

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛЕЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

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

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

А. Я. КРАССОВСКАГО.
АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВСКО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ.

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

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

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

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

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

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

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

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

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА
Л. Г. ЛИЧКУСА,
СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИИ-
НСКОМЪ РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ XI.

ФЕВРАЛЬ 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

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

ФЕВРАЛЬ 1897, № 2.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Случай злокачественнаго новообразованія, развившаго изъ элементовъ ворсинчататаго покрова (*Deciduoma malignum autorum*).

Д-ра К. Улезко-Строгановой.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

Въ послѣднее время вниманіе акушеровъ, гинекологовъ и патолого-анатомовъ обращено на особаго рода новообразованія, первично развивающіяся въ полости матки или трубъ на почвѣ бывшей нормальной или патологической беременности и отличающіяся крайнею злокачественностью.

Благодаря недостаточному знакомству съ нормальнымъ строеніемъ послѣда, это новообразованіе долго не могло получить надлежащей оцѣнки и потому не мало случаевъ, подобнаго рода описывались подъ именемъ саркомъ или эпителиомъ.

Въ настоящее время по этому вопросу существуетъ уже цѣлая литература и, благодаря многимъ цѣннымъ работамъ, какъ напр., работѣ *Marchand*, ¹⁾ который впервые детально остановился на немъ, сдѣлавъ критическую оцѣнку существующихъ мнѣній, наступило болѣе правильное отношеніе къ нему.

¹⁾ Monatschrift 1895 г.

Не буду останавливаться на литературѣ, такъ какъ она уже въ достаточной мѣрѣ собрана и оцѣнена *Marchand* и позже нашимъ соотечественникамъ проф. *Никифоровымъ* ²⁾. О работахъ, которыя вышли позже и не могли войти въ литературный разборъ вышеназванныхъ авторовъ, постараюсь упомянуть въ своемъ мѣстѣ.

Во всякомъ случаѣ трудами нѣмецкихъ авторовъ, которые усердно занимались этимъ вопросомъ, также какъ и изученіемъ нормальнаго строенія послѣда, установлено, что 1) развитіе новообразованія непременно связано съ бывшей нормальной или патологической беременностью и далѣе 2) что источникомъ развитія новообразованія служатъ элементы ворсинчатого покрова.

Между тѣмъ, на бывшемъ I/IV текущего года засѣданіи акушерско-гинекологическаго общества въ Лондонѣ изъ дебатовъ по поводу сообщенія *Herbert'a Spenser'a* объ одномъ случаѣ *Deciduum malignu* выяснилось, что тамъ еще сомнѣваются, какого происхожденія данное новообразованіе, происходитъ ли оно изъ ворсинокъ или развивается изъ *deciduae*. Нѣкоторые даже думаютъ, что это типическая саркома и можетъ развиваться въ различныхъ тканяхъ.

И лишь *Webster* изъ Эдинбурга положительно склоняется въ пользу развитія новообразованія изъ ворсинчатого покрова и даже готовъ приписать ему исключительно фѣтальное происхожденіе.

Мнѣ удалось собрать въ литературѣ болѣе или менѣе систематически описанныхъ 39 случаевъ подобнаго новообразованія.

Всѣ они имѣютъ приблизительно одинаковую клиническую картину и теченіе.

Послѣ срочныхъ родовъ, выкидыша или беременности: пузырнымъ заносомъ заболѣваніе начинается сильнымъ кровотеченіемъ, которое повторяется періодически или безъ определенныхъ промежутковъ или, наконецъ, принимаетъ характеръ затяжнаго кровотеченія. Больная дѣлается въ высокой степени анемичной и истощенной.

²⁾ Русскій Архивъ 1896 г. томъ 1, вых. 3.

Общее разстройство питания поддерживается еще, благодаря самому новообразованию, которое, развиваясь въ полости матки, рѣже въ трубахъ, быстро распространяется и даетъ метастазы. Послѣдніе чаще всего впервые обнаруживаются во влагалищѣ въ видѣ мягкихъ узловъ, затѣмъ въ придаткахъ матки и въ другихъ сосѣднихъ съ нею органахъ—кишкѣ, далѣе въ селезенкѣ, печени, почкахъ, брюшинѣ, легкихъ и т. д.—и болѣвая при явленіяхъ общаго истощенія и кахексіи погвбаетъ.

Повидимому новообразованіе чаще всего развивается послѣ бывшаго пузырнаго заноса, а именно изъ 39—съ моимъ 40 случаевъ (въ 5 изъ нихъ не указано отношеніе къ роду беременности)—въ 15 (съ моимъ) новообразованіе развилось послѣ пузырнаго заноса, въ 11—послѣ срочныхъ родовъ, въ 6—послѣ выкидыша и въ 3—на почвѣ трубной беременности.

Новообразованіе развивается преимущественно въ болѣе юные годы—отъ 17 до 29 лѣтъ—въ 18 случаяхъ (съ моимъ). На возрастъ отъ 30 до 40 лѣтъ приходится 9 случаевъ и отъ 40 до 55—8.

Изъ 40 собранныхъ мною случаевъ въ 22 примѣнено было оперативное вмѣшательство частью выскабливаніе (6), частью чревостиченіе (4) и, наконецъ, въ большинствѣ случаевъ—экстирпація матки черезъ влагалище.

Изъ нихъ только 6 остались безъ рецидивовъ (о своемъ случаѣ не могу сказать пока ничего, такъ какъ со времени операціи прошло лишь 2 мѣсяца); послѣоперационный періодъ продолжается отъ 6 мѣсяцевъ до 1¹/₄ года.

Впрочемъ *Franqué* ³⁾ упоминаетъ о случаѣ *Superno-Pestologia*, гдѣ послѣ операціи нѣтъ рецидивовъ въ теченіе трехъ лѣтъ.

Послѣ такого краткаго обзора литературныхъ данныхъ перехожу теперь къ своему случаю и начну прежде всего съ исторіи болѣзни.

Женщина 26 лѣтъ, крайне блѣдная, истощенная. Menstrua получила 13 лѣтъ съ 4-хъ недѣльнымъ типомъ; продолжительность по 5 дней, всегда обильныя. Замужемъ 8 лѣтъ. Беременной была единственный разъ въ 94 г.

³⁾ Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaecologie 96 г. В. 34, Н. 2.

Больной считаетъ себя болѣе года. Жалобы сводятся къ сильнымъ кровотеченіямъ и чрезмѣрному упадку силъ.

Изъ анамнеза выяснилось, что больная находилась на пользованіе въ томъ же Новивальномъ Институтѣ съ 29/xi 94 г. по 11/i 95 года. Тогда она жаловалась также на сильныя крайне истощающія ее кровотечения. При изслѣдованіи у нея діагносцированы были пузырьный заносъ и на слѣдующій же день послѣ поступленія въ Институтъ вслѣдствіе сильнаго кровотечения удаленъ былъ весь пузырьный заносъ, а остатокъ его выскабливы острей ложечкой.

Въ послѣоперационномъ періодѣ имѣла выдѣленія съ запахомъ и все время до ухода слезка лихорадила. Во всякомъ случаѣ выписалась значительно окрѣпши и поправившись.

Послѣ этого она считала себя здоровой въ теченіе почти всего 95 года. Со времени удаленія пузырьнаго заноса больная безусловно исключаетъ возможность зачатія.

Впервые послѣ выскабливанія крови у нея показались въ июлѣ 95 года. Затѣмъ онѣ стали приходить черезъ 1½ мѣсяца, усиливаясь съ каждымъ разомъ. До мая нынѣшняго 96 года у нея было три раза сильное кровотеченіе (по словамъ больной, кратковременное минутъ по 10, по струей). Поэтому въ маѣ она рѣшилась на вторичное выскабливаніе въ Ростовѣ, но черезъ 2 мѣсяца—новое кровотеченіе. Слѣдующее кровотеченіе произошло 4-го сентября и на этотъ разъ настолько сильно, что больная потеряла сознаніе. Послѣ чего больная, нѣсколько оправившись, посѣлила въ Петербургъ.

При бимануальномъ изслѣдованіи матка увеличена, какъ при 2½ мѣсячной беремености, мягка; спереди и сзади у дна отчетливо прощупывается выдающійся узелъ мягкой консистенціи. На шейкѣ явленія застоя. Обильное кровавистое отдѣленіе.

23/ix подъ эфиромъ проф. *Отт* матка была расширена гегарами до возможности введенія въ ее полость пальца. На передней стѣнкѣ прощупывается мягкое губчатое тѣло, напоминающее плацентарный полипъ. Пальцемъ, частью корнпангомъ и ложкой было удалено большое количество рыхлыхъ кровавистыхъ массъ. имѣвшихъ нѣкоторое сходство съ остатками послѣда.

При изслѣдованіи полости проф. *Оттз* констатировалъ рѣзкое истонщеніе стѣнки, какъ будто бы послѣдняя прорастаетъ и разрушается упомянутыми массами.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ частицъ показало, что онѣ состоятъ главнымъ образомъ изъ распавшейся ткани и лишь изрѣдка среди послѣдней попадались вполне сохранившіеся форменные элементы. Они лежали большими или меньшими гнѣздами, будучи окружены со всѣхъ сторонъ некротическими массами, и представляли протоплазматическія образованія съ ядрами.

Небольшія скопленія ихъ симмулировали многоядерные гиганты. Рядомъ же съ ними встрѣчались очень крупныя одноклѣтныя кѣлки съ тѣмъ же характеромъ протоплазмы и съ крупнымъ интенсивно окрашивающимся ядромъ.

Описанныя образованія тѣсно перемѣшаны съ элементами крови, главнымъ же образомъ съ красными кровяными шариками.

На основаніи микроскопической картины, клиническаго теченія и этиологіи заболѣванія было діагносцировано злокачественное новообразованіе въ маткѣ (*deciduoma malignum*, *syncytioma* или *chorioma malignum* авторовъ).

26-го сентября проф. *Оттз* произведено полное удаленіе матки черезъ влагалище, причемъ придатки, какъ непораженные, а также въ виду возраста больной, сохранены.

Послѣоперационный періодъ протекаетъ вполне хорошо. 5/х удалены всѣ швы и 12/хі больная, вполне окрѣвши, выписалась.

Удаленная матка увеличена, какъ при $2\frac{1}{2}$ мѣс. беременности, мягкая. На передней поверхности ея болѣе справа у дна выступать узелъ величиною съ крупный грецкій орѣхъ (очевидно, опъ же прощупывался ранѣе при бимануальномъ изслѣдованіи). На поверхности его видно множество расширенныхъ кровеносныхъ сосудовъ.

Для раскрытія полости матка вскрыта по задней стѣнкѣ. Сантиметра 2 отступя отъ внутренняго зѣва, замѣчается совершенно своеобразное разрощеніе, губчатое, сѣро-краснаго цвѣта, которое распространяется на всю переднюю стѣнку и дно (фиг. 1).

Подъ этими разрощеніями стѣнка матки рѣзко истончена: очевидно, она разрушается по мѣрѣ роста и распространенія новообразованія, какъ будто бы таетъ подъ нимъ.

Теперь видно отчетливо, что вышеописанному узлу на передней поверхности матки соответствуютъ чрезмѣрно разросшіяся массы новообразованія, благодаря которымъ стѣнка здѣсь особенно истончилась и готова вскрыться.

Для микроскопическаго изслѣдованія взяты были кусочки опухоли по возможности съ участившей мускулатурой маточной стѣнки и фиксированы спиртомъ, Флеминговской и Мюллеровской жидкостью; весь жео рганъ цѣликомъ былъ положенъ въ Мюллеровскую жидкость, какъ особенно хорошо консервирующую красные кровяные шарики. Последніе же элементы составляютъ постоянную принадлежность данного новообразованія.

Уже макроскопически при вырѣзываніи кусочковъ для микроскопическихъ препаратовъ, на разрѣзѣ мышечной стѣнки матки было видно, что послѣдняя проросла новообразованіемъ, такъ что въ стѣнкѣ матки получались различной величины полости, изъ которыхъ выпячивались губчатые красноватые массы новообразованія (гетерогенное развитіе).

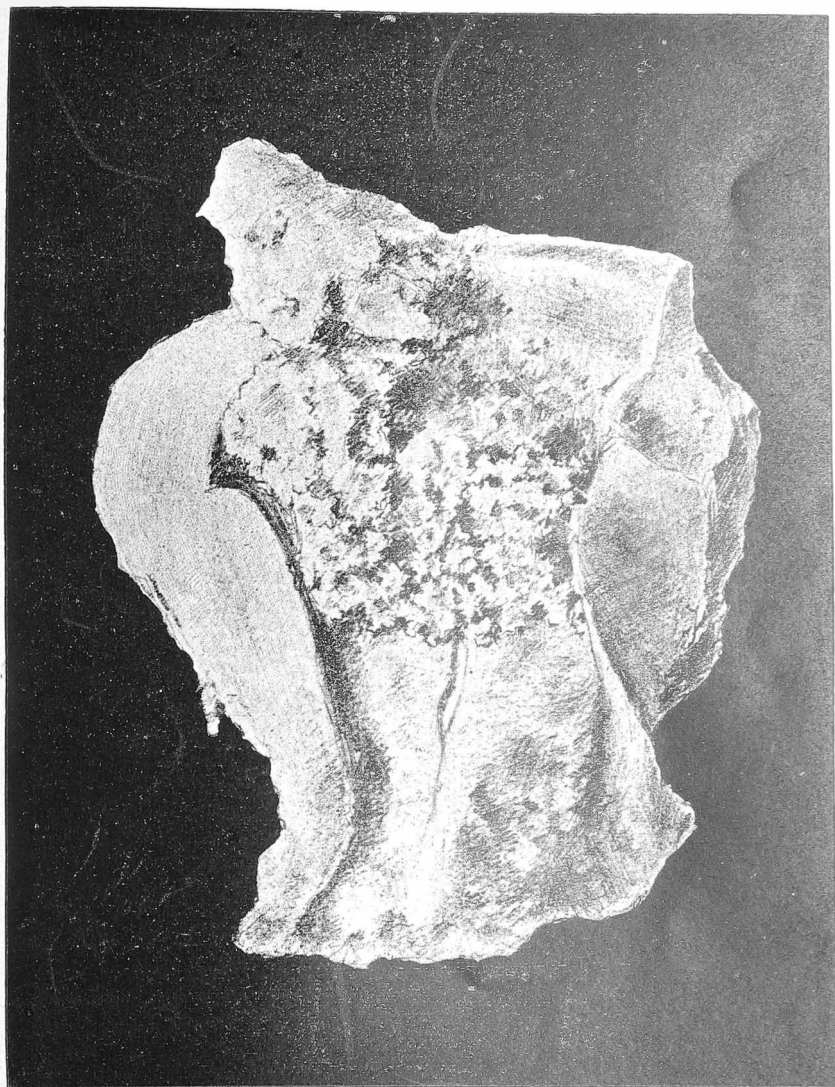
Въ кусочкѣ, взятомъ въ области вышеописаннаго узла, гнѣзда новообразованія лежатъ почти подъ серознымъ покровомъ.

Чтобы познакомиться съ микроскопическими измѣненіями, которыя претерпѣваетъ вся толща маточной стѣнки въ области новообразованія, всего удобнѣе взять для этой цѣли кусочки ткани изъ наиболѣе истонченнаго отдѣла стѣнки вмѣстѣ съ сидящею на ней опухолью.

Препараты окрашивались двойной окраской гематоксилина съ эозиномъ или по способу *Gieson's*.

Идя внутри кнаружи то есть со стороны полости къ периферіи, прежде всего попадаетъ довольно широкая полоса некротической массы безъ слѣда какихъ либо морфологическихъ элементовъ. Она состоитъ изъ мелко-зернистаго, диффузно-окрашивающагося вещества съ вкрапленными въ нее кучками или разбѣянными различными неправильной формы зернами или зернышками, которые интенсивно окрашиваются гематоксилиномъ. Иногда эти массы имѣютъ волокнистое строеніе, напоминая собою свернувшійся фибринъ.

Fig. 1.



Матка вскрыта по задней стѣнкѣ. Погообразование поражаетъ внутреннюю поверхность преимущественно передней стѣнки матки.



Глубже встрѣчаются дуги гладкихъ мышечныхъ волоконъ, заходящихъ между некротическими массами.

Такимъ образомъ слизистая оболочка совершенно отсутствуетъ и некрозъ распространяется уже, очевидно, на мышечную стѣнку, при чемъ некротическія гнѣзда глубоко заходятъ между мышечными пучками.

Какъ упомянуто выше, на разрѣзахъ мышечной стѣнки уже простымъ глазомъ можно было видѣть, что она пронизана гнѣздами различной величины какой-то иной ткани, которая въ свѣжемъ состояніи отличалась нѣсколько отъ мышцы своимъ желтоватымъ или сѣро-краснымъ пѣломъ. Вынычиваясь изъ своихъ гнѣздъ, разрозненыя эти по видимому лежать въ нихъ болѣе или менѣе свободно, такъ что получается впечатлѣніе, что стѣнка матки пронизана цѣлой системой кавернъ (пещеръ), содержащихъ массы новообразованія.

Подъ микроскопомъ видъ и величина гнѣздъ новообразованія самые разнообразныя. Иногда на разрѣзахъ они имѣютъ правильную, круглую или овальную форму; болѣею же частью они принимаютъ различныя неправильныя очертанія.

Величина полостей колеблется отъ небольшихъ равныхъ просвѣту какого-нибудь кровеноснаго сосуда и до колоссальныхъ видимыхъ простымъ глазомъ.

Стѣнка такихъ гнѣздъ не рѣдко выстлана эндотеліемъ, къ которому прилежитъ мышечная ткань, т. е. это ничто иное, какъ сосудистая полость, или же ее образуетъ непосредственно лишь воспалительно инфильтрированная мышечная ткань или же на нѣкоторомъ протяженіи она выстлана эндотеліемъ, на остальномъ же пространствѣ ограничивается непосредственно инфильтрированной мышечною тканью, или некротическими массами.

Перехожу теперь къ описанію содержимаго этихъ гнѣздъ. Его составляетъ новообразованіе, въ которомъ различаются красныя кровяныя тарики, особаго рода морфологическіе элементы, характеризующіе новообразованіе и, нѣрѣдко болѣе или меньшее количество некротическихъ массъ.

Эти составныя части опухоли находятся въ различныхъ отношеніяхъ, какъ между собою, такъ и къ окружающей ихъ стѣнкѣ.

Весьма рѣдко новообразование вплотную выполняетъ полость; большею частью оно отстаетъ отъ стѣнки или соприкасается съ нею лишь на нѣкоторомъ разстояніи; въ послѣднемъ случаѣ въ ней наблюдаются явленія ирритативнаго характера, а иногда и проростаніе ее новообразованиемъ.

Рѣдко элементы новообразованія занимаютъ середину гнѣзда и окружены со всѣхъ сторонъ красными кровяными шариками или же лежатъ небольшими участками, будучи тѣсно перемѣшаны съ кровью и некротическими массами.

Наконецъ, рѣдко можно видѣть особенно въ большихъ полостяхъ, что главную часть гнѣзда, занимающую его центральный отдѣлъ, составляетъ некротическая масса, между тѣмъ, какъ вполнѣ сохранившіеся элементы опухоли окружаютъ ее съ периферіи болѣе или менѣе широкимъ кольцомъ.

Массы распада зернисты или волокнисты съ многочисленными зернышками. Кровь, которая является постоянною принадлежностью новообразованія, состоитъ главнымъ образомъ изъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, но кромѣ того, среди нихъ встрѣчаются еще одноклеточные шарикѣ, похожіе на лейкоциты.

Что же касается до собственно элементовъ новообразованія, то прежде всего замѣчу, что они располагаются въ формѣ воронки *cupola* (фиг. № 2).

При ближайшемъ знакомствѣ оказывается, что сходство это только кажущееся, но что въ строгомъ смыслѣ здѣсь не имѣется всѣхъ составныхъ элементовъ, свойственныхъ типической воронкѣ.

Соотвѣтственно морфологическимъ особенностямъ здѣсь можно различить три рода элементовъ: 1) протоплазматическія массы съ ядрами; 2) гнѣзда изъ кѣлокъ съ хорошо очерченными границами и, наконецъ, 3) очень крупныя кѣлки съ крупными же ядрами, расположенныя группами или одиночно (фиг. 3).

Въ богатыхъ ядрами протоплазматическихъ массахъ протоплазма однородна или слабо зерниста и заключаетъ множество вакуоль, капилляровъ и полостей различныхъ формъ и размѣровъ. При двойной окраскѣ гематоксилиномъ съ эозинномъ она принимаетъ блѣдно-фіолетовый почти розовый цвѣтъ; на

препаратахъ, окрашенныхъ по *Gieson*'у она окрашивается также въ розоватый цвѣтъ. Многочисленные ядра синія отъ гематоксилина располагаются въ ней довольно скучено. Они болѣею частью правильной формы съ совершенно опредѣленнымъ сѣтчагымъ строеніемъ и часто окружены широкимъ свѣтлымъ ободкомъ.

Впрочемъ кромѣ нихъ встрѣчаются ядра неправильной формы, не имѣющія какой либо опредѣленной структуры.

Въ описываемыхъ ядрахъ можно отчетливо наблюдать многочисленные фигуры дѣленія посредствомъ почкованія; въ такомъ случаѣ отъ ядра нерѣдко въ разныя стороны отходятъ почковидныя образованія, отдѣленныя отъ общаго материнскаго ядра перетяжками. Въ почкахъ сохраняется тоже строеніе.

Иногда ядра достигаютъ здѣсь колоссальныхъ размѣровъ, сохраняя свои структурныя особенности или же лежатъ въ видѣ безобразныхъ глыбъ, интенсивно окрашивающихся гематоксилиномъ.

Такія протоплазматическія скопленія располагаются или сплошными массами или тянутся въ видѣ различной толщины тяжей или же, наконецъ, лежатъ въ видѣ изолированныхъ глыбъ; въ послѣднемъ случаѣ онѣ аналогичны многоядернымъ гигантамъ. Свободный край протоплазматическихъ массъ иногда усѣянъ рѣсничками, таковыя же встрѣчаются и въ вакуолахъ.

Вакуолы, щели и каналцы въ описываемыхъ протоплазматическихъ скопленіяхъ либо свободны, либо наполнены красными кровяными шариками, къ которымъ въ извѣстной степени примѣшиваются лейкоциты или, наконецъ, заняты элементами иного рода, составляющими второй морфологическій элементъ новообразованія.

Эти элементы образуютъ цѣлыя глѣзда и слои и состоятъ изъ отдѣльныхъ, тѣсно лежащихъ и ясно ограниченныхъ клѣтокъ съ полиэдрическою или веретенообразною формою. Величина клѣтокъ подвержена большимъ колебаніямъ.

Онѣ заключаютъ небольшое количество протоплазмы, представляющей то сплошное образованіе, то на тонкихъ сѣзяхъ ясную вакуолизацию, такъ что клѣточки кажутся прозрачными.

Ядра неправильной формы, лишены какой либо опредѣленной структуры и равномерно окрашиваются гематоксили-

номъ. Обыкновенно они такъ велики, что почти выполняютъ собою клѣточку. Иногда въ нихъ удается видѣть явленія каріокнеза, въ такомъ случаѣ клѣтка бываетъ побольше и получаетъ почти пузыревидную форму.

Описываемая клѣтки наполняютъ собою вакуолы и капиаллы протоплазматическихъ образований или видѣруются въ нихъ цугами и различнымъ образомъ перемѣщаются съ ними.

Принимая во вниманіе почву, на которой развивалась данная опухоль, именно беременность и припоминая строеніе яйцеваго ложа въ ранніе періоды беременности ⁴⁾ и элементы ворсчататаго покрова, описанную картину можно истолковать съ полнымъ правомъ слѣдующимъ образомъ.

Богатая ядрами протоплазматическая масса имѣетъ аналогична syncytium'у въ нормальномъ послѣдѣ, элементы же съ рѣзко обозначенными границами -- элементами Langhans'ова слоя. Отношеніе ихъ между собою, къ краснымъ кровянымъ шарикамъ и къ материнскимъ сосудамъ тоже, что въ ранніе стадіи нормально развивающейся беременности, именно въ періодъ возникновенія и развитія межворсчататаго пространства.

Наконецъ, здѣсь встрѣчается еще третій родъ элементовъ, несвойственныхъ нормальному послѣду (fig. 3); они, слѣдовательно, составляютъ какъ-бы особенность новообразованія. Такимъ образомъ, кромѣ синцитіальныхъ массъ и элементовъ Langhans'ова слоя, въ гнѣздахъ новообразованія находится множество одноядерныхъ, рѣже двухъядерныхъ клѣтокъ колоссальныхъ размѣровъ съ колоссальнымъ же ядромъ. Протоплазма ихъ однородна или зерниста; ядро же имѣетъ правильное сѣтчатое строеніе; а иногда совершенно обезображено, неправильной формы и интенсивно окрашивается гематоксилиномъ.

Относительно происхожденія этого рода клѣтокъ не остается сомнѣнія, что онѣ частью производныя syncytium'a, частью же -- элементовъ Langhans'ова слоя. Явленіе отщепленія одноядерныхъ клѣтокъ отъ syncytium'a я имѣла уже возможность наблюдать при изученіи нормальнаго послѣда ⁵⁾.

⁴⁾ Къ вопросу о возникновеніи межворсчататаго пространства въ послѣдѣ Журн. Акуш. и Жен. бол., 96, ноябрь.

⁵⁾ Журналъ Акушер. и Женск. болѣзней, Ноябрь, 1896 г.

Въ одномъ изслѣдованномъ мною случаѣ *mole hydatitosa* можно было убѣдиться, что при перерожденіи ворсинки, какъ syncytium, такъ и элементы клѣточного слоя Langhans'a, могутъ въ одинаковой степени служить источникомъ происхожденія одноядерныхъ гигантовъ.

Такимъ образомъ и въ патологическихъ случаяхъ мы находимъ новое подтвержденіе предположенія о генетическомъ тождествѣ syncytium'a и элементовъ Langhans'ова слоя.

Одноядерные гиганты инфильтрируютъ окружающую гнѣзда мышечную ткань, раздвигая мышечныя клѣтки. Въѣдрныя гигантовъ въ мышцы сопровождается явленіями раздраженія послѣднихъ, которое выражается въ значительной инфильтраціи ихъ грануляціонными шариками. Впрочемъ, кромѣ одноядерныхъ клѣтокъ между мышечными волокнами встрѣчаются также и многоядерныя образованія.

Въ просвѣтѣ сосудовъ также можно видѣть всѣ описанные виды элементовъ.

Въ мѣстахъ особенно многочисленной инфильтраціи мышечной стѣнки этими элементами наблюдается умираніе и гибель этой стѣнки также какъ и самыхъ клѣтокъ новообразованія. Этотъ процессъ обоюдной гибели выражается тѣмъ, что какъ мышечныя волокна, такъ и элементы новообразованія, утрачиваютъ свои контуры и перестаютъ воспринимать красящія вещества.

Если присоединить сюда разрушеніе ткани, благодаря многочисленнымъ кровоизліяніямъ, являющимся вслѣдствіе разрыва стѣнокъ материнскихъ сосудовъ элементами новообразованія, то становится вполне понятнымъ присутствіе здѣсь большого количества некротическихъ гнѣздъ.

Что же касается до тѣхъ некротическихъ массъ, которыя встрѣчаются въ большихъ гнѣздахъ новообразованія, то появленіе ихъ находитъ себѣ полное объясненіе въ нарушеніи и разстройствѣ питанія.

Такимъ образомъ, со стороны морфологическаго строенія элементы новообразованія вполне тождественны своимъ родичамъ — элементамъ ворсинчатого покрова въ нормальномъ послѣдѣ съ тою лишь разницей, что здѣсь они выдѣляютъ новый морфологическій элементъ, отличающійся въ вѣкоторой

етенности етъ своихъ производителей—одноядерные гиганты. Что же касается взаимнаго отношенія ихъ необычайной продуктивной дѣятельности, отношенія къ сосудамъ и содержимому ихъ,—то оно тоже, что и въ нормальномъ послѣдѣ.

Наконецъ, разрушительное дѣйствіе ихъ на почвенную ткань, которое съ особенною интенсивностью проявляется въ моментъ образованія межворсинчататаго пространства,—сохраняется здѣсь во всей силѣ и неумолимо ведетъ къ разрушенію питающей ихъ ткани, сопровождаясь въ концѣ концовъ собственною ихъ гибелью.

Слѣдовательно, микроскопическая картина вполне соответствуетъ тому, что было видно простымъ глазомъ при осмотрѣ новообразованія: мышечная стѣнка постепенно разрушается, истончается, какъ-бы таетъ, и на препаратахъ, взятыхъ въ области узла, видимаго на передней стѣнкѣ у дна—гнѣзда новообразованія лежатъ близко къ *serosѣ* и послѣдняя готова вскрыться.

Стѣнка матки, захваченная процессомъ, подъ микроскопомъ представляетъ измѣненія, обуславливаемыя предшествующимъ выкабливаніемъ. Такъ, напр., на нѣкоторыхъ препаратахъ мышечная стѣнка совершенно обнажена, на другихъ—на ней сохранились лишь остатки слизистой. Поверхностные отдѣлы послѣдней, обращенные въ полость,—имѣютъ видъ разрушенныхъ массъ; глубже, ближе къ мышечной стѣнкѣ, гдѣ они сохранились хорошо, замѣтны явленія гинереміи и гинеризаціи: много расширенныхъ и наполненныхъ кровью сосудовъ, расширенныя железы и въ значительной степени инфильтрированная межжелезистая ткань.

Не входя здѣсь въ подробную критическую оцѣнку существующихъ мнѣній,—на основаніи собственныхъ картинъ могу присоединиться и даже считать доказаннымъ мнѣніе *Marchand* и другихъ, которые считаютъ изкровъ ворсинки хоріона единственнымъ источникомъ происхожденія новообразованія.

Прежнее предположеніе, благодаря которому новообразование получило названіе *decidualis malignum*, именно, что оно можетъ развиваться изъ децидуальныхъ клѣтокъ, какъ показываетъ ближайшее знакомство съ нормальной гистологіей послѣда, должно быть совершенно оставлено, а поэтому и терминъ *decid-*

«*oma malignum*, въ томъ смыслѣ, который придавали ему прежніе авторы, нуждается въ замѣнѣ другимъ.

Къ сожалѣнію, уже самый фактъ существованія различныхъ названій для этой опухоли, предлагаемыхъ различными авторами: *deciduoma malignum*, *chorioma malignum*, *syntytioma*, *sarcoma deciduocellulare*, *sarcoma der chorionzotten*, *carcinoma syncytiale* и т. д., показываютъ, какъ трудно въ настоящее время предложить названіе, которое бы основывалось на анатомическомъ строеніи новообразованія въ связи съ его генезисомъ.

Это затрудненіе происходитъ отъ того, что изслѣдователи послѣда еще не пришли къ окончательному заключенію относительно истинной натуры обоего рода слоевъ, одѣвающихъ ворсинку.

Во всякомъ случаѣ большинство изслѣдователей склоны разсматривать клѣточный слой *Langhans'a*, какъ производное эктодермы.

Изъ новѣйшихъ авторовъ, одинъ лишь *Franquē* готовъ принять ранѣе высказанное мнѣніе (*Turner, Heinz*), что этотъ слой соединительно-тканной натуры и происходитъ изъ стромы ворсинъ.

Но если и въ этомъ вопросѣ мнѣнія еще расходятся, то можно себѣ представить, насколько спорнымъ является происхожденіе *syncytium'a*.

Еще недавно господствовавшее мнѣніе о происхожденіи *syncytium'a* изъ материнскаго эпителия, высказанное и поддерживаемое *Langhans'омъ* и его учениками, начинаетъ послѣднее время колебаться.

Изъ новѣйшихъ работъ, кромѣ моей, вышедшей въ 1895 г., въ работахъ *Apfelstedt'a* и *Aschoffa*, *Webster'a*, *Franquē*, *Freud'a*, напечатанныя въ 1896 г., высказываются сомнѣнія на счетъ такого происхожденія; изъ нихъ всѣ, за исключеніемъ *Freud'a*, который думаетъ, что *syncytium* развивается изъ эндотелія материнскихъ сосудовъ, склоны скорѣе приписать ему плодовое происхожденіе.

Очевидно, что окончательное заключеніе по этому вопросу слѣдуетъ ожидать со стороны эмбриологовъ. А пока, слѣдовательно, всякое новое названіе для данного новообразованія,

какъ не имѣющее строгаго научнаго основанія, можно считать только излишнимъ балластомъ.

Старое названіе *deciduoma malignum*, какъ уже приобрѣвшее въ литературѣ право гражданства, можно было бы, пожалуй, пока сохранить, но лишь въ томъ смыслѣ, что это новообразование развивается изъ такъ называемой *decidua foetalis*, — самаго поверхностнаго слоя *serotini*'ы, который происходитъ изъ элементовъ ворсинчатого покрова.

Въ заключеніи можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Новообразование, описываемое подъ именемъ *deciduoma malignum* и др. состоитъ изъ элементовъ, свойственныхъ покрову ворсинъ въ нормальномъ послѣдѣ—*syncytium*'а и *Langhans*'ова слоя и производнаго ихъ—одноядерныхъ гигантовъ, которые въ нормальномъ послѣдѣ не встрѣчаются.

2) Отношеніе названныхъ элементовъ между собою, къ материнскимъ сосудамъ и къ почвеной ткани тоже, что и въ нормальномъ послѣдѣ.

3) Разрушительная роль ихъ проявляется здѣсь съ особенною интенсивностью.

4) Образование одноядерныхъ гигантовъ изъ *syncytium*'а и элементовъ *Langhans*'ова слоя даетъ новое подтвержденіе моему предположенію о генетическомъ тождествѣ ихъ между собою.

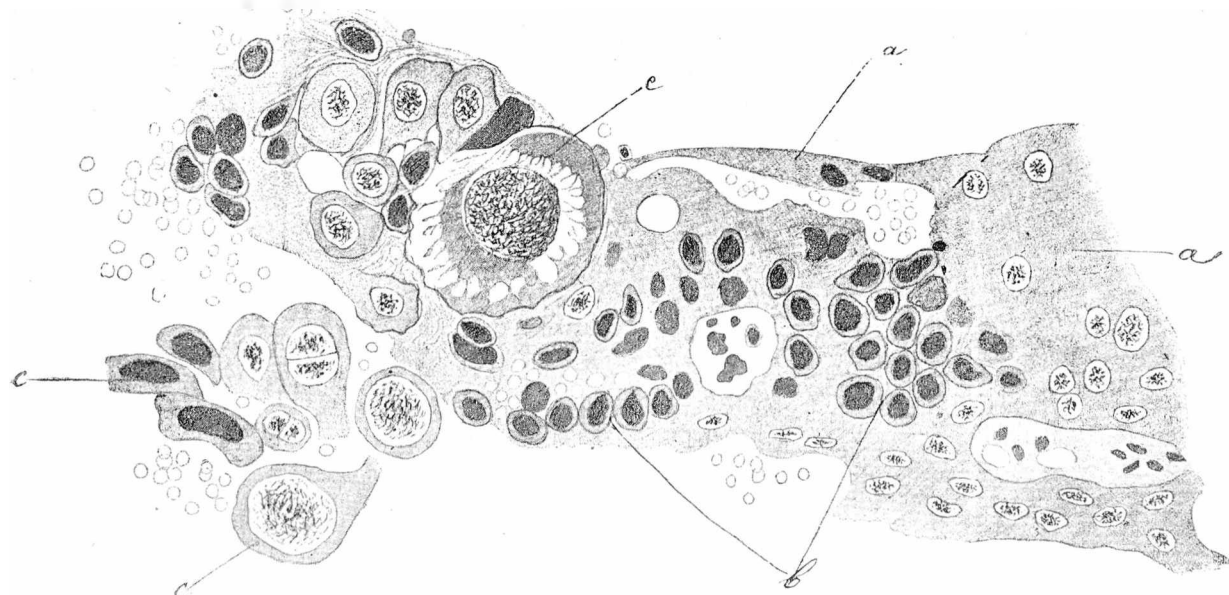
Fig. 2.



Гнёздо новообразования (Zeiss об. А. А. ок. 3).

- а) Воспалительно инфильтрированная мышечная стенка гнёзда.
- б) Элементы новообразования располагаются въ формѣ ворсинъ chorion'a.
- в) Некротическая масса.
- д) Олиогидриные гиганты, инфильтрирующие почвенную ткань (мышцы).

Fig. 3.



Изъ гифада новообразованія (Zeiss об. 100, окул. 3).

a) Синцитіальні маси.

b) Елементи клітинного слою Langhans'a.

c) Одноядерні гіганти.

II.

Къ вопросу о выборѣ между консервативнымъ
кесарскимъ сѣченіемъ и операцией Ротто.

*Консервативное кесарское сѣченіе съ счастливымъ исходомъ
для матери и плода.*

(Изъ Варшавской клиники Акушерства и женскихъ болѣзней проф. Н. В.
Ястребова).

Ординатора клиники А. П. Павлова.

Въ № 31 Centralblatt für Gynäcologie описанъ случай кесарскаго сѣченія по *Ротто* съ счастливымъ исходомъ для матери и плода изъ Московской клиники проф. А. М. Максева. Авторъ этой работы прив. доц. д-ръ *Побѣдинскій*, представивъ очень подробное описаніе анамнеза, состоянія больной, данныхъ измѣренія скелета, беременной матки и таза, хода операціи и въ общихъ словахъ теченія и терапіи послѣродоваго періода, высказалъ по этому поводу нѣсколько положеній.

Не будучи въ состояніи вполне согласиться съ этими положеніями, я позволю себѣ описать случай консервативнаго кесарскаго сѣченія, произведеннаго мною во время послѣднихъ каникулъ въ клиникѣ проф. Н. В. *Ястребова* и высказать свое мнѣніе во 1-хъ, по вопросу затронутому д-ромъ *Побѣдинскимъ* и во 2-хъ, по вопросу о терапіи послѣоперационнаго періода.

7-го іюля сего года, въ 1 часу пополудни, въ клинику была доставлена больная Г. В. въ начальномъ періодѣ родовъ. Г-жа Г.

катотичка, 23 лѣтъ отъ роду, замужемъ одинъ годъ. Начала ходить только на 4 году отъ роду; въ дѣтствѣ болѣла рахитомъ, корью и оспой. Первые крови пришли на 16 году; установился типъ кровей ^{3-4 дни} ~~4-5 дней~~ въ небольшомъ количествѣ, безъ какихъ бы то ни было неправильностей. Последнія крови 18 го сентября 1895 года. Беременность протекала безъ всякихъ осложнений. Родовыя боли начались 6/ix вѣ 2 часа пополуночи. На дому была изслѣдована акушеркою и двумя врачами, которые направили больную въ клинику для искусственнаго родоразрѣшенія. Большая, 150 cm. росту, плохо уштата; мышечная система развита слабо. Костная система носитъ ясные слѣды рахита, четкообразныя возвышенія на хрящевыхъ концахъ реберъ, утолщенія остистыхъ отростковъ позвонковъ, особенно нижнихъ грудныхъ и верхъ поясничныхъ; утолщенія эпифизовъ костей; femora сильно изогнуты кнаружи; tibiae сильно изогнуты вперед; сдвинутыя ноги, до сближенія внутреннихъ краевъ стопъ, не соприкасаются, а образуютъ фигуру продолговатаго О (O-Beine).

На позвоночникъ можно замѣтить слѣдующія неправильности: на мѣстѣ соединенія 12 груднаго и перваго поясничнаго позвонковъ имѣется глубокая впадина, при чемъ остистый отростокъ I поясничнаго сильно выдался впередъ. Ямка подъ послѣднимъ поясничнымъ остистымъ отросткомъ сильно углублена и стоитъ на одномъ уровнѣ съ ямками соответствующими sp. il. super. poster., такъ что ромбъ Michaelis'a превратился въ треугольникъ; крестецъ верхнею своею частью сильно вдвинутъ сзади напередъ.

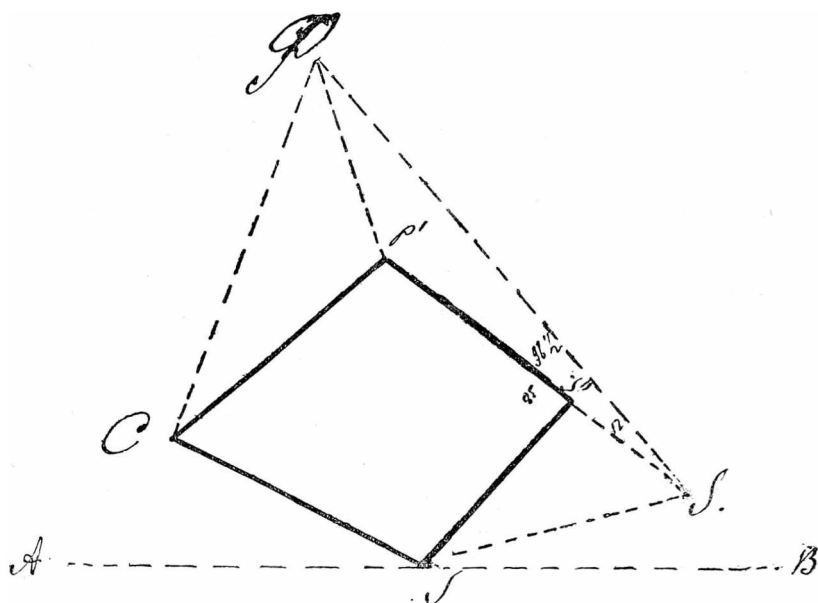
Окружность живота на высотѣ пупка = 90, на 5 cm. выше его = 92, на 5 cm. ниже = 90; отъ лобка до пупка 22 cm.; до мечевиднаго отростка 44 cm. Высота дна матки надъ лобкомъ 40 cm., надъ пупкомъ 18 cm. Дно матки незначительно отклонено вправо и впередъ.

Dist. spin.—spinarum anteriorum = 26,25, dist. crist.—cristarum = 25; conjugata externa = 15 cm. conjugata diagonalis при двойномъ мыскѣ = 8,25 до верхняго и 8 до нижняго; conjugata vera, измѣренная тазомѣромъ проф. Лазаревича, получилась = 6 cm.; высота симфиза 7,5 cm. и толщина его 4 cm. Прямой размѣръ выхода—7,5 cm., поперечный—7 cm. Dist. intertrochanterica 29 cm.; dist. s in-spinarum poster. 6 cm.; diameter obliqu. extern. dexter et sinister 19 cm. Отъ верхняго края симфиза до spina il. ant. super. dext. et sinister. 15 cm.

Помѣщая рисунокъ тазъ больной, полученный по графическому методу изображенія тазовъ, предложенному проф. Н. В. Лестривомъ¹⁾ и описаннымъ также и мною²⁾, я здѣсь же приведу величины угловъ наклоненія къ горизонту различныхъ диаметровъ этого таза, измѣренныхъ при выискѣ больной изъ клиники.

Уголъ наклоненія conjug. externae (на рис. линия PS) = 47°.

Уголъ наклоненія conj. verae (лин. P'S'') = 36° . Уголъ наклоненія прямого выхода (лин. CS') = $25\frac{1}{2}^{\circ}$. Уголъ наклоненія симфиза (лин. SS') = $16\frac{1}{2}^{\circ}$.



P. точка, обол. ямку подъ послѣд. пояснич. позвонкомъ. C. соссух S. верхняя наружн. точка симфиза. S'. нижняя наружн. точка симфиза. P'.—самая выдающ. точка мыса. S'' выдающ. точка на внутр. поверх. симфиза. AB—горизонтальная линія.

P'S'C. плоскость сагитального сѣченія „клиническаго“ таза.

P'S'S'C.—плоскость такого же сѣченія полости таза

Длина нижнихъ конечностей: отъ trochant. major до середины коленный сустава—37 cm.,—до подошвы 75 cm. Длина обѣихъ конечностей одинакова.

При пальпации области беременной матки констатируются энергичныя сокращенія ея; во время релаксациі прощупываются съ правой стороны мелкія части плода, съ лѣвой крупная часть; на этой же сторонѣ на уровнѣ пупка выслушиваются ясно сердечные тоны плода; передняя стѣнка нижняго сегмента матки сильно истончена и выпячена впередъ опережая на верхнемъ краѣ симфиза предлежащую часть.

Наружные половые органы безъ уклоненій отъ нормы. Влагалище разрыхлено; входъ въ него очень узкій. Шейка матки изглажена; наружный зѣвъ пропускаетъ одинъ палецъ; оболочки пузыря цѣлы; высоко надъ входомъ стоитъ головка; sut. sagittalis въ направленіи поперечнаго размѣра входа въ тазъ отклонена къ симфизу; родинки не достигаются.

На основаніи изслѣдованія, нами поставленъ діагнозъ: partus maturus; I-p. strictura pelvis II grad (по Litzmann у); общенерав-

номѣрно суженный плоскій рахитическій тазъ съ двойнымъ мысомъ. Плодъ живъ; лежитъ въ 1 черепномъ положеніи.

При пальпации суженія 2-й степени показаны: перфорация головки или кесарское сѣченіе при желаніи родителей имѣть живой плодъ. Въ нашемъ-же случаѣ, принявъ во вниманіе 1-е, что величина conjug. verae только на $\frac{1}{2}$ см. перешла границу величины суженія 1-й степени, 2-е, что тазъ со всеми признаками рахитическаго и 3-е, что въ виду только что сказанныхъ причинъ и, особенно, въ виду тонкостѣнности нижняго сегмента матки, извлеченіе даже уменьшеннаго въ объемѣ плода потребуетъ приложенія большой силы и грозитъ разрывомъ матки, а, следовательно, грозитъ опасностью жизни матери при насильственной смерти плода. По нашему крайнему разумѣнію, абсолютно было показано кесарское сѣченіе, тѣмъ болѣе, что на это послѣдовало согласіе мужа и матери болѣеи.

