

618.1

0-66

Колов В.Н.
Обзор важней-
ших работ по
экологии...

618.1
0-66

БИБЛИОТЕКА
СТУДЕНТОВЪ-МЕДИКОВЪ

№ 368

368

СТУДЕНТЪ
МЕДИЦИНСКАЯ
ЧИТАЛЬНЯ

А 368

Обзоръ важнѣйшихъ работъ по гинекологіи за 1900 годъ.

(Составленъ при кафедрѣ госпитальной гинекологической клиники).

Прив. доц. В. Н. Орлова и д-ра Г. Э. Бонштедта.

2012

678.1
(Окончаніе).

ПЕРЕОБЛІК

III. Придатки матки (Фаллопьевы трубы и яичники).

Kurt Witthauer. „Первичный ракъ трубъ“. Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. XII, Hft. 5.

Авторъ описываетъ случай первичнаго рака фаллопьевыхъ трубъ, что встрѣчается довольно рѣдко. Онъ наблюдалъ двухстороннее заболѣваніе, причемъ правая фаллопьева труба достигала величины дѣтской головки, а лѣвая величины апельсина. Какъ та, такъ и другая опухоль, имѣвшія срощенія съ окружающими частями, удалены путемъ чревосѣченія. Подъ микроскопомъ ракъ фаллопьевыхъ трубъ, исходящій изъ слизистой оболочки. Больная отъ операціи поправилась, но черезъ три мѣсяца у нея появился рецидивъ.

Hartmann. „Оперативное леченіе придатковъ“. (Ann. de Gyn. et d'obst. LIV, 1900 г., p. 192). Н. сопоставляетъ результаты своихъ собственныхъ операцій по поводу пораженія придатковъ, сообщенные на международномъ конгрессѣ гинекологовъ въ Женевѣ въ 1896 году съ полученными съ тѣхъ поръ. Тогда у него было 166 случаевъ съ 7 смертельными исходами (4,22%), причемъ изъ 104 операцій черезъ брюшныя стѣнки было 4 (3,8%), изъ 39 влагалищныхъ операцій 3 смерти (7,68%). Съ тѣхъ поръ, пользуясь усовершенствованіями оперативной техники (возвышеннымъ положеніемъ таза, строгимъ ограниченіемъ и отдѣленіемъ операціоннаго поля отъ окружающихъ органовъ, полнымъ удаленіемъ матки при двухстороннемъ удаленіи при-

датковъ, изолированной перевязкой сосудовъ и т. д.) и совершенно исключивъ влагалищныя операціи, за исключеніемъ colpotomi'a при ограниченннхъ нагноеніяхъ, Н. изъ 115 случаевъ имѣлъ одинъ смертный (0,87%). Только въ двухъ случаяхъ, гдѣ больныя не хотѣли имѣть рубцовъ брюшной стѣнки, Н. долженъ былъ избрать влагалищный путь. 16 случаевъ было colpotomi'й, остальные все 97 лапаротоміи, частью съ полнымъ, частью съ частичнымъ удаленіемъ матки и придатковъ. Свой успѣхъ Н. приписываетъ тому, что онъ исключилъ изъ употребленія влагалищныя операціи.

Мионовъ. „Вшиваніе брюшинныхъ концовъ Фаллопьевыхъ трубъ въ передній сводъ влагалища, какъ способъ леченія воспалительныхъ заболѣваній придатковъ матки и какъ приемъ, устраняющій возможность беременности“. („Мед. Обозрѣніе“ 1900).

Такъ какъ послѣ удаленія Фаллопьевыхъ трубъ и яичниковъ при оставленіи матки очень часто въ области культи образуется воспалительный экссудатъ, несмотря на всякія мѣропріятія: какъ-то обжиганія культи пожеленомъ, авторъ предлагаетъ свой способъ вшиваніе концовъ фаллопьевыхъ трубъ въ передній сводъ влагалища. Способъ его состоитъ въ слѣдующемъ: производится выскабливаніе полости матки и вприскиваніе іода въ ея полость; затѣмъ разрѣзаемъ въ 5—6 сант. вскрываемъ передній сводъ и отсепаровываемъ пузырь и вскрываемъ брюшину передняго Дугласова пространства, которую тотчасъ же прихватываемъ матрацинымъ швомъ. Затѣмъ въ рану вытаскиваемъ дно матки и

ИНВЕНТАР
№ 114936

какъ только становятся видными начало фаллопиевыхъ трубъ, онѣ захватываются или лигатурой или жомомъ. Затѣмъ постепенно выводятъ въ рану большую трубу и яичникъ. Если черезъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ отдѣлить отъ срощеній не удастся, вскрываютъ задній сводъ и пробуютъ удалить черезъ него. Затѣмъ опухоль осматриваютъ, и если яичникъ здоровъ, отдѣляютъ его и оставляютъ на мѣстѣ. Трубу же ближе къ маткѣ отрѣзаютъ и культю вшиваютъ въ рану влагилица и рана въ сводѣ зашивается. Результатъ операціи вполне удовлетворительный.

Gouilliond. „О сальпингостоміи“ (Ann. de Gyn. et d'obst. T. LIII, 1900, pag. 186).

Слѣдую консервативному направленію въ оперативной гинекологіи, авторъ предлагаетъ дѣлать при хроническихъ сальпингоофоритахъ сальпингостомію. Она состоитъ въ томъ, что на той сторонѣ, которая меньше поражена, на которой, однако, брюшинный конецъ закрытъ старыми перепонками, дѣлается новое отверстіе трубы, расщепляя заросшій конецъ трубы и сшивая слизистую оболочку съ соответственной сывороточной, т. е. какъ-бы обшивая со всѣхъ сторонъ новое отверстіе. Соответствующій яичникъ освобождается изъ своихъ срощеній и въ случаѣ надобности можетъ посредствомъ шва быть притянуть ближе къ новообразованному отверстію трубы. Придатки другой стороны могутъ быть удалены. Такой способъ операціи былъ примѣненъ американскими авторами даже при старыхъ ruosalpinx'ахъ, но это сопряжено съ большимъ рискомъ, такъ какъ не всегда старый гной стерилень. Если выбирать подходящіе случаи, т. е. такіе, гдѣ пораженія не слишкомъ значительны и стары, и не оперировать такимъ образомъ при ruosalpinx и бугорковомъ пораженіи трубъ, то успѣхъ бываетъ полнымъ и при томъ всѣ функции женщины сохранены, что особенно важно для молодыхъ женщинъ. Наступленіе беременности послѣ такой операціи самъ авторъ пока не наблюдалъ.

Rompere von Meerdervoort (Haag). „О возникновеніи Hydrosalpinx'a“. (Niderl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaecol. 1900).

Въ одномъ случаѣ сильнаго маточнаго кровотеченія у 54 лѣтней женщины съ лѣвостороннимъ сальпингоофоритомъ величиной въ куриное яйцо, авторъ сдѣлалъ выскабливаніе и подъ мокроскопомъ выскобленные кусочки представляли собой явленія гипертрофіи и отека стромы слизистой оболочки съ незначительными измѣненіями железъ. Черезъ пять недѣль снова опу-

холь величиной въ кулакъ. Лапоротомія, найдены Hydrosalpinx.

Нормальная слизистая оболочка фаллопиевой трубы не отдѣляетъ слизи, только нѣсколько серозной жидкости, чтобы сдѣлать поверхность влажной. При менструаціи она увеличивается, благодаря приливу крови къ органамъ. Если теперь, вслѣдствіе старческой инволюціи половыхъ органовъ, слизистая оболочка трубы мѣстами теряетъ свой эпителий, стѣнки трубы срастаются на такихъ мѣстахъ или зарастаетъ брюшной конецъ трубы и благодаря гипереміи труба постепенно раздувается отдѣлимымъ и получается сальпингитъ.

Foehier (Lyon) „Hydrosalpinx съ перекручиваніемъ ножки“. (Lyon méd. 1900, № 30).

Авторъ наблюдалъ случай перекручиванія ножки при hydrosalpinx'ѣ. Больная рожала 3 раза и имѣла 1 выкидышъ. Послѣ послѣднихъ родовъ была констатирована опухоль; 2½ мѣсяца спустя появились сильныя боли и всѣ симптомы перекручиванія. Сдѣлано чревоусѣченіе. Hydrosalpinx содержалъ ¾ литра жидкости.

Vaudron „Перекручиваніе ножки праваго Hydrosalpinx'a при разрывѣ лѣвой беременной трубы“. (Ann. de gyn. et d'obst. T. LIII 1900 pag. 340).

Авторъ сообщилъ случай перекручиванія ножки правосторонняго Hydrosalpinx'a при лѣвосторонней трубной беременности. Въ теченіи этой внѣматочной беременности вдругъ появилась рѣзкая болѣзненность съ правой стороны, которая и заставила обратить вниманіе на правые придатки при чревоусѣченіи по поводу разпознаваемаго разрыва лѣвой беременной трубы. Перекручиваніе совершилось въ сторону противуположную стрѣлкѣ часовъ, что наблюдается рѣдко. Ножка была перекручена 2 раза. Больная послѣ операціи поправилась.

Ries. „Произвольная ампутація обѣихъ фаллопиевыхъ трубъ“. (Ann. de gyn. et d'obst. Tome LIII 1900).

Авторъ описалъ рѣдкій случай полнаго отдѣленія обѣихъ трубъ отъ ихъ соединенія съ маткой, при чемъ около матки остались совершенно ничтожные куски трубъ, закрытые вполне. Лѣвая труба отсутствовала вполне, а правая была растянута серозно-кровянистой жидкостью. По поводу остраго воспаленія правыхъ придатковъ было сдѣлано полное удаленіе матки и ея придатковъ, при чемъ и найдено вышеописанное. R. объясняетъ происхожденіе отдѣленія обѣихъ трубъ тѣмъ, что около нихъ развились

перитонитическія перетяжки, которыя и отшнуровали ихъ, что уже наблюдалось и раньше. (Около правой трубы и яичника и на препаратѣ видны такія ложныя перепонки. Происхождение гемато-гидросальпинкса R. объясняетъ такъ, что образовалось серозное скопленіе въ правой трубѣ послѣ ея отдѣленія, а вслѣдствіе перекручиванія тонкой ножки присоединились кровянистое пропитываніе стѣнки.

Fehling. „Къ діагнозу и леченію беременностей, осложненной опухолями яичниковъ“. (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 40).

Разобравъ діагностику такихъ случаевъ и прогнозъ-оперативнаго вмѣшательства для матерей и плодовъ и исчисливъ смертность матерей въ 5,4%, а плодовъ 33%, докладчикъ приходитъ къ заключенію, что оперативное вмѣшательство показано лишь при явленіяхъ перекручиванія ножки, угрожающаго роста и т. д. Въ остальныхъ случаяхъ совѣтуетъ выжиданіе и безусловно отрицаетъ преждевременное прерываніе беременности. При операціи стоитъ за чревоусѣченіе.

Fraikin „О склеро-кистозидномъ воспаленіи яичника“. An. de gyn. et d'obst. 1900 p., 260).

Обративъ вниманіе, что воспаленіе яичника со склеротическо-кистозиднымъ измѣненіемъ его ткани еще мало разработано, авторъ задался изученіемъ этого болѣзненнаго состоянія и находитъ, что оно настолько своеобразно, что его можно легко узнать и дифференцировать отъ другихъ болѣзней яичника. Въ общемъ это воспалительное состояніе яичника, обыкновенно слѣдуетъ за воспаленіемъ трубъ и сопровождается развитіемъ соединительной ткани и образованіемъ мелкихъ кистъ. Яичникъ расположенъ или на своемъ обычномъ мѣстѣ или ниже опущенъ въ задній Дуглассъ, онъ умеренно увеличенъ, рѣдко до величины маленькаго апельсина; онъ плотный и неравномерно-бугристый и спаянъ болѣе или менѣе съ окружающими частями. Ткань яичника бѣловата и сохранена болѣе или менѣе значительно въ зависимости отъ большаго или меньшаго развитія кистъ. Эти послѣднія мелки, рѣдко достигаютъ величины маленькаго орѣшка. Одна или обѣ трубы поражены старымъ воспалительнымъ процессомъ; обыкновенно рѣзко утолщены и гипертрофированы; а если макроскопически представляются болѣе или менѣе нормальными, то микроскопически ясно обнаруживаютъ явленія затяжнаго воспаления. При микроскопическомъ изслѣдованіи фолликулярный слой оказывается, главнымъ образомъ, пострадавшимъ; нѣкоторыя фолликулы

атрофируются и сдавливаются; другіе превращаются въ мелкія кисты. Яйцевыя клѣтки исчезаютъ, membrana granulosa растягивается и постепенно дѣлается однослойной. Кисты содержать свѣтлое или кровянистое содержимое и всегда безъ микробовъ. Только въ одномъ случаѣ свѣжаго воспаленія авторомъ найдены стафилококки. Само склеротическое измѣненіе ткани яичника выражается въ исчезновеніи и уменьшеніи въ числѣ длинныхъ веретено-образныхъ клѣтокъ, въ обѣдненіи кровеносными сосудами и въ развитіи плотныхъ волоконъ, которыя болѣе или менѣе тѣсно прилегаютъ другъ къ другу смотря по отеку. Такое измѣненіе всегда можно найти въ фолликулярномъ слое, иногда и подъ бѣлковой оболочкой, иногда и въ мозговомъ веществѣ. Оно пронизываетъ ткань яичника или въ видѣ тяжей, или островковъ. Трубы всегда поражены чаще всего хроническими воспалительнымъ процессомъ въ видѣ паренхиматозной гипертрофії. Что касается этиологіи даннаго пораженія, то извѣстное значеніе имѣютъ всѣ состоянія и страданія женщины, вызывающія приливы крови къ яичнику, но большее значеніе имѣютъ сальпингиты. Въ смыслѣ развитія болѣзненнаго процесса авторъ приходитъ къ заключенію, что первичное явленіе—развитіе соединительной ткани, т. е. склерозъ яичника. Склерозъ уже обуславливаетъ образованіе кистъ, измѣненія въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ, отекъ ткани и всѣ остальные явленія. Изъ симптомовъ надо отмѣтить: неправильности въ менструаціи разнаго рода, кровотеченія, болѣе или менѣе значительныя боли, но главное значеніе имѣютъ боли, которыя локализируются по средней линіи отъ sp. il. ant. sup. къ симфизу пальца на три выше цупартовой связки, боли увеличиваются во время хотьбы, иногда при сношеніяхъ и испраженіяхъ. При двухручномъ изслѣдованіи, которое въ высшей степени болѣзненно, находятъ болѣе или менѣе увеличенный, твердый, бугристый яичникъ на нормальномъ мѣстѣ или опустившейся сзади матки. Общее состояніе больныхъ не важно, замѣчается растройство въ пищевареніи и нервное растройство.

