъ летальный исходъ; 3-я больная была едва спасена.

Наиболѣе обширныя наблюденія и въ тоже время наилучшіе результаты представилъ *Scanzoni* [569]) изъ Вюрцбурга, товарищъ и преемникъ *Kiwisch*'а. Онъ производилъ операцію такимъ-же образомъ, какъ и *Kiwisch*. Если жидкость слишкомъ густа и не вытекаетъ чрезъ канюлю, то *Scanzoni* вдвигаетъ чрезъ канюлю устроенный для этой цѣли ножъ и расширяетъ отверстіе на $^1/_2$ дюйма, или же помогаетъ истеченію жидкости впрыскиваніями воды. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступали тяжелыя реактивныя явленія, а въ другихъ этого не было и трубочка могла быть удалена чрезъ нѣсколько дней. Изъ 23 пользованныхъ по этому способу больныхъ онъ

въ 14 случаяхъ получилъ полное выздоровленіе
въ 5 » наступилъ рецидивъ, а остальныя
4 » не могли быть наблюдаемы.

Смертельныхъ исходовъ не было.

Интересенъ случай двойной опухоли, описанный *Chroback*'омъ [570]). Опухоль, величиною въ кулакъ, была пунктиро-

[564]) *Henckel.*—Amer. Journ. of Obst., 1869, цит. по *Mignon*'у.
[565]) *Mignon.*—l. c.
[566]) Ibid.
[567]) The Americ. Journ. of Obst., 1869, цит. по *Mignon*'у.
[568]) *Mignon.*—l. c.
[569]) Ibid.
[570]) Vien. med. Presse, 1872, 20 октября, цит. по *Ольсгаузену*, стр. 242.

вана чрезъ влагалище и послѣ этого прекратилась упорная рвота, которой до этого времени страдала больная. Надъ проколотой кистой находилась еще вторая, незамѣченная при операціи и, кромѣ того, находилась опухоль въ лѣвой сторонѣ. Чрезъ 9 мѣсяцевъ снова вернулись явленія неукротимой рвоты. На этотъ разъ больная излѣчилась совершенно послѣ того, какъ ей сдѣлана была пункція той и другой опухоли чрезъ влагалище.

Stilling [571]) проколомъ чрезъ влагалище выпустилъ изъ кисты 180 граммъ маслообразной жидкости; больная выздоровѣла.

Hegar [572]), чтобы защитить брюшную полость отъ опасности изліянія въ нее содержимаго опухоли, пробовалъ достигнуть путемъ слипчиваго воспаленія склееванія стѣнки кисты съ влагалищнымъ сводомъ неоднократными прижиганіями стѣнки канала до разрѣза кисты.

Въ Англіи первыя попытки прокола кисты яичника чрезъ влагалище были сдѣланы съ цѣлью облегченія родовъ, которые затруднялись присутствіемъ кисты. *Park* [573]) подробно описываетъ нѣсколько такихъ случаевъ. Одинъ подобный же случай разсказываетъ *Ramsbotham* [574]) и *Ingleby* [575]) приводитъ 2 случая, гдѣ сдѣлана пункція по тому же поводу. *Ramsbotham* заключилъ, что надо пунктировать всѣ кисты, которыя задерживаютъ роды, такъ какъ больная скоро поправляется. *Brown* [576]) счастливо оперировалъ такимъ же образомъ 2-хъ больныхъ.

Ogden [577]) вынужденъ былъ пунктировать кисту вслѣдствіе задержанія мочи и невозможности ввести катетеръ. По тому же поводу однажды оперировалъ и *Robert Barnes* [578]); наступилъ рецидивъ, онъ повторилъ операцію и больная умерла. *West* [579]) дѣлалъ нѣсколько разъ такимъ образомъ пункцію

---

[571]) Deutsche Klinik., 1872, цит. по *Ольсгаузену*, стр. 242.
[572]) *Ольсгаузенъ*.—l. c., стр. 270.
[573]) *Mignon*.—l. c. стр. 24—31.
[574]) Ibid.
[575]) Ibid.
[576]) Ibid.
[577]) Ibid и *Ольсгаузенъ*.—стр. 243.
[578]) *Mignon*.—l. c.
[579]) Ibid.

и предложилъ измѣнить способъ *Kiwisch*'а и *Scanzoni*. Онъ примѣняетъ труакаръ и согнутую канюлю въ мизинецъ толщиной; затѣмъ онъ вводитъ въ канюлю длинную эластическую трубку толщиною въ катетеръ № 12, вытянувъ канюлю, онъ трубку удерживаетъ тамъ посредствомъ сложнаго приспособленія. Великій оваріотомистъ *Spenser Wells* [580]) высказался противъ пункціи, хотя самъ оперировалъ такимъ образомъ при кистахъ большого размѣра съ хорошимъ исходомъ. Онъ думаетъ, что пункція чрезъ влагалище болѣе способна вызвать нагноеніе въ кистѣ со всѣми тяжелыми послѣдствіями, чѣмъ пункція чрезъ брюшныя стѣнки, такъ какъ при первой легче поступаетъ воздухъ. Обыкновенно, говоритъ онъ, отверстіе скоро закрывается и содержимое подвергается нагноенію. *Sp. Wells* однако считаетъ ее показанной въ тѣхъ случаяхъ, когда киста сращена съ влагалищной стѣнкой и нижней частью таза и мѣшаетъ функціи пузыря и прямой кишки. Онъ въ отверстіе вставлялъ катетеръ или палочку ляминарія, чтобы поддерживать на нѣкоторое время отверстіе открытымъ и однажды при этомъ случилось несчастіе—палочка ушла въ кистовой мѣшокъ и не могла быть извлечена.

Въ Америкѣ *Simon Thomas* [581]) въ 3-хъ случаяхъ достигъ полнаго излѣченія посредствомъ пункціи и послѣдующаго разрѣза съ дренажемъ. Болѣе всего способствовали развитію лѣченія кистъ посредствомъ пункціи и разрѣза два знаменитыхъ врача Нью-Іорка *Snetter* [582]) и *Noeggerath* [583]). Послѣдній создалъ свой оперативный методъ, который онъ нѣсколько разъ примѣнялъ и при многополостныхъ кистахъ, пунктируя послѣдовательно мѣшки одинъ за другимъ, но вполнѣ раціональнымъ разрѣзъ кисты оба они считали только при однополостныхъ кистахъ. *Snetter* оперировалъ 4 раза. Способъ *Noeggerath*'а заключается въ слѣдующемъ: больная подъ хлороформомъ въ положеніи камнесѣченія; онъ зондомъ укрѣпляетъ матку спереди и дѣлаетъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ влагалища спереди назадъ; разрѣзъ дѣлаетъ въ одинъ дюймъ;

---

[580]) *Mignon.*—l. c.
[581]) *Ольсгаузенъ.*—стр. 268.
[582]) Amer. Journ. of Obst. 1869 цит. по *Mignon*'у.
[583]) *Mignon.*—l. c.

между краями раны отличаетъ кисту по ея бѣловатому цвѣту и по ея стѣнкамъ изборожденнымъ меленькими сосудами и вкалываетъ въ стѣнку ея троакаръ; когда мѣшокъ спадется, онъ ножницами увеличиваетъ разрѣзъ кисты; ножницы вводятся при помощи конюли и они снабжены 2 крючками на ихъ наружныхъ частяхъ; открывая ножницы, онъ зацѣпляетъ стѣнки кисты и старается привести въ соприкосновеніе съ влагалищнымъ разрѣзомъ и въ такомъ положеніи онъ соединяетъ 6-ю швами. *Noeggerath* [584]) въ 48 случаяхъ съ 55 операціями получилъ излѣченіе 34 раза; 4 раза успѣхъ былъ неполный и 14 разъ, т. е. въ 29% наступила смерть.

Изъ 112 случаевъ, собранныхъ *Mignon*'омъ, въ 22 случаяхъ послѣдовала смерть: въ 7 случаяхъ—отъ перитонита, въ 2-хъ случаяхъ—отъ перфораціи пузыря, въ 2-хъ случаяхъ причина смерти неизвѣстна, въ 6 случаяхъ—отъ септициміи, въ одномъ—отъ кровотеченія, а остальныя 4 лихорадили въ послѣопераціонномъ періодѣ и умерли, по видимому, отъ истощенія; изъ остальныхъ 99 выздоровѣло 77, въ 8 наступилъ рецидивъ, въ 4-хъ результатъ неизвѣстенъ, а въ одномъ получилась фистула въ прямую кишку.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ самомъ производствѣ операціи лежитъ возможность происхожденія случайныхъ осложненій. Пользуясь пункціей, какъ однимъ изъ средствъ лѣченія, мы видѣли, что вслѣдъ за первымъ проколомъ приходилось вскорѣ прибѣгать ко второму и третьему, такъ какъ во многихъ случаяхъ накопленіе жидкости происходило относительно скоро, а вмѣстѣ съ этимъ обнаруживались и всѣ грозныя явленія, которыя служили первоначальной причиной операціи. Это обстоятельство давно уже привело къ мысли поставить яичниковую опухоль въ непосредственное сообщеніе съ поверхностью тѣла, чтобы такимъ образомъ способствовать выведенію содержимаго и достигнуть сморщиванія мѣшка. Это стремленіе повело за собою цѣлый рядъ способовъ—разрѣзовъ съ различнымъ видомъ дренажей и вшиваніемъ стѣнокъ кисты въ наружный разрѣзъ. Неизбѣжнымъ же послѣдствіемъ продолжительнаго сообщенія кисты съ поверхностью

[584]) *Ольсгаузенъ.*—стр. 268.

тѣла было продолжительное нагноеніе и ихорозное разложеніе въ кистѣ. Больныя послѣ операціи лихорадили продолжительное время и, если не происходило зарощенія мѣшка, то рано или поздно обнаруживались опасныя явленія истощенія, септицеміи и пр. и неминуемо наступала смерть. Значительный процентъ больныхъ въ послѣопераціонномъ періодѣ именно погибалъ отъ такихъ осложненій. Въ тѣ времена, когда оваріотомія давала мало надежды на выздоровленіе, этотъ путь съ такими осложненіями представлялся всетаки болѣе надежнымъ для спасенія жизни.

Вмѣстѣ съ этой возможностью являлась и другая не менѣе гибельная,—возможность прямого изліянія жидкости въ брюшную полость и разлитого воспаленія брюшины. Опасности этой старались избѣгнуть различными пріемами, напр. *Hegar* [585]) пытался предварительнымъ приложеніемъ ѣдкихъ средствъ вызвать слипчивое воспаленіе или вшиваніемъ стѣнки кисты во влагалищный разрѣзъ, какъ дѣлалъ *Noeggerath*. До извѣстной степени, разумѣется, уменьшалась указанная опасность, въ особенности при способѣ *Noeggerath*'а, съ другой стороны средства, къ которымъ прибѣгали съ цѣлью избѣжать возможности зараженія брюшины, часто не заслуживали одобренія по своимъ дурнымъ вліяніямъ и послѣдствіямъ, какъ способъ *Hegar*'а. Къ непріятнымъ осложненіямъ относятся такіе случаи, гдѣ послѣ прокола не вытекаетъ никакой жидкости, хотя зыбленіе ясно ощущалось предъ операціей. Такіе случаи наблюдались неоднократно и *Spencer Wells* [586]) при такихъ условіяхъ совѣтуетъ медленно извлекать труакаръ, чтобы при постепенномъ влеченіи онъ попалъ въ слой жидкости. Такъ какъ операція эта производится въ темную, то, разумѣется, легко не попасть въ кисту, когда она существуетъ и попасть въ плотную ея часть, когда она неоднородна. Кромѣ того при попаденіи въ плотную часть легко вызвать кровотеченіе, которое возможно также при пораненіи сосудовъ въ стѣнкахъ кисты, направленіе и расположеніе которыхъ ни въ одномъ случаѣ напередъ опредѣлено быть не можетъ. Одинъ случай былъ смертельный, какъ мы видимъ, у *Mignon*'а и

[585]) l. c.
[586]) l. c.

кромѣ того онъ приводитъ 3 случая сильнаго кровотеченія, хотя они и не окончились смертью. (*Schauta, Noeggerath*'а и *Красовскаго*).

При пункціи чрезъ брюшныя стѣнки смертельныя кровотеченія наблюдались чаще.

По вышеприведеннымъ причинамъ неоднократно наблюдалось и раненіе пузыря (*Wermandois* [587]). *Ольсгаузенъ* [588]) приводитъ нѣсколько такихъ случаевъ.

Къ осложненіямъ, которыя легко избѣжать, относятся обмороки больныхъ во время операціи; такіе случаи происходили при быстромъ истеченіи жидкости вслѣдствіе наступившаго малокровія мозга.

По современному состоянію оперативнаго лѣченія яичниковыхъ кистъ и по имѣющимся наблюденіямъ пункція вообще и въ частности чрезъ влагалище никакимъ образомъ не можетъ претендовать занять мѣсто среди другихъ методовъ, какъ способъ радикальнаго лѣченія кистъ и какъ палліативное средство должно имѣть очень ограниченныя показанія, въ виду тѣхъ осложненій, къ которымъ можетъ повести операція.

Хотя въ настоящее время одно изъ главныхъ осложненій — занесеніе потогенныхъ микроорганизмовъ нашими инструментами и вхожденіе воздуха въ полость кисты, дающіе поводъ къ нагноенію и даже ихорозному разложенію, какъ сказано выше, можетъ быть устранено весьма успѣшно примѣненіемъ необходимой асептической обстановки и аспиратора *Potain*'а, но другія осложненія, какъ кровотеченіе, не всегда можно предвидѣть и если пункція производится чрезъ брюшныя стѣнки, то раненіе крупнаго сосуда самой стѣнки можно избѣжать, конечно, выборомъ мѣста, но раненіе сальника, раненіе внутреннихъ органовъ, и раненіе крупнаго сосуда самой стѣнки кисты всегда возможно. Кромѣ того, такъ какъ производство операціи происходитъ безъ контроля зрѣнія, слѣдовательно возможно даже направить труакаръ не туда, куда слѣдуетъ и какъ желательно и не всегда съ точностью можно опредѣлить результаты своего пособія. Помимо всего этого нельзя никогда разсчитывать на хорошіе результаты при всѣхъ удачахъ, ре-

[587]) l. c.
[588]) *Ольсгаузенъ.*—стр. 259.

цидивъ всегда и при всѣхъ условіяхъ возможенъ, возможно и попаденіе жидкости въ брюшную полость, и если она асептична, то гибельныхъ послѣдствій не будетъ, а если содержимое гнойное (дермоидная киста, нагноеніе кисты), то непремѣннымъ послѣдствіемъ будетъ перитонитъ и смерть, а если опухоль злокачественна,—то въ такомъ случаѣ неизбѣжнымъ результатомъ будетъ зараженіе брюшины и диссеминація по всему ея протяженію.

Проф. *Hofmokl* [589]) приводитъ 124 случая пункціи, изъ которыхъ 62 salpingitis,—peri-и parametritis, 13 Haematocele и 5 кистъ, но результаты не получились утѣшительнѣе предшественниковъ.

Такъ изъ 5 кистъ—4 кисты были съ серознымъ и коллоиднымъ содержимымъ, одинъ случай—дермоидной кисты величиною съ куриное яйцо. Выздоровленіе получилось только въ 2-хъ сл., а въ 3-хъ—улучшеніе.

Въ одномъ случаѣ примѣнена была пункція и дренажъ, а въ остальныхъ пункція и аспирація.

Пытались въ концѣ концовъ сдѣлать исключеніе для кистъ широкихъ связокъ однокамерныхъ и тонкостѣнныхъ съ прозрачнымъ содержимымъ. Но, за исключеніемъ немногихъ случаевъ совершеннаго излѣченія, послѣ прокола и здѣсь констатированы были многочисленные рецидивы. *Terrillon* [590]) много раньше замѣтилъ, что пункція является ненадежнымъ средствомъ и въ случаяхъ парооваріальныхъ кистъ, а *Thornton* [591]) отвергаетъ проколъ на томъ основаніи, что именно эти кисты и содержатъ сосочковыя образованія, которыми могутъ заражать брюшину.

Въ настоящее время всѣ авторы согласны въ томъ, что ни при какихъ условіяхъ (*Славянскій* [592]), *Толочиновъ* [593]), *Львовъ* [594]) пункція не можетъ считаться радикальнымъ сред-

---

[589]) Пр. *Hofmokl.* Wiener. med. Wochenschrift. № 73. 1894. S. 546.

[590]) *Terillon.*—„A propos de la récidive des kystes parovariens après la ponction simple“ Annal de Gyn. t. 28, 1887, p. 201.

[591]) *Thornton.*—Arch. für Gyn. Bd. XXIV сообщеніе на международномъ медицин. Съѣздѣ къ Копенгагенѣ, цит. по *Рейну.* Отчетъ о 30 овaріотоміяхъ „Врачъ“ 1885 г. № 48, стр. 795.

[592]) *Славянскій.*—l. c. т. 2, стр. 257—259.

[593]) *Толочиновъ.*—Учебникъ Женскихъ болѣзней, 1897 г. стр. 365—366.

[594]) *Львовъ.*—„Врачъ“ 1895 г. № 30, стр. 837.

ствомъ, а какъ палліативное средство имѣетъ свои показанія въ слѣдующихъ отдѣльныхъ случаяхъ:

1) Въ случаяхъ, требующихъ облегченія, хотя бы и временнаго и когда существуютъ противопоказанія къ производству овaріотоміи.

2) Пробная пункція въ рѣдкихъ случаяхъ для точнаго дифференціальнаго распознаванія.

3) Подготовительная за день до производства операціи при кистахъ чрезмѣрно большой величины, чтобы избѣжать во время операціи быстраго опорожненія ея.

Разрѣзъ кисты чрезъ влагалище, т. е. ovariotomia partialis vaginal., не оставленъ и въ настоящее время. Онъ оказывается въ нѣкоторыхъ случаяхъ необходимымъ и при нѣкоторыхъ обстоятельствахъ эта операція должна быть предпочтена всякой другой. Всѣ опасности, которыя являлись послѣдствіемъ продолжительнаго сообщенія кисты съ поверхностью тѣла, т. е. возможность нагноенія, въ настоящее время при нашей обстановкѣ сводятся до нуля и въ этомъ отношеніи не представляютъ никакого противопоказанія. Въ послѣднее время показаніями къ производству служили различныя обстоятельства, на основаніи которыхъ однако можно придти къ извѣстнымъ положительнымъ заключеніямъ.

Рейнъ [595]) сдѣлалъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ въ одномъ случаѣ кисты, величиною въ кулакъ, еще не вышедшей изъ полости малаго таза и принявшей нѣкоторыя явленія ущемленія. Такъ какъ явилось предположеніе, что опухоль-однополостная киста яичника, сращенная съ окружающими частями, что при чревосѣченіи могло бы сильно затруднить полное удаленіе новообразованія, а также и въ виду нежеланія больной подвергаться чревосѣченію, рѣшено было сдѣлать проколъ опухоли чрезъ влагалище. Сначала произведено было высасываніе аппаратомъ *Potain*'а. По содержимому киста оказалась дермоидной и не смотря на принятыя мѣры, она нагноилась. Спустя двѣ недѣли пришлось проколоть вторично, на этотъ

[595]) Проф. *Рейнъ* „Врачъ“ 1885 г. № 48, стр. 795. Отчетъ о 30 овaріотоміяхъ.

разъ толстымъ труакаромъ, и дренировать кисту чрезъ задній сводъ. Спустя нѣсколько времени отверстіе было расширено ножемъ и, войдя въ полость кисты пальцемъ, удалось вынуть нѣсколько зубовъ, волосъ и косточекъ, свободныхъ и вроставшихъ въ стѣнку кисты, частью при помощи только пальца, частью острой ложечкой. Повторяя это нѣсколько разъ въ теченіе нѣсколькихъ нѣдѣль, «я выскабливалъ», говоритъ проф. *Рейнъ*, «неоднократно всю внутреннюю поверхность кисты и смазывалъ іодовой настойкой». Выздоровленіе.

Случай этотъ былъ доложенъ д-ромъ *Неелювымъ* въ Кіевскомъ акушерскомъ Обществѣ [596]) и *Рейнъ* приэтомъ высказался—«во всякомъ случаѣ вопросъ (т. е. разрѣзъ кисты чрезъ влагалище) необходимо пересмотрѣть. И надо думать, что при установкѣ строгихъ показаній проколъ или разрѣзъ кисты чрезъ влагалищный сводъ съ послѣдующимъ дренажемъ, а также въ случаѣ надобности съ выскабливаніемъ полости и впрыскиваніемъ раздражающихъ жидкостей, займетъ опредѣленное мѣсто въ числѣ способовъ предложенныхъ для коренного излѣченія кистъ яичника».

Не смотря на такое заявленіе *Рейна*, этотъ вопросъ въ дальнѣйшемъ не подвергался обсужденію и до сего времени нѣтъ точныхъ указаній, когда долженъ и можетъ производиться разрѣзъ. Проф. *Толочиновъ* [597]) этого вопроса совсѣмъ не возбуждаетъ. Проф. *Славянскій* [598]) говоритъ, что «въ случаяхъ, если бы комбинированная операція представлялась даже a priori невозможной и вообще удаленіе ни путемъ ovariotomia abdomin. ни ovariotom. vagin. также не считалось показаннымъ, то практикуется еще способъ,—вскрытіе кисты разрѣзомъ чрезъ влагалище съ послѣдовательнымъ дренажемъ полости (cystotomia vaginalis)».

Нами раньше упомянуто, что способъ этотъ съ вшиваніемъ стѣнокъ кисты въ разрѣзъ особенно рекомендовалъ *Noeggerath* [599]), но въ то время этотъ способъ казался смѣлымъ и скоро былъ забытъ.

---

[596]) Протоколы Акуш. Гинек. Общ. въ Кіевѣ т. II, выпускъ 3-й, 1888 г. Цит. по *Львову* „Врачъ“ № 30, стр. 837, 1895 г.
[597]) Проф. *Толочиновъ*.—Учебникъ женскихъ болѣзней 1897 г.
[598]) Проф. *Славянскій*.—l. c. т. II, стр. 297.
[599]) l. c.

И. М. Львовъ [600]) приводитъ свой одинъ случай и упоминаетъ объ операціи проф. *Ястребова* [601])—colporarovariocystotomiae. Этими случаями и исчерпывается вопросъ о лѣченіи кистъ разрѣзомъ влагалищнаго свода. *Львовъ* вынужденъ былъ прибѣгнуть къ такой операціи вслѣдствіе истощенія больной и безнадежнаго ея состоянія; она лихорадила, t-ra по вечерамъ достигала 39°. Верхняя граница опухоли немного выше пупка; опухоль всюду равномѣрно шаровидна и равномѣрно плотна и упруга. Очертанія ея всюду ясны. Нижнимъ своимъ отдѣломъ она далеко уходитъ въ полость малаго таза. Матка сдвинута вправо, значительно опущена и прижата кпереди.

На основаніи разспроса и данныхъ осмотра распознана нагноившаяся вслѣдствіе перекручиванія ножки киста лѣваго яичника. Киста однополостная, плотно сращенная съ окружающими частями и лежащая глубоко въ тазу.

Въ данномъ случаѣ по многимъ причинамъ нельзя было избрать чревосѣченія, именно—съ одной стороны низкое положеніе опухоли въ тазу и сильныя сращенія препятствовали этому, съ другой стороны гнойное содержаніе кисты могло гибельно отозваться на больной въ томъ случаѣ, если бы мѣшокъ лопнулъ или его пришлось вскрыть. Полному же удаленію мѣшало вѣроятное сращеніе съ сальникомъ и кишками, а между тѣмъ показанія избавить больную отъ гнойнаго мѣшка были жизненныя—больная лихорадила и слабѣла. Операція и послѣдующее теченіе подтвердило это; больная перестала лихорадить въ тотъ же день и поправилась потомъ совершенно.

Случай *Ястребова* [602]) представлялъ значительныя осложненія со стороны общаго состоянія и сопутствующихъ страданій—именно больная страдала порокомъ сердца, существовала эмфизема легкихъ и отекъ ихъ въ заднихъ доляхъ. При наличности опасности для хлороформированія и настоятельной необходимости для удаленія новообразованія, рѣшено было оперировать безъ хлороформа, per vaginam.

---

[600]) *Львовъ*.—„Врачъ“ № 30, стр. 873, 1895 „Къ вопросу о лѣченіи кистъ яичника разрѣзомъ чрезъ влагалище.

[601]) Проф. *Ястребовъ* —Colporarovariocystotomia, какъ методъ для лѣченія межсвязочныхъ кистъ „Журн. Акуш. и Женск. Бол. 1888 г., стр. 491.

[602]) Проф. *Ястребовъ*.—l. c.

Опухоль по средней линіи поднимается выше лобка; нижнимъ своимъ сегментомъ уходитъ въ малый тазъ, подвижность ея въ высшей степени ограничена. Старуха 58 лѣтъ. Тѣло матки опредѣляется надъ лѣвой горизонтальной вѣтвью и дно органа стоитъ надъ нею на $4^1/_2$ сентиметра. Матка довольно плотна, удлиннена, располагается такимъ образомъ надъ переднелѣвой поверхностью опухоли, которая нижнимъ своимъ сегментомъ занимаетъ значительную часть полости малаго таза, выполняя задній и правый своды и обусловливая данное смѣщеніе матки, которая почти неподвижна по поверхности опухоли. Въ опухоли, стѣнки которой представляются тонкими, опредѣляется ясная флюктуація. Просвѣтъ прямой кишки представляется сдавленнымъ.

Къ этому еще надо прибавить случаи *Paul Mundé* [603]). Въ своемъ подробномъ отчетѣ кратко однако упоминаетъ, что онъ чрезъ влагалище вскрылъ и дренировалъ 3 случая кистъ широкихъ связокъ, 25 случаевъ инкапсулированныхъ haematocele таза и haematoma широкихъ связокъ; 39 настоящихъ (т. е. внѣбрюшинныхъ) или ложныхъ (внутрибрюшинныхъ) тазовыхъ нарывовъ и 2 межсвязочныя яичниковыя кисты съ однимъ смертельнымъ исходомъ.

И, наконецъ, наши 2 случая (№№ 19, 20) оперированы такимъ же образомъ, благодаря наличности приведенныхъ условій.

Выгоды такихъ операцій въ соотвѣтствующихъ случаяхъ представляются значительными сравнительно съ чревосѣченіемъ и они очевидны сами собою: 1) здѣсь можно оперировать безъ хлороформа, если къ тому существуютъ противопоказанія; 2) разрѣзъ кисты чрезъ рукавъ не представляетъ тѣхъ опасностей, которыя неминуемо выступаютъ при чревосѣченіи—если нежелательно изліяніе содержимаго кисты въ брюшную полость въ тѣхъ случаяхъ, когда оно серозно; тѣмъ менѣе можно мириться съ этимъ, если киста содержитъ гнойную жидкость. Здѣсь же выдѣленія поступаютъ наружу; 3) легко приложить противогнилостныя средства; 4) вполнѣ сохраняется половой

[603]) *Paul Mundé.*—A report of the Gynecological Service of Mount Sinai Hospital from January 1—st 1883 to December 94 г. The Americ. Journal of Obst 1895, November, p. 644—681, and December 857—870.

аппаратъ женщины и 5) дается полная возможность избѣжать образованія пустыхъ пространствъ.

При лѣченіи такимъ путемъ межсвязочныхъ кистъ преимущества эти выступаютъ съ полной очевидностью и, чтобы они были еще нагляднѣе, мы разсмотримъ параллельно всѣ способы практикуемые въ настоящее время при чревосѣченіи.

Какого бы ни было происхожденіе кистъ, одна ихъ особенность играетъ рѣшающую роль на выборъ оперативнаго способа: это—присутствіе ножки, ея форма или полное ея отсутствіе. Если ножка отсутствуетъ, то киста вся цѣликомъ или отчасти только заключена въ широкой связкѣ. Такое мѣстоположеніе, какъ извѣстно, составляетъ особенность параваріальныхъ кистъ, гіалиновыхъ или сосочковыхъ, хотя межсвязочно могутъ развиваться также нѣкоторыя дермоидныя кисты и нѣкоторыя пролиферирующія, железистыя или сосочковыя яичниковыя кисты. Различіе этихъ кистъ съ точки зрѣнія анатомическихъ отношеній заключается въ сліяніи яичника съ ovaріальными кистами и въ свободномъ его положеніи при параваріальныхъ кистахъ. Съ оперативной точки зрѣнія наоборотъ онѣ составляютъ одну обособленную группу, для которой современная практика выработала слѣдующіе пріемы: 1) перевязка ножки и удаленіе опухоли по типу яичниковыхъ кистъ; 2) частичная резекція стѣнокъ кисты съ погруженіемъ остатка опухоли въ полость брюшины, или укрѣпленіемъ его въ нижнемъ углѣ брюшной раны и 3) вылущеніе опухоли.

Въ большинствѣ случаевъ параваріальныя кисты представляются въ видѣ однополостныхъ образованій съ тонкими малососудистыми стѣнками и наполненныхъ прозрачнымъ содержимымъ, въ видѣ ключевой воды низкаго удѣльнаго вѣса, который нѣсколько выше удѣльнаго вѣса воды (1002—1008). Иногда онѣ имѣютъ толстыя стѣнки съ коллоиднымъ содержимымъ и, значительно рѣже, онѣ имѣютъ много полостей, и еще рѣже встрѣчаются на стѣнкахъ опухоли на большемъ или меньшемъ протяженіи сосочковыя разрощенія. По статистикѣ *Парышева* [604]) отношеніе этихъ комбинацій таково.

[604]) *Парышевъ.*—Отчетъ V съѣзда врачей въ память Пирогова т. I. стр. 505.

Изъ 37 интралигаментарныхъ кистъ встрѣтилось 21 однополостныхъ и 16 относились къ многополостнымъ, причемъ въ 10 случаяхъ найдены сосочковыя разрощенія.

Когда новообразованіе развивается изъ наружной части широкой связки и растягиваетъ главнымъ образомъ верхній отдѣлъ широкихъ связокъ, киста эта при своемъ ростѣ получаетъ болѣе или менѣе широкую, но тонкую ножку и приближается въ этомъ отношеніи къ типу обыкновенныхъ яичниковыхъ кистъ и, слѣдовательно, можетъ быть удалена или per coeliotomiam или per vaginam, смотря по тому, каковы прочія условія, которыя имѣютъ рѣшающее значеніе. Такихъ кистъ по статистикѣ *Парышева* изъ 37 встрѣтилось 14, или 39,8%.

Когда же киста развивается изъ той части Вольфова тѣла, которая лежитъ ближе къ маткѣ, то она равномѣрно растягиваетъ широкую связку, бываетъ тогда заложена въ толщѣ ея и связана довольно рыхло съ сосѣдними частями во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было раньше никакого воспаленія. Цвѣтъ ея бѣлый съ слегка зеленоватымъ оттѣнкомъ; тонкіе сосуды ея ясно видны благодаря прозрачности оболочки. Труба обыкновенно спаяна съ наружною поверхностью кисты, которая при своемъ развитіи прежде всего разъединила трубное крыло широкой связки. Благодаря такому положенію она скоро начинаетъ оказывать давленіе на матку, затѣмъ на пузырь и кишку, нарушая правильность функцій послѣднихъ двухъ органовъ. Развиваясь главнымъ образомъ въ боковыхъ частяхъ брюшной полости, кисты эти въ исключительныхъ случаяхъ пріобрѣтаютъ нѣкоторую подвижность.

Параваріальныя кисты всегда однокамерныя, тогда какъ отличительнымъ признакомъ яичниковыхъ кистъ служитъ то, что онѣ почти всѣ безъ исключенія многокамерныя *(Pozzi)* [605]). Въ то же время обыкновенно межсвязочныя кисты, являясь доброкачественнымъ новообразованіемъ, могутъ пріобрѣсти въ высшей степени и злокачественный характеръ.

При всѣхъ кистахъ, заключенныхъ въ широкихъ связкахъ, обыкновенно легко удается отдѣленіе серознаго покрова, если

[605]) *Pozzi.*—Руководство по гинекологіи стр. 771.

не было предшествующаго воспаленія. Вслѣдствіе воспаленія, которое само является результатомъ кровоизліянія внутри кисты, (оставляющаго слѣды въ видѣ окрашиванія содержимаго и отложеній въ стѣнкахъ) вылущеніе затруднено бываетъ до крайности и брюшина можетъ быть отдѣлена только лоскутами. Кромѣ того затрудненіе здѣсь создается глубокимъ положеніемъ крупныхъ сосудовъ, подлежащихъ перевязкѣ; и, наконецъ, опасность заключается въ раненіи мочеточника, который располагается у стѣнки кисты, а иногда проходитъ между стѣнками кисть.

При такомъ положеніи кистъ чревосѣченіе дѣлается затруднительнымъ и часто не удается вылущить всего мѣшка, а приходится ограничиваться резекціей части его съ обшиваніемъ краевъ и опусканіемъ остатка въ брюшную полость. *Соловьевъ* [606]) описываетъ способъ *Лебедева*, который состоитъ въ прибавленіи къ этому перевязки art. spermaticі и v. et art. uterinae, но проф. *Склифасовскій* [607]) и проф. *Ястребовъ* [608]) считаютъ этотъ оперативный пріемъ излишнимъ. Къ тому же не всегда легко перевязать сѣмянную артерію и трудно отыскать маточную, и если прибѣгать къ обкалыванію, говоритъ *Склифасовскій*, то это составляетъ уже невѣрный хирургическій пріемъ.

При кистахъ, гдѣ найдены или предполагаются сосочковыя разрощенія, такой уходъ за ножкой не примѣнимъ. Въ этихъ случаяхъ, къ счастію рѣдкихъ, приходится, если не удается полное вылущеніе, выводить остатки мѣшка наружу, вшивая стѣнки его въ разрѣзъ брюшной раны. Въ такихъ случаяхъ, такъ какъ стокъ отдѣляемаго затрудняется до чрезвычайности и самое выздоровленіе замедляется, можно прибѣгать къ зашиванію мѣшка изъ брюшной полости, прокладывая тогда дренажъ во влагалище.

Теперь является вопросъ, зачѣмъ удалять стѣнки цѣликомъ при однополостной кистѣ безъ сосочковыхъ разрощеній и прибѣгать для этого тѣмъ болѣе къ чревосѣченію? Если бы

---

[606]) *Соловьевъ*.—Оперативная гинекологія стр. 300.
[607]) Проф. *Склифасовскій*.—„Еще 35 овaріотомій“ „Врачъ“ 1895 г., № 48, стр. 816.
[608]) Проф. *Ястребовъ*.—l. c.

при такихъ условіяхъ встрѣтились сращенія и другія затрудненія, по которымъ нельзя удалить всего мѣшка, то все равно часть его можетъ оставаться безъ всякаго вреда для больной. Въ этомъ случаѣ colpocystotomia можетъ вполнѣ замѣнить coeliocystotomiam. Она является здѣсь одинаково радикальной операціей, какъ и чревосѣченіе. Нѣтъ надобности извлекать всего мѣшка; по изсѣченіи части его питаніе разстраивается, а остающаяся часть мѣшка облитерируется и заживаетъ гораздо скорѣе, чѣмъ это бываетъ при чревосѣченіи. Кромѣ того при такомъ способѣ мы избѣжимъ много различныхъ затрудненій, связанныхъ съ обкалываніемъ мѣшка и съэкономимъ время, которое тратится на эту кропотливую работу, гдѣ требуется тщательность и крайняя щепетильность во всемъ.

Если же мы имѣемъ предъ собою кисту съ сосочковыми разрощеніями и пріобрѣвшую, слѣдовательно, злокачественный характеръ, то, разумѣется, такое поведеніе одобрено быть не можетъ. Необходимо полное удаленіе мѣшка во избѣжаніе зараженія брюшины и происходящихъ отсюда послѣдствій. Если же однако, почему либо нельзя сдѣлать полнаго удаленія мѣшка или существуетъ вообще въ данномъ случаѣ противопоказаніе къ чревосѣченію, то colpocystotomia имѣетъ всѣ права на производство и въ такомъ случаѣ имѣетъ опять огромное преимущество предъ частичнымъ изсѣченіемъ мѣшка per coeliotomiam. Мы создаемъ здѣсь совершеннѣйшій дренажъ, чего сдѣлать съ такимъ удобствомъ мы не можемъ, вшивая остатки мѣшка въ нижій уголъ брюшной раны, поэтому и запустѣніе мѣшка здѣсь наступитъ скорѣе и мы, слѣдовательно, получимъ выгоду и въ смыслѣ скорѣйшаго заживленія и экономіи во времени при операціи, такъ какъ здѣсь мы избѣгаемъ сложнѣйшей части работы при обшиваніи мѣшка, которая связана съ особенными техническими трудностями, тѣмъ болѣе если потребуется зашиваніе мѣшка наглухо и проведеніе дренажа чрезъ рукавъ.

Кстати сказать, что сращенія, бывающія въ началѣ рыхлыми, становятся все болѣе и болѣе крѣпкими и плотными. Встрѣчались случаи, говоритъ *Pozzi* [609]), гдѣ передняя по-

[609]) *Pozzi*. Руководство по Гинекологіи стр. 776.

