

ЖУРНАЛЬ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ
Н. Ф. СЛАВЯНСКАГО,
ПРОФЕССОРА КЛИНИЧЕСКАГО АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ.

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

И

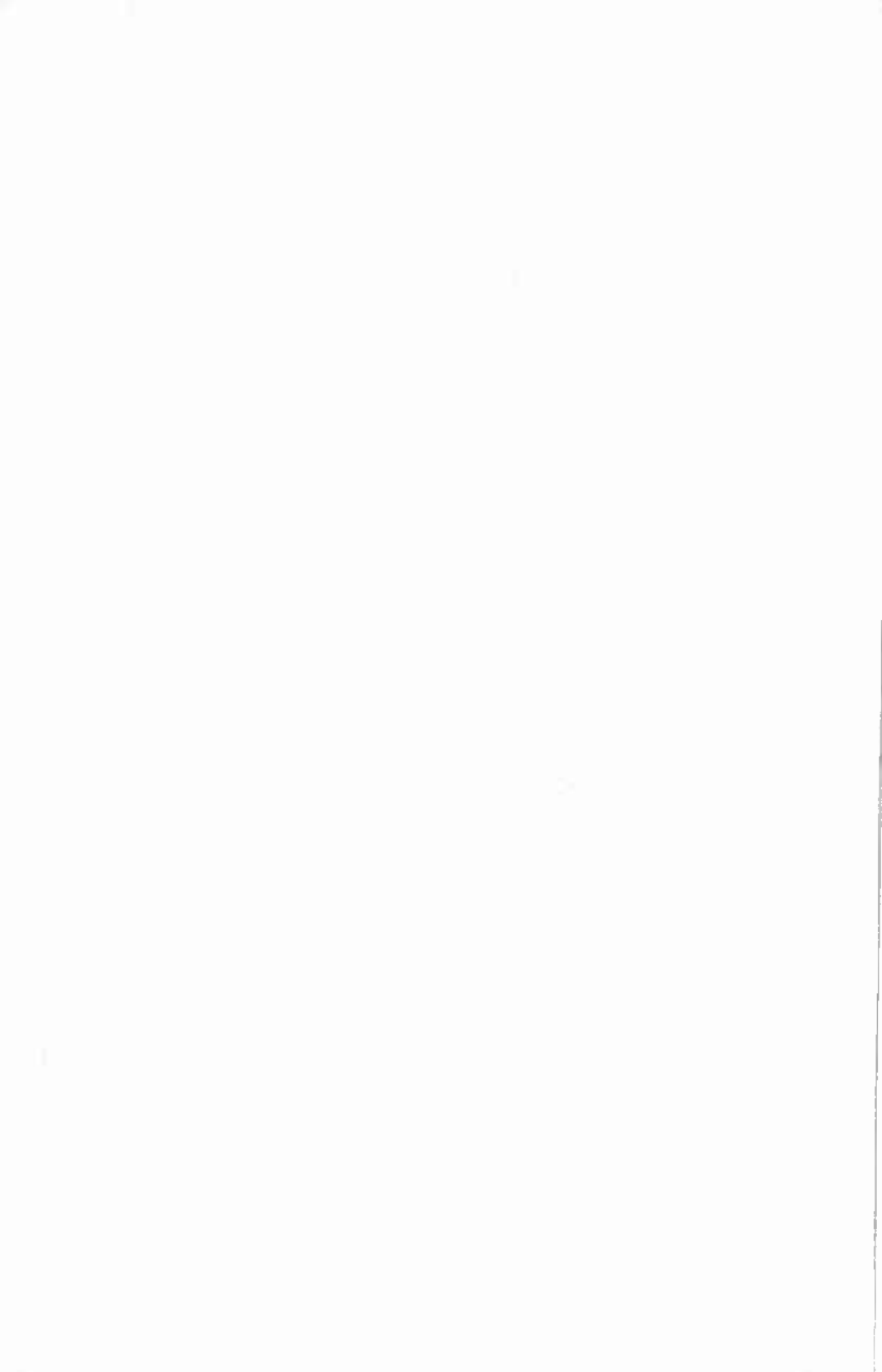
СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА
Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИН-
СКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ XI.

1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.



ОГЛАВЛЕНИЕ XI ТОМА.

I. ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦИИ, КАЗУИСТИКА.

	стр.
Абуладзе Д. Пятый случай излѣченія полнаго выворота матки .	1103
Ануфриевъ А. А. О двулодной ртути, какъ antisepticum въ гинекологіи	256
Архангельскій П. И. Три случая серотераліи при послѣродовыхъ септическихъ заболѣваніяхъ	552
Бекманъ В. Г. <i>Ulcus rotundum vaginae simplex</i>	136
Выховскій С. В. Къ вопросу о лѣченіи электричествомъ вѣкторныхъ болѣзней женскихъ половыхъ органовъ	161
Выховскій С. В. Къ вопросу о разрошеніяхъ слизистой оболочки матки злокачественнаго характера	48
Вайнштейнъ Е. М. Антистрептококковая сыворотка при послѣродовой стрептококковой септидеміи	1232
Веберъ Ф. К. Къ лѣченію послѣродовыхъ выворотовъ матки . .	1334
Вишневольскій В. Къ казуистикѣ беременности пузырными заносомъ	1583
Гижицкій Ю. Случай уреміи послѣ родовъ безъ явленій эклампсіи	1138
Гогоцкій В. И. Случай посмертнаго пасильственнаго родоразрѣшенія живыми двойнями	1114
Губаревъ А. П. О выборѣ матеріала для хирургическихъ швовъ	22
Губаревъ А. П. Оперативноелѣченіераковоперерожденной матки	889
Губаревъ А. П. Оперативное лѣченіе фиброміомъ матки . . .	367
Доббертъ О. А. Отчетъ по гинекологическому отдѣленію Петропавловской больницы за 1896 годъ	653 и 780
Егоровъ Г. И. Къ вопросу о лѣченіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей	403
Заксъ Г. Г. Къ вопросу о производствѣ законнаго искусственнаго выкидыша	1557
Заксъ Г. Г. Пороки развитія женскаго полового аппарата, какъ показаніе къ оперативному выѣшательству	772
Замшинъ А. И. О поднятіи уровня теоретическихъ и практическихъ знаній повивальныхъ бабокъ	243
Земацкій І. Ф. О зашиваніи пузырно-влагалищныхъ свищей по лоскутному методу	1216
Жакушкинъ Н. М. XII Международный Съѣздъ. Секція акушерства и женскихъ болѣзней	1030

	стр.
Кеглеръ К. К. Мягкій шанкръ влагалища	1564
Кушевъ Н. Е. Къ казуистикѣ ущемленій и искривленій впади беременной матки	63
Левинскій Г. Г. и Гогоцкій В. Н. Удаленіе дермоидной кисты яичника черезъ прямую кишку во время родовъ	1154
Левинскій Г. Г. Женскій кифозный нерахитическій тазъ . . .	1132
Липинскій С. Случай кавкроды клитора и верхней трети вну- тренней поверхности большихъ дѣтородныхъ губъ, удаленнаго оперативнымъ путемъ съ вылученіемъ всѣхъ паховыхъ железъ .	151
Львовъ П. М. Еще случай отрыва свода sub coiti	277
Львовъ П. М. Задняя кольпотомія при воспаленіяхъ придатковъ матки и новообразованіяхъ въ нихъ	902
Мандельштамъ И. Г. Изъкоторыя замѣчанія о производствѣ законнаго выкидыша выскабливаніемъ	267
Мандельштамъ И. Г. Случай консервативнаго кесарскаго сѣ- ченія съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка	756
Масловскій В. Ф. Къ анатоміи и лѣченію вѣматочной бере- менности	745 и 928
Массень В. Н. Къ ученію о задержаніи и приращеніи пос- лѣда	487. 693
Мацѣвскій К. Ф. Профилактическій поворотъ при узкихъ тазахъ и отношеніе его къ выжидательному методу 3.	186
Мироновъ М. М. Въ защиту оперативнаго лѣченія осумкован- ныхъ скопленій крови въ полости малаго таза	34
Несловъ Н. К. Случай туберкулеза матки	1575
Оттъ Д. О. О руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ воз- становленія нарушенной дѣлоси тазового дна и брюшныхъ стѣ- нокъ	621
Павловъ А. П. Къ вопросу о выборѣ между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операциею Porro	123
Паперный М. Л. Случай stenosis orificiі externi uteri post partum cum haematometra cervicali temporaria et endometritide consecutiva.	291
Паперный М. Л. Тазъ сврейки. Живой доношенный еврейскій ребенокъ	281
Побѣдинскій Н. Н. О возбужденіи преждевременныхъ родовъ при помощи кольпейринтера и баллона Champetier de Ribes .	910
Порошинъ М. Н. Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. Славянскаго за 1894 и 1895 годы . . 1007. 1247.	1434
Порошинъ М. Н. Случай беременности и родовъ, осложненныхъ рубцовымъ суженіемъ рукава	682
Порошинъ М. Н. Чревосѣченіа во время беременности . . .	1517
Потѣпко В. В. Аэмполь въ гинекологіи	389
Прокофьева О. В. Заросшая дѣвственная плева. Скопленіе крови въ рукавѣ и отчасти въ маткѣ	1241
Рачинскій Н. И. Къ вопросу о такъ называемомъ pseudo-туксота peritonei	141
Рачинскій Н. И. О смѣшанномъ брюшномъ швѣ послѣ чревосѣ- ченія	1221

Розенталя Я. Случай вылушения подслизистой миомы матки. Проведение стѣнки матки. Вырѣзываніе матки при помощи келотомии. Выздоровленіе.	544
Сицннскій А. А. Janiceps symmetros (симметричный Янусъ)	1307
Строгановъ В. В. Стерильность маперированныхъ плодовъ и асептический труликъ для операцій	1323
Суровцовъ З. Г. Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники проф. Славянскаго за 1893 годъ	418. 547
Суховецкій І. Б. Наблюденія надъ холерными заболѣваніями у беременныхъ	1163
Томсонъ Г. И. Къ вопросу о консервативной миомотоміи при беременности	311
Улезко-Строганова К. П. Случай злокачественнаго новообразованія, развившагося изъ элементовъ ворсичатаго покрова	109
Федоровская-Виридарская М. М. Случай colpo-hyperplasiae cysticae (vaginitis emphysematosa)	1330
Федоровъ И. И. Къ вопросу о маточно-яичниковыхъ функцияхъ въ связи съ менструальными и климактерическими явленіями въ женскомъ организмѣ	633
Фейнбергъ Б. И. О современномъ взглядѣ на сущность и терапію ретроверси-ретрофлекси матки	514
Шалита С. Г. Острая непроходимость кишечника, обусловленная кистой яичника	763
Шелоуновъ В. И. Къ вопросу объ удаленіи придатковъ матки черезъ влагалище	944. 1171. 1358
Якобсонъ В. Л. Случай кистовиднаго новообразованія малой губы	646
Ямпольскій Б. Глава изъ сочиненія Сорана Эфесскаго „О женскихъ болѣзняхъ“	1142

II. КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

Абражановъ А. А. Случай тяжелыхъ привадковъ при эндометритѣ шейки съ разрывомъ ея. Излѣченіе оперативнымъ путемъ	881
Артемьевъ А. Еще нѣсколько словъ къ вопросу объ упорядоченіи дѣла родовспоможенія въ Россіи	1505
Архангельскій П. И. Смазываніе живота хлороформной мазью, какъ замѣна хлороформированія во время родовъ	358
Бѣлиловскій В. Случай врожденнаго отсутствія матки	885
La Tогge. Письмо къ проф. Отту	878
Львовъ И. М. О лѣченіи септическихъ послѣродовыхъ заболѣваній противупѣпочной сывороткой Marthoreska	1643
Мартыновъ А. Случай родовъ при водянкѣ головы	362
Потѣенко В. В. Шесть чревостѣсній	721

III. УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВЪ.

А) Русскіе.

А.

Абражановъ А. А. 881.
Абуладзе Д. А. 812, 817.
824. 832. 840. 1103.
1612.
Австандировъ М. Е. 609.
Андриашевъ К. 847.
Антушевичъ В. О. 1071.
Ануфриевъ А. А. 256, 857.
Аристовъ А. П. 615.
Артемиевъ А. 1505.
Архангельскій П. И.
358. 552.
Ахшарумовъ Б. И. 223.

Б.

Баловъ А. 80.
Бадевичъ 77. 447. 453.
Бекманъ 71. 136. 214.
603. 1276. 1277. 1469.
1471. 1472. 1475. 1480.
Березкинъ Ѳ. П. 612.
Бирштейнъ А. 220.
Блохъ И. М. 848.
Бобровъ В. 856.
Бочковъ 448.
Бурлаковъ В. М. 612.
Бухштабъ А. 860.
Выховскій С. Б. 48, 161.
Бѣлювскій В. 885.
Бѣляевъ 813, 824.

В.

Вайнштейнъ Е. М. 214.
216, 1052, 1232.
Варнекъ Л. Н. 864.
Варгафтинъ М. 82.
Вастень 70, 73, 77, 1277.
Веберъ Ф. К. 1334.
Верднскій У. Ѳ. 1282.
Витшпольскій, Б. 1583,
1598, 1600.

Владимировъ Г. Е. 83.
Вознесенскій 829, 832.
Воскресенскій М. А. 824,
1587.
Выгодскій Я. Е. 847.

Г.

Гальберштадтъ 1598.
Гальбрейхъ 856.
Герратъ Ф. К. 84.
Гижицкій Ю. 828, 1138.
Гласскъ В. 1590.
Гогоцкій 820, 829, 1114,
1154, 1588, 1591.
Губаревъ А. П. 22, 367,
889, 1054, 1055, 1059,
1070.
Гуравъ 813.

Д.

Даниловичъ Н. 448.
Дашкевичъ Л. Л. 1589,
1591.
Димантъ 1038.
Доббертъ О. 653, 780.
Добронравовъ В. 227.
Долинскій 841, 1281.
Драницкинъ 1080.

Е.

Егоровъ 403.
Ельшевачъ 80.

З.

Заболотный 1599.
Заболотскій 321.
Завсъ 772, 1557.
Замшинъ 243, 447, 450,
837, 841, 845, 1053,
1480.
Земацкій 1072. 1216.
Звинатскій 1590.
Знаменскій 82.

И.

Ивановъ А. 863.
Ивановъ Н. 849.
Иносея 858.

К.

Какушкинъ 86. 448. 1030.
1277. 1280.
Калиновскій 853.
Касьяновъ 451.
Канъ Ѳ. 851.
Кацъ 72.
Кеглеръ 1564. 1601. 1611.
Кели 612.
Кельберъ 615.
Киселевъ Н. С. 858.
Кирилловъ Н. 876.
Ковригинъ 82.
Кудинъ 862.
Кушевъ 63. 81.

Л.

Лебедевъ А. И. 85. 867.
1042.
Левицкій Г. 811. 829.
831. 832. 1132. 1154.
Лезинъ 224.
Либовъ 866.
Липинскій 151. 852.
Личкусъ 78. 214. 314.
Лозинскій В. 832.
Лутохинъ 220. 857.
Львовъ И. М. 227. 276.
867. 902. 1643.

М.

Макеевъ 1031.
Малиновскій 813. 824.
828. 829. 832. 1597. 1613.
Мандельштамъ 267, 756,
837.
Марьянчикъ 840, 849,
1597, 1613.

Масловский 745, 928.
Массень 73, 212, 214,
216, 224, 446, 449,
487, 603, 693, 1077;
1471.

Матвеев А. 228.
Матвеевский 3, 186.
Мелешко 862.
Мароновъ 34, 845.
Михайловъ В. 859.
Миховъ 854.
Модестовъ 1613.
Муратовъ 838.
Мусатовъ 613.

И.

Недородовъ 1073.
Недѣвльскій 1597.
Неедовъ 813, 821, 824,
840, 1575, 1597.
Немировский 852.
Полычина 1059.
Норейко 84.

О.

Олеппъ 610.
Орловскій 833, 838.
Орловъ А. 869.
Орловъ В. 616.
Оттъ 75, 77, 78, 449,
450, 603, 621, 837,
841, 845, 1044, 1045,
1049, 1055, 1056, 1070,
1076, 1077, 1080, 1276,
1277, 1280, 1471, 1475,
1476, 1480.

П.

Павловскій 839.
Павловъ А. 123.
Павловъ Т. 222.
Паперный 281, 291.
Пель 853.
Петроковский 863.
Пяемскій 814, 829, 832,
840, 1599.
Побѣдинскій 910.
Подръзанъ 1613.
Покровский Н. 83.
Половъ Д. 853.
Порошинъ 682, 1007,
1077, 1246, 1517.

Потѣенко 389, 721.
Прокофьева 602, 603,
1241, 1280.
Пясецкій 226.

Р.

Радзеновскій 449.
Рагинскій 141, 1070,
1077, 1079, 1221, 1278,
1476.
Редлихъ 829, 831, 1615.
Рейнъ 803, 818, 821,
824, 837, 838, 839,
840, 841, 845, 1591,
1594, 1597, 1600, 1605,
1612, 1613, 1614.
Розенталя 544, 1481.
Розендѣйтъ 81.
Рымша. 81.

С.

Савалевскій 865.
Садовскій 77, 216, 1075.
Сережниковъ 1077, 1279,
1477.
Сицинскій 1080, 1307.
Славянскій 73, 78, 209,
214, 216, 446, 447, 451.
Снегиревъ 1032, 1057.
Собѣстіанскій 221, 608,
609, 864.
Соколовъ 86.
Соловьевъ А. Н. 851.
Стравинскій 209, 319,
1282.
Строгоновъ 1323.
Суровцевъ З. 418, 567.
Суровцовъ Г. 869.
Суховецкій 814, 1163.
Сѣткинъ 83.

Т.

Теръ-Грегорьянцъ 1057,
1074.
Томашевскій 1612.
Томсонъ 311.
Тотемъ 873.
Тулубъ 846.

У.

Улезко-Строгонова 74,
109, 601, 1280.
Успенскій Н. В. 219.

Ф.

Фавръ 1054.
Федоровская - Виридар-
ская 1077, 1330.
Федоровъ 633.
Фейнбергъ 514.
Фишеръ А. 1076.
Фишеръ В. 77.
Фраткинъ 870.
Фукъ 873.
Функе 821, 824.

Х.

Ховрянъ 610.
Холмогоровъ 866, 870,
872, 1073.

Ч.

Черемшанскій 608.
Чернеховскій 1051.

Ш.

Шавловскій 1081.
Шалита 763, 836.
Шахъ-Пароніанцъ 848.
Шварцъ 611.
Швотеръ-Летевскій 829.
Шеломовъ 944, 1171,
1358, 1480.
Ширшовъ 611, 614.
Шмуклеръ 860.
Шуварскій 813, 818, 832.

Я.

Якобсонъ 603, 646.
Якубъ 1074.
Янпольскій 826, 832, 1142.

Ю.

Юрасовскій 613, 874.

Э.

Эберлинъ 850, 861.
Эберманъ 601.

Ө.

Өедоровъ С. 855.

В) И Н О С Т Р А Н Н Ы Е.

А.

Abel 462, 1090.
Abelfeld 85, 464, 465.

Apostoli 1066.
Archambaud 1299.
Arloing 235.

Arnstein 1496.
Audebert 1291.
Ayers 350.

B.

Bäcker 455.
 Baker 475.
 Baldy 477.
 Baum 1094.
 Beckmann 92.
 Bergonié 1298.
 Beuttner 461.
 Binaud 1291.
 Bitner 1488.
 Blum 100.
 Boissard 239.
 Bonnier 1298.
 Bossi 481.
 Bouilly 1297.
 Boursier 1050, 1300.
 Brüse 232.
 Bromwell 353.
 Brothers 351.
 Budin 1046, 1299.
 Burckhardt 460.

C.

Cameron 1065, 1066.
 Caray 234.
 Carbajal 1054.
 Carmichael 340.
 Carpentier 347.
 Castex 286.
 Ciechanowski 1504.
 Championnière 239.
 Clanahan 340.
 Clarke 1055.
 Clivio 479.
 Cordier 475.
 Cornillon 1293.
 Coromilas 349.
 Costa 355, 482.
 Courmont 235.
 Crestovicz 1049.
 Cullingworth 338.
 Cutler 332.
 Czarkowski 1485.

D.

Delbet 1302.
 Donald 719.
 Doran 337.
 Doyen 1061, 1062, 1063.
 Dührssen 1039, 1057,
 1063.
 Duke 719.
 Dumont-Seloir 1293.
 Duncan 338.
 Duplay 237.
 Durante 1072.
 Durdan-Laborie 233.
 Duret 1286.

E.

Eckardt 456.
 Edgar 344.
 Edelman 1484.
 Erlich 1486.
 Etienne 238.
 Everke 1072.

F.

Fabre 1296.
 Farsa 1070.
 Faure 1289.
 Fieux 1292, 1296.
 Flatan 463.
 Franqué 93.
 Freeman 476.
 Ereund H. 93.

G.

Geoffroy 1071.
 Gesaner 98.
 Gibert 1289.
 Gibson 716.
 Gottschalk 457, 1098.
 Grodecki 1486.

H.

Hahn 465.
 Hall 717.
 Hamill 355.
 Harris 1639.
 Heil 95.
 Hellier 346.
 Helm 718.
 Henrotay 1295.
 Herff 469.
 Héricourt 473.
 Herlitzka 482.
 Hermany 474.
 Hickmann 714.
 Hirst 477.
 Hoerschelmann 1641.
 Hofmeier 468.
 Hohl 97, 1092.
 Hojnacki 1503.
 Hulles 1503.

J.

Jakobs 1302.
 Javorski 1498, 1499.
 Jmmlach 357.
 Jonnesco 1068, 1070.
 Jordan 1488.
 Josné 474.
 Jouin 1064.
 Jriou 718.

K.

Knopp 89.
 Köstlin 1097.
 Krajewski 1485.
 Krakow 1487, 1499.
 Krause 1497.
 Küstner 228, 1037, 1042.

L.

Landau L. 855.
 La Torre 878, 1037,
 1044, 1047, 1053, 1057,
 1070.
 Legueu 1303.
 Leith 475.
 Leopold G. 95, 96, 1043,
 1045, 1047, 1091.
 Lesse 466.
 Leusden 472.
 Löhlein 1088.
 Lutaud 234.

M.

Macé 476.
 Malphettes 1287.
 Mand 1095.
 Mandl 1087.
 Mars 1489, 1502, 1503.
 Marsi 1050.
 Martin 1040, 1063, 1086.
 Mendelsohn 1070.
 Mihailovicz 1049.
 Monod 1050.
 Montgomery 355, 477.
 Moulouguet 1284.
 Murfree 353.

N.

Nerff 88.
 Neugebauer 1486, 1496,
 1501.
 Neumann 464, 1638.
 Nisot 474.
 Nitot 1050.
 Noble 355, 477.
 Nodet 1285.

O.

Olshausen 232, 1042,
 1045, 1055, 1057.

P.

Palm 456.
 Patellani 467.
 Péan 1287.
 Pernose 477.
 Peterson 711.

Petit 238, 1297.
 Pichevin 238, 1042, 1049.
 Pillier 1291.
 Pinard 1043, 1052, 1053,
 1301.
 Piotrowski 1502.
 Pooth 461.
 Popiel 1501.
 Pozzi 235.
 Pryor 708.

R.

Rapczewski 1485.
 Reinicke 458.
 Richet 473.
 Robinson 335.
 Roger 473.
 Romme 1294.
 Rosner 1502.
 Ross 339.
 Rymsza 1486.

S.

Sachs 1485.
 Saft 1093.
 Sauvers 1288.

Savor 87.
 Sawyer 719.
 Schäffer 1099.
 Schmeltz 1064, 1065.
 Schmorl 1089.
 Schramm 97.
 Schreiber 87.
 Schuchardt 230.
 Schultze 460.
 Schulz 94.
 Schwarz 1300.
 Segond 1301.
 Sielski 1504.
 Silberstein 1503.
 Sonntag 1063.
 Souligoux 1291.
 Stankiewicz 1495.
 Steffek 229.
 Stepkowski 1495.
 Strassmann 91, 1096.
 Strebel 1091.
 Sztembarth 1501.
 Szymanski 1486.

T.

Tarnier 716, 1290.
 Témoïn 237.

Thomson 1642.
 Toth 89.
 Troczewski 1492, 1494.
 Tsakwis 1072.

V (W).

Valhe 466.
 Wallich 1051.
 Vallin 1301.
 Walsche 236.
 Walther 88.
 Varnier 1034, 1053.
 Warszawski 1486.
 Wawelberg 1486.
 Wertheim 102.
 Westphalen 90.
 Williams 332.
 Winawer 1497.
 Winckel 1048.
 Winter 340.
 Woger 1640.
 Voisin 1290.
 Worral 710.

Z.

Zweifel 1037, 1042, 1046.

У. ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

А.

Аденомута 456, 849.
Адресъ Крассовскому, 805.
Акушерки, поднятіе уровня ихъ знаний 243, 447, 1505;—курсы повторительные для нихъ 453.
Акушерство,—въ Бреславль 1588;—въ Дрезденъ 1590;—въ Россіи 859, 1505;—въ Парижѣ 1589;—изученіе его 344, 870;—на Съѣздѣ въ Москвѣ 1280;—у русскихъ инородцевъ 80, 876.
Алкоголизмъ и кормленіе грудью 1301.
Алюминъ 389.
Артерія, — внутренняя повздошная 708;—маточная, склерозъ ея 458.

Б.

Безплодіе, — искусственное 840;—лѣченіе его 873.
Беременность,—брюшная 1091;—въ-маточная 70, 71, 72, 81, 88, 89, 467, 602, 710, 733, 737, 745, 836, 847, 850, 853, 856, 928, 1073, 1079, 1086, 1278, 1285, 1295, 1472, 1486, 1488, 1492, 1495, 1504, 1639;—въ зачаточномъ роутъ 1077;—и брюшной тифъ 238;—и бугорчатка гор-тапа 1293;—и заразные болѣзни 1074;—и міоматомія 311, 1536;—и невроты 1290;—и новообразованія яичниковъ 97, 717;—и овариотомія 717, 829, 1523;—и почечная заболѣ-ванія 1074;—и холера 814, 1163;—послѣ пришиванія матки къ брюш-ной стѣнкѣ 1289, 1291;—при по-рочномъ развитіи половыхъ ор-гановъ 88, 212, 869;—при рактъ шейки 92, 475;—при рубцовомъ суженіи рукава 682, 1077;—чрезвѣщенія при ней 1517;—чрезмѣрная про-должительность ея 339;—эластич-ность и консистенція матки при ней 1063.
Беременная,—жировое перерожденіе матки у нихъ 481;—лѣченіе опухо-лей яичниковъ у нихъ 1092;—мало-

кровіе у нихъ 1498;—перекруча-ваніе матки у нихъ 1088;—рвота неукротимая у нихъ 233, 863, 1071;—столянякъ у нихъ 1299;—ущемленіе перегнутой матки у нихъ 63, 83.

Бородавникъ при рактъ 611, 613, 615.
Браки ранніе 858.
Бромъ при эндометритѣ 1050.
Брюшина, — бугорчатка ея 355, 1048, 1070; — крупноклѣточное разро-щеніе на ней во время беремен-ности 1089; — перелой ея 232, 1048;—слизевикъ ложный ея 141, 862;—хирургическое лѣченіе вос-паленій ея 1048, 1049.

Брюшная полость,—тамонада ея 789.
Брюшная стѣнка,—нарушеніе цѣлости ея 621.

Бугорчатка половыхъ органовъ 611, 1575, 1597.

В.

Vaginitis emphysematosa 1077, 1330.
Walcher'овское положеніе во время родовъ 857, 1037;

Ванны грязевыя 866.

Vidal'я реакція крови плода 238.

Влагалище,—выпаденіе стѣнокъ его 1050;—дифтеритъ его 474;—двойное 848, 869, 1486;—зарощеніе и суженіе его 83, 777, 853, 869, 1486;—инороднотѣло въ немъ 612, 1296;—кистовидное перерожденіе слизистой его 1077, 1330;—вошки пѣлочные въ немъ 466;—отсутствіе его 774,—перелой его 1087;—разрывъ при совокупленіи 276; рактъ его 1479;—рубцы его 346, 682, 869, 1077;—скопленіе крови въ немъ 1241, 1280;—чрезвѣщеніе черезъ него 229, 674, 851, 864, 902, 941, 1039, 1040, 1061, 1171, 1284, 1285, 1358, 1480, 1487, 1495;—шанкръ его 1564, 1601, 1611;—язва гуммозная его 223;—язва круглая его 186, 461.

Внушеніе во время родовъ 610.

Вода горячая при воспаленіяхъ матки 236.

Водянка брюшная у молодых дву-
шеск 1297.
Военно-медицинская академія, исторія
ея 604.
Ворсистая оболочка, злокачественны
опухоль ея 93.
Выкидышъ, 227, 267;—искусственный
1557;—лѣчение его 1090.
Выскабливаніе 98, 227, 267, 719.

Г.

Глицеринъ для возбужденія родовъ 718.
Глухота и рукоблудіе 1298.
Гнилостные послѣ родовъ 105, 474,
477, 552, 863, 1093, 1094, 1232,
1494.
Голозь подъ влияніемъ осконденія 236.
Гортань, бугорчатка ея у беремен-
ныхъ 1293.
Горлячка родильная 1093, 1094, 1294.
Грудная железа, —лѣчение рака ея 357.
Грудница, причины ея 1097.
Грыжа брюшная и жиръ 239.
Грыжа грудобрюшная 1281.
Грыжа пупочная 728.
Грязное лѣченіе женскихъ болѣзней
866.
Губы большія, —ракъ ихъ 151;—сло-
новость ихъ 220.
Губы малыя, —кисты ихъ 646.

Д.

Двойни 212, 465, 710, 820, 857, 1114,
1503.
Двулодная ртуть 256.
Душная 82, 235, 1496.
Decidua maligna 74, 93, 109, 337,
613, 1638.
Дренажъ катетерный 1064.
Душевная болѣзнь, —лѣченіе послѣ
оариотоміи 1290.
Дыханіе у роженицъ и родильницъ 332.
Дѣятельность плава, —непроходимость
84, 228, 1241, 1280; —перезрушенная
и беременность при этомъ 869.

Ж.

Жгутъ при міомотоміяхъ 479.
Железы паховыя, —выдѣленіе при
ракѣ 151.
Железистый Сѣздь 86, 1594, 1605.
Жиръ и брюшная грыжа 239.

З.

Забайкальское акушерство 876.
Зажимы 77, 609.
Замочная кровавая опухоль 34,
238, 403, 853.

Заносъ 74, 93, 226, 613, 710, 840,
857, 870, 1072, 1496, 1583, 1598,
1638.
Заразныя болѣзни, —вліяніе ихъ на
родовой процессъ 1074.
Зачатіе 91.
Зеркало маточное для сифилитическ
615.
Зондъ маточный изъ алюминія 719.
Зудъ наружныхъ половыхъ органовъ
852, 1489.

И.

Исслѣдованіе, —матки кровавые спо-
собы 1051; —наружное акушерское
1043; —чрезъ прямую кишку у дѣ-
тей 347.

К.

Карлики 1486.
Кесарское сѣченіе 73, 123, 350, 609,
614, 756, 821, 867, 1045, 1091, 1301,
1486, 1502, 1600, 1614, 1640.
Кефалотрибъ 1066.
Кислородная вода при маточныхъ
кровотеченіяхъ 1297.
Киста межсвязочная, —нагноеніе ея
1497; —трубно-яичниковая 75.
Кишки, непроходимость ихъ 763.
Климактерій 623, 855; —кровотеченіе
во время его 458.
Клиники гинекологическія, —въ Брес-
лавлѣ 1588, —въ Дрезденѣ 1590, —
въ Парижѣ 1589.
Ключицы, —разсѣченіе ихъ во время
родовъ 1096.
Кожа, эмфизема ея во время родовъ 95.
Кожевикъ 347, 722, 1050, 1079, 1154,
1290, 1292, 1479.
Кокаинъ 482.
Кольеириатеръ для возбужденія ро-
дствъ 910.
Кольцо маточное, вросшее въ стѣнку
влагалища 1641.
Кормилицы, —вліяніе измѣненій въ
ихъ организмѣ на вскармливаемыхъ
дѣтей 1299.
Кормленіе грудью и алкоголизмъ 1301.
Кормленіе дѣтей 340.
Корнупинъ 1057.
Кровопусканіе при эклампсисъ 716.
Кровотеченія, —кислородная вода при
маточныхъ 1297; —климактерическія
458; —при вѣматочной беремен-
ности 710, 733, 737.
Кровь плода брюшнотяжозной ма-
тери 238.
Круглая связка 73; —вѣсты ея 1280.
Культы при міомотоміяхъ 479.
Катетутъ, какъ матеріалъ для дре-
нажа 1064.

Л.

Легкия, эмболии ихъ плацентарными
гигантами 451, 451.
Лишай пузырчатый послѣ родовъ 234.
Лобково - влагалищно - промежностно-
крестцовый путь для удаленія тазо-
выхъ опухолей 1287.
Ложка для выскабливанія 719.
Ложное сочлененіе, — пугное въ немъ
671; — разрывъ его во время родовъ
872.
Лощеніе 219, 1034, 1037, 1488.

М.

Малокровіе острое, — вливаніе рас-
твора поваренной соли 1643.
Массажъ гинекологическій 403, 612; —
при рвотѣ беременныхъ 1071.
Матка, — аденостома ея 456, 849; —
атрофія ея 1098; — бугорчатка 347,
1575, 1597; — воспаленіе паренхимы
1291; — выворотъ ея 812, 817, 1103,
1334, 1485, 1486, 1503; — выпаденіе
ея 463, 848, 866, 1300, 1302, 1497,
1503; — вырѣзываніе чрезъ брюшную
стѣнку 446, 544, 730, 855, 889, 1034,
1062, 1068, 1076, 1079, 1278, 1286,
1301, 1477, 1479, 1600; — вырѣзы-
ваніе чрезъ влагалище 48, 77, 81,
95, 96, 97, 230, 232, 460, 602, 609,
864, 1062, 1076, 1079, 1277, 1278,
1279, 1284, 1289, 1472, 1476, 1478; —
газы въ ней во время родовъ 464; —
двойная 88, 212, 848, 869; — дре-
нажъ ея катетеромъ 1064; — жи-
ровое перерожденіе во время бере-
менности 481; — задержка крови въ
ней 291, 777, 1241, 1280; — задерж-
ка мертвого плода 1472; — искрив-
ленія и наклоненія ея 84, 460, 514,
610, 866, 1070, 1503; — консистен-
ція ея во время родового процесса
1063; — коренная операція на ней
при злокачественныхъ новообразо-
ваніяхъ 708; — кровавые способы
изслѣдованія ея 1051; — лѣченіе во-
спаленій ея горячей водой 236; —
микроорганизмы въ ней 335; — нер-
вы ея 482; — отслаивающее воспа-
леніе ея 214, 657, 1469; — отсутствіе
ея 772, 885, 1486; — отсѣченіе на-
влагалище 479, 602, 608, 1288,
1501; — перекручиваніе ея 1088; —
перелой 464; — послѣ оскопленія 86,
457, 1098; — пришиваніе къ брюш-
ной стѣнкѣ 1289, 1291, 1303; — при-
шиваніе къ влагалищу 866; — про-
дириваніе стѣнки ея 446, 544; —
протравиваніе полости ея 719; — раз-

рывъ ея во время беременности
1091, 1610; — разрывъ во время ро-
довъ 1484, 1485, 1503; — ракъ ея
48, 81, 92, 232, 237, 455, 475, 602,
611, 613, 615, 889, 1054, 1076,
1277, 1279, 1476, 1479; — распылъ
замороженной во время беременно-
сти 846; — склерозъ артерій ея
458; — саркома ея 81; — ущемленіе
ея во время беременности 63, 83; —
фибромы ея 72, 75, 82, 96, 100,
237, 338, 367, 446, 544, 602, 610,
730, 864, 1055, 1076, 1079, 1276,
1287, 1472, 1476.

Metritis dissicans 214, 1469.

Микроорганизмы половыхъ органовъ
335, 466.

Міомы 100, 237, 211, 367, 446,
479, 544, 602, 864, 1055, 1079,
1276, 1278, 1286, 1300, 1472, 1477,
1478, 1536.

Missed abortion 1472.

Многоводіе 1503.

Молоко женское, микроорганизмы въ
немъ 1097.

Моча, — недержаніе ея при выпаденіи
матки 1300.

Мочеспускательный протокъ, — выва-
деніе слизистой его 81, 874.

Мочевой пузырь, — инородное тѣло въ
немъ 1052, — новообразованія его
610, — перелой его 102.

Мочекровіе послѣ родовъ 828, 1138.

Музей Пирогона 1093, 1283.

Мѣсячная 90, 91, 633, 718; — замѣ-
няющая 1050; — слизистая матки во
время ихъ 1095.

Н.

Наружные половые органы, — двойные
1501; — зудъ ихъ 852, 1489; — исто-
вѣдныя образованія въ нихъ 603,
646.

Нервѣтъ множественный послѣ выхи-
дыша 847

Неврозы въ зависимости отъ родового
процесса 1290.

Нервы матки 482.

Новорожденныя, — асептический тру-
някъ ихъ для занятій на фантомѣ
1323; — выпаденіе матки у нихъ
1497; грудобрюшная грыжа 1281; —
кровоизліаніе въ позвоночный каналъ
1099; — оживленіе ихъ вдвухъ возду-
ха 1296.

О.

Оболочки плодныя 469, — гигантскія
кѣтки въ нихъ 472; — задержаніе
ихъ въ полости матки 854.

Обуховская больница, гинекологическое отделение 81.
 Общество Акушерско-Гинекологическое. в Киевѣ 803, 809, 816, 826, 835, 1586, 1592, 1593, 1601, 1604, 1615,—въ Сиб 70, 79, 209, 218, 314, 446, 601, 604, 1075, 1078, 1079, 1083, 1276, 1288, 1469.
 Овариотомія 221, 260, 348, 608, 722, 1075;—у беременныхъ 717, 829, 1523;—черезъ прямую кишку 829, 1154.
 Овуляція 91.
 Операция гинекологическая, увлечение ямы 85.
 Опухоли,—заматочная кровяная 34, 238, 403, 853,—злокачественная, лечение ихъ сывороткой 235.
 Осколечение 772, 944, 974, 1501;—влияние его на голы 236;—влияние его на матку 86, 457, 1098;—при ракъ грудныхъ железъ 357.
 Отчеты,—акушерской клиники проф. Славянского 418, 567, 1007, 1246, 1434;—гинекологического отделения московской Голицынской больницы, 861;—гинекологического отделения Петропавловской больницы въ Спб. 653, 780,—головной Акуш.-Гинекологического общества въ Киевѣ 1615, 1633, 1634;—головной Акуш.-Гинекологического общества въ Спб. 314, 319, 321;—родильного отделения дѣтской общ. Кременчугскихъ врачей 862;—родильного приюта при Голицынской больницѣ 858;—русскихъ родовспомогательныхъ заведеній за 50 лѣтъ 859.

II.