Отъ кесарскаго сѣченія можно было ожидать сохраненія жизни матери почти повѣрное, а сохраненія жизни плода—повѣрное.

Въ тотъ-же день въ 8 ч. 50 м. утра, 19 ч. спустя отъ начала сильныхъ сокращеній матки, подъ хлороформнымъ наркозомъ было приступлено къ операціи кесарскаго сѣченія, которое произведено было мною по общезвѣстному способу *Sänger-Leopold's*. На нижній сегментъ введенной изъ брюшной полости матки жгутъ не накладывался. Въ нашей клиникѣ уже нѣсколько лѣтъ при подобныхъ операціяхъ нижній отрезокъ матки сдавливаютъ одной или обѣими руками одинъ изъ ассистентовъ, а жгутъ вовсе не употребляется. О преимуществахъ употребляемаго нами способа будетъ сказано ниже.

Передъ проведеніемъ разрѣза матки было обращено мною вниманіе на признакъ *Leopold's* II. (при коагеренціи яйцеводовъ послѣдъ прикрѣпляется на передней стѣнкѣ матки, при параллельномъ ихъ направленіи—на задней) при чемъ, послѣ разрѣза, вполне оправдалось предположенное по этому признаку прикрѣпленіе послѣда къ передней стѣнкѣ матки.

При вскрытіи полости матки, мною было обращено вниманіе на то, чтобы разрѣзъ не переходилъ черезъ кольцо сокращенія, на что впервые было указано проф. *Ястребовымъ*.

Послѣ разрѣза матки, отслоенія рукою послѣда и разрыва оболочекъ пузыря, плодъ былъ извлеченъ за ягодицы живымъ; онъ сейчасъ началъ кричать. Слизистая оболочка матки прижжена 5% растворомъ *acid. carbolic.*

Рана матки закрыта шелковымъ двухэтажнымъ узловатымъ швомъ; никакого туалета брюшной полости не было сдѣлано, такъ какъ съ успѣхомъ были приняты мѣры, чтобы туда никакой жидкости не попало. Изъ жидкостей примѣнялась исключительно стерилизованная дестиллированная вода. Ватные тампоны, облитые въ марлю, вынимались изъ горячей воды, въ которой они до этого кипятились. Инструменты вынимались изъ 3% карболоваго раствора и ополаскивались передъ употребленіемъ въ асо-

лотною спиртъ; тоже самое продолжалось и съ шелкомъ. При этой операциі спиртъ вообще имѣлъ большое примѣненіе: имъ, послѣ тщательнаго примѣненія мыльной воды, раствора сулемы и эфира, вытирались брюшныя стѣнки оперируемой; руки оператора и ассистентовъ сильно вытирались щетками, обильно смоченными абсолютнымъ алкоголемъ. Рана брюшныхъ стѣнокъ закрыта 11 глубокими и 8 поверхностными швами. Операциа закончена наложеніемъ обычной повязки черезъ 1 ч. 10' послѣ начала.

Хлороформенный наркозъ продолжался 1 ч. 25', при чемъ израсходовано 25,0 хлороформа.

Во время наркоза пульсъ больной былъ очень частый и слабый.

Извлеченный плодъ женскаго пола, 2680 grm. весомъ, 49 cm. длиною; прямая окружность головки 32 cm., косая 35,5; размѣры головки: прямой 10,5, б. косой 12,25, м. косой 9,5, б. поперечный 8,5, малый поперечный 7,5. Окружность плечиковъ 34, поперечный размѣръ плечиковъ 11 cm; грудной размѣръ 8 cm.

Большая вскорѣ послѣ окончанія операциі пришла въ себя и ни на что не жаловалась. Въ виду слабости пульса былъ предложенъ больной въ небольшой дозѣ коньякъ; жажда и позывы къ рвотѣ уменьшались отъ пріемовъ маленькихъ кусочковъ льду. Теченіе болѣзни безлихорадочное: самая высокая t^0 (37,8°) была въ день операциі, затѣмъ уже съ 5-го дня утрення t^0 36,8 и вечерня не выше 37°5 установились на все остальное время. Пульсъ доходившій въ 1-й день до 120 ударовъ въ 1', на 4-й день уменьшился до нормальнаго числа. Къ вечеру 1-го дня больная начала жаловаться на боль въ правой подвздошной и надчревной областяхъ; на 2-ой день жалобы тѣже; тошнота и рвота послѣ пріемовъ вина; небольшая отрыжка. На 3-й день жалобы тѣже, вздутіе живота въ надчревной области значительное; болѣзненность живота небольшая; рвота нѣсколько разъ; къ вечеру повторилась нѣсколько разъ икота; отходятъ газы: послѣ ихъ отхожденія боли успокаиваются. Больная спитъ хорошо. Жажда небольшая. Языкъ необложенъ, влажный.

На 4-ые сутки икота рѣже, вздутіе живота меньше. Epigastrium болѣе податливо; болѣзненность живота незначительная; отхожденіе газовъ почти прекратилось. Самочувствіе хорошее; на 5-й день вечеромъ, послѣ клистировъ, было 2 обильныхъ испраженія. Послѣ этого всѣ болѣзненные явленія прошли. На 6-й день животъ совершенно впалый, повязка, вслѣдствіе этого, сдѣлалась свободною, и пришлось ее перебинтовать. Рана зажила первымъ натяженіемъ; вокругъ одного изъ нижнихъ глубокихъ швовъ—краснота,—это мѣсто смазано іодной настойкою. Затѣмъ выздоровленіе пошло быстрыми шагами. Стулъ ежедневно послѣ клистира; первый самопроизвольный стулъ на 13 день. На 9-й день сняты 5 глубокихъ и 4 поверхностныхъ шва, на 11-й день сняты остальные. Prima intentio на всемъ протяженіи раны; получился рубецъ шириною въ $1\frac{1}{2}$ до 2 mm., длиною въ 16 cm; нижній конецъ отстоятъ отъ лобка на 4 cm., верхній же отъ мечевид-

наго отростка на 10 см. На 19 день больной позволено съестъ; на 22 й день больная стала ходить, и на 26-й день, послѣ ванны, была выписана совершенно здоровою. Матка, при изслѣдованіи, оказалась нѣсколько увеличенною in anteversione; изъ матки выдѣленія безъ запаха бѣловатаго цвѣта; своды и parametria свободны, нечувствительны. Кишечникъ и мочевой пузырь функционируютъ правильно. Ребенокъ который былъ отданъ отцу для прокормленія, по имѣющимся свѣдѣніямъ, до сихъ поръ живъ и здоровъ. Однимъ словомъ, мать и дитя выписаны изъ клиники послѣ кесарева сѣченія въ полномъ здоровьи.

Терапія въ первые дни состояла въ прикладываніи пузыря со льдомъ на область раны, и назначеніи кусочковъ льда внутрь; вино, холодный чай и бульонъ ограничены до minimum'a: такъ что можно сказать, что первые два дня больная ничего не кушала. Несомнѣнно, что лучше всего дать подобнымъ больнымъ бульонъ и вино per rectum, какъ это дѣлалось и въ случаѣ, описанномъ д-ромъ *Нобдинскимъ*.

Въ нашемъ случаѣ, хотя больная принимала минимальныя дозы жидкостей внутрь первые два дня, на третій день уже ясно выступили явленія gastroplegiae и atoniae intestinorum.

На это указывало вздутіе in epigastrio, отрыжка, рвота отъ малѣйшихъ количествъ жидкостей, икота, вздутіе кишекъ. Въ это время рационально было-бы дать больной слабительное внутрь. Но имѣя въ виду, что при такомъ состояніи кишекъ нужно давать большія дозы слабительнаго, что при растянутыхъ брюшныхъ стѣнкахъ и при напорѣ приведенныхъ въ сильное движеніе кишекъ на свѣжія склейки на краяхъ раны возможно расхожденіе краевъ раны и выходеніе кишекъ наружу—я знаю два случая выходенія кишекъ при дефекаціи черезъ разошедшіеся края раны, послѣ лапаротоміи, въ одномъ—на 7-й день, во второмъ—чуть-ли не на третьей недѣлѣ,—повторяю, въ виду этихъ соображеній я никогда не рискнулъ бы дать больной на 3-й день слабительное внутрь. Въѣдъ однимъ изъ главныхъ условій заживленія раны есть покой этого мѣста. Между тѣмъ одинаково хорошіе результаты, но за то безъ риска, даютъ клистиры изъ теплой воды, или мыльные, или, наконецъ, масляные. Но дѣйствія этихъ клистировъ иногда приходится выжидать по цѣлымъ суткамъ.

Для того, чтобы клистиръ подѣйствовалъ скоро, я рекомендую испытанный мною въ этомъ случаѣ способъ: in rectum

вводится через каждыя 3—5 минутъ не болѣе одного или полутора стакановъ тепловатой воды за разъ до дѣйствія. Эффектъ получается поразительный и скорый.

Въ нашемъ случаѣ масляная клизма не подѣйствовала цѣлый день; послѣ же ряда небольшихъ клизмъ, кажется, послѣ пятого стакана, получилось одво очень обильное испражненіе, а затѣмъ вскорѣ и другое; при обоихъ выходило много газовъ; испражненія происходили безболѣзненно, безъ всякой натуги со стороны больной. Животъ сейчасъ же значительно уменьшился въ объемѣ; всѣ болѣзненные явленія (боль подъ ложечкой, тошнота, рвота, икота), дѣйствительно, какъ рукой сняло.

Они, конечно, зависѣли отъ временной недѣятельности нервовъ и нервныхъ центровъ, заложенныхъ въ желудочно-кишечномъ каналѣ. Ихъ надо, конечно, возбуждать, но легкими средствами исподоволь. Нѣкоторые предлагаютъ при *gastroplegia*—промываніе желудка. Но въ равныхъ стадіяхъ послѣ операціоннаго періода вызываемая первымъ введеніемъ желудочнаго зонда сильная рвота или позывы на рвоту могутъ имѣть послѣдствіемъ тоже расхожденіе краевъ раны. Перечисленные болѣзненные явленія могли напоминать картину воспаленія брюшины, присоединивъ къ нимъ еще общія явленія со стороны всего организма, t^0 , пульса. Поэтому, нужно строго различать *gastroplegiam et atoniam intestin.* отъ перитонита.

Бѣды, въ томъ и другомъ случаяхъ, прогнозъ и терапія совершенно различны. Какъ въ первомъ случаѣ не слѣдуетъ бояться за жизнь больной, такъ какъ опасность устраняется невинными средствами, такъ во второмъ не слѣдуетъ опускать рукъ. Почему то на теченіе болѣзни послѣ лапаротоміи, тѣмъ болѣе послѣ кесарскаго сѣченія, смотрятъ «*nihilistisch und fatalistisch*», какъ выразился *prof. Fritsch* ⁴⁾.

Почему то вообще смотрѣли до послѣдняго времени на послѣопераціонное теченіе болѣзни, какъ на «*noni me tangere*». Да и не мудрено: до послѣдняго времени, да и въ наше время въ учебникахъ, въ отдѣльныхъ сообщеніяхъ, распространяются очень много о показаніяхъ къ лапаротоміи, о приготовленіи больной, о technikѣ операціи и о всемъ прочемъ, тогда какъ о послѣопераціонной терапіи или ничего не говорится, или упоминается мимоходомъ очень немногое. Особенно громадный

проблѣ существуетъ въ этомъ отношеніи при описаніяхъ случаевъ кесарскаго сѣченія, подводи. почему-то, ихъ подъ общій типъ лапаротомій. Между тѣмъ мы еще слишкомъ далеки отъ идеала, чтобы всѣ случаи кесарскаго сѣченія производились въ условіяхъ другихъ лапаротомій. Но большей частью приходится врачу оперировать больную сейчасъ, послѣ того какъ онъ ее изслѣдовалъ; ему нѣтъ возможности предохранить ее отъ послѣдствій тряснаго изслѣдованія виѣ клиники (напр., акушерки) и произвести надежную дезинфекцію половыхъ органовъ, нѣтъ, наконецъ, возможности подлежащимъ образомъ очистить кишечникъ. Съ разнообразными послѣдствіями этихъ невольныхъ, но очень важныхъ упущеній, приходится имѣть дѣло въ послѣоперационномъ періодѣ.

Между тѣмъ мѣры борьбы съ этими явленіями не разработаны. Каждый врачъ борется въ одиночку или вовсе не становится бороться, успокаивая себя тѣмъ, что, какъ не властенъ онъ былъ, устранить причины предрасполагающія, такъ и не властенъ устранить ихъ послѣдствій. (Къ счастью, я, можетъ быть, сильно ошибаюсь, но мнѣ всегда казалось, читая описанія лапаротомій и ихъ исходовъ, что въ то время, когда послѣ обыкновенныхъ лапаротомій перитонитъ является въ глазахъ оператора чѣмъ то ужаснымъ, тотъ же операторъ мирится довольно легко съ перитонитомъ въ послѣ кесарскомъ періодѣ). Къ счастью же, въ послѣднее время указанный мною пробѣлъ по немногу заповняется. На первомъ планѣ въ этомъ отношеніи долженъ быть поставленъ трудъ проф. *Fritsch'a* ⁴, но и въ немъ въ главѣ объ уходѣ въ послѣ кесарскомъ періодѣ напечатано всего 12 строчекъ, между тѣмъ какъ главѣ объ уходѣ за больными послѣ лапаротомій посвящено 6 печатныхъ страницъ. Конечно, многое изъ указанного всецѣло примѣнимо къ уходу за больными послѣ кесарскаго сѣченія, но, вѣстакъ, нѣтъ отвѣтовъ на нѣкоторые вопросы, которые могутъ только являться спеціально послѣ кесарскаго сѣченія. Эти вопросы, мнѣ кажется, настолько общезвѣстны, что считаю лишнимъ ихъ перечислять. И то слишкомъ распространился по поводу этого вопроса, но я это сдѣлалъ, имѣя въ виду указать важный пробѣлъ въ оперативномъ акушерствѣ съ тѣмъ, что бы кто нибудь, ра-

сполагающій большимъ соотвѣтственнымъ матеріаломъ, взять на себя трудъ обстоятельно разработать и освѣтить всѣ могущіе встрѣтиться спеціальные вопросы по поводу ухода за больными въ послѣ кесарскомъ періодѣ.

Въ заключеніе и позволю себѣ сказать нѣсколько словъ по поводу положеній д-ра *Нобьдинскаго* и высказать своя.

1) При ясно выраженномъ рахитѣ съ низко стоящимъ мысомъ для абсолютнаго показанія къ кесарскому сѣченію слѣдуетъ расширить границы суженія таза до 6 см. Но это слѣдуетъ дѣлать только въ соотвѣтственно устроенныхъ родильныхъ домахъ, такъ какъ въ нихъ устроено все такъ, что опасность отъ кесарскаго сѣченія въ крайнемъ случаѣ не больше, чѣмъ отъ трудной перфорациі.

Въ этомъ отношеніи нельзя не согласиться съ проф. *Fritsch*’емъ, который говоритъ, что иногда то, что въ клиникѣ является абсолютнымъ показаніемъ къ кесарскому сѣченію, въ частной практикѣ, при несоотвѣтственной обстановкѣ, будетъ и, прибавлю я, должно быть относительнымъ и должно быть замѣнено эмбриотоміей или перфорацией, хотя бы и живаго плода.

2) При абсолютномъ или почти абсолютномъ показаніи къ кесарскому сѣченію выборъ между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операцией *Porro* не должно ставить въ зависимость отъ нежеланія больной подвергаться вторичному кесарскому сѣченію. Какъ консервативное кесарское сѣченіе, такъ и операциа *Porro*, могутъ давать одинаково хорошіе результаты, относительно сохраненія жизни больной но для того, чтобы рѣшиться удалить такіе важные для индивидуальной жизни женщины органы, какъ матка и яичники, необходимо имѣть прочныя научныя основанія. *Fritsch* по этому поводу говоритъ: «kann man ein so wichtiges Organ, wie den Uterus sammt den Ovarien erhalten, so muss dies selbstverständlich geschehen.»

Кто руководствуется только страхомъ больной передъ вторичнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и ампутируетъ матку, тотъ, по моему, при относительномъ показаніи не долженъ дѣлать и въ первый разъ кесарскаго сѣченія, такъ какъ оно, вѣдь, ни безопаснѣе вторичнаго, а, съ другой стороны, нѣтъ ника-

кихъ давныхъ предполагать что ребенокъ навѣрно останется въ живыхъ и будетъ жить долгіе годы. И вотъ, положимъ, ребенокъ, извлеченный посредствомъ кесарскаго сѣченія, вскорѣ умираетъ; мать горячо желаетъ имѣть потомство; между тѣмъ она, находясь подъ влияніемъ страха передъ операциею, при помощи услужливаго врача, сожгла за собою корабли; между тѣмъ она, видя примѣры благопріятнаго исхода кесарскаго сѣченія на себѣ самой, инстинктивно будетъ сознавать, что, оставаясь женщиной и рѣшившись на повторныя операции, она могла бы имѣть потомство въ лицѣ второго, а можетъ быть, и третьяго ребенка.

Гнетущая вѣчная мысль, что она уже не женщина, а подчасть и семейный по поводу непріятности, разстроенное здоровье служить ей воздаяніемъ за ея малодушіе въ исполненіи ея прямого назначенія—рождать дѣтей и быть матерью.

Въ виду всего этого, если есть хотя малѣйшая возможность, врачъ долженъ оставить больной все шансы быть матерью живаго ребенка и въ будущемъ, когда ей это будетъ необходимо. Къ тому же, вѣдь, даже при абсолютно узкихъ тазахъ нѣтъ никакой необходимости доводить беременность до конца и всякій разъ до кесарскаго сѣченія: можно ее, съ полною безопасностью для жизни беременной, прерывать—это будетъ законно и научно.

Если же, почему либо беременность необходимо довести до конца, то больная уже хорошо ознакомленная съ своимъ положеніемъ, обратится къ врачу заранѣе. Врачъ же будетъ имѣть возможность поставить больную въ условія обычныхъ лапаротомій и тѣмъ уменьшить значительно опасность повторнаго кесарева сѣченія, сравнительно съ первымъ, которое, какъ я сказалъ выше, по большей части приходится дѣлать экстремно.

Въ виду сказаннаго, вполне соглашаясь, съ д-ромъ *Побдинскимъ* и съ цитированнымъ имъ мнѣніемъ проф. *Феноменова*, что такая (съ узкимъ тазомъ) женщина не способна къ дѣтороженію какъ передъ операциею, точно также и послѣ ампутаціи матки, мы утверждаемъ, что женщина даже съ абсолютно узкимъ тазомъ, все таки, способна къ забеременѣванію и вынашиванію плода и что для лишенія ея этой способности

не достаточно имѣть только наличность узкаго таза, а нужно руководствоваться строго научными показаніями къ операциі *Porro*, которыя приблизительно слѣдующія.

Операциа *Porro* показана:

а) при сильно развитомъ эндометритѣ, чтобы удалить источникъ заразы;

б) при сильно измѣненной мускулатурѣ матки, при опухоляхъ ея, разрывахъ и т. п., когда ея удаленіе показано и внѣ беременности;

в) при абсолютной, вслѣдствіе тѣхъ или другихъ причинъ, атоніи матки, обнаруженной во время производства операциі даже послѣ закрытія маточной раны;

г) у идиотовъ, кретинокъ, какъ это дѣлаетъ *Fritsch*, по вполне понятнымъ причинамъ. Къ этимъ общеизвѣстнымъ показаніямъ слѣдовало бы прибавить еще;

д) у женщинъ съ явнымъ предрасположеніемъ къ наследственной передачѣ ребенку такихъ болѣзней, какъ сифилисъ и бугорчатка и

е) у женщинъ, которыя страдаютъ неизлѣчными болѣзнями, которыя хотя и не передаются наследственно, но при новой беременности могутъ оказаться гибельными для больной; напр., *asthma*, *vitium cordis* и т. п., и даже психозъ, проявившійся во время беременности.

Не надо забывать также, что послѣ операциі *Porro* гораздо чаще наблюдается *Chlors*, чѣмъ послѣ кесарскаго сѣченія.

3) Проф. Н. В. *Ястребовъ* уже нѣсколько лѣтъ при операциі кесарскаго сѣченія не примѣняетъ жгута: его дѣйствіе замѣняетъ ассистентъ, обхватывающій руками нижній сегментъ матки въ продолженіи всей операциі, какъ до извлеченія плода, такъ и послѣ него. Замѣна эта мотивируется не столько происходящей отъ примѣненія жгута асфиксіей плода, какъ объ этомъ упоминаетъ д-ръ *Нобьдинскій*, сколько главнымъ образомъ, тѣмъ, что при этомъ способѣ съ одной стороны, при не вполне задержанномъ кровообращеніи, достигается довольно полная остановка кровотока, съ другой стороны не происходитъ вслѣдствіе этого ischemia органа на довольно продолжительное время, какъ это бываетъ при наложеніи жгута.

Послѣдствіемъ же исхемиі является потеря сократительности мускулатуры, атонія матки, кровотеченіе изъ матки, чего мы въ нашей клиникѣ ни разу не наблюдали. Въ предупрежденіи послѣдовательнаго кровотеченія заключается главная пѣль замѣны жгута руками, не смотря на всю тягость ея для ассистента.

4) Въ сообщеніяхъ о случаяхъ кесарскаго сѣченія или операціи *Цорро* слѣдовало бы основательно разрабатывать описаніе послѣоперационнаго періода и терапіи его, особенно въ случаяхъ со смертельнымъ исходомъ, выясняя насколько это возможно, причины такого исхода, указывая средства борьбы съ болѣзью, сознаваясь откровенно въ вольныхъ и невольныхъ ошибкахъ, если таковыя были, съ тѣмъ, чтобы учащихся читателей учить, и даже ошибками учить, а не поражать ихъ количествомъ и качествомъ сдѣланныхъ операцій.

Здѣсь да будетъ мнѣ позволено принести мою искреннюю благодарность многоуважаемому моему учителю, проф. *Н. В. Ястребоу* за подготовку меня къ самостоятельной дѣятельности даже въ такихъ серьезныхъ случаяхъ, какимъ является для меня, начинающаго акушера, описанный мною.

Л И Т Е Р А Т У Р А:

1) Проф. *И. В. Ястребовъ*. Курсъ акушерства; выпускъ I. Анатомія. Варшава, 1896 г.

2) Д-ръ *А. И. Павловъ*. Измѣненіе наклоненія таза подѣ влияніемъ родовъ и послѣ родового періода. Сборникъ работъ по Акушерству и женскимъ болѣзнямъ, посвященный проф. *К. Ф. Славянскому* въ 25-лѣтіе врачебно учебной дѣятельности. С.-Петербургъ 1894 г.

3) Проф. *И. В. Ястребовъ*. О консервативномъ кесарскомъ сѣченіи. Журн. Акуш. и Жен. болѣз. № 9 (сентябрь) 1891 г.

4) Prof. *Heinrich Frisch*. Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 189^{1/2}, Berlin 1893.

III.

Ulcus rotundum vaginae simplex *).

(Изъ Обуховской Женской Больницы).

Д-ра В. Г. Беймапа.

Какъ первичныя новообразованія, такъ и язвы влагалища встрѣчаются очень рѣдко. Между послѣдними наблюдается форма, названная *Zahn'омъ* ¹⁾ по ея сходству съ круглой язвой желудка *Ulcus rotundum simplex vaginae*. Ввиду того, что она до сихъ поръ еще очень мало извѣстна, я позволю себѣ сообщить подобный случай.

Наша больная 64 лѣтъ отъ роду, вдова, рожавшая 2 раза поступила въ гинекологическое отдѣленіе Обуховской больницы съ жалобами на тѣдкія боли. Выпаденіемъ рукава никогда не страдала, лессарія не носила.

Довольно тучная больная правильно сложена безъ замѣтныхъ измѣненій внутреннихъ органовъ кромѣ нерѣзко выраженного артеріосклероза. Вокругъ наружныхъ половыхъ частей краснота, распространяющаяся и по внутренней поверхности бедеръ. Изъ рукава выдѣляются жидко-гнойныя бѣлыя. Рукавъ сравнительно широкъ, влагалищная часть не увеличена. Матка подвижна, тѣло не увеличено, придатки безъ измѣненій. При

*) Сообщено въ С.-Петербургскомъ Акушерскомъ Обществѣ съ демонстраціей микроскопическаго препарата 14 ноября 1896 г.

¹⁾ *Virchow's. Archiv* Bd. 95, pag 368 и Bd. 115, pag 67.

помощи желобоватыхъ зеркаль обнажена въ заднемъ сводѣ рукава немного правѣ средней линіи язва, часть которой заходить и на заднюю стѣнку влагалищной части Величина язвы въ трехъ-копѣечную монету. Форма не совсѣмъ правильная, но кругловатая. Язва имѣетъ красное дно, покрытое только незначительнымъ количествомъ желтоватаго детрита. Края язвы рѣзки, дно ея находится только немного ниже окружающей слизистой рукава. На ощупь язва гладка, почему она трудно ощущивается пальцемъ.

Послѣ впрыскиванія 0.05 *Cocaini muriat.* язва была вырѣзана и рана линейно зашита узловатыми швами. Черезъ 7 дней послѣ операціи при снятіи швовъ оказалось, что края раны разошлись. Въ послѣдствіи рана стала заживляться *per secundam*. Бѣли прекратились и больная чувствовала себя настолько здоровой, что выписалась изъ больницы не дождавшись окончательнаго излѣченія.

Вырѣзанная язва была фиксирована въ алкоголь. Срѣзы изъ кусковъ, заключенныхъ въ целлоидинъ и окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ показали слѣдующую картину. Слизистая рукава, окружающая язву безъ измѣненій. Много-слойный хорошо развитый эпителий рѣзко прекращается на границѣ язвы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчается на той-же границѣ внезапное утонченіе эпителиальнаго покрова, который еще на извѣстномъ протяженіи покрываетъ язву въ видѣ тонкаго уже некротическаго слоя. Сама язва состоитъ изъ ткани очень богатой мелкими круглыми клѣтками съ хорошо окрашивающимися крупными ядрами. Между этими клѣтками замѣчается въ небольшомъ количествѣ нѣжная молодая волокнистая ткань. Сосудовъ и капилляровъ здѣсь сравнительно мало. Верхніе слои описанной ткани, похожей на гравиолиціонную, мѣстами пропитаны кровянымъ пигментомъ, мѣстами разрушены кровоизліяніями и некротизированы. На нѣкоторыхъ срѣзахъ видно, что тонкій слой крови покрываетъ и окружность язвы. Сосуды въ толщѣ вырѣзанной стѣпки рукава представляютъ вездѣ картину *Endarteritis*. *Intima* сосудовъ отъ 3—5 разъ толще нормальнаго вследствие обильнаго развитія соединительной ткани, состоящей главнымъ образомъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ. Хотя мнѣ и не удалось найти

сосудовъ съ облитерацией просвѣта, все-таки можно сказать, что онѣ во многихъ мѣстахъ крайне сужены. Характерныя поперечныя разрѣзы нѣкоторыхъ сосудовъ, просвѣтъ которыхъ представляется въ видѣ полулуны или щели, вслѣдствіе неравно-мѣрно сильнаго развитія соединительной ткани въ сосудѣ. Въ одномъ мѣстѣ уже въ области границы язвы видно въ толщѣ слизистой стѣнки сравнительно большое количество поперечныхъ разрѣзовъ очень тонкостѣнныхъ сосудовъ, набитыхъ кровяными шариками. Между ними попадаются неправильной формы полости, тоже наполненныя красными шариками. Эти полости имѣютъ очень тонкія стѣнки, состоящія мѣстами изъ одного эндотелиального слоя мѣстами кромѣ того изъ одного или нѣсколькихъ слоевъ веретенообразныхъ клетокъ. Это повидному крайне растянутые капилляры и маленькія вены. Имѣютъ ли они отношеніе къ происхожденію язвы, отъ которой они отстоятъ на извѣстномъ разстояніи, я не смѣю рѣшиться высказаться.

Описанная микроскопическая картина вполне соответствуетъ описаніямъ въ литературѣ круглой язвы рукава. Извѣстны только 8 подобныхъ случаевъ, а въ нашей литературѣ нѣтъ ни одного, такъ что мой является первымъ русскимъ случаемъ. Уже въ первой работѣ Zahn'a высказано предположеніе, что описываемыя язвы происходятъ отъ недостаточнаго питанія вслѣдствіи измѣненій сосудовъ. Въ первомъ случаѣ Zahn'a просвѣтъ артерій, направляющейся къ области язвы, былъ вполне облитерированъ. Во второмъ случаѣ того-же автора наблюдался только эндартеритъ сосудовъ. Мѣстный некрозъ произошелъ послѣ кровоизліянія въ слизистую. Имѣлось нѣсколько язвъ, самый ранній періодъ развитія которыхъ представился въ видѣ буроватыхъ пигментированныхъ пятенъ слизистой рукава. И въ другихъ описанныхъ случаяхъ простой язвы рукава, которые все собраны и составлены въ работѣ Beuttner'a, найдены измѣненія сосудовъ, а у нѣкоторыхъ больныхъ отмѣчены болѣзни сердца (Endocarditis chronica). Въ случаѣ описанномъ Beuttner'омъ ²⁾ нашли кромѣ того при вскрытіи *ulcus rotundum duodeni*. Кромѣ измѣненій въ кровеносной

²⁾ Monatsschrift für Gebh. u. Gyn. 1896 Februar.

системѣ нѣкоторые авторы (*Klebs*) указываютъ на чрезмѣрную кислотность влагалищныхъ и маточныхъ выдѣленій какъ на моментъ благоприятствующій образованію рукавной язвы. Почти все больныя принадлежали къ пожилому возрасту, только у трѣхъ язва наблюдалась при жизни, у остальныхъ найдены случайно при вскрытіи. Иногда не было никакихъ жалобъ, иногда больныя страдали бѣлыми, болѣю внизу и какимъ-то непріятнымъ ощущеніемъ въ половыхъ частяхъ.

Діагнозъ круглой язвы рукава затрудняется ея рѣдкостью. Больше всего она еще похожа на декубитальныя язвы, по этому слѣдуетъ исключить травматическія поврежденія рукава (выпаденіе, пессаріи). Язва помѣщается въ большинствѣ случаевъ на задней стѣнкѣ рукава, она рѣзко ограничена, краснаго или синеватаго цвѣта, безъ замѣтнаго палета. Окружающія язвы ткани не измѣнены.

Въ болѣе сильно выраженныхъ случаяхъ края язвы круто спускаются, дно ея занимаютъ легко кровоточащія грануляціи, покрытыя мѣстами сѣровато-гнойнымъ налетомъ. Въ такихъ случаяхъ (*Skowronski*) при первомъ изслѣдованіи почти нельзя различить круглую язву отъ развивающейся раковой язвы. Наблюдаются и множественныя язвы (*Zahn*³⁾, *Braithwaite*⁴⁾), происходящія изъ кровоизліяній съ послѣдующимъ некрозомъ эпителія, начинающимся изъ центра буроватаго пятна (экхимоза). При сливаніи нѣсколькихъ язвъ получается неправильной формы дефектъ.

Наблюденіе хронически протекающей круглой язвы даетъ возможность исключить новообразованія (*Carcinoma* или *Sarcoma vaginae*), проявляющія всегда характерный для опухоли ростъ. Отъ твердаго шанкра круглая язва отличается отсутствіемъ уплотненія ея дна и краевъ, а мягкій шанкръ характеризуется болѣе острымъ теченіемъ и способностью аутоинкуляціи, слѣдствіемъ которой кромѣ рѣдкаго мягкаго шанкра въ рукавѣ наблюдаются одновременно такіе же язвы и на другихъ мѣстахъ. Впрочемъ придется въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгать къ специфическому лѣченію, результатъ кото-

³⁾ *Virchow's Arch.* Bd 115.

⁴⁾ *Lancet.* July 21. 1894.

раго съ своей стороны говорить въ пользу того или другого предположенія.

Относительно лѣченія круглой язвы слѣдуетъ замѣтить, что оперативное удаленіе ея повидимому не даетъ хорошихъ результатовъ. Въ обоихъ оперированныхъ (нашемъ и *Skowronsk'*аго ⁵⁾) случаяхъ швы, наложенные послѣ излѣченія язвы разошлись.

⁵⁾ Wiener klinische Rundschau. 1895 № 16.

IV.

Къ вопросу о такъ называемой „pseudo—myxoma peritonei“.

Н. I. Рачинскаго.

(Изъ гинекологическаго отдѣленія проф. Д. О. Отта Императорскаго Клиническаго Института *).

Schroder въ одномъ изъ первыхъ изданій своего «руководства къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ», говоря о миксоматозныхъ кистахъ яичниковъ, высказываетъ мнѣнiе, что кисты эти, даже въ большей степени, чѣмъ продыравленные сосочковыя кисты, заразительны для брюшины, которая инфицируется ихъ слизистымъ содержимымъ ¹⁾).

Réan описываетъ случай, въ которомъ онъ предпринялъ чревосѣченiе ради опухоли въ животѣ; по вскрытiи брюшныхъ стѣнокъ изъ брюшной полости удалено около 15 литр. студневидной жидкости, пронизанной кровянистыми полосками; въ брюшной полости не найдено никакого замкнутаго кистовиднаго мѣшка. Брюшные органы почти сплошь покрыты ложными перепонками. Петли кишекъ, лежащiя въ маломъ тазу, какъ-бы замуравлены въ кистовидныя массы. Матка, трубы и яичники не представляютъ ничего особеннаго. Такимъ образомъ, *Réan* наметъ здѣсь какъ бы первичное, самостоятельное миксоматозное заболѣванiе брюшины, безъ пораженiя яичниковъ, и назвалъ его *maladie gélatineuse du péritoine*. Больная, не поправившись, выписалась изъ госпиталя по

*) Одинъ изъ описанныхъ здѣсь случаевъ сообщенъ въ Акушерско-Гинеколог. Общ. въ Петербургѣ въ апрѣлѣ 1894 г.

собственному желанію ²⁾). Въѣтъ съ *Werth*омъ можно думать, что въ подобномъ случаѣ трудно было разобраться въ органахъ малого таза не только на операционномъ, но даже на секціонномъ столѣ, и вѣроятное заболѣваніе яичниковъ было просматрѣно при чревосѣченіи; возможно, что кистовидныя полости, найденныя въ маломъ тазу, принадлежали именно яичнику.

Beinlich также описываетъ 2 случая тухлого *peritonæi et ovariorum* ³⁾).

Mennig въ своей диссертациіи описалъ оперированный *Esmarch*омъ случай, въ которомъ при экстирпаціи интралигаментарной лопнувшей кисты найдено было громадное количество студневидныхъ массъ въ полости живота. Измѣненіе брюшины, изслѣдованной микроскопически проф. *Heller*омъ, *Mennig* описываетъ слѣдующимъ образомъ: «процессъ начинается съ клеточковой инфильтраціи субсерозной и серозной соединительной ткани; изъ круглыхъ клетокъ частью образуется молодая соединительная ткань, частью опѣ идутъ на образованіе веретенообразныхъ и звѣздчатыхъ клетокъ; рядомъ съ размноженіемъ соединительной ткани, мѣстами начинается неизвѣстнымъ намъ путемъ образованіе муцина; въ муцнѣ проникають пучки соединительной ткани и отдѣльные сосуды, и такимъ образомъ получается альвеолярная структура измѣненной брюшины». Это измѣненіе брюшины онъ считаетъ миксоматознымъ съ перерожденіемъ, явившимся вълѣдствіе инфекціи содержимымъ лопнувшей кисты ⁴⁾.

Въ общемъ, всѣ авторы до статьи *Werth*'а, появившейся въ 1884 г., склонны были думать, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ они находили желатинообразныя массы въ брюшной полости рядомъ съ кистами яичниковъ, имѣлась тухлота *peritonæi*, развившаяся подѣ вліяніемъ инфекціи содержимымъ миксоматозныхъ кистъ; образованія эти они считали въ большей или меньшей степени злокачественными; на подобное толкованіе могли ихъ наводить слѣдующія обстоятельства: быстрый ростъ опухоли; кахектический видъ больныхъ; тѣсная связь брюшины съ обволакивающими ее слизистыми наслоеніями; появленіе въ брюшинѣ (какъ думали, путемъ метастаза) кистовидныхъ образований, выстланныхъ эпителиемъ. Такое воззрѣніе на это заболѣваніе обуславливало и соотвѣтственный взглядъ на прог-

нозъ и терапію; *Шредеръ*, напр., въ своемъ отчетѣ о 300 чревосѣченіяхъ заявляетъ, что даже и послѣ удачно выполненной операціи разорванной миксоматозной кисты яичника наступаетъ смерть отъ упадка силъ, вслѣдствіе дальнѣйшаго роста новообразованія брюшины ⁵⁾.

Werth ⁶⁾ одинъ изъ первыхъ ясно и опредѣленно высказался противъ этихъ воззрѣній. Разсматривая случай *Mennig'a*, а также свой случай, оперированный *Litzmann'омъ*, онъ полагаетъ что какъ въ этихъ, такъ и въ раньше описанныхъ случаяхъ, подъ названіемъ тухома ovarii et peritonei нѣтъ; надобности предполагать миксоматознаго перерожденія брюшины, а въ кистахъ, наполненныхъ студневиднымъ содержимымъ, нельзя видѣть яичниковыхъ миксомъ.

По его мнѣнію все дѣло сводится къ тому, что вязкія студенистыя массы лопнувшей кисты, изливающіяся въ брюшную полость, раздражая, какъ постороннее тѣло, стѣнки кишекъ и, вообще, брюшину, даютъ толчекъ къ развитію такъ называемаго реактивнаго перитонита, который выражается усиленнымъ развитіемъ соединительной ткани и волосной сѣти сосудовъ; какъ вновь развивающаяся соединительная ткань, такъ и вновь образующіеся сосуды входятъ въ тѣсную связь со студневидными массами и какъ бы проростають ихъ; самая же брюшина и ея эндотелій подъ приставшими студневидными массами остаются нетронутыми. Не признавая, такимъ образомъ, въ этихъ случаяхъ миксомы, *Werth* употребляетъ для подобнаго измѣненія брюшины названіе pseudo-тухома peritonei.

Вслѣдъ за *Werth'омъ* и *Donat* ⁷⁾, описывая случай коллоидной разорванной кисты яичника, оперированной *Sänger'омъ*, присоединяется къ мнѣнію *Werth'a* относительно сущности даннаго заболѣванія брюшины и предлагаетъ подвести эту форму подъ категорію «Fremdkörper-peritonitis», т. е. перитонита, обусловленнаго присутствіемъ посторонняго тѣла.

Съ тѣхъ поръ почти всѣ авторы придерживаются мнѣнія *Werth'a* и *Donat'a*. Названіе pseudo-тухома peritonei приобретаетъ право гражданства какъ въ академическихъ лекціяхъ по гинекологіи (*Славянский* ⁸⁾), такъ и въ учебникахъ патологической анатоміи (*Schmaus* ⁹⁾).

Нѣсколько лѣтъ тому назадъ *Strassmann* ¹⁰⁾, разсмотрѣвъ критически имѣющіеся въ литературѣ случаи подобныхъ заболѣваній и соглашаясь со взглядами *Werth'a*, предлагаетъ для этого заболѣванія названіе «peritonitis pseudo-myxomatosa», считая его болѣе подходящимъ, чѣмъ названіе pseudo-myxoma peritonei.

Если къ собраннымъ *Strassmann'*омъ въ литературѣ 36 оперированнымъ случаямъ прибавить случай, описанный *Bettman'*омъ ¹¹⁾, то выздоровлѣній получится 15, всѣ же остальные 22 больныхъ погибли въ ближайшее послѣоперационное время.

Въ русской литературѣ имѣется 2 случая проф. *Феноменова* описаніе *Матвицкимъ* ¹³⁾, по 1 случаю проф. *Д. О. Отта* ¹⁴⁾ (выздоровлѣніе), *Березницкаго* ¹⁵⁾ (смерть на 12 день послѣ операции) и *Попова*, описанный *Мелешко* ¹⁶⁾ (выздоровлѣніе); по одному случаю разорванныхъ коллоидныхъ кистъ, осложненныхъ явленіями pseudo-myxoma peritonei, видѣли на секціонномъ столѣ *Гиммельфарбъ* ¹⁷⁾ и *Тышко* ¹²⁾.

Перехожу къ описанію случаевъ, бывшихъ подъ моимъ наблюденіемъ.

18 февраля 1893 г. въ Клиническій Институтъ поступила больная С., 60 лѣтъ, съ опухолью живота, которую она замѣтила впервые лѣтъ 8 тому назадъ. Рѣзкій упадокъ общаго питанія. Опухоль достигла громаднѣхъ размѣровъ; при небольшомъ ростѣ больной въ 153 см. размѣръ вокругъ живота по пупку 136 см. При перкуссіи тупой тонъ по всей передней поверхности живота, въ заднихъ областяхъ живота тонъ тимпаническій. При лапаротоміи изслѣдованіи опухоли контурировать не удастся. Проколъ живота указать на присутствіе въ животѣ студенистой, тягучей жидкости, закуривавшей просіѣтъ труакара. Больная, не рѣшившись на операцию, чрезъ нѣсколько дней выписалась изъ Института. 12 декабря того же года она вповѣь поступила въ Институтъ. За эти 9 мѣсяцевъ объемъ живота увеличился въ вышеприведенномъ размѣрѣ еще на 11 см.

Вся нижняя часть тѣла отечна, верхняя представляетъ картину рѣзкаго исхуданія. Больная сама не передвигается, переноситъ только сидячее положеніе. Дыханіе, вслѣдствіе высокаго стоянія грудобрюшной преграды, затруднено; дѣятельность сердца слаба.

На слѣдующій день послѣ поступленія больной въ Институтъ in extremis приступлено къ операциі (проф. *Д. О. Отта*). Подъ кожаномъ въ сидячемъ положеніи больной по срединной линіи живота выше пупка разрѣзомъ длиною въ нѣсколько сантиметровъ вскрыта брюшная полость. Чрезъ разрѣзъ вышло слишкомъ

2 ведра (по вѣсу около 2 пуд.) густой, тягучей, буровато-желтой массы. Рука, введенная въ полость живота, при самомъ тщательномъ обследованіи, не могла прощупать отдѣльных органовъ; кругомъ гладкія стѣнки. Удаливъ, по возможности, содержимое, ружную рану зашили. Черезъ 2 сутокъ, при быстро возрастающемъ упадкѣ сердечной дѣятельности,—смерть.

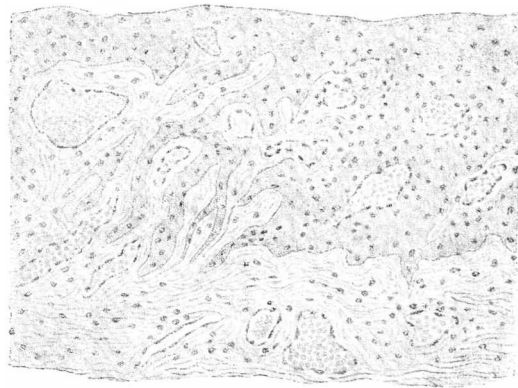
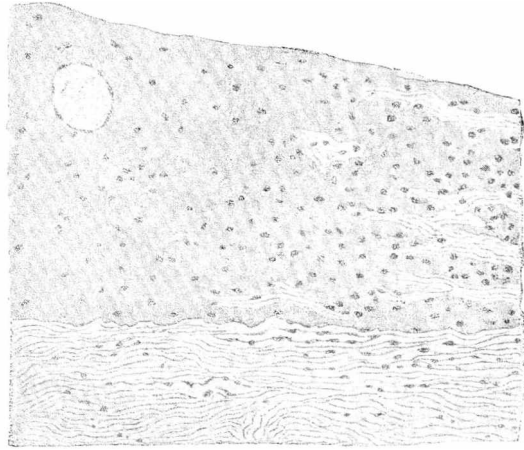
Протоколъ вскрытія (проф. Н. В. Петровъ) гласитъ:

«Брюшная полость выполнена серозной жидкостью, смѣшанной съ желтыми студенистыми массами. Пристѣночная брюшина очень сильно утолщена, сморщена, не блеститъ и мѣстами усеѣна величиною въ просіяное зерно образованиями бѣлаго цвѣта и точечными кровоизлияніями. Печень, большой сальникъ, селезенка, кишки и желудокъ сращены другъ съ другомъ плотною тканью, образуя всѣ вмѣстѣ сплошную заднюю стѣнку брюшной полости. Полость малаго таза содержитъ ту же серозную жидкость со студневидными массами. Матка атрофирована, передняя стѣнка ея сращена плотно съ мочевымъ пузыремъ, прикрыта также утолщенною брюшиной; ткань матки плотна, при разрывѣ хруститъ, связистая ея покрыта вязкой, прозрачной слизью; въ трубахъ небольшое количество слизисто-гнойной жидкости. По обѣимъ сторонамъ матки находятся сидяція на ножкахъ многокамерныя кисты, исходяція изъ яичниковъ; въ этихъ кистахъ нѣкоторыя камеры представляются наполненными, стѣнки ихъ спались, другія при надавливаніи легко разрываются, выделяя при этомъ либо совершенно прозрачную, желтоватую жидкость, либо густую, студенистую, желтоватую массу; справа киста величиною въ мужской кулакъ; слева съ яблоко среднихъ размѣровъ. *Diagnosis anatomica:* peritonitis chronica et adhaesiva disseminata; ascites; cystoma folliculare colloides ovarii utriusque cum rupturis et effusione substantiae colloidis in cavum peritonei».

И такъ, мы имѣли здѣсь дѣло съ коллоидными пролиферирующими кистами, которыя, разорвавшись, дали выходъ содержимому въ брюшную полость.