верхность кисты была настолько крѣпко спаяна съ брюшиной, что операторы отсепаровывали эту послѣднюю отъ брюшныхъ стѣнокъ на довольно большомъ пространствѣ, полагая, что они отдѣляютъ самую кисту. Сращенія кромѣ того могутъ быть настолько велики съ сальникомъ и столь богаты сосудами, что могутъ получать этимъ путемъ главный подвозъ питательнаго матеріала.

При многополостныхъ и множественныхъ кистахъ еще *Snetter* [610]) и *Noeggerath* [611]) пользовались влагалищнымъ разрѣзомъ и получали сравнительно хорошіе результаты. *Schauta* [612]) для межсвязочныхъ кистъ не видитъ вообще противопоказанія къ влагалищной оваріотоміи со стороны сращеній; не смотря на обиліе и плотность послѣднихъ, онѣ выдаются значительно во влагалище и тѣмъ создаются выгодныя условія для операціи; приэтомъ онъ положительно высказывается за влагалищный путь, приравнивая его къ кускованію матки, т. е. сначала прокалывается одна полость, затѣмъ другая и т. д. и приэтомъ онъ, какъ и *Wertheim* [613]) настаиваетъ на полномъ вылущеніи мѣшка, не боясь кровотеченія. *Wertheim* [614]) на основаніи своихъ двухъ случаевъ пришелъ къ тому заключенію, что это вылущеніе удается легко, безъ потери крови. Если бы былъ раненъ брюшинный покровъ, то ни тотъ, ни другой этому значенія не придаютъ.

Ястребовъ [615]) при многополостныхъ и множественныхъ кистахъ настаиваетъ на полномъ удаленіи мѣшка чрезъ чревосѣченіе и только при извѣстныхъ противопоказаніяхъ онъ рекомендуетъ colpocystotomiam. При множественныхъ же кистахъ онъ считаетъ colpocystotomiam для большинства случаевъ родикальной, такъ какъ при запустѣніи и облитераціи главной полости, если бы осталась незамѣченной въ стѣнкѣ ея маленькая киста, то говоритъ онъ, «ее можно оставить спокойно, такъ какъ малыя кисты въ широкихъ связкахъ встрѣчаются часто, не вызывая никакихъ припадковъ».

---

[610]) l. c.
[611]) l. c.
[612]) *Schauta*.—l. c.
[613]) *Wertheim*.—l. c.
[614]) l. c.
[615]) Проф. *Ястребовъ*.—l c.

Такимъ образомъ, подводя итоги всему по этому поводу сказанному, необходимо придти къ тому выводу, что, какъ говоритъ *Schauta* [616]), межсвязочныя кисты всѣ должны быть удаляемы чрезъ влагалище, не смотря на сращенія. При такихъ условіяхъ облегчается и дальнѣйшій образъ дѣйствій, т. е. если возможно удалить цѣликомъ опухоль, слѣдуетъ сдѣлать ovarioectomiam vaginalem, если же нельзя этого сдѣлать, то мы удалимъ часть мѣшка и воспользуемся приэтомъ всѣми преимуществами влагалищнаго метода, о которыхъ говорено раньше. Чревосѣченіе при межсвязочныхъ кистахъ, когда онѣ выпячиваются во влагалищный сводъ, очень затруднительно и едва ли часто при такихъ условіяхъ удастся удалить мѣшокъ цѣликомъ, между тѣмъ въ силу такого ихъ положенія влагалищный путь является особенно удобнымъ и представляетъ столько выгодъ даже и въ томъ случаѣ, когда приходится удалять мѣшокъ частично.

Такимъ образомъ выводы могутъ быть формулированы слѣдующимъ образомъ:

1) Colpoparovariocystotomia при однополостныхъ кистахъ является радикальной операціей и при межсвязочныхъ кистахъ при этомъ условіи всегда показана, а при прочихъ яичниковыхъ кистахъ—при противопоказаніяхъ къ чревосѣченію.

2) Частичное удаленіе мѣшка чрезъ рукавъ во всѣхъ случаяхъ нужно предпочесть таковому же удаленію per coeliotomiam.

3) Многополостныя и множественныя межсвязочныя кисты должны быть удаляемы чрезъ влагалище на равнѣ съ однополостными.

4) Мѣстомъ для производста colpocystotomiae предпочтительно долженъ служить задній сводъ.

---

[616]) *Schauta.*—l. c.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Иностранная.

A d e n o t.—Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève), Bull. méd., 1896, p. 857.

A l b a n D o r i a n.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 874.

E u g e n A r e n d t (Berlin).--Ueber das Klemmverfahren bei vaginalen Radicaloperationen. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 18, S. 505.

B o i s l e u x.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1056.

E. B a u d r o n.—De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des Lésions bilatérales des Annexes de l'Utérus (Opération de Péan). Paris, 1894.

B a k e r.--Vaginal ovariotomy. New-Jork.—Med. Journal. 1892, p. 250—253.

B a t t e y.—Extirpation of the functionelly active ovaries of the remedy of othervise incurable diseases. Transaction of the Amer. Gynaecolog. Society. 1876, v. I, p. 101—120.

B a u m (Breslau).—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 812.

B a z y.--Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 189—195.

Bull. et Mèm. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 615.

B o l d t.—The Amer. Journal of Obst., 1895, p. 1, 894, 897.

B o n n e c a s e.—Valeur et indication de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. Thèse de Paris. 1889.

W e s l e y B o v é e.— The Amer. Journal of Obst., v. 34, 1896.

B o u i l l y.—De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes, salpingées et ovariennes (Soc. de Chir., 1890). Arch. de Tocol., 1890, t. 17, p. 634—644 и Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 500—508.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 178—185.

Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 834—836.

Arch. de Tocol., 1886, p. 1080.

B r i n d e l.—Centralbl. f. Gyn., Bd. XIX, № 3, S. 89.

B u m m (Basel).—Ueber Ovariotomie von der vagina aus. Centralbl. f. Gyn., 1896, Bd. 20, S. 313.

H. B y f o r d.—Removal of the uterine appendages and Small ovarian by vaginal section. The Amer. Journal of Obst., 1888, p. 337.

Vaginal oophorectomy, fibrome of fallopian tuba, haematoma and cystic degen of ovaries, haematosalpinx, retroversio with adhaesions, explorat incision through the cul-de-sac of Douglas. Amer. Journal of Obst., 1892, p. 334—338.

Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Chaleix-Vivié.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 861.

Chéron.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1234.

Chroback.—Centralbl. f. Gyn., 1896 № 50, S. 1277. (Засѣданіе Акуш.-Гинек. Общества въ Вѣнѣ).

Centralbl, f. Gyn., 1897, S. 813.

Condamin.—De la salpingo-ovariotripsie et de l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1894, t. 42, p. 375.

Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Degrilage.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231.

Delagénière.—Centralbl. f. Gyn., 1895, Bd. 19, S. 548. (Изъ 8-го Собранія французскихъ хирурговъ въ Ліонѣ, 9—13 октября 1894 г.).

Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232—1233.

Döderlein.—Centralbl. f. Gyn., 1896, № 3, S. 72.

Zur Technik der vaginalen Totalextirpation, Klammern oder Ligatur? Centralbl. f. Gyn., 1897, № 3, S. 74.

Centralbl. f. Gyn., 1897, № 25, S. 810.

Doléris.—Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève) Bnll. méd., 1896, p. 872.

Doyen.—324 opérations sur l'utérus et ses annexes. Arch. prov. de chir., 1892, p. 435—536

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, t. 65 p. 1057—1058.

Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd. 1896, p. 852.

Dührssen.—Ueber eine neue Methode der Laparotomie. Berlin. klin. Wochenschrift, 1894, № 29, S. 673 и № 30, S. 695.

Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1896, Bd. 34, S. 152.

Ueber vaginale Köliotomie bei zwei Fällen von Tubenschwangerschaft. Centralbl. f. Gyn., 1895, № 15, S. 385.

Duret.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd. 1892, p. 1233.

Engström.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 861.

H. Fehling.—Ueber Ovariotomie von der vagina aus. Centralbl. f. Gyn., 1896, № 30, S. 779.

Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 812.

Félix.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1234.

Goodell.—A case of vaginal ovariotomy; transaction of the Amer. Gynaecolog. society. 1877, v. II, p. 257—278.

Granwille Bantock.—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 872.

Gottschalk.—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1894, S. 348.

Berlin. klin. Wochenschrift, 1894, № 30, S. 700.

Goullioud.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

Henrotay.—Behandlung der Extra-uterine-Schwangerschaft. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 29, S. 927.

Henrotin.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 848—849.

Hartmann.—Congrès périodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 850.

Annal de Gyn. et d'Obst., 1894, t. 42, p. 154—157.

Hofmokl.—Wien. med. Wochenschrift. 1894, № 12, S. 546.

Jacobs.—Centralbl. f. Gyn., 1894, Bd. XVIII, S. 1310.

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231,

Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 853.

Congrès pèriodique intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd. 1896, p. 861.

Howard Kelly.—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 836.

Kossmann.—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. XXXII, S. 507.

Krug.—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 8, S. 216.

Küstner.—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 857.

Laroyenne.—De l'ablation par le vagin des annexes de l'utérus enkystées dans une pelvi-péritonite. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1893, t. 40, p. 5—12.

Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 854.

Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Leopold Landau.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1895, № 38, S. 821.

Arch. f. Gyn., Bd. 46, S. 397.

Th. Landau.—Zum Thema der vaginal.-Radicaloperat. Centralbl. f. Gyn., 1895, S. 309.

Max Landau.—Ueber abdominale und vaginale Operationsverfahren. Arch. f. Gyn., Bd. 46, S. 101.

L. und Th. Landau.—Die vaginale Radicaloperation. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 1, S. 14—16.

L. Landau—Entgegnung an Herrn Sänger. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 2, S. 42.

La Torre.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève), Bull. méd., 1896, p. 870—871.

Lauwers.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1234.

Le Bec.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892 p. 1233.

Lawson-Tait.—Sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines. Commun. faite au Congrès français de chir. Annal de Gyn. et d'Obst., avril, 1891, p. 239.

Leopold.— Zur vaginalen Totalextirpation des Uterus und der Adnexe etc. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 22, S. 684.

Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Gaz. des Hôp., 1896. p. 1066.

Lucas-Championnière.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 222—224.

Morre Madder.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

Mac. Madden.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1057.

Mangin.—Congrès périod. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 860.

Mackenrodt.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1896, S. 237.

Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1896, Bd. 34, S. 348.

Die vesicofixatio uteri. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 21, S. 629.

A. Martin.—Monatschrift f. Geb. und Gyn., 1895, H. 2, S. 109—120.

Deutsche med. Wochenschrift. (Berlin. Med. Gesellsch. Sitzung am 9. Decemb. 1896), № 1, 1897.

Centralbl. f. Gyn., 1897, № 25, S. 813.

Meinert.—Incision von Tubarsäcken von der Vagina aus. Gyn. Gesellsch. zu Dresden, 12 April 1888. Centralbl. f. Gyn., 1888, № 31, S. 505—506.

Mignon.—Du traitement des kystes de l'ovaire par la voie vaginale. Thèse de Paris. 1878.

Aaron Miller.—The Amer. Journ. of Obst. 1896, v. 34, p. 340.

Monlonguet.—Hystérectomie vaginale. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 35, S. 1067.

Monod.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.

Müller.—Eine Modification der vaginalen Totalextirpation des Uterus. Centralbl. f. Gyn., 1882, № 6, S. 113 и 115.

Paul Mundé.—A Report of the Gynaecological Service of Mount Sinai Hospital, from January 1-st 1883 to December 1894. The Amer. Jonrn. of Obst. etc. 1895. November, p. 644—681 and December. p. 857—890.

Olshausen.—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 812.

Orthmann.—Zeitschrift f. Geb. und Gyn., 1894, Bd. 28, S. 169.

Pagny.—La Colpotomie anterieure. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1896, t. 45, p. 436—452.

Palaillon.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.

Pauchet.—Thèse de Paris, 1896, Centralbl. f. Gyn., 1897, № 22, S. 684.

Péan.—Bull. méd.. 1890, p. 633—636 (Сооб. на X Международномъ Съѣздѣ въ Берлинѣ).

Bull. méd., 1890, p. 817.

Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1229—1231 и Gaz. des Hôp., 1892, p. 1042.

Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 851.

Paul Petit.—Congrès périod. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 861.

Phannenstiel (Breslau).—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 813.

Pichevin.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

Congrès period. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 858.

Polk.—Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 24. (Изъ Amer. Gynaecolog. and Obst. Journal, 1895, April и Mai).

Congrès period. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 859.

Popelin.—Annexites unilatérales opérées par la voie vaginale. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst. № 5. Cit.-Jahresbericht. 1893, S. 165.

Pozzi.—Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 203—210.

Pozzi (Ruggi).—Salpingoëctomia vaginalis. Centralbl. f. Gyn., 1895, S. 88.

Nouveau mode de suture. Gaz. des Hôp., 1894, p. 166.

Congrès period. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 859.

Queirel.—Congrès period. intern. de Gyn. et d'Odst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Quénu.—De l'hystérectomie vaginale par section médiane de l'utérus dans le traitement des suppurations pelviennes. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1892, t. 18, p. 331.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 613—642.

Rapin.—Congrès period. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 873.

Reclus.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 614.

Paul Reynier.—Congrès period. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 854.

Congrès périodique international de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 862.

Richelot.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 185—189.

Résultats éloignés de l'ablation des annexes (Communication faite au Congrès français de Chirurgie). Ann. de Gyn. et d'Obst., 1891, t. 35, p. 257.

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231.

Congrès period. intern. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 849.

Rouffart.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.

Routier.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1890, t. 16, p. 508—510.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 213—218.

Rubeska.—Monatschrift f. Geb. und Gyn., 1895, Bd. 2, S. 193.

Sabino Coehlo.—Congrès period. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 860.

Sänger.—Congrès period. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève Gaz.). des Hôp., 1896, p. 1057—1059.

Geb.-Gyn. Gesellsch. Leipzig. Centralbl. f. Gyn., 1896, S. 70.

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1232.

Ueber vaginale Klemmen-Hysterectomie. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 3, S. 65.

Congrès période. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 837.

Schauta.—Centralbl. f. Gyn., 1893, № 22, S. 502.

Centralbl. f. Gyn., 1895, № 29, S. 779.

Ueber die Indicationen, die Technik und die Erfolge der Adnexoperationen. Deutsche Wochenschrift. 1894, № 5, S. 97.

Lehrbuch der gesammten Gynäc., 1896, S. 1143—1144.

Wien. med. Wochenschrift. 1897, № 1, S. 1.

Schwarz.—Congrès période. internat. de Gyn. et d'Obst. (Genève). Bull. méd., 1896, p. 862.

Paul Segond.—De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1891, t. 35, p. 161. (Communication faite à la Societé de Chirurgie le 25 fevrier, 1891).

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 153—177.

Rapport sur les suppurations pelviennes. Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1227—1229.

L'hystérectomie vaginale dans l'ablation de certaines tumeurs des annexes. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1894, t. 42, p. 326.

Ueber bilaterale adnexielle Tumoren, die den vaginalen Weg mit Hysterectomie fordern. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 35, S. 1066.

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. (Bruxelles). Bull. méd., 1892, p. 1239.

Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892. t. 65, p. 1057.

Siefert.—Deutsche med. Wochenschrift. 1896, № 29, S. 462.

Heywood Smith.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1057.

Stouffs.—Extra-uterine Schwangerschaft per vaginam operirt. Centralbl. f. Gyn., 1897, № 7, S. 201—202.

Steffeck.—Berlin. klin. Wochenschrift, „Coeliotomia vaginalis". 1896. S. 978.

Steinthal.—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 6, S. 153.

G. Thomas.—Vaginal Ovariotomy. The Americ. Journ. of the Medic. Sciences. 1870, p. 387.

Teploff.—Ueber Entfernung der Adnexe und ihrer Neubildungen vom hinteren Scheidengewölbe aus. (Colpot. post.). Centralbl. f. Gyn., 1895, S. 671,

Terrier.—Bull. et Mém. de la Societé de Chirurgie. 1890, t. 16, p. 513.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 218—222.

Terrillon.—Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 196—203.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1891, t. 17, p. 606—613.

Ablation des ovaries.—Opération de Battey. Le progrès médic., 1888 p. 225—228.

A propos de la recidive des kystes paraovariens après la ponction simple. Ann. de Gyn. et d'Obst., 1889, t. 28, p. 201.

Tournay.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd. 1892, p. 1233.

W. Travers.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Gaz. des Hôp., 1892, p. 1057.

Vallin.—Thèse de Paris, 1887, p. 158—161, 147. „Situation et prolapsus des ovaires".

Vogel.—Wien. med. Wochenschrift. 1894, № 38, S. 1625 (изъ клиники Landau).

I. de Vos.—Centralbl. f. Gyn., 1887, S. 225.

Vuilliet.—Congrès internat. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.

Walton.—Congrès intern. de Gyn. et d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1233.

Weinlechner.—Centralbl. f. Gyn., 1897, № 50, S. 1277. (Засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Вѣнѣ).

Wendeler.—Berlin. klin. Wochenschrift. 1896, S. 11.

Werder.—Amer. Journ. of Obst., 1895, v. 32, p. 834.

Wertheim.—Centralbl. f. Gyn., 1896, Bd. 20, S. 716. (Изъ оффиціальнаго протокола засѣданія Общества въ Вѣнѣ 3/III 1896).

Wien. klin. Wochenschrift. 1897, № 6, S. 140.

Centralbl. f. Gyn., 1896, № 50, S. 1277. Засѣд. Акуш.-Гинек. Общ. въ Вѣнѣ.

Centralbl. f. Gyn., 1897, S. 813.

Ch. Willems.—Congrès internat. de Gyn. d'Obst. Bruxelles. Bull. méd., 1892, p. 1231.

Clifton Wing.—The Boston and Surgical Journ., 1896, v. II, p. 516—523. Vaginal Ovariotomy.

Zweifel.—Ueber Salpingo-oophorectomie. Arch. f. Gyn., Bd. 39, H. 3 S. 353.

2) Русская.

Александровъ. О современномъ консервативномъ направленіи въ гинекологіи. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1896 г., стр. 275.

Веберъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895 г., стр. 911. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1896 г., стр. 107.

Гофмейеръ. Очеркъ Основъ Гинекологическихъ Операцій. 1893 г., стр. 304—321; 367—369; 440.

Dührssen. XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., № 35, стр. 982.

Коганъ. Диссертація 1897 г.

Küstner. XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., стр. 890.

Kossmann (Berlin). Рефер. Врачъ 1897 г., № 7, стр. 10.

Пр. Лебедевъ. Врачъ 1896 г., № 1, стр. 1.

XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г. стр. 893.

Львовъ. Къ вопросу объ удаленіи кистъ яичника и придатковъ матки чрезъ влагалище. Врачъ 1892 г., № 11 и № 46, стр. 254—255 и 1160—1162.

Къ вопросу о лѣченіи кистъ яичниковъ разрѣзомъ чрезъ влагалище. Врачъ 1895 г., № 30, стр. 837.

Къ ученію о вылущеніи (enucleatio) большихъ межуточныхъ міомъ матки чрезъ влагалище. Врачъ 1897 г., № 23, стр. 647.

A. Martin. Патологія и Терапія Женскихъ болѣзней. 1885 г., стр. 456.

XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., № 35, стр. 982—983.

Мироновъ. Чревосѣченіе и влагалищный путь въ гинекологіи. Журн. Акушер. и Женск. бол. 1896 г., стр. 680.

Ольсгаузенъ. Болѣзни яичниковъ. Руководство по Общей и Частной Хирургіи Питы и Бильрота 1879 г., стр. 242—299; 302—303; 448—452.

XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г. стр. 893.

Парышевъ. Отчетъ V Съѣзда врачей въ память Н. И. Пирогова. т. I, стр. 505.

Pichevin. XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., стр. 893.

Paul Poirier. Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'utérus, des annexes et du peritoine pelvien. Реф. Журн. Акуш. и Жен. бол. 1891 г., стр. 756.

Pozzi. Руководство по Гинекологіи. Изданіе Библіотеки Врача. стр. 702—771.

Пр. Рейнъ. Протоколы Акуш.-Гинек. Общества въ Кіевѣ 1892 г., т. V, стр. 26—28.

Н. І. Рачинскій. О смѣшанномъ швѣ послѣ чревосѣченія. XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Еженедѣльникъ 1897 г., № 37, стр. 586.

Пр. Склифосовскій. Еще 35 овaріотомій. Врачъ 1885 г., № 48, стр. 816.

Пр. Кр. Ф. Славянскій. Частная Патологія и Терапія женскихъ болѣзней, т. II, стр. 74—103; 316; 257—259.

Мѣсяцъ клинической жизни. Журн. Акуш. и Жен. бол. 1896 г., стр. 211.

Пр. Вл. Ф. Снегиревъ. Маточныя Кровотеченія. 1895 г., отдѣлъ Оперативной Гинекологіи, стр. 105, 111.

Соловьевъ. Оперативная Гинекологія. 1885 г., т. III, стр. 364, 365 и 300.

В. В. Сутугинъ. О показаніяхъ къ оскопленію. Врачъ 1885 г., № 20, стр. 317.

Типяковъ. Врачъ. 1892 г., № 38, стр. 954—955.

Тепловъ. Объ удаленіи придатковъ матки и ихъ новообразованій чрезъ задній сводъ (Colpot post.). Врачъ. 1894 г., стр. 1287—1288.

Медицинскій отчетъ по Гинекологическому отдѣленію Казанской Губернской больницы 1897 г. Врачъ 1897 г., № 9, стр. 269.

Пр. Толочиновъ. Руководство женскихъ болѣзней. 1897 г. стр. 365, 366, 337, 336.

Пр. Федоровъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895 г., стр. 775—787.

Fritsch. Женскія болѣзни. 1889 г., 2-е русское изд.—по 3 нѣмецк. изд.

Карлъ Шредеръ. Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. 3-е русское изд. Практ. Медиц. 1895 г., стр. 431.

Пр. Ястребовъ. Colporarovariocystotomia, какъ методъ для лѣченія межсвязочныхъ кистъ. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1888 г., стр. 491.

Zweifel. XII Международный Съѣздъ врачей въ Москвѣ. Врачъ 1897 г., № 35, стр. 893.

VI.

Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. К. Ф. Славянскаго за 1894 и 1895 гг. *).

Д-ра М. Н. Порошина.

(Окончаніе).

Отхожденіе ручекъ отъ передней поверхности туловища и прорѣзываніе ихъ рядомъ съ головкой встрѣтилось 40 разъ (2,59%): 18 разъ у I-ragae, 12—у II-ragae, 4—у III-ragae, 3—у IV-рага и по разу у V—VII и IX рага. Въ 34-хъ случаяхъ роды были срочные, въ 5 преждевременные. 18 разъ прилежала правая ручка (13 разъ при 2 затылоч. пол. з. в.) 20 разъ—лѣвая (16 разъ при 1 затыл. пол. п. в.) и 2 раза обѣ (1 зат. п. в.).

Положеніе плода было: 1 затыл. пер. в. 22 раза
» » » 2 » зад. в. 18 разъ

Узкіе тазы съ conjug. ext. въ 17,5 cmtr. встрѣтились 2 раза; conjug. ext. въ 18 и 18,5 cmtr. встрѣтилась 10 разъ, въ 19 и 19,5—12 разъ, въ 20 cmtr.—11 разъ и въ 21 cmtr.—3 раза. Изъ 18 I-ragae разрывы промежности произошли у 7 роженицъ и изъ 12 II-ragae—у двухъ.

Прорѣзываніе плечиковъ вмѣстѣ съ ручками наблюдалось 26 разъ (1,68%): у I-рага—13 разъ, у II-рага—8 и у M-рага 5 разъ. Въ 12 случаяхъ вмѣстѣ съ плечиками прорѣзалась

*) См. „Журн. Акуш. и Женск. болѣз." за Сентябрь 1897 г. стр. 1009 и за Октябрь стр. 1246.

правая ручка (6 разъ 2 зат. пол. задн. в.), въ 10—лѣвая (8 разъ—1 зат. п. в.) и въ 4-хъ обѣ.

1	затыл.	пол. пер. в. было . .	17 разъ
2	»	» зад. в. » . .	9 »

Въ 22 случаяхъ роды были срочные и въ 4-хъ преждевременные. Con. ext. въ 17 и 17,5 cmtr. встрѣтилась по 1 разу. Изъ 18—18,5 cmtr.—6 разъ; 19 cmtr. 7 разъ; 20 с.—7 разъ; 21 cmtr.—3 раза и 22 cmtr.—1 разъ. Разрывъ промежности произошли у 6 изъ 13 I-parae и у одной II-para.

Въ шести случаяхъ *плечики прорѣзались въ поперечномъ размѣрѣ* таза.

Неправильности со стороны плодныхъ оболочекъ.

Задержаніе плодныхъ оболочекъ встрѣтилось 37 разъ, (2,39%) не считая выкидышей. Изъ роженицъ—12 были первородящія, 7 второродящія и 18—многородящія. Въ 27 случаяхъ роды были срочные, въ 10—преждевременные. Послѣдовый періодъ велся по *Credé* и продолжался въ 3-хъ случаяхъ меньше 5 мин., въ 20 отъ 5—10; въ 8 отъ 15—20 и въ 5 отъ 25—35. Въ одномъ случаѣ были уличные роды. Въ 30 случаяхъ осталось только большая или меньшая часть оболочекъ, въ 7—оболочки остались почти цѣликомъ. 2 раза оставшіяся оболочки были удалены массажемъ и рукой, введенной во влагалище, въ остальныхъ случаяхъ примѣнялась выжидательная терапія, оболочки большею частью выходили сами на 3—4 день.

Послѣродовый періодъ протекалъ такъ:

Здоровыхъ было	22	= 59,5%
Лихорадившихъ однократно	6	15 = 40,5%
» многократно	3	
Болѣвшихъ эндометритомъ	5	
» параметритомъ	1	

Общій % лихорадившихъ=40,5. Какъ видно, задержаніе плодныхъ оболочекъ неблагопріятно вліяетъ на послѣродовый періодъ.

Слишкомъ толстыя оболочки отмѣчены 1 разъ у IX-para при срочныхъ родахъ. Вслѣдствіе неподатливости оболочекъ

началось преждевременное отдѣленіе послѣда. Оболочки тотчасъ же были разорваны, и плодъ щипцами извлеченъ мертвымъ.

Двойныя предлежащія воды встрѣтились 1 разъ; III-para, роды срочные. При полномъ открытіи вскрытъ былъ напряженный плодный пузырь; вышло нѣсколько ложекъ чистой жидкости; при изслѣдованіи въ зѣвѣ прощупывался другой пузырь, который былъ также вскрытъ; вышло значительное количество грязныхъ водъ.

Mola hydatidosa (myxoma chorii) встрѣтилась два раза, (0,13%) у I-para и у VI-para. I-para поступила въ клинику съ жалобой на кровотеченіе и боли. Беременна 5-ый мѣсяцъ. При изслѣдованіи матка увеличена соотвѣтственно указанному сроку, шейка пропускаетъ палецъ. Въ виду кровотеченія влагалище послѣ надлежащей дезинфекціи затампонировано ватными шариками, послѣ чего родовыя боли усилились и вскорѣ вышелъ пузырный заносъ величиною съ дѣтскую голову. Въ послѣродовомъ періодѣ двукратное повышеніе t^0 на 2 и 1 день (38,4—38,2). Относительно VI-para подробностей въ листкѣ не указано. Вѣсъ заноса 800 grm. Въ послѣродовомъ періодѣ endometritis levis (max 39^0).

Неправильности со стороны околоплодныхъ водъ.

Очень большое количество околоплодныхъ водъ отмѣчено 27 разъ (17 въ 1894 г. и 10 въ 1895 г.) или въ 1,74% всѣхъ родовъ. Въ 10 случаяхъ воды вмѣстѣ съ тѣмъ были и грязныя. Изъ роженицъ первородящихъ было 4 и повторнородящихъ 23. Положеніе плода было: 1 затыл.—14 разъ, 2 затыл.—12 и лицевое—1 разъ. Мальчиковъ родилось 13, дѣвочекъ 24, живыхъ 25 и мертвыхъ 2 (при лицевомъ положеніи—1 и выпаденіе пуповины другой). Изъ осложненій наблюдалось выпаденіе пуповины 3 раза. Узкіе тазы отмѣчены 3 раза. Оперативныя пособія были: искусственное вскрытіе пузыря—1 разъ, внутренній поворотъ плода на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ—2 раза (лицев. пол. и выпад. пуп.). Puerperium—norma у 18 родильницъ, 5 лихорадило, 1 болѣла эндометритомъ и 3—параметритомъ. Въ одномъ случаѣ роды были преждевременные, въ остальныхъ срочные.

Грязныя воды встрѣтились въ 140 случаяхъ (81 въ 1894 и 59 въ 1895 г.), исключая роды мацерированнымъ плодомъ, или въ 9,06% всѣхъ родовъ. Въ 10 случаяхъ отмѣчено многоводіе, а въ 4-хъ воды вмѣстѣ съ тѣмъ были и вонючія. I-рагае было 47, M-рагае 93. Срочные роды были въ 111 случаяхъ, въ 29—преждевременные. Положеніе плода было 1-е затыл.—90 разъ, 2-е затыл.—49; 1-е ягод.—3, и 2-е ягод.—2 раза. Всего родилось 144 плода, такъ какъ въ 4-хъ случаяхъ были двойни; мальчиковъ 63 и дѣвочекъ 81; живыхъ 133, мертвыхъ 11; умерло вскорѣ послѣ рожденія 4. Осложненія наблюдались: слабость болей 12 разъ; eclampsia s. partu 3 раза. Узкіе тазы отмѣчены 17 разъ. Оперативныя пособія примѣнялись: наложеніе щипцовъ—12 разъ, извлеченіе за тазовой конецъ—2 раза, краніотомія—2 раза и ручное удаленіе послѣда—1 разъ. Puerperium—norma у 87 родильницъ, остальныя лихорадили: 14 однократно, 4 двукратно, 10 многократно, 11 болѣло эндометритомъ, 10 пара и периметритомъ, 1 эндопараметритомъ, 2 перитонитомъ и 1 дизентеріей. 3 послѣднихъ родильницы умерли отъ указанныхъ заболѣваній.

Неправильности со стороны дѣтскаго мѣста.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста за отчетное время встрѣтилось 6 разъ или въ 0,388% (2 въ 1894 г. и 4 въ 1895 г.). Въ 4-хъ случаяхъ предлежаніе послѣда было краевое и въ 2-хъ полное. Теченіе и исходъ родовъ при этомъ осложненіи приведены въ нижеслѣдующей таблицѣ.

Какъ видно изъ таблицы, для дѣтей исходъ родовъ получился очень неблагопріятный; живымъ родился только 1 плодъ. Для матерей исходъ получился тоже неблагопріятный. Нормальный послѣродовой періодъ продѣлали только двѣ родильницы, три лихорадили, при чемъ двѣ изъ нихъ болѣли локализованными формами. Теченіе родовъ у нихъ было тяжелое; роды кончены оперативнымъ путемъ. Одна роженица умерла не разрѣшившись отъ остраго малокровія. Послѣдній случай приводимъ подробнѣе: Роженица II-рага, 23 лѣтъ, привезена 23/IV 1895 г. въ 1 ч. 15 м. дня изъ Самсоніевскаго родильнаго пріюта въ безсознательномъ состояніи, безъ пульса. При изслѣдованіи зѣвъ открытъ на палецъ, съ правой стороны прощупывается часть

1438

№№ родовъ.	Возрастъ.	Которые роды.	Срокъ беременности.	Предлежаніе послѣда.	Положеніе плода.	Продолжительность родовъ.	Состояніе роженицъ.	ПОСОБІЕ ПРИ РОДАХЪ.	Младенецъ.	Puerperium.	День выписки.
1894 г.											
33	32	IV	6 м.	Краевое.	1 ножное.	9 ч. 50′	Удовлет.	Chin. muriat	400 gm.	Norma.	5
90	30	V	Срочн. р.	Полное.	1 з. п. в.	—	anaem. acuta.	Tamponatio. Versio f in paed. extr. sub. Solutio plac. man. . . .	м.—(асф) м.	Endoparam.	14
1895 г.											
27	41	XIII	8 м.	Краевое.	2 з. з. в.	9 ч. 10′	Удовлет.	Тампонація Dirupt. vel	м.—1800 м.	Norma.	5
184	23	II	10 „	Полное.			Удовлет.	Sectio Caesavea p. mortem . . .	м.	† s. p.	—
704	44	XVII	9 „	Краевое.	1 з. п. в.	18 ч. 25′	anaem. acuta.	Тампон. Dirup. Velam	м.—2500 ж.	Одн. пов. t.	6
502	21	I	9 „	Краевое.	2 з. з. в.	45 ч. 15′	anaem.	Craniotomia. Ruptur. vag. post. .	м.—2450 ж.	Colpit.	18

55

дѣтскаго мѣста. Сейчасъ же былъ разорванъ пузырь и влагалище затампонировано. Головка вставилась во входъ таза. Для приведенія роженицы въ чувство были примѣнены горячія клизмы; ol. camphoratum, aether sulf. подъ кожу, самопереливаніе крови (положеніе головой внизъ), но, не смотря на всѣ мѣры, роженица умерла при явленіяхъ коллапса. Минутъ черезъ 14 послѣ ея смерти сдѣлано кесарское сѣченіе, извлеченъ мертвый плодъ. Послѣдъ у верхняго края пришлось отдѣлить рукой.

Преждевременное отдѣленіе послѣда (см. «Кровотеченія»).

Задержаніе послѣда, не считая выкидышей, о которыхъ говорено выше, встрѣтилось 11 разъ (0,71%): 5 разъ у первородящихъ и 6—у повторнородящихъ. По возрасту роженицы были: отъ 19 до 26 л. 4; отъ 26—30—4 и отъ 38—40—3. Въ 7 случаяхъ роды были срочные и въ 4-хъ преждевременные. Положеніе плода было 5 разъ затылочное, два раза ягодичное, разъ косое; 3 раза (уличные роды) положеніе плода не отмѣчено. Послѣдовый періодъ продолжался отъ 20 до 50 м. у семи, отъ 1 ч. 40 м. до $2^1/_2$ ч. у четырехъ (при уличныхъ родахъ). Изъ осложненій при родахъ были: эклампсія—одинъ разъ; слабость болей—два раза, фиброміома матки—разъ, выпаденіе ручки—1 разъ. Оперативныя пособія были слѣдующія: наложеніе щипцовъ два раза (deb. dol. и eclampsia), извлеченіе за тазовой конецъ—1 разъ (deb. dol.), внутренній повороть на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ—1 разъ (косое положен.). Причиною задержанія послѣда было *приращеніе его*—у семи роженицъ, *спазмъ шейки* (при уличныхъ родахъ) у трехъ и препятствіе со стороны *опухоли матки*—1 разъ. Въ одномъ случаѣ отмѣчены раньше бывшія приращенія послѣда (при четырехъ родахъ) у XI-para. Послѣды во всѣхъ случаяхъ удалены рукой, у нѣкоторыхъ подъ наркозомъ (со спазмомъ шейки). Послѣродовой періодъ у 6 прошелъ нормально, у двухъ было повторное повышеніе t^0 и у 3 endoparametritis puerperalis.

Болѣзни послѣда.

Соединительно тканное перерожденіе послѣда отмѣчено 4 раза (0,259%) у I-para два раза и по разу у II и XIII-para.

У одной I-para роды преждевременные на 8-мъ мѣсяцѣ; плодъ 1700 grm., родился живымъ, но послѣ нѣсколькихъ вздоховъ умеръ. Puerp.—norm. У другой I-para тоже роды преждевременные, на 9-мъ мѣс.; ребенокъ дѣвочка, 2530 gr., жив. Послѣ родовъ у матери было нѣсколько приступовъ эклампсіи. У II-para роды срочные; adseratio и retentio placentae. Solutio placentae manualis. Puerperiun—morma. У XIII-para роды преждевременные, на 9-мъ мѣс. родился живой мальчикъ, 2700 grm. вѣс. Въ послѣродовомъ періодѣ perimetritis, который наблюдался у нея уже при родахъ (при наступленіи t^0 40^0).

Жировое перерожденіе послѣда наблюдалось въ двухъ случаяхъ, оба раза у I-para. У 1-й роды преждевременные мацерированнымъ плодомъ, безъ особыхъ уклоненій. Послѣдъ вѣсомъ 450 grm. состоялъ изъ одной крупной части и двухъ прибавочныхъ величиною съ куриное яйцо. У другой роды тоже преждевременные, родились двойни. Послѣ родовъ развился септическій перитонитъ, отъ котораго на 9-я сутки послѣдовала смерть. Дѣти дѣвочки—1000 grm. мер. и 2500 grm. живая.

Неправильности со стороны пуповины.

Предлежаніе и выпаденіе пуповины встрѣтилось за отчетные года 14 разъ, или въ 0,91% всѣхъ родовъ (7 въ 1894 г. и 7 въ 1895 г.), при чемъ въ одномъ случаѣ было предлежаніе, а въ остальныхъ выпаденіе пуповины. Одинъ случай предлежанія или выпаденія пуповины у насъ, слѣдовательно, приходится на 110,3 родовъ,—отношеніе большее, чѣмъ за прежніе года: у д-ра *Рузи* отношеніе это равно 1 : 159,5; у *Воффа* 1 : 190,5 и у *Агафонова* 1 : 142,2.

Изъ роженицъ были: I-para—6, II para—3; IV-para—2; V—VII и IX-p. по одной.