Парь въ гинекологіи 851, 1057, 1059.
 Перелой 867;—влагалища 1087;—кошки его 838;—матки 462;—микроскопическое исследование его 234;—мочевого пузыря 102;—лечение его 1049.
 Перелойный ревматизмъ 238.
 Пессарій при выпаденіяхъ матки 1503.
 Печеночная колика и дѣятельность матки 1293.
 Пироговскій музей 604.
 Письмо въ редакцію профессора La Torre 878.
 Пячки, выхождение ихъ во время родовъ 1096.
 Плодъ,—брюшнотифозной матери 238, 612;—водянка головы у него 362;—друснание его 82;—еврейскій 281;—живой при вѣматочной беременности 1639;—макериованный. стерильность его 1323;—уродства его 82, 1080, 1307;—членорасположеніе

его въ маткѣ 1065;—чрезмѣрное развитие его 351.
 Поворотъ акушерскій 3, 94, 186.
 Позвоночникъ,—кровоизліаніе въ него у новорожденныхъ 1099.
 Полипы плацентарные 337;
 Половые органы,—бугорчатка ихъ 611;—микроорганизмы ихъ 335, 466;—порокъ развитія 467.
 Рого операція 123, 224.
 Послѣдъ,—гигантскія клѣтки его 451, 601;—задержание и превращеніе его 487, 693;—кисты его 220;—микроскопическое исследование 1047;—опухоли его 616;—отдѣленіе и выведение его 88, 353,—положеніе его въ маткѣ по отношенію къ плоду 1065;—предлежащее его 353, 466, 470, 1614;—развитіе его 465, 468, 469, 472;—тройной 1080.
 Послѣдородовый періодъ,—вырѣзываніе матки 477,—закупорка вѣтъ 477;—лишай пузырчатый 234;—мочеиссечение 828, 1138;—омертвѣніе матки 657;—перелой матки 464;—примѣненіе пара 851;—пульсъ температура и дыханіе 332;—у заразныхъ больныхъ 1074;—зрѣлота 852.
 Послѣдородовое гнѣзнокровіе,—лечение сывороткой 105, 1051, 1052, 1232, 1598, 1643;—протекавшее скрытно 1494.
 Похотникъ,—ракъ его 151.
 Почка,—воспаленіе ихъ у беременныхъ 1074.
 Придатки,—воспаленіе и другія заболевания ихъ 95, 726, 780, 902;—удаленіе чрезъ влагалище 851, 902, 944, 1171, 1302, 1358, 1480.
 Прободникъ-буравъ 1054.
 Промежностно-влагалищный путь для удаленія тазовыхъ опухолей 1287.
 Промежность—разрывъ ея 239, 621, 1073;—разрѣзъ при родахъ 223, 621;—расширеніе во время родовъ 349.
 Прямая кишка,—исследование черезъ нее 347;—овариотомія черезъ нее 829, 1154.
 Пузыряна,—оболочечное прикрѣпленіе 840.

P.

Ракъ,—этиологія и патогенезъ его 1065.
 Раннее развитіе дѣточки 83.
 Ракъ неукротимый 863;—лечение массажемъ 1071, солями 1071, сывороткой 233.
 Ребенокъ,—болѣзни половых органовъ у него 347;—кормленіе его

340, 1299;—послѣ раненыхъ браковъ 858;—разстройство пищеваженія у него 340.

Ревматизмъ перелойный 238.

Роды, —внушеніе во время ихъ 610; —выжидательный способъ 3, 186;—забезпачивочныя предлежанія 1034;—и повооброжденія личинокъ 97, 829, 1092, 1154, 1292;—искусственные преждевременныя 718, 865, 910;—леворозы при нихъ 1290;—обезболиваніе ихъ 104, 226, 358;—острозаразные болѣзни во время ихъ 1074;—послѣ смерти роженицы 820, 1114;—при рубцовомъ суженіи рукава 682, 1077; —пульсъ, дыханіе и температура во время ихъ 332;—у русскихъ инородцевъ 80; —чрезъ шеечно-влагалищный свищъ 1499.

Роженица, —дѣпочечныя кожки во влагалищѣ у нея 466.

Ртутная мазь при послѣродовой геморражѣ 863.

Рукоблудіе и глухота 1298.

С.

Свищи, —влагалищно — прямкишечно—промежностный 856;—пузырно—влагалищный 83, 1072, 1216, 1495, 1502; —пузырно — шеечный 1080; —шеечно—влагалищный, оплодотвореніе черезъ него 1499.

Серфины новыя 239.

Сифилисъ влагалища 222.

Сифилитички, —зеркало маточное для нихъ 615.

Слизеникъ брюшины 141, 862.

Слизистая оболочка, —матки, —злокачественное разрошеніе ея 48, —катарръ ея 291;—мочеспускательнаго протока, —выпаденіе ея 81, 874.

Слюновость большихъ срамныхъ губъ 220.

Слѣпота при эклампсисъ 80.

Совокупленіе, какъ причина отрыва свода 276, —свища 856.

Соляной растворъ, —приборъ для вливанія подъ кожу 719;—при остромъ малокровіи 1642.

Сорана Эфесскаго сочиненіе 826, 1142.

Сосокъ грудной добавочный 832.

Стоблякъ во время беременности 1299.

Съѣздъ Международный, —въ Женевѣ 86, 1594, 1605; —въ Москвѣ 878, 1030, 1078, 1083, 1280.

Сыворотка 473, 474;—при злокачественныхъ опухоляхъ 235, 473;—

при неукротимой рвотѣ 233;—при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ 105, 474, 552, 1051, 1052, 1232, 1494, 1499, 1598, 1643.

Т.

Тазовыя нагноенія 86, 711, 944, 1068.

Таль,—еврейки 281;—измѣненія размѣровъ его при различныхъ положеніяхъ ногъ 857;—искусственное расширеніе его 461;—кифотическій 811, 1132;—наклоненіе его 87, 857, новая классификація 1047;—узкій 3, 186, 614, 756, 865, 867, 1045, 1301, 1486, 1488, —фибросаркома его 1287;—фотографированіе его 1046, 1053.

Температура тѣла роженицы и родильницы 332.

Тифъ брюшной беременной и плода 238.

Тройня, —послѣдъ ихъ 1080.

Трубы, —добавочныя отверстія 73;—перевязка ихъ для искусственнаго безплодія 840;—ракъ ихъ 456, 1476, удаленіе съ обѣихъ сторонъ 726, —упругая ткань въ нихъ 860.

У.

Упругая ткань въ яйцеводахъ 860.

Уродства плода 82, 1080, 1081, 1307.

Ф.

Фантомъ акушерскій, —занятія на немъ при асептической обстановкѣ 1323.

Фардизація при фибромюмахъ 1287, 1298.

Фиброміома, хлѣченіе щитовидной железой 1064.

Формалинъ въ акушерствѣ 610.

Х.

Хлороформная мазь, какъ замѣна хлороформжированія во время родовъ 358.

Холера у беременныхъ 814, 1163.

Ч.

Черневскаго некрологъ 209.

Члены акушерско-гинеколога. Обществ. въ Слб. 826.

Чревосѣченіе—во время беременности 1517;—крестообразный разрѣзъ 228;—уходъ за большими послѣдъ 714.

III.

Шанкръ мягкій влагалища 1564, 1601, 1611.

Шейка матки, кровавое расширеніе ея 1502—разрывы ея 881;—суженіе наружнаго отверстія послѣ родовъ 291;—эндометригъ ея 881;—эрозія ея 611.

Шовъ,—брюшной 1070, 1221;—матеріаль для него 22;—при брюшномъ укрѣпленіи матки 1303.

III.

Щипцы 94;—для ягодичныхъ предлежаній 1072.

Щитовидная железа;—при застойныхъ процессахъ въ половыхъ органахъ 1064;—при ракъ грудной железы 357.

IV.

Ягодицы,—щипцы при предлежаніи ихъ 1072.

Яичники,—кисты ихъ 75, 81, 82, 221, 603, 608, 610, 717, 763, 1075, 1076, 1079, 1277, 1479,—кожешкъ ихъ 81, 722, 1290, 1292, 1479;—круп-

ноклеточныя разращенія на нихъ во время береженности 1089;—лѣченіе веществомъ ихъ 633, 853, 855;—лѣченіе опухолей ихъ во время родового процесса 1092, 1292,—ракъ ихъ 1476;—роль ихъ въ организмѣ 633;—саркома ихъ 75, 221, 603, 1075, 1079;—симпатическій узелъ въ нихъ 88;—слизисто-дермоядные кисты ихъ 1050.

Ю.

Юбилей,—Красовскаго 803;—Снегирева 804;—Тарновскаго 1283.

Э.

Эклямпсія 80, 87, 224, 716, 849, 860, 1613.

Электричество въ гинекологіи 161, 852, 1066;—при вѣтматочной беремености 1073;—при фиброміомахъ 1287, 1298.

Электродъ Рачинскаго 81.

Емшевова операція 881.

Эмфизема подкожная 95, 476.

Эндометригъ 291, 851, 881, 1050.

Эрготиноль 462.

Эритема въ послѣродовомъ періодѣ 852.

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ,

ОРАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. П. ГУБАРЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ ВРЪБАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

А. Я. КРАСОВСКАГО,

АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА ГОЛОВНО-
МОСТАТЕЛЬНАГО ЗАВЕДЕНІЯ.

А. М. МАКЪЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВ-
СКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА.

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИ-
МИРА ВЪ КИЕВѢ.

В. Ф. СНЕГИРЕВА.

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА.

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Н. ФЕНОМЕНОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. В. ЯСТРЕБОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ БАРНАУЛЬСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

К. Ф. СЛАВЯНСКАГО,

ПРОФЕССОРА ВЪНШНИХЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛЕЗНЕЙ.

ТОВАРИЩА ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ КАПИЦКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА БОЛЪВАНСКАГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОПОМОЩНИЧЕСКОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ XI.

ЯНВАРЬ 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

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

ЯНВАРЬ 1897, № 1.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Профилактическій поворотъ при узкихъ тазахъ и
отношеніе его къ выжидательному методу.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНІЕ.

К. Ф. Мацѣевскаго.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Понавляльнаго Института).

Относительно веденія родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ 2-й степени, мнѣнія акушеровъ діаметрально расходятся: одни предпочитаютъ предоставлять такіе роды естественнымъ силамъ, подобно тому какъ это практикуется при нормальныхъ тазахъ, прибѣгаютъ же къ тому или другому оперативному вмѣшательству не иначе, какъ при явленіяхъ угрожающихъ жизни матери или плода; другіе же акушеры, наоборотъ, при такихъ же условіяхъ, т. е. при узкихъ тазахъ 2-й степени, прибѣгаютъ къ повороту плода безъ показанія для немедленнаго окончанія родовъ. Первый такъ называемый выжидательный методъ въ числѣ своихъ сторонниковъ считаетъ, какъ извѣстно, большинство авторитетовъ; къ числу защитниковъ втораго метода, или такъ называемаго профилактическаго поворота, слѣдуетъ отнести преимущественно германскихъ ученыхъ, каковы *Schroeder*, *Leopold*, *Gusserow*, благодаря авторитету и поддержкѣ которыхъ профилактическій поворотъ нашелъ многихъ сторонниковъ не только въ Германіи, но также и въ другихъ

странахъ. Каждый изъ двухъ методовъ имѣетъ свои недостатки, и посему для практическаго врача является весьма важнымъ вопросъ, который методъ дастъ лучшіе результаты для матери или для плода или для обоихъ вмѣстѣ. Между тѣмъ мнѣнія авторитетовъ относительно этого вопроса разошлись; выводы работъ, предпринятыхъ въ этомъ направленіи, противорѣчатъ одинъ другимъ.

Если же мы возьмемъ на себя трудъ пересмотрѣть нѣкоторые изъ этихъ работъ, то замѣтимъ, что помимо тщательной обработки матеріала, помимо другихъ положительныхъ свойствъ въ нихъ нѣтъ достаточной точки опоры для рациональнаго сравненія результатовъ двухъ разбираемыхъ здѣсь методовъ. Такъ, напр., Nagel.¹⁾ сравниваетъ результаты профилактическаго поворота съ результатами родоразрѣшенія помощью высокихъ щипцовъ, несмотря на то, что поворотъ съ профилактическою цѣлью сплошь да рядомъ предпринимается въ случаяхъ чистыхъ, ничѣмъ неосложненныхъ случаяхъ исключительно изъ-за тазоваго суженія, между тѣмъ какъ высокіе щипцы накладываются не иначе, какъ при настоящемъ показаніи къ окончанію родовъ, слѣдовательно, когда роды приняли патологическій характеръ, при чемъ во многихъ случаяхъ имѣется не только тазовое суженіе, но также обнаруживается механическое препятствіе, которое встрѣчаетъ головка при поступательномъ движеніи черезъ тазовое кольцо; такого рода сравненіе, по крайней мѣрѣ, безъ надлежащаго поясненія ведетъ, во 1-ыхъ, къ неправильной оцѣнкѣ операціи наложенія высокихъ щипцовъ; во 2-ыхъ, къ неправильному взгляду на выжидательный методъ веденія родовъ, вообще. Другіе авторы сравниваютъ профилактический поворотъ съ самопроизвольными родами, высказываясь въ пользу послѣднихъ; такого рода сравненіе также неправильно, ибо самопроизвольные роды обнимаютъ собою менѣе трудные случаи, въ которыхъ даже при значительномъ суженіи таза имѣется все таки соотвѣтствіе послѣдняго съ головкою плода; между тѣмъ поворотъ нерѣдко предпринимается въ такихъ случаяхъ, гдѣ головка плода при послѣдующемъ извлеченіи оказывается на столько несоотвѣт-

¹⁾ Die Wendung bei engem Becken. Archiv f. Gyn. Bd. XXXIV. 1889.

ствующею емкости таза, что необходимо прибѣгнуть къ уменьшенію ея объема. Нѣкоторые, наконецъ, сравниваютъ профилактическій поворотъ съ прободеніемъ головки плода и въ заключеніе предполагаютъ, что послѣдній способъ родоразрѣшенія можетъ быть замѣненъ первымъ. Такое сравненіе и такое заключеніе исполнѣтъ неправильны: сравненіе неправильно, потому что большая часть перфораций производится въ случаяхъ полного пространственнаго несоотвѣтствія головки плода съ даннымъ тазомъ, гдѣ, слѣдовательно, рѣчь можетъ идти относительно выбора между перфорациею, кесарскимъ сѣченіемъ и симфизотоміей, и гдѣ посему поворотъ или щипцы исключаются; заключеніе же невѣрно, потому что оно положительно лишено рациональной фактической подкладки.

Неправильная постановка всѣхъ этихъ сравненій заключается въ томъ, что въ нихъ профилактическій поворотъ, особый самостоятельный методъ веденія родовъ при узкихъ тазахъ 2-ой степени, сравнивается съ однимъ изъ способовъ родоразрѣшенія, который примѣняется только при извѣстныхъ или даже исключительныхъ условіяхъ. Наиболѣе рациональны тѣ сравненія, въ которыхъ результаты профилактическаго поворота сопоставляются съ результатами всего выжидательнаго метода, т. е. съ суммою результатовъ, какіе даютъ самопроизвольные роды, щипцы и прободенія головки плода вмѣстѣ. Избравъ этотъ способъ сравненія для моей работы, я однакоже впоследствии убѣдился, что мои случаи выжидательнаго метода въ общемъ составляли собою болѣе легкіе случаи, чѣмъ собранные мною повороты и посему не могли быть сравниваемы съ послѣдними на правахъ тождества условій. Именно, распредѣливъ какъ случаи выжидательнаго метода, такъ и случаи профилактическаго поворота въ три группы по степени тазоваго суженія, я нашелъ для случаевъ поворота значительно большую смертность плодовъ, чѣмъ для случаевъ выжидательнаго метода, но вмѣстѣ съ тѣмъ оказалось, что плоды рожденные при помощи профилактическаго поворота въ общемъ были болѣе развиты, ²⁾ чѣмъ плоды рожденные при помощи выжидательнаго метода.

²⁾ Развитие плодовъ опредѣлялось по среднему вѣсу, средней длинѣ и средней прямой окружности головки плода.

Къ тому же времени я обратилъ вниманіе на то, что колебаніе % смертности плодовъ при поворотахъ у различныхъ авторовъ весьма значительно, какъ показываютъ слѣдующія цифры:

Litzmann	"	получить	61,9%	смертн.	плод.	на	13	случ.	нов.
Löhmann	"	"	42,9	"	"	"	21	"	"
Schröder	"	"	41,9	"	"	"	31	"	"
Zweifel	"	"	29	"	"	"	76	"	"
Nagel	"	"	24,4	"	"	"	61	"	"
Lawrence	"	"	18,2	"	"	"	22	"	"
Löwenhardt	"	"	15	"	"	"	20	"	"

Эти цифры дали намъ возможность сдѣлать два предположенія, основательность которыхъ обнаружилась дальнѣйшими изслѣдованіями, а именно, я предположилъ, что различные авторы производили повороты при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ; во 2-ыхъ, что условія, при которыхъ производятся повороты, преимущественно вліяютъ на повышеніе или пониженіе % смертности плодовъ; кромѣ того, изъ вышеприведенныхъ цифръ я заключилъ, что нерационально сравнивать между собою случаи выжидательнаго метода со случаями *любой* группы поворотовъ, слѣдовательно и нашей, потому что мы не имѣемъ никакого основанія дать предпочтеніе передъ другими одной *какой-либо* группѣ поворотовъ. На основаніи такихъ соображеній я заключилъ, что результаты выжидательнаго метода можно сравнивать съ результатами только такой группы поворотовъ, которая по своимъ условіямъ ближе всего подходитъ къ условіямъ примѣненія выжидательнаго метода; я имѣлъ нѣкоторое основаніе ожидать, что выясню эти условія при облизслѣдованіи различныхъ моментовъ родового акта, при которыхъ производятся профилактическіе повороты, вообще. Поэтому я порѣшилъ прежде всего облизслѣдовать условія, при которыхъ производились повороты, вошедшіе въ мою статистику, выяснить значеніе ихъ для исхода операціи, выдѣлить важнѣйшіе изъ нихъ, а потомъ уже выработать основаніе для сравненія случаевъ выжидательнаго метода со случаями профилактическаго поворота. Такія-то соображенія и такое рѣшеніе опредѣлили планъ настоящей моей работы.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію значенія различныхъ условій родового акта для исхода операціи поворота съ

послѣдующимъ извлеченіемъ плода, мы считаемъ необходимымъ познакомить читателя съ тѣмъ матеріаломъ, который послужилъ главной основой для нашихъ изслѣдованій.

Для изслѣдованія выжидательнаго метода я пользовался матеріаломъ С.-Петербургскаго Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института, обнимающимъ собою за время 1893^{1/4}, 1894^{1/5} и 1895^{1/6} уч. г.г. 3600 слишкомъ родовъ; отсюда для моей статистики выжидательнаго метода я выбрала случаи черепныхъ предлежаній плода, осложненные узкимъ тазомъ 1-ой и 2-ой степени, за исключеніемъ многоплодныхъ родовъ, а также такихъ, гдѣ рожденный плодъ вѣсилъ менѣе 2000 грм., гдѣ были осложненія, способныя сама по себѣ повлечь неблагоприятно на жизнь плода, каковы: эклампсія, предлежаніе дѣтскаго мѣста, выпаденіе пуповины; исключены также случаи искусственныхъ преждевременныхъ родовъ²⁾. Матеріаломъ для изслѣдованія профилактическаго поворота послужили иныя повороты, собранные мною изъ трехъ отдѣльныхъ заведеній, а именно изъ С.-Петербургскаго Гаванскаго родильнаго Приюта, изъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія и изъ С.-Петербургскаго Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института въ количествѣ 60 случаевъ. Такъ какъ въ каждое изъ трехъ упомянутыхъ заведеній поступаютъ для родоразрѣшенія преимущественно русскія женщины, главнымъ образомъ изъ бѣднаго слоя населенія г. Петербурга, такъ какъ каждое изъ означенныхъ заведеній относится къ числу образцовыхъ, гдѣ дѣйствуютъ лица вполне опытные въ акушерскомъ искусствѣ, а весь ухаживающій за больными персоналъ воспитанъ въ духѣ современныхъ требованій асептики и антисептики, такъ какъ, наконецъ, все собранное мною случая поворотовъ относится къ числу профилактическихъ, т. е. такихъ, которые были выполнены по причинѣ лишь тазоваго суженія, безъ показанія для немедленнаго окончанія родовъ, то на основаніи такихъ свойствъ собранныхъ нами случаевъ поворота мы сочли возможнымъ соединить ихъ въ одно цѣлое для обобщеннаго изслѣдованія значенія условій, при которыхъ производились повороты.

²⁾ Краткій обзоръ родовъ, проведенныхъ по выжидательному методу, помещенъ въ концѣ сообщенія.

Здѣсь, въ предварительномъ сообщеніи я не стану излагать изслѣдованій всѣхъ предполагаемыхъ важныхъ для исхода операции моментовъ; я приведу здѣсь только тѣ изслѣдованія, которыя дали болѣе важные или особенно интересные выводы.

Опредѣляя отношеніе различныхъ моментовъ родового акта къ смертности плодовъ при поворотѣ съ послѣдующимъ извлеченіемъ, я нашелъ наибольшую зависимость между смертностью плодовъ и временемъ отхожденія околоплодныхъ водъ по отношенію не къ началу родовъ, а къ операциі: повороту при стоячихъ водахъ, выполненный въ 20 случаяхъ, далъ 25% смертности плодовъ, въ то время какъ при болѣе позднихъ поворотахъ смертность плодовъ оказалась значительно большею, а именно, при 16 поворотахъ, выполненныхъ спустя $\frac{1}{2}$ до 3 час. послѣ излитія водъ, смертность плодовъ составила 56,3%, а при еще болѣе позднихъ 16 поворотахъ смертность плодовъ равнялась 62,5%; соединивъ двѣ послѣднія группы въ одну, получимъ 32 болѣе позднихъ поворота, давшихъ 59,4% смертности плодовъ. *Rosenthal* *) опредѣляя смертность плодовъ при 45 поворотахъ, выполненныхъ тотчасъ послѣ излитія водъ, въ 20%, при 43 болѣе позднихъ поворотахъ смертность плодовъ составила 39,6%. Мои и *Rosenthal*'а случаи, обнимая собою 140 поворотовъ, при которыхъ было опредѣлено отношеніе операциі ко времени излитія водъ, позволяютъ сдѣлать выводъ о томъ, что повороты при стоячихъ водахъ даютъ пайменьшую смертность плодовъ, и что послѣдняя значительно повышается при болѣе позднихъ поворотахъ.

Эти факты станутъ для насъ вполне понятными, если мы выйдемъ въ причину невставленія головки плода во входъ таза до излитія водъ и послѣ излитія ихъ; при ц ломъ пузырь головки не вставляется во входъ таза или по причинѣ пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ или же по причинѣ слабости болѣй; послѣ же излитія водъ головка не вставляется преимущественно по причинѣ про-

*) Die Wendung und Extraction bei engem Becken. Arbeiten aus der königlichen Frauenklinik in Dresden Bd. I. 1893.

пространственного несоответствия между головкою и тазомъ; послѣ отхождения водъ матка освобождается отъ части своего содержимаго, мускулатура ея становится меньше растянута и болѣе способной къ энергической работѣ, благодаря которой значительная часть родовъ оканчивается самопроизвольно, именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣтъ пространственного несоответствия между головкою и тазомъ; слѣдовательно, въ число оставшихся, неразрѣшившихся случаевъ войдутъ преимущественно болѣе трудные роды съ пространственнымъ несоответствиемъ между головкою и тазомъ. Основательность такого объясненія доказывается тѣмъ фактомъ, что плоды, извлеченные послѣ поворота при стоячихъ водахъ, оказались въ общемъ меньше развитыми, чѣмъ плоды, извлеченные послѣ болѣе позднаго поворота, какъ это видно изъ сопоставленія среднихъ величинъ тѣхъ и другихъ плодовъ въ слѣдующей таблицѣ:

Время производства операции (число случаевъ).	Средній вѣсъ.	Средняя длина.	Средняя пря- мая окру- жность головы.
При стоячихъ водахъ (20 случаевъ).	3358,5	50,4	34,4
Въ первые 3 ч. послѣ излитія водъ . . (16 случаевъ).	3888,1	51,6	35,0
Спусти болѣе продолжительное время послѣ излитія водъ (16 случаевъ).	3610,0	50,7	35,2

Изъ вышесказаннаго слѣдуетъ, что значительное повыше-
нiе смертности плодовъ при поворотѣ, выполненномъ въ пер-
вые три часа послѣ отхода водъ, зависитъ главнымъ образомъ
отъ самопроизвольнаго выбора болѣе трудныхъ случаевъ;
такое объясненiе *отчасти* примѣняется и къ болѣе позднимъ
поворотамъ; говорю *отчасти*, потому что болѣе поздние пово-
роты часто примѣняются при несовершенномъ зѣвѣ, т. е. въ
случаяхъ, затянувшихся по причинѣ слабости болей; эта за-
мѣтка станетъ понятной изъ того, что ниже говорится о зна-
ченiи несовершеннаго зѣва матки при поворотахъ.

Разсматривая значенiе степени открытiя зѣва матки въ
нашихъ случаяхъ поворота, мы замѣтили фактъ, несогласую-

нѣлся съ общепринятымъ въ акушерской наукѣ положеніемъ, что поворотъ и особенно извлеченіе плода даютъ наилучшіе результаты при полномъ открытіи зѣва матки. Въ нашихъ случаяхъ смертность плодовъ при зѣвѣ совершенномъ равняется 48,3%, смертность же плодовъ при зѣвѣ несовершенномъ составила 41,7%; первый % вычисленъ изъ 29 случаевъ, второй — изъ 24 случаевъ. У *Nagel* поворотъ при зѣвѣ несовершенномъ далъ 2 мертворожденія на 16 случаевъ, что составляетъ 12,5%, поворотъ же при полномъ или почти полномъ открытіи матки далъ 8 мертворожденій на 34 случая, что составляетъ 23,5% смертности *). *Nagel* дѣлаетъ выводъ, что нѣтъ основанія принимать, что степень открытія маточнаго зѣва при поворотѣ особенно влияетъ на жизнь или смерть плода. Несмотря на то что въ нашихъ и въ Пегелевскихъ случаяхъ, обнимавшихъ вмѣстѣ 103 поворота, цифры дали аналогическія указанія, т. е. обнаружили болѣе высокій % смертности при поворотѣ, выполненномъ при полномъ открытіи зѣва, тѣмъ не менѣе мы не можемъ согласиться на выводъ *Nagel* о незначеніи зѣва матки на исходъ родовъ для плода; меньшую же смертность плодовъ при поворотѣ при зѣвѣ несовершенномъ мы объясняемъ вліяніемъ другого фактора; къ повороту при зѣвѣ несовершенномъ сплосъ да рядомъ прибѣгаютъ при слабыхъ родовыхъ боляхъ, по причинѣ которыхъ зѣвъ раскрылся недостаточно, и роды затянулись; слѣдовательно, въ число поворотовъ при зѣвѣ несовершенномъ войдутъ также случаи, въ которыхъ нѣтъ прямого причиннаго несоотвѣтствія между головкою плода и тазомъ матери, гдѣ, слѣдовательно, нѣтъ того момента, который преимущественно передъ другими влияетъ на повышение смертности плодовъ; такимъ образомъ въ число поворотовъ при зѣвѣ несовершенномъ войдутъ также легкіе случаи, хорошіе результаты которыхъ съ избыткомъ покроютъ собою, конечно, только для статистики, неблагоприятное вліяніе несовершеннаго зѣва. *Rosenthal* въ особой таблицѣ расположилъ свои повороты по степени открытія маточнаго зѣва, исключивъ предварительно тѣ случаи, въ которыхъ тазовое суженіе было несом-

*) *Nagel* не вычислялъ %; вставляя опредѣленныя мною для болѣе удобнаго сравненія съ нашими результатами.

дѣльной причиной смерти плода; изъ его таблицы, правда, очень слабо обнаруживается, что поворотъ при полномъ или почти полномъ открытіи зѣва даетъ лучшие результаты, чѣмъ поворотъ при зѣвѣ несовершенномъ. На основаніи всего выше-сказаннаго мы можемъ заключить, что *повышеніе % смертности плодовъ при поворотѣ при полномъ открытіи матки зависить отъ произвольнаго выбора болѣе трудныхъ случаевъ; поворотъ же при зѣвѣ несовершенномъ, не будучи выходящимъ для плода, оказывается выходящимъ для общихъ выводовъ, т. е. для статистики.*

Разсмотримъ теперь, какъ въ нашихъ случаяхъ поворота повліялъ на смертность плода тотъ моментъ, который въ акушерствѣ, по справедливости, считается важнѣйшимъ для родового акта, а именно тазовое суженіе. Смертность плодовъ для всѣхъ ⁶⁾ 58 случаевъ поворота составила 46,6%. Смертность же плодовъ въ 6 случаяхъ поворота при *con. diag.* въ 11—10½ сант. составила 33,3%; при 27 тазяхъ съ *con. diag.* въ 10½—9½ сант. смертность плодовъ составила 48,1%, наконецъ, смертность плодовъ при 25 тазяхъ съ *con. diag.* въ 9½—8½ составила 48,0%. Вышеприведенные %/о указываютъ, что вліяніе тазового суженія на жизнь плода въ нашихъ случаяхъ обнаружилось сильно, между тѣмъ вліяніе различныхъ степеней тазового суженія въ нашихъ случаяхъ совсѣмъ не выразилось, если только не принимать во вниманіе случаи съ *con. diag.* въ 11—10½ сант. по причинѣ слишкомъ малаго ихъ количества. Разгруппировавъ случаи *Rosenthal*'я и отдѣльно отъ нихъ также случаи *Nagel*'я подобно нашимъ по степени тазового суженія, я нашелъ, что здѣсь также различныя степени тазового суженія остались безъ вліянія на смертность плодовъ. Такимъ образомъ фактъ невліянія, или лучше, неправильнаго вліянія, различныхъ степеней тазового суженія на смертность плодовъ при пролиактическомъ поворотѣ, будучи основанъ на 212 случаяхъ, не можетъ подлежать сомнѣнію и требуетъ объясненія. Фактъ неправильнаго вліянія различныхъ степеней тазового суже-

⁶⁾ Сюда вошли тѣ случаи поворота, гдѣ тазомѣреніе выдѣлено тщательно съ указаніемъ данна *con. diag.*; не приняты въ расчетъ 2 случая, при которыхъ данна *con. diag.* не была означена.

ния на смертность плодовъ легко объясняется различнымъ отношеніемъ оператора къ случаю: одинъ врачъ скорѣе рѣшается на операцію, чѣмъ другой; при менѣе значительныхъ тазовыхъ суженіяхъ врачи болѣе выжидаютъ, поэтому большее число родовъ кончается здѣсь самопроизвольно, число оперативныхъ уменьшается, но при этомъ въ число послѣднихъ входятъ болѣе трудные случаи; отсюда становится для насъ понятнымъ, почему повороты при менѣе значительныхъ суженіяхъ даютъ смертность плодовъ близкую или даже большую, чѣмъ повороты при болѣе высокихъ тазовыхъ суженіяхъ. Вѣрность нашего предположенія о болѣе частомъ примѣненіи поворота при болѣе значительныхъ тазовыхъ суженіяхъ слѣдуетъ изъ того, что какъ въ нашей статистикѣ, такъ и въ статистикѣ *Rosenthal*'я поворотовъ при тазахъ съ *con. diag.* въ $9\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ ст., выполнено почти столько же, сколько ихъ оказывается при тазахъ съ *con. diag.* въ $10\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ ст., въ то время какъ на тазы съ *con. diag.* въ 11 — $10\frac{1}{2}$ ст., приходится менѣе всего поворотовъ. Между тѣмъ изъ таблицы *Рымина* ¹⁾ о частотѣ тазовыхъ суженій мы можемъ заключить, что тазовъ съ *con. diag.* въ 11 — $10\frac{1}{2}$ ст., въ 2—5 разъ больше числа тазовъ съ *con. diag.* въ $10\frac{1}{2}$ — $9\frac{1}{2}$ ст., а послѣднихъ въ 2—5 разъ больше числа тазовъ съ *con. diag.* въ $9\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ ст.

Послѣ того какъ я выяснилъ значеніе отдѣльныхъ моментовъ родового акта для исхода операціи поворота съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода, я рѣшилъ прослѣдить условія, при которыхъ выполнялись повороты, отдѣльно для каждого изъ трехъ заведеній, гдѣ разбираемые мною повороты были приведены въ исполненіе. Окончивъ эту работу, я составилъ сравнительную таблицу № 1 съ указаніемъ на частоту важныхъ для родового акта моментовъ отдѣльно для каждого заведенія. Изъ этой таблицы, которую прилагаю къ сему предварительному сообщенію, мы можемъ заключить, что 1) профилактическіе повороты Гаванскаго приюта производились въ наиболѣе благоприятныхъ условіяхъ за исключеніемъ развѣ того обстоятельства, что самый большой $\frac{9}{10}$ поворо-

¹⁾ Въ ученію о нормальныхъ и узкомъ тазѣ русской женщины. Журн. Акуш. и Живск. бол., 1892 г. стр. 753.

товъ у I—рагае приходится на долю Гаванскихъ случаевъ, но неблагоприятное вліяніе этого момента, вообще, незначительно; 2) повороты С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія, несомнѣнно, относятся къ наиболѣе труднымъ случаямъ, какъ объ этомъ можно судить по большому % значительныхъ тазовыхъ суженій, а въ особенности, по наибольшему развитію плодовъ; трудность случаевъ обусловилась здѣсь не столько выжидаемъ, сколько выборомъ для поворота такихъ именно случаевъ, гдѣ уже по анамнезу относительно предъидущихъ родовъ можно было ожидать особыхъ затрудненій и при настоящихъ родахъ; 3) трудность случаевъ Повивальнаго Института, очевидно, обусловилась прежде всего болѣе продолжительнымъ выжидаемъ. Всѣ эти соображенія легко объясняютъ ту значительную разницу въ смертности плодовъ въ случаяхъ Гаванскаго приюта съ одной стороны (24%) и въ случаяхъ С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго заведенія (60,9%) и Повивальнаго Института (58,3%) съ другой.

На основаніи какъ общаго обзора всѣхъ случаевъ профилактическаго поворота, такъ и частныхъ изслѣдованій случаевъ каждаго заведенія я прихожу къ нижеслѣдующимъ общимъ заключеніямъ:

1) Профилактическій поворотъ обнимаетъ собою въ общемъ болѣе трудные случаи, чѣмъ выжидательный методъ, ибо

2) въ статистику выжидательнаго метода мы заносимъ всѣ случаи самопроизвольныхъ родовъ, всѣ случаи щипцовъ и перфораций при тазовыхъ суженіяхъ 2-ой ст.; въ число же случаевъ профилактическаго поворота войдетъ только часть родовъ, осложненныхъ таковымъ же тазовымъ суженіемъ; нѣкоторая же часть, обнимающая собою болѣе легкіе случаи, отойдетъ къ числу самопроизвольныхъ родовъ, поэтому

3) сравненіе общихъ результатовъ выжидательнаго метода съ общими результатами профилактическаго поворота не вполне рационально и посему не позволяетъ дѣлать положительнаго вывода о преимуществѣ одного метода передъ другимъ.

4) Въ число случаевъ профилактическаго поворота войдутъ болѣе трудные случаи, если врачъ приступитъ къ повороту при полномъ или почти полномъ зѣвѣ спустя нѣкоторое время послѣ отхода водъ, ибо

5) при непродолжительномъ выжиданіи послѣ отхода водъ почти всѣ легкіе случаи, т. е. такіе, гдѣ нѣтъ пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ, отойдутъ на самопроизвольные роды.

6) Кромѣ выжиданія на выборъ болѣе трудныхъ для поворота случаевъ вліяетъ руководство анамнезомъ относительно предыдущихъ тяжелыхъ родовъ.

7) Какъ при выжиданіи, такъ и при тяжеломъ анамнезѣ трудность обуславливается тѣмъ обстоятельствомъ, что сюда войдетъ болѣе $\%$ родовъ съ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между головкою плода и тазомъ матери.

8) Какъ тазовое суженіе, такъ большая головка плода сами по себѣ не обуславливаютъ трудности случаевъ, а посему

9) группировка профилактическаго поворота по степенямъ тазоваго суженія не соотвѣтствуетъ болѣе или меньшей трудности случаевъ.

10) Профилактическій поворотъ при стоячихъ водахъ даетъ наименьшій $\%$ смертности плодовъ; послѣдній значительно повышается при болѣе позднихъ поворотахъ.

11) Распредѣленіе случаевъ поворота по времени отхожденія водъ вполнѣ соотвѣтствуетъ болѣе или меньшей трудности случаевъ.

12) Значительное колебаніе смертности плодовъ при поворотахъ у различныхъ авторовъ прежде всего зависитъ отъ колебанія отношенія въ нихъ числа легкихъ случаевъ къ числу трудныхъ; кто при узкихъ тазахъ менѣе выжидаетъ и чаще оперируетъ, тотъ получаетъ меньшій $\%$ смертности плодовъ, и, напротивъ того, кто больше выжидаетъ, кто руководствуется въ выборѣ случаевъ для поворота тяжелымъ анамнезомъ, тотъ получаетъ болѣе высокій $\%$ смертности плодовъ.

Перехожу теперь къ выясненію отношенія профилактическаго поворота къ выжидательному методу. Такъ какъ профилактическіе повороты производится въ самыхъ разнообразныхъ условіяхъ, то посему прежде всего необходимо ихъ классифицировать; нѣкоторые изслѣдователи распредѣляли свои повороты по степенямъ тазоваго суженія, но мы выше убѣдились, что такая группировка не соотвѣтствуетъ болѣе

или меньшей трудности случаевъ, т. е. большому или меньшему пространственному несоотвѣтствію между головкою плода и тазомъ матери; такому именно основанію болѣе всего отвѣчаютъ распределеіе поворотовъ на двѣ группы по времени отхожденія водъ, а именно: на группу поворотовъ, выполненныхъ при стоячихъ водахъ, и на группу болѣе позднихъ поворотовъ; однакоже, такъ какъ нѣкоторые изслѣдователи не считаютъ профилактическими такихъ поворотовъ, которые выполняются спустя значительный промежутокъ времени послѣ истеченія водъ, то посему, желая дать возможность слѣдить за нашими сравненіями и заключеніями всѣмъ тѣмъ лицамъ, которыя придерживаются мнѣнія упомянутыхъ изслѣдователей, я подраздѣлилъ всѣ болѣе поздніе повороты на двѣ группы, а именно: на группу поворотовъ, произведенныхъ спустя $\frac{1}{2}$ ч.—3 ч. послѣ истеченія водъ, и на группу поворотовъ, выполненныхъ спустя еще болѣе болѣе большой промежутокъ времени послѣ излитія водъ; такимъ образомъ всѣ наши повороты распредѣлились на 3 группы:

I группа обнимаетъ собою повороты, выполненные при стоячихъ водахъ; сюда вошли случаи, въ которыхъ до операции пространственное отношеніе между головкою и тазомъ не выяснилось; слѣдовательно, сюда вошли какъ легкіе, такъ и трудные случаи, а отношеніе въ нихъ числа первыхъ къ числу послѣднихъ должно близко подходить къ тому отношенію, какое сохраняется въ любой *цѣльной* серіи узкихъ тазовъ 2-ой ст., слѣдовательно, и въ *той* серіи узкихъ тазовъ, которая вошла у насъ въ статистику случаевъ выжидательнаго метода; на этомъ основаніи мы ниже сравниваемъ на правахъ тождества условій результаты всѣхъ случаевъ выжидательнаго метода съ результатами поворотовъ, выполненныхъ при стоячихъ водахъ.

II группа поворотовъ обнимаетъ собою такіе случаи, въ которыхъ операція была произведена спустя $\frac{1}{2}$ ч.—3 ч. послѣ отхода водъ; такіе случаи подобно поворотамъ I группы относятся къ чистымъ профилактическимъ поворотамъ; въ число поворотовъ II группы вошли болѣе трудные случаи, т. е. случаи съ болѣе значительнымъ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между головкою и тазомъ, какъ въ этомъ мы убѣдились при

ислѣдованіи значенія времени отхожденія водъ для исхода операци; къ сожалѣнію, повороты 2-ой группы не могутъ быть сравниваемы съ какою-либо частью случаевъ выжидательнаго метода на правахъ тождества условій

III группа обнимаетъ собою такіе повороты, въ которыхъ операци была произведена спустя болѣе трехъ часовъ послѣ отхода водъ; сюда вошли такіе случаи, гдѣ съ операциею медлили по причинѣ недостаточнаго открытія маточнаго зѣва; слѣдовательно, сюда вошли случаи, осложненные слабостью болей, нѣкоторымъ затянутаемъ родоваго акта и несовершеннымъ зѣвомъ; по этимъ условіямъ такіе повороты ближе всего подходятъ къ тѣмъ случаямъ выжидательнаго метода, которые разрѣшены были при помощи высокихъ щипцовъ или перфораци; какъ высокіе щипцы, такъ особенно перфораци примѣняются только послѣ очень продолжительнаго выжиданія, а посему роды, законченные щипцами или перфорациею, несомнѣнно, относятся къ наиболѣе труднымъ случаямъ выжидательнаго метода; поэтому сравненіе результатовъ, какіе получились при высокихъ щипцахъ и перфорациахъ вмѣстѣ, съ результатами поворотовъ III группы на правахъ тождества условій не можетъ быть съ ущербомъ для профилактическаго поворота. Переходу теперь къ цифровымъ сравненіямъ.

А. Всѣ случаи выжидательнаго метода, т. е. самопроизвольные роды, щипцы и перфораци вмѣстѣ, дали смертность плодовъ въ 14,8%; повороты же, выполненныя при стоячихъ водахъ, дали смертность плодовъ въ 35%; слѣдовательно, смертность плодовъ при выжидательномъ методѣ на 10,2% ниже смертности плодовъ при профилактическомъ поворотѣ.