Разобравъ разные способы леченія авторъ говоритъ, что обыкновенные, такъ сказать, мирные способы леченія обыкновенно безсильны; не всегда достигаетъ цѣли и холощеніе, которое иногда можетъ даже ухудшить общее состояніе. Авторъ склоняется болѣе въ пользу игницутуры и частичной резекціи и приводитъ результаты этихъ способовъ леченія у разныхъ авторовъ.

Fischer. „Изъ вопросу о судьбѣ остатковъ яичника“. (Centralblatt für Gyn. 1900, № 31).

Авторъ описываетъ случай развитія большого кистовиднаго новообразованія изъ маленькаго остатка праваго яичника, оставленнаго при удаленіи придатковъ по поводу хроническаго ихъ заболѣванія у молодой 22-лѣтней особы. Оставленъ былъ очень небольшой на видъ, совершенно здоровый кусочекъ яичника, чтобы избѣжать извѣстныхъ нервныхъ припадковъ послѣ оскотленія молодой женщины.

Вольтке. „Гистологическое изслѣдованіе упругой ткани въ маткѣ и яичникахъ“. (Мед. Обозрѣніе 1900).

Упругія волокна всегда встрѣчаются между сосудами hylus ovarii. Меддулярный слой богатъ упругими волокнами, въ корковомъ слоѣ ихъ нѣтъ. Они встрѣчаются около атрезированныхъ фолликуловъ; между гомогенными массами, находящимися въ аперцированномъ фолликулѣ, залегаютъ упругія волокна, которыя берутъ свое начало въ стромѣ яичника, т. е. изъ упругихъ волоконъ, расположенныхъ вокругъ фолликуловъ. Въ corpus luteum на высотѣ его развитія удругія волокна отсутствуютъ. Число облитерированныхъ фолликуловъ съ возрастомъ увеличивается, увеличивается и количество упругой ткани; она увеличена особенно при хроническомъ воспаленіи.

Walter. „Ракъ яичника у 11-лѣтней дѣвочки“. (Hygiea 1900 Oktober).

Съ марта по октябрь буря выдѣленія изъ половыхъ органовъ. Увеличеніе живота до 78 сант. на уровнѣ пупка. Матка нормальной величины. Опухоль праваго яичника, многокамерная, селезеночной окраски.

Witthauer. „Рѣдкая смѣшанная яичниковая опухоль“. (Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. XII Hft 5).

Опухоль величиной съ голову взрослога чело- вѣка состояла изъ трехъ частей: первая величиной съ дѣтскую головку—оваріальная киста, затѣмъ дермоидъ величиной въ кулакъ и наконецъ ближе къ маткѣ опухоль величиной въ апельсинъ, мозговидной консистенціи. Подъ микроскопомъ найдены канкрозныя гнѣзда въ кистѣ яичника (цилиндро-клеточковый ракъ), не переходящія на дермоидную часть. На брюшинѣ найдены десциминаціонные узелки. Больная поправилась послѣ операціи, но вскорѣ появился рецидивъ.

Strassmann. „Объ эмбриомѣ яичника“. (Archiv, f. Gyn. LXI, 1900).

Название „эмбриома“ дается такой опухоли, которая по строенію своему состоитъ изъ всѣхъ

зародышевыхъ листковъ и представляетъ изъ себя рудиментарный или патологическій эмбриомъ. Она отличается отъ дермоида тѣмъ, что послѣдняя опухоль имѣетъ строеніе кожи, но не имѣетъ въ составѣ своемъ никакихъ сложныхъ тканей. Матерьялъ, которымъ располагалъ авторъ, равняется 36 случаямъ изъ клиники проф. Gussertow'a. Эти 36 случаевъ встрѣтились среди 303 яичниковыхъ, параоваріальныхъ опухолей, что даетъ 11,6%. Изъ 36 опухолей было 33 однокамерныхъ, 3 многокамерныхъ; величина ихъ колебалась отъ величины апельсина (12) до головы взрослога чело- вѣка (2), большинство равнялось по величинѣ кулаку и дѣтской головкѣ (22). 8 разъ встрѣтились зубы, 5 разъ большіе и 2 раза маленькіе куски кости.

По своей частотѣ, по автору, они чаще встрѣчаются у черныхъ расъ, тѣмъ у бѣлыхъ. Большинство пациентокъ было въ возрастѣ между 21—39 годами, 1 имѣла 18 лѣтъ, 15 отъ 21 до 29 лѣтъ, 14 отъ 42—48 лѣтъ, одна была 58 и одна 63 года. По исходной точкѣ—15 было правостороннихъ, 18 лѣвостороннихъ, 1 разъ двухсторонняя, 2 раза были найдены опухоли свободно лежащими въ брюшнойподошѣ безъ всякой связи съ половымъ аппаратомъ 1 опухоль лежала межсвязочно, 1— въ mesenterium. При одностороннихъ эмбриомахъ, другая сторона бываетъ болѣе или менѣе измѣнена. Ростъ эмбриомъ очень медленный, если-же она начинаетъ быстро расти, то слѣдуетъ думать о кистомѣ или сложныхъ, смѣшанныхъ опухоляхъ.

2 больныхъ были въ началѣ половой зрѣлости. Большинство-же было рожавшихъ. 2 больныхъ, кромѣ эмбриомы, имѣли еще фибромюмы матки.

Между симптомами первое мѣсто занимаютъ разстройства менструаціи: 17 имѣли менноррогін, 7 метроррагін и только у 3 были очень маленькіе регулы. Затѣмъ болѣе постоянный симптомъ—самостоятельная болѣзненность въ опухоли, боль въ крестцѣ; часто бываютъ различныя припадки со стороны мочеваго пузыря (10), и со стороны прямой кишки при испражненіяхъ (17 разъ). Осложненія: мѣстные перитониты (11 : 36), нагноеніе опухоли (4 : 36), причины котораго бываютъ весьма различны; перекручиваніе ножки, что очень опасно при эмбриомахъ, оно наблюдалось въ 8,3%. *Диагнозъ* ставится частію по симптомамъ, частію по даннымъ изслѣдованія: молодой возрастъ, кровотеченія, консистенція опухоли, прощупываніе костей, боли въ опухоли, медленный ростъ, срощенія и торзія. Эмбриомы могутъ служить болѣшимъ препятствіемъ для родовъ и часто служатъ причиною выкидыша.

Лечение оперативное и съ операцией нужно торопиться, чтобы опухоль въ дальнѣйшей жизни не принесла непріятностей, особенно во время беременности. При операциі слѣдуетъ избѣгать пункціи и захватыванія опухоли щипцами и стараться по возможности удалить ее черезъ влагалище.

Walls „Случай выхожденія дермоидной кисты черезъ прямую кишку“ (Brit. med. Journ. 1900 Febr. 3).

Опухоль вышла во время родовъ черезъ продольный разрывъ передней стѣнки прямой кишки. Выздоровленіе наступило безъ всякихъ осложнений.

Feaubraun et Maitessier „Случай параоваріальной кисты, содержащей 23 литра бѣлковой жидкости“ (Ann. de Gyn. et d'obst 1900. T. LIII, p. 99).

Авторы описываютъ рѣдкій и интересный случай однокамерной параоваріальной кисты громадныхъ размѣровъ и съ содержимымъ очень богатымъ бѣлкомъ. Между тѣмъ какъ характерными для параоваріальныхъ кистъ качествами считаются незначительная величина и отсутствіе въ содержимомъ бѣлка. Въ этомъ случаѣ въ пользу параоваріальнаго происхожденія кисты говоритъ то обстоятельство, что рядомъ съ опухолью найденъ совершенно здоровый яичникъ, а труба была сильно вытянута въ длину и распластана по опухоли.

Эберманъ и Малолѣтковъ „Кастрація при дефектѣ влагалища и рудиментарной матки“ (Мед. Обзорѣніе 1900 г.).

Удалены только правые придатки, такъ какъ лѣвые отсутствовали. Вмѣстѣ съ правыми придатками удалена и рудиментарная матка величинной съ воложскій орѣхъ. Правая фаллопиева труба и яичники вполне хорошо развиты. Операция сдѣлана вслѣдствіе molimina menstrualia. Большая 23 лѣтъ, замужня, coitus не удается и причиняетъ ей сильныя мученія. Регуль никогда не носила; съ 18-ти лѣтъ стала страдать викарлирующими обильными кровотечениями изъ носу. Наружныя половыя части развиты сравнительно правильно, hymen цѣль, а за нимъ небольшая ямочка—влагалище (дефектъ влагалища). Въ концѣ работы авторы приводятъ литературу, гдѣ они нашли 15 подобныхъ случаевъ, оперированныхъ (кастрація) съ успѣхомъ.

Fritsch „О влагалищныхъ чревосѣченіяхъ“ Von der Naturforscher Vers. Zu Aachen. Ref. in Centralblatt f. Gyn. 1900 г. № 40).

Докладчикъ разсмотрѣлъ показанія къ влагалищнымъ операциямъ въ гинекологической

практикѣ и приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ.

Влагалищная овариотомія показана при завѣдомо доброкачественныхъ яичниковыхъ кистахъ. При миомахъ только тѣ должны быть удаляемы черезъ влагалище, которыя не превышаютъ величину дѣтской головки, совершенно подвижны и имѣютъ правильную форму. При кровоизліяніи въ задній дуглассъ при внѣматочной беременности, слѣдуетъ прибѣгать къ влагалищной операциі, при чемъ не обязательно удалять весь мѣшокъ, а совершенно достаточно опорожнить его и оставить широкое отверстіе. При лопнувшей внѣматочной беременности и кистахъ не достижимыхъ черезъ Дугласово пространство, надо дѣлать чревосѣченіе. При воспаленіи придатковъ черезъ влагалище можно только опорожнить гнойныя опухоли, свободно достижимыя черезъ задній Дуглассъ. Для удаленія же самихъ придатковъ слѣдуетъ дѣлать чревосѣченіе, если не удалять всѣ внутренніе половыя органы по Landau и Schauta. Что касается техники операциі, то при миомахъ Fritsch совѣтуетъ идти черезъ передній сводъ, присоединяя къ этому, въ случаѣ надобности, разрѣзъ въ заднемъ сводѣ. Для всѣхъ-же остальныхъ случаевъ онъ дѣлаетъ сагитальный разрѣзъ въ заднемъ сводѣ.

Estor et Peusch. „О результатахъ хирургическаго леченія карциномы яичника“ (Revue de gyn. et de chir. abdom. 1900 № 6).

Матеріалъ, собранный авторами, равняется 372 случ. На основаніи этого матеріала, авторы приходятъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) не смотря на тяжесть карциномы яичника, смертность послѣ операциі нисколько не больше, чѣмъ при другихъ операцияхъ по поводу брюшныхъ карциномъ. Такъ по Picard'y смертность послѣ брюшной Hysterektom'ii 23%, а смертность послѣ чревосѣченій по поводу рака яичника 21,3%; 2) рецидивы, которые наступаютъ въ 59%, также не превышаютъ таковыя при ракѣ матки; 3) но, конечно, не всѣ безъ исключенія случаи слѣдуетъ оперировать, а только тѣ, гдѣ возможна полная экстирпація раково-пораженныхъ яичниковъ и гдѣ ракъ не перешелъ на послѣдніе органы.

Talmeu „Первичный ракъ пароварія“ (Med. record. 1900 Sept. 22).

У одной больной, умершей отъ рака Pylo-gus'a, было найдено въ обѣихъ пароваріяхъ большія раковыя опухоли, которыя переходили уже на сосѣдніе яичники. Характеръ новообразованія пароварія другой, чѣмъ новообразованіе Pylo-gus'a. Первая опухоль принадлежала къ типу

аденокарциномъ, а вторая представляла строеніе обычнаго цилиндрико-клеточковаго карцинома. На основаніи этого авторъ сдѣлалъ заключеніе, что карцинома пароварія явилась первично и самостоятельно.