Положеніе плода было въ 12 случаяхъ затылочное и въ двухъ тазовое. Въ 9 случаяхъ роды были срочные, плоды родились отъ 3100 до 3900 grm вѣсомъ; въ 4 случаяхъ—преждевременные; плоды вѣсили отъ 2100 до 2700 grm. Въ одномъ случаѣ былъ шестимѣсячный выкидышъ. Въ одномъ случаѣ были роды двойнями, пуповина выпала у 2-го плода.

Узкіе тазы отмѣчены 4 раза. Въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ пуповиной выпала и ручка.

Что касается до исхода родовъ съ даннымъ осложненіемъ для дѣтей, то живыхъ родилось всего четверо, или 28,5%. Исключая изъ числа мертвыхъ одного мацерированнаго и одинъ нежизнеспособный выкидышъ получаемъ число мертвыхъ=8, т. е. въ два раза болѣе, чѣмъ живыхъ.

У шести роженицъ пуповина выпала еще до поступленія ихъ въ клиннику; у остальныхъ пуповина выпала при отхожденіи водъ въ клиникѣ, три раза при начинающемся врѣзываніи; при чемъ роды кончены выжиманіемъ плода по *Kristeller*'у; дѣти родились живыми. Въ одномъ случаѣ при выпаденіи пуповины наложены высокіе щипцы, которые соскользнули; роды кончены поворотомъ на ножку, извлеченъ мертвый ребенокъ. (Con. ext. 16). Поворотомъ кончены еще двое родовъ при узкихъ тазахъ, при чемъ въ одномъ случаѣ пришлось перфорировать послѣдующую головку, не проходившую черезъ узкій входъ. При ягодичномъ положеніи плодъ извлеченъ живымъ за тазовый конецъ. Въ одномъ случаѣ—выпаденіе пуповины при цѣломъ пузырѣ (вяломъ), послѣдній разорванъ при зѣвѣ на $2^1/_2$ пальца съ цѣлью фиксировать головку, при чемъ пуповина предварительно была заправлена. Ребенокъ родился мертвымъ. Роды поступившихъ съ выпавшей непульсирующей пуповиной, при нормальномъ тазѣ, предоставлялись силамъ природы.

Средняя длина пуповины равнялась 69,3 cmtr. съ колебаніями отъ 58 до 90 cmtr. Прикрѣпленіе ея къ послѣду было 9 разъ эксцентричное, 3 раза—центральное и 1 разъ краевое. Средняя длина пуповины для всего нашего матеріала 55,7 cmtr.

Въ прилагаемой таблицѣ приведены болѣе подробныя данныя о родахъ съ предлежаніемъ и выпаденіемъ пуповины.

Для матерей исходъ родовъ, какъ видно изъ таблицы, былъ очень благопріятный: лихорадило всего двѣ послѣ поворотовъ:—у одной было двукратное повышеніе t, другая болѣла тяжелой формой эндопараметрита.

№№ родовъ.	Возрастъ.	Которая беременность.	Положеніе плода.	РАЗМѢРЫ ТАЗА. Sp. il.	Cr.	C. ex.	Tr.	Продолжительность родовъ.	ТЕЧЕНІЕ И ОСОБЕННОСТЬ РОДОВЪ.	МЛАДЕНЕЦЪ. Плодъ.	Вѣсъ.	Живой или мертвый.	Пуповина длина и прикрѣпленіе.	Послѣродовой періодъ.
1894 г.														
21	25	II	2 з. п. в.	25	27,5	19	30	19 ч. 7′	Выпала при цѣломъ вял. пуз. Вправл. Dir. vel при зѣвѣ на 2½ м.	ж.	2750	м.	62 экс.	Norma.
102	28	I	1 з п. в.	—	—	—	—	—	Gemel. Extractio 2-го плода.	ж.	2200	ж.	54 экс.	Norma.
318	28	II	2 з. з. в.	24	26	17,5	29	14 ч, 55′	Поступила съ выпавш. пуп.	ж.	3100	м.	58 экс.	Norma.
616	36	IV	1 з. п. в.	26	27,5	18,5	30	8 ч. 20′	Hydramnion. Выпала при врѣзыв. Вправл. Cn. Kristel.	м.	3100	ж. (ас.)	Обвит. вокруг ножки 1 р. 64 экс.	Norma.
626	29	V	1 з. п. в.	24	26	16	29	5 ч. 55′	Hydramn. Вправлена. Forc. Versio f. in ped. ext. subs.	ж.	3900	м.	90 цен.	Пов t. 37,3— 38,2. Вып на 9д.
770	23	I	2 з. з. в.	24	27	18	29	29 ч. 15′	Hydr. Вправлена. Способъ Kristel.	ж.	2709	ж.	60 экс.	Norma.
772	30	VII	1 з. п. в.	25	27	20	33	9 ч. 50′	Предлеж. пуп. Поступила безъ водъ, мертв. плодъ.	ж.	2200	м.	80 цен.	Norma.
1895 г.														
7	20	I	1 з. п в.	27	29	19	34	28 ч. 25′	Поступ. съ выл. пуп. Rupt. perin. Perineor.	ж.	3300	м.	67	Norma.
73	35	IX	—	26	28	20	34	18 ч. 25′	Abortus in VI mns.	—	—	—	—	Norma.
224	32	IV	1 з. п. в.	27	29	19	32	11 ч. 25′	Пупов. выпала при отхожд. водъ. Головка прорѣзалась съ петл. пуповины	м.	3900	ж.	74 экс.	Norma.
347	21	I	2 з. з. в.	26	25	18,5 c. d. 9,5	31	18 ч. —	Пупов. вып. при отх. водъ. Versio f. in ped. Perforatio capit. subs.	ж.	3150	м.	79	Endoparam. Вып. на 69 д.
626	28	I	2 з. з. в.	25	27,5	18	32	20 ч. 35′	Пост. съ мертвымъ плодомъ. Episiotomia.	м.	3250	м.	60 цен.	Norma.
699	30	II	2 з. з. в.	25,5	27,5	19	32	12 ч. —	Пос. съ выпав. непульс. пуп.	ж.	2450	м.	64 э. с.	Norma.
714	32	I	2 з. з. в.	24	26	16	30	—	Выпаденіе пуп. и ручки. Versio f. in p. extr. s.	ж.	2000	м.	69 кр.	Norma.

Обвитіе пуповины.

Обвитіе пуповины на 1544 родовъ встрѣтилось 396 разъ; въ двухъ случаяхъ роды были двуплодные съ обвитіемъ пуповины у обоихъ плодовъ. Слѣдовательно, обвитіе пуповины встрѣтилась при 394 родахъ. Исключая изъ общаго числа родовъ число выкидышей, находимъ, что 1 случай обвитія пуповины приходится на каждые 3,69 родовъ, что составляетъ 27,07% всего числа срочныхъ и преждевременныхъ родовъ. Цифры за прежніе года, полученныя для клиники, близко подходятъ къ нашимъ. У *Рузи* 1 роды съ обвитіемъ пуповины встрѣтились на каждые 3,8 родовъ (безъ вык.), у *Воффа* на 4,8.

Изъ 394 родовъ срочныхъ было 325 и преждевременныхъ 69. Сопоставляя эти числа съ общимъ числомъ родовъ той и другой группы, мы видимъ, что при срочныхъ родахъ обвитіе пуповины встрѣчалось нѣсколько чаще (1 : 3,5), чѣмъ при преждевременныхъ (1 : 4,2).

Изъ роженицъ 111 было первородящихъ и 283 многородящихъ (изъ нихъ 85 второродящихъ), отношеніе первыхъ ко вторымъ = 1 : 2,55.

Обвитіе пуповины наблюдалось:

Вокругъ шейки: 1 разъ	300
» » 2 »	64
» » 3 »	7
» » 4 »	1
Вокругъ шейки и ручки	3
» туловища и ручки	1
» шейки и ножки	3
» » и обѣихъ ножекъ	1
» » и подъ лѣвой подмышечной впадиной	1
» » и верхомъ	1
» » и узелъ	2
Вокругъ ручки	1
» ножки	8
» туловища	1
Верхомъ на пуповинѣ	1
Черезъ лѣвый паховой сгибъ, спинку и плечо	1

Средняя длина пуповины при ея обвитіи получилась равной 62,7 cmtr. значительно больше общей средней длины пуповины = 55,7 cmtr. Средняя длина не обвитой пуповины = 53,2 cmtr.

Положеніе плода было:

1-е затылочное	223
2-е затылочное	155
Лобное	2
Лицевое	1
Ягодичное	8
Ногоположеніе	3
Косое	2
Не отмѣчено	2

Дѣтей всего родилось 396, изъ нихъ живыхъ 377, мертвыхъ 10 и мацерированныхъ 9. Кромѣ обвитія пуповины при мертворожденіяхъ наблюдались и другія осложненія родовъ, такъ отмѣчены:

эклампсія	1 разъ
узкіе тазы	2 »
placenta praevia	1 »

Эти осложненія не стоятъ въ связи съ обвитіемъ пуповины Слѣдующія же осложненія можно поставить въ зависимость отъ незначительной длины обвитой пуповины, именно:

Косое положеніе	2 раза
Преждевременное отдѣленіе послѣда	1 »

Изъ новорожденныхъ—мальчиковъ было 198, дѣвочекъ тоже 198 (96 и 102 мальчиковъ; 103 и 95 дѣвочекъ).

Истинные узлы на пуповинѣ наблюдались 4 раза, въ двухъ случаяхъ было вмѣстѣ съ тѣмъ и обвитіе кругомъ шейки. Роженицы двѣ—I-parae, и двѣ M-parae. У одной (VII p.) роды были двуплодные, узелъ встрѣтился на пуповинѣ втораго плода вмѣстѣ съ обвитіемъ кругомъ шейки и ножки. Роды въ одномъ случаѣ (у I-para) преждевременные, въ остальныхъ срочные. Длина пуповины не обвитой 50 и 67 cmtr. съ обвитіемъ—69 и 76 cmtr. Дѣти родились живые.

Прикрѣпленіе пуповины къ оболочкамъ встрѣтилась 3 раза,—разъ при двойняхъ у второго плода. Какъ роды, такъ и puerper. norma. Во второмъ случаѣ роды срочные и нормальные, въ третьемъ — преждевременные. Ребенокъ съ признаками сифилиса, 2100 gr., умеръ на другой день. Всѣ роженицы M-parae.

Нарушеніе цѣлости родовыхъ путей.

Разрывы промежности.

За отчетные года разрывы промежности произошли при 175 родахъ (95 въ 1894 и 80 въ 1895 г.), что составляетъ 11,32% общаго числа родовъ или 1 разрывъ промежности на каждые 8,82 родовъ. Исключивъ изъ общей суммы родовъ выкидыши получимъ 1 разрывъ промежности на каждые 8,31 родовъ.

За прежніе года отношеніе разрывовъ промежности къ общему числу родовъ равно у д-ра *Рузи* 1 : 8,96, у *Воффа* 1 : 10,03.

Изъ 175 роженицъ первородящія, конечно, составляли большинство, именно 127. Кромѣ того, у пяти II-para и одной III-para предшествующія беременности кончились раннимъ выкидышемъ, такъ что ихъ вполнѣ основательно можно причислить къ группѣ первородящихъ. Въ общемъ же было:

II-para	32	(пять съ предшес. выкид.)
III »	6	(1 съ 2 предшес. выкид.)
IV »	3	
V »	2	
VI »	1	
VII »	2	
VIII »	1	
X »	1	

По возрасту роженицы были:	I-para e	II-para e	M-para e
Отъ 17 до 20 лѣтъ .	24 (1 : 4,3)	3 (1 : 5)	
» 21 » 25 » .	55 (1 : 3,8)	12 (1 : 12,5)	3 (1 : 31)
» 26 » 30 » .	33 (1 : 2,7)	11 (1 : 11,3)	7 (1 : 34,5)
» 31 » 35 » .	12 (1 : 2,2)	3 (1 : 11)	4 (1 : 51,7)
» 36 » 40 » .	2 (1 : 3,5)	2 (1 : 4,5)	1 (1 : 111,4)
» 41 » 45 » .	1 (1 : 3)	1 (1 : 1)	

Въ скобкахъ нами приведены цифры, выражающія отношеніе родившихъ съ разрывомъ къ общему числу роженицъ даннаго возраста (выкидыши исключены).

Изъ нихъ видно, что у I и II-para съ возрастомъ частота разрывовъ увеличивается, тогда какъ у M-para, наоборотъ, уменьшается.

Положеніе и предлежаніе плода было:

1-е затылочное	84
2-е затылочное	70

1-е ягодичное	7
2-е ягодичное	8
1-е ногоположеніе	1
2-е косое (переведено въ ягодичное)	1
Не отмѣчено (уличные роды)	4

По принятому въ клиникѣ дѣленію отмѣчались полные и неполные разрывы съ подраздѣленіями каждыхъ на три степени:

Неполныхъ разрывовъ	1-й	степени	было	. .	15	25	40
»	»	2-й	»	» . .	68	45	113
»	»	3-й	»	» . .	6	6	12
Полныхъ	»	1-й	»	» . .	6	4	10

Этіологія разрывовъ отличается своимъ разнообразіемъ: въ числѣ причинъ помѣчены: отекъ наружныхъ половыхъ частей и промежности, неподатливость ткани послѣдней у пожилыхъ первородящихъ, рубцы послѣ прежде бывшихъ перинеорафій. слишкомъ быстрое прорѣзываніе головки, неправильности механизма родовъ, слишкомъ большіе плоды при узкой половой щели и оперативныя пособія—извлеченія щипцами и за тазовый конецъ. Въ 4-хъ случаяхъ роды происходили безъ всякой акушерской помощи (уличные роды).

Что касается вѣса плода, то ниже 2500 grm. онъ былъ . .	8	5	13	разъ
отъ 2500 до 3000 „	30	27	57	„
„ 3050 „ 3500 „	26	28	54	„
„ 3550 „ 4000 „	23	12	35	„
„ 4050 „ 4500 „	8	8	16	„

Средній же вѣсъ плода=3192 grm.; въ частности же у I-para—3037,7 grm. у II-р.—3546,7 и у M-para 3712,5 grm. Живыхъ родилось 164, мертвыхъ 11. Мальчиковъ 89, дѣвочекъ 86.

Неправильности механизма родовъ встрѣтились слѣдующія: Головка родилась въ заднемъ видѣ—6 разъ. При этомъ произошли 5 разъ неполные разрывы 2-й и 3-й степени (4 и 1) и одинъ разъ полный 1-й степени (при ягодичномъ положеніи).

Головка прорѣзалась поперечно одинъ разъ. Разрывъ полный 1-й степени. См. «узкіе тазы» № 133 за 1894 г.

Прилежаніе ручекъ къ головкѣ наблюдалось 9 разъ (у—I-р. и 2—II-р.) Плечики прорѣзались поперечно—7 разъ у I-р.

Прорѣзываніе плечиковъ вмѣстѣ съ ручками было 7 разъ (6—I-р. и 1—II-р.).

Изъ оперативныхъ пособій примѣнялись:

Наложеніе щипцовъ	13	11	24
Извлеченіе за тазовый конецъ . . .	10	3	13
Craniotomia	—	1	1

Всѣ разрывы, за исключеніемъ 4-хъ (неполныхъ 1-й степени, гдѣ наблюдался очень значительный отекъ), были зашиты тотчасъ же послѣ родовъ. При неполныхъ разрывахъ накладывались узловатые швы изъ кетгута, обработаннаго ol. juniperie ligno; швы накладывались или со стороны промежности, или со стороны влагалища и промежности, смотря по степени разрыва. При полныхъ разрывахъ накладывался непрерывный или узловатый шовъ изъ тонкаго кетгута на rectum и узловатые швы на влагалище и промежность.

Результаты 171 перинеорафіи получились слѣдующіе:

Полное сращеніе (per primam) . .	62	61	123
Неполное	10	6	16
Сращенія вовсе не произошло . .	15	4	19
Исходъ не обозначенъ	6	7	13

Послѣродовой періодъ протекалъ такъ:

Здоровыхъ было	40	48	88
Лихорадило	55	32	87
Изъ нихъ: однократно	13	12	25
двукратно	5	3	8
многократно	10	6	16
Болѣло: эндометритомъ	7	4	11
параметритомъ	13	5	18
эндопараметритомъ	4	2	6
перитонитомъ	—	3	3
Умерло отъ септическаго заболѣванія	1	3	4

Такимъ образомъ, какъ видно изъ таблицы, послѣродовой періодъ при разрывахъ промежности протекалъ очень неблагопріятно.

Разрывы влагалища, независимо отъ разрыва промежности, отмѣчены 9 разъ (3 за 1894 г. и 6 въ 1895 г.)—два раза передней стѣнки и 7 разъ задней. Изъ роженицъ 6 было I-рагае и 3 М-р. (II, IV и V-рагае). Въ 4-хъ случаяхъ примѣнялось оперативное пособіе при родахъ: разъ наложеніе щипцовъ, два раза прободеніе головки (разъ предлежащей и разъ послѣдующей) и разъ поворотъ на ножку съ послѣдующимъ

извлеченіемъ. Въ 6 случаяхъ сдѣлана colporrhaphia, заживленіе полное; въ одномъ colpoperineorrhaphia послѣ предварительнаго разрѣза промежности. Сращенія не получилось, хотя послѣродовой періодъ протекалъ безлихорадочно (отечность ткани p. eclampsiamn). Кромѣ упомянутаго случая, послѣродовой періодъ протекалъ нормально еще у 2-хъ родильницъ, остальныя (66,7%) лихорадили.

Разрывы малыхъ губъ наблюдались 9 разъ (4 въ 1895 г. и 5 въ 1895 г.)—8 разъ у I-para и разъ у III-para (у послѣдней прежнія беременности кончились выкидышами). Въ 7 случаяхъ сдѣлана episiorrhaphia, заживленіе полное. Въ 2-хъ случаяхъ заживленіе получено подъ іодоформомъ per secundam. Послѣродовой періодъ у 6—нормальный, у 3-хъ съ повышеніями t^0.

Отрывъ hymenis наблюдался одинъ разъ у 30-лѣтней первородящей. Для остановки кровотеченія наложено 3 шва. Заживленіе per secund. Puerperium—norma.

Разрывы шейки.

Мы не можемъ дать точнаго числа разрывовъ шейки, такъ какъ родильницы, какъ post partum такъ и при выпискѣ, безъ настоятельныхъ показаній изслѣдованію не подвергались. За отчетное время отмѣчено всего два случая разрыва шейки—у II и VII-paraе: у одной (II-р.) послѣ родовъ появилось сильное кровотеченіе, не останавливавшееся ни отъ массажа матки, ни отъ горячихъ душей: ложкообразными зеркалами обнажена влагалищная часть; съ лѣвой стороны на старомъ рубцѣ оказался разрывъ; введено два ватныхъ іодоформенныхъ тампона, что и остановило кровотеченіе. Puerperium—многократное повышеніе t^0. У другой (VII-р.) вслѣдствіе выпаденія ручки роды кончены поворотомъ плода на ножку съ послѣдующимъ извлеченіемъ. При ручномъ отдаленіи приссшаго послѣда найденъ разрывъ передней губы до свода. Сдѣлано hystero-trachelorrhaphia primaria (2 кет. шва). Въ puerper. двукратное пов. t^0.

Разрывъ передняго свода наблюдался 1 разъ у IV-para; родильница умерла на 2 сутки. Приводимъ подробнѣе этотъ случай:

Роженица 29 л. поступила въ клинику 31/VIII 1895 г. въ 2 ч. 20 м. дня съ открытіемъ зѣва на 3 пальца и цѣлыми водами. Три раза рожала живыхъ дѣтей, но въ живыхъ теперь нѣтъ ни одного. Послѣ послѣднихъ родовъ «болѣлъ животъ, и была лихорадка». Размѣры таза: sp. il. 23 cm; cr. 26; con. ext. 17; tr. 28. Размѣръ живота на уровнѣ пупка 90 cm. выше 91, ниже 90 cm.; разстояніе отъ лобка до мечевиднаго отростка 37; высота дна матки надъ лобкомъ=33 cmtr. надъ пупкомъ 17 cm. Сердцебіеніе плода ясно по средней линіи, 125 ударовъ въ 1 м. Животъ болѣзненъ; схватки есть, но и въ перерывахъ между ними роженица жалуется на боль въ животѣ. Въ 4 дня пузырь вскрылся при полномъ открытіи; надъ входомъ таза прощупывалась головка, довольно плотно прилегавшая ко входу. Въ 6 ч. 30 м. предлежащей части прощупать не удавалось, зѣвъ сталъ открытъ всего на $1^1/_2$ пальца. Задняя губа представлялась очень толстой, своды свободны. Въ 8 ч. 30 м. веч. при изслѣдованіи найдено было предлежаніе ножки. Такимъ образомъ, оказалось, произошелъ самопроизвольный поворотъ въ теченіе 4 часовъ. Какъ при поступленіи, такъ въ данное время роженица представляла изъ себя очень измученную женщину. T^0—37,5, пульсъ 116, дых. 38, животъ очень болѣзненъ. Въ виду такого состоянія роженицы рѣшено было кончить роды извлеченіемъ плода, тѣмъ болѣе что сердцебіеніе послѣдняго перестало прослушиваться. Плодъ былъ извлеченъ за правую ножку въ заднемъ видѣ 2-го ногоположенія. Со стороны крестца была освобождена съ трудомъ лѣвая ручка; затѣмъ, такъ какъ со стороны симфиза не удавалось освободить другую ручку, плодъ былъ повернутъ въ 1-е положеніе и ручка освобождена со стороны крестца. По освобожденіи ручекъ головка стала въ поперечномъ размѣрѣ входа и довольно долго ее не удавалось провести въ полость и повернуть въ прямой размѣръ. По извлеченіи головки по способу *Lachapelle-Veit*'а былъ сейчасъ же удаленъ послѣдъ. Матка атонична. Задняя губа хорошо прощупывается, на передней губы разрывъ. Дано Pul. Sec. Corn. 1,5, ледъ на животъ и excitant. Въ виду подозрѣнія на надрывъ матки во влагалище введено 7 сулемованныхъ тампоновъ изъ ваты. Общее состояніе родильницы по окончаніи

родовъ не улучшилось. Часъ спустя можно было прощупать матку на 3 пальца ниже пупка, что сейчасъ же послѣ родовъ не удавалось. Въ 9 ч. утра 1/IX $t^0=37^0,5$, пульсъ не сосчитывается, общее состояніе очень плохое. Въ 5 ч. 10 м. дня 1/IX скончалась при явленіяхъ паралича сердца.

При вскрытіи найдено: Трупъ низкаго роста, средняго сложенія, умѣреннаго питанія. Мозгъ и органъ грудной полости безъ особыхъ измѣненій. Органы брюшной полости: селезенка умѣренной величины, капсула слегка сморщена, ткань дрябла, сѣроватокраснаго цвѣта, pulpa выскабливается легко; требекулы слегка утолщены.—Почки умѣренной величины, капсула снимается съ разрывомъ корковаго вещества, поверхность почекъ бугриста, ткань дрябла сѣро-желтоватаго цвѣта, полнокровна, мочеточники нормальны.—Печень умѣренной величины, ткань дрябла, желтовато-бураго цвѣта, дольки едва замѣтны. Въ желчномъ пузырѣ небольшое количество зеленоватаго цвѣта желчи.—Желудокъ и кишки растянуты газами; слизистая оболочка желудка слегка обложена слизью, мѣстами покрыта точечными кровоизліяніями; солитарныя железы тонкихъ и толстыхъ кишекъ слегка увеличены въ объемѣ.—Intima аорты мѣстами покрыта легкими склеротическими бляшками.—Pancreas слегка гиперемировано—Въ полости живота содержится около 600 куб. сант. красноватобурой мутной жидкости. Висцеральная и паріеральная брюшина гиперемирована.—Матка увеличена въ объемѣ, длина 17 сант., ширина 13 сант., толщ. 8 сант., длина шейки по задней стѣнкѣ $9^1/_2$, наибольшая толщина стѣнки 3 сант. Внутр. поверхность матки мѣстами лишена слизистой оболочки, мѣстами покрыта остатками плаценты; шейка матки представляется надорванной;—влагалище въ переднемъ сводѣ представляется разорваннымъ, при чемъ разрывъ проникаетъ черезъ всю толщу стѣнки и брюшины, такъ что влагалище сообщается съ брюшной полостью. Слизистая влагалища гиперемирована, мѣстами покрыта точечными кровоизліяніями, мѣстами надорвана. Наружные половые органы довольно гиперемированы. Мочевой пузырь содержитъ незначительное количество мутной мочи; слизистая оболочка его и мочеиспускательнаго канала гиперемирована.

Epicritis: Ruptura vaginae. Peritonitis.

Оперативныя пособія при родахъ.

Искусственное вскрытіе пузыря помѣчено всего въ 30-ти случаяхъ, но безъ сомнѣнія, оно производилось гораздо чаще, такъ какъ разрывъ оболочекъ составляетъ въ клиникѣ обычный пріемъ въ случаѣ цѣлыхъ водъ при достаточно продолжавшемся полномъ открытіи зѣва.

Episiotomia примѣнялась за отчетное время только 2 раза, у I-para: при выпаденіи пуповины, чтобы ускорить прорѣзываніе головки, и при нерастяжимости вульварнаго кольца. Заживленіе per secundam. Puеperium norma.

Выжиманіе плода по Kristeller'у, какъ самостоятельный пріемъ, примѣнялся 6 разъ у I-parae (0,392) : 4 раза при слабыхъ боляхъ и 2 раза при выпаденіи пуповины.

Какъ вспомогательный пріемъ выжиманіе примѣнялось всякій разъ при наложеніи щипцовъ: какъ скоро щипцами подводился затылочный бугоръ подъ лонную дугу, они снимались и роды кончались выжиманіемъ по *Kristeller*'у. Затѣмъ какъ вспомогательный пріемъ способъ *Kristeller*'а примѣнялся при извлеченіи за тазовой конецъ, для предупрежденія разгибанія головки.

Наружный поворотъ произведенъ два раза при косомъ положеніи плода при цѣлыхъ водахъ. Оба раза поворотъ произведенъ на головку. Роженицы; 1) II-para, плодъ мацерированный. In puerperio parametritis. 2) I-para, родился недоношенный, со слабыми признаками жизни плодъ, тутъ же умершій. При родахъ ruptura perin. inc. II gr. Perineorrhaphia prim. Puerperium—norma. Заживленіе—per primam.

Внутренній поворотъ на ножку за отчетное время произведенъ 16 разъ (6 въ 1894 г. и 10 въ 1895 г.), или въ 1,04% всѣхъ родовъ; 1 поворотъ приходится такимъ образомъ на каждые 90,25 родовъ.

Изъ роженицъ было: I-para—2: II-p. —5; III-p.—2; V-p.—3; VI, VII, VIII и X раза по одной. Срочныхъ родовъ было 10 и преждевременныхъ 6.

Положеніе плода было: 4 раза поперечное, 4 раза косое, 2 раза лицевое и 6 разъ затылочное.

Показаніями къ операціи главнымъ образомъ служили неправильности положенія и члено-расположенія плода (косыя и попереч. пол.; лицев. предл., выпаденіе конечностей), часто въ связи съ другими осложненіями—предлежаніемъ послѣда, выпаденіемъ пуповины и съуженіемъ таза. Узкіе тазы при внутреннемъ поворотѣ отмѣчены 7 разъ: въ двухъ случаяхъ при нихъ было выпаденіе пуповины, два раза лицевое предлежаніе, разъ выпаденіе ручки и только въ двухъ случаяхъ узкій тазъ самъ по себѣ послужилъ показаніемъ къ операціи («профилактическій поворотъ»).

Плодный пузырь въ 3-хъ случаяхъ былъ вскрытъ при началѣ операціи, въ 6—роженицы поступили безъ водъ и въ 7 случаяхъ—пузырь прорвался самъ до операціи, въ родильномъ покоѣ.

Повороты во всѣхъ случаяхъ сопровождались у насъ послѣдующимъ извлеченіемъ. Изъ 16 дѣтей живыми извлечены пять; въ трехъ случаяхъ плоды были мертвы уже при поступленіи роженицъ въ клинику, въ 4-хъ случаяхъ на жизнь плода вліяли такіе моменты, какъ предлежаніе послѣда и выпаденіе пуповины, въ 2-хъ случаяхъ послѣ поворота пришлось перфорировать послѣдующую головку вслѣдствіе несоотвѣтствія ея съ размѣрами таза. Вліяніе самой операціи (слишкомъ долгое выведеніе головки: въ одномъ случаѣ былъ узкій тазъ (Con. ext. 17, d. 9) въ другомъ слишкомъ большой плодъ) сказалось только въ двухъ случаяхъ, такъ что дѣлать какихъ либо выводовъ о смертности дѣтей при внутреннемъ поворотѣ съ послѣдующимъ извлеченіемъ на основаніи нашего матеріала мы не можемъ.

Въ четырехъ случаяхъ послѣ извлеченія младенца было примѣнено ручное удаленіе послѣда вслѣдствіе значительнаго кровотеченія изъ матки.

Послѣродовой періодъ протекалъ нормально у 9 родильницъ, у 2-хъ было однократное повышеніе t^0, у 3-хъ повторное и 2 болѣло эндометритомъ.

(Подроб. см. таблицы косыхъ и поперечныхъ положеній, лицевыхъ предлежаній и узкихъ тазовъ за 1894 г. №№ 626 и 750 и за 1895 №№ 268, 332, 347, 375 и 417).

Извлеченіе плода за тазовый конецъ.

Извлеченій плода за тазовой конецъ, не считая упомянутыхъ извлеченій при внутреннемъ поворотѣ и самоповоротѣ, произведено за отчетное время 27 (20 въ 1894 г. и 7 въ 1895) или въ 1,75% всего числа родовъ. Одно извлеченіе приходится такимъ образомъ на каждые 57,2 родовъ, или на каждые 3 родовъ съ ягодичнымъ предлежаніемъ.

Роженицы были: I-parae—16, II-р.—4, III-р.—4 и IV X и XII-р. по одной.

Положеніе плода было:

1-е	ягодичное	пер. в. . .	12	1	13
1-е	»	зад. » . .	—	1	1
2-е	»	пер. » . .	4	—	4
2-е	»	зад. » . .	5	2	7
1-е	ногополож.	пер. » . .	—	1	1
1-е	»	зад. » . .	—	1	1
2-е	»	» » . .	—	1	1

Въ 3-хъ случаяхъ были роды двойнями, при чемъ разъ были извлечены оба плода и два раза одинъ. Въ 14 случаяхъ роды были преждевременные.

23 раза извлеченіе было полное—за ножку или ягодицы. Въ 3-хъ случаяхъ при этомъ предварительно была низведена ножка. Въ 3-хъ случаяхъ примѣнено было ручное пособіе для освобожденія ручекъ и головки а въ 1-мъ извлеченіе закончилось перфораціей послѣдующей головки, которая не могла быть проведена черезъ съуженный входъ таза (Вѣсъ плода 4200 gr. у I-para, Con. ext. 19, diag. 10, v. 8 сант.).

Показаніями къ операціи были:

Слабость болей	4	5	9
Ослабленіе сердцебіенія плода	8	—	8
Выпаденіе пуповины	1	—	1
Eclampsia s. partu	1	1	2
Узкіе тазы (совмѣстно со слабыми болями). .	6	3	9
Мацерированные плоды.	4	—	4
Кровотеченіе (при двойняхъ, по рожд. перв. плода).	—	1	1

Изъ 28 плодовъ три родились нежизнеспособными. Изъ остальныхъ 25—живыхъ извлечено 11, мертвыми 12 и мацерированныхъ 2.

Въ 12 случаяхъ при извлеченіи произошелъ разрывъ промежности, въ томъ числѣ 3 полныхъ. Такимъ образомъ, какъ для плода, такъ и для матерей исходъ операціи нельзя назвать благопріятнымъ: живыми извлечено всего 39,25% дѣтей; частота разрывовъ=44,4%. За прежніе года % смертности дѣтей у *Рузи* вычисленъ=30, у *Воффа* 30,8%.

Послѣродовой періодъ протекалъ нормально у 18 родильницъ, остальныя лихорадили; у 5 изъ нихъ отмѣчены локализованныя формы.

Наложеніе щипцовъ.

Извлеченіе плода щипцами произведено въ 62 случаяхъ или въ 4,01% всего числа родовъ. Одно наложеніе щипцовъ приходится такимъ образомъ на каждые 24,9 родовъ (въ 1894 г. было 41 наложеніе щипцовъ и въ 1895 г.—21). За прежніе годы, у д-ра *Рузи* одно наложеніе приходится на 39,8 родовъ, у *Воффа* 1 : 35,5, у *Суровцова* 1 : 20,8.

Изъ роженицъ больше половины, именно 34, или 54,84% всего числа, было первородящихъ. Сопоставляя это число съ общимъ числомъ первородящихъ (455), находимъ, что щипцы приходилось накладывать у одной изъ 13,4 I-para. Многородящихъ было 28 или 45,16%; для нихъ одно наложеніе щипцовъ получилось на каждые 38,9 родовъ.

Въ частности среди многородящихъ было:

II-para . . .	10	VI-para . . .	1
III » . . .	3	VII » . . .	1
IV » . . .	3	VIII » . . .	2
V » . . .	4	IX » . . .	4

По возрасту роженицы были:	I-para.	M-para.	Всего.
отъ 18 до 20 лѣтъ	3	—	3= 4,84%
» 21 » 25 »	13	2	15=24,19 »
» 26 » 30 »	10	8	18=29,03 »
» 31 » 35 »	5	9	14=22,58 »
» 36 » 40 »	3	9	12=19,35 »

Въ двухъ случаяхъ щипцы были наложены при двойняхъ—разъ на оба плода и другой разъ на одинъ (второй плодъ извлеченъ за ягодицы).

Предлежаніе плода было:

1-е затыл. пер. в.	34
» зад. в.	3
2-е затыл. пер. в.	2
» зад. в.	23
2-е лобное зад. в.	1

Изъ 62 родовъ 49 были срочные и 13 преждевременные.

Показаніями къ наложенію щипцовъ служили:

Слабость болей въ связи съ ослабленіемъ сердцебіенія плода:		
При нормальномъ тазѣ	20	10
При узкомъ тазѣ	12	4
Судорожныя боли матки	—	2
Endometritis sub partu	1	—
Преждевременное отдѣленіе послѣда	1	1
Eclampsia s. partu	7	4

Щипцы при узкихъ тазахъ наложены 21 разъ: въ 16 случаяхъ вслѣдствіе слабости болей, въ четырехъ—вслѣдствіе эклампсіи и въ одномъ—вслѣдствіе endometritidis s. partu.

Изъ 63 новорожденныхъ мальчиковъ было 36, дѣвочекъ 27; живыхъ извлечено 49 или 77,8%, мертвыхъ 13=20,6% и мацерированныхъ 1=1,6%. Изъ живыхъ семь были извлечены въ асфиксіи, изъ которой ихъ удалось черезъ извѣстное время вывести.

Изъ неправильностей механизма родовъ при извлеченіи щипцами отмѣчены:

Рожденіе головки въ заднемъ видѣ . .	3 раза
Прорѣзываніе головки поперечно . . .	1 разъ

На высоко стоящую головку накладывались обыкновенно щипцы *Лазаревича*, въ прочихъ случаяхъ—щипцы *Симпсона*. Щипцами обыкновенно выводилась часть головки, пока затылочный бугоръ не подходилъ подъ симфизъ. Затѣмъ щипцы снимались, и роды кончались по способу *Kristeller*'а.

Въ 24 случаяхъ (38,7%) наложенія щипцовъ произошли разрывы промежности, въ томъ числѣ 5 полныхъ 1-й степени (8,06%).

Послѣродовой періодъ протекалъ такъ:

Здоровыхъ было	20	11	31=50%
Лихорадило	21	10	31=50 »
Изъ нихъ: однократно	2	5	7
двукратно	1	1	2
многократно . . .	4	2	6
Болѣло послѣродовыми формами	12	2	14=22,58%
Умерло отъ септическаго заболѣванія	2	—	2= 3,22 »
Выписалась съ fistula urethro-vaginalis .			1= 1,61 »

Какъ видно изъ таблицы, теченіе послѣродоваго періода было довольно неблагопріятно.

Craniotomia.

Прободеніе головки съ послѣдующей краніоклязіей за отчетное время произведено 9 разъ и *перфорація послѣдующей головки* 3 раза; всего, слѣдовательно, сдѣлано 12 прободеній (7 въ 1894 г. и 5 въ 1895 г.), что составляетъ 0,77% всѣхъ родовъ или 1 прободеніе на 134,6 родовъ. За прежніе годы же операція составляетъ у *Рузи* 0,5% всѣхъ родовъ, у *Воффа* 0,8%, у *Суровцова* 1,1%. У *Массена*, въ Гаваньскомъ родильномъ пріютѣ операція эта встрѣчается въ 0,06% всѣхъ родовъ.