В. 4 перфораци и 26 случаевъ высокихъ щипцовъ давшихъ 7 мертворожденій, составляютъ вмѣстѣ 30 случаевъ съ 11 мертворожденіями, что составляетъ 36,7% смертности плодовъ; повороты же III группы дали смертность плодовъ въ 62,5% т. е. на 25,8% большую, чѣмъ перфораци и высокіе щипцы вмѣстѣ.

С) Если мы сопоставимъ щипцы и перфораци, обнимающіе собою наиболѣе трудные случаи выжидательнаго метода со 2-ою группою поворотовъ, давшихъ 56,3% смертности плодовъ, то окажется, что смертность плодовъ при первыхъ

случаяхъ меньше смертности плодовъ 2-й группы поворотовъ на 19,6⁰/о.

Всѣ эти цифровыя указанія, основанныя на сравнительно небольшомъ числѣ случаевъ, конечно, не могутъ быть абсолютно вѣрными; тѣмъ не менѣе они приближаются къ истиннымъ отношеніямъ.

Всѣ три сравненія А, В и С позволяютъ сдѣлать положительный выводъ о томъ, что выжидательный методъ для плодовъ болѣе выгоденъ, чѣмъ профилактический поворотъ.

Сравненія В и С указываютъ на то, что въ трудныхъ случаяхъ, гдѣ пространственное несоотвѣтствіе между головкою и тазомъ значительно, это преимущество выжидательнаго метода больше, чѣмъ во всѣхъ случаяхъ, какъ на это указываетъ сравненіе А.

Если преимущество выжидательнаго метода передъ профилактическимъ поворотомъ въ трудныхъ случаяхъ значительно, а во всѣхъ случаяхъ, т. е. какъ трудныхъ, такъ и легкихъ, оно менѣе значительно, то отсюда мы можемъ заключить, что преимущество выжидательнаго метода передъ профилактическимъ поворотомъ въ легкихъ случаяхъ приближается къ О. Такое заключеніе подтверждается моими собственными наблюденіями: прибѣгая къ повороту живаго плода по различнымъ показаніямъ въ случаяхъ, гдѣ не было пространственнаго несоотвѣтствія между головкою плода и тазомъ матери, я всегда заканчивалъ роды извлеченіемъ живаго плода.

Вышеприведенный способъ сравненія выжидательнаго метода съ профилактическимъ поворотомъ имѣетъ то преимущество, что при немъ случаи поворота распредѣляются по степени трудности случаевъ, опредѣляющейся здѣсь соотношеніемъ емкости и формы тазоваго входа ко всѣмъ важнымъ для родоваго акта свойствамъ головки плода, т. е. къ ея величинѣ, формѣ и конфигуративной способности; недостатокъ этого способа сравненія заключается въ томъ, что онъ не можетъ быть легко проверенъ на акушерскомъ матеріалѣ тѣхъ клиникъ, въ которыхъ избѣгаются высокіе щипцы, и посему чаще примѣняется перфорация.

Желая сдѣлать мой выводъ о томъ, что выжидательный методъ болѣе выгоденъ для плода, чѣмъ профилактический поворотъ

несомнѣннымъ для всѣхъ, а посему также и для тѣхъ лицъ, которые въ дѣлѣ такого сравненія считаютъ распредѣленіе случаевъ по степени тазоваго суженія весьма важнымъ, я составилъ таблицу № 2, въ которой случаи выжидательнаго метода и профилактическіе повороты распредѣлены какъ по степени тазоваго суженія, такъ и по степени развитія плодовъ; послѣднее опредѣлялось мною преимущественно вѣсомъ, отчасти длиною плода и прямою окружностью головки; по тазовому суженію случаи какъ выжидательнаго метода, такъ и профилактическіе повороты распредѣлены мною въ три вертикальныя графы: I-ая графа заключаетъ тазовыя суженія съ *con. diag.* въ $11-10\frac{1}{2}$ ст., II-ая графа обнимаетъ собою тазовыя суженія съ *con. diag.* въ $10\frac{1}{2}-9\frac{1}{2}$ ст., третью графу составили тазовыя суженія съ *con. diag.* въ $9\frac{1}{2}-8\frac{1}{2}$ ст.; по развитію плодовъ случаи распредѣлены мною по горизонтальнымъ линіямъ такимъ образомъ, что самыя слабыя по развитію плоды заняли первую горизонтальную линію, (т. е. первую строку), далѣе слѣдуютъ все болѣе и болѣе развитые плоды, при чемъ на каждой отдѣльной горизонтальной линіи мы находимъ или одного младенца, рожденнаго по тому или другому методу, или двухъ младенцевъ одного и того же вѣса, изъ которыхъ одинъ рожденъ по выжидательному методу, а второй—помощью профилактическаго поворота. Такъ какъ мои случаи выжидательнаго метода въ общемъ оказались болѣе легкими по причинѣ меньшаго развитія плодовъ, чѣмъ профилактическіе повороты, то посему въ моей таблицѣ оказался нѣкоторый излишекъ слаборазвитыхъ плодовъ при выжидательномъ методѣ; съ другой стороны, при профилактическомъ поворотѣ оказался нѣкоторый излишекъ сильноразвитыхъ плодовъ; тотъ и другой излишекъ я отдѣлялъ посредствомъ красныхъ линій отъ остальнаго количества плодовъ, предназначеннаго главнымъ образомъ для сравненія результатовъ того и другого метода; эти послѣдніе плоды, заключенные между красными линіями, оказались такимъ образомъ болѣе или менѣе одинаково развитыми при обоихъ методахъ. Цифры, указывающія на развитіе потерянныхъ плодовъ, я ограничилъ червыми линіями. Кромѣ того, все количество плодовъ, заключенныхъ между красными линіями, я распредѣлялъ въ отдѣльныя группы при помощи синихъ линій;

здѣсь я долженъ подчеркнуть, что этимъ послѣднимъ, т. е. синимъ линіямъ, я не придаю рѣшительно никакого существеннаго значенія, ввожу ихъ только для болѣе нагляднаго сравненія результатовъ.

Болѣе значительная смертность плодовъ при профилактическомъ поворотѣ обуславливается различными неблагоприятными вліяніями, которые можно подраздѣлять на двѣ категоріи, а именно: на неблагоприятныя вліянія поворота и на неблагоприятныя вліянія экстракціи плода; къ первымъ слѣдуетъ отнести: запрокидываніе ручекъ; неправильное расположеніе пуповины, къ которому относится также возможность посадить плодъ верхомъ на пуповинѣ; выпаденіе и натяженіе пуповины, изъ которыхъ послѣднее можетъ имѣть мѣсто при абсолютной или относительной короткости пуповины; ⁸⁾ при натяженіи пуповины возможно опять отрываніе, т. е. насильственное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Къ неблагоприятнымъ вліяніямъ экстракціи плода слѣдуетъ отнести: прижатіе, натяженіе и разрывъ пуповины; сдвиганіе ручекъ за головку и трудное ихъ освобожденіе; зацѣпленіе подбородка за симфизъ и, вообще, затрудненія при освобожденіи головки.

Такъ какъ перечисленныя неблагоприятныя вліянія почти не встрѣчаются при черепныхъ предложеніяхъ, такъ какъ съ другой стороны всѣ эти вліянія ведутъ къ асфиксін плода, одни — непосредственно, другія — путемъ замедленія операціи, при чемъ возрастаютъ шансы на преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста и на послѣдовательное задушеніе плода, то по-сему слѣдуетъ заключить, что поворотъ на ножки съ извлеченіемъ плода особенно предрасполагаетъ къ асфиксін плода; выкинувъ въ значеніе неречисленныхъ неблагоприятныхъ вліяній, мы поймемъ, что наше заключеніе о поворотѣ съ послѣдующимъ извлеченіемъ относится преимущественно къ случаямъ, осложненнымъ узкимъ тазомъ, а еще болѣе къ случаямъ ограниченія пространственнаго соответствія между головою плода и тазомъ матери.

⁸⁾ Плодъ относительной короткостью пуповины и кончавъ укороченіе свободной ея части на счетъ обвивгіи вокругъ частей тѣла плода.

На основаніи вышесказаннаго мы можемъ предположить, что большая смертность плодовъ при профилактическомъ поворотѣ зависитъ въ значительной мѣрѣ отъ большей частоты асфиксіи при поворотѣ. Такое предположеніе вполне подтверждается данными нашей статистики, какъ это явствуется изъ нижепредставленной таблицы, въ которой я указать число различныхъ видовъ асфиксій и процентное отношеніе ихъ ко всему числу случаевъ какъ для выжидательнаго метода и отдѣльныхъ его способовъ родоразрѣшенія, такъ и для случаевъ профилактическаго поворота.

Методы ведения родовъ и отдѣльные ихъ способы родоразрѣшенія.	Рожден. въ слаб. асфик.	Рожден. въ глуб. асфик. и ошнел.	Рожден. въ глуб. асфик. и неожил.	Всѣхъ ожидаемыхъ отъ асфикс.	Всѣхъ рожденныхъ въ асфик. (ожившихъ и погибшихъ).	Всѣхъ асфикс. мертворожден. и потерянныхъ.	
Самостоятельные роды при con. diag. въ 10 ¹ / ₂ —8 ¹ / ₂ с. (61 случай).	4 6,6%	2 3,3%	2 3,3%	6 9,8%	8 13,1%	10 16,4%	Число случаевъ асфикс. Процентное отношеніе числа асфитическихъ ко всему числу родовъ.
Полостные и выходящие шнуръ . . . (24 случая).	7 29,2%	—	1 4,2%	7 29,2%	8 33,3%	9 37,5%	Idem.
Высокие шнуръ . . . (26 случаевъ).	5 19,2%	2 7,7%	3 11,5%	7 26,9%	10 38,5%	13 50%	"
Перфоратив. (4 случая).	—	—	—	—	—	4 100%	"
Выжидательн. методъ (115 случаевъ).	16 13,9%	4 3,5%	6 5,2%	20 17,4%	26 22,6%	36 31,3%	"
Профилактический поворотъ (60 случаевъ).	12 20%	4 6,7%	6 10%	16 26,7%	22 36,7%	43 71,7%	"
Профилактический поворотъ при стоячихъ водахъ (20 случаевъ).	7 35%	2 10%	—	9 45%	11 45%	14 70%	"

Изъ данной таблицы мы видимъ, что:

- 1) при выжидательномъ методѣ % асфиксій значительно ниже % асфиксій при профилактическомъ поворотѣ;
- 2) самостоятельные роды среди всѣхъ разбираемыхъ здѣсь способовъ родоразрѣшенія даютъ наименьшій % асфиксій.

3) профилактическій поворотъ при стоячихъ водахъ, т. е. въ болѣе легкихъ случаяхъ, далѣ у насъ болѣе $\%$ асфиксій, чѣмъ профилактическій поворотъ, вообще, т. е. въ болѣе трудныхъ случаяхъ;

4) при полостныхъ и выходныхъ щипцахъ $\%$ легкихъ асфиксій болѣе $\%$ таковыхъ же асфиксій при высокихъ щипцахъ.

Эти два послѣднія явленія легко объясняются переходомъ въ болѣе трудныхъ случаяхъ легкихъ асфиксій въ глубокія, а послѣднихъ въ смерть еще *sub operatione*.

Смерть плодовъ, зависящая отъ оперативнаго вмешатель-ства при профилактическомъ поворотѣ, является послѣдствіемъ не только асфиксій, но также и травматическихъ поврежденій, которыхъ, къ сожалѣнію, я здѣсь не могу разбирать по при-чинамъ того обстоятельства, что трупы плодовъ въ большинствѣ случаевъ не подвергались аутопсіи.

(Продолженіе слѣдуетъ).

II.

О выборѣ матерьяла для хирургическихъ швовъ.

Проф. А. П. Губарева (въ Юрьевѣ).

Директора Женской клиники.

Казалось бы, что вопросъ о выборѣ матерьяла для хирургическихъ швовъ должно считать давно рѣшеннымъ, и что разнообразіе предложенныхъ въ различное время для этой цѣли матерьяловъ должно исключать всякую надобность искать еще чего либо. Однако ближайшее разсмотрѣніе этого вопроса допускаетъ возможность ввести въ это дѣло нѣкоторыя упрощенія, которыя могутъ значительно уменьшить стоимость шитковъ, употребляемыхъ при хирургическихъ операціяхъ, что, конечно, можетъ имѣть существенное значеніе въ земской и сельской практикѣ и въ особенности въ практикѣ военнаго времени.

Мы знаемъ, что шелкъ можно сдѣлать вполне асептичнымъ, и что остающіяся въ глубинѣ тканей шелковыя лигатуры могутъ легко заростать. Есть даже указанія на то, что со временемъ эти лигатуры могутъ рассасываться, хотя гистологическая постановка относящихся къ этому явленію наблюдений оставляетъ желать многого: точными, экспериментальными изслѣдованіями фактъ этотъ еще окончательно не провѣренъ.

Съ другой стороны, мы знаемъ, что при малѣйшей инфекціи шелка во время операціи шелковая лигатура способна цѣлыми годами поддерживать нагноеніе въ фистулезныхъ ходахъ, и что такія лигатуры даже черезъ нѣсколько лѣтъ

выдѣляются совершенно не избыточными и безъ всякихъ признаковъ рассасыванья.

Такимъ образомъ, клинически разсчитывать на эту способность шелка рассасываться не приходится: когда лигатура зарастаетъ, она инкапсулируется, симптомовъ не вызываетъ, и ея рассасыванье едва ли нужно; когда на лицо имѣется нагноеніе и когда рассасыванье шелковой лигатуры наиболее желательно, потому что удалить ее трудно, а иногда и невозможно, способность шелка рассасываться не прозванется. Поэтому и лично отношусь весьма скептически къ этой способности шелка.

Простыя пеньковые или льняныя нити въ сущности ничѣмъ отъ вышеприведенныхъ особенностей шелка существеннымъ не отличаются. Онѣ даже имѣютъ передъ шелкомъ огромное преимущество—дешевизну. Что пеньковыя и льняныя нитки можно примѣнять съ такимъ же успѣхомъ, какъ и шелковыя, показываютъ наблюденія *Kocher*, который при лифартоміяхъ примѣнялъ пеньковыя нити и практика Фридрихсгамскаго Госпитали въ Берлинѣ, гдѣ давно примѣняются для швовъ и лигатуръ нити льняныя ¹⁾. Наблюденія показываютъ, что льняныя нити стерилизуются еще легче, чѣмъ шелковыя и зарастаютъ скорѣе ²⁾. Большое преимущество этихъ нитей состоитъ въ томъ, что онѣ при большой тонкости обладаютъ значительной крѣпостью. Тотъ фактъ, что тонкая лигатура вѣрнѣе останавливаетъ кровотеченіе, послужилъ основаніемъ метода *Dr. Jones* (ученика знаменитаго *Cline*) для перезвязыванья артерій ³⁾; фактъ этотъ былъ оцененъ еще *Astley Cooper*омъ; въ послѣднее время на него вновь обратилъ вниманіе *Kocher*: что тонкія лигатуры производятъ меньшую реакцію и зарастаютъ скорѣе, доказано экспериментально *Dun*омъ ⁴⁾, хотя теоретически противъ этого положенія возражать нельзя.

¹⁾ *Stettiner Ueber Nahtmaterialien die Coliotomien Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäcologie* 1896 B. IV Heft 3. pag. 241.

²⁾ *Ibid.*

³⁾ *Sir A. Cooper Bart. The Principles and Practice of Surgery* London 1836 pag. 219.

⁴⁾ *C. Dun. The conditions interfering with the healing of wounds with experiments on lesion, implantation and infection. Edinb. med. Journ* 1895. № 3.

Единственный, по весьма неприятный недостаток свойственный льняным ниткамъ состоитъ въ томъ, что онѣ легко путаются и закручиваются (баранить) въ особенности, если ихъ намочить. Другой недостатокъ — это отсутствіе гладкости льняной нитки: мелкіе волоски, еѣ покрывающіе. Наконецъ третій недостатокъ это чрезвычайная трудность вдѣть мокрую нитку въ иглу. Всѣ эти недостатки, какъ увидимъ ниже, устранить чрезвычайно легко.

Изъ материаловъ, способныхъ дѣйствительно рассасываться практически приходится пользоваться только кэть-гутомъ, потому что различныя сухожилия (кангуру, олени и т. п.) доставать довольно мудрено, и нити ихъ довольно неравномѣрной толщины.

Къ сожалѣнію, стерилизація кэть-гута до самаго послѣдняго времени была мало надежна. Исслѣдованія *Lautenstein*'а ⁵⁾ и еще не опубликованныя исслѣдованія, сдѣланныя въ клиникѣ проф. *Левшина*, показываютъ, что зародыши, находящіеся въ толщѣ кэть-гутовой нити, не уничтожаются при различныхъ способахъ обработки этого вещества, что зависитъ отъ самыхъ условій приготовления струнъ изъ кишокъ. Поэтому американскіе хирурги совершенно отказываются отъ пользованія толстымъ кэть-гутомъ ⁶⁾, и многіе гинекологи начали избѣгать его примѣненія для лигатуръ въ брюшной полости ⁷⁾.

Бактеріологическыя исслѣдованія, произведенныя по моему предложенію студентомъ нашего университета *Г. Гинзбургимъ* въ кабинетѣ проф. *Афанасьева* надъ кэть-гутомъ, стерилизованнымъ по новому (послѣдному видоизмѣненію) способу *Hofmeister*'а ⁸⁾, показали, что стерилизація дѣйствительно получается полная.

Вотъ краткій отчетъ объ этихъ опытахъ *G. stud. med. Гинзбург*, составленный имъ самимъ:

„Стерилизація производилась по способу *Hofmeister*'а двоякимъ образомъ: 1) кэть-гутъ наматывался на катушки, какъ это дѣлаетъ *Hofmeister* и 2) кэть-гутъ разбѣзался на маленькіе ку-

⁵⁾ *Lautenstein*.—Zur Frage der Catgutsterilisation. Arch. für clin. Chirurgie B. 51.

⁶⁾ *Baldy*.—An American text book of Gynecology. London and New-York 1895 г., pag. 66.

⁷⁾ Проф. *Снегиревъ*, проф. *Левшинъ*, проф. *Zweifel* и др.

⁸⁾ *Hofmeister*.—Ueber Cat-gut sterilisation. Centralblatt für Chirurgie 1896, № 9.

сочки. Въ послѣднемъ случаѣ кэтъ-гутъ предварительно тщательно расщеплялся и раскручивался; по зараженіи его снова скручивали. Зараженіе производилось эмульсіей изъ свѣжихъ споръ *Anthraxis*, культивированныхъ на картофелѣ, а также эмульсіей изъ споръ *Anthraxis* трехъ-мѣсячной стойкой культуры на агаръ-агарѣ. По зараженіи вышеозначенными эмульсіями, кэтъ-гутъ высушивался въ теченіи 25 часовъ въ эксикаторѣ надъ сѣрной кислотой и затѣмъ обрабатывался по методу предложенному *Hofmeister* омъ. Черезъ день, черезъ два дня и черезъ недѣлю стерилизованный по этому методу кэтъ-гутъ разрывался на мельчайшіе кусочки и засѣвался на бульонѣ, на желатинѣ и на агаръ-агарѣ. Въ эти посѣвы не дали никакихъ слѣдовъ роста.

Изъ этого можно заключить, то обработка кэтъ-гута по способу *Hofmeister* а окончательно убиваетъ стойкія споры сибирской язвы, даже тогда, когда онѣ помѣщаются въ самой толщѣ кэтъ-гутовой нити³⁾.

Главное и существенное преимущество способа *Hofmeister*'а состоитъ въ возможности кипятить кэтъ-гутъ въ водныхъ растворахъ, не разрушая его, не разваривая его въ клей. ⁴⁾ Возможность кипятить различные вещества, (которые отъ кипящей воды дѣлаются негодными), послѣ обработки ихъ формалиномъ, отмѣченная *Hofmeister* омъ, есть очень существенное приобретение, примѣненіе котораго въ хирургіи заслуживаетъ полного вниманія и должно оказаться плодотворнымъ, потому что допускаетъ пользованіе асептической выдѣлальной кожей и другими веществами. Къ сожалѣнію у насъ получался иногда очень хрупкій кэтъ-гутъ послѣ обработки его по способу *Hofmeister*'а. Отъ чего это зависѣло, выяснить не удалось. Во всякомъ случаѣ этимъ кэтъ-гутомъ можно пользоваться и за его стерилизацію быть совершенно спокойнымъ, чего относительно всѣхъ доселѣ извѣстныхъ способовъ сказать нельзя. Надо ожидать, что кэтъ-гутъ скоро снова получить то распространеніе, котораго онъ заслуживаетъ.

³⁾ Въ виду этого считаю уместнымъ привести здѣсь краткое описаніе этого способа, въ томъ видѣ какъ оно сдѣлано авторомъ на послѣднемъ XXV конгрессѣ германскаго хирургическаго общества въ Берлинѣ въ засѣданіи 30 мая сего года. Вотъ данныя отчета въ *Semaine Medicale* 1896 № 29, p. 229.

Наматываютъ на прочныя стеклянныя, или металлическія пластинки въ одинъ слой продажный кэтъ-гутъ и хорошенько связываютъ концы. Погружаютъ на 12—48 часовъ въ 2—4% растворъ формалина. Промываютъ 12 часовъ подъ краномъ холодной воды и кипятятъ отъ 5 до 20 минутъ въ водѣ. Сохраняютъ въ спиртѣ съ прибавленіемъ 5% глицерина и 4% карболовой кислоты или 1% сулемы.

Для лигатуръ скорое разсасыванье катъгута не представляется неудобствомъ, потому что все таки это разсасыванье проявляется черезъ нѣсколько сутокъ т. е. тогда, когда она-саться послѣдовательнаго кровотоčenja уже поздно; но для швовъ кожныхъ это явленіе бывасть иногда совсѣмъ нежелательнымъ. Поэтому при пластическихъ операціяхъ разсчитывать на полный успѣхъ, при катъгутовыхъ швахъ, приходится не всегда.

Наилучшее сшиваніе кожной раны и полное отсутствіе нагноенія въ швахъ намъ приходилось наблюдать при сшиваніи: Silk-worm gut глубокие швы и конскій волосъ—поверхностные (непрерывный, скорняжный).

Конскій волосъ представляетъ очень хорошій матеріалъ для кожныхъ швовъ. Правда его нельзя было кипятить, потому что при малѣйшемъ невниманіи онъ легко дѣлается чрезвычайно хрупкимъ; но кипяченіе этого матеріала не представляется необходимымъ, потому что онъ легко дезинфицируется, будучи промытъ съ мыломъ и обработанъ алкоголемъ и эфиромъ, а затѣмъ погруженъ въ водный растворъ сулемы 1 : 1000. (Сохраняется въ алкогольѣ). Что волосъ можно такимъ способомъ хорошо продезинфицировать доказываются клиническими наблюденіями—мы никогда не приходилось видѣть нагноенія въ уколахъ—а также и тѣмъ, что при мытьѣ рукъ волосы на предплечьи дезинфицируются по тому же принципу. При наложеніи кожныхъ швовъ конскій волосъ обладаетъ однимъ существеннымъ преимуществомъ, которымъ не обладаетъ ни одинъ изъ извѣстныхъ намъ матеріаловъ, употребляемыхъ для наложенія хирургическихъ швовъ: онъ обладаетъ значительной эластичностью. Вслѣдствіе этого шовъ изъ конскаго волоса не можетъ прорѣзать кожи, потому что его нельзя такъ стянуть какъ шовъ изъ другого матеріала. Эластичность шва очень благоприятна для хорошей коаптаціи губъ раны и эта коаптація не избытается при набуханіи краевъ раны, потому что волосъ при этомъ растягивается и все время поддерживаетъ равномерное соприкосновеніе сильныхъ раневыхъ поверхностей. Удивительно, что этими прекрасными свойствами такъ мало пользуются въ хирургіи; по крайней мѣрѣ мы не припис-лось видѣть примѣненія этого матеріала нигдѣ, кромѣ англій-

ских госпиталей. (Въ Gay's Hospital, Dr Golding Bird уже давно и съ успѣхомъ пользуется этимъ матерьяломъ). Слѣдуетъ упомянуть объ одной маленькой подробности, касающейся выбора конского волоса: не слѣдуетъ брать бѣлые волосы, потому что ими труднѣе шить и значительно труднѣе снимать швы (потому что ихъ плохо видно). Выбирать слѣдуетъ толстые черные волосы и завязывать двумя простыми (не хирургическими) узлами.

Что Silk-worm-gut (crin de Florence) есть прекрасный матерьялъ для швовъ, проникающихъ черезъ кожу, это фактъ общезвѣстный. Мой предшественникъ проф. *Küstner* отмѣтилъ фактъ, что послѣ липаротоміи ему никогда не приходилось видѣть нагноенія въ швахъ съ тѣхъ поръ, какъ онъ сталъ зашивать брюшную рану швами изъ crin de Florence ¹⁰⁾, а также и послѣ пластическихъ операций, гдѣ онъ шилъ этимъ матерьяломъ. Мои личная трехлѣтняя опытность относительно Silk-worm gut вполне подтверждаетъ это наблюденіе. Даже больше того въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось убѣдиться въ томъ, что если нить изъ crin de Florence проходить черезъ гнойную полость, то и тогда нагноеніе на каналъ, въ которомъ лежитъ шовъ, не распространяется. При снятіи брюшныхъ швовъ послѣ полного удаленія раково перерожденной матки вмѣстѣ съ широкими связками ихъ катѣткой и железами (съ предварительной перевязкой arteriae uterinae по способу *Алмухова—Снегирева* ¹¹⁾), оказалось, что на нѣкоторыхъ глубокихъ швахъ та часть нити, которая находилась въ глубинѣ, была совершенно черною, въ тоже время кожная рана оказалась сросшеюся на всемъ протяженіи и никакого нагноенія въ уколахъ замѣтно не было. Это почернѣніе швовъ объяснило намъ причину бывшаго наканунѣ и еще за день, или два (9-й день) повышенія температуры: сѣрнистое желѣзо (черный цвѣтъ) и вообще сѣрнистыя соединенія могли образоваться здѣсь только при нагноеніи. И дѣйствительно при ближайшемъ изслѣдованіи оказался абсцессъ позади правой прямой мышцы и когда мы вскрыли

¹⁰⁾ O. Küstner Grundzüge der Gynäkologie Iena 1893 pag 179.

¹¹⁾ N. Altmuchoff und W. Snegiroff Eine neue Methode der Unterbindung der Arteriae uterinae per laparotomiam. Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1896. II. 6. B. III.

его на другой день, то выдѣлилось около 4 столовыхъ ложки гнойчаго гноя. (Дальнѣйшее теченіе этого случая прошло безъ осложнений и больная выписалась здоровой на 26 день послѣ операци). Этотъ случай показываетъ что Silk-worm gut дѣйствительно совершенно не способенъ проводить жидкости по каналу въ которомъ онъ находится, если каналъ этотъ какъ разъ соотвѣтствуетъ діаметру нити т. е. если шовъ наложенъ ledeartis и не прорѣзается. Возможенъ ли случай нагноенія отъ слишкомъ тугаго стягиванія шва изъ Silk-worm gut въ тѣхъ случаяхъ, когда не внесено заразныхъ началъ не знаю, ибо наблюдать этого мнѣ не приходилось; разсуждая теоритически, конечно это возможно, какъ возможно послѣдовательное нагноеніе во всякой ранѣ (если не защитить ее отъ моментовъ способныхъ вызвать это нагноеніе).

Такимъ образомъ Silk-worm gut обладаетъ тѣмъ особеннымъ преимуществомъ, что онъ не только не вызываетъ нагноенія, но и не проводитъ его, дѣйствуя какъ фтиль; т. е. такимъ свойствомъ, которымъ обладаютъ еще только конскій волосъ и проволока. Передъ проволокой онъ имѣетъ еще то преимущество, что имъ удобнѣе шить простой иглой. Но не смотря на все эти преимущества Silk-worm gut обладаетъ также и неудобствами.

Неудобства эти слѣдующія:

- 1) Онъ дорогъ: хорошія толстыя нити обходятся около 4 коп. (8 пфенинговъ) каждая.
- 2) При завязываніи узелъ иногда скользнуть, и его приходится придерживать пальцемъ во время завязыванья второго узла. Сдѣлать первый узелъ хирургическій нельзя, потому что при завязываніи второго узла первіе нить перерѣзывается на узлѣ. Правда этого можно до нѣкоторой степени избѣжать, если размягнуть передъ операцией Silk-worm gut въ кипяткѣ и прямо изъ кипятка вдѣвать въ иглы, но отъ повторнаго кипяченія онъ портится (колется вдоль), да и поддерживать кипѣніе во все время операци не особенно удобно надо за этимъ все время слѣдить.
- 3) При погруженіи шва въ ткани остаются острые концы, которые при надавливаніи даютъ иногда колющую боль, такъ что примѣнять Silk-worm gut для лигатуръ не удобно.

4) Нити *Crin de Florence* всегда коротки и по особенностям их приготовления не могут быть длиннѣе. Это неудобство даетъ себя знать при наложеніи швовъ на брюшную рану, когда вдѣваютъ двѣ иглы.

5) Невозможность имѣть нити желаемой толщины. Толстые нити могутъ быть желательны при наложеніи глубокихъ кожныхъ швовъ.

Задавшись цѣлью приготовить такой матеріалъ для швовъ, который, обладая всѣми преимуществами *Silk worm gut*, не обладалъ бы однако его недостатками, я попытался пропитать обыкновенный шелкъ такимъ веществомъ, которое могло бы лишить его всасывающей способности т. е. способности дѣйствовать, какъ фитиль. Первоначально я остановился на такъ называемомъ *collodium elasticum collodii + 2^o/o olei ricini*). Въ коллодіумъ я прибавилъ не много сулемы, такъ чтобы вышло 1:1000. Оказалось, что шелкъ, погруженный въ эту жидкость и затѣмъ высушенный, становится глаже и перестаетъ сгустываться, если онъ крученый. При этомъ оказалось, что сушить такія нити необходимо въ растянутомъ видѣ. Это послѣднее обстоятельство и побудило меня прибавлять сулему. Если обработать такимъ-же образомъ простые льняныя, или пеньковыя нитки, то онѣ тоже не путаются и не баранятъ, когда ихъ намочать; кромѣ того, такія нитки гораздо легче вдѣвать въ иглы. Повторное погруженіе, разъ семь, въ тотъ-же растворъ коллодія дало матеріалъ похожій на *Silk-worm gut*, но когда я наложилъ швы изъ этого матеріала, то они все дали нагноеніе. Разбирая причину этого явленія, я долженъ былъ остановиться на вліяніи сулемы, которая отъ повторнаго высушивания скоплялась въ значительномъ количествѣ на этихъ ниткахъ и, раздражая химически, прижигала каналъ отъ укола иглы.

Я попытался пропитывать нитки (прочныя льняныя) желатиной съ двухромокислымъ кали, получились нити очень похожія на кѣтъ гуть. Обработанная такимъ образомъ нить не разбухаетъ въ водѣ (если ее продержать на свѣту), но, ссыхаясь, скручивается, поэтому и пришлось прибавлять глицеринъ, а тогда результатъ получился неудовлетворительный. Все таки помощью желатины можно получить нить вовсе не дѣйствующую

щую, какъ фитиль. Такимъ образомъ было ясно, что задача сдѣлать изъ нитки *Silk worm gut* выполняема, надо только найти чѣмъ пропитывать нитку. Опыты съ камифолью и парафиномъ дали отрицательные результаты. Тогда я вспомнилъ, что на Парижской выставкѣ за 1889 и въслѣдствіе на Московской Французской выставкѣ были выставлены ткани изъ искусственнаго шелка, а шелкъ этотъ былъ приготовленъ изъ коллодія. Я не могъ достать точныхъ свѣдѣній объ его приготовленіи, не узналъ, что во Франціи на этотъ продуктъ взята привилегія, и существуетъ акціонерная компанія для приготовления тканей изъ этого матеріала. Такимъ образомъ первоначальная мысль примѣнить именно коллодій оказалась вѣрна. Дальнѣйшіе опыты показали, что гораздо лучше брать не тотъ коллодій, который имѣется въ аптекахъ, а 5⁰/₀ растворъ *celloldin'a* (Schering) въ равныхъ частяхъ алкоголя и эфира что *el. ricini* надо прибавлять гораздо меньше около 1/2⁰/₀, а лучше и вовсе не прибавлять, потому что нитка, обработанная этимъ растворомъ, приобретаетъ всѣ свойства плетенаго шелка, и ее не только можно стерилизовать въ паровомъ стерилизаторѣ, (какъ и нитку, приготовленную по описанному выше способу) но и можно кипятить, какъ настоящий шелкъ. Сохранять эти нитки приходится въ сухомъ видѣ, потому что въ спирту онѣ разбухаютъ, а въ водныхъ растворахъ и долго ихъ держать не пробовалъ. Щелочи напр. кипяченіе въ растворѣ соды эти нитки не выдерживаютъ, и коллодій съ нихъ осыпается.

Я уже далъ краткое описаніе способовъ, которыми можно приготовить искусственный шелкъ и искусственный *Silk worm gut* для хирургическихъ цѣлей ¹²⁾ Считаю однако уместнымъ описать подробнѣе способы, которые я примѣняю теперь, потому что они проще и даютъ лучшіе результаты.

Берутъ прочныя, ровныя, суровыя нитки пеньковыя, или льняныя. (Вѣроятно можно брать и бумажныя). Я пользовался такъ называемыми англійскими льняными нитками. (Продаются въ Москвѣ, въ Сарептскомъ магазинѣ на Никольской, а полу-

¹²⁾ Ueber die Anfertigung eines billigen und für chirurgische Zwecke ausreichenden Nähmaterials Cent. B. für Chirurgie 1896 № 44.

чаются изъ заграницы, приготовляются въ Саксоніи. Стоять: тонки № 70, 55 коп. за мотокъ, 1 фунтъ вѣсомъ, толстыя № 16, равной длины, мотокъ 85 коп.). Нитки эти кипятятся въ растворѣ соды (Na_2CO_3) и промываются въ большомъ количествѣ холодной воды. Затѣмъ снова кипятятся два раза по 15 мин. въ простой водѣ (второй разъ черезъ 6—8 час.); затѣмъ отжимаются чистыми руками и кладутся въ алкоголь (последнее не необходимо). Послѣ этого ихъ высушиваютъ въ чистомъ помѣщеніи (въ оперативной комнатѣ), наматываютъ на стеклянную катушку и погружаютъ на сутки въ банку съ растворомъ celloidin (Shering) 25—30% въ равныхъ частяхъ алкоголя и эфира. Въ этому раствору прибавляется немного ol. ricini (прокипяченнаго), около 1%, лучше меньше, чѣмъ больше. Концы нитки оставляется снаружи. Этотъ конецъ привязываютъ къ деревянной простерилизованной рамкѣ и поручаютъ помощнику наматывать нитку на эту рамку. Чтобы устранить излишекъ коллодія, нитку отжимаютъ во время наматыванія, или просто зажавши ее между большимъ и указательнымъ пальцами, или зажимая ее черезъ кусочекъ чистой писчей бумаги. Когда нитка просохнетъ въ растянутомъ видѣ, ее сматываютъ въ небольшие мотки и сохраняютъ въ сухомъ видѣ въ банкѣ съ притертой пробкой. Передъ употребленіемъ нитки кипятить въ растворѣ сулемы 1 : 1000: сначала за 6—8 часовъ до операціи, а затѣмъ передъ самой операціей. Эта нитка по своимъ физическимъ свойствамъ мало отличается отъ плетенаго шелка.

Для приготовленія некусственного silk worm gut, поступаютъ слѣдующимъ образомъ. Берутъ нитку, обработанную по только что описанному способу, натягиваютъ ее горизонтально въ чистомъ помѣщеніи и, наливши немного вышеуказаннаго раствора celloidin'a на кусочекъ сложенной писчей бумаги, покрываютъ нитку слоемъ этого раствора, тщательно отжимая излишекъ celloidin'a. Затѣмъ когда, нитка высохнетъ, повторяютъ этотъ приемъ до тѣхъ поръ пока она приметъ видъ silk worm gut. Последний разъ полезно покрывать болѣе слабымъ (около 5%) растворомъ celloidin'a. Если нить выйдетъ не совсѣмъ ровная, то ее можно отполировать ватой, смоченной въ спирту съ небольшою примѣсью эфира; но если пов-

торпое покрытие нитки celloidin'омъ дѣлать со вниманіемъ, то это можетъ и не попадаться.

Преимущества этихъ, предлагаемыхъ мною и съ успѣхомъ уже примѣняемыхъ нитокъ заключаются въ слѣдующемъ.

1) Онѣ очень гладки и очень похожи на настоящий silk worm gut¹³⁾.

2) Онѣ очень хорошо завязываются простымъ и хирургическимъ узломъ.

3) Онѣ не путаются, какъ папр., крученый шелкъ.

4) Онѣ очень дешевы по сравнению и съ шелкомъ и съ silk worm gut.

Вотъ отчетъ о бактериологической провѣркѣ стерилизации этого матерьяла, сдѣланной по моей просьбѣ sub-ассистентомъ нашей клиники *F. Stud. med. Гинзбургимъ* въ кабинетѣ профессора *В. А. Афанасьева* и подъ его наблюдениемъ. За внимательное и отзывчивое отношеніе ихъ обоимъ къ этому дѣлу долгомъ считаю выразить имъ здѣсь мою признательность.

Были произведены опыты съ обработаннымъ по методу проф. *Губарева* нитками, предварительно зараженными эмульсіей споръ сибирской язвы (свѣжія культуры на картофелѣ и трехъ-мѣсячной культурѣ на агарь-агарѣ). Зараженная нитка послѣ высушивания надъ едвой кислотой, втеченіи сутокъ выдерживалась въ растворѣ photoxylini и снова высушивалась. Опыты дѣлались съ нитками передъ зараженіемъ не раскрученными, раскрученными и расщипанными. Послѣ высушивания нитки дѣлились на три порціи.

Первая порція подвергалась кипяченію втеченіе 15 минутъ (въ водѣ). Послѣ этого она засѣялась на желатинѣ и агарь-агарѣ. Черезъ 24 часа на желатинѣ появился ростъ anthracis, а черезъ 48 часовъ появилось роскошное развитіе бактерий сибирской язвы. На агарь-агарѣ никакихъ слѣдовъ роста.

Вторая порція кипятилась два раза по 15 минутъ черезъ 24 часа. Она была засѣяна на бульонѣ, агарь-агарѣ и желатинѣ и не дала никакихъ слѣдовъ роста.

Третья порція кипятилась три раза по 10 минутъ черезъ 24 часа. Она также была засѣяна на бульонѣ, желатинѣ и агарь-агарѣ и не дала никакихъ слѣдовъ роста. Изъ вышеописанныхъ опытовъ слѣдуетъ, что методъ обработки нитокъ предложенный проф. *Губаревымъ* не препятствуетъ послѣдующей стерилизации ихъ кипяченіемъ.

Стерилизацию швовъ кипящей водой слѣдуетъ производить или 2 раза по 15 минутъ, или 3 раза по 10 минутъ.

¹³⁾ Свойства эти сохраняются даже черезъ 12 дней и ясно замѣтны при снятіи въ это время швовъ.

Всѣ эти качества этого новаго матерьяла для хирургическихъ швовъ позволяютъ мнѣ горячо рекомендовать товарищамъ испробовать его при операціяхъ. Въ земской и сельской практикѣ приходится считаться со стоимостью матерьяла, которымъ приходится шить, наконецъ и самый матерьялъ, напр. шелкъ, приходится выписывать иногда издалека, а хороши суровыя нитки вездѣ можно достать да и коллодій тоже.

Для военнополовой хирургіи такое значительное удешевленіе матерьяла для швовъ было бы весьма существенно, потому что помимо сбереженій при заготовленіи швовъ для военнаго времени, этотъ матерьялъ можно было бы обновлять время отъ времени, а при случаѣ заготовить его сразу въ большомъ количествѣ, тогда какъ шелкъ слишкомъ дорогъ, чтобы можно было обновлять его запасы, уничтожая старый. Все таки шелкъ отъ продолжительнаго лежанія портится, а возобновить сразу большой запасъ его едва ли даже возможно по условіямъ міроваго рынка и самаго производства этого матерьяла.

Въ защиту оперативнаго лѣченія осумкованныхъ скопленій крови въ полости малаго таза.

