

ЖУРНАЛЪ

АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,

ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА

ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТИИ:

А. П. ГУБАРЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

А. Я. КРАССОВСКАГО,

АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОСНО-
МОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДѢНІИ.

А. М. МАКЪЕВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВ-
СКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Г. Е. РЕЙНА.

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИ-
МИРА ВЪ БИЕВЪ.

В. Ф. СНЕГИРЕВА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ
МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ТАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. Н. ФЕНОМЕНОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

Н. В. ЯСТРЕБОВА,

ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ ВАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ:

ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Н. Ф. СЛАВЯНСКАГО,

ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ
БОЛѢЗНЕЙ.

ТОВАРИЩА ПРЕДСѢДАТЕЛЯ

Д. О. ОТТА,

ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО
ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОВИДѢЛЬНАГО ИНСТИТУТА.

И

СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА

Л. Г. ЛИЧКУСА,

СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИН-
СКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ.

ТОМЪ XI.

Іюль и Августъ 1897.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

1897.

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

ИЮЛЬ и АВГУСТЪ 1897, №№ 7 и 8.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

Иъ анатоміи и лѣченію вѣматочной беременности.

Д-ра В. В. Масловскаго,

Приватъ-доцента военно-медицинской академіи.

Случай вѣматочной беременности, который послужить предметомъ настоящаго изслѣдованія, представляется весьма интереснымъ съ нѣкоторыхъ сторонъ. Съ клинической точки зрѣнія случай интересенъ тѣмъ, что трубная беременность въ концѣ втораго мѣсяца окончилась трубнымъ выкидышемъ, сопровождавшимся, при угрожающемъ коллапсѣ, колоссальнымъ внутреннимъ кровотеченіемъ и выдѣленіемъ *in toto deciduae uterinae*. Съ тераневтической стороны интересъ случая заключается въ томъ, что угрожающій жизни коллапсъ былъ устраненъ клизмами изъ физиологическаго раствора поваренной соли, и большая кровяная опухоль разсосалась при разрѣшающемъ лѣченіи. Не менѣе интересенъ этотъ случай и въ анатомическомъ отношеніи, потому что вышедшая *decidua uterina* дала возможность изучить самыя существенныя измѣненія, происходящія въ маткѣ при вѣматочной беременности, и уяснить нѣкоторыя изъ нихъ.

Г-жа П., 37 лѣтъ отъ роду, уроженка Петербурга, происходитъ изъ здоровой семьи. Первые регулы получила на 13 году жизни, по 4 дня, безъ болей; регулы приходили чрезъ 4 недѣли. Вышла

замужь 18 лѣтъ. Беременностей 13: 9 срочныхъ родовъ и 4 выкидыша; всѣ роды происходили безъ оперативной помощи; послѣ-родовой періодъ во всѣхъ случаяхъ проходилъ правильно, вставала на 9 дней; дѣтей сама не кормила, а кормилица; всѣ дѣти живы: 5 мальчиковъ и 4 дѣвочки. Послѣдніе роды 11 іюня 1896 года. Всѣ выкидыши оканчивались благополучно, за исключеніемъ послѣдняго, бывшаго 4-го марта 1894 года. Этотъ выкидышъ, 6 мѣсяцевъ, мертво гнилымъ плодомъ; чрезъ 6 недѣль обильное кровотечение, длившееся 2 дня. Послѣ этого, регулы стали приходить чрезъ мѣсяць по 4—5 дней, безъ всякихъ болевыхъ ощущеній, какъ и прежде.

Послѣднія регулы окончились 30 ноября 1896 года (25—30); 24 Декабря незначительное кровотечение, длившееся 1 день. Начало предыдущихъ беременностей сопровождалось всегда тошнотой, чего теперь не было; были знобы и ощущение холода въ спинѣ, — такія же ощущенія Г-жа Н. испытывала при беременности, окончившейся упомянутымъ уже 6-ти мѣсячнымъ выкидышемъ. Съ 3—4 января 1897 года появились изъ половыхъ частей небольшія выдѣленія, коричневаго цвѣта, не прекращавшіяся до 1 февраля. 1 февраля, около 8 часовъ вечера, больная начала одѣваться, собиравъ выѣхать изъ дому, почувствовала головокруженіе и упала на полъ въ безсознательномъ состояніи. Когда больная очнулась, она испытывала сильную слабость, съ трудомъ доползла до кровати и упала на нее. Кромѣ того, больная страдала отъ невыносимыхъ болей, потугообразнаго свойства, длившихся до утра слѣдующаго дня; днемъ боли стали слабѣе и къ вечеру стихли сразу; при этомъ появились обмороки и рвота. Выдѣленія изъ половыхъ частей окончательно прекратились. При такомъ положеніи, состояніе больной постепенно улучшалось къ 10 февраля до такой степени, что она могла приподыматься, и 2 раза сходила съ кровати и садилась на судно. 10 февраля послѣ дѣйствія кишечника, около 11 часовъ утра, когда больная поднялась съ судна и сѣла на кровать, снова появились прежняго характера боли, частые обмороки и рвота. Боли достигали невыносимой степени, рвота постоянная, — желудокъ не переносилъ рѣшительно ничего, даже глотка вина. Около 5 часовъ по полудни, когда я увидѣлъ впервые больную, я нашелъ слѣдующее: Больная небольшого роста съ сильно развитымъ подкожнымъ жирнымъ слоемъ, и хорошо развитой костной системой, представляла крайнюю блѣдность общихъ покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ до такой степени, что нельзя было отличить окраски губъ отъ кожи; конечности холодны, пульсъ еле опредѣлимъ въ лучевыхъ артеріяхъ, 140 ударовъ въ минуту, малый нитевидный; пришлось считать пульсъ въ сонной артеріи. Больная, въ полусознательномъ состояніи, страдаетъ отъ невыносимыхъ болей въ животѣ, потугообразнаго свойства, не оставляющихъ ее ни на минуту въ покоѣ; постоянная тошнота, рвота и жажда. Животъ сильно вздутъ и болѣзненъ при легкомъ дотрогиваніи, при осторожной перкуссии издаетъ тупо-тиманическій звукъ. Изъ

половыхъ частей незначительныя кровянистыя выдѣленія. При внутреннемъ изслѣдованіи, *orif. ext.* открыто на ширину верхушки указательнаго пальца, въ зѣвѣ ничего не опредѣляется. Матка въ *ante-positione*, границы ея не опредѣлимы, задній сводъ выпяченъ и запятъ напряженно-эластическою опухолью, болѣзненной при изслѣдованіи, переходящей влѣво, пальца на 3; вправо опухоль, той-же консистенціи, простирается въ область правой широкой связки и повидимому занимаетъ всю правую половину таза; боковую и верхнюю границы опухоли опредѣлить было трудно, въ виду крайне болѣзненнаго изслѣдованія и напряженія брюшной стѣнки. Больной назначены были вино и эфиръ внутрь, ледъ на животъ, опій въ суппозиторіяхъ (0,02 р. d.); по вино и эфиръ быстро извергались рвотой, и своего дѣйствія, конечно, не могли обнаружитъ; я прибѣгъ къ подкожному впрыскиванію эфира, но и это не повліяло на дѣятельность сердца: пульсъ по прежнему въ лучевыхъ артеріяхъ еле опредѣлялся. Тогда были назначены клизмы изъ теплаго (28° R.) физиологическаго раствора (0,60⁴⁰) поваренной соли,—поставлены были три клизмы, по стакану каждая (200 гр.), съ промежутками между ними въ 15—20 минутъ. Всѣ клизмы задержались и оказали благотворное вліяніе: болѣзненная очнулась, обморочное состояніе прошло, рвота прекратилась, дыханіе стало глубже, жажда уменьшилась, пульсъ явственно опредѣлялся въ лучевыхъ артеріяхъ, былъ по прежнему малымъ, 140 ударовъ въ минуту. Ледъ пришлось отбѣнить, такъ какъ онъ усиливалъ потугообразныя боли, и замѣнить согрѣвающимъ компрессомъ. Тошнота и потугообразныя боли все время продолжались, не смотря на примѣненіе опія. Около 6 часовъ пополудни, при умѣренномъ кровотеченіи, выдѣлилась изъ матки облобочка, имѣвшая видъ мѣшка и представлявшая слѣпокъ ея полости. Послѣ этого, боли значительно ослабли, хотя еще продолжались весь слѣдующій день. Обмороки и рвота не повторялись, тошнота все еще продолжалась. Назначены: внутрь вино и эфиръ, которые теперь переносятся желудкомъ, снаружи опій продолжать.

Такимъ образомъ мы имѣли дѣло съ многорожавшей женщиной, у которой въ концѣ втораго мѣсяца, послѣ послѣднихъ регулъ, при наличности *haematocelis retrouterinae*, наступилъ анамнестическій повторный коллапсъ съ обмороками, малымъ нитевиднымъ пульсомъ, рвотой, вздутіемъ живота, потугообразными болями, небольшимъ наружнымъ кровотеченіемъ и выдѣленіемъ облобочки въ формѣ слѣпка полости матки. Такъ какъ незначительныя кровянистыя выдѣленія не могли быть причиною коллапса, то очевидно онъ зависѣлъ отъ внутренняго громаднаго кровотеченія. Спрашивается, кака была причина этого кровотеченія въ моемъ случаѣ? Анамнестическія данныя не даютъ никакихъ основаній признать причиною внутренняго кровотеченія заболѣванія придатковъ или травму. Первый коллапсъ произошелъ безъ всякаго видимаго повода, послѣ двухмѣсячной остановки регулъ, съ образованіемъ *haematocelis retrouterinae*. Но затѣмъ чрезъ 10 дней

произошелъ второй коллапсъ съ выдѣленіемъ *deciduae uterinae*. Это обстоятельство заставило признать другую причину внутренняго кровотеченія: оно было исходомъ вѣматочной беременности. Какая форма вѣматочной беременности дала такое колоссальное кровотеченіе? По клинической картинѣ, по указанному сроку появленія перваго коллапса я признаю причину внутренняго кровотеченія одинъ изъ исходовъ трубной беременности. Имѣли ли дѣло съ разрывомъ беременной трубы, или трубнымъ абортomъ? По моему мнѣнію, въ этомъ случаѣ былъ трубный абортъ. За это предположеніе говорятъ слѣдующія данныя: повторность внутренняго кровотеченія и связаннаго съ нимъ коллапса, потугообразныя боли при обоихъ коллапсахъ, и при этомъ небольшое наружное кровотеченіе. Какъ извѣстно, *haematocoele retrouterina* распространялась въ область правой широкой связки, и главная масса кровяной опухоли занимала правую половину таза; очевидно поэтому, что была *graviditas tubaria dextra*, имѣвшая своимъ исходомъ трубный абортъ, который произошелъ въ 2 срока: въ первый разъ 1 февраля, безъ видимой причины, внезапно появился коллапсъ при потугообразныхъ боляхъ съ образованіемъ *haematocelis*, и чрезъ 10 дней вторичный коллапсъ, при вставленіи больной съ судна, съ такими-же симптомами и выдѣленіемъ оболочки, зависѣвшій отъ новаго кровотеченія.

Почью больная спала всего 20 минутъ, бессонида зависѣла отъ продолжавшихся болей. Потугообразныя боли стихли къ вечеру слѣдующаго дня.

На 3-й день появились боли постоянного характера, вечерняя t^0 доходила до 38,2 при пульсѣ 140. Къ пятому дню боли стихли, t^0 36,7, пульсъ 130. Теперь можно было ясно опредѣлить чрезъ брюшную стѣнку верхнюю границу кровяной опухоли: она простиралась на поперечный палецъ выше пупочной линіи. Кровянистыя выдѣленія прекратились къ 7 дню; изъ грудныхъ сосковъ выдавливалось *colostrum*. Лечение: согревающій компрессъ и опій, больной назначена жидкая питательная діета. Послѣ прекращенія болей, опій былъ замѣненъ ихтиоломъ.

Въ послѣдующемъ теченіи болѣзни соединенное изслѣдованіе не примѣнялось вовсе, я ограничивался наружнымъ, которое констатировало наступившее рассасываніе кровяной опухоли. При безизхлорачномъ теченіи, силы больной начали возстановляться довольно быстро. Первые регулы пришли 16 марта, продолжались три дня, были не обильны и безъ болей. Изслѣдованіе послѣ регулъ показало слѣдующее: верхняя граница опухоли на высотѣ линіи, соединяющей *spin. ilei ant sup.*, вся опухоль безболѣзненна; при внутреннемъ изслѣдованіи, отношеніе опухоли къ маткѣ безъ измѣненій. Кромѣ прежняго леченія, больной назначены горячіе души (32—38° R), два раза въ день.

17/iv Регулы 4 дня, болѣе обильны, съ обычнымъ теченіемъ. Опухоль не выступаетъ изъ полости малого таза, матка *in anteversione*, опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ плотна и уменьшилась. Больной разрѣшено встать; она чувствуетъ слабость погъ

и очень скоро устаетъ. Назначено: ferratin 0,6 p.d. 2 разъ въ день; горячіе души съ йодомъ, по прежнему 2 раза въ день.

3/у Опухоль въ Дугласовомъ пространствѣ еще уменьшилась, плотна, безболѣзненна и подвижна вмѣстѣ съ маткою; лѣвую опухоль переходитъ палецъ на $1\frac{1}{2}$ за лѣвый край матки, справа на заднюю поверхность lig. lat.; контуры матки опредѣляются довольно ясно. Къ прежнему разрѣшающему леченію прибавлены еще mouches de Milan.

11/у Опредѣляется небольшой остатокъ опухоли, величиною въ куриное яйцо, лежащій за маткою, и не переходящій за лѣвый край ея; правая граница опухоли не ясно опредѣлима, подвижность матки значительно больше. Лѣченіе прежнее.

20/у Регулы 4 дня, съ обычнымъ теченіемъ. Остатокъ опухоли, толщиною въ палецъ, шириною въ два пальца, явственно опредѣляется отдѣльно отъ матки. Больная отправлена въ деревню, съ предписаніемъ брать соляныя ванны и продолжать указанное уже разрѣшающее лѣченіе.

Вышедшая оболочка, представляющая слѣпокъ полости матки, въ видѣ мѣшка, имѣетъ треугольную форму съ закругленными углами. Наружная поверхность представляется неровною, бахромчатою, покрыта мѣстами свернувшееся кровью; на мѣстѣ, отвѣчающему дну матки, находятся два кистовидныхъ образованія, величиною въ маленькую горошину, сидящихъ на очень тоненькихъ и короткихъ ножкахъ. Соответственно устьямъ трубъ и orif. intern. имѣются щелевидныя отверстія, при чемъ отвѣчающее orif. int. большаго размѣра съ разорванными краями. Цвѣтъ вышедшей оболочки свѣтло-красный, мѣстами переходящій въ темно-красный, кистовидныя образованія представляются болѣе блѣдными. Размѣры слѣпка: длина 6 снт., ширина на высотѣ отверстій трубъ 4,5 снт., толщина 0,8—1,0 снт. Внутренняя поверхность гладка, раздѣлена поверхностными и глубокими, доходящими мѣстами до $\frac{1}{2}$ толщи оболочки, бороздками на участки, неправильной формы; преобладающее направленіе бороздокъ—продольное и косое. Какого-нибудь правильнаго распредѣленія бороздокъ подмѣтить не удалось. Поверхность разрѣза не представляется однородной, къ внутренней поверхности ткань плотна, снаружи болѣе рыхла; въ толщѣ видны разсѣянные экстравазаты. На внутренней поверхности невооруженнымъ глазомъ видны многочисленные маленькія отверстія. Нигдѣ на внутренней поверхности не видно ворсинокъ, или другихъ составныхъ частей плоднаго яйца.

Небольшие кусочки, захватывающие всю толщю оболочки изъ различныхъ отдѣловъ ея (соотвѣтственно стѣнкамъ и дну матки), и кистовидныя образования (они при опускаши препарата въ спиртъ оторвались) уплотнялись обыкновеннымъ образомъ (абсолютный спиртъ, целлоидинъ); приготовленные микротомомъ срѣзы окрашивались гематоксилинь-эозиномъ.

Исслѣдованіе срѣзовъ при маломъ увеличеніи (Zeiss, Oc. 2, Obj. AA) показало, что ткань состоитъ изъ двухъ слоевъ: внутреннего клѣтчатковаго съ большимъ количествомъ кровеносныхъ сосудовъ и наружнаго железистаго, въ которомъ основа пронизана различной формы полостями, образуя перегородки между ними (петлистый, ампулярный слой *Langhans's* ¹⁾). Оба слоя представляютъ не одинаковую степень окраски: клѣточный слой слабѣ окрашенъ, чѣмъ средняя часть препарата и железистый, гдѣ особенно интенсивна окраска гематоксилиномъ самаго наружнаго отдѣла его ближе къ поверхности отдѣленія.

При сильномъ увеличеніи (Zeiss, Oc. 2 и 4. Obj. DD) оказалось, что на внутренней поверхности вышедшей оболочки встрѣчается сильно-измѣненный эпителий, расположенный небольшими островками, окрашенный не интенсивно; клѣтки его имѣютъ кубическую форму, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видны переходныя формы клѣтокъ отъ кубической въ уплощенную, похожую на эндотеліальную. На срѣзахъ изъ мѣста, отвѣчающаго дну матки, я нашелъ отслоившуюся отъ поверхности эпителиальную оболочку, состоящую изъ клѣтокъ указанной формы и продолжавшуюся въ выводные протоки железъ. Въ другихъ препаратахъ выводные протоки железъ не были вовсе покрыты эпителиемъ.

Строма внутреннего слоя состоитъ изъ децидуальныхъ клѣтокъ, меньшей величины чѣмъ на доношенныхъ послѣдахъ, различной формы: круглой, овальной и многоугольной, съ боль-

¹⁾ Conrad und Langhans. Tubenschwangerschaft. Ueberwanderung d. Eies. Arch. f. Gyn. 1876. Bd. IX. s. 342. Ercolani первыи доказалъ гистологическимъ исслѣдованіемъ превращеніе слизистой матки въ отпадающую оболочку, при внематочной беременности (Della struttura anatomica della caduca uterina nel casi di gravidanza-extra-uterina nella donna. Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna. Serie III. T. IV. 1874, Peф. въ *Virchow-Hirsch's Jahresbericht*. 1873. Bd. I s. 96).

нимъ количествомъ протоплазмы и большими овальными ядрами. Кѣтки эти расположены на нѣкоторомъ разстояніи другъ отъ друга; между ними межкѣтчатое, нѣжно-волокнистое иногда гомогенное вещество, въ которомъ разсѣяны небольшія соединительно-тканныя круглыя кѣтки, съ большими относительно ядрами. Децидуальныя кѣтки имѣютъ плохо окрашенныя протоплазму и ядра: очертанія какъ кѣтокъ, такъ и ядеръ не ясны. Такія кѣтки не содержатъ какихъ-либо зеренъ, а представляютъ блѣдно-розовый оттѣнокъ протоплазмы и едва уловимую блѣдно-голубую окраску ядеръ, что особенно бросается въ глаза при сравненіи съ рѣзкой окраской круглыхъ кѣтокъ. Кромѣ того, иногда встрѣчаются мѣста, отличающія по величинѣ децидуальной кѣтки, содержащія неокрашенную зернистую массу.

Сосуды кѣточковаго слоя весьма обильны и разнаго строенія. Ближе къ поверхности встрѣчается довольно густая сеть капилляровъ, расположенная параллельно съ поверхностью. Стѣнка ихъ состоитъ только изъ эндотелія. На мѣстахъ, лишенныхъ эпителия, капилляры лежатъ такъ поверхностно, что ихъ эндотелій составляетъ внутреннюю границу кѣточковаго слоя. Капилляры наполнены сохранившимися кровяными шариками, въ нѣкоторыхъ встрѣчается свернувшійся фибринъ.

Кромѣ капилляровъ, въ поверхностномъ отдѣлѣ кѣточковаго слоя, я нашелъ сосуды, въ поперечномъ разрѣзѣ круглаго очертанія, у которыхъ кромѣ эндотелія нѣтъ толкающей оболочки, состоящая изъ концентрически расположенныхъ волоконъ и кѣтокъ. Эти сосуды—вѣточки артерій, потерявшихъ уже часть своихъ оболочекъ, но сравненію съ артеріями наружнаго слоя, у которыхъ оболочки сильно развиты. Большая часть ихъ содержитъ сохранившіеся кровяные шарики, многіе изъ нихъ безъ всякаго содержимаго. Въ глубокомъ отдѣлѣ кѣточковаго слоя встрѣчаются полости круглаго, овальнаго и бисквитовиднаго очертанія, безъ слѣдовъ какой-бы то ни было оболочки, ограниченныя непосредственно децидуальною тканью, съ неизмѣнными кровяными шариками. Эти полости расположены близко другъ къ другу и по своей величинѣ превосходятъ калибръ артерій и венъ наружнаго слоя. Въ этомъ же отдѣлѣ кѣточковаго слоя имѣются экстравазаты: ткань

частью пронизана кровяными шариками, частью фибринозными массами.

Ткань перекладинъ наружнаго слоя рѣзко отличается отъ внутренняго: клѣтки ея меньшей величины, преобладаетъ короткая веретенообразная форма, встрѣчаются круглыя и многоугольныя; количество соединительно-тканыхъ круглыхъ клѣтокъ болѣе значительно и увеличивается къ поверхности отдѣленія, гдѣ ткань ими сильно инфильтрирована. Сосуды этого слоя, по свойству ихъ стѣнокъ и формы разрѣза должны быть признаны за артеріи и вены. Содержимое ихъ кровяные шарики въ сѣти фибрина, или только фибринозная масса. Въ ткани наружнаго слоя громадныя экстравазаты свѣжаго и давняго происхожденія.

Железы наружнаго слоя представляютъ значительное разнообразіе какъ формы ихъ, такъ и расположенія эпителия. Очень рѣдко въ глубокихъ слояхъ, ближе къ поверхности отдѣленія, приходилось встрѣчать разрѣзъ железы, въ видѣ кружка, напоминающій разрѣзъ железы небеременной матки. Эти железы содержатъ эпителий, кубической формы, отслоившійся отъ подлежащей ткани и лежащій въ просвѣтѣ; клѣтки съ неровными свободными краями, довольно хорошо окрашены. Большая часть железъ имѣетъ видъ удлиненныхъ полостей, самой неправильной формы. Небольшія полости покрыты однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ; другія представляютъ пролиферацію железнатаго эпителия рѣзковыраженную: кромѣ пристѣночнаго эпителия, встрѣчаются кучки эпителиальныхъ клѣтокъ въ просвѣтѣ полости; клѣтки круглой, овальной и многоугольной формы и меньше клѣтокъ пристѣночнаго эпителия, плохо окрашены. Накопецъ встрѣчаются полости, совершенно наполненныя клѣтками; въ нихъ пристѣночный эпителий расположенъ небольшими островками, среди клѣтокъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ зернистая масса. Вообще клѣтки этихъ полостей представляютъ дегенеративныя измѣненія: плохо окрашены, очертанія ихъ и ядеръ не ясны. Большія железнатыя полости, наполненныя описанными клѣтками, окружены непосредственно тканью перекладинъ. Кромѣ этихъ полостей, я находилъ большія полости съ отслоившимся на всемъ протяженіи эпителиемъ, лежащимъ въ просвѣтѣ въ видѣ связан-

ной цѣпи клѣтокъ, хорошо окрашенныхъ. Относительно формы клѣтокъ железистаго эпителія слѣдуетъ замѣтить, что преобладающая форма—кубическая съ неровными свободными краями; переходныя формы отъ кубической къ уященной клѣткѣ, похожей на эндотеліальную, я наблюдалъ въ нѣкоторыхъ полостяхъ.

Изслѣдованіе срѣзовъ маленькихъ кистъ показало, что стѣнки ихъ состоятъ изъ клѣточной ткани основы наружнаго слоя; въ ней встрѣчаются железистыя полости съ однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ. Внутренняя поверхность кистъ почти совершенно лишена эпителиальнаго покрова, за исключеніемъ небольшихъ его остатковъ въ 2—3 клѣтки, сохранившихъ свою кубическую форму, плохо окрашенныхъ, съ неяснымъ очерченіемъ.

И такъ, на основаніи микроскопическаго изслѣдованія можно сказать, что вышедшій слѣпокъ полости матки представляетъ всѣ свойства отпадающей оболочки—*deciduae uterinae*, въ каковую превратилась слизистая оболочка матки подъ вліяніемъ трубной беременности. Эта *decidua uterina* состоитъ изъ двухъ слоевъ: клѣточного и железистаго. Въ этомъ отношеніи мое изслѣдованіе подтверждаетъ въ общемъ результаты моихъ предшественниковъ. Спрашивается, въ какомъ отношеніи находятся полученные мною результаты изслѣдованія составныхъ частей *deciduae uterinae* по сравненію съ данными другихъ авторовъ? Приведу эти данныя.

Относительно поверхностнаго эпителія данныя авторовъ различны. Одни авторы его не находили—*Langhans* (1. с.), *Cohnstein* ²⁾, *Wyder* ³⁾, *Klein* ⁴⁾ и *C. van Tussenbroek* ⁵⁾. Другіе изслѣдователи находили эпителій въ той или другой формѣ. *Leopold* ⁶⁾ находилъ на поверхности сохранившійся

²⁾ *Cohnstein*.—Beitrag zur Schwangerschaft ausserhalb d. Gebärmutterhöhle. Arch. f. Gyn. 1877. Bd. XII. s. 357.

³⁾ *Wyder*.—Beiträge zur Lehre von d. Extrauterinschwangerschaft und d. Orte d. Zusammentreffens von Ovulum und Spermatozoen. Arch. f. Gyn. 1886. Bd. XXVIII. s. 378.

⁴⁾ *Klein*.—Entwicklung und Rückbildung d. Decidua. Zeit. f. Geb. und Gyn. 1891. Bd. XXII. s. 263.

⁵⁾ *C. van Tussenbroek*.—Die decidua uterina bei ectopischer Schwangerschaft in Bezug auf d. normalen Entwicklung von Placenta und Eihäute. Virchow's Arch. 1893. Bd. 133. s. 214.

⁶⁾ *Leopold*.—Tubenschwangerschaft mit äusserer Ueberwanderung d. Eie. und consecutiver Haematocoele retrouterina. Arch. f. Gyn. Bd. 10. 1876. s. 237s.

цилиндрический эпителий. *Abel* ⁷⁾ видѣлъ на поверхности вышедшей deciduae полосу, состоящую изъ удлиненныхъ кѣтокъ съ длинными ядрами, которую онъ признаетъ за измѣненный поверхностный эпителий. *Zweifel* ⁸⁾ встрѣчалъ хорошо сохранившійся кубическій эпителий на всей поверхности и въ многочисленныхъ железистыхъ углубленіяхъ вышедшей deciduae. *Доббертъ* ⁹⁾ находилъ на поверхности deciduae, соединенной съ маткой, вблизи отверстій железъ исключительно кубическій эпителий, похожій на эпителий железъ; на вышедшихъ экземплярахъ deciduae нигдѣ эпителия не было. Въ моемъ случаѣ, соответственно дву матки, я находилъ отдѣлившуюся отъ поверхности полосу, состоящую изъ кѣтокъ переходныхъ формъ отъ кубической къ плоской, похожей на эндотелиальную, и заходящую въ выводные протоки железъ; въ другихъ мѣстахъ островки эпителия изъ кубическихъ и плоскихъ кѣтокъ.

Что касается железистаго эпителия, то указанія приведенныхъ авторовъ сходятся относительно формы кѣтокъ: цилиндрической на днѣ железъ, кубической и плоской въ железистыхъ полостяхъ ампулярнаго слоя, и его легкой отслойки отъ подлежащей ткани. Различіе замѣчается относительно способа расположенія эпителия. Большинство изслѣдователей наблюдали однослойный эпителий въ железистыхъ полостяхъ, и только не многіе нашли въ нихъ скопленія эпителиальныхъ кѣтокъ. Первый указалъ на это *Leopold* (l. c. s. 256); *Abel* (l. c. ss. 402 и 403) эти скопленія ставить, повидимому, въ зависимость отъ отслойки эпителия и считаетъ ея трупнымъ явленіемъ. Большее вниманіе на эти скопленія кѣтокъ обратила г. *Tussenbroek* (l. c. s. 211), которая считаетъ ихъ результатомъ пролифераціи эпителия. *Доббертъ* (l. c. s. 238) не считаетъ отслойку эпителия посмертнымъ явленіемъ и думаетъ, что кѣтки его погибаютъ среди разрастающейся кругомъ децидуальной ткани.

⁷⁾ *Abel*.—Zur Anatomie d. Eileiterschwangerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung d. mensch. Placenta. Arch. f. Gyn. 1890. Bd. 39. s. 406.

⁸⁾ *Zweifel*.—Ueber Extrauterinschwangerschaft und retrouterine Hämatome. Arch. f. Gyn. 1891. Bd. 44. s. 58.

⁹⁾ *Доббертъ*.—Beiträge zur Anatomie d. Uteruschleimhaut bei ectopischer Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. 1894. Bd. 47. s. 237.

На своихъ препаратахъ я имѣлъ возможность прослѣдить различныя формы расположенія эпителія въ железистыхъ полостяхъ и прихожу къ убѣжденію, что скопленіе клѣтокъ не можетъ быть поставлено въ зависимость отъ отслойки эпителія, какъ это принимаютъ *Abel* и *Доббертъ*; потому что я наблюдалъ скопленіе клѣтокъ при сохранности пристѣночного эпителія; препараты съ отслоившимся эпителиемъ указываютъ только на перемѣну его мѣстоположенія: клѣтки, сохраняя связь между собою, отъ стѣнки отходятъ въ просвѣтъ полости, и при этомъ не наблюдается увеличенія числа клѣтокъ. Эту отслойку я никакъ не могу признать трупнымъ явленіемъ. Въ большихъ полостяхъ, совершенно наполненныхъ клѣтками, можно было замѣтить мѣстами правильно расположенный пристѣночный эпителій, и всегда была замѣтна граница между подлежащею тканью и подобными скопленіями клѣтокъ, которыя по своей квадратной, круглой, овальной и многоугольной формы отличались отъ веретенообразныхъ клѣтокъ стромы. На основаніи всего этого я, согласно съ *v. Tussenbroek*, считаю эти скопленія клѣтокъ въ железистыхъ полостяхъ за результатъ пролифераціи эпителія ихъ, которая является отраженіемъ усиленнаго роста всѣхъ клѣточныхъ элементовъ слизистой матки при превращеніи ея въ отпадающую оболочку. По моему мнѣнію, эти скопленія клѣтокъ въ железистыхъ полостяхъ составляютъ весьма важный діагностическій признакъ, отличающій *decidua uterinam* при вѣматочной беремености отъ *membrana dysmenorrhoeica* и обыкновенной *decidua*, железистый эпителій которой однослойный (*Klein l. c.*)

(Продолженіе слѣдуетъ).

II.

Случай консервативнаго кесарскаго сѣченія съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка.

И. Г. Мандельштамъ.

Нижеописанный случай кесарскаго сѣченія заслуживаетъ особеннаго вниманія въ виду рѣдкой формы неправильности таза, подавшей поводъ къ производству операціи.

27 Ноября прошлаго года, въ 9 ч. утра, Ф. Гроссманъ, 19 лѣтъ, была доставлена въ Одесскую Еврейскую больницу, докторомъ *Вилдерманомъ*, который, опредѣливъ у Г. высокую степень суженія таза, предположилъ необходимымъ произвести ей кесарское сѣченіе и при этомъ сообщилъ слѣдующія свѣдѣнія дополненныя разсказомъ самой больной: мать умерла въ молодомъ возрастѣ отъ чахотки; большая начала ходить на второмъ году жизни, но послѣ паденія стала болѣть ногами и до седьмого года пролежала не будучи въ состояніи двигаться. По ея словамъ, въ то время неоднократно подвергалась операціямъ. Когда начала ходить, то уже лѣвая нога была стянута въ тазобедренномъ суставѣ. Пять, шесть лѣтъ тому назадъ ей вскрывали нарывы на спинѣ. Первые регулы съ 13-го года, каждый мѣсяць правильно по 3, 4 дня, умѣренно, съ сильными болями въ началѣ появленія. Замужемъ 10 мѣсяцевъ и съ тѣхъ поръ регулъ не имѣла. Все время беременности чувствовала себя хорошо. 23 вечеромъ начала чувствовать родовыя боли, 24 вечеромъ отошли воды, а съ утра 26-го схватки сдѣлались частыми и весьма сильными. Шея матки не вполне еще изглажена, проходима для указательнаго пальца, головка подвижна надъ входомъ въ малый тазъ и въ теченіи многочасоваго наблюденія не обнаруживаетъ никакого поступательнаго движенія. Первое изслѣдованіе произведенное много показало: Больная очень малаго роста—128 см., на видъ крайне истощена и малокровна, слабого тѣлосложенія съ полнымъ почти отсутствіемъ подкожнаго жира, скуднымъ развитіемъ мускулатуры и нѣжнымъ строеніемъ скелета.

Органы грудной полости безъ измѣненій, животъ отвислый, вся поясничная часть позвоночника и верхнй отдѣлъ крестца сильно искривлены впередъ съ небольшимъ отклоненіемъ влѣво — *Lordo scoliosis sinistra lumbi sacralis*; нижнй конецъ крестца рѣзко отклоненъ назадъ, копчикъ загнутъ крючкомъ впередъ. При горизонтальномъ положеніи на спинѣ туловище касается стола лишь областью лопатокъ и нижняго отдѣла крестца. Остальная же часть позвоночника образуетъ дугу, подъ которой удобно помѣщаются полтора кулака. Все туловище и животъ при этомъ замѣтно наклонены влѣво. Въ стоячемъ положеніи лѣвая нога не касается пола, она неподвижно приведена и полусогнута къ животу. Справа, нижнй край реберъ почти касается гребешка подвздошной кости, между ними замѣтна довольно глубокая, но узкая борозда; слѣва же боковая область живота, вслѣдствіе напряженія мышцъ, представляется совершенно ровной и на ощупь несодатливою, такъ что трудно удастся прощупать ограничивающіе ее, довольно отдаленные другъ отъ друга, костные края. Вся лѣвая половина таза и лѣвая нижняя конечность развиты гораздо слабѣе правыхъ и стоятъ выше. Лѣвое колено выдвинуто впередъ и лежитъ на 5 см. выше праваго. Половая щель направлена назадъ, вслѣдствіе сильнаго наклоненія таза. На мѣстѣ соответствующемъ лѣвому *symphondrosis sacro iliaca* имѣется неправильной формы вдавленный рубецъ неподвижно сросшійся съ костью, съ продолженнымъ діаметромъ въ 3 см. и поперечнымъ въ 2 см. Такой же, но еще болѣе обширный рубецъ, находится въ области лѣваго большаго вертѣла, который повидимому былъ резецированъ вмѣстѣ съ головкой бедра такъ какъ вмѣсто естественнаго вертѣльнаго возвышенія замѣчается слегка углубленная рубцевая поверхность. Крыло правой подвздошной кости мало наклонено. Гребешокъ ея, при переходѣ его задней части въ переднюю, образуетъ тупой уголъ открытый кнутри. Направление и контуры лѣвой подвздошной кости вслѣдствіе упомянутаго выше тогическаго сокращенія мышцъ съ точностью опредѣлить невозможно. (См. рисунки).

Дно матки стоитъ на четыре пальца ниже мечевиднаго отростка, матка энергично сокращается каждыя 4—5 минутъ, причемъ во время сокращенія рѣзко выступаютъ круглыя маточныя связки въ видѣ туго-натянутыхъ капативовъ, расположенныхъ ближе въ передней поверхности матки. Матка наклонена влѣво; плодъ средней величины, спинка обращена влѣво и кпереди, головка стоитъ надъ входомъ въ тазъ и отклонена пемного вправо сердцебіенію плода отчетливо выслушивается слѣва отъ средней линии, подъ пупкомъ. Внутреннее изслѣдованіе, произведенное подъ наркозомъ въ виду крайней чувствительности больной обнаружило: лонная дуга довольно широка и смотритъ влѣво, мысъ стоитъ очень низко—легко доступенъ для одного указательнаго пальца какъ и вся верхняя часть крестца.

С. Д. 8—8½ см.: вся полость таза кажется суженной, но особенно укороченъ переднезаднй діаметръ лѣвой ея половины.

Spinae ischii сильно выдаются въ полость таза: отъ шейки матки осталась еще неизглаженной около $\frac{1}{2}$ см. Каналь въ проходимъ лишь для одного пальца; головка занимаетъ главнымъ образомъ правую половину входа въ малый тазъ, отъ котораго легко отодвигается во время паузы. Головной оухоли нѣтъ, малый родничекъ обращенъ влѣво и впередъ, большой родничекъ не достигается.

Распознано: асимметричный, косонаставленный, общесуженный плоскій тазъ, съ сильнымъ суженіемъ дѣвой его половины, — первый періодъ родовъ послѣ стока водъ — плодъ живой и жизнеспособный — въ первомъ черепномъ положеніи, средней величины. *Placenta* вѣроятно прикрѣпляется къ задней стѣнкѣ матки.

Принимая истинную копюгату даже въ 7 см., мы данный тазъ въ виду малости всѣхъ размѣровъ его и весьма значительнаго суженія дѣвой его половины совершенно почти потерянной для родового механизма признали за абсолютно суженный и сочли нужнымъ открыть искусственной путь для родаразрѣшенія съ цѣлью спасти мать и ребенка; по въ виду отсутствія осложненныхъ показаній въ окончаніи родовъ рѣшили выжидать еще нѣкоторое время для дальнѣйшаго наблюденія за ходомъ родовъ. Въ 3 часа пополудни излѣдованіе показало: подлежащая головка въ прежнемъ положеніи, не опустилась ниже, несмотря на продолжавшіяся все время правильныя, весьма энергичныя и болѣзненные схватки; шейка совершенно изглажена, зѣвъ около 3 см. въ діаметрѣ; t^0 нормальна, пульсъ 100 въ м.

Послѣ обычныхъ приготовленій больной, сдѣлано подкожное впрыскиваніе эрготина и приступлено къ кесарскому сѣченію по сохраняющему методу при любезномъ содѣйствіи гг. врачей Чопа и Тригера и въ присутствіи другихъ врачей больницы. Хлороформный наркозъ велъ врачъ Бурдипъ. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ сдѣланъ по *linea alba* на протяженіи 16 см., изъ конхъ половина приилась надъ пупкомъ, а другая подъ нимъ. Въ брюшной ранѣ показалась синеватокрасная поверхность беременной матки съ придатками, расположенными ближе къ передней ея сторонѣ; послѣ удлиненія разрѣза на 2 см. сверху, нескрытая матка безъ особеннаго труда выведена наружу, вокругъ ея шейки былъ наложенъ, на всякій случай, эластическій жгутъ, концы котораго оставлены незавязанными, а края брюшной раны выше матки сдѣланы нѣсколькими нарами Мюзеевскихъ щипцовъ. Послѣ того какъ матка была обложена горячими салфетками, иропитанными обезпложеннымъ растворомъ *Iodoform*, матка была вскрыта посредствѣмъ ея передней поверхности продолжительнымъ сѣченіемъ отъ дна до мѣста рыхлаго прикрѣпленія брюшины. Край разрѣза почти не кровоточилъ. *Placenta* подъ ножъ не пошла; разорвать оболочки и извлечь немедленно младенца за ножки, онъ оказался въ состояніи блѣдной асфиксіи и былъ переданъ для оживленія женщ.-вр. Р. Л. Каперманъ. Вскорѣ чрезъ разрѣзъ выдѣлилась и *placenta* съ оболочками, сидѣвшая на задней стѣнкѣ матки; матка сократилась, край раз-



рѣза зяли, изъ полости незначительное кровотеченіе, сдѣлапо подкожное впрыскиваніе эрготина, жгутъ слабо затянутъ вокругъ шейки, внутренняя поверхность матки вытерта 5% растворомъ карболовой кислоты и приступлено къ наложенію швовъ на матку. Сперва были проведены 12 глубокихъ швовъ, проникавшихъ чрезъ perii и myometrium до decidua съ промежутками въ 2 см. Еще предъ проведеніемъ послѣднихъ швовъ изъ оласей паралича сосудовъ, жгутъ былъ распушенъ, но началось атоническое кровотеченіе, матка расслабла и не сократилась несмотря на массируваніе и горячіе компрессы и повторное впрыскиваніе эрготина. Пришлось затампировать полость матки длинной полоской йодоформенной марли, конецъ которой выведенъ въ рукавъ. Завязавъ глубокіе швы, я наложилъ еще около 20 поверхностныхъ серо-серозныхъ швовъ; съ цѣлью предупрежденія повторной беременности, я перерѣзалъ обѣ трубы поближе къ маткѣ, между двумя лигатурами. Изъ лѣвой трубы былъ резецированъ небольшой кусочекъ, изъ правой же резецировать было нельзя, такъ какъ лигатуры лежали слишкомъ близко одна къ другой. Убѣдившись въ отсутствіи кровотечения, я вынулъ матку обратно въ брюшную полость и брюшную рану зашилъ однимъ рядомъ проникающихъ чрезъ всю толщю стѣнокъ швовъ и нѣсколькими поверхностными промежуточными. Операция длилась 1¼ часа. Для швовъ и лигатуръ употреблялся турнеровскій шелкъ,—для брюшной раны № 11, для глубокихъ маточныхъ № 10, а для поверхностныхъ № 4. Шелкъ былъ вываренъ въ 5% растворѣ карболовой кислоты, а марлевые салфетки и шарики обезпложены кипяченіемъ въ теченіи полчаса въ тавельскомъ растворѣ (Natri chlor. 7, 50 Natri bicarb. 2, 56 Aq. 1000) и употреблены въ влажномъ видѣ.

Извлеченный младенецъ, дѣвочка, послѣ довольно продолжительнаго примѣненія обычныхъ мѣръ была приведена въ чувство и начала дышать. Она имѣла слѣдующіе размѣры: длина=45 см. Окружность головки=33 см. Большой косой=13 см. Малый косой=9½. Прямой=11. Большой поперечный=9 см. Малый=8; поперечникъ плечь=14. Ягодиць=11 см. Вѣсъ, за неимѣніемъ подѣ рукой вѣсовъ, не могъ быть опредѣленъ.

Послѣ пробужденія отъ наркоза родинкица найдена въ удовлетворительномъ состояніи, пульсъ частый, но полный. На слѣдующій день утромъ извлеченъ изъ полости матки марлевый тампонъ, но послѣдній кусокъ его не подавался, его пришлось отрѣзать и оставить на мѣстѣ. Этотъ кусокъ длиною въ ¼ аршина могъ быть удаленъ лишь 15 декабря вмѣстѣ съ обхватившими его двумя петлями маточнаго шва. Этотъ непріятный инцидентъ съ марли случился оттого что послѣдніе лигатуры на маткѣ были завязаны при недостаточномъ освѣщеніи, когда уже стемнѣло. Къ счастью этотъ случайный недосмотръ не имѣлъ никакихъ серьезныхъ послѣдствій и не влялъ нисколько ни на качество послѣродовыхъ очищеній, ни на ихъ свободный стокъ. Послѣоперационное теченіе было нарушено временною непроходимостью кишекъ, наступившею на 2-й день вечеромъ, и дифузнымъ бронхитомъ, про-

жившимся на 4-й день послѣ операци. Сильный метеоризмъ, частая рвота, частый до 130 въ м. пульсъ и сильные приступы боли, представляли въ общемъ довольно тревожную картину, но хорошее наполненіе пульса и общій видъ больной исключили мысль о перитонитѣ. Подъ влияніемъ подкожныхъ впрыскиваній морфія и Гегаровскихъ клизмъ къ концу 3-хъ сутокъ кризисъ разрешился. Въ остальномъ послѣ родового періода прошелъ довольно гладко. Наибышая t° 38,40 была 3-го Декабря и обуславливалась бронхитомъ, пульсъ колебался между 90 и 100. Больная съ самаго начала мочилась сама. Кишечникъ началъ дѣйствовать съ 6-го дня. Кормить ребенка начала на 5-й. На 12 день сняты левы, найдено первичное натяженіе раны съ исключеніемъ небольшого участка внизу зажившаго per granulationem. Вѣдѣствіе общей слабости больная черезъ мѣсяцъ только начала ходить, но была оставлена въ больницѣ для поправленія. Выписана 23 января съ хорошо упитаннымъ ребенкомъ, котораго сама продолжаетъ кормить.

Въ день выписки найдено: влагалищная часть стоитъ высоко, шейка вполне сформирована, дно матки прикрѣплено къ передней брюшной стѣнкѣ и стоитъ на 3 пальца выше симфиза. Далѣе подробное измѣненіе таза произведенное послѣ того какъ больная уже встала съ постели дало слѣдующія величины.

D. Sp.	= 23	см.
" Cr.	= 21	"
C. E.	= 15	"
отъ Sp. ant. sup. dextr. до Sp. post. sup. sin.	= 21	см.
" Sp. ant. sup. sin. до Sp. post. sup. dextr.	= 18½	"
отъ нижняго края симфиза до Sp. sup. post. sin.	= 17	"
" " " " " Sp. sup. post. dextr.	= 16	"
Conj. Diag.	= 8½	см.
Прямой размѣръ выхода таза.	11	
Поперечный выходъ	11	

Мысъ стоитъ очень низко, передняя поверхность крестца обращена слегка влево, тѣла крестцовыхъ позвонковъ выдвинуты замѣтно впередъ. Правая безымянная линия имѣетъ дугообразную форму, лѣвая distantio sacro—cotyloidea сильно сужена и безымянная линия значительно выгнута впередъ и кнутри.