Показаніемъ къ операціи, кромѣ истощенія и упадка силъ роженицы при мертвомъ уже плодѣ, измѣненія въ состояніи матки (истонченіе нижняго сегмента, образованіе «contraction-ring») эклампсіи и угрожающихъ кровотеченій (plac. praevia),—служили главнымъ образомъ суженіе таза и невозможность кончить роды другими способами. Въ нашихъ случаяхъ всѣ роженицы поступили съ живыми плодами и, хотя у шести передъ операціей сердцебіенія плода уже не было слышно, но все таки у всѣхъ, кромѣ одной (placenta praevia, гдѣ смерть плода была безусловно констатирована по отсутствію пульсаціи пуповины) были испробованы высокіе щипцы *Лазаревича* или *Simpson*'а, иногда *Breus*'а, оставшіеся бозуспѣшными. У трехъ пришлось сдѣлать краніотомію на завѣдомо живыхъ плодахъ. Перфорація послѣдующей головки разъ была произведена при родахъ съ ягодичнымъ предлежаніемъ плода и два раза

послѣ поворота на ножку. Во всѣхъ случаяхъ прободенія conjug. diag. равнялась отъ 8 до 9,5 ctm. (кромѣ случая съ pl. praevia, гдѣ тазъ норм.).

Положеніе плода было:

1	зат. п. в.	3 раза
2	зат. з. в.	7 разъ
2	лиц. з. в.	1 »
2	ягод. з. в.	1 »

Въ двухъ случаяхъ наблюдалась сильно выраженная obliquitas Naegele.

Въ 9 случаяхъ роды были срочные и въ 3 преждевременные. Вѣсъ плодовъ (безъ мозга) былъ: отъ 2300—2500 grm.—3 раза; отъ 3000—3750 grm.—8 разъ и 4600 grm.—1 разъ. Мальчиковъ было 7 и дѣвочекъ 5. Операція прободенія производилась въ 1894 году трепаномъ *Leisnig-Kiwisch*'а или перфоратомъ д-ра *Щеткина*, а въ 1895 г. исключительно послѣднимъ, одинаково удобнымъ какъ для прободенія предлежащей головки, такъ и послѣдующей. Краніоклазія производилась краніокластомъ *Брауна*.

Послѣ извлеченія младенца въ 2 случаяхъ произведено ручное удаленіе послѣда—по случаю значительнаго кровотеченія.

Въ одномъ случаѣ при извлеченіи плода краніокластомъ произошелъ разрывъ промежности (неполный 2 cm.) и въ двухъ—разрывъ влагалища. Произведены perineorrhaphia prim. и colporrhaphia prim.

Послѣродовой періодъ протекалъ нормально у 6 родильницъ, 6 лихорадило; изъ нихъ двѣ повторно безъ локализаціи процесса; одна болѣла кольпитомъ, одна—эндометритомъ, 1—параметритомъ и 1 умерла отъ эклампсіи. Процентъ лихорадившихъ, какъ и при щипцахъ, равенъ 50.

Ручное удаленіе послѣда.

Ручное удаленіе послѣда, кромѣ удаленія его при выкидышахъ, о которыхъ говорено выше, произведено 15 разъ (9 въ 1894 г. и 6 въ 1895 г.) или въ 0,97% всего числа родовъ. Въ восьми случаяхъ роды были срочные и въ семи

преждевременные; сопоставляя эти числа съ общимъ числомъ тѣхъ и другихъ родовъ, находимъ, что одно ручное удаленіе послѣда приходится на 145,25 срочныхъ и на 41,85 преждевременныхъ родовъ, т. е. при послѣднихъ операція эта встрѣчается въ 3,5 раза чаще, чѣмъ при первыхъ. У д-ра *Рузи* операція эта встрѣчается въ 1,75% всѣхъ родовъ, у д-ра *Воффа* въ 46 случаяхъ на 3622 родовъ (1,27%), у *Суровцова* въ 4,99%.

Изъ роженицъ I-para было—5; II-para—2; III-para—2; VI-para—2; VII-para—3 и XI-para—1. По вопросу: отъ 19—25 л.—4; отъ 26—30—6 31 л.—1 и отъ 38—40 л.—4. Какъ видно изъ таблицы, удаленіе послѣда чаще приходится примѣнять у роженицъ старшаго возраста.

Въ 7 случаяхъ къ ручному удаленію послѣда пришлось прибѣгнуть вслѣдствіе его приращенія, въ четырехъ—вслѣдствіе препятствія къ его выхожденію со стороны судорожно сократившейся шейки (3 раза) и со стороны опухоли матки (1 разъ); въ остальныхъ случаяхъ—вслѣдствіе очень значительнаго кровотеченія вскорѣ послѣ рожденія ребенка. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (при спазмѣ шейки,—уличные роды) операція производилась подъ хлороформеннымъ наркозомъ.

Послѣродовой періодъ протекалъ нормально у 9 родильницъ (60%); у двухъ было двукратное повышеніе t^0 и 4 (26,6%) болѣли локализованными формами.

Ручное извлеченіе оболочекъ при задержаніи ихъ въ полости матки было произведено 1 разъ. Роженица—III-para, роды срочные; остались chorion и amnion, которыя и удалены рукой, введенной до orif. intern. Puerperium—norma.

Выскабливаніе слизистой оболочки полости матки произведено 47 разъ (28 въ 1894 и 19 въ 1895 г.), или въ 3,04% всѣхъ родовъ. Объ этой операціи см. выше («Выкидыши»).

Зашиваніе промежности, половыхъ губъ и стѣнокъ влагалища произведено 185 разъ или въ 11,98% всѣхъ родовъ. Объ этихъ операціяхъ см. гл. «о нарушеніи цѣлости родовыхъ путей».

Зашиваніе разрыва шейки (hysterotrachelorrhaphia) сдѣлано 1 разъ (0,065%). См. тамъ же.

Кесарское сѣченіе на мертвой произведено 3 раза (1 разъ въ 1894 г. и 2 въ 1895 г.) или въ 0,194% всѣхъ родовъ. См. выше главы: 1) объ эклампсіи, 2) предлежаніе послѣда и 3) преждевременное отдѣленіе послѣда (кровотеченія).

Coeliokelyphotomia (1 разъ, въ 1895 г.). Е. П—ва, 28 лѣтъ, Новгородская крестьянка, поступила въ клинику 12 сентября 1895 г. съ жалобами на опухоль въ нижней части живота и боли послѣдняго. Больная тѣлосложенія и питанія удовлетворительнаго, регулы стала носить съ 13 года, замужъ вышла на 20-омъ году. Рожала два раза: въ первый разъ срочно, ребенокъ живъ и понынѣ; во второй разъ—преждевременно на 8-омъ мѣсяцѣ. Причиною преждевременныхъ родовъ былъ ударъ оглоблею въ лѣвый бокъ. Послѣ родовъ 2 мѣсяца лихорадила, затѣмъ нѣсколько поправилась, но и до сихъ поръ въ теченіе 3-хъ лѣтъ чувствуетъ себя больной. Ребенокъ умеръ 3-хъ мѣсяцевъ, кормила сама. Въ январѣ 1895 г. были регулы и съ тѣхъ поръ не появлялись, животъ же сталъ увеличиваться, что она ясно замѣтила въ началѣ мая, открывъ у себя опухоль. Проф. *Славянскимъ*, къ которому въ іюлѣ она обратилась за совѣтомъ, была направлена въ клинику. При наружномъ изслѣдованіи найдено: пальца на четыре выше пупка въ полости живота прощупывается опухоль, приблизительно шарообразной формы вверху и съуживающаяся книзу. Окружность живота на уровнѣ пупка 82 cm., выше 82 cm., ниже 81 cm. Разстояніе отъ лобка до мочевиднаго отростка 29 cm. Высота опухоли надъ лобкомъ 27 cm., надъ пупкомъ 9 cm. Вправо вверху консистенція опухоли мягче, влѣво вверху тверже; вправо внизу шарообразная часть, влѣво внизу выступъ въ видѣ валика; съ правой же стороны по срединѣ опухоли прощупываютя бугры, производящіе впечатлѣніе мелкихъ частей плода. Вправо же отъ средней линіи прослушивается сердцебіеніе плода—140 уд. въ минуту. Въ виду прощупыванія мелкихъ частей и выслушиванія сердцебіенія плода не оставалось никакого сомнѣнія, что имѣется дѣло съ беременностью; но опредѣлить положеніе плода наружнымъ изслѣдованіемъ не представлялось возможнымъ вслѣдствіе равномѣрной величины и консистенціи прощупывавшихся крупныхъ частей. При

внутреннемъ изслѣдованіи найдено: стѣнки влагалища фіолетоваго цвѣта, разрыхлены; portio vagin. цилиндрической формы, мягка; orif. extern. пропускаетъ палецъ, or. int. не пропускаетъ. Port. vag. смѣщена отъ средней линіи вправо. Уголъ между шейкой матки и тѣломъ открытъ спереди; тѣло матки прощупывается въ лѣвомъ сводѣ; границей тѣла матки вверху служитъ упомянутый валикъ надъ лобкомъ. Въ правомъ сводѣ прощупывается эластическая, отдѣльная отъ матки, опухоль. Прощупать lig. rotun. снаружи по бокамъ опухоли не удается. Движенія матки послѣдней не передаются. На основаніи этихъ данныхъ сдѣлано распознаваніе—graniditas extra-uterina tubaria—и больная оставлена въ клиникѣ надъ наблюденіемъ. Во время пребыванія въ клиникѣ больная постоянно чувствовала общее недомоганіе, такъ что иногда по нѣскольку дней не покидала постели. Схватки и боли въ животѣ по временамъ значительно усиливались. Съ 3-го октября больная перестала чувствовать движеніе плода; одновременно у нея поднялась t^0; сердцебіеніе плода перестало выслушиваться. 18-го октября появилось кровотеченіе; груди нагрубли. Одновременно съ этимъ больная стала жаловаться на боль въ лѣвомъ ушибленномъ боку. Психическое состояніе сильно подавлено, сонъ плохой, аппетитъ почти совершенно исчезъ. Для устраненія этихъ припадковъ примѣнялось симптоматическое лѣченіе. Но въ виду ухудшающагося состоянія больной, остановки роста опухоли и отсутствія признаковъ жизни плода рѣшено произвести coelio-kelyphotomiam.

21/IX подъ хлороформеннымъ наркозомъ проф. *Славянскимъ* произведена операція: по средней линіи живота разрѣзаны брюшные покровы и обнажена часть плоднаго мѣшка. Послѣ предварительнаго удаленія части жидкости черезъ троакаръ плодный мѣшокъ былъ вскрытъ, такъ какъ удаленіе его по причинѣ неясной топографіи къ органамъ таза не представлялось возможнымъ. Введенный въ разрѣзъ палецъ вверху натолкнулся на головку, покрытую послѣдомъ, а внизу—на ножку, за которую постепенно и былъ извлеченъ весь плодъ, недоношенный (мѣсяцевъ $7^1/_2$) мальчикъ, въ состояніи мацераціи. Плацента оставлена in situ. Въ плодномъ мѣшкѣ много гноевидной жидкости, стѣнки его съ внутренней поверхности

красны, покрыты грануляціями. По извлеченіи плода рана была обмыта стерилизованной водой, полость плоднаго мѣшка высушена іодоформенной марлей и выполнена полосами послѣдней. Края мѣшка сшиты съ краями брюшной раны—съ правой стороны 5-ью шелковыми швами и слѣва 7-ью. Вверху отъ плоднаго вмѣстилища брюшная рана была зашита пятью шелковыми швами и засыпана дерматоламъ. Поверхъ всего наложена сухая ватная повязка. Операція длилась около часу *).

На третій день послѣ операціи появилось повышеніе t^0 до 39^0 и опухоль лѣвой par otidis, перешедшая въ нагноеніе. Гнойникъ былъ вскрытъ, но вслѣдъ за этимъ развилась parotitis и съ правой стороны. Заживленіе же брюшной раны шло постепенно per granulationem. Некротизировавшійся послѣдъ былъ удаленъ по кускамъ, полость мѣшка постепенно выполнилась, и въ маѣ 1896 г. больная выписалась совершенно выздоровѣвшей.

Искусственное прерываніе беременности произведено за отчетное время 9 разъ, или въ 0,582% (4 въ 1894 г. и 5 въ 1895 г.). Три раза произведенъ искусственный выкидышъ и 6 разъ—роды. Показаніемъ къ выкидышу служили—неукротимая рвота—1 разъ, опухоль въ полости малаго таза—1 разъ и суженіе таза (con. ext 15. и con. diag. 8 cm.)—1 разъ. Роженицы были—III-paraе двѣ и V para 1. Преждевременные роды вызывались по случаю суженія таза; изъ роженицъ была одна съ conjug. ext=16 cm. и diag. 9, три—съ con. ext. отъ 17—17,5 cm. (diag. 9—10 cm. 8—8,5 cm.) и одна con. ext. и diag. которой были нормальны (19,5 c.—12 cm.), но существовалъ анкилозъ тазобедреннаго сустава, суживавшій нѣсколько выходъ. Беременность прервана въ началѣ десятаго мѣсяца. У остальныхъ роды вызваны въ концѣ восьмаго мѣсяца. Четыре были первородящія, одна рожала въ 3-й разъ (2 выкид.) и одна во второй разъ (первые роды кончены перфораціей). Прерываніе беременности вызывалось введенными въ полость матки, между ея стѣнками и плодными оболочками, бужами; до введенія

*) Случай сообщ. проф. *Славянскимъ:* Мѣсяцъ клинической жизни. Ж. Ак. и Жен. бол., 1896, мартъ.

ихъ беременная дня два—три подготовлялась горячими душами въ 38—40°. Бужи обыкновенно приходилось вводить два-три раза, такъ какъ въ первый разъ введенные бужи выпадали, не вызвавъ никакого эффекта. Въ двухъ случаяхъ роды вслѣдствіе слабости болей и развившагося эндометрита (одинъ разъ) пришлось кончить щипцами. Живые дѣти родились въ 5-и случаяхъ, два ребенка умерли вскорѣ послѣ рожденія (1800 gr. и 1500 gr. вѣса). Оставшіяся въ живыхъ были отъ 2100 до 2400 gr. вѣса. Послѣродовой періодъ протекалъ нормально у 3-хъ роженицъ, у 3-хъ было однократное повышеніе t, у двухъ повторное, и одна умерла отъ септическаго эндометрита. См. «узкіе тазы».

Новорожденные.

На 1544 родовъ, въ числѣ которыхъ 33 было двуплодныхъ, родилось всего 1575 плодовъ (въ двухъ случаяхъ были заносы). Исключая изъ этого числа 88 выкидышей (одинъ двуплодный), получимъ 1487 новорожденныхъ, изъ которыхъ (769 въ 1894 г. и 718 въ 1895 г.) было:

Живыхъ.	706	674	1380=92,81%
Мертвыхъ	46	26	71= 4,77 »
Мацерированныхъ .	18	18	36= 2,42 »
Доношенныхъ. . .	587	587	1174=78,97 »
Недоношенныхъ . .	182	131	313=21,03 »
Мальчиковъ . . .	375	366	741=49,79 »
Дѣвочекъ	394	352	746=50,15 »

Въ отчетное время мальчиковъ и дѣвочекъ родилось почти поровну, но дѣвочекъ все таки больше на 6. Въ 18 случаяхъ позднихъ выкидышей отмѣченъ полъ плода; мужскаго пола плодовъ родилось 9 и женскаго 10 (1 двуплодный выкидышъ)=числа тоже совпадающія. Такимъ образомъ на 100 мальчиковъ приходится 100,8 дѣвочекъ. За прежніе года мальчиковъ родилось больше: У д-ра *Рузи* на 100 дѣвочекъ приходится 116 мальчиковъ, у д-ра *Воффа* на 100 дѣвочекъ 111,5 мальчиковъ, у *Суровцова* на 100 дѣв. 114,8 мальчиковъ.

Зависимость пола плода отъ числа предшествовавшихъ беременностей представляется въ такомъ видѣ:

У I-parae родилось 195 мальчиковъ (96 въ 1894 г. и 99 въ 1895 г.) и 245 дѣвочекъ (120 въ 1894 г. и 125 въ 1895 г.), что даетъ отношеніе 100 мальчиковъ на 125,6 дѣвочекъ.

У M-parae родилось 555 мальчиковъ (282 въ 1894 г. и 273 въ 1895 г.) и 510 дѣвочекъ (276 въ 1894 г. и 234 въ 1895 г.), что даетъ 100 мальчиковъ на 91,8 дѣвочекъ. Какъ видно изъ таблицы, у первородящихъ въ преобладающемъ числѣ родятся дѣвочки, а у повторно-родящихъ—мальчики.

Средній вѣсъ доношеннаго плода равняется у насъ 3420,7 gr. (у I-para 3235,4 и у M-p. 3489 gr.). Въ частности средній вѣсъ доношеннаго мальчика равняется: у I-para—3280,8 gr. у M para 3539,7 gr., доношенной дѣвочки у I-para 3196,1 gr. у M-para 3428,1 grm.

Наибольшій вѣсъ плода въ 5100 grm. наблюдался у дѣвочки, родившейся отъ 26-лѣтней II-para. Роды продолжались 7 ч. 50 м., положеніе плода 2 zat. s. v. Размѣры таза: sp. il. 25 cm; cr. 27; con. ext. 19; tr. 30; длина ребенка 54 ctm. Окружность головки: прямая 38 ctm.; косая 42 и вертикальная 34, размѣры головки: прямой—13; б. косой—14; м. косой—12; б. поперечный—10; м. поперечный—9; вертикальный—10; плечики: окружность 42 и поперечн. разм. 14. Вѣсъ послѣда 800 grm., длина пуповины 54 ctm. Partus и puerperium—norma.

Что касается до *участи* новорожденныхъ, то 1350 (97,77%) младенцевъ были взяты матерями или родными (при заболѣваніи родильницы, въ нѣсколькихъ случаяхъ) 22 (1,58%) умерли въ клиникѣ, большей частью отъ врожденной слабости, и 9 (0,65%) отправлено въ Воспитательный домъ.

Уродства плода наблюдались восемь разъ (0,52%).

1) Отсутствіе кисти руки. У I-para родился недоношенный мальчикъ, на лѣвой ручкѣ котораго не хватало кисти и $^2/_3$ antibrachii.

2) Polydactylia—на правомъ большомъ пальцѣ еще маленькій палецъ, величиною съ горошину. Наложена лигатура. Ребенокъ дѣвочка 3500 grm. вѣсомъ, мать V-para.

3) Отсутствіе заднепроходнаго отверстія встрѣтилось 2 раза: а) недоношенный мальчикъ, 2850 grm. вѣса, съ плохо раз-

витыми нижними конечностями. Родился живымъ, но умеръ послѣ нѣсколькихъ вздоховъ, не кричавъ. Мать IV-para.

б) Недоношенный мальчикъ 2600 grm. вѣс. Родился живымъ; на слѣдующій же день сдѣлана операція въ клиникѣ проф. *Ратимова*; умеръ на 3 сутки. Мать VI-para.

4) Spina bifida въ крестцовомъ отдѣлѣ позвоночника 2 раза у II-para и разъ у IX-para. Дѣти родились живыми и взяты матерями.

5) Неправильное развитіе стопы и лѣвой половины нижней челюсти—1 разъ. Мать III-para.

Послѣродовой періодъ.

Объ уходѣ за роженицей и родильницей подробно изложено въ отчетахъ д-ра *Рузи* за 1891—92 гг. и д-ра *Суровцова* за 93 г. Въ виду того, что существенныхъ измѣненій въ пріемахъ ухода не произошло, кромѣ замѣны антисептическихъ растворовъ, при обмываніи и спринцованіи роженицъ въ родильномъ покоѣ, стерилизованной водой (за исключеніемъ лѣтняго времени), мы не будемъ говорить о немъ, а прямо перейдемъ къ цифровымъ даннымъ. Всѣхъ родильницъ было 1541, такъ какъ 3 роженицы умерли во время родовъ (см. выше «Кесарское сѣченіе на мер.»).

Совершенно здоровыхъ родильницъ, т. е. такихъ, у которыхъ при правильномъ теченіи послѣродоваго періода и хорошемъ состояніи температура не превышала 38° С. было .	550	543	1093 = 70,99%
Болѣвшихъ	247	201	448 = 29,01 »
Изъ числа послѣднихъ:			
Лихорадило безъ локализаціи процесса	146	136	282 = 18,26 »
Болѣло послѣродовыми формами	90	59	149 = 9,65 »
» непослѣродовыми »	11	6	17 = 1,10 »

Лихорадившія распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

ЛИХОРАДИЛО.	I-para.				M-para.				
Однократно	1894 г. 22 1895 г. 30	52	106=6,86%	176=11,40%	42 49	91		64 79	143=9,26%
Двукратно	1894 г. 14 1895 г. 6	20			27 13	40		41 19	60=3,88%
Многократно	1894 г. 16 1895 г. 18	34			25 20	45		41 38	79=5,12%

Изъ послѣродовыхъ формъ наблюдались:

Colpitis puerp.	1894 г.	—	1			—	1			—	2 = 0,13%
	1895 г.	1				1				2	
Endometritis puerp.	1894 г.	13	22			13	24			26	46 = 2,98%
	1895 г.	9				11				20	
Peri - parametritis p.	1894 г.	23	39			28	44			51	83 = 5,37%
	1895 г.	16				16				32	
Endo - parametritis p.	1894 г.	4	4	72=4,66%		5	5	77 = 4,98%		9	9 = 0,58%
	1895 г.	—				—				—	
Peritonitis sept.	1894 г.	2	5			—	2			2	7 = 0,45%
	1895 г.	3				2				5	
Mastitis.	1894 г.	1	1			1	2			2	3 = 0,19%
	1895 г.	—				1				1	

Какъ видно изъ таблицы, уклоненія въ теченіи послѣродоваго періода встрѣтились у 178 первородящихъ (106 лихорад. и 72 болѣвшихъ) и у 253 повторнородящихъ (176 и 77). Сопоставляя эти числа съ общимъ числомъ тѣхъ и другихъ, находимъ, что у первородящихъ одинъ ненормальный послѣродовой періодъ приходится на 2,55 родовъ, а у повторнородящихъ на 4,29 родовъ. Слѣдовательно, у первыхъ заболѣванія встрѣчаются въ 1,5 раза чаще, чѣмъ у послѣднихъ. Тотъ же выводъ находимъ мы у д-ра *Воффа*, *Рузи* и *Суровцова*.

Что касается до случайныхъ заболѣваній, то изъ нихъ наблюдались:

Eclampsia 19 разъ: 9 въ 1894 г. и 10 въ 1895 г.; изъ нихъ у десяти (3 и 6) вмѣстѣ съ тѣмъ были и септическія явленія.

Psychosis puerperalis (post eclampsiam) 2 раза—по одному въ каждомъ году. У нихъ же септическое заболѣваніе:

Pneumonia crouposa	1	—	1
Pleuritis	1	1	2
Urticaria	1	—	1
Nephritis	1	—	1
Enteritis acuta	1	—	1
Cholera asiatica	1	—	1
Dysenteria	—	1	1
Parotitis duplex (post. coelio.-kelyphotomiam)	1		1

Смертныхъ случаевъ за отчетные года было 17 (въ 1894 г.—8 и 1895 г.—9), что составляетъ 1,10% всѣхъ родовъ. Въ трехъ случаяхъ, о которыхъ было говорено выше, смерть послѣдовала во время родовъ; для извлеченія младенца было

произведено кесарское сѣченіе на мертвыхъ. Въ остальныхъ случаяхъ смерть послѣдовала на 2—15 сутки послѣ родовъ—разъ отъ азіатской холеры, разъ отъ дизентеріи, четыре отъ эклампсіи; въ 8 случаяхъ причиною смерти было септическое заболѣваніе (0,518%) (3 въ 1894 г. и 5 въ 1895 г.).

Въ нижеприведенныхъ таблицахъ сгруппированы случаи заболѣваній и смерти по мѣсяцамъ, и даны болѣе подробныя свѣдѣнія о смертныхъ случаяхъ.

Изъ первой таблицы видно, что процентъ уклоненій въ теченіи послѣродоваго періода, вообще довольно высокій, значительно увеличивается въ лѣтніе мѣсяца и отчасти, особенно въ 1894 г., въ осенніе. Послѣднее, можетъ быть, находится въ связи съ началомъ учебныхъ занятій, когда, съ наплывомъ студентовъ и экзаменующихся бабокъ, роженицы подвергаются болѣе частому изслѣдованію. Повышенный же процентъ лихорадящихъ въ лѣтніе мѣсяца можно объяснить какъ скученностью роженицъ въ клиникѣ, такъ и тѣмъ, что вслѣдствіе закрытія многихъ городскихъ родовспомогательныхъ заведеній и переполненія родильныхъ пріютовъ, роженицы, пока не попадутъ въ клинику, пересылаются изъ одного пріюта въ другой, подвергаясь тамъ спѣшному и, можетъ быть, не всегда безупречному изслѣдованію.

Здоровыя родильницы выписывались обыкновенно на 8—9 день первородящія и на 6—7 многородящія. Послѣ зашиванія промежности родильницы оставались въ клиникѣ 9—11 дней и больше, смотря по величинѣ разрыва и ходу заживленія раны. Болѣвшія послѣродовыми формами выписывались обыкновенно послѣ полнаго выздоровленія, а болѣвшія случайными формами въ большинствѣ случаевъ переводились въ соотвѣтствующія отдѣленія для надлежащаго лѣченія.

Изъ 1544 разрѣшившихся въ клиникѣ выписалось домой .	785	737	1522 = 98,58%
переведено въ другія клиники .	5	—	5 = 0,32 »
умерло	8	9	17 = 1,10 »

Въ частности, конечно, день выписки зависѣлъ отъ особенностей каждаго случая, колеблясь у здоровыхъ между 3 и 20 днями и у болѣвшихъ между 10 днями и 5 мѣсяцами (послѣ coelio-kelyphotomia).

Таблица, представляющая уклоненія въ теченіи послѣродоваго періода по мѣсяцамъ.

		Январь.	Февраль.	Мартъ.	Апрѣль.	Май.	Іюнь.	Іюль.	Августъ.	Сентябрь.	Октябрь.	Ноябрь.	Декабрь.
Число родовъ:	1894 г.	46	37	35	48	49	78	131	167	63	54	45	45
„ „	1995 г.	64	50	41	42	64	114	123	95	25	50	40	38
Число заболѣваній:	1894 г.	13	6	5	10	15	13	52	58	24	24	19	8
„ „	1895 г.	12	19	9	12	25	36	21	26	7	12	10	12
Лих. однократно:	1894 г.	2	3	1	2	7	5	14	10	7	7	3	3
„ „	1895 г.	6	9	5	4	7	11	8	10	2	8	5	4
„ двукратно:	1894 г.	4	2	2	3	1	1	9	9	6	2	2	—
„ „	1895 г.	1	1	1	1	1	5	1	3	1	—	2	2
„ многократно:	1894 г.	3	1	—	1	2	1	9	9	4	5	4	2
„ „	1895 г.	1	2	1	3	4	6	9	7	2	—	1	2
Coplitis puerp.	1895 г.	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Endometritis „	1894 г.	—	—	—	2	2	2	8	7	3	2	—	—
„ „	1895 г.	—	1	—	—	3	9	1	3	—	1	—	2
Peri-parametritis „	1894 г.	1	—	—	1	3	2	10	16	2	6	8	2
„ „	1895 г.	2	5	2	4	9	5	1	—	—	2	—	2
Endoparametritis	1894 г.	—	—	2	—	—	1	—	4	2	—	—	—
Peritonitis sep.	1894 г.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—
„ „	1895 г.	2	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—
Mastitis	1894 г.	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Случайныя заболѣванія		3	—	—	—	—	—	1	3	—	2	1	1
		—	1	—	—	—	—	1	—	2	1	1	—
Смертные случаи	1894 г.	2	—	—	2	1	—	—	1	—	—	1	1
„ „	1895 г.	2	—	—	1	1	—	2	1	—	—	2	—
% заболѣваній	1894 г.	28,25	16,21	14,28	20,83	30,61	16,69	39,69	34,73	38,9	44.44	42,22	17,77
„ „	1895 г.	18,75	38	21,95	28,57	39,06	31,57	17,07	27,36	28	24	25	31,31

ТАБЛИЦА СМЕРТНЫХЪ СЛУЧАЕВЪ 1894 и 1895 г.г.

Мѣсяцъ.	№№ родовъ.	Возрастъ.	Которые роды.	Продолжительность родовъ.	ОСЛОЖНЕНІЕ РОДОВЪ.	Оперативныя пособія.	Послѣродовой періодъ.	День смерти.	Новорожденные и ихъ судьба.
1894 г.									
I	6	26	5	—	Cholera asiatica	—	Cholera asiatica.	на 3 сут.	м. 3350 м.
„	22	22	1	—	Eclampsia. Abortus in V mens. .	—	Eclampsia. Nephrit. Oedema pulmon.	5	—
IV	133	21	1	29 ч. 10′	Pelv. ang. (Con. ex. 17; d. 10,5). Endometr. s. p. Ruptura perinei compl. I gr.	Partus praem. artif. Forceps. Perineorrhaphia primaria.	Endom. et peritonitis sept.	9	ж—м.
„	172	25	1	—	Eclampsia	Sectio Caesarea in mortua.	—	s. p.	м. 2900 м.
V	174	22	1	17 ч. 57′	Debilitas dolorum	Forceps simps.	Endometr. s.	15	ж. 3200 ж въ Вос.д.
VIII	579	18	1	36 ч. 44′	Eclampsia	—	Eclampsia.	2	ж. 2650 ж. вз. род.
XI	719	24	1	10 ч. 55′	Part. praemat.	—	Peritonit. s.	10	ж. 2800 ж. вз. род.
XII	801	23	1	39 ч. 45′	Eclampsia	—	Eclampsia.	2	м. 3450 м.
1895 г.									
I	37	28	1	7 ч. 28′	Gemelli. Rupt. perin. incom II gr.	Perineorrhaphia.	Peritonitis. s.	9	м. 1000 м. ж. 2500 ж. вз. род.
„	54	29	1	27 ч. 52′	Rupt. perin. incom. II gr. . . .	Perineornhaphia.	Peritonitis. s.	8	ж. 2700 ж.
IV	184	23	2	—	Placenta praevia. Anaem. ac. .	Sectio Caesar. in mortua.	—	s. p.	м.—м.
V	241	34	1	25 ч. 30′	Rupt. perin. II gr.	Perineorrhaphia.	Peritonitis. s.	8	ж. 3000 ж.
VII	388	34	12	—	Преждеврем. отдѣлен. послѣда. .	Sectio Caesar. in mortua.	—	s. p.	м. 3500 м.
„	470	20	1	23 ч. 25′	—	—	Dysenteria.	8	ж. 3700 ж.
VIII	593	29	4	11 ч. 35′	Versio f. spontan. Ruptura fornic.	Extractio foet.	Peritonitis.	2	м. 3400 м.
„	677	35	5	—	Eclamps.; partus praemat. . . .	Бужи для усил. схватокъ.	Eclampsia.	11	м. 3100 ж.
„	691	26	5	—	Abort. compl. in IV mns. . . .	Periton sub partu.	Peritonitis.	2	—

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ОДИНАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЪ № 7.

Засѣданіе 16-го Октября 1897 года.

Предсѣдательствовалъ **Д. О. Оттъ.**

Присутствовали 24 члена: Антиповъ, П. А., Байковъ, Бекманъ, Вастенъ, Виридарскій, Долинскій, Замшинъ, Земацкій, Какушкинъ, Каннегисеръ, Личкусъ, Мазуркевичъ, Массенъ, Мисевичъ, Оленинъ, Піотровичъ, Порошинъ, Рачинскій, Сережниковъ, Стравинскій, Строгановъ, Улезко-Строганова, Франкъ, Швердловъ и 25 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 6.

2) *В. Г. Бекманъ* сообщилъ *о двухъ случаяхъ metritis dissecans*, при чемъ показалъ и соотвѣтственные препараты: а) А. К. замужняя, 23 л., родила въ I разъ дома 27 іюля 97 г.; принимала повивальная бабка. На 3-й день послѣ родовъ: боль въ животѣ, ознобъ и лихорадка. При поступленіи, вечеромъ 1/VIII 1897, въ больницу животъ не былъ ни вздутъ, ни чувствителенъ. Матка не чувствительна, дно ея на 3 п.п. ниже пупка. Выдѣленія окрашены, грязны, зловонны. Пульсъ 124, температура 39,3°—40,4°. 2 августа пульсъ 100. Животъ мягкій, не вздутый, не болѣзненный. Вы-

дѣленія грязны, въ умѣренномъ количествѣ. Дно хорошо сокращенной матки на 4 пальца ниже пупка. Наружный зѣвъ пропускаетъ 2 пальца, черезъ внутренній зѣвъ пройти трудно. Слѣва отъ шейки прощупывается въ клѣтчаткѣ плотный, чувствительный выпотъ, толщиною немного больше пальца. Слабило нѣсколько разъ. Матка осторожно промыта 2% карбол. растворомъ. Температура утромъ 38,5°, пульсъ 100, вечеромъ 39°, пульсъ 120. 3 августа: ночью была неспокойна, спала мало. Утромъ начала бредить. Наступилъ коллапсъ, пульсъ не сосчитывается, температура 37,5°. Животъ не вздутъ, мягкій, не болѣзненъ. Въ 2½ часа дня смерть. Вскрытіе произведено 4/VIII прив.-доц. д-ромъ *Моисеевымъ*. *Diagnosis anatomica*: Hypertrophia ventriculi sin. cordis gradus parvi. Hyperaemia venosa et oedema pulmonum. Peritonitis purulenta acuta diffusa. Degeneratio parenchymatosa hepatis. *Endometritis puerperalis ichorosa*. Metrolymphangoitis purulenta lig. lati sin. *Metritis dissecans* ichorosa purulenta perforans. Nephritis parenchymatosa subacuta. *Описаніе матки и придатковъ ея.*

Матка величиною въ 2 кулака; въ задней стѣнкѣ лѣваго рога серозный покровъ грязно-чернаго цвѣта, изъязвленъ на величину 3-хъ коп. монеты; въ днѣ язва содержитъ мягкую массу зеленовато-краснаго цвѣта; при давленіи на тѣло матки черезъ отверстіе вываливается комокъ, величиною въ грецкій орѣхъ, состоящій изъ мягкой легко раздавливающейся ткани, грязно-сѣраго цвѣта, оставляющей прободеніе черезъ всю толщу стѣнки матки, величиною въ 3 поперечныхъ пальца. Края отверстія неровные черно-краснаго цвѣта. Каналъ шейки и полость матки расширены, стѣнки утолщены, внутренняя поверхность неровная, клочковатая, отдѣляющая при соскабливаніи большое количество грязной, зеленовато-сѣрой гноевидной жидкости. Лимфатическіе сосуды у основанія лѣвой широкой связки расширены и наполнены гноевидной жидкостью сѣраго цвѣта. Клѣтчатка въ окружности ихъ уплотнена, желтоватаго цвѣта. Яичники немного увеличены, полнокровны. Corpus lut. verum находится на лѣвой сторонѣ. Фаллопіевы трубы особыхъ измѣненій не представляютъ; б) Маремьяна Сѣрова, 29 лѣтъ, поступила 8/VIII 1897 г. въ гинекол. отдѣленіи Обуховской больницы съ жалобами на вонючія выдѣ-

ленія, боли въ животѣ и общую слабость. Заболѣла послѣ первыхъ родовъ, которые были окончены прободеніемъ, 17 іюля сего года, въ одномъ изъ здѣшнихъ родильныхъ домовъ.

При изслѣдованіи довольно слабой, малокровной больной найдены въ рукавѣ, на задней его стѣнкѣ, справа и слѣва отъ columna rugarum, разрывы, покрытые свѣжими грануляціями. Небольшіе разрывы около похотника. Изъ матки обильныя грязныя выдѣленія съ зловоннымъ запахомъ. Матка велика, дно ея на 2 пальца ниже пупка, зѣвъ пропускаетъ палецъ. Въ маткѣ прощупывается выступающій въ полость бугоръ. На шейкѣ надрывы.

Температура была повышена по вечерамъ до 38,9°, по утрамъ—подлихорадочная. 12 августа вышелъ кусокъ (на 26-й день послѣ родовъ), имѣющій форму прямоугольнаго трехугольника. Поверхность, соотвѣтствующая внутренней поверхности матки грязно-ихорознаго цвѣта, другая, соотвѣтствующая мышечной стѣнкѣ, шероховата. Высота трехугольника 13 сант., основаніе 9,5 сант. Толщина не одинакова въ различныхъ мѣстахъ, достигая въ срединѣ $2^1/_2$ сант. и уменьшаясь, хотя незначительно, по направленію къ краямъ. На слѣдующій день вышелъ еще кусокъ, поменьше, приблизительно въ 4 сант. длины и ширины. Еще за день до выхожденія перваго куска температура понизилась до 37,9° и стала нормальной послѣ выхожденія втораго куска. Одновременно обильныя грязныя выдѣленія почти сразу прекратились и зловонный запахъ исчезъ.

Больная быстро поправилась и выписалась здоровою 15-го сентября 97 года. При выпискѣ матка была нѣсколько толще нормальнаго, вполнѣ подвижна. Придатки нормальны.

В. Н. Массенъ замѣтилъ, что первый случай *докладчика* едва ли относится къ разряду случаевъ metritis dissecans: вѣдь здѣсь имѣлось *полное* омертвѣніе части стѣнки лѣваго рога!