М. Мирнова.

(Изъ Гинекологическаго отдѣленія Харьковской Городской Александровской больницы.).

Въ № 37 газеты «Врачъ» за текущій годъ появилась статья д-ра *С. В. Якубовскаго*: «къ вопросу о лѣченіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей». въ которой авторъ защищаетъ неоперативное лѣченіе осумкованныхъ скопленій крови въ полости малаго таза и въ подтвержденіе правильности такого взгляда приводитъ одно клиническое наблюденіе. оговариваясь, что онъ описываетъ свой случай потому, что «заматочная кровяная опухоль встрѣчается въ общемъ не часто, и поэтому каждый отдѣльный случай проливаетъ до известной степени свѣтъ на этотъ вопросъ».

Мнѣ въ теченіе сравнительно короткаго времени пришлось наблюдать 7 подобныхъ случаевъ. изъ которыхъ 6 были лѣчены оперативнымъ путемъ и одинъ случай чисто выжидательно-симптоматически.

Выводы на основаніи этихъ наблюденій получились какъ разъ обратные тѣмъ, къ которымъ пришелъ д-ръ *Якубовскій*. Поэтому я позволю себѣ подѣлиться съ товарищами, какъ этими наблюденіями, такъ и нѣкоторыми соображеніями по этому поводу. Наблюденія эти слѣдующія.

Наблюденіе 1. Александра М—ва, 18 лѣтъ, поступила въ Александровскую городскую больницу 25 августа 1896 года.

Регулы, съ 14 лѣтъ по 3 дня, повторяются черезъ 4 недѣли съ незначительною болью, въ умеренномъ количествѣ. Все время до 17 апрѣля 1896 г. приходили аккуратно. Последний разъ передъ заболѣваніемъ регулы были съ 17 по 20 апрѣля 1896 г. За нѣсколько мѣсяцевъ до этого она вышла замужъ и, по видимому, забеременѣла послѣ регулы въ апрѣлѣ, такъ какъ въ мѣѣ и въ іюлѣ регулы не было, а вмѣсто регулы 17 іюня 1896 года у больной появилось кровотеченіе. Кровь шла кусками втеченіе 3-хъ дней и развились сильныя боли въ лѣвой паховой области.

Начало заболѣванія сопровождалось рвотой и лихорадкой, длившейся какъ и кровотеченіе 3 дня т. е. до 20 іюня; потомъ все стихло и больная чувствовала себя до 27 іюня довольно хорошо. Но съ 27 іюня 96 года снова появились сильныя коликообразныя боли и лихорадка. Съ этими явленіями больная была перевезена въ Славянскъ на минеральныя воды, гдѣ я и видѣлъ ее впервые съ д-ромъ Чунисынъ. Матка при изслѣдованіи была отодвинута кзади, въ переднемъ же Дугласовомъ пространствѣ помѣщалась шаровидная эластическая опухоль, боковыя границы которой были не вполне ясны, верхняя же граница ея достигала почти пупка. Больная лихорадила. Тогда же была распознана лопнувшая лѣвосторонняя трубная беременность съ кровоизлияніемъ въ переднее Дугласово пространство. Въ теченіе іюля, спустя 3 недѣли послѣ прѣзда въ Славянскъ, у больной, не смотря на абсолютный покой и примѣненіе противувоспалительнаго лѣченія, развился безъ всякихъ видимыхъ причинъ тромбозъ лѣвой бедренной вены и отекъ всей лѣвой ноги.

Вслѣдствіе этого осложненія мысль о предполагавшемся раньше оперативномъ лѣченіи была совершенно оставлена и больная съ ногой въ повязкѣ уложена снова на 5 недѣль неподвижно въ постель. И только спустя 5 недѣль послѣ развитія тромбоза биты на лѣвой ногѣ больной были назначены поясные ванны въ 30—32°. Принявши около 10 ваннъ больная прѣехала въ Харьковъ и поступила въ больницу.

Втеченіе этого времени имѣла правильныя регулы съ 15 по 18 августа. При поступленіи въ больницу главныя жалобы больной сводились на сильныя коликообразныя боли внизу живота, особенно съ лѣвой стороны, и на боли въ лѣвой ногѣ. Мочеиспусканіе нормально. Бѣлей нѣтъ. Аппетитъ и стулъ нормальны. При объективномъ изслѣдованіи найдено, что органы грудной и брюшной полости не представляютъ отклоненій отъ нормы. Больная рѣзко малокровна. Грудныя железы не увеличены и не отдѣляются молозива. Матка отодвинута кзади и прикрыта опухолью, такъ что два ея ощупать нельзя, но довольно подвижна. Въ переднемъ Дугласѣ помѣщается опухоль величиною въ 4-хъ мѣсячную беременную матку эластическая, верхняя граница которой не доходить на 2 пальца до пупка.

2/3 опухоли помѣщаются вправо отъ средней линіи и одна треть ея лѣво отъ *linea alba*. Опухоль гладкая нѣсколько подвижная съ глубокой флуктуацией; мало болѣзненная.

Втеченіе пребыванія больной въ больницу равно какъ и до этого, втеченіе всего августа, температура оставалась нормальной. Аннегитъ и стулъ удовлетворительны. Подъ влияніемъ ваннъ больная начала поправляться и стала ходить. Отекъ лѣвой ноги почти исчезъ. Съ 6 по 9 сентября прошли регулы и больная уѣхала домой 10 сентября для продолженія лѣченія вапнами. Втеченіе июля и августа, когда стихла лихорадка, больная пользовалась влажными дунами восходящей температуры и горячими припарками на животъ втеченіе 8—10 часовъ ежедневно. Не смотря на такое лѣченіе, опухоль за 2½ мѣсяца уменьшилась очень немного. Все чего удалось достигнуть это то, что опухоль получила ясные контуры, стала какъ бы нѣсколько подвижнѣе и уменьшилась на 1 или 2 пальца по периферіи.

Наблюденіе 2. Марія В.—ва 25 лѣтъ, поступила въ больницу 6 апрѣля 1896 года. Регулы, съ 16 лѣтъ, по 2 дня съ болями въ поясницѣ, приходятъ черезъ 4 недѣли. Последнія регулы въ началѣ февраля 1896 года. Родила 2 раза нормально. Выкидышей не имѣла. Последние 4 года беременной не была. Съ начала февраля до 21 марта 96 года т. е. около 6—7 недѣль регулъ не было. 21 марта, послѣ паденія съ высокой лѣстницы, почувствовала сильныя боли внизу живота и поясницѣ и кровотеченіе, которое шло 4 дня очень сильно кустами, потомъ же продолжалось до 6 апрѣля въ незначительной степени. Появилась лихорадка, частые позывы на мочу и болезненность при мочеиспусканіи. Всѣ эти явленія немного стихли подъ влияніемъ назначеннаго на дому лѣченія, но когда больная снова встала и начала было работать, то боли снова обострились и больная поступила въ больницу на 16-й день отъ начала заболѣванія.

Средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Органы грудной и брюшной полостей не представляютъ особыхъ измѣненій, исключая нѣсколько обожженнаго языка и вздутаго кишечника. Молочныя желѣзы отдѣляютъ молоко. Матка немного увеличена, разрыхлена, отодвинута вправо за среднюю линію и прижата къ лобку, но подвижна. Въ лѣвомъ и заднемъ сводѣ прощупывается опухоль величиною въ дѣтскую головку или большой кулакъ. Верхняя граница ея выходитъ на 4 пальца выше лобка, правая ея граница на палецъ вправо отъ средней линіи, лѣвая на 3 пальца влѣво отъ linea alba. Опухоль эластична, сильно болезненна, имѣетъ бурность, какъ бы извилины расширенной трубы, на верхнемъ правомъ своемъ краѣ и связана съ лѣвымъ угломъ матки. Диагностировано: Haematosalpinx sinistra e graviditate tubaria съ кровоизліяніемъ въ дугласово пространство.

Температура до операціи была подлихорадочной до 38°. 11 апрѣля. Подъ хлороформомъ вскрыта полость матки и вскрытъ и общитъ задній сводъ. Далѣе вскрыта подлежащая опухоль, изъ полости ея удалены сгустки крови и сѣмь мѣшковъ удалены по частямъ. Далѣе матка дномъ опрокинута назадъ и выведена лѣвымъ угломъ въ рану. На лѣвую трубу наложена лигатура и остатки трубы отрѣзаны. На наружный конецъ трубы

и lig. infundibulo-pelvicum наложенъ Писановскій шнуръ аdemeur и остатки опухоли удалены. Правые придатки оказались нормальными. Такимъ образомъ все кровоизлиянiе вмѣстѣ съ мѣшкомъ экстирпировано. Тампонажи. Въ послѣоперационномъ періодѣ t^0 повышалась 4 раза до 38^0 , въ остальномъ же, кромѣ небольшого катарра пузыря, все прошло довольно гладко. Съ 12-го дня больная садится, а на 15 встала съ постели. Черезъ мѣсяць отъ поступления въ больницу 8 мая больная выписалась вполне поправившись. Матка нормальной величины, плотна и подвижна, Въ заднемъ сводѣ рубецъ отъ разрѣза и незначительная инфильтрація на мѣстѣ бывшей опухоли.

Такимъ образомъ больная въ 1 мѣсяць была совершенно освобождена отъ своихъ страданій.

Наблюденіе 3. Елена Г.—на 17 лѣтъ поступила въ больницу 12 августа 1896 года. Регулы съ 14 лѣтъ приходили правильно черезъ 4 недѣли по 3 дня. Последнія правильныя регулы были въ концѣ іюня, затѣмъ въ іюлѣ не пришли, 12 августа началось кровотеченіе, длившееся 8 дней и перешедшее потомъ въ неправильное отдѣленіе грязнокровянистой жидкости, продолжавшееся вплоть до операциі т. е. до 5 сентября. До этого родила нормально 1 разъ около года назадъ и въ послѣродовомъ періодѣ имѣла какой-то воспалительный процессъ въ половыхъ органахъ.

Вмѣстѣ съ появленіемъ кровотечения у больной развились боли внизу живота, отсутствіе аппетита и запоры. Объективно довольно сильное малокровіе. Прудныя желѣзы отдѣляютъ мало-зиво. Легкія и сердце безъ особыхъ измѣненій. Языкъ обложенъ, кишечникъ пѣсколько вздутъ и животъ болѣзненъ къ давленію въ нижней части. Матка немного увеличена, поднята вверхъ и приближена къ лобку опухолью, которая помѣщается позади ея и больше въ лѣвой половинѣ таза. Опухоль зыблящаяся, выстилаетъ полость малаго таза, преимущественно ея лѣвую половину, и поднимается въ полость живота, не доходя до пупка на 3 пальца. Влѣво отъ средней линіи она заходитъ на 10 см., вправо же только на 6 см., опухоль имѣетъ ясную связь съ лѣвой фаллопеевой трубой и неподвижна.

Съ 12 августа до 5 сентября, не смотря на покой и противувоспалительное лѣченіе, больная все время страдала болями внизу живота и по временамъ лихорадила (до $38,5$). Была діагностирована лѣвосторонняя трубная беременность съ разрывомъ плодныхъ оболочекъ и кровоизліяніемъ. 5 сентября 1896 года подѣ хлороформомъ вскрытъ и облитъ задній сводъ, послѣ чего обнаружился мѣшокъ наполненный кровью. Его вскрыли разрѣзомъ, полость его освободили отъ кровяныхъ сгустковъ, которыхъ удалено около 2-хъ стакановъ; стѣнки мѣшка пришли къ задней стѣнкѣ влагалища и полость затампонировали марлей.

Въ послѣоперационномъ періодѣ теченіе первыхъ 6-ти дней, пока марля мѣнялась черезъ 3 сутокъ и кровь разлагалась, температура была повышенной даже до 39^0 , но съ 7-го дня все

пришло къ нормѣ, послѣ того какъ былъ вынѣ дренажъ и отдѣленія мѣшка больше не задерживались.

Уже на 7-й день послѣ операции отмѣчено значительное уменьшение полости мѣшка. На 12 день больная встала съ постели и черезъ мѣсяцъ послѣ операции выписалась изъ больницы, при чемъ найдено: матка нормальной величины въ ante-flexio, неподвижна. На мѣстѣ лѣвыхъ придатковъ плотная опухоль величиною къ куриное яйцо. Отдѣленіе изъ раны заднего свода еще довольно значительно, гнойнаго характера. Субъективно больная чувствуетъ себя вполнѣ хорошо. Спустя 3 недѣли послѣ выписки изъ больницы я видѣлъ снова больную, которая значительно поправилась, уплотненіе на мѣстѣ лѣвыхъ придатковъ еще существуетъ, отдѣленіе изъ раны почти нѣтъ. Субъективно чувствуетъ себя вполнѣ хорошо. Такимъ образомъ, при болѣе чѣмъ трехънедѣльномъ выжидательномъ леченіи мы не добились никакихъ сколько нибудь замѣтныхъ результатовъ, тогда какъ черезъ мѣсяцъ послѣ операции больная была почти совершенно избавлена отъ своей болѣзни.

Наблюденіе 4. Анна Т.—ва 50 лѣтъ, больная изъ частной практики. Менструировать начала съ 15 лѣтъ по 8 дней, черезъ 4 недѣли все время правильно. Рожала 4 раза, первыхъ 2 родить родила въ срѣдь, 3-го на 7-мъ мѣсяцѣ мертвымъ и 4-го въ срѣдь 12 лѣтъ назадъ. Постродовой періодъ протекалъ всегда нормально. Выписавъ 8-ти недѣль имѣла 1—6 лѣтъ назадъ. Заболѣла въ явѣ 1896 года внезапно рвотами, болями внизу живота и поносами и лихорадкой. Регулы все время приходили правильно и только нѣтъ не было въ августѣ; въ сентябрѣ же и октябрѣ онѣ были съ 1 по 8 числу. Лихорадка съ ознобами и рвотами длилась все время съ мая до половины октябрю, когда я видѣлъ больную впервые, съ повышеніемъ температуры иногда (до 40°).

14 октября 1896 года при изслѣдованіи найдено крайне рѣзко малое рѣло. Анемичные шумы въ сердцѣ; обложенный языкъ, вздутый кончикъ. Матка поднята вверхъ, прижата къ лобку и отодвинута немного кѣво за среднюю линию и значительно увеличена, вполнѣ неподвижна. Позади ея находится опухоль выходящая всю полость малого таза съ глубокимъ выбѣшемъ. Верхняя граница ея достигаетъ пупка и вправо отъ средней линіи доходитъ до костей таза, кѣво же отъ отъ linea alba верхняя граница не достигаетъ пупка на 3 пальца и кѣво простирается на 6 см., отъ средней линіи. Опухоль имѣетъ связь съ правой фаллопеевой трубой и вполнѣ неподвижна.

Въ виду отсутствія какихъ бы то нибудь указаній на прооперированіе или бывшую инфантичную беременность и въ виду гнойной лихорадки, только что описанная опухоль была принята за нагноеніе въ правой фаллопеевой трубѣ. 16 октября 1896 года подъ хлороформомъ, при участіи 4-хъ товарищей врачей, былъ вскрытъ и обнѣ задній сводъ, затѣмъ обнажена стѣнка прилежащаго мѣшка. Послѣдній вскрытъ разрывомъ въ 6 см. и стѣнки его слины со стѣнками влагалища. Полость его оказа-

лась наполненной кровинками и фибринозными сгустками, которые и вычищены пальцами, шариками ваты и отчасти промыты, однако далеко не всё и полость матки затампонирована марлей. Уноя не найдено. Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ было громадное кровоизліяніе въ трубу и тазовую полость.

Послѣ операций уже черезъ 2 недѣли бывшая полость уменьшилась раза въ 4 противъ прежняго. Больная только постепенно перестала лихорадить такъ, что t° пришла къ нормѣ спустя 4 недѣли. На 6-ой день послѣ операции была вычищена ложечкой—петлей еще одинъ разъ масса свертковъ фибрина и крови. Съ 10-го дня введено дренажъ. На 14-й день позволено садиться.

Спустя 5 недѣль послѣ операции больная не столько поправилась, что могла быть отпущена домой въ Львовъ. Въ это время найдено следующее: матка значительно увеличена, остается ближе къ лѣву, почти неподвижна, расширена, хитрымъ образомъ наклонена впередъ. Позади и справа отъ нея остается только небольшая инфильтрація (на мѣстѣ бывшей опухоли трубы) съ лѣвой же стороны (гдѣ было кровоизліяніе въ брюшину дугласа) остается еще опухоль съ куриное яйцо величиною. Болѣе гнѣтъ не замѣчается. Сопл., анкетныя и стулъ пришли къ нормѣ.

Наблюдение 5. Марія В—ва 28 лѣтъ, поступила въ больницу 29 августа 1896 г. Регулы начались съ 16 лѣтъ, или accurately черезъ каждыя 4 недѣли по 3 дня. Послѣднія правильныя регулы были въ половинѣ Іюня 1896 года, затѣмъ въ Іюль показались только разъ кровяное пятно, и только 26 августа, т. е. послѣ болѣе чѣмъ 2-хъ мѣсячной задержки, появилось кровотечение и сильныя боли внизу живота, такъ что больная прикудана была спать въ постель. Роды были 1—нормальныя 10 лѣтъ назадъ и выкидыши 1—назадъ тому 3 года.

Больная сильно апемичная, t° 36,8 пульсъ 108. Въ легкихъ и сердцѣ ясныхъ измѣненій не замѣчается. Языкъ обложенъ; животъ вздутъ особенно въ верхней части. Абсолютно тупой топъ на 2 пальца надъ лобкомъ. Изъ грудной полости не выдвигается. Матка отодвинута назадъ, прирѣзана опухолью такъ что правую ея сторону не удастся. Въ переднемъ сводѣ ощущается разлитая опухоль, границы которой не ясны, исключая верхней, которая выходитъ на 2 пальца надъ лобкомъ. Изъ матки выходятъ куски оболочки, которая въ микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась *эпителиальной оболочкой*.

Уже спустя 2 дни. 1-го сентября, можно было констатировать, что матка увеличена, лежитъ ближе къ правой стѣнѣ таза. Въ заднемъ и лѣвомъ сводѣ ощущается выбухающая опухоль, но еще безъ рѣзкихъ контуровъ. Поставленъ былъ *диагнозъ: graviditas tubaria sup. съ разрывомъ трубы и кровоизліяніемъ въ тазовую полость*. Не сматри на абсолютный покой и противовоспалительное лѣчение, t° начиная съ 31 августа, по-

высилась и все время до операции держалась въ предѣлахъ между 38 и 39°, повышалась иногда до 40°.

2 сентября уже констатирована опухоль лѣвыхъ придатковъ величиною въ кулакъ, выстоящая на 4 пальца надъ лобкомъ. 8/ix констатированы кромѣ опухоли еще экссудатъ, занимающій переднее и заднее Дугласовы пространства и выстоящій на 4 пальца надъ лобкомъ.

Опухоль росла на глазахъ и 15-ix достигла пупка. Въ лѣвой половинѣ доходить до костей таза, выравно же отъ linea alba заходить на 3 пальца.

19/ix подъ хлороформомъ вскрытъ и обнѣтъ задній Дугласъ, откуда вынуждена масса загнившей сильно зловонной кровянистой жидкости и сгустковъ крови. Полость промыта и тампонирована.

Послѣ операции 1^ю была еще повышенной течение первыхъ 6 дней, пока полость была тампонирована и отдѣлялись кровяные сгустки разлагающіеся, затѣмъ снала до нормы и уже больше не повышалась. Послѣоперационный періодъ прошель безъ осложненій. Больная стала быстро поправляться, появился аппетитъ. На 12 день больная начала вставать съ постели, а 17 октября, т. е. почти черезъ мѣсяць послѣ операции, больная выписалась, чувствуя себя вполнѣ хорошо. Матка была вѣсколько увеличена, наклонена взадъ, на мѣстѣ лѣвыхъ придатковъ прощупывалась еще опухоль въ гусиное яйцо величиною, мало бо-лѣзненная и мало подвижная, рана задняго свода еще не закрывалась.

Такимъ образомъ, за 3 недѣли пребыванія въ больницѣ, не смотря на лѣчение, больная все прогрессировала и опухоль увеличилась раза въ 3 сравнительно съ первоначальной ея величиною, и больная все время страдала отъ изнурительной лихорадки. Послѣ же операции, уже черезъ недѣлю, больная стала быстро поправляться, и черезъ мѣсяць могла быть отпущена домой, чувствуя себя вполнѣ поправившейся.

Наблюдение 6. Александра С—ва 24 лѣтъ, поступила въ больницу 7 октября 1896. Регулы получила на 15-мъ году, приходили онѣ каждыя 4 недѣли и продолжались по 4 дня. Послѣднія регулы были въ началѣ августа, затѣмъ въ началѣ сентября не пришли, а 20 сентября появилось кровотеченіе, начало котораго сопровождалось обморокомъ. Кровя шла сильно 2 недѣли и продолжаютъ еще въ незначительной степени въ моментъ поступления въ больницу. Вместе съ кровотеченіемъ появились боли внизу живота. Рожала 1 разъ нормально 2 года назадъ и послѣ родовъ болѣла.

Малокровная и плохо питаемая. Органы грудной и брюшной полостей безъ замѣтныхъ измѣненій. Животъ не вздутъ. Изъ грудныхъ желѣзъ выделяется молозиво. Матка не увеличена, (7 см.), придвинута къ лобку неподвижна, отдѣляетъ кровь съ примѣсью слизи. Позади ея и больше въ правомъ сводѣ находится опухоль величиною въ 2 кулака, выстоящая на 3 пальца

надъ лобкомъ. Опухоль бугриста сверху, такъ какъ будто прощупывается расширенная и извитая фаллопиева труба, переходящая въ опухоль и имѣеть ясное зыбленіе. Лѣвыхъ придатковъ прощупать не удалось. Диагностирована правосторонняя трубная беременность съ кровоизліяніемъ въ дугласово пространство.

До операціи больная пробыла подъ наблюденіемъ 17 дней при постельномъ содержаніи и противовоспалительномъ выжидательномъ лѣченіи. Не смотря на это, т⁹, бывшая уже при поступленіи подлихорадочной, сдѣлалась высокой и въ теченіе 8 дней передъ операціей держалась между 38,4 и 40,4 и сама опухоль увеличилась значительно въ величинѣ, такъ что верхняя граница ея не достигала только на 2 пальца до пупка, лѣвая граница ея заходитъ на 3 пальца влѣво отъ средней линіи и правая на 4 пальца вправо отъ бѣлой линіи.

24 октябрия подъ хлороформомъ сдѣланы разрѣзы задняго свода въ 6 см. шириною и обшиты. Затѣмъ вскрыта лежащая опухоль и стѣнки ея сшиты съ влагалищемъ. Изъ полости вытериваны кровяные сгустки и она затампонирована марлею. Температура оставалась еще въ теченіе 5-ти дней послѣ операціи повышенной, потомъ же спала до нормы, съ 10-го дня больная встаетъ съ постели. Черезъ 2 недѣли послѣ операціи опухоль уменьшилась до величины гусиного яйца и больная все время чувствовала себя хорошо, но потомъ послѣ погрѣшностей въ діетѣ перенесла въ теченіе 6 дней острый гастроэнтеритъ.

23 ноября при изслѣдованіи найдено: матка нормальной величины, довольно подвижна въ ante flexio, позади ея остатки бывшей опухоли въ видѣ инфильтраціи. Полость бывшего кровоизліянія заросла, хотя рана задняго свода еще не вполне зарубцевалась. Больная можетъ считаться выздоровѣвшей.

Наблюденіе 7. Марія Г.—ва 23 лѣтъ, поступила въ больницу 16 октября 1896 года. Регулы съ 16 лѣтъ, приходятъ черезъ 4 недѣли и длятся по 5—6 дней. Послѣднія регулы пришли въ срокъ 2 октября, но шли не 6 дней, а 10, при чемъ первые дни какъ обыкновенно, а послѣдніе 3 дня очень сильно. Втеченіе этихъ регулъ и заболѣла. По временамъ стало появляться головокруженіе и тошнота и схваткообразныя боли въ пахахъ и поясницѣ и съ этими жалобами и прибыла въ больницу.

Рожала 2 раза нормально, послѣдній разъ 1½ года назадъ. Выкидышей не имѣла. Со времени заболѣванія апетитъ плохъ, запоры и мочеиспусканіе съ рѣзью. При изслѣдованіи найдено слѣдующее. Большая рѣзко малокровна. Органы грудной полости безъ особыхъ измѣненій. Языкъ обложенъ; кишечникъ вздутъ. Грудныя желѣзы не увеличены замѣтно, но соски пигментированы и выдавливаются молоко. Слизистая оболочка входа влагалища и стѣнки послѣдняго представляютъ характерную сипеву. Матка нѣсколько увеличена, поднята, приближена къ лобку и неподвижна, позади ея зыблущаяся опухоль полушаровидной формы, верхняя граница которой поднимается изъ полости малого таза на 3 пальца надъ лобкомъ и имѣеть не вполне ясныя

контуры. Опухоль занимает больше правую половину таза и сильно болезненна. Температура больной с момента поступления до операции была все время повышенной, достигая 39° и давая колебания в 1° — $1,5^{\circ}$.

Диагносцировано кровоизлияние в тазовую полость с нагноением.

По смотру на покой и противовоспалительное лечение, больная лихорадила и опухоль росла на глазах, так что спустя 10 дней после поступления в больницу, верхняя граница опухоли достигла уровня пупка и в обе стороны от средней линии доходила почти до ствоек таза. Матка еще больше поднялась из полости малого таза, лежала вправо от средней линии и наклонена вправо и прижата к лобку. 29 октября под хлороформом задний свод вскрыть и обшить. Предлежащая опухоль с довольно толстыми стенками вскрыта и из нее выпущено много кровянистой жидкости с примесью гноя и удалены кровяные сгустки. Полость промыта раствором сулемы и затампирована.

Через день после операции уже температура спала до нормы по утрам, хотя по вечерам еще поднималась до 38° . В послеоперационном периоде отмечена желтуха после хлороформа и один день галлюцинации. Потом все успокоилось и больная начала быстро поправляться. Потом, помимо, вследствие усиленных движений больной и повышенной ее неосторожности произошло снова повышение t° и образовался не большой вытек в переднем Дугласе. Но вост. не продолжительного противовоспалительного лечения t° пришла к норм. и больная продолжала быстро поправляться. Спустя 3 недели после операции при исследовании найдено, что матка поднята и увеличена, неподвижна. В переднем Дугласе опухоль с голубоват. яйц. Позади матки плоская опухоль с куриное яйцо; полость бывшего кровоизлияния почти все заросла, так что зонд входить в нее только на 3 см. Рана заднего свода пропускает еще галект. Больная субъективно чувствует себя вполне хорошо.

Сравним теперь случай, приводимый д-ром *Дубовским* с нашим. Судя по описанию, тут также как и в наших случаях имела трубная беременность с разрывом трубы и последующим кровоизлиянием в тазовую полость, которое повторилось дважды, спустя месяц одно после другого. Результат консервативного лечения, примененного в этом случае, был, на мой взгляд, далеко недостаточный: потребовалось $4\frac{1}{2}$ месяца постельного содержания больной и $6\frac{1}{2}$ месяцев от начала заболывания на то, чтобы опухоль, «недостигавшая уровня пупка на $1\frac{1}{2}$ пальца и имевшая величину коксового ореха», уменьшилась до величины «пѣскового болѣе куриного яйца».

Подобное же явление наблюдалось и въ нашемъ наблюдении № 1, гдѣ примѣнялось выжидательно припадожное лѣчение и гдѣ, не смотря на это опухоль в течение 2½ мѣсяцевъ измѣнилась на незначительную величину. Еще болѣе неблагоприятныя явления при выжидательномъ лѣченіи наблюдались въ другихъ нашихъ случаяхъ, гдѣ опухоли не только не уменьшались, но даже значительно увеличивались, не смотря на противувоспалительное лѣчение и постельное содержаніе больныхъ, и появлялась лихорадка.

Послѣ оперативнаго опероженія кровоизліянія выздоровленіе шло очень быстро. Такъ въ наблюдении № 2, гдѣ вся опухоль была экстирпирована, больная оставила больницу черезъ мѣсяць послѣ операціи совершенно освобожденная отъ опухоли. Въ остальныхъ же 5-ти случаяхъ больныя также быстро поправлялись послѣ операціи и в течение мѣсяца достигалось почти полное заустѣяніе мѣшка бывшаго кровоизліянія и больныя выписывались домой съ небольшими остатками бывшихъ опухолей и могли приниматься за свои обычныя занятія.

Что касается до самой операціи, то она не представляетъ совершенно никакой опасности для жизни и крайне проста по исполненію. Задній сводъ влагалища вскрывается на протяжении 6 см. поперечнымъ разрѣзомъ. Кровотеченіе останавливается обшиваніемъ и пальцемъ отдѣляется задняя стѣнка влагалища отъ лежащей просвѣчивающей опухоли, которая лежитъ въ брюшной полости. Затѣмъ брюшина заднего Дугласа и стѣнка прилегающей опухоли вскрываются проколомъ иглы и разрѣзъ расширяютъ также до 6-ти см. Затѣмъ стѣнка опухоли и брюшина снимаются съ задней влагалищной стѣнкой. Кровяные сгустки вычищаются пальцами и полость бывшаго кровоизліянія тахионирруется полосками марли. Операція обыкновенно требуетъ не больше 15-ти 20-ти минутъ времени. Спустя 2 или 3 сутокъ полоски марли удаляются; полость бывшаго кровоизліянія промывается обильно сперва горячимъ растворомъ карболовой кислоты или формалина, а потомъ растворомъ борной кислоты, въ нее вводятъ толстый выводникъ, который пришивають къ влагалищной части матки. Дальнѣйшее лѣченіе обыкновенно состоитъ въ прополаскиваніи черезъ дренажъ

бывшей полости по 2 раза въ сутки и иногда, для ускоренія процесса заростанія полости, вырывается *t-ra iodi*. Больные уже съ 10—14 дней оставляютъ постель, процессъ заживанія, какъ видно изъ нашихъ наблюденій, длится около мѣсяца.

Какъ извѣстно осумкованныя крововизліянія въ полость малаго таза при выжидательномъ лѣченіи часто сопровождаются болѣе или менѣе сильной лихорадкой, которая истощаетъ силы больныхъ и подрываетъ ихъ здоровье. Иногда эта лихорадка зависитъ отъ нагноенія содержимаго, иногда же просто отъ разложенія его и загниванія, при чемъ выпущенное содержимое полости пахнетъ сильное зловоніе, какъ это наблюдалось и въ одномъ изъ нашихъ случаевъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ произошло нагноеніе крововизліянія, кромѣ лихорадки иногда наблюдается вскрытіе образовавшагося нарыва въ прямую кишку или влагалище, при чемъ по статистикѣ Zweifel'a ¹⁾ это было мѣсто въ 15,8% всѣхъ случаевъ, а по статистикѣ Courty въ 38,4% всѣхъ случаевъ.

Наконецъ, при чисто выжидательномъ лѣченіи наблюдался смертный исходъ по болѣе старой статистикѣ въ 21%, а по благопріятной статистикѣ *Смолевскаго* въ 18% всѣхъ случаевъ.

Спрашивается, что-же намъ даетъ выжидательный способъ лѣченія при осумкованныхъ крововизліяніяхъ въ полость малаго таза?

1) Смертность отъ 18% до 21% т. е. такую смертность, которой въ настоящее время не имѣетъ ни одна благоустроенная клиника ни отъ чревосѣченія, покакому бы поводу оно не производилось, ни отъ какой влагалищной операціи, до экстирпаціи всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ включительно.

2) Отъ 15% до 38% всѣхъ случаевъ разбираемыхъ крововизліяній подвергаются нагноенію и вскрытію въ прямую кишку или влагалище и только въ 63% всѣхъ случаевъ, и то по благопріятной статистикѣ, эти крововизліянія подвергаются всасыванію. Но и въ этихъ случаяхъ больныя обречены на продолжительное, иногда многомѣсячное, больничное лѣченіе, что для людей, живущихъ своимъ трудомъ, имѣетъ также не послѣднее значеніе. Опорожненіе же полости крововизліянія

¹⁾ Цитирую по *Якубовскому* (Врачъ № 37. 1896 г.) и нарочно пользуюсь исключительно статистическими данными, приведенными только въ этой статьѣ.

даетъ быстрое выздоровленіе и избавляетъ больныхъ какъ отъ истощающей лихорадки, такъ и отъ возможности нагноенія и послѣдовательнаго вскрытія гнойника во влагалище или прямую кишку. Такимъ образомъ очевидно, что всѣ преимущества стоятъ на сторонѣ активнаго — оперативнаго лѣченія.

Поэтому я считаю оперативное лѣченіе инкапсулированныхъ кровоизліяній въ полость малаго таза болѣе безопаснымъ и болѣе выгоднымъ для больной, чѣмъ выжидательное.

Остается вопросъ о томъ, какимъ путемъ производить опорожненіе подобныхъ кровоизліяній.

На VI сѣздѣ общества русскихъ врачей въ Кіевѣ, я имѣлъ уже случай высказать свой взглядъ на сравнительныя выгоды и невыгоды чревосѣченія и влагалищнаго пути въ гинекологіи, въ смыслѣ преимуществъ послѣдняго, потому что онъ безопаснѣе и легче для больной, чѣмъ чревосѣченіе.

Поэтому я оперирую чрезъ влагалище во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ возможенъ выборъ того или иного пути, что бы проникнуть въ брюшную полость. Въ частности для опорожненія осумкованныхъ кровоизліяній въ полость малаго таза влагалищный путь представляетъ всѣ преимущества: операція безусловно безопасна, легка по исполненію и не оставляетъ несприятныхъ послѣдствій для больной. Правда, простое опорожненіе кровоизліянія чрезъ разрѣзъ задняго свода, нельзя назвать приѣмомъ идеальнымъ и операціей вполнѣ законченной. Желательнѣе было бы открыть источникъ кровотечения; удалить всю излившуюся кровь; осмотрѣть полость малаго таза; удалить все что болѣзненно, измѣнено и оставить все, что кажется здоровымъ. Но для этого потребовалось бы чревосѣченіе.

Возможно было бы сдѣлать тоже, хоть съ меньшимъ удобствомъ и черезъ влагалище. Но въ томъ и въ другомъ случаѣ это была бы операція гораздо болѣе опасная и болѣе хлопотливая, чѣмъ простая colpotomia posterior. А такъ какъ черезъ вскрытіе задняго Дугласа мы имѣемъ возможность, все таки, въ достаточной мѣрѣ опорожнить полость кровоизліянія, и въ тоже время достигнуть быстро желаемой цѣли — выздоровленія больной, то для практическихъ цѣлей этотъ приѣмъ можетъ считаться вполнѣ удовлетворительнымъ.

Но если бы даже мы производили опорожнение разбираемых кровоизлияний путем чрезвѣщени, то и тогда мы рисковали бы получить смертельный исходъ въ 3 или 4 раза рѣже, чѣмъ при чисто выжидательномъ способѣ.

Д-ръ *Якубовскій*, говоря о хирургическомъ леченіи замѣтной кровяной опухоли, называетъ этотъ способъ «злоупотребленіемъ хирургическимъ пожомъ», при чемъ говоритъ, что «подобный взглядъ....раздѣляется въ настоящее время многими выдающимися врачами», и въ подтвержденіе этого приводитъ имена цѣлаго ряда покойниковъ, какъ то *Bandl'a*, *Горвица*, *Schröder'a* или причисляетъ сюда же *A. Martin'a* на основаніи мнѣнія, которое этотъ послѣдній высказывалъ лѣтъ 12 тому назадъ, и котораго въ настоящее время ужь никакъ нельзя причислить къ особннымъ консерваторамъ.

Далѣе д-ръ *Якубовскій* говоритъ на стр. 1021, что современный хирургъ долженъ оперировать болѣе обдуманно. — «Пужно болѣе думать о больномъ, чѣмъ объ успѣхѣ операціи».

Мнѣ кажется, что, производя опорожненіе тазоваго кровоизліянія черезъ разрѣзъ задняго свода, мы именно думаемъ болѣе о больной и объ ея интересахъ, чѣмъ предоставляя крови всасываться самой и подвергая больную риску умереть, или подвергнуться истощающей эихорадѣ и нагноенію кровоизліянія съ возможнымъ прободеніемъ прямой кишки или влагалища, или наконецъ, просто затягивая выздоровленіе на многіе мѣсяцы и этимъ дѣлая ее бременемъ и для самой себя и для окружающихъ. *Поэтому я думаю, что во всехъ случаяхъ, гдѣ послѣ кровоизліянія въ полость малого таза прошло достаточно времени, и гдѣ можно рассчитывать на болѣе или менее плотное инкапсулированіе кровоизліянія, выгоднѣе всего производить опорожненіе его черезъ влагалище съ послѣдующимъ дренажемъ опорожненной полости, съ цѣлью привести ее къ скорѣйшей облитерации.*

Подобный образъ дѣйствій будетъ наиболѣе удобнымъ не только тамъ, гдѣ источникомъ кровоизліянія послужила лопнувшая труба въ первые 2 мѣсяца трубной беременности и гдѣ, слѣдовательно, имѣется много шансовъ на то, чтобы въ образовавшемся кровоизліяніи произошло нагноеніе. Причина этого лежитъ въ томъ, что содержимое трубы, которая не

редко была уже бо́льзпенно измѣнена до беременности и могла заключать въ себѣ патогенные микробы, является источникомъ инфекціи для произошедшаго кровоизліянія. Но даже, если мы встрѣчаемся съ совершенно *чистыми* случаями, (если можно такъ выразиться) кровоизліянія въ тазовую полость, причина которыхъ можетъ лежать въ разрывѣ варикозно-расширенныхъ венъ широкой связки или сосудовъ яичника, подъ вліяніемъ какой нибудь травматической или иной причины, и гдѣ трубы и матка могутъ быть совершенно здоровы, то и тамъ, оставляя для произвольнаго всасыванія значительное количество крови въ полости брюшины, мы подвергасмъ больную извѣстному риску.

Въ самомъ дѣлѣ, такое кровоизліяніе очень удобный питательный матеріалъ для микробовъ, которые могутъ проникнуть сюда или изъ кишекъ, черезъ неповрежденную кишечную стѣнку, или непосредственно черезъ матку и трубы изъ влагалища, въ случаѣ какой нибудь инфекціи этихъ послѣднихъ извѣстѣ. Опоражнивая же кровоизліяніе, мы 1) ничѣмъ не рискуемъ, и 2) значительно сокращаемъ періодъ выздоровленія больной.

IV.

Къ вопросу о разраженіяхъ слизистой оболочки матки злокачественнаго характера.

С. Б. Быховскаго.

Лѣтомъ 1896 года мнѣ пришлось произвести два раза вырѣзываніе матки черезъ влагалище по причинѣ рака слизистой оболочки тѣла ея. Оба эти случая представляютъ собою извѣстный интересъ потому, что 1) ракъ тѣла матки, по скольку мнѣ извѣстно, считается въ противоположность раку шейки явленіемъ далеко не частымъ; 2) обѣ больныя—молодаго возраста и 3) развитіе болѣзни происходило, что называется, «на плазахъ». Это и побудило меня опубликовать свои наблюденія. Добавлю еще, что въ обоихъ случаяхъ операціи сдѣланы у каждой больной на дому.

Всѣ авторы указываютъ на то, что ракъ тѣла матки—явленіе рѣдкое. *Schukitz* на 420 случаевъ рака встрѣтилъ его одинъ разъ. *Schroeder* на 686 насчитываетъ 13 случаевъ рака тѣла матки. *Pischot* говоритъ, что между 100 случаями карциномы матки ракъ лишь въ 6 случаяхъ встрѣчается изолировано на днѣ этого органа. *Blau* на 93 случая рака матки насчитываетъ 6 съ изолированнымъ пораженіемъ тѣла послѣдней. *Courtr*, *Ferster*, *Goldschmidt* считаютъ первично встрѣчающійся ракъ тѣла матки явленіемъ еще болѣе рѣдкимъ.

Я думаю, однако, что это не совсѣмъ такъ. Ранніе періоды раковаго процесса въ тѣлѣ матки ускользаютъ отъ наблюденія потому, что по клинической картинѣ ихъ принимаютъ за эндометриты, (какъ это и было въ одномъ изъ моихъ слу-

чаевъ). Если однако болѣе тщательно относиться къ каждому отдѣльному случаю, то переходъ эндометрита въ ракъ приходилось бы видѣть чаще, чѣмъ это наблюдается теперь.