Обращаясь къ ближайшему опредѣленію формы таза на основаніи внешензложепныхъ данныхъ мы прежде всего констатируемъ: ясновыраженный характеръ общесуженнаго плоскаго рахитическаго таза; смѣщеніе верхняго отдѣла крестца впередъ, вынуклость его передней поверхности, низкое стояніе мыса, незначительную разницу между взаимнымъ разстояніемъ передневерхнихъ остей и гребешковъ повздошныхъ костей—все это признаки свойственныя рахитическому тазу. Но что дѣлаетъ тазъ особенно интереснымъ, такъ это его асси-

метрія; онъ представляетъ высокую степень косога смѣщенія костей таза влѣво и въ этомъ отношеніи онъ подходитъ къ типу анкилотически косо сѣуженныхъ тазовъ впервые описанному Naegele старшимъ, но онъ только подходитъ къ этому типу не представляя его въ чистомъ видѣ, что зависитъ отъ разницы въ способѣ происхожденія косога смѣщенія въ Negel'евскомъ тазѣ и нашемъ.

По справедливому требованію Schanz'а ¹⁾ название Пегелевскаго таза слѣдуетъ примѣнять лишь къ тѣмъ случаямъ, въ которыхъ *primus movens* изображенія таза заключается въ первичномъ недоразвитіи крыла крестцовой кости на сѣуженной сторонѣ, анкилозъ же крестцово-повздошнаго сочлененія на этой же сторонѣ есть уже вторичное явленіе, которое можетъ и отсутствовать; въ нашемъ тазу мы по всей вѣроятности имѣемъ дѣло съ первичнымъ синостозомъ лѣваго крестцово-повздошнаго сочлененія обусловленнымъ каріознымъ процессомъ или перипартулярнымъ воспаленіемъ. Синостозъ этотъ, образовавшійся въ раннемъ возрастѣ, остановилъ дальнѣйшій ростъ соответственной половины крестца и вызвалъ рядъ измѣненій совершенно похожихъ на характерныя особенности Пегелевскаго таза, за исключеніемъ отсутствующаго въ нашемъ тазу смѣщенія лѣвой повздошной кости вверхъ и кзади. Это смѣщеніе обусловленное въ Пегелевскомъ тазу перемѣщеніемъ центра тяжести туловища на большую сторону, какъ на болѣе короткое плечо рычага и противодавленіемъ бедра со стороны вертлужной впадины не могло образоваться у нашей больной, которая начала ходить тогда, когда лѣвое крестцово-повздошное соединеніе было уже неподвижно скрѣплено, а лѣвая нога сдѣлалась малоподной для употребленія. Эта рѣдкая аномалія таза отличается слѣдующими отличительными признаками имѣющимися и въ нашемъ случаѣ. 1) Крыло крестцовой кости на пораженной сторонѣ совершенно отсутствуетъ или недостаточно развито, 2) въ большинствѣ случаевъ на этой же сторонѣ имѣется полное костное сращеніе крестца съ повздошной костью, 3) лонное соединеніе перемѣщено ближе къ здоровой сторонѣ, а лонная дуга открыта непрямо впередъ

¹⁾ Lehrbuch d. Gynaec. 1896 p. 818.

но и въ сторону недоразвитой половины крестца, 4) разстояние между мысомъ и дномъ вертлужной впадины больной стороны укорочено, 5) передняя поверхность крестца повернута болѣе или менѣе замѣтно къ сторонѣ анкилоза, 6) *linea Terminalis* больной половины таза имѣть болѣе прямое и вытянутое направление, 7) косой діаметръ одноименный съ большой стороны длинѣе другого. Эти измѣненія обусловливаютъ ассиметрію таза, косое суженіе его, плоскость входа его получаетъ форму косолежащаго овала съ узкой половиной соответствующей анкилозированной сторонѣ, въ нашемъ случаѣ лѣвой. При высокихъ степеняхъ этой аномаліи, какъ въ нашемъ случаѣ, суженіе пораженной половины входа таза такъ значительно, что она совершенно теряетъ значеніе для родового механизма и подлежащая часть вставляется или пытается вступить въ одну лишь здоровую половину таза: такъ назыв. вѣбередняное вставленіе подлежащей части. Лѣвосторонній кокситъ самостоятельнаго вліянія на форму таза у нашей больной повидимому не имѣлъ,—коксалгія обыкновенно вызываетъ суженіе противоположной стороны,—а лишь второстепенное, обусловливая атрофію соответственной половины таза.

Изъ всего вышеизложеннаго явствуетъ что тазъ нашей больной представлялъ пространственные отношенія такого рода, что чрезъ него по всей вѣроятности невозможно было бы провести даже и уменьшенный въ объемѣ плодъ и потому показаніе къ кесарскому сѣченію въ этомъ случаѣ было абсолютное.

III.

Острая непроходимость кишечника, обусловленная кистою яичниковъ.

С. Г. Шалиты.

Въ настоящее время, какъ извѣстно, различаютъ три группы непроходимости кишекъ (Tillmans и др.).

А) Зависящая отъ рубцеванія послѣ кишечныхъ язвъ, отъ кольцевиднаго бугорчатаго поражения, отъ злокачественныхъ новообразованій и липомъ, исходящихъ изъ кишечной стѣнки, отъ присутствія инородныхъ тѣлъ и также отъ вѣдренія кишки—инвагинація.

В) Зависящая отъ проскальзыванія кишечной петли черезъ нормальное или искусственное отверстіе и выпячиваніе, нмѣющіяся готовыми въ брюшинѣ и сальникѣ: bursa omentalis, fossa duodenojejunal. и т. д. Сюда относятся также тѣ наружныя ущемленныя грыжи, гдѣ какая-либо петля, при вправленіи въ брюшную полость, случайно остается странгулированной («reduction en masse»).

С) Зависящая отъ прижатія кишки или опухолями другихъ органовъ—селезенки, почки и матки, —или перемычками, идущими отъ послѣднихъ. Сюда относится также перекручиваніе кишки—volvulus.

Случаи непроходимости, вслѣдствіе прижатія кишки опухолями, исходящими изъ другихъ органовъ, вслѣдствіе *давленія извне*, встрѣчаются очень рѣдко и подлежатъ подробному описанію и разбору. По статистикѣ Peters'a (Centralbl. f.

Сундк., № 13, 1895 г.) подобныхъ случаевъ извѣстно всего лишь 12; въ русской же печати я не нашелъ ни *одного*.

Отъ какой бы причины не исходила непроходимость,—каждый данный случай представляетъ громадную опасность для больного и очень серьезный шагъ для хирурга.

Случаи непроходимости, окончившіеся почему-либо выздоровленіемъ безъ всякихъ мѣръ или оперативной помощи, надо совершенно игнорировать, такъ какъ ихъ *крайнее* меньшинство; огромное же количество погибаетъ въ самый короткий срокъ или, если процессъ протекаетъ бурно, отъ паралича сердца и легкихъ, или, если дѣло идетъ медленно, отъ прободнаго перитонита.

Правда, при *настоящемъ* ileus на первый планъ выступаетъ рѣзкій упадокъ силъ, съ пониженной температурою, съ самоотравленіемъ организма проникающими черезъ кишечную стѣнку токсинами, съ параличемъ кишекъ,—явленія, ведущія къ быстрой смерти. При *постепенно* же развивающейся непроходимости, которая наблюдается при язвахъ, рубцахъ, опухоляхъ, эти грозныя симптомы нарастаютъ *медленно*, но все-таки въ концѣ концовъ ведутъ къ летальному исходу, такъ что надо придти къ несомѣнному заключенію, что все категорически непроходимости должны внушать самыя серьезныя опасенія, такъ какъ онѣ въ громадномъ большинствѣ случаевъ смертельны.

Для хирурга подобные больные представляютъ много поучительнаго, но и большой рискъ, такъ какъ въ огромномъ большинствѣ, (по *König'u* въ 75%), трудно заранее опредѣлить *причину* непроходимости, особенно при вздутомъ животѣ.

Кромѣ того, во время самой операціи, перебирая весь кишечникъ межъ пальцевъ, иногда не удается даже очень опытнымъ хирургамъ найти ущемленное мѣсто; иногда ослабленный больной умираетъ на операціонномъ столѣ, вследствие долгихъ манипуляцій въ брюшной полости; подчасъ здѣсь встрѣчаются непреодолимые препятствія (метастазы, обширные сращения), такъ что приходится зашивать брюшную рану, или не доискавшись причины непроходимости, или убѣдившись въ невозможности помочь больному.

Наконецъ, у хирурга является цѣлый рядъ мыслей—выдержать-ли данный больной *продолжительную* лапаротомию

можно-ли будетъ найти причину непроходимости и устранить ее, или не ограничить-ли свои дѣйствія лишь наложеніемъ *annus'a praeternatural*.

Для спасенія больныхъ съ непроходимостью, мы располагаемъ, помимо терапевтическихъ мѣръ, двумя операціями—лапаротоміей и энтерротоміей.

Само собою понятно, что, разъ констатирована полная непроходимость, и испробованы терапевтическія мѣры, одна только предварительная лапаротомія, предпринятая согласно современнымъ требованіямъ, съ послѣдовательнымъ нахожденіемъ причины и удаленіемъ ея, можетъ считаться *надлежащей, идеальной* операціей для подобныхъ больныхъ.

Мало того, лапаротомія должна быть предпринята, *какъ можно раніе*; здѣсь нельзя *долго* возиться ни съ высокими клизмами, ни съ промываніями желудка, ни съ электричествомъ; здѣсь нельзя ожидать весьма рѣдко встрѣчающагося самоисцѣленія: тѣмъ временемъ можно окончательно подорвать силы у больного, которыя ему крайне необходимы для предстоящей операціи, весьма продолжительной и серьезной.

Правда, общепринятые средства — промыванія желудка, высокія клизмы и т. д. — оказываютъ иногда благотворное дѣйствіе; но, повторяю, они должны быть испробованы *вначалѣ* заболѣванія и *недолго*. Надо при этомъ еще помнить, что нѣкоторые больные очень плохо переносятъ эти средства: является замѣтный упадокъ дѣятельности сердца и ухудшеніе общаго состоянія, — моменты, дурно вліяющие на исходъ болѣзни и операціи. Я полагаю, что рядомъ съ этими мѣрами, *на всякій случай*, должны идти всѣ приготовленія къ лапаротоміи, какъ я поступаю при ущемленныхъ грыжахъ ¹⁾: пока дѣлаются попытки, подъ наркозомъ, исправленія, — все готовится къ грыжеисчуженію.

Энтерротомія — палліативъ, который не только не разрѣшаетъ главнаго вопроса — *причины* непроходимости, но подчасъ совершенно не ведетъ къ желанной цѣли, т. е. больной можетъ скоро все-таки погибнуть. Конечно, гдѣ больной окончательно потерялъ свои силы, гдѣ существуетъ уже *явный*

¹⁾ См. мою книжку: "Хирургическое лѣченіе ущемленныхъ грыжъ", за 1894 г.

коллапс,—мы должны дѣлать хоть эту операцію, такъ какъ этимъ путемъ подчасъ удастся вывести больного на первыхъ порахъ изъ грознаго состоянія и въ послѣдствіе, значитъ, имѣть возможность считаться, какъ съ причинною непроходимости, такъ и съ палоченною кишечной фистулою.

Имѣя въ виду большую рѣдкость такой формы острой непроходимости, какъ прижатіе кишки извнѣ,—я считаю нужнымъ сообщить о двухъ такихъ случаяхъ, встрѣтившихся мнѣ недавно.

Въ обоихъ случаяхъ намъ посчастливилось: можно было заранѣе опредѣлить причину непроходимости *почти* навѣрно, а именно—прижатіе кишки до полнаго закрытія просвѣта ея, опухолями яичниковъ.

Случай I. Въ хирургическое отдѣленіе Кіевской Еврейской больницы поступила 19 марта сего года Э. Ш—ре, дѣвица 20 лѣтъ. До 15 лѣтъ была вполне здорова. На 16 году замѣтила, что стали толстѣть ноги, при чемъ кожа на нихъ сдѣлалась плотной и грубою. На 18 году, послѣ продолжительныхъ мѣлимина, получила первые регулы. Установился непостоянный типъ, по 6—8 дней, съ промежутками то въ 2—3 недѣли, то черезъ 5 недѣль. Последнія регулы закончились 10 марта, а 15 почувствовала боль въ правой подвздошной области. Съ того момента наступила полная непроходимость кишечника,—ни газовъ, ни стула. Животъ вздулся; постоянныя боли въ правомъ эпигастріи.

Въ тотъ же день больная поступила въ больницу (въ Бѣлой Церкви), гдѣ ей ставили высокія клизмы, но безъ всякаго эффекта.

Втеченіе истекшихъ 5 сутокъ была нѣсколько разъ рвота; постоянныя тошноты.

St. praes. Цѣлующая дѣвушка, хорошаго тѣлосложенія и питанія. Ноги сравнительно толсты, кожа набрякшая. Сердце и легкія нормальны; пульсъ хороший, нѣсколько учащенный (90). Подъ пупкомъ рѣзкій перехватъ покрововъ живота, видѣ глубокой поперечной борозды. Животъ равномерно вздутый, напряженный и сильно болѣзненный. Въ правой его половинѣ констатируется эластическая флуэтуирующая опухоль, границы которой: снизу—средняя линия живота, сверху—уровень пупка. Съ маткою опухоль не связана; на мѣстѣ опухоли звукъ тупой, на остальномъ протяженіи живота тимпаническій. При надавливаніи опухоли—сильная болѣзненность; величина опухоли съ дѣтскую головку.

Имѣя передъ собою полную непроходимость кишечника втеченіе 5 сутокъ, прощупывая въ брюшной полости опухоль, принявъ во вниманіе безрезультатность предварительнаго больничнаго лѣченія высокими клизмами,—мы рѣшили: 1) что

петля вѣроятно гдѣ либо прищемлена опухолью — кистой яичника и 2) что надо пользоваться удовлетворительнымъ еще состояніемъ общимъ и приступить къ операціи сей часъ же.

Подъ наркозомъ, при асептической обстановкѣ ³⁾ лапаротомія по средней линіи. По вскрытіи брюшной полости показала опухоль, сине-багрового цвѣта, сращенная съ салъникомъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ, помощью старыхъ, плотныхъ соединительно-тканыхъ перемишекъ.

По освобожденіи опухоли отъ этихъ сращеній обнаружился на colon ascendens и брыжейкѣ поверхностный *пролежень*, длиною въ 8—10 см. шириною въ 4—5 см., разрывшійся въ частичной, неглубокой потерѣ серознаго покрова и венозномъ стазѣ. Вся эта часть кишки и брыжейки окаймлена сѣроватымъ тонкимъ налетомъ какъ бы шнуркомъ. Очевидно опухоль придавливала въ этомъ мѣстѣ кишку къ брюшной стѣнкѣ или позвоночнику и оставила вышесказанный слѣдъ—пролежень на серозѣ.

Зная изъ операцій надъ грыжами, что такого рода поверхностные пролежни особаго значенія не имѣютъ, что кровообращеніе въ подобныхъ случаяхъ возстановливается,—мы рѣшили опустить и эту прижатую петлю въ брюшную полость.

Весь кишечникъ осмотрѣнъ. Proces. vermiform. оказался сращеннымъ помощью стойкихъ старыхъ перемишекъ съ дномъ подвздошной ямки, притягивая толстую кишку и не давая ей уйти изъ подъ опухоли. Чревообразный отростокъ отдѣленъ отъ сращеній; онъ представлялся отечнымъ, но вполне проходимымъ.

Не находя другихъ причинъ непроходимости, приступлено къ удаленію опухоли. Последняя, на многократно перекрученной ножкѣ, съ большимъ кровоизліяніемъ, исходила изъ правой широкой связки матки, составляя одно цѣлое съ правой Фаллопиевой трубою. Опухоль, вмѣстѣ съ частью трубы, удалена, послѣ наложенія двойной лигатуры. Часть салъника также взята въ 2 лигатуры и отрѣзана. Брюшная рана зашита наглухо.

³⁾ См. мою книжку: „Дѣятельность хирургич. отд. Кіев. евр. больн., за 1894 г.“. Кіевъ 1895 г.

Опухоль оказалась дермоидной кистой содержавшей много жира, костей, волосъ; также нѣсколько отдѣльных камеръ, наполненных серозной, коллоидною жидкостью и кровью.

Вся толща стѣнок кисты состоитъ какъ бы изъ пещеристой ткани, полости которой наполнены сгустками крови, частью уже организовавшимися, частью стѣжкими, плотными и рыхлыми. Соответственная удаленная труба, толщиною въ большой палецъ, также вся наполнена и растянута плотными организованными сгустками крови.

Черезъ 3 часа послѣ операціи пошла газы въ значительномъ количествѣ, и больной сразу стало лучше—тошноты и рвоты прекратились.

20/III. Ночью и утромъ обильный стулъ, безъ клизмы. Самочувствіе вполне хорошее. Рвоты не было.

26/III. Имѣть стулъ почти ежедневно, явленій непроходимости никакихъ. На 10-й день сняты швы, всюду—*grana*. За все время было повышение температуры 38° два вечера, а затѣмъ норма.

Случай II. Въ хирургическое отдѣленіе поступила 25 марта сего года X. Д—ръ, 51 года. Первые регулы на 14 году. Къ 16 годамъ установился правильный ихъ типъ, по 3—4 дня, съ промежуткомъ въ 3—4 недѣли. Имѣла 12 родовъ, изъ которыхъ лишь двое были срочные; остальные же—выкидыши или раньше времени. Сімахъ наступилъ 10 лѣтъ тому. Уже 2 года замѣчать въ животѣ „парость“, который, отъ величины кулака, постепенно достигъ настоящихъ своихъ размѣровъ. Особенныхъ болей эта опухоль ей не причиняла, хотя иной разъ вызывала покалыванія и неприятное ощущеніе. Стулъ имѣла всегда правильно, разъ въ 1—2 дня. Съ утра 22/III почувствовала очень сильную боль внизу живота, ни вѣтры, ни калъ не отходили съ того времени; постоянная тошнота; послѣ каждаго глотка чая или воды рвота. Поставленная раньше клизмы, 4 ложки кастороваго масла не оказали никакого дѣйствія, а ухудшили общее состояніе больной.

Stat. praes. Больная слабаго тѣлосложенія, исхудалая, тощая на видъ, напоминаетъ собою людей съ кахексией. Жалуется на сильныя боли и постоянныя схватки въ животѣ, безиррегулярную тошноту, полную задержку газовъ и кала. Сердце и легкія нормальны. Животъ вздутъ, напряженъ, увеличенъ, какъ при беременности въ 7 мѣсяцѣ; надъ лобкомъ прощупывается эластическая флюктуирующая опухоль, съ маткою несвязанная, величина ея съ дѣтскую головку. Температура не повышена.

Размѣры живота на пупкѣ—72, на мѣстѣ наибольшей окружности—86 см; разстояніе отъ лобка до верхушки опухоли—18; поперечникъ ея—22; отъ лѣвой *spina os. il.* до дна опухоли—17; отъ правой—16. Звукъ надъ опухолью тупой, вокругъ всюду

тимпанический. Нижний край ободочной кишки вбродно сращенъ съ опухолью; ее пальцы вывести изъ подъ край последней: они представляютъ какъ бы одно цѣлое.

Per vaginam прощупывается небольшая сморщенная матка.

Ввиду явныхъ признаковъ острой непроходимости кишечника, ввиду безрезультатности клизмъ, а также принявъ во вниманіе общее плохое состояніе больной,—рѣшено приступить къ лапаротоміи, сей часъ же при чемъ высказано мнѣніе, что, кромѣ кисты яичника, прижавшей какую-либо петлю кишечника, имѣется еще можетъ быть, и злокачественное новообразование последней, иначе трудно объяснить подавленный видъ больной и такое значительное исхуданіе.

Подъ наркозомъ чревосѣченіе большимъ разрѣзомъ, по l. alba. Извлечена наружу сине-багроватая опухоль, на перекрученной ножкѣ, со свѣжими кровоизліяніями въ последней, исходящая изъ праваго яичника. Наложена двойная лигатура, ножка перерѣзана, и опухоль удалена. Сращеній никакихъ ни съ кишками, ни съ сальникомъ. Найдена пустая петля темноватаго цвѣта, ниже которой кишки спались, а выше которой—вздуты сильно газами. Повидимому, петля эта была защемлена гдѣ-либо опухолью—кистою. Весь кишечникъ изслѣдованъ, другой причины непроходимости не найдено. При выравненіи кишечника въ брюшную полость, отошли газы per rectum съ громкимъ звукомъ. То же повторилось 2—3 раза во время перевязки. Брюшина рана закрыта на глухо.

Изслѣдованіе удаленной опухоли показало, что она есть киста праваго яичника, съ плотными, въ 2—3 мм. стѣнками, на толстой ножкѣ. Соответственная Фаллопиева труба сильно растянута свѣжими и старыми кровоизліяніями; киста содержитъ серозную желтоватую жидкость; въ стѣнкѣ кисты и трубы замѣтны въ нѣсколькихъ мѣстахъ кровоизліяніе.

26/III. Послѣ клизмы обильный стулъ; самочувствіе вполне хорошее, ни тошноты ни рвоты, получаетъ супъ, кофе и вино.

27/III. Ночью обильный стулъ, чувствуетъ себя хорошо. На 10-й день сняты швы; рана; переведена въ общую палату.

Эти исторіи болѣзни еще разъ убѣждаютъ, какъ надо снѣзшить съ лапаротоміей, тѣмъ болѣе если раньше уже испробованы безъ всякаго дѣйствія разныя терапевтическія мѣры, какъ было въ нашихъ обоихъ случаяхъ.

I) Мы видѣли, что въ I-мъ случаѣ имѣлся уже поверхностный *пролежень* на кишкѣ и брыжейкѣ—отпечатокъ давившаго края опухоли, который несомнѣнно далъ-бы перфوراцію и смертельный каловый перитонитъ.

II) Во 2-мъ случаѣ не было еще явнаго пролежня, но петля найдена *пустою* и *потемнѣвшею*; это объясняется тѣмъ, что: 1) оперировали не черезъ 5 (какъ въ первомъ случаѣ), а черезъ 3 сутокъ и 2) здѣсь содержимое кисты было совершенно жидкое, т. е. давленіе было мягче, нѣжнѣе. Кроме того, по удаленіи опухоли, пошли *сейчасъ* же газы *per rectum*; значить: кишка была совершенно сжата кистой, до полной непроходимости, и тоже дала-бы перфوراцію въ близкомъ будущемъ.

Къ другимъ выводамъ, кромѣ ущемленія петли опухолью въ обоихъ случаяхъ мы не можемъ придти; мы не можемъ объяснить появленія *полной* непроходимости у обоихъ больныхъ ни влѣдствіе одного лишь перекрученія ножки, ни влѣдствіе разлившагося остраго перитонита, совершенно не замѣченнаго ни раньше, ни при операциі. Иначе—не получился-бы такой *быстрый* эффектъ, такое *рѣзкое* улучшеніе отъ удаленія кистъ, а напротивъ—хозяйничать въ такой чувствительной сферѣ, какъ брюшная полость, должно было ухудшить состояніе больныхъ.

Наконецъ, данныя, найденныя въ брюшной полости—въ первомъ случаѣ пролежень, а во второмъ—пустая и потемнѣвшая петля,—ясно доказываютъ, что у обоихъ больныхъ имѣлась *механическая* причина—*давленіе извнѣ*.

Мы знаемъ изъ наблюденія другихъ и личного опыта, что въ брюшной полости могутъ существовать годами опухоли матки или яичниковъ, очень большихъ размѣровъ, вѣсомъ иногда въ 30—40 ф., безъ всякаго вреда для больныхъ: не только не бываетъ острой непроходимости, но кишечникъ приравливается къ давленію и функционируетъ болѣе или менѣе правильно. Чѣмъ же объяснить появленіе острой непроходимости въ двухъ данныхъ случаяхъ?

Извѣстно, что появленіе непроходимости кишечника при кистахъ яичника возможно (*Olshausen*) или: 1) въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль яичника, *спросная съ кишкою*, придавли-

васть, прижимаетъ послѣднюю къ брюшной стѣнкѣ, или 2) когда имѣется перекрученная ножка кисты, *сросшейся идъ либо съ кишкою*: при поворотѣ опухоли можетъ случиться осевое перекручиваніе и самой кишки—volvulus.

Въ нашихъ обоихъ случаяхъ этого не могло быть, такъ какъ не найдено сращеній съ кишками.

Я полагаю, что здѣсь возможно такое объясненіе: во время акта перекручиванія ножки, произошло *внезапно* большое кровоизліявіе въ кистѣ, благодаря которому опухоль *сразу* увеличилась, выросла и своею тяжестью *быстро* прищемила кишку такъ сильно, что она уже не могла освободиться, и сдѣлалась непроходимой.

IV.

Пороки развитія женскаго полового аппарата, какъ показаніи къ оперативному вмѣшательству.

1) Defectus uteri et vaginae — Castratio.

2) Atresia vaginae partialis congen., hämelytrometra — Operatio gynatresiae.

Д-ра Г. Г. Закса.

Неправильности эмбриональнаго развитія представляютъ высокій научный интересъ для натуралиста вообще, а для врача въ особенности. Всякія аномаліи, уродства и т. п. непременно останавливаютъ на себѣ вниманіе врача прежде всего какъ *curiosa naturae* очень интересныя въ научномъ отношеніи. Для практическаго врача случаи этого рода имѣютъ большое значеніе поскольку они служатъ показаніемъ къ тому или другому терапевтическому воздѣйствію. Исправить тамъ, гдѣ не досолила или пересолила природа задача вполне достойная врача и въ высокой степени для него привлекательная. Въ большинствѣ случаевъ дѣло сводится къ тому или иному виду хирургическаго вмѣшательства, имѣющаго цѣлью исправить косметическій недостатокъ или же устранить то или иное функциональное разстройство — въ послѣднемъ случаѣ показаніе можетъ быть очень серьезнымъ, доходящимъ до степени *indicationis vitalis*.

Предметомъ настоящаго сообщенія послужили два случая неправильнаго развитія женскаго полового аппарата; въ обоихъ

случаяхъ имѣлись серьезныя показанія къ хирургическому вмѣшательству: въ одномъ существовали функціональныя разстройства такого сорта, что дѣлали жизнь больной, хотя и возможной, но весьма непривлекательной; въ другомъ случаѣ состояніе больной грозило опасностью въ болѣе или менѣе отдаленномъ будущемъ.

Съ этой точки зрѣнія чисто практическаго интереса я позволяю себѣ обратить вниманіе товарищей на нижеслѣдующіе случаи.

1) 31-го декабря 1896-го года въ пріемную Ижевской земской больницы пришла кр-ка села Деревенскаго Варвара А. 21-го года съ жалобой на невыносимыя боли въ животѣ, отъ которыхъ она страдаетъ уже болѣе года. Въ началѣ боли эти появлялись лишь временами, а съ осени этого года онѣ не даютъ больной передышки. Больная не замужемъ и регулъ никогда не носила; раза два были кровотеченія изъ носа. Отравленія кишечника и пузыря нормальны. Къ работѣ совершенно не способна.

Больная средняго роста, порядочно сложена, питаніе сносное. Въ общемъ тѣнь, хотя и неполнѣ женскій, но для возраста 21-го года пѣсколько недоразвившейся дѣвушки. Правая рука меньше лѣвой (атрофія послѣ дѣтскаго паралича). Со стороны органовъ грудной кѣтки ничего ненормальнаго. Животъ не великъ, не вздутъ; при ощупываніи замѣчается болѣзненность въ пахахъ, преимущественно съ правой стороны. По показанію больной у нея боли схватками, начинающимися въ нижней части живота и отдающими во весь животъ, больше въ правую половину. Печень и селезенка не увеличены. Наружные половые органы хорошо развиты. Но раздвиганіи большихъ губъ виденъ слабо развитый *clitoris*, нормальнаго вида, *orificium urethrae* и заросшій *hymen* прикосновеніе къ которому вызываетъ боль.

Исслѣдованіемъ *per rectum*, при введенномъ въ пузырь катетрѣ, легко констатируется полное отсутствіе влагалища и матки; между пузыремъ и прямой кишкой пщупывается только тонкій плоскій тяжъ; пѣсколько сбоку отъ средней линіи прощупываются небольшіе узлы съ бобъ величиной, а далѣе къ *linea innominata* продолговатой формы тѣла, болѣзненные при надавливаніи (яичники). Діагностика, на основаніи анамнеза и данныхъ объективнаго изслѣдованія, не представляла затрудненій: ясно, что мы имѣли передъ собой дефектъ матки и влагалища при нормально развитыхъ яичникахъ и трубахъ. Страданія больной по всей вѣроятности стояли въ прямой зависимости отъ функціи яичниковъ. За отсутствіемъ секретирующей поверхности матки процессъ созрѣванія фолликуловъ и сопровождающія его раздраженія нервно-сосудодвигательнаго характера не могли разрѣшаться нормальной менструаціей и причиняли больной страданія носившія въ началѣ характеръ *molimina menstrualia*; въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни

страданія перестали быть періодическими и смѣнились постоянными схваткообразными болями. Это послѣднее обстоятельство давало поводъ предполагать въ яичникахъ измѣненія стойкія не зависимо отъ періодическаго созрѣванія фолликулъ. Природа лишняя болѣзнь секретизирующаго аппарата матки, но ошибкѣ оставила ей яичники; нужно было исправить эту ошибку. Показаніемъ къ удаленію яичниковъ служили уже одніе невыносимыя боли, которыя не давали больной покоя; но этого мало, тутъ существовало показаніе болѣе серьезнаго свойства: изслѣдованіе давало основаніе предполагать что трубы у больной развиты хорошо, замѣчалось даже небольшое узловатое утолщеніе ихъ (*hämatoralpinx*); такимъ образомъ больная всегда находилась подъ угрозой умереть отъ внутренняго кровотеченія вслѣдствіе разрыва трубы. На предложенную операцію больная легко согласилась („дѣлайте что хотите“) и принята въ больницу 31-го декабря 1896-го года (№ журн. 451).

1/1 97. Боли были до того сильны, что больная сорвала положенную ей на животъ сулемовую повязку. Назначено *ol. Ricini* съ *acid. salicyl.*; *Bismuth subnitric.*; общая ванна и обычная очистка поверхности живота, половыхъ органовъ и бедеръ. Положена сулемовая повязка на животъ.

2/1 Въ наркозѣ (морфій, хлороформъ) произведено хожденіе путемъ чревосѣченія; помогала д-ръ *Новиковъ*.

Считаю нужнымъ сказать нѣсколько словъ объ обстановкѣ, при которой мнѣ приходится работать: сельская земская больница на 19 штатныхъ кроватей (дѣйствительное ежедневное число занятыхъ коекъ въ среднемъ 24—25); четыре палаты: изъ нихъ одна заразная и одна для сифилитиковъ. Имѣется отдѣльная комната (6 аршинъ въ квадратѣ) для операцій: стѣны въ этой комнатѣ покрыты бѣлой масляной краской полъ выстланъ „линолеумъ“. Меблировка—операционный столъ изъ желѣза (сдѣланъ мѣстнымъ слесаремъ по рисунку) со стеклянными плитами; ножныя части опускаемы, такой же столикъ изъ желѣза и стекла для инструментовъ и перевязочнаго матеріала, табуретки, 2 столика и стойка для ирригатора; рукомойника нѣтъ; вода подается изъ кувшина на руки. Одно окно на югъ; подоконникъ покрытъ стеклянной плитой.

Операционная помещается въ одномъ зданіи съ пріемной и амбулаторной, гдѣ ожидаютъ приходящіе. Отдѣльной палаты для оперированныхъ нѣтъ—приходится либо класть ихъ въ общую палату, либо оставлять на первое время въ той же операционной.

Медицинскій персоналъ—3 фельдтера и акушерка, всё хорошо вышколены въ антисептикѣ. Для мытья рукъ: зеленое мыло (щеткой), спиртъ, и сулема (1 на 2000). Перевязочный матеріалъ, сулемовая и йодоформовая марля, готовится въ больницѣ изъ обыкновенной марли;—фабричный матеріалъ не употребляется. Стерилизация марлевыхъ компрессовъ производится при операціи кипяткомъ изъ самовара.

Бѣлье для оперируемыхъ и передники для персонала стерилизуются паромъ въ самодѣльномъ стерилизаторѣ. Матеріалъ для лигатуръ—шелкъ и снѣжковомъ. Инструменты кипятятся въ самодѣльномъ сосудѣ (стоилъ около 2-хъ рублей) въ растворѣ соды и передъ операціей переносится въ блюдо съ растворомъ лизоля. Чистка операціоннаго поля: зеленое мыло (мочалкой или ватой), бритье, скипидаръ, эфиръ и сулема (1 на 2000); для вагины сулема и лизоль. Для наркоза chloroformechloral. Schering; за 20 минутъ до начала наркоза Morph. $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ подкожно; хлороформируетъ опытный въ этомъ дѣлѣ фельдшеръ—всегда одинъ и тотъ же; распредѣленіе персонала при операціяхъ такое, что каждому приходится всегда дѣлать одно и тоже привычное для него дѣло; такъ напр. швами и перевязочнымъ матеріалами завѣдуетъ одинъ фельдшеръ, компрессами другой и т. д., словомъ практикуется строгое раздѣленіе труда. Ближайшій врачъ по сосѣдству въ 40 верстахъ, такъ что въ большинствѣ случаевъ приходится работать одному безъ врачебной помощи.

Перехожу къ описанію самой операціи: разрѣзь по бѣлой линіи отъ лобка до пупка, пальца на 2 не доходя до послѣдняго. По вскрытіи брюшной полости, введенъ марлевый компрессъ, которымъ отодвинуты вверхъ кишки изъ полости таза. Лѣвая рука въ полости малаго таза подтверждаетъ результатъ изслѣдованія т. е. отсутствіе матки, въ которую растянута труба и присутствіе хорошо развитыхъ яичниковъ.

Лѣвый яичникъ, захваченный между указательнымъ и среднимъ пальцемъ, выводится въ брюшную рану. Mesovarium прокалывается тупой иглой и отвязывается шелковой лигатурой въ обѣ стороны; кромѣ того одна общая лигатура. Затѣмъ отрѣзаеъ яичникъ и по осущѣ культи ножка опущена на свое мѣсто. Также и съ правомъ яичникомъ. Такъ какъ операція прошла гладко и крови въ брюшную полость не попало, то мы отъ такъ называемаго туалета брюшины воздержались и наглухо зашили брюшную рану швами захватывающими одновременно и брюшину и брюшныя стѣнки. Повязка обычная: йодоформовая

и сулемовая марля, гигроскопическая вата. Наркозъ прошелъ гладко, не считая позывовъ на рвоту.

9 послѣ операции 36,8, вечеромъ 37,2. Болѣлъ животъ и была рвота. Пульсъ 80. Дальнѣйшее теченіе вкратцѣ слѣдующее: 2 дня были еще боли въ животѣ, но не прежняго характера—была и рвота. Температура нормальна, пульсъ все время хорошъ. Вслѣдствіе болей давалась t-га opii по 5 капель нѣсколько разъ. Прослабило на 5-й день послѣ клизмы. На 8 и 10 дни удалены всѣ швы и рубецъ покрытъ колодіемъ, а брюшной покровъ стянутъ полосками липкаго пластыря надъ рубцомъ. Между 10 и 14 днемъ было нѣсколько вечернихъ повышений до 38—38,4°. Боли прекратились и на 14 день больной позволено вставать; 31-го января выписана изъ больницы. Въ первыхъ числахъ февраля больная снова явилась въ больницу съ жалобой на боли въ животѣ: боли схватками, но гораздо слабѣе, чѣмъ были до операции. Послѣ нѣсколькихъ приемовъ t-гае opii боли прекратились и не возобновлялись до первыхъ чиселъ марта (больная была все время подъ нашимъ наблюдениемъ), когда вновь появились схватки не сильныя, длившіяся только нѣсколько часовъ. Въ общемъ больная смотритъ значительно лучше прежняго. Рубецъ на животѣ прочный.

Описанный случай не требуетъ длинныхъ комментариев. Хотя связь функціи яичника съ мѣсячнымъ очищеніемъ и сопровождающими его нервными явленіями—*molimina menstrualia*—составляетъ еще вопросъ не безспорный, однако въ данномъ случаѣ прекращеніе болей послѣ удаленія яичниковъ даетъ намъ право поставить эти боли въ зависимость отъ функціи этихъ органовъ. Яичники въ данномъ случаѣ функционировали т. е. въ нихъ происходило созрѣваніе фолликуловъ—на это указываетъ наружный видъ и размѣры удаленныхъ органовъ: они были вполне развиты, какъ у взрослой женщины, поверхность покрыта ясными рубцами; на взрѣзѣ множество растянутыхъ, наполненныхъ свѣтлой жидкостью пузырьковъ; въ правомъ яичникѣ замѣчается кровоизліяніе въ полость, величиною съ орѣхъ (*apoplexia ovarii*). Все это такіе признаки, въ истолкованіи которыхъ не можетъ быть колебаній. Чѣмъ объяснить боли, хотя и кратковременныя, появлявшіяся у больной два раза черезъ мѣсячные промежутки уже послѣ операции? очень вѣроятно, что боли эти обуславливались небольшимъ и непродолжительнымъ новымъ кровоизліяніемъ въ растянутыя трубы: извѣстны вѣдь случаи, гдѣ послѣ удаленія обоихъ яичниковъ одинъ или два раза бываютъ мѣсячныя—организмъ привыкшій къ извѣстной періо-

дической функции какъ бы не можетъ сразу отстать отъ привычнаго отправленія.

Перехожу къ описанію другаго случая.

Анна С. 17-ти лѣтъ, кр-ка с. Тыранской слободы, средняго роста, для своего возраста сложена посредственно, питаніе удовлетворительно. Никогда не имѣла регулы; за послѣдній годъ нѣсколько разъ были сильныя боли въ животѣ; правильныхъ промежутковъ между приступами болей не замѣчено.

Въ концѣ января 1897-го года выдана замужъ. Послѣ перваго coitus (по словамъ матери все было какъ слѣдуетъ и на рубашкѣ были кровавыя пятна) появились сильнѣйшія боли въ животѣ, заставившія больную обратиться за помощью въ Ижевскую больницу, куда она припята 17/II этого года (№ журн. 69).

При осмотрѣ нѣсколько блѣдной больнои ничево ненормальнаго со стороны органовъ грудной кѣтки не оказалось. Животъ не вздутъ и въ нижней части нѣсколько выпяченъ. Здѣсь нащупывается шарообразная, напряженно эластическая опухоль по виду, размѣромъ и положенію похожая на матку въ 5-мъ мѣсяцѣ беременности. Верхняя граница опухоли на уровнѣ пупка представляетъ небольшое сѣдлообразное вдавленіе.

Наружныя половыя части дѣйствио развиты. *Introitus vaginae* закрытъ толстой перепонкой, на поверхности которой замѣтны ссадины. При сильномъ надавливаніи на эту перепонку палецъ наталкивается въ глубинѣ на эластическую опухоль. При изслѣдованіи *per rectum* находимъ что передняя стѣнка прямой кишки прижата къ задней все той же эластической опухолью составляющей одно цѣлое съ ощущиваемой со стороны брюшныхъ стѣнокъ опухолью. t° вечеромъ 37,6—38,1. Сильныя боли въ животѣ и запоръ.

Диагностика на основаніи данныхъ изслѣдованія и анамнеза затрудненія не представляла: *Hämatometra et hämatocolpos ex atresia partis inferioris vaginae*. И такъ и въ данномъ случаѣ врожденный порокъ развитія половыхъ органовъ имѣлъ послѣдствіемъ заболѣваніе весьма серьезнаго характера.

Если въ первомъ случаѣ (*Defectus uteri etc.*) заболѣваніе представлялось тяжелымъ, показующимъ серьезное хирургическое внимательство, то въ описываемомъ сейчасъ показаніи къ оперативному устраненію порока развитія было безусловнымъ, такъ какъ безъ этого больная такъ или иначе должна была погибнуть. Случай излѣченія путемъ самопроизвольнаго вскрытія растянутыхъ кровяны мѣшковъ въ пузырь, въ кишечникъ или черезъ покровы живота на столько рѣдки, что ихъ можно не принимать въ расчетъ при оцѣнкѣ показаній къ операци, хотя сама по себѣ операція въ случаяхъ этого рода является далеко не безовадною. Какъ извѣстно опасность оперативнаго внимательства при гиназтретріяхъ зависитъ во первыхъ отъ возможности разрыва трубныхъ мѣшковъ при опорожненіи растянутыхъ матки и влагалища и отъ разложенія содержимаго, представляющаго прекрасную пи-

тательную среду для всякаго рода микробовъ. И та и другая возможность до известной степени устранимы, но при всемъ томъ часть оперированныхъ всетаки погибаетъ и въ этомъ смыслѣ операція такихъ случаевъ можетъ быть названа, хотя и необходимой, на не благодарною.

Больная и родственники ея согласились на предложенную операцію, послѣ того какъ ямъ выяснена была сущность ея. 19-го февраля, послѣ обычныхъ приготовленій, произведено вскрытіе наполненнаго кровью мѣшка и возстановленіе нижняго отръзка влагалища (ассистировать д-ръ *Новиковъ*); были сдѣланы всѣ приготовленія на случай могущей представиться необходимости лапаротоміи. Поперечный разрѣзъ закрывающей входъ во влагалище слизистой; затѣмъ частью разсѣчены, частью раздвинуты тупымъ путемъ всѣ слои клетчатки до полного обнаженія нижняго сегмента опухоли; проколъ троакаромъ и очень медленное опорожненіе содержимаго (тагучая гуща темно коричневаго цвѣта); въ заключеніе проколъ расширенъ пугочатымъ ножомъ и края разрѣза сшиты съ краями разрѣза слизистой оболочки.

Повязка изъ іодоформовой, сулемовой марли и ваты. Больная проспала по окончаніи операціи часа два. Назначенъ строжайшій покой.

Перевозочный матеріалъ замѣнялся свѣжимъ по мѣрѣ загрязненія. Дальнѣйшее теченіе: 19/п t^0 37,0—37,0, на боли не жалуется, была рвота; выдѣленія вышло много.

20/п 37,0—37,7. Тоже. Выдѣленій меньше.

21/п—22/п t^0 нормальна; больная чувствуетъ себя хорошо.

23/п 36,9—39,0. Температура повысилась безъ озноба. Сдѣлано промываніе полости мѣшка растворомъ лизоля черезъ катетеръ *Bozeman* a.

24/п 37,4—37,7. Ни болей, ни выдѣленій.

25/п. По дѣламъ службы я долженъ былъ оставить на нѣсколько дней, больную поручивъ надзоръ за нею опытной акушеркѣ. Вечерняя температура стала доходить до 39,0—39,4, утренняя же колебалась между 37,0 и 38,1. Нововозвращеніи 1-го марта я нашелъ слѣдующую картину. Больная лихорадитъ; пульсъ до 120 въ минуту.

Нижняя часть живота почти до уровня пупка запята перѣзко контурированной опухолью болѣзненной и дающей печеное выбленіе; вечеромъ 5-го марта температура достигла 40,3.

6/п. Больная захлороформирована, причежъ контуры опухоли обрисовались яснѣе. Разрѣзомъ брюшныхъ стѣнокъ по бѣлой линіи между пупкомъ и лобкомъ вскрытъ большой осумкованный абсцессъ, на днѣ котораго плаваютъ матка и придатки. Полость абсцесса промыта и дренирована полосками марли. Послѣ вскрытія абсцесса состояніе больной нѣсколько улучшилось.

10/п. При рѣзкомъ повышеніи температуры до 40,2 появился сильный кашель; пульсъ до 140 въ мин.; съ правой стороны ниже угла лопатки притупленіе и ослабленное дыханіе съ бронхіаль-

нымъ отѣнкомъ; назначены возбуждающіе: Coffein, Camphora, valeriana aether. etc. Въ такомъ состояніи, то улучшающемся, то ухудшающемся, больная прожила еще около 4-хъ недѣль и при явленіяхъ постепеннаго возрастающаго истощенія умерла 5-го апрѣля. Незадолго до смерти у нея появилось гнойное истеченіе изъ уха и, длившееся два дня, рожистое воспаление лица.

Сопоставляя описанный случай съ оперированнымъ мною въ 1891-мъ году съ случаемъ *Hamelytrometra unilateralis* при *Uterus duplex* (Медицинск. Обзор. 1892 г. № 2) я хочу отмѣтить, что въ томъ случаѣ я оперировалъ въ два момента и къ образованію стойкаго отверстия приступилъ только на 4-ый день послѣ прокола, когда выдѣленіе дошло до минимума; отнюдь впрочемъ не могу утверждать, что оперированіе въ одинъ моментъ въ послѣднемъ случаѣ имѣло вліяніе на неблагопріятный исходъ. Въ послѣднемъ случаѣ условія были нѣсколько иныя, чѣмъ въ первомъ: атрезія занимала всю нижнюю треть влагалища, тогда какъ въ первомъ случаѣ она была перепончатой. Инфекція вѣроятно имѣла мѣсто не *intraoperationem* но въ послѣоперационномъ періодѣ: благодаря неблагопріятно сложившимся обстоятельствамъ, въ общую палату, гдѣ лежала оперированная, пришлось помѣстить больную съ рожистымъ воспаленіемъ на ногѣ; хотя это больная, при первой возможности на другой день была изолирована, все-же пребываніе, хотя и кратковременное, свѣжеоперированной въ одной палатѣ съ рожистой больной могло дать достаточный поводъ къ инфекціи.