Микроскопическіе препараты брюшины, взятой съ передней стѣнки живота, любезно приготовленные проф. Н. В. Петровымъ, даютъ возможность высказаться въ томъ смыслѣ, что въ данномъ случаѣ нѣтъ миксоматознаго перерожденія брюшины, а имѣется только картина реактивнаго перитонита,—

развитіе соединительной ткани и сосудовъ, проростающихъ слизь, лежащую на поверхности брюшины; по мѣстамъ—скопленія круглыхъ кѣтокъ; брюшина и ея эндотелій подъ при- ставшими студенистыми массами остаются нетронутыми.



Нижній слой—брюшина, верхній—коллоидъ, пронизанный вросшими въ него сосулами и пучками соединительной ткани.

Второй случай касается большой Л., 26 лѣтъ, поступившей въ Институтъ 13 апрѣля 1894 года.

2 мѣс. т. н. больная родила. До этой беременности она считала себя здоровой. Во время беременности животъ былъ очень большой; послѣ разрѣшенія животъ всетаки еще оставался большихъ размѣровъ. Черезъ мѣсяць послѣ родовъ врачъ, къ которому

больная обратилась за совѣтомъ, убѣдившись помощью пункціи живота въ присутствіи въ немъ коллоидной жидкости, черезъ небольшой разрѣзъ по бѣлой линіи вывустивъ около таза студневидной жидкости. Животъ тѣмъ не менѣе опять сталъ быстро расти и въ настоящее время достигъ 113 см. въ объемѣ на уровнѣ пупка.

При наружномъ изслѣдованіи обособленной опухоли въ животѣ прощупать не удается; постукиваніе—тупой тонъ по всей переднезадней поверхности живота, звукъ тиманичный небольшой полосой идетъ сбоковъ и сверху. Vulva и задняя стѣнка vaginae отечны. Двуручное изслѣдованіе: матка 7 см. по зонду, лежитъ спереди; задній сводъ выпяченъ книзу; обособленной опухоли пропальпировать не удается; признаковъ свободной жидкости въ полости живота нѣтъ.

Больная малокровна, истощена, покашливаетъ, лихорадить по вечерамъ до 38—39°. (По заявленію терапевта, тщательно изслѣдовавшаго состояніе дыхательныхъ органовъ больной, лихорадочное состояніе не стоитъ въ связи съ измѣненіями въ легкихъ). Боли въ животѣ; одышка; дефекація и мочеиспусканіе затруднены; аппетитъ и сонъ плохи; упадокъ силъ. Отековъ нѣтъ.

Въ мочѣ слѣды бѣлка.

При чревостѣченіи (25 апрѣля, проф. Д. О. Оппель) изъ полости живота вычерпано громадное количество студневидной жидкости, залегавшей пѣлыми пластами между брюшными внутренностями. Петли кишокъ склеены между собою плотной перепонкой въ одинъ комокъ. Къ брюшинѣ по мѣстамъ плотно прилегаютъ студневидныя наслоенія, которыя съ трудомъ отъ нея отдѣляются. Къ лѣвому рогу матки прилежитъ многокамерная киста, величиною въ 2 кулака; стѣнки ея разорваны; она наполнена густой коллоидной жидкостью. Органы малого таза также склеены между собою ложными сращеніями; лѣваго яичника нѣтъ, правый не представляетъ ничего особеннаго. Киста удалена.

Частица брюшины, взятая съ передней брюшной стѣнки, подъ микроскопомъ обнаружила тоже, что и въ предыдущемъ случаѣ; признаки реактивнаго перитонита съ развитіемъ соединительной ткани и волосниковъ, пронизывающихъ коллоидный слой, покрывающій брюшину.

И такъ мы имѣли здѣсь дѣло съ *cystoma ovarii prolyferum multiplex colloides*, лопнувшей, вѣроятно, во время родовъ и давшей *pseudo-инфламмаціи peritonei*.

Послѣ операціи больная начала поправляться. Между прочимъ, температура, державшаяся до операціи по вечерамъ между 38° и 39°, послѣ операціи стала нормальной, что слѣдуетъ поставить въ зависимость отъ того, что, съ удаленіемъ раздражающихъ брюшину массъ, устранена причина, поддерживавшая перитонитъ. Черезъ 5 недѣль больная выписалась изъ Института здравой.

Принимая измѣненія въ брюшинѣ подъ вліяніемъ излившихся изъ кисты слизистыхъ массъ за реактивный перитонитъ.

нить нельзя не согласится съ Donat'омъ, что названіе pseudo-мухома peritonei для подобныхъ случаевъ неумѣстно. Если Werth, возставшій противъ «мухома peritonei», дѣлаетъ названіемъ pseudo-мухома какъ-бы уступку прежнимъ авторамъ, то теперь, когда уже представлено достаточно доказательствъ въ пользу мнѣнія Werth'a относительно сущности заболѣванія, названіе это должно быть оставлено, какъ несоотвѣтствующее сущности патологическихъ измѣненій и могущее вносить недоразумѣніе и путаницу въ понятія объ этомъ процессѣ.

Въ настоящее время, на основаніи знакомства съ микроскопическою картиною и на основаніи имѣющихся въ литературѣ счастливыхъ исходовъ операций, исключается злокачественный характеръ этого заболѣванія въ смыслѣ инфекции и въ смыслѣ процесса новообразовательнаго.

Чѣмъ же объяснить быстрый ростъ опухоли (точнѣе объемовъ живота) у подобныхъ больныхъ, нахожденіе въ брюшинѣ кистовидныхъ образований, выстланныхъ эпителиемъ, наконецъ, глубокую какексію больныхъ и дурные исходы операций?

Быстрое накопленіе коллоидныхъ массъ, быть можетъ, можно объяснить слѣдующимъ образомъ: такъ какъ содержимое кисты, постепенно накаплиаясь, должно растягивать въ соотвѣтственной степени болѣе или менѣе неподатливыя стѣнки кисты, то съ момента разрыва этихъ стѣнокъ устраняется ихъ задерживающее вліяніе на процессъ образованія содержимаго кисты; поэтому въ разорванной кистѣ содержимое ея должно, вѣроятно, формироваться, вообще, быстрѣе, чѣмъ въ кистѣ неразорванной. Что касается нахожденія въ брюшинѣ кистовидныхъ образований, выстланныхъ эпителиемъ, то *Strasman* (loc. cit.) объясняетъ это слѣдующимъ образомъ: онѣ получаются, по его мнѣнію, путемъ осумкованія со стороны брюшины коллоидныхъ массъ, въ которыхъ могутъ находиться жизнеспособныя эпителиальныя клетки; попадая изъ лопнувшей кисты вмѣстѣ со слизистыми массами на серозный покровъ, эти эпителиальные элементы находятъ удобную для себя почву и, будучи осумкованы, могутъ симулировать настоящую кисту. Какексія у подобныхъ больныхъ является послѣдствіемъ присутствія студенистыхъ массъ, которыя

разносясь перистальтикой кишек по всѣмъ частямъ брюшной полости, обволакиваютъ брюшину и закупориваютъ даже самыя большія лимфатическія полости; брюшина, несмотря на ея значительную всасывательную способность, не можетъ справиться съ этими массами, такъ какъ муцинъ, входящій въ составъ ихъ, трудно растворимъ и потому трудно всасывается; стремленіе брюшины избавиться отъ нихъ путемъ организациі даетъ разлитой перитонитъ и массу ложныхъ сращеній, склеивающихъ въ комки всѣ брюшные органы, какъ это было, напр., въ нашихъ случаяхъ; все это резко нарушаетъ функціи брюшныхъ органовъ — нормальное всасываніе и правильную перистальтику кишекъ, — въ результатѣ получается глубокій упадокъ общаго питанія. На основаніи этихъ соображеній слѣдуетъ установить положеніе, что разъ диагносцировано присутствіе коллоидныхъ массъ въ брюшной полости, слѣдуетъ немедленно приступать съ операциі. Плохіе исходы имѣющихся до сихъ поръ операций объясняются главнымъ образомъ тѣмъ, что операциі эти предпринимались поздно, въ періодѣ непоправимаго истощенія больныхъ; процентъ выздоровленія послѣ этихъ операций улучшится только тогда, когда будутъ къ нимъ приступать своевременно.

Описанные нами случаи подтверждаютъ, между прочимъ, высказанную мысль.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *Schröder*.—Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 4 Aufl. p. 366
- 2) *Péan*.—Diagn. et trait. de tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1880.
- 3) *Reinlich*.—Zur Kasuistik der Ovarialtumoren. Charité-Annalen. 1874.
- 4) *Mennig*.—Ueber myxomatöse Entartung des Bauchfell bei multiloc. Kystom des Ovarium. 1880.
- 5) *Schröder*.—Kurzer Bericht über 300 Ovariectomien. Berliner klinische Wochenschrift. 1882. № 16.
- 6) *Werth*.—Ueber pseudo-myxoma peritonei. Archiv für Gynäkologie. 1884. Bnd. 24, p. 100.
- 7) *Donat*.—Ein Fall von sogenannten «pseudo-myxoma peritonei» (Archiv für Gynäkologie, 1885, Bnd. 26, p. 478.
- 8) *Слаадинскій*.—Журн. акуш. и жен. бол., 1893, стр. 865.
- 9) *Schmaas*.—Основы патологической анатомии. 1895, стр. 241.
- 10) *Strassmann*.—Zur Kenntniss der Ovarialtumoren mit gallertigem Inhalt nebst Untersuchungen über peritonitis pseudo-myxomatosa. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1891, Bnd. XXII.
- 11) *Bettmann H. W.*—A case of so called pseudo-myxoma peritonei, with observations on the formation of hyalin. Americ. Journ. of the medic. sciences. 1893, Oktober.
- 12) *Тышко*.—Журн. акуш. и жен. бол., 1892, стр. 784.
- 13) *Майницкій*.—Дневн. Общ. врачей при Казанск. унив. 1887, №№ 10—11
- 14) Проф. *Д. О. Оттъ*.—Врачъ, 1888, стр. 287.
- 15) *Верезницкій*.—Журн. акуш. и жен. бол., 1888, стр. 663.
- 16) *Меллико*.—Мед. Обозр., 1896, № 15, стр. 204.
- 17) *Гиммельфарбъ*.—Мед. Обозр., 1896, № 24, стр. 1060—1070.

Случай канкроида клитора и верхней трети внутренней поверхности больших дѣтородныхъ губъ удаленнаго оперативнымъ путемъ въ Гинекологическомъ Отдѣленіи при Могилевскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи съ вылущеніемъ всѣхъ паховыхъ лимфатическихъ желѣзъ.

Д-ра мед. С. Липинскаго.

(Директора Могилевскаго Родильнаго Института).

Относительно частоты раковаго пораженія наружныхъ половыхъ органовъ мѣнія, какъ и всегда въ подобныхъ случаяхъ, до извѣстной степени разнорѣчивы; но всетаки на основаніи имѣющихся данныхъ можно прійти къ заключенію, что какъ по отношенію къ другимъ гинекологическимъ заболѣваніямъ, такъ и по отношенію къ раку въ другихъ органахъ вообще и въ половыхъ органахъ въ частности, ракъ наружныхъ половыхъ органовъ встрѣчается значительно рѣже.

Такъ *Mayer*¹⁾ высказывается, что изъ половыхъ органовъ женщины ракъ встрѣчается всего чаще въ маткѣ, затѣмъ въ грудныхъ желѣзахъ, потомъ въ яичникахъ, и всего рѣже во влагалищѣ и на наружныхъ половыхъ органахъ.

По *Gönnert*'у²⁾ ракъ наружныхъ половыхъ органовъ.—5 разъ на 100 всѣхъ раковыхъ новообразованій, по *Gurlt*'у 1 разъ

¹⁾ Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten 1868. B. XXXII. H. 5 S. 244.

²⁾ Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkol. 1892 Bd. VIII H. 1.

на 100, по *Virchow*'у на 35—40 случаевъ рака матки 1 только случай рака наружныхъ половыхъ органовъ. Съ своей стороны мы можемъ только подтвердить эту рѣдкость рака наружныхъ половыхъ органовъ, потому что на 1402 амбулаторныхъ и 851 стационарныхъ больныхъ и на 12 случаевъ рака половыхъ органовъ женщинъ вообще въ теченіи послѣднихъ 14 лѣтъ мы наблюдали ракъ наружныхъ половыхъ органовъ только въ единственномъ случаѣ, который и составилъ предметъ нашего настоящаго сообщенія.

Въ виду того, что мы нигдѣ не встрѣчаемъ болѣе или менѣе полнаго и обстоятельнаго описанія рака наружныхъ половыхъ органовъ, мы позволяемъ себѣ описанію нашего случая предпослать все то, что удалось намъ сгруппировать разбросанное въ литературѣ по данному вопросу.

Согласно указаніямъ авторовъ самая частая форма рака наружныхъ половыхъ органовъ это канкрондъ или плоскоэпителиальный ракъ, который появляется на нѣкоторыхъ отдѣлахъ наружныхъ половыхъ органовъ чаще, на другихъ рѣже, на нѣкоторыхъ же вовсе не появляется. Клиторъ и наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала составляютъ мѣста, гдѣ ракъ появляется будто бы всего рѣже. Ракъ наружныхъ половыхъ органовъ появляется въ формѣ узловъ, покрытыхъ утолщеннымъ слоемъ эпитеція, напоминающихъ собою панулу psoriasis, которая и составляетъ первоначальную основу пораженія. Впослѣдствіе когда раковые узлы поверхностно изъязвляются, они напоминаютъ собою широкія сифилитическія кондиломы, но въ большинствѣ случаевъ они не ограничены подобно послѣднимъ, но вовлекаютъ въ страданіе сосѣднія части и такимъ образомъ распространяются по поверхности или же въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ распространяясь вглубь образуютъ кратерообразныя характерныя раковыя язвы. Рѣдко распространяются эти новообразованія съ наружныхъ половыхъ органовъ на влагалище, но зато въ большинствѣ случаевъ при нихъ поражаются паховыя лимфатическія железы и они достигаютъ иногда величины куриного яйца (*Klob*) и даже дѣтской головки, какъ это наблюдалъ *Schuk*.

Гистологическое изслѣдованіе канкронда наружныхъ половыхъ органовъ даетъ приблизительно слѣдующую картину,

описаніе которой я заимствую изъ статьи д-ра *Чапина* ³⁾ по препарату *А. Ф. Брандта*, приготовленному въ патолого-анатомическомъ музеѣ проф. *Славянского*: по всему полю зрѣнія въ очень скудной соединительной ткани усматривается большое количество ходовъ и островковъ эпителія идущихъ съ поверхности изъязвленія вглубь, неправильной формы съ мѣняющимся поперечникомъ, такъ что ходы эти то суживаются, то расширяются, нерѣдко они представляютъ боковыя выпячиванія или отростки, которые вступаютъ въ соединеніе съ таковыми же сосѣднихъ эпителіальныхъ ходовъ.

Эпителій входящій въ составъ ходовъ повторяетъ вполнѣ строеніе многослойнаго эпителія; клѣтки, прилетающія къ соединительной ткани цилиндрическія, расположены какъ бы палисадообразно, протоплазма ихъ зерниста, мутна, ядро большое двуконтурное, прозрачное съ однимъ или нѣсколькими ядрышками, слѣдующіе ряды элементовъ клѣтки *Мальпигіева* слоя представляются круглыми, овальными и располагаются такимъ образомъ, что соединяются между собою зубцами, при чемъ остаются промежутки замѣненные прозрачнымъ промежуточнымъ веществомъ, наконецъ самый внутренній слой элементовъ эпителіальныхъ ходовъ занятъ роговыми клѣтками въ видѣ очень тонкихъ, прозрачныхъ, безъядерныхъ и прилежащихъ тѣсно другъ къ другу образований. Мѣстами попадаются различной величины сложныя образованія, которыя состоятъ какъ бы изъ пластинокъ, концентрически наложенныхъ около одной или нѣсколькихъ групп ороговѣвшихъ клѣтокъ. Соединительная ткань, которая находится въ небольшомъ количествѣ между этими ходами мѣстами инфильтрирована грануляціонными элементами содержитъ умеренное количество соединительно-тканыхъ клѣтокъ и неизмѣненныхъ кровеносныхъ сосудовъ.

Ракъ наружныхъ половыхъ органовъ наблюдается всего чаще у женщинъ 40—60 лѣтъ, хотя есть наблюденія, указывающія на то, что его можно наблюдать у дѣвушекъ совсѣмъ молодыхъ. *Saint-Germain* ⁴⁾ оперировалъ у 5-лѣтней дѣвочки, *Arnott* ⁵⁾ у 20-лѣтней.

³⁾ Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней 1892 г., стр. 873.

⁴⁾ *Maurel*.—De l'epithelioma vulvaire primitif. Thèse de Paris, 1888.

⁵⁾ *Arnott*.—Trans. of the path. soc. Londres, 1875, T. XXIV, p. 157.

Наслѣдственность, какъ этиологическій моментъ пока никѣмъ не отмѣчена. Располагающимъ моментомъ слѣдуетъ назвать существующій раньше psoriasis, предшествовавшій сифилитическимъ пораженіямъ (*Atchinson*), а главнымъ образомъ раздраженіе вслѣдствіе продолжительнаго ношенія цессаріевъ во влагалищѣ.

Симптомы рака наружныхъ половыхъ органовъ состоятъ первоначально въ зудѣ, затѣмъ въ серозно-кровоянистомъ отдѣленіи, когда раковые узлы начинаютъ изъязвляться. Это отдѣленіе иногда съ отвратительнымъ запахомъ.

Продолжительность болѣзни отъ 2 до 3 лѣтъ. Рецидивы относительно часты.

Лѣченіе состоитъ въ раннемъ оперативномъ удаленіи новообразованія, при чемъ нѣкоторые операторы предпочитаютъ ножу термокаутеръ или гальванокаустикъ во избѣжаніе обильнаго кровотеченія, и имѣя въ виду, какъ бы уничтожить этимъ путемъ, такъ сказать, раковую почву.

Въ случаѣ невозможности удаленія новообразованія слѣдуетъ попытаться согласно предложенію *Krasko* ⁶⁾ прикрыть раковое пораженіе, отеснаровавъ нѣсколько края извы, передвинувъ съ сосѣднихъ частей лоскута, дабы сдѣлать теченіе менѣе злокачественнымъ. Нѣкоторые предлагаютъ пресловутое *Conduango*. При малѣйшемъ намекѣ на пораженіе лимфатическихъ железъ они должны быть немедленно удалены. *Rupprecht* ⁷⁾ въ запискѣн Дрезденскаго Гинеколого Акушерскаго Общества 7 января 1886 г., указываетъ на тотъ фактъ, что со временъ *Диффенбаха* и до *Zweifel*'а господствовало мнѣніе не трогать саркома vulvae, разъ поражены лимфатическіе железы паховой области; но *Rupprecht* ратуетъ за ошибочность подобнаго взгляда. Напротивъ, по его мнѣнію, слѣдуетъ подобно предложенію *Фольмана* по отношенію подмышечной впадины при ракѣ грудной железы и при саркомѣ vulvae удалить весь жиръ съ лимфатическими железами паховой области. Методъ этого удаленія по *Rupprecht*'у долженъ состоять въ слѣдующемъ: разрѣзъ отъ tuberculum pubis до spin. ant. sup. ossis ilei, другой внизъ по направленію большихъ сосудовъ.

⁶⁾ Centralblatt für Gynäkologie, 1886, № 20, S. 303.

⁷⁾ Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie, B. VII.

Кожа отсепаровывается вверхъ до *aponeur. m. obliqui externi*, снаружи и до *fascia lata*, снаружи до *adductores*. Этотъ жировой треугольникъ тупымъ путемъ отсепаровывается къ *fovea ovalis* и ниже этой послѣдней *v. saphena* перерѣзывается между двумя лигатурами и вмѣстѣ съ жиромъ отворачивается кверху. Затѣмъ перерѣзывается *prosc. falsif.* внизъ, весь жиръ съ лимфатическими железами держится у впаденія *v. saphena* въ *v. cruralis*; послѣ перевязки *v. saphena* въ этомъ мѣстѣ все это удаляется. Противъ заявленія *Rupprecht*'а относительно приоритета его предложенія выступилъ *Otto Küstner*⁸⁾, ссылаясь на диссертацию *Lehmann* 1880 г. изъ клиники *Olshausen*'а въ Галле, изъ которой видно, что въ двухъ случаяхъ изъ пяти была произведена экстирпація паховыхъ железъ, во 2-хъ ссылается на свою работу: *Zur Pathologie und Therapie des Vulvacarcinoms*⁹⁾; изъ 5-ти случаевъ въ 3-хъ была произведена экстирпація паховыхъ железъ.

Въ этой работѣ *Küstner* высказывается, что нехорошо ли бы было во всѣхъ случаяхъ, даже гдѣ неясно прощупываются паховыя железы все таки ихъ удалять. Въ 1881 г. появилась работа *Muller*'а въ *Berliner Klinische Wochenschrift* изъ клиники *A. Martin*'а, изъ которой усматривается, что въ одномъ случаѣ была произведена экстирпація паховыхъ железъ. Наконецъ, *Gönnner*¹⁰⁾ приводитъ пять случаевъ изъ клиники *Bischoff*'а въ Базелѣ и въ двухъ изъ нихъ были экстирпированы паховыя железы.

Это заявленіе *Küstner*'а указываетъ на то, что *Rupprecht* далеко неправъ, утверждая, что, начиная съ *Диффенбаха* и до послѣдняго времени всѣ будто-бы были того мнѣнія, что разъ поражены паховыя лимфатическія железы при *carcinoma vulvae*, то эту послѣднюю трогать не слѣдуетъ.

Кромѣ цитированныхъ работъ по данному вопросу слѣдуетъ еще указать на слѣдующія казуистическія данныя: *Rondot*¹¹⁾ собралъ 27 случаевъ первичнаго рака наружныхъ половыхъ органовъ и вагины. *O. Schmidt*¹²⁾ сдѣлалъ сообще-

⁸⁾ Münch. medic. Wochenschrift, 1889.

⁹⁾ Centralblatt f. Gynäkologie, 1886, № 15, S. 235.

¹⁰⁾ l. c.

¹¹⁾ Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chir., 1875, № 14.

¹²⁾ Журналъ Акушерства и Женскихъ болѣзней, 1892, т. IV, стр. 503.

ніе въ Акушерскомъ Гинекологическомъ Обществѣ въ Кельнѣ 3 декабря 1891 г.: «Къ казуистикѣ первичной карциномы наружныхъ половыхъ органовъ п. рукава». Три случая съ значительнымъ разрушеніемъ подлежащихъ тканей п инфильтрацією паховыхъ железъ. Удаленіе заболѣвшихъ тканей п железъ. Возвратъ черезъ 10 мѣсяцевъ.

Восемь случаевъ *Rupprecht'a* ¹³⁾. Въ семи процессъ начался съ губы, одинъ съ клитора, п въ одномъ не была поражена уретра п процессъ не распространился ни на hymen ни на влагалище. Въ 6 случаяхъ изъ 8. были поражены лимфатическія железы, въ 3 случаяхъ заболѣванію предшествовалъ pruritus vulvae.

Prof. *Richet* ¹⁴⁾ приводитъ одинъ случай epithelioma clitoridis у 40 лѣтней женщины, опухоль величиною въ курпное яйцо, по виду напоминающая цвѣтную капусту. Удалена оперативнымъ путемъ сама опухоль п одна изъ болѣе крупныхъ лимфатическихъ железъ паховой области для гистологическаго изслѣдованія, при чемъ оказалось, что увеличеніе железъ чисто воспалительнаго, неспецифическаго характера.

Dr. *Leprévost* ¹⁵⁾ приводитъ два случая, первый на лѣвой малой дѣтородной губѣ съ пораженіемъ лимфатическихъ железъ соотвѣтственной паховой области. Въ іюнѣ операція удаленія новообразованія съ вылушеніемъ железъ, въ октябрѣ рецидивъ. Второй случай канкроида на лѣвой большой губѣ. Операція. Черезъ 10 мѣсяцевъ съ противоположной стороны въ паховой области пораженіе лимфатическихъ железъ. Вылушеніе опухоли железъ въ концѣ сентября, а въ декабрѣ въ рубцѣ паховой складки рецидивъ, вслѣдствіе котораго больная черезъ нѣсколько мѣсяцевъ умерла.

M. Stumph. ¹⁶⁾—Канкроидъ правой большой дѣтородной губы, удаленіе рѣзущимъ Пакленомъ у 60 лѣтней женщины. Выздоровленіе на 20 день.

Д-ръ *Тиняковъ* ¹⁷⁾ въ Саратовской Городской больницѣ встрѣтилъ на 3000 больныхъ 3 случая cancer vulvae слѣдова-

¹³⁾ l. c.

¹⁴⁾ Gazette de Gynécologie, № 59, p. 262.

¹⁵⁾ Gazette de Gynécologie, № 51, p. 181.

¹⁶⁾ Centralblatt f. Gynäkologie 1891, № 7.

¹⁷⁾ Журналъ Акушерства п Ж. В. 1892 г. т. VI стр. 940.

тельно 1 на 1000 больных; рак матки 107 следовательно 1 на 30. Одинъ случай—это рецидивъ рака у женщины 80-лѣтней, оперированной д-ромъ *Гриммштикати*; больная два года была свободна отъ рецидива. Железы не поражены, 2 случая у 58 лѣтней, 3-й у 61 лѣтней. Имѣя въ виду, что въ этихъ случаяхъ не были поражены лимфатическія железы авторъ считаетъ ракъ наружныхъ половыхъ органовъ менѣе злокачественнымъ чѣмъ въ другихъ областяхъ тѣла. Все три были оперированы и рецидива пока не наблюдалось.

Уже выше нѣсколько разъ упомянутый случай *Чаша* ¹⁸⁾ изъ Калишкиской больницы въ Петербургѣ.

Работа диссертационная изъ Берлинской Женской клиники на основаніи матеріала съ 1883—1892 г. *Гюрга Шварца* ¹⁹⁾ о послѣдствіяхъ радикальной операціи наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища.

Jacobs ²⁰⁾ приводитъ случай рака клитора, развившагося у 59 лѣтней 4 раза рожавшей женщины, страдавшей предвѣрительно сильнымъ зудомъ наружныхъ половыхъ частей. Опухоль величиною съ куриное яйцо удалена оперативнымъ путемъ, вылучены тоже железы. Въ июнѣ операція, а въ январѣ будущаго года рецидивъ; вновь операція, но у больной черезъ 4 недѣли послѣ этого вновь рецидивъ, отъ котораго она погибла при явленіи кахексіи.

Raether ²¹⁾ въ Гамбургскомъ Обществѣ врачей въ засѣданіи 20 февраля 1894 г. демонстрировалъ случай первичнаго рака наружныхъ половыхъ органовъ.

Диссертация *Anna Ingermann Amitin* ²²⁾ изъ Бернской клиники подтверждаетъ рѣдкость первичнаго рака наружныхъ половыхъ органовъ и влагалища. Съ 1871 по 1892 пребывало семь случаевъ рака наружныхъ половыхъ органовъ. Въ одномъ случаѣ, несмотря на распространенность процесса не наблюдалось заболѣванія лимфатическихъ железъ. Лѣчение состояло въ самомъ раннемъ удаленіи новообразованія.

Перехожу теперь къ описанію нашего случая:

¹⁸⁾ в. с.

¹⁹⁾ Журналъ Акушерства и Ж. Б. 1892 г. VI стр. 873.

²⁰⁾ Inaug. Diss. Berlin 1893.

²¹⁾ Centralblatt f. Gynaekologie 1895 № 20 S. 550.

²²⁾ Inaug. Dissert. Bern. 1893.

Р. М., еврейская мѣщанка изъ мѣстечка Кругляны, 60 лѣтъ отъ роду, поступила въ Гинекологическое Отдѣленіе при Могилевскомъ родовспомогательномъ заведеніи 22-го декабря 1895 г., жалующая на пораженіе наружныхъ половыхъ частей (№ пріемнаго журнала 154). Больная занимается домашнимъ хозяйствомъ, въ дѣтствѣ пичѣмъ не болѣла. Первые мѣсячныя получила на 15 году, которыя повторялись ежемѣсячно въ среднемъ количествѣ безъ болей и продолжались по 3—4 дни. Замужемъ 40 лѣтъ, родила 11 разъ, правильно въ срокъ, сама кормила. Последніе роды были 18 лѣтъ тому назадъ. Меноранса наступила 3 года тому назадъ. Годъ тому назадъ она почувствовала боль въ наружныхъ половыхъ частяхъ, которая продолжается и до настоящаго времени. Больная соответственно своему возрасту не представляетъ особенной дряхлости, а также не замѣтно особеннаго истощенія. Кромѣ незначительной распространенности бронхіальнаго катарра и легкой одышки, особиыхъ измѣненій не замѣтно.

Наружные половые органы представляютъ ту особенность, что у больной нѣтъ слѣдовъ малыхъ дѣтородныхъ губъ (врожденное состояніе), а большія губы, соприкасающіеся между собою внизу, вверху нѣсколько раскрыты и между ними виднѣется клиторъ въ видѣ кожистаго сосочка безъ уздечки и крайней плоти и заключенной между ними въ обыкновенныхъ случаяхъ головки. На верхней оконечности такъ ненормально сформированнаго клитора, замѣчается довольно рѣзко ограниченное возвышеніе съ изъязвленной поверхностью малиноваго цвѣта и усѣянную маленькими бѣлыми точками. Повиже клитора на верхней трети внутренней поверхности большихъ дѣтородныхъ губъ, по двѣ такихъ же папулы, съ такою же поверхностью, около сантиметра въ діаметрѣ, болѣе или менѣе круглой формы и отдѣляющіяся другъ отъ друга не глубоко идущею бороздкою. Папулы мало подвижны, но основаніе ихъ въ глубинѣ не представляютъ особеннаго уплотненія тканей. Отдѣляемое изъязвленныхъ поверхностей весьма скудное—слизисто-гнойное. Слизистая оболочка окружающихъ частей восковидно бѣлаго цвѣта, испещрена маленькими красными точками въ видѣ экхимозовъ. Кожица внутренней поверхности большихъ дѣтородныхъ губъ представляетъ до известной степени мраморный видъ, вслѣдствіе того, что нѣкоторые мѣста лишены пигмента. Слизистая оболочка влагалища также блѣдна, во исполнѣ здорова, матка въ состояніи атрофіи. Паховыя железы той и другой паховой складки инфильтрированы, нѣкоторыя изъ нихъ достигаютъ величины крупнаго миндаля въ скорлупѣ.

На основаніи всего найденнаго, исключивъ сифилитическое пораженіе, мы пришли къ заключенію, что имѣемъ передъ собою раковое новообразованіе и для того, чтобы подтвердить этотъ діагнозъ, 7/и сръзанъ нами одинъ изъ наростовъ, микроскопическимъ изслѣдованіемъ котораго любезно занялся д-ръ мед. *Е. И. Ремизовъ*. Препараты имъ приготовленные были демонстрированы въ засѣданіи Общества Могилевскихъ врачей и описаніе его, сдѣланное д-ромъ *Ремизовымъ*, привожу, въ слѣдующихъ словахъ: „при микро-

скопическомъ изслѣдованіи срѣза опухоли большой М., сдѣланнаго отвѣсно къ поверхности самой опухоли и кромѣ того такъ, чтобы захватить и центральную ея часть и периферію, оказывается слѣдующее: на боковыхъ частяхъ препарата сверху видны нормальный, плоскій, многослойный эпителий, а подъ нимъ слабоинфильтрированная грануляціонными элементами соединительная ткань corii. Это соединяя съ опухолью ткань. Постепенно передвигая въ полѣ зрѣнія препаратъ въ сторону опухоли, прежде всего вступаемъ въ ея периферическую часть, т. е. въ поясъ ея разрастанія, здѣсь покровный плоскій эпителий уже рѣзко утолщенъ и какъ бы клиномъ вдается въ подлежащую ткань; самый глубокий слой клѣтокъ (*stratum germinativum*) содержитъ массу дѣлящихся ядеръ (обиліе каріокинетическихъ фигуръ). При дальнѣйшемъ передвиженіи препарата вступаемъ въ центральную болѣе старую часть опухоли: здѣсь уже не находимъ покровнаго эпителия въ видѣ отдѣльнаго поверхностнаго слоя, вмѣсто него, начиная отъ поверхности опухоли въглубь кожи, встрѣчаемъ тѣсно сгученные отдѣльные участки эпителиальной ткани различной формы, ограниченные другъ отъ друга лишь небольшими тонкими тяжами промежуточной соединительной ткани съ волосными сосудами. Клѣтки этихъ участковъ, въ общемъ схожія съ элементами нормальнаго эпидермиса, неодинаковой величины и вида: периферическія болѣе мелкія и сильнѣе окрашены (карминомъ), среди нихъ кое гдѣ встрѣчаются фигуры дѣленія. Это клѣтки болѣе молодаго эпителия. Ближе къ центру участка клѣтки постепенно становятся крупнѣе и свѣтлѣе (слабѣе окрашены). Наконецъ въ центрѣ участка находимъ вовсе не окрасившіеся плоскія ороговѣлыя клѣтки, концентрически напластанныя другъ на друга какъ въ луковицѣ (такъ называемые эпидермическіе шары). Наиболѣе глубокія изъ этихъ эпителиальныхъ гнѣздъ вдаются своимъ нижнимъ концомъ въ подлежащую почвенную густо инфильтрированную грануляціонными элементами соединительную ткань, отъ которой вверхъ протягиваются между эпителиальными участками вышеупомянутые тонкіе соединительно-тканые тяжи.

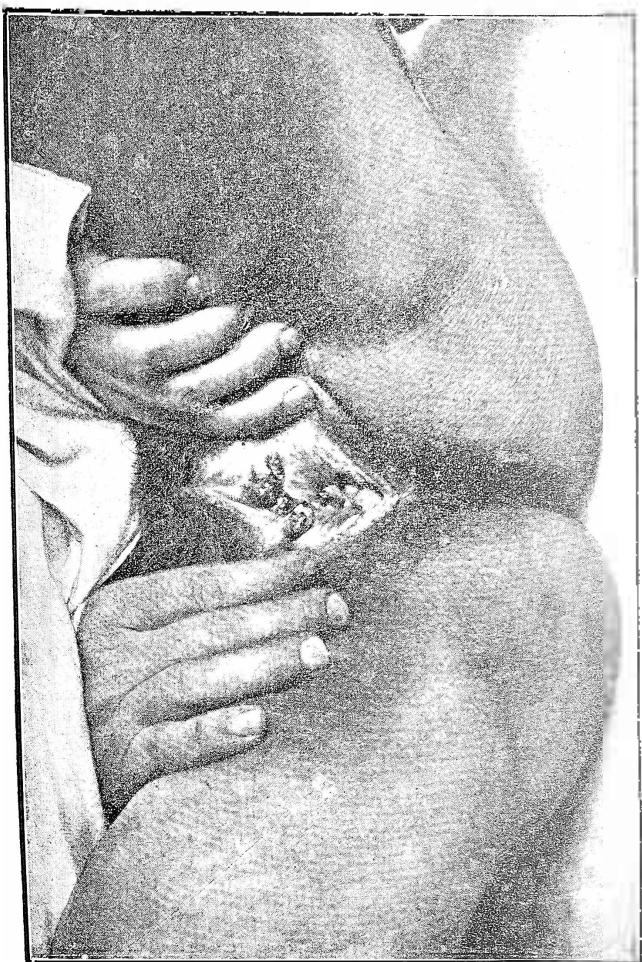
Описанная картина препарата крайне характерна для плоскаго эпителиальнаго или роговаго рака — канкроида.

Разъ микроскопическое изслѣдованіе подтвердило злокачественность новообразованія, то рѣшено, было удалить его оперативнымъ путемъ. 21/xi подъ хлороформомъ сдѣлано *excisio* овальной формы лоскута обхватывающаго собою кожу и подкожную клѣтчатку внутренней поверхности большихъ дѣтородныхъ губъ и лобка вплоть до входа во влагалище. Соотвѣтственные края полученной раны спиты шелкомъ, что удалось сдѣлать безъ особеннаго натяженія. На девятый день сняты швы: *prima intentio* повсюду и только слѣва разошлись два шва и получилась гранулирующая поверхность, которая въ

теченіи пѣсколькихъ дней зажила окончательно. Вылуценіе лимфатическихъ железъ въ паху, въ виду довольно истощеннаго состоянія больной было отложено до 28 марта. Вылуценіе это произведено по вышеописанному способу *Kiirprecht'a*, сначала съ правой, а потомъ съ лѣвой стороны. Удаленъ весь жиръ, а вмѣстѣ съ нимъ и всѣ порядочно увеличенныя лимфатическія железы.

Экстиригированныя лимфатическія железы оказались при микроскопическомъ пзслѣдованіи такъ же пораженными раковымъ процессомъ. На препаратѣ, представляющемъ срѣзь такой железы мы находимъ среди массы мѣстныхъ элементовъ (лимфондныхъ кайтокъ) значительное количество мелкихъ раковыхъ тѣлецъ въ видѣ группъ изъ 2—5 эпителиальныхъ кѣтокъ, преимущественно въ фолликулахъ коркового слоя желѣзы. Нѣкоторые изъ этихъ эпителиальныхъ фокусовъ, путемъ послѣдовательнаго дѣленія кѣточныхъ элементовъ, въ нихъ входящихъ представляются состоящими изъ большаго числа кѣтокъ большей величины чѣмъ прочіе, болѣе молодые, недавно метастазировавшіе. Въ этихъ болѣе старыхъ фокусахъ вѣшнія кѣтки безцвѣтны, плоски, съ блѣднымъ ядромъ и напластаны другъ на друга концентрическими слоями; центральныя же сильнѣе окрашены. Такимъ образомъ и здѣсь мы получимъ картину аналогичную съ эпидермидальными пирами раковаго процесса въ главномъ очагѣ.

Нѣжная петинистая строма желѣзы видимо не успѣла еще подвергнуться преобразованію въ строму рака. вѣроятно послѣдствіе недавности метастатическаго пораженія желѣзы. Заживленіе лѣвой паховой области наступило первымъ натяженіемъ на правой пѣскольکو нвовъ разошлось, получилась плохо гранулирующая рана, которая въ концѣ концовъ зажила окончательно и больная 15 мая выписана здоровою изъ заведенія. Досихъ поръ рецидива ее послѣдовало.



VI.

Къ вопросу о лѣченіи электричествомъ нѣкоторыхъ болѣзней женскихъ половыхъ органовъ.

С. В. Выховскаго.

Терапія болѣзней женской половой сферы, за исключеніемъ хирургическихъ приѣмовъ, въ сущности, весьма бѣдна своими средствами.

Причина этого заключается съ одной стороны въ томъ, что, въ силу особенныхъ мѣстныхъ анатомическихъ условій, трудно, а подчасъ и невозможно воздѣйствовать здѣсь тѣмъ терапевтическимъ приѣмомъ, который въ другихъ областяхъ нашего организма, при одинаковомъ патологическомъ процесѣ, приноситъ существенную пользу. Съ другой стороны—не менѣе заслуживающей вниманія причиной является и то, что, разъ предлагается какое-либо средство, его постигаетъ двойного рода судьба: или его встрѣчаютъ съ предубѣжденіемъ, считая, пожалуй, даже безцѣльнымъ подвергнуть тщательному испытанію, или же слишкомъ широко хотятъ его примѣнить, прибѣгая къ нему и тамъ, гдѣ оно непригодно. Вскорѣ, естественно, наступаетъ разочарованіе: предлагаемое средство не сдѣлало того, что отъ него требовалось,—оно предается забвенію, подвергшись той-же участи, какъ и многія другія, которыя въ извѣстныхъ случаяхъ могли-бы однако принести существенную пользу, дѣйствуя также вѣрно, но съ меньшимъ вредомъ для организма, чѣмъ многіе другіе его соперники.

Нѣчто подобное случилось и съ электричествомъ въ отношеніи пользованія имъ съ терапевтической цѣлью при нѣкоторыхъ болѣзняхъ женской половой сферы.

Примѣненіе электричества въ акушерской практикѣ было сдѣлано еще въ концѣ прошлаго столѣтія. Въ половинѣ текущаго—имѣ стали пользоваться при лѣченіи различныхъ заболѣваній женской половой сферы. Съ 70-хъ годовъ къ этому терапевтическому методу прибѣгали уже многіе гинекологи, какъ *Tripier, Cutter, Ciniselli, Martin* и мн. др. Электропунктура была предложена еще въ двадцатыхъ годахъ *Sarlandier* омъ. Вначалѣ она употреблялась терапевтами, а послѣ—и хирургами для уничтоженія различныхъ опухолей. Гальванокаустика введена въ гинекологию въ 60-хъ годахъ (*Braun, Grunewald, Middeldorff*). Электролитическое дѣйствіе гальваническаго тока болѣе подробно разработано въ 70-хъ годахъ (*Faraday*). Изъ русскихъ авторовъ—въ 1880 году появилась работа д-ра *Попяковскаго* «Объ измѣненіи нормальныхъ и патологическихъ тканей подѣ влияніемъ гальваническаго тока». Затѣмъ извѣстна диссертация д-ра *Массена*, предметомъ которой было—лѣченіе электричествомъ женскихъ болѣзней, преимущественно—фибромъ. Не стану перечислять еще нѣсколько другихъ.

Въ 1884 году выступилъ въ Парижской Медицинской Академіи *Apostoli* съ своимъ докладомъ: «Sur un nouveau traitement electrique des fibromes de l'uterus». Главная заслуга *Apostoli* заключается въ томъ, что онъ сумѣлъ привлечь вниманіе многихъ гинекологовъ, занявшихся послѣ того изученіемъ и примѣненіемъ электричества при лѣченіи женскихъ болѣзней. Такъ, въ 1886 году *Spencer Wells* ѣздилъ въ Парижъ ради ознакомленія съ методомъ электризаціи *Apostoli*, послѣ чего онъ заявилъ, что «вполнѣ убѣдился въ томъ, что лѣченіе фибромъ электричествомъ, не уничтожая совершенно опухоли, въ большинствѣ случаевъ уничтожаетъ сопровождающіе ее припадки—кровотеченія и боли. Хирургическое вмѣшательство требуется лишь въ исключительныхъ случаяхъ. Кромѣ того электричество оказываетъ также большую услугу при *Metritis chronica* и *Neuralgia ovarialis*».

Playfer также посѣтилъ *Apostoli*. Рышавшись послѣ того испытать способъ лѣченія, онъ остался доволенъ полученными результатами.

Не стану перечислять именъ многихъ другихъ авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ и высказавшихся за или *противъ*.

Странно тѣмъ не менѣе, что, не смотря на все это, до сихъ поръ нѣтъ въ сущности опредѣленнаго взгляда на этотъ терапевтическій агентъ. Если онъ никуда не годенъ, почему же время отъ времени являются отдѣльныя сообщенія авторовъ объ ихъ успѣшномъ примѣненіи этого способа лѣченія при томъ или другомъ страданіи женской половой сферы? Думаю поэтому, что онъ далеко еще не забракованъ, и если выясненіе этого вопроса подвигается крайне медленно, то это—благодаря преобладанію хирургическаго направленія въ гинекологию: увлеченіе операціями, разработка оперативной техники и т. д., сдѣлали сильное отвлеченіе отъ изученія и примѣненія электричества, какъ неоперативнаго метода лѣченія болѣзней женской половой сферы.

Что лѣченіе электричествомъ можетъ, повидимому, въ извѣстныхъ случаяхъ дать хорошіе результаты, доказываютъ сообщенія авторовъ, примѣнявшихъ его съ успѣхомъ при тѣхъ или другихъ страданіяхъ женской половой сферы. Скептицизмъ здѣсь однако очень великъ. Отчего-же это происходитъ? Нельзя не думать, что причина этого кроется, главнымъ образомъ, въ томъ, что въ то время, какъ нѣкоторые, получивъ отъ этого лѣченія полный успѣхъ, расточаютъ ему чрезмѣрныя похвалы, другіе, относясь вполне равнодушно къ этому вопросу, воздерживаются отъ примѣненія электричества потому, что не вѣрятъ въ него, или, не понимая этой таинственной силы, не желаютъ пользоваться ею, какъ цѣлебнымъ средствомъ, забывая, что мы пользуемся въ медиципѣ многими полезными средствами, не зная однако сущности ихъ дѣйствій.

Вопросъ о примѣненіи электричества, какъ терапевтическаго агента при женскихъ болѣзняхъ, далеко еще не разработанъ. Во всякомъ случаѣ окончательное сужденіе, а тѣмъ болѣе заключеніе объ этомъ способѣ еще преждевременно высказывать. Лишь самое подробное изученіе его можетъ въ концѣ концовъ привести къ тому или другому заключенію. Съ этой цѣлью важно имѣть возможно болѣе наблюденій, которыя составлять пока сырой матеріалъ.

Свойства электричества и его вліяніе на живую ткань.
Не смотря на громадныя успѣхи физики въ области электричества за послѣдніе годы, не смотря на то, что многія явленія

электричества изслѣдованы въ точности, — самая суть его неизвѣстна и до сихъ поръ. Было много попытокъ дать теорію электричества, но онѣ далеко не успѣли въсхлѣбнуть всѣхъ явленій, при разнообразіи которыхъ трудно для всѣхъ ихъ подыскать одну общую гипотезу.

Электричествомъ можно пользоваться въ видѣ *постояннаго* и *прерывистаго* тока (иначе — *гальваническаго* и *фарадическаго*).

Mundé, на основаніи 10-ти лѣтняго опыта примѣненія электричества при лѣченіи болѣзней женской половой сферы, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно примѣненія его вообще и гальваническаго и фарадическаго токовъ въ частности:

1) фарадическій токъ обладаетъ возбуждающимъ дѣйствіемъ, постоянный же дѣйствуетъ успокоивающимъ образомъ;

2) слабый постоянный токъ удовлетворяетъ лучше терапевтическимъ нуждамъ, чѣмъ сильный, который вербѣдко вызываетъ боли и даже шокъ;

3) чѣмъ свѣжѣе зарядъ батарей, тѣмъ токъ сильнѣе;

4) постоянный токъ не долженъ вызывать никакой боли

5) отрицательный полюсъ обладаетъ каталитическимъ свойствомъ.