Manger Къ вопросу о гнойномъ воспаленіи яичника. (Thèse de Paris, 9. Steinheil, 1900).

Гнойное воспаленіе яичника образуетъ, по мнѣнію автора, совершенно характерную картину болѣзни. Оно всегда бываетъ одностороннимъ. Широкая связка соответствующей стороны утолщена, отечна, инфильтрирована и пронизана маленькими абсцессами. Инфекція идетъ изъ матки по брюшинѣ или лимфатическимъ сосудамъ. При комбинированномъ изслѣдованіи прощупывается плотная, высоколежащая опухоль, иногда очень большая, съ явленіями флюктуации. Часто совершенно безболѣзненная и хорошо ограниченная отъ матки. Гнойное воспаленіе яичника можетъ тянуться цѣлыми годами, не давая себя знать и только его случайно открываютъ, если вдругъ появляются сильныя боли (перитонитъ) у до этого времени здоровой особы. Часто бываютъ маточныя кровотеченія, нейралгія, боли въ суставахъ нижнихъ конечностей. Лечение—чревосѣченіе и удаленіе яичника. Влагалищную операцію, изъ-за высокаго положенія опухоли, авторъ не рекомендуетъ дѣлать.

Stolz. „Къ вопросу объ излишнихъ яичникахъ“. (Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. III, heft 3).

Авторъ, приведя въ началѣ работы свой случай, распространяется вообще на тему о существованіи излишнихъ яичниковъ.

Относительно возникновенія ихъ авторъ приводитъ мнѣнія *Beigel*'я, который описалъ ихъ подъ именами *ovaria accessoria* или *succurriata* и онъ нашелъ въ 500 случаяхъ 23 *ovaria accessoria*; *Winckel* на 500—18 случ. *Olshansen* относительно генеза ихъ говоритъ, что они отшнуровываются отъ овариальной стромы. *Kossmann* образованія ихъ относитъ къ эмбриональному эпителию. *Engström* признаетъ два источника образованія ихъ: зародышевый и патологическій, путемъ отщепленія отъ яичника уже существующаго. Клиническое значеніе излишнихъ яичниковъ совершенно незначительное. *Kossmann* говоритъ о болѣе продолжительной менструаціи и о беременности при удаленіи обоихъ яичниковъ.

Излишніе яичники чаще бываютъ на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой. Изъ 39 случаевъ излишнихъ яичниковъ найдено 10 разъ киста, 14 эмбриома, 1 разъ аденосаркома и 1 разъ мюссаркома.

Канель. „Къ вопросу о возрожденіи яичниковой ткани“. („Врачъ“, 1900, № 13).

Для изученія возрожденія яичниковой ткани авторъ произвелъ 44 опыта на кроликахъ. Опытъ онъ раздѣлилъ на три разряда: въ однихъ онъ производилъ раненія строго безгнилостно; въ другихъ онъ смазывалъ края раны какимъ-либо раздражающимъ веществомъ: скиндарнымъ масломъ, *ol. origani* или убитой гроздекоккей разводкой и наконецъ заражалъ рану, опустивъ платиновую иглу въ глубину съ вредоносной разводкой бѣлаго гроздекоккей. Спустя 1—17 дней яичники удалялись для изслѣдованія.

Авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: раненія безгнилостныя заживаютъ быстро и безслѣдно, при чемъ не замѣчаютъ при заживленіи ни бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, ни грануляціонныхъ элементовъ, ни какихъ-либо рѣзкихъ сосудистыхъ явленій. Недостатокъ замѣчается благодаря митотической дѣятельности сегментальныхъ эпителиальныхъ клѣтокъ, выполняющихъ мозговую слои яичника. Чѣмъ сильнѣе раненіе, тѣмъ рѣзче выраженъ митотическій каріокинетическій процессъ. Митозы всегда располагаются въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ мѣста раненія, что указываетъ на нѣкоторыя молекулярныя измѣненія элементовъ, близкихъ къ раненію, отнимающихъ часть жизнеспособности. Относительно заживленія раны, на которую авторъ дѣйствовалъ скиндаромъ или разводкой гроздекоккей онъ получилъ: 1) въ такихъ ранахъ уже и въ первые дни видно незначительное выселеніе блуждающихъ элементовъ; 2) такія раны заживаютъ при помощи рубца, который однако очень узокъ и состоитъ изъ нѣжныхъ переплетающихся соединительно-тканыхъ волоконъ. Фигуръ дѣленія больше.

Совершенно иначе протекаютъ зараженныя раны: 1) въ первые-же дни видно по краямъ воспаленіе; 2) на краяхъ раны много грануляціонныхъ элементовъ; 3) зараженіе гроздекоккей вызываетъ въ яичникѣ омертвѣніе ткани, по периферіи котораго замѣчается образованіе большаго количества гигантскихъ клѣтокъ съ нѣсколькими ядрами, пожирающими омертвѣвшую ткань; 4) рана, зараженная гроздекоккей заживаетъ при помощи широкаго рубца, состоящаго изъ плотной соединительной ткани; 5) въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ образовавшагося рубца и описанныхъ гнѣздъ омертвѣнія клѣточки мозгового слоя находятся въ стадіи каріокинеза.

Эйгеръ. „Матеріалы о ложномъ слизевикѣ брюшины“ (*pseudomyxoma peritonci*). Дис. 1900 Спб.

Авторъ въ своей работѣ затрогиваетъ интерес-

ный вопросъ о возникновеніи ложныхъ слизевиковъ въ брюшной полости послѣ лопанья кисты содержащихъ кистъ и выхода ихъ содержимаго за болѣе или менѣе долгое время до операциіи въ брюшную полость. На основаніи литературы и 3 случаевъ, которые авторъ наблюдалъ въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева, онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ (приведемъ нѣкоторые изъ нихъ). Pseudomyxoma peritonei всегда является лишь послѣдовательно за разрывомъ псевдомуцинозныхъ опухолей яичника. Попадающее въ брюшную полость содержимое кисты чаще всего вызываетъ въ брюшинѣ не миксоматозное перерожденіе, а явленія реактивнаго свойства, вѣдущіе къ псевдомуцинознымъ массамъ прорастающимъ сосудами, соединительно-тканными перегородками и, наконецъ, совершенно исчезаютъ. Единственное леченіе—чревосѣченіе и удаленіе всѣхъ излившихся массъ. Переходъ имплантированныхъ мѣсть въ атипическія новообразования вполне возможенъ, но это наблюдается крайне рѣдко.

Мансвѣтовъ. „Сухой горячій влагалитичный душъ и примѣненіе его къ гинекологической терапіи“. (Дисс. 1900 Спб.).

Въ данной работѣ описывается аппаратъ (рис. I) для сухого горячаго душа, устроенный авторомъ по мысли проф. Лебедева. Примѣненіе его очень легкое: резиновый грушевидный балонъ (рис. II)

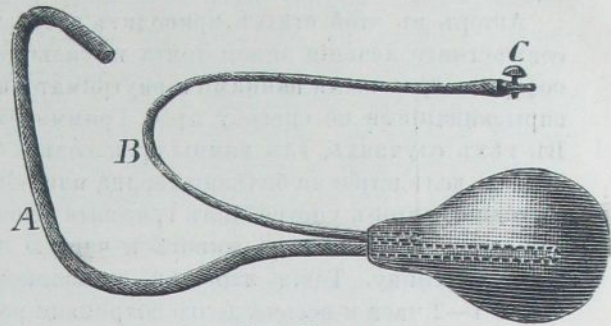


Рис. II.

вводится во влагалитице и черезъ него циркулируетъ горячая вода желаемой температуры, проведенная изъ выше описаннаго ведра (рис. I). Для домашней практики, т. е. для пользованія больныхъ сухимъ горячимъ душемъ на дому онъ предложилъ переносный аппаратъ, подогреваемый снизу лампой (рис. III).

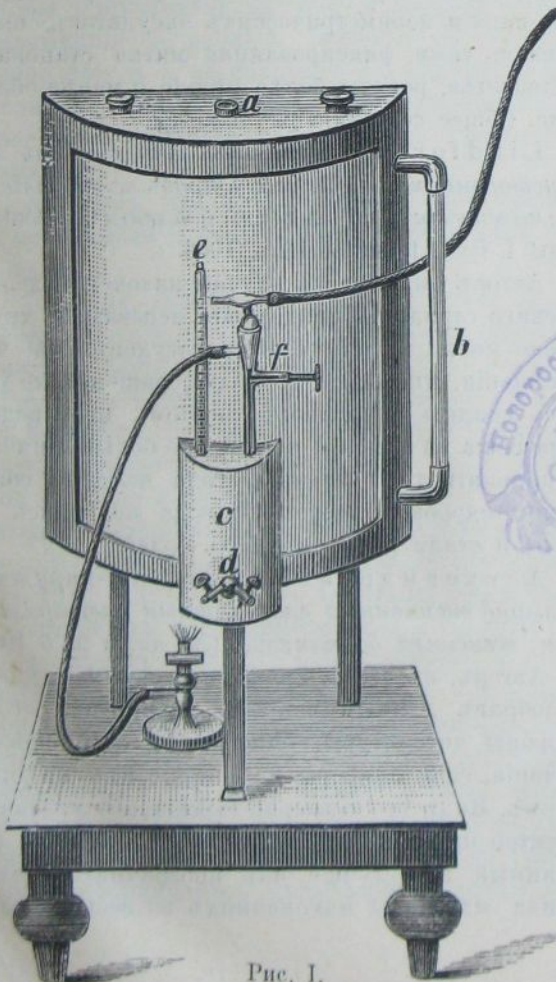


Рис. I.

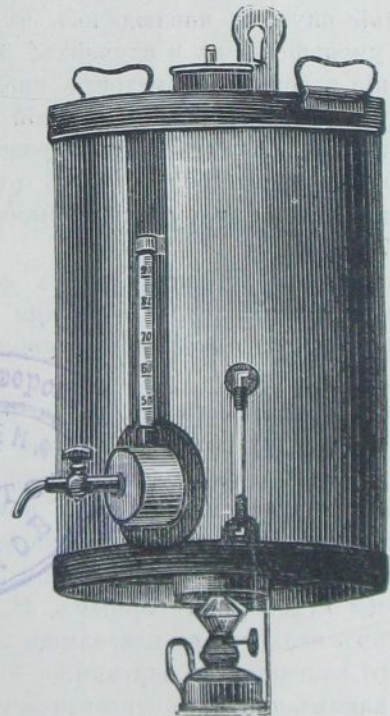


Рис. III.

Мансвѣтовъ пользовалъ этимъ душемъ различныхъ больныхъ, произвелъ рядъ тщательныхъ наблюденій и пришелъ къ выводамъ, что сухой горячій душъ благотворно вліяетъ на воспалительныя заболѣванія матки и ея придатковъ. Опухоль придатковъ значительно уменьшается и постепенно исчезаетъ; экссудаты рассасываются.

Кромѣ того, онъ хорошо вліяетъ и на общее состояніе больной.

Парышевъ. „*Внутриматочныя впрыскиванія при грязевомъ леченіи женскихъ болѣзней*“. („Ж. акушерства и женск. болѣзней“, 1900).

Авторъ въ этой статьѣ приводитъ результаты совмѣстнаго леченія эндометрита и сальпингооофорита грязевыми ваннами и внутриматочными впрыскиваніями по способу проф. Грамматикати. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ванны производить было нельзя, вслѣдствіе ли болѣзни сердца или общаго состоянія, авторъ употреблялъ грязевыя лепешки, которыя помѣщались на животъ и частью заходили на спину. Такія лепешки оставались на мѣстѣ 1—2 часа и весьма долго сохраняли равномерную температуру. Ванны назначались обыкновенно до впрыскиванія, а грязевыя лепешки послѣ впрыскиванія, такъ какъ все равно послѣ впрыскиванія рекомендовалось лежаніе.

Всѣхъ больныхъ проведено при такомъ леченіи 19. Впрыскиванія дѣлались въ началѣ ежедневно, а затѣмъ черезъ день; въ трехъ случаяхъ впрыскиванія дѣлались ежедневно.

Результаты леченія слѣдующіе: 1) полное рассасываніе опухоли наблюдалось въ 10 случаяхъ; 2) уменьшеніе въ 9 случаяхъ; 3) полное исчезновеніе явленій эндометрита наблюдалось въ 15 случаяхъ; 4) уменьшеніе явленій въ 4 случаяхъ; такимъ образомъ полное рассасываніе опухоли наблюдалось болѣе, чѣмъ въ 50%, а исчезновеніе явленій эндометрита немного менѣе, чѣмъ въ 75%.

Карницкій. „*Матерьялы къ вопросу о леченіи тампонаціей влагалища при хроническихъ воспаленіяхъ придатковъ матки*“. Дисс. 1900 Спб.