Д. О. Оттъ присоединился къ сомнѣнію, высказанному *Массеномъ*. Безъ микроскопическаго изслѣдованія нельзя съ полнымъ правомъ говорить о *metritis dissecans*; это касается, въ особенности, 1-го случая: больная умерла уже на 7-й день и не невѣроятнымъ является и другое толкованіе: матка была пробуравлена и отверстіе закупорено кровянымъ сгусткомъ.

В. Г. Бекманъ возразилъ, что для 1-го случая, кромѣ *metritis dissecans* возможно, пожалуй, названіе *частичное омертвѣніе* (necrosis partialis);

другихъ названій для этихъ случаевъ въ литературѣ нѣтъ. Что же касается микроскопическаго изслѣдованія, то оно не сдѣлано потому что не дало бы никакихъ данныхъ: получилась бы картина омертвѣвшей, не окрашивающейся массы. Это онъ утверждаетъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія тѣхъ случаевъ *metritis dissecans*, о которыхъ онъ раньше уже сообщилъ Обществу (Журналъ Акуш. и женск. бол., стр. 214). Правда, въ случаяхъ *Грамматикати* и *Добберта* получились положительныя данныя, но это были случаи *ранніе*, когда омертвѣвшая масса не совсѣмъ еще отдѣлилась отъ здоровой ткани.

3) *В. Г. Бекманъ* показалъ два препарата *Missed abortion*. Въ *первомъ* случаѣ, плодъ длиною въ 25 сантим., задержался въ маткѣ около 4 мѣсяцевъ и родился приблизительно за 1 недѣлю до срока нормальныхъ родовъ. Кожа плода только слегка мацерирована. Кости черепа спались, черепъ сплюснутъ въ фронтальномъ направленіи. Маточная поверхность дѣтскаго мѣста бѣловато-желтоватаго цвѣта. Размѣры плаценты 11 × 9,5 сант., толщина 1 сант., строеніе ея дольчатое, консистенція немного тверже нормальной. Плодныя оболочки почти безъ измѣненій. Роженица, хорошо сложенная, здоровая женщина, 33 лѣтъ, была беременна 3-й разъ. Послѣродовой періодъ протекъ нормально. Во *второмъ* случаѣ выкидышъ наступилъ у беременной въ шестой разъ женщины 8 сентября. Послѣднія мѣсячныя были въ февралѣ. Величина матки соотвѣтствовала 3-ему мѣсяцу беременности. И въ этомъ случаѣ плодъ и послѣдъ оказались почти свѣжими. Роженица страдала спастическими явленіями въ ногахъ и дрожаніемъ всего тѣла, вызванными либо сифилисомъ головнаго и спиннаго мозга либо sclerosis multiplex. Умершій плодъ задержался въ маткѣ около 4 мѣсяцевъ. Въ теченіе послѣдняго мѣсяца время отъ времени были легкія боли и незначительно окрашенныя выдѣленія.

4) *Онъ же* показалъ пораженную міомами матку удаленную черезъ влагалище, кускованіемъ, *В. А. Вастеномъ*.

5) *Онъ же* сообщилъ *о 7-ми случаяхъ трубной беременности*, при чемъ показалъ и соотвѣтственные препараты: а) больная оперирована *В. А. Вастеномъ* 8/x 1897 г. Послѣднее мѣсячное было 25 августа. Препаратъ состоитъ изъ вырѣзаннаго наружнаго отдѣла трубы, длиною въ 6 сантим. Внутренній конецъ на разстояніи $^1/_2$ сант. не растянутъ, затѣмъ труба немного расширяется. Дальше кнаружи замѣтна

небольшая перетяжка, послѣ которой труба расширена до величины малаго грецкаго орѣха. На наружной поверхности растянутой трубы разрывъ около 2 сант. длиною. Края разрыва неровны. За маткою большое кровоизліяніе отчасти ограниченное отъ брюшной полости склеенными кишками. На 2 день послѣ операціи вышли 2 куска decidiae изъ матки.—Больная поправилась. б) Во второмъ случаѣ *В. А. Вастеномъ* былъ удаленъ *Haematosalpinx* величиною въ средній апельсинъ. Мѣсячныя опоздали на 1 недѣлю. Труба, начиная съ маточнаго конца, расширена до толщины пальца. Стѣнки ея гладки, растянуты. Полость вплотную выполнена старыми сгустками крови. Такой видъ труба имѣетъ на протяженіи 9 сант., затѣмъ она сразу расширяется и переходитъ въ полость съ гладкими стѣнками, выполненную старыми сгустками и имѣющую внутри тонкія перегородки. Труба окружена склейками. Больная выздоравливаетъ. в) Третья больная была оперирована *А. Г. Барсуковскимъ*, въ полномъ коллапсѣ, ночью. Она поступила въ гинекологическое отдѣленіе Обуховской больницы за 5 дней до операціи въ легкомъ коллапсѣ, но стала оправляться. Вдругъ внутреннее кровотеченіе возобновилось, пришлось перейти къ активному лѣченію. Въ брюшной полости найдено огромное свободное кровоизліяніе. Длина удаленной трубы 4 сант. Маточный конецъ на разстояніи $1^1/_2$ сант. не растянутъ, довольно плотенъ. Затѣмъ труба сразу расширяется, образуя мѣшокъ величиною въ орѣхъ; на верхней поверхности мѣшка разрывъ овальной формы, съ неровными бахромчатыми краями. Діаметръ разрыва $1^1/_2$ сант., стѣнка трубы здѣсь утолщена. На мѣстѣ разрыва выступаетъ изъ трубы плоскій кусокъ ворсистой ткани, другой такой же кусокъ оторвался. Наружный конецъ трубы съ фимбріями склеенъ, но не растянутъ. Больная выздоровѣла. г) Въ слѣдующемъ случаѣ, оперированномъ *Ф. И. Бересневичемъ* произошелъ трубный абортъ. Вслѣдствіе громаднаго свободнаго внутрибрюшиннаго кровотеченія, больная была оперирована въ коллапсѣ. У правой трубы внутренній отдѣлъ не измѣненъ. Наружный конецъ растянутъ, образуя мѣшокъ въ грецкій орѣхъ. Труба цѣла, изъ ея наружнаго отверстія торчатъ оболочки разорваннаго плоднаго яйца. Зародышъ не найденъ. Кромѣ того лѣвая

труба образовала haematosalpinx, толщиною въ мизинецъ. Наружный конецъ ея склеенъ. Больная поправилась. д) Въ пятомъ случаѣ больная наблюдалась въ больницѣ съ V/II до 5/VIII. Оперирована *докладчикомъ*,, ввиду того, что опухоль, принятая за кровоизліяніе въ правомъ и заднемъ сводѣ постепенно увеличивалась. Во время наблюденія пульсъ все время былъ очень учащенъ: отъ 112—140, коланса не было. Въ нижней части брюшной полости найдены сгустки. Плодовмѣстилище, окруженное кровоизліяніемъ находилось въ Дугласовомъ пространствѣ. Труба, не расширенная на протяженіи 6 сант., переходила въ мѣшокъ. Этотъ мѣшокъ лопнулъ при попыткѣ вылущить его изъ сращеній, при чемъ вытекла околоплодная вода и выскочилъ плодъ, длиною въ 14 сант. (мальчикъ). Плацента, величиною въ ладонь, и плодный мѣшокъ удалены изъ Дугласа. Дугласово пространство затампонировано. Больная выписалась. Въ этомъ случаѣ имѣлся, вѣроятно, трубный выкидышъ съ дальнѣйшимъ развитіемъ беременности въ брюшной полости. е) Въ шестомъ случаѣ *докладчику* пришлось оперировать 2 раза. Больная поступила въ отдѣленіе съ большой Haematocele, не доходящей на 3 пальца до пупка. Больная лихорадила, по этому рѣшено было сдѣлать кольпотомію. Очень широкій рукавъ и сильное выпячиваніе задняго свода позволили сдѣлать широкій разрѣзъ, въ который свободно помѣстились 3 пальца. Края разрѣза были обшиты и удалена масса кровяныхъ сгустковъ. Труба оказалась спаянной съ кишками и вытащить ее въ рану не было возможности. Дугласово пространство было затампонировано марлей. Черезъ день кровь начала сочиться черезъ тампонъ. Кровотеченіе постепенно усиливалось и не останавливалось не смотря на повторную тампонацію. Ввиду ухудшающагося общаго состоянія и увеличивающагося малокровія, черезъ 6 дней послѣ кольпотоміи, удалена разорванная труба путемъ чревосѣченія. Больная выздоровѣла и выписалась. Маточный конецъ трубы на протяженіи 5 сант. не расширенъ, затѣмъ труба расширяется въ полость, величиною въ яблоко. Полость выполнена сгустками. Дальше кнаружи труба съужается, оставаясь все таки утолщенной на $1^1/_2$ пальца. Наружный конецъ трубы закрытъ и окруженъ перепонками. Въ на-

ружномъ отдѣлѣ трубы разрывъ пропускающій большой палецъ. Просвѣтъ разорванной трубы сообщается съ вышеописаннымъ расширеннымъ мѣстомъ трубы. Въ полости трубы ворсистая ткань. Въ этомъ случаѣ послѣднія мѣсячныя были въ срокъ 29/VI. Кровотеченіе изъ матки и заболѣваніе начались 29 Іюля. ж) Седьмая больная оперирована *докладчикомъ* въ коллапсѣ. Свободное кровоизліяніе въ брюшную полость. Выздоровленіе. Препаратъ: между трубой и яичникомъ нѣсколько паутинообразныхъ склеекъ. На разстояніи 1 сант. отъ маточнаго конца разрывъ трубы. Разорвана болѣе половины окружности трубы, расширенной въ этомъ мѣстѣ до толщины маленькаго лѣснаго орѣха. Въ этомъ мѣстѣ внутренняя поверхность трубы выворочена, неровна, выстлана ворсистой тканью. Болѣе кнаружи отъ расширеннаго мѣста труба нормальной толщины, немного извилиста, длиною въ 3 сант. Наружный отдѣлъ трубы склеенъ съ яичникомъ такимъ образомъ, что брюшное отверстіе ея свободно и бахрома не измѣнена. Просвѣтъ трубы проходимъ отъ расширеннаго мѣста до самаго брюшнаго конца.

Д. О. Оттъ замѣтилъ, что разрѣзъ задняго свода при заматочной кровяной опухоли безполезенъ потому, что при этомъ удаляется только излившаяся въ Дугласово пространство кровь, самый же *источникъ кровотеченія*—беременная труба—не удаляется. Объ этомъ подробно говорится въ его монографіи „*о внѣматочной беременности*“. Интересно поэтому, чѣмъ руководствовался *докладчикъ*, примѣнивши разрѣзъ въ своемъ 6-мъ случаѣ?

И. Г. Бекманъ возразилъ, что и *В. А. Бастенъ* теперь не примѣняетъ разрѣза. Въ работѣ послѣдняго „*о 77 случаяхъ внѣматочной беременности*“, своевременно сообщенной Обществу и напечатанной въ „Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней“, за іюнь 1896 года, упоминается только о 7 подобныхъ случаяхъ; въ настоящее же время этотъ способъ совсѣмъ не практикуется и, если онъ, *докладчикъ*, и примѣнилъ его, то съ цѣлью, такъ сказать, личной провѣрки, а также потому, что больная лихорадила.

Д. О. Оттъ спросилъ, почему во всѣхъ случаяхъ внѣматочной беременности прибѣгали къ чревосѣченію и не пробовали удалять беременныя трубы черезъ рукавъ?

И. Г. Бекманъ возразилъ, что отъ добра добра не ищутъ: чревосѣченія при внѣматочной беременности до сихъ поръ въ отдѣленіи *Бастена* давали очень хорошіе результаты; операція же черезъ рукавъ уже à priori является болѣе сложной: приходится работать въ темнотѣ; вытащить трубу трудно, съ трудомъ наложенныя лигатуры соскальзываютъ; къ тому же сплошь и рядомъ приходится оперировать такихъ истощенныхъ больныхъ, гдѣ дорога каждая минута и гдѣ влагалищ-

ный путь, затягивая операцію уже по одному этому становится не умѣстнымъ.

*Д. О. Отт*ъ замѣтилъ, что хорошіе результаты не есть еще достаточная причина для производства операціи такимъ именно способомъ, а не другимъ: давала же овaріотомія путемъ чревосѣченія почти 0% смертности, но это не помѣшало, однако, производству овaріотоміи черезъ рукавъ, которая даетъ теперь результаты отнюдь не худшіе, а, между тѣмъ, всѣ дурныя послѣдствія чревосѣченія, хотя бы, напримѣръ, грыжи на мѣстѣ рубца, устранены. Онъ думаетъ поэтому, что и для внѣматочной беременности не мѣшаетъ воспользоваться рукавнымъ путемъ и, вообще, выработать этотъ способъ. Онъ, правда, въ одномъ случаѣ, начавши операцію черезъ рукавъ, вынужденъ былъ окончить ее чревосѣченіемъ, но все-таки, при первомъ же подходящемъ случаѣ, вновь попытается оперировать черезъ рукавъ.—Въ заключеніе *Д. О.* поблагодарилъ *докладчика* за крайне интересныя сообщенія.

6) *Н. І. Рачинскій* (изъ гинекологическаго отдѣленія Клиническаго Института) показалъ слѣдующіе препараты:

а) *3 пораженныя ракомъ матки*, удаленныя чрезъ влагалище. У двухъ больныхъ процессъ зашелъ далеко на передній сводъ, по сосѣдству съ мочевымъ пузыремъ, тѣмъ не менѣе удалось, по видимому, удалить все подозрительное. Больныя поправились. б) *Пораженные ракомъ яичникъ* и *трубу*. Больная, сильно истощенная, поступила въ отдѣленіе съ асцитомъ. При изслѣдованіи оказалось: увеличенная матка, придатки матки представляютъ плотный, неподвижный конгломератъ неопредѣленныхъ очертаній. Выпущенная чрезъ брюшные покровы, жидкость изслѣдована подъ микроскопомъ, причемъ въ ней обнаружено присутствіе эпителіяльныхъ клѣтокъ, что и дало поводъ заподозрить образованіе эпителіяльнаго характера. При чревосѣченіи оказалось; фиброматозная матка, значительно увеличенные придатки той и другой стороны замуравлены воспалительными сращеніями. Придатки удалены. Въ виду того, что операція затянулась, а больная была крайне ослаблена и обезкровлена, не найдено возможнымъ удалить фиброматозную матку, тѣмъ больше, что со стороны фибромiомъ не было припадковъ. Обнаженное ложе, оставшееся послѣ удаленія придатковъ, было затампонировано зигзагообразно положенной марлей, наружный конецъ которой выведенъ чрезъ задній сводъ во влагалище. У больной послѣ операціи образовался въ полости таза гнойникъ, вскрывшійся съ одной стороны чрезъ брюшные покровы, въ области рубца

бѣлой линіи, и съ другой стороны во влагалище, чрезъ задній сводъ, въ имѣющееся уже отверстіе, такъ что въ настоящее время у больной имѣется сквозной свищъ. Нагноеніе на мѣстѣ операціи произошло, вѣроятно, оттого, что, при вылущиваніи изъ сращеній придатковъ, онѣ разорвались и изъ нихъ излилось гнойное содержимое въ брюшную полость. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что правые придатки-яичникъ и труба поражены цилиндро-клѣточковымъ ракомъ. Гдѣ развился первично ракъ—въ яичникѣ или трубѣ—сказать трудно; быть можетъ, въ яичникѣ, такъ какъ въ немъ процессъ былъ выраженъ рѣзче. в) *Фиброміому матки*, осложненную кистовиднымъ перерожденіемъ придатковъ. Найдено возможнымъ сдѣлать попытку удаленія матки и больныхъ придатковъ чрезъ влагалище. Приступлено къ кускованію матки. Но оказалось, что сращеній такъ много, матка такъ неподатлива, что предпочли наложить зажимы на кровоточащія мѣста и, затампоровавъ влагалище, перейти къ чревосѣченію. При чревосѣченіи оказалось, что, кромѣ опредѣленныхъ до операціи фиброміомы матки и кистовидно-перерожденныхъ лѣвыхъ придатковъ, имѣются кистовидно-же перерожденные правые придатки: правая бугристо-расширенная труба представлялась столь плотной, что до операціи была сочтена за подсывороточные узлы фиброміомы. Удалены матка (съ шейкой) и придатки. При удаленіи придатковъ, лежавшихъ среди плотныхъ сращеній, цѣлость ихъ нарушена, въ брюшную полость излился гной, который, повидимому, удалось весь удалить, такъ какъ послѣопераціонное теченіе прошло безъ повышенія температуры и безъ всякихъ осложненій. д) *Фиброміому матки*, осложненную, какъ и въ предыдущихъ двухъ случаяхъ, *кистовиднымъ заболѣваніемъ придатковъ* (лѣвыхъ). Путемъ чревосѣченія удалена матка (съ шейкой) и лѣвые придатки. Больная поправилась.

7) *Г. И. Сережниковымъ* (изъ Императорскаго Повивальнаго Института) показаны слѣдующіе препараты: а) *Множественные межуточные фиброиды матки.* а) В. К. 41 г., рожала 3 раза, послѣдніе роды 17 л. назадъ. Мѣсячныя съ 17 лѣтъ, по 3—4 дня, чрезъ 28 дней. Въ послѣдніе 4 года боли въ тазу и мѣсячныя по 3—4 дня, обильно, съ сгустками,

чрезъ двѣ недѣли. Въ августѣ с. г. произошло задержаніе мочи, продолжавшееся 5 сутокъ. Послѣ этого развился катарръ пузыря, который и побудилъ больную подвергнуться операціи. Матка достигаетъ величины кулака, бугриста, подвижна. 26/IX произведено удаленіе матки чрезъ рукавъ кускованіемъ. Правый, кистовидно перерожденный, яичникъ также удаленъ. Больная поправилась и близка къ выпискѣ. б) *Множественные межуточные фиброиды матки.* А. К., 40 л. Рожала 1 р. 15 л. назадъ, роды окончены щипцами, перенесла какое-то послѣродовое заболѣваніе. Мѣсячныя съ 13 л. по 3 дня чрезъ 28—30 дней, въ небольшомъ количествѣ. Въ послѣдніе 4 года мѣсячныя ходятъ по 7—8 дней, въ обильномъ количествѣ, съ болью, чрезъ 28—30 дней; больная страдаетъ постоянными болями внизу живота и въ поясницѣ и различными отраженными истерическими явленіями. Въ семьѣ были случаи бугорчатки. Сама перенесла нѣсколько разъ гнѣздное воспаленіе легкихъ и страдаетъ кашлемъ съ гноевидной мокротой. Тѣло матки бугристо, достигаетъ величины кулака, шейка утолщена. 10/X произведено удаленіе матки чрезъ рукавъ кускованіемъ. Придатки найдены нормальными и потому оставлены. Послѣопераціонное теченіе осложнилось на 3 день фокуснымъ воспаленіемъ праваго легкаго, которое, между прочимъ, разрѣшается. Мѣстно нѣтъ никакой реакціи. в) *Зашеечный фиброидъ величиною въ крымское яблоко.* Н. Ч. 32 л., рожала 4 раза; послѣдніе роды въ апрѣлѣ н. г. Роды затруднены были зашеечнымъ фиброидомъ и окончены поворотомъ на ножку. Мѣсячныя съ 14 лѣтъ, по 6 дней, необильно, чрезъ 28—30 дней. Въ послѣдніе 5 лѣтъ страдаетъ болями въ крестцѣ и поясницѣ. Плотный фиброидъ, величиною въ крымское яблоко, расположенъ вполнѣ зашеечно. Тѣло матки безъ измѣненій. 10/X произведено вылущеніе фиброида чрезъ разрѣзъ задняго свода. Вскрыта сумка и фиброидъ вылущенъ пальцами, при чемъ ни брюшина Дугласова пространства, ни каналъ шейки не вскрыты. Полость затампонирована іодоформной марлей. Больная поправляется. г) *Многополостная железистая киста л. яичника и множественные подсывороточные и межуточные фиброиды матки.* А. Е. 29 л. Не беременѣла. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ. по 3 дня, чрезъ 27—28 дней въ средн. количествѣ. Опухоль въ

животѣ опредѣлена 4 года назадъ. Въ то время опухоль, по словамъ больной, достигала величины кулака. Особенно сильно увеличился животъ въ послѣдніе $1^1/_2$ года; увеличеніе живота шло такъ быстро, что больная считала себя беременной и въ августѣ н. г., когда у нея появились внезапно боли въ животѣ, пригласила повивальную бабку. Бабка направила больную въ одинъ изъ родильныхъ домовъ, гдѣ и была опредѣлена истинная причина увеличенія живота. Въ полости живота опредѣляется опухоль, величиною съ матку въ концѣ беременности. Опухоль состоитъ изъ двухъ отдѣловъ различной плотности. Тѣло матки бугристо, достигаетъ величины 2 кулаковъ. Фиброзные узлы располагаются справа и сзади, выполняютъ своды и лежатъ въ маломъ тазу. Весь животъ такъ сильно растянутъ, что о подвижности различныхъ опухолей трудно составить представленіе. 30/IX произведено чревосѣченіе при чемъ удалены киста лѣваго яичника и вся матка. Больная на пути къ полному выздоровленію. д) *Ракъ шейки матки и передней стѣнки влагалища и дермоидная киста праваго яичника.* А. С., 56 л., рожала 11 разъ, послѣдніе роды 11 л. назадъ. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ, по 5—6 дней, обильныя, чрезъ 28 дней. Климактерій наступилъ 7 л. назадъ. Около 4 мѣсяцевъ страдаетъ сукровичными выдѣленіями и небольшими атипическими кровопотерями. Шейка утолщена, вокругъ зѣва небольшая кровоточивая, съ ломкой тканью, ссадина. На передней стѣнкѣ влагалища, въ средней части, плотный узелъ величиною въ миндалину. Матка немного увеличена, плотна, подвижна. Въ переднемъ сводѣ, справа, фиброзной плотности узелъ, находящійся въ тѣсной связи съ правымъ рогомъ матки. 26/IX произведено удаленіе чрезъ рукавъ матки и дермоидной кисты и вырѣзываніе раковаго узла изъ передней стѣнки влагалища. Больная поправляется. е) *Многополостная железистая киста праваго яичника съ воспалечными и отечными стѣнками.* В. Г. 48 л. Родила 1 разъ 17 л. назадъ. Мѣсячныя съ 16 л., по 4—5 дней, чрезъ 26—28 дней, сильно, съ болью. Съ февраля н. г. наступилъ климактеріи и съ этого же времени у больной быстро сталъ увеличиваться животъ. Въ маѣ появились отеки ногъ, кашель, удушье и выпаденіе задней стѣнки влагалища. Больной былъ сдѣланъ проколъ живота и выпущено по ея

словамъ 25 ф. сывороточной жидкости. Вскорѣ напряженіе живота достигло прежней степени и больная доставлена въ Институтъ въ крайне тяжеломъ положеніи. Для облегченія ея состоянія былъ сдѣланъ разрѣзъ выпавшей задней стѣнки влагалища и выпущено ведро сывороточной жидкости. Затѣмъ чрезъ недѣлю, 30/IX, произведено чревосѣченіе и удалена киста праваго яичника. Больная поправляется, послѣопер. періодъ протекаетъ безлихорадочно.

8) *В. И. Шелоумовъ*: *Влагалищное сѣченіе, какъ способъ удаленія придатковъ матки.* (Напечатано въ «Журналѣ». См. стр. 944 и слѣдующія).

А. И. Замшинъ сказалъ: не могу согласиться съ мнѣніемъ докладчика о необходимости воздерживаться отъ удаленія плотныхъ опухолей въ томъ числѣ злокачественныхъ, если они превышаютъ своимъ размѣромъ величину разрѣза въ сводѣ, при чемъ, мы имѣемъ право по этому вопросу пользоваться указаніями, помимо литературы, обильнымъ матеріаломъ, которымъ располагаетъ *Д. О. Оттъ*. Этотъ матеріалъ позволяетъ мнѣ вывести заключеніе прямо противорѣчащее мнѣнію докладчика—опухоль значительно бо́льшая, нежели разрѣзъ можетъ быть удалена сравнительно безъ особеннаго труда чрезъ разрѣзъ, благодаря или надрѣзу въ ней и выдавливанію содержимаго, или кускованію.

В. Т. Бекманъ замѣтилъ, что въ отдѣленіи *Вастена* воспалительныя заболѣванія придатковъ не оперируются, а лѣчатся сохраняющимъ образомъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло доходить до нарыва, его вскрываютъ простымъ разрѣзомъ черезъ рукавъ. Такой образъ дѣйствія вполнѣ понятенъ: являющіеся, послѣ удаленія придатковъ, выпоты дѣлаютъ состояніе больныхъ еще худшимъ, чѣмъ до операціи. Если же удалять придатки, то слѣдуетъ въ подобныхъ случаяхъ удалять и матку.

Д. О. Оттъ возразилъ, что и онъ придерживается того же образа дѣйствія. Замѣчаніе *Бекмана*, однако, не можетъ относиться къ сообщенію *докладчика*, гдѣ величина удаленныхъ опухолей колебалась отъ размѣровъ 7-ми мѣсячной беременной матки до величины яблока и самое меньшее, яйца, и гдѣ, слѣдовательно, сохраняющее лѣченіе не привело бы ни къ какимъ результатамъ.

Предсѣдатель **Оттъ.**
Секретарь **Личкусъ.**

Административное засѣданіе, за недостаточнымъ числомъ присутствовавшихъ отложено до слѣдующаго раза, при чемъ постановлено слѣдующее административное засѣданіе созвать на основаніи § 34 устава.

Предсѣдатель **Оттъ.**
Секретарь **Личкусъ.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ польской акушерско-гинекологической литературы за 1896 годъ.

Д-ра Якова Розенталя.

237. **A. Gazeta Lekarska.**

1. *Wawelberg G.* (Варшава). Два случая неправильнаго развитія женскихъ половыхъ органовъ, стр. 135.
2. *Endelman Z.* (Варшава). Случай полнаго разрыва матки у первородящей во время родовъ, стр. 530.
3. *Rundo H.* (Лодзь). Случай лицеваго предлежанія, замѣненнаго черепнымъ, стр. 807.
4. *Rosenthal J.* (Варшава). Случай внѣматочной межстѣнной беременности, стр. 1109. (напечатано въ Журн. Акуш. и Женск. бол. т. X Сентябрь 1895 г.).
5. *Neugebauer F.* (Варшава). Нѣсколько словъ о мужскомъ овлосѣніи у женщинъ, а также о другихъ аномаліяхъ овлосѣнія и общаго развитія, стр. 1101.
6. *Grodecki F.* (Ирены). Случай отсутствія матки и придатковъ, стр. 1179.
7. *Sachs I.* (Лодзь). Случай полнаго выпаденія вывороченной матки въ зависимости отъ родовъ, стр. 1297.
8. *Stepkowski Fr.* (Варшава). Къ вопросу о маточныхъ кровотеченіяхъ сомнительнаго происхожденія, стр. 1329.
9. *Rundo H.* (Лодзь). Какой механизмъ родовъ долженъ быть при наложеніи щипцовъ, стр. 1411.

10. *Czarkowski L.* (Вильна). Полное выпаденіе матки вывороченной во время родовъ, стр. 1423.
11. *Rapczewski F.* (Туржыскъ). Полное выпаденіе вывороченной матки послѣ родовъ, стр. 1425.

238. **B. Medycyna.**

12. *Jasinski K.* (Лодзь). Случай трубной беременности, стр. 73.
13. *Podziemski Z.* (Здунская воля). Случай послѣродоваго регі и parametrita, вылѣченнаго по способу *Tochier*'а стр. 153.
14. *Rosenthal J.* (Варшава). Открытое письмо по поводу статьи товарища *Подземскаго*, стр. 283.
15. *Borysowicz T.* (Варшава). О цѣлесообразности частичныхъ операцій при ракѣ маткѣ, стр. 422.
16. *Erlich M.* (Плоцкъ). Врачебная дѣятельность при выкидышахъ, стр. 493.
17. *Kasprzak M.* (Казань). Случай фиброида широкой маточной связки стр. 697.
18. *Erlich M.* (Плоцкъ). Нѣсколько словъ о лѣченіи при внѣматочной трубной беременности, стр. 715.
19. *Krakôw* К. (Варшава). Къ вопросу о вскрытіи брюшной полости черезъ своды влагалища, стр. 762.
20. *Gaszynski S.* (Варшава). Къ вопросу объ уходѣ за пуповиной у новорожденныхъ, стр. 786.
21. *Neugebauer F.* (Варшава). 40 собственныхъ наблюденій влагалищныхъ кистъ, стр. 1243.
22. *Szymanski B.* (Варшава). Случай кесарскаго сѣченія съ благополучнымъ исходомъ для матери и ребенка, стр. 1253.

239. **C. Kronika Lekarska.**

23. *F. Neugebauer* и *M. Warszawski* (Варшава). Выворотъ матки, №№ 6, 7, 8, 9.
24. *Rymsza A.* Къ вопросу о лѣченіи внѣматочной беременности при свободномъ кровоизліяніи, выполняющемъ всю брюшную полость, №№ 10, 11, 12.
25. *Jaworski J.* (Варшава). Mors sub menstruatione ex anaemia, №№ 19, 20.

240. **D. Pamiçtnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.**

26. *T. Faytt* (Варшава). О топографическихъ отношеніяхъ мочеточниковъ къ мочевому пузырю и маткѣ, стр. 3—434 съ 5 таблицами. Конкурсная премія.

27. *F. Neugebauer* (Варшава). 58 кесарскихъ сѣченій, произведенныхъ по поводу съуженія, частичнаго или полнаго зарощенія влагалища, стр. 156.

Кромѣ того „Pamiętnik" помѣщаетъ въ протоколахъ засѣданій Варшавскаго Общества врачей много демонстрацій и сообщеній изъ области гинекологіи.

241. **E. Przeglad Chirurgiczny.**

28. *Ziemacki* (Харьковъ). Къ вопросу объ оперированіи мочепузырныхъ свищей, т. III, стр. 98.
29. *Krajewski W. H.* (Варшава). Новый взглядъ относительно хирургическаго лѣченія разрыва матки во время родовъ, т. III, стр. 113.
30. *Jezierski Fr.* (Варшава). Сосочковая киста яичника. Овaріотомія, резекція flexurae sigmoideae, colon descendens и сальника на значительномъ протяженіи. Выздоровленіе, т. III, стр. 126.
31. *Bitner.* Случай лоносѣченія (Symhpiseotomia), т. III стр., 424.

242. **F. Przeglad Lekarski.**

32. *Jaworski W.* Dyspepsia sexualis artificalis у женщинъ, № 1, стр. 3.
33. *Ziembieki.* О французскомъ способѣ вырѣзыванія матки черезъ влагалище съ кровоостанавливающими зажимами, № 3—6 и 12—14 стр. 29, 46, 58, 71, 145, 159, 176.
34. *Piotrowski J.* Случай выхода глисты (ascaris lumbricoides) чрезъ рану послѣ выпущенія гноя изъ околоматочнаго гнойника № 7.
35. *Mars A.* Къ вопросу объ этіологіи болѣзненнаго зуда влагалища у женщинъ, № 22, 23, стр. 301, 318.
36. *Mars A.* Случай зуда влагалища излѣченнаго новымъ оперативнымъ способомъ, № 31, стр. 421.
37. *Switalski L.* О примѣненіи каучуковыхъ шариковъ въ акушерствѣ, №№ 34, 35, стр. 457, 471.
38. *Jordan.* Наблюденіе надъ случаемъ внѣматочной беременности, оперированнаго въ гинекологической клиникѣ въ $189^5/_6$ г. № 34, стр. 465.
39. *Switalski L.* Замѣчанія, касающіяся рака шейки, на основаніи наблюденій произведенныхъ въ клиникѣ, №№ 48, 49, стр. 629, 650.
40. *Kosminski.* О размягченіи костей у родильницъ съ обращеніемъ вниманія на лѣченіе фосфоромъ, №№ 46—49.

Кромѣ того въ протоколахъ засѣданій „Общества Врачей въ Галиціи“ помѣщенныхъ въ „Przeglad'ѣ Lekarsk'омъ“ находятся слѣдующія сообщенія:

41. *Bylicki.* О лѣченіи при задержаніи послѣда въ маткѣ при выкидышахъ, № 10, стр. 125.
42. *Starzewski.* Лѣченіе разрыва матки отъ родовъ помощью мѣшка *Mikulicz*'а, № 21, стр. 292.
43. *Ziembicki.* Огромный фиброидъ беременной на 7-мъ мѣсяцѣ матки, вылущенный вмѣстѣ съ нею, № 21, стр. 292.

243. **G. Nowiny Lekarskie.**

44. *Pomorski* (Познань). Къ вопросу объ облегченіи обезглавливанія при запущенныхъ поперечныхъ положеніяхъ, № 7, стр. 364.
45. *Bogdanik Józef* (Біала). Случай разрыва кисты яичника вслѣдствіе травмы, № 8, 9, стр. 453.
46. *Swiecicki H.* (Познань). Объ изслѣдованіи крови въ морфологическомъ отношеніи въ гинекологіи, № 10, стр. 581.

Кромѣ того въ протоколахъ врачебной секціи „Towarzystwa Przyjacol nauk“ помѣщены слѣдующія сообщенія.

47. *Pomorski.* Два случая разрыва матки при поворотѣ, № 2, стр. 86.
48. *Swiecicki H.* 1) Киста лѣваго яичника и гнойникъ лѣвой трубы, 2) киста лѣваго яичника съ дважды перекрученной ножкой, 3) ретенціонная киста малыхъ губъ.

244. **H. Rocznik Towarzystwa Ginekologicznego Krakowskiego.** Вып. 6 за 1895 годъ содержитъ много рѣдкихъ случаевъ и демонстрацій д-ровъ *Rosnera*, *Marsa*, *Switalsk*'аго, *Jordana* и *Kosminsk*'аго, изъ которыхъ интересны слѣдующія:

49. *Rosner.* a) Два патологическихъ случая мочевыхъ путей у женщинъ, b) 5 случаевъ пороковъ развитія, c) случай вылущенія матки путемъ чревосѣченія по методу *Freunda* при необычныхъ условіяхъ; d) случай внѣматочной беременности.
50. *Mars.* Angioma myxomatodes disseminata placentae.
51. *Jordan.* a) Четыре случая лоносѣченія (стр. 79), b) о лѣченіи загиба фиксированной беременной матки по способу *Grelich-Hewith*'а.

Endelman Z. (2) наблюдалъ въ клиникѣ *Gusserow*'а случай полнаго разрыва матки у первородящей во время родовъ: первородящая 23 лѣтъ. Роды срочные. Родовыя боли начались въ 6 часовъ утра; въ 12½ ч. наступилъ разрывъ плоднаго пузыря; въ 1½ полное раскрытіе матки, до 4-хъ ч. пополудни

были сильныя, нормальныя родовыя боли, которыя затѣмъ стали ослабѣвать и къ 5 ч., совершенно прекратились. Въ 7 ч. вечера авторъ при наружномъ изслѣдованіи нашелъ, что непосредственно подъ брюшными покровами прощупывались ягодицы и мелкія части плода, а съ правой стороны опухоль, принятая за матку. Зѣвъ вполнѣ открытъ, предлежащая головка въ полости таза. Conjug. externa 19½ ctm. (vera 10 ctm.) t⁰ 38,8⁰, P. 124. На головку наложены щипцы и извлеченъ мертвый плодъ. Послѣдъ спустя 5 минутъ вышелъ самъ. Распознанъ косой разрывъ матки въ нижнемъ сегментѣ, чрезъ который пальцы свободно проходили въ брюшную полость. Лѣченіе разрыва матки припадочное и выжидательное. Первые 3 дня безлихорадочные, затѣмъ t⁰ постепенно поднялась до 39,6⁰, послѣродовыя отдѣленія съ запахомъ явленія воспаленія плейры. На 12 день обильное маточное кровотеченіе, которое повторилось и на слѣдующій день, и въ тотъ-же день больная умерла. Протоколъ вскрытія. Въ брюшной полости кровь, общее гнойное воспаленіе брюшины, сывороточнаго покрова печени, около почечной соединительной ткани и фиброзной капсулы правой почки. Полный разрывъ матки, геморрагическое кровоизліяніе въ правый параметрій. Endometritis placentaris trombophlebitica levis diphteritica. Pleuritis dextra diaphragmatica levis purulenta. Общее малокровіе. Авторъ обращаетъ вниманіе на мало выраженныя явленія разрываматки, рѣдкость у первородящей; что-же касается лѣченія, то онъ не рѣшается высказаться окончательно, должно-ли придерживаться оперативнаго или выжидательнаго метода, но повидимому стоитъ за первый.

Krajewski (29) въ случаѣ неполнаго разрыва матки во время родовъ, т. е. гдѣ разрыва брюшины не было, произвелъ внѣбрюшинный разрѣзъ *Bardenhauera* съ хорошимъ результатомъ. Авторъ, основываясь на случаяхъ имъ оперированныхъ, совѣтуетъ при разрывахъ матки, при которыхъ показано хирургическое вмѣшательство, три операціи какъ раціональныя: 1) coeliotomia и сшиваніе разрыва, если разрывъ полный, но не перешелъ на широкія маточныя связки, роды-же прошли асептически; 2) coeliotomia и полное вырѣзываніе матки въ случаяхъ, зараженныхъ, а также въ томъ случаѣ, если края разрыва такъ разможжены, что не возможно ихъ сшить, или если разрывъ переходитъ на широкія связки; 3) внѣбрюшинный разрѣзъ *Bardenhauera* въ случаяхъ не полнаго разрыва.