При прохожденіи черезъ тѣло, постоянный гальванический токъ производитъ разложеніе сложныхъ химическихъ тѣлъ на ихъ составныя части; въ другихъ случаяхъ онъ обладаетъ синтетическимъ свойствомъ, т. е. кресты тѣла соединяетъ въ сложныя. Кроме этого *химическаго* дѣйствія токъ обладаетъ еще и *термическимъ*: проходя по проводникамъ втеченіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени, онъ ихъ нагреваетъ, (при чемъ *нагреваніе пропорціонально при прочихъ равныхъ условіяхъ квадрату интензивности тока*).

По *Carletti* — каждый полюсъ гальваническаго тока обладаетъ своимъ особеннымъ дѣйствіемъ на ткань, именно: *анодъ* образуетъ сухой, плотный струпу, дающій потомъ рубецъ, въ виду чего имъ можно пользоваться съ цѣлью *кровоостанавливающей*; *катодъ* же, напротивъ, образуетъ мягкій, сочный струпу, не ведущій къ послѣдовательному рубцеванію, — это, слѣдовательно, *кровоопривлекательный* полюсъ.

При прохожденіи тока черезъ какую-нибудь тканьъ, является

передвиженіе жидкихъ элементовъ въ направленіи тока, при чемъ на положительномъ полюсѣ отлагаются кислоты, а на отрицательномъ — щелочи.

Анодъ вызываетъ *спуженіе* сосудовъ, *анемію*, *катодъ* — *обратно*; кромѣ того катодъ обладаетъ еще и *дѣлитическимъ* свойствомъ, именно — вызываетъ какое то измѣненіе трофическихкихъ условій, въ силу чего происходитъ разложеніе тканевыхъ элементовъ и рассасываніе ихъ.

При прохожденіи черезъ тѣло, электрическій токъ распространяется отъ точекъ приложенія электродовъ по всѣмъ направленіямъ; но, по мѣрѣ удаленія отъ электродовъ и возрастанія сопротивленія, сила тока ослабѣваетъ. *Сила тока не можетъ быть одной и той-же для различныхъ тканей, обладающихъ различной степенью сопротивленія.* Электролитическое дѣйствіе сильнѣе въ тканяхъ сочныхъ, а потому токъ въ такихъ случаяхъ (папр., воспалительныя опухоли!) долженъ быть слабѣе.

Электризація бываетъ только *общая*, какъ это доказано *Цимсеномъ* на трупахъ. Но *плотность тока*, (т. е. частное отъ дѣленія количества электричества, протекающаго въ секунду, на поверхность поперечнаго сѣченія проводника) *различна*, (*вблизи наименьшаго электрода плотность тока всегда будетъ наибольшей!*), а такъ какъ *дѣйствіе тока уменьшается съ уменьшеніемъ плотности*, то постепеннымъ возрастаніемъ слабой вначалѣ силы тока можно вызвать дѣйствіе прежде всего въ мѣстахъ наибольшей плотности, которую находятъ вблизи электродовъ. Только въ этомъ смыслѣ и можно говорить о *локализаци* дѣйствія тока. Если, слѣдовательно, выбрать одинаковые небольшіе электроды, то можно ограничить поле дѣйствія электричества тою частью тѣла, которая «включена въ цѣпь». Если же одинъ изъ электродовъ по сравненію съ другимъ достаточно великъ, то плотность тока у большаго электрода очень мала, и все дѣйствіе электричества сосредоточено вблизи небольшаго электрода. Благодаря такой разницѣ по величинѣ обоихъ электродовъ, глубоколежащая часть тѣла (въ пространствѣ, конечно, между обоими электродами!) дѣлается болѣе доступными вліянію тока, чѣмъ при при-
мѣненіи небольшихъ одинаковой поверхности электродовъ.

До *Apostoli* въ гинекологіи употреблялись слабыя токи. *Apostoli* сталъ пользоваться сильными, при чемъ силу тока онъ измѣрялъ, чего нельзя было прежде за неимѣніемъ гальванометровъ. Опъ же ввелъ *полярный* методъ, при чемъ активный полюсъ прилагался непосредственно къ тому мѣсту, на которое желательно было вліять электрическимъ токомъ.

По объясненію специалистовъ *трофическое* вліяніе сказывается въ томъ, что подъ вліяніемъ тока въ данной области происходитъ сильный приливъ крови и ускореніе кровообращенія; мнѣніе это они основываютъ на томъ фактѣ, что, при прохожденіи тока черезъ железы, дѣятельность ихъ увеличивается, (напр., увеличеніе выдѣленія слюны при электризаціи слюнныхъ железъ); а это происходитъ отъ того, что токъ дѣйствуетъ на кліточные элементы возбуждающимъ образомъ, производя мѣстную гиперемію, а, слѣдовательно, увеличивая ихъ питаніе.

При хроническихъ страданіяхъ *Apostoli* предлагаетъ энергичное примѣненіе электричества — внутриматочную каустическую гальванизацію очень большой силы и влагалищную вольтопунктуру, называя эту послѣднюю самымъ могущественнымъ средствомъ для рассасыванія экссудатовъ. Для этой цѣли влагалищнымъ электродомъ служить ему троакаръ, который онъ вкалываетъ въ воспалительную опухоль. (Оперативная техника электропунктуры по *Apostoli* изложена докторомъ *Brissois* въ его работѣ: «Manuel d'électrothérapie Gynécologique technique opératoire». 1890).

Въ силу вышесказаннаго очевидно, что тѣмъ токъ сильнѣе, тѣмъ рѣзче происходитъ измѣненіе питанія тканей, могущее при очень сильныхъ токахъ дойти и до некроза. Въ способѣ *Apostoli* внутриматочной электризаціи — могутъ очевидно, произойти слѣдующія непріятныя послѣдствія: 1) прижиганіе слизистой оболочки канала шейки и полости матки, что можетъ послѣдовательно повести къ образованію рубцовыхъ суженій до полного исчезанія проsvѣта цервикальнаго канала; 2) при неузнанной беременнности, электризаціи можетъ повести къ аборту. Указываютъ на случаи шока отъ примѣненія очень сильныхъ токовъ по способу *Apostoli*. При кистахъ, фибромахъ электропунктура можетъ повести къ нагноенію, а при

одновременной погрѣшности противъ правилъ анти,—и асептики и къ *sepsis*'у, чему тоже приводить не мало случаевъ.

При хроническихъ воспалительныхъ процессахъ ради успокоенія боли, *Engelmann* пользуется вторичнымъ токомъ, а по исчезновеніи болей,—первичнымъ, возбуждающимъ циркуляцію крови и ускоряющимъ процессы обмѣна веществъ. Фарадическимъ токомъ онъ пользуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при незначительныхъ выпотахъ общія явленія—слабость, нервозность и т. п.,—даютъ себя сильно чувствовать. Въ хроническихъ случаяхъ онъ пользуется влагалищно-брюшной гальванизацией.

Mundé говоритъ, что для успокоенія болей и уменьшенія плотности экссудатовъ лучшимъ средствомъ служить гальванический токъ.

Martin при хроническихъ целлюлитахъ и *pelveo-peritonitax* также рекомендуетъ влагалищно-брюшную гальванизацию.

Въ Берлинскомъ Акушерскомъ Обществѣ въ 1889 году *Ortmann* сдѣлалъ докладъ о лѣченіи электричествомъ воспалительныхъ выпотовъ въ тазу съ удовлетворительнымъ результатомъ.

Изъ русскихъ авторовъ примѣняли электричество многіе, какъ проф. *Снегиревъ*, *Варнекъ*, *Массенъ*, *Купидоновъ*, *Затонскій*, *Галактионовъ* и др.

Упомянувъ о русскихъ авторахъ, считаю нужнымъ указать, хотя вкратцѣ, на интересную работу доктора *Попялковскаго* о «вліяніи постоянного гальваническаго тока на кровеносные сосуды». При электризации языка лягушки весьма слабымъ постояннымъ токомъ, онъ наблюдалъ подъ микроскопомъ слѣдующую картину: при дѣйствіи отрицательнаго полюса, кровообращеніе замѣтно ускоряется; ясно видимые прежде капилляры постепенно сужаются и, какъ бы, исчезаютъ изъ поля зрѣнія; это суженіе постепенно распространяется и на мелкія артеріи; однако въ нихъ наблюдается нѣчто другое: сосудъ представляется на своемъ протяженіи много разъ веретенообразно расширеннымъ, что происходитъ отъ скопленія кровяныхъ тѣлецъ; толкаемая далѣе сокращающимся сосудомъ, онѣ уходятъ впередъ до новаго препятствія, (опять же скопленіе кровяныхъ тѣлецъ!). Сосудъ снова представляется здѣсь рас-

ширеннымъ и т. д. Кровообращеніе такимъ образомъ кажется, какъ бы, замедленнымъ; однако далѣе къ периферіи оно продолжается съ прежней силой. При дѣйствіи положительнаго полюса происходитъ обратное, именно—расширеніе капилляровъ и мелкихъ артерій и все большее и большее замедленіе въ нихъ кровообращенія.

Способъ *Apostoli* подвергся многимъ измѣненіямъ въ рукахъ пользовавшихся имъ, ибо оказалось, что при введеніи зонда для внутриматочной электризаціи появлялись боль и ожоги, повлекшія за собою образованіе рубцовъ и, какъ результатъ ихъ, суженіе цервикальнаго канала.

Методъ *Apostoli*, сводящійся къ гальванокаустикѣ и электропунктурѣ при большой силѣ тока, казался мнѣ теоретически мало привлекательнымъ по тѣмъ опаснымъ послѣдствіямъ, которыя онъ можетъ легко повлечь за собою; (хотя самъ *Apostoli* и другіе авторы отрицаютъ это). Въ самомъ дѣлѣ: на отрицательномъ полюсѣ отлагаются щелочи; при внутренней электризаціи матки отрицательнымъ электродомъ—зондомъ, на слизистой оболочкѣ ся выдѣляется слѣдовательно щелочь, дѣйствующая уже сама по себѣ разъѣдающимъ образомъ; кромѣ того микробы гнѣздящіеся на слизистой оболочкѣ цервикальнаго канала, (согласно изслѣдованіямъ *Винтера* и др.), легко могутъ быть увлечены вводимымъ въ полость матки зондомъ ¹⁾ и здѣсь, въ средѣ—весьма выгодной для нихъ—(щелочной)! начать свободно «плодиться и размножаться»; результатомъ всего этого—развитіе воспалительнаго процесса какъ въ самой маткѣ, такъ и въ сосѣднихъ съ нею органахъ и тканяхъ.

Что касается до электропунктуры, то уже одно то, что троакаръ вкалывается «на-угадъ», можетъ повести къ печальнымъ послѣдствіямъ. Такъ, *D. Simpson* неоднократно употреблялъ электропунктуру; пользы отъ нея онъ не видѣлъ ни разу, но наблюдалъ однажды смертельный исходъ. Если троакаръ попадетъ въ сосудъ, можетъ появиться кровотеченіе. Опасность можетъ произойти и отъ проникновенія воздуха въ опухоль, результатомъ чего—нагноеніе или ихорозное распаденіе.

¹⁾ Зондированіе, пріемъ изъ сущности самый обыкновенный, ведетъ къ сожалѣнію часто къ печальнымъ послѣдствіямъ, благодаря прогрѣшностямъ противъ правилъ профилактической асептики.

Наконецъ на основаніи опытовъ *Nagel*'я можно прійти къ тому заключенію, что извѣстныхъ результатовъ можно надѣяться достигнуть и при помощи одной лишь влагалищно-брюшной электризаціи, не прибѣгая вовсе къ электропунктурѣ или гальванокаустикѣ, и тѣмъ, слѣдовательно, избѣгнуть всякихъ опасностей, сопряженныхъ съ этими методами. Опыты *Nagel*'я надъ кроликами показали, что при электризаціи влагалища постояннымъ токомъ, слизистая оболочка его и окружающая клѣтчатка приходятъ въ состояніе сильной гипереміи. (Такъ какъ въ мѣстѣ проложенія металлическаго электрода получается струпь отъ ожога, хотя и отпадающій впослѣдствіи, то удобнѣе пользоваться углевымъ электродомъ *Apostoli*, который, по наблюденіямъ *Купидонова*, обладая большимъ сопротивленіемъ въ сравненіи съ металлическимъ, препятствуетъ энергичному дѣйствію тока; при этомъ его должно довольно энергично перемѣщать съ одного мѣста на другое. Исслѣдованіе зеркаломъ послѣ примѣненія углеваго электрода не указываетъ на какое либо измѣненіе слизистой оболочки въ мѣстѣ приложенія его. Этотъ способъ гальванизации удобенъ тѣмъ, что достигая ту же цѣль, что и въ способѣ *Apostoli*, онъ не производитъ разрушенія тканей, не влечетъ за собою никакихъ вредныхъ побочныхъ послѣдствій, если имъ пользоваться осторожно, сообразуясь съ индивидуальностью каждой больной. Приступая къ лѣченію больныхъ гальванизацией, необходимо начинать съ самыхъ слабыхъ токовъ, такъ какъ трудно опредѣлить заранее, какъ отзовется организмъ большой къ вліянію электричества.

Въ цѣляхъ предосторожности—въ смыслѣ могущихъ быть при электризаціи больныхъ всякихъ случайностей—считаю нужнымъ привести здѣсь совѣтъ *Раппмана*: прежде, чѣмъ накладывать электроды на тѣло больной, соединить ихъ между собой, что бы по гальванометру проверить, не прервана-ли цѣпь. Отъ несоблюденія этого произошелъ, сообщаемый имъ непріятный случай: электризаторъ помѣстилъ одинъ электродъ на шейные позвонки, а другой на поясницу своей пациентки и началъ осторожно числителемъ прибавлять элементы, спрашивая всякій разъ, чувствуется-ли токъ? Больная отвѣчала отрицательно. Прибавилъ еще одинъ элементъ: вдругъ больная вскрикнула и упала безъ чувствъ; съ трудомъ она была приве-

дена въ себя. Оказалось, что контактъ между шнурками и штифтами былъ дуренъ и не проводилъ тока малаго напряженія. Когда же напряженіе тока достигло извѣстной величины, цѣпь внезапно замкнулась, и сильный токъ произвелъ выше-сказанное дѣйствіе.

Вліяніе гальваническаго тока на воспалительныя опухоли.—Я пользуюсь активнымъ отрицательнымъ полюсомъ, который болынымъ пріятнѣе, чѣмъ положительный, а главное—по слѣдующимъ соображеніямъ. По *Комейму*, для всасыванія воспалительныхъ продуктовъ необходимо повышеніе тонуса сосудовъ, ускореніе кровообращенія. Съ этой цѣлью употребляются въ такихъ случаяхъ: горячія спирцеванія, присняцевскія компрессы и разныя, (сомнительныя по достиженію цѣли), *resrobenia*. Отрицательный полюсъ, какъ выше сказано, вліяетъ расширяющимъ образомъ на сосуды, повышаетъ тонусъ ихъ стѣнокъ, вызываетъ мѣстную гиперемію, слѣдовательно, при прохожденіи гальваническаго тока черезъ плотную воспалительную опухоль, при активномъ участіи катода, (согласно вышеприведеннымъ наблюденіямъ доктора *Попалювскаго*), въ ея сосудистой системѣ должны происходить извѣстныя измѣненія, сводящіяся къ повышенію тонуса стѣнокъ сосудовъ; благодаря этому кровообращеніе въ воспаленной области ускоряется и застой крови постепенно исчезаетъ, результатомъ чего лимфатическія щели и пространства становятся свободнѣе, теченіе лимфы по сосудамъ ускоряется. Благодаря постепенному исчезновенію воспалительныхъ продуктовъ, сама опухоль начинаетъ уменьшаться въ объемѣ. Уменьшенію опухоли, другими словами—разсасыванію воспалительныхъ продуктовъ, долженъ способствовать и тотъ прогрессивный метаморфозъ, который происходитъ здѣсь вслѣдствіе значительнаго уменьшенія питанія. Давленіе, производимое прежде опухолью на нервы, прекращается, а чрезъ это постепенно ослабѣваютъ и боли до полного исчезновенія. Самочувствіе больныхъ, естественно, возвращается къ нормѣ.

Не прибѣгая при этомъ къ токамъ болышей силы, можно избѣгнуть разрушающаго его дѣйствія на ткани. При такой умѣренной (по силѣ) электризаціи имѣется въ виду, слѣдовательно, *вазомоторное* вліяніе тока (въ смыслѣ *Комейма*).

Не мало способствуетъ сказанному ускоренію кровообращенія выдѣляющаяся у катода щелочь, которая вызываетъ сокращеніе стѣнокъ сосудовъ.

Организмъ привыкаетъ къ дѣйствию тока на столько, что, повышая мало по малу силу тока, можно довести её до такой величины, которая значительно превышаетъ первоначальную. Во избѣжаніе же рѣзкихъ колебаній силы тока, всегда слѣдуетъ увеличивать и уменьшать токъ постепеннымъ включеніемъ и выключеніемъ одного элемента за другимъ.

Что касается *противопоказаній* къ электризаціи, то, по *Engelmann*'у, единственнымъ является за исключеніемъ беременности, извѣстная идиосинкразія нѣкоторыхъ больныхъ по отношенію къ электричеству. Другіе считаютъ больше *противопоказаній*, именно: присутствіе гноя, кисты яичниковъ (въ виду склонности ихъ злокачественно перерождаться), и т. д.

Въ настоящее время я пользуюсь исключительно постояннымъ токомъ въ видѣ влагалищно-брюшной гальванизации. Фарадическій токъ вызываетъ у больныхъ непріятныя ощущенія и боли, почему я отъ пользованія имъ совершенно отказался.

Я пользовался прежде переносной 30 элементной Шламмеровской машиной. Въ послѣднее время я ее замѣнилъ 24 элементной батареей Chardin'a, представляющей собою несравненно большія удобства для пользованія. Максимальная сила тока здѣсь получается въ 50 МА.

Брюшнымъ электродомъ мнѣ служить свинцовая пластинка въ 16 ц. длиною и 12 ц. шириною, продиравленная въ нѣсколькихъ мѣстахъ, на которую наложенъ слой каолина толщиной въ $\frac{1}{2}$ ц., смоченнаго въ соленой водѣ; пластинка съ каолиномъ завернута холстомъ, предъ употребленіемъ она всякій разъ смачивается соленой водой, весьма быстро разжигающей засохшій каолинъ.

Влагалищный электродъ состоитъ изъ мѣднаго стержня длиною въ 16 ц., расширенный конецъ котораго навинчивается на обыкновенную рукоятку отъ электрода; на другой конецъ навинчивается цилиндръ изъ кокса въ узкой оправѣ, имѣющій въ діаметръ 8 мм, длина 2 ц. Металлическія части элект-

рода прикрыты каучуковой трубкой. До и послѣ каждого сеанса электризаціи электродъ разбирается на свои составныя части, которыя тщательно обмываются и дезинфицируются. И влагалище точно также промывается предъ каждой электризаціей. Въ каждой точкѣ поверхности влагалища (въ области сводовъ) я прикасаюсь угловымъ концомъ электрода не больше одной минуты, передвигая его постепенно съ мѣста на мѣсто, почему я ни разу не видѣлъ послѣ электризаціи ожоговъ. Элементы я ввожу въ цѣпь весьма постепенно и съ большей осторожностью, чтобы не прервать цѣпи неудачнымъ замыканіемъ.

Я пользуюсь токомъ умѣренной силы, начиная въ 1-й сеансъ съ 5 МА. и постепенно восхожу до 30 МА. Лучшимъ критеріемъ для меня всегда служитъ выносливость больныхъ. Сеансъ длится около 10 минутъ, пока больная не почувствуетъ усталости.

Ни одна изъ электризованныхъ мною больныхъ не испытывала втеченіе сеанса электризаціи непріятнаго ощущенія или боли, а лишь чувство жженія, какъ отъ горчичника, на кожѣ живота подъ брюшнымъ электродомъ.

Перехожу къ краткому изложенію исторій болѣзней тѣхъ больныхъ, которыхъ я пользовалъ электричествомъ.

Случай 1-й. Г-жа Л. 24 лѣтъ. Начала менструировать съ 15 лѣтъ черезъ каждыя 4 недѣли по 3—4 дня въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Замужемъ 6 лѣтъ. Имѣла 3 беременности, кончавшіяся срочными родами, протекавшими, какъ и послѣродовые періоды, правильно, за исключеніемъ послѣднихъ, окончившихся за 6 недѣль передъ тѣмъ: со 2-го дня послѣ родовъ больная стала испытывать жестокия боли внизу живота, жаръ, ознобы. Лѣчилась въ провинціи у врачей, діагностировавшихъ (по словамъ больной) „гнийный эксудатъ“ и приславшихъ больную въ Кіевъ для операціи.

Больная сильно истощена, жалуется на жестокия боли внизу живота, лихорадку (по измѣренію 38,9 при пульсѣ 120). При изслѣдованіи: матка велика, контуры не ясны, сливается справа съ плотною опухолью, выполняющею всю правую половину таза, поднимающеюся отсюда вверхъ на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка; занимая весь Дугласъ, она идетъ позади матки влѣво въ видѣ инфильтрата лѣвой широкой связки величиною въ кулакъ взрослого, не доходя до лѣвой боковой тазовой стѣнки; верхняя ея граница опускается косо до уровня spinae iliacae. Вѣя опухоль равномерно плотна, сильно чувствительна.

Видя въ этомъ острый процессъ Para—Perimetrit'a въ исходѣ, при отсутствіи какихъ либо данныхъ, говорящихъ за нагноеніе, я ограничился назначеніемъ абсолютнаго покоя, пузыря со льдомъ, въ крайности—наркотическихъ и ежедневныхъ клизмъ. Больная постепенно поправлялась, t^0 стала понижаться и черезъ 3 недѣли достигла нормы; тогда ледъ былъ замѣненъ Присницевскими компрессами и назначены влагалищныя души, доведши ихъ t^0 до 39^0 R. Спустя еще 5 недѣль, изслѣдованіе показало: матка немного увеличена, въ нормальной антефлексіи, плотна, передній и лѣвый контуры ея ясно опредѣляются, у корня лѣвой широкой связки—самое ничтожное уплотненіе; справа и изади отъ матки—чрезвычайно плотная опухоль, мало подвижная, нѣсколько чувствительная, величиной въ большой кулакъ взрослого.

Больная пожелала уѣхать домой. Ей предложено: продолжать только души и компрессы, слѣдить за правильнымъ отравленіемъ кишечника, coitus воспрещенъ; черезъ 1 мѣсяцъ пріѣхать ради изслѣдованія.

Больная однако возвратилась лишь черезъ 2 мѣсяца. Хотя видъ ея былъ цвѣтущій, но при изслѣдованіи все найдено in statu quo ante: опухоль не измѣнилась ни въ величинѣ, ни въ консистенціи, боли внизу живота справа постоянны, кромѣ того появились боли при мочеиспусканіи и въ мочѣ—примѣсь крови. Изслѣдованіе мочи показало: мутна, цвѣта мясныхъ помоевъ, уд. вѣсъ 1.015 (при 14^0 R). кислой реакціи, уфренное количество бѣлка, гемоглобинъ; микроскопическое изслѣдованіе осадка показало: большое количество неизмѣненныхъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, немного эпителиальныхъ клѣтокъ мостильной и овальной формы, бѣлые кровяныя шарики и кристаллы мочевоы кислоты; попадаютъ въ осадкѣ и кровяные свертки.

Я назначилъ больной принимать salolium 3 раза въ день по 8 гранъ и ежедневно дѣлать ей промывки мочевого пузыря 1% теплымъ растворомъ Steolin a. Боли при мочеиспусканіи постепенно стихли, примѣсь крови въ мочѣ исчезла, и послѣ 12-й промывки больная чувствовала себя избавленной отъ этихъ страданій. Одновременно съ этимъ я подвергъ больную лѣченію электричествомъ въ видѣ постоянного тока. ²⁾ Первые сеансы происходили черезъ 2 дня по 5 минутъ; въ цѣпь вводилось до 8 элементовъ при силѣ тока 7—8 МА. сеансы постепенно учащались, длились дольше, при большей силѣ тока, наконецъ ежедневно по 15 минутъ, сила тока доведена до 25 МА. Внизу живота справа помѣщался большой электродъ, соединенный съ положительнымъ полюсомъ батареи, а въ задній и правый своды влагалища—угловой электродъ, соединенный съ отрицательнымъ полюсомъ, перемѣщая его черезъ каждую минуту съ мѣста на мѣсто. Послѣ 6-го сеанса боли стали

²⁾ Въ данномъ случаѣ уѣство было-бы прибѣгнуть къ массажу, но я предпочелъ электризацію потому, что лѣченіе массажемъ продолжалось бы гораздо дольше, да и сама манипуляція массирования несравненно непріятнѣе больнымъ, чѣмъ спокойное оставленіе углевого электрода во влагалище.

появляться рѣже и слабѣе; послѣ 9-го болей почти нѣтъ. Но въ это время больная сопротивлялась противъ наложеннаго на нее запрета: прѣбывала съ мужемъ, была coitus, почему боли снова появились, хотя и слабѣе прежняго,—въ это время больная электризуясь уже ежедневно, пропустила 5 сеансовъ. Послѣ 11-го сеанса появилась менструація, длилась 3 дня, безъ болей, при умеренномъ выдѣленіи крови. Послѣ того было еще 5 сеансовъ электризаціи. Исслѣдованіе (черезъ мѣсяць отъ пачала электризаціи) показало: отъ экзудата не осталось и слѣда, матка и придатки совершенно нормальны. Считаю больную выздоровѣвшей, и предложилъ ей возвратиться домой.

Черезъ два дня, совершенно неожиданно для меня, она снова является съ жалобами на внезапное появленіе крови въ мочѣ и сильной боли при мочеиспусканіи. При легкомъ пажиманіи па область мочевого пузыря появляется жестокая боль; при пальпаціи—область *trigoni Lientodii* опредѣляется довольно отчетливо: правый *urether*, толщиной почти въ мизинецъ, прощупывается ясно. Я назначилъ больной покойное лежаніе въ постели, пузырь со льдомъ на область мочевого пузыря, *Amygdalinum* внутрь. Черезъ два дня эти боли исчезли; лѣвый *urether* вовсе не прощупывается, правый представляется на ощупь вдвое тоньше. Исслѣдованіе мочи показало почти тоже, что и въ 1-й разъ, лишь эпителиальныхъ клѣтокъ значительно меньше. *Ex consilio* съ хирургомъ сдѣлано предположеніе, что здѣсь имѣется дѣло съ мочевыми камнями, механически рапнящими *urether* ы, отсюда боли и кровь въ мочѣ. Больной назначено: *lytium carbonicum* gr. iv и *salolium* gr. vi по 2 раза въ день и Виши. Далѣе предложено возвратиться ей черезъ мѣсяць, а если будетъ хуже, то и раньше.

Ради полноты этой исторіи болѣзни считаю небезынтереснымъ сообщить дальнѣйшую судьбу этой больной.

И еѣ увидѣлъ лишь черезъ 4 мѣсяца. Она снова заболѣла около 2-хъ недѣль и потому была привезена въ Кіевъ. На этотъ разъ жалобы ея сводились къ жестокимъ болямъ въ области праваго подреберья (ближе къ сердечной линіи), упадку силъ; при слабо выраженной лихорадкѣ (не больше 37,8) и пульсѣ 120. При исслѣдованіи я нашелъ печень увеличенной, нижній ея край закругленъ, выходитъ изъ подреберья, чувствительность при давленіи не рѣзкая; вблизи *scrobiculum* въ пей вращивается *intumescencia*, не ясно выраженная, величиной въ дѣтскій кулачекъ, эластической консистенціи — и мнѣ казалось, что я ощущаю флюктуацію. *Genitalia* оказались въ полномъ порядкѣ; *отъ бывшаго отложения и санды не видно!* На *consilium* ѣ съ двумя терапевтами дѣло не выяснилось: одинъ изъ нихъ былъ одинакового со мною мнѣнія, что, вѣроятно, здѣсь имѣется дѣло съ холоднымъ абсцессомъ въ области печени; другой же высказался за плевропеченоческій выпоть, отдавшій печень внизъ.

Больную я съ тѣхъ поръ не видѣлъ. Узналъ лишь, спустя 3 недѣли, что положеніе больной ухудшилось: боли ожесточились, опухоль печени увеличилась; пробный проколъ далъ отрицатель-

ный результат относительно плеврита. Дальнейшая судьба этой больной мы не знаем.

Случай 2-й. Г-жа Б. 28 лѣтъ. Менструируетъ съ 13 лѣтъ черезъ каждыя 3 недѣли по 4 дня въ большомъ количествѣ съ сильной болью въ 1 день. Не рожала. Больна два года: послѣ обильнаго кровотеченія (безъ видимой по словамъ больной, причины) длившагося двѣ недѣли, стала испытывать постоянныя боли внизу живота сирава, иррадирующія въ правую ногу до колѣна. Бѣли.

При изслѣдованіи: матка не велика, въ ретроверсіи, исправленіе не возможно изслѣдствіе очень большой чувствительности, лѣвые придатки нормальны; правый яичникъ, величиной въ куриное яйцо, очень болезненъ даже при легкомъ надавливаніи. Изъ канала шейки выделяются слизисто-гнойныя бѣли; вокругъ устья—небольшая эрозія.

Примѣненіе мунекъ, ваннъ, горячихъ синринцеваній, наркотическихъ, такъ пазываемыхъ *resorbentium*—приносятъ лишь временное облегченіе, не вліяя на уменьшеніе яичника; поэтому я все это оставилъ и перешелъ къ электризаціи. Всѣхъ сеансовъ—18, черезъ каждые два дня. Отрицательный углевой электродъ—въ правый сводъ влагалища, положительный—справа и внизу живота. Сила тока до 25 МА., начавъ съ 5; число элементовъ доведено до 20-ти; сеансъ длился 10—12 м. Регулы, пришедшіе послѣ 10-го сеанса, прошли безъ болей и въ умеренномъ количествѣ. Послѣ 12-го сеанса больная перестала испытывать прежнія боли. Изслѣдованіе, произведенное послѣ 18-го сеанса, показало, что правый яичникъ не чувствителенъ, меньше сливы.

Одновременно съ электризаціей я производилъ іодированіе канала шейки, (въ полость матки банникъ не проходилъ) и эрозіи. Большая синринцевалась *creolin*’омъ. Къ концу лѣченія бѣли прекратились, эрозія зажила, матку можно было реинировать почти безъ боли.

Случай 3-й. К., 17 лѣтъ. Менструируетъ 3 года, черезъ каждыя 4 недѣли по 3 дня въ умеренномъ количествѣ съ жестокими болями, „доводящими ее нерѣдко до слезъ“. Не рожала. Больна $\frac{1}{2}$ года: „было воспаленіе, послѣ чего остались боли внизу живота и бѣли“.

Результаты изслѣдованія: небольшая матка въ нормальной антефлексіи, плотная, не чувствительна; влѣво отъ нея опухоль плотная, бугристая, очень чувствительная, величиной въ большой каштанъ, мало подвижная; правая широкая связка очень чувствительная при нажиманіи, мясиста, неясно инфильтрирована, толщиной пальца въ два. Бѣли слизисто-гнойныя.

И здѣсь обычные терапевтическіе пріемы не давали никакихъ результатовъ, кромѣ временнаго ослабленія болей. Поэтому я и эту больную подвергъ лѣченію электричествомъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ съ той, однако, разницей, что электроды помещались сперва въ одной сторонѣ, а затѣмъ перемѣщались въ

другую, при чемъ при перемѣщеніи электродовъ сила тока низводилась до нуля. Кромѣ того скорѣе ради личной увѣренности (на счетъ невозможности совершить coitus!), чѣмъ въ надеждѣ на дѣлительныя свойства, я ежедневно тампонировалъ влагалище (своды!) ватными шариками, налитанными глицериномъ.

Послѣ 8-го сеанса электризаціи боли совершенно исчезли. Исслѣдованіе, сдѣланное послѣ 10-го сеанса, показало, что лѣвый яичникъ значительно уменьшился въ объемѣ, правая широкая связка нѣсколько уплотнена, не чувствительна; при этомъ удалось констатировать, (чего нельзя было прежде изъ за рѣзкихъ болей, вызываемыхъ исслѣдованіемъ!), что и правый яичникъ раза въ два больше нормальнаго. Сила тока и количество элементовъ тѣже, что и въ предыдущемъ случаѣ, продолжительность сеансовъ доведена до 20 минутъ. Больная являлась еще для 6-ти сеансовъ. Больше я ее не видѣла. Всѣхъ сеансовъ было 16.

Случай 4-й. Г-жа М. 24 лѣтъ. Менструируетъ съ 14 лѣтъ черезъ каждыя 3 недѣли по 7—8 дней въ большомъ количествѣ безъ болей. Замужемъ три года. Со времени заболѣванія регулы идутъ по 1—2 дня въ весьма ничтожномъ количествѣ съ жестокими болями, появляющимися за 3 дня до регулы, а за нѣсколько часовъ предъ этимъ достигаютъ такой интенсивности, что доводятъ больную до безчувственного состоянія. Больная не можетъ указать локализациі болей такъ какъ съ появленіемъ ихъ она всякій разъ „почти теряетъ сознание“. Въ послѣдній разъ регулы были 4 дня т. н. Больна 5 лѣтъ; чувствуетъ себя хуже въ послѣдніе два года. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ появились сильныя головныя боли, бессонница, угнетенное состояніе духа.

Исслѣдованіемъ констатировано, что матка не велика, въ антефлексіи, смѣщенія ея вызываютъ сильныя боли; зондъ № 4 свободно и, не вызывая болей, проходитъ въ полость матки; по обѣ стороны отъ нея прощупываются двѣ бугристыя опухоли, въ высокой степени чувствительныя, съ плотнымъ ядромъ и болѣе мягкой периферіей; на передне-верхней поверхности каждой изъ этихъ опухолей (въ особенности это ясно на лѣвой!) прощупывается приращенный четкообразный шнуръ, обрамляющій опухоль по направленію къзади; на протяженіи его мѣстами ясно ощущается пульсация сосудовъ. Обѣ эти опухоли кажутся какъ-бы приращенными къ обѣимъ бокамъ матки.

Ясно, что здѣсь имѣется дѣло съ хронической формой оорного-salpingit а. Въ виду того, что больная, пролечившись втеченіи 2-хъ лѣтъ у многихъ врачей, (насчитала болѣе 8-ми!) не чувствуетъ никакого облегченія отъ своихъ страданій, подвергшись всевозможнымъ терапевтическимъ средствамъ, кромѣ электризаціи, я рѣшилъ сразу же начать съ нея.

Послѣ 12-ти сеансовъ электризаціи по вышеописанному способу, при чемъ электроды помѣщались сперва въ одной сторонѣ, а затѣмъ въ другой, при силѣ тока до 25 МА. Впродолженіе 15—20 мин., были замѣтны уже значительныя перемѣны: боли

внизу живота, а параллельно съ ними и головныя, стали постепенно ослабѣвать, самочувствіе лучше во всѣхъ отношеніяхъ, расположеніе духа лучше, равно какъ сонъ, аппетитъ. При изслѣдованіи послѣ 8-го сеанса я нашелъ, что обѣ опухоли уменьшились въ объемѣ въ особенности правая, въ которой можно было уже легче дифференцировать яичникъ и трубу; напряжение лѣвой опухоли значительно меньшее. Послѣ 12-го сеанса я нашелъ, что правосторонний опухоль уменьшилась въ сравненіи съ первоначальнымъ почти на $\frac{1}{3}$, не чувствительна при изслѣдованіи; точно также и въ лѣвой сторонѣ, гдѣ больная теперь рѣдко испытываетъ боль. Пришли одни регулы съ самой незначительной болью и то лишь наканунѣ появленія ихъ. Количество крови умеренное.

Подъ предлогомъ „семейныхъ обстоятельствъ“ больная, чувствуя себя значительно лучше, заявила, что она принуждена прервать лѣченіе на двѣ недѣли. Съ тѣхъ поръ она больше не показывалась. Мѣсяца черезъ два послѣ того я ее встрѣтилъ случайно на улицѣ быстро идущей, тогда какъ прежде она изъ за боли ходила на черепашьихъ.

Я не привожу этого случая въ смыслѣ выздоровленія, но на основаніи такого быстрого сравнительно улучшенія, какъ субъективныхъ, такъ и объективныхъ явленій, смѣю думать, что больная могла бы совершенно избавиться отъ своихъ, поистинѣ, мученическихъ страданій, еслибы она начатое лѣченіе довела до конца.

Случай 5. Г-жа П. 38-ми лѣтъ. Первые регулы на 14 году, установились лишь черезъ годъ по 4-хъ недѣльному типу въ большомъ количествѣ теченіе 6—7 дней безъ боли. Замужемъ 18 лѣтъ. Больна 13 лѣтъ: началомъ болѣзни было кровотеченіе въ продолженіи 1 года съ короткими промежутками; послѣ лѣченія кровотеченія прекратились. Имѣла 3-е срочныхъ родовъ и 1 преждевременные отъ 1-ой беременности, послѣ которыхъ она проболѣла 5 недѣль; теченіе остальныхъ послѣродовыхъ періодовъ было безъ осложнений. Послѣдніе роды 13 лѣтъ тому назадъ.

Больную я наблюдалъ 2 года. Впервые она обратилась по поводу жестокихъ болей внизу живота и поясницы, а также и при мочеиспусканіи, — въ сопровожденіи высокой 1^0 . При изслѣдованіи найденъ двухсторонній пара perimetritis, экссудатъ выполнялъ всю полость таза; кромѣ того еще cystitis. Антифлогистическое лѣченіе, примывки пузыря, приемы solol'я дали ей нѣкоторое облегченіе. Черезъ $\frac{1}{2}$ года отъ начала лѣченія найдены слѣдующія измѣненія: матка дифференцируется, плотна, увеличена, какъ при 2-хъ мѣсячной беременности, ретрофлексирована, стянута тяжами назадъ и влѣво; въ области лѣваго ретрактора констатируется неясно выраженная, чрезвычайно плотная резистентность; чрезъ правый сводъ прощупывается опухоль, вслѣдствіе болѣзненности трудно контурируемая. Шейка цианотична, величиной въ крѣпкое яблоко, устья фолликулами, устье зияетъ, банникъ свободно проникаетъ въ полость матки, откуда выдѣляется слизисто-гнойная тягучая жидкость. Больная жалуется

на чувство напора вниз, боли справа и внизу живота, иррадирующая в правую ногу и поясницу, усиливающаяся накануне наступления регулы; дальнейшие жалобы заключаются в слабости, головных болях, бессоннице, отсутствии аппетита, запорах.

Спусти после этого еще 2 месяца, (в течение которых больная применяла горечи сиропцевания) можно было уже приступить к массажу; кроме того 2 раза в неделю делались скоррификации и iodирование полости матки. Так длилось еще $\frac{1}{2}$ года с временными улучшениями и ухудшениями. В течение этого полугодия к приведенной терапии прибавились еще ванны и изтиоды—глицериновые тампоны. Жалобы больной остались до октября 1894 года почти те же, хотя при исследовании найдены некоторые перемены, а именно: боли почти прекратились, канал шейки труднее проходима для бапкина, матка (и шейка) уменьшилась в размерах, положение ее осталось то же, что и прежде, правосторонняя опухоль несколько доступнее для дифференцирования, она кажется круглой, консистенция более кистозной; левый ректатор чрезвычайно плотен и значительно утолщен.

Хотя результаты исследования казались несколько утешительными, однако вследствие незамышленного улучшения больною ее субъективных ощущений, у нее все больше и больше стала развиваться скептицизм к означенному лечению и потеря веры в выздоровление, что не могло не отразиться на ее психике. С одной стороны это, а с другой—ободряемый полученными удовлетворительными результатами у других больных от лечения электричеством, я решил в данном случае тоже предпринять это последнее, несмотря на то, что я уже заподозрил здесь существование кисты. Изъ всего прежнего терапевтического арсенала я оставил один лишь тепловатый сиропцевания (чистоты рода).

Всех сеансов электризации было 20. Промежутки в 2 дня, длительность каждого сеанса до 15 минут; наружный, положительный электрод помещался сперва на одной стороне внизу живота, потом перемещался на другую сторону; точно также и внутренний, отрицательный угловой электрод, в правом своде (через который прощупывалась опухоль), я прикасался им с осторожностью в точках, по возможности дальше стоящих от опухоли. Сила тока доходила до 25 МА. После 8-го сеанса боли стали появляться реже и слабее; после 14-го их уже не было даже во время менструации. Больная стала себя чувствовать по ее словам: „прекрасно, как никогда со времени заболевания“; головные боли исчезли; появился хороший сон, аппетит, правильное отправление кишечника, а вместе со всем этим и хорошее расположение духа.

После последнего сеанса я мог констатировать, что шейка и тело матки значительно уменьшились против прежнего; дно матки притянуто назад; через левый свод выщупывается неясно, как-бы кистозно-перерожденный яичник; через правый: опухоль величиной в апельсин средней величины, не подвижная, ясно

кистозной консистенціи, занимающая область широкой связки, поверхность ея нижняго сегмента—дольчатая; опухоль прилегаєтъ къ правой сторонѣ матки, отдѣляясь отъ нея бороздой; отсюда она заходитъ, какъ бы языкомъ на переднюю поверхность матки почти до лѣвой ея стороны. Ножки опухоли, по видимому, не имѣють.

У больной поставленъ фронтный діагнозъ: двусторонняя киста, правая изъ нихъ—интерлигаментарная. Въ виду сильной анеміи больной и рѣшилъ операцію отложить.

Случай 6-й. Г-жа М. 29 л. Времени начала 1-й менструаціи не помнить. До замужества носила крови черезъ каждыя 4 недѣли по 5 дней безъ болей въ умѣренномъ количествѣ; со времени замужества (10 лѣтъ тому назадъ) характеръ регулъ не измѣнился; была два раза беременна, родила въ срокъ правильно, послѣродовые періоды безъ осложнений; послѣдніе роды 3 года тому назадъ. Болѣть уже 4 года, хуже въ послѣдніе $\frac{1}{2}$ года. Жалуется на бѣли и боли внизу живота справа.

При изслѣдованіи: матка въ фиксированной retroversi'i, вправо и кзади отъ нея прощупывается яичникъ величиной въ каштанъ, плотный; его, какъ бы обхватываетъ шнуръ толщиной въ мизинецъ, идущій отъ праваго рога матки; на своемъ протяженіи онъ имѣеть нѣсколько перехватовъ; вся опухоль очень чувствительна.

Массажъ и другія, примѣняемыя въ такихъ случаяхъ средства, не давали сколько нибудь замѣтнаго улучшенія. И перешелъ поэтому къ влагалищно-брюшной гальванизаціи. Всѣхъ сеансовъ было 25.

Изслѣдованіе, произведенное послѣ того, показало, что положеніе матки осталось неизмѣненнымъ, труба прощупывается съ трудомъ, яичникъ уменьшился вдвое, чувствительности никакой.

Въ виду вполне хорошаго самочувствія больная перестала лѣчиться.

Случай 7-й. Г-жа Л. 30 л. Впервые обратилась ко мнѣ въ 1893 г. съ жалобами на кровотеченія, повторившіяся за послѣдніе 3 года 4 раза, всякій разъ отъ $1\frac{1}{2}$ до 2 недѣль; кромѣ того у нея постоянныя боли внизу живота справа, иррадирующія въ правую ногу и поясницу обостряющіяся ко времени каждой менструаціи; больная жаловалась еще на головныя боли стрѣляющаго характера, локализирующіяся въ правой части; эти боли также обостряются во время менструаціи, при чемъ черѣдко онѣ сопровождаются знобомъ безъ повышенія t^o . Замужемъ она 10 лѣтъ; до замужества носила крови не по опредѣленному типу, черезъ 6—7—8 недѣль по 8 дней въ большомъ количествѣ безъ болей. Начала менструировать на 14 году. Беременна не была. Считаетъ себя больной со времени замужества.

Изслѣдованіе указало на существованіе правосторонняго oophoro-salpingit'a.

Втеченіе около 2 лѣтъ я въ лѣченіи больной примѣнялъ весь извѣстный мнѣ для такихъ случаевъ арсеналъ средствъ, съ вре-

меннымъ улучшеніемъ и ухудшеніемъ. Отъ головной боли больная лѣчилась одновременно у другихъ врачей, не получая, однако, никакого облегченія.

Видя безуспѣшность отъ такого лѣченія, я зимою 1894/5 г. сказалъ больной, что къ открытію лѣтняго сезона ей придется поѣхать ради лѣченія либо въ Franzensbad, либо на Лиманъ въ Одессу. Но до того я ей предложилъ еще подвергнуться лѣченію электричествомъ, отъ котораго и въ нѣкоторыхъ случаяхъ хроническихъ воспаленій полового аппарата получилъ удовлетворительные результаты. Больная согласилась. Всѣхъ сеансовъ влажно-брюшной гальванизации было 24. Эффектъ получился прекрасный: къ концу лѣченія больная чувствовала себя очень хорошо; боли внизу живота и головныя совершенно прекратились, угнетенное прежде состояніе духа исчезло; менструаціи съ того времени стали приходить черезъ 4 недѣли по 5 дней, въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Предварительный планъ относительно лѣченія лѣтомъ былъ, конечно, измѣненъ: больная поселилась на дачѣ, гдѣ я имѣлъ возможность наблюдать ее втеченіе всего минувшаго лѣта; ни разу не упоминала она своихъ прежнихъ жалобъ на боли внизу живота или въ головѣ. Тѣмъ не менѣе я нашелъ нужнымъ назначить ей теплыя ванны (27° R.), которыхъ она сдѣлала за лѣто—40.