По заключеніи пастоящаго сообщенія я имѣлъ случай видѣть больную, у которой была произведена кастрація. Я могъ констатировать, что черезъ 4 слишкомъ мѣсяца послѣ операциі она значительно поправилась и отъ бывшихъ у нея раньше болѣй совершенно свободна.

V.

Отчетъ по Гинекологическому Отдѣленію Петропавловской больницы за 1896 годъ *).

В. А. Добберта.

(Окончаніе).

Тотъ фактъ, что въ настоящее время чаще распознаются заболѣванія придатковъ матки, можно только отчасти объяснить большимъ распространеніемъ ихъ. Главная же причина этого явленія та, что, благодаря усовершенствованнымъ методамъ изслѣдованія и вынесенному изъ многочисленныхъ чревосѣченій опыту, мы можемъ гораздо точнѣе и вѣрнѣе опредѣлять патологическія измѣненія въ предѣлахъ половой сферы женщины.

Не подлежитъ сомнѣнію, что многія «параметриты», «воспаленія брюшины» и «пораженія слѣпой кишки» представляли ничто иное, какъ заболѣванія придатковъ матки, оставшіяся безъ распознаванія. Въ послѣднее время въ лѣченіи воспалительныхъ заболѣваній брюшной полости и въ особенности слѣпой кишки произошелъ значительный переворотъ въ томъ смыслѣ, что вселявшія въ прежнее время такой ужасъ хирургическія вмѣлательства тепло рекомендуются многими авторами. Считаю поэтому нелишнимъ подробнѣе остановиться на одномъ обстоятельствѣ, которое можетъ имѣть существенное значеніе въ вопросѣ объ оперативномъ пособіи. Дѣло въ томъ, что забо-

*) См. «Журн. Акуш. и Желеск. болѣз.» за Іюнь 1897 г. стр. 653.

лѣванія придатковъ матки, въ особенности воспалительнаго характера, не рѣдко могутъ симулировать перитифлиты гесп. аппендициты. Въ большинствѣ руководствъ по гинекологіи и хирургіи этотъ фактъ, конечно находятъ упоминаніе, но даже и въ монографіяхъ объ этомъ говорится вскользь и отрывочно. Если даже исключить тѣ случаи, въ которыхъ аппендицитъ вторично вызываетъ поврежденіе придатковъ, (*Lennander. Ueber Appendicitis. Beiträge zur Klin. Med. und Chir. 1895. Heft. 9. Martin etc.*), то остается все-жъ цѣлый рядъ другихъ случаевъ, въ которыхъ имѣются весьма мало характерныхъ признаковъ для дифференціальной діагностики, если не принять въ расчетъ данныхъ гинекологическаго изслѣдованія. Что касается прежде всего данныхъ анамнеза, имѣющихъ отношеніе къ раздраженію кишечника или брюшины, то мы знаемъ, что поврежденія придатковъ матки, въ особенности при существованіи уже сплоскѣ съ кишечными петлями, даютъ поводъ къ аналогичнымъ жалобамъ со стороны больныхъ, какъ и при аппендицитѣ. Тѣже жалобы на отсутствіе аппетита, тошноту, рвоту, поносы или упорные запоры, въ тяжелыхъ случаяхъ—сильнѣйшія коликообразныя боли въ области червеобразнаго отростка и flexura coli dextr. et sin. (*Landau*). Характерно для заболѣваній придатковъ матки, что часто весьма незначительная травма, острое раздраженіе кишечника, возобновленіе инфекціи—будь то со стороны половой сферы или со стороны другихъ органовъ—могутъ быть причиной внезапнаго обостренія страданія. (*Martin. Die Krankheiten der Eileiter. Leipzig, 1895*). Начинающіеся бурными явленіями приступы, сопровождаемые атипической лихорадкой, нерѣдко съ первоначальнымъ знобомъ, наблюдаются какъ при аппендицитѣ, (*Sonnenburg. Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig, 1895*), такъ и при заболѣваніяхъ придатковъ матки.

Дѣло обстоитъ не лучше зачастую и съ факторомъ, которому мы придаемъ наибольшій вѣсъ при постановкѣ діагноза, а именно съ данными объективнаго изслѣдованія. Малыя овариальныя кисты съ воспалительными процессами въ сосѣдствѣ, вслѣдствіе перекручиванія ножки, беременныя трубы съ ограниченными кровоизліянiями; а главнымъ образомъ гнойные трубные мѣшки могутъ симулировать при извѣстномъ поло-

женіи не только увеличенную сопротивляемость и притупленіе перкуторнаго звука, но даже давать ощущение—при ощупываніи со стороны брюшныхъ стѣнокъ—опухолей, какъ это встрѣчается при *Appendicitis simplex et perforativa*. Только подробное гинекологическое изслѣдованіе можетъ дать правильное представленіе о томъ, съ чѣмъ мы имѣемъ здѣсь дѣло. Конечно, всегда будутъ встрѣчаться случаи, въ которыхъ, несмотря на самое тщательное гинекологическое изслѣдованіе, не можетъ быть поставленъ дифференціальныи діагнозъ. Объ этихъ затруднительныхъ случаяхъ я здѣсь не говорю. Перечисляя нѣкоторые симптомы, общіе для кливической картины какъ того такъ и другого заболѣванія, я во-все не имѣлъ въ виду доказать невозможность точнаго распознаванія этихъ болѣзненныхъ формъ. Я желалъ лишь указать на то, какъ легко могутъ быть поставлены ошибочные діагнозы, если не пользоваться при изслѣдованіи всѣми находившимися въ нашемъ распоряженіи средствами.

Значеніе вѣрнаго діагноза для терапіи вообще и для оперативнаго вмѣшательства въ частности едва ли требуетъ разъясненія. При этихъ высоко въ тазу лежащихъ, почти неподвижныхъ опухоляхъ по большей части не можетъ быть и рѣчи объ операціяхъ со стороны влагалища. Если-же, какъ по поводу одного такъ и другого заболѣванія требуется вскрытіе брюшной полости черезъ брюшные покровы, то далеко небезразлично, въ какомъ мѣстѣ брюшной стѣнки произвести разрѣзъ. Обычный при аппендицитѣ разрѣзъ въ паху гораздо менѣе пригоденъ для операціи па придаткахъ, чѣмъ вскрытіе брюшной полости по средней линіи. Не говоря уже о томъ, что удаленіе значительной опухоли придатковъ и отдѣленіе плотныхъ сращеній съ кипечникомъ черезъ первый разрѣзъ менѣе удобно и поле операціи не такъ доступно рѣнію, осмотру или удаленію придатковъ другой стороны черезъ разрѣзъ, параллельный Пулартовой связкѣ, едва-ли возможенъ. Выяснить же состояніе придатковъ другой стороны, въ виду частоты двусторонняго заболѣванія придатковъ матки, крайне необходимо. Результаты упущеній такого рода влекли за собой не только дальнѣйшія страданія больной, но даже и смерть вслѣдствіе прободнаго перитонита. По примѣру прошлыхъ лѣтъ

и въ отчетномъ году наблюдались нѣкоторые случаи не лишнные интереса въ смыслѣ дифференціальной діагностики. Соответствующія исторіи болѣзней вкратцѣ слѣдующія:

1) Сл. л. № 3887. Госпожа Е. К. 33 лѣтъ получила первые регулы на 15 году. Регулы приходили правильно черезъ три недѣли. Послѣ нѣсколькихъ лѣтъ замужества, въ особенности вслѣдъ за вторыми родами, регулы стали весьма обильны и продолжались по цѣлымъ недѣлямъ и больше.

Въ промежуткахъ болѣзная страдала сильными бѣлями. Вслѣдствіе имѣющагося эндометрита мною въ 1891 г. было сдѣлано Г-жѣ К. выскабливаніе матки. Послѣ этого оперативнаго вмѣшательства болѣзная поправилась и забеременела въ 3 разъ. Последняя беременность окончилась, 1 годъ тому назадъ, преждевременными родами на 8 мѣсяцѣ. Съ этихъ поръ регулы начали путаться и появились боли внизу живота. Г-жа К. весьма нервная особа, страдала постоянными крайне мучительными запорами. Осенью 1895 г., внезапно появилась рвота, сильная боль внизу живота, особенно въ правой паховой области, лихорадка. Приступъ этотъ сопровождался появленіемъ регулъ. Лихорадка, достигавшая, особенно по вечерамъ довольно сильной степени, нѣсколько дней спустя прекратилась, но боли въ правой половинѣ живота, отсутствіе аппетита и общее недомоганіе не проходили.

Больную привезли въ Петербургъ. При состоявшейся здѣсь консультаціи было найдено приблизительно слѣдующее. Животъ вздутъ, при ощупываніи не особенно болѣзненъ; и только ниже пупка съ правой стороны болѣзная ощущаетъ при надавливаніи острую боль. Перкуссия даетъ здѣсь тупой тонъ. Кромѣ большей резистенціи прощупать въ этой области ничего не удается. При гинекологическомъ изслѣдованіи матка найдена въ Anteflexio, своды не опущены. Въ правомъ сводѣ прощупывается нижній сегментъ не ясно ограниченной продолговатой опухоли плотно-эластической консистенціи. Изслѣдованіе очень болѣзненно и поэтому теперь уже опредѣлять отношеніе опухоли къ маткѣ нѣтъ возможности. На основаніи данныхъ гинекологическаго изслѣдованія, я тогда уже высказался за заболѣваніе трубы, хотя я не могъ съ увѣренностью отрицать и возможность существованія аппендицита. При покой-

номъ положеніи, примѣненіи холода и наркотическихъ средствъ бурныя явленія скоро утихли. Въ паховой области въ нижнемъ $\frac{2}{3}$ ся теперь ясно прощупывалась продолговатая мало подвижная опухоль, которая соединялась посредствомъ не толстаго жгута съ правымъ угломъ матки. Впослѣдствіи подъ вліяніемъ ваннъ и препаратовъ Ichtyol'a опухоль постепенно всосалась и воспалительныя явленія въ ея окружности исчезли. Черезъ влагалище прощупывалась продолговатая опухоль величиною съ голубиное яйцо. Правая утолщенная труба непосредственно переходитъ въ эту почти безболѣзненную опухоль. Больная немного пополнила, аппетитъ улучшился, но запоры по прежнему мучили больную. Поставленный мною діагнозъ Рyoalpinx'a былъ подтвержденъ на мѣстѣ жительства больной товарищемъ, къ которому г-жа К., обратилась по моему совету. Время отъ времени больная являлась ко мнѣ и я путемъ неоднократныхъ изслѣдованій могъ убѣдиться въ вѣрности своего діагноза.

Въ маѣ 1896 г. у больной внезапно развились такія же бурныя явленія: знобъ, рвота, вздутость и сильная чувствительность живота, запоры. Больная въ очень плачевномъ состояніи была доставлена въ Петербургъ. Лихорадка, особенно по вечерамъ, была довольно интенсивна, а боли въ правой паховой области просто невыносимы. Надъ Пупартовой связкой выпячивалась опухоль величиною съ гусиное яйцо. Правый сводъ оказался мало опущеннымъ, а въ заднемъ сводѣ имѣлась очень болѣзненная инфильтрація.

Не смотря на полный покой и противувоспалительное лѣченіе, боли и опухоль не уменьшались, напротивъ опухоль все яснѣе и яснѣе выпячивалась надъ Пупартовой связкой и давала при пальпаціи ясную флюктуацію. Больная была переведена для операціи въ гинекологическое отдѣленіе.

29/v разрѣзомъ параллельно правой Пупартовой связкѣ была широко вскрыта полость, наполненная густымъ гноемъ безъ запаха. Стѣнки этой гнойной полости, достигавшей величины кулака, были утолщены, внутренняя поверхность ихъ не отличалась гладкостью. Изъ гнойника одинъ ходъ углублялся по направленію къ позвоночнику, другой — шелъ въ полость малого таза. Такъ какъ сообщенія съ брюшной полостью не

имѣлось, то гнойная полость была промыта карболовымъ растворомъ и затампонирована. Постъоперационное теченіе шло весьма хорошо; температура тотчасъ послѣ операции пала до нормы и болѣе не повышалась. Полость сравнительно скоро выполнялась хорошими грануляціями. 27/VI г-жа К. выписалась изъ больницы вполне здоровой, съ небольшою поверхностною хорошо гранулирующую ранюю.

Что мы въ данномъ случаѣ имѣли дѣло не съ аппендицитомъ, а съ нагноеніемъ, происшедшемъ отъ придатковъ матки, это для меня не подлежитъ сомнѣнію на основаніи не однократнаго изслѣдованія въ періодѣ необостренняго воспалительнаго процесса. То обстоятельство, что при операции мы не нашли ни трубы, ни яичника несколько не говоритъ противъ правильности діагноза. Возможность распада органа, обусловившаго воспаленіе при продолжительномъ нагноеніи—фактъ извѣстный и наблюдался не однократно.

2) С. Л., № 5899. Александра К. крестьянка 30 лѣтъ. Родила благополучно одинъ разъ три года тому назадъ. Регулы постоянно приходившіе у больной правильно, просрочили въ последнее время 1 мѣсяць и 3 дня. Съ мѣсяць больная страдаетъ болью въ животѣ, и поясницѣ. Въ послѣдніе дни боли значительно усилились и изъ влагалища показалось не обильное кровянистое выдѣленіе.

Больная хорошаго тѣлосложенія и питанія. Животъ вздутъ, при дотрогиваніи довольно болѣзненъ. Шейная часть имѣетъ нѣсколько глубокихъ надрывовъ. Матка не увеличена, лежитъ въ Anteversio, подвижна. Черезъ передній сводъ прощупывается впереди матки подвижная продолговатая опухоль, стоящая въ связи съ правымъ угломъ матки.

Послѣ опорожненія кишечника больная при покойномъ положеніи и примѣненіи наркотическихъ средствъ стала чувствовать себя лучше. Но недѣлю спустя у больной внезапно сдѣлался знобъ, температура повысилась, появились сильныя боли во всемъ животѣ, особенно сильно въ области Epigastrii и праваго паха. Тошнота. Языкъ обложенъ, влажный. Стулъ задержанъ. Животъ вздутъ. При перкуссии въ правой паховой области получается тупость, при пальпации прощупывается плотно-эластическая опухоль, лежащая приблизительно на сре-

динѣ линіи, соединяющей *spin. ant. sup.* съ пупкомъ. Чувствительность значительна. Послѣ восходящей клязмы обильный стулъ. Въ послѣдующіе дни состояніе больной все ухудшается. Температура, по утрамъ субфебрильная или нормальная, по вечерамъ повышена до $39,3^{\circ}$. Чувствительность и инфильтрація въ правой паховой области все увеличивается; вся эта область выпячивается болѣе впередъ и выступаетъ надъ общимъ уровнемъ брюшныхъ покрововъ. Брюшина стѣнка спаяна съ лежащей подъ ней опухолью; при пальпации получается ясное зыбленіе. Стулъ задержанъ, не большая икота и тошнота, рвоты нѣтъ. При гинекологическомъ изслѣдованіи опухоль въ переднемъ сводѣ болѣе не прощупывается. Своды не опущены, матка въ *Retropositio*; чрезъ правый сводъ прощупывается нижній сегментъ опухоли, лежащей очень высоко въ направленіи къ слѣпой кишкѣ. Отъ праваго угла матки къ опухоли идетъ жгутъ толщиною въ карандашъ. Состояніе больной съ каждымъ днемъ ухудшается и стало на столько мучительнымъ, что она отъ операціи болѣе не отказывается.

11/ix больной была вскрыта брюшная полость разрѣзомъ, проведеннымъ параллельно Пучартовой связкѣ. Брюшина немного утолщена и инфильтрирована.

Послѣ вскрытія изъ брюшной полости выдѣлилась кровянисто-серозная жидкость съ примѣсью гноя и съ сильнымъ запахомъ. Жидкость эта находилась въ небольшой полости, вполне отдѣленной отъ общей брюшной полости. Заднюю и верхнюю стѣнку этой полости образовала, спаянная съ петлями кишокъ, утолщенная труба. Разрѣзъ удлинень до наружнаго края *m. recti abdom.* и послѣ перевязки маточнаго конца трубы и *lig. infundibulo—pelvisi* правая труба удалена вмѣстѣ съ яичникомъ. Чрезъ рану брюшныхъ стѣнокъ въ брюшную полость введено нѣсколько стерилизованныхъ тампоновъ. Послѣоперационное теченіе нормально, только въ первый и во второй вечеръ послѣ операціи повышеніе t° до $38,2^{\circ}$ и $38,1^{\circ}$. Изъ раны выдѣлялось въ первые дни довольно обильное количество серозно-кровянистой жидкости, но вскорѣ выдѣленіе уменьшилось, рана покрылась хорошими грануляциями и къ 18/x вполне зарубцевалась.

Абдоминальный конецъ удаленной трубы оказался расширен-

нымъ до величины гусиного яйца и содержалъ плотный кровавой сгустокъ. Въ сгусткѣ имѣлась полость величиной съ лѣсной орѣхъ, гдѣ и помѣщался зародышъ длиною въ 1 с.

3) С. Д. № 6828 Марія М. мѣщанка 34 л. поступила въ терапевтическое отдѣленіе съ жалобами на сильную боль внизу живота, особенно правой стороны, на тошноту и рвоту. До настоящаго заболѣванія страдала запорами, впоследствии смѣнявшимися поносами. Температура по вечерамъ доходила до 39°, а по утрамъ была большею частью субфебрильна. По приглашенію товарища терапевта, я изслѣдовалъ больную, причемъ нашелъ приблизительно слѣдующее. Животъ вздутъ и очень болѣзненъ при дотрагиваніи. Болѣзненность сильнѣе всего выражена въ *regio ileo—coecalis*; при перкуссии получается тупость. При пальпаціи не ясно ограниченная плотная опухоль величиною болѣе чѣмъ съ кулакъ.

Лѣвая паховая область при надавливаніи также довольно чувствительна, здѣсь также имѣется не ясно ограниченная плотная инфильтрація.

Гинекологическое изслѣдованіе: *portio vaginalis* стоитъ высоко. Матка прижата къ лонному сращенію, своды не опущены. Черезъ правый сводъ прощупывается пижій сегментъ упомянутой опухоли, прилегающей къ правому углу матки. Слѣва и отчасти за маткой прощупывается также неподвижная опухоль меньшихъ размѣровъ, принадлежащая измѣненнымъ лѣвымъ придаткамъ.

30/x Больной было сдѣлано чревосѣченіе. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ пупка до лоннаго сращенія. Сальникъ воспалительно измѣненъ и утолщенъ, слегка спаянъ съ передней стѣнкой брюшной полости и съ дномъ матки. Послѣ отдѣленія его представились двѣ опухоли, расположенныя по обѣимъ сторонамъ дна матки. Значительныя плотныя сращенія съ петлями тонкихъ кишокъ, а съ правой стороны также и со слѣпой кишкой. При отдѣленіи правой опухоли отъ слѣпой кишки вскрылся небольшой гнойникъ, который содержалъ гной зелено-коричневатаго цвѣта съ каловымъ запахомъ. Довольно трудное вылуценіе опухолей изъ сращеній и удаленіе ихъ послѣ перевязки. Опухоли состояли изъ мѣшечкатыхъ расширенныхъ

и наполненныхъ гноемъ трубъ и увеличенныхъ личниковъ съ многочисленными гнойниками.

Тампонада брюшной полости. Тампоны отчасти выведены въ нижній уголь брюшной рапы, отчасти во влагалище чрезъ разръзъ въ заднемъ сводѣ.

Вечеромъ послѣ операціи больная еще лихорадила до $39,1^{\circ}$, но уже на другой день температура стала нормальной ($37,2^{\circ}$ — $37,1^{\circ}$). На третій день при перевязкѣ замѣтили каловой запахъ и къ вечеру температура повысилась до $38,2^{\circ}$. На 4-ый день изъ рапы выдѣлилось уже довольно большое количество кала; температура еще два дня по вечерамъ была повышена, но угрожающихъ признаковъ перитонита не было на лицо. Пульсъ былъ довольно полный, хотя немного учащенный (100—112). Рвоты и икоты не замѣчалось.

Въ послѣдующіе дни выдѣленіе кала изъ брюшной полости все продолжалось и не смотря на то, что, судя по свойству кала, прободеніе кишки имѣлось не въ тонкихъ кишкахъ, упадокъ силъ больной сталъ довольно рѣзкимъ. По начиная съ 8-го дня послѣ операціи, когда уже всюду образовались хорошія грануляціи, выдѣленіе кала изъ рапы сдѣлалось менѣе обильнымъ; больная стала нормально испражняться и силы ея постепенно возстановились.

На 11-ый день швы на зашитомъ участкѣ брюшной рапы были сняты. Получилась *prima intentio* и тампоны замѣнены дренажной трубкой, одинъ конецъ которой былъ выведенъ чрезъ брюшную рану, а другой чрезъ задній сводъ во влагалище.

Къ 34-му дню полость уже на столько выскопилась грануляціями, что дренажъ пришлось совсѣмъ удалить. Больная начинаетъ хорошо поправляться и полнѣть. Изъ постепенно уменьшающагося свищеваго отверстия до 70-го дня все еще выдѣлялся калъ, хотя и въ небольшомъ количествѣ, но съ этого времени свищъ сталъ заживать и 12/хп т. е. 104 дня послѣ операціи больная выписалась съ зажившей рапой.

Среди приведенных въ нижеслѣдующей таблицѣ случаевъ чревосѣченій слѣдуетъ отмѣтить одинъ со смертнымъ исходомъ. Въ случаѣ 6-мъ, послѣ отдѣленія и удаленія послѣда, изъ мѣста прикрѣпленія его открылось сильнѣйшее кровотеченіе, которое можно было остановить только плотной тампонадой. Это обстоятельство значительно затруднило операцію. Кромѣ того здѣсь не было цѣльнаго плоднаго мѣшка, благодаря которому можно было бы вполне удалить все патологическое. Все это заставило насъ тампонировать громадную полость и выждать постепенное отторженіе измѣненныхъ участковъ ткани. Въ послѣдующіе дни развилось въ значительной степени разложеніе, которое повело къ общему септическому зараженію, отъ котораго больная и погибла на 7-ой день.

Тампонада брюшной полости широко примѣнялась во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда благодаря операціи получалась раневая поверхность, не обладающая нормальнымъ брюшнымъ покровомъ, или же когда былъ поводъ опасаться загрязненія полости брюшины гнойными или гнилостными веществами.

Въ хирургіи тампонада брюшной полости пользуется несколько мнѣ извѣстно (я говорю лишь о тампонадѣ по *Miskulicz'y*) большими симпатіями. И среди гинекологовъ она имѣетъ цѣлый рядъ ярыхъ почитателей, какъ напримѣръ *M. Myrtry* (Am. Journ. of obst. 1892). *Семенскій* (Къ вопросу о тампонаціи брюшной полости. Журн. Ак. и Женск. бол. 1892). *Губаревъ* (О дренажѣ брюшной полости. Журн. Акуш. и Женск. бол. 1895) и др. Въ общемъ однако въ послѣдніе годы тампонада брюшной полости все болѣе и болѣе оставлена гинекологами. (*Czernin*. Laparotomien mit und ohne Drainage. Monatsschrift f. Geb. und. Gyn. 1895. Ergänzungsheft). Такой авторитетъ, какъ *Oehlhausen* приводитъ напр. въ только что вышедшемъ второмъ томѣ руководства по гинекологіи *J. Veit'a*, что онъ приблизительно въ 800 лапаротоміяхъ за послѣдніе 4 года не примѣнялъ вообще дренажа (pag. 692). И дѣйствительно стоитъ лишь разъ порвать со старыми традиціями, то всегда окажется все болѣе и болѣе случаевъ, гдѣ примѣненіе тампонады будетъ излишнимъ. Вѣдь должны же согласиться и самые ярые приверженцы тампонады, что въ смыслѣ послѣдовательнаго лѣченія затампонированную брюшную по-

ПЕРЕЧЕНЬ ЧРЕВОСЪЧЕНІЙ ПРО

№ по порядку, вѣкъ, возрастъ и № скробнаго листа.	Предшествовавшіе роды или выкидыши. Менструація. Начало заболѣванія.	Общее состояніе больной. Мѣстныя лезіи и данныя исследования. Теченіе болѣзни до операціи.
1. Анна Ф. 43 л. 1836.	Не рожала. Регулы съ 19 года, правильныя, но обильныя. 2 года крови уже перестала носить. 4 мѣсяца тому назадъ кровотеченіе, которое не прекращается; отеки ногъ. Съ $\frac{1}{2}$ года замѣчается опухоль въ животѣ, которая за послѣднее время стала быстро увеличиваться.	Значительная Анастѣзія. Въ нижней части живота имѣется опухоль, верхній край которой стоитъ 3 поперечныхъ пальца выше пупка. Подвижность незначительная. Консистенція плотно-эластическая. Справа къ большой опухолѣ прилежитъ другая болѣе подвижная опухоль величиною съ кулакъ. Port. vaginalis высоко за лоннымъ сращеніемъ. Задній и лѣвый своды заняты опухолью, которая непосредственно переходитъ въ тѣло матки.
2. Изабелла М. 47 л. 3098.	Родила одинъ разъ 20 лѣтъ тому назадъ 3 года регулы болѣе не посити. Уже въ некоторое время страдаетъ болями внизу живота, которыя за послѣдніе четыре дни значительно усилились; появились знобы и сильный жаръ.	Удовлетворительное. Нижняя часть живота занята плотно-эластическою опухолью, доходящею почти до пупка. Подвижность незначительная. Чувствительность сильная. Матка отдалена опухолью назадъ; передній и лѣвый своды заняты опухолью. Правые придатки нормальны. Въ первые дни температура по вечерамъ повышается до 38,5°.
3. Аделаида В. 56 л. 4282.	Nullipara. Klimacterium наступилъ въ 1893 году. 7 лѣтъ тому назадъ замѣтила опухоль въ правой паховой области, которая постепенно увеличивалась. Около 4-хъ лѣтъ страдаетъ отекомъ лѣвой ноги. Въ маѣ 1896 г. на лѣвой голени образовались не большія язвочки.	Незначительная Cachexia. Окружность живота на уровнѣ пупка 105 см. При пальпации ясное зыбленіе. Матка не увеличена, смѣщена влево и прижата въѣтъ съ личникомъ къ стѣнѣ таза. Лѣвая нога значительно отечна. Кожа лѣвой голени багровато-цѣтна, на передней поверхности нѣсколько изъязвленій.
4. Ирина Г. 45 л. 5288.	Родила два раза. Регулы правильны. 20 лѣтъ тому назадъ стала страдать вынаденіемъ матки. Въ Москвѣ ей была сдѣлана операція, но вскорѣ вынаденіе матки возобновилось.	Prolapsus uteri. Матка немного увеличена дно запрокиннуто вналь. Придатки нормальны. На передней стѣнкѣ влагалища рубецъ отъ передней Colporrhaphia.

ИЗВЕДЕННЫХЪ ВЪ 1896 ГОДУ *).

О П Е Р А Ц И Я.

Послѣ операцион-
ный періодъ.

Исходъ.

Патологоанатоми-
ческий діагнозъ.5/iii *Hysterectomia abdominalis.*

Трудное вылущение межсвязочно развившейся кистовидной опухоли. Вскрытие влагалищныхъ сводовъ со стороны брюшной полости. Перевязка правой широкой связки и удаление правыхъ измѣненныхъ придатковъ. Вылущение нижняго сегмента опухоли изъ Douglas'ова пространства и удаление ея въ связи съ маткою. Тампонація брюшной полости. Тампоны выведены во влагалищѣ и въ нижній уголъ брюшной раны.

20/iv *Coelio-Ovariectomy.*

Значительныя сращения салыника съ опухолью и съ peritoneum parietale. Киста на многихъ мѣстахъ сращена съ петлями кишекъ. При пункции выделяется темно-коричневая густая жидкость, безъ запаха. Извлеченіе кисты черезъ брюшную рану. Перевязка ножки и удаление кисты. Брюшная рана зашита 3-хъ этажнымъ швомъ.

21/vi *Coelio-Ovariectomy.*

Незначительныя сращения кисты съ салыникомъ. Пункция кисты. Вынуто 1 1/2 ведра прозрачной желтой жидкости. Извлеченіе опухоли черезъ брюшную рану. Вылущеніе нижняго сегмента ея изъ правой широкой связки. Образовавшаяся полость покрыта брюшиной и зашита.

На брюшную рану наложитъ 3-хъ этажный шовъ.

Ventrofixatio no Leopold-Czerny.

Вечернія повыше-
нія температуры до
38,8°

Абсцессы брюшной
стѣнки. Медленное
заживленіе тро-
ячидной полости.
27/iv рана зажила.
Вольная хорошо
поправилась и 28/у
выписалась здо-
ровой.

Безлихорадочный
послѣоперационный
періодъ. Швы сня-
ты на 8 и 10 день.
Заживленіе раны
per primam.

29/vi выписалась
здоровой.

Безлихорадочное
теченіе. Спятіе
швовъ на 12 день,
prima-intentio.

Отекъ лѣвой ноги
скоро уменьшается,
язвочки заживаютъ.
25/viii выписалась
здоровой.

Безлихорадочное
теченіе, prima in-
tentio. Одина мѣ-
сидъ послѣ выписки
больной матки еще
плотно прилегаютъ
къ задней поверх-
ности брюшныхъ
стѣнокъ.

Kystoma (Cystosarcoma) ovarii sin. intralig. et Cystis tubo-ovarial. dextr. Стѣнка кисты настолько плотно снана съ тѣломъ матки, что только подъ микроскопомъ удается опредѣ-
лить независимость опухоли отъ мышечной ткани матки.

Kystoma uniloculare ovarii sin. Ножка кисты перекручена въ направлении справа на лѣво приблизительно на 180 градусовъ.

Kystoma uniloculare ovarii dextr.

Prolapsus uteri.

*) Съ 1 марта 1896 г. по 1 января 1897 г.

№ по порядку, имя, возраст, № скорбного листа.	Предшествовавшие роды или выкидыши. Менструация. Начало заболевания.	Общее состояние больной. Местные явления и данные исследования. Течение болезни до операции.
5. Владимира Т. 35 л. 5538.	Родила два раза, последний раз 15 летъ тому назадъ. Последние 2 1/2 мѣсяца регулы не было. Незадолго до поступления больной въ отделение, у нее появились сильные боли въ животѣ схватками; сильно напирало внизу. Боли сопровождались не сильнымъ кровотечениемъ изъ матки. Общій упадокъ силъ.	Анаемія. Шейка укорочена, стоитъ низко. Матка придавлена къ лонному соединению. Полость таза занята плотною, эластическую опухолью, верхній край которой стоитъ сѣвѣ приблизительно на срединѣ между пупкомъ и crist. oss. ilei. Животъ вздутъ и оченъ болезненный. Температура 39,5°. Въ теченіи 12 слѣдующихъ дней больная особенно по вечерамъ лихорадила (38,2°—39,6°) и только значительное ухудшеніе самочувствія и знобы заставили ее рѣшиться на операцию.
6. Александра К. 30 л. 5899.	Подробная ист. выше	торія болезни стр. 35.
7. Агафья Ш. 40 л. 6147.	Родила два раза, последний разъ 7 летъ тому назадъ. Въ апрѣлѣ 1896 г. крови стали пугаться. Въ мѣзъ регулы не было. 20-го іюня появились крови и шли до половины іюля. Съ прекращеніемъ крови больная стала чувствовать боль внизу живота, особенно въ лѣвой сторонѣ. Общій упадокъ силъ.	Больная хорошо упитана. Животъ немного вздутъ. Въ нижней части живота опухоль, доходящая почти до пупка. Опухоль мало подвижна, консистенція плотно-эластическая. Portio vaginalis. стоитъ низко, почти у входа во влагалище. Матка увеличена, сѣщена вѣвѣ и прижата къ симфизу. Задній сводъ опущенъ. Полость таза наполнена безболезненною почти не подвижною опухолью. Негативный результатъ аускультация. Кровянистое выдѣленіе изъ матки больная считаетъ за регулы. Температура по вечерамъ субфебрильная.
8. Евдокія П. 32 л. 6158.	Родила три раза, три раза выкинула. Последние роды 6 летъ тому назадъ. Последние 6 мѣзъ регулы не имѣла. 29/iii появились крови съ сильнымъ схваткообразными болями внизу живота.	Изъ груди выжимается молоко. Матка увеличена, въ Anteversio, мало подвижна. Сѣвѣ в отчасти и передъ маткой нѣтъ продолговатой опухоли сливающейся взадъ съ менѣе ясно ограниченою опухолью. Чувствительность довольно значительная. При полномъ покоѣ и противовоспалительномъ лѣченіи больная немного оправилась. На 23 день послѣ поступления больной появился знобъ, температура поднялась до 38,5°. Появились невыносимыя боли въ лѣвой половинѣ живота.

О П Е Р А Ц И Я

Послѣ операцион-
ный періодъ.

Исходъ.

Паталогоанатоми-
ческіи діагнозы.23/xii *Colpotomia posterior.*

Выдѣлялось значительное количество буроватой крови съ примѣсомъ гноя, съ слабымъ запахомъ.

Coeliotomia. Значительныя сращения салъника съ опухолью. Правая значительно расширенная труба и стѣнки кровавой опухоли удалены. Лѣвая труба также измѣнена. Перевязка и удаление ея. Полость таза затампонирована. Часть тампоновъ выведена во влагалищѣ, другая часть въ нижній уголъ брюшной раны. Верхняя часть брюшной раны защита глубокими швами.

11/ix *Coelio-Salpingoëctomia.*25/ix *Coeliotomia.*

Воспалительно измѣненный салъникъ покрываетъ органы брюшной полости. Опухоль, правая расширенная труба вверху и стѣнка плотно ссланы съ истыми тонкихъ кишекъ. Передняя стѣнка очень утолщена. Черезъ надрывъ ея видна прозрачная околоплодная жидкость. Разрѣвъ плодного вѣстимника по передней стѣнкѣ. Удаление 5-ти мѣсячнаго живаго плода и плацентасъ, находящейся въ Douglas'ѣ. Частичное удаление стѣнокъ трубы, при чемъ вскрыто нѣсколько гнойниковъ, находящихся между истыми кишекъ и стѣнками трубы. Верхняя и лѣвая стѣнка плодовѣстимника состоитъ изъ спаянныхъ между собою петель кишекъ. Тампонація брюшной полости и плодного мѣшка.

23, x *Coelio-Salpingoëctomia.*

Довольно прочныя сращения опухоли съ салъникомъ и истыми тонкихъ кишекъ. Лѣвая расширенная труба непосредственно переходитъ, въ небольшую полость въ Douglas'ѣ содержащую густую буроватую кровь съ сильнымъ запахомъ и нѣсколько стѣжкихъ сгустковъ крови.

Лѣвый яичникъ кистовидно перерожденъ. Удаление трубы и яичника послѣ перевязки. Разрѣвъ въ заднемъ сводѣ. Тампонація брюшной полости черезъ брюшную рану и чрезъ влагалищѣ. Верхняя часть брюшной раны защита глубокими швами.

Безахородачное течение, вѣсная температура 37,4°, защита часть раны зашла per prim. Подость скоро покрылась грануляциями и постепенно уменьшалась при незначительномъ лагноснѣ.

27/x выписалась здоровой.

Выздоровленіе.

Haematocoele retrouterina. Graviditas tubae dextr. Sactosalpinx sin. purulenta.

Graviditas tubaria dextr.

Вечеромъ послѣ операции температура 38,7°. Въ послѣдующіе дни температура колебалась между 38,4° и 39,2°. Пульсъ 120—140 в. м.

Для лучшаго стока накопляющейся изъ хорозной жидкости въ заднемъ сводѣ сдѣланъ на 3-й день послѣ операции, разрѣвъ. Значительное разложение плодного мѣшка. 1/x смерть на 7-й день послѣ операции.

Graviditas tuboabdominalis dextr. Peritonitis chr. adhaesiva et acuta septica. Nephritis acuta parenchymatosa. Degeneratio parenchymatosa cordis et hepatis.

Температура послѣ операции пришла къ нормѣ. Только одинъ день вечерняя температура доходила до 38,0°. Незначительное выдѣленіе гнойной жидкости изъ тампонированной полости и скорое уменьшеніе ея. 26/xii выписалась здоровой.

Graviditas tubaria sin.

№ по порядку, имя, возраст, № скорбного листа.	Предшествовавшие роды или выкидыши. Менструация. Начало заболѣванія.	Общее состояніе больной. Мѣстныя явленія и данныя послѣдованія. Теченіе болѣзни до операціи.
9. Ирина А. 39 л. 6300.	Въ 1892 г. больной было сдѣлано чревостѣченіе въслѣдствіе трубной беремености. Въ 1893 г. ей было сдѣлано вторичное чревостѣченіе въслѣдствіе грыжи бѣлой кишки. Съ 1895 г. у больной вторично образовалась грыжа.	Грыжа бѣлой линіи величиною съ дѣтскую головку. На макушкѣ грыжи истонченіе кожи.
10. Анна Е. 35 л. 6360.	Родила три раза, послѣдній три года тому назадъ. Регулы съ іюня 1886 года стали нутаться. 20/уш по 23/уш кровавое выдѣленіе изъ матки. 26/уш кровотеченіе съ сильными болями въ животѣ. 1/х вторичное кровотеченіе, сильныя схватки. Боли въ животѣ продолжались до поступления больной въ больницу 20/х.	Общая Anaemia. Матка не увеличена, въ Anteversio, прижата къ симфизу. Своды выпячены плотно-эластическою опухолью съ дѣтскую головку. При пункціи въ заднемъ сводѣ получается кровавая жидкость. 1/х боли внизу живота усиливаются, температура повышена; 38,1°—38,5°.
11. Вѣра Ч. 24 л. 6672.	Выпнула одинъ разъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности, 7 лѣтъ тому назадъ. Puella publica. Регулы правильны, сильныя боли до появленія ихъ. Но временами страдала сильными болями внизу живота.	Хорошо ушитая брюшетка. Матка въ Anteflexio, мало подвижна. Справа и спереди у угла матки опухоль правыхъ придатковъ величиною съ куриное яйцо. Слѣва опухоль такого же происхожденія величиною съ яблоко. Чувствительность очень значительная. Подвижность опухолей ограниченная. Большая 2 1/2 мѣсяца находилась въ отдѣленіи, но не смотря на полный покой и противовоспалительное лѣченіе, боли не уменьшались, по вечерамъ больная иногда лежала на спине и опухоль въ лѣвомъ сводѣ стала увеличиваться.
12. Марія М. 34 л. 6828.	Подробная исторія болѣзни см. выше	сторія болѣзни стр. 37.

О П Е Р А Ц И Я.	Послѣ операцион- ный періодъ. Исходъ.	Патологоанатоми- ческий діагнозъ.
21/ix <i>Coeliotomia</i>. Края шив. рест. abdom. разстоятъ другъ отъ друга болѣе чѣмъ на 10 с., мышцы ат- рофированы. Въ брюшной полости никакихъ сращеній не найдено. На рану наложенъ 3 этажный шовъ.	Prima intentio. 17/ix выписалась здоро- вой.	<i>Hernia lineae al- bae.</i>
4/x <i>Colpotomia posterior</i>. Выдѣленіе большого количества сгустковъ и жидкой крови. <i>Coeliotomia</i>. Плотная сращения петель кишокъ съ маткою и съ опухолью. Правая расширенная труба переходитъ въ мѣшокъ съ толстыми стѣн- ками, который выполняетъ весь Douglas. Довольно трудное вылущеніе всего мѣшка и удаленіе его вмѣстѣ съ правой трубой. Там- понація черезъ нижній уголъ брюшной раны и черезъ влагалище. Верхняя часть брюш- ной раны зашита глубокими швами.	Безлихорадочное теченіе; незначи- тельное нагноеніе тампонированной полости. Prima in- tentio зашитой ча- сти брюшной раны. 23/xii выписалась здоровой.	<i>Haematocoele. Gra- viditas tubae dextr.</i>
18/xii <i>Coelio-Salpingo-oophorectomia bilatera- lis</i>. Значительныя сращения опухоли правой сто- роны съ петлями тонкихъ кишокъ. Трудное отдѣленіе ихъ. На одномъ мѣстѣ стѣнка кишки гнойно инфильтрирована. При вылущеніи опухоли расширенная труба лопнула и изъ нее выдѣлилось большое ко- личество гнойнаго гноя. Удаленіе правой трубы и яичника послѣ перевязки. Сращения кишокъ съ опухолью лѣвой сто- роны менѣе плотны. Расширенная труба содержитъ гной; въ яичникѣ гнойникъ ве- лѣчайшую съ грецкій орѣхъ. Вылущеніе и удаленіе лѣвыхъ придатковъ. На верхнюю часть брюшной раны положены глубокие швы. Подозрительныя ветви кишки факси- рованы вблизи раны тампонами. Полость таза затампонирована.	Пачиная съ 7 дня послѣ операціи ве- черняя повышенія. Температура дохо- дила до 38,4° въ продолженіи 6-ти дней. Обильное выдѣле- ніе гноя изъ брюш- ной раны. На 13-й день послѣ опера- ции образовался ка- ловой свищъ въ петлѣ тонкой киш- ки. Выдѣленіе каза изъ раны не обиль- ное въ продолженіи 3 недѣль. Мед- ленное заживленіе раны. Выписалась здоро- вой.	<i>Sactosalpinx puru- lenta bilateralis.</i> <i>Abscessus ovarii sin.</i>
30/x <i>Coelio-Salpingo-oophorectomia bilateralis</i>.	Выздоровленіе.	<i>Sactosalpinx pu- rulenta et Absces- sus ovarii bilate- ralis.</i>

№ по порядку, имя, возраст, № скорбного листа.	Предшествовавшие роды или выкидыши. Менструация. Начало заболевания.	Общее состояние больной. Местные явления и данные исследования. Течение болезни до операции.
13. Федора М. 39 л. 7901.	Родила одинъ разъ 17 л. тому назадъ. Около 10 дней послѣ поднятія тя- жести почувствовала боль въ животѣ, которая не уменьшается. Время появленія опухоли въ животѣ опредѣлить не можеть.	Матка въ Anteversio, отодвинута назадъ. Своды мало опущены. Низъ живота занятъ мало подвижною кистозобразною болѣзнен- ною опухолью, величиною съ дѣтскую го- ловку, верхній край которой стоитъ на среднѣ между пупкомъ и лопками соеди- неніемъ. На 2-й недѣли пребыванія въ больницѣ по- явились знобы, повышенія температуры до 39°.

О П Е Р А Ц И Я.	После операцион- ный периодъ. Исходъ.	Патологоанатомический диагнозъ.
31/xii <i>Coeleo-Ovariectomy.</i> Воспаленный саленникъ плотно спаянъ съ опухолью, занимающую всю полость таза. Сплошныя сращения съ петлями кишекъ. При вытуплении опухоли тонкая стѣнка кисты прорвалась и вылилось большое количество гонючей, мутной жидкости. При удаленіи кисты вскрыто нѣсколько небольшихъ гнойниковъ, расположенныхъ между спайками кишекъ и кистой. Вытупленіе нижняго сегмента кисты изъ правой широкой связки и удаление ея вместе съ расширенной трубой. Брюшная полость загаммонирована.	На 9 день образовался безъ повыше- ния температуры не большой абсцессъ въ прав. рег. пара- тидеа, который вскрылся въ по- лость рта. На 28 день приш- лось вскрыть пе- рипроктальный абс- цессъ, который так- же образовался безъ повышеній темпе- ратуры. Рана мед- ленно заживала. 29-я больная выпи- салась здоровой.	<i>Kystoma unilocu- lare abscondens ovarii dextr.</i>

лостъ далеко нельзя считать идеаломъ. Гарантіи непоявленія перитонита тампонада не создаетъ. Выздоровленіе же, благодаря ей, въ значительной мѣрѣ затягивается. Переменная тампонавъ причиняетъ въ первое время больной не малую боль, а заживающая *per secundam* рана дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ позднѣйшее появленіе грыжи. На этомъ основаніи я приписываю тампонаду съ 1897 г. лишь въ видѣ исключенія и пока не вижу никакого повода возвращаться къ ней.

Трубная беременность дала въ 5 случаяхъ поводъ къ оперативному вмѣшательству, что по отношенію къ общему числу операций (13) является несомнѣнно довольно высокимъ процентомъ. За исключеніемъ вышеупомянутого случая со смертнымъ исходомъ, дѣло шло о внематочныхъ беременностяхъ въ двухъ первыхъ мѣсяцахъ беременности. Въ 3 случаяхъ образовались болѣе или менѣе значительныя *Naematocoele*. Разрывъ стѣнки трубы ни разу не могъ быть констатированъ. Кровотеченія происходили изъ брюшнаго отверстія трубы. Три раза беременность имѣла мѣсто въ правой, а одинъ разъ—въ лѣвой трубѣ. Показаніями къ операциі служили процессы начинающагося разложенія въ кровяныхъ опухоляхъ, повышенія температуры и упорныя боли.

При существованіи болѣе или менѣе значительной *Naematocoele* операція начиналась разрѣзомъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, и лишь послѣ того какъ достигалось по возможности совершенное опорожненіе разлагающейся крови, производилось вскрытіе брюшной полости послѣ вторичной основательной дезинфекціи. Какихъ либо вредныхъ послѣдствій отъ этого незначительнаго оперативнаго вмѣшательства я не наблюдалъ; выгоды же его настолько очевидны, что мнѣ нечего на этомъ и останавливаться.