Всѣми признается, что долго и упорно существующій хроническій катарръ матки можетъ перейти въ adenom'y. Это встрѣчается всего чаще у пожилыхъ особъ. По *Waldeyer'y* этотъ метаморфозъ совершается слѣдующимъ образомъ: эпителиальные элементы железъ увеличиваются въ объемъ, железы разрастаются и, многообразно развѣтвливаясь, проникаютъ все болѣе и болѣе въ глубину тканей, раздвигаютъ соединительнотканнные лучки, образуя тонкій соединительнотканнный скелетъ съ ячеистымъ строеніемъ.

По *Olshausen'y* ¹⁾ существуетъ особаго рода хроническое страданіе слизистой оболочки матки, которое ведетъ къ значительному ея утолщенію, при чемъ всѣ нормальные ея элементы сохраняются: железы и эпителий слизистой оболочки сохраняютъ свой нормальный типъ; единственное уклоненіе отъ нормы заключается въ томъ, что железы нѣсколько расширены. Это состояніе онъ отдѣлилъ подъ названіемъ *endometritis fungosa* отъ собственно новообразованій слизистой оболочки матки.

Schroeder ²⁾ на основаніи нѣлаго ряда изслѣдованій, произведенныхъ *C. Ruge*, приходитъ къ иному заключенію: по его словамъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническихъ страданій слизистой оболочки матки констатируется немного железъ въ разросшейся соединительной ткани; процессъ получаетъ характеръ *разлитой аденомы*, когда расширенныя железы, принимая значительное участіе въ процессѣ, выступаютъ рѣзко. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ замѣчаются густо расположенные комки железистыхъ каналовъ; эту послѣднюю категорію онъ считаетъ уже переходной формой, т. е. имѣющей наклонность переходить въ злокачественную (*adenoma malignum*).

Славинскій ³⁾ довольно подробно описываетъ процессъ перехода доброкачественной аденомы въ злокачественную форму.

¹⁾ „Ueber chronische hyperplastische Endometritis des corpus uteri. Arch. f. Gynäkologie 1875 Bb., VIII.

²⁾ Kraukh. der Weiblich. Geschlechtsorg. (r. Ausg. I p. 113).

³⁾ Частная патологія и терапия женскихъ болѣзней.

Gusserow въ своемъ трудѣ: «О новообразованіяхъ матки» высказывается въ томъ же смыслѣ. Разбирая вопросъ о разращеніяхъ слизистой оболочки полости матки, онъ говоритъ: «встрѣчаются папилломатозныя разращенія, которые несомнѣнно принадлежать къ карциномамъ, но долгое время не бываютъ еще «раками» и ни анатомически, ни клинически не могутъ быть отнесены къ «ракамъ». Предоставленные самимъ себѣ, эти папилломы безъ исключенія переходятъ въ карциномы, но въ течение нѣкотораго времени еще не бываютъ таковыми, да и не рецидивируютъ, будучи удалены въ это время».... Далѣе онъ говоритъ: «главнымъ образомъ *Virchow* мы обязаны тѣмъ, что онъ впервые микроскопически доказалъ, что во многихъ изъ этихъ папилломъ уже имѣются обширныя разращенія эпителія, болышею частью *атипическаго* характера, что въ глубинѣ ихъ уже встрѣчаются гнѣзда эпителіальныхъ элементовъ, славомъ, что во многихъ подобнаго рода опухоляхъ дѣло несомнѣнно касается карциномы, появившейся въ формѣ папилломы». На возможность происхожденія рака изъ новообразованныхъ железъ указываютъ случаи *Breisky* ⁴⁾ и *Veit* ⁵⁾ Первый изъ нихъ въ одномъ случаѣ произвелъ по поводу маточныхъ кровотеченій *abrasionem mucosae*; микроскопическое изслѣдованіе показало картину *аденомы*; 4 мѣсяца спустя, вслѣдствіе повторившихся кровотеченій, ему пришлось у той же больной вторично выскабливать точно такія же полипозныя разращенія, какъ и въ первый разъ; микроскопическое изслѣдованіе этого препарата указало уже на ясную картину рака.

Veit ⁵⁾ описываетъ полипозное разращеніе, которое исходило отъ слизистой оболочки тѣла матки и было изгнано самопроизвольно. Микроскопическое изслѣдованіе препарата показало картину рака.

Не стану перечислять именъ многихъ другихъ авторовъ, такъ какъ никто не оспариваетъ возможности перехода обыкновеннаго катарра матки въ аденому, и этой послѣдней въ злокачественную форму. Чѣмъ старѣе катарръ, т. е., чѣмъ

⁴⁾ Prager med. Wochenschrift. II, 1877.

⁵⁾ Zeitschrift f. Geb. u. Gynäcologie I.

въ болѣе сильной степени выражены анатомическія измѣненія слизистой оболочки матки, тѣмъ предсказаніе хуже. Когда эти измѣненія выражаются разращеніями, состоящими главнымъ образомъ изъ вновь развивающихся железъ,—мы имѣемъ уже adenom'у матки, которую по *Schroeder* у принято различать двухъ видовъ: *ad. diffusum* и *ad. polyposum*.

Ad. diffusum занимаетъ всю слизистую оболочку; послѣдняя утолщена, складчата, давая такимъ образомъ поводъ къ образованію полиповъ. При дальнѣйшемъ распространеніи новообразовательнаго процесса, железы начинаютъ развиваться все болѣе и болѣе, стѣсняя промежуточную соединительную ткань, которой остаются только слѣды въ видѣ тонкихъ участковъ между железами. Пока эти послѣднія сохраняютъ свой нормальный типъ: ихъ эпителий вездѣ однослойный, цилиндрический, атипичнаго его расположенія нигдѣ не встрѣчается, просвѣтъ железъ рѣзко выраженъ и нигдѣ не выполненъ клетками разросшагося эпителия. до тѣхъ поръ мы имѣемъ предъ собою разлитую, *доброкачественную* аденому. Но когда эта картина начинаетъ измѣняться: эпителий железистыхъ полостей начинаетъ пролиферировать, на свободной его поверхности, обращенной въ просвѣтъ железы, наблюдается появленіе различной формы и величины конгломератовъ, состоящихъ изъ полиморфныхъ клетокъ, просвѣтъ железы все болѣе и болѣе сужается до полного исчезновенія; когда эти пролиферирующія массы пролагаютъ себѣ путь черезъ *membranam propriam* железы въ подлежащую ткань и распространяются далѣе по лимфатическимъ сосудамъ,—тогда типъ аденомы измѣняется, и предъ нами уже картина *раковой* новообразования, злокачественной аденомы, называющейся *adeno-carcinoma*, или по *Klebs* у) *epithelioma cylindrocellulare carcinomatosum*.

Auvard *) эту форму называетъ просто *carcinoma corporis uteri* или *adenoma malignum*.

Разъ микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ кусковъ разращенной слизистой оболочки матки указываетъ на злокачественную форму аденомы,—показана *total'ная extir-*

*) *Traité pratique de Gynécologie*, 1894.

раціи матки, если нѣтъ распространенія процесса въ связкахъ ⁷⁾, лимфатическихъ путяхъ или соединяющихъ органахъ.

Что касается до техники операціи, то она видна изъ описанія случаевъ. Укажу лишь на нѣкоторые частности ея.

1) Я удаляю матку по способу *непосредственною опусканія* ея, т. е., не заправляя ея ни впередъ, ни назадъ.

2) Отдѣленіе матки отъ связокъ (и, конечно, придатковъ) я производжу путемъ постепенной перевязки и разсѣченія ножницами перевязаннаго пучка. Для перевязки я употребляю шелкъ № 10. Я не рѣшался замѣнить лигатуры зажимными пинцетами по слѣдующимъ соображеніямъ: я не видѣлъ ничего дурнаго отъ примѣненія лигатуръ ни въ своихъ случаяхъ, ни въ тѣхъ, которые оперировались другими при моемъ участіи; не видѣлъ я примѣненія зажимныхъ пинцетовъ вмѣсто лигатуръ при экстирпаціяхъ матки въ бытность свою въ 1895 году въ Берлинѣ у многихъ выдающихся гинекологовъ, но за то мнѣ ни разу не пришлось видѣть ни послѣдовательныхъ кровотеченій отъ соскальзыванія пинцетовъ, ни образованія пролежней на вагинальныхъ стѣнкахъ, ни многихъ другихъ случайностей, подчасъ весьма непріятныхъ, осложняющихъ какъ ходъ самой операціи, такъ и послѣоперационное теченіе, о чемъ далеко перѣдко сообщается тѣми, которые примѣняютъ эти пинцеты.

3) Я не зашиваю раны (ради изоляціи брюшной полости отъ полости влагалища) по слѣдующимъ соображеніямъ: а) абсолютной изоляціи обѣихъ полостей достигнуть невозможно; б) при *открытомъ* способѣ создается въ широкихъ размѣрахъ путь для стока накапливающихся отдѣленій раны; в) вынадежно сальника или кишечныхъ петель препятствуетъ *туго*—вставляемый мною тампонъ изъ іодоформной марли до уровня верхняго края культи обѣихъ широкихъ связокъ, между тѣмъ, какъ влагалище выполняется *рыхло*—іодоформной марли, которую въ случаѣ промоканія легко замѣнить свѣжей, не трогая съ мѣста внутренняго (верхняго!) тампона.

4) Вся операція ведется при условіяхъ самой педантичной асептики. (Къ слову скажу: при всѣхъ операціяхъ, какъ ги-

⁷⁾ Въ высокой степени подозрительными представляются четообразная узловая по протяженію рефрактора.

некологическихъ, такъ и акушерскихъ, я не употребляю никакихъ растворовъ, а лишь одну *профильтрованную, переваренную воду*).

Я позволю себѣ, по возможности, вкратцѣ привести исторію болѣзней.

1-й случай. 1-жа П. 28 лѣтъ, прѣзжая. Впервые обратилась ко мнѣ въ концѣ января 1893 г. (3½ г. тому назадъ) съ жалобами на кровотеченія, боли внизу живота слѣва, частыя лихорадки, упадокъ силъ.

Начала менструировать съ 13 лѣтъ по 4-хъ недѣльному типу продолженіе семи дней въ больномъ количествѣ съ болями внизу живота до появленія крови. Замужемъ 11 лѣтъ. Покорѣ послѣ замужества послѣдовала менорхеа втеченіе 3-хъ мѣсяцевъ, разрѣшившаяся кровотеченіемъ, длившимся 2 мѣсяца; больная не лечилась, кровотеченіе прекратилось произвольно, но съ тѣхъ поръ типъ менструацій неправиленъ: чаще прежняго, обильнѣе, съ болѣе сильными болями, затигивался до 1½ недѣль. Такъ длилось два года.

Въ 1883 году безъ, видимой причины, у больной открылось сильное кровотеченіе, длившееся 2 мѣсяца. Лѣчилась у мѣстнаго врача, который „сдѣлалъ“, по словамъ больной „расширеніе матки, но ничего въ ней не нашелъ“. Больная послѣ этого поправилась, стала менструировать черезъ каждыя 4 недѣли по 7—8 дней не столь обильно. Спустя 1 годъ снова менорхеа втеченіе 3-хъ мѣсяцевъ; унала,—тогда появилось сильное кровотеченіе, которое, благодаря лѣченію, прекратилось черезъ мѣсяць, но кровяныя пятна еще показывались около 3-хъ недѣль, перешли снова въ кровотеченіе, длившееся 7 мѣсяцевъ, „пока“, по ея словамъ, „не выдѣлилась бѣлая, твердая, какъ пергаментъ, оболочка.“ Послѣ этого больная чувствовала себя хорошо втеченіе почти 2-хъ лѣтъ, когда снова стали появляться кровотеченія съ неодинаковыми промежутками, длившіяся неодинаковое время.

Такое состояніе продолжалось до 1890 года, т. е. почти 3 года; больная, наконецъ, обратилась къ врачу, который „сдѣлалъ разрѣзы шейки“, но съ тѣхъ поръ она стала чувствовать себя еще хуже. Въ такомъ состояніи она обратилась ко мнѣ въ 1893 году.

Измѣдованіе показало: матка незначительно увеличена, правильной формы и очертанія; лѣвый яичникъ нѣсколько увеличенъ, не плотенъ, чувствителенъ при пальпации; рѣзко увеличенная шейка представляетъ 3 разрыва въ видѣ розетки, очень плотна; изъ цервикальнаго канала выдѣляется густая козявчатая слизь; вокругъ устья рѣзкая эрозія; влагалище гиперемировано, покрыто точечными пестехіями, очень чувствительно.

Втеченіе 3-хъ мѣсяцевъ лѣченіе больной было направлено на *endometritis et vaginitis*. Ни горячія въ 39° спринцеванія, ни скарификаціи, (отъ которыхъ чаще слѣдовало ухудшеніе), ни внутренніе приемы кровоостанавливающихъ средствъ не ока-

зывали ни малѣйшаго вліянія на нерѣдко довольно сильныя кровотеченія. Лишь послѣ amputatio colli кровотеченія исчезли^{*)}).

Послеоперационный періодъ прошелъ гладко, если не считать одного приступа малярии, (которой больная подвержена), исчезнувшей послѣ нѣсколькихъ приемовъ хинина. Больная уѣхала домой. Втеченіе болѣе года она чувствовала себя хорошо; менструировала разъ въ 4 недѣли, по 5—6 дней, въ небольшомъ количествѣ безъ болей; лишь бѣли продолжали показываться и временами боли внизу живота слѣва; но больная не придавала этому значенія и не лѣчилась до тѣхъ поръ, пока въ началѣ 1895 года снова стали появляться меноппагіи. Это побудило ее снова обратиться ко мнѣ.

При изслѣдованіи я нашелъ слѣдующее: матка — въ ретроверсії, болѣе разбѣловъ, чѣмъ прежде, (по величинѣ соответствуетъ беременной маткѣ въ 6 недѣль), шейка плотна, поверхность ея гладкая; ретроверсія не исправляется изъ-за болей: черезъ лѣвый сводъ въ области широкой связки ощущается какая-то разлитая опухоль съ неясными очертаніями. Больной назначены препараты: спорыньи, желѣзо, горячія клизмы; она уѣхала домой. Отъ предложеннаго ей ляминирования матки съ діагностическою цѣлью она отказалась. Возвратившись въ концѣ 1895 г., она сообщила, что чувствуетъ себя хуже, слабѣе, терять все больше и больше крови. Я ей снова предложилъ дилатировать каналъ шейки матки, предполагая вслѣдъ за тѣмъ слѣдить excochleationem, такъ какъ подозрѣніе на какой-то новообразовательный процессъ въ слизистой оболочкѣ матки становилось для меня все болѣе и болѣе основательнымъ. Больная опять отказалась. Тоже самое повторилось въ мартѣ 1896 г. Лишь въ апрѣлѣ она изъявила свое согласіе на операцію, при чемъ сообщила слѣдующее: она одновременно обращалась еще къ одному Киевскому акушеру, который поставилъ діагнозъ: „кровооточиваго эндометрита“, назначилъ ей внутрь кровоостанавливающія и „дѣлалъ ей прижиганія матки“; предложенную мною операцію, с которой ему рассказывала больная, она отвергла, какъ не нужную. Это и заставило больную не слѣдовать моему совѣту, пока состояніе ея здоровья едѣвалось очень худымъ: видъ ея крайне анемичный, цвѣтъ слизистой оболочки губъ сливается съ восковымъ цвѣтомъ кожи, анемичные шумы въ сердцѣ выражены рѣзко, упадокъ силъ, головокруженія, непрекращающіяся кровотеченія.

При изслѣдованіи замѣтна лишь та разница, что матка еще увеличилась въ размѣрѣ (соответственно 2 мѣсяцамъ беременности), очень плотна, влѣво отъ нея какое-то, неясно очерчиваемое, расплывчатое тѣло кистозной консистенціи.

19-го апрѣля я ввелъ на сутки ляминарію. На слѣдующій день ляминарія удалена; изслѣдуя полость матки пальцемъ, я

*) Операція была сдѣлана мною въ Киевской Городской больницѣ, благодаря любезности доктора Марковского, временно замѣщающаго тогда ординатора въ гинекологическомъ отдѣленіи.

могъ убѣдиться что по всей слизистой оболочкѣ имѣются полиповидныя разраженія, величиной отъ горошины до фасоли. Вслѣдъ за этимъ приступлено къ *excoelatio* этихъ разраженій острой ложкой. (Операция безъ хлороформнаго наркоза въ виду крайне рѣзкой анеміи, лишь подъ кожу введена $\frac{1}{6}$ грама морфія). Выскобленныхъ массъ собралось болѣе $\frac{1}{2}$ стакана. Полость матки промыта переваренной водой, высушена полосками йодоформной марли и прижжена *t-ta jodi*, введенной при помощи бапки съ латой. Во влагалище тампоны изъ йодоформной марли. Внутри назначенъ *ergotin*. Послеоперационный періодъ—при нормальной 1° . Влагалищные тампоны удалены черезъ двое сутокъ. Назначены влагалищные души изъ переваренной воды для удаленія грязноватыхъ отдѣленій изъ полости матки. Кровотеченій не было. Выскобленные массы подвергнуты микроскопическому изслѣдованію. Препараты изготовлены докторомъ Яровымъ. Диагнозъ подтвержденъ проф. Подвысоцкимъ: *angio-adenocarcinoma*.

Дальнѣйшій образъ дѣйствія былъ очевиденъ: не откладывая въ долгій ящикъ—экстирпировать матку. Въ виду крайне обезкровленнаго состоянія больной, *ex consilio* съ д-ромъ Марковскимъ, рѣшено отложить оперцію на 2—3 недѣли ради укрѣпленія силъ больной, которой назначено: хорошее питаніе, вино, *ferrum + ergotinum*.

11 мая 1896 г., послѣ соответственныхъ приготовленій, приступлено къ оперціи: *extirpatio uteri totalis per vaginam*. Наркозъ, начатый хлороформомъ, продолжался съ половины оперціи эфиромъ. Работать зеркалами и боковыми подъемниками въ чрезвычайно узкомъ влагалищѣ было трудно. Шейка, захваченная Мюзеовскими щипцами, сильно оттянута внизъ; въ мочевоу пузырь введенъ катетеръ. Вокругъ шейки па границѣ переходной складки проведенъ пожесть циркулярный разрѣзъ, проникающій черезъ слизистую и подслизистую ткани до парацервикальной кѣтчатки, которая въ дальнѣйшемъ отдѣлена отъ матки при помощи пальца; пузырь такимъ образомъ отошелъ отъ матки вверхъ. Когда, казалось, была достигнута брюшина передняго Дугласова пространства, фиксированная шейка перемѣщена уже вверхъ и впередъ, такимъ образомъ обнажился задній сводъ; шейка отдѣлена пальцемъ отъ покрывающей ее брюшины, послѣдняя, захваченная щипцами въ складку, вскрыта, образовавшееся окошечко увеличено въ обѣ стороны при помощи ножницъ. Задній край влагалищной стѣнки съ краснѣ брюшины взятъ въ провизорную лигатуру. Проверка вскрытаго передняго свода показала, что вскрыты: слизистая оболочка, подслизистая ткань, парацервикальная кѣтчатка и фасція, но подъ этой послѣдней лежитъ еще одинъ слой кѣтчатки и тонкій, весьма плотный мышечный слой; только по вскрытіи его достигнута брюшина, которая вскрыта такъ же, какъ и въ заднемъ сводѣ съ наложеніемъ провизорной лигатуры на край брюшины и вагинальной стѣнки. Далѣе, углублены разрѣзы боковыхъ сводовъ, послѣ чего приступлено къ перевязкѣ широкихъ связокъ Лига-

туры накладывались из шелка № 10 при помощи аневризматической иглы, по удалении которой лигатура завязывалась всякий разъ возможно крѣпко и перевязанный пучекъ ткани перерѣзывался ножницами со стороны матки. Такимъ образомъ наложено по 4 лигатуры на правую и лѣвую связки. Въ это время началось кровоотеченіе; пульсъ большой сталъ падать, на кожу выступилъ холодный потъ, въ виду чего наркозъ прекращенъ: больная стала реагировать, что еще болѣе затруднило нахождение кровотокащаго сосуда; въ концѣ концовъ удалось констатировать, что четвертая лигатура (сверху) справа не была достаточно сильно стянута и кровоотеченіе показалось изъ перерѣзаннаго сосуда. По наложеніи здѣсь новой лигатуры, кровоотеченіе прекратилось. Дальнѣйшая перевязка связокъ шла уже гладко. Съ большимъ трудомъ удалось вытянуть матку изъ раны, при этомъ оказалось, что лѣвый яичникъ, величиною въ мандаринъ, кистозно перерожденъ; выпущенная изъ него жидкость чиста, прозрачна, серошаго характера. Яичникъ и труба вытянуты вмѣстѣ съ маткой. Послѣ чего перевязана и перерѣзана *lig. infundibulo-pelvicum sin.*, концы лигатуръ коротко отрѣзаны. Матка осталась въ связъ лишь съ правыми придатками, оказавшимися паталогически не измѣненными, почему рѣшено было ихъ не удалять. По наложеніи лигатуры на правую трубу, матка отрѣзана и удалена. Вслѣдъ за нею въ рану выпалъ кусокъ салника, который послѣ перевязки резецированъ, а остаткомъ его прикрыта виднѣющаяся въ глубинѣ раны петля тонкихъ кишокъ. Провизорныя лигатуры сняты; концы лигатуръ какъ съ правой стороны, такъ и съ лѣвой связаны въ два пучка; въ рану вставленъ плотный тампонъ изъ йодоформной марли, не задвигая его выше верхняго края культи связокъ, влагалище-же выложено йодоформной марли рыхло. Съ каждой стороны на связки наложено по 8 лигатуръ. Вся операція (отъ начала наркоза до снятія больной съ операціоннаго стола) длилась 2 ч. 18 мин.

Описание препарата. Вырѣзанная матка имѣетъ въ длин. 12 ц., въ ширину 9 ц., поражаетъ толщиной стѣнокъ $2\frac{3}{4}$ ц.! Въ особенности утолщена мускулатура у дна, чѣмъ напоминаетъ беременную матку „на сносахъ“. Слизистая оболочка матки представляетъ мѣстами гладкую поверхность; дно, углы и боковыя поверхности покрыты нупереобразными разращеніями, то въ видѣ мелкихъ полипчиковъ, то напоминають собою обрывки пиллици. Удаленная Фаллопиева труба не представляетъ измѣненій. Кистозный мѣшокъ на своей внутренней поверхности имѣетъ нѣсколько дочернихъ кисточекъ съ коллоиднымъ содержимымъ, величину до фасоли.

Послеоперационный періодъ. Температура 38,1°. Пульсъ полный, отчетливый—100—104, дыханіе—20. Веченіе этого дня моча выпущена мягкимъ катетеромъ два раза, всего болѣе $2\frac{1}{2}$ стакановъ. Больная спитъ лѣжа на пилульки. Черезъ девять часовъ послѣ операціи рвота. Жалуются на боли внизу живота и въ поясницѣ. Вечеромъ t° 38, 4, пульсъ—102 полный. Глотками

черное холодное кофе. В течение этой ночи два раза выпущена моча 2 и 1½ стакана; при катетеризации—боли: моча чистая. Больная ночью спала хорошо; рвота была 1 раз. Температура утром на 2-й день 37, 8, пульс 94—100. Язык слегка обложен, влажный. Днем боли слабые. Вечером t° 38, пульс—104, полный. Появились кишечные боли, в виду чего назначена унцовая клизма съ 10 каплями 1-го ори. В течение дня глотать медь, понемногу белое вино, черное кофе. В виду сильных болей при катетеризации, больной разрешено мочиться произвольно; болей при этом не было. *3-и сутки.* Т° 38, 1. Пульс утром 120, вечером—108. Ночью была рвота, во время которой чрез тампон просочилось немного крови. Ночь провела беспокойно, тошнито, томила, „воздуха не хватало“, боли в живот слабые. Под утро стали отходить газы; больная заснула до 10 ч. утра. При утренней визитации пульс кажется диастолическим, слабым. Вино заменено шампанским. В течение дня больная понемногу дремала. Моча грязновата, съ осадком. *4-ые сутки.* Больная провела тяжелую ночь: почти не спала, все время тошнить, кишечные спазмы, пристальтика довольно сильная, газы очень мало отходить, язык влажный, обложенный, губы не засохли. Температура утром 37, 8°, пульс—94, мягкий. Сменил тампон, при чем рана оказалась совершенно чистой, свѣжій тампонъ вложенъ рыхло. В виду слабого пульса назначено: *coffein. natro-benzoic.* по 3 грана 2 раза въ день. Шампанское, теплый бульонъ. Больная днем понемногу спала.

Вечером t° 38, пульс 104, полнѣе. Моча продолжаетъ быть мутной. Болей почти нѣтъ. *—5-е сутки.* Ночью понемногу спала. Тошнота слабая. Одинъ разъ была рвота. В животъ урчаніе. Больная чувствуетъ себя хорошо. t° 37, 9, пульс 104, полный. Не отбѣлая всего прежняго, дана столовая ложка *magnes. sulfuric. + natr. sulfur.* aa. *Вечером t° 38, 4, пульс 110.* Чувствуетъ себя хорошо. *—6-е сутки.* Ночь провела спокойно, спала. Желудокъ утромъ подѣйствовалъ хорошо. Моча почти чиста, отходить безъ болей. Языкъ немного очистился. t° утромъ 37, 6, пульс—104; вечеромъ 38, 1, пульс 104. *7-е сутки* прошли совершенно благополучно. Желудокъ дѣйствовалъ произвольно, моча чиста. t° 37, 6—37, 7, пульс—100. *8-е сутки.* Сѣмна тампона. Рана чиста, уменьшилась вдвое; видны грануляціи. t° 37, 4—37, 7, пульс 96. На 9-е сутки удаленъ тампонъ, отдѣленія не въ большомъ количествѣ. Больную сиринцуютъ первареной водой. t° нормальная; пульс 84—96 (такимъ онъ бываетъ у насъ всегда!). Больной позволено сидѣть. Первые лигатуры отошланы на 14-ый день: справа 6, слѣва 4; на 18-ый день справа отошла еще 1 (осталась еще одна верхняя), слѣва—3, осталась еще 1. Слѣва послѣдняя лигатура отошла въ концѣ 5-й недѣли послѣ операціи, а справа послѣдняя снята вначалѣ 6-й недѣли. Рана совершенно зарубцевалась въ концѣ 6-й недѣли. Больная не испытываетъ никакихъ болей, чувствуетъ себя хорошо. По истеченіи 2-хъ мѣсяцевъ ступлена домой.

Второй случай. Г-жа А. 26 лѣтъ. Первые менструации на 14 году черезъ каждыя 4 недѣли по 5—6 дней въ умѣренномъ количествѣ съ болями „во время“. Съ очень ранняго возраста стали появляться бѣли.

Я была призванъ къ этой больной лѣтомъ 1893 г. по причинѣ сильнаго кровотеченія. Изслѣдованіемъ выяснилось, что больная абортировала; остатки аборта были мною тутъ-же удалены и матка промыта слабымъ растворомъ борной кислоты. (Я въ данномъ случаѣ отступилъ отъ своего обычнаго правила—промыть матку или только переваренной водой; отступилъ же и потому, что больную я нашелъ среди ужасающей, пацценски грязной обстановки). Выздоровленіе шло гладко, безъ повышенія температуры.

Спустя мѣсяць, изслѣдуя эту больную, я нашелъ: чрезвычайно видную, дряблую, ретровертированную матку съ широко лежащимъ отверстіемъ канала шейки, изъ котораго выдѣлялось весьма значительное количество слизисто-гнойныхъ бѣлей; вокругъ устья громадная, пыльная эрозія. Правый яичникъ и труба нѣсколько увеличены, чувствительны. Положеніе матки легко исправлялось.

Втеченіе болѣе года лѣченіе этой больной заключалось въ прижиганіяхъ эрозіи и слизистой полости матки, горячихъ свирепаніяхъ, массажахъ и носеніи кольца Годже, внутреннихъ пріемахъ мышьяка, *secale* попеременно съ *hydrastis* и т. д.

Всякій разъ, когда больная чувствовала себя лучше, она переставала лѣчиться. Отчасти причиной этому служило и то, что заботы о добычаніи средствъ къ существованію поглащали все ея вниманіе. Меня всякій разъ смущало то, что явленія *endometrit'a* чрезвычайно туго поддавались обычнымъ пріемамъ лѣченія. Правда, этому не мало способствовало плохое питаніе больной и частые перерывы лѣченія. Такъ длилось теченіе бѣлизны еще одинъ годъ. Я нѣсколько разъ за это время предлагалъ больной подвергнуться операци *abrasio mucosae uteri*, но больная отказывалась. Лишь когда матеріальныя ея условія рѣзко измѣнились къ лучшему, она въ апрѣлѣ 1896 г. явилась ко мнѣ со словами: „вотъ теперь я согласна лѣчиться; дѣлайте, что находите нужнымъ“. При новомъ изслѣдованіи я нашелъ: матка нормальной величины, правильнаго положенія и очертанія, эрозія почти исчезла, устье по прежнему широко, выдѣленія продолжаютъ, правый яичникъ, хотя кажется меньше, но немного чувствителенъ, подвижность его крайне ограничена, правая труба прощупывается хорошо, по направленію къ брюшинному своему концу постепенно утолщается, достигая здѣсь толщины почти мизинца.

Послѣ нѣсколькихъ прижиганій полости матки, видя ихъ безуспѣшность, я рѣшительно предложилъ больной подвергнуться операци *abrasio mucosae*, на что она согласилась. Операци была сдѣлана 1-го мая 1896 года.

Во время выскабливания, меня поразила, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, масса легко-выскабливаемыхъ, мелко-полипозныхъ разрастений (выскабливанію, конечно, предшествовало расширение канала и дигитальное изслѣдованіе полости матки). Тогда же у меня зародилось подозрѣніе относительно злокачественнаго характера новообразованія, что и подтвердилось микроскопическимъ изслѣдованіемъ препарата, указавшимъ на картину *adeno-carcinoma*: члѣная масса разрушенныхъ железъ съ разрастѣніемъ эпителиальныхъ клетокъ, вдающихся въ межуточную ткань.

Въ послѣоперационномъ періодѣ послѣ *abrasio* наблюдалось тоже явленіе, что и въ предыдущемъ случаѣ: гноевидный, довольно обильный выдѣленія, кромѣ того два раза было небольшое кровотеченіе. Спустя двѣ недѣли, больной было предложено вторично подвергнуться операциі, уже на этотъ разъ *total'ной extirpatіи* матки, на что она согласилась.

Операциа—13/VI 96. Наркозъ смѣшанный: вначалѣ хлороформъ, а затѣмъ эфиръ. Проведенъ круговой разрѣзъ черезъ толщу слизистой оболочки влагалища на границѣ переходной складки. Кровоточивости: наложены Рѣан'овскіе пинцеты и лигатуры на кровоточащіе сосуды: паренхиматозное кровотеченіе однако продолжалось (сильная гиперемія тканей!). Круговой разрѣзъ углубленъ до кѣлѣчатки, послѣ чего отдѣленіе продолжалось пальцемъ: сперва въ пузырьно-вагинальномъ пространствѣ, затѣмъ въ ректально-вагинальномъ и, наконецъ, въ обоихъ боковыхъ сводахъ. Задняя брюшина, захваченная въ складку пинцетомъ, вскрыта (окошечко), а затѣмъ отверстіе увеличено въ обѣ стороны по пальцу ножницами; *peritoneum* и край вагинальной стѣнки взяты въ провизорную лигатуру, послѣ чего приступлено къ наложенію лигатуръ на широкія связки, сперва на правую 4 лигатуры, (связка перерѣзалась всякій разъ), затѣмъ на лѣвую и т. д. Когда больше $\frac{2}{3}$ обѣихъ связокъ были перерѣзаны, вскрыта передняя брюшина, край которой съ краемъ передней вагинальной стѣнки взятъ въ провизорную лигатуру, послѣ чего перевязка связокъ продолжалась дальше до области трубъ. Пальцемъ опущены обѣ трубы и яичники: лѣвые оказались неизмѣненными, почему наложена толстая лигатура на трубу и оставшуюся часть широкой связки, (а внутри отъ нея еще по одной отдѣльно на трубу и связку) и перевязанный пучекъ перерѣзанъ. Матка осталась соединенной лишь съ правыми придатками. Труба, отдѣленная отъ яичника, удалена выхвѣтъ съ маткой послѣ предварительной перевязки *lig. infundibulo-pelvicі* (концы лигатуры коротко обрѣзаны). Извлечь яичникъ было нѣсколько затруднительно, вследствие сращеній (снаскъ), которые отдѣлены осторожно пальцемъ, (фиксируя въ то-же время яичникъ). Начавшій пролибировать сальникъ вправленъ пальцемъ и вслѣдъ за тѣмъ вставленъ *плотный тампонъ* изъ йодоформной марли до верхняго края культи широкихъ связокъ; вагинальный тампонъ вложенъ *рыло*. Вся операциа отъ начала наркоза до спятія больной съ операціоннаго

стола длилась 1 ч. 35 мин. На обѣ связки наложено по 8 лигатуръ.

Описаніе препарата. Вырѣзанная матка имѣетъ въ длину 9 ц., наибольшій поперечный ея размѣръ $6\frac{1}{2}$ ц., мускулатура стѣпокъ и дна значительно утолщена. Полость матки рѣзко сжата, длина ея $5\frac{1}{2}$ ц. На внутренней ея поверхности видны обрывки, мѣстами полипозныя разрастенія. Удаленная правая Фаллопіева труба представляется постепенно утолщающейся по направленію къ своему abdominal'ному концу, гдѣ она достигаетъ толщины почти мизинца. Стѣнки ея также утолщены. Удаленный правый яичникъ, величиною въ сливу, имѣетъ внутри себя полость, заключающую фибриновый, уплотненный сгустокъ — гематому.

Послеоперационный періодъ. 1-ый день, 13/v 96 t° послѣ операціи 37, пульсъ 68, полный, отчетливый, дыханіе 16. *Вечеромъ* t° 37°, пульсъ 84, дыханіе 18. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа послѣ операціи выпущено мягкимъ катетеромъ $\frac{1}{2}$ стакана мочи; черезъ 4 ч. тоже $\frac{1}{2}$ стакана при сильной боли, почему больной позволено мочиться произвольно, при этомъ болей не было. Рвоты втеченіе дня не было. Больная жалуется на боли подъ ложечкой, которыя къ вечеру нѣсколько стихли. На животѣ пузырь со льдомъ. Понемногу глотаетъ ледяныя кубики. Въ 6 ч. вечера дано нѣсколько глотковъ холоднаго чернаго кофе. До 4-хъ часовъ утра больная спала съ перерывами ради мочеиспусканія (произвольно!) почти черезъ часъ. Ночь утро одинъ разъ рвота. Отдѣленій мало.

II день 14/v t° 37°, пульсъ 76, дыханіе 18. Языкъ влажный. Боли подъ ложечкой повторяются; летучій горчичникъ нѣсколько разъ на эту область успокоилъ эти боли. Появились боли внизу живота, беспокоящія больную; вставлена per rectum suppositor. изъ $\frac{1}{4}$ грана опіи. Втеченіе дня получаетъ холодное черное кофе и шампанское. Спала съ перерывами до 6 ч. вечера; рвота 2 раза t° вечеромъ 37,6°, пульсъ 84 пустоватый; больная безпокойна, жалуется на боли внизу живота, въ особенности справа: „газы ходятъ по животу“, животъ слегка вздутъ; назначено *cof. fein-natro-benzoici grijj + codein gr $\frac{1}{6}$ — magnes. ustae gr jijj*. Больная на 15 миц. положена на лѣвый бокъ, послѣ этого она успокоилась. Отдѣленія блѣдны, въ небольшомъ количествѣ.

III день. 15/v. t° 37,4, пульсъ 84. Ночью спала хорошо. Съ раняго утра стали отходить газы. Больная чувствуетъ себя хорошо; рвоты не было; боли исчезли. Моча отходить рѣже прежняго, безъ болей. Вечеромъ t° 37,5, пульсъ 84, перемѣны нѣтъ. Языкъ обложенъ, животъ менѣе вздутъ; неприятный вкусъ. Втеченіе дня получала шампанское, кофе, чай. Отдѣленій мало, блѣдныя, безъ запаха.

IV день. 16/v. Ночью больная спала хорошо. t° 36,8, пульсъ 78. Утромъ сдѣлана клизма изъ трехъ стакановъ воды; желудокъ не подѣйствовалъ, лишь съ водой выдѣлилась нѣсколько каловыхъ комковъ. Газы продолжаютъ отходить. Животъ еще вздутъ, не чувствителенъ, языкъ обложенъ, но влаженъ. Даны двѣ

чайныя ложки magnes. sulfur. Пища: бульонъ, молоко, чай; шампанское замѣнено бѣлымъ виномъ. Вечеромъ температура 37,6°, пульсъ 80.

V день. 17/у. Больная всю ночь спала. t° 37,1; пульсъ 78. Сдѣлана клизма безъ результатовъ, хотя газы отходятъ. Отдѣленія непрежнему. Дано: magnes. sulfur. — natr. sulfur. aa 1 столовая неполная ложка; къ 5 ч. вечера обильное испражнение. Пища непрежнему; t° вечеромъ 37,6, пульсъ 80.

VI день 18/у. t° 37,6, пульсъ 78. Спала хорошо. Удаленъ вагинальный тампонъ и наполовину освобожденъ и отрѣзанъ внутреннй; отдѣлений при этомъ оказалось немного, безъ запаха. У больной появился порядочный аппетитъ. Чувствуетъ себя прекрасно. Желудокъ дѣйствовалъ произвольно. Къ пищѣ прибавлено: два яйца въ смѣтку и супъ изъ крупы „Геркулесъ“. Вечеромъ t° 37, пульсъ 80. Больной позволено лежать на лѣвомъ боку.

VII день. 19/у. t° 37,1, пульсъ 76. Спала хорошо. Желудокъ утромъ подѣйствовалъ послѣ клизмы. Удаленъ весь тампонъ; рана чиста, покрывается грануляциями. Провизорная лигатуры сняты. Послѣ промывки влагалища переваренной водой, вложены два рыхлыхъ тампона изъ йодоформной марли. Къ пищѣ прибавлена небольшая котлета изъ цыпленка. Вечеромъ t° 38, пульсъ 78.

VIII день. 20/у. t° 31,1, пульсъ 76. Желудокъ дѣйствовалъ. Вечеромъ температура 37,4, пульсъ 78.

IX день. 21/у. t° 37,2, пульсъ 74. Желудокъ дѣйствовалъ послѣ клизмы. Вечеромъ t° 37,2, пульсъ 74.

X—XIII дни. 22—25/у. Температура всѣ эти дни и въ послѣдующіе колеблется въ предѣлахъ 36,8—37,1, пульсъ 72. Все обстоитъ благополучно. Тампонъ мѣняется черезъ день. Пища въ достаточномъ количествѣ, питательная. Больной позволено понемногу сидѣть на кровати.

XIII день. 26/у. При переѣмѣ тампона отошли справа пять лигатуръ.

XV день. 28/у. Слѣва отошли 6 лигатуръ.

XXI день. 3/у. Справа отошли остальные 3 лигатуры, слѣва отошла 1 и 1 осталась.

Послѣдняя лигатура отошла черезъ мѣсяць и пять дней послѣ операции. Къ концу второго мѣсяца рана совершенно зарубцевалась. Большую я и теперь наблюдаю: она чувствуетъ себя прекрасно, замѣтно поправляется.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать, что слишкомъ обильные и продолжительные регулы, неправильныя, часто повторяющіяся кровотеченія, затяжныя, не поддающіеся лѣченію помощью различныхъ прижигающихъ средствъ endometrit'ы. въ особенности у молодыхъ, перожавшихъ особъ.—

должны, по моему мнѣнію, служить обязательнымъ показаніемъ къ выскабливанію слизистой оболочки матки и выскабливаемые массы должны быть подвергнуты тщательному микроскопическому изслѣдованію; и, если бы въ результатѣ получились указанія на злокачественный процессъ въ слизистой оболочкѣ, немедленно приступить къ total'ной exstirpat'i'i матки. Этимъ путемъ, я увѣренъ, удалось бы предупредить не малое число, такъ называемыхъ «запущенныхъ, не оперируемыхъ» раковъ матки.

V.

Изъ казуистикѣ ущемленій искривленной кзади беременной матки.

(Изъ Цетровской земской больницы).

Н. Е. Кушева.