Авторъ въ началѣ своего труда приводитъ подробно литературу даннаго вопроса, а затѣмъ цѣлый рядъ своихъ наблюденій. Способъ автора состоитъ въ слѣдующемъ. Больная помѣщается въ спинно-крестцовомъ положеніи, наружныя половыя части и рукавъ моются мыломъ, растворомъ сулемы 1:2000 или борнымъ 4% растворомъ. Затѣмъ вводится во влагалище зеркало и черезъ него вливается во влагалище 30,0 глицерина съ какимъ-нибудь антисептическимъ веществомъ, какъ напримѣръ, 10% іодоформомъ, 10% кеороформомъ, и 5% борной кислоты. Въ послѣднее время употребляется смѣсь борной кислоты съ глицериномъ. Тампонація почти во всѣхъ случаяхъ производилась марлевыми лентами, имѣющими ширину отъ 12—15 сант., въ рѣдкихъ случаяхъ ватными тампонами, въ видѣ небольшихъ шариковъ въ діаметрѣ въ 3 сант.,

при этомъ первый способъ оказался гораздо лучше, такъ какъ марля плотнѣе выполняла влагалище. Тампонація начинается съ того свода, въ которомъ наиболѣе выраженъ процессъ, затѣмъ обходятъ по задней поверхности матки въ другой сводъ и оттуда снова обратно, такимъ образомъ, до полнаго, плотнаго выполненія задняго и обоихъ боковыхъ сводовъ; передній сводъ и остальное влагалище тампонируется уже болѣе рыхло. Если воспалительный процессъ выраженъ рѣзче всего въ одномъ изъ сводовъ, то онъ, главнымъ образомъ, и выполняется плотно, а остальные своды рыхло. При retroflexio uteri задній сводъ. Первые тампонаціи дѣлаютъ менѣе плотныя, чтобы больная привыкла, а затѣмъ все увеличиваютъ. Всѣ больныя были амбулаторныя и потому отпускались домой, а затѣмъ дня черезъ 2—3 являлись для перемѣны тампона. Во время регулъ тампонъ вынимался. Мочеиспусканіе и дефекаціи были правильныя. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ введенія тампона начинается очень обильное истеченіе изъ половыхъ частей, которое продолжается 1-е и 2-е сутки.

Такая тампонація по автору дѣйствуетъ болеутоляющимъ образомъ, способствуетъ рассасыванію пара-и периметрическихъ экссудатовъ, вытягиваетъ тяжи, фиксированная матка становится подвижнѣе, регулы болѣе рѣдкіе и менѣе обильныя. Общее состояніе улучшается.

Lindfors. „*Случай перевязки сосудовъ при двустороннемъ заболѣваніи трубъ вслѣдствіе невозможности ихъ полнаго удаленія*“. (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 44, s. 1066).

Авторъ описываетъ случай излеченія хроническаго страданія придатковъ перевязкой трубъ около матки и яичниковыхъ сосудовъ. При чревосѣченіи, въ виду сплошныхъ сращеній, не удалось удалить придатковъ, поэтому произведена перевязка en masse и постепенно больная начала поправляться и черезъ 2 года найдена совершенно здоровой; черезъ 1½ года появились регулы и стали приходить безъ болей.

Александровъ. „*Внутренне-наружныя пузырьно-тампонныя влагалищныя электризаціи при женскихъ болѣзняхъ*“ (Ж. ак. и ж. б. 1900)

Авторъ, въ своей прекрасной статьѣ подробно разобравъ данный вопросъ и освѣтивъ его со стороны литературы, описываетъ свой способъ леченія, свои приборы и дѣйствіе ихъ на организмъ. Видъ его пузырьно-тампоннаго угольнаго электропроводника слѣдующій: въ прямой стеклянный или лучше изъ прозрачнаго целлулоида маточный наконечникъ во весь по длин-

нѣ введена цилиндрическая угольная палочка; палочка это плотно укрѣплена въ его заднемъ концѣ при помощи резиновой пробки. 1½ сант. ниже этой пробки дихотомически, съ противоположныхъ сторонъ маточнаго наконечника впаяны въ его стѣнки двѣ боковыя небольшія трубочки; одна изъ нихъ служитъ для соединенія электропроводника при помощи резиновой трубки съ сосудомъ, наполняющимъ приборъ, а другая для соединенія электро-проводника съ сосудомъ, принимающимъ изъ прибора растворъ поваренной соли. Обѣ резиновыя трубки снабжены краями или зажимомъ для регулированія наполненія прибора жидкостью. Въ заднемъ концѣ электропроводника, подъ резиновой трубкой, на проходящую черезъ пробку угольную палочку насаженъ латунный покрытый оловомъ зажимъ, при помощи котораго электро-проводникъ соединяется съ электровозбудителями. Въ передней ½ маточнаго стекляннаго или целлюлоиднаго наконечника, вдоль него, сдѣланы окна для протеканія жидкости изъ наконечника. На его верхъ надѣвается короткая резиновая трубка, на поверхности которой привязывается къ прибору пузырьный тампонъ; эта резиновая трубка надѣвается на маточный наконечникъ для того, чтобы привязавый къ ней и скользяій послѣ смазыванія пузырьный тампонъ не скользилъ вдоль стекла и не сползалъ съ маточнаго наконечника. Вводится этотъ электродъ во влагалище съ соблюденіемъ нѣкоторыхъ предосторожностей.

Авторомъ предложенъ также свой брюшной и крестцовый накожный неполяризующій электродъ.

Правила, которыхъ нужно держаться при введении электрода слѣдующія: если центромъ страданія является тѣло матки при 1) Anteflexio, 2) Anteflexio retroposita, 3) Retroflexio simplex, 4) Retroflexio anteposita и если при этомъ страдаютъ придатки въ равной мѣрѣ съ обѣихъ сторонъ, тогда выгоднѣе всего вводить активный пузырьно-тампонный электропроводникъ въ передній сводъ, а накожный электродъ помѣщать на крестцѣ; если же необходимо дѣйствовать токомъ на матку при retroversio simplex, активный электропроводникъ слѣдуетъ подводить къ шейкѣ матки, а накожный помѣщать на крестцѣ; при Retroversio flexionteri пузырьный тампонъ активнаго электропроводника въ задній сводъ, а индифферентный на кожу внизу живота; при нормальной маткѣ и при anteversio 1-й электродъ въ передній сводъ, второй же на кожу живота. При одностороннемъ страданіи придатковъ ак-

тивные проводники подводятъ къ мѣсту страданія въ соответствующій сводъ. При эндометрикахъ тампонъ подводится къ цервикальному каналу, а электродъ помѣщается на кожѣ живота или крестцѣ, смотря по отношенію къ нимъ два матки. Для наполненія тампона электропроводника всегда употреблялся 3% водный растворъ поваренной соли; емкость этого проводника 56,6—83,7 куб. с. Подъ наружный электродъ подкладывали подушки изъ ваты, смоченные тѣмъ же 2%—3% растворами. Результаты при своемъ леченіи авторъ получилъ вполне удовлетворительные.

Моченспускательный каналъ, мочевоу пузырь и мочеточники.

Bardescu. „О новомъ оперативномъ способѣ зашиванія глубоколежащихъ пузырьно-маточновлагалищныхъ фистулъ“. (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 6).

Послѣ разбора существующихъ способовъ зашиванія обширныхъ пузырьно-маточновлагалищныхъ свищей и выясненія преимуществъ и недостатковъ cadaго изъ нихъ, авторъ предлагаетъ свой новый способъ, примѣненный имъ въ трехъ случаяхъ съ непосредственнымъ полнымъ успѣхомъ. Сначала по краямъ свища освобождается передняя поверхность матки до брюшинной складки и послѣ выскабливанія полости матки сшивается кѣгутумъ передняя губа. Затѣмъ стѣнка мочеваго пузыря отдѣляется на разстояніи 2-хъ сант. отъ стѣнки влагалища и сшивается двухэтажнымъ кѣгутумовымъ швомъ, подслизисто-дослизистымъ и мышечно-мышечнымъ. Послѣ этого вскрывается передняя брюшинная складка и ея передняя губа пришивается къ краю влагалищной передней стѣнки, такъ что брюшинная поверхность ложится между стѣнками мочеваго пузыря и влагалища. Далѣе передняя влагалищная стѣнка сшивается въ поперечномъ направленіи послѣ наложенія двухъ швовъ черезъ ткань матки для vaginofixatio и въ случаѣ надобности передняя влагалищная стѣнка пришивается къ новообразованной передней губѣ влагалищной части матки. Въ послѣоперационномъ періодѣ до 6—9-го дня оставляется катетръ, черезъ который два раза въ день дѣлаются промыванія пузыря; черезъ день тампонація влагалища возобновляется; на 10-й день снимаются швы.

Спасокукоцкій „Новый способъ зашиванія пузырьно-влагалищнаго свища“. (Мед. Обозрѣніе 1900).

Авторъ описываетъ цѣлый рядъ случаевъ мо-

чевыхъ фистулъ зашитыхъ по его способу, который состоитъ въ слѣдующемъ. Влагалище обнажается зеркалами, проводятъ рядъ петель черезъ верхній и нижній край фистулы, причѣмъ эти петли проходятъ только черезъ слизистую оболочку мочевого пузыря. Потягивая за эти нити, приближаютъ къ себѣ фистулу; затѣмъ окровавливаютъ края, расщепляя ихъ; послѣ этого концы петель привязываютъ къ концу зонда проведеннаго въ отверстіе черезъ уретру; теперь, потягивая за петли, выворачиваютъ слизистую оболочку внутрь и окровавивъ края снаружи зашиваютъ, петли-же легко вынуть, продергивая ихъ. Во всѣхъ случаяхъ получилась prima intentio.

Kolischer „Отекъ мочевого пузыря позади стриктуры“. (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 17).

К. обращаетъ вниманіе на встрѣчающіяся у женщинъ суженія мочеиспускательнаго канала, которыя могутъ быть врожденными или иногда образуются послѣ воспалительныхъ и рубцовыхъ процессовъ. Эти суженія до поры до времени могутъ не давать никакихъ явленій. Самый толстый зондъ можетъ свободно пройти, но, бужъ съ оливой при обратномъ извлеченіи встрѣчаетъ препятствіе. Въ зависимости отъ какой-либо случайной причины (простуды, скопленія каловыхъ массъ) вдругъ появляются частые позывы на мочу, боли въ пузырь; съ мочей выдѣляются куски омертвѣлой ткани, гной, даже кровь. Тогда при цистоскопії опредѣляется рѣзкій отекъ ткани позади суженія, который можетъ дойти до образованія язвы, не поддающейся иначе леченію, какъ расщепленіемъ суженія и уничтоженіемъ причинъ для отека. По расщепленіи язва быстро залечивается.

Weber „Случай большой фистулы пузырно-влагалищной, залеченной помощью трансплантированнаго куска кожи“. (Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. XIII Hft. 2).

Weber описываетъ случай большой фистулы мочевого пузыря. Влагалище представляло изъ себя воронку, въ вершинѣ которой опредѣлялась фистула, ведущая въ мочевой пузырь. Фистула эта помѣщалась на 4 сант. позади выходнаго отверстія уретры и имѣла форму щели, въ которую совершенно свободно входили два пальца и изъ него выпячивался большой кусокъ слизистой оболочки мочевого пузыря. Задняя и боковыя стѣнки состояли изъ плотной рубцовой ткани. Уретра проходима. Матка опредѣлялась черезъ прямую кишку. При изслѣдованіи пальцемъ черезъ мочевой пузырь и прямую кишку ясно опредѣляется, что прямая кишка срощена съ

мочевымъ пузыремъ. Послѣ двухъ неудачныхъ попытокъ заживить фистулу, онъ взялъ два кожныхъ лоскута изъ вульварнаго кольца и пограничной области бедеръ. Края фистулы, боковыя и вся задняя часть освѣжена. Два вышеупомянутыхъ лоскута отпрепарованы, излишній жиръ сръзанъ. Оба лоскута по оси поворочены такъ, что верхніе края лоскутовъ заняли средняное положеніе, въ каковомъ они и соединены узловатымъ швомъ. Образовавшіяся при этомъ поворотѣ складки съ теченіемъ времени значительно сократились. Больная поправилась и стала держать мочу.

König „О цистоскопії у женщины“. (Sammlung zwanglos. Abhandlung d. s. Gebiete der Frauenheilkunde und Geb. Bd. Hft. 6).

Послѣ разбора, употребляющихся для цистоскопії инструментовъ, изъ которыхъ К. упоминаетъ и въ особенности хвалитъ аппараты Nitze, Brennera и Pawlik'a—Kelly's, онъ описываетъ картину различныхъ страданій мочевого пузыря и выясняетъ важное значеніе цистоскопа для гинекологовъ, въ особенности при нѣкоторыхъ страданіяхъ, какъ напримѣръ, при инородныхъ тѣлахъ въ пузырь, которыя встрѣчаются такъ часто у женщинъ, занимающихся онаніей, при фистулахъ, при гнойныхъ формахъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ.

Mirabeau „Инструментарій для внутрипузырнаго леченія у женщины“. (Centralblatt für Gyn. 1900 №, 36).

М. описываетъ въ краткихъ чертахъ наборы инструментовъ, устроенныхъ имъ для оперативныхъ и терапевтическихъ цѣлей въ женскомъ мочевомъ пузырь. Въ главныхъ чертахъ этотъ наборъ состоитъ изъ ручки, къ которой можно приставлять разные наконечники: пинцетъ, ножницы, маленькій ножъ, ложечку, палочку для лапса. Эти инструменты вводятся рядомъ съ обыкновеннымъ цистоскопомъ и такъ-какъ они отдѣльно подвижны, то манипулировать ими очень удобно.

Яхонтовъ „Къ вопросу о пересадкѣ мочеточниковъ въ прямую кишку“. („Ж. акушерства и ж. б.“, 1900, октябрь).