Что касается патологоанатомическихъ данныхъ въ трубахъ, удаленныхъ оперативнымъ путемъ, то во всѣхъ случаяхъ имѣлось значительная извитость маточнаго отдѣла и утолщеніе стѣнокъ трубы. Расширенный лежащій ближе къ брюшному отверстию отдѣлъ трубы содержалъ постоянно плотный кровяной сгустокъ, величиною отъ голубиного до гусиного яйца; сгустокъ прилегалъ болѣе или менѣе плотно къ стѣнкѣ трубы. Только въ одномъ случаѣ (6) въ этомъ кровя-

номъ сгусткѣ былъ найденъ маленькій 1 сант. длины, плодъ, — въ высшей степени рѣдкая находка. Въ другихъ случаяхъ, кромѣ упомянутыхъ кровяныхъ сгустковъ, макроскопически нельзя было констатировать ничего такого, что указывало бы на беременность. Мы принуждены были слѣдовательно для доказательства прибѣгнуть къ микроскопу. На первый взглядъ казалось бы нетрудно представить въ подобныхъ случаяхъ микроскопическое доказательство беременности — ворсинки хоріона — и такимъ образомъ удовлетворить требованіямъ *Zweifel*'я. (Ueber Extrauterin gravidität u. retrouterine Haematome. Festschrift z. 25 jähr. Jubil. Gussow's Berlin, 1891). «Гдѣ не найденъ плодъ или ворсинки хоріона, тамъ нельзя считать доказанной эктопическую беременность» — говорить *Zweifel*. Если однако держаться строго этого требованія, то пришлось бы не признать цѣлый рядъ завѣдомыхъ трубныхъ беременностей за таковыя. Для того, чтобы служить доказательствомъ, ворсинка хоріона, въ особенности если она встрѣчается единично въ кровяномъ сгусткѣ, должна имѣть всѣ присущіе ей характерные признаки въ столь рѣзко выраженномъ состояніи, чтобы не могло даже возникнуть сомнѣніи объ иномъ происхожденіи данного образованія. Такія характеристическія картины мы можемъ ожидать лишь въ свѣжихъ случаяхъ, да и то должны быть взяты цѣлыя серіи срѣзовъ изъ различныхъ частей беременнаго участка трубы и кровянаго сгустка. На практикѣ такого рода изслѣдованія лишь въ рѣдкихъ случаяхъ выполнимы. Зачастую пришлось благодарить лишь счастливый случай за вѣрный патологическій діагнозъ, въ зависимости отъ того, найдемъ ли мы на немногихъ изслѣдованныхъ срѣзахъ хорошо сохранившіеся ворсинки, или нѣтъ. Благодаря изслѣдованіямъ *Keller*'а (Zur Diagnose der Tubengravidität. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Band XIX) и др. мы знаемъ, что ворсинки, отторванныя повторными кровотеченіями отъ мѣста своего прикрѣпленія и поставленныя въ дурныя условія питанія, подвергаются «анэмическому некрозу». Другими словами онѣ видоизмѣняются въ образованія, которыя не только похожи на продукты свертыванія фибрина, но совершенно имъ равнозначущи. Чѣмъ больше времени протекло съ момента кровотеченія, чѣмъ хуже вслѣдствіе

этого условія питанія, тѣмъ труднѣе по этимъ обладающимъ малыми признаками организованной ткани образованіямъ заключить объ отсутствіи или присутствіи ворсинокъ хоріона. При многочисленныхъ изслѣдованіяхъ трубной беременности съ болѣе или менѣе прогрессирующимъ разрушеніемъ ткани, вслѣдствіе кровоизліянія, которыя мнѣ пришлось дѣлать, и постоянно стремился кромѣ ворсинокъ отыскать еще другіе элементы, которые не такъ легко уносятся кровянымъ токомъ, а слѣдовательно встрѣчаются болѣе постоянно и при всемъ томъ могли бы послужить мѣриломъ при установкѣ точнаго діагноза.

Для изслѣдованія наиболѣе пригодны тѣ участки, гдѣ кровяной стустокъ наиболѣе плотно присталъ къ трубной стѣнкѣ. Сръзъ черезъ такое мѣсто представляетъ обыкновенно разнообразную картину. Прилегающая къ мышечной оболочкѣ слизистая оболочка въ поверхностныхъ слояхъ по большей части разрушена уже самою излившеюся кровью. Остающаяся часть сильно пропитана кровяными тѣльцами. Хорошо выраженные децидуальные кѣтки встрѣчаются лишь единично. По большей части въ соединительной ткани можно найти различныя переходныя ступени соединительнотканнхъ кѣтокъ въ децидуальныя. Далѣе въ этомъ остаткѣ слизистой оболочки часто находятъ большіе сильно наполненные кровью сосуды, которые по величинѣ значительно превосходятъ сосуды мышечнаго и серознаго слоя, или по крайней мѣрѣ достигаютъ одинаковаго съ ними калибра. Стѣнки этихъ сосудовъ состоятъ по видимому только изъ одного слоя пролиферирующаго эндотелія. Иногда удастся доказать прямую связь содержащейся въ этихъ сосудахъ крови съ большимъ кровянымъ стусткомъ въ просвѣтѣ трубы. Здѣсь дѣло идетъ объ измѣненіяхъ сосудистыхъ стѣнокъ въ decidua беременной трубы, которыя апологичны измѣненіямъ въ сосудахъ матки на мѣстѣ прикрѣпленія послѣда. Измѣненія эти стали извѣстны, благодаря изслѣдованіямъ *Klein'a* (Zur Anatomie d. schwang. Tube. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20.), *Zedl'я* (Zur Anatomie d. schwang. Tube etc. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 26.) и др... За единично встрѣчаемыми децидуальными кѣтками слѣдуетъ собственно самый кро-

вяной сгустокъ. Последний состоитъ частью изъ кава-
лированного фибрина, частью изъ болѣе старыхъ крова-
ныхъ фокусовъ, пронизанныхъ питиями фибрина. Въ кро-
виныхъ сгусткахъ разсыпаны группами децидуальныя клѣтки,
которыя унесены были излившеюся кровью, и ворсинки въ
самыхъ различныхъ стадіяхъ атрофическаго некроза. Въ остат-
кахъ слизистой, въ особенности если еще имѣются части деци-
дуальнаго слоя, въ группахъ децидуальныхъ клѣтокъ въ кро-
виныхъ фокусахъ, вблизи ворсинокъ, наконецъ изолированно
въ кровяномъ сгусткѣ встрѣчаются образованія похожія на
гигантскія клѣтки. Противустоятъ ли эти образованія упор-
нѣе процессамъ регрессивнаго метаморфоза, или же онѣ обла-
даютъ болѣею способностью къ окрашиванію, фактъ тотъ,
что они отличаются еще ясными контурами и энергичнымъ
окрашиваніемъ ядеръ, въ то время, какъ децидуальныя клѣтки
и ворсинки съ трудомъ лишь узнаются, какъ таковыя. Не-
рѣдко находятъ вблизи ворсинокъ, лишенныхъ уже эпителія,
и узнаваемыхъ лишь по, впрочемъ помутнѣвшей основѣ,
гигантскія клѣтки, которыя еще очень хорошо сохранились и
легко узнаются. Въ случаяхъ трубнаго выкидыша, когда кро-
вяной сгустокъ покинулъ уже трубу, находятъ, при микро-
скопическомъ изслѣдованіи стѣнки трубы, почти постоянно
и при отсутствіи ворсинокъ названныя клѣтки-гиганты круглой,
овальной или лентообразной формы. Эти клѣтки прилегаютъ къ
поверхности слизистой оболочки, или же заложены въ верх-
нихъ слояхъ ея.

Уже ранѣе я указалъ на присутствіе такихъ клѣтокъ-ги-
гантовъ въ децидуальномъ слое при трубной беременности.
(*Beiträge zur Anatomie d. ectop. Schwangerschaft. Virchow's*
Arch. Bd. 127.) Я разсматривалъ ихъ, какъ отростки вор-
синокъ. Дальнѣйшія изслѣдованія цѣлаго ряда авторовъ,
входя въ которыя меня завело бы слишкомъ далеко, уста-
новили, что эти образованія происходятъ изъ наружнаго про-
топлазматическаго слоя ворсинокъ. (*Syncytium*). Я не берусь
рѣшать, происходитъ ли *Syncytium* отъ эпителія трубы resp.
матки, какъ между прочими допускаетъ и *Merttens* (*Beiträge*
z. normal. u. patholog. Anatomie d. menschl. Placenta. Zeitschr.
f. Geb. u. Gyn. Bd. 30 и 31), или же оно зародышеваго проис-

хожденія какъ увѣряють *Hofmeier* (Beiträge z. Anatomie und Entw. d. menschl. Placenta. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35.) *Улеско-Строганова* (Гигантскія клѣтки въ послѣдѣ, происхожденіе и вѣроятное значеніе ихъ. Жур. акуш. и женск. бол. 1896.) и др... Продуктъ беременности, оно внѣ всякаго сомнѣнія и вслѣдствіе тѣснаго соотношенія съ decidua или съ децидуальными сосудами, оно часто можетъ быть найдено даже тогда, когда ворсинки имѣются въ очень скудномъ количествѣ, или совсѣмъ отсутствуютъ. Приготовленіе сотни срѣзовъ и часто безуспѣшную погоню за ворсинками я считаю поэтому излишней. Если намъ удастся въ приготовленныхъ срѣзахъ найти извѣстныя измѣненія сосудовъ въ слизистой оболочкѣ и если мы встрѣчась въ слизистой оболочкѣ или въ прилежающемъ кровяномъ сгусткѣ скопленія syncytium'a, въ такомъ случаѣ существованіе беременности также точно установлено, какъ и при нахожденіи ворсинокъ.

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИНЕКОЛО- ГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

П р о т о к о л ы

ЗАСѢДАНІЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ

№ 79.

Экстренное засѣданіе 9-го января 1896 г.

Предсѣдательствовалъ проф. Г. Е. Рейнъ.

Присутствовали: Д. А. Абуладзе, В. Н. Гогоцкій, Е. Г. Гуринъ, В. П. Жемчужниковъ, П. Ю. Кроль, Г. Г. Левицкій, И. К. Нееловъ, проф. А. Д. Павловскій, Г. Ф. Писемскій, К. Н. Подръзанъ, А. А. Редлихъ, Н. В. Утиловъ, Н. В. Шуварскій и А. П. Яхонтовъ.

1) Предсѣдателемъ доложено о предстоящемъ 16-го Января чествованіи академика *А. Я. Крассовскаго*, по случаю 25-лѣтняго юбилея его служенія въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ Заведеніи.

Указавъ на огромное значеніе почти полувѣковой дѣятельности маститаго юбиляра, посвященной развитію акушерской и гинекологической науки въ Россіи, а въ частности на полезное служеніе его въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи *Проф. Рейнъ* предложилъ Обществу принять участіе въ празднованіи вышеуказаннаго юбилея.

Общество, съ мнѣніемъ котораго совершенно совпадало предложеніе предсѣдателя, единогласно постановило составить привѣтственный къ дню юбилея адресъ и просило предсѣдателя быть его представителемъ на юбилейномъ торжествѣ.

въ С.-Петербургѣ. Составленный и тутъ же прочитанный председателемъ проектъ адреса обществомъ былъ одобренъ, а для разработки его деталей избрана особая коммисія.

Вмѣстѣ съ тѣмъ въ знакъ глубокаго уваженія Общества къ юбиляру, оно постановило украсить портретомъ имѣющій выйти слѣдующій томъ изданій протоколовъ Общества.

2) Председатель доложилъ о торжественномъ празднованіи 25-лѣтія профессорской дѣятельности *В. Ф. Снегирева*, имѣющемъ быть въ Москвѣ въ концѣ Января сего года.

Общество постановило: послать юбиляру привѣтственную телеграмму.

Председатель **Г. Рейнъ.**

Секретарь **Г. Писемскій.**

Адрессъ поднесенный академику А. Я. Крассовскому въ день 25-лѣтняго юбилея его служенія въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи отъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ Кіевѣ.

Акушерско-Гинекологическое Общество въ Кіевѣ, состоящее при ИМПЕРАТОРСКОМЪ Университетѣ Св. Владимира, шлетъ своему Почетному Члену—Многоуважаемому Юбилару горячій привѣтъ, низкій поклонъ и сердечныя поздравленія.

Въ этотъ знаменательный день всѣ, кому дорого развитіе медицинской науки въ нашемъ отечествѣ, вспоминаютъ съ благодарностію всю Вашу почти полувѣковую славную дѣятельность на поприщѣ развитія и распространенія акушерства и гинекологіи въ нашемъ отечествѣ.

Вы обнародовали сорокъ пять лѣтъ тому назадъ свой первый научный трудъ и съ тѣхъ поръ не оставляли пера до самого послѣдняго времени. Сочиненія Ваши не обильны словами, не блистаютъ пышными тирадами, не увлекаютъ читателя гипотезами, иногда болѣе смѣлыми и красивыми, чѣмъ основательными, но они при изумительной простотѣ и ясности изложенія полны спокойнаго, трезваго наблюденія, глубокаго и безпристрастнаго анализа фактовъ и доводовъ, искренняго убѣжденія въ истинѣ и пользѣ загницаемыхъ положеній и благородной любви къ больному человѣку. Наилучшаго выраженія достигли эти драгоцѣнныя и рѣдкія качества въ классическомъ руководствѣ Вашемъ, составляющемъ гордость и славу русской медицинской литературы. Многія страницы этой книги, какъ напримѣръ, трактующія о выборѣ между жизнью матери и младенца въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи, могутъ быть причислены къ лучшимъ и возвышеннѣйшимъ выраженіямъ гуманности, которыя когда либо выходили изъ подъ пера врача.

Не менѣе велики заслуги Ваши передъ Россіею, какъ практическаго акушера и гинеколога-хирурга, и какъ главы русской акушерско-гинекологической школы.

Первые самостоятельные шаги Вашей дѣятельности счастливо совпали съ тою блестящею эпохою въ жизни Россіи, когда пробужденіе духа Русскаго самосознанія, характеризующее начало шестидесятихъ годовъ, охватило всѣ сферы русской государственной и общественной жизни. Въ это время широкія преобразованія, коснувшіяся и медицинской Академіи, подъ руководствомъ Дубовицкаго, Зинина и ихъ знаменитыхъ сподвижниковъ, не могли не отразиться и на судьбѣ акушерской кафедры Академіи. Однако, кто помянуть жалкія вѣншія условія дѣятельности старой госпитальной клиники, тотъ долженъ согласиться, что для того, чтобы создать кафедру и поставить ее на надлежащую высоту, нужна была съ Вашей стороны затрата колоссальной энергіи, силъ и труда и необходимо было присутствіе въ Васъ таланта, или частицы того божественнаго огня, который Прометей когда то похитилъ съ неба.

Двадцать третьяго Декабря 1862 года произведена Вами первая успѣшная оваріотомія, ознаменовавшая вступленіе русской гинекологіи въ новую эру. Эта новая эра, преобразившая все ученіе о женскихъ болѣзняхъ—отъ начала до конца—выразилась въ оперативномъ направленіи гинекологіи, отцѣмъ котораго въ Россіи долженъ, по справедливости, считаться *Антонъ Яковлевичъ Крассовскій*.

Въ концѣ шестидесятихъ и въ началѣ семидесятихъ годовъ слава Ваша, какъ акушера и гинеколога, какъ учителя студентовъ и молодыхъ врачей, какъ знаменитаго врача-клинициста и смѣлаго хирурга, достигаетъ такой высоты, какая рѣдко выпадаетъ на долю русскаго врача и профессора.

Въ это время—25 лѣтъ тому назадъ—Вы оставляете академию и переносите свою научную и организаторскую дѣятельность въ Родовспомогательное Заведеніе.

Преобразовавъ его во всѣхъ отношеніяхъ и въ особенности строго примѣнивъ къ призрѣнію роженицъ принципы антисептики и изолиціи, увеличивъ вдвое число призрѣваемыхъ роженицъ, расширивъ и усовершенствовавъ школу повивальныхъ бабокъ, какъ городскихъ, такъ и сельскихъ, Вы вдохнули во все учрежденіе новую жизнь, новый духъ и быстро повели его впередъ по пути научнаго прогресса. Вамъ удалось сдѣлать изъ Родовспомогательнаго Заведенія образцовое учрежденіе,

не уступающее лучшим однороднымъ учрежденіямъ всего свѣта.

Образцовыми отчетами, обнимающими колоссальныя цифры нѣсколькихъ десятковъ тысячъ родовъ и ихъ осложненій, и печатными работами, основанными на громадномъ клиническомъ матеріалѣ, Вы старались поднять научное значеніе Заведенія, почти до Васъ не существовавшее, а допущеніемъ молодыхъ врачей для практическихъ занятій по акушерству, Вы стремились превратить Заведеніе въ школу для врачей. За это скажемъ Вамъ горячее спасибо отъ имени русскаго врача, желающаго учиться.

Нынѣ двадцать пять выпускковъ врачей Академіи—непосредственныхъ учениковъ Вашихъ и цѣлые ряды послѣдующихъ выпускковъ въ Академіи и Университетахъ—учениковъ учениковъ Вашихъ—составляютъ огромную семью врачей—Вашихъ духовныхъ дѣтей, внуковъ и даже правнуковъ. Вы участвовали словомъ и дѣломъ, вмѣстѣ съ лучшими представителями русской медицины, въ созданіи того симпатичнаго облика русскаго врача, который, при солидныхъ знаніяхъ и необычайной скромности, геройски и беззаветно отдаетъ себя служенію наукѣ и страждущему человечеству.

Вы же воспитали обширную семью специалистовъ—акушеровъ и гинекологовъ, которые трудами своими способствовали созданію русской акушерской школы.

Три акушерскихъ Общества, основанныхъ почти одновременно въ Петербургѣ, въ Кіевѣ и въ Москвѣ, съ ихъ печатными трудами, Журналъ Акушерства и женскихъ болѣзней, печатные труды русскихъ и международныхъ съѣздовъ врачей, (указывающихъ на видное участіе въ нихъ русскихъ акушеровъ и гинекологовъ),—все это доказываетъ какое твердою ногою стала русская акушерская школа въ Россіи и на Западѣ. Школа эта, по всей справедливости, ставитъ во главѣ своей Васъ, почтенный юбиляръ, Несторъ русскаго акушерства и гинекологіи.

Съ гордостью и чувствомъ нравственнаго удовлетворенія можете Вы взирать теперь съ высоты, достигнутой Вами упорнымъ трудомъ, талантомъ и любовью къ родицѣ, на обильные плоды стараній Вашихъ.

Работая на пользу Россіи почти полъ столѣтія, подъ эгидою четырехъ ся любимыхъ Государей, Вы были всегда вѣрнымъ и преданнымъ слугою родины, отъ подножія Престола и до избы крестьянина. Много спасено Вами жизней, много осушено слезъ, много облегчено человѣческаго горя и страданій.

Да не изгладится никогда память о заслугахъ Вашихъ въ исторіи Русской медицины и да будетъ еще долго служить Ваша дѣятельность примѣровъ для грядущихъ поколѣній!

Слѣдуютъ подписи: Предсѣдатель Проф. *Г. Рейнг.* Товарищъ Предсѣдателя проф. *Л. А. Малиновскій*, проф. *В. Образцовъ*, проф. *И. Сикорскій*, проф. *Павловскій*, *П. Волковичъ*, *В. Гогоцкій*, *Г. Писемскій*, *А. Редлихъ*, *П. Звинятскій*, *Ю. Гижницкій*, *К. Сапѣжко*, *Н. Шуварскій*, д-ръ мед. *Василій Черлисъ*, *В. Жемужниковъ*, *В. Левицкій*, *П. Неёловъ*, *М. А. Воскресенскій*, *Унтиловъ*.

ПРОТОКОЛЫ

ЗАСѢДАНИЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ.

№ 30.

31-го января 1896 г.

Предсѣдательствовалъ профессоръ Л. А. Малиновскій.

Присутствовали: Д. А. Абуладзе, М. А. Воскресенскій, М. Ф. Вознесенскій, В. Н. Гогопкій, Е. Г. Гурипъ, Н. М. Звинятскій, К. Е. Кеглеръ, Г. Г. Левицкій, Н. К. Нееловъ, Г. Ф. Писемскій, С. В. Петриковскій, А. А. Реллихъ, Н. В. Унтиловъ, Н. В. Шуварскій, А. П. Яхонтовъ и 140 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Предсѣдателемъ прочитана телеграмма профъ *Н. В. Склифосовскаго*, въ которой онъ благодаритъ Общество за избраніе его въ почетные члены:

3) Предсѣдателемъ прочитано письмо профъ *В. Ф. Снегирева*, въ которомъ онъ высказываетъ благодарность Обществу за посланную ему привѣтственную телеграмму по случаю исполнившагося двадцатипятилѣтія его преподавательской дѣятельности.

4) Предсѣдатель прочелъ, полученное на имя профъ *Г. Е. Рейна*, увѣдомленіе Попечителя Кіевскаго Учебнаго округа о томъ, что Г. Министръ Народнаго Просвѣщенія, получивъ экземпляръ восьмого тома протоколовъ засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества проситъ его передать искреннюю благодарность за доставленіе этого изданія.

5) Библіотекаремъ сообщено о полученіи на имя Общества слѣдующихъ книгъ и изданій:

Медицинскіе *отчеты* старшаго врача и ординаторовъ Казанской Губернской Земской больницы съ 1 Сентября 1894 г. по 1 Сентября 1895 г. *Отчетъ* о дѣятельности дѣтской больницы св. Ольги въ Москвѣ за 1894 г. *Отчетъ* о шестилѣтней дѣятельности гинекологической клиники имени Тимофея Саввича Морозова при Московскомъ Университетѣ за 1889—1895 г. *Архивъ биологическихъ наукъ* т. IV, вып. 3., 1895 г. *Круженіи тернъ*. Медицинскій *отчетъ* по акушерскому отдѣленію Ольгинскаго Повивальнаго института 1890—1895 г. *Круженіи тернъ*. *Отчетъ* о дѣятельности Орловскаго медицинскаго Общества за 1894 г. *Акушерка* № 1 и 2 за 1895 г. Сборникъ *протоколовъ* засѣданій губерскихъ и уѣздныхъ врачебныхъ Совѣтовъ Курской губерніи за 1894 г. *Нейсбауеръ*. Демонстрація одного рѣдкаго случая псевдогерма фродитизма въ связи съ 11 подобными же наблюденіями. *Львовъ*. Медицинскій *отчетъ* по Лихачевскому родильному отдѣленію Казанской Губернской Земской больницы съ Сентября 1894 г. по Сентябрь 1895 г. *Его же*. Къ вопросу о леченіи кистъ яичника разрывомъ черезъ влагалище. *Его же*. О причинахъ неправильныхъ положеній и поворотовъ младенца при родахъ. *Телловъ*. Медицинскій *отчетъ* по гинекологическому отдѣленію Казанской губернской земской больницы за 1894/95 г. *Столыпинскій*. Удаленіе матки черезъ влагалище и путемъ чрезвѣщенія съ замѣною лигатуры кровосстанавливающими пиппетами. Общественно-санитарное *Обозрѣніе* № 1, 1896 г. *Записки* Екатеринбургскаго Медицинскаго Общества за 1894—1895 г. *Труды*. Общества русскихъ врачей въ Москвѣ за первое полугодіе 1895 г. *Протоколы* засѣданій Виленскаго медицинскаго Общества 1895 г. № 7, 8, 9 и 10. *Дѣятельность* хирургическаго Общества въ Москвѣ 1894—1895 г. г. т. XIV. *Отчетъ* совѣщательнаго Комитета о дѣятельности Одесскаго Общества для призрѣнія младенцевъ и родильницъ за 1894 г. *Протоколы* очереднаго засѣданія Общества врачей Восточной Сибири въ г. Иркутскѣ. *Таблицы* смертности и рождаемости Кіевскаго населенія по церковнымъ приходамъ и больницамъ за Сентябрь, Октябрь и Ноябрь 1885 г. *Григорьева*. Холера въ 1894. *Séguel*. Etude sur l'influenza dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement. *Neugebauer*. Symphysectomia. *Протоколы* засѣданій Кавказскаго Медицинскаго Общества 1895 г. № 10, 11 и 12. *Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique* 1895 г. № 9; 1896 № 1. *Губарева*. Тяжелое осложненіе родовъ постъ ventrofixatio uteri, приведшее къ кесарскому сѣченію. *Его же*. О дренажѣ брюшной полости. *Его же*. О современномъ значеніи гинекологии и методахъ ея клиническаго преподаванія. *Его же*. Sur l'achoir d'un instrument pour la dilatation rapide du col utérin. *Протоколы* засѣданій Кавказскаго Медицинскаго Общества № 7, 8, 9 и 20 за 1895 г.

6) Секретаремъ прочитанъ былъ привѣтственный адресъ Общества почетному академику *Антону Яковлевичу Красновскому*, читанный 16 Января сего года проф. *Рейномъ* въ

С.-Петербургѣ, на торжественномъ празднованіи 25-лѣтняго юбилея его сослуженія въ С.-Петербургскомъ Родовспомогательномъ заведеніи. (См. выше стр. 2).

7) *Д-ръ Г. Г. Левинскій* сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ «*третій случай кифотического таза*». (Съ демонстраціей больной и ея фотографическихъ снимковъ). Крестьянка Кіевской губ. Ш., 28 л., происходитъ изъ совершенно здоровой семьи. Менструируетъ съ 23 лѣтъ, по 3--5 дней черезъ 3 недѣли. Полтора года т. н.—срочные роды, длившіеся 3 дня, окончены были извлеченіемъ плода послѣ прободенія головки, вслѣдъ за этимъ непроизвольное истеченіе мочи. За исключеніемъ костной системы особыхъ уклоненій въ развитіи не представляетъ. Явленій рахита не найдено. Наружные половые органы развиты правильно, разрывъ промежности 2-й степени; стѣнки влагалища состоятъ изъ сплошныхъ рубцовъ, urethra разрушена; на разстояніи 2-хъ сант. отъ входа—пузырно-влагалищная фистула, пропускающая конецъ пальца. Матка отклонена кзади. Грудная кость широка; нижнія ребра заходятъ за крылья подвздошныхъ костей. Позвоночникъ въ верхвей грудной части вдавленъ; ниже угла лопатки начинается кифозъ, достигающей высшей точки на первомъ поясничномъ позвонкѣ; высота кифоза 6,0; вмѣстѣ съ тѣмъ на мѣстѣ кифоза позвоночникъ искривленъ влѣво. Тазъ на видъ воронкообразенъ. Подвздошныя кости таза мало отворочены, стоятъ болѣе прямо и оттянуты кзади. Лобокъ стоитъ высоко—наклоненіе таза уменьшено. Вышина лобка 4 сант. Размѣры таза: D. sp.—23,0; D.-Cr.—27,5; D. Tr.—27,0; C. ext.—17,75; Длина крестца 9,0; Прямой размѣръ выхода—10,25; поперечный выходъ—6—6½ сант. Остановившись на двухъ новѣйшихъ работахъ по данному вопросу—*Heinebaeyera* въ *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie* и *Klien'a* (Роды при кифотическомъ тазѣ въ *Arch. f. Gynäkologie*) и указавъ на поспѣшность нѣкоторыхъ заключеній и неточность выводовъ первой работы, докладчикъ привелъ статистическія данныя различныхъ видовъ кифоза сообразно его положенію и остановился подробнѣе на влияніи различныхъ этиологическихъ моментовъ кифоза и различныхъ пособій (щипцы, кесарское сѣченіе, симфизеотомія) и на исходѣ родовъ при ки-

фотическомъ тазѣ. Свой случай докладчикъ относитъ къ очень рѣдкимъ по степени суженія (попер. вых. 6—6 $\frac{1}{2}$).

8) *Д-ръ Д. А. Абуладзе* сообщилъ «*пятый случай изъ Киевской акушерской клиники полного выворота матки*». Дворянка В., 23 л., вполне здорова. Беременная была 1 разъ. Разрѣшилась 10/x 94 г. Роды продолжались меньше сутокъ. Послѣ рожденія ребенка, черезъ $\frac{1}{2}$ часа, акушерка удалила дѣтское мѣсто, потягивая за пуповину и надавливая снаружи на матку. Вслѣдъ за удаленіемъ дѣтскаго мѣста появилось обильное кровотеченіе и сильныя боли, вслѣдствіе чего роженица впала въ тяжелое обморочное состояніе. Въ послѣ-родовомъ періодѣ—сильныя схваткообразныя боли внизу живота и обильныя грязныя кровянистыя отдѣленія.

Въ концѣ 3-й недѣли больная, вставши съ постели, замѣтила, что изъ половой щели показывается опухоль въ кулакъ величиною, опухоль была вправлена; послѣ чего больная пролежала въ жару еще 2 мѣсяца. Двадцатаго ноября 1895 г. она явилась въ клинику съ жалобами на обильныя мѣсячныя (12—14 дней), боли внизу живота, исхуданіе, общую слабость. Распознаваніе—полный хроническій выворотъ матки безъ выпаденія ея пuerperального происхожденія, при крайней степени анеміи больной. Для леченія, какъ и въ предыдущихъ клиническихъ случаяхъ, примѣнялся кольпепризь влагалища, отчасти приемы внутрь спорыньи и корпудина Робертъа, электричество и тампонація нижняго отдѣла матки послѣ частичнаго ея вправленія. Вправленіе послѣдовало на 27 день отъ начала леченія. Докладчикъ привелъ подробныя выдержки изъ клинической исторіи болѣзни о ходѣ леченія и сдѣлалъ слѣдующіе выводы: 1) Въ этиологіи выворота матки глубокіе разрывы шейки матки заслуживаютъ серьезнаго вниманія. 2) Началу вправленія вывороченной матки предшествуетъ распаденіе послѣдней на полый мускулъ и выходную родовую трубку подобно тому, какъ это наблюдается при родахъ. и 3) Для окончательнаго вправленія вывороченной матки—необходимы моменты, вызывающіе сокращенія самой матки.

Въ преніяхъ приняли участіе *проф. Л. А. Малиновскій* и д-ра *Гуринъ, Шварскій, Песеловъ, Писемскій и Бяляевъ*.

Малиновский спросилъ, чѣмъ руководствуются, назначая въ нѣкоторые дни спорышью, корнутаиъ и электричество?

Гурикъ замѣтилъ, что такъ какъ при выворотахъ матки наблюдается увеличеніе (вспуханіе) органа, усиленная секреція его слизистой оболочки послѣдствіе ея воспаленія, то слѣдуетъ предпосылать выправленію леченіе вяжущими и дезинфицирующими веществами съ цѣлью уменьшить объемъ матки и секрецію, что облегчило бы самое выправленіе.

Шварскій сказалъ, что наблюденіемъ докладчика еще не рѣшается вопросъ о характерѣ дѣйствія кольпейринтера. Не отрицая динамическаго его вліянія, вызывающаго къ дѣйствию пружинящаго свойства мыщцы матки, онъ, однако, полагаетъ, что приводитъ полную аналогію между родовой дѣятельностью и механизмомъ выправленія вывороченной матки при кольпейризѣ едва ли возможно. Тутъ нижняя часть матки спадываетъ по тѣлу ея. Разрывы шейки едва ли играютъ важную роль при образованіи выворотовъ. Что же касается секреціи матки, то это явленіе только усиливаетъ дѣйствіе кольпейриза, накопившись между кольпейринтеромъ и дномъ матки, а отдѣленіе въ значительной степени способствуетъ ея выправленію, проталкивая дно матки кверху.

Целовъ. (Ауторефератъ). Вопросъ о дѣйствіи кольпейриза при выворотѣ матки былъ поднятъ въ нашемъ обществѣ года два тому назадъ; въ дебатахъ по поводу сдѣланныхъ на эту тему сообщеній затрогивается въ высокой степени интересный вопросъ о способѣ дѣйствія кольпейринтера. Какъ тогда, такъ и теперь я думаю, что приписывать кольпейринтеру одно динамическое дѣйствіе нельзя; не подлежитъ сомнѣнію, что и механическое его дѣйствіе играетъ нѣкоторую роль.

Наблюденіе докладчика изложено добросовѣстно и толково, но тѣмъ не менѣе я позволяю себѣ сдѣлать ему маленький упрекъ; почему, въ приведенномъ случаѣ, пользуясь прекрасной клинической обстановкой, докладчикъ не попытался исключить механическое дѣйствіе кольпейриза и не провелъ наблюденіе совершенно чисто? Почему не попытаться напр., вызвать сократительную дѣятельность матки при помощи электричества? Если отрицать механическое дѣйствіе кольпейринтера, то такой способъ долженъ дать прекрасные результаты.

Что касается разрывовъ шейки, то я сомнѣваюсь, чтобы они имѣли какое либо существенное значеніе въ этиологии выворота матки.

Бяляевъ. (Ауторефератъ). Выворотъ матки не возможенъ безъ влости ея стѣнокъ, безъ пониженія ихъ тонуса. Такія степени послѣродового выворота, когда матка болѣе или менѣе значительно своею частью помѣщается во влагалищѣ, должны, по моему мнѣнію, сопровождаться воспаленіемъ ея. Для этого существуетъ въ подобныхъ случаяхъ много благоприятныхъ условий; застой кровообращенія, обратное развитіе этого органа, давленіе испытываемое его стѣнками, отеки послѣднихъ, присутствіе въ послѣродовомъ влагалищѣ возбудителей гніенія и пр. Всякое же

воспаление ведет за собою набухание стѣнокъ матки, разрыхленіе ихъ, а слѣдовательно понижаетъ ихъ тонусъ и дѣлаетъ мѣшѣе упругими. Разъ это такъ, то всѣ средства уменьшающія воспаление, будутъ въ то же время повышать тонусъ маточныхъ стѣнокъ и уменьшать воспалительную утолщенность ихъ. Вотъ поэтому то совѣтъ д-ра *Гурина* „примѣнять передъ леченіемъ кольцеиринтеромъ дезинфицирующія и вяжущія“ я пахожу вполне целесообразнымъ. Первые, уничтожая патогенные микроорганизмы, будутъ тѣмъ самымъ удалять причину, поддерживающую воспаление; вторые же (вяжущіе) также относятся какъ къ противовоспалительнымъ, такъ и прямо къ тоническимъ.

Что воспалительная припухлость матки служитъ тормозомъ при вправленіи, на это мы, между прочимъ, находимъ указаніе въ акушерствѣ *Лазаревича*, который рекомендуетъ при леченіи выворотовъ заботиться также объ уменьшеніи воспалительной припухлости этого органа, а въ другомъ мѣстѣ, трактуя о хроническомъ выворотѣ даже прямо говорить, что вправленіе въ такихъ случаяхъ возможно только послѣ исчезанія воспалительной припухлости. Примѣняя при выворотахъ матки электричество и эрготинъ съ цѣлью вызвать сокращеніе мышечной ткани, мы въ то же время увеличиваемъ тонусъ маточныхъ стѣнокъ, т. е. дѣйствуемъ противъ главной причины выворота—вилости стѣнокъ. Такъ же точно и противовоспалительныя средства тѣмъ же самымъ могутъ быть полезными пособиями при леченіи выворотовъ. А потому въ скептическомъ отношеніи докладчика къ предложенію д-ра *Гурина* я усматриваю нѣкоторую долю противорѣчія съ употребляемымъ имъ же самымъ способомъ леченія, съ пользованіемъ электричествомъ и эрготиномъ, тѣмъ болѣе, что электричество также относится къ разряду тоническихъ средствъ для нервно-мышечной системы. Вышесказанное примѣнимо только при хроническихъ выворотахъ матки, въ свѣжихъ же случаяхъ терять время на укрѣпленіе стѣнокъ не приходится, ибо вправленіе тѣмъ надежнѣе, чѣмъ раньше къ нему приступлено.

Писемскій замѣтилъ что разъ дѣйствіе кольцеиринтера исключительно динамическое, то не понятно зачѣмъ нужно вводить такія большія количества жидкости въ кольцеиринтеръ, какъ это примѣнялось въ случаѣ докладчика.

Отвѣтъ докладчика д-ра *Абуладзе* см. въ протоколѣ слѣдующаго засѣданія (ауторефератъ).

9) Студ. *И. В. Суховецкій* сообщилъ наблюденія надъ холерными болѣзнями у беременных. Завѣдывая, въ теченіи двухъ осеннихъ мѣсяцевъ прошлаго года, холерными пунктами въ Кременецкомъ уѣздѣ, Волынской губерніи, докладчикъ наблюдалъ свыше трехсотъ случаевъ болѣзанія холерою. Въ этомъ числѣ ему пришлось встрѣтить три случая холеры у беременных. Кромѣ своихъ 3-хъ случаевъ

докладчикъ представилъ краткія описанія случаевъ бывшихъ подъ наблюденіемъ у его товарищей студ. Деканскаго и Дзеконскаго. Изъ приведенныхъ 14 случаевъ только въ одномъ на VI мѣсяцѣ беременность не прервалась съ сохраненіемъ жизни матери и плода; въ одномъ случаѣ на VIII м.—умерла мать, не разрѣшившись; въ четырехъ—на 2, 3, 4, 5 мѣс.—беременность прервалась съ послѣдовательною смертію матерей и въ восьми—на 2, 4, 5, 6, въ 3-хъ на 8 и 1-мъ на 9 мѣсяцахъ беременность прервалась съ сохраненіемъ жизни матерей. Въ трехъ случаяхъ родились живые плоды, умершие, впрочемъ, въ первые же дни послѣ рожденія. Такихъ образомъ, наблюденія докладчика подтверждаютъ прежнія наблюденія, что при холерѣ прерываніе беременности происходитъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ.

По поводу сообщенія сдѣлапы нѣкоторыя замѣчанія д-рами Жуковскимъ и Заболотнымъ.

Предсѣдатель Г. Рейнь.

Секретарь Г. Писемскій.

Протоколы

ЗАСѢДАНИЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ

№ 81.

27-го февраля 1896 г.

Председательствовалъ проф. Г. Е. Рейнъ.

Присутствовали: Д. А. Абуладас, Г. Г. Брюно, Д. А. Воробьевъ, М. А. Воскресенскій, Ю. А. Гижинскій, В. Н. Гогоцкий, В. П. Жемчужниковъ, Н. М. Звиняцкій, К. К. Кеглеръ, Е. П. Контребинскій, П. П. Марьяничъ, Д. А. Малиновскій, Н. К. Нееловъ, Ц. Т. Пейштубе, С. В. Петрикoвскій, Г. Ф. Писемскій, А. А. Реллихъ, С. А. Тулубъ, П. В. Унгиловъ, Н. В. Шуварскій, О. Ф. Функе и 125 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Предсѣдателемъ сообщено приглашеніе членамъ Общества отъ исполнительнаго комитета XII международнаго съѣзда врачей.

3) Предсѣдателемъ сообщено приглашеніе членамъ Обществъ отъ заведующихъ секціей акушерства и Гинекологіи XII международнаго съѣзда врачей съ просьбой намѣтить тѣ вопросы, по которымъ желательно было бы имѣть обсужденіе на засѣданіяхъ акушерскаго и гинекологическаго отдѣловъ.

По этому поводу избрана коммиссія, въ составъ которой вошли: профессоръ *Г. Е. Рейнъ, М. А. Воскресенскій и Г. Ф. Писемскій*.

¹⁾ Проф. Рейнъ лично обсуждалъ этотъ вопросъ, при проѣздѣ черезъ Москву, съ заведывающими секціей профф. *Матвеевымъ и Сисиревымъ.*

4) Предсѣдателемъ сообщено полученноеимъ приглашеніе отъ организаціоннаго комитета VI сѣзда Общества русскихъ врачей въ память *П. И. Пирогова*.

5) Предсѣдателемъ сообщено предложеніе Кіевскаго Губернскаго Врачебнаго Инспектора подниси на издаше свода законоположеній по медицинской части.

По прочтеніи предложенія подписались на издаше и внесли деньги нижеслѣдующіе члены Общества: *Рейнъ, Нисемскій, Редлихъ, Шуварскій, Звинятскій, Нееловъ и Гижикій*; всего внесено 21 руб., которыя и переданы г. врачебному инспектору.

6) Предсѣдателемъ предложено тѣмъ членамъ Общества, которые подписались на фондъ въ пользу стипендіи въ память 50-лѣтія основанія клиникъ, сдѣлать взносы.

Взносы были сдѣланы нижеслѣдующими лицами: *Рейнъ—100 р., Звинятскій 1 р., Воробьевъ 5 р., Абуладзе 3 р., Параминъ 5 р., Брюно 5 р., Унтиловъ 3 р., Петриковский 1 р., Контребинскій 2 р., Гижикій 2 р., всего 127 р., которые переданы проф. А. В. Ходину.*

7) Библіотекаремъ сообщено о полученіи на имя Общества слѣдующихъ книгъ и изданій:

Общественно-санитарное обозрѣніе 1896 г. № 2. *Акушерка* 1896 г., № 2. *Вѣстникъ Медицины* 1896 г., № 2. *La Semaine Gynécologique* 1896 г., №1, 5. *Богосвѣтскій*. Отчетъ о Кременчугской губернской земской больницѣ за 1894 г. Медицинскій отчетъ по вѣдомству учреждений Императрицы Маріи за 1891—92 и 1892—93 годы; *Таблицы* смертности и рождаемости Кіевского населенія по церковнымъ приходамъ и больницамъ за Декабрь 1895 г.

8) По поводу протокола предыдущаго засѣданія были сдѣланы замѣчанія *Д. А. Абуладзе, Н. В. Шуварскимъ* и проф. *Г. Е. Рейномъ*.

Абуладзе. (Ауторефератъ). Я хотѣлъ бы сказать еще объ одномъ обстоятельстве, которое меня еще больше убѣждаетъ въ томъ, что механическая сторона дѣйствія кольнейриза при вправленіи выворота матки играетъ совершенно второстепенное значеніе. Д-ръ *Шуварскій* въ своемъ сообщеніи (см. прот. Т. VI вып. 11, стр. 28) пишетъ: „Изъ сообщеній *Cock's'a, Barsony*, и приведенныхъ нами наблюденій надъ кольпейризомъ, механическая сторона его дѣйствія сводится 1) на растяженіе узкой части вывороченаго органа; 2) на отдавливаніе дна матки кверху и 3

на удержаніе во все время вправленія вывернутой матки по оси таза. Особенное значеніе имѣетъ 3-й моментъ, такъ какъ, при существующей подвижности во всѣ стороны тѣла матки можетъ случиться, что кольпеприптеръ отдавить матку къ одному изъ сводовъ и тѣмъ потеряетъ значеніе репозитора. Ради избѣжанія этого и въ нашемъ случаѣ примѣнился обыкновенный *Вранн* овскій каучуковый шаръ среднихъ размѣровъ, сложенный на подобіе воронки, въ которую, по его введеніи въ рукавъ, и помѣщалось(!) дно матки (ср. I. с. рис. 4). По мѣрѣ наполненія его водою, каучуковый шаръ, облекая (?) со всѣхъ сторонъ дно матки, равномерно отдавливаетъ его кверху (!) и, растягивая сводъ, гесрѣе узкую часть выворота, проталкиваетъ такимъ образомъ дно чрезъ постепенно расширяющееся устье воронки“.

Вопервыхъ, воронку, о которой говорить д-ръ *Шуварскій*, можно представить лишь теоретически, а оцнуать ее врядъ ли удалось бы, если даже на самомъ дѣлѣ такая воронка существовала. Поэтому, какъ не художественъ рис. № 4, но все же онъ не лишенъ и художественъ волности.

Вовторыхъ, именно въ силу „существующей подвижности во всѣ стороны тѣла матки“ кольпеприптеръ всременио долженъ отдавить послѣднюю къ одному изъ сводовъ, а не „отдавливаетъ дно матки кверху“. Соображеніе д-ра *Шуварскаго* имѣло бы мѣсто лишь въ томъ случаѣ, если допустить, что вывернутая матка фиксирована, неподвижна, очень тверда, при одновременной неподатливости стѣнокъ влагалища, облегающихъ кольпеприптеръ. На самомъ же дѣлѣ въ организмѣ женщины такихъ условій не имѣется. Разъ этого нѣтъ и кольпеприптеръ отдавливаетъ вывернутую матку не кверху, а къ одному изъ сводовъ, стало быть, онъ давленіемъ своимъ едва ли можетъ произвести вправленіе матки. Вѣрнѣе допустить, что онъ соприкосновеніемъ съ маткою вызываетъ путемъ раздраженія нервныхъ окончаній активныя координированныя сокращенія ея, ведущія сначала къ распаденію матки на полый мускулъ и выходную родовую трубку, а затѣмъ и къ вправленію ея.

Шуварскій отвѣтилъ, что въ родовомъ актѣ происходитъ распаденіе матки на полый мускулъ и выходную трубку, благодаря присутствію въ беременной маткѣ яйца, которое пассивно растягиваетъ ея нижніе отдѣлы вслѣдствіе маточныхъ сокращеній. Если же въ полости матки ничего нѣтъ, то сокращенія маточной мускулатуры по своему анатомическому расположенію не могутъ вызвать такого распаденія. Въ дѣйствиіи кольпеприза главную роль играть механическое растягиваніе краевъ зѣва кольпеприптеромъ, введеннымъ во влагалище.