Ущемленіе искривленной кзади беременной матки составляетъ одно изъ самыхъ серьезныхъ и опасныхъ осложнений въ теченіи беременности и, если распознаваніе не поставлено во время, влечетъ за собою, въ большинствѣ случаевъ смерть. Къ счастью для беременныхъ подобная аномалія встрѣчается довольно рѣдко. Д-ръ *Schwalbe* ¹⁾ изъ журналовъ поликлиники *A. Martin'a* собралъ 68 случаевъ ущемленій на 7900 больныхъ; слѣдовательно, на 1000 родовъ приходится 8 подобныхъ случаевъ. Мнѣ, какъ видно будетъ изъ нижеслѣдующаго, въ теченіи 12 лѣтней земской практики пришлось встрѣтить ущемленіе беременной матки 4 раза.

Ущемленіе беременной матки наступаетъ обыкновенно въ концѣ 3-го и въ началѣ 4-го мѣсяца беременности. Большинство авторовъ за причину ущемленія считаютъ неправильное положеніе матки, а именно искривленіе и перегибъ ея, которые существовали до беременности. При такихъ неправильныхъ положеніяхъ матки зачатіе наступаетъ, какъ извѣстно, не рѣдко и, если матка въ концѣ третьяго мѣсяца не выйдетъ изъ малого таза, то происходитъ или выкидышъ или же матка подвергается ущемленію. Въ большинствѣ случаевъ, по всей вѣроятности,

¹⁾ Врачъ № 13 1887.

матка въ начальныхъ периодахъ беременности выходитъ изъ малого таза и принимаетъ правильное положеніе; иначе мы встрѣчали-бы въ практикѣ очень часто картину ущемленія беременной матки, такъ какъ *retroversio* и *retroflexio uteri* и зачатіе при этихъ патологическихъ положеніяхъ составляютъ обыкновенное явленіе. Хотя чаще ущемленіе искривленной кзади беременной матки происходитъ вышеописаннымъ способомъ, однако для нѣкоторыхъ случаевъ нельзя отрицать участія такихъ моментовъ, какъ сильное сотрясеніе тѣла при паденіи, поднятіе большихъ тяжестей и т. п. Указаніе многихъ авторовъ и мои собственные наблюденія подтверждаютъ это предположеніе.

Разъ происходитъ ущемленіе беременной матки, на сцену выступаютъ характерныя припадки этой болѣзни. Вслѣдствіе прижатія уретры появляется задержаніе мочи; мочевой пузырь въ этихъ случаяхъ иногда достигаетъ громадныхъ размѣровъ и принимается не рѣдко за беременную матку.

Если задержаніе мочи существуетъ долго, то моча выходитъ по каплямъ, является такъ называемая *ischuria paradoxa*. При дальнѣйшемъ существованіи болѣзни развивается циститъ, моча начинаетъ разлагаться, омертвѣваетъ слизистая оболочка и даже можетъ произойти разрывъ пузыря съ истеченіемъ мочи въ полость брюшины. Вторымъ признакомъ служить запоръ; беременная матка, находясь передъ прямой кишкой, сдавливаетъ ее и обуславливаетъ заставаніе кала.

При внутреннемъ изслѣдованіи черезъ влагалище мы находимъ увеличенное тѣло матки, выполняющее малый тазъ; шейка матки съ трудомъ достигается пальцемъ и находится высоко позади лоннаго соединенія.

Если распознаваніе не было поставлено во время, или сама больная не обратилась къ медицинской помощи, развиваются вышеописанныя опасныя осложненія, ведущія чаще всего къ смерти. Въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдали выворотъ влагалища и прямой кишки и появленіе матки въ области наружныхъ половыхъ органовъ.

Что касается до лѣченія описываемаго страданія, то оно въ случаяхъ незапущенныхъ не представляетъ особенной трудности. Обыкновенно медицинская помощь начинается съ

опорожнені мочевого пузыря; катетеризація производится металлическимъ или еще лучше эластическимъ катетеромъ; послѣ опорожненія пузыря приступаютъ къ выправленію беременной матки черезъ влагалище или черезъ прямую кишку. Если выправленіе не удастся при обыкновенномъ положеніи, то приближаютъ къ колыбно-локтевому. Въ тѣхъ случаяхъ, когда катетеризація не удается, производятъ проколъ мочевого пузыря тонкимъ троакаромъ между пупкомъ и лоннымъ соединеніемъ. Если катетеризація и проколъ пузыря не достигаютъ цѣли, то приступаютъ къ производству искусственнаго выкидыша. Искусственный выкидышъ производится посредствомъ прокола матки черезъ влагалище или прямую кишку; обыкновенный-же способъ, т. е. введеніе зонда въ полость матки влѣдствіе высокаго положенія шейки рѣдко удается.

Не касаясь иностранной литературы, которая тщательно собрана въ энциклопедіи *Эйленбурга*, я приведу доступную мнѣ русскую литературу по интересующему насъ вопросу. Въ русской литературѣ я встрѣтилъ только три статьи, а именно д-ра *Парамина* ²⁾, *Якуба* ³⁾ и сообщеніе въ Акушерско-Гинекологическомъ Обществѣ въ Кіевѣ д-ра *Шейлова* ⁴⁾.

Въ случаѣ д-ра *Парамина* ущемленіе матки произошло влѣдствіе паденія, и задержаніе мочи продолжалось въ теченіи 3 сутокъ. Послѣ выпущенія мочи катетеромъ, *Параминъ* выправилъ ущемленную матку путемъ введенія указательнаго и средняго пальцевъ въ прямую кишку въ положеніи *a la gache*. Перегибъ матки и задержаніе мочи въ случаѣ *Парамина* произошли на 3-мъ мѣсяцѣ беременности. Предъидущія беременности протекали правильно.

Д-ръ *Якубъ* наблюдалъ слѣдующій случай. 29 февраля 1886 г., въ родовспомогательное заведеніе Московскаго Воспитательнаго Дома поступила больная, жалующаяся на сильную схваткообразную боль въ животѣ, на невозможность моченоспуска и испражненія. Съ мѣсяцъ до поступленія въ отдѣленіе, у нея появились сильные запоры и задержаніе мочи,

²⁾ Врачъ № 43, 1884 г.

³⁾ Медицинское Обозрѣніе № 10, 1887 г.

⁴⁾ Врачъ № 49, 1889 г.

последнее через некоторое время уступило место истечению мочи по каплям. За последние три дня больной абсолютно не может ни мочиться ни испражняться: три недели больной начала замечать выпадение прямой кишки. Последние регулы были осенью 1885 г. При наружном и внутреннем исследовании д-ръ *Якубъ* нашел сильно расширенный мочевой пузырь и опухоль, величиною несколько больше детской головки, между влагалищем и прямой кишкой. На основании результатов исследования было распознано ущемление рефлектированной беременной матки. Длинным эластическим катетером авторъ съ трудомъ выпустилъ мочу, а матку выправилъ изъ положенія *a la vache*, введя половину руки во влагалища. Больная скоро оправилась и въ августѣ 1886 г., разродилась красивымъ, здоровымъ мальчикомъ.

Въ засѣданіи Акушерско-гинекологическаго общества въ Кіевѣ въ октябрѣ 1889 г. д-ръ *Пейловъ* сообщилъ случай ущемленія перегнутой изади беременной матки. Въ Кіевскую акушерскую клинику явилась крестьянка 35 л. съ задержаніемъ мочи на 5-мъ мѣсяцѣ шестой беременности, съ плохимъ общимъ состояніемъ и ущемленіемъ матки. Мочи вышущего 2300 к. с. съ примѣсью крови. Изъ влагалища вытекала жидкость похожая на околоплодные воды. На другой день матка была выправлена черезъ прямую кишку при коленно-локтевомъ положеніи. Вскорѣ послѣдовать выкидышъ, послѣ котораго состояніе больной все болѣе и болѣе ухудшалось вплоть до смерти. При вскрытіи найденъ плоскій рахитическій тазъ: матка получила форму песочныхъ часовъ, благодаря тому, что только нижній задній отрѣзокъ ея былъ ущемленъ въ тазу; остальная же часть находилась выше крестцового мыса. Слизистая оболочка мочевого пузыря сильно измѣнена и покрыта грязнымъ налетомъ. Мочегочники и лоханки растянуты; въ почкахъ небольшіе гнойники. Кромѣ того обнаружено воспаленіе брюшины и скопленіе гноя въ клетчаткѣ окружающей *hylus*.

Теперь переходжу къ изложенію собственныхъ наблюдений.

4-го сентября 1885 г. въ больницу явилась крестьянка с. Сердоба съ жалобами на сильную боль въ животѣ и на задержание мочи, которое продолжается около двухъ дней.

Больная 37 лѣтъ, замужемъ, хорошо сложенная съ правильно развитой мышечной и костной системами. Имѣетъ нѣсколько дѣтей, роды всегда были нормальны и послѣродовыхъ заболѣваній не было. Назадъ тому 1½ недѣли больная упала въ погребѣ, при чемъ изъ половыхъ органовъ въ это время показалось обильное кровотеченіе, не прекращавшееся въ теченіи двухъ сутокъ. Приблизительно черезъ недѣлю послѣ паденія у больной появилась сильная боль въ животѣ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и задержаніе мочи; послѣднее обстоятельство и заставило ее обратиться къ врачебной помощи. Изъ разспросовъ оказалось, что больная 4 мѣсяца не имѣла регулъ.

При изслѣдованіи обнаружено, что животъ значительно увеличенъ, крайне болѣзненный при давленіи особенно въ нижней части. Въ полости живота прощупывается громадная эластическая опухоль, верхняя граница которой на вершнѣ выше пупка. Наружные половые органы нормальны; въ заднемъ сводѣ передъ прямой кишкой находится большая, очень болѣзненная и неподвижная опухоль, которая въ передней части переходитъ непосредственно въ шейку матки; эта послѣдняя съ трудомъ достижается кончикомъ указательнаго пальца и располагается позади верхняго края лоннаго соединенія. Температура нормальная, общее состояніе удовлетворительно. Нѣсколько дней запоръ.

Тотчасъ по поступленіи въ больницу моча выпущена катетеромъ; вышло громадное количество прозрачной мочи, послѣ чего опухоль въ животѣ исчезла. Затѣмъ приступлено къ вправленію ущемленной матки. Вправление черезъ влагалище не удалось, почему былъ введенъ палецъ черезъ прямую кишку, послѣ чего вскорѣ и сравнительно легко удалось вывести тѣло матки изъ задняго свода. Покойное положеніе. Моча на другой день выделялась самопроизвольно и бывшая во время ущемленія боля исчезла. 11-го сентября больная выписалась изъ больницы. Беременность протекала вполне правильно и больная родила доношеннаго ребенка.

Черезъ 2 года, а именно 7 сентября 1887 г. эта же женщина снова явилась въ больницу съ тѣми же припадками, которые появились опять вскорѣ послѣ паденія. Изъ разспросовъ оказалось, что больная не имѣла регулъ около 4 мѣсяцевъ и считала себя беременной. Послѣ паденія на этотъ разъ не было кровотеченія, не сразу наступили боли и задержаніе мочи. При изслѣдованіи найдены тѣже самыя измѣненія, какъ и въ первый разъ. Больная оставлена въ больницѣ; передъ вправленіемъ выпущена моча, а вправление произведено черезъ влагалище. 11 сентября 1887 г. больная выписалась здоровой. Беременность тоже протекала благополучно и въ срокъ родился живой ребенокъ.

Е. М. крестьянка с. Турзовки поступила въ Петровскую больницу 24 апрѣля 1896 г. съ опухолью въ животѣ, задержаніемъ мочи и отекомъ ногъ.

Больная 30 лѣтъ, за мужемъ, родила нѣсколькихъ дѣтей, правильнаго сложенія. Видимыя слизистыя оболочки блѣдны.

Температура повышена. Ноги значительно опухли, въ сердцѣ и легкихъ нѣтъ никакихъ неправильностей.

Регуль не имѣетъ около 5 мѣсяцевъ, заболѣла около 4 недѣль, при чемъ въ первое время было задержаніе мочи, а затѣмъ моча стала выдѣляться по каплямъ. Больная постоянно чувствуетъ боли въ животѣ, страдаетъ запорами, не можетъ ходить и лежать вследствие опухоли живота и ногъ. Аппетита нѣтъ, бываютъ часто ознобы и жаръ. Болѣзнь началась незамѣтно, больная не ходила и не поднимала большихъ тяжестей. Прежнія роды всегда протекали правильно.

При наружномъ осмотрѣ обнаруживается громадная опухоль въ животѣ, занимающая среднюю линію и заходящая на $1\frac{1}{2}$ вершка выше пупка. Опухоль эластичная, слегка болѣзненная, напоминаетъ беременную матку въ послѣдній періодъ беременности. Наружные половые органы покрыты экземой и язвами отъ постоянного смачиванія мочою, которая выдѣляется незамѣтно для больной днемъ и ночью. Въ заднемъ проходѣ большія геморроидальныя шишки. При внутреннемъ изслѣдованіи въ заднемъ сводѣ между прямой кишкой и влагалищемъ находится большая опухоль мало подвижная и болѣзненная при давленіи. Шейка матки съ трудомъ достигаетъ концомъ указательнаго пальца, обращена впередъ и находится позади лоннаго соединенія. Громадный отекъ ногъ, достигающій до половины бедеръ. Общее состояніе плохое, больная вследствие постоянныхъ болей проводить ночи безъ сна, ничего не ѣстъ.

Тотчасъ по поступленіи въ больницу катетеромъ извлечено громадное количество мутной мочи, послѣ чего исчезла опухоль въ животѣ. Матка направлена впередъ пальцемъ во влагалище. Покойное положеніе. Моча выпускалась катетеромъ 2 дня, а затѣмъ больная начала сама мочиться. Отекъ ногъ вскорѣ исчезъ, появился аппетитъ и больная черезъ 7 дней выписалась изъ больницы здоровой.

Ф. Ч., мордовка изъ П. Захарина поступила въ Петровскую больницу 19 авг. 1896 г. съ жалобами на задержку мочи, запоръ и сильныя боли въ животѣ.

Больная 32 л., замужемъ, имѣетъ нѣсколькихъ дѣтей. Назадъ тому два года мѣ пришлось дѣлать у нея поворотъ младенца при поперечномъ положеніи, при чемъ родился живой ребенокъ; послѣродовое состояніе прошло правильно безъ всякихъ осложнений. Регуль не имѣетъ около года. Небольшая блѣдность слизистыхъ оболочекъ, температура нормальная. За четыре дня до поступленія въ больницу, безъ всякой видимой причины больная почувствовала боли въ животѣ; къ болямъ присоединилось задержаніе мочи. Черезъ 2 дня боли немного стихли, и больная цѣлый день могла хорошо мочиться, но затѣмъ снова возобновились боли и задержаніе мочи, что и заставило больную обратиться къ медицинской помощи.

При изслѣдованіи въ полости живота прощупывается большая опухоль соотвѣтственно мочевому пузырю. Во влагалищѣ

въ заднемъ сводѣ находится другая опухоль, при давленіи болѣзненная и переходящая въ шейку матки: шейка матки обращена впередъ и располагается высоко за лоннымъ соединеніемъ. Моча вышущена катетеромъ два раза, послѣ чего матка въ скоромъ времени легко вышла изъ малого таза. Назначено покойное положеніе. Боли прошли къ вечеру, а на другой день болющую прослабило, мочеиспусканіе возстановилось. Черезъ пять дней больная выписалась изъ больницы здоровой. Матка приняла правильное положеніе; судя по величинѣ ея беременность достигла четырехъ мѣсяцевъ.

Такимъ образомъ въ теченіи довольно продолжительной земской службы мнѣ пришлось встрѣтить ущемленіе беременной матки 4 раза. Одна больная, какъ видно изъ описанія перваго случая, подвергалась ущемленію матки два раза и причиной ущемленія оба раза служило паденіе. Была-ли въ данномъ случаѣ въ небеременномъ состояніи *retroflexio* матки узнать не удалось, такъ какъ послѣ выздоровленія больная ни разу не показывалась въ больницу. Въ остальныхъ двухъ случаяхъ причина описываемаго осложненія осталась неизвѣстной.

У всѣхъ больныхъ въ скоромъ времени наступали серьезные припадки въ видѣ, главнымъ образомъ, задержанія мочи. 3 раза больная являлась за медицинскою помощью въ началѣ болѣзни, и потому не успѣли еще развиваться серьезные измѣненія во внутреннихъ органахъ. У второй же больной, которая пріѣхала въ больницу спустя 4 недѣли послѣ заболѣванія, мочевой пузырь былъ сильно растянутъ, моча имѣла катаральныя свойства и отдѣлялась по каплямъ, наблюдался громадный отекъ нижнихъ конечностей.

Вправление ущемленной матки во всѣхъ случаяхъ не представляло особенной трудности.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ОДИНАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЬ № 8.

Засѣданіе 14-го ноября 1896 года.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славяевскій.

Присутствовали 34 члена: Антиповъ, И. А., Вацевичъ, Бекманъ, Бухштабъ, Вастень, Вирндарскій, Даниловичъ, Долгискій, Драпачевъ, Заболотскій, Замининъ, Закушкинъ, Личкусъ, Массенъ, Мацѣевскій, Мисеничъ, Оттъ, Піотровичъ, Порошинъ, Поршняковъ, Рачинскій, Рутковскій, Савченко, Сициевскій, Стравинскій, Строгановъ, Строганова, Фишеръ, Б. А., Франкъ, Фратковъ, Чаринъ, Швердловъ, Шуттенбахъ, Ямпольскій и 28 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 7.

2) В. А. Вастень показалъ препаратъ *межуточной трубной беременности*. 29-го 1896 г. въ гинекологическое отдѣленіе Обуховской больницы поступила, 3 раза благополучно рожавшая (последній разъ 1½ года назадъ), 28-лѣтняя больная. Последнія мѣсячныя—3 мѣсяца назадъ. Запоръ 4 дня. Заболѣла за сутки до поступления въ больницу: боль внизу живота, головокруженіе, обморокъ. Больная доставлена въ очень тяжеломъ состояніи: крайнее малокровіе; пульсъ 132—140, неровный, временами плохо прощупываемый, дыханіе

50—60; 35,4°. Постукивание издутаго живота даёт тупость, являе выраженную сѣва. Зыбление. Въ сводахъ, характерная для сѣвжихъ сгустковъ, тѣстоватость. Полная картина внутренняго, разлитаго кровотечения. Больная сразу не согласилась на операцію; и потому послѣдняя была сдѣлана лишь въ 7 часовъ вечера. По линии разрѣза прорынуть 1 шприцъ 5% раствора кокаина; затѣмъ не много вдыханій эфира (истрачено всего 20 грам.) Плодный мѣшокъ, по извлеченіи его въ рану, оказался составившимъ одно цѣлое съ маткой; при извлеченіи разрывъ его нѣсколько увеличился, и самъ онъ уменьшился. Сдѣлано надвлагалищное отсѣченіе матки: въ шейку вставленъ фитиль и край культи сшиты надъ нимъ, при чемъ, кромѣ брюшины, бралась и часть мышечнаго слоя. Культи была совсѣмъ суха. Во избежаніе, однако, могущаго появиться откуда нибудь, послѣ оправленія больной, послѣдовательнаго кровотечения, культи обложена полоской обезжированной марли и конецъ тампона введенъ въ нижній уголъ раны. Тампонъ удаленъ на 3-й день. Больная вполнѣ поправилась въ 10 дней, при нѣсколько повышенной температурѣ.

Препараты представляютъ матку съ толстыми стѣнками; вся полость ея выстлана отпадающей оболочкой; правый уголъ матки растинутъ и отдѣляется цѣльнымъ слоемъ отпадающей оболочки отъ полости, гдѣ помещалось плодное яйцо; видны оболочки и начинающееся образованіе дѣтскаго мѣста; плодъ не найденъ. Снизу мѣшка видно отхожденіе не растинутой трубы. Несомнѣнно, такимъ образомъ, что это случай межуточной трубной беременности.

3) В. Г. Бекманъ (изъ отдѣленія В. А. Васнени) показать: а) *лонгую 6-недѣльную беременную трубу*; брюшинный конецъ трубы проткрытъ: очевидно готовился трубный выкидышъ, но затѣмъ труба, все таки, порвалась. Съ трубой извлечена и киста, оказавшаяся при микроскопическомъ изслѣдованіи (препараты показаны Обществу) *кистой желтаго тѣла*. Величина кисты—съ салву. Больная пришла съ явленіями разлитаго внутренняго кровотечения. Операція (чревосѣченіе) сдѣлана докладчикомъ. Выздоровленіе. — б) *Беременную, разорвавшуюся, 2-мѣсячную трубу*. Цѣлость трубы нарушена въ 4 мѣстахъ. Яйцо цѣло. Докладчикъ думаетъ,

что въ данномъ случаѣ труба разорвалась только въ одномъ мѣстѣ, въ которомъ видны оболочки плоднаго яйца: въ другихъ же мѣстахъ, гдѣ изъ дыръ въ стѣнкахъ трубы торчатъ въ видѣ пуговокъ ворсинки, имѣется, по его мнѣнію, *проростаніе ворсинокъ чрезъ трубныя стѣнки*. Эта большая тоже прибыла съ явлениями внутреннего разлитого кровотечения и тоже была оперирована докладчикомъ. Выздоровленіе. — в) *6-мѣсячную беременную, не лопнувшую трубу*, вырванную В. А. Васенюмъ. Опухоль была плотно сращена въ тазу. Пришлось ее вылущать. Стѣнки трубы мѣстами въ 2, а мѣстами въ 5 мм. Выздоровленіе. — г) Микроскопическіе препараты *простой круглой язвы рукава* (*ulcus rotundum simplex vaginae*). Язва номѣщалась, у 64 лѣтней (2 раза рожавшей) женщины, въ заднемъ сводѣ рукава, переходя отчасти и на влагалищную часть. Крайное дно гладкой, плоской язвы (при изслѣдованіи пальцами ее можно было совѣсть просмотрѣть) было покрыто желтоватымъ распадомъ; края рѣзко ограничены. Фибріа бѣлы, артерioskлерозъ. Язва вырвана, рана зашита. Заживленіе вторымъ натяженіемъ. Подъ микроскопомъ: слизистая рукава безъ измѣненій; въ сосудахъ эндартеритъ; вещество дна и стѣнокъ язвы богато мелкими круглыми клѣточками и пѣжной волокнистой тканью. Докладчикъ нашелъ въ литературѣ только 8 такихъ случаевъ. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ язва въ рукавѣ существовала одновременно съ язвой въ 12-перстной кишкѣ. Больныя были преимущественно пожилыя женщины. Въ качествѣ причинъ упоминаются: чрезмѣрная кислотность рукава и недостатокъ питанія вълѣдствіе заболѣванія сосудовъ.

4) *Каца* (изъ отдѣленія В. А. Васеню) показать: а) *1 1/2-мѣсячную беременную лопнувшую трубу*. Большая прибыла съ явлениями разлитого внутреннего кровотечения. Полный упадокъ силъ, животъ вздутъ. Зыбленіе. Въ сводахъ, характерная для кровяныхъ сгустковъ, чѣстоватость. Возбуждающія. Такъ какъ больная сейчасъ на операцию не согласилась, то пришлось произвести ее ночью. Послѣ операціи, для устраненія угрожавшей слабости, подкожное вливаніе раствора поваренной соли, камфора. Операція произведена докладчикомъ. Выздоровленіе. — б) *2 большія фибромиомы перерожденіи матки*,

удаленная *В. А. Вастеномъ*, сочетаннымъ путемъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ зашеечно развивался фиброміома подверглась саркоматозному перерождению. Въ другомъ—верхняя граница опухоли заходила выше пупка. Обѣ больныя поправились.

Къ вышеизложенному *В. А. Вастенъ* добавилъ, что всѣ упомянутые случаи трубной беременности оперированы въ его отдѣленіи въ теченіи послѣднихъ 2 хъ недѣль.

На вопросъ *В. И. Массена*, не суть ли тѣ отверстия, изъ которыхъ торчатъ ворсинки, добавочныя отверстия Gallorіевыхъ трубъ, *Бекманъ* возразилъ, что ворсинки эти, въ особенности на свѣжыхъ препаратахъ, несколько не напоминали бахромы трубъ, а были именно ворсинки; кромѣ того, эти отверстия въ трубѣ находятся близко отъ матки, добавочныя же отверстия обыкновенно помѣщаются на брызжовомъ концѣ трубъ. Что въ данномъ случаѣ, да и въ этихъ мѣстахъ не было разрыва можно заключить потому, что края отверстій очень тонки и ровны, вставивъ изъ нихъ ворсинки считать какъ бы на тонкой ножкѣ; и, наконецъ, трудно было бы объяснить, почему труба разорвалась въ 4-хъ мѣстахъ. Впрочемъ, препараты въ будущемъ будутъ еще подвергнуты тщательному изслѣдованію.

К. Ф. Славякскій указалъ на то, что никто изъ докладчиковъ, показавшихъ препараты вѣматочной трубной беременности, не упомянулъ о мѣстѣ отхожденія круглой маточной связки, а между тѣмъ это обстоятельство имѣетъ важное значеніе для сужденія о томъ, имѣется ли въ томъ или другомъ запутанномъ случаѣ второй рогъ дуэрогой матки, или труба. *К. Ф.* особенно памятенъ случай, бывшій въ одномъ изъ нашихъ. Обществу много лѣтъ тому назали: растянутая труба была принята за вторую матку. Несомнѣнно, что всѣ показанные препараты—препараты трубной беременности, но у всякаго, не имѣвшаго возможности лично видѣть препараты, а знакомящагося съ ними только по описанію, всегда можетъ зародиться сомнѣніе, если не упоминается о мѣстѣ отхожденія круглой связки. Интересно, да и отъчасти, что вѣматочная беременность, поимѣному, встрѣчается далеко не рѣдко. Еще сравнительно недавно покойный докторъ *Змиродскій*, интересовавшійся этими вопросами, обращался письменно ко всѣмъ гинекологамъ съ просьбой сообщить ему свои наблюденія въ этой области. Оно и понятно, если вспомнить, какъ рѣдко распознавались вѣматочная беременность и съ какою гордостью говорилось о каждомъ распознаваніи при жизни случаевъ. Теперь мы видимъ, что эти случаи стали, такъ сказать, обшденными, и можно только порадоваться тому обстоятельству, что наши больницы не только имѣютъ такой богатый матеріалъ но и умѣютъ имъ пользоваться и для блага больныхъ, и на пользу науки.

5) *В. А. Вастенъ* сообщилъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія. Въ октябрѣ 1894 г. докладчикъ показалъ Обществу больную послѣ кесарскаго сѣченія. Показаніемъ къ оне-

рации послужить неравномерно общесъуженный рахитический тазъ, прямой размахъ входа котораго былъ равенъ 6 см. Больная была предупреждена тогда, что родить она не можетъ и что, въ случаѣ беременности, она должна заблаговременно показаться. Не смотря на это, она поступила въ больницу (утромъ 25/ix) на 3-й день отъ начала срочныхъ родовъ, съ просьбой сдѣлать ей опять ту же операцію. — Рубецъ на животѣ, длиною въ 18½ см., въ порядкѣ; только нижній уголъ его прирѣзленъ къ маткѣ. При первой операціи, чтобы по возможности избѣгнуть сращения матки съ брюшной стѣнкой, вся матка была закрыта салынкомъ, но, не смотря на это, по снѣжно повязки, матка оказалась прирѣзленною къ брюшной стѣнкѣ, нѣсколько выше отъ средней линии. Когда больная начала ходить, это сращеніе стало отдѣляться; и матка, уменьшаясь въ объемѣ, нѣсколько опустилась въ полость малого таза. Теперь разрезъ былъ сдѣланъ по лѣвому краю стараго рубца: салынокъ оказался прирѣзаннымъ къ рубцу на всемъ протяженіи; сращения эти легко отдѣлены пальцемъ, у нижняго угла маточнаго рубца — плотное, лентообразное соединительно-тканное, шириною въ 1½ см., сращеніе съ нижнимъ концомъ брюшнаго рубца. Сращеніе это перерезано. Другихъ сращеній матки не было. На маткѣ-линейный рубецъ; верхній край послѣдняго, у дна матки, звѣздообразенъ и нѣсколько выпнутъ. Нитокъ нигдѣ не замѣтно. Операція окончена обычнымъ порядкомъ. Новорожденный вѣсилъ 3000 грм. — меньше 1-го, который вѣсилъ 4200. — По справкамъ докладчика, первое повторное кесарево сѣченіе было сдѣлано въ Россіи въ 1810 г., въ Ригѣ. Затѣмъ до послѣдняго пятилѣтія такихъ случаевъ болѣе не было. За послѣднее же время эта операція произведена *Д. Я. Красовскимъ, Г. Е. Рейномъ и Д. О. Оттомъ*. Существуетъ еще одинъ не описанный случай *Н. О. Балакина*. Такимъ образомъ, случай докладчика — пятый. Оперированная и ребенокъ ей показаны Обществу.

6) *К. Н. Улзено-Строганова* сообщила случай злокачественнаго новообразованія развившагося въ элементѣхъ ворсинчатого покрова (*dicidoma malignum uterini*). 26-лѣтняя больная, у которой въ ноябрѣ 1894 г., въ Певзальномъ Институтѣ былъ удаленъ пузырный заносъ, въ маѣ 1896 г.

вслѣдствіе предшествовавшихъ кровотеченій вторично подверглась выскабливанію (въ провинціи). Кровотеченіе пріостановилось на 2 мѣсяца, но затѣмъ появилось вновь съ такою силою, что больная, въ сентябрѣ, опять прѣѣхала въ Петербургъ и поступила въ Повивальный Институтъ. Матка мягкая, тѣстоватая, величиною съ матку въ $2\frac{1}{2}$ мѣсяца беременности. Передняя стѣнка и дно ея заняты губчатою, мягкою опухолью, вслѣдствіе чего весь органъ удаленъ черезъ влагалище *Д. О. Оттомъ*. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что новообразование состоитъ изъ синцитиальныхъ массъ, кѣточекъ *Langhans'*ова слоя и крупныхъ ядерныхъ кѣточекъ, происшедшихъ отчасти изъ синцитіума, отчасти изъ кѣточекъ слоя *Langhans'*а. Несомнѣнно, такимъ образомъ, что опухоль эта плодоваго происхожденія. Докладчица думаетъ поэтому, что названіе, данное этой опухоли—злокачественная децидуома—не соответствуетъ сути дѣла. Можно бы, пожалуй, оставить названіе децидуомы, имѣя, однако, въ виду не отпадающую оболочку матери, а *decidua foetale*—верхній слой заплодолой оболочки. Докладъ сопровождался показываніемъ микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ. Въ заключеніе докладчица вкратцѣ остановилась и на литературѣ вопроса.

7) *Д. О. Оттъ* показали: а) *овутороннюю саркому яичниковъ* (операция произведена *Н. И. Раинскимъ*), б) *трубно-яичниковую кисту*, в) *большую, злокачественно перерожденную фиброму*, удаленную у 55-лѣтней женщины, не носившей уже кровей, но жаловавшейся на быстрый ростъ живота. Послѣ разрѣза брюшныхъ покрововъ оказалась масса сращеній. Всѣ внутренности были между собою сращены. Хлороформный сонъ (истрачено $2\frac{1}{2}$ $\bar{z}$) протекалъ весьма скверно, съ глубочайшей синхотой. Вылуцивъ опухоль и отрѣзавъ ее отъ шейки матки, докладчикъ затампировалъ громадное ложе и вывелъ конецъ тампона черезъ нижній уголъ брюшной раны. Черезъ 6 часовъ больная умерла. Вскрытіе показало полное перерожденіе сердца, истонченіе стѣнокъ желудочковъ его, множество петехій въ легкѣхъ и другихъ органахъ, переполненіе кровью селезенки и печени и т. д.—однимъ словомъ, признаки смерти отъ удушенія, при парализѣ сердца. На основаніи этого случая, *Д. О.* высказался еще разъ въ томъ

смыслъ, что фиброміому необходимо удалить рано, до перерожденія другихъ органовъ и, главнымъ образомъ, сердца. Въ заключеніе докладчикъ отмѣтилъ, что первый рядъ операций фиброміомъ далъ ему смертность въ 30%, второй (при упрощеніи техники) 4% и, наконецъ, третій (99 случаевъ, сообщенныхъ на Сѣздѣ въ Кіевѣ)—0%. Съ того времени было еще 30 случаевъ всѣ съ выздоровленіемъ (опухоли, сидѣвшія на ножкахъ въ расчетъ никогда не принимались). Такимъ образомъ, вышеупомянутый случай—единственный, кончившійся въ послѣднее время смертью, г) *12 пораженныхъ фиброміомами матокъ, удаленныхъ цѣликомъ*, частью путемъ чревосѣченія, частью кускованіемъ черезъ рукавъ. Изъ этихъ препаратовъ особеннаго вниманія заслуживаетъ случай *громадной, зашеечно разившейся и цѣликомъ амбрионично лежащей опухоли*. На первый взглядъ казалось, что эту опухоль совсѣмъ нельзя было вырѣзать. Вскрывъ животъ и перевязавъ бѣменные сосуды, докладчикъ надрѣзалъ брюшину, вылучилъ опухоль и, перевязавъ маточные сосуды, удалилъ опухоль съ маткой. Оставшійся мѣшокъ былъ затампонированъ; концы тампона выведены въ рукавъ; листки брюшины защищены надъ тампономъ матрацнымъ швомъ; защищены брюшинныя стѣнки. Сегодня больная уже встала (24 й день послѣ операции). д) *7 матокъ, вырѣзанныхъ черезъ влагалище ради рака*. Указавъ на то, что онъ всегда оперируетъ помощью швовъ и что такихъ случаевъ, при ракѣ матки, онъ насчитываетъ болѣе 100 (не говори о случаяхъ фиброміомъ—тоже около сотни) съ 0% смертности=0, докладчикъ замѣтилъ, что онъ, съ учебною цѣлью (чтобы показать слушателямъ), въ 12 случаяхъ оперировалъ по способу *Doyle'a* съ пинцетами. Въ одномъ изъ этихъ 12 случаевъ (кончившемся смертью вследствие непроходимости кишекъ), послѣ снятія пинцетовъ, черезъ 48 часовъ, появилось вторичное кровотеченіе изъ маточной артеріи; пришлось поэтому пинцетъ оставить еще на 3-е сутки. Въ общемъ *Д. О. Оттъ* высказался относительно пинцетовъ слѣдующимъ образомъ: 1) возможны послѣдовательныя кровотеченія, 2) возможны пролежни, но 3) продолжительность операции несомнѣнно уменьшается. Въ виду 2 первыхъ обстоятельствъ онъ остается сторонникомъ швовъ и

считаетъ пинцеты пригодными лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ, вследствие далеко зашедшаго рака, швы не применимы, въ которыхъ нельзя обколоть того или другого участка ткани потому, что пораженная ткань рвется, т. е. собственно говоря, въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ операція уже не показана. Въ заключеніе *Д. О.* сказалъ нѣсколько словъ *объ упрощеніи техники при влагалищномъ вырѣзываніи матки*. Упрощеніе это сводится къ тому, что при маленькихъ, подвижныхъ маткахъ, послѣ вскрытія передняго и задняго свода, матка выводится черезъ передній сводъ, иногда разсѣкается по передней поверхности, послѣ чего каждая связка посредствѣ прокалывается иглой съ двойной ниткой, затѣмъ одна нитка затягиваетъ верхнюю $\frac{1}{2}$, а другая нижнюю широкой связкой, т. е., иначе говоря, вся широкая связка перевязывается лишь въ 2 пучка. Операція при этомъ производится также быстро, какъ и съ пинцетами. Докладчикъ подчеркнул, что это *упрощеніе* пригодно лишь въ исключительныхъ случаяхъ и что начинающимъ лучше не пользоваться имъ.

На вопросъ *Е. Ф. Бациевича*, какъ *Д. О. Оттъ* поступаетъ съ верхней перевязкой: оставляетъ ли онъ концы нитокъ, или коротко ихъ обрѣзываетъ, докладчикъ отвѣтилъ, что онъ коротко обрѣзываетъ ихъ.

И. Т. Садовскій не можетъ согласиться съ докладчикомъ: по его мнѣнію, при примѣненіи пинцетовъ не бываетъ ни продолжительныхъ, ни послѣдовательныхъ кровотеченій. Онъ говоритъ по этому поводу съ *Landau, Bouilly, Doyen*омъ, *Rozzi* и *Reau*омъ, и всѣ они высказались въ томъ же смыслѣ. Самъ *Садовскій* до настоящаго времени сдѣлалъ 12 влагалищныхъ вылуценій по способу *Doyen*'а. Результаты очень хороши. Больныя послѣ операціи никогда не жалуются на боли, такъ что *И. Т.* не приходится прибѣгать къ морфію. Одинъ неудачный случай докладчика ничего не доказываетъ: бывали послѣдовательныя кровотеченія и послѣ швовъ, напр., въ одномъ случаѣ, о которомъ рассказъ *В. А. Вастень*¹⁾. Способъ *Doyen*'а особенно пригоденъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ матка, напр., пораженная фибромиомами, значительно увеличена т. е. въ случаяхъ технически трудныхъ.

Б. А. Фишеръ рассказалъ объ отличныхъ результатахъ, достигаемыхъ при помощи пинцетовъ *Секстичкичъ*.

В. А. Вастень оперируетъ при помощи швовъ, по тому же способу, какъ и *Д. О. Оттъ*, т. е., проще говоря, по общепринятому способу. Онъ обшиваетъ, однако, не только задній, но и передній сводъ, культи укрѣпляетъ въ углахъ раны, и, связавъ затѣмъ концы нитокъ, которыми

¹⁾ Случай этотъ оперированъ другимъ врачомъ. *Вастень*у пришлось останавливать только послѣдовательное кровотеченіе.

обшиты передний и задний своды, обособить их, такимъ образомъ, полость брюшины отъ полости рукава. Упрощеніе, предложенное *Д. О. Оттомъ*, для него не помогло: ему не разъ приходилось, перевязавши и перерѣзавши одну связку, перевязывать другую только въ два пучка и именно такъ, какъ указать *докладчикъ*. Что касается до пинцетовъ, то онъ уже раньше высказывался въ Обществѣ противъ нихъ и теперь остается при томъ же мнѣніи.

Л. Г. Личкусъ замѣтилъ, что и *Leopold* укрѣпляетъ культи въ углахъ раны и сшиваеъ передний и задній своды.

К. Ф. Славянский, итозируя пренія, высказался въ томъ смыслѣ, что вопросъ о преимуществѣ швовъ или пинцетовъ не можетъ считаться рѣшеннымъ и, главнымъ образомъ, потому, что большаго опыта съ пинцетами пока еще ни у кого изъ нашихъ членовъ Общества нѣтъ. Рѣшеніе этого вопроса принадлежитъ будущему, когда и у сторонниковъ и у противниковъ пинцетовъ накопится побольше матерьяла.

По прочтеніи протокола, *Д. О. Оттъ* добавилъ, что не одно и то же—перевязавши и перерѣзавши одну связку, перевязать другую въ два пучка—и перевязывать обѣ связки въ два пучка такъ, какъ онъ объ этомъ говорилъ.

Предсѣдатель *К. Славянский*.

Секретарь *Л. Личкусъ*.

ПРОТОКОЛЪ № VIII.

Административное засѣданіе 14-го ноября 1896 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 32 члена.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № VII.

2) Предложенъ въ дѣйствительныя члены д-ръ медицины *Максимъ Августовичъ Штраухъ* (предложенъ *Оттомъ, А. Р. Фишеромъ и Шмидтомъ*).

Предсѣдатель К. Славянскій.

Секретарь Л. Личкусъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ Акушерско-Гинекологической литературы.

а) Русской.

1. А. Валовъ.—Акушерская помощь при родахъ у русскихъ инородцевъ.—(Еженедельникъ, 1896 г. № 35, стр. 501).

Авторъ даетъ бѣглый очеркъ разныхъ приѣмовъ, которыми пользуются инородцы, какъ при родахъ, такъ и при леченіи женскихъ болѣзней. Свѣдѣнія эти авторъ почерпнулъ почти исключительно у русскихъ авторовъ, не указывая (къ сожалѣнію) заглавія цитируемыхъ имъ сочиненій. Онъ отмѣчаетъ между прочимъ, что, несмотря иной разъ на варварскіе приѣмы при родахъ, послѣдніе въ общемъ у инородцевъ протекають удовлетворительно. Это объясняется физиологическими особенностями организма нецивилизованныхъ народовъ: правильностью костяка, жизнеспособностью тканей.