Авторъ произвелъ въ этомъ направленіи цѣлый рядъ экспериментовъ на собакахъ—сукахъ. Послѣ тщательнаго приготовленія животнаго къ чревосѣченію, оно переносилось въ операционную, гдѣ послѣ очищенія наружныхъ покрововъ разрѣзъ дѣлался по средней линіи. Мочевой пузырь разрѣзывался по передней стѣнкѣ; внутренняя поверхность его выворачивалась, такъ что былъ виденъ хорошо trigonum Lieutodii съ выходными

отверстіями мочеточниковъ. Шейка пузыря перевязывается лигатурой на 1 см. Отъ верхушки *trigoni* (перевязывается при этомъ уретра). Выше лигатуры шейка перерѣзывается при началѣ уретры въ поперечномъ направленіи, разрѣзъ углубляется и доходитъ до противоположной задней стѣнки, покрытой брюшиной. Полученное, такимъ образомъ, окно расширяется боковыми разрѣзами; получается распластанный пузырь, висящій на двухъ боковыхъ довольно подвижныхъ лентахъ, содержащихъ мочеточникъ и сосуды. Изъ пузыря выкраивается овальной формы лоскутъ 14 сант. длины и $3\frac{1}{2}$ см. ширины, удаляются боковыя части и верхушка пузыря. Затѣмъ по нисходящей вѣтви толстой кишки дѣлается продольный разрѣзъ 4 см. длиной, внутренняя поверхность кишки тщательно вытирается и лоскутъ пузыря вшивается въ разрѣзъ кишки или по Майл'ю или по видоизмѣненному авторомъ и д-ромъ Маньковскимъ способу, такимъ образомъ, что верхній край лоскута вшивается въ нижній уголъ кишечной раны, а нижній край въ верхній уголъ той-же раны. Для пришиванія лоскута въ первыхъ опытахъ употреблялся шелкъ, а въ послѣдующихъ кѣгутъ, который, по мнѣнію автора, даетъ наилучшій результатъ. Шовъ трехъ этажный. Первый этажъ слизистый, 2-й мышечный и третій серозный. Произведено 10 опытовъ, причѣмъ въ 6 случаяхъ наступила смерть; одна собака исчезла изъ подъ наблюденія; 3 собаки живы до сихъ поръ. Во всѣхъ случаяхъ приживленіе лоскута было хорошее. Мочеточники проходили на всемъ протяженіи. Выжившія собаки никакихъ отклоненій отъ нормы не представляли.

Александровъ. „Операция вшиванія мочеточниковъ въ rectum“ („Ж. акуш. и ж. болѣзней“, декабрь, 1900).

Послѣ приведеннаго очерка литературы по этому поводу, авторъ переходитъ къ описанію своего случая, гдѣ онъ при огромной фистулѣ мочевого пузыря и прямой кишки, послѣ цѣлага ряда безуспѣшныхъ операций зашиванія фистулъ и *episiocleisis*, вшилъ мочеточники въ прямую кишку.

Способъ операціи: въ оба мочеточника были введены зонды; разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ въ 8 сант. По вскрытіи брюшной полости сдѣланъ разрѣзъ брюшины, начиная нѣсколько кнутри отъ праваго *plex. rampiniformis* поперечно по направленію къ *rectum*, пальца на 3 отступя отъ *l. innominata*. Рана брюшины раздвинута, мочеточникъ, благодаря зонду, легко отсепарованъ изъ окружающей клетчатки. Далѣе наложена

лигатура на пузырьный конецъ мочеточника возможно ниже, верхній конецъ зажать пальцами и мочеточникъ разсѣченъ поперечно. Верхній конецъ его завернутый въ компрессъ переданъ помощнику. Слизистая оболочка пузырьнаго конца прижжена пакленомъ.

Затѣмъ сдѣланъ поперечный разрѣзъ *recti* длиной 1 см. по боковой и частью по задней ея поверхности, непокрытой брюшиной выше третьяго сфинктера. Въ сдѣланное отверстіе въ прямой кишкѣ введенъ конецъ мочеточника, проведя его въ просвѣтъ кишки на 1 сант. Наложены по периферіи мочеточника узловатыя швы, фиксирующие его съ кишкой и два добавочныхъ шва по внутреннему его краю, благодаря чему мочеточнику придано нѣсколько косо направленіе, въ цѣляхъ нѣкотораго предохраненія отъ загрязненія отверстія мочеточника каловыми массами. Рана брюшины зашита на всемъ протяженіи наглухо обвивнымъ швомъ. Такимъ образомъ, фиксация мочеточниковъ произведена забрюшинно. Также поступлено и съ лѣвой стороны. Моча въ теченіи операціи въ брюшную полость не попала.

Полное выздоровленіе.

Феноменовъ. „Что дѣлать въ случаѣ пораненія мочеточника и невозможности возстановить его цѣлость“ („Ж. ак. и ж. б.“, 1900, № 7).

Авторъ приводитъ свой случай, гдѣ онъ при вылушеніи интралигатурментарной кисты вырѣзалъ часть мочеточника. Найдя невозможнымъ сшить концы мочеточника или вшить его въ пузырь, а кромѣ этого не рѣшившись вылущить почку, вслѣдствіе того, что операція затянулась, авторъ просто вытянулъ мочеточникъ и перевязалъ его въ двухъ мѣстахъ.

Полное выздоровленіе.

Pernice „Объ Uretro-cysto-neostomie“. (*Monatschrift für Geb. und Gyn. Bd. XII*).

Pernice обсуждаетъ въ этой статьѣ способы вшиванія мочеточника въ мочевой пузырь при мочеточниковыхъ фистулахъ, образовавшихся или послѣ родовъ, или при удаленіи опухолей и каврозныхъ матокъ черезъ влагалище. Для характеристики способовъ онъ приводитъ цѣлый рядъ случаевъ, оперированныхъ различными хирургами: Bazy, Novaro, Rouffort, Krause, Witzel, Routier и др. На основаніи разбора литературныхъ случаевъ и своего собственнаго, онъ приходитъ къ убѣжденію, что внутривнутрибрюшинный путь безопаснѣе, чѣмъ внутривнутрибрюшинный: изъ 22 случаевъ оперированныхъ *extraperitoneally* не наблюдалось ни одной смерти, изъ 5 случаевъ опе-

рированныхъ внутрибрюшину умерла одна (случ. Kelly). Fernice совѣтуетъ для шва на стѣнку мочевого пузыря при вшиваніи мочеточника употреблять разсасывающій матерьялъ—кэтгутъ, а не шелкъ, который при проникновеніи своемъ въ мочевой пузырь можетъ служить поводомъ къ образованію камней.

О грыжахъ послѣ чревосѣченій.

Орловъ В. Н. „Къ способамъ оперативнаго леченія грыжевыхъ выпячиваній по бѣлой линіи послѣ чревосѣченій“. (Врачъ 1900, № 43).

Приведа литературу по вопросу объ образованіи грыжъ по бѣлой линіи и зашиванію ихъ, авторъ описываетъ свои 5 случаевъ грыжъ изъ клиники проф. А. И. Лебедева, которыя возникли, исключая одного, послѣ чревосѣченія. Изъ 5-ти случаевъ только въ одномъ былъ наложенъ трехъярусный шовъ, причемъ 1—2 яруса были наложены изъ кэтгута: первый ярусъ соединялъ брюшину, второй мышцы и апоневрозъ, а 3 состоялъ изъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ и соединялъ остальные слои брюшной стѣнки. Въ 3-хъ случаяхъ оба яруса швовъ состояли изъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ, въ одномъ случаѣ первый глубокий ярусъ изъ непрерывнаго обвивнаго шелкового шва, а второй узловатый шелковый.

Heinrich „Объ оперативномъ леченіи большихъ грыжъ живота“. (Centralblatt für Gyn. 1900, № 2, S. 53).

Авторъ описалъ случай большой грыжи въ рубцѣ отъ бывшаго чревосѣченія, излѣченнаго тщательнымъ сшиваніемъ фасціи прямыхъ мышцъ, причемъ для уменьшенія напряженія въ правой фасціи сдѣланъ дугообразный продольный разрѣзъ и онъ сшитъ съ лѣвостороннимъ сухожильнымъ растяженіемъ въ два этажа. Авторъ дѣлаетъ возраженія противъ произведеннаго Витш'омъ въ двухъ случаяхъ поперечнаго шва фасціи, какъ далеко не такого надежнаго.

О наркозѣ.

Czemrin „Къ вопросу о наркозѣ“. (Centralblatt f. Gyn. № 5 1900, 148).

Авторъ, говоря о наркозѣ, разбираетъ приѣмъ Koblanek'a: при асфиксіи вытягивать пальцами надгортанникъ и приходитъ къ тому выводу, что этотъ приѣмъ не слѣдуетъ примѣнять, такъ-какъ тотъ-же эффектъ можно достигнуть съ тѣмъ-же успѣхомъ вытягиваніемъ языка и даже выдвиганіемъ нижней челюсти кпереди. Кстати онъ упоминаетъ, что прекращеніе дыханія, наблюдаемое иногда въ началѣ наркоза, указы-

ваетъ на спазмъ гортани и должно служить предостереженіемъ для хлороформированія.

Koblanek „О наркозѣ“. (Centralblatt f. Gyn. № 1, 1900).

Авторъ обращаетъ вниманіе на мало извѣстный признакъ начинающагося отравленія отъ хлороформа во время наркоза: это атетозныя движенія пальцевъ. Обыкновенно эти движенія происходятъ въ пальцахъ, иногда еще въ кистевыхъ суставахъ, иногда въ сопровожденіи нѣкоторыхъ движеній глазами эти движенія появляются въ глубокомъ наркозѣ по угасаніи всѣхъ рефлексовъ и при дальнѣйшемъ хлороформированіи немедленно развиваются извѣстные признаки асфиксіи. При этомъ авторъ упоминаетъ объ очень важномъ, по его мнѣнію, и мало извѣстномъ приѣмѣ при начинающейся асфиксіи: это вытягиваніе пальцемъ надгортанника.

Goffe „Лумбарная анестезія кокаиномъ при 2 гистероэктоміяхъ“. (Med. news. 1900, 13 Okt.).

Авторъ употребилъ съ успѣхомъ анестезію кокаиномъ въ двухъ случаяхъ гистероэктоміи. Больныя чувствовали боль только при наложеніи кожныхъ швовъ. Послѣ операціи потливость съ тошнотой и рвотой и головная боль, которая продолжалась 10 час.

Murphy „Дальнѣйшія изслѣдованія о вприскиваніи кокаина въ субъарахноидальное пространство подъ диафрагмой для анестезіи“. (Med. News, 1900, Novemb. 10).

Въ цѣломъ рядѣ опытовъ съ вприскиваніемъ кокаина въ вышеупомянутое пространство онъ не видалъ плохихъ результатовъ и никакихъ побочныхъ явленій. Растворъ каждый разъ долженъ быть свѣжій.

Nicoletti „О кокаиновой аналгезіи спиннаго мозга въ гинекологической хирургіи“. (Archiv. ital. die gin. 1900, № 3).

Авторъ на цѣломъ рядѣ опытовъ испыталъ методъ Bier'a. Онъ прежде всего констатировалъ, что кокаинизація спиннаго мозга не производитъ какихъ-либо измѣненій въ мозгу, которыя можно было-бы доказать микроскопомъ. Далѣе онъ говоритъ, что и другія вещества, какъ-то: ergotin, chinin, antipyrin, производили подобное же вліяніе, какъ и кокаинъ. Затѣмъ онъ приводитъ 3 клиническихъ случая, гдѣ была употреблена кокаинизація. Въ одномъ случаѣ была влагалищная операція, а въ двухъ другихъ чревосѣченіе. Растворъ вприскивался въ 4-й межпозвоночный промежутокъ въ поясничной области. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что кокаинизація спиннаго мозга можетъ быть употребляема

только при влагалищныхъ операціяхъ, при чревосѣченіи она не достаточна, такъ какъ дѣйствіе кокаина не продолжительное.

Снегиревъ (проф.) „Новыя данныя о примѣненіи швовъ изъ оленьихъ жилъ“. (Ж. акуш. и ж. б., 1900, № 1).

Авторъ изложилъ сначала способъ Грейфе, работающаго подъ его руководствомъ, обработки оленьихъ сухожилій, а затѣмъ приводитъ цѣлый рядъ весьма разнообразныхъ случаевъ, гдѣ онъ, вмѣстѣ съ проф. Губаревымъ и Бобровымъ, употреблялъ ихъ съ успѣхомъ.

Способъ обработки состоитъ въ слѣдующемъ: 1) обезжириваніе при помощи эфира—2 сутокъ; 2) обезпложиваніе въ Ol. ligni juniperi minimum 10 сутокъ; 3) извлеченіе ol. juniperi пребываніемъ въ эфирѣ въ продолженіи 2 сутокъ; 4) придаваніе антисептическихъ свойствъ перекадываніемъ на 2 сутокъ въ спиртовой растворъ (80%) сулемы 1:500; 5) сохраненіе въ спиртѣ до момента употребленія, причемъ прибавленіемъ большаго или меньшаго количества воды можно измѣнить степень мягкости нитей.

Sticher. „О стерилизаціи лигатуръ“ (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 1).