Рейнъ на основаніи пяти случаевъ хроническаго выворота матки, наблюдавшихся въ клиникѣ и излѣченныхъ путемъ кольпеприза влагалища считаетъ возможнымъ еще разъ подтвердить изложенную имъ ранѣе теорію дѣйствія кольпеприза. Теорія эта основывается на нижеслѣдующихъ фактахъ: 1) послѣ примѣненія кольпеприза происходятъ измѣненія въ формѣ и консистенціи

матки, нижній сегментъ ея истончается, желобъ углубляется и всѣ эти измѣненія сопровождаются настоящими схваткообразными болями; 2) увеличеніе давленія въ кольцеиринтерѣ не всегда способствуетъ управленію выворота матки, напр. въ послѣднемъ случаѣ можно было видѣть, что, послѣ образованія вышеуказанныхъ измѣненій въ нижнемъ сегментѣ матки, дальнѣйшее увеличеніе давленія, доведенное до громадной цифры 700 к. п. жидкости въ кольцеиринтерѣ, не вызвало уже дальнѣйшаго углубленія желоба, какъ это можно было бы ожидать при простомъ механическомъ дѣйствіи кольцеиринтера, между тѣмъ какъ 3) примѣненіе въ этотъ моментъ эрготина, корнутаина и электричества способствовало управленію выворота матки и при уменьшенномъ количествѣ жидкости въ кольцеиринтерѣ, сопровождалось вышеупомянутыми потугообразными схватками и 4) послѣ управленія выворота матки, въ ней имѣются морфологическія измѣненія, свойственныя маткѣ только что родившей или абортировавшей, т. е. истонченіе нижняго сегмента, который рѣзко ограничивается отъ полаго мускула. Эти измѣненія въ послѣднемъ случаѣ были чрезвычайно рѣзко выражены и между прочимъ были демонстрированы д-ру *Хсонтову*. (Ср. рис. № 3 къ статьѣ *Абуладзе*).

Всѣ эти данныя могутъ согласоваться только съ механизмомъ дѣйствія изгоняющихъ силъ при родовомъ актѣ, т. е. что кольцеиринтеръ влагалища дѣйствуетъ исключительно динамически, вызывая распаденіе матки на полый мускулъ и выходную трубку. Что же касается до возраженія д-ра *Шуверскаго*, что матка въ силу своего анатомическаго строенія можетъ распадаться на полый мускулъ и выходную трубку, если въ ея полости содержится яйцо, или полипы, которые при сокращеніяхъ матки будутъ растягивать ея нижніе отдѣлы, то противъ этого можно привести случаи родовъ при вѣзматочной беременности и другого маткѣ, гдѣ въ полости матки ничего нѣтъ, а матка все-таки можетъ и раскрыться и распадаться на два упомянутые отдѣлы; очевидно, что въ маткѣ имѣется, въ точности неизвѣстное для насъ, анатомическое строеніе ея мышечныхъ волоконъ, благодаря которому она при раздраженіи центровъ и при координированныхъ сокращеніяхъ распадается на полый мускулъ и выходную трубку.

Руководясь вышеизложенной теоріей, было достигнуто выздоровленіе въ случаѣ, который съ перваго взгляда казался безнадѣжнымъ въ смыслѣ консервативнаго лѣченія.

Относительно же возраженія *Пейлова*, недоказательности наблюденія вслѣдствіе его нечистоты и необходимости примѣненія одного электричества, чтобы случай получился вполне доказательнымъ; то, подобно тому какъ мы не можемъ вызвать искусственные преждевременные роды примѣненіемъ одного электрическаго тока, а прибѣгаемъ къ механическимъ раздражителямъ, какъ къ самымъ надежнымъ, и при леченіи выворота матки мы можемъ не получить вышеуказанныхъ измѣненій, такъ какъ не знаемъ еще ни требуемой силы тока, ни мѣста приложенія электродовъ.

9) Д-ръ В. Н. Гогоцкий сдѣлалъ сообщеніе подъ заглавіемъ «Случай посмертнаго насильственнаго родоразрѣшенія живыми двойнями».

Первороженица, 30 лѣтъ, поступила въ акушерскую клинику Университета св. Владимира, 4 Декабря 1895 года, вслѣдствіе припадковъ эклампси во время родовъ.

При поступленіи въ клинику были діагностированы: двойни, начинающіеся преждевременные роды 9 $\frac{1}{2}$ м., эклампсія во время родовъ и воспаленіе почекъ.

Припадки судорогъ въ клиникѣ не наблюдались и рожевица первое время находилась въ удовлетворительномъ состояніи; родовая дѣятельность была слабая. (Спустя два часа по поступленіи въ клинику, у больной появились явленія отека легкихъ, цианозъ и сильная одышка и общее состояніе сдѣлалось настолько опаснымъ, что пришлось прибѣгнуть къ операціи насильственнаго родоразрѣшенія.

При зѣвѣ открытомъ на 1 $\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца были сдѣланы надрѣзы краевъ зѣва ножницами подъ руководствомъ пальцевъ и на головку, стоящую въ полости таза, наложены щипцы.

Во время производства тракцій щипцами послѣдовала смерть матери, не смотря на все принятыя мѣры; ребенокъ же былъ извлеченъ въ легкой асфиксін 3 минуты спустя послѣ момента смерти матери.

Второй плодъ находился въ цѣльномъ пузырьѣ, въ поперечномъ положеніи. Былъ произведенъ искусственный разрывъ плоднаго пузыря и внутренний классическій поворотъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ; плодъ былъ извлеченъ черезъ 8 минутъ послѣ смерти матери въ легкой асфиксін и оживленъ также какъ и первый.

Случай описанный докладчикомъ есть первый въ русской литературѣ и единственный въ общемедицинской, по осложненію, въ которомъ послѣ смерти матери удалось извлечь живыми два плода.

На основаніи экспериментальной работы *Breslau* и данныхъ литературы докладчикъ приходитъ къ выводу, что плодъ можетъ пережить смерть матери максимумъ на 20 минутъ, и въ это время врачъ обязанъ, какъ можно скорѣе произвести или

операцию насильственного родоразрѣженія, или кесарское сѣченіе на мертвой съ цѣлью спасти ребенка.

Въ преніяхъ принимали участіе Э. Ф. Функе, Н. К. Нesselовъ и профессоръ П. Е. Рейнъ.

Функе и Нesselовъ предложили докладчику пѣкоторые частные вопросы, а Рейнъ замѣтилъ, что въ настоящемъ случаѣ наибольшій интересъ представляетъ фактическая сторона наблюденія, такъ какъ случай произошелъ въ клиникѣ и моментъ смерти замѣченъ нѣсколькими присутствовавшими и помогавшими при операциіи врачами вполне точно. Тотъ фактъ, что черезъ 8 минутъ послѣ смерти матери удалось получить живой плодъ, даетъ возможность смѣлѣе примѣнять оперативное пособіе въ такихъ случаяхъ съ полнымъ сознаніемъ полезности ихъ, а не руководясь только буквой закона. Въ Петербургской Академической клиникѣ, въ одномъ случаѣ эклампси, извѣстномъ оппоненту, было произведено кесарское сѣченіе тотчасъ же послѣ момента смерти матери и получились все-таки мертвые двойни. Изъ имѣющихся литературныхъ данныхъ видно что плодъ можно получить живымъ даже черезъ 20—30 минутъ послѣ смерти матери, какъ описано въ довольно достовѣрномъ случаѣ Bissel'я, но подобнаго рода случаи требуютъ все же таки еще провѣрки.

10) Профессоръ П. Е. Рейнъ, уступивъ предсѣдательское мѣсто Л. А. Малиновскому, сообщилъ случай повторнаго кесарскаго сѣченія съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода (съ демонстраціей ихъ).

Больная эта была уже предметомъ сообщенія въ прошломъ году и исторія ея болѣзни въ свое время была сообщена.

(Второй случай кесарскаго сѣченія по поводу фиброзной опухоли малаго таза, см. Проток. Ак. Об. т. VIII, в. 15-й).

Относительно дальнѣйшей судьбы больной извѣстно, что она довольно долго поправлялась послѣ первой операциіи, но спустя четыре мѣсяца послѣ нея забеременѣла вновь. Поступила въ клинику 6 Декабря 1895 г. При поступленіи было найдено, что запружающая тазъ опухоль не измѣнилась въ своей величинѣ и находилась въ области отъ 2 до 4 грудцоваго позвонка справа, истинная конъюгата опредѣлилась равной 4—5 ст. Вычисленіе показало, что роды должны наступить въ концѣ декабря. Первые родовыя схватки начались въ 2 часа дня 31 декабря, а въ 11 часовъ вечера зѣвъ былъ открытъ на два поперечныхъ пальца. Въ ночь на 1-е января 1896 г., въ 1 ч. 25 м. пополудни была произведена опе-

рація повторнаго кесарскаго сѣченія. Разрѣзь брюшной стѣнки былъ произведенъ справа отъ рубца на томъ же протяженіи, какъ и раньше, и по вскрытіи брюшной полости оказались крѣпкія сращения матки съ брюшной стѣнкой на протяженіи ладони, соответственно средней трети рубца, и сращения матки съ салникомъ. По разрушеніи части сращеній былъ произведенъ разрѣзь стѣпки матки, какъ можно выше—въ области полого мускула, и по вскрытіи матки изъ нея былъ извлеченъ младенецъ, находившійся въ ягодичномъ предлежаніи. Дѣтское мѣсто по извлеченіи плода вышито наружу по механизму Шульце и было удалено безъ затрудненій. По опорожненіи своемъ матка была извлечена наружу однимъ лѣвымъ бокомъ вслѣдствіе оставшихся неразрушенными сращеній, и при зашиваніи ея разрѣза неодинаковая толщина краевъ раны потребовала однимъ швомъ больше, чѣмъ въ 1-й разъ. Было наложено 8 глубокихъ и 5 поверхностныхъ швовъ.

Продолжительность операціи равнялась 37 минутамъ.

Извлеченный ребенокъ, мальчикъ правильно развитой, вѣсилъ 3350 грм., имѣя длину 51 ст. и окружность головки равную 34 ст. Послѣоперационный періодъ протекъ лихорадочно, съ однократнымъ повышеніемъ t^0 до 39, 9, вслѣдствіе задержки отдѣленій на 9-й день. Причиной задержки отдѣленій могли служить, какъ запруживаніе тазового канала опухолью, такъ и фиксация матки сращениями оставшимися отъ первой операціи. Рана зажила первымъ натяженіемъ на всемъ своемъ протяженіи, и большая выписалась здоровой на 21 день послѣ операціи. Въ настоящее время матка приращена къ передней брюшной стѣнкѣ на уровнѣ пупка, влагалищная часть матки достигается съ трудомъ; въ правомъ сводѣ опредѣляется незначительное напряженіе. Общее состояніе здоровья вполне удовлетворительно, ребенокъ здоровъ. Въ заключеніе докладчикъ привелъ статистическія данныя по поводу кесарскаго сѣченія. По статистикѣ д-ра Михайлова въ Россіи на 238127 родовъ произведено кесарскихъ сѣченій 42, изъ нихъ до 1881 года произведено 8, всѣ со смертельнымъ исходомъ, и съ 1881 по 1895 г. 30 со смертностью 33 $\frac{0}{100}$. Крассовскій въ своемъ руководствѣ 1889 г. сообщаетъ, что въ Россіи всѣ извѣстные

ему случаи кесарских сѣченій окончились смертью матерей, кромѣ случаевъ *Зоммера и Роде* въ Ригѣ и *Глицинскаго* въ Варшавѣ, [которые были произведены съ благопріятнымъ исходомъ для матерей, а съ 1889 г. у того же Крассовскаго на 7, и у докладчика на 6 случаевъ было по 1 смертельному исходу; это улучшение исходовъ кесарскихъ сѣченій даетъ право болѣе смѣло примѣнять его и ограничить показанія для операций, уменьшающихъ размѣры плода и для операций искусственнаго выкидыша.

Что же касается до повторныхъ кесарскихъ сѣченій то 5 разъ оно было произведено на 1-ой больной (больная *Ritgen* случай *Birnbaum'a*), 4 раза на 4-хъ больныхъ (*Adametz*, случай *Michaelis'a*, *Fischer* случай *Oetler'a*, 1 случай изъ французской литературы и 1 случай *Schultze* въ Іенѣ), на шести больныхъ по 3 раза, и 2 раза болѣе чѣмъ на 15 больныхъ. Въ Россіи есть три случая повторныхъ кесарскихъ сѣченій, случаи *Зоммера и Роде* въ 1796 и 1810 году, случай *Крассовскаго* 1886 и 1891 года и случай докладчика 1894 и 1896 г. Почти всѣ случаи повторныхъ кесарскихъ сѣченій относятся къ доантисептической эпохи, съ примѣненіемъ же антисептики классическое кесарское сѣченіе повидимому уступило мѣсто такъ называемой операци *Porro* и повторныхъ кесарскихъ сѣченій сдѣлалось меньше (*Löhlein*).

Докладчикъ въ 1876 г., работая одновременно съ проф. *Porro* и независимо отъ него надъ операцией вырѣзыванія беременной матки во время родовъ, въ доказательство преимуществъ ея ставилъ невозможность повторной беременности. Въ настоящее время наоборотъ, благодаря успѣхамъ хирургіи, должно быть отдано предпочтеніе консервативному кесарскому сѣченію, именно въ виду возможности послѣдующаго зачатія и возможности повторной операции.

Въ заключеніе докладчикъ пожелалъ знать мнѣніе членовъ Общества, въ случаяхъ, подобныхъ описанному, предпочтительно ли дѣлать консервативное кесарское сѣченіе, или прибѣгать къ вырѣзыванію беременной матки, или другой операци предупреждающей зачатіе, какъ то перевязкѣ фаллопиевыхъ трубъ, резекціи ихъ, и. т. д.?

Въ преніяхъ принимали участіе: Э. Ф. Функе, Н. К.

Несловъ, Д. А. Абуладзе, М. А. Воскресенский и Бьялевъ (гость).

Функе предложил докладчику вопросъ относительно мѣста прикрѣпленія послѣда, былъ ли онъ прикрѣпленъ на томъ же самомъ мѣстѣ, какъ и въ первомъ случаѣ, или нѣтъ, и относительно способа отдѣленія его въ первомъ случаѣ?

Рейнъ отвѣтилъ, что послѣдъ былъ прикрѣпленъ на другомъ мѣстѣ.

Несловъ считаетъ, что слѣдовало бы раньше отдѣлить сращения, а затѣмъ уже зашивать рану матки, тогда не было бы несоответствія въ толщинѣ краевъ раны. Относительно же вопроса, что должно быть предпочтено, консервативное кесарское сѣченіе, или такъ называемая операція *Porro*, то оппонентъ полагаетъ, что рѣшеніе этого вопроса должно быть поставлено въ зависимости отъ желанія больной имѣть дѣтей въ будущемъ, или нѣтъ.

Абуладзе склоняется къ тому мнѣнію, что консервативному кесарскому сѣченію должно быть отдано предпочтеніе передъ полнымъ вырѣзываніемъ матки, какъ операціи менѣе опасной.

Воскресенский при относительномъ показаніи къ кесарскому сѣченію считаетъ показаннымъ консервативное кесарское сѣченіе, при абсолютномъ, или полномъ вырѣзываніи матки, или перевязку трубъ. Относительно техники операціи оппонентъ высказалъ мнѣніе, что разрывъ слѣдовало бы вести въ рубцѣ и зашивание раны произвести послѣ резекціи рубца, тогда края раны получились бы болѣе ровные. Зашиваніе брюшной раны оппонентъ производитъ трехъ-этажнымъ швомъ и этотъ способъ по его мнѣнію наилучшій въ смыслѣ предохраненія отъ расхожденія рубца и образованія воослѣдствіи грыжи.

Бьялевъ (гость) согласился съ мнѣніемъ *Неслова*, что вопросъ относительно повторной беремености слѣдуетъ ставить въ зависимость отъ желанія женщины, имѣть дѣтей въ будущемъ или нѣтъ.

Рейнъ отвѣтилъ на возраженіе *Воскресенскаго* тѣмъ, что въ данномъ сообщеніи онъ говоритъ только относительно случаевъ абсолютнаго показанія къ кесарскому сѣченію, и вопросъ относительно выбора между консервативнымъ кесарскимъ сѣченіемъ и операціей вырѣзыванія матки и другими, предупреждающими послѣдующее зачатіе ставитъ только при этомъ условіи (т. е. абсолютномъ показаніи). Что же касается до резекціи рубца беременной матки, то таковая, не давая большихъ преимуществъ могла представить лишь осложненіе операціи. *Неслову* и *Бьялеву* докладчикъ возразилъ, что въ выборѣ пособій слѣдуетъ руководиться не желаніями больныхъ, а строго выработанными научными принципами, тѣмъ болѣе что желанія больныхъ могутъ измѣниться съ теченіемъ времени.

Л. А. Маминовский, заключая пренія выразилъ, докладчику благодарность за демонстрацію и сообщеніе интереснаго случая.

Прочія сообщенія отложены за позднимъ временемъ.

Административное засѣданіе.

Предложены въ действительные члены Общества д-ра *Жуковский* (*Абуладзе*, *Унтиловымъ* и *Писемскимъ*), *Н. Ф. Кузнецовъ* (*Унтиловымъ*, *Звинятскимъ* и *Писемскимъ*) и *В. О. Дацковъ* (*Писемскимъ*, *Рейномъ* и *Несловымъ*). Постановили: баллотировать въ слѣдующемъ засѣданіи.

Предсѣдательствующій **Л. Малиновскій.**

Секретарь **А. Редлихъ.**

Протоколы

ЗАСѢДАНІЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ

№ 82.

13 марта 1896 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. А. Малиновскій.

Присутствовали: Д. А. Абулалзе, Д. А. Воробьевъ, М. О. Вознесенскій, Ю. А. Гижикій, Н. С. Гржибовскій, В. П. Жемчужниковъ, П. М. Звизятскій, К. К. Кеслеръ, Г. Г. Ленинскій, Н. П. Марьяничъ, П. Т. Нейштубе, С. В. Петриковскій, Г. Ф. Писемскій, Н. Н. Подрѣзанъ, А. А. Редкихъ, С. А. Тулубъ, Н. В. Уятиловъ, А. П. Яхонтовъ и 55 гостей.

1) Прочитанъ и утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

2) Библиотечкарь сообщено о полученіи на имя Общества слѣдующихъ книгъ и изданій:

Журналъ Общества Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова № 3, 1895 г.—*Параминъ*. Наслѣдственность и гигиена брака.—*Журналъ „Акушерка“*. № 3, 1896 г.

3) Д-ръ С. Д. Янтольскій (гость) прочелъ главу (переводъ) изъ сочиненія Сорана Эфесскаго «О женскихъ болѣзняхъ». Соранъ происходитъ изъ г. Эфеса въ Малой Азій. Получивъ первоначальное медицинское образованіе на своей родинѣ, онъ работалъ для дальнѣйшаго усовершенствованія въ Александріи. Побывавъ затѣмъ въ другихъ городахъ, бывшихъ въ то время центрами образованія, Соранъ поселился въ Римѣ, гдѣ и занялся медицинской практикой. Время его дѣятельности здѣсь совпадаетъ съ царствованіемъ Императоровъ Траяна и Адриана

(конецъ I и начало II вѣка по Р. Х.). Въ Римѣ Соранъ приобрѣлъ величайшую славу, какъ ученаго медика, такъ и врача практика. Онъ оставилъ сочиненія по терапевтикѣ, хирургіи, общей патологіи, фармакологіи, исторіи медицины и др. и былъ лучшимъ для своего времени знатокомъ анатоміи, занимаясь изученіемъ ея на человѣческихъ трупахъ. Его познанія въ анатоміи женскихъ половыхъ органовъ далеко оставляютъ за собою познанія его предшественниковъ и даже превосходятъ нѣкоторыхъ послѣдующихъ авторовъ въ томъ числѣ и Галена. Въ прочитанной главѣ («Какова природа матки и женскихъ половыхъ органовъ»), объяснивъ значеніе названій матки («матра, гистеры, дельфусъ»), С. подробно останавливается (§ 7) на топографическомъ положеніи матки, описывая ея отношенія къ мочевому пузырю у дѣвочекъ, женщинъ рожавшихъ и нерожавшихъ и во время беременности. Въ § 8 описываются связки матки, ихъ измѣненія: сморщиванія подъ вліяніемъ воспаленія и растяженія. Въ маткѣ (§ 10) С. различаетъ зѣвъ (orificium), шейку (collum) и затылокъ (cervix), и совокупность этихъ частей—рукоятку (kaula, современное cervix); далѣе онъ описываетъ плечи (umeri), бока (latera), дно (fundus современное corpus (?) uteri). Часть лежащая внутри матки подъ дномъ—основаніе (basis), полость (cavum), брюшко (venter) и каналъ (sinus). У взрослыхъ женщинъ зѣвъ матки отстоитъ отъ наружныхъ частей пальцевъ на 5—6 и раскрывается во время родовъ, при половомъ возбужденіи, послѣ зачатія и во время менструаціи. Матка (§ 11) состоитъ изъ нервовъ, венъ, артерій и мяса. Нервы берутъ начало отъ оболочекъ спинного мозга, артеріи (двѣ) и вены (двѣ) отъ прилежащихъ по позвоночному столбу полой вены и толстой артерій. Яичники получаютъ по одной вѣтѣ и одной артеріи. Придатки матки расположены по одному съ каждой стороны и покрыты собственной оболочкой. «Сѣмянные проходы» идутъ отъ обоихъ яичниковъ къ маткѣ. Яичники могутъ входить въ составъ паховыхъ грыжъ. Матка (§ 13) состоитъ изъ двухъ оболочекъ: наружная болѣе богата нервами, глаже, тверже и бѣлѣе и внутренняя—мясистѣе, мягче, краснѣе и изобилуетъ кровеносными сосудами. Матка (§ 15) не безусловно необходима для жизни, она не только выпадаетъ, но можетъ быть даже вырѣзываема. У матки есть

природная связь съ грудными железами. Съ измѣненіями ея въ періодѣ зрѣлости, беременности, менструаціи, въ пожиломъ возрастѣ и при смерти зародыша наступаютъ соответственные измѣненія и въ железахъ.

Чтеніе было поясняемо рисунками и примѣчаніями переводчика.

Проф. Малиновскій выразилъ удивленіе глубокой наблюдательности старыхъ авторовъ, а въ частности Сорана и его свѣдѣніямъ въ области топографической и описательной анатоміи женскихъ половыхъ органовъ. Интересный докладъ д-ра *Янпольскаго* еще разъ подтверждаетъ ту мысль, нерѣдко забываемую современными авторами, что при изученіи медицинскихъ вопросовъ всегда слѣдуетъ начинать съ изученія старыхъ авторовъ, у которыхъ нерѣдко можно найти весьма важныя и существенныя данныя.

4) *Д-ръ Ю. А. Гижинскій* сообщилъ случай уремии послѣ родовъ.

Пятаго Декабря 1895 г. докладчикъ былъ приглашенъ изъ клиники къ больной родильницѣ, два дня тому назадъ разрѣшившейся преждевременно живымъ плодомъ.

Изъ разспросовъ оказалось, что за мѣсяць до родовъ наблюдались отеки конечностей, лица и сильныя головныя боли; беременность была первая. Послѣ родовъ головныя боли не уменьшились и больная въ тотъ же день впала въ сонливое состояніе и потеряла зрѣніе. На другой день состояніе ея здоровья еще болѣе ухудшилось и заставило прибѣгнуть къ врачебной помощи. Докладчикъ нашелъ большую въ полубессознательномъ состояніи, лицо и конечности отечны, t^0 —37,8. Со стороны матки выражены явленія воспаленія слизистой ея оболочки. Въ мочѣ: бѣлокъ—8⁰/100; въ осадкѣ мочи цилиндры—зернистые, галииновые, почечный эпителий, кровяные шарики и мочевиновые соли. По изслѣдованію специалистовъ со стороны зрѣнія: атангосіс уремического центрального происхожденія; со стороны нервной системы: легкое ступорозное состояніе, упадокъ вниманія, ослабленіе памяти и амнестическая афазія. Лѣченіе: слабительныя, спринзы, промываніе влагалища 2⁰/10 растворомъ карболовой кислоты, молочная діета и ледъ на животъ. Сознаніе и зрѣніе появились на 6 день, встала съ постели на 17-й. Черезъ 5 недѣль ухудшеніе, ради чего больная была отпавлена въ Александровскую больницу на излеченіе.

Спусти мѣсяць, она выписалась изъ больницы съ небольшимъ количествомъ ($1/4^0/00$) бѣлка и цилиндровъ (гליановыхъ) въ мочѣ. Полагая, что въ данномъ случаѣ имѣлась тяжелая форма воспаления почекъ (nephritis), а не «почка беременныхъ», докладчикъ обращаетъ вниманіе на отсутствіе судорогъ, обстоятельство, имѣющее отношеніе къ теоріи эклампси. Для появленія экламптическихъ судорогъ, видимо, недостаточно одного отравленія организма продуктами обмена веществъ; а необходимо присутствіе еще какого-то фактора, который собственно и способствуетъ появленію экламптическихъ припадковъ.

Въ преніяхъ приняли участіе д-ра *Редлихъ*, *Писемскій*, *Вознесенскій*, *Швоеръ-Летецкій* (гость) и проф. *Малиновскій*.

Редлихъ сказалъ, что при страданіяхъ почекъ изъ опасенія интоксикаціи слѣдуетъ избѣгать промываній влагалища, а въ особенности матки сильными дезинфицирующими веществами, какъ напр., карболовая кислота. Точно также слѣдуетъ быть осторожнымъ и при назначеніи препаратовъ спорыньи въ виду имѣющихся часто въ этихъ случаяхъ измѣненій нервно мышечнаго аппарата сердца.

Писемскій. Теченіе болѣзни говоритъ скорѣе за то, что въ данномъ случаѣ была именно «почка беременныхъ», а не воспаление почекъ (nephritis). Въ исторіи болѣзни нѣтъ никакихъ указаній на то, что было страданіе почекъ еще до беременности и съ другой стороны появленіе разстройствъ дѣятельности почекъ только къ концу беременности, и быстрое улучшение болѣзни говоритъ въ пользу почки беременныхъ. Присутствіе же крови въ мочѣ, отмѣчаемое докладчикомъ, какъ признакъ нефрита, встрѣчается и при почкѣ беременныхъ (Leyden). вмѣстѣ съ тѣмъ нѣтъ никакой причины считать слѣбугу за первый признакъ уреміи, появившейся только послѣ родовъ: гораздо вѣроятнѣе появленіе уреміи слѣдуетъ отнести къ концу беременности, когда появились головныя боли.

Вознесенскій, въ виду отсутствія измѣненій въ сердцѣ, считаетъ, что въ данномъ случаѣ скорѣе была почка беременныхъ.

Швоеръ-Летецкій замѣтилъ что если бы было сдѣлано количественное изслѣдованіе мочи на мочевины, то по уменьшонному количеству послѣдней можно было бы судить о характерѣ измѣненій въ почкахъ.

Проф. *Малиновскій* высказался также противъ нефрита.

5) Д-ръ *Г. Г. Левицкій* прочелъ свой и д-ра *В. Н. Гогоцкаго* докладъ подъ заглавіемъ «*Оваріотомія черезъ прямую кишку во время родовъ*».

Еврейка 3., 24 л., правильно менструируетъ съ 13 л., беременна была въ 3 разъ. Первая двѣ беременности окончи-

лись выкидышемъ на 2 мѣсяцѣ. Въ январѣ 1895 г., на клинической амбулаторіи, rozpoзнана дермоидная киста праваго яичника величиною въ кулакъ, расположенная въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ. Послѣдніе регулы 12 мая 1895 г. На IV мѣсяцѣ беременности поступила въ клинику для овариотоміи во время беременности, но была выписана безъ операціи вслѣдствіе настойчиваго желанія больной доносить плодъ до срока и въ расчетѣ на то, что небольшая опухоль по мѣрѣ роста матки можетъ выйти изъ полости малаго таза. Второго февраля 1895 г. больная поступила въ клинику въ родахъ. Тазъ: D. Sp.—24,5; D. Cr.—28,0; D. Tr.—34,0; Conj. ext.—20,0. Положеніе плода продольное; опухоль совершенно неподвижна и помѣщается въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ; внутри опухоли справа мыса прощупывается небольшое костное образованіе подтвердившее діагнозъ дермоида. Родовая дѣятельность слаба. Продолжительность перваго періода родовъ 170 часовъ. Къ концу этого періода головка опустилась большимъ сегментомъ въ полость таза. Воды отошли на 3-й день, при зѣвѣ открытомъ на 2¹/₂ поперечныхъ пальца. Къ этому времени развился *colpitis sub partu*; t⁰—38,0; P.—120; седьмого февраля 1895 г., т. е. на 5 день родовъ, въ 7 часовъ вечера, при вполне раскрытомъ зѣвѣ, на головку, стоящую большимъ сегментомъ въ полости таза, наложены щипцы. Опухоль при влеченіи щипцами сплюснулась и опредѣлилась въ видѣ валика, окаймляющаго головку сзади. Многократными тракціями головка низведена къ выходу таза и стала показываться въ половой щели; въ это то время было замѣчено выпячиваніе опухоли черезъ раскрытое заднепроходное отверстіе; вслѣдъ за этимъ стѣнка кишки надъ выпятившимся сегментомъ опухоли разорвалась.

Въ виду этого влеченіе щипцами прекращено. Черезъ разрывъ кишки стѣнка кисты проколота троакаромъ; содержимое дермоида выдавливалось съ трудомъ; въ виду этого отверстіе прокола расширено и тогда только опухоль была опорожнена. Послѣ опорожнения опухоли плодъ былъ извлеченъ безъ затрудненій, но уже мертвымъ. Въ послѣдовомъ періодѣ—сильное атоническое кровотеченіе, которое едва удалось остановить и послѣ удаленія дѣтскаго мѣста. Затѣмъ, послѣ перевязки ножки

кисты, опухоль была удалена, и разрывъ кишки зашитъ 14 узловатыми швами. Киста состояла изъ двухъ отдѣловъ и содержала салоподобную жидкость и костное образованіе. Послѣ операціи больная умерла спустя 33 часа при явленіяхъ малокровія и воспаленія брюшины. Температура скорѣ поднялась до $38,5^{\circ}$ Ц., а затѣмъ упала до $35,8^{\circ}$ Ц. Вѣсъ плода 4350 грм., длина 52,0; окружность головки 38,0. На вскрытіи обнаружено: острый фибринозно-гнойный перитонитъ въ тазу, и рѣзкое малокровіе. По мнѣнію авторовъ доклада смерть произошла отъ анеміи при ограниченномъ септическомъ перитонитѣ. Приведя соотвѣтственную казуистику изъ литературы (3 случая), докладчики сдѣлали заключеніе, что оваріотомію черезъ прямую кишку не слѣдуетъ считать оперативнымъ методомъ, имѣющимъ право гражданства, а смотрѣть на нее нужно какъ на операцію *e necessitate*.

Въ преніяхъ приняли участіе д-ра *Редлихъ, Шуварскій, Писемскій, Абуладзе, Янгольскій, Вознесенскій, Тулубъ* и проф. *Малюковскій*.

Редлихъ замѣтилъ слѣдующее: 1) такъ какъ не было сдѣлано внутреннее измѣреніе таза и не былъ измѣренъ плодъ по *Ahlfeld's* то едвали въ данномъ случаѣ возможно было высказывать мнѣніе, что тазъ обширный и ставить такимъ образомъ благоприятный прогнозъ для родовъ, т. е. что головка можетъ пройти мимо опухоли, а потому; 2) слѣдовало бы при началѣ родовъ попытаться вправить опухоль вверхъ изъ полости таза подъ хлороформнымъ наркозомъ; и это вполне могло имѣть мѣсто, такъ какъ при вскрытіи оказалось, что опухоль была безъ сращеній и имѣла длинную ножку. Вываженіе опухоли было бы во всякомъ случаѣ менѣе рискованнымъ вмѣшательствомъ въ смыслѣ возможности нанесенія травмы, благодаря присутствію въ опухоли острыхъ костныхъ образований, чѣмъ наложеніе щипцовъ; 3) простой узловатый шовъ, одностажный едвали можно считать умѣстнымъ для накладыванія на кишку; 4) причиной смерти ближе всего слѣдуетъ считать септическое зараженіе, при чемъ зараженіе могло произойти или со стороны влагалища, въ которомъ до операціи былъ уже опредѣленъ *colpitis*, съ повышеніемъ температуры, или же инфицирующіе микробы могли проникнуть изъ кишки, которая не была подготовлена переходъ операціей. 5) Положеніе опухоли дермоида въ заднемъ сводѣ говоритъ противъ признака *Küstner's*, который считаетъ его патогно-монистическимъ. Дермоидъ здѣсь опредѣлялся въ заднемъ сводѣ еще въ то время, когда больная была не беременна.

Левинскій отвѣтилъ, что не было сдѣлано попытокъ вправить опухоль потому, что послѣдняя казалась совершенно неподвижной.

Шуварский, Писемский и проф. *Малиновский* предложили нѣкоторые вопросы съ цѣлью выяснитъ механизмъ разрыва кишки кнухолью.

Левицкий сказалъ, что при наложении щипцовъ головка съ опухолью падалась въ полости малаго таза. При влеченіи головки опухоль выпятила переднюю стѣнку прямой кишки настолько сильно, что подѣ паноромъ ея стѣнка разорвалась.

Шуварский. Въ то время когда послѣдовалъ разрывъ стѣнки кишки головка показывалась уже въ половой щели. Какимъ образомъ разрывъ кишки, какъ оказалось, произошелъ на 10 сант. выше отъ заднепроходнаго отверстія? Не способствовала ли разрыву косточка, бывшая въ полости кисты?

Абуладзе. Въ разрывѣ кишки первымъ показался именно тотъ отдѣлъ опухоли, въ которомъ находилась косточка. Что же касается внутреннихъ размѣровъ таза, о которыхъ говорилъ д-ръ *Редмигъ*, то размѣры диагональной конъюгаты предполагались не менѣе нормальныхъ, такъ какъ при измѣреніи ея мѣстъ не достигался.

По мнѣнію д-ра *Янгольскаго* разрыву могли способствовать измѣненія въ стѣнкѣ кишки, наступившія вслѣдствіе давленія во время продолжительныхъ родовъ.

Вознесенскій сказалъ, что слѣдовало бы опорожнить кисту разрывомъ черезъ влагалище.

Левицкий замѣтилъ, что едвали бы это удалось при такомъ густомъ содержимомъ опухоли.

6) Д-ръ *В. Лозинскій* показалъ *женщину* съ *добавочнымъ (З-мъ) соскомъ*. *Василиса З.*, 35 л.; происходитъ изъ семьи вполне здоровой. Уродовъ, кретиновъ и психопатовъ въ семействѣ и между родными не было. Беременна 8 разъ. Послѣдніе роды въ акушерской клиникѣ. Въ строеніи туловища и конечностей особенностей не замѣчается. Въ строеніи лица и головы можно отмѣтить нѣсколько признаковъ вырожденія: ушные сережки приращены, лобъ узокъ, твердое нѣбо стоитъ высоко; прогнатизмъ рѣзко выраженъ. Грудныя железы развиты хорошо, равной величины, виселы, дольки прощупываются ясно. На правой одинъ хорошо развитой сосокъ, на лѣвой—два, причемъ одинъ, правильно развитой, расположенъ на обычномъ мѣстѣ, другой находится на 1 сант. кверху отъ нижняго края железы и на 2 сант. кнутри отъ сосковой линіи. Онъ гораздо меньшихъ размѣровъ (въ горошину) и вообще имѣетъ видъ недоразвитого. Форма добавочнаго соска цилиндро-коническая, пигментация перѣзкая. Монгомеровы тѣльца выражены не ясно. Разстояніе между нормальнымъ и добавочнымъ соскомъ—6 сант.

Молоко выдавливается изъ добавочнаго соска хорошо, хотя въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ изъ остальныхъ. Изъ всѣхъ трехъ сосковъ отдѣленіе молока наступило одновременно.

7) Д-ръ *А. М. Орловскій* за позднимъ временемъ ограничился только демонстраціей, отложивъ сообщеніе свое до слѣдующаго засѣданія. Демонстрировалъ два микроскопическіе препарата: 1) *триперный гной*, въ которомъ были ясно видны *гонококки* въ клѣткахъ и 2) *чистая культура гонококковъ*. Изъ макроскопическихъ препаратовъ—2 пластинчатыя культуры трипернаго гноя и нѣсколько пробирокъ съ чистыми культурами гонококковъ. Питательной средой служила смѣсь 2 част. *М. II. А.* 2⁰/₀+1 часть содержимаго кисты яичника; при чемъ послѣдняя бралась или профильтрованная черезъ свѣчу *Pasteur—Chamberland*, или не фильтрованная, полученная стерильною при операци, что контролировалась въ термостатѣ. Кромѣ того, въ одной пробиркѣ ростъ гонококковъ получился непосредственно только на одной кистовой жидкости, свернутой при t° 72° Ц.

Административное засѣданіе.

Предсѣдательствовалъ прибывшій въ засѣданіе *проф. Рейнз*. Прочитаны *curricula vitae* предложенныхъ въ дѣйствительные члены Общества д-ровъ *Даикова* и *Кузнецова*.

Даиковъ, Василій Осиповичъ, родился въ 1857 году, обучался въ Кіевской I гимназій, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1875 году. По окончаніи гимназій, поступилъ на медицинскій факультетъ Университета св. Владиміра и окончилъ курсъ въ 1886 году со степенью лекаря съ отличіемъ. Тѣчасъ по окончаніи университета (казенный стипендіатъ) былъ командированъ Министромъ Внутреннихъ Дѣлъ въ Могилевскій уѣздъ Подольской губ. вращемъ санитарнаго отряда для борьбы съ эпидеміей дифтерита. Въ 1891 году Медицинскимъ Факультетомъ Университета св. Владиміра назначенъ былъ помощникомъ прозектора по кафедрѣ нормальной анатоміи но, хотя былъ утвержденъ Попечителемъ Округа, не занявъ этой должности въ виду несогласія Министра Внутреннихъ Дѣлъ на переходъ его, какъ казеннаго стипендіата, въ Министерство Народнаго Про-

свѣщенія. Вмѣсто этого Медицинскимъ Департаментомъ былъ назначенъ на должность сельскаго врача въ г. Оршу Могилевской губ. Въ томъ же 1891 году въ октябрѣ мѣсяцѣ назначенъ былъ уѣзднымъ врачомъ въ гор. Сѣнно Могил. губ. Въ 1892 году перешелъ въ г. Наровчатъ Пензенской губ. на должность городского и земскаго врача и здѣсь вначалѣ заведывалъ женскимъ отдѣленіемъ городской и уѣздной земской больницы (30 кроватей съ гинекологическимъ и родильнымъ отдѣленіями). Въ Мартѣ 1894 года назначенъ былъ старшимъ врачомъ той же больницы (100 кроватей). Въ апрѣлѣ 1895 года перешелъ на Ю. З. Ж. Д. участковымъ врачомъ, каковымъ состоитъ и понынѣ.

Кузнецовъ, Николай Федоровичъ, окончилъ гимназію въ Владивостокѣ, а университетскій курсъ въ 1894 году въ Кіевѣ. Въ настоящее время служить земскимъ врачомъ въ Хорольскомъ уѣздѣ Полтавской губ. въ м. Остальѣ.

По произведенной баллотировкѣ д-ра *Давковъ* и *Кузнецовъ* избраны въ *дѣйствительные члены* Общества большинствомъ голосовъ.

Предсѣдатель Г. Рейнъ.

Секретарь Г. Писемскій.

Протоколы

ЗАСѢДАНІЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ.

№ 83.

25-го апрѣля 1896 г.

Предсѣдательствовалъ въ началѣ засѣданія проф. Г. Е. Рейнъ, а затѣмъ проф. Д. О. Оттъ.

Присутствовали: Д. А. Абуладзе, М. Ф. Вознесенскій, Д. А. Воробьевъ, М. А. Воскресенскій, Е. Г. Гуринъ, Ю. А. Гижицкій, П. П. Дьяконенко, В. П. Жемчужниковъ, Д. А. Карра, К. К. Кеплеръ, П. Ю. Кроль, Г. Г. Левицкій, Л. А. Малиновскій, Н. П. Марьянчикъ, Н. К. Несловъ, Н. Т. Нейштубе, В. П. Образцовъ, А. Д. Павловскій, Г. Ф. Цисемскій, Н. Н. Подрѣзаль, А. А. Редлихъ, Ф. А. Савинъ, С. А. Тулубъ, Н. В. Увтинъ, Н. В. Шуварскій, А. П. Яхонтовъ, Э. Ф. Функе и 150 гостей, въ числѣ которыхъ присутствовали многіе члены VI Сѣзда Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

1) При открытіи засѣданія предсѣдатель отъ имени Общества выразилъ привѣтствіе собравшимся членамъ сѣзда врачей, почтившихъ засѣданіе своимъ присутствіемъ и пригласилъ ихъ принять участіе въ обсужденіи подлежащихъ разсмотрѣнію въ засѣданіи вопросовъ.

2) Прочиталъ и, по исправленіи, утвердиль протоколъ предыдущаго засѣданія.

3) Доложено о полученныхъ на имя Общества книгахъ и изданіяхъ:

Отчетъ Кіевской Городской Исполнительной санитарной Коммисіи за 1895 г. *Протоколы* Засѣданій Общества врачей г. Вятки № № 2—6. 1896 года. *Труды* Физико-Медиц. Общ. при Московскомъ Унив. 1895 г. № 4. *Протоколы* Тамбовскаго Мед.

Общ. 1896 г. № 1—7. *Протоколы* Засѣданій Общ. врачей Могилевской губ. за второе полугодіе 1892 и за 1893 г. *Протоколы* Общ. Херсонскихъ врачей 1894½ г. *Протоколы* Юбилейнаго засѣданія Общ. Херсонскихъ врачей въ день празднованія 25-ти лѣтій. *Программа* Сельскохозяйственной и промышленной выставки въ Кіевѣ 1897 г. *Журналъ* „Акушерка“ 1896 г., книжка IV. *Змѣсь*. Русскіе врачебники. 1896 г. *Ею-же*. Чтенія по врачебной исторіи Россіи 1896 г. *Marjantschik*. Ein Fall von Laparotomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis. *Redlich*. Ueber ein lustrum poliklinischer Geburtshülfe.

4) Д-ръ С. Г. *Шалита* показалъ болѣную *послѣ* *чревосѣченія* *при* *внѣматочной* *беременности*.

Исторія болѣзни этой болѣной слѣдующая. Въ хирургическое отдѣленіе Кіевской Еврейской больницы поступила болѣная, 28 л., въ очень тяжкомъ состояніи: общій упадокъ силъ, $t^0=38,5-39^0$ —Ц., Р.—120, едва отвѣчаетъ на вопросы. Изъ разспросовъ частью до операціи, а главнымъ образомъ послѣ нея выяснилось: замужемъ 6 лѣтъ, была беременна 4 раза, всѣ беременности прерывались раньше срока. Послѣ родовъ болѣная. Послѣдніе регулы 9 мѣсяцевъ тому назадъ, и съ тѣхъ поръ все время болѣная чувствовала довольно сильныя схваткообразныя боли въ животѣ. На 5 мѣсяцѣ болѣзни послѣ сильныхъ болей появилось обморочное состояніе. Чувствовала движеніе плода. Черезъ 9 мѣсяцевъ, въ началѣ февраля 1896 г., почувствовала опять сильныя боли въ животѣ, вслѣдъ за которыми появился коллапсъ. Движеніе плода прекратилось. Общая слабость, исхуданіе, горячка. Черезъ мѣсяцъ поступила въ больницу, гдѣ найдено: въ брюшной полости эластическая болѣзненная опухоль, доходящая до реберныхъ краевъ, съ ясною флюктуацией и плоскомъ, опухоль прощупывалась и черезъ влагалищные своды. Вслѣдствіе неполноты собранныхъ анамнестическихъ данныхъ, діагнозъ внѣматочной беременности передъ операціей не былъ поставленъ. Во время операціи 3 февраля 1896 г., плодный мѣшокъ оказался сращеннымъ съ передней стѣнкой живота; въ его полости большое количество конючей кровянисто-гнойной жидкости и свободныя газы. Длина плода 30 сантим., вѣсъ 5 фунтовъ. Дѣтское мѣсто удалено рукою, при умѣренномъ кровотеченіи. Мѣшокъ влить въ брюшную рану и затампировать. Болѣная выздоровѣла.

По мнѣнію докладчика въ данномъ случаѣ была трубная беременность, перешедшая въ «трубный абортъ». Коснувшись статистики, распознаванія, оперативныхъ пособій и исходовъ этого страданія и, приведя относящіеся сюда литературныя данныя, онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) самый правильный способъ леченія внѣматочной беременности во всѣхъ ея видахъ—чревосѣченіе. 2) Дреннировать плодный мѣшокъ, особенно съ готовою уже инфицированную поверхность.

надо считать лишнимъ и даже рискованнымъ моментомъ операции. 3) Надо заботиться о достаточномъ размѣрѣ наружнаго разрѣза, о тщательномъ обшиваніи его стѣнками плодного мѣшка на всемъ протяженіи раны, а затѣмъ плотно набивать всю полость всасывающимъ тампономъ.

Въ преніяхъ приняли участіе проф. *Замининъ*, (Петербургъ), д-ръ *Мандельштамъ* (Одесса), проф. *Д. О. Оттъ*, (Петербургъ), проф. *Рейнъ*, ч. пр. *Муратовъ* (Москва).