Sachs (7), *Czarkowskt* (10), *Rapczewski* (11) описываютъ выворотъ матки послѣ родовъ. Всѣ три случая, не смотря на

немедленное вправленіе, окончились смертью; изъ нихъ первый на другой день, а другіе два черезъ часъ и полтора послѣ родовъ. Какъ причину остраго выворота матки *Sachs* въ своемъ случаѣ считаетъ усиленное внутрибрюшное давленіе, вызванное натуживаніемъ и вдуваніемъ въ бутылку, по совѣту бабки, съ цѣлью удаленія послѣда.

Neugebauer (23) написалъ клиническую лекцію о выворотѣ матки и обратилъ особенное вниманіе на терапію этого страданія. *Warszawski*-же въ 3-ей части той-же лекціи собралъ казуистику относительно выворота матки изъ польской литературы за послѣдніе 30 лѣтъ, составляющую 32 случая.

Wawelberg (1) и *Grodecki* (6) описываютъ по одному случаю довольно часто встрѣчающагося отсутствія матки и придатковъ, при чемъ первый изъ нихъ описываетъ случай двураздѣльнаго влагалища при правильныхъ маткѣ, яичникахъ и трубахъ.

Erlich (18) основываясь на 20 случаяхъ трубной беременности, изъ которыхъ 4 описываетъ болѣе подробно, полагаетъ что онъ не могъ-бы указать въ какихъ случаяхъ трубной беременности необходимо хирургическое вмѣшательство, такъ какъ всѣ его случаи выздоровѣли безъ операціи. Какъ своеобразное прилагаю одно изъ замѣчаній автора: „Читая описанія сотень прекрасно выполненныхъ salpingotom'ій, опубликованныхъ въ послѣдніе годы, я не нашелъ ни у одного изъ ихъ авторовъ основательныхъ доводовъ въ пользу того, что-бы вышеупомянутая операція навѣрно способствовала бы къ спасенію оперированныхъ женщинъ".

Rymsza (24) настаиваетъ на немедленномъ оперативномъ лѣченіи при внѣматочной беременности, какъ на дающемъ лучшіе исходы, чѣмъ при выжидательномъ методѣ, тѣмъ болѣе тогда, когда имѣется свободно излившаяся кровь, выполняющая всю брюшную полость. Изъ 18 такихъ больныхъ, оперированныхъ in extremis,—выздоровѣло 16.

Neugebauer (27) собралъ изъ литературы 58 случаевъ (между ними одинъ собственный), въ которыхъ вслѣдствіе съуженія, частичнаго или общаго зарощенія влагалища произведено кесарское сѣченіе. Между этими 58 случаями были произведены 22 операціи *Porro* съ смертельнымъ исходомъ для матерей 22,7%, для дѣтей 14,3% и 36 случаевъ кесарскаго сѣченія по сохраняющему способу съ смертельнымъ исходомъ для матерей 41,9%, а для дѣтей 28%.

Szymanski (22) описалъ кесарское сѣченіе по способу *Sängera*, произведенное *Rogomicz*'емъ на карлицѣ (длина тѣла III ctm.)

при Conjug. vera въ 5 ctm. Послѣ-операціонный періодъ вполнѣ нормальный; ребенокъ живой, вѣситъ 2600 gr.. родильница кормила сама.

Krakow (19) описываетъ 11 случаевъ coeliocolpotom'ій, произведенныхъ черезъ задній сводъ, изъ 36 coeliotom'ій выполненныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи *Neugebauer*'а. Въ числѣ этихъ 36 coeliotom'ій влагалищныхъ находимъ 22 экстирпаціи матки: 19 по поводу рака, 2 по поводу саркомы и одинъ по поводу выпаденія матки 6 случаевъ oophorectom'іи, 3 случая вскрытія заматочной кровяной опухоли, одинъ случай выпусканія жидкости изъ брюшной полости (ascites), одинъ случай salpingotomiae vaginalis, одинъ vaginofixatio uteri, 2 случая miomotomiae uteri, изъ которыхъ одинъ нужно было окончить черезъ брюшныя стѣнки (per. abdomen). Авторъ опираясь на мнѣнія другихъ хирурговъ и на основаніи 3-хъ случаевъ имъ оперированныхъ приходитъ къ слѣдующему заключенію: a) Colpocoeliotomia менѣе опасна чѣмъ coeliotomia (черезъ брюшной разрѣзъ), b) послѣоперацiонный періодъ короче, c) больная не рискуетъ имѣть грыжу въ рубцѣ, техника операцій произведенныхъ чрезъ влагалище относительно легче (? Реф.), e) celiocolpotomi'ю можно произвести съ діагностической цѣлью безъ какихъ-бы то ни было дурныхъ послѣдствій для больной. Непривлекательныя стороны этого метода: вслѣдствіе недостаточно свободнаго доступа къ органамъ, которые слѣдуетъ удалить, нѣкоторые ручные пріемы, какъ-то—отдѣленіе сращеній перевязку глубоко лежащихъ частей придатковъ матки, приходится дѣлать исключительно подъ руководствомъ пальцевъ; не всякую опухоль матки можно удалить посредствомъ colpotom'іи; кромѣ того величина опухоли не должна заходить за пупочную линію, развѣ только, если содержимое опухоли представляетъ собою жидкость, которую предварительно можно выпустить; вслѣдствіе трудно выполнимой дезинфекціи влагалища послѣоперацiонное теченіе не всегда бываетъ безлихорадочнымъ и первичное натяженіе не всегда наступаетъ; опухоли, которые имѣемъ намѣреніе удалить, должны быть подвижныя, имѣть мало сращеній съ сосѣдними органами таза, потому что въ такихъ случаяхъ операція не можетъ быть выполнена въ совершенствѣ и можетъ случиться, что потребуется вскрыть брюшную полость чрезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ [1]).

[1]) Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что хорошія стороны операціи уравновѣшиваются слабыми; если еще прибавить трудность оперированія въ случаѣ кровотеченія, то неможемъ раздѣлить энтузіазмъ автора относительно этой операціи (Реф).

Bitner (31) описываетъ случай лоносѣченія, произведеннаго въ крестьянской избѣ, въ деревнѣ Гродненской губерніи у крестьянки, у которой Conjug. Vera 6,75—7,25 ctm.; бывшіе раньше двое родовъ окончились прободеніемъ головки на мертвыхъ плодахъ. Операція произведена при неблагопріятныхъ условіяхъ, при недостаткѣ соотвѣтствующей помощи; щипцевъ не накладывалъ, ребенокъ-же родился самъ. Во время сильныхъ болей лонное соединеніе расходилось на 5 ctm., когда же роды не подвигались, автору пришло на мысль, что причиной этому есть нарушеніе связи лоннаго соединенія, т. е. отсутствіе постояннаго пункта, около котораго головка дѣлаетъ поворотъ при прорѣзываніи черезъ срамную щель. Для того же чтобы создать искусственное лонное соединеніе, авторъ крѣпко втиснулъ правую руку наружной ея стороной подъ дугообразной связкой. Двѣ послѣдующія схватки вытолкнули головку тѣмъ же самымъ способомъ, какъ и при существующемъ лонномъ соединеніи. Надкостница лоннаго соединенія была зашита 4 узловатыми швами, а кожа 6. Больная встала на 17-ый день, не имѣя никакихъ затрудненій при ходьбѣ.

Jordan (52) произвелъ 4 раза лоносѣченіе, всегда послѣ предварительной попытки къ наложенію щипцевъ; показаніемъ служило или значительное съуженіе таза, или чрезмѣрное развитіе плода при затылочномъ предлежаніи. Послѣ лоносѣченія плоды извлечены щипцами. Исходъ въ первомъ не смотря на нагноеніе въ ранѣ и воспаленіе мочеваго пузыря—выздоровленіе; во 2-мъ также выздоровленіе; въ 3-мъ разложеніе въ ранѣ и истощеніе, а въ 4-мъ смерть вслѣдствіе септическаго эндометрита.

Jordan (38) на съѣздѣ польскихъ хирурговъ въ Краковѣ описалъ между случаями внѣматочной беременности—одинъ исключительный, какъ по своей рѣдкости, такъ и по теченію. Женщина 42 лѣтъ, родившая 14 разъ, забеременѣла снова. Въ 6 мѣсяцѣ беременности почувствовала очень сильную боль и съ того времени хорошо чувствовала, что плодъ въ ней принялъ другое положеніе, а именно головка на лѣвой сторонѣ, а ножки на правой, движенія плода были весьма явственны и непріятны до конца 9-го мѣсяца, когда прекратились. За нѣсколько дней передъ ихъ прекращеніемъ явились боли на подобіе родовыхъ, затѣмъ цѣлую недѣлю отходили кровянистыя выдѣленія. Спустя 15 дней больная явилась въ клинику, гдѣ распознана брюшная беременность. Черезъ 10 недѣль послѣ смерти плода произведена coeliotomia

и надвлагалищное вырѣзываніе матки, чтобы не отдѣлять послѣда. Какъ оказалось на извлеченномъ препаратѣ трубы и яичники были цѣлы совершенно; слѣдуетъ по этому допустить, что яйце развивалось первоначально въ маткѣ, стѣнка же противулежащая мѣсту прикрѣпленія послѣда разорвалось и плодъ выпалъ между кишекъ. Вѣроятно вслѣдстіе короткости пуповины и движеній плода, прикрѣпленное къ противуположной стѣнкѣ дѣтское мѣсто втиснулось въ отверстіе разрыва, образуя такимъ образомъ тампонъ, чѣмъ, вѣроятно, можно объяснить небольшое кровотеченіе, которое въ другихъ случаяхъ бываетъ смертельнымъ.

Mars (35, 36), разобравъ высказанную *Saenger*'омъ теорію о нервномъ происхожденіи зуда и не отвергая ее вполнѣ, полагаетъ что причина зуда можетъ быть мѣстнаго и общаго происхожденія. Въ доказательство онъ приводитъ изъ собственной практики 4 случая. Въ одномъ изъ нихъ катарръ мочеваго пузыря и значительныя измѣненія въ составѣ мочи вызвали зудъ влагалища, въ остальныхъ-же 3-хъ случаяхъ волосы половыхъ частей, выростая неправильно въ отношеніи слизистой оболочки были причиной страданія. Если волосы выростаютъ изъ большихъ губъ и направлены внутрь, авторъ совѣтуетъ вырѣзать вдоль губъ продольныя полоски кожи и сшить края образованной раны. Губы становятся отвороченными наружу и тогда прекращается раздраженіе слизистой оболочки. Такимъ образомъ авторъ поступилъ въ одномъ случаѣ съ хорошимъ результатомъ.

За 1-е полугодіе 1897 г.

245. **A. Gazeta Lekarska.**

1. *Troczewski A.* (Кутно). Случай внѣматочной беременности (брюшной) съ правильнымъ развитіемъ плода въ продолженіе всей беременности. Мацерированіе плода и образованіе фистулъ въ пупокъ и кишки. Чревосѣченіе. Выздоровленіе, № 9, стр. 232.
2. *Troczewski A.* (Кутно). Рѣдкій случай скрытно протекавшей септицеміи въ послѣродовомъ періодѣ, № 10, стр. 262.
3. *Stepkowski. Fr.* (Варшава). 12 случаевъ внѣматочной беременности. Выводы. № 12, 13, стр. 311, 344.
4. *Rosenthal J.* (Варшава). Случай вылущенія подслизистой міомы продырявленіе стѣнки матки, вырѣзываніе матки при помощи

кэліотоміи. Выздоровленіе, № 14, стр. 376. Напечатано въ Журналѣ Акушерства и жен. болѣзн. Т. XI. Май 1897 г.

5. *Stankiewicz C.* (Лодзь). Къ вопросу о леченіи мочевыхъ свищей по лоскутному способу, № 17, стр. 448.
6. *Neugebauer Fr.* (Варшава). Къ вопросу объ ученіи о двойственности внутреннихъ половыхъ органовъ, № 21, стр. 561.
7. *Arnstein F.* (Кутно). Случай заноса продолжавшагося 11 мѣсяцевъ, № 23, стр. 620.

246. **B. Medycyna.**

8. *Winawer A.* (Варшава). Къ казуистикѣ нагноившихся кистъ широкой связки (около яичника). Вырѣзываніе кисты. Выздоровленіе. № 1, 2, 3, 5, стр. 1, 24, 49, 77.
9. *Krause L.* (Варшава). Полное выпаденіе матки у новорожденной. Spina bifida. № 3, 4, стр. 52, 72.
10. *Jaworski J.* (Варшава). О высокой степени малокровія у беременныхъ № 5, 6, стр. 101, 120.
11. *Krakow. K.* (Варшава). Случай оплодотворенія и родовъ чрезъ заднюю шеечно-влагалищную фистулу, № 20,21, стр. 464, 484.

247. **C. Kronika Lekarska.**

12. *Jaworski J.* (Варшава). Къ вопросу о серотерапіи при родильной лихорадкѣ № 5, стр. 183.

248. **D. Pamietnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.**

13. *Popiel W.* (Варшава). Къ вопросу о вліяніи кастраціи на организмъ, женщины т. XCIII, стр. 311.
14. *Neugebauer F.* (Варшава). 34 наблюденія двойственности наружныхъ половыхъ органовъ т. XCIII, стр. 327.
15. *Sztembarth W.* (Варшава). Amputatio supravaginalis uteri et adnexorum т. XCIII, стр. 265.
16. *Sztembarth W.* (Варшава). Случай кесарскаго сѣченія т. XCIII, стр. 268.

249. **E. Przeglad Lekarski.**

17. *Rosner A.* Къ вопросу о техникѣ кроваваго расширенія наружнаго маточнаго зѣва. № 1, 2, стр. 4, 14.
18. *Mars A.* Нѣсколько словъ о расширеніи наружнаго зѣва матки по способу *A. Rosner*'а № 4, стр. 40.
19. *Piotrowski J.* (Lwow). Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ мочевомъ пузырѣ женщины № 7, стр. 84.

20. *Hulles. J* (Kolomyja). Случай Hydramnion acutum при беременности двойнями, № 7, стр. 85.
21. *Mars A.* Случай произвольнаго разрыва матки во время родовъ, излѣченнаго удаленіемъ всей матки по вскрытіи брюшной полости № 12, 13, стр. 144, 159.
22. *Silberstein A.* (Krakow). Prolapsus completus uteri invers № 15, стр. 183.
23. *Hojacki Wl.* (Lwow). Современное положеніе ученія о наклоненіи и перегибѣ матки назадъ № 18, 19, стр. 227, 242.
24. *Sielski* (Lwow). Нѣсколько словъ о механизмѣ правильныхъ и патологическихъ положеній матки.

250. **F. Nowiny Lekarskie.**

25. *Ciechanowski S.* (Krakow). Случай трубной беременности.

251. **G. Rocznik Towarzystwa Ginekologicznego Krakowskiego.** Книжка 7-я заключаетъ сообщенія сдѣланныя въ „Towarzystw'ѣ“ въ 1896 г., большею частью уже напечатанныя въ періодическихъ изданіяхъ, (какъ напр. *Rosner*'а и *Mars*'а) (№ 17 и 18 настоящаго обзора), *Mars*'а—Къ вопросу объ этіологіи болѣзненнаго зуда (обзоръ за 1896 годъ) и т. п., а также представленіе больныхъ и демонстраціи анатомическихъ и микроскопическихъ препаратовъ), а именно:

1. *Swidalsk*'аго *L.* О расхожденіи брюшныхъ покрововъ, стр. 1.
2. *Rosner*'а *A.* Случай аномаліи развитія матки, стр. 5.
3. *Rosner*'а *A.* О новомъ способѣ сшиванія гладкихъ мышцъ, стр. 13.
4. *Jordan*'а *H.* Случай oophororex'іи по собственному методу, стр. 18.
5. *Mars*'а *A.* Случай вырѣзыванія болѣзненныхъ частей придатковъ матки (съ представленіемъ анатомическаго препарата), стр. 19.
6. *Switalsk*'аго *L.* Ракъ на подслизистой фибромѣ (съ представленіемъ анатомическаго препарата), стр. 23.
7. *Switalsk*'аго. Случай первичнаго туберкулознаго воспаленія трубъ (съ представленіемъ анатомическаго препарата), стр. 25.
8. *Jordan*'а *H.* О родахъ послѣ ventrofixat'іи, стр. 29.
9. *Jordan*'а *H.* О необычныхъ случаяхъ овaріотоміи; стр. 34.
10. *Mars*'а *A.* Къ вопросу объ этіологіи болѣзненнаго зуда влагалища (напечатано въ „Przeglad'ѣ Lekarsk'омъ“ за 1896 г.)
11. *Jordan*'а *H.* Случай брюшной беременности (Przeglad Lekarski. за 1896 г.) съ представленіемъ больной, стр. 48.

12. *Mars'a A.* Случай зуда женскихъ половыхъ органовъ (Przeglad Lekarski за 1896 г.).
13. *Rosner'*а *A.* Deciduoma malignum (съ представленіемъ микроскопическ. препар.), стр. 57.
14. *Mars'*а *A.* Случай Kraurosis vulvae (съ представленіемъ больной), стр. 61.
15. *Mikuck'*аго *W.* Объ операціи Bode-Wertheima (съ представленіемъ больной), стр. 64.
16. *Switalsk'*аго *L.* Случай трубной беременности (съ представл. анатомич. препар.) стр. 67.
17. *Switalsk'*аго *L.* Необычный случай скручиванія ножки (съ представленіемъ анатомич. преп.), стр. 69.
18. *Mikuck'*аго *W.* Нагноившійся эхинококъ печени у беременной, стр. 72.
19. *Rosner'*а *A.* Къ вопросу о техникѣ кроваваго расширенія наружнаго маточнаго зѣва, стр. 76.
20. *Mars'*а *A.* Измѣненіе въ операціи *Rosner'*а, стр. 88.

Troczewski (1) описываетъ подробно случай брюшной беременности у 24 лѣтней женщины. Больная 2 года замужемъ, носитъ регулы съ 15 лѣтъ правильно черезъ 4 недѣли безъ какихъ бы то ни было болей. Въ іюнѣ 1895 года прекратились мѣсячныя и появились всѣ признаки беременности, во время которой больная чувствовала себя вполнѣ здоровой и занималась обычными своими работами. 29-го сентября больная въ первый разъ отчетливо почувствовала движенія плода, которыя продолжались до родовъ; послѣдніе-же должны были, по разсчету, наступить въ началѣ февраля 1896 года. Во второй половинѣ января больная чувствовала себя слабой и имѣла частыя боли въ животѣ. 2-го февраля начались роды: съ утра появились боли въ нижней части живота и крестцѣ, имѣвшія типическій характеръ родовыхъ болей и въ первый день были очень сильны. Бывшая при больной сельская бабка, неоднократно изслѣдуя ее, утверждала, что роды подвигаются и скоро окончатся. На слѣдующій день движенія плода прекратились и боли начали ослабѣвать; на 3-й день родовыя боли совершенно прекратились. Въ тотъ же самый день вечеромъ у больной появились: сильный ознобъ, жаръ, сильныя боли во всемъ животѣ и не долго спустя икота, рвота, вздутіе живота и тому подобныя явленія воспаленія брюшины. Такое бурное состояніе съ повышенной температурой и явленіями peritonit'а продолжалось 3 недѣли, послѣ чего температура пала, боли въ животѣ значительно ослабѣли, но больная

начала быстро худѣть и недолго спустя наступило общее истощеніе. Въ началѣ іюля, по истеченіи 5 мѣсяцевъ послѣ этихъ родовъ, больная замѣтила, что черезъ пупокъ начало вытекать небольшое количество гнойной жидкости съ запахомъ; въ концѣ же іюля замѣтила въ испражненіяхъ маленькую кость, происходившую, по ея мнѣнію, отъ сгнившаго плода и только тогда обратилась въ больницу, гдѣ констатировано сильное исхуданіе—однимъ словомъ, скелетъ обтянутый тонкой, землистаго цвѣта кожей. Животъ въ верхней и боковыхъ частяхъ запавшій, а въ средне нижней части вздутый и весьма болѣзненный при давленіи; здѣсь-же при изслѣдованіи найдена опухоль шарообразной формы, величиною въ дѣтскую головку, неподвижная, болѣзненная и упругая. Въ пупкѣ имѣется свищъ, чрезъ который, при давленіи на опухоль, вытекаетъ гнойная жидкость съ каловымъ запахомъ. Наружныя половыя органы въ состояніи атрофіи, влагалище узко, матка легко ощупываема, но такъ мала, что соотвѣтствуетъ дѣтской маткѣ, во всякомъ случаѣ не больше грецкаго орѣха, своды свободны, чрезъ нихъ не прощупывается никакая опухоль въ брюшной полости. Яичниковъ прощупать нельзя. Моча не содержитъ бѣлка. Состояніе подлихорадочное. 4-го августа операція (laparotomia). По разрѣзѣ брюшныхъ покрововъ по linea alba и огрубѣвшей пристѣнной брюшины операторъ натолкнулся на полость, помѣщавшуюся въ средне нижней части брюшной полости; боковыя и нижняя стѣнки этой полости образовались отъ сращенія и склеиванія петель кишекъ, передняя-же—пристѣннымъ листкомъ брюшины передней стѣнки живота. Между этой полостью и маткой съ яичниками не найдено никакой связи. Содержимое этой полости составляло значительное количество вонючей, гнойной жидкости, остатки сгнившаго плода, отдѣльныя части скелета и свободно лежащая въ цѣлости головка съ сгнившимъ внутри мозгомъ; нѣкоторыя части скелета были какъ бы втиснуты между сросшимся и склеившимися петлями кишекъ. По опорожненіи всей полости, послѣдняя промыта сулемой 1 : 6000 и плотно выполнена іодоформенной марлей. Измѣренія добытыхъ костей плода показываютъ, что онъ доношенъ. На четвертый день при перевязкѣ найденъ свищъ въ одну изъ петель тонкихъ кишекъ, чрезъ который выходилъ калъ. Въ началѣ 2-й недѣли свищъ, по освѣженіи, закрытъ швами. Полость постепенно выполнялась и заросла, такъ что въ октябрѣ оставалось углубленіе величиною въ наперстокъ, изъ котораго временами выдѣлялось каловое выдѣленіе. Общее состояніе вполнѣ

хорошее, больная значительно пополнѣла, имѣетъ хорошій аппетитъ, пищевареніе правильное, силы прибавились. Въ своихъ выводахъ авторъ старается доказать, что это былъ случай беременности брюшной съ самаго начала забеременѣванія, а не разрывъ матки во время родовъ съ выпаденіемъ плода въ брюшную полость и осумкованіемъ его; при чемъ основывается на томъ, что изслѣдовавшій нѣсколько дней спустя послѣ родовъ врачъ нашелъ матку необыкновенно малой, подвижной и не болѣзненной. Статья эта побудила д-ра *Кауфмана* (Лодзь) помѣстить въ № 14 „Gazet'ы Lekarsk'ой" открытое письмо, въ которомъ онъ доказываетъ, что беременность эта не была брюшной съ самаго начала, но была или трубной съ плодомъ доношеннымъ до послѣднихъ мѣсяцевъ, или беременностью маточной съ разрывомъ матки во время родовъ и переходомъ плода въ брюшную полость. Онъ настаиваетъ и основательно, на своемъ второмъ предположеніи. Въ отвѣтъ на это письмо, въ томъ же номерѣ помѣщенномъ, авторъ старается доказать неправильность допущенія сдѣланнаго *Кауфманомъ* и настаиваетъ на томъ, что имѣлъ дѣло съ брюшной беременностью, какъ таковой съ самаго начала. (*Референтъ* вполнѣ раздѣляетъ мнѣніе д-ра *Кауфмана*).

Troczewski (2) описываетъ весьма поучительный случай септицеміи въ послѣродовомъ періодѣ, протекавшей скрытно у 22 лѣтней замужней женщины, первородящей, которая родила сама. На третій день послѣ родовъ появилась лихорадка и съ этого дня состояніе лихорадочное, при чемъ передъ полуднемъ и ночью температура вполнѣ или почти вполнѣ нормальная, въ часы же послѣобѣденные температура доходила до 38,5°—39° при пульсѣ 90—100. Весьма тщательное изслѣдованіе больной дало отрицательные результаты, кромѣ увеличенной селезенки. Такъ какъ въ анамнезѣ были указанія на неоднократные приступы болотной лихорадки, а увеличеніе селезенки шло впередъ, назначенъ хининъ внутрь и подъ кожу, метиленовая синька, мышьякъ—безъ результата. Подозрѣвая септицемію прибѣгли къ методу *Fochier*'а, т. е. къ подкожному впрыскиванію Ol. Therebentin. gall. безъ видимаго результата. Наконецъ на основаніи бактеріологическаго изслѣдованія крови, при которомъ на одномъ изъ 3-хъ посѣвовъ выросли незначительныя колоніи стрептококковъ, назначена серотерапія. Сдѣлано въ теченіе 10-ти дней четыре впрыскиванія по 10 куб. цент. антистрептококковой сыворотки изъ института *Pasteur*'а, при чемъ не замѣчено благопріятнаго результата, а наоборотъ, температура поднялась до 40°—40,2°, а пульсъ

доходилъ до 120—125. Послѣ 2-го впрыскиванія замѣчено вдоль лѣвой боковой поверхности шеи и въ правой паховой области образованіе большихъ опухолей изъ лимфатическихъ железъ, величиною въ большой кулакъ, твердыхъ, мало болѣзненныхъ при давленіи и мало подвижныхъ; опухоли эти послѣ каждаго впрыскиванія увеличивались. Всякое лѣченіе было оставлено, больную отвезли въ деревню, повышенія лихорадочныя уменьшились и въ концѣ совершенно прекратились, появился аппетитъ, а вмѣстѣ съ нимъ возвратились и силы; вышеупомянутыя опухоли лимфатическихъ железъ начали разсасываться и больная вполнѣ поправилась. Вышеописанный случай, какъ основательно утверждаетъ авторъ, показываетъ какъ разнообразны могутъ быть явленія септическаго зараженія и какъ они разнятся отъ типа обыкновенно описываемаго.

Stepkowski (3) наблюдалъ въ отдѣленіи товарища *Neugebauer*'а 12 случаевъ внѣматочной беременности, изъ которыхъ 4 были оперированы чрезъ влагалище (описаны *Krakow*'ымъ въ Medycyn'ѣ за 1896 годъ №№ 33, 34, 36) а 8 чрезъ брюшныя стѣнки. Эти послѣдніе авторъ подробно описываетъ. Беременность во всѣхъ случаяхъ имѣла мѣсто въ трубѣ, въ одномъ только между широкими связками. Разрывъ трубы найденъ почти во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ кровотеченіе, по предварительномъ задержаніи мѣсячныхъ въ теченіе 3—16 недѣль, продолжалось долгое время. Постояннымъ явленіемъ было смѣщеніе матки опухолью впередъ и въ одну изъ сторонъ, часто-же вверхъ. Всѣ больныя были многородившія въ возрастѣ 24—42 лѣтъ. Промежутокъ между послѣдними родами и внѣматочной беременностью былъ отъ 6 мѣсяцевъ до 15 лѣтъ. Изъ 8 оперированныхъ больныхъ одна умерла на 4 день послѣ операціи (беременность между широкими связками). Въ выводахъ авторъ обращаетъ вниманіе на то, что причины внѣматочной беременности скорѣе пріобрѣтенныя чѣмъ врожденныя и нѣтъ основанія полагать, чтобы послѣродовыя болѣзни служили причиной къ образованію внѣматочной беременности. Оперативное лѣченіе даетъ лучшіе результаты чѣмъ выжидательное, при чемъ авторъ совѣтуетъ производить coeliotomiam чрезъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ; чрезъ влагалище-же только въ томъ случаѣ, если имѣется нагноеніе и распадъ заматочной кровяной опухоли.

Stankiewicz (5), на основаніи 4-хъ оперированныхъ имъ случаевъ мочепузырныхъ свищей, весьма хвалитъ лоскутный способъ и считаетъ его показаннымъ въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) большіе пузырно-влагалищные свищи не подходящіе для лѣченія по какимъ нибудь причинамъ способомъ американскимъ; 3) глубокіе пузырно-влагалищные свищи и свищи между пузыремъ, шейкой и влагалищемъ; 4) пузырно-шеечные свищи. Кромѣ описанія оперированныхъ случаевъ, иллюстрированныхъ рисунками, авторъ весьма подробно описываетъ способъ выполненія операціи.

Neugebauer (6) еще 20/XI 1894 года демонстрировалъ описываемый случай въ засѣданіи Варшавскаго Общества врачей исключительно вслѣдствіе того, что считаетъ его за дѣйствительно первое собственное наблюденіе совмѣстнаго существованія мужескихъ и женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ, такъ какъ 4 приложенныя къ тому наблюденія неполны и сомнительны. Аномалія относится къ ребенку $2^1/_2$ лѣтъ, называющемуся *Двойрой*, у котораго наблюдался также и дефектъ ani, anus praeternaturalis in fossa naviculari, anus vulvalis s. vestibularis ни ряду съ правильно развитыми наружными женскими половыми органами, лежащими по правой сторонѣ средней линіи тѣла. Пальцемъ чрезъ anus praeternaturalis прощупывается матка и придатки, правильно помѣщающіеся и правильно развитыя. Изъ уретры выдѣляется моча, но пузырь весьма растянутъ. По лѣвой сторонѣ средней линіи тѣла находится невполнѣ развитая мужеская мошенка и членъ съ пещеристыми тѣлами, glans, praeputium glandis и frenulum glandis, теряющееся между двумя половинами мошенки. Въ мошенкѣ прощупать яички и сѣмянныя канатики не удается. Въ головкѣ члена, имѣющаго въ длину $1^1/_2$ цент. находится отверстіе, чрезъ которое моча не выдѣляется, оканчивающееся глухо на высотѣ 4—5 цент. У ребенка такимъ образомъ существуютъ одновременно мужскіе и женскіе половые органы (juxtapositio organornm sexualium utriusque sexus) или это есть Heterosexual'ная двойственность vulvae, при чемъ одна лѣвая большая губа влагалища и правая половина мошенки слились между собою. Двойственность vulvae hemosexual'ную (которой извѣстно 29 случаевъ) объясняютъ на основаніи т. наз. раздвоенія зародыша (Keimspaltung). Подобное объясненіе можетъ быть достаточнымъ также и для двойственности heterosexual'ной хотя наука до этого времени не выяснила способа, какимъ образомъ оба зародыша развиваясь сначала идентично, могутъ потомъ развиваться heterosexual'но.

Arnstein (7) описываетъ случай заносной беременности продолжавшейся 11 мѣсяцевъ. Матка за 2 мѣсяца до отхода за-

носа имѣла величину, какую имѣетъ матка въ 6-мъ мѣсяцѣ беременности. Заносъ, который произвольно вышелъ, имѣлъ форму и величину большаго послѣда, на одной поверхности гладкій, а на другой усѣянъ большими и меньшими пузырьками. Остальная часть заноса отошла послѣ назначенія спорыньи. Случай этотъ рѣдкій и интересный въ томъ отношеніи, что пузырный заносъ остается въ маткѣ до 5 мѣсяцевъ, въ данномъ-же случаѣ оставался 11 мѣсяцевъ.

Winawer (8) въ большомъ трудѣ сообщаетъ случай основательно имъ изслѣдованный и оперированный. Указавъ на рѣдкость нагноенія межсвязочной кисты, авторъ переходитъ въ заключительныхъ выводахъ къ указанію причинъ, которыя могутъ вызвать нагноеніе кисты, высказывая, что послѣднее возможно гораздо чаще чѣмъ принято думать, такъ какъ вслѣдствіе трудности распознаванія нагноеніе кисты неправильно принимается за нагноеніе въ тазу. Наиболѣе частой причиной нагноенія кисты по мнѣнію автора бываетъ или уколъ въ опухоль, или срощенія кишекъ съ кистой, поводомъ къ чему можетъ служить скручиваніе ножки; возможно, что и гонококи вызываютъ нагноеніе, хотя въ описываемомъ случаѣ авторъ въ гноѣ ихъ не нашелъ, что однако этого допущенія не опровергаетъ, такъ какъ извѣстно, что микроорганизмы теряютъ свою жизнеспособность послѣ долгаго пребыванія въ одной средѣ. Въ концѣ авторъ описываетъ способы оперированія нагноившихся кистъ. Вообще трудъ этотъ отличается хорошей обработкой и знакомствомъ автора съ литературой.

Krause (9) наблюдалъ у 6 дневной дѣвочки въ половой щели продолговатое тѣло, покрытое слизистой оболочкой, которое при ближайшемъ осмотрѣ оказывается выпавшею маткою, имѣющею въ длину спереди 32 m.m., сзади 34 m.m., окружность надъ наружнымъ зѣвомъ 65 m.m., ширина влагалищной части 20 m.m., ширина маточнаго зѣва 12 m.m., полость матки, измѣренная помощью зонда, имѣетъ 45 m.m. Выпавшую матку можно обойти малымъ пальцемъ, при чемъ можно убѣдиться что влагалище спереди болѣе короткое, чѣмъ сзади, передній сводъ имѣетъ въ длину 2 m.m; задній 5 m.m. Слизистая оболочка влагалища покраснѣвшая, набухшая, также и слизистая оболочка шейки матки. Матка легко вправима, но тотчасъ выпадаетъ. Въ нижней части позвоночника въ области нижнихъ поясничныхъ и верхнихъ крестцовыхъ позвонковъ находится флюктирующая опухоль, имѣющая въ окружности 16,5 ctm., въ длину

въ направленіи позвоночника 49 m.m., а въ ширину 64 m.m. Опухоль эта у основанія покрыта нормальной кожей, въ направленіи къ верхушкѣ кожа становится болѣе тонкой, а самая верхушка опухоли на довольно большой поверхности лишена кожи и въ этомъ мѣстѣ просвѣчиваетъ тонкая оболочка. Однимъ словомъ опухоль эта есть spina bifida. Влѣдствіе роста опухоли авторъ произвелъ операцію. Ребенокъ черезъ двѣ недѣли по рожденіи и черезъ недѣлю послѣ операціи умеръ при явленіяхъ истощенія. Авторъ описываетъ собранные изъ литературы случаи и старается объяснить связь, которая должна быть при наступающемъ всегда одновременно выпаденіемъ матки и spina bifida у новорожденныхъ.

Jaworski (10), на основаніи случая основательно имъ изслѣдованнаго, и опираясь на точномъ изслѣдованіи крови, а также сравнивая его съ 5 случаями описанными *Gusserow*'ымъ и однимъ случаемъ описаннымъ *Gfoerer*'омъ, приходитъ къ заключенію, что высокая степень малокровія у беременныхъ (Hochgradigste Anaemie Schwangerer) есть болѣзнь крови. Патологоанатомическія вскрытія во всѣхъ бывшихъ подъ наблюденіемъ случаяхъ, не показали болѣе глубокихъ болѣзненныхъ измѣненій въ органахъ, кромѣ явленій высокаго малокровія, гидреміи и ихъ послѣдствій. Рѣзко бросающееся въ глаза бурное теченіе болѣзни представляетъ собою явленія малокровія мозга и его оболочекъ, найденное во всѣхъ случаяхъ. Изслѣдованіе крови у больной автора показало высокую степень oligocytem'іи (въ 1 куб. цент. 605,000 красныхъ кровяныхъ шариковъ), значительное уменьшеніе количества гемоглобина (12 скалы *Fleischl*'я, что равняется болѣе или менѣе 17,7 той же скалы послѣ добавленія поправки, или 18,9% гемоглобина), значительную степень лейкоцитоза (76,800 бѣлыхъ шариковъ въ 1 куб. цент.) и вытекающее отсюда отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ 1 : 8, кромѣ того довольно значительный процентъ эозинофильныхъ клѣтокъ. На окрашенныхъ микроскопическихъ препаратахъ крови видны были болѣе или менѣе нормальной величины красные кровяные шарики, отдѣльные шарики съ ядромъ, отдѣльные микроциты и макроциты, а также встрѣчались и пойкилоциты. Между бѣлыми шариками крови первое мѣсто занимаютъ нейтрофильные лейкоциты, много эозинофильныхъ клѣтокъ, наконецъ небольшое количество лимфоцитовъ. Всякое леченіе оказалось до сихъ поръ безъ пользы; предложеніе *Gusserow*'а вызывать преждевременные роды авторъ считаетъ весьма опаснымъ: такъ какъ срочные роды

представляются предвѣріемъ смертнаго исхода, то преждевременные роды могли-бы только смерть ускорить.