Исслѣдованіе, сдѣланное въ концѣ лѣта, было уже совершенно безболѣзненно; ощупываніе яичника представлялось труднымъ (больная—довольно полная особа).

Случай 8-й. Г-жа Р. Б. 28 л.—обратилась ко мнѣ съ жалобами на боли внизу живота, въ поясницѣ, обильныя, затяжныя (7—8 дней) съ жестокими болями менструаціи, внѣ ихъ—бѣли, частыя головныя боли, бессонницу, угнетенное состояніе духа. Больна около 2-хъ лѣтъ послѣ перенесеннаго сентического послѣродового періода. Все время лѣчилось съ временными улучшениями и ухудшеніями. Начала менструировать на 14-мъ году черезъ каждыя 4 недѣли по 3 дня въ умѣренномъ количествѣ и до заболѣванія безъ болей. Замужемъ 10 лѣтъ. Всѣхъ беременностей было 4, кончались правильными, срочными родами съ нормальными послѣродовыми періодами за исключеніемъ послѣдняго.

Исслѣдованіемъ выяснено слѣдующее состояніе полового аппарата: задняя стѣнка влагалища значительно пролабируетъ, въ видѣ лоскута длиной въ 8—9 ц. и шириною 4—5 ц. съ образованіемъ rectocele; матка нѣсколько увеличена, въ фиксированной ретроверсії, каналъ широкъ, изъ него выдѣляются бѣли; влѣво отъ матки на обычномъ мѣстѣ находится значительно увеличенный (больше каштана) чувствительный яичникъ, лѣвая широкая связка, какъ бы мясиста; вправо отъ матки и нѣсколько кзади констатируется плотная опухоль съ неясными контурами, чрезвычайно чувствительная къ прикосновенію, величиною съ ангельскаго яйца.

Больная производитъ тяжелое впечатлѣніе своимъ угнетеннымъ видомъ. Ходить, съ трудомъ передвигая ноги изъ—за боли,

согнувшись; t^0 нормальна; пульсъ 84. Всѣ остальные органы, по видимому, въ порядкѣ.

Не полагаясь на слова больной, заявившей, что она лѣчится уже два года, не получая никакого облегченія, я принималъ здѣсь вначалѣ всѣ способы лѣченія, какъ то: покой, согревающие компрессы, выпрыскиванія—теплыми и горячими, тампоны съ глицериномъ, ванны, разные *resorbentia*, *narcotica*, но значительнаго улучшенія не видѣлъ ни въ объективныхъ, ни въ субъективныхъ явленіяхъ. Лучше всего дѣйствовали (въ смыслѣ успокоенія болей) теплыя ванны, по отъ нихъ пришлось отказаться по независящимъ причинамъ. Половой жизни, могущей мѣшать дѣлу лѣченія, больной, насколько мнѣ были извѣстны ея семейныя условія, не имѣла.

Видя безуспѣшность такого лѣченія, я съ января 1895 г. приступилъ къ влагалитно-брюшной гальванизациі. Послѣ 14-го сеанса больная чувствовала уже замѣтное улучшеніе: регулы прошли съ меньшими болями, не обильно; боли въ животѣ стали появляться рѣже и слабѣе, равно и головныя боли. У больной появился уже сонъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и лучшее самочувствіе. Дома больная лишь сиринцевалась переваренной водой.

Послѣ 20-го сеанса электризаціи я изслѣдовалъ больную и нашелъ слѣдующіе перемѣны: матка представляется такою же, какъ и въ началѣ лѣченія, лишь контуры ея выдѣляются яснѣе; лѣвая широкая связка и одноименный личникъ весьма значительно уменьшились въ объемѣ; плотная опухоль, осязаемая вначалѣ лѣченія вправо и къзади отъ матки, значительно уменьшилась въ объемѣ, консистенція ея мягка, почти кистозна.

Въ виду продолжающихся бѣлей я сталъ производить іодированіе полости матки, продолжая сеансы электризаціи еще 10 разъ.

Послѣ 30 го, послѣдняго сеанса, я могъ констатировать, что правосторонняя опухоль есть нѣсколько увеличенный, мало чувствительный къ давленію, фиксированный ящикъ. Послѣдніе 10 сеансовъ я принужденъ былъ дѣлать съ болѣе или менѣе значительными промежутками, такъ какъ больная, чувствуя себя прекрасно стала манкировать лѣченіемъ. Отъ предложенной мною операциі *colparthaphia posterior*—больная отказалась. 7 мѣсяцевъ спустя послѣ лѣченія электричествомъ больная снова меня посетила, прося сдѣлать ей упомянутую операцию.

Больная чувствуетъ себя прекрасно: менструируетъ безъ болей, въ умѣренномъ количествѣ, по 4 дня, бѣлей почти нѣтъ, головныя боли исчезли, расположеніе духа хорошее. При изслѣдованіи половой сферы я нашелъ тоже, что и по окончаніи электризаціи. *Colporrhaphia posterior* сдѣлана ей успѣшно: заживленіе *per priam*.

Случай 9-й М. 28 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота справа, иррадирующія въ поясницу; бѣли, сильныя головныя боли, нервозность. Менструируетъ съ 16 лѣтъ черезъ 4 недѣли по 3 дня въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Замужемъ 10 лѣтъ. Двое родовъ срочныхъ, правильныхъ, съ нормальными послѣро-

ловыми періодами: послѣдніе 3 года т. н. Начала болѣзни не помнить; утверждаетъ, что болѣла около двухъ лѣтъ, лечилась все время безуспѣшно, чувствуетъ себя хуже въ послѣдніе 1/2 года.

При изслѣдованіи половой сферы обнаружено: матка запрокинута, фиксирована въ суправлагинальной части пеленообразными тяжами, крайне чувствительными при попыткахъ ренопировать ее; справа и сзади отъ матки ощущивается опухоль, величиною въ мандаринъ, чувствительная при легкомъ надавливаніи (правый яичникъ съ воспалительными наслоениями?) Въ остальномъ—все нормально.

Массажи черезъ день, исключая время регуловъ, горячіе души, парокитическія, примѣняемая втеченіе 5 недѣль, не давали почти никакихъ результатовъ. Ввиду этого я перешелъ къ влагалитико-брюшной гальванизациі (какъ и въ предыдущихъ случаяхъ). Всѣхъ сеансовъ было 26. Время отъ времени я йодировалъ полость матки. Послѣ 20-го сеанса болѣлая чувствовала себя прекрасно: боли внизу живота и поясницъ исчезли, равно и головныя боли; при изслѣдованіи матка—in statu quo ante, опухоль справа и сзади уменьшилась до величины сливы, не чувствительна, кажется смѣщеннымъ, фиксированнымъ яичникомъ.

Болѣлая неохотно являлась еще для 6-ти сеансовъ электризаціи, находя это уже ненужнымъ; „такъ какъ она чувствуетъ себя совсѣмъ здоровой“.

Случай 10. Гжа З. 34 лѣтъ. Болѣла 1 годъ. Жалуется на жестокия боли внизу живота слѣва, появляющіяся *только на третій день* регулъ, продолженіе нѣсколькихъ часовъ; при томъ регулы всегда сопровождаются головной болью.

Менструируетъ съ 14 лѣтъ; до заболѣванія въ большемъ количествѣ по 6 дней черезъ каждыя 4 недѣли; со времени болѣзни регулы длятся лишь три дня и послѣ 3-хъ дневнаго промежутка появляются снова на нѣсколько часовъ. Три беременности окончились срочными, правильными родами; 4-ая выкидышемъ на четвертомъ мѣсяцѣ; послѣродовые періоды прошли безъ осложнений. Послѣдняя беременность 11 л. тому назадъ.

Изслѣдованіемъ констатировано: значительно увеличенная ціанотичная шейка матки; при неувеличенномъ тѣлѣ ея, правильнаго положенія и очертанія; отъ лѣваго ея рога отходитъ тонкій шнуръ (salpinx?) по направленію къ яичнику, очень чувствительному, по величинѣ соответствующему крымскому яблоку.

Большой предложена amputatio colli, но отъ операціи она отказалась. Тогда я рѣшилъ примѣнить и здѣсь влагалитико-брюшную гальванизацию, при чемъ внутренній (углевой) электродъ помѣщался то на поверхности шейки, то въ лѣвомъ сводѣ. Сила тока доведена до 30 МА.; сеансы длились по 10 минутъ. Всѣхъ сеансовъ—25. Результаты получились утѣшительные: болѣлая за время леченія менструировала два раза, при чемъ 1-й разъ обычная боль была не столь сильна, а во 2-й разъ *болѣе вовсе не было*, менструація длилась 5 дней, крови—умѣренное количество. Головныя боли совершенно *исчезли*. При изслѣдованіи—

шейка при той же величинѣ не кажется цианотичной, лѣвая труба не продуцируется, яичникъ весьма значительно уменьшился, почти не чувствителенъ.

Случай 11 Г-жа З. 21 года. Жалуется на неправильность регуль и боли внизу живота справа и въ поясницѣ, кромѣ того частыя головныя боли и раздражительность. Больна $1\frac{1}{2}$ года—послѣ родовъ. 1-ые регулы на 13 году; приходили каждыя четыре недѣли по 3 дня въ умѣренномъ количествѣ, безъ болей. Замужемъ 4 года. Со времени болѣзни характеръ регуль измѣнился: затягиваются на 8 и болѣе дней съ короткими перерывами; межменструальный періодъ 6 недѣль. Родила одинъ разъ преждевременно на 7-мъ мѣсяцѣ беременности; послѣ родовъ была больна.

Больная все время лечилась въ провинціи, „докторъ дѣлалъ прижиганія матки, вставлялъ во влагалище тампоны, назначалъ мнѣ свѣчки, сиринцеванія“, сообщила больная.

Исслѣдованіе: антефлексированная, увеличенная (до 8 ц.) матка наклонена слегка вправо; отъ праваго ея рога отходитъ еле прощупываемый тонкій шнуръ, постепенно расширяющійся по направленію къ правому яичнику, увеличенному, съ которымъ онъ и сливается, образуя вмѣстѣ продолговатое тѣло слегка кистозной консистенціи; на шейкѣ вокругъ устья нынѣшная эрозія; каналъ шейки проходимъ для банника; изъ него небольшое слизистое выдѣленіе.

Основываясь на нормальной т° тѣла больной, я исключилъ здѣсь присутствіе гноя и остановился на возможности haemato или hydrosalpinx. Я назначилъ прижиганія изъ 1% раствора *supri sulfur.*, черезъ 3—4 дня вливалъ черезъ зеркало во влагалище 10% растворъ его, проводя въ то же время и банникъ черезъ капаль шейки; благодаря этому эрозія вскорѣ зажила. Кромѣ того я ежедневно электризовалъ больную. Всѣхъ сеансовъ—25. Сила тока доведена до 30 МА. Продолжительность каждаго сеанса 10 мин. Послѣ 6-го сеанса больная на другой день заявила, что у нея вчера „появились несвоевременно регулы, по странному образцу: кровь показалась вскорѣ послѣ сеанса, поемному, темная, не въ большомъ количествѣ; это продолжалось нѣсколько часовъ и все прекратилось“. При изслѣдованіи я констатировалъ, что находимая раньше слегка кистозная консистенція въ области расширенной правой трубы исчезла: труба продуцируется въ видѣ тонкаго шнура, направляющагося къ увеличенному по прежнему яичнику. Въ остальномъ перемѣны нѣтъ. Съ тѣхъ поръ боли внизу живота и поясницѣ стали постепенно исчезать, а вмѣстѣ съ тѣмъ и головныя боли.

Чувствуя себя „совершенно здоровой“, больная послѣ 25 сеансовъ рѣшила прекратить леченіе. Исслѣдованіе показало, что яичникъ почти нормальной величины, не чувствителенъ, труба не продуцируется. Длина полости матки 7 ц., положеніе ея—правильное. Больная была подъ моимъ наблюденіемъ пять недѣль и регулы все не являлись.

Случай 12. Г-жа Б. 30 лѣтъ. Жалуется на боли внизу живота справа, иррадирующія въ поясницу и правую ногу до колѣна, болѣе слабыя—въ лѣвой сторонѣ, головныя боли всегда во время регулъ и часто въ межменструальномъ періодѣ, общую слабость.

Больна 1 годъ. Лечилась, но безуспѣшно.

Первые регулы на 14-мъ году, приходятъ каждыя 4 недѣли по 3—4 дня въ умѣренномъ количествѣ съ болями предъ наступленіемъ ихъ въ 1-ый день. Замужемъ 8 лѣтъ. Изъ 4-хъ беременностей двѣ окончились срочными, правильными родами и 2 выкидышами; послѣродовые періоды безъ осложнений. Послѣдніе роды три года т. н.

Исслѣдованіе: матка не представляетъ уклоненій отъ нормы, лѣвая широкая связка толста, правый яичникъ очень чувствителенъ, величиною въ болѣшую сливу.

Не прибѣгая къ другимъ средствамъ, я началъ съ электризаціи. Послѣ 10-го сеанса больная стала замѣчать нѣкоторое ослабленіе болей; послѣ 20-го больная заявила, что боли появляются уже весьма рѣдко и не сильныя—и то лишь съ правой стороны. Головныя боли исчезли. Регулы прошли безъ болей. Исслѣдованіе показало, что лѣвая широкая связка не утолщена, яичникъ нормальной величины, не чувствителенъ; правый яичникъ меньше и плотнѣе прежняго, мало чувствителенъ.—Больная продолжаетъ еще изрѣдка меня посѣщать, подвергался всякій разъ сеансу электризаціи.

Остальные случаи считаю лишнимъ приводить, такъ какъ они либо аналогичны предыдущимъ, либо, начавъ лѣчиться электричествомъ, больная на первыхъ же порахъ прекращала свои посѣщенія.

Раньше, чѣмъ вывести заключеніе изъ всего предыдущаго, позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о тѣхъ болѣзненныхъ явленіяхъ у женщинъ, которыя сопутствуютъ основному генитальному ихъ страданію.

Клиническія явленія, наблюдаемыя при заболѣваніяхъ женской половой сферы, слагаются: 1) изъ припадковъ, зависящихъ непосредственно отъ даннаго заболѣванія и 2) изъ явленій, обнаруживающихся въ другихъ частяхъ организма, имѣющихъ органическую связь съ заболѣвшимъ органомъ. Эти послѣднія, такъ называемыя *симпатическія* явленія, нерѣдко проявляются въ такой силѣ, что собственно явленія, вызываемыя непосредственно основнымъ страданіемъ, отступаютъ предъ ними, какъ бы на задній планъ.

Особенно рѣзки бываютъ эти симпатическія явленія со стороны *нервной* системы. Онѣ характеризуются или повы-

пленной чувствительностью, или ослабленіемъ и даже потерей ея; въ сферѣ двигательной—судорогами, парезами и параличами. Сюда же относятся различнаго рода невралгіи, среди которыхъ самыя мучительныя для больныхъ это гиперестезіи головного мозга. Упомяну еще о самыхъ разнообразныхъ явленіяхъ у *истеричныхъ* субъектовъ, не вдаваясь объ этомъ въ подробности, которыя завели-бы слишкомъ далеко.

Я не ошибусь, если скажу, что вообще нервныя болѣзни у женщинъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ обязаны своимъ происхожденіемъ тому или другому заболѣванію ихъ полового аппарата.

И если генитальныя заболѣванія влекутъ за собою (чрезъ посредство симпатическихъ нервовъ) различныя патологическія явленія со стороны нервной системы, то эти послѣднія съ своей стороны поддерживаютъ первоначальный мѣстный процессъ.

Вотъ почему при лѣченіи женскихъ болѣзней необходимо обращать вниманіе и на сопутствующія имъ явленія со стороны нервной системы.

Въ заключеніе всего сказаннаго позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) При хроническихъ воспалительныхъ процессахъ въ области женской половой сферы отрицательный полюсъ влажно-брюшной гальванизации служитъ прекраснымъ терапевтическимъ агентомъ даже и тогда, когда другія примѣняемые здѣсь средства не приносятъ вовсе или очень мало пользы.

2) Улучшеніе отъ электризации замѣчается въ болѣе короткое время, чѣмъ отъ примѣненія другихъ средствъ.

3) Электризация (постояннымъ токомъ) не вызываетъ болей (въ противоположность массажу); при этомъ не за чѣмъ прибѣгать къ токамъ большой силы.

4) Благотворное вліяніе электризации сказывается не только на мѣстномъ страданіи, но и на отраженныхъ нервныхъ явленіяхъ.

5) Противопоказаніемъ къ электризации я бы считалъ только присутствіе гноя.

VII.

Профилактический поворотъ при узкихъ тазахъ и отношеніе его къ выжидательному методу *).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНІЕ.

К. Ф. Мацѣевскаго.

(Изъ Императорскаго Клиническаго Повивальнаго Института).

(Окончаніе).

Переходимъ теперь къ обзислѣдованію исхода родовъ для матерей какъ при выжидательномъ методѣ, такъ и въ случаяхъ профилактическаго поворота. Здѣсь мы прослѣдимъ травматическія поврежденія, лихорадочныя движенія и ихъ послѣдствія. Для болѣе удобнаго сравненія результатовъ, мы рѣшили сопоставить данныя 115 случаевъ выжидательнаго метода параллельно съ данными 60 случаевъ профилактическаго поворота.

ВЫЖИДАТЕЛЬНЫЙ МЕТОДЪ. ПРОФИЛАКТИЧЕСКІЙ ПОВОРОТЪ.

I. Травматическія поврежденія.

а) РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

I ст. имѣли мѣсто 7 разъ, что состав. 6,1%	I ст. имѣли мѣсто 3 р., что состав. 5,0%
II „ „ „ 3 „ „ „ 2,6 „	II „ „ „ 6 „ „ „ 10,0 „
III „ „ „ 1 „ „ „ 0,9 „	III „ „ „ — „ „ „ — „
неознач. ст. имѣли мѣсто . . . 8 „ „ „ 7,0 „	неозн. ст. имѣли мѣсто . . . 5 „ „ „ 8,3 „

б) PERINEOTOMIAE

выполнены . . . 9 разъ, что состав. 7,8%	не было.
Всѣхъ поврежденій промежности, т. е. разрывовъ промежности и перинеотомій въ-сѣхъ, было . . . 28 „ „ „ 24,3 „	Всѣхъ поврежденій промежности было . . . 14, что состав. 23,3 „

*) См. «Журн. Акуш. и Женск. болѣз.» за Январь 1897 г. стр. 3.

с) Другія незначительныя поврежденія

имѣли мѣсто 3 раза, что состав. $2,6\%$ | имѣли мѣсто 1 разъ, что состав. $1,7\%$

d) Поврежденія шейки матки

Разрывъ шейки случился . . . 1 разъ, что состав. $0,9\%$	Разрывъ шейки случился . . . 1 разъ, что состав. $1,7\%$
Отрывъ губы шейки 1 „ „ „ $0,9\%$	Кровявыя расши- ренія ш. вы- появились . . . 4 „ „ „ $6,7\%$
Кровав. расшир. ш. не было . . . — „	Всѣхъ поврежд. на шейкѣ мат. получилось . . . 5 „ „ „ $8,3\%$
Всѣхъ повреж- деній шейки по- лучилось . . . 2 „ „ что состав. $1,7\%$	

е) Разрывъ сводовъ

не имѣлъ мѣста — „ „ „ — „ | случился . . . 1 разъ, что состав. $1,7\%$

f) Разрывъ матки

имѣлъ мѣсто 2 раза, что состав. $1,7\%$ | случился . . . 1 разъ, что состав. $1,7\%$

II. Лихорадочныя движенія.

Въ послѣродовомъ періодѣ лихорадили въ теченіе одного или двухъ дней:

16 родильницъ, что состав. . . $13,9\%$ | 9 родильницъ, что состав. . . $15,0\%$

Лихорадили болѣе продолжительное время, т. е. болѣе двухъ дней:

21 родильница, что состав. . . $18,3\%$ | 13 родильницъ, что состав. . . $21,7\%$

III. Смерть

случилась 1 разъ, что состав. . . $0,9\%$	имѣла мѣсто въ 1 случ., что состав. $1,7\%$
При вскрытіи причинной смерти признано: гнилокровіе.	При вскрытіи причинной смерти признано: разрывъ матки съ послѣдующимъ кро- ветеченіемъ и гнилокровіе.

Изъ вышеприведеннаго обзора данныхъ относительно исхода родовъ для матерей мы видимъ, что процентное отношеніе неопасныхъ травматическихъ поврежденій при выжидательномъ методѣ весьма близко подходитъ къ проценту таковыхъ же поврежденій при профилактическомъ поворотѣ; то же самое мы замѣчаемъ относительно лихорадочныхъ движеній. По моему глубокому убѣжденію мы должны оцѣнивать оба разбираемые здѣсь метода только по вышеупомянутымъ травматическимъ

поврежденіямъ и по лихорадочнымъ движеніямъ въ послѣ-
родовомъ періодѣ, изъ которыхъ первыя часто ведутъ къ хро-
ническимъ заболѣваніямъ полового аппарата женщины, а по-
слѣднія, обуславливаясь, главнымъ образомъ, занесеніемъ инфек-
цій въ родовые пути роженицы, могутъ повести къ очень
тяжелымъ, даже смертельнымъ заболѣваніямъ матери. Если
именно такъ будемъ сравнивать оба метода между собою, то
окажется, что они оба даютъ одинаковые результаты по отно-
шенію къ матерямъ. Что же касается разрывовъ матки, то
эти столь опасныя поврежденія никогда не обуславливаются
раціональнымъ примѣненіемъ того или другого метода, тѣмъ или
другимъ раціональнымъ вмѣшательствомъ, а всегда являются
послѣдствіемъ ненормальнаго строенія мышечной ткани матки;
на этомъ основаніи пераціонально оцѣнивать методы по про-
центамъ разрывовъ матки; послѣдніе проценты у насъ слу-
чайно совпали, но въ другихъ статистикахъ они разь дадутъ
указанія въ пользу выкидательнаго метода, въ другой разь,
наоборотъ, въ пользу профилактическаго поворота, какъ это
часто бываетъ при счетѣ случайныхъ явленій. Смертельныя
исходы матерей точно также нельзя ставить въ зависимость
отъ примѣненія того или другого метода: смерть матери при
родахъ обуславливается или случайнымъ факторомъ, или суммой
весьма разнородныхъ моментовъ; среди послѣднихъ весьма
важную роль играетъ занесеніе инфекціи въ родовые пути
матери; при этомъ также важно время инфицированія, свой-
ства самой инфекціи, присутствіе травматическихъ повреж-
деній въ половомъ каналѣ роженицы; наконецъ, здѣсь имѣетъ
весьма важное значеніе реакція со стороны заболѣваго орга-
низма; такъ какъ тотъ или другой исходъ заболѣванія зависитъ
отъ цѣлой массы факторовъ, то посему пераціонально по
исходу заболѣванія оцѣнивать методъ, какъ и все лѣченіе,
вообще; изъ всѣхъ моментовъ, слагающихся на тотъ или дру-
гой исходъ заболѣванія, мы можемъ лишь выдѣлить и по-
ставить въ зависимость отъ того или другого метода занесе-
ніе заразы въ родовые пути матери и травматизацію ихъ;
первый моментъ простиженъ у насъ по лихорадочнымъ дви-
женіямъ въ послѣродовомъ періодѣ; второй моментъ мы объ-
изслѣдовали непосредственно.

Здѣсь считаю умѣстнымъ подчеркнуть основательность взгляда нѣкоторыхъ, весьма немногихъ изслѣдователей о томъ, что перфорация сама по себѣ не обуславливаетъ смерти матери; здѣсь же считаю умѣстнымъ отмѣтить взглядъ, что операція наложенія щипцовъ какъ полостныхъ, такъ и высокихъ сама по себѣ никогда не обуславливаетъ смерти матери; то же самое слѣдовало бы отмѣтить и объ операціи поворота плода: смерть матери послѣ поворота подобно тому какъ при щипцахъ и перфорацияхъ обуславливается случайными факторами, болѣею частью гипокровіемъ, рѣже бываетъ послѣдствіемъ разрывовъ матки, но послѣдніе, какъ и это выше замѣять, обуславливаются не самой операціею, а ненормальной структурой мышечной ткани матки. Изъ всего вышесказаннаго слѣдуетъ, что высчитываніе процента смертности матерей для перфорации, щипцовъ и поворотовъ вполнѣ нераціонально; оно не согласуется съ понятіями асептики и антисептики и не соответствуетъ современному уровню какъ акушерскаго искусства, такъ и акушерской науки.

Переходимъ теперь къ разбору тѣхъ основаній, которыя приводятся въ доказательство преимущества профилактическаго поворота передъ выжидательнымъ методомъ. Сторонники предохраняющаго поворота указываютъ на то, что 1) ихъ методъ даетъ лучшіе результаты для матерей, ибо при поворотѣ родовой актъ сокращается, и тѣмъ самымъ устраняются опасныя осложненія затяжныхъ родовъ; 2) профилактическій поворотъ даетъ лучшіе результаты для плодовъ; это происходитъ, главнымъ образомъ, отъ того, что 3) послѣдующая головка лучше аккомодируется и конфигурируется, чѣмъ впередъ идущая; 4) женщины, которыя при головныхъ предлежаніяхъ рожали мертвыхъ плодовъ, при тазовыхъ предлежаніяхъ родоразрѣшались благополучно.

Относительно 1-го пункта я долженъ отмѣтить, что всѣ смертвѣнія мягкихъ частей и большая часть разрывовъ матки относятся къ случаямъ запущенныхъ родовъ, которые были доставлены въ родовспомогательное заведеніе послѣ слишкомъ долгаго выжиданія, отличавшагося отсутствіемъ всякой критики и часто примѣнявшагося безъ соблюденія правилъ

асептики и антисептики. Такое выжиданіе не можетъ быть отождествляемо съ выжидательнымъ методомъ, и посему результаты такихъ родовъ не должны приниматься въ расчетъ при сравненіяхъ двухъ интересующихъ насъ методовъ. Нѣкоторая часть разрывовъ матки относится къ такимъ случаямъ, которые были доставлены въ заведеніе въ незапущенномъ видѣ; такіе разрывы случаются очень рѣдко и обусловливаются ненормальнымъ строеніемъ мышечной ткани матки; въ такихъ случаяхъ, какъ это явствуетъ изъ исторій родовъ, осложненныхъ разрывомъ матки, родовыя боли бываютъ слабы, часто принимаютъ судорожный характеръ, въ большинствѣ случаевъ раскрытіе зѣва замедляется; это послѣднее обстоятельство часто заставляетъ выжидать даже сторонниковъ профилактическаго поворота, и посему самопроизвольные разрывы *возможны и действительно бываютъ* также и въ тѣхъ родовспомогательныхъ заведеніяхъ, гдѣ при узкихъ тазахъ примѣняется профилактический поворотъ; такое мнѣніе доказывается, между прочимъ, исторіей родовъ, описанныхъ Nagel'емъ въ его сочиненіи: — «Die Wendung bei engem Becken» — на 40 стр. Въ указанной исторіи родовъ, давшихъ въ концѣ концовъ летальный исходъ какъ для матери, такъ и для плода, я позволю себѣ подчеркнуть тотъ фактъ, что въ заведеніи, гдѣ при узкихъ тазахъ примѣняется профилактический поворотъ, въ данномъ случаѣ поворотъ былъ предпринятъ спустя 28 час. со времени поступленія роженицы въ заведеніе; поворотъ оказался настолько легкимъ, что авторъ не сомнѣвается въ томъ, что разрывъ матки, обнаружившійся послѣ поворота, произошелъ до операціи; авторъ объясняетъ столь продолжительное выжиданіе незначительнымъ суженіемъ таза ²⁾, и сравнительно благоприятнымъ анамнезомъ предыдущихъ родовъ; однакоже такое объясненіе не оправдывается статистикой автора, въ которую на 60 всѣхъ случаевъ вошли 10 поворотовъ при *con. diag.* въ 11 ст. и 1 поворотъ при *coniug. diag.* въ 11½ ст., при благоприятномъ въ большинствѣ случаевъ анамнезѣ предыдущихъ родовъ; мнѣ бы казалось болѣе

²⁾ Размеры таза указаны следующие: между верт. 29, м. греб. 26, м. ост. 24; наруж. конъюг. 18½ *con. diag.* 10½.

вѣроятнымъ, что здѣсь медлили съ поворотомъ по причинѣ недостаточнаго открытія маточнаго зѣва; послѣдній при поступленіи роженицы въ заведение былъ «dreimarkstückgross» по словамъ автора.

Отсюда мы видимъ, что профилактическій поворотъ далеко не всегда примѣняется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ могъ бы быть полезенъ; такъ относительно поворота дѣло обстоитъ теперь, такъ оно будетъ вестись и въ будущемъ, ибо поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ при несовершенномъ зѣвѣ, обуславливая собою большую травматизацію родовыхъ путей матери, теряетъ свое профилактическое дѣйствіе; въ большинствѣ случаевъ предохраняющій поворотъ предпринимается при стоячихъ водахъ или вскорѣ послѣ ихъ отхожденія, при полномъ или почти полномъ открытіи зѣва, т. е. въ такихъ случаяхъ, гдѣ родовая дѣятельность матки удовлетворительна и гдѣ, слѣдовательно, въ большинствѣ случаевъ мускулатура ея здорова, но въ такихъ именно случаяхъ профилактическое дѣйствіе поворота сомнительно, и посему поворотъ становится излишнимъ.

Здѣсь не могу не оговорить инфицированныхъ родовъ, при которыхъ возможности скорое родоразрѣшеніе весьма цѣлесообразно; этому требованію отвѣчаетъ какъ профилактическій поворотъ по своему существу, такъ и выжидательный методъ своими основными принципами; именно, при послѣднемъ методѣ явленія *endometritidis sub partu* считаются настоящимъ показаніемъ для перехода отъ выжиданія къ оперативному вмѣшательству, т. е. къ родоразрѣшенію; нѣкоторые сторонники выжидательнаго метода отступаютъ отъ этого основнаго правила, главнымъ образомъ, во избѣжаніе перфораціи живаго плода; результаты родовъ при такихъ отступленіяхъ не могутъ быть поставлены въ вину выжидательнаго метода; въ статистику послѣдняго метода вошелъ у насъ одинъ подобный случай, въ которомъ роды затянулись и дали летальный исходъ для матери; при сравненіи результатовъ выжидательнаго метода съ результатами профилактическаго поворота упомянутый случай смерти матери уравнивался однимъ летальнымъ исходомъ при поворотѣ, который, кстати замѣчу, принадлежалъ къ числу поворотовъ, по условіямъ

своего производства неотвѣчающихъ идеальнымъ условіямъ профилактическаго поворота.

Переходимъ къ разбору втораго основанія приводимаго въ защиту профилактическаго поворота, а именно, что этотъ методъ даетъ лучшіе результаты для плода, чѣмъ выжидательный; *Schroeder* ¹⁰⁾ въ своемъ учебникѣ акушерства положительно высказывается, что раннимъ поворотомъ спасается отъ смерти цѣлая половина того числа плодовъ, которые при выжиданіи погибаютъ отъ перфораци. На основаніи данныхъ нашей статистики мы можемъ вывести противоположное заключеніе, а именно, что при выжидательномъ методѣ остаются въ живыхъ около половины того числа плодовъ, которые погибаютъ при поворотѣ. Такая противоположность между указаніями нашихъ цифръ и взглядомъ знаменитаго *Schroeder* а озадачивала насъ до тѣхъ поръ, пока мы не обратили вниманія на одинъ фактъ, объяснившій всю загадку въ пользу нашихъ цифръ. Дѣло въ томъ, что *Schroeder* судилъ о поворотѣ и выжиданіи по собственному матеріалу; мы же знаемъ, что онъ былъ горячимъ противникомъ высокихъ щипцовъ и посему долженъ былъ чаще прибѣгать къ перфораци высоко стоящей головки плода. Этотъ же фактъ позволяетъ намъ заключить о томъ, что въ тѣхъ заведеніяхъ, гдѣ примѣняется профилактическій поворотъ, вмѣстѣ съ повышеніемъ смертности плодовъ въ зависимости отъ поворота, или лучше сказать, отъ многочисленныхъ этиологическихъ моментовъ для развитія асфиксіи плода при поворотѣ, идетъ параллельно съ нимъ повышеніе смертности плодовъ для тѣхъ случаевъ, гдѣ уже поворотъ непримѣнимъ, повышеніе, обусловливаемое избѣганіемъ высокихъ щипцовъ и болѣе частымъ примѣненіемъ перфораци. Здѣсь я считаю умѣстнымъ привести процентныя отношенія краниотомій къ всему количеству родовъ за этотъ же самый промежутокъ времени какъ для германскихъ родо-вспомогательныхъ заведеній, гдѣ процвѣтаетъ профилактическій поворотъ, такъ и для тѣхъ заведеній, въ которыхъ не

¹⁰⁾ Учебникъ Акушерства. Русск. переводъ съ девят. исправл. изданія подъ редак. проф. Рейна. Спб. 1888; послѣд. строка 521-ой стр. и пять пер. строкъ 522-ой стр.

избѣгаютъ высокихъ щипцовъ; цифры для германскихъ учрежденій я привожу по *Zeitmann*'у ¹¹⁾.

Въ Дрезденѣ перфорациі составили	1, 8%	всего	числа	родовъ.
„ Лейпцигѣ „ „	1,77 „	„ „ „	„	„
„ Halle „ „	1,12 „	„ „ „	„	„
„ Берлинѣ (Charité) перфорациі составили	1, 1 „	„ „ „	„	„
Въ Вѣнѣ (I. Gebärklinik) перфорациі составили	0,32 „	„ „ „	„	„
Въ Буда-Пештѣ перфорациі составили	0, 4 „	„ „ „	„	„
„ С.-Пeters. Родовспом. Зав. перфорациі составили	0,46 „	„ „ „	„	„
Въ Москвѣ Родовсп. Зав. перфорациі составили	0,58 „	„ „ „	„	„
Въ С.-Пeters. Импер. Казенн. Пов. Ист. за время завѣд. проф. <i>И. Ф. Баландина</i> перфорациі составили	1, 5 „ ¹²⁾	„ „ „	„	„
За время зав. проф. <i>Д. О. Отта</i> перфорациі составили	0,36 „	„ „ „	„	„

На основаніи всего вышесказаннаго мы можемъ заключить, что веденіе родовъ по принципамъ выжидательнаго метода обезпечиваетъ гораздо большее число жизней плодовъ, чѣмъ примѣненіе прищиповъ профилактическаго поворота.

Переходимъ къ разбору третьяго положенія сторонниковъ профилактическаго поворота, а именно, что послѣдующая головка лучше конфигурируется и лучше приспособляется къ размѣрамъ таза, чѣмъ впередъ идущая; такъ какъ именно болѣе полною конфигураціею и болѣе совершенною приспособляемостью послѣдующей головки многіе объясняютъ фактъ болѣе скорого прохожденія послѣдующей головки въ сравненіи съ впередъ идущею, такъ какъ, кромѣ того, нѣкоторые уже въ самомъ болѣе скоромъ прохожденіи послѣдующей головки усматриваютъ преимущество предлежащей нижнимъ концомъ передъ черепными, то посему прежде всего я долженъ рассмотреть фактъ болѣе скорого прохожденія послѣдующей головки. Последнее явленіе *въ большинствѣ случаевъ* дѣйствительно наблюдается и обуславливается преимущественно тѣмъ обстоятельствомъ, что, когда матка освобождается отъ части своего содержимаго, наступаетъ усиленіе плодонизгоняющихъ силъ; если же несмотря на это головка задерживается, то

¹¹⁾ Die Kraniotomie auf Grund von 121 Fällen. Arbeiten aus der Kön. Frauenkl. in Dresden von Leopold. Leipzig. 1893.

¹²⁾ % перфораций любезно сообщенъ мнѣ д-ромъ *С. Т. Виридарскимъ* по даннымъ его еще неизданнаго отчета; столь высокій % перф. объясняется тѣмъ, что проф. *Баландинъ* избѣгалъ наложенія высокихъ щипцовъ.

мы помощью искусства пополняем ихъ дѣйствіе и извлекаемъ головку руками; такъ понимаемое болѣе скорое прохожденіе послѣдующей головки имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ или гдѣ оно, вообще, незначительно; въ остальныхъ случаяхъ, гдѣ именно является спросъ на конфигурацію и аккомодацию головки, тамъ она сплоснъ да рядомъ задерживается; акушерская практика указываетъ на то, что задержаніе головки въ тазу можетъ продолжаться безъ опасности для жизни плода не больше нѣсколькихъ минутъ *въ среднемъ счетѣ*, и посему скорое прохожденіе головки здѣсь крайне необходимо; между тѣмъ впередъ идущая головка безъ всякой опасности для плода можетъ оставаться во входѣ таза цѣлые часы; къ тому же мы можемъ сократить продолжительность этого стоянія при помощи щипцовъ; слѣдовательно, при впередъ идущей головкѣ мы вовсе не считаемся съ тѣмъ моментомъ, который при послѣдующей составляетъ *condicionem sine qua non* для жизни плода; въ томъ, конечно, лежитъ преимущество черепныхъ предлежаній въ случаяхъ, гдѣ пространственное отношеніе между головкою и тазомъ ограничено.

Кромѣ того, если послѣдующая головка рождается быстро въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ и, наоборотъ, она задерживается очень часто въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пространственное соотвѣтствіе между головкою и тазомъ ограничено, то на основаніи этихъ фактовъ можно предположить, что послѣдующая головка недостаточно конфигурируется и аккомодируется. Я наблюдалъ цѣлый рядъ головокъ плодовъ вскорѣ послѣ ихъ рожденія при предлежаніяхъ нижнимъ концомъ какъ при нормальныхъ, такъ и при узкихъ тазахъ; такіа головки чаще всего имѣютъ правильную форму, больше всѣхъ другихъ головокъ приближающуюся къ формѣ шаровидной; иногда наблюдалъ слабое захожденіе швовъ; никогда не видѣлъ здѣсь значительнаго удлиненія головки по ея большому косому диаметру, какое почти всегда наблюдается на впередъ идущихъ головкахъ плодовъ при общеравнобѣрносуженныхъ тазахъ; никогда не наблюдалъ здѣсь сплющиванія головки по одному темяноушному размѣру и удлиненія ея по другому такому

же размѣру, какъ это почти всегда замѣчается на впередъ идущихъ головкахъ при плоскихъ тазахъ; напротивъ того, вдавленія и переломы на костяхъ черепа послѣдующей головки составляютъ довольно частое явленіе. Всѣ эти обстоятельства заставляютъ предполагать, что послѣдующая головка хуже конфигурируется и приспосаблиется, чѣмъ впередъ идущая.

Нѣкоторые указываютъ на то, что послѣдующая головка вступаетъ во входъ таза своею болѣе узкою частью подобно клину и посему легче приспосаблиется и конфигурируется; противъ такого мнѣнія можно возразить, что головку нераціонально сравнивать съ клиномъ; во допустимъ, что такое сравненіе вѣрно; тогда по дѣйствию клина первымъ эффектомъ будетъ здѣсь усиленіе приложенной силы; этимъ мы могли бы объяснить прежде всего частоту поврежденій костей черепа, никакъ не предполагать большую при этомъ конфигурацію головки; вѣдь никто не говоритъ, что чѣмъ сильнѣе влечь, тѣмъ головка лучше конфигурируется или приспосаблиется.

Нѣкоторые полагаютъ, что при извлеченіи головки руками мы можемъ располагать первую въ болѣе удобныхъ для нея размѣрахъ таза; конечно, это такъ; но не имѣя *точного* представленія о формѣ и размѣрахъ полости таза, не зная точно механизма вставленія послѣдующей головки плода во входъ узкаго таза, мы не можемъ расположить головку такъ выгодно, какъ это дѣлаетъ природа *въ большинствѣ случаевъ* и никоимъ образомъ не можемъ провести головку въ наиболѣе выгодныхъ условіяхъ черезъ входъ таза; стоитъ намъ вспомнить о томъ сложномъ механизмѣ, который продѣлывается впередъ идущая головка при поступательномъ движеніи своемъ черезъ входъ плоскаго таза, чтобы усумниться въ томъ, чтобы чловѣкъ могъ выполнить надлежаще подобную тонкую работу въ теченіе нѣсколькихъ минутъ; да еще тутъ же возникаетъ вопросъ, полезно ли для извлеченія послѣдующей головки подражать упомянутому механизму при плоскихъ тазахъ; рѣшеніе этого вопроса здѣсь важно, потому что мы до сихъ поръ не знаемъ точно механизма прохожденія послѣдующей головки черезъ входъ узкаго таза.

Нѣкоторые сторонники профилактическаго поворота при-

водить въ доказательство преимущества своего метода случаи благополучнаго окончанія родовъ при тазовыхъ предлежаніяхъ у тѣхъ женщинъ, которыя рожали мертвыхъ плодовъ при черепныхъ предлежаніяхъ. На это я долженъ возразить, что такіе случаи весьма рѣдки, какъ это явствуется изъ многихъ статистикъ, а также изъ того факта, что *Schroeder*, который располагалъ громаднымъ акушерскимъ матеріаломъ, былъ однакоже принужденъ позанимствовать подобный случай у *Hobbing'a*; на исключительность подобныхъ родовъ указываетъ давно установленный въ акушерствѣ законъ, по которому роды при ягодичныхъ предлежаніяхъ даютъ гораздо большее число мертворожденій, чѣмъ при черепныхъ предлежаніяхъ; въ заключеніе я считаю уместнымъ упомянуть объ одномъ случаѣ изъ моей статистики, гдѣ женщина въ 6-й разъ родила сама доношенную здоровую дѣвочку, между тѣмъ какъ предъидущіе роды у нея были очень тяжелые, въ томъ числѣ двое родовъ закончены профилактическимъ поворотомъ и извлеченіемъ мертвыхъ плодовъ; кстати замѣчу, что эти два поворота и послѣдніе самопроизвольные роды вошли въ мою статистику.

На основаніи нашихъ изслѣдованій мы приходимъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

При родахъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ 1-й и 2-й степени,

1) выжидательный методъ по отношенію къ матерямъ даетъ такіе же результаты, какъ и профилактическій поворотъ.

2) Выжидательный методъ оказывается болѣе выгоднымъ для плодовъ, чѣмъ профилактическій поворотъ.

3) Преимущество выжидательнаго метода поредъ профилактическимъ поворотомъ особенно значительно въ трудныхъ случаяхъ, т. е. въ случаяхъ болѣе высокихъ степеней пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ.

4) Всѣ доводы, приводимые въ пользу профилактическаго поворота, основываются на предположеніяхъ или фактахъ, имѣющихъ исключительное значеніе.

5) Узкій тазъ самъ по себѣ не долженъ составлять показанія для поворота.

Краткій обзоръ случаевъ выжидательнаго метода.

Къ тому, что я выше сказалъ о матеріалѣ, послужившемъ мнѣ для изслѣдованія выжидательнаго метода, я считаю нужнымъ присовокупить слѣдующее: въ основной списокъ случаевъ для изслѣдованія означеннаго метода вошло 145 случаевъ самопроизвольныхъ родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ съ соп. diag. въ 11—8¹/₂ ст., 59 случаевъ полостныхъ и выходныхъ щипцовъ и 34 случая высокихъ щипцовъ; сюда также вошло 13 перфораций; въ числѣ означенныхъ щипцовъ имѣются случаи при нормальныхъ тазахъ; въ рубрику перфораций я завелъ все случаи прободенія головки, какіе имѣли мѣсто въ теченіе того времени, къ которому относятся все наши случаи выжидательнаго метода. Я счелъ полезнымъ занести въ основной списокъ щипцы при нормальныхъ тазахъ и все перфорации безъ исключенія потому, чтобы: 1) сдѣлать самостоятельныя изслѣдованія означенныхъ операций въ важномъ для нашей работы отношеніи; 2) дать возможность читателю свободно ориентироваться во всехъ нашихъ дѣйствіяхъ.

Самопроизвольные роды.

1-я группа.	{	При соп. diagon. въ 11 ст.	77 сл.	{ 84 случая съ 1 потер.
	{	„ „ „ „ 10 ³ / ₄ „	7 „	{ пл., что составляетъ 1,2% смерт. плод.
2-я группа.	{	При соп. diagon. въ 10 ¹ / ₂ ст.	16 сл.	{ 56 случаевъ съ по-
	{	„ „ „ „ 10 ¹ / ₄ „	6 „	{ терей 3 плод., что
	{	„ „ „ „ 10 „	30 „	{ составляетъ 5,4% смерт. пл.
	{	„ „ „ „ 9 ³ / ₄ „	4 „	
3-я группа.	{	При соп. diag. въ 9 ¹ / ₂ ст.	3 сл.	{ 5 случ. съ потерей
	{	„ „ „ „ 9 ¹ / ₄ „	— „	{ 1 плод., что состав-
	{	„ „ „ „ 9 „	1 „	{ ляетъ 20% см. плод.
	{	„ „ „ „ 8 ³ / ₄ „	1 „	

Потеря плодовъ при тазовыхъ суженіяхъ всехъ трехъ группъ составляетъ 5 плодовъ на 145 случаевъ, т. е. 3,4⁰/₀ смертности.

Потеря плодовъ при тазовыхъ суженіяхъ двухъ послѣднихъ группъ составляетъ 4 пл. на 61 случай, т. е. 6,6⁰/₀ смертности.

Полостные и выходные щипцы.

Всѣхъ случаевъ наложенія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ было 59 съ потерей 7 плодовъ, что составляетъ 11,9⁰/₀ смертности плодовъ.

Изъ числа 7 потерянныхъ плодовъ 1 ребенокъ померъ на 5 день отъ кровотеченія съ послѣдующимъ нагноевіемъ пупка; первые 3 дня отмичался совсѣмъ здоровымъ; 1 ребенокъ померъ на 7 д. отъ разстройства желудка и кишекъ; отмичался здоровымъ 6 дн.; 1 ребенокъ померъ на 19 д., отмичался здоровымъ 17 дн.