Проф. *Замининъ*. Докладчикъ, говоря о значеніи диагностическихъ приемовъ при инфматочной беременности указалъ на то, что въ случаяхъ, гдѣ при выскабливаніи матки съ диагностическою цѣлью находимы были децидуальные клѣтки, иногда оказывался haematosalpinx. Это не умаляетъ значенія выскабливанія, такъ какъ haematosalpinx есть также инфматочная беременность въ ранней стадіи. Д-ръ *Мандельштамъ* по поводу мнѣнія *Martin'a*, приведеннаго докладчикомъ, замѣтилъ, что *Martin* говоритъ о диагностическомъ значеніи децидуальной ткани (вообще) in toto, а не только о присутствіи децидуальныхъ клѣтокъ, нахождение которыхъ недостаточно для распознаванія инфматочной беременности, такъ какъ онѣ встрѣчаются и при воспаленіяхъ слизистой матки.

Проф. *Оттъ* сказалъ: 1) Мнѣніе докладчика относительно возможности существованія первичной брюшной беременности фантастично, такъ какъ въ настоящее время почти никто не признаетъ этого вида эктопической беременности. По мнѣнію профессора описанные въ литературѣ случаи первичной брюшной инфматочной беременности по своей доказательности не безупречны. Въ описанномъ случаѣ была межсвязочная беременность и докладчикъ работалъ экстраперитонеально. 2) Для распознаванія инфматочной беременности слѣдуетъ пользоваться диагностическимъ значеніемъ децидуальныхъ клѣтокъ. Существуетъ мнѣніе, что присутствіе этихъ клѣтокъ не доказательно, что операция выскабливанія въ этихъ случаяхъ сама по себѣ представляетъ опасность. Это обстоятельство заставило проф. *Отта* отнестись съ большимъ вниманіемъ къ данному вопросу, при чемъ тщательныя и многократныя изслѣдованія показали, что осторожное выскабливаніе матки при инфматочной беременности никакого вреда принести не можетъ. Случаи, гдѣ при инфматочной беременности не было найдено децидуальныхъ клѣтокъ, вопроса не рѣшаютъ. Клѣтка и всякая ткань могутъ исчезнуть. Только сплошныя срѣзы децидуальной ткани говорятъ о беременномъ состояніи.

Проф. *Рейнъ* относительно вида беременности присоединяется къ мнѣнію проф. *Отта*. Судя по толщинѣ шейки, весьма вѣроятно, что здѣсь имѣла мѣсто вторичная межсвязочная беременность, наступившая послѣ разрыва трубы на 5 мѣсяцѣ. При этомъ профессоръ припомнилъ свой аналогичный случай вторичной меж-

связочной беременностью при доношенномъ живомъ плодѣ, оперированный имъ съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка. Въ случаѣ докладчика интереснымъ обстоятельствомъ является присутствіе въ плодномъ мѣшкѣ гноя съ образованіемъ газовъ. Возможно, что носители нагноенія въ моментъ разрыва мѣшка попадаютъ въ мѣшокъ черезъ матку и фаллопиевы трубы.

Ч. пр. *Муратовъ* сказалъ, что ему пришлось оперировать случай первичной брюшной вѣматочной беременности. Части плода ясно ощупывались при наружномъ изслѣдованіи. Плодный мѣшокъ былъ прикрѣпленъ у дна матки. Что это именно была первичная брюшная беременность, говорить пѣлость трубъ, которые представлялись извитыми. Яичники были нормальны. Впослѣдствіе больная эта два раза благополучно разрѣшилась живыми плодами. Присутствіе ихорозныхъ газовъ въ плодномъ мѣшкѣ obviously приходилось наблюдать раза 3—4. Д-ръ *Шалита* заявилъ, что онъ остается при своемъ мнѣніи относительно вида беременности.

Проф. *Рейнъ* въ заключение поблагодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе и показалъ рисунки случая первичной вѣматочной, брюшной беременности, имѣвшей мѣсто въ Киевской акушерской клиникѣ и цитированной выше. На представленныхъ рисункахъ видно, что трубы и яичники нисколько не измѣнены. По мнѣнію *Ольсгаузена*, высказанномъ въ послѣднемъ изданіи руководства *Шредера*, въ подобныхъ случаяхъ бывшія раньше измѣненія въ трубахъ съ теченіемъ времени изглаживаются. Но едва ли это относится къ приведенному случаю; такъ какъ невозможно допустить, чтобы труба оказалась совершенно нормальной, служа когда либовѣстилицемъ для доношеннаго плода.

5) Д-ръ *Орловскій* (изъ Киевской акушерской клиники) показалъ чистые культуры гонококковъ *Neisser'a*, при чемъ обратилъ вниманіе на 1) обширность распространенія гонорейныхъ страданій вообще, а въ гинекологіи особенно. 2) Недостаточность во многихъ случаяхъ однихъ клиническихъ симптомовъ для діагноза гонорреи и необходимость микроскопическаго и бактериологическаго изслѣдованія и 3) на замѣчаемый въ послѣднее время интересъ къ изученію гонорреи путемъ бактериологическимъ, на что указываютъ работы *Wertheim'a*, *Bumm'a*, *Steinschneider'a*, *Kiefer'a* и др. и 4) на трудность культивировки гонококковъ *Neisser'a*. До послѣдняго времени единственной годной средой считалась сыворотка изъ крови послѣда. (*Wertheim*). Въ послѣднее время для разведенія гонококковыхъ культуръ предположены другія средства: *Wertheim's* омъ—смѣсь 2-хъ частей 20% А. А. и 1 ч. сыворотки человѣческой крови, *Finger's* омъ мочевою А. А.;

Steinschneider омъ и *Schäffer* омъ смѣсь 2 ч. 2⁰/₀ А. А. и 1 ч. жидкости изъ кисты и *Kiefer* омъ—смѣсь 1 ч. М. П. А. А. глицеринъ+1 ч. жидкости изъ ascites'a и hydrothorax'a. Въ первыхъ своихъ опытахъ докладчикъ бралъ среду *Steinschneider* а, но затѣмъ видоизмѣнилъ ее слѣдующимъ образомъ: къ смѣси 5⁰/₀ А. А.+5⁰/₀ пептонъ, 3¹/₂ ⁰/₀ глицерина и 0,5⁰/₀ NaCl прибавляютъ въ равномъ или половинномъ количествѣ жидкости изъ кисты яичника. А. А. готовится обычнымъ путемъ—фильтруется и стерилизуется въ аутоклавѣ при давлении 2-хъ атмосферъ. Жидкость изъ кисты собирается въ стерилизованную посуду во время операціи оваріотоміи, послѣ ее можно употреблять или безъ дальнѣйшихъ манипуляцій, или пропустивши черезъ свѣчу Pasteur'a, или заранее простерилизовавши въ теченіи 6 дней по 2 часа при t⁰ 55⁰ Ц. Эта жидкость быстро смѣшивается съ жидкимъ А. А. и выливается въ чашку Petri для полученія пластинчатой культуры. Послѣвъ производился стерилизованными кисточками и состоялъ въ быстромъ и многократномъ помазываніи асбестовой кисточкой съ изслѣдуемымъ отдѣляемымъ по пластинчатой культурѣ; а отсюда культуры переносятся въ пробирку. Такимъ достигалась изолированіе гонококковыхъ культуръ. Растутъ онѣ въ видѣ тонкаго нѣжнаго точечнаго палета съ рѣзкими зубчатыми краями, при чемъ свѣжія культуры—сѣбраго цвѣта, старыя—бѣловатаго. Жизнеспособность гонококковъ на одной и той же средѣ сохраняется 2—3 дня, для поддержанія культуры ее необходимо пересѣвать каждый день. На 3-й день 80⁰/₀ гонококковъ представляются разбухшими и слабоокрашенными, а черезъ 8 дней пересѣвъ уже не удается. Лучшій ростъ при t—36—37⁰; при комнатной t⁰ 16—18⁰ Ц. въ продолженіи двухъ дней гонококки не убиваются, но ростъ ихъ задерживается, такъ что если послѣ этого помѣстить ихъ при t⁰ 36—37⁰, то ростъ возобновляется лишь черезъ 48 часовъ. Изслѣдованія свои, предпринятые по предложенію проф. Г. Е. Рейна, докладчикъ произвелъ частью въ лабораторіи проф. А. Д. Павловскаго.

Проф. Павловскій замѣтилъ, что культуры получены очень удачно.

Проф. Рейнъ поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе и сказалъ, что онъ считаетъ вопросъ о гонорреѣ первымъ на оче-

реди, послѣ работъ надъ гнилостнымъ зараженіемъ, которымъ, можно сказать, мы уже болѣе или менѣе овладѣли.

6) Д-ръ *И. П. Марьяничъ* демонстрировалъ препараты: 1) пузырнаго заноса и 2) дѣтскаго мѣста съ оболочковымъ прикрѣпленіемъ пуповины.

У III-рага на 4 мѣсяцѣ беременности при незначительной потерѣ крови явился самъ собою пузырный заносъ величиною въ кулакъ. Въ полости яйца плода не оказалось. Случай достоинъ вниманія по причинѣ диагностическихъ трудностей, которыя онъ представлялъ: размѣры матки были настолько малы, что исключали возможность положительнаго распознаванія беременности. Отсутствовали также обычныя при пузырномъ заносѣ атипическія кровотеченія. Второй препаратъ представлялъ дѣтское мѣсто, гдѣ пуповина прикрѣпленная къ оболочкамъ, проходила по нимъ на протяженіи 15—20 сант. Разрывъ оболочки вовремя родовъ произошелъ у края послѣда между сосудами пуповины.

Въ обсужденіи предложенныхъ препаратовъ участвовали д-ра *Неселовъ*, *Абуладзе* и проф. *Рейнъ*.

Неселовъ напомнилъ случай изъ его практики, гдѣ на 3 мѣсяцѣ беременности размѣры матки почти и не отличались отъ нормы. Между тѣмъ при появленіи кровотеченія былъ удаленъ пузырный заносъ небольшой величины.

Абуладзе замѣтилъ, что оболочковое прикрѣпленіе пуповины далеко не рѣдкое явленіе, какъ онъ могъ убѣдиться на матерьялѣ Клиники, при чемъ демонстрировалъ 2 относящіяся сюда весьма убѣдительные препараты изъ музея клиники.

Проф. *Рейнъ* отмѣтилъ непадежность признаковъ для опредѣленія пузырчататаго заноса. Заносъ можетъ остановиться въ ростѣ и можетъ оставаться въ маткѣ болѣе менѣе продолжительное время въ такомъ видѣ и даже уменьшиться въ объемѣ. Въ одномъ подобномъ клиническомъ случаѣ яйцо, по истеченіи года вышедшее изъ матки, представляло какъ бы слѣпокъ изъ нея величиною не болѣе кулака.

7) Д-ръ *Нисемскій* показалъ *микроскопическіе препараты* сръзцовъ фаллопиевыхъ трубъ. Участки трубъ получены при резекціи ихъ у крестьянки 28 л., при повторной операциі кесарскаго сѣченія, произведенной въ Кіевской Акуперской клиникѣ. Первый разъ кесарское сѣченіе сдѣлано было по причинѣ затрудненія таза опухолями. Тогда же для предупрежденія беременности трубы перевязаны были съ обѣихъ сторонъ одиночными шелковыми лигатурами, отступя примѣрно на 1 сант. отъ угла матки. Не смотря на это черезъ 4 мѣсяца наступила беременность, ради чего опять потребовалось произве-

сти вторично кесарское сѣченіе на той же больной. На этотъ разъ трубы на мѣстѣ первыхъ лигатуръ были резецированы. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ участковъ трубъ показало, что просвѣтъ лѣвой трубы вполне облитерировался, проходимость же правой существуетъ. На послѣдовательныхъ срѣзахъ правой трубы замѣчается постепенное сѣуженіе просвѣта, при чемъ на мѣстѣ лигатуры, которая на препаратѣ обхватывала циркулярно трубу, просвѣтъ трубы сѣуженъ въ весьма значительной степени. Непрерывность эпителія сохранена. На срѣзахъ лѣвой трубы мѣсто просвѣта опредѣлить невозможно; въ тканяхъ стѣнки трубы мелкоклѣтчатый инфильтратъ, кровоизліянія, сосуды переполнены кровью. Между волокнами шелковыхъ лигатуръ—замѣчается масса гигантскихъ многоядерныхъ клѣтокъ, сидящихъ иногда кучками. По мнѣнію докладчика перевязка трубъ съ цѣлью предупредить наступленіе беременности есть способъ далеко ненадежный. Препараты демонстрированы проф. *В. К. Высоковичу*, въ лабораторіи котораго было произведено и самое изслѣдованіе.

Въ преніяхъ участвовали проф. *Заминъ, Оттъ, Рейнъ и д-ръ Долинскій*

Проф. *Заминъ*, считая способъ перевязки также по вѣрнымъ въ одномъ случаѣ кесарскаго сѣченія произвелъ резекцію трубъ.

Д-ръ *Долинскій* (Петербургъ), экспериментируя съ перевязкой выводныхъ протоковъ поджелудочной железы наблюдалъ, что по истеченіи времени проходимость протока восстанавливается. По аналогіи съ выводными протоками оппонентъ допускаетъ возможность подобнаго восстановленія просвѣта и при перевязкѣ трубъ, вслѣдствіе чего перевязка не достигаетъ цѣли.

Проф. *Рейнъ* считаетъ, что просвѣтъ правой трубы по всей вѣроятности восстановился, какъ это наблюдалось въ другихъ случаяхъ при нарушеніи проходимости другихъ каналовъ и выводныхъ протоковъ при опытахъ на животныхъ.

Проф. *Оттъ* перевязку трубъ считаетъ способомъ мало цѣлесообразнымъ. При изсѣченіи яйцеводовъ получаютъ результаты также мало надежныя. Въ клиникѣ проф. *Отта* д-ромъ *Рачинскимъ* производились опыты съ перерѣзкой яйцеводовъ, причемъ оказалось, что непрерывность просвѣта ихъ всетаки восстанавливается.

8) Проф. *Г. Е. Рейнъ*, пригласивъ проф. *Д. О. Отта* занять председательское мѣсто, сообщилъ «Обзоръ 500 чревосѣченій». Всѣ чревосѣченія, какъ и въ прежнихъ отчетахъ, продолженіемъ которыхъ этотъ обзоръ является, изложены въ хроно-

логическомъ порядкѣ. Главное преимущество такого способа изложенія—вѣрность цифръ. По рубрикамъ операціи представляются въ слѣдующемъ видѣ:

Овариотомія и вылуценіи кистъ широкихъ связокъ	332	См. 3,6%	Ст. кл. 8,1% нов. 3%
Миомотомія	73	" 10,9 "	" " 17,6 " " 8,2 "
Сальпингитомія и кастраціи	33	" 12,1 "	
Эксплораторныхъ разрывовъ	13	" 23%	
Чревосѣченій при кистѣ маточной беременности	9	См. 11,1%	
Итого	461		
Другихъ чревосѣченій	39	см. 38,4%	

СЮДА ВХОДЯТЪ:

Сдѣланныя овариотоміи	4	ум.	2
Ресарское съѣденіе	6	"	1
Операція Фрейнда	2	"	2
Эхинококкотомія	3	"	1
Операція грыжи бѣлой линии и пупочной Гистеропексіи съ удаленіемъ придатковъ	2	ум.	0
Гистеропексія съ вылуценіемъ кисты широкихъ связокъ	1	ум.	0
Выкрытіе гнойника брюшн. полости	2	"	1
Удаленіе саркомы кругл. связокъ	1	"	0
" " брюжжейки	1	"	0
Резекція стѣнки кисты	2	"	1
Пересадка мочеточничковъ въ прямую кишку	1	ум.	1
Nephrectomia	1	"	0
Непроходимость вѣшекъ	1	"	0
Повторныхъ чревосѣченій	9	"	5

Всего 39 ум. 14 38,4%

Распознаваніе производилось на основаніи тщательнаго изученія матеріала путемъ многократныхъ изслѣдованій и наблюденій какъ въ клиникѣ, такъ и внѣ ея.

Показаніемъ для удаленія кистъ служилъ уже одинъ діагнозъ, противопоказаній почти не было. Показаніемъ для операцій при *миомахъ* служили: ростъ опухолей, кровотеченіе, боли, повторныя воспаленія. Операціи дѣлались послѣ тщательнаго наблюденія и всесторонняго взвѣшиванія симптомовъ. Удаленіе *придатковъ* производились какъ при сальпингитахъ съ особенно тяжелыми симптомами, такъ и собственно кастраціи при *миомахъ*, порокахъ развитія и одинъ разъ при гистеро-эпилепсіи.

Эксплораторные разрывы производились относительно весьма рѣдко, при злокачественныхъ новообразованіяхъ и только тамъ

не переходили къ радикальной операціи, гдѣ распространеніе процесса на сосѣдніе органы дѣлало операцію и невозможною и безцѣльною.

Техникъ операціи предшествовало тщательное подготовленіе больныхъ, изученіе ихъ въ клиникѣ, тщательное изслѣдованіе другихъ органовъ тѣла и возможное устраненіе ихъ заболѣваній до операціи.

Во время операціи примѣняли обезболивающій способъ въ его подвидахъ:

а) асептика

б) антисептика

2) Въ случаяхъ болѣе или менѣе затруднительныхъ дѣлался возможно длинный разрѣзъ брюшной стѣнки.

3) Опухоли удалялись цѣликомъ, или уменьшенныя въ размѣрахъ; въ случаяхъ подозрительныхъ содержимое выпускалось при помощи аппарата Potin'a.

4) Въ случаяхъ сомнительныхъ по отношенію къ предшествовавшей инфекціи, или тамъ, гдѣ разрушалось много сросеній, особенно при неполнѣ надежно остановленныхъ кровотеченіяхъ брюшная полость дренировалась стеклянныи дренажемъ.

5) Шовъ на брюшную рану накладывался узловатый и одно-этажный, кромѣ случаевъ радикальной операціи грыжи бѣлой линіи.

6) Послѣ операціи больныя пользовались самымъ тщательнымъ уходомъ; на нѣсколько дней назначалось дежурство студентовъ, благодаря чему удалось 5 больныхъ спасти при помощи повторныхъ чревосѣченій, своевременно распознавъ послѣдовательныя кровотечения.

Исходы чревосѣченій въ Кіевской клиникѣ:

Въ первой сотнѣ	120/0
» второй »	8 »
» третьей »	7 »
» четвертой »	8 »
» пятой »	7 »

Въ старой клиникѣ 1883 по 1888 г. произв.

139 чревосѣч. съ 15,1% см.	овариотом.	99 см.— 8,1% см.
	миотом.	17 „ — 17,6 „ „

Въ новой клиникѣ съ 1888 по 1896 произв.

361 *) чревосѣч. съ 6,4% см.	овариотом.	233 см.— 1,3% см.
	миотом.	56 „ — 5,2 „ „

*) Въ послѣдней серіи изъ 131 случая овариотоміи наблюдался одинъ смертный исходъ у больной, у которой еще до операціи былъ тромбозъ вен.—cavae in feriois.

Исходы тѣхъ же операцій у другихъ авторовъ, по послѣднимъ отчетамъ, опубликованнымъ ими въ печати.

<i>Спенсертъ</i> . На 567 чревосѣч.—9,3% см.	овариотом.	7,4% см.
	миотомом.	12,3 „ „
<i>Косинскій</i> . На 412 чревосѣченій	овариотом.	18 „ „
	миотомом.	24 „ „
<i>Феноменовъ</i> 234 чревосѣченій		7,5 „ „
<i>Оттъ</i> 204 чревосѣченій		11,4 „ „
<i>Лебедевъ</i> 200 „		8,5 „ „
<i>Боллеовскій</i> 150 чревосѣченій		?
<i>Larson-Tait</i> 1-я тысяча чревосѣченій		9,2 „ „
„ „ 2-я „		5,3 „ „
<i>Leopold</i> на 1000 чревосѣченій		13,3 „ „
<i>Schantz</i> „ 1000 „		10,4 „ „
<i>Olshansen</i> на 459 „	овариот. дала	10,1 „ „
	миотомом. „	22,0 „ „
<i>Leccercon et Codreanu</i> (Бухарестъ) овариотомія дала.		34 „ „

Переходя къ оцѣнкѣ существующихъ оперативныхъ способовъ удаленія новообразованій женскихъ половыхъ органовъ и сравнивая влагалищный методъ съ операціей чревосѣченій проф. *Рейнзъ* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Чревосѣченіе представляетъ болѣе опасности, чѣмъ кольпотомія, но въ то время, когда послѣдняя примѣнима только въ болѣе легкихъ случаяхъ, къ чревосѣченію приходится прибѣгать въ случаяхъ самыхъ трудныхъ и опасныхъ; и не смотря на это и при чревосѣченіяхъ въ матерьялѣ Киевской акушерской клиники встрѣчаютъ серіи въ 56 случаевъ безъ смертныхъ исходовъ.

2) Обстановка при чревосѣченіяхъ сложнѣе, но съ развитіемъ метода асептики и эти трудности постепенно устраняются.

3) Послѣоперационное состояніе у больныхъ при чревосѣченіи хуже, говорятъ защитники colpotomia; но и послѣ легкихъ чревосѣченій особенно въ простыхъ неосложненныхъ случаяхъ послѣоперационное теченіе при асептическомъ способѣ проходитъ очень легко, какъ напр. въ 3-й сотнѣ случаевъ наблюдалось 78% абсолютно безлихорадочныхъ теченій.

4) Послѣдствіемъ чревосѣченій нерѣдко являются грыжи бѣлой линіи; но здѣсь не рѣдко опускаютъ изъ виду существованіе грыжъ бѣлой линіи уже до операціи, особенно у многорожавшихъ женщинъ.

*) Отчетъ на послѣднемъ международномъ конгрессѣ въ Римѣ.

Поставивъ въ заключеніе вопросъ, нужно ли бросить чревосѣченія? проф. *Рейнз* отвѣчаетъ на него слѣдующимъ образомъ:

Кольпотомія имѣеть свои особыя показанія, а чревосѣченія какъ вѣрный испытанный способъ и отвѣчающій основнымъ даннымъ хирургіи, анатоміи и физиологіи, или какъ выразился проф. «старый другъ» долженъ быть попрежнему оставленъ для многихъ и наиболѣе трудныхъ случаевъ. Не нужно забывать, что чревосѣченіе научило хирурговъ многому: обнажая хорошо поле операціи, оно даетъ возможность вполне научно примѣнять пособія, основываясь на данныхъ анатоміи; оно даетъ возможность вносить прогрессъ при лѣченіи не только болѣзней женскихъ половыхъ органовъ но и печени, почекъ, селезенки, салъника, брызжейки желудка, кишекъ и т. д. и дало прекрасные результаты во всемъ свѣтѣ и у насъ въ Россіи, какъ въ клиникахъ, такъ и въ земскихъ больницахъ.

Въ *преніяхъ* приняли участіе *Мироновъ* (Харьковъ), проф. *Замшинъ*, *Рейнз*, *Оттъ* и д-ръ *Абуладзе*.

Мироновъ сказалъ, что чревосѣченіе само по себѣ для организма гораздо тяжелѣе и опаснѣе, чѣмъ кольпотомія. Удаленіе опухолей придатковъ съ гнойнымъ содержимымъ представляетъ менѣе риска, если производится черезъ влагалище. Послѣ кольпотоміи не наблюдается такихъ тяжелыхъ и опасныхъ послѣдствій, какъ напр. грыжъ. Каждая трудность и неудобство оперировать черезъ влагалище при извѣстномъ навыкѣ не существуетъ.

Проф. *Рейнз*—по поводу приоритета, приписываемаго ч. пр. *Мироновымъ Львову*, замѣтилъ, что онъ произвелъ первую кольпотомію еще въ 1890 г., при чемъ на мѣстѣ рубца въ заднемъ сводѣ замѣтна уже въ настоящее время небольшая влагалищная грыжа. Конечно результаты этой операціи нуждаются еще въ болѣе продолжительной проверкѣ.

Проф. *Оттъ* вполне присоединяется къ взгляду докладчика относительно показаній къ міомотоміи. Онъ считаетъ, что присутствіе фибромы не есть еще показаніе къ ея удаленію. Показаніями къ этой операціи служатъ особыя симптомы фибромы и ихъ прогрессированіе. Охарактеризовавъ дѣятельность и постановку дѣла въ Кіевской акушерской клиникѣ, гдѣ все такъ строго послѣдовательно обдуманно, *Д. О.* поздравилъ проф. *Рейна* съ блестящими результатами его дѣятельности въ Кіевской акушерской клиникѣ за послѣдніе 10 лѣтъ.

8) Д-ръ *С. А. Тулубъ* показалъ препаратъ распила беременной матки съ плодомъ. Распилъ сдѣланъ послѣ тщательнаго замораживанія; затѣмъ препаратъ заключенъ былъ въ 5% растворъ формалина и сохранялся въ спирту. Матка съ наружными половыми частями получена изъ судебно-медицинскаго трупа беременной, умершей скоропостижно. Разрѣзъ сдѣланъ анатомической полостной пилой въ сагитальномъ направленіи черезъ всю матку съ находящимся въ пей плодомъ, при чемъ на обѣихъ половинахъ препарата ясно видно положеніе и членорасположеніе плода въ маткѣ въ возрастѣ 32—34 недѣль—при первомъ темномъ предложеніи, а также состояніе матки, капаля шейки и другихъ половыхъ органовъ въ эту эпоху беременности.

По поводу демонстраціи этого интереснаго препарата многіе члены общества и гости высказали свои соображенія.

9) Инженеръ электро-техникъ *А. М. Грингаузъ* показалъ электро-медицинскіе аппараты фирмы *Ch. Chardin à Paris*.

Предсѣдатель **Г. Рейнь.**

Секретарь **Г. Писемскій.**

РЕФЕРАТЫ.

Обзоръ Акушерско-Гинекологической литературы:

а) Русской.

143. К. Андріашевъ.—Случай трубной беременности.—(Прот. И. Виленск. Мед. Общ. 12 декабря 1896 года. Стр. 247).

Описанъ собственно патолого-анатомическій препаратъ, добытый при вскрытіи трупа 20-лѣтней женщины, умершей на 5 мѣсяцѣ беременности при признакахъ внутренняго кровотеченія. Оказался разрывъ лѣвой трубы съ выпаденіемъ плода въ брюшную полость. Другихъ отклоненій отъ нормы въ половомъ аппаратѣ не было.

Н. Какушкинъ

144. Я. Е. Выгодекій.—Четыре случая *polypneutritis puerperalis gravidarum*.—(Проток. И. Виленск. Мед. Общ. 12 февраля 1896 года. Стр. 78).

1) 28 лѣтъ. Беременность (2-ая) прорвана на 2 мѣсяцѣ по причинѣ неукротимой рвоты. Прихѣнено выскабливаніе. Никакихъ воспалительныхъ осложненій. Къ концу 2 недѣли послѣ выкидыша—боли въ икрахъ и голенихъ, затѣмъ явленія полупаралича и атрофіи мышцъ. Выздоровленіе съ помощью массажа и ваннъ въ теченіе 3 мѣсяцевъ. 2) 33 лѣтъ. Послѣ 8-хъ срочныхъ родовъ задержаніе оболочекъ и прибавочнаго палльда, которыя удалены рукой. На 10-й день, при высокой температурѣ, боли въ нижнихъ конечностяхъ, главнымъ образомъ въ мѣстахъ выходенія первовъ. Пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ и электромускульной силы. Выздоровленіе черезъ 5 мѣсяцевъ (францесбадскія гризы).—3) 49 лѣтъ. 13-ая беременность окончилась

выкидышемъ. Задержание и удаление остатковъ яйца. На 8-й день картина сѣдалищной невралгіи, затѣмъ боли въ бедреномъ нервѣ и прочихъ; полунаралитъ; общія нервныя явленія; приносили пользу только грязныя ванны, и то едва черезъ годъ.— 4) 36 лѣтъ. Искусственный выкидышъ на 4-мъ мѣсяцѣ 4-й беременности по причинѣ неукротимой рвоты. Лихорадка, боли въ ногахъ, полунаралитъ, атрофія, отсутствіе колынныхъ рефлексовъ. Улучшеніе подѣ влияніемъ массажа и теплыхъ ваннъ. Авторъ полагаетъ, что полинейритъ беременныхъ и родильницъ есть инфекціонная болѣзнь *suī generis*; при послѣдующихъ беременностяхъ она обыкновенно не повторяется. *Н. Какушкинъ.*

145. И. М. Влохъ.—Случай *uterus didelphys et vaginasepta completa*.—Протоколъ. И. Вилensk. Мед. Общ. 12 сентября 1896 года. Стр. 139).

Больная 28 л., изъ здоровой семьи, жалуется на безплодіе. Мѣсячныя съ 14 лѣтъ, продолжаются по 5—6 дней каждыя 4 недѣли. Замужемъ 8 лѣтъ; 2 года назадъ, повидимому, имѣла выкидышъ. Дѣвственная плева съ двумя отверстіями: правое пропускаетъ одинъ указательный палецъ, лѣвое—два. Влагалище двойное, перегородка мясистая, въ $\frac{1}{4}$ сан. толщиной. Правое влагалище менѣе объемисто, чѣмъ лѣвое. Въ сводахъ каждого развитыя шейки съ овальными отверстіями. На уровнѣ внутренняго зѣва тѣла матокъ расходятся, и соединеніе между ними не опредѣляется. Придатки прощупываются нормальными. Длина полости лѣвой матки $7\frac{1}{2}$ сант., правой $6\frac{1}{2}$ сант. и менструируютъ обѣ матки одновременно, крови теряютъ не одинаковое количество. Для излѣченія безплодія авторъ предлагаетъ въ описанномъ случаѣ удалить влагалищную перегородку. *Н. Какушкинъ.*

146. С. П. Шахъ-Чароніанцъ.—Объ оперативномъ лѣченіи выпаданій матки.—(Медиц. Сборникъ И. Кавказск. Медицины. Общества № 59. Тифлисъ 1896, стр. 89).

Разобравъ всѣ предложенныя для этого способы, авторъ высказывается за способы *Freund'a* и *Lefors-Heinebaуера* при выпаденіяхъ у старыхъ женщинъ и за промежностно-влагалищныя пластическія операціи *Hegar'a*—у молодыхъ. Онъ исключаетъ операцію укороченія круглыхъ связокъ и допускаетъ брюшностночное укрѣпленіе матки какъ операцію, совершаемую попутно; для влагалищнаго удаленія матки онъ оставляетъ случаи невравимыхъ выпаденій и случаи выпаденій матки, пораженной

повоображеніями. Онъ описываетъ собственныхъ пять случаевъ, изъ которыхъ въ двухъ было отсѣченіе шейки и восстановление промежности съ пластическимъ суженіемъ влагалища, у одной лишь отсѣченіе шейки и у двухъ операція *Freund'a* съ операціей восстановления промежности. Результаты удовлетворительные.

Н. Какункинъ.

147. Н. С. Ивановъ.—Къ вопросу объ аденоміомахъ матки. (Журн. Р. Общ. Охран. Нар. здравія. 1897, апрѣль, № 4, стр. 276).

На большой фиброміомѣ матки сидѣла маленькая, съ перечное зерно, опухоль, которая оказалась міомой, содержащей въ себѣ пространства выстланныя высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Пространства эти своимъ видомъ и формою напоминали железы. Изслѣдуя эту опухоль, авторъ убѣдился, что цилиндрическій эпителий разлѣпается на наружной поверхности опухоли и отсюда выдѣляется въ видѣ мѣшечковъ въ существо міомы. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онъ принимаетъ кубическую форму. Задаваясь вопросомъ, откуда могъ взятъ цилиндрическій эпителий въ описываемомъ случаѣ, разъ брюшина выстлана эндотелиемъ, авторъ останавливается на изслѣдованіяхъ *Waldeyer'a*, показавшаго, что существующій въ зародышевой жизни на брюшинѣ цилиндрическій эпителий остается впоследствии тамъ, вблизи половыхъ органовъ, въ видѣ островковъ, и измѣняетъ въ остальныхъ мѣстахъ свою форму въ эндотелий, авторъ допускаетъ, что цилиндрическій эпителий его опухоли разросся изъ какого либо изъ подобныхъ островковъ. Въ подтвержденіе своей мысли авторъ ссылается на *Fabricius'a*, который нѣчто подобное нашелъ на серозной поверхности трубъ. Онъ не отрицаетъ однако возможности образованія железистыхъ трубокъ въ міомахъ изъ остатковъ Вольфова тѣла или Мюллера хода, какъ думаютъ *Recklinghausen* и *Ricker*.

Н. Какункинъ.

148. Н. П. Марьяничъ.—Замѣтки о послѣродовой эклампсiи.—(Медиц. Обзорѣніе 1897 г. февраль стр. 203).

Семь случаевъ послѣродовой эклампсiи составили у автора 66,6% всѣхъ случаевъ эклампсiи; одинъ случай пришелся на 176 родовъ. Шесть больныхъ были незамужнія, чему авторъ придаетъ не малое значеніе. Возрастъ больныхъ 22—32. Тазъ нормальный. Предлежаніе въ 6 случаяхъ затылочное, въ 1 случаѣ лицевое. Продолжительность родовъ для первороженницъ 2³/₄—12 часовъ, для многороженницъ 1¹/₄—13³/₄ час. Всѣ ре-

бенка 1900—3950. Предвѣстниковъ эклампси не было въ 4 случаяхъ. Припадки наступали чрезъ 10 мин.—8 дней послѣ родовъ, число припадковъ было 3—21. Пульсъ всегда учащался (100—110), температура ни разу не повышалась. Изъ 4 случаевъ въ одномъ бѣлка въ мочѣ почти не было. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ, при чемъ въ одномъ случаѣ непримѣнялось никакого лѣченія. Опутимый результатъ дали только хлораль-гидратъ и опійная настойка въ клизмѣ, и то только въ двухъ случаяхъ. Разсматривая существующія теоріи эклампси, авторъ становится на сторону *Herff'a*, утверждающаго, что въ основѣ эклампси лежитъ извѣстная повышенная раздражительность перимоторныхъ корковыхъ центровъ и большихъ ганглий основанія мозга. На почвѣ сказанныхъ измѣненій неринной системы лишь можетъ быть приложена и къ послѣродовой эклампси теорія самоотравленія (*Bouchard, Riviere, Liward*). Авторъ предлагаетъ разнаго рода изслѣдованія крови и выдѣлений вести у однѣхъ и тѣхъ же женщинъ до эклампси и во время ея, при каждомъ приступѣ отдѣльно, раздѣляя изслѣдованія судорожнаго и сопорознаго состояній. Онъ же считаетъ нужнымъ изслѣдовать и нервную систему больной, также во всѣ періоды отдѣльно.

II. *Какушкинъ.*

149. А. Эберлинъ.—Вѣматочная (брюшинная) беременность. Чревосѣченіе. Удаленіе мертваго плода. Выздоровленіе.—(Медиц. Обзоръ 1897, февраль, стр. 215).

30 лѣтъ, беременна въ третій разъ (прежде рожала правильно) на 9-мъ мѣсяцѣ. Последніе 1½ мѣсяца отсутствіе движеній плода и явленія воспаленія брюшины. Матка сильно отеснена впередъ и вверхъ зыблущимъ мѣшкомъ, растянущимъ и выпятившимъ задній сводъ влагалища, зыбленіе ощущается и во всемъ животѣ. Мѣшокъ вскрытъ черезъ влагалище, въ немъ оказалось присутствіе сгустившейся околоплодной жидкости и кусковъ оболочекъ яйца. При чревосѣченіи въ полости брюшины оказалась вонючая желто-бурая жидкость и мертво-гнилостный плодъ, 8½ мѣсяцъ лежавшій въ обособленной полости, простиравшейся отъ подреберья до пупочной области. Стѣнки полости выстланы толстыми зеленовато-бурыми оболочками. Къ стѣнкѣ полости прикрѣпленъ послѣдь. Полость сообщается съ полостью матки помощью отверстія въ днѣ матки, окаймленною омертвѣвшими краями. Авторъ считаетъ это открытіе результатомъ процесса омертвѣнія, начавшагося въ плодовиместищѣ. Отверстіе

въ задній сводъ влагалища не найдено. Полость тщательно вычищена и дренажирована: трубкой чрезъ маточное отверстие и полосками обезжиренной марли черезъ нижній уголъ брюшной рапы. Послѣ операции только въ день операции была t° 38,6. Въ остальное время нормальная. На 3-й день марля замѣнена трубкой, на 4-й день трубка изъ матки удалена. Полость плодоемѣстилища и заматочная полость промывались и держались подъ дренажомъ. Черная закрылась на 26-й день, вторая на 13-й день. На 28-й день больная выписалась здоровой.

Н. Какушкинъ.

150. **Э. Т. Канъ.**—Терапевтическое примѣненіе пара при эндометритахъ послѣродового періода.—(Проток. И. Виленск. Мед. Общ. 12 сентября 1896 г., стр. 155).

Авторъ измѣнилъ немного аппаратъ проф. В. О. Снегирева, придѣлавъ къ нему капель и увеличивъ объемъ котла. Температура пара съ 100° , при 2-минутномъ приложеніи, поднималась у автора до 115° С. при $\frac{1}{2}$ —1 минутномъ дѣйствіи. Паръ вызываетъ сильныя сокращенія матки, что обуславливаетъ у пѣ-которыхъ скоропреходящіе боли. Обратное развитіе обыкновенно идетъ быстрее подъ вліяніемъ пара. Если въ маткѣ имѣются остатки оболочекъ или послѣда, послѣдніе предъ примѣненіемъ пара должны быть удаляемы. Спустя 2—3 дня послѣ приложенія пара полость матки промывается. Чѣмъ тоньше и выше стѣнки послѣродовой матки, тѣмъ ниже должна быть температура пара. При начинающихся воспалительныхъ явленіяхъ въ тазовой брюшинѣ, безъ образованія гноя, паръ дѣйствуетъ благоприятно. Авторъ описываетъ девять случаевъ. Самые лучшіе результаты дали случаи, гдѣ не слишкомъ долго выжидали съ примѣненіемъ пара, впрочемъ и тамъ, гдѣ паръ примѣнялся послѣ испытанія другихъ средствъ онъ выказывалъ свои большія преимущества и велъ къ излѣченію, за исключеніемъ двухъ случаевъ, въ которыхъ послѣродовое зараженіе сдѣлалось общимъ. *Н. Какушкинъ.*

151. **А. Н. Соловьевъ.**—Къ ученію объ удаленіи опухолей придатковъ матки чрезъ влагалище.—(Хирургія 1897 № 2, с. 123).

Авторъ приводитъ краткую исторію этой операции на основаніи указаній русской литературы и описываетъ собственный случай, въ которомъ онъ у 29-лѣтней больной, страдавшей бѣ-лыми, болями, разстройствами со стороны кишечника и общимъ

унадкомъ питанія, удалить чрезъ влагалищный разрѣзъ (въ заднемъ сводѣ) подвижную кисто-аденому яичника, величиной съ грецкій орѣхъ. Для этого, по низведеніи влагалищной части матки, онъ пальцами поперечно разсѣкъ слизистую задняго свода, пальцами дошелъ до брюшины, разорвалъ послѣднюю (пальцами) и, выведши опухоль, опорожнилъ и перевязалъ у основанія. При выведеніи опухоли выпали здоровой яичникъ и сальникъ. Они были выравнены вмѣстѣ съ культией, а влагалищно-брюшинная рана затампована йодоформной марлей. При второй перемѣнѣ тампона (на 3-й день) найдено, что брюшная полость обособилась. Больная встала на 7-й день. Въ заключеніе статьи своей авторъ высказываетъ положеніе: производить чрезвѣщенье для удаленія больныхъ придатковъ матки нужно только въ томъ случаѣ, гдѣ удаленіе ихъ невозможно чрезъ влагалище.

Н. Какушкинъ.

152. С. А. Липинскій.—Случай эритемы въ послѣродовомъ періодѣ.—(Протоколы засѣд. Общ. врачей Могилевской губ. за 1894 и 1895 г.г. Могилевъ на Днѣпрѣ. 1896, стр. 79).

Больная 30 лѣтъ. Первые роды (3½ года назадъ) протекли безъ осложненій. Вторые (2½ года назадъ) осложнились въ послѣродовомъ періодѣ (на 4-й день послѣ родовъ) появленіемъ красноты, припухлости и сильнаго зуда на наружныхъ половыхъ органахъ; на 5-й день послѣ родовъ всѣ эти явленія исчезли, а на 7-й день снова появились, при чемъ краснота распространилась до пупка и до колѣнъ. На 9-й день послѣ родовъ всѣ эти явленія снова исчезли, а на 10-й снова появились, при чемъ краснота распространилась по всему тѣлу. Черезъ 8 часовъ послѣ *третьихъ* родовъ наблюдались тѣже явленія. Ни разу при этомъ не было наблюдаемо ни повышенія температуры ни другихъ какихъ либо отступленій отъ правильнаго хода родового процесса.

Н. Какушкинъ.

153. В. И. Немировский.—Къ паталогіи и терапіи *pruritus vulvae*.—(Еженедѣльникъ, 1897 № 4, с. 53).

Въ одномъ случаѣ чисто нервной формы зуда, у больной 58 лѣтъ, послѣ безуспѣшнаго примѣненія примочекъ изъ карболовой кислоты, авторъ съ успѣхомъ примѣнилъ (25 сеансовъ) фарадизацію. Въ другомъ случаѣ, у 26-лѣтней, послѣ безуспѣшнаго примѣненія многихъ средствъ наружныхъ и внутреннихъ, авторъ также получилъ выздоровленіе отъ индуктивнаго тока.

При приложеніи послѣдняго онъ ставилъ одинъ электродъ на лонное сочлененіе, а другимъ возилъ по зудящимъ мѣстамъ.

Н. Какушкинъ.

154. К. Я. Калиновскій.—*Haematocoele retrouterinum intra-peritoneale post graviditatem tubariam* и ея лѣченіе.—(Еже-недѣльникъ 1896 г. № 46, с. 633).

Въ статьѣ описывается случай внезапнаго внутренняго крово-теченія послѣ трехмѣсячной задержки кровей, гдѣ авторъ ограничился назначеніемъ внутрь возбуждающихъ, а на низъ живота холода. Черезъ 4 мѣсяца авторъ опредѣлилъ у больной заматочную кровяную опухоль, которую сначала лѣчилъ различными рассасывающими средствами, а затѣмъ помощью троакара (было извлечено около 300 куб. сант., кровяной жидкости). Послѣдній приемъ далъ толчокъ къ быстрому рассасыванію остатковъ кровоизліянія.

Н. Какушкинъ.

155. Д. Д. Поповъ.—Рѣдкій случай приобретеннаго зарощенія влагалища.—Вольничная Газ. Боткина, 1897 №№ 11 и 12).

Больная 45 лѣтъ. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ у нея было лихорадочное состояніе, боли внизу живота, задержка мочи; зло-вопахныя выдѣленія изъ влагалища, при чемъ изъ влагалища выдѣлилась какая то дряблая опухоль, съ кулакъ величиной. Въ настоящее время у нея рубцовое зарощеніе влагалища къ верхней трети ея рубцовыми остатками воспалительнаго процесса окружающей клѣтчатки и съ вѣроятнымъ частичнымъ зарощеніемъ просвета маточной шейки. Авторъ думаетъ что все это явилось результатомъ омертвѣнія тканей при гнилостномъ распадѣ и выдѣленіи фиброзной опухоли. Онъ не находитъ здѣсь показаній къ оперативному вмѣшательству.

Н. Какушкинъ.

156. Проф. А. В. Пель.—*Orovarium-Poehl.*—(Жур. Медич. Химіи и Фармаціи. Декабрь 1896 г., стр. 769).

Авторъ нашелъ въ ячникахъ обильное содержаніе спермина. Опыты *Curatolo-Tarulli* и *Knauer'a* показали, что яичники выдѣляютъ продукты, имѣющее важное значеніе для всего организма. При лѣченіи климактерическихъ разстройствъ яичниковое вещество даетъ въ рукахъ многихъ клиницистовъ хорошіе результаты. Это побудило автора извлечь изъ яичника, по возможности, дѣйствующее начало. Ближайшею цѣлью при этомъ было, выдѣляя всю совокупность лейкомагновъ яичника, устранить осаждаемые

бѣлки, въ ряду которыхъ возможно появленіе токсальбуминовъ. Лейкомаппы авторъ выдѣляетъ въ присутствіи значительнаго количества поваренной соли. Полученный препаратъ, названный авторомъ *Oroovagium* (дословно значить: сокъ яичника), растворимъ въ водѣ и не можетъ подвергаться гнилостнымъ измѣненіямъ. Одна часть этого средства соответствуетъ 10 частямъ свѣжаго вещества яичниковъ. Назначается оно по 1,0 заразъ и по 3,0—5,0 въ день.

И. Какушкинъ.

157. С. Д. Михновъ.—О задержаніи плодныхъ оболочекъ въ терапевтическомъ отношеніи.—(Больничная Газета Боткина. 1897 г. № № 7—15).