Требуя отъ матерьяла для швовъ въ 1) безукоризненную и надежную стерильность; 2) прочность какъ при завязкѣ, такъ и въ послѣоперационномъ періодѣ; 3) наименьшую способность къ раздраженію; 4) дешевизну и легкую доступность для каждаго, st. предлагаетъ льняныя нити, обработанныя по Krönig'у. Льняныя нитки нарѣзываются длиной въ 35 см.; 12—14 связываютъ ихъ вмѣстѣ и складываютъ въ кружечки; эти послѣднія кладутся въ форфоровый цилиндрикъ съ проволочной петлей на верху и съ продыравленнымъ дномъ. Этотъ цилиндръ помѣщается въ стеклянный сосудъ съ кумоломъ, на дно котораго кладутъ кусочекъ ваты и все помѣщается въ эмалированный сосудъ, дно котораго покрыто пескомъ. Промежутки между стѣнками стекляннаго и эмалированнаго сосудовъ заполняются пескомъ; въ кумолъ вставляется термометръ и этотъ сосудъ покрываютъ проволочной стѣнкой; затѣмъ все нагрѣваютъ до 155° и держатъ въ теченіи часа 155—165°. Затѣмъ прокаленной платиновой петлей форфоровый цилиндръ переносятъ въ петролевый бензинъ, который вымываетъ остатки кумола. Затѣмъ матерьялъ можно хранить или въ сухомъ видѣ (бензинъ вполне испаряется) или въ крѣпкомъ алкогольѣ.

Elsberg. „Простой способъ стерилизаціи катгута“ (Med. record. 1900, Mai).

Катгутъ кладутъ на 24 часа въ смѣсь 1 части хлороформа съ двумя частями эфира; затѣмъ сушатъ; 2) промываютъ 10—30 минутъ въ насыщенномъ растворѣ сѣрнокислаго аммонія, кипяченнаго въ водѣ при t° 106—108 с. Сѣрнокислый аммоній всегда кристаллизуется на катгутѣ. Затѣмъ промываютъ его въ водѣ, карболкѣ или сулемѣ и сохраняютъ въ алкогольѣ. Обработанный такимъ образомъ катгутъ съ трудомъ разрывается, не разбухаетъ въ тканяхъ и начинаетъ рассыпаться только на 4—8 день. Если желаютъ получить хромо-кислый катгутъ, кладутъ вмѣсто спирта въ растворъ хромокислаго катгута 1:1000.

Губаревъ. „О зашиваніи брюшной раны и дренажѣ брюшной полости послѣ чревосѣченій“ (Ж. ак. и женскихъ болѣзней, 1900, № 12).

Въ дѣлѣ заживленія брюшной раны послѣ чревосѣченія авторъ придаетъ главное значеніе не шву, а прямо фиксирующей повязкѣ тотчасъ послѣ операціи и ношенію хорошаго бавдажа въ теченіе 1—1½ лѣтъ послѣ операціи. Шовъ признаетъ двухъ-этажный: 1) Perit. и апоневрозъ прямыхъ мышцъ 2) жировую клетчатку и кожу.

Относительно употребленія дренажа послѣ чревосѣченія проф. Губаревъ ставитъ слѣдующія показанія: 1) когда не вполне остановлено кровотеченіе или 2) когда есть основаніе ожидать послѣдующаго въ первые сутки кровотеченія; 3) при инфекціи брюшной полости. Показаніями къ введенію дренажа въ послѣоперационномъ періодѣ являются: 1) появленіе внутренняго кровотеченія и 2) скопленіе жидкости въ брюшной полости. Въ этихъ случаяхъ предварительно брюшная полость должна быть обследована хорошо прокипяченнымъ катетромъ. Для дренажа употребляется смоченная перекисью водорода и хорошо отжатая полоска стерилизованной марли.

Döderlein „О Брунсовской пастѣ, какъ средствѣ для перевязки ранъ“ (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 27, s. 659). Авторъ безусловно хвалитъ айроловую пасту Bruns'a. Онъ сдѣлалъ 400 чревосѣченій и, примѣняя ее, получилъ въ 90% полное сращеніе брюшной раны. Никогда онъ не видалъ стоматитовъ, равно какъ они не встречались и Bruns'у. Не успѣхъ въ остальныхъ случаяхъ имѣетъ достаточное основаніе въ самой операціи, какъ случай гнойнаго скопленія въ трубахъ, туберкулезъ и т. д.

Fränkel. „О Брунсовской пастѣ при чревосѣченіяхъ“ (Centralblatt f. Gyn. 1900, № 22). Испробовавъ айроловую пасту Bruns'a въ цѣломъ рядѣ случаевъ на ранахъ послѣ чревосѣченія, Fränkel приходитъ къ заключенію, что дѣйстви-

тельно эта масса дѣйствуетъ хорошо, но, все-таки, попадались случаи нагноенія въ швахъ, которые авторъ объясняетъ слабыми антисептическими свойствами пасты, которая доказывается опытами, предпринятыми съ этою цѣлью. F. думаетъ, что порошокъ айрола дѣйствуетъ гораздо лучше и поэтому рекомендуетъ его.

Wormser. „*Kz дезинфекциі рукъ*“. (Ann. de gyn. et d'obst. T. LIV 1900 p. 488). Разбирая работы, касающіяся давняго вопроса, авторъ разсматриваетъ всѣ новѣйшія предложенія относительно стерилизаціи рукъ и приходитъ къ заключенію, что никакихъ способовъ ни по Mikulicz'у, ни по Fubringer'у, ни по Alfeld'у не удается надежно и на болѣе или менѣе долгое время обезплоднить руки. Поэтому авторы перешли къ способамъ, не позволяющимъ микробамъ переходить съ рукъ на операціонное поле, стали употреблять перчатки изъ разныхъ тканей, но и онѣ оказались не практичными, а новѣйшее предложеніе Kossmann'a, употребленіе „Chirof'a“ тоже также не состоятельно. Поэтому желательно изобрѣтеніе новаго способа совершенно надежнаго.

Steinthal „*О послѣдующемъ леченіи послѣ тяжелыхъ операцій въ брюшной полости*“. (Munchner med. Wochenschrift 1900, № 8).

S. рекомендуетъ послѣ большихъ потерь крови или у очень ослабленныхъ введеніе въ вену физиологическаго раствора повареной соли въ количествѣ 1—1½ литра ежедневно 2 раза въ первые 4—6 дней послѣ операціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ первое впрыскиваніе онъ дѣлаетъ даже передъ операціей. Кромѣ этого, авторъ вводитъ подъ кожу въ продолженіи нѣсколькихъ дней утромъ и вечеромъ масло по Leube и маленькія питательныя клизмы въ прямую кишку. При такомъ веденіи больныхъ въ послѣопераціонномъ періодѣ авторъ въ 130 случаяхъ получилъ хорошіе результаты, хотя между этими случаями были три, гдѣ наблюдалось страшная анемія, вслѣдствіе лопанья беременной трубы, а въ остальныхъ случаяхъ также значительное малокровіе зависѣло отъ кровотеченія при ракъ или фиброміомѣ матки.

Л и т е р а т у р а.

- 1) P.-Jung. „Deutsche. med. Wochenschrift“. 1900. № 21.
- 2) Himmelfarb. „Ann. de gyn. et d'obst.“. T. LIII. 1900 p. 413.
- 3) Leik. „Deutsch. med. Wochenschrift“. 1900. № 12.
- 4) Bluhm. „Archif f. Gyn.“. Bd. LXII. 1900.
- 5) Орловъ. „Врачь“. 1900. № 21.

- 6) Грязновъ. „О Вагинѣ у дѣтей“. Дисс. 1900.
- 7) Davidson. „Archif f. Gyn.“. Bd. LXI. Hft. 2.
- 8) Pincus. „Centralblatt f. Gyn.“. 1900. № 20.
- 9) Ширшовъ. „Zeitschrift f. Heilkunde“. Bd. XXI. Hft. 7.
- 10) Lingen. „Annal. de Gyn. et d'obst.“. T. LIII. 1900.
- 11) Schaeffer. „Centralblatt f. Gyn.“. 1900. № 8.
- 12) Steinschneider. „Centralblatt f. Gyn.“. 1900. № 23.
- 13) Theilhaber. „Monatschrift f. Geb. und Gyn.“. Bd. XI. Hft. 3.
- 14) Fritsch. „Centralblatt f. Gyn.“. 1900. № 2.
- 15) Elaischlen. „Samlung zwanglos abhand. d. Geb. der Frauenheil.“. Bd. III. Hft. 2.
- 16) Kroenig und Feuchtwanger. „Monatschrift f. Geb. und Gyn.“. Bd. XI. Hft. 3 и 4.
- 17) Helme. „Brit. med. journ.“. 1900. Mai 26.
- 18) Funke. „Centralblatt. f. Gyn.“. 1900. № 8.
- 19) von Woerz. „Monatschrift für Geb. und. Gyn.“. Bd. XII. Hft. 1.
- 20) Biermer. „Therap. Monatsheft“. 1900.
- 21) Spinelli. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. T. LIV. 1900.
- 22) Neuman. „Hygiea“. 1900. Oktober.
- 23) Richelot. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. T. LIII. 1900.
- 24) Cholmogoroff. „Monatschrift f. Geb. und Gyn.“. Bd. XI. Hft. 3.
- 25) Simmonds. „Münchener med. Wochenschrift“. 1900. № 2.
- 26) Delbet. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. 1900. Januar.
- 27) Coilleux. „Die Heilzunde“. 1900. Marz.
- 28) Osterman. „Deutsch. med. Wochenschrift“. 1900.
- 29) Gerstenberg. „Centralblatt f. Gyn.“. 1900. № 34.
- 30) Platon. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. T. III. 1900.
- 31) Steinbüchel. „Monatschr. f. Geb. u. Gyn.“. Bd. XI. Hft. 2.
- 32) Pincus. „Centralblat f. Gyn.“. 1900. № 25.
- 33) Biermer. „Centralblatt f. Gyn.“. 1900. № 3.
- 34) Pohorecky. „Archiv f. Gyn.“. Bd. LX. Hft. 2.
- 35) Claisse. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. T. LIII. 1900.
- 36) Freund. „Centralblat f. Gyn.“. 1900. № 40.
- 37) Burchardt. „Zeitschrift für Geb. und Gyn.“. Bd. LXIII.
- 38) Martin. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. T. LIV.
- 39) Нейдлеръ. Дисс. 1900.
- 40) Olshausen. „Zeitschrift f. Geb. und Gyn.“. Bd. LXIII. Hft. 1.
- 41) Koempel. „New-Iorker med. Wochenschrift“. 1900.
- 42) Waldstein. „Archiv f. Gyn.“. Bd. LXI. Hft. 1.
- 43) Ott. „Monatschrift f. Geb. und Gyn.“. Bd. XII. Hft. 3.
- 44) Otto. „Disputat“. 1900. Kopenhagen.
- 45) v. Ott. „Ann. de Gyn. et d'obst.“. T. LIV. 1900.
- 46) Culleu. Ibid.
- 47) Rischelot. Ibid.
- 48) Morisani. Ibid.
- 49) Bouilly. Ibid.
- 50) Boursier. Ibid.
- 51) Faure. Ibid.
- 52) Sneguireff. Ibid.
- 53) Fosset. Ibid.
- 54) Mangiagolli. Ibid.
- 55) Requier. Ibid.
- 56) Lequeu. Ibid.