Исключивъ эти 3 потери, гдѣ дѣти померли отъ причинъ, неимѣющихъ ничего общаго съ родовымъ актомъ, получимъ 4 потери на 59 случаевъ, что составляетъ 6,8% смертн. пл.

Въ 34 случаяхъ наружные размѣры таза приближались къ нормальнымъ; при нихъ 1 плодъ померъ отъ эклампсiи и 1 мать отъ ароплексiа cerebri.

Въ 25 случаяхъ тазы были по своимъ размѣрамъ сужены, при нихъ погибло 3 пл., смерть которыхъ могла быть связана съ родовымъ актомъ и наложеніемъ щипцовъ; 3 потери на 25 случаевъ составляетъ 12% смер. пл. Эти 3 плода погибли при слѣдующихъ условіяхъ: въ одномъ случаѣ плодъ родился мертвымъ, былъ доношенъ, хорошо развитъ; до наложенія щипцовъ сердцебіеніе плода было учащено; въ одномъ случаѣ плодъ родился въ глубокой асфиксiи, былъ оживленъ, но вскорѣ померъ; былъ слабо развитъ; вѣсъ его составилъ 2450 грм., длина—45 ст., прям. окружн. головки—33 ст. роды въ этомъ случаѣ наступили на 38 нед.; плодъ имѣлъ признаки гидроцефалгiи; въ третьемъ случаѣ плодъ сейчасъ-же послѣ родовъ сталъ громко кричать, хорошо дышать; сосалъ хорошо; прекрасно развитъ; умеръ отъ рожи на 11 д. жизни; не былъ исключенъ мною изъ числа погибшихъ отъ родовъ, потому что на головкѣ были вдавленія отъ ложекъ щипцовъ, а тракціи послѣдними были сильны. Въ этомъ же случаѣ головка плода при поступленіи роженницы въ Институтъ была уже во входѣ таза.

Отсюда мы имѣемъ право заключить, что въ нашихъ совсѣмъ чистыхъ случаяхъ наложенія полостныхъ и выходныхъ щипцовъ при узкихъ тазахъ % потери плодовъ нулевой.

Въ числѣ узкихъ тазовъ оказалось только 5 случаевъ, гдѣ соп. diag. была помѣчена, а именно:

соп. diag. въ 11	ст. въ 3	случаяхъ, давшихъ 0	потери
" " " 10	" " 1	" " 1	"
" " " 9½	" " 1	" " 0	"

Высокіе щипцы.

Всѣхъ случаевъ наложенія высокіхъ щипцовъ было 34 съ потерю 11 плод., что составляетъ 32,4⁰/₀ смертности плодовъ.

Въ 6 случаяхъ наружные размѣры таза приближались къ нормальнымъ, внутренніе размѣры ихъ не помѣчены; въ этихъ 6 случаяхъ потеряно 2 пл.

Въ остальныхъ 28 случаяхъ тазы были сужены; при нихъ потеряно 9 плод., что составляетъ 32,1⁰/₀ смертности плод.; относительно случаевъ, въ которыхъ потеряно 9 плод., слѣдуетъ замѣтить, что въ 2 случаяхъ головки плодовъ были уже фиксированы во входѣ таза при поступленіи матерей въ Институтъ.

Кромѣ того, относительно 9 потерянныхъ плодовъ слѣдуетъ замѣтить, что 2 изъ нихъ умерли до наложенія щипцовъ: въ 1 случаѣ сердцебіеніе плода не выслушивалось за 7 ч. до операціи; въ другомъ случаѣ щипцы были наложены спустя нѣкоторое время послѣ появленія признаковъ разрыва матки; къ тому же времени сердцебіеніе плода уже не выслушивалось; слѣдовательно. 9 потерь слѣдуетъ связать съ выжидательнымъ методомъ и только 7 потерь—съ операціею наложенія высокіхъ щипцовъ; 7 потерь на 26 случаевъ составляетъ 26,9⁰/₀ смерт. Относительно случаевъ, давшихъ 7 потерь плодовъ, слѣдуетъ отмѣтить, что въ 1 случаѣ сердцебіеніе плода за 1 ч. до операціи не выслушивалось, а въ 3 случаяхъ до операціи замѣчены расстройства сердцебіенія плода; отсюда мы можемъ заключить, что въ 22 случаяхъ, въ которыхъ условія со стороны состоянія плода были удовлетворительны, потеряно 3 плода, что составляетъ 13,6⁰/₀ смертности плодовъ.

Въ 18 случаяхъ con. diag. была отмѣчена, а именно:

Con. diag.	въ 11	ст.	въ 3	случ.	съ 1	потер.	пл.
"	"	"	10 ¹ / ₄	"	"	4	" 1 " "
"	"	"	10 ¹ / ₂	"	"	3	" " 2 " "
"	"	"	10	"	"	5	" " 1 " "
"	"	"	9 ³ / ₄	"	"	1	" " — " "
"	"	"	9 ¹ / ₂	"	"	2	" " — " "

Слѣдовательно, въ 18 данныхъ случаяхъ потеряно 5 пл.

Перфорации.

Всѣхъ перфораций произведено 13 на 36 сотенъ родовъ, что составляетъ 0,36⁰/₀ всѣхъ случаевъ; перфорация на живомъ

плодѣ выполнена 4 раза, что составляет 30,8% всѣхъ перфораций и 0,11% всѣхъ случаевъ родовъ.

Въ 5 случаяхъ плоды оказались мертвыми уже при поступленіи роженицы въ Институтъ; а именно, въ 2 случаяхъ имѣлось выпаденіе пупильсирующей пуповины, въ 1 случайъ плодъ оказался тпжлостнымъ, въ 1 случайъ—мацерированнымъ; въ 1 случайъ установлено отсутствіе сердцебіенія плода; въ этомъ же случайъ головка плода была вколочена во входъ таза уже при поступленіи роженицы въ Институтъ; во всѣхъ 5 случаяхъ перфорация была выполнена вскорѣ послѣ поступленія роженицы въ родильню.

Въ остальныхъ 8 случаяхъ сердцебіеніе плода выслушивалось при пріемѣ роженицы въ заведеніе; къ тому же времени головки плодовъ были уже фиксированы во входъ таза въ 3 случаяхъ; одинъ случай былъ осложненъ эклампсіею. Такъ какъ случаи, осложненные эклампсіею, не вошли въ число случаевъ, которые предназначались для сравненія съ профилактическимъ поворотомъ, такъ какъ сюда не вошли также случаи, въ которыхъ головки плодовъ были уже фиксированы во входъ таза при поступленіи роженицы въ Институтъ, то посему только 4 перфорации изъ всѣхъ 13 вошли въ число случаевъ, предназначенныхъ для сравненій.

Изъ числа послѣднихъ только въ 2 случаяхъ *con. diag.* была отмѣчена, а именно:

con. diag. въ 10½ отмѣчена 1 р.

„ „ „ 10½ „ 1 „

Общіе итоги.

Основной матеріалъ, послужившій мнѣ для изслѣдованія выжидательнаго метода, обнимаетъ собою слѣдующіе случаи:

Самопроизволь. роды . . .	въ числѣ 145 сл., дав.	5 потер. пл.
Полости. и выход. щипцы . . .	„ „ 59 „ „	4 „ „
Высокіе щипцы	„ „ 34 „ „	11 „ „
Перфорации	„ „ 13 „ „	13 „ „

Итого . . . 251 сл., дав. 33 потер. пл.

Въ томъ числѣ роды несомнѣнно были осложнены узкимъ тазомъ:

Самопроизвольн. роды въ 145 сл.,	давш. 5 пот. пл.
Полостн. и выход. щ. " 25 "	" 3 " "
Высокіе щипцы . . . " 28 "	" 9 " "
Перфорациі безъ слу- чая осложн. эклампсіею и безъ 5 тѣхъ случаевъ, въ котор. плоды были несомнѣнно мертвые при поступл. рож. въ Инст.	7 " " 7 " "

Итого . 205 сл., давш. 24 пот. пл., что составл. 11,7% смерт.

Для раціональнаго сравненія результатовъ выжидательнаго метода съ результатами профилактическаго поворота слѣдуетъ изъ числа случаевъ, давшихъ мертвыхъ плодовъ, исключить тѣ роды, въ которыхъ головка плода была уже фиксирована въ тазу при поступленіи роженицы въ Институтъ, ибо въ такихъ случаяхъ поворотъ уже невыполнимъ, и посему въ такихъ именно случаяхъ не можетъ быть рѣчи о выборѣ того или другаго метода; исключивъ такіе роды, получимъ:

Самопроиз. роды въ	145 сл., дав. 5 пот. пл.
Полост. и выход. щипцы	24 " " 2 " "
Высокіе щипцы	26 " " 7 " "
Перфорациі	4 " " 4 " "

199 сл., дав. 18 пот. пл., что сост. 9% см.

Такъ какъ въ нашу статистику профилактическаго поворота вошли преимущественно случаи, осложненные тазовымъ суженіемъ съ соп. diag. въ $10\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ ст., тазовъ же съ соп. diag. въ 11 — $10\frac{3}{4}$ ст., всего здѣсь имѣется 6 случаевъ, къ тому же въ этихъ случаяхъ рожденные плоды были значительнаго вѣса и длины, то посему для раціональнаго сравненія результатовъ необходимо изъ числа самопроизвольныхъ родовъ исключить случаи съ тазовымъ суженіемъ съ соп. diag. въ 11 — $10\frac{3}{4}$ ст., тогда получимъ:

Самопроизволь. р. въ	61 сл., давш. 4 пот. пл.
Полост. и вых. щипц.	24 " " 2 " "
Высокіе щипц.	26 " " 7 " "
Перфорациі	4 " " 4 " "

Итого. . 115 сл., давш. 17 пот. пл., что составл. 14,8% смерт.

Нѣкоторые, быть можетъ найдутъ, что введеніе щипцовъ, особенно полостныхъ, безъ указанія величины соп. diag. значительно улучшаетъ результаты выжидательнаго метода; чтобы доказать ошибочность такого мнѣнія, я собралъ всѣ

случаи, въ которыхъ тазонзмѣреніе было произведено тща-
тельно съ обозначеніемъ длины *con. diagon.* и распредѣлили
ихъ въ три отдѣльныя группы по величинѣ *con. diagon.*

	Coning. diag.	Самостоя- тельныя	Положныя щипцы	Высокіе щипцы	Перфорации	Сумма
1-я гр.	11 ст. 10 ³ / ₄ ст.	77 сл. (—) 7 сл. (1)	3 сл. (—) —	3 сл. (1) 4 сл. (1)	— —	83 сл. (1) 11 сл. (2)
2-я гр.	10 ¹ / ₂ ст. 10 ¹ / ₄ ст. 10 ст. 9 ³ / ₄ ст.	16 сл. (1) 6 сл. (—) 30 сл. (1) 4 сл. (1)	— — 1 сл. (1) —	3 сл. (2) — 5 сл. (1) 1 сл. (—)	— 1 — —	20 сл. (4) 7 сл. (1) 36 сл. (3) 5 сл. (1)
3-я гр.	9 ¹ / ₂ ст. 9 ¹ / ₄ ст. 9 ст. 8 ³ / ₄ ст.	3 сл. (1) — 1 сл. (—) 1 сл. (—)	1 сл. (—) — — —	2 сл. (—) — — —	— — — —	6 сл. (1) — 1 сл. (—) 1 сл. (—)

Отсюда мы видимъ, что:

I-я группа дала 3 пот. въ 94 сл., что состав. 3,2% смертн.
II-я " " 9 " " 68 " " " 13,2 " "
III-я " " 1 " " 8 " " " 12,5 " "
Всѣ 170 случаевъ дали 13 смерт., что составл. 7,6 " "
II-я и III-я гр. вмѣстѣ дали 10 потерь, что сост. 13,2 " "

Заканчивая обзоръ, я долженъ оговорить 4 случая съ ле-
тальнымъ исходомъ у матерей, потому что они относятся къ
тому акушерскому матеріалу, который послужилъ мнѣ для
ислѣдованія выжидательнаго метода.

1) Въ случаѣ, регистрированномъ за № 448—94 г., роды
были быстро закончены помощью наложенія полостныхъ щип-
цовъ при явленіяхъ *aroplexiae cerebri*; въ данномъ случаѣ
тазъ былъ нормальный.

2) Въ случаѣ, регистрированномъ за № 633—94 г., ро-
женица была принята въ Институтъ на 29-омъ ч. родовой дѣя-
тельности съ явленіями *endometritidis s. partu* при темпера-
турѣ въ 38,5⁰ и пульсѣ въ 102 удара въ 1"; къ этому вре-
мени головка плода стояла неподвижно во входѣ таза; роды
закончены помощью наложенія высокихъ щипцовъ спустя
4¹/₂ ч. послѣ приѣма въ заведеніе. Умерла на 20-ый д. при
явленіяхъ сепсиса.

¹²⁾ Въ скобкахъ обозначены потери плодовъ.

3) Въ случаѣ, занесенномъ въ книги за № 40—95 г., роженица была принята въ заведеніе въ періодъ раскрытія при общемъ удовлетворительномъ состояніи; разрѣшена помощью трудныхъ высокихъ щипцовъ послѣ долгаго выжиданія при явленіяхъ *endometritidis s. partu* и высоко стоящемъ кольцѣ сокращенія. Умерла на 4-ый д. при явленіяхъ *sepsis'a*.

4) Въ случаѣ, регистрированномъ за № 1148—96 г., роженица поступила въ Институтъ во 2-мъ періодѣ родовъ при неподвижно стоящей во входѣ таза головкѣ плода съ *caput succedaneum*; разрѣшена спустя 18 час. послѣ приѣма въ заведеніе помощью перфорациі послѣ неудавшихся высокихъ щипцовъ при явленіяхъ *endometritidis s. partu*. Умерла на 11-ый д. при явленіяхъ *sepsis'a*. Отсюда мы можемъ заключить, что 1 случай смерти произошелъ отъ случайной причины, 2-ой случай смерти былъ послѣдствіемъ запущенныхъ и инфицированныхъ вѣтъ стѣнъ Института родовъ; въ 2-хъ послѣднихъ случаяхъ смертельный исходъ можно бы приписать продолжительному выжиданію; несмотря на то я внесъ въ число случаевъ, предназначенныхъ для сравненія результатовъ обоихъ методовъ только 3-й случай; 4-ый же случай былъ мною исключенъ, потому что роженица поступила въ родильню во 2-омъ періодѣ съ головкой, неподвижно стоящей во входѣ таза, слѣдовательно, при такихъ условіяхъ, при которыхъ поворотъ былъ уже невыполнимъ, и потому не могло быть здѣсь рѣчи о выборѣ того или другого метода; случаи такого рода, въ общемъ, курируются одинаково какъ сторонниками выжидательнаго метода, такъ и защитниками профилактическаго поворота, а посему, для упрощенія изслѣдованія, не должны приниматься въ расчетъ.

Въ заключеніе моего изслѣдованія я долженъ сказать нѣсколько словъ о тѣхъ двухъ дѣйствіяхъ, на которыя распадается выжидательный методъ веденія родовъ, т. е. о выжиданіи и объ оперативномъ вмѣшательствѣ. Выжиданіе, по моему мнѣнію, основывается не на естественномъ стремленіи предоставить родовой актъ силамъ природы, не на консерватизмѣ, избѣгающемъ внести въ родовой актъ оперативное начало, а на прямомъ расчетѣ, который указываетъ намъ, что при

самопроизвольныхъ родахъ какъ для матери, такъ и для плода получаютъ лучшіе результаты, чѣмъ при любомъ оперативномъ вмѣшательствѣ: самопроизвольные роды даютъ намъ наибольшее число живыхъ плодовъ и меньше всего травмируютъ родовые пути матери; такіе прекрасные результаты наблюдаются какъ при нормальныхъ, такъ и при узкихъ тазахъ и обуславливаются *правильнымъ* дѣйствіемъ тѣхъ силъ, которыя спеціально созданы природой для изгнанія плода, т. е. дѣйствіемъ маточныхъ сокращеній и всѣхъ другихъ мышцъ, принимающихъ участіе въ выработываніи потугъ; превосходство естественныхъ плодонизгоняющихъ силъ передъ нашимъ искусствомъ состоитъ главнымъ образомъ въ томъ, что 1) первыя дѣйствуютъ на головку по позвоночнику, т. е. концентрически въ противоположность щипцамъ, при которыхъ сила влеченія прилагается къ периферіи головки; 2) подъ вліяніемъ болѣе продолжительнаго и умѣреннаго дѣйствія этихъ силъ мягкія части матери легко растягиваются и посему меньше травмируются; 3) подъ вліяніемъ дѣйствія этихъ силъ и противоѣйствія со стороны нѣкоторыхъ тазовыхъ точекъ конфигурація и аккомодация головки плода происходитъ въ наиболѣе совершенномъ видѣ. Какъ я выше замѣтилъ, прекрасные результаты самопроизвольныхъ родовъ обуславливаются *правильнымъ* дѣйствіемъ плодонизгоняющихъ силъ; гдѣ же послѣднія разстраиваются, тамъ необходимо лѣчить ихъ; если же лѣченіе оказывается безуспѣшнымъ, то выжиданіе теряетъ свой смыслъ, ибо тогда вышеозначенное полезное дѣйствіе плодонизгоняющихъ силъ ослабѣваетъ или совсѣмъ прекращается, мягкія части матери отекаютъ; при продолжительномъ выжиданіи увеличиваются шансы на инфицированіе случая; кромѣ того, выжиданіе въ такихъ случаяхъ далеко не всегда ведетъ къ самопроизвольнымъ родамъ, послѣдніе же слишкомъ дорого обходятся для здоровья матери и посему могутъ удовлетворять только самыхъ недалъновидныхъ пособителей; послѣдствіемъ такихъ родовъ часто бываютъ расслабленіе брюшныхъ стѣнокъ, расслабленіе связочнаго аппарата матки; наконецъ, измѣненія въ строеніи мышечной ткани матки, которая въ такомъ случаѣ получаетъ предрасположеніе къ разрыву во время послѣдующихъ родовъ. Если при разстройствѣ

плодоизгоняющихъ силъ выжиданіе нецѣлесообразно, то въ инфицированныхъ случаяхъ, особенно при явленіяхъ *endometritidis s. partu*, оно прямо вредно; здѣсь особенно опасно продолжительное вліяніе инфекціи на тѣ отеки и ушибы мягкихъ частей матери, которые такъ часто развиваются при продолжительномъ стояніи головки во входѣ узкаго таза; дѣйствіе инфекціи на эти съ подавленной жизнедѣятельностью ткани гораздо опаснѣе, чѣмъ таковое на поврежденія, нанесенныя полнымъ жизни тканямъ своевременнымъ оперативнымъ вмѣшательствомъ; кромѣ того, выжиданіе въ инфицированныхъ случаяхъ можетъ оказаться въ концѣ концовъ безсильнымъ, и мы будемъ принуждены окончить роды помощью той или другой операциі, но послѣдняя тогда является крайне опасною и почти безъ исключенія ведетъ къ общему зараженію крови. На основаніи всего вышесказаннаго мы можемъ заключить, что выжиданіе должно быть такъ же строго мотивировано, какъ мотивируется, вообще, всякое оперативное вмѣшательство. Я считаю здѣсь необходимымъ подчеркнуть, что такъ же горячо протестую противъ слишкомъ продолжительнаго выжиданія, какъ и противъ такъ называемаго профилактическаго поворота при узкихъ тазахъ: какъ нераціональное выжиданіе, такъ и систематическое оперативное вмѣшательство въ невыясненныхъ случаяхъ составляютъ крайность, вредное дѣйствіе которыхъ отражается при первомъ преимущественно на матеряхъ, при второмъ, главнымъ образомъ, на плодахъ.

Относительно втораго дѣйствія выжидательнаго метода, т. е. оперативнаго вмѣшательства, я долженъ замѣтить, что неправильны взгляды тѣхъ, которые думаютъ, что здѣсь подъ оперативнымъ вмѣшательствомъ слѣдуетъ понимать только операцию наложенія щипцовъ или прободеніе головки съ послѣдующею краниоклазіею или безъ нея. Если выяснилось, что дальнѣйшее выжиданіе безцѣльно, вредно или даже опасно, то необходимо перейти къ оперативному вмѣшательству; для послѣдняго долженъ быть избранъ тотъ способъ родоразрѣшенія, который лучше всего отвѣчаетъ условіямъ даннаго случая; при такомъ взглядѣ сюда войдутъ всѣ извѣстныя въ акушерствѣ способы родоразрѣшенія; послѣдніе можно бы подраздѣлить на два разряда, а именно: на тѣ способы родоразрѣшенія, которые примѣняются

при полномъ пространственномъ несоотвѣтствіи между головкою плода и тазомъ матери, каковы: кесарское сѣченіе, симфизеотомія и перфорация живаго плода; въ другой разрядъ войдутъ тѣ способы родоразрѣшенія, которые примѣняются при достаточномъ или несовсѣмъ достаточномъ пространственномъ соотвѣтствіи между головкою и тазомъ, каковы поворотъ и щипцы; такъ какъ случаи полного пространственнаго несоотвѣтствія между головкою и тазомъ касаются насъ только косвенно, то посему я не стану здѣсь разбирать тѣхъ способовъ родоразрѣшенія, которые въ такихъ случаяхъ примѣняются; я здѣсь оговорю вкратцѣ только поворотъ и щипцы; первый способъ родоразрѣшенія долженъ быть примѣненъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ головка плода еще подвижна и гдѣ нѣтъ противопоказаній для поворота; въ случаѣ наличности послѣднихъ необходимо предпочесть щипцы даже при подвижной головкѣ, но въ такихъ случаяхъ до наложенія щипцовъ ассистентъ долженъ прижать головку ко входу таза. Относительно щипцовъ я долженъ замѣтить, что никогда не слѣдуетъ избѣгать ихъ по причинѣ высокаго стоянія головки плода: накладывая много разъ щипцы на высоко стоящую головку, я убѣждался въ томъ, что высокіе щипцы въ большинствѣ случаевъ, даже при узкихъ тазахъ, бываютъ нетрудными; стремленіе накладывать щипцы только тогда, когда головка опустилась въ полость таза и къ тому же повернулась затылкомъ впередъ, настолько нераціонально, насколько въ данномъ случаѣ выжиданіе сопрягается съ опасностью; вообще, мы должны избѣгать не высокихъ щипцовъ, а слишкомъ форсированныхъ тракцій; послѣднія въ высшей степени опасны при явленіяхъ *endometritidis sub partu*, и посему въ такихъ именно случаяхъ пробные щипцы должны быть своевременно замѣнены перфорациею даже живаго плода.

Заканчивая мое сообщеніе, я не могу умолчать о томъ побочномъ выводѣ, къ которому я пришелъ какъ на основаніи настоящаго моего изслѣдованія, такъ и многихъ наблюденій надъ теченіемъ родовъ, осложненныхъ узкимъ тазомъ; именно, я убѣдился въ томъ, что общепринятое дѣленіе узкихъ тазовъ на 3 или 4 степени не отвѣчаетъ практическимъ цѣ-

лямя; въ практикѣ важно установить степень пространственнаго соотвѣтствія между головкою плода и тазомъ матери; въ этомъ отношеніи слѣдуетъ отличать:

во первыхъ: *достаточную соразмѣрность* между головкою и тазомъ, когда первая болѣе или менѣе свободно вставляется во входъ таза (механизмъ нормальнаго вставленія головки во входъ таза);

во вторыхъ: *недостаточную соразмѣрность*, когда пространственныя отношенія между головкою и тазомъ менѣе благоприятны, такъ что первая можетъ вставиться во входъ таза не иначе, какъ только при помощи приспособленія къ размѣрамъ таза, т. е., аккомодация и нѣкотораго измѣненія своей первоначальной формы, т. е., конфигураціи (механизмъ вставленія головки при плоскомъ или при общеравномѣрно суженомъ или при общесуженомъ плоскомъ тазѣ);

въ третьихъ: *полную несоразмѣрность*, когда головка плода помимо сильныхъ болей вовсе не можетъ вставиться во входъ таза. Каждая изъ этихъ степеней опредѣляется лишь приблизительно въ началѣ родовъ; въ періодъ же изгнанія можетъ быть установлена вполне точно.

Недостаточная соразмѣрность и полная несоразмѣрность головки съ тазомъ укажутъ на узкій или относительно узкій тазъ, достаточная соразмѣрность на нормальный или относительно нормальный тазъ.

При такомъ распредѣленіи случаевъ: 1) значеніе величинъ тѣхъ или другихъ размѣровъ таза сводится до своего надлежащаго уровня; 2) становится вполне очевидной несостоятельность совѣтовъ приравнивать терапію къ опредѣленному числу сантиметровъ той или другой копьютаты; 3) можетъ быть установлена объективная точная граница между нормальнымъ и узкимъ тазомъ; 4) отсюда можетъ быть точно установлено процентное отношеніе узкаго таза къ нормальному для каждой націи.

Основанія, которыя послужили мнѣ для только что высказанныхъ заключеній, будутъ изложены мною въ отдѣльной работѣ объ узкихъ тазахъ.

Заканчивая мое сообщеніе, считаю для себя пріятнымъ долгомъ выразить искреннюю благодарность глубокоуважаемому проф. *Димитрію Оскаровичу Отту* за многостороннее содѣйствіе, оказанное имъ моею работѣ; равно также пріятно мнѣ высказать сердечную признательность доценту Императорской Военно-Медицинской Академіи многоуважаемому *Василію Николаевичу Массену* за любезное разрѣшеніе пересмотрѣть родильные листки и книги завѣдуемаго имъ С.-Петербургскаго Гаванскаго Родильнаго Пріюта, и доценту С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія многоуважаемому *Эдуарду Францевичу Черневскому* за сообщеніе нѣкоторыхъ дополненій къ тѣмъ свѣдѣніямъ, какія приведены въ его статьѣ, напечатанной въ еженедѣльникѣ: «Врачъ» за 1895 г., № 18 подъ заглавіемъ: — «О поворотѣ на ножки и извлеченіи плода при узкихъ тазахъ и объ извлеченіи послѣдующей головки, вообще».

Примѣчаніе. Данное сообщеніе было читано 19 сентября 1896 г. въ засѣданіи С.-Петербургскаго Акушерско-Гинекологическаго Общества; въ печатное сообщеніе вошли также тѣ отдѣлы, которые при чтеніи были пропущены во избѣжаніе утомленія вниманія глубокоуважаемыхъ товарищей-сочленовъ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ТАБЛИЦА № 1.

указывающая на частоту важных для родового акта моментов отдельно для каждого заведения.

	случаи профилактического поворота изъ			П Р И М Ъ Ч А Н И Я.
	С.-Петербургскаго Гаванскаго Родильнаго Приюта.	С.-Петербургскаго Родовспомогательнаго Заведенія.	С.-Петербургскаго Императорскаго Клин. Поправл. Инстит.	
I—парае	28 ⁰ / ₁₀₀	31,7 ⁰ / ₁₀₀	16,7 ⁰ / ₁₀₀	1) Цифры Гаванских случаев здесь теряют свое значение из-за большого процента случаев, где время истечения воды не означено. 2) Приведенные проценты здесь теряют свое значение по причине большого числа случаев с известным неопределенным. 3) Приведенные проценты теряют свое значение по причине значительного числа случаев без помех.
M—парае	72 ⁰ / ₁₀₀	68,3 ⁰ / ₁₀₀	83,3 ⁰ / ₁₀₀	
Плоские т.	28 ⁰ / ₁₀₀	17,4 ⁰ / ₁₀₀	50,0 ⁰ / ₁₀₀	
Общесуженные плоские	48 ⁰ / ₁₀₀	43,5 ⁰ / ₁₀₀	25,0 ⁰ / ₁₀₀	
Общеравн. суженные	24 ⁰ / ₁₀₀	39,1 ⁰ / ₁₀₀	25,0 ⁰ / ₁₀₀	
Conjug. diag. въ 11 —10 ¹ / ₂ ст.	12 ⁰ / ₁₀₀	—	25 ⁰ / ₁₀₀	
„ 10 ¹ / ₂ — 9 ¹ / ₂ „	36 ⁰ / ₁₀₀	47,8 ⁰ / ₁₀₀	58,3 ⁰ / ₁₀₀	
„ 9 ¹ / ₂ — 8 ¹ / ₂ „	41 ⁰ / ₁₀₀	52,2 ⁰ / ₁₀₀	16,7 ⁰ / ₁₀₀	
неопред.	8 ⁰ / ₁₀₀	—	—	
Время истечения воды:				
sub operatione	1) 24 ⁰ / ₁₀₀	39,1 ⁰ / ₁₀₀	41,7 ⁰ / ₁₀₀	1) Цифры Гаванских случаев здесь теряют свое значение из-за большого процента случаев, где время истечения воды не означено. 2) Приведенные проценты здесь теряют свое значение по причине большого числа случаев с известным неопределенным. 3) Приведенные проценты теряют свое значение по причине значительного числа случаев без помех.
на 1/2—3 час. раньше операций	28 ⁰ / ₁₀₀	34,8 ⁰ / ₁₀₀	8,3 ⁰ / ₁₀₀	
быстрее раннее истечение воды	20 ⁰ / ₁₀₀	21,7 ⁰ / ₁₀₀	50,0 ⁰ / ₁₀₀	
неопределенно	28 ⁰ / ₁₀₀	4,4 ⁰ / ₁₀₀	—	
Операция произведена:				
при зѣвѣ соверш.	2) 52 ⁰ / ₁₀₀	52,2 ⁰ / ₁₀₀	41,7 ⁰ / ₁₀₀	
„ „ несоверш.	32 ⁰ / ₁₀₀	43,5 ⁰ / ₁₀₀	16,7 ⁰ / ₁₀₀	
неопределенно	16 ⁰ / ₁₀₀	4,4 ⁰ / ₁₀₀	—	
Легкая экстр.	3) 48 ⁰ / ₁₀₀	26,2 ⁰ / ₁₀₀	33,3 ⁰ / ₁₀₀	
Легкий поворот	40 ⁰ / ₁₀₀	52,2 ⁰ / ₁₀₀	33,3 ⁰ / ₁₀₀	
Трудный поворот	16 ⁰ / ₁₀₀	8,7 ⁰ / ₁₀₀	75,0 ⁰ / ₁₀₀	
Трудная экстр.	16 ⁰ / ₁₀₀	34,8 ⁰ / ₁₀₀	16,7 ⁰ / ₁₀₀	
Ничего непомня	32 ⁰ / ₁₀₀	17,4 ⁰ / ₁₀₀	—	
Средній зѣвъ, средняя длина, средн. прямая окружность головки плода:				1) Въ одномъ случаѣ у 1-р. роды продолжались 88 час., пребываніе въ родильнѣ—85 час.; въ одномъ случаѣ у 8-р. роды длились 96 час., пребываніе въ родильнѣ—87 час.; въ первомъ случаѣ поворотъ былъ произведенъ спустя 3 час. послѣ отхожденія воды; во второмъ случаѣ—при стоячихъ водахъ; исключивъ упомянутые 2 случая, осложненные очень слабыми болями, тогда получимъ среднюю продолжительность родовъ для всѣхъ остальныхъ въ 30 час., а среднее пребываніе въ родильнѣ въ 15,5 час.
при всѣхъ тазовыхъ сужен.	3490,0	3758,3	3342,5	
„	51,8 (25 случ.)	50,4 (23 случ.)	51,5 (12 случ.)	
„	31,3	35,1	34,9	
„	4133,3	—	3940	
при соп. д. въ 11—10 ¹ / ₂ ст.	53,0 (3 случ.)	—	36	
„	35,3	—	—	
„	3627,8	3894,6	3265,7	
при соп. д. въ 10 ¹ / ₂ —9 ¹ / ₂ ст.	52,2 (9 случ.)	51,1 (11 случ.)	50,8 (7 случ.)	
„	34,6	35,5	35,0	
„	3293,5	3683,3	2850,0	
при соп. д. въ 9 ¹ / ₂ —8 ¹ / ₂ ст.	51,4 (11 случ.)	49,6 (12 случ.)	48,0 (2 случ.)	
„	34,2	34,7	33,3	
Средняя продолжительность родовъ:				1) Въ одномъ случаѣ у 1-р. роды продолжались 88 час., пребываніе въ родильнѣ—85 час.; въ одномъ случаѣ у 8-р. роды длились 96 час., пребываніе въ родильнѣ—87 час.; въ первомъ случаѣ поворотъ былъ произведенъ спустя 3 час. послѣ отхожденія воды; во второмъ случаѣ—при стоячихъ водахъ; исключивъ упомянутые 2 случая, осложненные очень слабыми болями, тогда получимъ среднюю продолжительность родовъ для всѣхъ остальныхъ въ 30 час., а среднее пребываніе въ родильнѣ въ 15,5 час.
у 1-р.	34,1'	41,8'	50,8' 4)	
у M-р.	14'	18,2'	38,2' 4)	
у всѣхъ вмѣстѣ	30,2'	20,5'	40,3' 4)	
Срднее пребываніе въ родильнѣ:				
у 1-р.	30,4'	—	30' 4)	
у M-р.	4,5'	10,5'	23,5' 4)	
у всѣхъ вмѣстѣ	10,1'	11,9'	27,2' 4)	
По анамнезу при предыдущихъ родахъ родилось:				
живыхъ	81,8 ⁰ / ₁₀₀	20,8 ⁰ / ₁₀₀	45,2 ⁰ / ₁₀₀	
мертвыхъ	18,2 ⁰ / ₁₀₀	66,0 ⁰ / ₁₀₀	45,2 ⁰ / ₁₀₀	
неопределено	—	13,2 ⁰ / ₁₀₀	9,7 ⁰ / ₁₀₀	
при помощи операций	18,2 ⁰ / ₁₀₀	71,7 ⁰ / ₁₀₀	41,9 ⁰ / ₁₀₀	
„ „ щипцовъ	3,0 ⁰ / ₁₀₀	28,3 ⁰ / ₁₀₀	12,9 ⁰ / ₁₀₀	
„ „ поворота	9,1 ⁰ / ₁₀₀	1,9 ⁰ / ₁₀₀	12,9 ⁰ / ₁₀₀	
„ „ перфорации	1,5 ⁰ / ₁₀₀	5,7 ⁰ / ₁₀₀	6,5 ⁰ / ₁₀₀	
„ „ ручнаго извлеченія	—	—	0,5 ⁰ / ₁₀₀	
операция неопределена	—	35,8 ⁰ / ₁₀₀	3,2 ⁰ / ₁₀₀	

Примечаніе. Я подчеркнул тѣ процентныя отношенія, которыя представляютъ собою наименѣе выгодныя условія.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(ГОДЪ ОДИНАДЦАТЫЙ).

ПРОТОКОЛЪ № 9.

Засѣданіе 12-го декабря 1896 года.

Предсѣдательствовали К. Ф. Славякскій.

Присутствовали 22 члена: Антиповъ, П. А., Баньковский, Баевичъ, Бухштабъ, Давидовичъ, Казьминъ, Какушинъ, Личусъ, Массенъ, Оттъ, Ціотровичъ, Рачинскій, Ростковскій, Рутковский, Савченко, Сидовскій, Салмановъ, Стравинскій, Фишеръ, А. Р., Хмара-Баршевскій, Швераловъ. Шуттенбахъ и 26 гостей.

1) К. Ф. Славякскій сообщилъ о смерти дѣйствительнаго члена общества Э. Ф. Черневскаго.

2) Н. И. Стравинскій сказалъ слѣдующее:

Докторъ медицины Эдуардъ Францовичъ Черневскій потомственный дворянинъ Минской губ. родился въ 1851 году; по окончаніи гимназическаго курса въ гор. Слуцкѣ, поступилъ въ Медико-Хирургическую Академію, которую, получивъ званіе врача, окончилъ въ 1875 году. Едва сдѣлавшись врачомъ, т. е. въ началѣ 1876 г., чуткая и впечатлительная натура къ

страданиямъ ближнихъ заставила покойнаго отправиться добровольцемъ въ Сербію, гдѣ вопреки всякимъ матеріальнымъ расчетамъ, посвящать свои силы и знанія на пользу больныхъ и раненыхъ, сражавшихся за свободу славянъ. Въ слѣдующемъ году, во время Русско-Турецкой войны, находясь въ составѣ Дунайской Арміи, въ полѣ и госпиталѣ, ревностно исполнять обязанности врача. Кто близко знакомъ съ условіями жизни военныхъ врачей въ послѣднюю Турецкую компанію, кто знаетъ какой непосильный трудъ выпадалъ на долю врачей и съ какими лишениями пришлось имъ тамъ бороться—тотъ согласится со мною, что перенесеніе этихъ трудовъ покойнымъ, считать пужно немаловажною заслугою. Съ начала 1879 года *Эдуардъ Францовичъ* посвятилъ себя изученію акушерства сперва, пользуясь указанными проф. *Горвица*, въ Маріинскомъ Родильномъ Домѣ въ качествѣ врача *экстерна*, а вслѣдъ за тѣмъ, съ 1880 года, въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, подъ руководствомъ нашего глубокоуважаемаго *Антонъ Яковлевичъ Красовскаго*, исполнять обязанности сверхштатнаго врача. Принявшись горячо за изученіе этой спеціальности, онъ посвятивъ ей все свое время не жалѣя трудовъ и безсонныхъ ночей и вскорѣ сдѣлался вполне опытнымъ акушеромъ. Лучшимъ доказательствомъ, что покойный не боялся усидчиваго труда служить его диссертация въ 1888 году подъ заглавіемъ «О послѣродовыхъ заболѣваніяхъ», гдѣ ему пришлось овладѣть громадною бактеріологическою литературою, изучить всѣ методы изслѣдованія особенно въ примѣненіи къ акушерству и удалось выяснитъ вопросы касающіеся этиологіи послѣродовыхъ заболѣваній, а потому вполне справедливо, что эта работа обратила общее вниманіе акушеровъ.

Получивъ спокойное и хорошо оплачиваемое мѣсто врача Главнаго Дворцоваго Управленія покойный не

поколебался промѣнить его на менѣе обезпеченное мѣсто преподавателя акушерства въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи рискуя такимъ образомъ своимъ слабымъ здоровьемъ лишь бы быть ближе къ любимой своей спеціальности.—Мы товарищи его были постоянными свидѣтелями ревностнаго исполненія имъ своихъ обязанностей, а многія сотни его учениговъ подтверждать съ какою преданностью, надрывая свои силы, онъ увлекался преподавательскою дѣятельностью. Печальныя послѣдствія для его здоровья, къ сожалѣнію, не замедлили обнаружиться, тяжелый недугъ все больше надрывалъ его силы. Тѣмъ не менѣе ни что не могло оторвать его отъ любимаго дѣла. Надо удивляться, что будучи уже совсѣмъ больнымъ онъ находилъ въ себѣ еще достаточно энергіи, чтобы составить и приготовить къ печати объемистый трудъ «Курсъ Акушерства» (1894 г.) читанный имъ для учащихся въ Родовспомогательномъ Заведеніи. Въ этомъ обстоятельном и тщательно составленномъ сочиненіи, всякій молодой врачъ найдетъ много цѣнныхъ указаній при изученіи акушерства и каждый изъ насъ долженъ признать, что покойный этимъ трудомъ занялъ почетное мѣсто въ числѣ авторовъ по нашей спеціальности. Въ Акушерско-Гинекологическое Общество *Эдуардъ Францовичъ* поступилъ въ 1886 году въ число дѣйствительныхъ его членовъ и съ тѣхъ поръ принималъ всегда живое участіе въ засѣданіяхъ нашего Общества, чему служить доказательствомъ нѣсколько сдѣланныхъ докладовъ, напечатанныхъ затѣмъ въ «Журн. Акуш. и Жен. болѣз.». Кромѣ вышеупомянутыхъ сочиненій я долженъ перечислить еще слѣдующія научныя работы покойнаго:

1) «Къ вопросу о лѣченіи маточныхъ кровотеченій». Журн. Акуш. и Жен. болѣз. 1888 г., стр. 828.

2) «О разрывахъ промежности, заболѣваемости и смертности при уличныхъ родахъ». Журн. Акуш. и Жен. болѣз. 1889 г., стр. 241.

3) «О необходимости для акушеровъ постоянныхъ теоретическихъ занятій». Акушерка 1894 г., № 18.

4) «О поворотѣ на ножки и извлеченіи плода при узкомъ тазѣ и объ извлеченіи послѣдующей головки вообще». Врачъ 1895 г., № 19.

5) «Объ Акушерствѣ по пѣмедкимъ учебникамъ новѣйшаго времени». Журн. Акуш. и Жен. болѣз. 1896 г.

При послѣднемъ трудѣ, можно сказать, смерть застигла покойнаго, въ послѣдніе дни своей жизни онъ приготовлялъ отвѣтъ на сдѣланные ему возраженія.

Перечисленные здѣсь сочиненія достаточно опредѣляютъ личность покойнаго *Эдуарда Францовича* какъ ученаго вполне выработаннаго, съ опредѣленными взглядами по разнымъ вопросамъ нашей спеціальности. Это былъ умъ преимущественно критическій безжалостно отвергавшій все, что не подтверждалось непосредственнымъ опытомъ. Всегда готовый дѣлиться знаніями съ товарищами и учащимися въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи, онъ прямою своего характера, искренностью отношеній и чуткостью къ пуждамъ товарищей привлекалъ къ себѣ и снискивалъ общее расположеніе и любовь. Неумолимая смерть 27-го ноября сего года прекратила эту много еще обѣщавшую жизнь. Здѣсь въ этихъ стѣнахъ гдѣ протекли лучшіе твои годы, гдѣ отдалъ силы и положилъ ты свой животъ, да будетъ тебѣ дорогой товарищъ и учитель вѣчная память. Въ знакъ уваженія и скорби по покойномъ *Эдуардъ Францовичъ* предлагаю почтить его память вставаніемъ. *Sit tibi terra levis.*

Присутствовавшіе почтили память покойнаго вставаніемъ.

3) Читатъ и утверждать протоколъ № 8.

4) *В. Н. Массенъ* сообщаетъ случай беременности двойными при двуругой маткѣ съ одной (общей) перегородочной шейкой. Указавъ на то, что случаи одновременнаго забеременѣ-

ванія обоихъ роговъ двурогой матки очень рѣдки. докладчикъ изложилъ слѣдующую исторію родовъ бывшихъ въ Гаванскомъ Родильномъ пріютѣ. 5/xi, рано утромъ, въ пріютъ поступила 29 лѣтняя, въ 3-й разъ рожаящая, женщина уже съ потугами и въ пріемной родила дѣвочку, вѣсомъ въ 2400 грм., недоношенную недѣли на двѣ. Послѣдъ родился 2 часа 15 м. спустя. Послѣ родовъ животъ остался увеличеннымъ (размѣръ на уровнѣ пупка 93, выше 94, ниже 91 см.); и при наружномъ изслѣдованіи въ полости его опредѣлялись двѣ опухоли: лѣвая—плотная, кругловатая—имѣла видъ послѣродовой матки, а правая представляла беременную матку; въ послѣдней прощупывался плодъ, предлежащій головнымъ концомъ и во 2-мъ положеніи. При внутреннемъ изслѣдованіи на задней стѣнкѣ влагалища опредѣлялась рѣзкая *solitaria rigarum*; шейка матки была сглажена; изслѣдующій палецъ встрѣчалъ 2 отверстія, изъ которыхъ лѣвое вело въ пустую матку, только что родившую, а правое, поперечникомъ въ $2\frac{1}{2}$ пальца, было закрыто слабо напряженнымъ плоднымъ пузыремъ, черезъ оболочки котораго прощупывалась предлежащая головка. Такимъ образомъ, было несомненно, что имѣлись 2 отдѣльныя полости матки, изъ коихъ каждая заключала въ себѣ по плоду.

Послѣ рожденія перваго плода родовая дѣятельность совершенно прекратилась. Поэтому родильница (въ то же время и беременная) была переведена въ послѣродовую палату. Черезъ 49 часовъ послѣ рожденія перваго плода вновь появились боли, и родился второй плодъ—тоже дѣвочка,—вѣсомъ 2650 грм. и почти одинаковыхъ съ первою размѣровъ. Послѣродовое время, совершенно безлихорадочное,—было интересно въ томъ отношеніи, что отдѣленіе молока началось лишь два дня спустя послѣ рожденія 2-го плода. Мать и младенцы выписаны здоровыми на 8-я сутки. При изслѣдованіи родильницы въ день выписки: одна шейка, на глубинѣ $1\frac{1}{2}$ см. въ ея полости находится перегородка, раздѣляющая 2 отверстія, ведущія въ отдѣльныя полости матки. Интересъ даннаго случая, помимо его рѣдкости, заключается, по мнѣнію В. Н. Массена, во 1-хъ, въ томъ, что зачатіе въ данномъ случаѣ произошло, всего вѣроятнѣе, вслѣдствіе одновременнаго созрѣванія въ 2 яичникахъ Graaf'овыхъ пузырьковъ, яички коихъ поступили

затѣмъ въ соответственныя трубы; далѣе въ томъ, что бывшее въ данномъ случаѣ сокращеніе одного только рога матки, при полномъ покоѣ другого, отчасти доказываетъ существованіе самостоятельнаго (автоматическаго) перваго прибора для сократительной дѣятельности матки. Кроме того, данный случай доказываетъ также и то, что рога двурогой матки могутъ допашивать беременность почти или совершенно до срока что, впрочемъ, указано было авторами и раньше (*Turner, Edinburgh medical Journal*, май 1866; *Личкусъ*, *Врачъ*, 1892, № 48).