Въ настоящее время вопросъ о задержаніи плодныхъ оболочекъ трактуется весьма разнообразно. Одни клиницисты (*F. Martin, Ahefeld, Fehling*) видятъ въ задержанныхъ оболочкахъ большія опасности и стараются всегда удалить ихъ введеніемъ въ матку руки, другіе (*Credé, Olshausen, Kaltenbach, Fritsch*) наоборотъ не придають задержанію оболочекъ почти никакого значенія и обращаются съ ними выжидательно. Авторъ за три послѣдніе года на 1428 родовъ наблюдалъ задержаніе оболочекъ 96 разъ (6,7%). Среди причинъ задержанія онъ, между прочимъ, отмѣчаетъ способъ *Credé* и одиночную перевязку пуповины. Задержаніе чаще наблюдалось у первородящихъ, у преждевременнородящихъ. Родильницы съ задержаніемъ оболочекъ чаще лихорадили, чѣмъ родильницы безъ задержки оболочекъ. Впрочемъ число пелихорадившихъ изъ общаго числа родильницъ съ задержаніемъ оболочекъ было 62,5%. Тяжело больныхъ съ задержаніемъ оболочекъ было лишь три, и тѣ болѣли не въ зависимости отъ задержки оболочекъ, остальные не дали тяжелой картины болѣзни. У 24 родильницъ задержанныя оболочки выдѣлились произвольно, наичаще въ первый день послѣ родовъ, или на 5-й день. Въ подобныхъ случаяхъ авторъ совѣтуетъ давать больше спорыши. У 18 родильницъ задержанныя оболочки не выдѣлились за все время наблюденія за ними; одна изъ этихъ родильницъ дала на 9-й день послѣ родовъ обильное кровотеченіе. У остальныхъ 53 родильницъ оболочки выдѣлены рукой въ разное время послѣ родовъ, наичаще 6-й и 7-й дни. Среди этой группы родильницы лихорадившихъ было больше. Лихорадка при задержаніи оболочекъ появляется обыкновенно поздно и быстро, вслѣдъ за выдѣленіемъ оболочекъ, прекращается. Очищенія при задержкѣ оболочекъ обыкновенно долго окрашены. Авторъ, если

пѣтъ лихорадки, при задержаніи оболочекъ, дѣйствуетъ выжидательно. При появленіи лихорадки извлекаетъ оболочки: по опорожненію мочевого пузыря и прямой кишки смѣщаетъ книзу матку, тщательно обеззараживаетъ влагалище и вводитъ палецъ въ матку, которымъ, отдѣливъ остатокъ оболочекъ, стараются сдвинуть послѣдній къ выходу; затѣмъ полость матки промываютъ. Самымъ удобнымъ временемъ для извлеченія оболочекъ авторъ считаетъ седьмой день послѣ родовъ. Если задержались маленькіе куски оболочекъ и если нѣтъ на лицо ни мѣстныхъ ни общихъ разстройствъ, авторъ оставляетъ ихъ неизвлеченными.

Н. Какушкинъ.

158. Проф. Л. Landau.—**Къ лѣченію яичниковымъ веществомъ болѣзненныхъ явленій естественнаго и преждевременнаго прекращенія мѣсячныхъ.**—(Журн. Медиц. Химіи и Фармаціи декабрь 1896. Стр. 747).

Въ климактерическомъ періодѣ или послѣ удаленія яичниковъ у молодыхъ женщинъ развиваются различные разстройства со стороны нервной и сосудистой системъ, иногда и въ душевной области, которыя доставляютъ женщинамъ массу страданій. Въ клиникѣ автора для лѣченія этихъ разстройствъ примѣняется яичниковое вещество коровъ и свиней, которое давалось сначала въ облаткахъ, а теперь въ особо-приготовленныхъ таблеткахъ. Тщательно вырѣзанные яичники сушатся въ теченіе 12 часовъ при температурѣ 60°—70°. Къ нимъ для приготовления таблетокъ прибавляется какое нибудь индифферентное *constituens*. Въ каждую таблетку входитъ 0,5 сухого вещества яичника. Результаты лѣченія благопріятны: средство оказалось способнымъ безъ побочнаго дѣйствія облегчать страданія и даже излѣчивать ихъ.

Н. Какушкинъ.

159. С. П. Ѳедоровъ.—**Внѣсумочный способъ полного иссѣченія матки путемъ чревосѣченія.**—(Хирургія. 1897 г. № 2, стр. 134).

У 42 лѣтней больной, имѣвшей фибромиому матки (умѣренно подвижна; верхняя граница на 1 см. выше пупка) и кистому яичника, сдѣлано чревосѣченіе. Киста освобождена отъ срощеній въ дугласѣ и вмѣстѣ съ маткой выведена изъ таза, отсоединенъ и отсѣченъ отъ матки задній сводъ и передній. Черезъ образованный такимъ образомъ отверстія введенъ (со стороны влагалища) зажимной пинцетъ, которымъ зажата часть широкой

связки съ одной стороны. По разсѣченіи послѣдней зажата другимъ зажимомъ осталая часть той-же связки и также разсѣчена. Затѣмъ тоже сдѣлано и съ другой широкой связкой. По удаленію матки тазовая рана затампонирована полосой марли, конецъ которой выведенъ во влагалище; по срединѣ задній доскутъ брюшины пристегнуть къ переднему доскуту: зажимы удалены черезъ 48 часовъ, полоса марли на 8-й день. Больная поправилась.

Н. Какушкинъ.

160. В. Вобровъ.—Къ вопросу о вѣматочной беремености.—(Хирургія. 1897. № I. стр. 64).

Больная 28 лѣтъ, рожавшая. Послѣ трехмѣсячной задержки кровей, при признакахъ беременности, появилось кровотеченіе и боли внизу живота. Кровотеченіе продолжалось три дня, боли не прекращались болѣе мѣсяца, когда послѣ обычнаго гинекологическаго изслѣдованія нѣсколькими врачами, у больной развились явленія внутренняго кровотеченія. Чревосѣченіе произведено черезъ 4—5 часовъ послѣ этого и показало лопнувшую беременную правую трубу съ сидящимъ тамъ послѣдомъ, свободно лежащимъ въ дугласѣ 4—5 мѣсячный мертвый плодъ женскаго пола и обильное свободное кровоизліяніе въ брюшную полость. Показанія къ операціи были жизненныя. Беременная труба и яичникъ этой же стороны удалены, брюшная полость освобождена отъ крови, промыта растворомъ поваренной соли; въ нее передъ зашиваніемъ брюшной стѣнки влито около 4 стакановъ раствора соли. Дугласъ дренажированъ полоской марли, выведенной въ нижній уголъ брюшной раны. Больная поправилась.

Н. Какушкинъ.

161. Н. А. Гальбрейхъ.—Случай *fistulae vagino (sulvo)perineo—rectalis post coitum*.—(Врачебн. Записки—1897. № № 2 и 3).

Больная 35 лѣтъ отъ роду, замужемъ 1 г. 10 мѣс. При первомъ половомъ сношеніи *penis* разорвалъ промежность, не нарушивъ цѣлости дѣвственной плевы, и, расщепивъ влагалищно-кишечную стѣнку, проникъ въ полость прямой кишки. Впослѣдствіи сношенія совершались черезъ каналъ, образовавшійся такимъ образомъ. Получилось отсутствіе полового удовольствія при сношеніяхъ, бесплодіе и недержаніе газовъ и кала. Каналъ былъ уничтоженъ наложеніемъ швовъ на собственно кишечную рану и пришиваніемъ отщепленной стѣнки влагалища къ промежности.

Для послѣдней цѣли былъ разсѣченъ hymen и задняя стѣнка влагалища, соответственно окровавлены края промежностнаго свища. Результаты операціи получились хорошіе: во влагалище получился свободный входъ и цѣлость промежности была восстановлена.

П. Какушкинъ.

162. А. А. Ануфриевъ.—О колебаніи величины *conjugatae diagonalis* въ тазу роженицъ и родильницъ при различномъ наклоненіи таза и туловища.—(Врачебныя Записки. 1897 г. № № 2 и 3).

Давно уже извѣстно, что, благодаря увеличивающейся во время беременности податливости тазовыхъ сочлененій, размѣры таза у женщинъ беременных и роженицъ способны увеличиваться. Эти увеличенія размѣровъ таза могутъ быть вызваны, какъ показалъ впервые *Walcher*, особымъ положеніемъ туловища и нижнихъ конечностей. Авторъ устроилъ особое приспособленіе для наблюденій надъ родами въ *Walcher*'овскомъ положеніи (рис. смотри въ курсѣ Акушерства *Н. В. Ястребова*). Пользуясь антропологической формулой *Stied*'ы, авторъ вычислилъ, что при опусканіи у роженицъ ногъ и головного конца туловища діагональная конъюгата увеличивается до одного смт., иногда больше. Наоборотъ, размѣры выхода таза, какъ поперечный такъ и прямой увеличиваются при положеніи туловища съ пригнутыми ногами. Кромѣ того, авторъ подмѣтилъ, что маточныя сокращенія усиливаются при измѣненіи осей матки по направленію тазоваго входа.

Н. Какушкинъ.

163. М. Лутохинъ.—Случай пузырнаго заноса при двойняхъ.—(Врачебныя Записки. 1897. № № 2 и 3).

Многородящая 38 лѣтъ. На 7-мъ мѣсяцѣ беременности появилось кровотеченіе изъ матки. Роды произошли на 8-мъ мѣсяцѣ: родился живой мальчикъ вѣс. 1950 грм. (ягодичное предлежаніе). Вслѣдъ за плодомъ выдѣлилась масса пузырнаго заноса (вѣс. 400 грм.), въ которомъ съ помощью луны можно было открыть остатокъ плода и амниона. Кровотеченіе прекратилось и родильница скоро поправилась. Разсуждая объ этиологіи даннаго случая, авторъ присоединяется къ мнѣнію *Kehrer* и, который пузырный заносъ относитъ къ разряду *monstra aberrantia*. Онъ обращаетъ вниманіе на пузырный заносъ, какъ на неупоминаемую нигдѣ причину кровотеченія изъ матки при посомнѣнномъ нахожденіи въ послѣдней живого плода.

Н. Какушкинъ.

164. К. Иноевъ.—Медицинскій отчетъ родильнаго пріюта Голицинской больницы въ Москвѣ за 1895 годъ.—(Медич. отч. Московской Голицинской больницы за 1895 годъ. Москва. 1896. Стр. 1).

Поступило въ пріютъ 1067 (въ томъ числѣ 54 беременных). Разрѣшилось 1037. Срочныхъ родовъ было 932. Двойней 11. Родилось дѣтей 1024 (въ томъ числѣ 535 мальчиковъ). Замужнихъ роженицъ было 69,6% (больше чѣмъ въ прошломъ году). Преобладающими по сословію были крестьянки и мѣщанки, всего менѣе было купчихъ и лицъ духовнаго званія. Первороженицы составили 3% всего числа роженицъ. Узкихъ тазовъ было 14. Изъ большихъ операции поворотъ сдѣланъ 8 разъ (0,8%), щипцы наложены 18 разъ (1,7%), краніотомія сдѣлана 9 разъ (въ томъ числѣ 2 раза на живомъ плодѣ). Здоровыхъ родильницъ (t^0 не выше 38^0) было 84%. Волѣвшихъ послѣродовыми формами было 1,2%. Умерло отъ послѣродовыхъ формъ 0,3%.

И. Какушкинъ.

165. Н. С. Киселевъ.—Вліяніе раннихъ браковъ на женщинъ и рождаемыхъ ими дѣтей.—(Вѣстн. Общ. Гиг., Суд. Практ. Медицины, 1897, февраль).

Исслѣдованія *Chunder'a* и *Joubert'a* показали, что ранніе браки вліяютъ неблагопріятно на здоровье женщинъ, напр. плодовитость и на здоровье рождаемыхъ ими дѣтей. Авторъ провѣрилъ эти результаты по отношенію къ жителямъ Кавказа на основаніи карточныхъ свѣдѣній, доставленныхъ мѣстными врачами. Всего онъ разсмотрѣлъ свѣдѣнія о 2395 женщинахъ. Средній возрастъ первыхъ мѣсячныхъ оказался у автора для жителей Кавказа 14,25 лѣтъ. Самымъ раннимъ годомъ наступленія мѣсячныхъ было 9 лѣтъ. Вышло замужъ до 13 лѣтняго возраста 201 женщина. До наступленія мѣсячныхъ вышло замужъ 672 женщины. Изъ нихъ перожавшихъ было 6,9%: а среди вышедшихъ замужъ „зрѣлыми“, т. е. послѣ наступленія мѣсячныхъ, нерожавшихъ было 9,6%. Слѣдовательно, ранніе браки дали меньшее число перожавшихъ, т. е. оказались болѣе плодовитыми (авторъ утверждаетъ, однако противное, не смотря на всю очевидность введенныхъ имъ же цифръ. *Резб.*). Женщины, вышедшія замужъ зрѣлыми скорѣе послѣ брака начинаютъ родить и промежутки времени между родами у нихъ меньше, что у женщинъ, вышедшихъ замужъ незрѣлыми. Наибольшее число дѣтей на одну мать приходится у женщинъ, вышедшихъ замужъ 8 лѣтъ отъ роду,

зѣтъмъ у вышедшихъ 18 лѣтъ, 7 лѣтъ, 9 лѣтъ, 10 лѣтъ, 11 лѣтъ, 17 лѣтъ, накопили 14 лѣтъ, 16 лѣтъ, 12 лѣтъ и 15 лѣтъ. (У автора эта постепенность не отмѣчена, хотя очевидно изъ составленной имъ же таблицы. Онъ почему то хочетъ такъ, чтобы наибольшей плодовитостью отличались женщины, вышедшія замужъ 17 лѣтъ. Замѣчательно, что та же таблица, въ противуположность стремленіямъ автора, показываетъ большую плодовитость женщинъ, вышедшихъ замужъ до наступленія мѣсячныхъ. *Рез.*). Въ послѣдующей за бракомъ жизни женщины, вышедшія замужъ рано, чаще страдаютъ разными болѣзнями: вполне здоровыхъ между ними оказалось 65,2⁰/о; въ то время какъ среди женщинъ, вышедшихъ замужъ зрѣлыми, вполне здоровыхъ было 79,2⁰/о. Это не мѣшаетъ раннимъ бракамъ давать болѣе жизнеспособныхъ и болѣе здоровыхъ дѣтей, что неотказывается подтвердить и самъ авторъ.

Н. Какушкинъ.

166. В. Михайловъ.—Средніе русскіе акушерскіе итоги за пятьдесятъ лѣтъ.—(С.-Петербургская диссертация. Новгородъ 1895 г.).

Работа составлена на основаніи печатныхъ отчетовъ русскихъ родовспомогательныхъ учреждений за 1840—1890 гг. Наибольшій матеріалъ дали столичные учреждения (60 печатныхъ источниковъ), на долю провинціи приходится только 20 печатныхъ отчетовъ. Авторъ между прочимъ дѣлаетъ бѣглый и сторонній очеркъ роста русскихъ родильныхъ домовъ. Всего за пятьдесятъ лѣтъ собрано имъ 257988 родовъ. Онъ выводитъ заключеніе, что при паличномъ числѣ кроватей въ родильныхъ домахъ пустующихъ мѣстъ не бываетъ, и не всѣ нуждающіеся въ акушерской помощи находятъ ее здѣсь. Незамужніе роженицы составили 65⁰/о общаго числа. Повторнороженіцы—69,1⁰/о. Съ большими подробностями авторъ останавливается на положеніяхъ плода. По мнѣнію автора многоплодные роды (2,07⁰/о) въ Россіи встрѣчаются чаще, чѣмъ за границей. Процентъ родовъ раньше срока равенъ 10,18⁰/о. Осложненія родовъ авторъ дѣлитъ на три группы: на осложненіе со стороны матери, со стороны плода и со стороны промежуточныхъ между плодомъ и матерью органовъ. Эклимпсія наблюдалась однажды на 147 родовъ. Узкіе тазы—въ отношеніи 1:23. Много мѣста авторомъ уделено оперативнымъ пособіямъ при родахъ. Между прочимъ, щипцы были наложены въ 2,47⁰/о родовъ, поворотъ примѣнялся въ 1,46⁰/о родовъ. Кесарское сѣченіе сдѣлано всего 42 раза. Прободепіе головки плода 903 разъ (0,38⁰/о).

Послѣднія двѣ главы авторъ посвятилъ новорожденнымъ и послѣродовому періоду. На 100 мальчиковъ родилось 92 дѣвочки. Мертвыя дѣти составили 6,5%. Средній вѣсъ мальчиковъ 3500—4000, дѣвочекъ 3200—3500. Отъ послѣродовыхъ заболѣваній до 1870 года умирало 4%. Въ 1874 году % смертности—2,2%. Въ 1880 г.—1,4%. Въ 1885 г.—0,5%. Въ 1890 г.—0,28%.

Н. Какушкинъ.

167. И. К. Шмуклеръ.— Къ вопросу о сущности эклампси.— (Еженедѣльникъ, 1896, № 21, стр. 313).

По мнѣнію автора, существующія теоріи эклампси не могутъ объяснить всѣхъ явленій этой болѣзни. Поэтому онъ предлагаетъ свою, содержащую въ основѣ своей ученіе о самоотравленіяхъ. Считая менструацію за явленіе, которое очищаетъ организмъ женщины отъ вредныхъ продуктовъ обмѣна, авторъ видитъ въ отсутствіи менструаціи во время беременности возможность задержки этихъ продуктовъ въ организмѣ. Эта задержка сильнѣе даетъ себя чувствовать, если другіе выдѣлительные органы, какъ напр. почки, поражены, или при нормальномъ состояніи послѣднихъ поражены органы, способныя нейтрализовать вредные продукты обмѣна, какъ напр. питовидная железа. Профилактика эклампси должна заключаться въ заботѣ о всѣхъ выдѣлительныхъ органахъ организма; во время беременности назначеніемъ слабительныхъ, мочегонныхъ, потогонныхъ, усиленіемъ легочной работы стараются регулировать выдѣленіе вредныхъ продуктовъ, обмѣна. Съ цѣлью выяснитъ природу выдѣляемыхъ жидкостей авторъ предлагаетъ изучать составъ у женщинъ мѣсячныхъ выдѣленій, послѣродовыхъ выдѣленій, мочи и пота у родильницъ. Въ концѣ статьи онъ описываетъ три случая эклампси, которые онъ наблюдалъ у родильницъ и у беременной (одинъ случай, быстро окончившійся смертію). Случаи, наблюдавшіеся у родильницъ, окончились выздоровленіемъ при обычномъ лѣченіи.

Н. Какушкинъ.

168. А. Бухштабъ.—Эластическая ткань въ фаллопиевыхъ трубахъ женщинъ въ нормальномъ и патологическомъ состояніяхъ.—(Дисс. Спб. 1896).

Въ работѣ представленъ довольно подробный очеркъ литературы вообще объ эластической ткани въ разныхъ органахъ, а также въ половомъ приборѣ. Оказывается, фактическихъ указаній на то, имѣется ли эта ткань въ фаллопиевыхъ трубахъ, въ

литературѣ не имѣется. Авторъ изслѣдовалъ микроскопически фаллопеевы трубы 102 женщинъ. Изъ послѣднихъ 67 были дѣвочки и взрослые, умершія главнымъ образомъ отъ разныхъ общихъ заразныхъ болѣзней; 15 были страдавшія разными воспалительными процессами въ трубахъ, 16 имѣвшія трубную беременность; 4—съ фибромомой матки. Изслѣдованія привели автора къ заключенію, что въ здоровыхъ трубахъ эластическая ткань развивается постепенно, по мѣрѣ роста организма: до конца перваго года внѣ утробной жизни ткань эта имѣется въ неразвитомъ состояніи, лишь въ брюшной и подбрюшинной клѣтчаткѣ; у 12—13 лѣтнихъ дѣвочекъ эластическая ткань относительно хорошо развита, при чемъ присутствіе ея замѣчается до подслизистаго слоя включительно, степень развитія ея тѣмъ слабѣе чѣмъ ближе она къ внутреннему слою стѣнка трубы, у женщинъ 21—42 лѣтъ эластическая ткань вполне развита, волокна ея доходить до эпителия; у 45—50 лѣтъ эластическая ткань подвергается обратному, старческому развитію, число волоконъ уменьшается по направленію къ наружному мышечному слою. Въ трубныхъ мѣшкахъ замѣчается особенно сильное развитіе эластической ткани въ мышечномъ слоѣ. При трубной беременности, наоборотъ, эластическая ткань развита очень слабо, или даже совсѣмъ исчезаетъ.

Н. Какушкинъ

169. А. Эберлинъ.—Отчетъ о больныхъ съ женскими болѣзнями за 1895 г. Московской Голицынской больницы.— (Медиц. отч. Московской Голицынской больницы за 1895 годъ. Москва, 1896, стр. 79).

Съ болѣзнями наружныхъ половыхъ органовъ, влагалища, мочеиспускательнаго канала и пузыря было 9. Съ эндометритами 62, со свищами 3, съ хроническимъ воспаленіемъ матки 8, съ воспалениями клѣтчатки, брюшины и придатковъ 43. Ракъ матки встрѣтился 37 разъ (изъ нихъ 27 случаевъ запущенныхъ); коренное лѣченіе примѣнено 9 разъ съ 1 смертнымъ исходомъ (рапеніе пузыря). Саркома матки наблюдалась 3 раза (запущенные случаи); фибромы 8 разъ, въ послѣднихъ случаяхъ примѣнялись эрготинъ, выскабливаніе (2 раза); надвлагалищное отсѣченіе матки (1 разъ). Смѣщенія матки и влагалища и измѣненія просвѣта ихъ наблюдались 28 разъ. Больныхъ беременныхъ и родильницъ было 9 человекъ. Всего больныхъ было 230. Умерло 9,13%. Операций сдѣлано 110 съ 1 смертельнымъ исходомъ.

Н. Какушкинъ.

170. Р. Мелешко.—Случай ложной миксомы брюшины.— (Медиц. Обзор. 1896 № 15, стр. 204).

Больная 47 лѣтъ, около полугода замѣчаетъ ростъ живота. За это время два раза дѣлали проколъ живота. Въ полости живота свободная жидкость и подвижная опухоль. Безъ точнаго распознаванія сдѣлано чревосѣченіе, при чемъ оказалось, что вся брюшная полость выполнена желеобразными слизистыми массами, свободными и болѣе или менѣе плотно сидящими на брюшинѣ. По удаленіи этихъ массъ удалена многокамерная киста лѣваго яичника. Атрофированный яичникъ съ правой стороны также удаленъ. Выздоровленіе безъ реакціи. Ввиду того, что стѣнки кистъ легко рвались и были очень тонки, авторъ думаетъ что здѣсь начало страданія заключалось въ дегенеративномъ процессѣ этихъ стѣпокъ.

Н. Какушкинъ.

171. Женщ.-вр. Г. Кудишъ.—Отчетъ о дѣятельности родильнаго отдѣленія при лѣчебницѣ Общ. Кременчугскихъ врачей за 1894 и 1895 г.г.—(Отч. лѣчебницы, родильнаго отдѣленія, діагностическаго кабинета Общ. Кременчугскихъ врачей за 1894 и 1895 г.г. Кременчугъ 1896 стр. 57).

Всего оказана помощь 306 женщинамъ. Беременныхъ поступило, 81, выписалось до родовъ 14. Родовъ было 157 (изъ нихъ срочныхъ 130). Первородищихъ было 93. Въ 21 случаѣ родовъ отмѣчены неправильные тазы. Четыре раза наблюдалось поперечное положеніе плода (запущенные случаи, поворотъ съ хорошимъ исходомъ. Въ случаѣ предлежанія послѣда (единственнымъ) быстро вызвала раскрытіе шейки тампопация послѣдней іодоформной марлей; роды совершились произвольно. Наблюдался одинъ случай выпаденія ножки при головномъ предлежаніи. Въ одномъ случаѣ произошло задержаніе послѣдующей головки по причинѣ рубцового суженія влагалища. Въ случаѣ истиннаго узла авторъ считаетъ этотъ послѣдній причиною смерти плода. Три случая выкидыша она относитъ на счетъ перемежающейся лихорадки. Въ одномъ случаѣ пузырнаго заноса имѣлась поперечная перегородка влагалища. Дѣтей родилось за это время 158, изъ нихъ 8 мертвыми. Кромѣ беременныхъ, родильницъ (послѣднихъ было 5), въ отдѣленіи подавалась помощь и гинекологическимъ больнымъ (въ широкомъ смыслѣ), главнымъ образомъ съ кровотеченіями. Изъ операций наичаще дѣлалось выскабливаніе матки (95 разъ), единичные случаи приходится на долю отсѣченія

шейки, разсѣченія ея, удаленія мелкихъ новообразованій и проч. Смертныхъ случаевъ отъ послѣродовыхъ заболѣваній не было.

Н. Какушкинъ.

172. С. В. Петроковскій.—Случай неукротимой рвоты беременной.—(Труды общества кievскихъ врачей, изд. 1896, томъ I, вып. 4).

У беременной въ началѣ 2 мѣсяца рвота разъ 15 въ сутки.

Втеченіи 3 недѣль *argentum nitricum*, бромистый натръ, морфій подкожно оставались безъ результата. Послѣ выскабливанія полости матки рвота прекратилась. Въ виду сравнительной частоты смерти беременныхъ отъ неукротимой рвоты, а также въ виду недостаточности свѣдѣній о причинахъ болѣзни, а слѣдовательно и недостаточности предлагаемыхъ средствъ, авторъ думаетъ, что лишь только поставленъ діагнозъ неукротимой рвоты, не слѣдуетъ терять слишкомъ много времени на примѣненіе терапевтическихъ средствъ, а прибѣгать къ вѣрному и безопасному средству—производству выкидыша.

173. А. И. Ивановъ.—О лѣченіи послѣродовой горячки втираніями сѣрой ртутной мази:—(Труды общества кievскихъ врачей, изд. 1896, томъ I, вып. 4).

Меркуріальное леченіе послѣродовой горячки началось со времени *Hamilton'a* (1764 г.). Если принять въ соображеніе, что въ то время ртутное лѣченіе сопровождалось кровоизливаніями, рвотными, голодной діетой, поносами и стоматитами отъ самаго меркуріальнаго лѣченія, то станетъ понятнымъ, почему съ утвержденіемъ рационализма въ медицинѣ ртутное лѣченіе, примѣняемое только эмпирически, было оставлено. Но съ установленіемъ бактеріологическаго возрѣнія на сущность послѣродовой горячки антисептическія свойства ртути должны были обратить на себя вниманіе акушеровъ. Въ настоящее время *Winkkel* и *Kehrer*—главные представители меркуріальнаго леченія. *Winkkel* даетъ каждые 2 часа по 0,04 каломеля, втирая одновременно по 1,0 сѣрой ртутной мази въ животъ черезъ каждые 2 часа: лѣченіе это продолжается до появленія саливаціи, что обыкновенно, по его наблюденіямъ, происходитъ не ранѣе, какъ черезъ 8—10 дней; паденіе t^0 совпадаетъ съ появленіемъ саливаціи, воспаленіе прекращается, нагноеніе и смерть при этомъ лѣченіи—исключеніе (*Kehrer*). Чѣмъ раньше начинается меркуріальное лѣченіе тѣмъ лучше. При этомъ обязательно укрѣпляющее лѣченіе. Дѣй-

ствие ртути объясняется дезинфекцией крови и соков ткани, что дѣлаетъ почву негодною для развитія бактерий.

Примѣняя съ хорошими результатами втираніе сѣрой ртутной мази при острыхъ флегмонахъ, авторъ сталъ примѣнять это лечение и при послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Подъ его изслѣдѣніемъ были слѣдующіе случаи: 2 метрофлебита (піемія), острая септицемія, peritonitis; 4 послѣродовые пери-параметриты и 1 перипараметритъ не послѣродового происхожденія. Ссапсъ втиранія продолжался около часу (15,0), черезъ часъ втиралась вторично такая же порція, мѣсто, гдѣ втерта мазь, покрывалась ватой, поверхъ которыхъ накладывалась клеенка, а затѣмъ фланель, чѣмъ предотвращалось вдыханіе паровъ ртути. Больную переносили въ другую комнату, а первую вентилировали. Полосканіе рта бертолетовой солью, усиленное питаніе.

Выводъ изъ наблюденій; черезъ 10—12 часовъ послѣ втиранія 30,0 ртутной мази t° понижалась до нормы на 2—5 дпей.

При экссудатахъ достаточно было 2 втиранія, при піеміи 3—4, чтобы совершенно прекратилась лихорадка.

Экссудаты быстро всасывались, чему могъ способствовать и самый актъ втиранія, т. е. массажъ.

Послѣдовательныхъ сращеній матки съ сосѣдними органами не было; отравленія ртутью не было; нагноеній, метастазовъ, смерти не было.

Изъ существующихъ въ настоящее время трехъ методовъ леченія-выжидательнаго, сывороточнаго и меркуріальнаго авторъ отдастъ предпочтеніе послѣднему.

174. Э. М. Собѣстіанскій.—Семь чревосѣченій и два случая удаленія фиброміомъ черезъ влагалище.—(Протоколь засѣданія Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества, 1897, № 18).

3 случая касались яичниковыхъ кистъ, 3 маточныхъ фиброміомъ, 1 лапаротомія пробная по поводу фибромы брыжейки; изъ двухъ фиброміомъ, удаленныхъ чрезъ влагалище, въ одномъ случаѣ фиброміома матки была гангренофицированная.

175. Л. Н. Варнекъ.—Два случая операціи Doyen-Landau съ неблагопріятнымъ исходомъ.—(Врачебныя записки, 1897, № 8 и 9).

1 случай—salpyngoophoritis chronica, perisalpyngitis adhaesiva Въ виду полной безуспѣшности противовоспалительнаго лѣченія и настоятельныхъ просьбъ больной, черезъ влагалище удалены

матка и трубы; яичники были оставлены, въ виду невозможности удаленія ихъ вслѣдствіе сращеній; на каждую широкую связку наложено по два зажима. На 8 день послѣ операціи внезапно наступило маіакальное состояніе и признаки кишечно-влагалищной фистулы. По совѣту психіатра операція фистулы была отложена и больная переведена въ психіатрическую больницу. Фистула, вѣроятно, произошла отъ пролежня, обусловленнаго давлениемъ концевъ зажима на стѣнку кишки.

2 случай *metritis chronica, salpyngoophoriti chronica bilatellaris, perisalpyngitis et perioophoritis adhaesiva*. Обычное лѣченіе безуспѣшно. Влагалищное удаленіе матки съ придатками помощью зажимовъ. На 6 день операціи—явленія непроходимости кишекъ. Чревосѣченіе кончилось смертію черезъ сутки.

Авторомъ произведено 41 влагалищныхъ удаленій матки съ придатками лигатурнымъ способомъ и 44 операціи способомъ на зажимахъ; въ каждой изъ этихъ двухъ серій было по 2 смертельныхъ исхода. Сравнивая оба эти метода, авторъ рѣшительно высказывается за зажимы, а не за лигатуры.

176. В. О. Саваневскій.—Случай искусственныхъ преждевременныхъ родовъ при обще-сѣуженномъ тазѣ.—(Медицинское Обозрѣніе, 1897, Апрель).

8-мѣсячная беременность. Позвоночникъ въ грудной части—представляетъ кифозъ, въ поясничной части—сколиозъ; *venter prorepens*; обще-неравномерно-сѣуженный тазъ; с. в. 8 см. кашель, объективные признаки легочнаго заболѣванія; бѣлокъ въ мочѣ. Въ виду общаго состоянія больной и сѣуженнаго таза пришлось прибѣгнуть къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ. Назначены восходящія души *Кивина*, которые дѣлались каждые 3 часа, и t^0 ихъ достигала до 38^0 . Черезъ 11 часовъ родился ребенокъ. Больная выписалась изъ больницы съ явленіями верхушечнаго процесса въ легкихъ.

Спустя 2 недѣли она поступила вновь въ больницу, гдѣ и умерла чрезъ 11 дней отъ хроническаго парепхиматознаго нефрита.

Приведенный случай краснорѣчиво говоритъ за методъ *Ki-wisch'a* какъ средство, вызывающее не только раскрытіе маточной шейки, но и какъ могущественное средство для вызыванія маточныхъ сокращеній. Онъ въ описанномъ случаѣ вызвалъ быстрые и сравнительно легкіе роды. Способъ этотъ вполне безвредный, онъ не связанъ съ тѣми опасностями, которыя сопровождаютъ

введение тѣхъ или другихъ инородныхъ тѣлъ въ полость матки съ цѣлю вызвать маточныя сокращенія.

177. В. А. Либовъ.—Къ вопросу объ общемъ и мѣстномъ дѣйствіи грязевыхъ ваннъ (Тамбуканскаго озера) различной крѣпости при женскихъ болѣзняхъ.—(Врачъ, 1896, № 51).

Авторъ изучалъ вліяніе грязевыхъ ваннъ въ Желѣзноводскѣ и въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева на общее состояніе и мѣстные вышотные процессы половой сферы у женщинъ. Придя на основаніе сравнительныхъ наблюденій на Кавказѣ надъ дѣйствіемъ полныхъ ваннъ и полуваннъ къ тому заключенію, что полуванны, не разстраивая общаго состоянія, сильнѣе полныхъ дѣйствуютъ на мѣстныя пораженія, авторъ свои наблюденія велъ только надъ полуваннами, изслѣдуя вліяніе ихъ на температуру, пульсъ, кровяное давленіе, дыханіе, мышечную силу, осязательную чувствительность, окружность грудной клѣтки и ея розмаха, окружность конечностей, вѣсъ тѣла, суточное количество мочи, удѣльный вѣсъ ея, реакцію и количество хлоридовъ и, кромѣ того, на всасываніе тазовыхъ выпотовъ. Выводы.

1) Жидкія грязевыя ванны высокихъ температуръ (такой крѣпости, какая примѣняется въ Желѣзноводскѣ), по своему дѣйствію на указанныя отравленія и мѣстныя пораженія, приближаются къ дѣйствію соленыхъ ваннъ той же температуры;

2) ванны средней крѣпости занимаютъ и среднее мѣсто по своему физиологическому дѣйствію;

3) наибольшее лечебное и физиологическое дѣйствіе оказываютъ густыя грязевыя ванны.

Отсюда ясно, что тотъ видъ грязевыхъ ваннъ, который употребляется въ настоящее время въ Желѣзноводскѣ, можно, повидимому, безъ всякаго ущерба для больныхъ, замѣнить обыкновенными соляными ваннами. Если же и примѣнять въ столь богато надѣленной природою лѣчебной мѣстности грязелѣченіе, то, ради пользы больныхъ, слѣдуетъ примѣнять, во всякомъ случаѣ, не фантастическія разводныя ванны съ однимъ только намекомъ на грязь, а лишь густыя грязевыя. Р.

178. С. С. Холмогоровъ.—Прикрѣпленіе матки къ влагалищу и пузырю при ея опущеніи и наклоненіи и загибѣ назадъ.—(Врачъ, 1897, № 2).

Авторъ, разобравши оперативные способы, чревные и влагалищные, предложенные для укрѣпленія смѣщенной матки,

описывать произведенную имъ операцію рукавного укрѣпленія ретрофлексированной и опущенной матки, по способу *Duhrssen* а и *Mackenrodt* а, съ видоизмѣненіемъ *Wendeler* 'а, предложившаго пришивать матку на 2 см. ниже дна ея. P.

179. И. М. Львовъ.—Кесарское сѣченіе при безъ условномъ суженіи таза, съ благоприятнымъ исходомъ для матери и плода.—(Врачъ, 1897, № 2).

Размѣры таза: D. tr. 27, D. cr. 26, D. sp. 23, Conjugata ext. 13 съ небольшимъ, Conj. diag. около 7,5; мысь сильно выдается въ полость малаго таза, хорошо выраженъ также и второй мысь; тазъ непропорціоналенъ,—правая половина меньше лѣвой. Первые роды наступили нѣсколько преждевременно, кончены краниотоміей съ послѣдующей краниоклизіей. При второй беремености опредѣлено косое положеніе плода. Принимая во вниманіе безусловное суженіе таза съ conj. vera около 5, а равно и то, что первые роды недоношеннымъ мертвымъ плодомъ едва были окончены чрезъ естественные пути, съ согласія больной и ея мужа произведено кесарское сѣченіе. Въ разрѣзъ матки попалъ послѣдъ, но кровотеченіе не было сильное. Маточные швы наложены въ 2 этажа: сывороточно—мышечные и сывороточные, по 8. На 24 день больная выписалась, совершенно поправившись и даже поздоровѣвъ, со здоровымъ ребенкомъ. P.

180. Проф. А. И. Лебедевъ.—Перелойное заболѣваніе женскихъ половыхъ частей и его вліяніе на отправленіе этихъ органовъ и общее состояніе больныхъ.—(Врачъ; 1897, № 3).

Статья представляетъ сводъ свѣдѣній, имѣющихся въ настоящее время въ литературѣ по затронутому вопросу.

Пути зараженія: coitus, совмѣстное спавіе больной женщины со здоровою; употребленіе одной и той-же губки для подмыванія больной и здоровой: вульвовагинитъ новорожденныхъ отъ родовыхъ путей матери.

Влагалище, покрытое многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, мѣсто воспримчиво къ перелойной заразѣ, чѣмъ остальные части полового прибора, покрытыя цилиндрическимъ эпителиемъ; по частотѣ зараженія отдѣльные части полового аппарата идутъ въ слѣдующемъ нисходящемъ порядкѣ: мочеиспускательный каналъ, маточная шейка, полость матки, влагалище, бартолиныя железы, трубы, наружныя половыя части. Частота заболѣва-

ній на основаніі бактеріологическаго изслѣдованія, единственно вѣрнаго діагностическаго критерія, — 10,5% — 28,8% (на 100 беременных).

Перелой у женщинъ бываетъ въ двухъ видахъ — остромъ и хроническомъ, причемъ хроническій бываетъ или послѣдовательный, или первичный; первичный хроническій развивается отъ хроническаго же (педолѣченнаго) перелоя мужчины. Обострѣніе хроническаго заболѣванія можетъ происходить подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ условій, каковы: простуда, чрезмѣрное физическое утомленіе, повторный coitus, сильное душевное волненіе, родовой актъ и пр. Повременамъ обостряясь, хроническій перелой, поражая всѣ части полового аппарата, вноситъ самыя глубокія, почти неподдающіяся излѣченію какъ мѣстныя, такъ и общія разстройства въ организмъ женщины, вплоть до перелойнаго заболѣванія плейры, сочлененій, соединительной ткани и внутрисердѣя.

Исходы остраго перелоя внутреннихъ половыхъ органовъ бываютъ троякаго рода: 1) въ рѣдкихъ случаяхъ полное разрѣшеніе, при чемъ заболѣвшія трубы и яичники скоро возвращаются къ нормѣ; 2) въ иныхъ случаяхъ скопившійся въ трубѣ гной прокладываетъ себѣ путь наружу или въ окружающія части, — возврата заболѣвшихъ органовъ къ нормѣ ожидать трудно; 3) переходъ въ хроническое, тянущееся многими годами, состояніе.

Для распознаванія остраго перелоя достаточно однихъ клиническихъ признаковъ, въ рѣдкихъ случаяхъ нуженъ микроскопъ; распознаваніе хроническаго (скрытаго) перелоя много труднѣе, требуетъ какъ совокупности клиническихъ признаковъ, такъ и бактеріологическаго изслѣдованія. Почти какъ правило можно было бы выставить слѣдующее положеніе: хотя бы при изслѣдованіи женщины, не бывшей беременною, мы и не нашли у нея никакихъ признаковъ перелойнаго зараженія наружныхъ половыхъ частей и влагалища, однако, если у нея имѣются эндометритъ и сальпинго-оофоритъ, то почти безошибочно можно считать ихъ перелойными, даже и при отрицательныхъ данныхъ бактеріологическаго изслѣдованія; дѣнекокковаго свойства названнаго заболѣванія бываютъ только послѣ родовъ, выкидыша, или нечисто произведенныхъ операцій, т. е. при такихъ условіяхъ, которыя можно выяснитъ вполне изъ анамнеза.

Предупредительныя мѣры: 1) врачебно-полицейскій надзоръ за проституціей; 2) распространеніе народнаго образованія, вообще, и въ частности широкое ознакомленіе мужской молодежи

посредствомъ популярныхъ брошюръ съ вредными послѣдствіями перелоя и съ мѣрами личнаго предохраненія отъ него; 3) желательна законодательная мѣра, устанавливающая обязательство для каждаго жениха представлять, рядомъ съ другими брачными документами, и врачебное свидѣтельство о своемъ специальномъ здоровьи.

Леченіе: кромѣ мѣстнаго, очень важно въ хроническихъ случаяхъ общее лѣченіе, при чемъ климато-бальнеотерапія принадлежитъ главное мѣсто.

Р.

181. Г. Суровцовъ.—Къ казуистикѣ беременности и родовъ при порочномъ развитіи половыхъ частей. (Двуполостная матка. Раздѣленное влагалище. Цѣлость дѣвственной плевы).—(Врачъ, 1897, № 3).

32 лѣтняя, страдающая падучей, первородящая. Двуполостная матка. Раздѣленное влагалище. Coitus совершенъ однажды, безъ нарушенія дѣвственной плевы. Беременность въ лѣвой маткѣ. При опущеніи головки перегородка во влагалищѣ вверху порвалась, такъ, что можно было изъ одной половины влагалища провести въ другую крючкообразно согнутый палецъ. Большой родничекъ—справа подъ лоннымъ соединеніемъ; малый—слѣва, у крестцово—подвздошнаго сочлененія. По мѣрѣ опущенія головки разорвалась и оставшаяся еще часть перегородки. Головка прорѣзалась въ заднемъ видѣ 1-го затылочнаго положенія, плечики въ правомъ косомъ. Разрывъ промежности. Перегородка во влагалищѣ, очевидно, препятствовала головкѣ совершить внутренний поворотъ. Въ силу неправильнаго прорѣзыванія явилось и больше шансовъ на разрывъ промежности. Роды, въ общемъ, прошли вполне благополучно, и препятствій для родовъ со стороны неправильно развитыхъ половыхъ частей не было. Выводъ: въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ перегородка не толста, можно доставить подлежащей части рвать перегородку рукава безъ всякихъ отъ того дурныхъ послѣдствій; при толстой-же перегородкѣ пужно оперативное вмѣшательство.

182. А. И. Орловъ.—Случай кольцевиднаго суженія рукава въ нижней трети его послѣ родовъ.—(Врачъ, 1897, № 5 и 7).

Представивъ по литературнымъ даннымъ очеркъ ученія о суженіи влагалища, авторъ описываетъ свой случай кольцевиднаго суженія влагалища въ нижней его трети послѣродоваго

происхождения. Предпринятая для удаления рубца операція состояла въ слѣдующемъ: предварительно было сдѣлано два боковыхъ глубокихъ надрѣза рубца и затѣмъ уже вырѣзанъ рубецъ; эти боковые надрѣзы, стянувъ въ продольномъ направленіи полученные ромбы, позволили увеличить окружность окровавленной поверхности и тѣмъ самымъ возстановить просвѣтъ рукава до нормальныхъ размѣровъ. На раненную поверхность наложено 12 шелковыхъ швовъ; во избѣжаніе новаго суженія, раненная поверхность зашивалась такъ, что прежде всего были наложены швы на боковые ромбы именно по продольной оси ромбовъ; стягиваніемъ ихъ въ такомъ направленіи было достигнуто удлиненіе окружности окровавленной поверхности на мѣстѣ рубца; далѣе, были наложены швы на переднюю и заднюю стѣнку влагалища, такъ что выпялевавшія части притянуты къ соответственнымъ нижележащимъ; въ результатѣ получилось незначительное укороченіе рукава, равное приблизительно ширинѣ рубца, а просвѣтъ влагалища восстановленъ почти до нормы. Черезъ 3 недѣли больная выписана, при чемъ на мѣстѣ бывшаго рубца имѣлся тонкій розоватый линейный рубчикъ, соответствовавшій соединенію швами верхняго края съ нижнимъ.

Р.

183. С. С. Холмогоровъ.—Задачи акушерскаго преподаванія.—(Врачъ, 1897, № 9).

Въ статьѣ, представляющей лекціи, читанную при открытіи курсовъ по акушерству для врачей въ родильномъ пріютѣ Голицынской больницы въ Москвѣ, авторъ развиваетъ мысль, что въ дѣлѣ изученія оперативнаго акушерства важно не столько обращать вниманіе на усвоеніе оперативной техники, сколько на умѣніе ставить показанія къ оперативному вмѣшательству; вторая часть статьи посвящена главнымъ образомъ доказательству необходимости совершенствоваться въ наружномъ акушерскомъ изслѣдованіи, при чемъ здѣсь-же кратко описываются приемы этого изслѣдованія.

Р.

184. В. А. Фраткинъ.—Къ казуистикѣ разрушающаго пузырнаго заноса (*mola hydatitosa destruens*).—(Врачъ, 1897, № 12).

Пузырный заносъ (*mola hydatitosa, vesiculosa, muxoma chorii multiplex*), какъ извѣстно, представляетъ перерожденіе ворсинистой оболочки. Если теченіи первыхъ 2—3 мѣсяцевъ беременности

перерожденное яйцо будетъ изгнано, то получается мѣшокъ, при вскрытіи котораго находятъ кучки пузырей. Если же беременность не прерывается, то перерожденные ворсинки прорастаютъ отпадающую оболочку, врастаютъ въ мышечную ткань матки, въ ея вены, а въ исключительныхъ случаяхъ могутъ прорости и насквозь, давая смерть отъ кровотечения или гнилостнаго воспаления брюшины (*mola hydatitosa destruens*). Тоже самое можетъ, произойти, если послѣ отхожденія перерожденнаго яйца осталась на маточной стѣнкѣ часть перерожденныхъ ворсинокъ; если часть даже и нормальныхъ ворсинокъ, оставаясь въ маткѣ, при благоприятныхъ условіяхъ питанія, можетъ жить и расти, то тѣмъ болѣе это возможно для пузырчато перерожденныхъ, составляющихъ, такъ сказать, часть опухоли; если перерожденная ворсина выдвинулась въ вену или въ пазуху мышечной ткани матки, при чемъ этотъ, хотя бы и крайне небольшой участокъ мышечной ткани не сократился, такъ что притокъ крови продолжается, то подобная ворсина, находясь въ благоприятныхъ условіяхъ питанія, будетъ расти, давать новые отрѣзки и вмѣстѣ съ тѣмъ произвести дальнѣйшее разрушеніе маточной ткани,—словомъ, получится разрушающій заносъ, но только частичный.