- 57) Poney. Ibid.
 58) Fritsch. Ibid.
 59) Spinelli. «ibid.».
 60) Религиони. Дисс. 1900.
 61) Sippel. «Centralblatt f. Gyn.». 1900.
 62) Boldt. New-York post graduate clin. society». 1900. Januar.
 63) Czerny. «Deutsche Arztezeitung». 1900. Hft. 10.
 64) Kütsner. «Centralblatt f. Gyn.». 1900.
 65) Leopold. «Ann. de gynec. et d'obst.». T. LIV. 1900.
 66) Beyea. ibid.
 67) Claisse. ibid. T. LIII.
 68) Wittbauer. «Monatschrift f. Geb. und Gyn.». Bd. XII. Hft. 5.
 69) Hartmann. «Ann. de gyn. et d'obst.». T. LIV. 1900.
 70) Мироновъ. «Мед. Обзоръние». 1900.
 71) Guilliond. «Ann. de gyn. et d'obst.». T. LIII. 1900. p. 186.
 72) Pompe van Meerdervoort. «Niderl. Tidschr. V. Verlosk en Gynaecol.». 1900. (Ref. in Centralblatt 1900).
 73) Fochier. «Lyon med.». 1900. № 36.
 74) Boudrou. «Ann. de gyn. et d'obst.». T. LIII. 1900.
 75) Ries. ibid. T. LIII.
 76) Fehling. Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 40.
 77) Fraikin. «Ann. de gyn. et d'obst.». 1900.
 78) Fischer. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 31.
 79) Вольтке. «Мед. Обзоръние». 1900.
 80) Wolter. «Hygiea». 1900. Oktober.
 81) Witthauer. «Monatschrift f. Geb. und Gyn.». Bd. XII. Hft. 5.
 82) Strassmann. «Archiv f. Gyn.». Bd. LXI. 1900.
 83) Walls. «Brit. med. Journ.». 1900. Febr. 3.
 84) Feanbrau et Moitessier. «Ann. de gyn. et d'obst.». T. LIII. 1900.
 85) Эберманъ и Малольтковъ. «Мед. Обзоръние». 1900.
 86) Fritsch. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 40.
 87) Estor et Puesch. «Revue de gyn. et de chir abdom.». 1900. № 6.
 88) Talmey. «Med. record.». 1900. Sept. 22.
 89) Manger. «Thèse de Paris». 1900.
 90) Stolz. «Beiträge zur Geb. und Gyn.». Bd. III.
 91) Канель. «Врачъ». 1900. № 13. Hft. 3.
 92) Эйгеръ. «Дисс.». 1900. Спб.
 93) Мансвѣтовъ. «Дисс.». 1900. Спб.
 94) Парышевъ. «ж. Ак. и ж. больней». 1900.
 95) Карницкій. «Дисс.». 1900. Спб.
 96) Lindfors. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 44.
 97) Александровъ. «жак. и ж. б.». 1900.
 98) Bardesi. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 6.
 99) Спасокукоцкій. «Мед. Обзоръние».
 100) Kolischer. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 17.
 101) Weber. «Monatschrift f. Geb. und Gyn.». Bd. XII. Hft. 2.
 102) Krönig. «Samlung Zwanglos. Abhandlung d. Geb. d. Frauenheilkund. und Geb.». Bd. III. Hft. 6.
 103) Mirabeau «Centralblatt f. Gyn.». 1900 № 36.
 104) Яхонтовъ. «ж. ак. и ж. б.». 1900. Oktober.
 105) Александровъ. «ibid.».
 106) Феноменовъ. «ibid.». № 7.
 107) Pernice. «Monatschrift f. Geb. und Gyn.». Bd. XII.
 108) Орловъ. «Врачъ». 1900. № 43.
 109) Heinrich. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 2.
 110) Czempin. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 5.
 111) Koblanck. «ibid.». 1900. № 1.
 112) Goffe. «Med. new.». 1900 Okt. 13.
 113) Murphy. «ibid.». November 10.
 114) Nicoletti. «Archiv ital. di Gin.». 1909. № 3.
 115) Снегиревъ. «ж. ак. и жен. б.». 1900. № 1.
 116) Sticher. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 1.
 117) Elsberg. «Med. ricord.». 1900. Mai.
 118) Губаревъ. «ж. ак. и жен. б.». 1900. № 12.
 119) Döderebein. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 27.
 120) Fränkel. «Centralblatt f. Gyn.». 1900. № 22.
 121) Wormser. «Ann. de gyn. et d'obst.». T. LIV. 1900.
 122) Steintal. «Münchener med. Wochenschrift». 1900. № 8.

114935



Обзоръ важнѣйшихъ работъ по Судебной медицинѣ за 1900 годъ^{*)}.

(Составленъ при кафедрѣ Судебной медицины Военно-Медицинской Академіи).

Ассистента д-ра С. Вертоградова.

Профессоръ *Morache* (1) (Bordeaux), разсматривая *положеніе экспертизы во Франціи*, изучаетъ его исторически и подходитъ къ современному состоянію вопроса постепенно, начиная отъ древнѣйшихъ культурныхъ обществъ Египта и Индіи.

Это — горячо и обстоятельно подготовленная лекція; она содержитъ въ себѣ также критическій привѣтъ новому закону о судебно-медицинской экспертизѣ во Франціи, положеніе коей до сихъ поръ почти въ одинаковой мѣрѣ не удовлетворяло ни юристовъ, ни врачей, ни самихъ судимыхъ.

По новому закону вводится такъ-называемая „двусторонняя“ экспертиза, т. е. экспертовъ всегда будетъ двое: одинъ изъ нихъ какъ-бы въ интересахъ подсудимаго. Само собою разумѣется, что оба они, служа дѣлу уясненія истины на судѣ, будутъ работать вмѣстѣ, идя къ одной цѣли; дѣло въ томъ, что выборъ этого-то второго эксперта предоставляется самому обвиняемому, что уже само по себѣ есть актъ удовлетворенія принципа справедливости. Надо знать, что выборъ дѣлается изъ тѣхъ кандидатовъ въ эксперты, которые внесены окружнымъ судомъ въ списки на данный годъ. Конечно, это — люди компетентные каждый въ своей спеціальности, преимущественно изъ лицъ учебнаго персонала ближайшаго факультета. Ученый критикъ сожалеетъ тѣ округа, гдѣ нѣтъ медицинскихъ школъ, и, стало быть, отсутствуютъ ученые спеціалисты. Правда, нужно имѣть въ виду, что во Франціи нѣтъ института специализовавшихся — какъ въ Германіи — судебныхъ врачей-экспертовъ, и уже сама прак-

тика жизни указала на ежегодный выборъ самимъ судомъ однихъ и тѣхъ-же — что также несправедливо — кандидатовъ-экспертовъ, которымъ судъ и довѣряетъ, и которые, зная, что избраны на цѣлый годъ, не легко уклонятся отъ этой не всегда легкой обязанности. Интересно, что примиреніе разногласій этихъ двухъ экспертовъ предположено ввѣрять третьему по назначенію отъ суда эксперту, — а въ случаѣ безплодности попытокъ сего послѣдняго, это — задача председателя суда (?). Законно возставая противъ такого обихода, авторъ не хочетъ также согласиться, чтобы подобные спорные вопросы разрешались высшею комиссіею, заседающею въ Парижѣ, имѣя въ виду и задержку, и скопленіе дѣлъ, и другія неудобства централизаціи. Наоборотъ, учрежденіе нѣсколькихъ отдѣльныхъ комиссій (опять по примѣру Германіи), преимущественно въ университетскихъ городахъ, гдѣ легко найти членовъ съ должною высотой ценза, — автору представляется вполне желательнымъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ возникаетъ и необходимость устройства тутъ-же и морговъ, гдѣ, кромѣ сохраненія труповъ, можно имѣть въ виду устройство помѣщенія и для лабораторіи и для вскрывающихъ врачей, которымъ приходится, какъ это видно, производить свои вскрытія и другія изслѣдованія зачастую въ условіяхъ далеко не лучшихъ, чѣмъ гдѣ-нибудь у насъ въ захолустныхъ и дикихъ уголкахъ Россіи.

Къ методикѣ изслѣдованія.

Д-ръ Дворниченко (2) предлагаетъ нѣсколько практическихъ совѣтовъ и разъясненій, полезныхъ при *изслѣдованіи пятенъ кровяного происхожденія*. По мнѣнію автора, примѣсь ржав-

*) Статья закончена въ октябрѣ 1901 года.

и гнзлн!

64



А 368

Обзоръ важнѣйшихъ работъ по гинекологіи за 1901 и 1902 годъ.

(Составленъ при кафедрѣ госпитальной гинекологической клиникѣ).

Прив.-доцента и ассистента клиники В. П. Орлова.

I. Наружныя половыя части и влагалище.

Однимъ изъ самыхъ неприятныхъ осложненій супружеской жизни является *vaginismus*. Все фармацевтическія мѣропріятія очень часто остаются безъ успѣха и для полнаго устраненія страданія приходится прибѣгнуть къ ножу. Къ сожалѣнію, надо сознаться, что и оперативное лѣченіе иногда не устраиваетъ болѣзнь; въ силу этого, слѣдуетъ приветствовать всякій способъ лѣченія, предлагаемый для облегченія страданія. Нуррегт (1) „Къ лѣченію вагинизма кольпейринтеромъ“ предлагаетъ лѣчить вагинизмъ кольпейринтеромъ. Лѣченіе это онъ основываетъ, главнымъ образомъ, на томъ, что оно не причиняетъ боли, которую больше всего и слѣдуетъ избѣгать при лѣченіи вагинизма. Лѣченіе зеркалами причиняетъ очень часто боль. Передъ введеніемъ кольпейринтера онъ смазываетъ наружныя половыя части 10% растворомъ *Cocain'a*, послѣ этого кольпейринтеръ складываютъ, смазываютъ масломъ и осторожно вводятъ во влагалище. Какъ скоро онъ введенъ, авторъ наполняетъ его постепенно жидкостью. Если больная начинаетъ жаловаться на боль, то онъ прекращаетъ временно наполненіе жидкостью и какъ скоро больная успокоится, прибавляетъ еще жидкости. Послѣ этого оставляетъ кольпейринтеръ во влагалищѣ $\frac{1}{2}$ часа. Черезъ 2—3 недѣли такого лѣченія онъ могъ вводить во влагалище до 200 куб. с. жидкости, а послѣ него зеркало 3 сант. въ поперечникѣ безъ особенной боли, смазывая каждый разъ *Cocain'омъ*, но все болѣе и болѣе слабыми растворами и наконецъ простой водой. Если вагинизмъ зависитъ отъ гонорей или отъ какого-либо другаго воспалительнаго заболѣванія, то рядомъ съ

лѣченіемъ кольпейринтеромъ, лѣчатъ основную болѣзнь.

Къ такимъ-же упорнымъ для лѣченія болѣзнямъ принадлежитъ „*Pruritus vulvae*“, такъ какъ всевозможное лѣченіе остается безрезультатнымъ. Siebourg 2) „Къ лѣченію *Pruritus vulvae*“ предлагаетъ противъ *pruritus vulvae* подкожныя впрыскиванія слабыхъ растворовъ *cocain'a* и другихъ жидкостей, какъ напримѣръ физиологическаго раствора поваренной соли. Эти впрыскиванія онъ рекомендуетъ производить лучше всего вечеромъ, причемъ растворъ поваренной соли вводилъ подъ кожу вульвы до $\frac{1}{3}$ литра.

Кромѣ этого, онъ предписываетъ дѣлать два раза въ день утромъ и вечеромъ холодныя подмыванія съ мыломъ особенно зудящихся мѣстъ рукой или помощью ваты; днемъ послѣ каждого мочеиспусканія; затѣмъ мазь *Cocain 2,0, orthoform 1,5, Menthol 0,5, acid. carbol. 1,0 : 20,0 Vaselinei*.

При поврежденіяхъ прижиганіемъ 10% *arg. nitrici* Ногти больной должны быть коротко обрѣзаны. Если *pruritus* стоитъ въ зависимости отъ какой-нибудь другой болѣзни, какъ напримѣръ сахарнаго мочеизнуренія, то прежде всего слѣдуетъ обратить вниманіе на эту болѣзнь.

Къ числу рѣдкихъ новообразованій наружныхъ половыхъ частей принадлежатъ кисты малыхъ губъ. Описанія подобныхъ случаевъ встрѣчаются въ литературѣ въ небольшомъ количествѣ. *Agnes Bluhm*, 3) „О кистахъ малой губы“ изъ клиники *Landau*, наблюдалъ два подобныхъ случая. Въ началѣ своей статьи онъ приводитъ все случаи найденные имъ въ литературѣ и на основаніи ихъ онъ раздѣляетъ кисты малыхъ губъ на три группы: 1) кисты, которыя возникаютъ изъ нормальныхъ составныхъ частей малыхъ губъ—

ИНВЕНТАР
26

образованія *идиотопической природы*; 2) кисты, возникающія на патологической почвѣ—гетеротопической природы и наконецъ въ 3) кисты образующіяся изъ остатковъ Gartner'овскихъ ходовъ, такъ называемые „Kystes Wolffiens“.

Оба случая автора по микроскопической картинѣ строенія вполнѣ аналогичны и принадлежатъ къ типу полипозныхъ железистыхъ кистомъ. Въ первомъ случаѣ опухоль величиной съ яблоко помѣщалась на широкомъ основаніи въ правой губѣ ближе къ клитору и была покрыта нормальной кожей. Консистенція опухоли эластическая. Во второмъ случаѣ опухоль величиной въ апельсинъ также на широкой ножкѣ исходила изъ лѣвой малой губы, изъ верхней ея части. На наружной поверхности опухоли замѣчается небольшое отверстіе изъ котораго выдѣляется бурая клейкая масса. Больная увѣряла, что это отверстіе у нея существуетъ самостоятельно. При микроскопическомъ изслѣдованіи это отверстіе ведетъ въ каналъ, который подъ микроскопомъ оказался выложеннымъ мостильнымъ эпителиемъ, продолжающимся дальше и на стѣнку кисты. Эпителий, выстилающій стѣнку кисты, похожъ по своему виду на эпителий слизистой оболочки.

Владиміровъ 4) „Киста малой губы“. По вылушеніи ея, она оказалась атеромой. На основаніи литературы и своихъ случаевъ онъ пытается освѣтить происхожденія этихъ кистъ.