Krakow (11) описываетъ рѣдкій случай оплодотворенія и родовъ чрезъ задній шеечно-влагалищный свищъ (fistula cervico-vaginalis posterior). Случай этотъ касается женщины 22 лѣтъ, замужней, которая за 2 года до родовъ имѣла 3-хъ мѣсячный выкидышъ, при чемъ при добываніи оставшихся частей плоднаго яйца инструментами образовалась фистула. Послѣдняя была 3 раза оперирована въ отдѣленіи *Neugebauer*'а безъ хорошаго результата. Вскорѣ послѣ послѣдней операціи больная забеременѣла и благополучно донесла до конца. Вызванный во 2-мъ періодѣ родовъ авторъ, нашелъ зѣвъ вполнѣ открытымъ, а въ немъ головку, которая однако далѣе не могла родиться, вслѣдствіе проходившей надъ головкой сильно натянутой тесьмы мышечныхъ волоконъ; надъ этой тесьмой было отверстіе, пропускавшее палецъ. Видно было, что роды происходятъ чрезъ расширенное отверствіе свища, а тесьма волоконъ составляетъ часть задней стѣнки шейки матки между наружнымъ зѣвомъ и свищемъ. Тесьму эту авторъ перерѣзалъ ножницами, послѣ чего роды пошли быстро, но въ концѣ наложены щипцы на головку, показывавшуюся между раздающимися срамными губами, къ чему служило показаніемъ ослабленіе сердечной дѣятельности плода, который родился въ глубокой асфиксіи. Кровотеченія изъ перерѣзанной тесьмы не было, отверстіе свища совершенно не надорвалось (? Реф.). Перерѣзанная часть маточной шейки не зашита, но роженицѣ предписано, чтобы нѣкоторое время спустя явилась къ автору. Въ какомъ состояніи былъ свищъ по окончаніи послѣродоваго періода, что весьма интересно, авторъ не упоминаетъ и вслѣдствіе этого наблюденіе не полно. Въ заключеніе авторъ, ссылаясь на казуистику мочевыхъ свищей *Neugebauer*'а (Arch. f. Gyn. T. 32—35), полагаетъ, что его случай есть первый—задняго шеечно-влагалищнаго свища, чрезъ который наступило оплодотвореніе и роды.

Jaworski (12) сейчасъ-же во вступленіи высказываетъ справедливое мнѣніе, что хотя казуистика случаевъ лѣченныхъ сывороткой *Marmoreka* накопляется все болѣе и болѣе, однако же еще не близко то время, когда съ положительностью можно будетъ высказатрся объ этомъ способѣ лѣченія. Случай въ которомъ авторъ употребилъ антистрептококковую сыворотку, а также антистафилококковую относится къ 24-хъ лѣтней замужней женщинѣ, многородившей, которая за 3 дня до прибытія въ больницу, будучи въ 5-мъ мѣсяцѣ беременности, вслѣдствіе под-

нятія тяжести, почувствовала родовыя боли и затѣмъ маточное кровотеченіе, вызвавшее потерю сознанія. Приглашенный въ то время врачъ только нашелъ больную почти безъ пульса, при неполномъ сознаніи, съ чувствомъ тяжести въ груди, ціанозомъ губъ и холодными конечностями; однимъ словомъ всѣ признаки остраго малокровія въ высокой степени были на лицо. 4-хъ мѣсячный плодъ уже родился, послѣдъ-же былъ еще въ маткѣ. Назначены были соотвѣтственныя средства съ цѣлью приведенія больной въ сознаніе, и находя болѣе соотвѣтственнымъ пока не извлекать послѣдъ, врачъ затампонировалъ матку и влагалище гигроскопической ватой и посовѣтовалъ отвести больную въ больницу, что было исполнено спустя 2 дня. Больная при была въ больницу съ t^0 38,8° С. пульсомъ 140, животъ вздутъ нижняя его часть болѣзнена. Авторъ вынулъ, лежавшіе два дня тампоны, имѣвшіе сильный запахъ, удалилъ послѣдъ и промылъ матку 3% растворомъ карболовой кислоты. Не смотря на промыванія матки въ продолженіе послѣдующихъ 3-хъ дней то сулемой, то лизолемъ или формалиномъ, температура колебалась между 38,6°—39,8° при пульсѣ 120—140. На 4-й день были сдѣланы посѣвы изъ выдѣленій матки, взятыхъ обезпложенной иглой платиновой изъ маточной шейки, на агарь-агарѣ, желатинѣ и бульонѣ. Подъ кожу авторъ впрыснулъ 10 куб. цент. антистрептококковой сыворотки при t^0 39,8°, п. 140. Уже спустя нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія температура стала понижатья, а на другой день утромъ понизилась до 37,2°, а Р. до 90. Въ тотъ же день снова впрыснуто 10 куб. цент. антистрептококковой сыворотки, температура однако вечеромъ поднялась до 39°, а п. до 100, на другой день утромъ понизилась t^0 до 38,4°. Послѣ однодневнаго перерыва снова впрыснуто 10 куб. цент. антистрептококковой сыворотки при утренней t^0 37,8°, вечеромъ того же дня t^0 38,8, на слѣдующій день утромъ 38°, вечеромъ 39°; на 3-й день t^0 38,4°; на четвертый день послѣ впрыскиванія t^0 утромъ 37,2°, п. 90—100. Нѣсколько дней спустя больная выписалась изъ больницы, хотя по вечерамъ t^0 была выше нормальной, однако не доходила до 38°. Спустя однако недѣлю больная возвратилась въ больницу въ худшемъ состояніи: по вечерамъ t^0 доходила до 39° съ утренними пониженіями до нормы или ниже при потахъ. По правой сторонѣ матки плотный и болѣзненный выпотъ. Такъ какъ бактеріологическое изслѣдованіе до и послѣ каждаго впрыскиванія антистрептококковой сыворотки всегда показывало развитіе колоній staphylococcus albus

et aureus, то авторъ въ теченіе 4-хъ дней сдѣлалъ 3 впрыскиванія по 10 куб. цент. антистафилококковой сыворотки, но безъ видимаго паденія температуры. Больная осталась при обычномъ въ такихъ случаяхъ лѣченіи и спустя 4 недѣли оставила больницу какъ выздоровѣвшая. По прекращеніи лихорадки можно было всегда находить стафилококи въ выдѣленіяхъ изъ шейки матки и влагалища. Авторъ полагаетъ, что впрыскиваніе антистрептококковой сыворотки вызвало перемѣну въ болѣзни къ улучшенію; впрыскиваніе же антистафилококковой сыворотки не оказало дѣйствія на дальнѣйшее теченіе болѣзни. Въ концѣ авторъ полагаетъ, что на серотерапію, какъ и на всякій новый способъ лѣченія, мы должны смотрѣть безъ предразсудковъ, но и не увлекаться излишне.

Popiel (13) съ цѣлью изслѣдованія послѣдствій кастраціи для женскаго организма, произвелъ наблюденія на кроликахъ и свои выводы резюмируетъ слѣдующимъ образомъ. 1) Всѣ кастрированныя животныя прибавились въ вѣсѣ. 2) У кастрированныхъ кроличихъ наблюдается уменьшеніе потребленія кислорода съ уменьшеніемъ выдѣленія угольной кислоты и воды. 3) Измѣненія въ азотистомъ обмѣнѣ выражены больше; всѣ кастрированныя кроличихи при уменьшенной потребности въ азотистой пищѣ, выдѣляютъ азота гораздо больше, чѣмъ принимаютъ его, при чемъ количество выдѣляемаго азота мочей и каломъ увеличивается. Основываясь на вышесказанныхъ изслѣдованіяхъ и разбирая ихъ основательно, авторъ настаиваетъ на томъ, что въ организмѣ кастрированныхъ животныхъ происходятъ значительныя перемѣны, обнаруживающіяся измѣненіемъ азотистаго обмѣна веществъ, влекущаго за собою измѣненія въ азотистыхъ веществахъ организма и способствующаго увеличенію жира т. е. вещества безазотистаго.

Neugebauer (14) опубликовалъ, со свойственной ему старательностью, собранныя имъ 34 случая двойственности наружныхъ половыхъ органовъ. Изъ нихъ 25 относятся къ hemosexual'ной двойственности у мужчинъ, 3 такой же двойственности наружныхъ половыхъ органовъ у женщинъ и 6 случаевъ heterosexual'ной двойственности наружныхъ половыхъ органовъ, изъ которыхъ описаніе собственнаго случая автора помѣщеннаго въ „Gazet'ѣ Lekarsk'ой“ (№ 6 настоящаго обзора) здѣсь вторично упомянуто.

Sztembarth (15, 16) на засѣданіи Общества врачей 23/II 1897 года описалъ случай amputationis vaginalis uteri et adne-

xorum, оперированный по внѣбрюшинному способу съ пришиваніемъ культи въ брюшныя стѣнки. Больная выздоровѣла. Онъ-же описалъ случай кесарскаго сѣченія по сохраняющему способу, произведенному у 27 лѣтней женщины съ высокой степенью рахитизма (измѣренія таза не приведены). Ребенокъ живой. Мать на 7-й день при явленіяхъ коллапса умерла отъ септицеміи.

Rosner (17) полагаетъ, что хирургъ, приступающій къ кровавому расширенію внутренняго маточнаго зѣва, долженъ позаботиться о томъ, чтобы, сдѣлавъ операцію, застраховать больную какъ отъ возврата самаго страданія, такъ и отъ чего нибудь другаго, что могло бы быть слѣдствіемъ самой операціи. Этимъ требованіямъ по мнѣнію автора не удовлетворяетъ ни одинъ изъ существующихъ способовъ и по этому онъ предлагаетъ способъ, которымъ воспользовался у одной больной съ хорошимъ результатомъ. Способъ этотъ основанъ на пересадкѣ лоскутовъ слизистой оболочки, выкроенныхъ изъ влагалищной части, въ углы образованной раны; лоскуты эти имѣютъ своею цѣлью во 1-хъ своимъ приживленіемъ въ ранѣ не допустить срощенія передней и задней губы; во 2-хъ механически отодвинутъ обѣ губы. По разрѣзѣ маточнаго устья въ стороны на 1—1$^1/_2$ цент., авторъ вырѣзываетъ съ обѣихъ сторонъ передней маточной губы прямоугольные лоскуты, пересаживаетъ ихъ въ углы раны и укрѣпляетъ ихъ швомъ идущимъ чрезъ верхушку лоскута и внутренній конецъ надрѣза влагалищной части. Раны образовавшіеся на влагалищной части послѣ вырѣзыванія лоскутовъ зашиваетъ двумя узловатыми швами.

Mars (18) признавая цѣлесообразность способа *Rosner*'а, измѣняетъ его такимъ образомъ, что предварительно вырѣзываетъ по обѣ стороны зѣва клиновидные лоскуты, затѣмъ разрѣзываетъ зѣвъ въ стороны къ дну образовавшихся ранъ и вшиваетъ лоскуты въ углы между губами. Операцію авторъ сдѣлалъ одинъ разъ съ хорошимъ результатомъ. Оба эти способа были сообщены въ засѣданіи Гинекологическаго Общества въ Краковѣ и описаны въ „Centralbl. f. Gynäkologie“ 1897 г. № 8 съ рисунками объясняющими и облегчающими пониманіе. (Реф. въ 2-хъ случаяхъ оперировалъ по способу *Mars*'а съ весьма хорошимъ результатомъ).

Piotrowski (19) нашелъ въ мочевомъ пузырѣ у женщины маточное кольце, которое фельдшеръ заложилъ при пузырно влагалищномъ свищѣ. Кольце чрезъ эту фистулу прошло изъ влагалища въ пузырь, откуда оно было извлечено наружу послѣ

предварительнаго раздѣленія на двѣ части. Сдѣлано оно было изъ черной лакированной клеенки и волосъ.

Hulles (20) описываетъ случай развитія hydramnion acutum въ 6 мѣсяцѣ беременности у многородившей, образовавшійся спустя недѣлю послѣ ушиба въ животъ. Вслѣдствіе сильной отдышки авторъ вызвалъ преждевременные роды проколомъ плоднаго мѣшка. Родились двойни. Послѣ родовое теченіе правильное

Mars (21). Случай разрыва матки. 40 лѣтняя многородившая, чрезъ годъ послѣ родовъ, снова забеременѣла. Во время родовъ наступилъ разрывъ матки. Больную, сильно малокровную, изъ деревни отстоящей на 2 мили, привезли въ больницу. Произведена операція по способу описанному *Krajewsk*'имъ, но вмѣстѣ съ маткой удалены и придатки. Культи и лигатуты введены во влагалище и поле операціи было такимъ образомъ отдѣлено отъ полости брюшины въ значительной степени. Хорошій исходъ операціи въ такихъ случаяхъ зависитъ отъ двухъ обстоятельствъ: отъ отсутствія въ данномъ случаѣ зараженія и кровотеченія во время операціи. Кровотеченіе было весьма незначительное, рѣшающее слѣдовательно значеніе могла имѣть асептичность, подлежавшая сомнѣнію. *Mars* полагаетъ, что на сколько случай не былъ асептичнымъ, на столько выздоровленіе слѣдуетъ приписать способу операціи, и именно полному удаленію матки.

Silberstein (22) наблюдалъ случай полнаго выпаденія вывороченной матки съ выворотомъ и выпаденіемъ влагалища у 70 лѣтней женщины. Авторъ вправилъ матку способомъ *Emmet*'а, измѣненнымъ сообразно случаю, и вправленную матку удержалъ въ положеніи помощью пессарія выдуманнаго имъ самимъ для даннаго случая. Пессарій состоялъ изъ гутаперчевой трубки съ толстыми стѣнками, длиною въ 8 ctm., которую онъ ввелъ въ полость матки и удерживалъ ее въ данномъ положеніи помощью резиноваго пузыря, помѣщеннаго во влагалищѣ. Черезъ нѣсколько недѣль, когда матка и влагалище окрѣпли, достаточно было для удержанія ихъ пессарія Hodge. Случай этотъ интересенъ въ томъ отношеніи, что не былъ послѣдствіемъ присутствія какой нибудь опухоли, а также и не слѣдствіемъ родовъ, такъ какъ больная никогда не родила и не выкидывала. Авторъ полагаетъ, что это 4-й случай извѣстный во врачебной литературѣ настоящаго столѣтія.

Hojnacki (23) описалъ свое сообщеніе, которое сдѣлалъ 19-го Февраля 1897 года въ Львовской секціи Врачебнаго Обще-

ства въ Галиціи. Сообщеніе это обнимающее собою разборъ этіологіи, симтоматологіи и оперативныхъ способовъ при наклоненіи и перегибѣ матки назадъ, теряетъ свое значеніе, такъ какъ оно общеизвѣстно и неоднократно описано въ литературѣ.

Sielski (24) старается основать ученіе о правильныхъ и патологическихъ положеніяхъ матки на болѣе раціональныхъ положненіяхъ, чѣмъ до сихъ поръ. Онъ приписываетъ внутрибрюшному давленію, регулирующемуся вообще давленіемъ атмосфернымъ, важную роль въ образованіи этихъ наклоненій. Статью рефирировать нельзя: пришлось бы повторить ее всю, а потому интересующіеся должны обратиться къ подлиннику.

Ciechanowski (25) подробно описываетъ потолого-анатомическія измѣненія въ одномъ случаѣ трубной беременности, который окончился смертью до операціи. Авторъ не допускаетъ, чтобы не посредственной причиной смерти было острое малокровіе внутреннихъ органовъ, а только найденныя при вскрытіи измѣненія мышцы сердца.

КОРРЕСПОНДЕНЦІЯ.

Еще нѣсколько словъ къ вопросу объ упорядоченіи дѣла родовспоможенія въ Россіи.

Безъ малаго три года тому назадъ, въ одно изъ засѣданій Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества, въ видахъ коллегіальнаго обсужденія различныхъ мѣропріятій, клонящихся къ упорядоченію дѣла родовспоможенія, я внесъ свой докладъ о развитіи „бабичьяго“ дѣла въ Россіи *).

Главная и основная мысль моего доклада заключалась въ томъ, что дѣло родоспоможенія въ Россіи, какъ, впрочемъ, и вездѣ, тогда только можетъ быть упорядочено и слѣдовательно считаться поставленнымъ на прочныхъ и цѣлесообразныхъ началахъ, когда всѣ детали дѣятельности по родовспоможенію будутъ одинаково благоустроены и всему этому дѣлу будетъ дано стройная, цѣлесообразная и систематическая организація.

Реорганизація же повивальныхъ институтовъ и школъ, въ цѣляхъ подготовки большаго числа и наиболѣе соотвѣтствующаго типа повивальныхъ бабокъ, есть, конечно одна изъ наиболѣе важныхъ деталей этого дѣла, но, безъ надлежащаго раціональнаго устройства другихъ не менѣе важныхъ его деталей (устройство родильныхъ пріютовъ, контроль за правильною дѣятельностью, собираніе статистическаго матеріала, выработка новыхъ мѣропріятій соотвѣтственно мѣстнымъ потребностямъ и условіямъ и пр. и пр.), она не принесетъ существенной пользы дѣлу родовспоможенія въ общемъ, коренномъ значеніи этого слова.

Дѣйствительно, если мы хотимъ, чтобы разбитый нами садъ разросся, чтобы посаженныя въ немъ деревья приносили плоды, необходимо, чтобы почва была надлежащимъ образомъ удобрена, чтобы было достаточная поливка и чтобы было знающее лице, которое ухаживало бы за садомъ—„въ противномъ случаѣ, какіе бы мы хорошіе экземпляры плодовыхъ деревьевъ не наса-

*) Протоколъ засѣданія Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества 17-го Октября 1894 г. № 8.

дили бы, они погибнутъ или будутъ приносить плохіе плоды, а самая сумма, израсходованная на посадку деревьевъ и разбивку сада, будетъ являться непроизводительно затраченнымъ капиталомъ.

Какъ же отнеслось Императорское Кавказское Медицинское Общество и рецензенты нѣкоторыхъ медицинскихъ журналовъ *) къ этой основной моей мысли проекта упорядоченія родовспоможенія?

Коммисія изъ пяти врачей-акушеровъ, избранная изъ среды членовъ Кавказскаго Медицинскаго Общества для разбора моего доклада и само Общество, въ засѣданіи своемъ 16 Января 1895 г., признавая предлагаемую мною систему организаціи дѣла родовспоможенія вполнѣ цѣлесообразною и крайне желательною, тѣмъ не менѣе находила выполненіе ея весьма затруднительнымъ какъ по недостатку потребнаго числа врачей-акушеровъ, такъ, и главнымъ образомъ, по отсутствію финансовыхъ средствъ.

Д-ръ *Д. Н. Жбанковъ*, рецензируя мой докладъ въ „Медицинской Бесѣдѣ“, высказываетъ, по существу дѣла, свое полное согласіе относительно предлагаемаго мною устройства большаго числа повивальныхъ школъ и родильныхъ пріютовъ, хотя въ осуществленіи этого предложенія и видитъ затрудненіе по недостатку денежныхъ средствъ, но, по отношенію къ рекомендуемому мною проекту организаціи надзора, выражаетъ свое безусловное несогласіе. Это несогласіе основывается имъ на томъ, что вся наша бѣда заключается, по мнѣнію д-ра *Жбанкова*. вовсе не въ недостаткѣ начальствующихъ лицъ, а въ отсутствіи спеціалистовъ, спеціалистокъ и главнымъ образомъ денегъ, на которыя народъ могъ бы содержать нужныхъ ему людей. Въ неземскихъ губерніяхъ, добавляетъ д-ръ *Жбанковъ*, эти новые инспекторы излишни, такъ какъ и врачебныя отдѣленія могутъ вести необходимое наблюденіе и статистическія работы; въ земскихъ же губерніяхъ они могутъ быть даже и вредными и повести къ всевозможнымъ пререканіямъ и недоразумѣніямъ: вполнѣ достаточно своего контроля со стороны земскихъ съѣздовъ врачей, врачебныхъ совѣтовъ и земскихъ управъ, а статистическія работы ведутся санитарнымъ бюро при губернскихъ управахъ.

Д.-ръ *Н. М Какушкинъ*, сравнивая предлагаемый мною проектъ организаціи дѣла родовспоможенія съ „красивою“ (?) картиною бюрократической лѣстницы, на нижней ступени которой сидитъ повивальная бабка, а на самой верхней управляющій родовспомогательнымъ отдѣленіемъ, задается вопросомъ насколько эта организація нужна и полезна? По мнѣнію д-ра *Какушкина* эта организація не нужна и не полезна. Не нужна потому, что она уже имѣется, при чемъ надзоръ за акушерками возложенъ на врачебныхъ инспекторовъ, ихъ помощниковъ, уѣздныхъ врачей и пр., а не полезна по той причинѣ, что въ предлагаемой

*) Д-ръ *Д. Н. Жбанковъ*. Медицинская Бесѣда 1896 г. № 2.
Д-ръ *Н. М. Какушкинъ*. Журналъ акушерства 1894 г. № 12.

организаніи дѣла родовспоможенія онъ видитъ вредную обособленность, отдѣляющую какъ бы китайской стѣной акушерское дѣло отъ того бурнаго, широкаго, быстро стремящагося впередъ потока, который зовется практической медициной. Вѣдь заботясь объ акушерскомъ дѣлѣ такимъ образомъ, кончаетъ свою реценцію д-ръ *Какушкинъ*, мы невольно будемъ походить на мать, которая тратитъ большія деньги на нянекъ и гувернантокъ для своего ребенка и въ тоже время плохо его кормитъ.

И такъ возраженія рецензентовъ относительно предлагаемаго мною проекта организаціи родовспоможенія въ Россіи, главнымъ образомъ, сводятся къ тому, что эта организація и надзоръ за нею уже имѣются, а еслибы даже таковыхъ и не было, то для осуществленія ихъ встрѣчается необоримое затрудненіе въ потребныхъ значительныхъ денежныхъ средствахъ. Такимъ образомъ въ дѣйствительности выходитъ нѣкоторый курьезъ: я предлагаю организацію дѣла родовспоможенія, которая уже существуетъ и проектирую надзоръ, давно уже функціонирующій. Естественно, что кто нибудь изъ насъ—я или мои рецензенты заблуждаются, или, точнѣе сказать, не такъ смотрятъ на дѣло родовспоможенія, какимъ оно является необходимымъ въ интересахъ населенія и по существу самого дѣла.

Посмотримъ какъ устроено въ Россіи дѣло родовспоможенія? Если мы исключимъ столичные повивальные институты и губернскіе сельскія повивальныя школы, то, согласно врачебному уставу, окажется, что все дѣло родовспоможенія зиждется лишь на повивальныхъ бабкахъ, да и тѣ преимущественно сгруппированы въ столичныхъ и губернскихъ городахъ, а остальные города, не говоря уже о селахъ и деревняхъ необъятной матушки Россіи, неимѣютъ и этой помощи, а дѣло родовспоможенія всецѣло находится въ рукахъ знахарокъ, повитухъ, пастуховъ и имъ подобныхъ темныхъ личностей. Достаточно хоть немного ознакомиться съ постановкою дѣла родовспоможенія въ россійскихъ губерніяхъ, согласно свидѣтельству объ немъ очевидцевъ, чтобы прійти къ полному и глубокому убѣжденію абсолютнаго отсутствія этой помощи, не говоря уже о какой то ея организаціи. Вотъ что говоритъ Г. Министръ Внутреннихъ Дѣлъ въ своемъ циркулярѣ г.г. Губернаторамъ (3 ноября 1863 г. за № 185) о крайней необходимости образованія болѣе свѣдущихъ въ дѣлѣ повиванія бабокъ изъ среды крестьянскаго населенія.

„Получаемыя въ Министерствѣ свѣдѣнія, въ общемъ характерѣ своемъ, указываютъ на отсутствіе, почти повсемѣстно, въ повитухахъ самыхъ необходимыхъ свѣдѣній въ повивальной практикѣ, пріемы, употребляемые ими въ неправильныхъ родахъ, до сихъ поръ отличаются, кромѣ своей безчеловѣчности, еще совершеннымъ недостаткомъ простаго здраваго смысла, такъ, напр., онѣ съ силою вытягиваютъ, безъ разбора, выпавшую часть ребенка, трясутъ роженицу, ставятъ ее вверхъ ногами, порятъ въ жарко истопленной печи и т. п. Между тѣмъ,

хотя въ большей части городовъ имѣются экзаменованныя повивальныя бабки, но жители ихъ, какъ и близкихъ къ нимъ селеній, неохотно обращаются къ ихъ помощи, частью по свойственной простолюдину недовѣрчивости, частью же по искони существующимъ въ этомъ отношеніи предрасудкамъ. Результатъ такого положенія дѣло высказывается, къ несчастію, слишкомъ ясно годовымъ числомъ мертворожденныхъ младенцевъ и смертныхъ случаевъ между роженицами во время самыхъ родовъ или въ послѣродоввмъ періодѣ".

Если мы повѣримъ д-ру *Д. Н. Жбанкову* (а не вѣрить ему мы неимѣемъ основанія), что 98% всѣхъ родовъ въ Россіи совершается при помощи подобныхъ повитухъ, столь рельефно очерченныхъ г. Министромъ В. Д., то невольно должны прійти къ грустному заключенію объ отсутствіи даже намека но какую либо организацію дѣла родовспоможенія въ Россіи.

По моему крайнему убѣжденію, недоразумѣніе, между мною и моими рецензентами, возникло лишь по той причинѣ, что я въ своемъ очеркѣ говорю объ организаціи *дѣла* родовспоможенія, а г.г. *Жбанковъ* и *Какушкинъ* имѣютъ въ виду лишь реорганизацію института повивальныхъ бабокъ и установленіе необходимаго за ними надзора. Хотя, въ настоящее время, по силѣ ст. 10 и 41 устава врачебнаго, надзоръ за повивальными бабками и возложенъ на губернскаго врачебнаго инспектора, но этотъ надзоръ лишь фиктивный и весь ограничивается полученіемъ отъ уѣздныхъ и городскихъ повивальныхъ бабокъ ежемѣсячныхъ отчетовъ, которые складываются письмоводителемъ врачебнаго управленія въ укромномъ уголкѣ стола, дабы, въ свое время, изъ нихъ почерпнуть нужныя свѣдѣнія при составленіи годовыхъ медицинскихъ отчетовъ по губерніи.

Но если отсутствіе организаціи дѣло родовспоможенія въ Россіи можно признать неприложнымъ фактомъ, то нужно ее установить, а между тѣмъ на это получается отвѣтъ—*нѣтъ денегъ*. Денегъ нѣтъ, денегъ нѣтъ этотъ припѣвъ намъ хорошо знакомъ и слишкомъ 130 лѣтъ тому назадъ онъ тоже приводился за причину отсутствія медицинской помощи въ городахъ и селеніяхъ Россіи докторомъ и адъюнктомъ Академіи Наукъ Лепехинымъ, путешествовавшимъ по разнымъ городамъ Россіи *) Вотъ, между прочимъ, что онъ говоритъ въ одномъ мѣстѣ своихъ записокъ: „правда, долго намъ нужно ждать, чтобы въ нашихъ селахъ завелись лекаря, когда и въ городахъ отдаленныхъ мало ихъ сыщешь: надобно для ихъ содержаніе, а русскій крестьянинъ лекарю пожалѣетъ въ годъ дать и копѣйку".

Переходя теперь къ возвраженію д-ра *Какушкина*, что предлагаемая мною организація акушерскаго дѣла въ Россіи создаетъ какую то вредную обособленность, могущую отдѣлить акушер-

*) Дневныя записки путешествія Доктора и Академіи Наукъ Адъюнкта Ивана Лепехина по разнымъ провинціямъ Россійскаго Государства въ 1768, 1769, 1770, 1771 и 1772 году.

ство отъ *бурнаго, широкаго, быстростремящагося потока, именуемаго практической медициной*, то, да проститъ мнѣ д-ръ *Какушкинъ*, что этой его фразы я совершенно не могу понять, хотя и долженъ отнести ее къ числу „красивыхъ“ риторическихъ фигуръ.

Но оставимъ вопросъ объ организаціи дѣла родовспоможенія въ Россіи, столь мало разсмотрѣнный г.г. рецензентами въ своихъ отзывахъ о моемъ проектѣ и посмотримъ въ чемъ же заключается punctum saliens ихъ рецензій? Этимъ пунктомъ служитъ несогласіе г.г. рецензентовъ съ высказанною мною мыслію относительно размѣра предварительныхъ познаній, необходимаго для поступленія на акушерскіе курсы. Въ своемъ очеркѣ я находилъ, что, для усвоенія повивальнаго искусства, въ размѣрѣ потребномъ для акушерокъ, совершенно достаточно, если поступающія ученицы будутъ умѣть читать и писать по русски, знать четыре правила ариѳметики и имѣть понятіе объ именованныхъ числахъ и простыхъ дробяхъ и что наибольшій успѣхъ отъ поступающихъ на курсы повивальнаго искусства—будущихъ акушерокъ—можно ожидать не отъ поднятія ихъ образовательнаго ценза, а отъ ихъ развитости, смышлености, дѣловитости и любви къ своему дѣлу. Къ этому убѣжденію я пришелъ исходя изъ той потребности, которая предъявляется съ одной стороны къ лицамъ посвятившимъ себя образовательной и руководящей дѣятельности (гувернантки, учителя, чиновники, офицеры и пр.), а съ другой къ тому классу людей (какъ напр. акушерки) отъ которыхъ лишь требуется педантическая исполнительность преподанныхъ правилъ, аккуратность, чистоплотность и вѣжливость.

Какъ первымъ поднятіе обрасовательнаго ценза существенно необходимо, важно и будетъ наиболѣе плодотворно, такъ вторымъ оно легко можетъ препятствовать *добросовѣстно* выполнять возложенныя на нихъ ихъ званіемъ обязанности, и, въ такомъ случаѣ, невольно уподобитъ ихъ Крыловскому повару грамотею.

Все дѣло заключается въ томъ: какія требованія должны быть предъявлены повивальной бабкѣ? Если на нее смотрѣть какъ на пособницу лишь при нормально совершающихся родахъ, какъ на нее смотритъ и законъ (ст. 126 устава врачебнаго), то ея дѣятельность у кровати роженицы значительно умалится и она будетъ низведена лишь на степень простой зрительницы совершающагося, въ ея присутствіи, акта природы и въ такомъ случаѣ все ея достоинство будетъ заключаться лишь въ невмѣшательствѣ и въ непринятіи такихъ руковспоможеній, вопреки преподаннымъ ей правиламъ и инструкціямъ, которыя легко могли бы принести вредъ роженицѣ или новорожденному. Только въ исключительно-рѣдкихъ и неотложныхъ случаяхъ, *за отсутствіемъ врача*, ей возможно было бы представить оказаніе активной акушерской помощи и то лишь при условіи, когда *однимъ ручнымъ пріемами* возможно будетъ устранить встрѣтившуюся неправильность.

Но, если смотрѣть на акушерку какъ на дѣятеля, которому, *сплошь и рядомъ, приходится одному самостоятельно, и оцѣнивать патологическій случай и найтись во время* (д-ръ *Какушкинъ*), или, когда по причинѣ особыхъ соціальныхъ условій, основанныхъ на громадной разбросанности населенія и полномъ отсутствіи сообщеній во многихъ мѣстахъ Россіи, *ей необходимо, кромѣ оперативныхъ пособій при родахъ, умѣть во время распознать и лѣчить какъ послѣродовыя, такъ и различныя гинекологическія заболѣванія* (проф. *Замшинъ*), то, въ такомъ случаѣ, необходимо трактовать не о поднятіи уровня теоретическихъ и практическихъ знаній повивальныхъ бабокъ, а объ цѣлесообразной замѣнѣ ихъ женщинами-врачами. Средины въ этомъ вопросѣ быть не можетъ изъ опасенія наплодить *полузнаекъ*, которыя, вмѣсто ожидаемой отъ нихъ пользы, будутъ приносить явный вредъ и у кровати роженицъ и родильницъ *не будутъ исполнять во всей точности приказанія врача* (ст. 122 устава врачебнаго), а лишь станутъ безтактно дебатировать съ нимъ о характерѣ заболѣванія и лѣченіи, или же заглазно хулить врача и рекомендовать другаго, дѣйствія котораго гармонировали бы съ ея взглядами и желаніями.

Вотъ грустная дѣйствительность, съ которою нерѣдко приходится сталкиваться въ жизни и которая и дала мнѣ основанія для начертанія моего проекта упорядоченія „бабичьяго“ дѣла въ Россіи.

Во всякомъ случаѣ какого бы мнѣнія не придерживаться въ опредѣленіи роли и значенія акушерки у кровати роженицъ и родильницъ, нынѣ существующія учрежденія для подготовки повивальныхъ бабокъ подлежатъ, въ интересахъ дѣла, коренной реорганизаціи и въ этомъ отношеніи я находилъ бы не безполезнымъ закончить свое сообщеніе указаніемъ на нѣкоторыя обстоятельства, по моему мнѣнію, не безразличныя для постановки дѣла подготовки акушерокъ, въ нашихъ повивальныхъ институтахъ и школахъ, къ предстоящей имъ профессіональной дѣятельности на болѣе правильныхъ и цѣлесообразныхъ началахъ.

Нижеприводимыя свѣдѣнія составляютъ извлеченіе изъ моего доклада, представленнаго, въ началѣ минувшаго года, 2-му съѣзду русскихъ дѣятелей по техническому и профессіональному образованію въ Россіи и составленному по отвѣтамъ, полученнымъ, отъ различныхъ повивальныхъ институтовъ и школъ, на вопросы, выработанные VI секціею съѣзда и разосланные въ эти учрежденія. Докладъ этотъ, за недостаткомъ времени, къ моему полному сожалѣнію, не былъ заслушанъ съѣздомъ.

1) Для подготовки акушерокъ существуютъ какъ спеціальныя учрежденія—повивальные институты (всего пять въ Россіи) и повивальныя школы (около 25-ти), такъ и неспеціальныя—фельдшерскія школы, въ которыхъ акушерство преподается какъ дополнительный предметъ къ программѣ подготовки— фельдшерицъ.

2) Вступительный возрастъ въ этихъ учрежденіяхъ весьма различенъ и простирается отъ 16 до 40 лѣтъ.

3) Образовательный цензъ, необходимый для поступленія на акушерскіе курсы неодинаковъ и колеблется отъ полной безграмотности (Харьковское повивальное училище и Архангельская повивальная школа) и провѣрки въ чтеніи и письмѣ (Вологодская и Московская сельскія школы) до требованія званія домашней учительницы, слѣдовательно полнаго окончанія гимназическаго курса (Московское фельдшерское училище, С.-Петербургскій повивальный институтъ и Московскій повивальный институтъ).

4) Курсъ ученія въ спеціальныхъ акушерскихъ школахъ простирается отъ 1 года (С.-Петербургскій пов. институтъ и Митавская школа) до 2-хъ лѣтъ и 4-хъ мѣсяцевъ (Закавказскій Ольгинскій пов. институтъ), а въ фельдшерскихъ школахъ до 4 лѣтъ.

5) Въ послѣдній десятилѣтній періодъ времени (съ 1885—1895 г.) окончило курсъ въ спеціальныхъ акушерскихъ школахъ 2809 акушерокъ; изъ нихъ въ повивальныхъ институтахъ 2063 и въ сельскихъ повивальныхъ школахъ—746.

и 6) Выбыло до окончанія курса ученія 947 (33,7%); изъ нихъ 644 (31,2%) изъ повивальныхъ институтовъ и 303 (40,6%) изъ сельскихъ повивальныхъ школъ *).

Не входя въ подробное разсмотрѣніе этихъ выводовъ, я, тѣмъ не менѣе, полагалъ бы необходимымъ указать на нѣкоторыя сомнѣнія, которыя отчасти могутъ свидѣтельствовать о нераціональной постановкѣ дѣла обученія и подготовки будущихъ акушерокъ.

Во 1-хъ. Разъ обязанности и кругъ профессіоналной дѣятельности акушерки точно очерчены, представляется совершенно не обоснованнымъ существованіе различныхъ по объему преподаванія акушерскихъ школъ и въ этомъ случаѣ должно являться не отвѣчающимъ своему назначенію какое либо изъ учрежденій: повивальный институтъ или сельская повивальная школа.

Во 2-хъ. Начальный и предѣльный возрасты, въ существующихъ спеціальныхъ акушерскихъ школахъ, неодинаково опредѣлены для поступающихъ. Если въ большей части изъ существующихъ повивальныхъ школъ начальный возрастъ опредѣленъ въ 18, а предѣльный въ 30 лѣтъ, то, естественно, что этотъ же предѣльный возрастъ долженъ быть общимъ и для другихъ равныхъ учрежденій и дѣлается совершенно непонятнымъ существующая разница въ 14 лѣтъ, при сравненіи напримѣръ предѣльнаго возраста въ Могилевской и Вятской повивальныхъ школахъ, въ которыхъ онъ ограниченъ 25-ю, 26-ю годами, съ предѣльнымъ возрастомъ въ Московской и Митавской, въ которыхъ онъ продолженъ до 40 лѣтъ.

Въ 3-хъ. Если, для полученія необходимыхъ свѣдѣній по акушерству, ученицѣ достаточно въ С.-Петербургскомъ повивальномъ институтѣ употребить годичный срокъ ученія, то продленіе

*) Свѣдѣнія, означенныя въ 5 и 6 пунктахъ, составлены по полученнымъ отвѣтамъ изъ 3-хъ фельдшерскихъ школъ, 4-хъ повивальныхъ институтовъ и 9 сельскихъ повивальныхъ школъ.

его въ другихъ школахъ до двухъ и болѣе лѣтъ невольно вызываетъ сомнѣніе въ правильности назначенія вообще того или другого срока и приходится заключить, что или годичный срокъ малъ, или двухлѣтній великъ.

Въ 4-хъ. Образовательный цензъ для поступленія въ повивальные институты и школы колеблется въ границахъ весьма большаго размѣра: отъ умѣнья читать и писать до требованія прохожденія гимназическаго курса. Естественно, что если женщина, умѣющая только читать и писать можетъ сдѣлаться акушеркою, удовлетворяющею своему призванію и назначенію, то требованіе отъ ученицъ знанія гимназическаго курса для полученія того же званія, является преувеличеннымъ, или же, наоборотъ, первое ограниченіе подготовки должно быть признано недостаточнымъ.