Въ описанномъ авторомъ случаѣ у больной произошелъ выкидышъ пузырьнымъ заносомъ; при послѣдующемъ изслѣдованіи полости матки оказалось, что передняя стѣнка и дно, особенно слѣва, шереховата, но подозрительныхъ частей не найдено. Въ послѣвыкидышномъ періодѣ t^0 доходила до 40^0 со знобомъ и ночными потами. Такъ какъ явленія съ стороны половой сферы были ничтожны, то явилось подозрѣніе, что суть дѣла въ пораженіи легкихъ, т. е. втеченіи выкидыша внезапно появился кашель съ кровавой мокротой. Но вскорѣ t^0 уняла, кашель сталъ проходить и больная совсѣмъ поправилась. Однако черезъ мѣсяць съ небольшимъ тѣже легочныя явленія опять повторились; при гинекологическомъ же изслѣдованіи—матка мягка, тѣстовата, значительно увеличена, точно беременная, крайне чувствительна; при изслѣдованіи вышла въ небольшомъ количествѣ темная кровь. Предположено, что осталась часть заноса, пузыри котораго, быть можетъ, продолжаютъ разрушать ткань матки. Выскабливаніе: ложка почала слѣва, у рога матки въ небольшое рыхлое углубленіе, при чемъ получилось довольно сильное кровотеченіе и вмѣстѣ со сгусткомъ выскочилъ клубокъ пузырей. Въ тотъ же день t^0 пришла въ норму и не повысилась ни разу, скоро прошелъ и кашель.

Интересъ случая: 1) размноженіе пузырей изъ оставшагося въ стѣнкѣ матки небольшого пузыря повело теченію 1½ мѣсяца къ частичному разрушенію матки, до образованія полости, поэтому данный заносъ и можно причислить къ разрушающимъ; 2) кашель, развившійся вдругъ въ теченіи выкидыша: здѣсь можно предположить эмболию очень маленькимъ пузырькомъ, занесеннымъ изъ матки. (Что элементы ворсинъ гигантскія кѣтки попадаютъ въ волосникихъ легкихъ, доказано изслѣдованіями Schmorl'я; затѣмъ при саркомѣ ворсистой оболочки, какъ послѣдствіи пузырьнаго заноса, найдены были переносы въ легкихъ; словомъ, занесеніе единичныхъ пузырьковъ потокомъ крови въ легкія при пузырьномъ заносѣ вещь возможная, причемъ, вѣроятно, занесеніе въ легкія доброкачественныхъ пузырьчатыхъ ворсинъ ограничивается эмболией, занесеніе-же злокачественныхъ можетъ вызвать развитіе злокачественной опухоли. *P.*

185. С. С. Холмогоровъ.—Разрывъ лоннаго сочлененія во время родовъ.—(Врачъ, 1897, № 12).

Первородящая 38 лѣтъ. Conj. ext. 18, conj. diag. 11½, cristae 26, spinae 24, trochant. 32. Задній видъ затылочнаго положенія. При извлеченіи головки щипцами въ моментъ подъема рукоятки вверхъ, при чемъ не было употреблено никакого сколько-нибудь значительнаго усилія, послышался трескъ. Оказалось: концы костей лоннаго соединенія разошлись на 3½ сан., разрывъ слизистой оболочки входа во влагалище ниже похотника и расщепленіе мочеиспускательнаго канала по средней линіи спереди. (Какъ извѣстно, механизмъ происхожденія разрыва лоннаго сочлененія состоитъ въ томъ, что головка подъ вліяніемъ схватокъ, или, что чаще, влекомая щипцами, вступая подъ лонную дугу лоннаго сочлененія, дѣйствуетъ на нее снизу, какъ клинъ, и раздвигаетъ ее; при этомъ лонное сочлененіе, не выдержавъ давленія, уступаетъ ему, и получается разломъ). Разлома того или другого крестцово-подвздошнаго сочлененія,—что такъ часто бываетъ при разрывѣ лоннаго сочлененія,—не найдено. (По изслѣдованіямъ *Е. Б. Диманта*, разрывъ того или другого крестцово-подвздошнаго сочлененія начинается въ мертвыхъ послѣродовыхъ тазакъ послѣ разъединенія концовъ костей лоннаго сочлененія на 6—7 сан.). Разорванныя мягкія части шиты. На тазъ наложена повязка изъ полотнянаго бинта, проходившая подъ гребнями подвздошныхъ костей. Повязку эту пришлось снять чрезъ 15 дней, вслѣдствіе появленія пролежней.

Костпато сращения не получилось, но концы костей спаялись плотной соединительной тканью, которая со временем дѣлалась, очевидно, все крѣпче и крѣпче, такъ, что шаткая походка, бывшая въ первое время послѣ вставанія, уже черезъ нѣсколько мѣсяцевъ стала совершенно нормальной. Поврежденія мягкихъ частей также не оставили послѣ себя замѣтныхъ слѣдовъ.

Въ статьѣ приведены относящіяся къ вопросу о разрывѣ лоннаго сочлененія во время родовъ литературныя данныя.

Н. Рачинскій.

186. Г. М. Фукеъ.—Къ вопросу о леченіи безплодія.—(Протоколы и труды общества херсонскихъ врачей, 1895—96 г. Изд. 1897).

Разобравъ причинную связь между безплодіемъ и ante flexio uteri (uterus infantilis?), авторъ предлагаетъ пессарій тоже при безплодіи вслѣдствіе ante flexio, и приводитъ три случая, гдѣ безплодныя больныя съ ante flexio uteri послѣ примѣненія пессарія забеременѣли. Впрочемъ, теоретическія соображенія автора по поводу пригодности пессарія Годже при ante flexio uteri не вполне убѣдительны. Вотъ эти соображенія автора: по мимо того, что пессарій ставитъ *portionem vaginalem uteri* на физиологическое ея мѣсто, онъ, производя постоянное давленіе сзади напередъ въ области внутренняго зѣва, способствуетъ увеличенію передняго угла (?), а тѣмъ самымъ облегчаетъ кровообращеніе во всей маткѣ слѣдовательно, такой хорошо прилаженный пессарій можетъ облегчить и дисменоррею; наконецъ, въ виду, того, что при патологической ante flexio uteri крестцово-маточныя связки укорочены, пессарій Годже, отклоняя *corpus uteri* нѣсколько впереди, нѣсколько натягиваетъ эти связки, т. е. поддерживаетъ ихъ тонусъ, слѣдовательно, дѣйствуетъ нѣкоторымъ образомъ подобно массажу (?) особенно если принять во вниманіе періодическія наводненія мочевого пузыря и прямой кишки.

187. С. Д. Тотешъ.—*Colporrhexis sub partu*.—(Протоколы и труды общества херсонскихъ врачей, 1895—96, изд. 1897).

Въ больницу поступила роженица съ отошедшими 2 дня назадъ водами. Рожаетъ 9 разъ. Принявшій больную врачъ, излѣдуя ее чрезъ влагалище, замѣтилъ, что весь просвѣтъ послѣдняго занятъ опухолью головы плода; войдя глубже рукою, онъ нащупалъ ясно контуры головки, которая лежала надъ входомъ въ тазъ; на одномъ почти уровнѣ съ головкой, сзади отъ нея распо-

лагались и ножки, за одну из которых и былъ извлеченъ матерированный съ запахомъ плодъ; сейчасъ же былъ извлеченъ и послѣдъ, вслѣдъ зачѣмъ полилась ихорозная жидкость. Оперировавшій врачъ совершенно не могъ ошупать при изслѣдованіи маточнаго зѣва и извлекъ плодъ, по его словамъ, изъ брюшной полости. (Какія были данныя предполагать, что плодъ былъ въ брюшной полости, а не въ маткѣ?) Попытки изслѣдованія въ послѣдующіе дни черезъ влагалище, вслѣдствіе сильной болѣзненности остались безъ результата. Черезъ 3 дня больная скончалась при явленіяхъ перитонита. Вскрытіе показало, что матка была оторвана отъ лѣваго, передняго и частью праваго свода и держалась только на заднемъ и половинѣ праваго свода.

Авторъ предполагаетъ, что отрывъ матки отъ сводовъ произошелъ не во время операціи, а до нея. (Но при поступленіи роженицы въ больницу 7 марта отмѣчено только: „роженица 5 марта утромъ отправилась на дневную работу, въ 4 ч. дня почувствовала родовыя боли и вернулась домой; въ 12 ч. почти пошли воды, вскорѣ по отхожденіи которыхъ боли совершенно прошли и больше уже не появлялись; присутствующая бабка, по словамъ роженицы, никакихъ манипуляцій для ускоренія родовъ не предпринимала; затянувшіеся такимъ образомъ роды заставили роженицу поступить въ больницу“. Пить ни болѣе, ни явлений шока, ни кровотеченія, словомъ, никакихъ указаній на то, что произошелъ разрывъ родового канала и плодъ попалъ въ брюшную полость. Поступить въ больницу заставили больную только затянувшіеся роды.

Статья дополнена указаніями на причины происхожденія разрывовъ матки и влагалища, явленія, сопровождающія эти разрывы, ихъ исходы, частоту и терапію.

188. И. К. Юрасовскій.— Судебно-медицинскій случай выпаденія слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала.— (Вѣстникъ общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1897, апрѣль).

Автору были доставлена для судебно-медицинскаго изслѣдованія, по поводу заявленія о растлѣніи, 6-лѣтняя дѣвочка, дочь поденьницы. Дѣвочка жалуется на боли въ животѣ, имѣется кровоотдѣленіе изъ половыхъ частей. Между большими губами замѣтно тѣло въ гредкій орѣхъ, краснофіолетоваго цвѣта, кровоточащее, болѣзненное; клиторъ, отверстіе мочеиспускательнаго канала, малыя губы, входъ во влагалище и дѣвственная плева

изъ за этого тѣла не видны. При осмотрѣ 3 дня спустя оказалось: кровотеченіе меньше, опухоль уменьшилась, но еще закрываетъ входъ во влагалище и дѣвственную плеву.

При новомъ осмотрѣ черезъ 2 недѣли оказалось, подъ клиторомъ, соотвѣтственно отверстію мочеиспускательнаго канала, замѣчаются двѣ выступающія впереди и книзу складки, образующія овалъ величиною немного меньше лѣсного орѣха; цвѣтъ этихъ складокъ ярко-красный, поверхность гладкая, не кровоточащая; дѣвственная плева ненарушенная, полулунной формы, перасширенная; съ гладкимъ и острымъ свободнымъ краемъ; черезъ отверстіе дѣвственной плевы видна часть нормальныхъ стѣнокъ влагалища; входъ во влагалище слѣдовъ поврежденій не имѣетъ. Слѣдовъ попытокъ къ растлѣнію нѣтъ, имѣется только выпаденіе слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала. Въ дальнѣйшемъ авторъ резюмируетъ данныя, имѣющіяся въ литературѣ по вопросу о выпаденіи слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала и въ заключеніе высказываетъ слѣдующее.

Мысль объ изнасилованіи при остромъ заболѣваніи, сопровождающемся кровотеченіемъ, вполне естественно, если заболѣваніе это является у маленькихъ дѣвочекъ изъ простонародья: кровотеченіе изъ половыхъ органовъ дѣвочки, растущей почти безъ призора и до того времени совершенно здоровой, невольно наводитъ окружающихъ на подозрѣніе объ изнасилованіи. Настойчивые распросы, высказываемые подчасъ въ формѣ предположеній, сопровождающіеся иногда угрозамъ и даже побоями, могутъ создать въ головѣ ребенка цѣлую связную картину преступленія, которую онъ съ легкимъ сердцемъ описываетъ даже слѣдователю. Распознаваніе же характера страданія, преимущественно во время кровотеченія, можетъ быть трудно. Не всегда врачъ—экспертъ располагаетъ возможностью производить повторныя изслѣдованія, не всегда и не вездѣ можно консультировать или даже собрать нужныя литературныя справки. Способъ наиболѣе рекомендуемый для распознаванія выпаденія слизистой оболочки уретры „исканіе наружнаго отверстія уретры“ врядъ ли удобенъ въ случаяхъ, гдѣ ребенокъ безпокоенъ и гдѣ каждая ссадина и царапина можетъ имѣть роковое значеніе для обвиняемаго. Вотъ почему званіе этой формы заболѣванія, всецѣло относящейся къ гинекологіи, важно также и для судебныхъ врачей.

189. Н. Кирилловъ.—Объ акушерствѣ у Забайкальскихъ инородцевъ въ связи съ нѣкоторыми особенностями ихъ быта.—(Вѣстникъ общественной гигиены, судебной и практической медицины, 1897, апрѣль).

Авторъ описываетъ бурятъ и тунгусовъ. Половая жизнь бурятки начинается 13½ лѣтъ. Во время *menstrua* и *lochia* онѣ подвизываютъ куски войлока. Послѣ мѣсячнаго и по истеченіи 3 недѣль послѣ родовъ онѣ очищаютъ себя при помощи окуриванія травой *artemisia sacrorum* или *galium verum*; богатыя же употребляютъ для этой цѣли смѣсь шести ароматическихъ веществъ: шафранъ, гвоздика, мускатный орѣхъ, корица, кардамонъ, кипарисъ. Забеременѣваютъ бурятки обыкновенно послѣ двадцати лѣтъ, хотя начинаютъ брачную жизнь весьма рано. Роженицу кладутъ на кучку *сухого* навоза—мелко испорошкованнаго овечьяго или коровьяго помѣта; лишь у богатыхъ сверхъ сего кладутъ небольшой мягкій войлокъ, вообще же, навозъ считаютъ гигроскопической подкладкой, легко всасывающей въ себя всякую „сырость“ и предотвращающую разложенію органическихъ жидкостей. Актъ родовъ проводится обыкновенно на спинѣ.

Если роды замедляются, то не довольствуются растираніемъ живота коровьимъ масломъ (круговыми медленными поглаживаниями ладонями, при чемъ стараются слегка „направить“, младенца, надавить его за бочка „книзу“), а начинаютъ подкуривать и поить лекарствами. Исходя изъ положенія, что матка любитъ пріятный запахъ и отвращается отъ зловонія стараются „душистыми“ лекарствами, даваемыми внутрь, погнать ее сверху внизъ, а въ тоже время пріятнымъ дымомъ снизу „приманиваютъ“ матку спуститься къ выходу. Съ этою цѣлью внутрь даютъ лить стебли съ цвѣтами *Ballota*. Окуриваютъ же, запахнувъ стоящую роженицу шубою, посыпая на угли мелкой пихтой, можжевельникомъ, богородской травой и. т. п. Вообще въ трудныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ пособію ламъ, которые начинаютъ съ молитвъ. Если же роженица ослабѣваетъ или схватки безуспѣшно продолжаются болѣе 12 часовъ, прибѣгаютъ къ лѣченію. Массажистки—старушки изъ бурятокъ (баряпи), рѣже мужчины—массажисты (барячины) усиливаютъ свои манипуляціи, часто изслѣдуютъ пальцемъ влагалище, смазываютъ половую щель собственнымъ каломъ роженицы съ цѣлью „смягченія“ родовыхъ путей. Лишь во выдѣленіи дѣтскаго мѣста перевязываютъ пуповину „сургусуномъ“ (сушеной жилой животныхъ—нашимъ „необезпложеннымъ“ кэтрутомъ) или конопляной ниткой. Подъ родильницей

у болѣе состоятельныхъ сейчасъ же мѣняютъ навозную настилку, а у бѣдныхъ убираютъ лишь черезъ 3 дня вмѣстѣ съ дѣтскимъ мѣстомъ; эти отбросы зарываютъ въ землю. Родильница ради отправления естественныхъ надобностей въ первый же день родовъ выходитъ изъ юрты, у малосостоятельныхъ не отдыхаетъ даже и трехъ дней, а принимается за неотложную работу. Въ пищѣ для родильницы обыкновенно не бываетъ ограничений, за исключеніемъ случаевъ особой слабости или какихъ-либо заболѣваній. При задержкѣ послѣродового очищенія даютъ кислотатыя лекарства на чистой дѣтской мочѣ, при mastitis жгутъ изюбринный рогъ и даютъ пить золу съ виномъ, а затвердѣвшія грудныя железы очерчиваютъ цѣлымъ рогомъ; при „головной боли“ поятъ осолодкой; при общей слабости даютъ крѣпкій „костяной супъ“. Вообще, уходъ за роженицами и родильницами весьма несложенъ: опѣ не знаютъ не только ванны, бани, но даже и не подымаются; скорѣе забота направлена на поддержаніе сухости наружныхъ половыхъ органовъ, хотя ради этого не осѣждается ни постель, ни одежда; лишь изрѣдка совершается обтираніе кускомъ войлока и подкуриваніе.

Кормятъ дѣтей грудью бурятки до 4 или 5-лѣтняго возраста по ихъ счету (поворожденному считается сразу второй годъ; за первый годъ принимается періодъ утробной жизни).

У тугусовъ (орочанъ) акушерство еще болѣе примитивно чѣмъ у бурятъ.

Крайняя сухость континентальнаго климата, усиленная вентиляція, благодаря почти неугасающему очагу у инородца, проницаемость для вѣтра и періодическая разборка юрты при кочеваніи—все это ограничиваетъ инфекцію. Съ переходомъ изъ сильно вентилируемой юрты въ крестьянскую избу съ постояннымъ громаднымъ процентомъ влажности, инфекціонныя болѣзни должны усилиться, слѣдовательно, при переходѣ къ осѣдлости инородцамъ слѣдуетъ привить новые принципы опрятности.

Н. Рачинскій.

КОРРЕСПОНДЕНЦІИ.

I.

A Monsieur le prof. Dmitri de Ott à St. Petersbourg

Moscou le 1-er Sept. 1897.

Mon cher ami,

Il'est, à mon avis, fort regrettable qu'aucun de ceux qui en avaient le devoir, n'a pas, dans deux circonstances solennelles à St. Petersbourg, pris la parole au nom des médecins étrangers pour remercier non seulement les municipalités et les médecins de Moscou et de St. Petersbourg, mais la nation russe toute entière pour l'accueil plus qu'amical, fraternel, que nous médecins étrangers, nous avons reçu partout dans votre noble patrie. C'est pour remplir cette lacune que je me permets avant de quitter la Russie, de vous adresser en mon nom et au nom des médecins italiens, dont je suis sûr d'interpréter en ce moment les sentiments, cette lettre et vous témoigner l'expression de notre plus vive gratitude pour tout ce que les confrères russes ont fait pour nous.

Et puisque je m'y trouve je suis très heureux de l'occasions pour vous dire combien de charme nous a offert votre intéressant pays. Pour beaucoup de nous la Russie a été une véritable révélation. Ce n'est pas que nous ne la connaissions pas au point de vue scientifique, car tout le monde connaît fort bien les remarquables travaux que vous tous publicz. Mais le peysage, les coutumes, les monuments de vos anciennes villes telles que Kiew, Moscou, etc, nous étaient à peu près inconnus. En entreprenant un long voyage en Russie on a certainement,

il faut l'avouer, des craintes, indéfinissables, si vous voulez, de toute espèce; mais toute crainte s'évanouit dès que l'on gravit le sol russe. Et je vous dirai que ces plaines immenses dont les horizons sont sans bornes infini, les chants religieux du peuple à l'harmonie mélancolique et plain de mysticisme, l'hospitalité russe où l'on vous accueille en vous embrassant et en vous admettant au foyer de la famille sont tous des choses charmantes qui causent la plus vive émotion et font naître le vif désir de revoir ce pays mystérieux pour moi jusqu'à présent.

L'émotion pour moi a été très vive lorsque j'entendais continuellement crier à mes oreilles « *Viva l'Italia* » et quand tout le monde savant me parlait en italien en termes émus et impromptus à la plus vive sympathie pour « *la bella Italia* ». Ce n'est pas tout. J'ai eu l'honneur d'être présenté à Leurs Altesses le Grand Duc et la grande Duchesse Serge et tout les deux ils m'ont parlé de l'Italie, de nos souverains et surtout de notre Princesse de Naples avec une véritable grâce. J'ai eu aussi l'honneur, Vous le savez, d'être hôte en chemin de fer, de Son Altesse le Grand Duc Pierre--beaufrère de notre Princesse de Naples, et vous avez entendu en quels termes il me parlait, pendant le thé, de l'Italie. J'ai vu honorer avec plaisir d'une façon unique par l'enthousiasme populaire un de mes savants compatriotes le prof. Lombroso.

Eh bien! mon cher ami, tout cela ne peut pas être l'effet du hasard ou de la simple courtoisie des princes, des confrères aimables et du peuple, mais certainement l'expression de sentiments affectueux pour ma chère patrie. Je dois dire, même à ce propos, que je remercie d'une façon spéciale la noble nation russe, qui rend hommage affectueux au nom d'Italie. Je vous prie donc, mon cher ami, de vouloir bien vous rendre auprès de tous vos compatriotes l'interprète le plus fidèle de nos sentiments de reconnaissance. Pour mon compte personnel, je suis ravi mon cher ami, de mon voyage en Russie, puisqu'on m'a fêté d'une façon dont je n'aurais jamais cru d'être digne. L'impression donc que je raporte chez moi est immense et des plus belles.

Je me suis convaincu *de visu* que vous avez les plus

belles institutions sanitaires et hospitalières; comme p. e. *l'Institut Impérial clinique d'accouchements* et celui de la *Grande Duchesse Hélène Pavlovna*; vous possédez des institutions scientifiques comme il n'en a nullepart-exemple noble et touchant *l'Institut de médecine expérimentale* dû à la prodigalité intelligente de Son Altesse le Prince Alexandre Petrovitch d'Oldenbourg. Honneur à Lui et la Duchesse d'Oldenbourg. Je me suis persuadé que le progrès réalisé chez vous dans toutes les branches de commerce et de la science, surtout en médecine, est énorme et je ne crains pas de dire que en fait de science la Russie n'est nullement seconde aux autres nations.

La civilisation occidentale y marche aussi à grands pas. Et vous avez bien fait d'ouvrir les portes du pays aux savants du monde entier au moyen de plusieurs Congrès pour la faire connaître de près; car en connaissant la Russie on doit l'aimer. C'est ma ferme conviction.

Enfin, recevez vous, mon cher ami, l'expression de mes meilleurs sentiments pour tout ce que vous avez personnellement fait pour moi, en m'accablant, permettez moi l'expression, de la plus aimable et affectueuse hospitalité.

En vous serrant la main je ne vous dis pas adieu, mais au revoir, car je viendrai pour visiter de nouveau avec calme votre beau et très intéressant pays.

Viva la Russie!

Bien cordiellement à vous

Prof. La Torre de Rome.

P. S. Vous m'obligerez infiniment, en donnant publicité à cette lettre.

II.

Случай тяжелыхъ przypadковъ при эндометритѣ шейки съ разрывомъ ея. Излѣчение оперативнымъ путемъ.

(Изъ Юрьевской заводской больницы).

О вліяніи страданій половой сферы на различныя системы организма путемъ передачи раздраженій много уже говорено и писано. Но исчерпать эту тему въ виду тѣхъ затрудненій при діагнозѣ, которыя иногда представляются, въ настоящее время невозможно. И не говорю о тѣхъ болѣе или менѣе обычныхъ явленіяхъ со стороны различныхъ органовъ, которыя стали достояніемъ учебниковъ по гинекологіи. Случается встрѣтить такой симптомокомплексъ, который особенно при наличности страданія и другихъ органовъ, кромѣ половыхъ, заставляетъ призадуматься о зависимости его и причинѣ. Въ этомъ отношеніи даетъ много интереснаго страданіе шейки матки, соединенное съ разрывомъ ея. Къ сожалѣнію за послѣднее время по этому предмету вѣтъ сообщеній. Между тѣмъ въ этой области даже не все установлено и выключено изъ числа спорныхъ вопросовъ. Такъ напримѣръ, проф. *Славянский* держится слѣдующаго взгляда по вопросу о зависимости между разрывомъ шейки и катарромъ ея: «присутствіе надрывовъ шейки матки и обуславливаемый ими выворотъ первикальнаго капала пельза не считать однимъ изъ весьма важныхъ и частыхъ этиологическихъ моментовъ въ развитіи первикальнаго эндометрита». ¹⁾ *Мартинъ* же выражается такъ: «разрывы шейки во всякомъ случаѣ сами по себѣ не безусловно должны вести къ тяжкимъ разстройствамъ, и какъ развитіе ихъ можетъ не сопровождаться никакими симптомами, такъ и въ дальнѣйшемъ они могутъ оставаться совершенно безъ всякаго вліянія. Но если между тѣмъ вслѣдствіе какихъ нибудь другихъ причинъ развиваются катарры, хроническіе метриты и явленія раздраженія въ слизистой оболочкѣ и тазовомъ днѣ, то эти разрывы маточной шейки способствуютъ весьма быстрому распространѣнію названныхъ заболѣваній и могутъ вслѣдствіе рубцового стягиванія въ ихъ окружности служить неизсякаемымъ источникомъ раздраженія, которое такимъ образомъ мѣшаетъ излѣченію этихъ заболѣваній». ²⁾ Какъ *Мартинъ*, думаютъ и *Шредеръ* и *Гофмейеръ* ³⁾. Не входя въ разборъ затронутого вопроса, я имѣлъ въ виду лишь указать на то, что страданія шейки, катарръ и разрывъ, тѣсно связаны другъ съ другомъ, и раздѣлить по этому сферу вліянія каждаго изъ нихъ не представляется пока возможнымъ. Но что оба эти страданія даютъ цѣлый рядъ отраженныхъ przypadковъ и, кажется, по преимуществу рубцовые разрывы, это не подлежитъ

¹⁾ Частная патологія и терапия женскихъ болѣзней 1888 стр. 460.²⁾ Патологія и терапия женскихъ болѣзней, 1885, стр. 304.³⁾ Очеркъ основъ гинекологическихъ операцій, 1893 стр. 223.

сомнѣнію. По крайней мѣрѣ *Славянский* приписываетъ и приступы истерическихъ судорогъ и невралгіи прямо рубцамъ. *Gossmeyer* же вмѣстѣ съ *Negar* омъ и *Keltenbach* омъ признаетъ значеніе лишь за глубокими разрывами и рубцами, доходящими до параметрій.

Въ моемъ случаѣ бурныя явленія зависѣли отъ сравнительно неглубокаго разрыва, соединеннаго съ верѣзкимъ катарромъ, такъ что незначительнымъ оперативнымъ приѣмомъ удалось возстановить нормальное состояніе шейки, а вмѣстѣ съ тѣмъ и совершенно съ перваго же дня оборвать припадки. Несмотря на частоту описываемаго заболѣванія, однакоже въ рѣдкихъ лишь случаяхъ приходится имѣть дѣло съ жалобами и явленіями вѣдь обычныхъ: болѣзненности живота, чувства напора на низъ, истеченія бѣлей, dyspareunia и т. д. Поэтому, я думаю, будетъ нелишнимъ описаніе случая, въ которомъ припадки выразились въ незаурядной формѣ. Какъ я упомянулъ, быстрое излѣченіе наступило послѣ оперативнаго воздѣйствія. Два слова о немъ. За послѣднее время вошло въ привычку и почти стало моднымъ бросать упреки по адресу увлекающихся операторовъ. Но дѣйствительно ли такъ ужъ велико увлеченіе, и не толкаетъ ли на этотъ путь сама жизнь? И если мы посмотримъ на то, чѣмъ была гинекологія даже лѣтъ 10 тому назадъ и чѣмъ стала теперь, какъ быстро и радикально излѣчиваются теперь многія страданія, которыя раньше въ эпоху *Pinseltherapie* тянулись по крайней мѣрѣ мѣсяцами и часто безуспѣшно для больной, то можетъ быть простится и невольное увлеченіе ножомъ, какъ давнѣе при всякой экспериментальной терапіи.

24 марта 1897 г. въ заводскую больницу поступила А. П., жена фельдшера, 22 лѣтъ. Жалобы слѣдующія: за послѣднее время, чуть не каждый день, у нея бывають припадки, состоящіе въ сильной рвѣзи внизу живота, затѣмъ рвота зеленою и поносъ до 3 разъ совершенно жидкими испражненіями.

Такой припадокъ длится около двухъ часовъ. Больна годъ, со времени послѣднихъ родовъ, которые наступили въ срокъ и сошли благополучно для матери, но несчастливо для плода, родившагося мертвымъ. Поправилась послѣ родовъ скоро. Но уже немного спустя пошла бѣли и появились припадки. Бѣли были постоянныя, а припадки не чаще 1—2 разъ въ мѣсяцъ, дальнѣе чаще и наконецъ за послѣднее время стали почти ежедневными. Рожала всего 3 раза: въ 1-й разъ живого ребенка, во 2-й былъ выкидышъ 3 мѣсяцевъ, въ 3-й родила вышеупомянутый мертвый плодъ. Крови нашивала чрезъ 5 недѣль по 2 дня, необильная. Кромѣ всего больная еще страдаетъ около 14 лѣтъ хроническимъ воспаленіемъ почекъ.

St. pr. Больная средняго роста умѣреннаго сложенія, кожа блѣдна (цефритическая блѣдность), слизистыя малокровны, ноги и щеки умѣренно отечны. Настроеніе подавленное. Топы сердца чисты; пульсъ правиленъ. Количество мочи за время пребыванія въ больницѣ колебалось отъ 450—1000 к. с., удѣльный вѣсъ

отъ 1020—1024; въ мочѣ большое количество бѣлка подъ микроскопомъ цилиндры. Плохой аппетитъ и запоры. Со стороны половых органовъ: зѣвъ матки съ двумя боковыми разрывами, изъ которыхъ лѣвый доходить до свода, правый гораздо короче; наружное отверстие зѣва пропускаетъ кончикъ указательнаго пальца, губы на ощупь бархатисты. Лѣвый рубецъ при дотрогиваніи болѣзненъ. Матка и придатки безъ измѣненія. Въ зеркалѣ видѣнъ зѣвъ съ 2 боковыми разрывами, слизистая канала шейки вывернута наружу въ умѣренной степени, ярко красна и переходитъ нормальную границу; изъ канала шейки выдѣляется слизь съ кровью. Итакъ на лицо были измѣненія въ половой сферѣ: разрывы шейки, преимущественно лѣвый, и катарръ слизистой ея, и со стороны почекъ хроническій нефритъ. Чѣмъ же бы объяснить периодическую рвоту и понось?

Въ виду нефрита естественнѣе всего было бы объяснить и рвоту и понось самоотравленіемъ продуктами обмѣна веществъ, недостаточно выносимыми изъ организма почками, другими словами надо было признать уремію. Но съ другой стороны такое объясненіе шло наперекоръ другимъ фактамъ. Такъ, сомнительна уремія, дѣявшаяся годъ. Затѣмъ вѣкъ принадлежа б. чувствовала себя сносно, такъ что она могла ходить, не было ни тошноты, ни головной боли, отеки также не соответствовали сколько нибудь значительному разстройству секретарныхъ органовъ, количество мочи только разъ было 450 к. с., а то 500, 700, 800, что при плохомъ аппетитѣ и маломъ употребленіи оттого пищи и нитя не очень мало, да и удѣльный вѣсъ не указывалъ на насыщеніе мочи (1020—1027). Могла быть *febris intermittens larvata*, которая въ нашей мѣстности даетъ много разнообразныхъ формъ, но для нея не было данныхъ. Все это въ связи съ тѣмъ, что припадки начинались съ болѣе внизу живота дало мнѣ поводъ предположить причину въ измѣненіяхъ, локализирующихся въ половой сферѣ. Когда затѣмъ и мѣры, направленные противъ страданія почекъ, не дали ничего въ смыслѣ облегченія припадковъ, то я предложилъ больной подвергнуться операціи, которая и была произведена съ согласія больной безъ хлороформа въ виду состоянія почекъ. Особенной боли при разрѣзахъ и наложеніи швовъ больная не слышала; ее больше тяготило низведеніе матки. Послѣ надлежащаго приготвленія на низведенной маткѣ были сдѣланы операціи *Schroeder'a*, то есть вырѣзываніе слизистой оболочки на прострѣжствѣ ея пораженія съ наложеніемъ швовъ, и *Kittel'*овская операція удаленія рубцовога разрыва и сшиванія краевъ. Со дня операціи припадки не было ни разу ни въ какой формѣ. Самочувствіе стало хорошимъ. Подъ вліяніемъ діеты и лѣченія отеки также уменьшились. Швы сняты на 2-й недѣлѣ, и больная отпущена домой. Чрезъ мѣсяцъ послѣ выписки я видѣлъ мужа больной; по его словамъ, жена совершенно избавилась отъ бывшихъ припадковъ и принимается за серьезное лѣченіе почекъ.

Такимъ образомъ несомнѣнна связь, существовавшая между припадками и пораженіемъ шейки матки, катарромъ и разры-

вомъ. Которое же страданіе играло первенствующую роль? На этотъ вопросъ положительно отвѣтить трудно, по имѣя въ виду разстройство, вызываемыя рубцами на мѣстахъ нервныхъ стволовъ, чувствительныхъ тканей и на примѣръ на черепѣ, предположительное вниманіе слѣдуетъ отдать рубцовому разрыву шейки. Въ пользу этого говорить и быстрый эффектъ операціи удаленія рубца. Врядъ ли *Schroeder* овская операція моментально же излѣчиваетъ катарръ. Не претендуя сказать, что-либо новое, а лишь подтвердить старое, не для всѣхъ еще безспорное, я хочу подчеркнуть благотворное значеніе *Emmet* овской операціи. И если принять во вниманіе, что припадки продолжались съ годъ и отличались рѣзкимъ характеромъ, то еще больше бросится въ глаза, такъ сказать, купирующее свойство операціи.

Калязь-Иваповскъ
Уфимской губ.

А. А. Абрамсановъ.

III.

Случай врожденнаго отсутствія матки.

Женскій половой аппаратъ образуется изъ Мюллеровыхъ протоковъ, которые въ первое время зародышевой жизни разъединены и идутъ продольно, а затѣмъ съ 8-10 недѣли ся, они сливаются въ тѣхъ мѣстахъ, которыя предназначены для образованія матки и влагалища, а части, идущія для образованія Фаллопиевыхъ трубъ, остаются раздѣльными.

Уклоненіе въ правильномъ развитіи этихъ протоковъ ведетъ къ тому или иному пороку развитія, объ одномъ изъ которыхъ я и намѣренъ говорить. Отсутствіе матки встрѣчается рѣдко. Такъ *Шредеръ*¹⁾ говоритъ, что „случай полнаго отсутствія матки встрѣчается очень рѣдко.“ Проф. *Славянский*²⁾ находитъ, что „у вполне правильно развитыхъ субъектовъ онъ (дефектъ матки) наблюдается уже весьма рѣдко, особенно на секціонномъ столѣ; при строгомъ анатомическомъ изслѣдованіи. Относительно же часто онъ наблюдается, такъ сказать, клинически на живыхъ женщинахъ.

Случай мой слѣдующій: въ мою амбулаторію явилась 12. III. 97 молодая женщина, Паталія Ник-ова, 24 л., изъ с. Ольхи, Маршанскаго уѣзда, съ жалобой на отсутствіе „красокъ“. На вопросъ мой, давно ли она не имѣетъ менструаліи, я получилъ отвѣтъ, что ихъ у нея никогда и небыло, а ко времени появленія регулъ у нея бываютъ сильныя боли въ крестцѣ и ногахъ. Больная никогда ничѣмъ не страдала, регулъ не было вовсе, не рожала: на 22 году вышла замужъ, и со времени выхода замужъ у нея появляются боли въ крестцѣ и ногахъ, приходящія правильно чрезъ 3 недѣли и продолжающіяся по 2—3 дня. Половое влеченіе сильно развито; coitus почти ежедневный, причемъ вначалѣ coitus былъ болѣзненъ, а теперь нѣтъ; потому де „раньше входилъ только членъ penis'a мужа, а теперь почти весь“. Остальные жизненные отравленія нормальны. Изслѣдованіе показало слѣдующее: больная ниже средняго роста, шатенка, съ хорошо развитыми костной и мышечной системами. Лицо, голосъ вполне женственны. Манеры (стыдливость) также. Грудная кѣтка хорошо развита, типъ дыханія грудной. Грудныя железы небольшія, величиной съ небольшое яблоко, мягки (долекъ прощупать нельзя); соски и околососковые кружечки хорошо развиты. Сердце, легкія, печень, селезенка вполне нормальны. Паружные половые органы: mons veneris обильно покрыта волосами, длиною около 3 cm; большія губы нормальны, прикрываютъ отчасти малыя.

¹⁾ К. Шредерг. Руководство къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ С.-Петербургъ 1890 стр. 104.

²⁾ Д-ръ К. Славянский. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней Т. 1. стр. 292.

По раздвиганіи большихъ губъ, бросаются въ глаза два морщинистыхъ доскута мал. губъ, величиною около 2 ctm. Цвѣта мал. и большія губы темно розового. Клиторъ и praeruptium—хорошо выражены, но клиторъ не увеличенъ; сильная реакція большой при дотрагиваніи къ нему. Отверстіе мочеиспускательнаго канала окружено валообразно поднятой слизистой, не увеличено. Съ трудомъ можетъ войти $\frac{1}{2}$ первой фаланги моего мизинца. Vestibulum vaginae довольно широко, пропускаетъ свободно указательный палецъ, не чувствителенъ. Нутенъ разорванъ и виситъ съ боковъ входа въ видѣ двухъ лопастей $\frac{1}{2}$ ctm. каждый. Влагалище представляетъ собою слѣпооканчивающійся мѣшокъ, имѣющій въ длину $4\frac{1}{2}$ ctm. Ни шейки матки, ни ея самой ни вообще какого нибудь образованія въ мѣстѣ обычнаго нахождения шейки прощупать не удалось. Складки слизистой влагалища не выражены. При осмотрѣ влагалища зеркалами Симопа № 1 ничего не видно, кромѣ того, что въ мѣстѣ, гдѣ должна была бы быть шейка виситъ какъ бы сережка съ $\frac{1}{4}$ ctm. величиной. Исслѣдованіе rectum также дало отрицательные результаты, ни матки, ни яичниковъ, ни какихъ бы то нибыло тяжей не удалось прощупать; такой же отрицательный результатъ при бимануальномъ исслѣдованіи per rectum et vaginam et per vaginam и брюшныя стѣнки. Катетеръ введенный въ мочевой пузырь, можно было прощупать во влагалищѣ очень легко.

И такъ на основаніи данныхъ исслѣдованія можно діагностировать у больной дефектъ матки (или анатомически рудиментъ ея) съ существованіемъ яичниковъ, на что указываютъ molimina menstrualia, появляющіяся чрезъ правильные промежутки времени и имѣющія рѣзко выраженный характеръ дисменоррейныхъ болей.

Больной предложено удаленіе яичниковъ, но она отвѣтила отказомъ.

Сосновка,
Тамбовской губ.

Д-ръ В. Бѣляевскій.

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

ОБЪЯВЛЕНІЯ.

ТОРГОВЫЙ ДОМЪ АЛЕКСАНДРЪ ВЕНЦЕЛЬ

С.-Петербургъ, Гороховая 33.

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

ПЕРЕВЯЗОЧНЫЯ средства: биндажи, набрюшники, клеенки, губки, кисточки, термометры мансимальные, комнатные и оковные. Барометры ареометры, спиртомѣры. Очки, консервы, пенсы, бинокли, лорнеты, театральные. Катетеры, бужи, пульверизаторы для освѣженія комнатъ и для дезинфекціи.



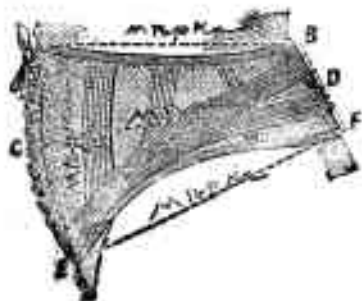
ИНСТРУМЕНТЫ: перевязочные, ампутаціонные, ре-секціонные, акушерскіе и пр. Лекарскіе и фельдшерскіе наборы. Зубныя ключи, щипцы и принадлежности. Ветеринарные инструменты.
Шины.

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

Иллюстрированный Прейсъ-Курантъ высылается бесплатно.

7—(12)

С.-ПЕТЕРБУРГСКАЯ БАНДАЖНАЯ ФАБРИКА



МАРКУСА ЗАКСА.

29.

Гороховая, у каменнаго моста.

29.

СПЕЦІАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО ВСЕВОЗМОЖНЫХЪ БАНДАЖЕЙ, НАБРЮШНИКОВЪ, СУСПЕНЗІОЙ И РАЗНЫХЪ ДРУГИХЪ ПОВЯЗОКЪ, СОГЛАСНО НОВѢЙШИМЪ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯМЪ.

— **КАБИНЕТЪ** для наложенія биндажей —

ПОЧТОВЫЯ ЗАКАЗЫ ИСПОЛНЯЮТСЯ АККУРАТНО И ТОЧНО, СОГЛАСНО ПРЕДПИСАНІЮ Гг. ВРАЧЕЙ.

29.

Гороховая улица, у Каменнаго моста.

29.

7—(12)

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

ЮРГЕНСЪ.

С.-Петербургскій ИМПЕРАТОРСКІЙ Фарфоровый заводъ, домъ 27.

НОВЫЕ НАГРУДНЫЕ ЗНАКИ

ДЛЯ ГГ.

Д-Р. МЕДИЦ. И ВРАЧЕЙ высылаются наложен. платеж. ВЫСШАГО КАЧЕСТВА:

докторскіе вызол. съ эмалью:

врачебные: 84 пр. чекан. 8 р.;	
84 пр. чекан. 9 р., паборные 19 р.,	паборные 14 р., бронзол. высереб.
бронзол. 4 р.; 84 пр. фразн. 4 р.	3 р.; 84 пр. фразн. 3 р.

ОСОБЕННО РЕКОМЕНДУЮТСЯ:

Элегантные позмпаборные знаки НОВѢЙШАГО ОБРАЗЦА (больш. формата, выпукл. матовые) *художественной работы:*

Докторскіе вызолоч. съ эмалью:

Врачебные: 84 пр. 10 р.; брп-	
84 пр. 12 р., бронзол. 6 р., фразн.	зпвые высереб. 5 р. 84 пр.
84 пр. 6 р.	фразн. 5 р.

Затѣмъ высылаются всякіе ордена, медали, жетоны и т. п.

Подробный прейсъ-курантъ бесплатно.

ОБЪЯВЛЕНІЕ.

ЖУРНАЛЪ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ, ОРГАНЪ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ,

ИЗДАВАЕМЫЙ ПРИ УЧАСТІИ: ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА **А. П. ГУБАРЕВА**, АКАДЕМИКА И ДИРЕКТОРА РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОГО ЗАВЕДЕНІЯ **А. Я. КРАССОВСКАГО**, ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА **А. М. МАЧЕВА**, ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ УНИВЕРСИТЕТА СВ. ВЛАДИМИРА ВЪ КІЕВѢ **Г. Е. РЕЙНА**, ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ МОСКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА **В. Ф. СНИГИРЕВА**, ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ХАРЬКОВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА **Н. Ф. ТОЛОЧИНОВА**, ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КАЗАНСКАГО УНИВЕРСИТЕТА **Н. Н. ФЕНОМЕНОВА** И ПРОФЕССОРА АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ ВАРШАВСКАГО УНИВЕРСИТЕТА **Н. В. ЯСТРЕВОВА**; ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ: ПРЕДСѢДАТЕЛЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА, ПРОФЕССОРА КЛИНИКИ АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ **К. Ф. СЛАВЯНСКАГО**, ТОВАРИЩА ПРЕДСѢДАТЕЛЯ, ПРОФЕССОРА ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ КЛИНИЧЕСКАГО ИНСТИТУТА И ДИРЕКТОРА ПОБІВАЛЬНАГО ИНСТИТУТА **Д. О. ОТТА** И СЕКРЕТАРЯ ОБЩЕСТВА, СТАРШАГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АКУШЕРСТВА ПРИ МАРИНСКОМЪ РОДОВОСПОМОГАТЕЛЬНОМЪ ДОМѢ **Л. Г. ЛИЧКУСА**

будетъ выходить въ 1897 году ежемѣсячно книжками въ 4—6 печатныхъ листовъ. Программа: 1) Оригинальныя статьи, лекціи и казуистика (русскія и переводныя); 2) Рефераты; 3) Критика и библіографія; 4) Протоколы засѣданій Акушерско-гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ; 5) Корреспонденціи, 6) Объявленія.

Подписная цѣна для иногородныхъ съ доставкою 8 руб. за годъ, для городскихъ—7 руб. 50 коп., безъ доставки 7 руб. Подписка принимается въ редакціи: С.-Петербургъ, Васильевскій Островъ, 1-я линія, д. 18, кв. 16. Статьи присылаются обязательно за подписью авторовъ на имя одного изъ редакторовъ: **Д. О. Отта** (Фонтанка, д. № 148), или **Л. Г. Личкуса** (Васильевскій Островъ, 1-я линія, д. № 18, кв. № 16). Объявленія принимаются по соглашенію съ редакціею. О поступленіи въ редакцію книгъ и брошюръ, присылаемыхъ авторами, будетъ заявляемо въ ближайшемъ номерѣ журнала. Подписка принимается только на годъ. Разсрочка не допускается. Коммисіонерская уступка по 20 коп. съ экземпляра. Оставшіеся экземпляры журнала за прошлые годы можно получать въ редакціи по 5 рублей за годъ безъ пересылки.

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