Н. Какушкинъ.

2. В. А. Ельяшевичъ.—Случай эклампсии роженицы съ амаврозомъ.—(Протокъ засѣд. Общ. врачей восточной Сибири въ г. Иркутскъ. 9 декабря 1895 г. стр. 73).

Большая 29 лѣтъ, беременна въ четвертый разъ. Во всѣхъ предшествующихъ беременностяхъ и въ настоящую больная имѣла отеки конечностей. За 8--9 дней до опредѣленнаго конца беременности при сильнѣйшей головной боли у нея быстро развилась слѣпота и черезъ нѣсколько часовъ начался экламптический припадокъ. Роды окончены поворотомъ и извлеченіемъ живого плода. Всего было, до и послѣ родовъ, 15 припадковъ съ тяжелымъ коматознымъ состояніемъ. Примѣнялось кровопускание (пальцы за уши), narcotica и пилокарпинъ. Послѣ прекращенія припадковъ зрѣніе

постепенно восстановилось. Причиной слепоты въ этомъ случаѣ, какъ показали офтальмоскопы, была *neuro-retinitis acuta albuminurica*

И. Какушкинъ.

3. В. Е. Розенцвейгъ.—Влагалищный электродъ д-ра Рачинскаго.—(Врачъ, 1896 г. № 36, стр. 993).

Электродъ этотъ представляетъ Акуш.—Гинекол. Обществу въ Сиб. еще въ мартѣ 1895 г. и уже описанъ въ „Журналѣ Акуш. и Жен. Бол.“ (1895 г. стр. 404). Авторъ настоящей статьи доводитъ результатами примѣненія этого электрода и снова описываетъ его. Онъ считаетъ его удобнымъ лишь для наведеннаго тока.

И. Какушкинъ.

4. Н. Е. Кушевъ.—Случай выпадения слизистой оболочки женской уретры.—(Врачъ, 1896 г. № 34, стр. 937).

Чаще всего это страданіе наблюдается у дѣтей и старухъ при общей слабости, истощеніи, также при долгомъ существованіи катарра мочевого пузыря. Въ случаѣ автора, у 12 лѣтней, малокровнѣйшей дѣвочки, выпаденіе случилось внезапно. Выпавшая часть съ китайское яблоко, съ небольшимъ перехватомъ у основанія поверхность опухлая красноватая, покрытая грязно сѣрымъ налетомъ, легко кровю оцѣтѣ; въ срединѣ опухлости углубленіе ведущее въ мочевой пузырь. Лѣченіе состояло въ обмываніи выпавшей части 2% борнымъ растворомъ и въ смазываніи таниномъ глицериномъ. Больная поправилась.

И. Какушкинъ.

5. А. Р. Рымина.—Изъ ста операций произведенныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы.—(Собщ. Проток. Заблѣдній Сиб. Мед. Обш. за 1895 г. Сиб. 1896, стр. 38).

Кратко описаны пять *чревосеченій*, произведенныхъ по поводу *коженика яичника* (2 случая), *многополостной кисты яичника* (1 случай) и *внематочной (трубной) беременности* (2 случая). Въ одномъ изъ двухъ послѣднихъ случаевъ внематочной беременности имѣла мѣсто и *двукѣсячная маточная беременность*, окончившаяся на 11 сутки послѣ операціи выкидышемъ; въ этомъ случаѣ непосредственнымъ поводомъ къ чревосеченію послужило внутреннее кровотеченіе, вследствие разрыва трубы. Въ этой-же статьѣ описаны три случая *влагалищнаго удаленія матки*, два по поводу рака шейки и одинъ по поводу саркомы матки. Всѣ описанные въ статьѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

И. Какушкинъ.

6. Н. В. Знаменскій.—Ребенокъ, родившійся безъ нижнихъ конечностей.—(Протоколъ Засѣданій Общ. врачей Восточной Сибири въ Иркутскѣ, 12 сентября 1895 г. стр. 17).

Отецъ 22 лѣтъ, мать 18 лѣтъ, оба здоровы. Роды первые, за два мѣсяца до срока; ребенокъ мальчикъ, хорошо упитанный, вѣсомъ около 6 фунтовъ; отправления его правильны. Единственное отклоненіе въ строеніи тѣла отсутствіе нижнихъ конечностей: на мѣстѣ верхнихъ впадинъ небольшія пуговчатія возвышенія, какъ бы зачатки ногъ. Черезъ мѣсяць послѣ рожденія ребенокъ умеръ отъ воспаления легкихъ.

Н. Какушкинъ.

7. Ф. С. Ковригинъ.—Три ламаротоміи.—(Протоколъ Засѣд. Общ. врачей Восточной Сибири въ Иркутскѣ 23 ноября 1895 года. Стр. 42).

1) *Cystofibromyoma uteri*. Больная 30 лѣтъ. Опухоль быстро растетъ, занимаетъ правую сторону тѣла матки. Опухоль множественная, величина опухолей отъ вишни до головы ребенка. Опухоль удалена по наложеніи жгута на тѣло матки, причемъ полость матки вскрыта. Рана матки зашита и опущена въ брюшную полость. Выздоровленіе.

2) *Межпупочная фиброматома матки* у 46 лѣтней больной. *Распознавательное кровоизліченіе*: опухоль оказалась съ голову двухлѣтняго ребенка и признана неудаляемой. 3) *Двухсторонняя киста яичника*. Чревосѣченіе. Удалена киста одной стороны легко, съ другой же стороны авторъ ограничился лишь опорожненіемъ кисты, ибо выдѣлить ее изъ малого таза ему не удалось. Обѣ послѣднія больныя поправились.

Н. Какушкинъ.

8. М. Варгафтигъ.—Случай женскаго наружнаго ложнаго гермафродитизма у изворожденнаго. —(Медиц. Обзоръ. 1896 г. № 10, стр. 923).

У ребенка, въ общемъ правильно развитаго, авторъ нашелъ сильно развитой похотникъ, похожій на penis, съ открытой головкой и съ крайней плетью. По сторонамъ похотника—два валлика, похожіе на мошонку, это большія губы. Уздечка похотника, идущая между большими губами, дѣлится на двѣ ножки. Между послѣдними щель, изъ которой выдѣляется моча. По совѣту автора, ребенокъ занисанъ въ метрическія книги дѣвочкой.

Н. Какушкинъ.

9. Н. А. Сѣткинъ.—Случай пластической операціи пузырно-влагалищнаго свища и рубцоваго стеноза влагалища при помощи лоскута изъ малой губы. (Медиц. Обзор. 1896 г. № 9, стр. 834).

Больная 30 лѣтъ. Старый разрывъ промежности; влагалище укорочено, сужено, благодаря рубцамъ; на лѣво передней стѣнкѣ его пузырный свищъ (въ 4 см. отъ входа во влагалище), круглый, въ $\frac{1}{2}$ см. въ поперечникъ. Моча выделяется всецѣло черезъ свищъ. Попытки зашиванія свища обычными приемами оканчивались неудачами. Подъ наркозомъ удаленъ главный рубецъ влагалища видѣ полосы, шириной въ 2 см., идущей отъ входа въ свищу и заходящей немного за послѣдній. Окровявленная полоса закрыта лоскутомъ, образованнымъ изъ лѣвой малой губы (съ мостикомъ); выкройка лоскута направлялась по длинѣ малой губы (т. е. почти перпендикулярно къ направлению окровявленной полосы). Лоскутъ пришить узловатыми швами тонкаго шелка. Операція производилась асептически. Влагалище выполнено обезжированной марлей, въ пузырь введенъ катетеръ а дешеве (удаленъ на 4 день вмѣстѣ съ тампономъ). На 9-й день замѣчено *временное* выделение мочи черезъ влагалище. Швы сняты: на 8-й день съ остатка малой губы, на 12—14 дни съ стѣнки влагалища. Лоскутъ приросъ на всемъ протяжении.

Н. Кукункинъ.

10. Г. Е. Владиміровъ.—Случай преждевременнаго физическаго развитія дѣвочки 6½ лѣтъ.—(Медиц. Обзор. 1896 г. № 10, стр. 927).

Дѣвочка—рахитичка, изъ семьи, гдѣ встрѣчались дѣти и съ позднимъ физическимъ развитіемъ. Но росту, вѣсу тѣла и прочимъ размѣрамъ, дѣвочка крупнѣе своего возраста и соответствуетъ ребенку лѣтъ 11 (ростъ 121 смт., вѣсъ тѣла 27500 грм.) Грудныя железы, каждая съ ареолой, немного отвислыя. Лобокъ покрытъ волосами. Наружные воловые органы развиты нормально и соответствуютъ таковымъ 15—16-лѣтней дѣвушки. Авторъ наблюдалъ у дѣвочки этой одну менструацію. Духовная сфера нормальна. Дѣвочка стыдлива не по лѣтамъ. Н. Кукункинъ.

11. Н. И. Покровский.—Къ казуистикѣ ущемленій беременной матки.—(Труды Общ. Курскихъ врачей за 1895 г. Курскъ, 1896, стр. 319).

Клиническая картина случая довольно обыкновенна: растянутый мѣчь мочевого пузыря, сгумировавшийся опухоль, высоко

приподнятая влагалищная часть маточной шейки и растянутый задний свод грушевиднымъ тѣломъ матки, беременной на 3-мъ мѣсяцѣ. По опорожненіи пузыря матка легко вправилась и беременность дошла до конца. Большая (перобеременная, 19 лѣтъ) съ признаками рахита. Причину ущемленія матки авторъ видитъ въ сильно выдающемся впередъ мысѣ таза, представившемъ препятствіе при ростѣ беременной матки; тяжелая работа брюшного пресса способствовала запрокинутію матки назадъ.

Н. Какудикинъ.

12. Ф. К. Герратъ.—О безъотверстной плеви и способѣ ея лѣченія.—(Груды Общ. Курскихъ врачей за 1895 г. Курскъ, 1896, стр. 287).

Безъотверстную плеву авторъ наблюдалъ среди (приблизительно) 10000 прошедшихъ черезъ его руки больныхъ четыре раза. Изъ трехъ случаевъ, которые онъ описываетъ, два наблюдались у двухъ родныхъ сестеръ (четвертый случай онъ наблюдать не могъ, но этому не приводитъ подробно). *1 случай.* 19 лѣтъ. Hæmatometra и hæmatocolpos. Сдѣланъ проколъ а за-тѣмъ вырѣзанъ овальный кусокъ изъ плевы и на край положены узловатые швы: промываніе подѣлалось. Выздоровленіе. *2 случай.* 23 лѣтъ, замужняя. Въ анамнезѣ—coitus и правильныя мѣсячныя. Плева безъ отверстій. На операцію не соглашалась. *3 случай.* 30 лѣтъ, замужняя, беременна на 3 мѣсяцѣ. Въ анамнезѣ coitus и мѣсячныя. Плева—съ двумя отверстіями, едва пропускающими пуповку зонта; она вдавливается подъ палецъ въ видѣ сѣбнаго мѣшка. Операция, какъ въ первомъ случаѣ, съ благоприятнымъ исходомъ. Въ свое время больная родила.

Кромѣ своихъ, авторъ собралъ изъ литературы еще 16 случаевъ и, сопоставивъ ихъ, пришелъ къ заключенію что операція безъотверстной плевы требуетъ строго безъислостной обстановки, мѣстнаго или общаго наркоза. Опорожненіе полового канала должно производиться не сразу, на край равы обязательно положеніе шва; желательно избѣгать промываній полового канала и тампонады.

Н. Какудикинъ.

13. А. Норейко.—Къ вопросу о способахъ оперативнаго лѣченія черезъ влагалище каллоновъ и загибовъ матки назадъ.—(Диссерт. Юрьевъ, 1896 г.)

Во введеніи къ своей работѣ авторъ приводитъ статистику сдѣланныхъ матки, рассматриваетъ ортопедическое лѣченіе ихъ и дѣлаетъ общій обзоръ оперативныхъ пособій.

Въ первыхъ пяти главахъ диссертации идетъ затѣмъ подробная рѣчь объ этихъ пособіяхъ. Здѣсь разсматриваются способы укрѣпленія матки черезъ задній сводъ, путемъ наложенья лигатуръ на связки, пластическіе способы *Nicoletis'a* и *Stratz'a*, способы *Schüeking'a*, *Törngren'a*, *Dührssen'a*, *Mackenrodt'a*, *Brailwaite'a*, *Sänger'a*, т. е. вообще способы вибрюининные. О послѣднихъ авторъ отзывается неодобрительно, отмѣчая частую возможность при нихъ раненія сосѣднихъ органовъ, кровотеченій, послѣдующихъ разстройствъ въ мочеиспусканіи и возможность возвратовъ страданій. Авторъ-сторонникъ внутри брюшныхъ способовъ, дающихъ возможность и исправить съ тщательностью положеніе матки и уничтожить причину смѣщенія. Преимущество влагалищнаго укрѣпленія матки передъ брюшнымъ авторъ видитъ между прочимъ въ благопріятномъ протеканіи беременности послѣ первой операціи. Онъ описываетъ 12 собственныхъ случаевъ *vaginothymas uteri* (4 оперированы вибрюинино, по *Dührsen'y*, остальные—внутрибрюшинно) и 6 случаевъ дрозвъ *B. В. Успенскаго* и *Д. Д. Виллева* (3—по *Dührsen'y* и 3—по *Mackenrodt'y*).

Н. Какушкинъ.

11. Проф. А. И. Лебедевъ.—Увлеченіе въ современной гинекологіи оперативномъ лѣченіемъ.—(Врачъ, 1896 г. № 1, стр. 1.).

Въ этой рѣчи авторъ проводитъ параллель между хирургіей допротивугнилотной и современной и высказываетъ увѣренность, что въ то время было больше талантовъ у хирурговъ, въ настоящее же время врачъ можетъ съ одинаковыми шансами на успѣхъ заниматься хирургической и иной врачебной дѣятельностью.

Блестящіе исходы хирургическаго внимательства, благодаря антисептикѣ и асептикѣ, заставили хирурговъ расширить показаніе къ операціямъ и дѣлать ихъ болѣе радикальными. Это авторъ считаетъ увлеченіемъ. Онъ перечисляетъ рядъ гинекологическихъ операцій, которыя, по его мнѣнію, дѣлаются безъ достаточныхъ показаній. Такими онъ считаетъ: разрѣзъ шейки при болѣзненныхъ мѣсячныхъ, Еншетовскую операцію при наличности катарра слизистой, отсѣченіе влагалищной части шейки при загибѣ матки назадъ, чревосѣченіе при заматочной кровяной опухоли—для удаленія старыхъ кровяныхъ сгустковъ, (? реф.), пробныя чревосѣченія, осконеніе при нейрозахъ. Также осуждаетъ онъ операцію *Porro*, къ которой прибѣгаютъ часто лишь

въ виду ея лёгкости, лоноотъщеніе и надвлагалищное отсѣченіе матки при подслизистомъ фиброидѣ. Указанныя увѣщанія, по мнѣнію автора, раздѣляются однако меньшинствомъ современныхъ гинекологовъ; большинство становится на сохраняющую точку зрѣнія. Два удачныхъ случая сохраняющаго лѣченія (гальнеология и климатология при воспаленіяхъ придатковъ) авторъ при этомъ описываетъ.

Н. Какушкинъ.

15. Н. М. Какушкинъ.—Вопросъ о тазовыхъ нагноеніяхъ на международномъ конгрессѣ по гинекологіи и акушерству, бывшемъ въ Женевѣ въ 1896 году.—(Еженедѣльникъ, 1896 г. № 37, стр. 525.).

Статья представляетъ изложеніе докладовъ и преній, имѣвшихъ мѣсто на съѣздѣ, по этому вопросу. Источникомъ послужилъ отчетъ, напечатанный въ „La Presse médicale“, 1896 г. № 73. Вопросъ о тазовыхъ нагноеніяхъ, или лучше сказать о хирургическомъ лѣченіи ихъ,—одна изъ современныхъ заботъ дня, усердно разрабатываемыхъ, въ особенности во Франціи. Современное стремленіе къ коренному освобожденію женщины отъ ея страданій сказывается и здѣсь: большинство хирурговъ стоитъ за коренныя операціи при тазовыхъ нагноеніяхъ: удаленіе матки и придатковъ чрезъ влагалище и брюшную стѣнку. Смертность отъ операцій въ рукахъ разныхъ хирурговъ колеблется отъ 1% до 7%. Въ особенности благоприятны исходы операцій этихъ чрезъ влагалище въ рукахъ *Péan* и *Doyle*.

6) Н ѣ м е ц к о й.

16. Соколовъ—Ueber den Einfluss der Ovarien-Exstirpation auf Structurveränderungen des Uterus.—(Arch. f. Gyn., Bd. II, Hft. 2).—О вліяніи кастраціи на гистологическое строеніе матки.

Авторъ нашелъ послѣ двусторонней кастраціи у собакъ и кроликовъ количественную атрофію мускулатуры матки и, вопреки результатамъ *Weissmann* и *Reissmann*, отсутствіе измѣненій на слизистой оболочкѣ. Причину этой атрофіи авторъ склоненъ видѣть съ одной стороны въ удаленіи при кастраціи нервнаго центра регулирующаго питаніе маточной мускулатуры, а съ другой стороны въ прекращеніи функціи этого органа, т. е., въ остановкѣ правильныхъ ритмическихъ сокращеній.

С. Ю. Хазанъ.

17. Saver.—Ueber Beckenneigung.—(Arch. f. Gyn., Bd. II, Hft. 2).—О наклоненіи таза.

Исследования всѣхъ прежнихъ авторовъ относительно наклоненія таза имѣютъ тотъ недостатокъ, что они производились или исключительно на живыхъ или же исключительно на трупахъ, при чемъ обращалось вниманіе или только на наклоненіе *conj. ext.* или же лишь на наклоненіе *conj. verae*. А между тѣмъ желательно имѣть возможность на основаніи доступныхъ наружныхъ измѣненій, а именно *conj. ext.* судить о степени наклоненія *conj. verae*. Для этого необходимо конечно прежде всего найти отношеніе, въ которомъ обѣ эти линіи находятся между собою, а главное опредѣлить, настолько-ли это отношеніе постоянно, что-бы при его помощи безошибочно можно было судить о наклоненіи *conj. verae* на основаніи наклоненія *conj. ext.* Произведенныя авторомъ при помощи особаго инструмента измѣренія показываютъ, что дѣйствительно съ известною долею вѣроятія можно судить о наклоненіи *conj. verae* на основаніи наклоненія *conj. ext.* Необходимо лишь имѣть въ виду форму таза. Такъ въ нормальномъ тазу *conj. verae* образуетъ съ горизонтомъ уголъ на $5\frac{1}{4}^{\circ}$ болѣе чѣмъ *conj. ext.*, въ рахитическомъ плоскомъ тазу наклоненіе обѣихъ этихъ линій почти одинаково, во всѣхъ другихъ тазахъ наоборотъ разница эта гораздо большая.

С. Ю. Хазанъ.

18. Schreiber.—Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie.—(Arch. f. Gyn., Bd. LI, Hft. 2).—Къ статистикѣ эклампсіи.

Авторъ продолжаетъ трудъ Шауна и обрабатываетъ случаи эклампсіи наблюдавшіеся во второй Вѣиской клиникѣ за періодъ времени съ 1880 по 1895 г.: на 42607 случаевъ родовъ эклампсія наблюдалась 137 разъ. Частота ея колебалась въ отдѣльные годы между 1,1 и 5,8 на тысячу родовъ, въ общемъ она равнялась 3,21%, противъ 2,56% прежнихъ лѣтъ. Изъ матерей 109 или 79,5% были *primiparae*. Въ 16,78% эклампсія наступила до родовъ, въ 62,04% во время родовъ, а въ 21,16% послѣ родовъ. Въ 110 случаяхъ изслѣдовали мочу и за исключеніемъ 8 случаевъ въ ней оказалась бѣлокъ, который пронадалъ уже въ продолженіи 2—3 дней. Опорожненіе матки оказалось благотворнымъ въ смыслѣ прекращенія припадковъ лишь въ 64% и это благотворное вліяніе было тѣмъ полнѣе, чѣмъ менѣе пасидія было употреблено при родоразрѣшеніи.

С. Ю. Хазанъ.

19. U. Werff.—Giebt es ein sympathisches Hanglien im menschlichen Ovarium?—(Arch. f. Gyn., Bd. II Hft. 2).—Находится ли въ человеческомъ яичникѣ симпатическій узелъ?

Авторъ не согласенъ съ мнѣнемъ Winterhalter (ср. этотъ журналъ за 1896 г. стр. 1227) относительно характера найденныхъ ею образований и утверждаетъ, что существованіе ганглионныхъ клетокъ въ яичникѣ еще по сію пору не доказано.

С. Ю. Хазинъ.

20. Walther.—Ein Fall von gleichzeitiger Extra- und Intrauterin-gravidität bei Uterus subseptus.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXXIII Hft. 3).—Случай одновременной внѣ и внутриматочной беременности при uterus subseptus (съ двойнымъ теломъ).

У 35 лѣтней многоплодной, у которой заподозрили внематочную беременность и вследствие этого сдѣлали лапаротомию, нашли въ лѣвой трубѣ маточку величиною въ куриное яйцо и uteris bicornis съ продуктами беременности въ правой половинѣ. Три дни послѣ удаленія лѣвыхъ придатковъ появилось маточное кровотеченіе для остановки котораго пришлось искусственно удалить маточное содержимое, а именно изъ правой половины дѣтское мѣсто съ оболочками а изъ лѣвой одну лишь сильно гипертрофизированную dec. vera. Теченіе послеродоваго періода было совершенно нормальное. При тщательномъ изслѣдованіи опослѣдовавшихъ сюда инструментовъ авторъ не только убѣдился въ томъ, что въ лѣвой трубѣ была настоящая беременность, но и въ томъ, что беременность эта возникла одновременно съ маточною.

С. Ю. Хазинъ.

21. Ahlfeld.—Ueber die ersten Vorgänge bei der physiologischen Lösung der Placenta.—(Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. XXXIII, Hft. 3).—О первоначальныхъ явленіяхъ при физиологическомъ отдѣленіи дѣтскаго мѣста.

Въ этой работѣ А. еще разъ выступаетъ противъ Duncan'a и Fehling'a въ защиту того ученія (Baudelocque, Schultze) по которому выворотъ центральной части плаценты и образованіе регрессивнаго крововизіянія составляютъ первыя явленія нормальнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста.

С. Ю. Хазинъ.

22. Toth.—Beiträge zur Frage der ectopischer Schwangerschaft auf Grund des 14 jährigen Materials der II geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik in Budapest.—(Arch. f. Gyn., Bd. II, Hft. 3).—Къ вопросу о вѣматочной беременности на основаніи 14 лѣтняго матеріала второй акушерской и гинекологической клиники въ Будапештѣ.

Всѣхъ наблюдений было 31, въ объектахъ были въ большинствѣ случаевъ женщины въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ уже неоднократно рожавшія, при чемъ у многихъ между послѣдними родами и вѣматочной беременностью провели болѣе или менѣе продолжительный періодъ времени, что заставляетъ допустить, что заболѣванія послѣ послѣднихъ родовъ, бывшія причиною долгаго безплодія, обусловили собою и возникновеніе неправильной беременности. Что касается локализациі беременности, то въ $\frac{2}{3}$ всѣхъ случаевъ она была тубарная. Диагнозъ въ первой половинѣ беременности представлялъ не мало затрудненія, во второй половинѣ отъ гораздо легче, но лишь пока плодъ живъ. Со смертію же плода дѣло значительно затемняется. Теченіе вѣматочной беременности въ высшей степени разнообразно. Въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ однако бываетъ разрывъ, который, смотря по своему происхожденію ведетъ за собою или сразу смертельное кровотеченіе или неоднократно повторяющіяся кровоизліянія. Образованіе haematocoe происходитъ не безусловно послѣ всякаго кровотеченія, за то въ другихъ случаяхъ оно является также помимо разрыва тубы вѣдствіемъ тубарнаго аборта. Относительно терапіи авторъ придерживается взгляда Werth'a, по которому всякая вѣматочная беременность должна быть разсматриваема какъ злокачественная опухоль подлежащая удаленію; исключеніе дѣлается лишь для тѣхъ случаевъ, гдѣ уже образовалось не причиняющее тягостныхъ симптомовъ haematocoe или гдѣ имѣется уже инкапсулированная опухоль. Изъ 16 случаевъ, въ которыхъ была сдѣлана липоротомія, четыре имѣли летальный исходъ, изъ восьми же осложненныхъ haematocoe, въ которыхъ операція была произведена черезъ влагалище, лишь одинъ кончился смертельно.

С. Ю. Хазанъ.

23. Knopp.—Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891—1895.—(Arch. f. Gyn. Bd., II, Hft. 3).—Отчетъ о 105 родахъ при узкомъ тазѣ за періодъ времени отъ 1891 до 1895 г.

За означенный промежутокъ времени, въ теченіи котораго въ Прагской вѣмечкой клиникѣ было 4289 родовъ, узкій тазъ

наблюдается только 105 разъ или въ 2,44%, обстоятельство указывающее на то, что разбираемая аномалия въ Богемии встречается сравнительно рѣдко. Преобладающимъ оказался плоскій тазъ, а именно въ 54,29%, между тѣмъ какъ общесуженный наблюдался лишь въ 30,59%, остальные случаи раздѣлились по ровну между остеомалиею (все случаи въ продолженіи одного года) и другими формами суженія. Не смотря на отсутствие явственныхъ слѣдовъ рахита, авторъ все же склоненъ видѣть въ этой болѣзни причину по крайней мѣрѣ половины узкихъ тазовъ. Въ 39% роды протекали самостоятельно, при чемъ это чаще имѣло мѣсто у первородящихъ чѣмъ у многорожавшихъ, (56,19% : 43,99%) у которыхъ съ увеличеніемъ числа родовъ процентъ самопроизвольно оканчивающихся родовъ прогрессивно уменьшается. Роды въ общемъ были не продолжительны и затягивались лишь при преждевременномъ лопаніи пузыря, которое случалось чаще чѣмъ при нормальномъ тазѣ. Процентъ смертности для матерей=0,95 а для дѣтей=31,43; заболѣваемость=3,81%. Въ двухъ случаяхъ были произведены преждевременные роды съ сохраненіемъ жизни плода лишь въ одномъ случаѣ. Въ 16,19% были наложены щипцы съ неблагоприятнымъ исходомъ для плода въ 23,5%. Въ 16,19% были произведены повороты съ благоприятнымъ исходомъ для дѣтей, въ 52,9%. 22 раза была сдѣлана перфорация, одинъ разъ decapitatio, одинъ разъ амбріотомія, а 10 разъ кесарево сѣченіе съ благоприятнымъ исходомъ для матери въ 6 случаяхъ, а для плода въ 7 случаяхъ. Наконецъ въ одномъ случаѣ была произведена симфизотомія съ благоприятнымъ результатомъ. Въ отношеніи заболѣваемости оперативные роды были болѣе благоприятны для матерей, однако менѣе благоприятны для дѣтей, чѣмъ самопроизвольные. Эти результаты вполнѣ отвѣчаютъ традиціямъ Пражской клиники, ставящей выше всего жизнь матерей.

С. Ю. Хазанъ.

24. Westphalen.—Zur Physiologie der Menstruation.—(Arch. f. Gyn. Bd III, Hft 1).—Къ физиологіи менструацій.

Объектомъ изслѣдованія послужили матеріалъ Гильской клиники за послѣдніе три года, а именно продукты выкабливанія или же слизистая оболочка отъ удаленныхъ матокъ. Имѣя вѣрныя свѣдѣнія о времени послѣдней менструаціи и типѣ ея, авторъ могъ сопоставить почти непрерывную серію измѣненій претерпѣваемыхъ слизистой оболочкою матки съ момента наступленія менструаціи до послѣдняго дня межменструальной паузы.

Вотъ результаты, къ которымъ онъ приходитъ: Начиная съ 18-го дня отъ начала послѣднихъ регулъ слизистая оболочка постепенно набухаетъ, но не вслѣдствіи пролифераціи элементовъ, а лишь благодаря отеку межклетчатой ткани. Железы также увеличиваются въ объемъ вслѣдствіи болѣе обильнаго отдѣленія клетокъ эпителиальнаго покрова, который къ этому времени достигаетъ наибольшей полноты и развитія. Менструаціонный процессъ безспорно обуславливаетъ собою гибель клетчатыхъ элементовъ, за которою путемъ непосредственнаго дѣленія наступаетъ регенерація слизистой оболочки и особенно эпителия, продолжающаяся болѣе или менѣе интенсивно, начиная отъ 6-го дня вплоть до періода набуханія. С. Ю. Хазанъ.

25. Strassmann.—Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Conception.—(Arch. f. Gyn. Bd. LI, Hft 1).—**Къ ученію объ овуляціи, менструаціи и зачатіи.**

Вырыскивая сукамъ въ свободное отъ течки время 10% естериализованную желатину въ яичники, S. удалось вызвать на слизистой оболочкѣ матки явленія аналогичныя течкѣ. Это обстоятельство укрѣпляетъ его въ томъ убѣжденіи, что и у человека увеличивающееся вслѣдствіи созрѣванія Граафовыхъ пузырьковыхъ давленіе въ яичникахъ вызываетъ тѣ характерныя измѣненія на слизистой оболочкѣ матки, которыя наблюдаются до наступленія кровей и съ которыми то, а не съ измѣненіями во время кровей слѣдуетъ отождествлять течку. Исходя изъ этой точки зрѣнія, авторъ въ общихъ чертахъ представляетъ себѣ специфическія отравленія жепскаго организма въ слѣдующемъ видѣ: Периодически, т. е. каждый мѣсяцъ созрѣваетъ Граафовъ пузырекъ. Это вызываетъ какъ увеличеніе жизненной энергіи во всемъ организмѣ, такъ и измѣненія на слизистой оболочкѣ матки, представляющей тогда удобную почву для вырѣзденія яйца, которое оставляетъ Граафовъ пузырекъ не задолго до появленія мѣсячныхъ кровей. При совершившемся оплодотвореніи яйца слизистая оболочка развивается дальше въ decidua graviditatis.

При отсутствіи же оплодотворенія наступать кровотеченіе и регрессивное измѣненіе слизистой оболочки матки. Словомъ, Str. выступаетъ поборникомъ такъ наз. новаго ученія Sigismund'a, Löwenhardt'a и др., по которымъ оплодотворенное яйцо принадлежит не послѣдней менструаціи, а той, которая не наступила, а менструація есть именно абортъ задолго до того рожденнаго и неоплодотвореннаго яйца. С. Ю. Хазанъ.

26. Beckmann.—Zur Complication der Gravidität und Geburt mit Colliumkrebs.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd., XXXIV, Hft. 1).—
 Къ осложненію беременности и родовъ ракомъ шейки.

Передавъ исторію двухъ наблюденныхъ имъ случаевъ рака матки, изъ которыхъ въ одномъ ракъ былъ диагностированъ на седьмой недѣлѣ беременности и съ успѣхомъ было произведено удаление матки черезъ влагалище, а въ другомъ роды наступившіе въ нормальный срокъ протекли хотя и медленно, но вполнѣ нормально, авторъ, на основаніи литературныхъ данныхъ, рисуетъ вамъ въ общихъ чертахъ состояніе вопроса о разбираемомъ страданіи какъ осложненіи беременности и родовъ. Беременность при ракѣ наступаетъ сравнительно рѣдко; по всему видно, что новообразование это, вопреки мнѣнію *Cohnstein'a* не благоприятствуетъ зачатію. На дальнѣйшее теченіе беременности ракъ повидимому не оказываетъ никакого вліянія: выкидыши при немъ встрѣчаются не чаще, чѣмъ это обыкновенно имѣетъ мѣсто. Въ первые четыре мѣсяца беременности удаление матки черезъ влагалище, особенно легкое въ техническомъ отношеніи, является безспорно самымъ рациональнымъ образомъ дѣйствія. Изъ 17 до сихъ поръ опубликованныхъ случаевъ ни одна больная не умерла отъ операции. Въ послѣдующіе мѣсяцы также слѣдуетъ прибѣгать къ операции, если только есть возможность удалить всю пораженную ткань. По относительно оперативнаго пріема тутъ мнѣнія расходятся. *Olshausen* совѣтуетъ произвести искусственный выкидышъ съ послѣдовательнымъ вылученіемъ матки черезъ влагалище; другіе же авторы стоятъ за немедленное удаление матки черезъ брюшныя покровы по методу *Frendl'a* или по комбинированному влагалищно-брюшному способу. До сихъ поръ брюшной способъ далъ на 12 операций 4 смертныхъ случая. Что касается наконецъ срочныхъ родовъ при ракѣ шейки, то въ послѣднее время, благодаря введенію антисептики и улучшенію оперативныхъ пріемовъ, въ особенности кесарскаго сѣченія, прогнозъ значительно улучшился. Благопріятіе всего проходятъ самопроизвольно оканчивающіеся роды, дающіе 14% смертности для матерей и 25% для дѣтей. Уже менѣе благопріятны результаты тамъ, гдѣ необходимо оперативное пособіе, при чемъ однако оказывается, что при родоразрѣшеніи путемъ кесарскаго сѣченія получаютъ лучшіе результаты для дѣтей, чѣмъ при искусственномъ родоразрѣшеніи *per vias naturales*. Такимъ образомъ выборъ между кесарскимъ сѣченіемъ и искусственнымъ родоразрѣшеніемъ *per vias naturales* въ тяжелыхъ случаяхъ не

затруднительно, такъ какъ въ интересахъ плода легко разрѣшается въ пользу перваго приема. За то уже гораздо труднѣе въ легкихъ случаяхъ выбирать между кесаревымъ сѣченіемъ и выжидательнымъ методомъ.

С. Ю. Хазанъ.

27. H. W. Freund.—Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd XXXIV Hft 2).—О злокачественныхъ опухоляхъ хоріальныхъ ворсинокъ.

Въѣдствіе сильныхъ кровоточеній Fr. спустя 3 мѣсяца послѣ нормальныхъ родовъ удалилъ плацентарный полипъ, который, не смотря на то, что при анатомическомъ изслѣдованіи оказался совершенно невиннымъ, возбуждалъ его подозрѣніе благодаря своему проникновенію глубоко въ мышечную ткань маточной стѣнки. Дѣйствительно, 7 недѣль спустя нужно было у той же больной вынуть узелъ во влагалищѣ, который оказался саркомомъ deciduo-cellulare, а 4 мѣсяца спустя еще нѣсколько такихъ узловъ и даже всю матку, въ которой развилась злокачественная опухоль, состоявшая исключительно изъ элементовъ syncytium'a. Въ заключеніи къ своему случаю авторъ высказывается за мнѣніе Turner'a о материнскомъ не эндотелиальномъ происхожденіи syncytium'a, причемъ выражаетъ предположеніе о роли сифилиса въ этиологіи какъ пузырнаго заноса такъ и разбираемой злокачественной опухоли.

С. Ю. Хазанъ.

28. Franqué.—Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV Hft. 2.).—О злокачественной опухоли chorion'a и нѣкоторые замѣчанія объ анатоміи пузырнаго заноса.

Четыре недѣли послѣ 6-хъ нормальныхъ родовъ у 32-хъ лѣтней женщины показались крови, которая продолжалась около двухъ мѣсяцевъ и прекратилась лишь послѣ удаленія изъ матки полной горсти плацентарныхъ массъ. Массы эти при изслѣдованіи оказались подозрительными, что и подтвердилось при вторичномъ выскабливаніи произведенномъ мѣсяцъ спустя для діагностическихъ цѣлей, а также и при непосредственномъ изслѣдованіи вылученной вслѣдъ за тѣмъ матки. Нашедши въ опухоли элементы какъ syncytium'a такъ и такъ называемаго клетчатого слоя Langhans'a и совершенно соглашаясь съ Marchand'омъ и другими относительно происхожденія разбираемаго злокачественнаго новообразованія отъ chorion'a, авторъ не согласенъ съ этими авторами

лишь относительно происхождения самых элементов chorion'a. Но его мнѣнію syncytium эктодермального, а клетчатый слой Langhans'a мезодермального, т. е. оба фетального происхождения. Второе наблюдение описываемое авторомъ касается четырехмѣсячнаго пузырнаго запоса развившагося на почвѣ chorion laeve, въ то время какъ плацента и плодъ развились совершенно нормально. Исконою точкою заболѣванія является во Вт. соединительно-тканевая часть ворсинокъ и въ ея случаѣ аномальное выдѣленіе слизи изъ клетчатого слоя Langhans'a, между тѣмъ какъ измѣненія syncytium'a представляютъ собою явленіе послѣдовательное и для добракачественнаго запоса во всякомъ случаѣ не характерное.

С. Ю. Халинг.

29. Schulz.—Wendung oder hohe Zange.—(Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXXIV III. 2).—Поворотъ или высокіе щипцы.

Авторъ пришелъ къ тому убѣжденію, что поворотъ на ножки отнюдь не обладаетъ всеми тѣми преимуществами, которыя приписываютъ ему *Simpson* и другіе. Если оперировать поздно, т. е. долго послѣ отхода воды, то операция очень трудна, сопряжена съ опасностью преждевременнаго отдѣленія дѣтскаго мѣста, а также разрыва матки въслѣдствіе предшествующаго растяженія ея нижняго отрѣзка, и послѣдующее излеченіе, помимо узкости таза затрудняется еще въслѣдствіе неправильнаго членарасположенія плода. Если же оперировать рано, то является опасность излившей колинрагмазии, уже не говоря о томъ, что въслѣдствіи труднаго излеченія швы для плода и тутъ не хороши. Совершенно иначе обстоитъ дѣло съ высокими щипцами. Пока не угрожаетъ опасности ни матери ни плоду, роды ведутся выжидательнымъ путемъ, когда же является показаніе къ скорбйному родоразрѣшенію, можно наложить щипцы, которые дали автору въ одиннадцати случаяхъ весьма удовлетворительные результаты. *Sch.* вообще того мнѣнія, что обыкновенія возводимыя многими на высокіе щипцы не выдерживаютъ критики: такъ, то обстоятельство, что головка достигаетъ тазоваго дна въ поперечномъ стояніи, хорошо исправляется или снятіемъ высокихъ щипцовъ и наложеніемъ низкихъ въ косомъ диаметрѣ или просто двумя пальцами введенными въ прямую кишку: въ обоихъ случаяхъ головка продвигается свой нормальный поворотъ. Замѣчаемыя при наложеніи высокихъ щипцовъ поврежденія черепныхъ костей отнюдь не обуславливается щипцами а лишь узкимъ тазомъ и могутъ

также имѣть мѣсто при поворотѣ и извлеченіи. Точно также не исключительно щипцами обусловливаются сдавленія и поврежденія материнскихъ путей, которые, т. е. поврежденія во всякомъ случаѣ менѣе опасны, чѣмъ тѣ, которые бывають при поворотѣ. Само наложеніе даже на подвижную головку повсе не трудно, и наконецъ сложная конструкция отнюдь не мѣшаетъ сдѣлать инструментъ асептическимъ.

С. Ю. Хазанъ.

30. G. Leopold.—Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Annexwegen schwerer chronischer Erkrankung derselben.—(Arch. f. G. Bd. 52, III).—Къ полной экстирпации матки и придатковъ черезъ рукавъ при тяжеломъ хроническомъ заболѣваніи послѣднихъ.

Вслѣдствіе вышеуказанной причины L. въ теченіе десяти лѣтъ удалялъ матку съ придатками черезъ рукавъ 57 разъ. Приводится 20 случаевъ, остальные 37 напечатаны раньше въ другомъ мѣстѣ.

Результаты: изъ 57 оперированныхъ умерла 1=1,7%.

Преимущества этой операціи при хроническихъ, тяжелыхъ, гнойныхъ и не гнойныхъ воспаленіяхъ придатковъ, по L. слѣдующія.

1) Полное излѣченіе заболѣвшихъ органовъ безъ оставленія воспаленной матки, причиняющей дальнѣйшія страданія.

2) Положеніе раны внизу брюшной полости, сама способствующее дренажу.

3) Операціонное поле доступно и у женщинъ не рожавшихъ (рукавно-промежностные разрывы).

4) Отсутствие брюшной раны и избѣжаніе послѣдующихъ грыжъ.

5) Операція далеко не такъ опасна какъ лапаротомія, такъ какъ кишечникъ не выступаетъ; кромѣ того опытъ доказываетъ, что эта операція лучше переносится истощенными больными, чѣмъ лапаротомія.

В. Фейнбергъ.