Въ 5-хъ. Невольно бросается въ глаза чрезмѣрный процентъ, доходящій въ сельскихъ повивальныхъ школахъ до 40,6, выбывающихъ до окончанія курса. Имѣя въ виду съ одной стороны возрастъ поступающихъ, а съ другой уменьшеніе случайныхъ обстоятельствъ, могущихъ вліять на движеніе ученицъ въ школахъ вообще (напр. болѣзнь, перемѣна заведенія, перемѣна мѣста жительства родителей и пр.), этотъ большой процентъ выбывающихъ до окончанія курса, естественно, наводитъ на мысль, что или лица, поступающія на акушерскіе курсы далеки отъ призванія къ избранной ими профессіи, или же контингентъ поступающихъ на столько неудовлетворителенъ въ качественномъ отношеніи, что ученицы добровольно должны ретироваться до окончанія курса.

Къ сожалѣнію, въ интересахъ истины, должно признаться, что оба эти предположенія вліяютъ на чрезмѣрное выбытіе ученицъ изъ повивальныхъ школъ. Вѣдь не секретъ, что наши повивальныя школы, большею частью, суть ultimum refugium для всѣхъ лицъ прекраснаго пола, которыя оказались почему либо *неудачницами* по прежде избранной ими профессіи. Эта мысль въ особенности подтверждается значительнымъ процентомъ выбывшихъ ученицъ изъ сельскихъ повивальныхъ школъ, въ которыя нерѣдко поступаютъ не лица сельскаго населенія, искренно желающія посвятить себя акушерской дѣятельности въ селахъ и деревняхъ, какъ это должно было быть, а наиболѣе безграмотныя неудачницы, невыдержавшія экзамена въ повивальные институты.

Эта хаотическая смѣсь не единообразныхъ правилъ, дѣйствующихъ въ нашихъ повивальныхъ школахъ, требуетъ скорѣйшей и основной ихъ реорганизаціи на началахъ наиболѣе цѣлесообразныхъ и соотвѣтствующихъ мѣстнымъ потребностямъ и условіямъ. Конечно, разумная реорганизація повивальныхъ школъ улучшитъ до извѣстной степени контингентъ функціонирующихъ акушерокъ, но до упорядоченія всего дѣла родовспоможенія еще далеко, такъ какъ оно находится въ связи не съ однимъ лишь поднятіемъ научнаго и нравственнаго уровня акушерокъ, а съ

съ цѣлымъ рядомъ мѣропріятій и обстоятельствъ, находящихся одно отъ другаго въ зависимости и полной гармоніи.

Но когда то наконецъ къ этому упорядоченію дѣла родовспоможенія будетъ приступлено? Сіе знать невозможно, но, въ настоящее время, можно лишь констатировать тотъ грустный фактъ, что ни обсужденія этого вопроса въ спеціальныхъ обществахъ и на съѣздахъ, ни доклады по этому предмету отдѣльныхъ личностей, ни заявленія въ періодической прессѣ—нисколько не подвинули дѣла упорядоченія родовспоможенія.

Кто виноватъ—судить не намъ
Но только возъ и нынѣ тамъ!

Ал. Артемьевъ.

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ, с. ИМПЕРАТОРСКІЙ Фарфоровый Заводъ, д. 27. **ЮРГЕНСЪ.**

Высылаются наложен. платеж. **ВЫСШАГО КАЧЕСТВА, ГРАВИРОВАННЫЕ ЗНАКИ:**

Фиг. 1.

Натуральной величины.



Наборный знакъ.

Доктор. выпуклые, вызолоч., съ эмалью бирюзов. цвѣта: сер. чекан. 9 р., сер. наборные 17 р. (ювелирн. работы) ф. 1; бронзов. 4 р.; сер. фрачн. 4 р.; наборн. фрачн. сер. 9 р. 50 к.

Врачебн. выпуклые: сер. чекан. 8 р.; сер. наборные 14 р. (ювелирн. работы) ф. 1; бронзов. высер. 3 р.; сер. фрачн. 3 р., наборн. фрачн. сер. 8 р. 50 к., чаша и змѣя накладн. золота.

ОСОБЕННО КРАСИВЫ НАБОРНЫЕ знаки.

кромѣ того

ОСОБЕННО РЕКОМЕНДУЮТСЯ:

ЭЛЕГАНТНЫЕ *ПОЛУНАБОРНЫЕ* знаки (ф. 2)—**НОВѢЙШАГО ОБРАЗЦА** (бол. формата, выпукл., матовые), художественной работы:

Доктор. вызол. съ эмалью бирюз. цвѣта: сер. 12 р.; бронз. 6 р.; фрачн. сер. 6 р. **Врачебн.** сер. 10 р.; бронз. высер. 5 р.; сер. фрачн. 5 р. **Маріинскіе знаки: мужск.** сер. наборн. 17 р.; сер. чекан. 8 р.; бронзов. 3 р.; фрачн. сер. наборн. 11 р. **Дамскіе:** сер. наборн. 13 р.; сер. чекан. 6 р.; бронз. 3 р.

Фиг. 2.

Натуральной величины.



Полунаборный знакъ.

Затѣмъ высылаются всякіе ордена, медали, жетоны и т. п. Подробный прейсъ-курантъ безплатно.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1898 ГОДЪ НА ГАЗЕТУ

„ФЕЛЬДШЕРЪ“,

ПОСВЯЩЕННУЮ

МЕДИЦИНѢ, ГИГІЕНѢ И ВОПРОСАМЪ ФЕЛЬДШЕРСКАГО БЫТА.

ВОСЬМОЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

Газета „ФЕЛЬДШЕРЪ“ выходитъ въ С.-Петербургѣ, два раза въ мѣсяцъ, въ объемѣ 1—2 листовъ, по слѣдующей программѣ:

I) Самостоятельныя и переводныя статьи медицинскаго содержанія въ общедоступномъ изложеніи: о сущности, предупрежденіи и лѣченіи болѣзней, объ уходѣ за больными и о помощи въ несчастныхъ случаяхъ.

II) Общедоступныя статьи по общей и частной гигіенѣ и о простѣйшихъ способахъ распознаванія фальсификаціи пищевыхъ продуктовъ.

III) Статьи и корреспонденціи объ образованіи, бытовыхъ условіяхъ и дѣятельности фельдшеровъ.

IV) Мелкія извѣстія, рефераты и рецензіи книгъ, въ предѣлахъ программы газеты.

V) Отвѣты редакціи и объявленія.

Подписная цѣна за годъ съ пересылкой **ТРИ** рубля. Можно требовать присылки газеты съ наложеніемъ платежа, но за послѣдній нужно платить **20** коп. особо.

Съ требованіями обращаться на имя редактора-издателя газеты „ФЕЛЬДШЕРЪ“, С.-Петербургъ, Забалканскій проспектъ, 34.

Редакція проситъ не ссылаться на старый адресъ, но прилагать новый, четко написанный.

Редакторъ-издатель: врачъ ***Б. А. Оксъ.***

Календарь для ФЕЛЬДШЕРОВЪ всѣхъ вѣдомствъ на 1898 годъ.

ГОДЪ ДЕВЯТЫЙ.

Цѣна въ кожаномъ переплетѣ съ пер. **1** руб. **40** коп.

КАЛЕНДАРЬ ДЛЯ АКУШЕРОКЪ НА 1898 ГОДЪ

ИЗДАНІЕ ЧЕТВЕРТОЕ.

Цѣна въ кожаномъ переплетѣ съ пер. **1** руб. **20** коп.

Спб., Забалканскій пр., 34.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

„ВРАЧЪ“,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіены и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, будетъ выходить и въ будущемъ 1898 году подъ тою-же редакціею и по той-же программѣ, какъ и въ первыя 18 лѣтъ.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) высылаются на имя редактора Вячеслава Авксентьевича Манассеина (Петербургъ, Симбирская, д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургѣ, 9 р.; за полгода 4 р. 50 к.; за 3 мѣсяца 2 р. 25 к. Подписка принимается у издательницы—Ольги Александровны Риккеръ (Петербургъ, Невскій, 14). Къ ней же исключительно слѣдуетъ обращаться и по всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ вообще (относительно высылки гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ; неполученныхъ №№ и т. д.). 1—(2)

УЧЕНЫЯ ЗАПИСКИ
ИМПЕРАТОРСКАГО
КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА
НА 1898 ГОДЪ.

Въ Ученыхъ Запискахъ помѣщаются:

I. **Въ отдѣлѣ наукъ**: ученыя изслѣдованія профессоровъ и преподавателей; сообщенія и наблюденія; публичныя лекціи и рѣчи; отчеты по ученымъ командировкамъ и извлеченія изъ нихъ; научныя работы студентовъ, а также рекомендованные факультетами труды постороннихъ лицъ.

II. **Въ отдѣлѣ критики и библіографіи**: профессорскія рецензіи на магистерскія и докторскія диссертаціи, представляемыя въ Казанскій университетъ, и на студентскія работы, представляемыя на соисканіе наградъ; критическія статьи о вновь появляющихся въ Россіи и заграницей книгахъ и сочиненіяхъ по всѣмъ отраслямъ знанія; библіографическіе отзывы и замѣтки.

III. **Университетская лѣтопись**; извлеченія изъ протоколовъ засѣданій Совѣта, отчеты о диспутахъ, статьи, посвященныя обозрѣнію коллекцій и состоянію учебно-вспомогательныхъ учрежденій при университетѣ, біографическіе очерки и некрологи профессоровъ и другихъ лицъ, стоявшихъ близко къ Казанскому университету, обозрѣнія распредѣленія лекцій, актовый отчетъ и проч.

IV. **Приложенія**: университетскіе курсы профессоровъ и преподавателей; памятники историческіе и литературные съ научными комментаріями и памятники, имѣющіе научное значеніе и еще не обнародованные.

Ученыя записки выходятъ ежемѣсячно книжками въ размѣрѣ не менѣе 13 листовъ, не считая извлеченій изъ протоколовъ и особыхъ приложеній.

Подписная цѣна въ годъ со всѣми приложеніями **6** руб., съ пересылкою **7** р. Отдѣльныя книжки можно получать изъ редакціи по **1** руб. Подписка принимается въ Правленіи университета.

1—(3) *Ѳ. Мищенко.*

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА на **1898** годъ

НА ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„Медицинскій Указатель“

Программа журнала:

1) Правительственныя распоряженія по врачебной части.

2) Перечень новыхъ книгъ, брошюръ, диссертацій по научной и клинической медицинѣ, гигіенѣ, новыхъ медицинскихъ инструментовъ и приборовъ.

3) Перечень новыхъ книгъ, брошюръ и средствъ по фармаціи.

4) Свѣдѣнія о сезонныхъ минеральныхъ водахъ, климатическихъ и морскихъ станціяхъ, курортахъ, спеціальныхъ лѣчебницахъ и другихъ медицинскихъ учрежденіяхъ.

5) Оригинальныя и переводныя статьи и замѣтки, имѣющія отношеніе къ 2-му, 3-му и 4-му вышеупомянутымъ отдѣламъ.

6) Текущая медицинская печать; отчеты о засѣданіяхъ медицинскихъ обществъ, съѣздовъ; отчеты о дѣятельности лѣчебныхъ заведеній и пр.

7) Письма и корреспонденціи, непосредственно относящіяся къ вопросамъ медицины.

8) Свѣдѣнія изъ врачебнаго быта, медицинскаго преподаванія; сообщенія о вакантныхъ врачебныхъ мѣстахъ, біографіи, некрологи и пр.

9) Рисунки, чертежи и планы, относящіеся къ тексту.

10) Объявленія.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА ЗА ГОДЪ

съ пересылкой и доставкой **3** руб., за границу **4** руб.

P. S. Особенное вниманіе редакціи будетъ обращено на 2 и 4 отдѣлы программы.

Гг. врачей, практикующихъ на различныхъ курортахъ, редакція покорнѣйше проситъ доставлять ей подробныя свѣдѣнія объ этихъ

курортахъ, дабы имѣть возможность дать читателямъ полное и точное описаніе мѣстонахожденія и значенія того или другого курорта.

Адресъ редакціи: Москва, лѣчебница И. В. Михайлова, (Тверская, Брюссовскій пер., д. Ермакова).

1—(2) Редакторъ-Издатель *И. В. Михайловъ.*

ОТКРЫВАЕТСЯ ПОДПИСКА на **1898** годъ.

на III годъ изданія ежемѣсячнаго журнала

„СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГІЕНА“

И ДВУХНЕДѢЛЬНОЕ ИЗДАНІЕ

„ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

журнала „Современная Медицина и Гигіена“,

издаваемые и редактируемые профессоромъ **М. И. Афанасьевымъ.**

Въ отдѣлѣ оригинальномъ журнала „Современная Медицина и Гигіена“ будутъ продолжаться печатаньемъ лекціи Редактора по клинической микроскопіи и бактеріологіи и „Обзоры и новости медицины“ съ извѣстнымъ уже читателямъ характеромъ.

Изъ переводныхъ сочиненій назовемъ нижеслѣдующія: проф. Robin. Руководство къ частной терапіи—будутъ печататься слѣдующіе выпуски этого замѣчательнаго сборнаго труда извѣстнѣйшихъ французскихъ клиницистовъ.—Проф. Glax. Руководство къ гидротерапіи (съ 73 рис.)—Его же. Бальнеотерапія (съ 26 рис.) Его же. Климато-терапія.—Проф. Wolf. Учебникъ кожныхъ болѣзней (съ 64 рис.)—Его же. Учебникъ венерическихъ болѣзней и сифилиса (съ 21 рис.). Оба сочиненія будутъ снабжены дополненіями автора къ русскому изданію, предисловіемъ и примѣчаніями проф. О. В. Петерсена.—Проф. Albert (Вѣна). Учебникъ частной хирургіи (съ 317 рис.).—Д-ръ Olhemann. Терапія глазныхъ болѣзней. Съ пред. проф. Г. А. Донберга.—Доц. Windscheid. Невропатологія и гинекологія.—Проф. Proust и Ballet. Гигіена и лѣченіе неврастениковъ.—Д-ръ Ю. И. Заволжская. Гигіена школы (со мног. рис.). Составлена по руководству гигіены Weyl'a Axel Key'ю, Эрисману и др.

Кромѣ того Редакція печатаетъ отдѣльными изданіями съ уступкой для подписчиковъ въ 20% слѣдующія двѣ книги. 1) Терапія вѣнскихъ клиникъ (профессоровъ: Neusser'a Nothnagel'я, von Schrötter'a, Kraft-Ebbing'a Widerhofer'a, Monti, Albert'a, Gussenbauer'a, Ulztmann'a, Schauta, Kaposi, Neumann'a, Fuchs'a, Schnabel'я, Gruber'a, Politzer'a, и Scheff'a). Сост. д-рами Lanqesmann,омъ и Hitschmann'омъ. Это сочиненіе будетъ издано въ

формѣ карманной книги.— 2) Д-ръ O. Braehmer. Желѣзнодорожная гигіена (съ рис.). Изъ руков. гигіены Weil'я.

Дополненіемъ къ журналу „Современная Медицина и Гигіена“ можетъ служить новый журналъ:

„ТЕРАПЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

журнала „Современная Медицина и Гигіена“ двухнедѣльное изданіе посвященное обзору успѣховъ терапіи по всѣмъ медико-хирургическимъ спеціальностямъ и терапевтической гигіенѣ.

Программа этого журнала слѣдующая:

I. Оригинальныя статьи, лекціи и обзоры по всѣмъ вопросамъ врачеванія.—II. Новыя врачебныя средства.—III. Новые способы лѣченія,—IV. Новые лѣчебные приборы и инструменты.—V. Рефераты по серотерапіи, органотерапіи, гидротерапіи, бальнеотерапіи, бальнеографіи, климатотерапіи, пнейматотерапіи, механотерапіи (массажъ и гимнастика) и электротерапіи.—VI. Рефераты по всѣмъ медико-хирургическимъ спеціальностямъ; внутреннимъ болѣзнямъ; хирургіи, гинекологіи и акушерству, нервнымъ болѣзнямъ и психіатріи, глазнымъ болѣзнямъ, дерматологіи, венерическимъ болѣзнямъ и сифилису, дѣтскимъ болѣзнямъ, болѣзнямъ носа, зѣва, горатни и уха.—VII. Изъ засѣданій русскихъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—VIII. Изъ засѣданій иностранныхъ медицинскихъ обществъ и съѣздовъ.—IX. Библіографія и рецензіи:—X. Рецептныя формулы и діэтетическіе указанія.—XI. Практическія замѣтки.—XII. Научная хроника и смѣсь.—Объявленія.

Цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой на „Современную Медицину и Гигіену“ **10** руб., и безъ пересылки **9** руб. Допускается разсрочка: при подпискѣ **5** руб. и въ маѣ **5** руб., или: при подпискѣ **4** руб., въ маѣ **3** руб. и въ сентябрѣ **3** руб.

Оставшіеся экземпляры журнала за 1896—97 гг. можно получать по **10** руб. безъ пересылки.

Цѣна за годъ съ доставкой и пересылкой на „Терапевтическій Вѣстникъ“ **5** руб., безъ доставки **4** р. **50** коп. Допускается разсрочка: **3** руб. при подпискѣ и остальныя **2** руб. (**1** руб. **30** коп.) въ маѣ.

Подписывающіеся одновременно на „Соврем. Мед. и Гигіену“ и „Терапевт. Вѣстн.“ платятъ вмѣсто **15** руб. только **13** руб. съ доставкой и пересылкой, и **12** руб. безъ доставки, причемъ допускается разсрочка: **6** руб. при подпискѣ, **5** руб. въ маѣ и остальные **3** руб. (**2** руб.) въ сентябрѣ.

Подписка принимается въ Конторѣ Редакціи „Современная Медицина и Гигіена„: Литейный просп., № 33. Телеф. 231.

Подписчики на журналъ „Соврем. Мед. и Гиг.“ и на „Терапевт. Вѣстн.“ пользуются 20-ю проц. уступки при покупкѣ въ Конторѣ Редакціи ея изданій. 1—(3)

О ПОДПИСКѢ НА ОБЩЕСТВЕННО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ И ЛИТЕРАТУРНУЮ ЕЖЕНЕДѢЛЬНУЮ ГАЗЕТУ „ЖИЗНЬ И ШКОЛА“ СЪ ПРИЛОЖЕН. „ШКОЛЬНОЕ ОБОЗРѢНІЕ“ (г. X).

„ЖИЗНЬ И ШКОЛА“ имѣетъ цѣлью служить органомъ объединенія русскихъ учителей и интересамъ лицъ, стоящихъ близко къ дѣлу образованія въ Россіи, и издается по слѣдующей программѣ.

1) Правительственныя узаконенія и распоряженія, касающіяся образованія въ Россіи.

2) Научно-популярныя статьи (съ чертежами и рисунками).

3) Мелкіе повѣсти и разсказы (бытовые и историческіе), путешествія, очерки и др. подоб. произведенія.

4) Статьи по педагогикѣ, дидактикѣ, методикѣ, училищевѣденію, школьной гигіенѣ. Очерки по народному образованію въ Россіи и на Западѣ.

5) Русская печать о школьномъ дѣлѣ. Мнѣнія и сужденія печати по педагогическимъ вопросамъ.

6) Библіотечное дѣло въ Россіи и за границей. Организація общественныхъ и школьныхъ библіотекъ и др. образовательныхъ учрежденій для народа.

7) Библіографія. Критика и рецензіи педагогическихъ сочиненій какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ, разборъ учебниковъ и пособій. Обозрѣніе періодическихъ изданій какъ общихъ, такъ и спеціальныхъ: научныхъ, педагогическихъ и т. п.

8) Корреспонденціи. Современное обозрѣніе воспитанія и обученія у насъ и за границей.

9) Политическія извѣстія и Новости русской жизни. Обозрѣніе выдающихся событій въ Россіи и др. государствахъ.

10) Смѣсь. Наблюденія и замѣтки изъ школьнаго міра. Педагогическія темы.

11) Справочный указатель. Справки и указанія по различнымъ практическимъ вопросамъ учебнаго дѣла и школьнаго быта.

12) Что намъ пишутъ. Письма и сообщенія въ редакцію.

13) Книжный листокъ. Свѣдѣнія о вновь вышедшихъ книгахъ и указатель статей, встрѣчающихся въ повременныхъ изданіяхъ и заслуживающихъ вниманія какъ учителей, такъ и вообще образованнаго читателя.

14) Почтовый ящикъ. Отвѣты редакціи.

15) Объявленія. Послѣднія печатаются на первой стр. по 50 к., на послѣдней по 10 к. Подписчики (голодые) печатаютъ *безплатно*.

При газетѣ издается. въ видѣ приложенія, особый сборникъ, подъ заглавіемъ „ШКОЛЬНОЕ ОБОЗРѢНІЕ“, въ которомъ помѣщаются статьи, по объему, не удобныя для еженедѣльнаго изданія, а также портреты Августѣйшихъ Особъ и выдающихся дѣятелей въ сферѣ государственной деятельности, благотворительности и народнаго образованія.

Подписная цѣна съ доставкой и перес. 5 руб.. за полгода 3 руб., и за три мѣсяца 2 руб., для начальныхъ школъ и учителей 4 руб., за границу 6 руб. за годъ.

Оставшіеся въ небольшомъ количествѣ полные комплекты газеты за 1893 г. и 1894 можно получать за *два* руб., 1895 и 1896 по *три* руб. за годъ. Библіотеки и безплатныя читальни пользуются особой уступкой. Подписчики, пріобрѣтающіе за всѣ годы пользуются, сверхъ того, уступкой 50%.

Вышедшіе №№ „ШКОЛЬНАГО ОБОЗРѢНІЯ“ и „ЖИЗНЬ и ШКОЛА“ текущаго года, по требованію, высылаются наложеннымъ платежемъ на счетъ конторы.

Подписка принимается въ главной Конторѣ „ЖИЗНЬ и ШКОЛА“. С.-Петербургъ, Загородный, пр., 34.

1—(3) Редакторъ-Издатель *М. Е. Виноградовъ*.

ПОДПИСКА

на 1898 годъ **„МЕДИЦИНСКАЯ БЕСѢДА“** 12-й годъ

ЖУРНАЛЪ ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И ГИГІЕНЫ.

(Издается съ 1887 г. подъ редакціею А. Х. САБИНИНА).

(Большая золотая медаль на 1-й Всероссійской Гигіенической Выставкѣ 1898 г. въ С.-Петербургѣ).

ПРОГРАММА:

1) Правительственныя распоряженія по врачебной части и вѣдомству.

2) Статьи по общественной и частной гигіенѣ, анатоміи, физіологіи, патологіи, терапіи, хирургіи, акушерству и другимъ частямъ врачебной науки. Медицинская статистика. Школьная гигіена. Аптечное дѣло.

3) Статьи по земской медицинѣ.

4) Исторія медицины.

5) Переводные статьи и рефераты изъ повременныхъ иностранныхъ медицинскихъ изданій.

6) Статьи по различнымъ отраслямъ естествознанія, имѣющія близкое отношеніе къ медицинѣ.

7) Врачебная хроника и смѣсь.

8) Врачебно-бытовые вопросы.

9) Народная медицина. Врачебныя замѣтки.

10) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ. Протоколы больничныхъ медицинскихъ совѣщаній, отчеты о дѣятельности больницъ и подобнаго рода больничныхъ учрежденіяхъ.

11) Объявленія.

Журналъ выходитъ два раза въ мѣсяцъ. Годовая цѣна съ доставкой и пересылкой—5 р.; для фельдшеровъ, фельдшерицъ и акушерокъ—3 р. Подписка принимается: въ С.-Петербургѣ: въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера; въ г. Воронежѣ, въ конторѣ редакціи и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ.

При редакціи имѣется книжный складъ для продажи спеціальныхъ и общедоступныхъ (популярныхъ) медицинскихъ книгъ и брошюръ; книги и брошюры высылаются наложеннымъ платежемъ. Складъ принимаетъ заказы. 1—(3)

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА

НА ГАЗЕТУ

„МЕДИЦИНА“

НА 1898 ГОДЪ (ДЕСЯТЫЙ ГОДЪ).

Подъ редакціей Профессора Юрьевскаго Университета Степана Михайловича **Васильева.**

Изданіе, посвященное всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіены, выходитъ въ объемѣ—2-хъ листовъ (лѣтомъ 1-го листа) четыре раза въ мѣсяцъ по прежней программѣ:

1) Самостоятельныя статьи, лекціи и предварительныя сообщенія русскихъ авторовъ, переводныя статьи и лекціи иностранныхъ авторовъ по всѣмъ отраслямъ клинической медицины, по всѣмъ отдѣламъ общественной и частной гигіены, эпидеміологіи, судебной медицины и гидрологіи, а также по общей патологіи, фармакологіи, анатоміи, физіологіи и патологической анатоміи. Въ отдѣлѣ оригинальныхъ статей будутъ между прочимъ печататься:

Проф. *С. М. Васильевъ.* 1) Показанія къ хирургическому лѣченію рака желудка.

Онъ-же. 2) Этіологія язвы желудка и показанія къ хирургическому ея лѣченію.

Prof. *Naunyn.* Діэтетическое лѣченіе сахарной болѣзни.

Prof. *Potain.* Предсказаніе при болѣзняхъ сердца.

Prof. *Erb.* 1) Этіологія tabes dorsalis.

Онъ-же. 2) Терапія tabes dorsalis.

Prof. *Neubner.* Сифилисъ у дѣтей (syphilis heriditaria, tarda et acquisita).

Prof. *Ed. Sonnenburg.* Патологія и терапія перитифлита (appendicitis simplex et perforativa).

Prof. *G. Moraglia.* Новыя изслѣдованія о женской преступности, проституціи и психопатіи.

Онъ-же. Онанизмъ у нормальныхъ женщинъ и проститутокъ.

Doc. *Fr. Windscheid.* Діагнозъ и лѣченіе головной боли.

Dr. *C. Wild.* Предупрежденіе и лѣченіе хроническаго запора у женщинъ и дѣвицъ.
Prof. *Dr. Kisch.* Гидротерапія (изъ бальнеотерапевтическаго лексикона).

2) Общіе обзоры по различнымъ медицинскимъ вопросамъ.
3) Статьи по исторіи медицины.
Проф. *С. М. Васильевъ.* 1) Матеріалы къ исторіи эпидеміи „черной смерти".
4) Новости медицины изъ русской и иностранной литературы.
5) Статьи и замѣтки по народной, особенно русской медицинѣ.
6) Критика и библіографія медицинскихъ книгъ, статей, больничныхъ отчетовъ и изданій, могущихъ чѣмъ либо интересовать врачей.
7) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ и о защитѣ диссертацій.
8) Терапевтическій отдѣлъ.
Въ этомъ дѣлѣ будутъ помѣщены между прочимъ: Средства, примѣняемыя въ медицинской клиникѣ проф. *С. М. Васильева.*
9) Научныя корреспонденціи, хроника и мелкія извѣстія объ ученыхъ изслѣдованіяхъ и открытіяхъ, слухи и выдержки изъ газетъ, имѣющіе исключительно научный интересъ, а также правительственныя распоряженія, могущія чѣмъ либо интересовать врачей.
10) Частныя объявленія и публикаціи, за исключеніемъ рекламъ, о вновь вышедшихъ медицинскихъ книгахъ.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ конторѣ Редакціи, Гороховая, д. № 40.

Подписная цѣна за годовое изданіе **ПЯТЬ** рублей съ доставкой и пересылкой. Для студентовъ **ТРИ** руб. съ пересылкой.

Статьи высылаются въ Редакцію газеты „**МЕДИЦИНА**", С.-Петербургъ, Гороховая, д. № 40.

NB. Редакція газеты безплатно помѣщаетъ объявленія земскихъ управъ, городскихъ и больничныхъ учрежденій о вакантныхъ мѣстахъ для лицъ врачебнаго персонала, а равно и сихъ послѣднихъ о предложеніи ихъ услугъ. 1—(3)

1898-й—14-й годъ изданія—1898-й.

(БЕЗЪ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЦЕНЗУРЫ)

ежемѣсячнаго ОДОНТОЛОГИЧЕСКАГО журнала

„ЗУБОВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ"

ДЛЯ ВРАЧЕЙ, ЗУБНЫХЪ ВРАЧЕЙ И ДАНТИСТОВЪ.

ИЗДАВАЕМАГО **А. П. Синицынымъ**, ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ **В. В. Аболенскаго.**

Въ 1898 году журналъ будетъ выходить по той же программѣ и служитъ той же цѣли, что и за прежнія 13 лѣтъ.

Цѣна въ годъ **6** р. Подписка на меньшіе сроки не принимается и отдѣльныя книжки журнала не продаются. Экземпляры за 11-лѣтіе (1893 и 1896 гг. разошлись снова), представляющіе подробную лѣтопись успѣховъ зубоврачеванія и нѣсколько полныхъ руководствъ по извѣстнымъ отдѣламъ дентистріи, высылаются за **40** р., а съ подпискою на 1897 г. за **45** р. **Обращаться къ зубному врачу Андрею Павловичу Синицыну, Петербургъ, Невскій пр., № 79.**

Выписка журнала можетъ быть производима съ наложеніемъ подписной цѣны на вышедшія книжки.

Подписка принимается также: *Петербургъ—1) К. Л. Риккеръ, Невскій 14. 2) К. Ашъ и Сыновья, Малая Морская 19. Варшава—Доброники и Шиле, Зюда, 4. Москва: 1) К. Ашъ и С., Леонтьев. пер. 14. 2) Доброноки и Шиле, Б. Дмитровка, Богословск. пер. церковный домъ.* 1—(3)

ОДЕССА.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА **1898** ГОДЪ

(9-й годъ изданія).

на общедоступный медицинскій журналъ

„АКУШЕРКА“,

24 №№ въ годъ (въ 12 книжкахъ).

Подписная цѣна съ пересылкой на годъ **3** руб.

Подписка принимается:

1) Въ редакціи журнала „АКУШЕРКА“ въ Одессѣ, (*адресъ почтъ извѣстенъ*).—2) Во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.—3) Во всѣхъ почтовыхъ конторахъ съ наложеніемъ платежа.

Экземпляры „АКУШЕРКИ“ прежнихъ лѣтъ въ сброшюрованныкъ книгахъ продаются: 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 и 1895 гг. по одному рублю за книгу, 1897 г. для подписывающихся и на 1898 г. по два руб. за экземпляръ, для прочихъ же по три руб. (Всѣ цѣны съ пересылкой).

РУКОВОДИТЕЛЬ ПОВИВАЛЬНОЙ БАБКИ

Д-ра АРТЕМЬЕВА

Высылается за 30 коп.

(можно почтовыми марками). Съ требованіями обращаться прямо въ редакцію „АКУШЕРКИ“ въ Одессу. 1—(3)

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ
АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ
С.-Петербургъ, Гороховая 33.

поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ:

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



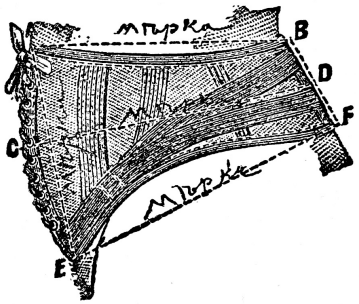
ИНСТРУМЕНТЫ: перевязочные, ампутаціонные, резекціонные, акушерскіе и пр. Лекарскіе и фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины.

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

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается безплатно.

10—(12)

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

29. Гороховая, у каменнаго моста. 29.

СПЕЦІАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ВСЕВОЗМОЖНЫХЪ БАНДАЖЕЙ, НАБРЮШНИКОВЪ, СУСПЕНЗОРІЙ И РАЗНЫХЪ ДРУГИХЪ ПОВЯЗОКЪ, СОГЛАСНО НОВѢЙШИМЪ УСОВЕРШЕНСТВОВАНІЯМЪ.

КАБИНЕТЪ для наложенія бандажей

ПОЧТОВЫЯ ЗАКАЗЫ ИСПОЛНЯЮТСЯ АККУРАТНО И ТОЧНО, СОГЛАСНО ПРЕДПИСАНІЮ Гг. ВРАЧЕЙ.

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

10—(12).

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ НА 1898 ГОДЪ.

ЖУРНАЛЪ

РУССКАГО ОБЩЕСТВА

ОХРАНЕНІЯ НАРОДНАГО ЗДРАВІЯ

ВОСЬМОЙ ГОДЪ ИЗДАНІЯ.

Допущенъ Ученымъ Комитетомъ Министерства Народнаго Просвѣщенія для фундаментальныхъ библіотекъ среднихъ учебныхъ заведеній, какъ мужскихъ, такъ и женскихъ.

„**Журналъ**“ выходитъ ежемѣсячно книжками, отъ 5 до 7 печатныхъ листовъ, по слѣдующей программѣ:

I. Самостоятельныя статьи и научныя сообщенія.—II. Отчеты о засѣданіяхъ отдѣловъ и секцій Общества: 1-й—біологической, 2-й—статистической, эпидеміологической и медицинской географіи, 3-й—общественной и частной гигіены, 4-й—гигіены дѣтскаго и школьнаго возрастовъ, 5-й—бальнеологія и климатологія.—III. Научныя корреспондонціи.—IV. Рефераты о главнѣйшихъ работахъ изъ русской и иностранной литературы,—по біологіи, статистикѣ, эпидеміологіи, гигіенѣ, бальнеологіи и климатологіи.—V. Критика и библіографія.—VI. Хроника.—VII. Частныя объявленія и публикаціи.—VIII. Приложенія.

Въ Приложеніи къ Журналу, между прочимъ, помѣщены въ 1893—1897 гг.:

„Сравнительная статистика населенія (смертность)“ проф. *Янсона*. „Журналы засѣданій Московскаго Гигіен. Общества“, „Отчеты Спб. город. санит. комиссіи“ за 1892—1896 гг. „Отчеты Спб. город. лабораторіи“, за 1892—1897 гг.

„Врачебныя учрежденія С.-Петербурга“, д-ра *А. Липскаго*. „Молоко Спб. коровъ“, д-ра *Архангельскаго*. „О санитарномъ надзорѣ за пищевыми продуктами въ Спб.“. „Чертежи къ проекту участковой земской больницы“ проф. *А. А. Веденяпина*. „Дѣтскія лечебныя колоніи въ Варшавѣ“. „Труды комиссіи по вопросу о водоснабженіи г. Тулы“. „Очеркъ развитія дѣтскихъ лечебныхъ колоній въ Россіи и заграницей“ д-ра *М. Д. ванъ-Путеренъ*. „Матеріалы по оспопрививанію въ Россіи“ и пр.

Подписная цѣна въ годъ 4 руб. съ доставкою и пересылкою.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ: въ С.-Петербургѣ: въ канцеляріи Общества охраненія народнаго здравія: С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. 15, и въ книжныхъ магазинахъ: Риккера, Карбасникова, Петрова, Ярошевской, Сойкина и др.

„ЖУРНАЛЪ“ можетъ быть высланъ наложеннымъ платежемъ.

Плата за объявленія—за одинъ разъ: за страницу **10** рублей, за 1/2 страницы **7** руб., за 1/4 страницы **4** руб. Объявленія впереди текста на 25% дороже.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, печатается объявленіе или отзывъ.

Экземпляры «Журнала» за предыдущіе годы по **3** р. съ перес.

Контора Журнала помѣщается въ канцеляріи Р. Общества охраненія народнаго здравія: С.-Петербургъ, Дмитровскій пер., д. № 15. Открыта ежедневно, исключая праздниковъ, отъ 6 до 8 часовъ вечера. Редакторъ **А. А. Липскій.**

Профессоръ А. DRACHE.

БИБЛІОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХЪ ВРАЧЕЙ И СПЕЦІАЛИСТОВЪ.

Переводъ съ нѣмецкаго.

ВЫШЛА ИЗЪ ПЕЧАТИ И РАЗОСЛАНА

Первая половина втораго (послѣдняго) тома.

ВНУТРЕННІЯ И ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

Въ 2-хъ томахъ.

Цѣна каждаго полутома **4** р., съ пер. **4** р. **50** к., для подписчиковъ на все изданіе цѣна **3** р. съ пер.

ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.

Подъ главной редакціей академика **В. В. Пашутина.**

Цѣна **8** руб., съ перес. **8** руб. **80** к.

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

ПОДПИСКА ПРОДОЛЖАЕТСЯ.

Всѣмъ подписчикамъ, обращающимся прямо къ издателю, дѣлается уступка въ 25%, т. е. они платятъ за каждый полутомъ *три руб.* вмѣсто четырехъ и за каждый томъ *шесть руб.* вмѣсто восьми; сверхъ того, начиная со втораго тома, *подписчики за пересылку ничего не платятъ.* За пересылку перваго тома уплачивается 80 к.

При подпискѣ присылаютъ *три руб.* и предоставляютъ издателю высылать полутомы или томы, по мѣрѣ ихъ выхода въ свѣтъ, съ наложеніемъ платежа въ объявленной выше суммѣ (т. е. 3 руб. за полутомъ и 6 руб. за томъ). Послѣдній полутомъ всего изданія будетъ высланъ безъ наложеннаго платежа за полученную при подпискѣ сумму.

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

Дозволено цензурою. С.-Петербургъ, 11 и 12 Января и 7 Ноября 1897 г.