А. Г. Личкусъ замѣтилъ, что и онъ описалъ случай родовъ двойными при двурогой маткѣ. Что же касается до указанной докладчикомъ независимости одного рога отъ другого, то такія наблюденія имѣются уже въ литературѣ (*Henderson, Glasgow Medical Journal*, апрѣль 1883; *Личкусъ*, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, т. XIV, стр. 385; *Müller, Die Sterilität der Ehe*, стр. 245 и т. д.)

На замѣчаніе *В. Г. Бекмана*, что онъ при двулигезной (*uterus bilycularis*) маткѣ видѣлъ одновременное сокращеніе обоихъ роговъ, докладчикъ высказалъ мысль, что по всей вѣроятности, въ его *Бекмана*, случаѣ, помимо мышцъ, принадлежащихъ каждому рогу въ отдѣльности, были и общіе мышечные пучки, охватывавшіе оба рога имѣсть.

К. Ф. Славинскій поблагодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе, освѣщенное и нѣкоторыми теоретическими данными.

5) *Е. М. Вайнштейнъ* показалъ макро и микроскопическіе препараты отъ 2 случаевъ *metritidis dissecantis puerperalis*, которые онъ наблюдалъ почти одновременно въ Павловскомъ Родильномъ пріютѣ въ Одессѣ. Въ обоихъ случаяхъ изъ полости матки выдѣлялись (въ 1 мѣ случаѣ на 20-й день послѣ родовъ, а во 2 мѣ на 9-ый) куски мышечной ткани, имѣвшіе у одной больной видъ матки, а другой — ленты. Это выдѣленіе частей маточной стѣнки сопровождалось повышенной температурой, учащеннымъ пульсомъ, зловонными отдѣленіями изъ полости матки и схваткообразными болями. Обѣ больныя въ первую $\frac{1}{2}$ беременности страдали рвотой, тошнотой и запорами. Обѣ выздоровѣли. Указавъ на общность припадковъ, въ обоихъ случаяхъ, докладчикъ замѣтилъ, что распознаваніе этого рѣдкаго заболѣванія могло быть поставлено только послѣ микроскопическаго изслѣдованія выдѣлившихся кусковъ.

В. Г. Бекманъ, въ дополненіе къ докладу *Е. М. Вайнштейна*, сообщилъ слѣдующіе 5 случаевъ *metritidis dissecantis puerperalis*: а) *Е. Г.*, 26 л. захворала на 4-й день послѣ 4-хъ родовъ. При родахъ была повитуха. Тяжелое гнилостное заболѣваніе продолжалось 6 недѣль. Боль-

шой тазовой выпотъ. Температура до 40°. Вонючія выдѣленія въ большемъ количествѣ. Черезъ 3 недѣли послѣ родовъ *вышелъ изъ матки кусокъ омертвѣвшей ткани съ 1/2 ладони, а толщиною въ 1 1/4 стм.* Больная выписалась черезъ 2 мѣсяца послѣ родовъ съ небольшими остатками выпота, въ хорошемъ состояніи. Выдѣленія при выпискѣ были гнойныя, въ небольшомъ количествѣ. б) Н. П., 19 л., захворала на другой день послѣ первыхъ родовъ. Была изслѣдована во время родовъ повитухой. *Paraperimetritis exudativa, metritis dissecans.* Въ началѣ 3-й недѣли, при промываніи, извлечены изъ полости матки *2 кусокъ омертвѣвшей маточной ткани*, величиною каждый съ грецкій орѣхъ. Выдѣленія были грязныя, съ рѣзкимъ запахомъ, температура высокая. Выдѣленія постепенно сдѣлались гнойными. Черезъ 2 недѣли послѣ перваго отдѣленія маточной ткани, вышелъ еще одинъ кусокъ, съ грецкій орѣхъ. Послѣ этого вонючій запахъ выдѣленій прекратился. Образовавшійся тазовой выпотъ рассосался. Больная выписалась изъ больницы черезъ 2 мѣсяца. Черезъ 4 мѣсяца послѣ выписки она вновь явилась съ жалобами на отсутствіе мѣсячнаго. Матка оказалась очень маленькой. в) А. П., 19 л. родила во второй разъ. Захворала черезъ 4 дня послѣ родовъ. *Periparametritis exudativa, endometritis, metritis dissecans.* Вонючія выдѣленія и высокая температура. На 27-й день послѣ родовъ *вышелъ изъ матки большой кусокъ омертвѣвшей маточной ткани*, представлявшій полнѣйш отпечатокъ маточной полости. Кусокъ этотъ, показанный Обществу, уже и по внѣшнему виду похожъ на мышцы матки, длиною въ 13, а шириною вверху въ 8 и внизу въ 3 стм. Толщина его у мѣста, соотвѣствующаго дну матки,—4 стм. Послѣ выдѣленія этого куска температура упала до нормы. Выпотъ всосался. Больная выписалась здоровой. г) *Sepsis puerperalis, parametritis dextra purulenta, metritis dissecans* Н. Н., 23 л. По поводу эндометрита были наложены шипцы на головку, стоявшую въ выходѣ таза. Лихорадка и вонючія выдѣленія продолжались и послѣ родовъ. На 3-й недѣль въ мочеиномъ каналѣ ощущивался не вполне отдѣлившійся еще кусокъ *омертвѣвшей маточной ткани*, выдѣлившійся впоследствии самъ собою. Дѣятельность сердца падала все больше и больше. Смерть черезъ 4 недѣли послѣ родовъ. Вскрытіе: спереди, не много вправо, и сзади, въ днѣ матки, отверстія, свободно пропускавшія палецъ. Отверстія эти образовались въслѣдствіе мѣстнаго омертвѣнія стѣнки матки. Шелли кишекъ склеены съ маткой въ области отверстій, такъ что сообщенія брюшной полости съ полостью матки нѣтъ. Брыжжина вездѣ гладка, другихъ спаекъ не имѣется. Патолого-анатомъ высказался за отсутствіе перитонита. Въ правомъ параметріи разлитое гнойное пропитываніе. Препаратъ не представленъ, онъ, по ошибкѣ, выброшенъ служителями. Всѣ вышеописанные 4 случая были наблюдаемы въ прошломъ и нынѣшнемъ годахъ въ Обуховской Больницѣ, куда поступаетъ сравнительно большое число родившихъ съ тяжелыми формами послѣродовыхъ заболѣваній. Наконецъ, послѣдній д) случай былъ въ частной практикѣ. У первородящей, 30 л., были наложены шипцы по поводу эклампсіи. Приблизительно черезъ 3 недѣли послѣ родовъ, при лихорадкѣ и вонючихъ выдѣленіяхъ, *вышелъ изъ матки кусокъ мертвой ткани,*

съ ладонь. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что кусокъ этотъ состоялъ изъ частицъ матки.

В. Н. Массенъ, спросилъ докладчика, какъ онъ объясняетъ себѣ происхождение *metritidis dissecantis*.

Е. М. Вайнштейнъ отвѣтилъ, что въ основѣ пораженія несомнѣнно кроется омертвѣніе маточной стѣнки на большую или меньшую глубину, а затѣмъ отдѣленіе омертвѣвшей ткани. Что касается до причины такого омертвѣнія, то одни видятъ ее въ особѣхъ бактеріяхъ; другіе же—въ кровопитіи въ толщѣ маточной стѣнки. а третьи—въ внутриматочныхъ ширинцеваніяхъ и промываніяхъ сильно дѣйствующими химическими веществами, напр., хлористымъ цинкомъ. Самъ докладчикъ въ омертвѣвшихъ тканяхъ не нашелъ микробовъ. Вирленины животнымъ въ венѣ, ради другихъ пѣлей, развозки гроздевокъ и пѣлочныхъ кокковъ, онъ не видалъ въ сосудахъ бактерійныхъ пробокъ; поэтому онъ склоняется скорѣе на сторону часто химическихъ причинъ.

В. Н. Массенъ возразилъ, что, на основаніи литературныхъ данныхъ, *metritis dissecans* слѣдуетъ считать послѣродовымъ заболѣваніемъ, зависящимъ, какъ и всякое другое послѣродовое заболѣваніе, отъ микробовъ. Рѣзкость случаевъ *metritidis dissecantis* объясняется современнымъ обезгниливаніемъ. Съ другой стороны, надо думать, что то же обезгниливаніе породило и мѣстныя воспаленія маточной стѣнки, а именно: послѣдствіе ослабленія вредоносности заражающихъ началъ обезгниливаніемъ, прежніе тяжелые случаи нагноительнаго заболѣванія всей матки (*putrescentiae uteri*) замѣнились болѣе легкимъ и ограниченнымъ пораженіемъ—*metritide dissecante*. Последнее заболѣваніе впервые описано и установлено *Сироминниковымъ* (Врачъ, 1880 г.) *Митліе Кубасова* о химическомъ происхожденіи названнаго заболѣванія кажется *В. Н. Массену* не доказательнымъ. Выраженіе „*metritis dissecans puerperalis*“,— въ виду того, что, на основаніи литературныхъ данныхъ (*Dittrich, Zeitschrift für Heilkunde, m. X., 1889, Schauta, Lehrbuch der Gynäkologie, 1895, стр. 264*), болѣзнь эта встрѣчается лишь въ послѣродовомъ времени,—*В. Н.* считаетъ до извѣстной степени плеоназмомъ.

П. Т. Садовскій замѣтилъ, что, вводя въ полость матки животныхъ вредоносныя разведенія микробовъ, онъ находилъ въ сосудахъ различныхъ органовъ бактерійныя пробки и, какъ послѣдствія ихъ, мѣстныя гноивики.

Е. М. Вайнштейнъ несогласенъ съ мнѣніемъ *В. Н. Массена* на слѣдующихъ основаніяхъ: 1) случаи даже и весьма тяжелыхъ послѣродовыхъ заболѣваній, къ сожалѣнію, и теперь еще не рѣзки; случаи же *metritidis dissecantis* сравнительно очень рѣзки; 2) обобщать причину какого либо заболѣванія можно тогда, когда эта причина неизбѣжно существуетъ во всѣхъ случаяхъ. Что касается до замѣчанія *Садовскаго*, то онъ пока не паставляетъ на данныхъ своихъ опытовъ: работа только начата, а отрицательныя данныя ея, быть можетъ, обусловливаются нѣкоторыми техническими недочетами.

К. Ф. Славянской, подводя итогъ преніямъ, замѣтилъ, что онъ вполне согласенъ съ докладчикомъ относительно правильности оглавленія его доклада: извѣстны такіе случаи *metritidis dissecantis*, въ которыхъ при-

чиной заболѣванія несомнѣнно были чрезмѣрныя прижиганія, напр., крѣпкими растворами хлористаго цинка. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ, видѣнномъ лично К. Ф., дѣло дошло даже до полнаго зарощенія матки. Такіе случаи можно было бы назвать, въ отличіе отъ случаевъ послѣродовыхъ, *metritis dissecans gynaecologica*.

Предсѣдатель К. Славянскій.

За секретаря В. Массенъ.

ПРОТОКОЛЬ № IX.

Административное засѣданіе 18-го декабря 1896 г.

- 1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № VIII.
- 2) Баллотировка въ члены, за недостаточнымъ числомъ присутствовавшихъ, отложена на слѣдующее засѣданіе.

Предсѣдатель К. Ф. Славянскій.

За секретаря В. Массенъ.

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ Акушерско-Гинекологической литературы:

а) Русской.

38. В. В. Успенскій.—По поводу двухъ случаевъ симфизеотоміи.—(Медицинское Обозрѣніе, 1896, № 19).

Описавъ два случая произведенной имъ симфизеотоміи съ благополучнымъ исходомъ, авторъ даетъ оцѣнку этой операціи, на основаніи имѣющагося въ настоящее время литературнаго матеріала.

Отрицательныя стороны симфизеотоміи: 1) разрывъ подвздошно-крестцового сочлененія у молодыхъ субъектовъ происходитъ при расхожденіи лобковыхъ костей на 8—9 см., у пожилыхъ—при 4 см. (*Döderlein*); въ литературѣ теперь описано много случаевъ, гдѣ концы лобковыхъ костей расходились на 6—7 см. и тѣмъ не менѣе не наблюдалось никакихъ осложнений со стороны подвздошно-крестцового сочлененія; лопнувшая же капсула съ разрывомъ подвздошно-крестцового сочлененія, при отсутствіи инфекціи, быстро и вполне восстанавливается; въ общемъ, опасенія разрыва подвздошно-крестцового сочлененія (Боделока), при современныхъ условіяхъ производства симфизеотоміи, преувеличены; 2) высказывавшееся прежде опасеніе за недостаточное расширеніе таза послѣ этой операціи (Боделокъ) также не вполне основательно; 3) къ числу отрицательныхъ сторонъ этой операціи слѣдуетъ отнести недостаточно прочное сращеніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ разсѣченныхъ концовъ симфиза; 4) разрывы мягкихъ частей (шейка матки, рукавъ, мочевого пузыря, мочеиспускательный каналъ, ткани преддверія, *corpora cavernosa clitoridis*, предпузырная клѣтчатка, промежность) и послѣдовательныя сильныя,

иногда смертельныя кровотеченія; 5) при подобныхъ разрывахъ трудно избѣжать инфекціи; 6) какъ результатъ разрывовъ—гематомы мягкихъ частей, гематурія, педержаніе мочи, фистулы, продолжительныя и жестокия боли въ поясницѣ и крестцѣ, нарезы и параличи нижнихъ конечностей; трудное послѣоперационное лѣченіе какъ для больной, такъ и для врача.

Терапія при служебныхъ тазахъ: искусственныя преждевременныя роды, высокія щипцы, профилактической поворотъ, перфорациа, кесарское сѣченіе, симфизеотомія. Сравнивая статистическія данныя о смертности при всѣхъ этихъ операціяхъ, можно думать, что опасность симфизеотоміи для матери больше, чѣмъ при искусственныхъ преждевременныхъ родахъ, перфорации, высокихъ щипцахъ, профилактическомъ поворотѣ и, быть можетъ, немного меньше, чѣмъ при кесарскомъ сѣченіи; для дѣтей же условія, въ общемъ, обратныя. Впрочемъ, нѣкоторые (*Chrobach, Sanger* и др.) считаютъ симфизеотомію не безопаснѣе кесарскаго сѣченія.

Н. Р.

39. А. Вирштейнъ.—Случай элевфантіаза большихъ губъ. Ампутація опухолю.—(Медицинское обозрѣніе, 1896, № 19).

Большая 26 лѣтъ. рожавшая 2 раза, въ общемъ здоровая, лѣтами половыхъ органовъ и сифилисомъ не страдала; лѣтъ 5 тому назадъ безъ видимыхъ причинъ появились нарывы въ пахахъ, которые вскорѣ зажили: года 4 тому назадъ началось припуханіе большихъ губъ, которыя, постепенно увеличиваясь, достигли нижней трети бедеръ; кожа большихъ губъ гладка толста, бугриста. Ампутація обѣихъ губъ съ хорошимъ исходомъ. Въсѣ удаленныхъ губъ былъ равенъ 6¼ ф.

Н. Р.

40. М. И. Лутохия.—О кистахъ послѣда.—(Русскій архивъ патологіи, клинической медицины и бактериологіи, 1896, т. II, вып. 3).

При изслѣдованіи около 680 послѣдовъ авторъ нашелъ 9 разъ кистовидныя образованія.

Относительно происхожденія кистъ и строенія ихъ взгляды авторовъ расходятся:

Jacquet описалъ кисты, развившіяся отъ влагалища сосудовъ послѣда; *Ahlfeld* образованіе кистъ объясняетъ слизистымъ перерожденіемъ ткани хоріона; *Langhans* указываетъ, что клѣточный слой хоріона въ позднѣйшіе мѣсяцы беременности часто подвергается слизистому перерожденію, рѣже разжиженію, и даетъ

поводъ къ образованію кистъ; *Ackermann* тоже указываетъ на клеточный слой, какъ на источникъ образованія кистъ; *Simpson*, *Spiegelberg*, *Schröder*, *Pennig*, *Hegar-Maier* и др. объясняютъ образованіе кистъ кровоизліяніями послѣда; *Феноменовъ*, описывая три случая кистъ, исключаетъ геморрагическую теорію и предлагаетъ слѣдующую теорію для наблюдавшейся имъ микроскопической картины: подъ вліяніемъ какого-то болѣзненного процесса, ворсинки набухаютъ и сближаются до полного соприкосновенія; эпителиальныя клетки сближившихся поверхностей разрушаются и ворсинки вступаютъ еще въ болѣе тѣсное отношеніе другъ къ другу—срастаются; оставшіеся эпителии подъ вліяніемъ продолжающагося раздраженія усиленно функционируютъ и секретъ его, скопляясь въ слишкомъ большомъ количествѣ, растягиваетъ тканевыя промежутки,—въ результатъ чего появляется киста; давленіе жидкости и разрастаніе соединительной ткани ведетъ къ облитераціи сосудовъ и превращенію ихъ въ солидные пучки соединительной ткани безъ всякаго слѣда просвѣта.

Какъ старые, такъ и новые авторы указываютъ на частоту совпаденія кистъ съ бѣлымъ инфарктомъ, о строеніи и происхожденіи котораго до сихъ поръ еще идутъ споры.

Изъ девяти кистъ, наблюдавшихся авторомъ, въ двухъ случаяхъ подъ ними пахотился бѣлый инфарктъ, въ двухъ—послѣдъ представлялъ измѣненіе, извѣстное подъ названіемъ *placenta marginata* (*annulus fibrosus* старыхъ авторовъ), остальные пять послѣдовъ, кромѣ очень небольшихъ кистъ, не представляли никакихъ измѣненій. Описавъ подробно микроскопическую картину своихъ препаратовъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что одѣ кисты произошли вслѣдствіе слизистаго перерожденія клеточныхъ скопленій хоріона и его ткани, другіе же явились слѣдствіемъ распада воспалительныхъ новообразованій (бѣлый инфарктъ, *placenta marginata*).

Н. Р.

41. Э. М. Собѣстіанскій.—Три случая овариотоміи.—(Протоколъ Кавказскаго медицинскаго общества, 1896, № 3).

1 случай: удалена *cysto-adenoma*, саркоматозно-перерожденная; теченіе послѣоперационнаго періода, первую недѣлю удовлетворительно; на 8 сутки появились клоническія судороги, начавшіяся съ мышцъ лица и распространившіяся на все туловище; судороги сопровождалась потерей сознанія, продолжаясь минуты дѣй; послѣ судорогъ больная пришла въ себя, но была въ сильно возбужденномъ состояніи, смѣнившимся глубокимъ сномъ; послѣ 15 подоб-

ныхъ судорожныхъ припадковъ, наступившихъ втеченіи сутокъ, больная умерла; клиническіе припадки и данныя вскрытія указываютъ на уремію, какъ ближайшую причину смерти.

2-й случай: десятилѣтняя опухоль въ животѣ за послѣдній годъ стала быстро расти, сама же больная стала быстро слабѣть; бѣлокъ въ мочѣ, старый бронхитъ, во времяамъ лихорадочное состояніе, ничѣмъ не объяснимое, ограниченная подвижность опухоли, вслѣдствіе старыхъ сращеній; несмотря на всѣ эти неблагоприятныя условія, дававшій сомнительный прогнозъ для овариотоміи, больная черезъ 3 недѣли послѣ операціи вполне поправилась и выписалась здоровой.

3-й случай: представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что опухоль выросла за послѣднюю беременность, не вызвавъ никакихъ осложнений въ теченіи родовъ.

Н. Р.

42. Прив.-доц. Т. Павловъ.—*Ulcus gummosum vaginae*.— (Больничная газета Боткина, 1896, № 41).

Больная, 24 лѣтъ, поступила въ Каликинскую больницу съ язвой влагалища. При изслѣдованіи зеркаломъ отмѣчено: на задней стѣнкѣ влагалища, ближе къ лѣвой сторонѣ, приблизительно въ серединѣ его находится язва, величиною въ серебряный подлинникъ, почти правильной круглой формы; края язвы возвышены довольно рѣзко, круто спускаются и имѣютъ слегка фестончатый видъ; воспалительной рѣзкой реакціи вокругъ язвы нѣтъ; при ощупываніи пальцемъ края язвы представляются плотными, самое же ощупываніе вызываетъ очень слабую болѣзненность; дно язвы глубоко, сплошь покрыто толстымъ слоемъ плотно сидящаго, съ трудомъ только соскабливаемаго бѣловато-сѣраго распада. Дифференціальный діагнозъ: язва мягкаго шанкра могла здѣсь быть исключена въ виду долгаго существованія наблюдавшейся язвы *in statu quo*, отсутствія болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ воспалительныхъ явленій въ окрестности ея и болѣзненности, а главнымъ образомъ въ виду одиночности язвы; твердый шанкръ исключался также въ виду слишкомъ долгой продолжительности существованія язвы и отсутствія послѣдовательныхъ явленій со стороны кожи, слизистыхъ оболочекъ и лимфатическихъ железъ; туберкулезныя же язвы во влагалищѣ встрѣчаются въ высшей степени рѣдко и то вслѣдствіе перехода сюда процесса съ соѣдинныхъ частей; такимъ образомъ, путемъ исключенія, діагноцирована гуммозная язва. При употребленіи іодистаго калия внутрь и *ing. hydrarg. praecip. rubri* мѣстно, язва,

не поддававшаяся лечению многие мѣсяцы, зарубцевалась въ двѣ пяди. Изъ анамнеза видно, что при послѣдней беременности у больной появляется слабость и боли въ ногахъ по ночамъ; беременность прерывается безъ всякой причины на 3 мѣсяцѣ, при чемъ вышеупомянутыя субъективные ощущенія продолжаютъ существовать дальше и, наконецъ, черезъ годъ у ней развивается гумозная язва влагалища. Исключивъ сифилисъ послѣдственный или приобретенный однимъ изъ обычныхъ путей, авторъ видитъ здѣсь зараженіе чрезъ зачатіе (*syphilis per conceptionem*), при чемъ зараженіе матери отъ отца происходитъ не прямо, а чрезъ посредство плода.

Н. Рачинскій.

43. В. И. Ахшарумовъ.—О разрывѣ промежности при родахъ.—(Еженедѣльникъ, 1896, № 39).

Со времени *Kirisch'a* и *Scanzoni* эпизиотомія широко принялась въ періодъ вѣззыванія, какъ хирургическая профилактика разрыва промежности. Но съ тѣхъ поръ, какъ убѣдились, что она далеко не всегда предохраняетъ отъ разрывовъ промежности и особенно влагалища, ее принимаютъ главнымъ образомъ у первородящихъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тазовое дно представляетъ чрезмѣрное сопротивленіе для рожденія головки, напр., при значительной ригидности или значительной высотѣ промежности, вслѣдствіе чего роды замедляются, неизбежно происходятъ разрывы промежности, сильные ушибы и разможеніе тканей, иногда же преждевременное отдѣленіе дѣтскаго мѣста. Послѣ эпизиотоміи уменьшается противодѣйствіе тазового дна, вѣззываніе головки быстро подвигается впередъ, устраняются ушибы и отекъ тканей промежности отъ продолжительнаго сдавливанія, рѣзко облегчается неудававшееся до разрыва выжиманіе плода по *Kristeller* у или выведеніе головки по *Ritgen-Olschhausen*'у. Главнымъ образомъ эпизиотомія показывается при неправильномъ строеніи таза, главнымъ образомъ при узкой лонной вырѣзкѣ, ведущей также къ обширнымъ разрывамъ тазового дна, а также при латентныхъ видахъ затылочнаго положенія, когда затылокъ прямо вгоняется въ промежность, при лобномъ и иногда при лицевомъ положеніи.

Такъ какъ разрывъ на мѣстѣ наибольшаго напряженія тканей тазового дна, противодѣйствующаго разгибанію головки, долженъ имѣть болѣе эффектъ въ смыслѣ облегченія вѣззыванія, тѣмъ разрывъ слабо напряженныхъ краевъ половой щели, то авторъ рекомендуетъ разрывъ по *Garbis*, предложенный, но до сихъ поръ

совсѣмъ не употреблявшійся и въ послѣднее время вновь предложенный проф. Д. О. Оттомъ, какъ профилактика разрыва при нормальныхъ родахъ. При этомъ не можетъ быть опасенія, что разрѣзъ распространится дальше, перейдя въ полный разрывъ промежности: такъ какъ произвольные полные разрывы (оставляя въ сторонѣ насильственные, при щипцахъ) происходятъ тамъ, гдѣ, вслѣдствіе неправильностей со стороны таза, или особенной ригидности промежности, головка безъ разгибанія долгое время растягиваетъ *regionem analem*, поэтому если мы ослабимъ разрывомъ сопротивленіе тазового дна, то этимъ самымъ мы облегчимъ разгибаніе, а слѣдовательно, и прорѣзываніе головки наиболѣе благоприятными размѣрами; при этомъ отъ насъ зависитъ медленно вывести головку и тѣмъ самымъ гарантировать себя отъ разрыва *sphincter'a ani*; перинеотомія поэтому является скорѣе терапіей тѣхъ случаевъ, гдѣ грозитъ полный разрывъ и никоимъ образомъ не можетъ сама по себѣ обусловить его. Авторъ въ С.-Петербургскомъ родовспомогательномъ заведеніи втеченіи 1895 и 1896 годовъ сдѣлалъ 14 разъ перинеотомію, при чемъ полученные результаты подтверждаютъ вышеизложенное. Н. Р.

44. В. В. Лезинъ.—Къ операціи Porro.—(Врачъ, 1896, № 43).

Предпославъ литературныя данныя о смертности отъ операціи Porro по сравненію съ кесарскимъ сѣченіемъ и о показаніяхъ къ этой операціи, авторъ описываетъ свой очень интересный случай. Больная доставлена была въ больницу на 7 день отъ начала родовъ съ головкой, оставшейся въ маткѣ послѣ насильственного извлеченія младенца сельскими повитухами, и съ явленіями гнилостнаго эндометрита. Авторомъ произведено надвлагалищное удаленіе матки съ фиксацией маточной шейки въ брюшную рапѣ. Выздоровленіе. Н. Р.

45. В. Н. Массенъ.—Промежуточные продукты обменъ въ качествѣ причины эклампсін.—(Журналъ Медицинской Химіи, 1896, май).

Принимая въ соображеніе явленія при ограниченіи функціи печени (опытъ съ Эковскимъ свищемъ воротной и нижней полой вены), авторъ считалъ себя въ правѣ а priori предположить, что печень, какъ органъ по преимуществу окисляющій, должна играть важную и рѣшающую роль въ происхожденіи эклампсін. Предпринятые имъ фізіологическіе опыты на животныхъ и микроско-

вическія изслѣдованія почекъ и другихъ паренхиматозныхъ органовъ экламптическихъ больныхъ выяснили: 1) важность дѣятельности печени для теченія окислительныхъ процессовъ; 2) значеніе карбаминовой кислоты, образующейся вслѣдствіе неполнаго окисленія азотистыхъ веществъ и вызывающей картину отравленія, весьма сходную съ эклампсией; 3) паренхима почекъ претерпѣваетъ тяжелыя патологическія измѣненія, ergo и физиологическая дѣятельность ея должна быть нарушена; 4) различные паренхиматозные органы, между прочимъ почки, измѣнены соотвѣтственно тяжелому общему отравленію. Однако изслѣдование мочи экламптическихъ больныхъ на содержаніе въ ней карбаминовой кислоты не дало никакихъ количественныхъ отклоненій отъ нормы; изслѣдованіе же на лейкомаины указало, что количество лейкомаиновъ въ мочѣ до приступа повышается противъ нормы въ $2\frac{1}{2}$ —13 разъ, а послѣ приступа, съ наступленіемъ выздоровленія, падаетъ. Это допускаетъ предположеніе, что эклампсія сводится къ отравленію лейкомаинами, дающему клинически картину судорогъ съ послѣдовательной спячкой; а патолого-анатомически характеризующемуся паренхиматознымъ заболѣваніемъ органовъ, при чемъ некрозъ зинтеіа въ корковомъ слое почекъ исключаетъ возможность удаленія изъ организма яда. Но по даннымъ изслѣдованія мочи беременных видно, что окислительные процессы въ организмѣ беременных протекаютъ, вообще, далеко не съ нормальной интенсивностью. Отчего же эклампсія является сравнительно рѣдкой болѣзью? На основаніи того, что у животныхъ съ искусственнымъ повышеніемъ количества карбаминовой кислоты въ организмѣ, получается особенно рѣзкая картина отравленія (сходная съ эклампсией) при психическомъ раздраженіи животнаго,—авторъ думаетъ, что насыщеніе ядомъ организма беременных не вызываетъ рѣзкаго отравленія до тѣхъ поръ, пока психическое равновѣсіе даннаго индивидуума не подвергается какому-либо разстройству: все, что повышаетъ воспримчивость и раздражительность нервной системы, что производитъ сильное и продолжительное болевое ощущеніе, можетъ въ подобныхъ случаяхъ сдѣлаться роковымъ, особенно же первая беременность, представляющая серьезное событіе для незнакомой съ этимъ процессомъ женщины; отсюда понятно, почему роды, сопровождающіеся эклампсией, такъ часто осложняются продолжительною родовою дѣятельностью, узкимъ тазомъ, hydramnion'омъ, двойнями, судорожными и крайне чувствительными болями.

Н. Р.

46. А. А. Пясецкій.—Случай развитого пузырьного заноса, удаленного деревенской дѣтской деревянной ложкой.—(Ежепедельникъ, 1896, № 41).

Авторъ, приглашенный къ кровоточащей больной—крестьян-кѣ, имѣвшей послѣднія крови 4 мѣсяца тому назадъ и съ дномъ матки на высотѣ пупка, опредѣлялъ беременность съ вѣроятнымъ пузырьнымъ заносомъ (тѣстообразная консистенція матки, несоот-вѣстствіе между величиною матки и даннымъ срокомъ беремен-ности, невозможность прощупать части плода, кровотеченія). Такъ какъ матка была еще закрыта, то произведена влагалищная тампонажа. Но извлеченіи на слѣдующій день тампона малецъ, введенный въ матку, получилъ ощущеніе погруженія въ какую-то рыхлую, киселеобразную массу; твердыхъ и плотныхъ частей не удалось прощупать. Такъ какъ было показаніе немедленно опорожнить матку, то, естественно, пришлось поставить вопросъ, чѣмъ и какъ произвести это при крайне неудобной обстановкѣ крестьянскаго обихода. Туная гинекологическая ложка казалась недостаточной при такомъ громадномъ количествѣ слизистыхъ разрощений и рискованной, въ виду возможности перфорировать ею матку; ручное опорожненіе безъ наркоза казалось также неудобнымъ: по этому авторъ воспользовался имѣвшейся въ избѣ деревянной дѣтской ложкой, которой, работая бережно втеченіи 20 минутъ, удалось удалить благополучно изъ матки всеъ сли-зистыя массы, по вѣсу фунтовъ 10. Объемъ и вѣсъ слизистаго образованія, величина и обиліе слизистыхъ пузырей, а также отсутствіе частей яйца неперерожденныхъ указывали на то, что пузырьный заносъ достигъ полнаго своего развитія,—что, какъ извѣстно, приходится наблюдать рѣдко. Въ заключеніе авторъ подробно разбираетъ тѣ случаи и условія, гдѣ подобной формы и величины ложка (металлическая) могла-бы оказывать услуги, замѣняя съ большими преимуществами обычную кюретку или руку оператора.

Н. Р.

47. В. А. Добронравовъ.—Къ вопросу объ обезболиваніи родовъ.—(Врачъ, 1896, № 39 и 40).

На основаніи личнаго опыта и литературныхъ данныхъ по вопросу объ обезболиваніи при нормальныхъ родахъ, авторъ выра-боталъ слѣдующій способъ послѣдовательнаго примѣненія различ-ныхъ средствъ: въ началѣ родовъ, при первыхъ схваткахъ—послѣ-ванны подкожное впрыскиваніе 0,01 грм., соляно-кислаго морфія, 2--3—4 раза, чрезъ 1—2—3 часа; затѣмъ мѣстно 20% растворъ

соляно-кислаго кокаина въ тампонахъ; къ концу ступени раскрытія, буде нужно, 2—3 грм., хлораля въ клизмѣ; наконецъ, въ ступени выведенія Billroth'овская смѣсь изъ хлороформа, эфира и спирта. Большое значеніе авторъ придаетъ и внушенію, въ видѣ угонариванія со стороны присутствующаго при родахъ и пользующагося нравственнымъ вліяніемъ врача. Бромистаго этила, неселящаго газа и другихъ предложенныхъ для обезболиванія родовъ средствъ, по дороговизнѣ или ненадежности ихъ дѣйствія, авторъ не примѣняетъ. Статья кончается горячимъ призывомъ къ дѣйствительнейшей дружной разработкѣ этого въ высшей степени гуманнаго и своевременнаго дѣла—обезболиванія родовъ. Н. Р.

48. И. М. Львовъ.—Вычерпываніе плоднаго яйца (abrasio), какъ способъ производства искусственнаго законнаго выкидыша.—(Врачъ, 1896, № 40).

Авторъ, разбирая употребляющіеся нынѣ способы производства законнаго выкидыша, приходитъ къ слѣдующему заключенію: способъ *Krause*—введеніе булжа въ матку не вполне надежный, такъ какъ случается, что и послѣ двухнедѣльнаго пребыванія булжа въ маткѣ сокращенія не наступаютъ; способъ *Brüninghausen'a* и *Klüge*, разработанный *Горвицемъ*,—расширеніе помощью ламинарія и тупело маточной шейки съ послѣдовательнымъ отдѣленіемъ, въ случаѣ надобности, плоднаго яйца отъ стѣнокъ зопдомъ—хлопотливъ, требуетъ неоднократнаго изслѣдованія и осмотра больной, неоднократнаго вхожденія въ матку и, все-же, не можетъ быть отнесенъ къ способамъ, быстро прерывающимъ беременность и изгоняющимъ плодное яйцо, а потому не можетъ считаться ни подходящимъ во всѣхъ случаяхъ, ни безвреднымъ, ибо при неоднократныхъ дѣйствіяхъ въ шейкѣ и полости матки, легко можетъ произойти зараженіе; способъ удаленія плоднаго яйца пальцемъ болѣзненъ, требуетъ непримѣннаго наркоза и все же не всегда позволяетъ тщательно ощупать маточныя стѣнки, почему въ маткѣ могутъ оставаться куски оболочекъ и въслѣдствіи вызвать заболѣваніе; въ виду сказаннаго, за послѣднее время пальцевое удаленіе плоднаго яйца замѣнено инструментальнымъ, а именно острой ложкой. Ссылаясь на авторовъ, испытавшихъ острую ложку для производства искусственнаго выкидыша, авторъ для всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ требуется быстрый перерывъ беременности въ первые 3 мѣсяца ея, вѣстиваетъ на вычерпыванія плоднаго яйца острой ложкой въ одинъ сеансъ съ предварительнымъ расширеніемъ

шейки бужами *Hegar*'а или *Fritsch*'а подь наркозомъ или безъ него, и съ послѣдовательнымъ смазываніемъ полости іодомъ и тампонаціей ея. При этомъ способѣ: 1) больной меньше всего напосится безпокойства и травмы; 2) лучше и вѣрнѣе выполняются правила обезгигиализація и тѣмъ предотвращается дальнѣйшее заболѣваніе; 3) устраняется потеря крови, ведущая нерѣдко къ гибельнымъ послѣдствіямъ; 4) сразу прекращается беременность и тѣмъ удаляется причина болѣзни. Здѣсь же авторъ описываетъ свои пять случаевъ примѣненія острой ложки для производства выкидыша.

Н. Р.

49. А. П. Матвѣевъ.—*Haematocolpos*. Прирожденное зарощеніе дѣвственной плевы.—(Врачъ, 1896, № 38).

Авторъ описываетъ случай врожденнаго зарощенія дѣвственной плевы у 15-лѣтней дѣвушки, дававшей *haematocolpos*. Дѣвственная плева проткнута тонкимъ труакаромъ, при чемъ выпущено 1320 грм., жидкой, безъ запаха, темно коричневой крови; чтобы создать проходимость плевы, изъ середины ея вырѣзанъ кусокъ кругловатой формы, около 1 см., въ поперечникѣ. Описанный случай интересенъ, между прочимъ, тѣмъ, что позволяетъ вычислить среднее количество кровяной жидкости, теряемой во время мѣсячныхъ: изъ анамнеза видно, что кровь скоплялась въ половомъ каналѣ втеченіи 9 мѣсячныхъ сроковъ (*molimina*); слѣдовательно, на одно мѣсячное, въ среднемъ, приходится 146, 66 грм., что соотвѣтствуетъ среднимъ количествамъ такихъ потерь по другимъ авторамъ (*Charpantier, Gallard*).

Н. Р.

6) Н ѣ м е ц к о й.

50. O. Küstner.—*Der suprasymphyzäre Kreuzschnitt, eine Methode der Coeliotomie bei wenig umfänglichen Affectionen der weiblichen Beckenorgane*.—Новый способъ лапаротоміи посредствомъ надлобкового крестообразнаго разрѣза —(*Monatsschrift. f. Geburtshülfe u. Gynaecologie* 1896. September).

Такъ какъ не рѣдко больныя отказываются отъ лапаротоміи вслѣдствіе остающагося послѣ нея безобразнаго рубца по бѣлой линіи, то *Küstner* въ послѣднее время въ нѣсколькихъ случаяхъ производилъ разрѣзъ такимъ образомъ, что рубецъ впослѣдствіи былъ едва замѣтнымъ. Онъ кожу разрѣзалъ въ поперечномъ направленіи непосредственно надъ лоннымъ сочлененіемъ въ

предѣлѣ роста волосъ или немного выше по поперечной складкѣ, особенно рѣзко выраженной у тучныхъ особъ. Раздвинувъ кожный разрѣзъ крючками онъ всѣ послѣдующіе слои вплоть до брюшины разсѣкалъ въ продольномъ направленіи по l. alba. Этимъ разрѣзомъ по *Küstner* у получается довольно свободный доступъ къ органамъ малаго таза. Понятно онъ непримѣнимъ для удаленія большихъ опухолей и болѣе сложныхъ операцій, при хроническихъ же заболѣваніяхъ придатковъ и при вентрофиксаціи оказывался совершенно достаточнымъ. При хроническихъ пельвеоперитонитахъ *Küstner* его предпочитаетъ влагалищной лапаротоміи, предлагаемой въ послѣднее время многими авторами, такъ какъ при ней не приходится дѣйствовать въ потьмахъ и подъ контролемъ глаза можно разъединить перитонитическія сращения и удалить пораженные придатки. *Küstner* примѣнилъ этотъ способъ въ 8 случаяхъ и остался имъ очень доволенъ. Сшивается рана такимъ образомъ, что съ начала соединяется этажнымъ швомъ брюшина и фасція по l. alba, кожа же сшивается въ поперечномъ направленіи. Во всѣхъ случаяхъ послѣдовала prima intentio.

Ф. Веберъ.

51. *Steffeck*.—Zur vaginalen Coeliotomie.—Къ влагалищной лапаротоміи.—(Berlin. Klin. Wochenschrift 1896. № 44).

Влагалищная лапаротомія за послѣднее время пробѣгаетъ себѣ все большихъ и большихъ сторонниковъ, и многія заболѣванія, которыя раньше оперировались исключительно посредствомъ лапаротоміи, теперь оперируются черезъ влагалище. *Steffeck* въ началѣ очень симпатизировалъ новому оперативному способу, но произведя влагалищную лапаротомію въ цѣломъ рядѣ случаевъ значительно измѣнилъ свое мнѣніе. Операціи этой онъ подвергалъ случаи хроническихъ заболѣваній и опухолей придатковъ, не достигавшихъ большихъ размѣровъ. Операція эта далеко не легкая, въ особенности разъ имѣются обширныя сращения, которыя приходится разъединять въ глубинахъ таза, обыкновенно безъ контроля глаза. При значительномъ укороченіи ligamenti infundibulopelvicі легко можетъ произойти разрывъ его и наступить значительное кровотеченіе, которое нельзя остановить черезъ влагалище и приходится сдѣлать чревосѣченіе.

Steffeck не однократно послѣ вагинальной лапаротоміи наблюдалъ развитіе обширныхъ гематомъ въ маломъ тазу, значительно затягивавшихъ послѣоперационный періодъ. Вслѣдствіе всего этого *Steffeck* старается по возможности сгнать показаніе къ влага-

лищной ламаратомии и совѣтуетъ примѣнять ее исключительно при небольшихъ опухоляхъ яичниковъ, совершенно подвижныхъ и тѣсно прилегающихъ къ влагалищному своду. Воспалительныя же опухоли фаллопиевыхъ трубъ обыкновенно представляютъ сращения со стѣнками таза и не могутъ быть выведены наружу передъ вульву безъ значительнаго натяженія lig. infundibulopelvisi, вслѣдствіе чего они подлежатъ удаленію посредствомъ надлобковой ламаратоміи. При подвижныхъ ретрофлексіяхъ матки онъ вообще врагъ всякихъ оперативныхъ мѣропріятій, въ особенности вагинофиксаціи. Въ тѣхъ же случаяхъ гдѣ ретрофлексированная матка фиксирована въ заднемъ Дугласѣ, онъ производитъ не colpotomy anteriorem, т. е. вскрытіе передняго Дугласова пространства, какъ это обыкновенно дѣлается при вагинофиксаціи, а разрѣзаетъ задній сводъ, проникаетъ въ задній Дугласъ и здѣсь подъ контролемъ глаза разъединяетъ всѣ соединительнотканныя перемычки, фиксирующія матку. Сдѣлавъ ее такимъ образомъ совершенно подвижною онъ тампонируетъ заднее Дугласово пространство, чтобы воспрепятствовать новому сращенію матки. Черезъ нѣсколько дней тампонъ удаляется и послѣ заращенія раны въ заднемъ сводѣ, что обыкновенно происходитъ очень быстро, вкладывается на нѣкоторое время маточное кольцо. Этимъ способомъ автору въ четырехъ случаяхъ удалось сдѣлать матку совершенно подвижною и избавить больныхъ отъ мучившихъ ихъ страданій.

Ф. Веберъ.

52. K. Schuchardt.—Weitere Erfahrungen über die paravaginale Operation.—Нѣсколько случаевъ паравагинальной операціи.—(Archiv f. klinische Chirurgie Bd. 53. Heft. 3).

Въ 1893 году *Schuchardt* описалъ новый способъ удаленія матки, который за послѣдніе годы себѣ успѣлъ приобрести многихъ сторонниковъ. Въ настоящей работѣ авторъ представляетъ новый рядъ операцій произведенныхъ имъ по этому способу. Операція состоитъ въ слѣдующемъ: производится разрѣзъ задней стѣнки влагалища и промежности, начинающійся слѣва отъ columnae rugatum и доходящій слѣва отъ заднепроходнаго отверстія почти до крестца. Разрѣзъ этотъ разсѣкаетъ влагалище во всю его длину и околывлагалищную клѣтчатку до levator ani и этимъ даетъ свободный доступъ какъ къ тѣлу матки такъ и къ обоимъ параметріямъ.

Все операціонное поле дѣлается совершенно доступнымъ глазу оператора, которому такимъ образомъ не приходится оперировать

въ глубинѣ малаго таза въ потьмахъ. Особенно хорошія услуги этотъ способъ можетъ оказать въ тѣхъ тяжелыхъ случаяхъ рака матки, гдѣ новообразование перешло на околоматочную кѣтчатку и потому не подлежитъ обыкновенно примѣняемой влагалищной гистеректоміи. Паравагинальнымъ же разрѣзомъ Schuchart'a дается замѣчательно свободный доступъ къ параметріямъ, такъ что подъ контролемъ глаза довольно легко удается отдѣлить оба мочеточника отъ карциноматозныхъ массъ и затѣмъ выдѣлить не только пораженную матку но и оба параметрія до самой стѣнки таза. Вылущеніе самой матки производится также какъ и при обыкновенной гистеректоміи, исключительно при помощи лигатуръ. Послѣ окончанія операціи лигатуры выводятся во влагалище, полость брюшины закрывается непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ; обширная рана влагалища и промежности зашивается рядомъ узловатыхъ въ верхней части кетгутовыхъ внизу шелковыхъ швовъ. Иногда вставлялся дренажъ, который проходилъ черезъ *sacrum ischiorectale* и выходилъ наружу черезъ задній уголъ раны. Благодаря этой операціи показанія для удаленія раковой матки могутъ быть значительно расширены и не одинъ случай, который раньше считался потеряннымъ для радикальной операціи, можетъ быть съ успѣхомъ вылѣченъ. Значительную частоту появленія рецидива послѣ удаленія раковой матки авторъ объясняетъ не тѣмъ, что во время операціи происходитъ зараженіе свѣжей раны раковымъ новообразованиемъ (*Impfrecidiv*), а тѣмъ, что въ околоматочной кѣтчаткѣ остаются макроскопически едва опредѣлимые зачатки новообразованія. Вслѣдствіе этого онъ совѣтуетъ даже въ легкихъ случаяхъ не ограничиваться удаленіемъ одной пораженной матки, но экстирпировать также широкія связки по описанному имъ способу. Въ казуистикѣ, приведенной авторомъ въ концѣ его статьи, имѣется цѣлый рядъ случаевъ далеко зашедшаго рака матки, гдѣ вмѣстѣ съ маткою при помощи паравагинальнаго разрѣза удалялись обширные раковые узлы изъ околоматочной кѣтчатки и больныя послѣ операціи совершенно выздоравливали и оставались нѣсколько лѣтъ безъ рецидива. Кромѣ рака матки авторъ примѣнилъ свой паравагинальный разрѣзъ съ успѣхомъ въ двухъ случаяхъ злокачественнаго новообразованія влагалища и разъ при высоко-сидящей везиковагинальной фистулѣ.

Ф. Веберъ.

53. Olshausen. — Üeber die Principien der vaginalen Exstirpation des carcinomatosen uterus. — О принципахъ при влагалищномъ удаленіи раковой матки. — (Berliner Klinische Wochenschrift 1896. № 23).