31. Karl Heil.—Ueber die Entstehung des Hautempysemes nach Laparotomie.—(Archiv f. Gyn. Bd. 52, III).—О происхожденіи кожной эмфиземы послѣ лапаротоміи.

Какъ извѣстно многіе авторы приписываютъ происхожденіе кожной эмфиземы post laparotomiam Trendelenburg'скому подъему таза вслѣдствіе накопленія воздуха въ полости живота, въ зависимости отъ смѣщенія кишокъ къ грудобрюшной перегородкѣ.

Помимо того, что такіа эмфиземы наблюдались послѣ линаротоміи у больныхъ оперированныхъ на горизонтальной плоскости, *Heil* доказываетъ несостоятельность этого взгляда: а) случаемъ кесарева сечения (*Amputatio uteri supracervicalis*) съ послѣдующей кожной эмфиземой, б) экспериментами на проликахъ и в) на свижехъ дѣтской трупики—въ которыхъ кожная эмфизема всецѣло зависѣла отъ недостаточности брюшного пня, т. е. отъ недостаточнаго соединенія глубоко лежащихъ слоевъ при одновременномъ плотномъ соединеніи кожнаго разрыва. Принимая это во вниманіе, во избѣжаніе кожной эмфиземы и грыжи, слѣдуетъ тщательно накладывать пны вообще, особенно же на *m. intesti abdominis* и пихъ фасіи.

Б. Фейнбергъ.

32. *G. Leopold.*—*Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Toxalexstirpation.*—(*Arch. f. G. Bd. 52, III*).—Оперативное лѣченіе миомъ матки полной экстирпацией съ черезъ рукавъ.

Указывая на необходимость индивидуализаціи *L.* признаетъ, что для лѣченія нѣкоторыхъ миомъ самое лучшее: *castratio per laparotomiam*; для иныхъ, у которыхъ миома превышаетъ величину дѣтской головки—миомектомию съ опусканіемъ или наружнымъ прикрѣпленіемъ культи; въ третьемъ рядѣ случаевъ самое соответственное: вылученіе миомъ *per vaginam*; въ четвертую группу входятъ случаи, которые не только нуждаются въ радикальной помощи, но которыхъ въ виду слабости слѣдуетъ особенно щадить—для такихъ рукавная экстирпация матки самое полезное.

Съ марта 1887 года *L.* 74 раза экстирпировала миому черезъ рукавъ въслѣдствіе миомъ. Особое вниманіе обращено на подготовленіе къ операци; *larga* маннъ примѣнялось подкожное вприскиываніе раствора поваренной соли: нѣкоторымъ больнымъ въ теченіи недѣли *ежедневно* отъ 200—300 *grm.* и результаты были блестящи. „*Ничего такъ не способствуетъ подъему организма, какъ введеніе такого легко всасывающагося вещества непосредственно переходящаго въ циркуляцію, но оно должно быть примѣняемо въ то время, когда способность всасыванія еще не исчезла, т. е. не тогда, когда пульсъ уже малъ и жизнь больной идетъ къ концу*“ утверждаетъ *Leopold.*

О самой операци *L.* говоритъ: руководящимъ стремленіемъ было, что-бы матка послѣ энуклеаціи миомъ спалась, дабы, по бокамъ постепенно порезывая, достигнуть трубы. Послѣ экстир-

пацим матки слѣдуетъ заботиться о скоромъ и тщательномъ закрытіи полости живота.

Результаты: изъ 74 оперированныхъ умерли 2=2,7%.—Здоровья придатки всегда оставались. *Б. Фейнбергъ.*

33. A. L. Nohl.—Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt, und Wochenbett.—(Arch f. G. Bd 52 II).—Къ лѣченію новообразованій яичниковъ во время беременности, родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ.

Соотвѣственно заглавію, авторъ приводитъ 5 случаевъ изъ клиники проф. *Fehling*'а и приходитъ къ знакомымъ, неоднократно опубликованнымъ, выводамъ:

1) Во время беременности слѣдуетъ приступить къ овариотоміи по возможности рано—въ первыхъ мѣсяцахъ. Преждевременные роды могутъ быть произведены только въ случаяхъ интралигаментарно сидящихъ опухолей, въ которыхъ операція предполагается трудной, и при сильно сращенныхъ опухоляхъ. Пункция не должна быть производима.

2) Во время родовъ прежде всего должно быть испробовано поднятіе опухоли, по возможности въ наркозѣ. При неудачѣ слѣдуетъ при кистахъ сдѣлать пункцию или надрѣзъ черезъ рукавъ. При солидныхъ опухоляхъ и живомъ плодѣ производится кесарское сѣченіе и овариотомія или послѣдняя оставляется для послѣродоваго періода. Не допускается производство овариотоміи *per laparotomy* и послѣдовательные роды *per vias naturales*.

3) Въ послѣродовомъ періодѣ возможно рано, не позже второй недѣли, производится овариотомія. *Б. Фейнбергъ.*

34. Iustus Schramm.—Drei und dreissig vaginale Uterusexstirpationen nach Péan-Richelot.—(Arch f. Gyn. Bd. 52. II).—33 экстирпаціи матки черезъ рукавъ по Пеанъ Ричело.

Французскій методъ примѣненія пипетовъ при рукавной экстирпаціи матки съ трудомъ пролагаетъ себѣ путь. Не только въ Германіи, но даже среди соотечественниковъ основателей этого метода не мало авторовъ утверждающихъ, что этотъ способъ операцій „нехирургиченъ и технически примитивенъ“. Въ Германіи *L. Landau* является однимъ изъ выдающихся поборниковъ этого метода.

Въ теченіи послѣднихъ 7 лѣтъ авторъ при экстирпаціи матки исключительно примѣнялъ этотъ способъ. Всего такихъ операцій произведено 33. Изъ этого числа на долю рака матки приходится

22 случая, на долю миомъ 8 случаевъ; 2 раза оперировано при полномъ выпаденіи матки, и 1 разъ въ случаѣ сращения матки съ *puccle retrouterina*. Изъ 22 оперированныхъ вслѣдствіе рака умерло 4 = 18,1%, изъ нихъ двѣ вслѣдствіе *Pleus*, остальные вслѣдствіе *peritonitis purulenta*. Изъ 8 операций при миомахъ умерла одна: всего на 33 операции 5 смертей = 15,1%. Этотъ значительный процентъ смертности авторъ объясняетъ широкой постановкой показаній къ операци.

Пораженія близлежащихъ органовъ: мочевого пузыря и прямой кишки были не избѣжны, но не вызваны методомъ операци. Одинъ разъ отмѣчено послѣдующее кровотеченіе вслѣдствіе того, что, вначалѣ не кровоточившій, край рукавной раны не былъ захваченъ пинцетомъ.

Въ первой половинѣ случаевъ пинцеты оставались на 48 часовъ, въ послѣдующихъ на 24—26 часовъ, причемъ никогда не замѣчено кровотеченія.

Резюме: методъ *Péan-Richelot* предпочтителенъ потому что:

- 1) операція длится не долго и легче производится,
- 2) она безусловно вѣрно останавливаетъ кровотеченіе и теряется меньше крови; послѣдовательное кровотеченіе отсутствуетъ,
- 3) возможность послѣдовательнаго отпаденія, въ пинцетахъ, омертвѣвающихъ частей, если операція производится въ сомнительно здоровыхъ частяхъ,
- 4) она безопаснѣе въ случаяхъ большей распространенности процесса,—
- 5) она требуетъ болѣе простаго послѣоперационнаго лѣченія—не приходится снимать лигатуры.

Н. Б. Фейнбергъ.

35. Adolf Gessner.—Ueber den Werth und die Technik des Probecurettements.—(Zeitschr. f. G. u. G. XXXIV. 3.)—О значеніи и техники пробнаго выскабливанія.

До сихъ поръ говорить *Gessner* паходится авторы, которые сомнѣваются въ пользѣ и цѣлесообразности микроскопическихъ изслѣдованій съ діагностическою цѣлью. Они предпочитаютъ клиническій діагнозъ микроскопическому. При злокачественныхъ новообразованіяхъ дигитальное обслѣдованіе полости матки они ставятъ выше выскабливанія.

Съ цѣлью доказать превосходство послѣдняго надъ первымъ *G.* пользуется богатымъ матеріаломъ клиника *Olshausen*'а за послѣдніе пять лѣтъ.

„Къ методу изслѣдованія долженствующему обнаружить злокачественное новообразование полости матки, говоритъ авторъ, мы вправѣ предъявить три требованія: онъ долженъ быть безопасенъ, легко выполнимъ и прежде всего долженъ быть безусловно вѣренъ“. Отвѣчаетъ ли этимъ требованіямъ дигитальное обследованіе полости матки?

Въ смыслѣ безопасности выскабливаніе предпочтительнѣе, ибо инфекция и перфорация—явленія крайне рѣдкія и исключительныя, расширение же цервикальнаго канала, потребное для ручнаго обследованія, будь оно совершенно инцизиями, форсированнымъ или медленнымъ (ламипарія, прессованная губка, тороформная марли) способомъ далеко опаснѣе въ смыслѣ инфекции.

Что касается легкой выполнимости, то и въ этомъ отношеніи выскабливаніе заслуживаетъ предпочтенія, ибо медленное расширение цервикальнаго канала (инцизию и форсированное расширение какъ опасный способъ авторъ отвергаетъ) требуетъ большаго времени,—въ большинствѣ случаевъ нѣсколько сеансовъ и нерѣдко примѣненіе наркоза.

Переходя къ третьему изъ перечисленныхъ требованій, авторъ спрашиваетъ: даетъ ли дигитальное обследованіе во всѣхъ случаяхъ абсолютно вѣрный результатъ. Въ доказательство возможности ошибки онъ приводитъ примѣръ изъ клиники О.

Что діагнозъ: ракъ матки—въ случаяхъ застарѣлыхъ, вслѣдствіе бугристости, ложности опухоли т. д., не трудно поставить и путемъ дигитальнаго обследованія нѣтъ сомнѣнія, но едва ли этимъ путемъ возможно опредѣлить свойство новообразованія въ первыхъ періодахъ его развитія, когда частицъ путемъ соскребыванія получить нельзя. Въ такихъ случаяхъ выскабливаніе и послѣдующее микроскопическое изслѣдованіе и являются крайне важнымъ и необходимымъ подспорьемъ.—Авторъ весьма кстати напоминаетъ объ открытіи матки при выкидышѣ—о самомъ подходящемъ для дигитальнаго обследованія состояніи шейки матки и спрашиваетъ, всегда ли мы съ точностью можемъ опредѣлить есть ли пайденное въ полости: остатки выкидыша или свертокъ крови или даже только шероховатая поверхность плацентарнаго мѣста. Узкость цервикальнаго канала, позволяющая изслѣдованіе однимъ только пальцемъ на ограниченномъ пространствѣ и есть то препятствіе, которое въ громадномъ большинствѣ случаевъ либо вообще мѣшаетъ что нибудь найти, либо не позволяетъ опредѣленно высказаться о свойствѣ найденнаго.

На основаніи 58 случаевъ авторомъ подробно приводимыхъ и

массы пренаратовъ имъ въ Берлинскомъ гинекологическомъ обществѣ демонстрированныхъ, онъ заключаетъ: „я убѣжденъ что пробное выскабливаніе въ описанномъ видѣ безопасно, легко выполнимо и даетъ самые вѣрные результаты, не только равные результатамъ, получаемымъ при дигитальномъ обследованіи, но потому значительно лучше, что удастся распознавать злокачественныя новообразованія, которыя опредѣлить путемъ ручнаго обследования никогда не было бы возможно“. *Б. Н. Фейнбергъ.*

36. Robert Blum.—Welches ist die beste Myomoperation?—(Zeitschr. f. Geb. u. Gynaek., XXXV, 1).—Какая изъ операций миомъ наилучшая?

Въ статьѣ, изложеніе и тонъ которой едва ли волиѣ соответствуютъ научному труду, трактуется о методѣ миомэктоміи, применяющемся Лейпцигской университетской гинекологической клиникѣ и о результатахъ 70 такихъ операций за періодъ времени отъ 1892 до марта 1896 г.

„Методъ говоритъ авторъ, который вотъ уже годами съ блестящими успѣхами применяется въ здѣшней клиникѣ принципиально отличается отъ всѣхъ остальныхъ методовъ въ двухъ пунктахъ. Онъ (методъ) одинаково заботится о безусловно вѣрной остановкѣ кровотечешя, какъ и объ изыятіи рапевой поверхности изъ полости живота посредствомъ брюшиннаго шва (exakte Peritonealdecknaht) покрывающаго рану“; во вторыхъ онъ не видитъ въ оставшемся въ полости живота, цервикальномъ каналѣ того опаснаго врага, который своимъ богатствомъ патогенныхъ началъ угрожаетъ смертю и разрушеніемъ и котораго поэтому экстраординарными мѣрами слѣдуетъ обезоружить, а видитъ въ немъ свободный отъ микроорганизмовъ участокъ женской половой сферы, которую при миом-эктоміи можно игнорировать.

Но В. методъ *Leopold'a* (уменьшеніе объема цервикальнаго канала) слишкомъ обременителенъ и требуетъ много времени.

Также недостаточны методы *Albert'a* и *Kocher'a*. „Надежными оказываются способы *Maydl'a* и *Omta*, но излишне обремененными боязнью за цервикальный каналъ. Методъ *Omta* на нашъ взглядъ, говоритъ В., по причинѣ отсутствія перитонеальнаго шва болѣе чѣмъ другіе методы операціи способствуютъ *ilcus'y*“. (? реф.)

Тоже относится къ методамъ, которые опускаютъ эластическій жгутъ и не заботятся о покрываніи ножки брюшиной.

Изъ 70 миом-эктомій 40 произведены по способу изложенному Zweifel'омъ въ его монографіи: „Stielbehandlung nach Myomektomien“, остальные 30 оперированы по усовершенствованному способу, изложенному Z. въ Centrbl. f. G., Bd. XVIII, № 14. Последний состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что послѣ перевязки (Partienligatur) широкихъ связокъ „*жгуты не накладываются, цервикальный каналъ не прижигается и прижигаемое не вырывается*“.

Результаты миом-эктоміи: 2 смертныхъ случая; первый отъ закрытія кишечника (*ileus*); второй отъ той же причины и кровотечения при вторичной лапаротоміи. При вычисленіи процентнаго отношенія послѣдній изъ названныхъ случаевъ не принятъ въ расчетъ, ибо кромѣ миом-эктоміи сдѣлана еще кистом-эктомія. Получается поэтому 69 случаевъ съ 1 смертнымъ исходомъ, что составляетъ 1,45%. Вмѣстѣ съ преждеопубликованными случаями (50) сдѣлано всего 120 миом-эктомій съ 3-мя смертными случаями, что = 2,5% смертности. Такихъ цифръ никто не достигъ восклицаетъ авторъ.

Выздоровленіе длилось въ среднемъ 24 дня. Средняя температура 38,3°. Въ 4 случаяхъ нагноеніе покрововъ живота; въ 4—экссудаты ножекъ; въ одномъ—абсцессъ покрововъ живота проникъ до внутреннихъ органовъ полости живота. Въ 8 случаяхъ повышеніе температуры не могло быть объяснено и въ 7—температура зависѣла отъ побочныхъ причинъ. Такимъ образомъ въ 19,1% выздоровленіе затягивалось по причинамъ исходящимъ отъ ножки.

Асептика кромѣ случаевъ 41—54 была всегда сухая. Для болѣе подробнаго обзора всѣ детали 69 случаевъ изложены въ таблицѣ. Кромѣ названныхъ операций ради миомъ произведены: 1 кастраціи; 2 миом-эктоміи безъ непрерывной частичной лигатуры; 9 экзуклеаций; 5 полныхъ вагинальныхъ вырѣзываній матки; 4 вырѣзыванія матки комбинированнымъ способомъ (*per vaginam et laparatomiam*).

Этотъ новый рядъ наблюденій говорить В. долженъ способствовать увеличенію числа адептовъ метода Zweifel'а и ограниченію радикализма все болѣе замѣчаемому въ гинекологіи, „*Методъ Z. есть методъ будущаго*“, а не значительно болѣе опасная операція полной экстирпаціи матки, результаты которой не лучше миом-эктоміи.

(Интересно бы знать есть ли „*взглядъ*“ В., что миом-эктомія по *Отту* способствуетъ закрытію кишекъ (*ileus*), одно лишь

предчувствие (!) или онъ основанъ на болѣе реальной почвѣ? На сколько намъ извѣстно случаевъ *leus* послѣ миом-эктомии по *Отту* не наблюдалось. Вообще же проф. *Оттъ*, какъ это видно изъ его доклада въ акушерско-гинекологической секціи VI съезда русскихъ врачей въ память *Н. Н. Пирогова*, въ Кіевѣ (Журн. Акуш. и жен. болѣз. Т. X. июнь 1896 г.) въ послѣдніе годы ради миомъ не прибѣгаетъ лишь къ методу имъ выработанному, а индивидуализируетъ, оперируетъ и по другимъ способамъ. Такъ: изъ 99 операций ради фибромиомъ матки, за два года и 2 мѣсяца, онъ 53 раза *вполнѣ удалялъ пораженный органъ*, причемъ всѣ случаи окончились выздоровленіемъ. Не изъ желанія умалить прекрасные результаты достигнутые проф. *Zweifel* емъ мы привели еще лучшіе результаты проф. *Отта* послѣ полной экстирпации матки, а съ цѣлью указать что вопросъ, какое изъ оперативныхъ пособій есть „методъ будущаго“, еще спорный. *Редф.*)

В. Н. Фейнбергъ.

37. E. Wertheim—Ueber Blasengonorrhoe.—(Zeitschr. f. Geb. u. gynaek. Bd. XXXV Hft. 1)—О гонорее мочевого пузыря.

Какъ извѣстно *Gyon* и его школа отрицали гонорею мочевого пузыря. Они смотрѣли на заболевание послѣдняго post gonorrhoeam ни какъ на специфическій циститъ, а утверждали, что воспаленіе, локализованное у orificium internum urethrae и ближайшей его окружности, приводитъ лишь къ функциональному разстройству: тенезмы, учащенное мочеиспусканіе. Только въ рѣдкихъ случаяхъ, говорили они, встрѣчается гнойный циститъ какъ вторичная инфекция, вызванная *Bacil. coli*, или стрептоками, ибо гонококки въ мочѣ никѣмъ не были доказаны.

Тоже самое утверждалъ *Finger*. Urethritis posterior и воспалительный процессъ въ окружности orif. int. urethrae вызываютъ функциональное разстройство мочевого пузыря.

Специфическій циститъ отрицаетъ и *Winn* на томъ основаніи, что эпителий мочевого пузыря для гонококковъ также не проходимъ, какъ эпителий рукава.

Sänger смотрѣлъ на гнойный катарръ мочевого пузыря какъ на смѣшанную инфекцію, вызванную *Diplococcus flavus* и *Staphylococcus*. Но съ тѣхъ поръ какъ стали находить типичные гонококки въ гнойныхъ тѣлцахъ мочи (*Barlow*, *Krogins*) отрицать гнойный циститъ оказалось невозможнымъ и ученіе вышепоименованныхъ авторовъ оставлено.

Wertheim съ цѣлью доказать присутствіе гонококковъ въ *живой* слизистой оболочкѣ мочевого пузыря, ибо въ трунѣ гонококки быстро исчезаютъ, тонкимъ пинцетомъ взявъ не большой кусочекъ слизистой оболочки мочевого пузыря отъ девяти лѣтней дѣвочки страдавшей *Vulvovaginitis gonorrhoeica*, въ мочѣ которой микроскопически и бактериологически доказано было присутствіе гонококковъ. Одна часть препарата, обработанная стерилизованной человѣческой кровяной сывороткой послужила для бактериологическаго изслѣдованія (*Plattenzüchtung*), другая положена въ алкоголь для микроскопическаго изслѣдованія. Результатъ оказался положительный. Въ слизистой оболочкѣ найдены были въ большомъ количествѣ гонококки. Концентрируются они главнымъ образомъ „экстрацеллюлярно“ между эпителиями, разъединяя или плоскостно обвивая ихъ. „Болѣе тонкими нитями они входятъ въ подэпителиальную ткань и достигаютъ подслизистой ткани. Поверхность слизистой оболочки покрыта фибриномъ и гнойными тѣлами, въ которыхъ имѣется масса гонококковъ.

Микроскопическія изслѣдованія *Wertheima*, кромѣ этого доказали присутствіе гонококковъ въ самыхъ тонкихъ развѣтвленіяхъ венъ. Что эти развѣтвленія были вены, а не лимфатическія сосуды видно изъ того, что въ нихъ кромѣ того найдены красныя кровяныя тѣла. Принимая во вниманіе отсутствіе воспалительнаго процесса въ окрестности капилляровъ и то, что ни прободенія стѣнокъ, ни прохожденія гонококковъ черезъ стѣнки не было замѣчено, *W.* заключаетъ что гонококки находились внутри сосудовъ.

На вопросъ, какимъ образомъ гонококки попадаютъ въ кровеносные сосуды, *W.* отмѣчаетъ: либо посредственно черезъ лимфатическіе сосуды, либо отъ мѣста зараженія прямо проникаютъ въ капилляры. Весь процессъ такимъ образомъ можно бы, говорить *Wertheim*, назвать гонококкемъ тромбозомъ капилляровъ и самыхъ малыхъ венъ, т. е. гонококкемъ тромбофлебитомъ“.

Б. И. Фрейнбергъ.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

I.

Отъ Правленія Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

На послѣднемъ VI-омъ Пироговскомъ съѣздѣ въ Кіевѣ секція акушерства и гинекологіи обсуждала современное положеніе вопроса *объ обезбоживаніи родового процесса* и пришла къ заключенію, что разрѣшеніе его составляетъ чрезвычайно важную и неотложную потребность нашего гуманнаго вѣка. Секція признала желательнымъ обратиться ко всѣмъ занимающимся акушерствомъ врачамъ Россіи, акушерскимъ клиникамъ и родовспомогательнымъ заведеніямъ съ приглашеніемъ высказать, на основаніи фактическихъ наблюденій, свои мнѣнія по настоящему вопросу и доставить ихъ въ Правленіе Общества къ опредѣленному сроку, такъ чтобы могъ быть составленъ докладъ по этому предмету къ XII-му Международному Съѣзду. Распорядительное Собраніе, согласно предложенію означенной секціи, поручило Правленію озаботиться движеніемъ этого вопроса.

А потому, въ силу постановленія VI-го Пироговскаго съѣзда, Правленіе имѣетъ честь покорнѣйше просить русскихъ врачей въ отдѣльности и спеціальныя акушерскія учрежденія оказать возможное содѣйствіе разработкѣ возбужденнаго Пироговскимъ съѣздомъ вопроса о способахъ обезбоживанія родового процесса, какъ это можетъ быть исполнено ими путемъ доставленія въ Правленіе Общества (Москва, Пречистенка, Штатный пер., д. № 24) относящихся сюда мнѣній и свѣдѣній. Матеріалы эти должны быть посланы не позднѣе 1-го мая будущаго 1897 года, такъ какъ XII-ый Международный Съѣздъ, къ которому предполагается свести и обработать эти данныя, имѣетъ быть въ началѣ августа 1897 года.

II

М. I. I

Кіевское Акушерско-гинекологическое Общество въ засѣданіи 30-го сего октября, обсудивъ вопросъ о примѣненіи аггистрептококковой сыворотки при лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній, и принявъ во вниманіе глубокий интересъ этого вопроса, постановило съ своей стороны перенести его на обсужденіе XII Международнаго Съѣзда врачей въ Москвѣ, гдѣ по официальной программѣ сывороточное лѣченіе подлежитъ разработкѣ. Для выполненія этого постановленія необходимо имѣть возможно большій клинический матеріалъ.

Въ виду этого Общество обращается ко всѣмъ товарищамъ, имѣющимъ наблюденія надъ примѣненіемъ сыворотки при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ съ просьбой присылать свои наблюденія на имя Предсѣдателя Общества проф. *Г. Е. Рейна*. (Большая Владимірская, № 23) или секретарей: *Г. Ф. Писемскаго*. (Большая Подвальная ул., № 4 а) и *А. А. Редмиха* (Фундуклеевская ул., № 31).

Предсѣдатель Общества Проф. *Рейнъ*.

Секретарь *Г. Писемскій*.

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

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

„ОБОЗРѢНІЕ

ПСИХІАТРИИ, НЕВРОЛОГИИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ“

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ, ИЗДАВАЕМЫЙ ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ

Проф. В. М. ВЕХТЕРЕВА,

ДИРЕКТОРА КЛИНИКИ ДУШЕВНЫХЪ И НЕРВНЫХЪ БОЛѢЗНЕЙ
ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

Начиная издание нашего журнала въ Январѣ 1896 г., мы были твердо убѣждены въ необходимости для русской врачебной публики ежемѣсячнаго реферирющаго органа по психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи. Опытъ прошлаго года показалъ, что издаваемое нами „Обозрѣніе“ было встрѣчено весьма сочувственно врачебной публикой и въ этомъ сочувствіи мы видимъ доказательство справедливости нашихъ предположеній.

Дѣйствительно не только врачамъ специалистамъ, но также земскимъ, военнымъ и вообще всѣмъ практическимъ врачамъ почти ежедневно приходится встрѣчаться съ вопросами вышеуказанной специальности; каждый врачъ не разъ чувствовалъ потребность въ болѣе близкомъ знакомствѣ съ болѣзнями нервной системы, играющими такую выдающуюся роль въ жизни современнаго общества. Само собой понятно, что практические врачи, знакомые съ современнымъ состояніемъ ученія о нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ, могутъ оказать весьма цѣнные услуги въ дѣлѣ профилактики и лѣченія нервныхъ и душевныхъ расстройствъ. Вместе съ тѣмъ своевременное ознакомленіе съ новѣйшими успѣхами экспериментальной психологіи можетъ облегчить врачамъ и другимъ близко стоящимъ къ школьному дѣлу лицамъ болѣе правильную въ отношеніи умственной гігіены постановку школьнаго образованія. Несомненно также и особо важное практическое значеніе криминологической антропологіи и ученія о гипнотизмѣ, какъ въ отношеніи выясненія общихъ психологическихъ вопросовъ, такъ и въ отношеніи практически важныхъ вопросовъ судебно-психіатрической экспертизы.

Имѣя въ виду удовлетвореніе вышеуказанныхъ практическихъ потребностей, „Обозрѣніе“ и въ 1897 г. будетъ стремиться дать возможно полное отраженіе современнаго состоянія психіатріи, психиатрической антропологіи, неврологіи, экспериментальной психологіи, гипнотизма и уголовной антропологіи, съ цѣлью своевременнаго ознакомленія его читателей съ успѣхами и развитіемъ этихъ отраслей знанія. Всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ особо важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней будетъ также отведено въ „Обозрѣніи“ надлежащее мѣсто.

Журналъ выходитъ по слѣдующей программѣ:

- I. Оригинальныя статьи по психіатріи, невропатологіи, неврологіи, психологіи, гиніотизму, криминальной антропологіи и по вопросамъ, связаннымъ съ ними.
- II. Обзоръ и рефераты по указаннымъ предметамъ.
- III. Отчеты, письма и корреспонденціи.
- IV. Критическія статьи, отзывы, рецензіи и библіографія.
- V. Хроника, новости и смѣсь.
- VI. Біографіи и некрологи.
- VII. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорѣйше просить адресовать на имя редактора журнала, директора клиники, проф. **В. М. Вехтерева** (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редакціи открыта по вторникамъ и пятницамъ, съ 11—12 ч. дня.

Письма, касающіяся благоустройства неврологическихъ и психіатрическихъ учреждений и корреспонденціи бытового характера, какъ матеріалъ для хроники, покорѣйше просить адресовать на имя секретаря редакціи, д-ра **П. А. Остапкова** (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, Клиника душевныхъ болѣзней).

Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напечатаніи ихъ статьи предоставляется 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ бесплатно. Время напечатанія статей и распредѣленія ихъ по книжкамъ будетъ производиться сообразно пачинному матеріалу и очереди. Авторы и издатели, желающіе прислать свои труды и изданія въ редакцію, благоволятъ адресовать таковыя на имя редактора. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатано заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ номеровъ журнала. По всякъ хозяйственнымъ вопросамъ (высылка гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, не полученныхъ МХ, пріемъ объявленій и т. п.), слѣдуетъ обращаться исключительно къ издателю.

Подписка принимается въ Петербургѣ, въ книжномъ магазинѣ **К. Л. Риккера** (Невскій, 14) и въ другихъ городахъ у всѣхъ извѣстныхъ книгопродавцевъ. Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургъ—9 р.; за полгода—4 р. 50 коп.; за 3 мѣсяца—2 р. 25 коп.

Ограниченное число экземпляровъ „Обозрѣнія“, оставшееся за 1896 годъ, можно пріобрѣтать у издателя по 9 руб. за годъ.

3—(3)

„ДНЕВНИКЪ“ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ будетъ выходить въ 1897 году въ количествѣ не менѣе 5 выпусковъ. Подписная цѣна съ доставкой и пересылкой 3 рубля. Адресъ: Казань, Университетъ Общество Врачей.

Предсѣдатель Общества Врачей проф. П. Феноменовъ.

2—(3)

1897 г.

II г. Открывается подписка на ежемесячный журнал II г.

„СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА И ГИГИЕНА“,

издаваемый под редакцией проф. М. И. Афанасьева.

Вступая во второй год издания журнала, редакция считает своим нравственным долгом прежде всего от души поблагодарить гг. товарищей-врачей, которое так сочувственно отнеслось къ предпринятому ею изданію, благодаря чему послѣднее въ первый же годъ своего существованія встало совершенно на прочную почву. Такое сочувствіе врачей обязывает редакцію удѣлять еще болѣе времени и труда на то, чтобы изданіе стояло на уровнѣ современной медицинской науки и практики, и чтобы оно удовлетворяло, на сколько возможно, многочисленнымъ насущнымъ подробностямъ практическихъ врачей. Редакция позволяет себѣ надѣяться, что и въ наступающемъ году товарищи не оставят ее своимъ благосклоннымъ вниманіемъ и поддержать предпріятіе, которое задумано и приведено къ исполненію изъ искренняго желанія помочь имъ въ дѣлѣ поновенія и расширенія своего научно-практическаго медицинскаго образованія.

Программа журнала остается той же самой, какъ и въ прошломъ году. Въ отдѣлѣ оригинальныхъ статей будетъ продолжаться печатаніе лекцій редактора по клинической микроскопії и бактериології, при чемъ особенное вниманіе будетъ обращено на методы клиническаго бактериологическаго изслѣдованія вообще и specially на клиническую микроскопію и бактериологию крови и изверженій. Кроме того, будетъ помѣщено соч. „Простѣйшіе практическіе методы гигиеническихъ изслѣдованій и оцѣнка ихъ результатовъ“ въ совершенно новомъ и переработанномъ изданіи нашего извѣстнаго гигиениста-писателя, д-ра П. О. Смоленскаго.

Въ отдѣлѣ Обзоровъ и Новостей медицины будетъ, въ видѣ болѣе или менѣе законченныхъ оригинальныхъ статей, сообщаться все то, что въ послѣднее время интересуетъ и волнуетъ врачей въ сферѣ практической медицины и гигиены.

Въ отдѣлѣ переводовъ редакціей помѣяны уже цѣлый рядъ сочиненій, которыя будутъ помѣщены въ самомъ журналѣ, или въ видѣ отдѣльныхъ изданій.

Печатаніе прекраснаго труда французскихъ клиницистовъ „Руководство къ частной терапіи“ подъ редакціей А. Robin'a, будетъ продолжаться и въ наступающемъ году по мѣрѣ выхода французскаго изданія. Затѣмъ будутъ напечатаны вторые тома сочиненій проф. Manquat: „Основы терапείтики и фармакології“ съ допол. доц. Е. И. Котляра и д-ра Wolzendorf'a: „Руководство къ малой хирургіи“ (съ 328 рис.).

Изъ переводовъ новыхъ книгъ назовемъ: „Клиническія лекціи“ извѣстнѣйшаго французскаго терапевта проф. Potain'a съ предѣ-

словіемъ послѣдняго къ русскому изданію; „Гинекологическая діагностика проф. Winter'a (въ сотрудничествѣ съ Ruge) (съ 190 рис.), съ предисловіемъ проф. Д. О. Отта; „Лекція о хирургическихъ заразныхъ болѣзняхъ“ профессоровъ Kocher'a и Tavel'a (съ 74 рис.) съ предисл. проф. Н. А. Велиминова; „Кожныя и венерическія болѣзни“ (съ многоч. рис.) проф. Wolf'a съ пред. проф. О. В. Петерсена; „Руководство къ дѣтскимъ болѣзнямъ“ проф. Baginsky'аго (перев. съ послѣдняго 3-го изд., совершенно переработаннаго и дополненнаго). Къ печатанію послѣдняго сочиненія уже приступлено и оно въ скоромъ времени появится въ свѣтъ въ видѣ отдѣльнаго изданія съ уступкой для подписчиковъ журнала.

Подписная цѣна на журналъ 10 руб. съ доставкой и перес., 9 руб. безъ доставки, заграницу 12 руб. Допускается разсрочка въ платежѣ: 5 р. при подпискѣ и 5 р. въ мѣя мѣсяцѣ.

Подписка на журналъ 1896 года будетъ продолжаться еще до 1-го января 1897 г. по цѣнѣ 10 руб. съ перес. Подписчики журнала на 1897 г. имѣютъ право на полученіе первыхъ томовъ соч. проф. Манка и д-ра Вольцендорфа съ уступкой въ 20%.

Подписчики на журналъ въ случаѣ выписки нѣмъ отдѣльныхъ изданій журнала изъ конторы его, пользуются уступкой въ 20%.

Подписка принимается въ конторѣ редакціи журнала Спб., Литейный просп., № 33, и во всѣхъ книжныхъ магазинахъ.

3—(3)

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

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

ПЕРЕВЯЗОЧНЫЯ средства: биндажи, набушники, клеенки, губки, ваточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртометры. Очки, консервы, пенсы, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для ослѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



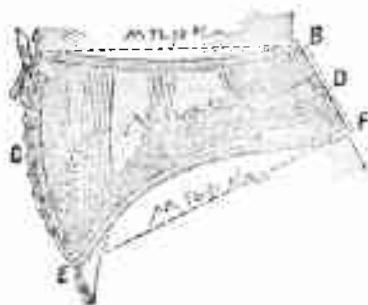
ИНСТРУМЕНТЫ: переносные, ампутаціонные, резекціонные, акушерскіе и пр. Лекарскіе и фельдшерскіе наборы. Зубные ключи, пинци и принадлежности. Ветеринарные инструменты. Шины.

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

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается бесплатно.

1—(12)

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ
БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

29.

ГОРОХОВАЯ,
У КАМЕННАГО МОСТА.

29.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО
ВСЕВОЗМОЖНЫХЪ
БАНДАЖЕЙ, НАВРЮШНИКОВЪ,
СУСПЕНЗОРІИ И РАЗНЫХЪ ДРУГИХЪ ПОВЯЗОКЪ,
СОГЛАСНО ПОВѢЙШИМЪ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯМЪ.

КАБИНЕТЪ

— ДЛЯ ЦЕЛОЖЕНІЯ БАНДАЖЕЙ. —

— Почтовые заказы исполняются аккуратно и точно,
согласно предписанію Гг. врачей. —

29.

Гороховая улица,
у Каменнаго моста.

29.

1—(12)

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ
1897 года.

Военно-Медицинскій Журналъ выходитъ ежемѣсячно книжками въ 20 до 22 листовъ и содержитъ кромѣ официальной части оригинальныя статьи по различнымъ отраслямъ практической медицины, фармакологіи, гігіены, санитарному дѣлу и медицинской администраціи, критику и библиографію и рефераты изъ отечественныхъ и иностранныхъ изданій.

При Военно-Медицинскомъ Журналѣ издаются въ видѣ приложеній различныя медицинскія сочиненія, всего втеченіи года не менѣе 180 листовъ.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ редакціи Военно-Медицинскаго Журнала (при Главномъ Военно-Медицинскомъ Управленіи), Караванная улица, д. № 1.

Цѣна на годовое изданіе (безъ приложений) для военныхъ врачей съ пересылкой 6 рублей; для частныхъ подписчиковъ безъ пересылки или доставки 6 руб. 50 коп., а съ пересылкою 8 руб.

Цѣна для частныхъ подписчиковъ за одни приложения къ Военно-Медицинскому Журналу безъ пересылки 7 руб. 50 коп., а съ пересылкою 9 руб., а за годовое изданіе съ приложениями безъ пересылки 14 руб., а съ пересылкою—17 руб. 2—(3)

БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХЪ ВРАЧЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВЪ.

ПЕРЕВОДЪ СЪ НѢМЕЦКАГО

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

ОТПЕЧАТАНЫ

ВНУТРЕННІЯ И ДѢТСКІЯ БОЛѢЗНИ.

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

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

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

ИЗДАНИЕ ВЫПУСКАЕТСЯ ПОЛУТОМАМИ.

ФАРМАКОЛОГІЯ И ТОКСИКОЛОГІЯ.

Цѣна 8 руб., съ пер. 8 руб. 80 коп.

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

ПОДПИСКА ПРОДОЛЖАЕТСЯ:

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

При подпискѣ присылаютъ *три руб.* и предоставляютъ издателю высылать полутомы или томы, по мѣрѣ ихъ выхода въ свѣтъ, съ наложеніемъ платежа въ объявленной выше суммѣ, (т. е. 3 р.

за полутомъ и 6 р. за томъ). Последній полутомъ всего изданія будетъ высланъ безъ паложеннаго платежа за полученную при подпискѣ сумму. Желающіе получить съ пересылъ улачиваются за послѣдній 75 коп. Отдѣльныя крышки для переплета высылаются съ пересылкой за одинъ рубль.

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

Съ требованіями обращаться на имя редактора-издателя „Библиотекъ Медицинскихъ Наукъ“, доктора Бориса Абрамовича Окса, (С.-Петербургъ, Забалканскій пр., № 34). 1—(3)

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1897 ГОДЪ.

НА ЖУРНАЛЪ

„ДѢЯТЕЛЬ“

Въ качествѣ сотрудниковъ изъявили желаніе принять участіе профессоры: А. П. Александровъ, Е. Ф. Будде, А. Ф. Гусевъ, Л. О. Царковичъ, И. М. Догель, Г. Ф. Дормидонтовъ, Н. П. Загоскинъ, В. Ф. Задѣсскій, Н. А. Засѣдскій, М. И. Капустинъ, Н. О. Катановъ, О. Г. Мищенко, А. В. Поповъ, П. А. Никольскій, О. А. Рустинскій, Н. И. Смирновъ, Н. В. Сорокинъ, Е. П. Яниневскій, А. П. Подѣзвскій и, кроме того, А. В. Нечесовъ, Б. Н. Агафоновъ, С. С. Бардинъ, С. М. Капустина, Л. Ф. Мищенко, Я. Посадскій, Р. В. Ризоложенскій, С. М. Смирновъ, А. Т. Соловьевъ, С. Н. Сорокина, М. С. Сегель, П. В. Траубенбергъ, свѣд. В. А. Охотинъ, В. А. Ислентьевъ, М. В. Казанскій, М. Д. Захржевскій и М. А. Готвальдъ.

ПРОГРАММА ЖУРНАЛА СЛѢДУЮЩАЯ:

1) Правительственныя распоряженія.—2) Статьи литературнаго, экономическаго, гигиеническаго педагогическаго и медицинскаго содержанія.—3) Повѣсти, разсказы, стихотворенія и другія статьи бытоваго, нравственнаго и историческаго содержанія.—4) Письма изъ провинціи.—5) Свѣдѣнія, полезныя въ жизни.—6) Изъ жизни и печати.—7) Свѣдѣнія о дѣятельности благотворительныхъ учреждений.—8) Борьба съ пьянствомъ въ Россіи и другихъ странахъ.—9) Свѣдѣнія о дѣятельности Обществъ Трезвости въ Россіи и за границею.—10) Протоколы Казанскаго Общества Трезвости.—11) Критика и библіографія.—12) Объявленія.

Подписная цѣна за годъ 2 рубль.

Адресъ редакціи: Казань, типографія Императорскаго Казанскаго Университета, Черноозерская улица, собственный домъ. Чрезъ Редакцію журнала ДѢЯТЕЛЬ можно приобретать слѣдующія книги:

Царь-Освободитель, преобразователь и просвѣтитель Россіи Императоръ Александръ II. А. И. Александрова — р. 40 к.
Отчего гибнутъ люди. За собою 1 р. — к.