Olshausen на последнемъ конгрессѣ хирурговъ въ Берлинѣ привелъ блестящіе результаты, полученные имъ при влагалищномъ удаленіи раковой матки; изъ 100 случаевъ оперированныхъ имъ за послѣдніе 1½ года умерла только одна больная отъ септицеміи, существовавшей уже до операціи, такъ что отъ самой операціи не умерла ни одна больная. *Olshausen* очень строгъ въ выборѣ случаевъ, подходящихъ для оперативнаго лѣченія, и оперируетъ только тамъ, гдѣ какъ лимфатическія железы такъ и параметритическая кѣтчатка оказываются совершенно интактными. Чтобы въ точности убѣдиться въ этомъ онъ совѣтуетъ всегда прѣднѣять изслѣдованіе черезъ прямую кишку, при которомъ можно весьма тщательно ощупать всю заднюю поверхность матки и широкихъ связокъ и распознать даже весьма незначительное увеличеніе железъ и инфильтрацію кѣтчатки. Во избѣжаніе *Impfrecidiv'a* онъ передъ удаленіемъ матки выскабливаетъ всю раковоперерожденную ткань и прижигаетъ ее энергично *Raquelin'*омъ, а затѣмъ промываетъ влагалище сушеною и беретъ совершенно свѣжіе стерилизованные инструменты. Для перевязки широкихъ связокъ онъ употребляетъ исключительно кетгутовые лигатуры; жомы ему не симпатичны, потому что они лишаютъ возможности закрыть полость брюшины. Послѣ окончанія операціи рана влагалищная зашивается непрерывнымъ кетгутовымъ швомъ, причемъ широкія связки шьются въ нее. Придерживаясь этихъ принциповъ авторъ былъ въ состояніи не только представить блестящую статистику этой операціи но и радикально вылѣчить дѣльный рядъ несчастныхъ больныхъ и избавить ихъ отъ рецидива. *Olshausen* полагаетъ, что расъ матки болѣе рака всѣхъ другихъ органовъ пригоденъ для радикальнаго излѣченія, если только операція не производится слишкомъ поздно.

Ф. Веберъ.

54. P. Bröse. Üeber die diffuse gonorrhoeische Peritonitis. — Объ общемъ гонорройномъ перитонитѣ. — (Berliner Klinische Wochenschrift 1896. № 35).

Раньше предполагалось, что гонкоккъ *Neisser'a* способенъ развиваться только на слизистыхъ оболочкахъ, на серозныхъ же быстро погибаетъ. *Wertheim* доказалъ, что это предположеніе не

вѣрно. Онъ вводилъ въ брюшную полость бѣлыми мышами разводки гонококковъ и наблюдалъ у нихъ развитіе ограниченного перитонита, который обыкновенно черезъ 4—5 дней совершенно разрѣшался. При ограниченныхъ перитонитахъ, развивающихся у женщинъ довольно часто какъ осложненіе гонорройнаго заболѣванія придатковъ, *Wertheim* не разъ находилъ чистую культуру гонококковъ. Но что гонококки могутъ вызвать общій перитонитъ, до сихъ поръ еще никѣмъ не было доказано. *Bröse* приводитъ два случая, гдѣ больныя страдали хроническою гонорреею, подтвержденной бактериологическимъ изслѣдованіемъ влагалищнаго выдѣленія; въ обоихъ случаяхъ развился общій диффузный перитонитъ, разъ вслѣдствіе слишкомъ рано произведеннаго насильственного вправленія ретрофлексированной фиксированной матки, а второй разъ вслѣдствіе того, что лопнула наполненная гноемъ труба. Симптомы были довольно бурными: издугіе всего живота, тимпанитъ, рвота, икота, повышеніе температуры до 39°, малый учащенный пульсъ (120). Не смотря на это авторъ, принимая во вниманіе малую злокачественность гонококковой инфекции вообще, поставилъ благоприятный прогнозъ и ограничился чисто консервативнымъ лѣченіемъ. И дѣйствительно всѣ болѣзненные явленія стали постепенно стихать и больныя скоро совершенно оправились. Хотя въ этихъ случаяхъ и не было произведено бактериологическое изслѣдованіе перитонитическаго экссудата, авторъ считаетъ перитонитъ въ обоихъ случаяхъ чисто гонококковаго происхожденія. На основаніи своихъ двухъ случаевъ *Bröse* предостерегаетъ отъ оперативнаго вмѣшательства въ тѣхъ случаяхъ общаго разлитаго перитонита, гдѣ на основаніи анамнестическихъ данныхъ или же изслѣдованія влагалищнаго секрета можно предполагать, что перитонитъ вызванъ гонококкомъ.

Ф. Веберъ.

в) Французской.

55. M-me Durdan-Laborie.—Du rôle du sérum artificiel dans un cas de vomissements incoercibles de la grossesse.—(Revue med.-chir. des maladies des femmes. 25 juin 1896 P. 333).—Дѣйствіе искусственной сыворотки въ одномъ случаѣ неукротимой рвоты у беременной.

Описанъ случай 1½ мѣсячной беременности (больная 20 лѣтъ), гдѣ мѣстно имѣлись рѣзкое опущеніе матки и обильныя бѣли. Противъ рвоты, которая довела больную до очень тяжелаго со-

стоянія, были испробованы все средства, какъ rect os, такъ и rect vaginae. Искусственная сыворотка, которую вырыскивали этой больнои потомъ совместно съ примѣсью кокаина, ихтіола и сулемы черезъ влагалище, хотя не сразу прекратила рвоту, но облегчила ее и давала возможность больной до нѣкоторой степени спосно питаться въ то время, пока производилось лѣченіе мѣстное.

Н. Какушкинъ.

56. Lutaud.—Une variété d'herpes pouvant donner lieu a des erreurs de diagnostic.—(Gazette de gynécologie. 1896. № 239, p. 161.)—Особый видъ пузырчатого лишая, могущій дать мѣсто ошибкамъ въ распознаваніи.

Многія болѣзни сопровождаются высыпаниями пузырьной сыпи на губахъ, вообще на лицѣ и слизистой оболочкѣ. Автору удалось наблюдать такіе высыпы въ послѣродовомъ періодѣ, и онъ называетъ ихъ *herpes puerperalis*. Во всехъ случаяхъ болѣзни начиналась ознобомъ, подъемомъ температуры до 40°—41° и другими общими явленіями, причемъ мѣстныхъ, въ половыхъ органахъ, явленій не наблюдалось, за исключеніемъ двухъ больныхъ, гдѣ имѣлась задержка дѣтскаго мѣста. Всякій разъ авторъ думалъ, что онъ имѣетъ дѣло съ начинающейся родильной горячкой и примѣнялъ промываніе матки, но черезъ нѣсколько дней температура падала; причемъ на лицѣ (губахъ, крыльяхъ носа слизистой оболочкѣ рта, носа) появлялись пузырьки herpes'a, которые потомъ при полномъ здоровьи родильницы постепенно исчезали. Авторъ полагаетъ, что herpes puerperalis есть выраженіе скрытаго зараженія, во время побѣжденнаго.

Н. Какушкинъ.

57. Caray.—Le gonococcus de Neisser; technique de l'examen microscopique.—(Gazette de gynécologie. 1896. № 242. p. 210.)—Техника микроскопическаго изслѣдованія гонококка.

Способъ, описываемый авторомъ, даетъ возможность, по его мнѣнію, въ двѣ минуты приготовить препаратъ и въ одну или двѣ минуты его изслѣдовать. Для того чтобы испытать idoneité выдѣленій, нужно не болѣе четырехъ минутъ. Каплю отдѣляемаго кладутъ на обезжированное предметное стекло, растираютъ или обезжированной иглой, или между стеклами, до тѣхъ поръ, чтобы получился одинъ тонкій слой препарата. Затѣмъ на препаратъ наливаютъ одну—двѣ капли насыщеннаго воднаго раствора метилъ-фіолета; часть краски смываютъ простой или

перегнанной водой, кладутъ покрывное стекло, и снявъ излишекъ влаги пропускной бумагой, изслѣдуютъ подъ микроскопомъ (микроскопъ Verick'a, объективъ № 9, окуляръ № 3). Нужно имѣть въ виду, что такой способъ окраски дѣйствуетъ медленно, если въ выдѣляемомъ много эпителиальныхъ клѣтокъ или жира. Послѣдній предварительно слѣдуетъ удалить парами эфира. Подъ микроскопомъ гонокоекъ получаетъ очень темную окраску, ядра клѣтокъ менѣе темную, а протоплазма свѣтлую.

Н. Какушкинъ.

58. Arloing et Courmont.—Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne normal ou préalablement inoculé avec du suc d'épithéliome.—(Bulletin de l'Académie de médecine. Séance du 12 mai 1896. P. 517).—**О лѣченіи злокачественныхъ опухолей у человѣка впрыскиваніями сыворотки осла здороваго, или предварительно зараженнаго прививкой сока эпителиомы.**

Цѣлый рядъ опытовъ даетъ авторамъ право сдѣлать такіа заключенія: 1) впрыскиванія сыворотки осла, предварительно зараженнаго сокомъ эпителиомы, неспособны обусловить исчезновение злокачественныхъ новообразованій или даже помѣшать ихъ росту съ послѣдующимъ смертельнымъ исходомъ; 2) однако эти впрыскиванія вызываютъ уменьшеніе объема опухолей тѣмъ, что заставляютъ исчезать ту воспалительную припухлость тканей, которая обыкновенно окружаетъ эти опухоли; этимъ достигается между прочимъ уменьшеніе болей, вызываемыхъ новообразованіями; 3) впрыскиванія эти вызываютъ мѣстную воспалительную реакцію съ довольно тяжелыми общими явленіями; 4) сыворотка здороваго осла, вводимая въ кровь человѣку, больному злокачественнымъ новообразованіемъ, не вызываетъ такой мѣстной реакціи, но дѣйствуетъ на опухоль нисколько не хуже сыворотки зараженнаго осла.

Н. Какушкинъ.

59. S. Pozzi.—Sur un pseudo-hérmaprodite androgynois.—(Bulletin de l'Académie de médecine. 28 juillet 1896. P. 132).—**Случай мужеподобнаго ложнаго двуснастія.**

Горничная 33 лѣтъ, крѣпкаго и правильнаго сложенія. Временами имѣетъ викарирующія кровотеченія изъ носа и прямой кишки и цѣлый рядъ нервныхъ расстройствъ (боли), соответствующихъ времени мѣсячныхъ. Грудныя железы безусловно женскаго характера, также какъ и общій видъ субъекта. Лѣвая большая

губа, содержитъ въ себѣ яйцевидное тѣло, спускающееся сюда изъ пахового канала. Въ правомъ паху грыжа. Малыя губы плохо развиты. Входъ влагалища узкій, окаймленъ кольцевиднымъ разорваннымъ гименомъ (въ дѣтствѣ подверглась изнасилованію). Влагалище очень глубокое. Больная жаловалась на боли и припуханіе паховыхъ областей и областей большихъ губъ, безкоинвившія ее черезъ извѣстные промежутки времени. Содержимое грыжныхъ выпячиваній какъ слѣва такъ и справа было удалено, при чемъ оказалось состоящимъ съ обѣихъ сторонъ изъ мужскихъ яичекъ съ придатками, кистовидно растянутыми (могутъ быть разсматриваемы, какъ трубы); кромѣ того въ содержимомъ лѣваго грыжевого выпячиванія имѣлся зачаточный рогъ матки. Замѣчательно, что больная, до операціи не имѣвшая никакихъ половыхъ стремленій, получила послѣднія (къ мужскому полу) послѣ операціи.

Н. Какушкинъ.

60. E. de Walsche.—De l'emploi de l'eau chaude dans le traitement des métrites.—(Gaz. de Gynécologie. 1896. № 243, p. 225).—Горячая вода при воспаленіяхъ матки.

По примѣру *P. Reclus*, авторъ часто прибѣгаетъ къ влагалищнымъ промываніямъ водой въ 50°—60° С° при эндометритахъ, метритахъ и воспалительныхъ заболѣваніяхъ придатковъ. Для этого онъ пользуется слѣдующимъ приспособленіемъ: во влагалище вводится цилиндръ въ родѣ зеркала *Fergusson*'а, закрытый пробкой, черезъ которую проходятъ двѣ стекляныя трубки, одна соединена съ кружкой эмарха, другая—служить для отвода жидкости, къ ней придѣлана резиновая трубка спускающаяся подъ кровать въ ведро или тазъ. Количество жидкости, пропускаемой заразъ, должно быть не меньше литра. Промываніе обыкновенно совершается утромъ за полъ часа до вставанія съ постели. Больная ежедневно должна заботиться объ опорожненіи своего кишечника. Совмѣстно назначаются пилюли изъ сѣрно-кислаго хинина и углекислаго желѣза. Лѣченіе продолжается, смотря по тяжести случая, отъ 8 дней до 2½ мѣсяцевъ.

Н. Какушкинъ.

61. Castex.—Effet. de l'ablation des ovaires sur la voix.—(Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et. de rhinologie. 1896. № 28, p. 823).—Вліяніе оскоепленія на голосъ.

Въ шести случаяхъ, гдѣ яичники были удалены или одни (при фиброміомахъ) или совмѣстно съ маткой, авторъ не нашелъ

характерныхъ измѣненій голоса. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ приобрѣталъ болѣе низкій тембръ и мужской оттѣнокъ, въ другихъ, наоборотъ, онъ дѣлался болѣе интенсивнымъ, гибкимъ. Объективныхъ измѣненій въ гортани не было. Вѣроятно, по мнѣнію автора, измѣненія въ голосѣ, замѣчаемыя иногда послѣ холожденія, нужно относить на счетъ разстройствъ другого сорта, вызываемыхъ этой операціей, какъ-то: приливовъ крови, диспенсій, гипопондрій и проч.

Н. Какушкинъ.

62. D. Témoin.—*Ablation des fibromes par la voie abdominale avec conservation partielle ou totale de l'utérus.*—(Archives Provinciales de Chirurgie. 1896. № 7, p. 419.)—Удаленіе фиброміомъ чревосѣченіемъ съ частичнымъ или полнымъ сохраненіемъ матки.

Авторъ большой сторонникъ сохраняющихъ способовъ удаленія фиброміомъ. Онъ увѣренъ, что и подвлагалищное отсѣченіе матки имѣетъ преимущество передъ полнымъ удаленіемъ этого органа. Въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоли незначительной величины, онъ ограничивается удаленіемъ только опухолей, прибѣгая иногда, для этого и къ вскрытію полости матки. При очень большихъ опухоляхъ онъ удаляетъ большую или меньшую часть матки. Въ послѣднемъ рядѣ случаевъ (21 случай, съ однимъ смертнымъ исходомъ) онъ операцію начинаетъ съ разсѣченія широкихъ связокъ, защемивъ ихъ предварительно большими зажимами. Затѣмъ опухоли вылущиваются и остается неудаляемая большая или меньшая часть матки, смотря по обстоятельствамъ; этотъ остатокъ обрабатывается струнной нитью такъ, что получается уменьшенная матка съ сохраненной полостью. Для остановки кровотеченія авторъ пользуется временнымъ зажатіемъ сосудовъ и связокъ маленькими зажимами. Во второмъ рядѣ случаевъ (5 случаевъ; выздоровленіе) техника вылущенія опухолей не представляетъ особенностей; во время операцій при этомъ широкія связки бывають временно зажаты гибкими зажимами, каждая лѣтъ которыхъ помѣщена въ резиновую трубку.

Н. Какушкинъ.

63. Duplay.—*Du traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables.*—(La semaine gynécologique. 1896. № 21, p. 161.)—О припадочномъ лѣченіи неудаляемаго рака матки.

Противопоказаніями для коренного лѣченія рака авторъ ставитъ: 1) распространеніе процесса съ шейки на тѣло матки,

ибо при этомъ неизбежно почти всегда поражение ракомъ сосѣднихъ лимфатическихъ сосудовъ и клѣтчатки; 2) распространѣніе раковаго процесса на влагалище; 3) явное поражение клѣтчатки и лимфатическихъ железъ таза; 4) поражение сосѣднихъ органовъ. Припадочное лѣченіе въ такихъ случаяхъ направляется на борьбу съ болями, кровотеченіями, дурными выдѣленіями, общимъ упадкомъ силъ и гнилостнымъ зараженіемъ. Изъ болеутоляющихъ умѣстны всѣ, и примѣняемыя подъ кожу, черезъ желудокъ, и прилагаемыя мѣстно. Противъ кровотеченій и зловонныхъ выдѣленій авторъ усердно совѣтуетъ хирургическіе приемы—удаленіе разросшихся частей ножницами, пожомъ, Пакселеномъ, ложечкой. Последнюю онъ прилагаетъ и при пораженіи тѣла и дна матки, при чемъ дѣлаетъ расширеніе полости по способу *Vulliet*. Рядомъ съ хирургическими приемами широкой рукой прилагаются противугнилостныя промыванія и присыпки.

Н. Какушкинъ.

64. Etienne. Absence de la réaction agglutinante par lesang d'un foetus issu d'une mère morte de fièvre typhoïde hypertoxique.—(La Presse medicale. 1896. № 75, p. 465).—Отсутствіе реакціи *Vidal'*я въ крови плода, взятаго отъ женщины, умершей отъ брюшнаго тифа.

Трупъ плода добытъ при вскрытіи 26 лѣтней, беременной на пятомъ мѣсяцѣ. Въ то время какъ бактеріологическое изслѣдованіе трупа матери на брюшно-тифозныя палочки дало положительный результатъ, ни въ одномъ органѣ трупа плода не было найдено брюшнотифозныхъ бактерій. Даже распознавательный признакъ, предложенный *Vidal'*емъ для крови, отсутствовалъ въ плодѣ при несомнѣнной паличности его въ крови матери. Авторъ заключаетъ, что въ этомъ случаѣ послѣдъ сыгралъ роль совершеннѣйшаго фильтра, и плодъ умеръ не отъ брюшнаго тифа, а лишь потому, что умерла мать.

Н. Какушкинъ.

65. R. Pichevin et. R. Petit.—Tumeur rетро-utérine. Rhumatisme blennorragique.—(La Semaine Gynécologique. 1896. № 22, p. 169).—Заматочная опухоль. Перелойной ревматизмъ.

23 лѣтняя, до того времени вполне здоровая женщина, послѣ правильной менструаціи черезъ нѣсколько дней закровоточила (сгустки) съ сильными болями въ животѣ. Въ заматочномъ пространствѣ обнаружена опухоль со свойствами свѣжаго кровеизліянія (*haematocoele retrouterneum*). Еще черезъ нѣсколько дней по-

явилась воспалительная припухлость въ правомъ лучезарномъ сочлененіи, которое было распознано, какъ перелойное воспаление сустава, связанное съ процессомъ, имѣвшимъ мѣсто въ тазу. Задній сводъ вскрытъ, выпущенная жидкость (содержимое трубы) оказалась заключающей въ себѣ перелойные кокки. Со времени опорожненія заматочнаго мѣшка постепенно исчезли явленія со стороны сустава. Авторы обращаютъ вниманіе на этотъ случай, какъ могущій дать поводъ къ предположенію здѣсь трубнаго выкидыша, и относятъ его къ разряду тѣхъ случаевъ, которые могутъ быть охарактеризованы словами „ложный трубный выкидышъ“.

Н. Какушкинъ.

66. A. Boissard.—Nouvelles Serre-fines.—(L'obstétrique. 1896. № 2, p. 128).—**Новые серфинны.**

При неполныхъ разрывахъ промежности, но даже и при такихъ, которые доходятъ до жома задняго прохода, авторъ предлагаетъ, вмѣсто сшиванія краевъ рапы, удерживаніе ихъ въ соприкосновеніи другъ съ другомъ помощью серфиновъ, устроенныхъ на подобіе самоудерживающихся цинкетовъ. Они представляютъ двѣ перекрепчивающіяся по срединѣ своей длины вѣтви, исходящія изъ одной пружины; свободные концы вѣтвей загнуты другъ противъ друга подъ прямымъ угломъ и оканчиваются остріями. Видоизмѣненіе автора состоитъ въ томъ, что у него на каждой вѣтви два длинныхъ острія. Накладываются они повозможности глубоко, въ края раны, сведенные и приподнятые въ складку помощью указательнаго и большого пальца. Авторъ хвалитъ результаты трехлѣтняго примѣненія серфиновъ.

И. Какушкинъ.

67. Lucas Championnière.—Du rôle de la graisse dans le développement des hernies abdominales.—(Annales de chirurgie et d'orthopédie. 1896. № 8, p. 238).—**Значеніе жира въ развитіи брюшныхъ грыжъ.**

Несмотря на распространенное мнѣніе, что похуданіе, освобождая естественныя отверстія брюшной стѣнки отъ жира, благоприятствуетъ образованію грыжевыхъ выпячиваній, авторъ держится взгляда, что обильное образованіе жира въ этихъ отверстіяхъ—одна изъ главныхъ причинъ развитія грыжъ. Жиръ, находящійся тамъ у живого субъекта въ жидкомъ видѣ, растягиваетъ эти отверстія. Кромѣ того онъ способствуетъ отгигиванію прилегающаго листка брюшины, потому что связанъ съ послед-

ней помощью пучковъ соединительной ткани. Наконецъ, выполняя подбрюшинно брюшную полость, онъ стѣсняетъ послѣднюю, пренятствуетъ свободному размѣщенію внутренностей и толкаетъ ихъ къ мѣсту меньшаго сопротивленія. Авторъ для предупрежденія развитія грыжъ послѣ чревосѣченій ставитъ широкую профилактическую терапію: совѣтуетъ умѣренную гимнастику, соответствующую діету, заботу о своевременномъ опорожненіи кишечника и проч. Во время операціи грыжъ онъ считаетъ необходимымъ удалить весь жиръ, находящійся въ полѣ операціи.

Н. Какушкинъ.

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

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

- 1) *Отчетъ лѣчебницы Кременчугскихъ врачей за 1894 и 1895 годы.* Кременчугъ, 1896 г.
- 2) *А. Макневъ* *). *Отчетъ Акушерской факультетской клиники Императорскаго Московскаго Университета за 1894—1895 г.г.* Москва, 1896.
- 3) *Н. Феноменовъ* *). *Оперативное Акушерство.* Изданіе третье, дополненное. Казань, 1897 г.
- 4) *П. Теплоуъ.* VII Медицинскій отчетъ по гинекологическому отдѣленію Казанской Губернской Земской больницы за 1895/96 г. Казань, 1896 г.
- 5) *Leopold und Zweifel.* *Lehrbuch für Hebammen,* 6 изданіе, Leipzig. 1897 г.
- 6) *P. Budin.* *Femmes en couches et nouveau-nés. Recherches cliniques et expérimentales.* Paris, 1897 г.
- 7) *Викторъ Михайловъ.* Средніе русскіе акушерскіе итоги за пятьдесятъ лѣтъ (1840—1890). Новгородъ, 1895 г.
- 8) *Н. Львовъ.* *Ptyalismus perniciosus gravidarum* (отд. отг. изъ „Еженедѣльника“).
- 9) *Н. Львовъ.* Вычерпываніе плоднаго яйца (abrasio), какъ способъ производства искусственнаго законнаго выкидыша. (Отд. оттискъ изъ „Врача“ № 40. 1896 г.).
- 10) *Н. Львовъ.* Медицинскій Отчетъ по Лихачевскому родильному отдѣленію Казанской Губернской Земской больницы съ сентября 1895 г. по сентябрь 1896 г. Казань, 1896 г.
- 11) *В. Нотенко.* Хирургическія замѣтки, (отд. оттискъ изъ „Медицинскаго Обзорнія“, № 24, 1896 г.).
- 12) *Н. Толочиновъ.* Желскія болѣзни. Харьковъ, 1896 г.
- 13) *М. Нариничъ.* Жергвы женской красоты.
- 14) *М. Зерновъ.* Ессентуки какъ курортъ (отд. оттискъ изъ „Медицинскаго Обзорнія“, 1897 г.).
- 15) *I. Jaworski.* *Mors sub menstruatione ex anaemia.* (отд. оттискъ изъ „Kroniki Lekarskiej“, 1897 г.).
- 16) *Dagron.* 20 cas de fractures de clavicule, traités par le massage (Отд. оттискъ изъ „Journal de médecine et de chirurgie pratiques, аout 1896“).
- 17) *А. Н. Соловьевъ.* О значеніи наркоза въ медицинѣ. (Отд. оттискъ изъ „Лѣтописи Хирургическаго общества“ т. XV, № 4, 1896 г.).
- 18) *Г. Пlossъ.* Женщина въ естествознаніи и народоуводненіи, т. I, Вып. I переводъ х-ра *А. Комаровскаго.* Изданіе Щепанскаго С.-Петербургъ, 1897 г.

Книги отмѣченныя звѣздочкой прислали лично редак.

ОБЪЯВЛЕНИЯ.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПСКА НА ГАЗЕТУ „МЕДИЦИНА“

на 1897 (девятый годъ).

Подъ редакціей Профессора Юрьевскаго Университета
Степана Михайловича Васильева.

Издание, посвященное всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигиены, выходитъ въ объемѣ—2-хъ листовъ (лѣтѣхъ 1-го листа) четыре раза въ мѣсяцъ по прежней программѣ:

1) Самостоятельныя статьи, лекціи и предварительныя сообщенія русскихъ авторовъ и переводныя статьи и лекціи иностранныхъ авторовъ по всѣмъ отраслямъ клинической медицины, по всѣмъ отдѣламъ общественной и частной гигиены, эпидемиологіи, судебной медицины и гидрологіи, а также по общей патологіи, фармакологіи, анатоміи, физиологіи и патологической анатоміи. Въ отдѣлѣ оригинальныхъ статей будутъ между прочимъ печататься: Лѣченіе болѣзней сердца—Проф. С. М. Васильева;—Лѣченіе болѣзней желудка и кишечника—Проф. С. М. Васильева; Недостатки современнаго питанія—Проф. С. М. Васильева. Въ отдѣлѣ переводныхъ редакціей намѣченъ уже цѣлый рядъ сочиненій, которыя будутъ печататься: съ начала 1897 года Prof. Dr. O. Rosenbach—Терапія болѣзней сердца; Prof. Dr. Leyden—Болѣзни органовъ кровообращенія; Dr I. Boas—Диагностика и терапія болѣзней желудка (пер. съ 3-го вновь исправленнаго изданія съ многоч. рисунками); Prof. Dr. Kraepelin—Гигіена труда; Dr. Klempereger—Подагра и мочевыя камни; Prof. Dr. Limbeck и Grawitz—Клиническая патологія крови; Клиническія лекціи извѣстныхъ французскихъ терапевтовъ: Проф. Potain'a, Grasset'a, Grancher'a и Jaccoud'a. Лѣченіе болѣзней почекъ, проф. Ziemssen'a.

2) Общіе обзоры по различнымъ медицинскимъ вопросамъ.

3) Статьи по исторіи медицины.

4) Новостя медицины изъ русской и иностранной литературы.

5) Статьи и замѣтки по народной, особенно русской, медицинѣ.

6) Критика и библиографія медицинскихъ книгъ, статей, больничныхъ отчетовъ и изданій, могущихъ чѣмъ либо интересовать врачей.

7) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ и о защитѣ диссертаций.

8) Терапевтическій отдѣлъ.

Въ этомъ отдѣлѣ въ 1897 году будетъ печататься G. Wotho—терапевтическій путеводитель, значительно пополненный и исправленный по новѣйшимъ работамъ русскихъ и иностранныхъ авторовъ (со включеніемъ ученій о минеральныхъ водахъ, грязяхъ, морскихъ купаньяхъ, лиманахъ, климатическихъ ставціяхъ, молокѣ, кефирѣ и кумысѣ, анализа мочи и клиническаго метода изслѣдованія больныхъ Проф. Г. А. Захарьина).

9) Научныя корреспонденціи, хроника и мелкія извѣстія объ ученыхъ изслѣдованіяхъ и открытіяхъ, слухи и выдержки изъ газетъ, имѣющіе исключительно научный интересъ, а также правительственныя распоряженія, могущія чѣмъ либо интересовать врачей.

10) Частныя объявленія и публикаціи, за исключеніемъ рекламъ, о вновь вышедшихъ медицинскихъ книгахъ.

Въ газетѣ принимаютъ участіе: Пр.-доц. Г. М. Гершенштейнъ, Проф. Н. Ѳ. Голубовъ, Проф. А. Н. Губаревъ, Проф. Г. А. Захарьинъ, Проф. Ковалевскій, Проф. Курчичскій, Проф. Мухинъ, Проф. Патеко, Проф. Подрезъ, Проф. Поспѣловъ, Прив.-доц. Д. Д. Поповъ, Проф. Ш. М. Поповъ, Д-ръ Рудневъ, Проф. Скворцовъ, Проф. Снегиревъ, Проф. Тарновскій, Прив.-доц. Ѳ. К. Трапезниковъ, Проф. Шилтонъ, Проф. Ясинскій, Проф. А. В. Якобсонъ, Д-ръ С. С. Яковлевъ, Проф. В. В. Чирковъ и то

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ—Редакціи, Гороховая д. № 40.

Подписная цѣна за годовое изданіе **ПЯТЬ** рублей съ доставкой и пересылкой. Для студентовъ **ТРИ** руб. съ пересылкой.

Статьи высылаются въ Редакцію газеты „МЕДИЦИНА“ С.-Петербурга, Гороховая, д. № 40.

Оставшіеся экземпляры за 1895 и 1896 гг. продаются въ Редакціи по **ПЯТИ** рублей, а за 1893 и 1894 гг. по **ЧЕТЫРЕ** рубля съ пересылкой.

Труды, печатаемые въ нашемъ періодическомъ изданіи, по окопчаніи ихъ, поступаютъ въ продажу отдѣльными книгами; при чемъ подписчики на „МЕДИЦИНУ“ получаютъ всѣ изданія редакціи съ устункой (50%) при своевременномъ заявленіи объ этомъ при подпискѣ, вслѣдствіе ограниченнаго количества печатаемыхъ экземпляровъ.

3—(3)

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ.

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

поставщикъ многихъ земствъ, полковъ, госпиталей, аптекъ и дрогистовъ

ОПТОВЫЙ СКЛАДЪ

ПЕРЕВЯЗОЧНЫЯ средства: биндажи, набрюшники, клеенки, губки, ваточки, термометры максимальные, комнатные и оконные. Барометры, ареометры, спиртомеры. Очки, консервы, пеленэ, бинокли, лорнеты театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



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

Шины.

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

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается бесплатно.

Съ 1897 года будетъ выходить въ Москвѣ, подъ редакціей
профессора **П. И. ДЪЯКОНОВА**, ежемѣсячный журналъ, изда-
ваемый Высочайше утвержд. Т-мъ **И. Д. СЫТИНА**,

„ХИРУРГІЯ“

по слѣдующей программѣ:

1) Самостоятельныя статьи по хирургіи и относящимся къ
ней отдѣламъ врачебныхъ знаній.—2) Обзоры текущихъ работъ
по хирургіи.—3) Критика вновь выходящихъ хирургическихъ
сочиненій.—4) Разныя извѣстія.—5) Объявленія.

ЦѢНА СЪ ПЕРЕСЫЛКОЮ И ДОСТАВКОЮ

8 р. въ годъ и 4 р. за полгода.

ПОДПИСКА ПРИНИМАЕТСЯ:

1) Въ редакціи (Москва, Тверская, д. Гиршмана, кв. проф.
П. И. Дьяконова).

2) Въ книжныхъ магазинахъ Т-ва И. Д. Сытина, въ Москвѣ:
1) на Пикольской, д. Славянскаго Базара; 2) у Ильинскихъ вор.,
д. Титова; 3) на Пикольской, д. гр. Орлова-Давыдова. Въ С.-Пе-
тербургѣ, Большая Садовая, № 25. Въ Кіевѣ, Подоль, Гостинный
дворъ. Въ Варшавѣ, Бѣлянская ул., № 6, и во всѣхъ лучшихъ
книжныхъ магазинахъ Россіи.

Всю переписку, касающуюся дѣлъ собственно редакціи (т. е.
присылку статей для помѣщенія въ журналъ, обмѣнныхъ жур-
наловъ, книгъ для рецензій, предложеній объ обмѣнѣ изданіями
и т. д.), просятъ адресовать на имя редактора (Москва, Тверская,
д. Гиршмана, проф. П. И. Дьякову). Статьи, гдѣ-либо напе-
чатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право,
въ случаѣ надобности, производить сокращенія и измѣненія въ
присылаемыхъ статьяхъ. Авторы статей получаютъ вознаграж-
деніе въ размѣрѣ 25—30 руб. за печатный листъ. Кромѣ того,
авторы самостоятельныхъ статей получаютъ 25 отдѣльныхъ
оттисковъ своей статьи. Рисунки изготовляются въ счетъ воз-
награжденія за статьи. Для личныхъ переговоровъ редакція
открыта въ среду и въ воскресенье отъ 5 до 7 час.

Переписку по дѣламъ хозяйственнымъ (т. е. высылку под-
писныхъ денегъ, объявленій для напечатанія въ журналѣ, заяв-
леній о невысланныхъ книгахъ, или вознагражденій за статьи
и т. д.) просятъ адресовать на имя Т-ва И. Д. Сытина (Москва,
у Ильинскихъ вор., д. Титова).

Цѣна за объявленія, помѣщаемыя въ „Хирургію“,—10 р. за
цѣлую страницу и 6 р. за $\frac{1}{2}$ страницы и менѣе.

Объявления.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА.

съ 1 января 1897 года

высочайше утвержденнымъ

РОССІЙСКИМЪ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМЪ ОБЩЕСТВОМЪ

ВЗАИМНАГО ВСПОМОЩЕСТВОВАНІЯ ВЪ МОСКВѢ

БУДЕТЪ ИЗДАВАТЬСЯ ЕЖЕНЕДЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛЪ

„ФАРМАЦЕВТИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“.

ПРОГРАММА:

1) Офіціальныя извѣстія. Распоряженія и дѣйствія правительства, касающіяся аптечнаго дѣла и фармацевтическаго сословія.—2) Сообщенія и отчеты Россійскаго Фармацевтическаго Общества и другихъ фармацевтическихъ обществъ.—3) Научный отдѣлъ. Статьи по фармаціи, естествознанію и прикладнымъ знаніямъ.—4) Рефераты отечественной и заграничной специальной печати.—5) Мануаль и замѣтки по фармацевтической техникѣ.—6) Критика и библіографія.—7) Сословный отдѣлъ. Статьи по бытовымъ и профессиональнымъ вопросамъ.—8) Хроника и разные извѣстія относящіяся къ предметамъ, указаннымъ въ предыдущихъ пунктахъ программы (согласно § 3 (и) устава Р. Ф. О.).—9) Біографія и некрологи.—10) Справочный отдѣлъ.—11) Вопросы и отвѣты.—12) Рисунки, портреты и чертежи, относящіеся къ тексту.—13) Объявленія.

Журналъ будетъ выходить еженедѣльно по субботамъ.

Подписная цѣна: съ доставкой и пересылкой 6 р. (для членовъ Р. Ф. О-ва 4 р.) въ годъ, за 6 мѣс.—3 р., за 4 мѣс.—2 р., отдѣльныя №№ по 25 коп.

Допускается разсрочка по полугодіямъ и по третямъ безъ повышенія подписной платы.

По желанію журналъ высылается съ наложеннымъ платежомъ за что взимается 17 копѣекъ.

Такса на объявленія: страница 20 руб., $\frac{1}{2}$ стр. 10 руб., строка петита 10 коп. При абонементѣ на объявленія дѣлается скидка. Приложенія по особому соглашенію.

Подписка принимается: въ редакціи—Москва, Долгоруковская ул., д. 58, Толопина, и въ аптекарскомъ магазинѣ Торг. Дома К. Эрманъ и К^о Тверская ул., д. Миклашевскаго.

Редакторы: { С. О. Чирейскій, приватъ-доцентъ Император. Моск. Унив. Б. Н. Салтыковъ, секретарь Россійск. Фармацевт. Общ.

2—(2)

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА
НА ЖУРНАЛЪ
„ВРАЧЕБНЫЯ ЗАПИСКИ“

НА 1897 ГОДЪ.

(ГОДЪ ИЗДАНІЯ ЧЕТВЕРТЫЙ).

Журналъ выходитъ два раза въ мѣсяцъ, за исключеніемъ трехъ лѣтнихъ мѣсяцевъ, въ объемѣ отъ 20 до 25 печатныхъ листовъ въ годъ. Въ журналѣ помѣщаются, главнымъ образомъ, оригинальныя статьи, касающіяся болѣзненныхъ наблюденій по различнымъ отдѣламъ медицины. Помимо этого, въ предстоящемъ году редакціѣ имѣетъ въ виду, по мѣрѣ возможности, помѣщать рефератъ по текущей иностранной и отечественной литературѣ и краткіе отчеты о поступающихъ въ редакцію монографіяхъ, диссертацихъ и отдѣльных оттискахъ. Подписная цѣна съ пересылкой и доставкой 3 руб. 50 коп. въ годъ. Подписка принимается: 1) у редакторовъ-издателей—Москва, Старо-Екатерининская больница, 3-я Мѣщанская улица; 2) въ книжныхъ магазинахъ: Карбасникова (Москва, Моховая ул., прот. университета) и Карцева (Москва, Фуркасовскій пер.); 3) въ конторѣ объявленій Печковской (Москва, Петровскія линіи).

3—(3)

Редакторы-издатели: *Н. Шаталовъ.*
Ө. Гетье.

ВѢСТНИКЪ

ОБЩЕСТВЕННОЙ ГИГИЕНЫ, СУДЕБНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Выходитъ ежемѣсячно книжками около 15 листовъ каждая.

Подписная цѣна: для врачей, состоящихъ на службѣ, государственной, земской и частной, и жепщинъ врачей—6 руб.; для не служащихъ врачей и лицъ неврачебнаго сословія—7 руб.

Допускается разсрочка: 2 (или 3) руб. при подпискѣ, 2 руб. въ поздѣ 1 апрѣля и 2 руб. не поздѣ 1 іюля.

Подписчики на журналъ могутъ получать, безъ уплаты за пересылку, изданія редакціи:

I томъ „Справочной книги для врачей“

I. Обзоръ гражданскихъ врачебныхъ законовъ Россійской Имперіи. С. М. Ерпова.—II. Основныя правила составленія судебно-медицинскихъ актовъ о вскрытіяхъ мертвыхъ тѣлъ. Д. П. Косоротова.—III. Опытъ разработки результатовъ регистраціи врачей Россіи. В. И. Гребенящикова.—IV. Справочныя свѣдѣнія по русскимъ минеральнымъ водамъ, грязямъ, морскимъ купаньямъ и климатолѣчебнымъ станціямъ. А. Г. Кулявко-Корецкаго.—Прибавленіе. Кубышъ и кумысолѣчебныя заведенія. К. К. Толстого.—V. Общеизвестные гигиеническіе способы изслѣдованія.

Ц. О. Смоленскаго.—VI. Сифилисъ въ санитарномъ отношеніи. К. Л. Штюмеръ.—Библиографическій указатель иностранной и русской литературы по сифилидологiи за 1886—1890 г.

Цѣна книги (около 40 листовъ большаго формата) 2 рубля.

II томъ „Справочной книги для врачей“

I. Обзоръ санитарнаго законодательства въ Россіи. Проф. Ведрова.—II. Больницы гражданскаго вѣдомства въ Россійской Имперіи. В. И. Гребеньщикова.—III. Основы психіатрической экспертизы. А. В. Тимофѣева и М. В. Игнатьева.—IV. Объ обезвреживаніи фабричныхъ отбросовъ. Проф. С. А. Прживытекъ.—V. Мѣропріятія противъ заразныхъ болѣзней (I. Брюшной тифъ). П. О. Смоленскаго.—VI. Мѣстныя венерическія болѣзни. К. Л. Штюмера.—VII. О лѣкарственныхъ растеніяхъ Русской флоры. Проф. Мерклина.

Цѣна книги (около 40 листовъ большаго формата) 2 рубля.

Атласъ лѣкарственныхъ растений Русской флоры (25 листовъ раскрашенныхъ рисунковъ, изготовленныхъ за гравицей). Цѣна для выписывающихъ II томъ „Справочной книги“ — 1 руб.; отдѣльно 2 рубля.

Гг. подписчиковъ, при высылкѣ въ редакцію подписныхъ за журналъ денегъ, или выписываніи изданій редакціи, просятъ, во избѣжаніе задержки въ исполненіи заказа, посылать одновременно въ редакцію уведомленіе о сдачѣ денегъ на почту (открытымъ письмомъ, съ означеніемъ адреса и № почтовой квитанціи). При несоблюденіи этого условія исполненіе заказовъ неизбѣжно значительно замедлится, такъ какъ денежные пакеты съ заявленіями получаютъ не прямо редакціей, а чрезъ Государственное Казначейство.

3—(3)

М. И. Галанинъ.

Пензенская Губернская Земская Управа приглашаетъ врача на вакантное мѣсто ординатора при Пензенской Губернской Земской больницѣ, для заведыванія женскимъ и родильнымъ отдѣленіями. Кромѣ заведыванія отдѣленіями и дежурства по больницѣ на ординаторѣ лежитъ обязанность преподаваніе повивальнаго искусства въ школѣ сельскихъ повитухъ (2 часа въ недѣлю).

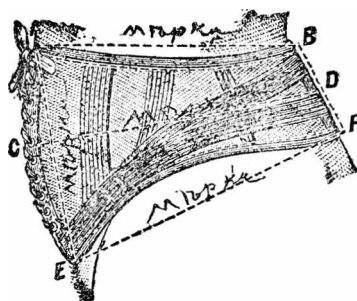
Жалованье ординатору полагается 600 руб. въ годъ при готовой квартирѣ и отопленіи, за преподаваніе въ повивальной школѣ 200 руб., а всего 800 руб. Врачи участвуютъ въ эмеритальной кассѣ, учрежденной Земствомъ.

Желающіе занять мѣсто должны прислать къ 15 марта 1897 года, какъ свои заявленія, такъ и свѣдѣнія о времени окончаніи курса наукъ, о своей служебной и практической дѣятельности и выслать литературные труды, если таковыя имѣются.

2—(3)

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ
БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

29.

ГОРОХОВАЯ.

У КАМЕННАГО МОСТА.

29.

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

КАБИНЕТЪ

== ДЛѢ НАЛОЖЕНІЯ БАНДАЖЕЙ. ==

== Почтовые заказы исполняются аккуратно и точно
согласно предписанію Гг. врачей. ==

29.

Гороховая улица,
у Каменнаго моста.

29.

2—(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 библіографію и рефераты изъ отечественныхъ и иностранныхъ изданій.

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

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 приложеній) 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 приложенія къ Военно-Медицинскому Журналу безъ пересылки 7 руб. 50 коп., а съ пересылкою 9 руб., а за годовое изданіе съ приложеніями безъ пересылки 14 руб., а съ пересылкою—17 руб. 3—(3)

БИБЛИОТЕКА МЕДИЦИНСКИХЪ НАУКЪ

ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХЪ ВРАЧЕЙ И СПЕЦІАЛИСТОВЪ.

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.

ИЗДАНІЕ 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.

Объявления.

за полутомъ и 6 р. за томъ). Последний полутомъ всего изданія будетъ высланъ безъ наложеннаго платежа за полученную при подпискѣ сумму. Желающіе получать въ переплетъ уплачиваютъ за послѣдній 75 коп. Отдѣльныя крышки для переплета высылаются съ пересылкой за одинъ рубль.

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

Съ требованіями обращаться на имя редактора-издателя „Библиотекѣ Медицинскихъ Наукъ“, доктора Бориса Абрамовича Овся. (С.-Петербургъ, Забалканскій пр., № 34). 2—(3)

ОДЕССА

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1897 ГОДЪ

(8-й годъ изданія)

на общедоступный медицинскій журналъ

„АКУШЕРКА“

24 №№ въ годъ (въ 12 книжкахъ).

Подписная цѣна съ пересылкой на годъ 3 руб.

Подписка принимается:

- 1) Въ редакціи журнала „АКУШЕРКА“ въ Одессѣ, (адресъ почтъ извѣстенъ). — 2) Во всѣхъ книжныхъ магазинахъ. — 3) Во всѣхъ почтовыхъ конторахъ съ наложеніемъ платежа.

Экземпляры „АКУШЕРКИ“ прежнихъ лѣтъ въ сброшюрованныхъ книгахъ продаются: 1890, 1891, 1892, 1893, 1894 и 1895 гг. по одному рублю за книгу, 1896 г. для подписывающихся и на 1897 г. по два руб. за экземпляръ, для прочихъ же по три руб. (Всѣ пѣны съ пересылкой).

РУКОВОДИТЕЛЬ ПОВИВАЛЬНОЙ БАБКИ

Д-ра А Р Т Е М Ь Е В А

Высылается за 30 коп.

можно почтовыми марками). Съ требованіями обращаться прямо въ редакцію „АКУШЕРКИ“ въ Одессу. 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. Н. Фенomenовъ.

3—(3)

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ЕЖЕМѢСЯЧНЫЙ ЖУРНАЛЪ
МЕДИЦИНСКІЯ ПРИБЛВЛЕНІЯ
къ
МОРСКОМУ СБОРНИКУ

БУДЕТЪ ВЫХОДИТЬ и въ 1897 году книжками отъ 4 до 5 листовъ

Журналъ посвященъ по преимуществу разработкѣ вопросовъ имѣющихъ отношеніе къ санитарному состоянію флота.

Достаточно отведено также мѣста и вопросамъ общей и практической медицины.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ, въ Главномъ Адмиралтействѣ, въ Управленіи Главнаго Медицинскаго Инспектора Флота.

цѣна за годовое изданіе 4 руб. съ пересылкою.

О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, дѣлается безплатное объявленіе въ слѣдующемъ № журнала.

2--(3)

Завѣдующій редакціей М. О. Перфильевъ.