Richard Freund 5) „Къ вопросу оба *ulcus rodens*“ описываетъ два очень интересныхъ случая заболѣванія наружныхъ половыхъ частей. Въ одномъ случаѣ у 33-хъ лѣтней женщины рожавшей 4 раза найдены сильно увеличенныя большія губы. Клиторъ отечный и представляетъ изъ себя какъ-бы отдѣльную опухоль; около мочеиспускательнаго канала замѣчается язва, величиной съ мѣдный пятакъ, покрытая распадаемъ и легко кровоточащими грануляціями. Вся язва вырѣзана и раневая поверхность зашита. Больная поправилась. Во второмъ случаѣ у 46-ти лѣтней женщины, рожавшей VIII разъ найдено: вульва увеличена, какъ при слоновой проказѣ, кожа красная и отечная. Между большими и малыми губами язвы съ твердыми краями и покрытыя гноемъ. Нимфы и клиторъ инфильтрированы; послѣдній очень увеличенъ. Въ 4 сант. отъ входа влагалище совершенно зарощено. Влагалище также покрыто язвой. Прямая кишка инфильтрирована по своей окружности; въ 10 сант. отъ задняго прохода стенозъ. Операция сдѣлана

не вполнѣ. Больная вскорѣ умерла отъ отека легкихъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи того и другого препарата найдено въ общемъ почти одно и тоже; сильное утолщеніе мостильнаго эпителия кожи губъ, особенно замѣтно увеличеніе полигональныхъ клѣтокъ. Сосочки хорошо развиты, удлинены и вѣтвятся. Строма сосочковъ богата одно и многоядерными клѣтками разной величины. Подслизистый слой не представляетъ ничего особеннаго, мышечная ткань пронизана инфильтрационными клѣтками. Длинные цуги круглыхъ клѣтокъ идутъ отъ сосочковъ въ ткань. Сосудистыя стѣнки, особенно *intima*, сильно утолщены. Нервы также утолщены (*Eri-peri-endoneurium*). Ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ туберкулезныхъ бациллъ не найдено, сифились и элифантіазисъ авторъ исключаетъ; на основаніи анамнеза и изслѣдованія макро и микроскопическаго приходитъ къ выводу, что онъ имѣлъ дѣло съ *ulcus rodens*. Въ первомъ случаѣ наблюдалась первая стадія процесса, а во второмъ процессъ уже далеко ушелъ и случилось прободеніе мочевого пузыря и прямой кишки.

Digner 6) у 3 $\frac{1}{2}$ лѣтней дѣвочки нашелъ зарощеніе наружныхъ половыхъ частей вслѣдствіе трамвы и омертвѣнія. *Vulva* совершенно зарощена; въ серединѣ этого зарощенія находится щелевидное отверстіе, изъ котораго выдѣляется моча. Влагалище растянуто мочей. Путемъ операціи была соединена слизистая оболочка рукава со слизистой оболочкой малыхъ губъ—выздоровленіе.

Huchon (7). „О влагалищныхъ зарощеніяхъ и объ отношеніи ихъ къ беременности“. Влагалищныя зарощенія могутъ произойти на почвѣ омертвѣнія стѣнокъ рукава, вслѣдствіе трудныхъ родовъ, или отъ введенія и долгаго пребыванія инородныхъ тѣлъ во влагалищѣ; при попыткѣ произвести выкидышъ. У беременныхъ, страдающихъ суженіемъ рукава, могутъ начаться роды раньше времени, благодаря скопленію выше суженія жидкости и раздраженія ею нижняго сегмента матки. При не полномъ зарощеніи расширеніе влагалища во время родовъ помощью пальцевъ, тупыми и острыми инструментами. При крайнихъ степеняхъ суженія показано кесарское сѣченіе.

Фраткинъ (8). „Ракъ наружныхъ половыхъ органовъ“. Изъ 15.000 амбулаторныхъ гинекологическихъ больныхъ, пришедшихъ за совѣтомъ въ Крестовоздвиженскую общину за 5 лѣтъ, 199 (1,3%) были съ заболѣваніемъ наружныхъ половыхъ органовъ. Ракъ вульвы авторъ встрѣтилъ только 1 разъ на 227 случаевъ рака

матки. Возрастъ больныхъ 40—70 лѣтъ. Въ описанномъ авторомъ случаѣ у больной 47-ми лѣтней женщины раковая опухоль величиной въ яблоко занимала *клитору* и правую малую губу. Опухоль вырѣзана и рана закрыта швами. Черезъ 8 мѣсяцевъ возвратъ — выжиганіе аппаратомъ Пакелена. Ракъ уретры авторъ наблюдалъ еще рѣже. Онъ оперировалъ подобный случай у 47-ми лѣтней женщины, у которыхъ въ продолженіи 2-хъ мѣсяцевъ образовалась опухоль отъ ушиба. Опухоль помѣщалась на передней стѣнкѣ влагалища и имѣла тѣсное сообщеніе съ мочеиспускательнымъ каналомъ. Опухоль удалена. Вскорѣ возвратъ болѣзни, снова операція и опять возвратъ. Больная, вслѣдствіе сильныхъ болей, покончила жизнь самоубійствомъ.

Goldschmidt (9). „О карциномѣ вульвы“. Авторъ собралъ 213 случаевъ *carcinomae vulvae* изъ литературы и на основаніи этого матерьяла дѣлаетъ различныя заключенія. Въ большинствѣ случаевъ исходной точкой рака служили большія, срамныя губы. Карцинома Бартолиновыхъ железъ наблюдалась лишь 7 разъ. Различаются поверхностныя и глубокія формы рака. При поверхностныхъ железахъ обыкновенно не такъ скоро поражаются. Въ 34,5% на 214 случаевъ железы были найдены неизмѣненными. Главнымъ симптомомъ карциномы вульвы *pruritus* 14,84% больныхъ были нерожавшія, при этомъ $\frac{1}{3}$ дѣвицъ. Изъ 169 случаевъ въ 66-ти наступилъ рецидивъ послѣ операціи—40%, изъ нихъ въ 26 областной и въ 15 и мѣстный и отдаленный.

Burghelle (10) „О злокачественныхъ опухоляхъ *vulv'ы*“, отличаетъ въ своей работѣ рѣдкость наблюденія злокачественныхъ опухолей наружныхъ половыхъ частей. На 35—40 случаевъ злокачествен. новообразованій матки приходится 1 злокачественная опухоль *vulv'ы*. Изъ 20.000 больныхъ авторъ наблюдалъ лишь 3 случая первичной карциномы наружныхъ половыхъ частей.

Thomas (11) наблюдалъ весьма рѣдкій случай настоящей фибромы *vulv'ы* у 17-ти лѣтней нерожавшей женщины. Опухоль величиной со сливу, имѣла въ длину $4\frac{1}{2}$ с., въ ширину 3 с. и въ толщину $2\frac{3}{4}$ сант., плотной консистенціи, окруженная со всѣхъ сторонъ капсулой. Подъ микроскопомъ состояла изъ соединительно-тканыхъ клѣтокъ и имѣла всѣ свойства доброкачественной соединительно-тканной опухоли.

Kleinwächter (12) описываетъ два рѣдкихъ случая „*Garrulita, vulvae*“; въ одномъ изъ нихъ выходненіе газовъ изъ влагалища объяснялось расслабленіемъ запирающей мышцы влагалища и газъ выходилъ при боковомъ по-

ложеніи больной; заболѣваній никакихъ не наблюдалось, отмѣченъ только небольшой шеечный катарръ и малокровіе. Послѣ укрѣпляющаго лѣченія все прошло. Во второмъ случаѣ была найдена фистула въ сводѣ, ведущая въ одну изъ петель тонкихъ кишекъ, образовавшаяся послѣ экстирпаціи матки.

Veit объясняетъ развитіе газовъ во влагалищѣ присутствіемъ особыхъ микроорганизмовъ; Löhlein обращаетъ вниманіе на расслабленіе во входѣ во влагалище.

Bluhm (13). „Къ вопросу о полипозныхъ слизисто-железистыхъ кистахъ малой губы“. Авторъ изслѣдовалъ и описалъ два случая мало извѣстныхъ до настоящаго времени полипозныхъ железистыхъ кистомъ малой губы. Одна киста была величиной въ куриное яйцо, висѣла на широкой ножкѣ, исходящей изъ верхней части правой малой губы; вторая опухоль величиной съ вишню вытягивали собою нижнюю часть той же самой губы. Строеніе той и другой опухоли почти одно и тоже. Стѣнка кисты состояла изъ 3-хъ слоевъ: 1) кожный (малой губы); 2) плотная, волокнистая, бѣдная клѣтками соединительная ткань; 3) цилиндрической или кубической эпителии; во второмъ случаѣ еще болѣе уплощенный. Содержимое кисты—кровянистая, густая, тягучая жидкость.

Zigenspeck (14). „О возникновеніи кистъ дѣвствен. плевы“. Большинство случаевъ описанныхъ въ литературѣ относится къ новорожденнымъ, случаи же автора Pising'a и Отто описаны у взрослыхъ. Самая большая величина кисты описана Döderlein'омъ и Müller'омъ, въ вишню и виноградную ягоду. На основаніи литературы и гистологическаго изслѣдованія авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1) Гименальныя кисты возникаютъ въ большинствѣ случаевъ на почвѣ вростанія и отшнурованія эпителиа дѣвственной плевы. 2) Образуются ли онѣ отъ сростанія двухъ сосѣднихъ складокъ—не доказано. 3) Въ рѣдкихъ случаяхъ онѣ развиваются изъ лимфатическихъ эктазій и еще рѣже изъ остатковъ Гартнеровскаго хода. 4) Могутъ ли онѣ возникать вслѣдствіе закупорки сальныхъ железокъ—не доказано. Позволено думать, что они могутъ возникать изъ сальныхъ железъ, причемъ содержимое можетъ быть прозрачнымъ, если хорошо развиты сосуды и всѣ плотныя части всосались.

Bamberg (15). „*Elephantiasis vulvae chronica ulcerosa (syphilitica)*“. Авторъ на основаніи своихъ случаевъ и литературы приходитъ къ выводу, что *Elephantiasis vulvae chronica ulcerosa (syphilitica)* имѣетъ свои характерныя особенности.

Туберкулезныя изъязвленія характеризуются туберкулезными бактериями. *Lupus vulvae* имѣетъ свои характерныя микроскопическія и гистологическія особенности, присущія волчанкѣ, и на другихъ частяхъ тѣла. Отличительными особенностями сифилитическаго Elephantiasis служитъ то обстоятельство, что болѣзнь быстро поддается противосифилитическому лѣченію въ третичныхъ стадіяхъ приемами іодистаго калия.

Въ виду довольно значительнаго % разрывовъ промежности, получающихся при родахъ, особенно у первороженицъ, всякое предложеніе, стремящееся къ уменьшенію разрывовъ промежности, должно быть принимаемо съ охотой и испытано. Изъ авторовъ послѣдняго времени Hofbauer (16). „Къ новой техники поддержанія промежности“, предлагаетъ свой способъ, который, по автору, долженъ въ значительной степени ограничить разрывы промежности. Правая рука кладется плоско на промежность такъ, что уздечка остается свободной для осмотра ея, и производитъ давленіе спереди назадъ такъ, чтобы голова отклонилась отъ промежности напередъ. Постепенно выступаютъ все большія, и большія части черепа въ сагитальномъ размѣрѣ вульвы. Если напряженіе промежности дѣлается очень большимъ, что наблюдается при выхожденіи изъ подъ промежности большаго родничка, тогда поворачиваютъ головку приблизительно на 40° рукой въ косою діаметръ соотвѣтственно положенію стѣнки; благодаря этому, сильно растянутая промежность тотчасъ ослабляется; теперь будутъ растягиваться больше боковыя части вульвы, которыя испытывали до сего времени лишь небольшое давленіе. Къ остальной части промежности въ это время приливаетъ кровь и она дѣлается снова мягкой. Послѣ этого головкѣ позволяютъ мало-по-малу выступать. Этотъ же приемъ можно употребить при оперативныхъ родахъ и при ягличныхъ предлежаніяхъ.

Zangenmeister (17). „О рѣдкой формѣ разрывовъ промежности (vulvarorrhexis)“. Авторъ описываетъ два случая центральныхъ разрывовъ промежности, которые онъ самъ наблюдалъ. При врѣзываніи головки vulva все больше и больше отодвигалась къ симфизу, а промежность сильно выпятилась и растянулась. Сначала появился поперечный разрывъ на промежности, а на остальной части промежности кожа до того истончилась, что сквозь нея стала просвѣчиваться головка плода, и наконецъ въ центрѣ ея появился разрывъ, который дальше пошелъ вверхъ къ уретрѣ съ той и другой стороны и вульварное

кольцо какъ бы отирепаровалось отъ остальной промежности.

По мнѣнію автора, по крайней мѣрѣ, въ части центральныхъ разрывовъ промежности прежде всего отрывается вульварное кольцо отъ влагалища, отодвигается вверхъ къ симфизу и въ силу этого промежность можетъ ненормально удлиниться.

Fritsch (18) „О подкожномъ разрѣзѣ сфинктера при восстановленіи промежности“. При зашиваніи полныхъ разрывовъ промежности, апис дотога суживается, что поверхъ его задерживаются не только каловыя массы, но и газы. Благодаря этому считая операціонная рана на чинаетъ съ внутренней стороны расходиться и успѣха операціи никакого не получается. Въ такихъ случаяхъ, если послѣ операціи палецъ проводится съ трудомъ, авторъ рекомендуетъ дѣлать подкожно тенотомомъ разрѣзъ сфинктера направо и налево.

Balacescu (19) „Къ патологіи и лѣченію кисты влагалища“. Кисты влагалища встрѣчаются вообще рѣдко и ихъ находятъ только случайно при изслѣдованіи или при родахъ. Онѣ сидятъ по большей части на передней стѣнкѣ влагалища, въ подслизистой клѣтчаткѣ или въ Septum vesico-vaginale, въ верхней $\frac{1}{3}$ влагалища, рѣже на задней стѣнкѣ. Гистологически стѣнка кисты состоитъ изъ двухъ слоевъ: наружнаго соединительно-тканнаго и внутренняго эпителиальнаго, состоящаго изъ одного слоя плоскихъ или кубическихъ цилиндрическихъ клѣтокъ. Въ одномъ случаѣ киста на внутренней своей поверхности была покрыта плоскимъ эпителиемъ. Развиваются эти кисты, по автору, на передней стѣнкѣ изъ остатковъ Вольфовыхъ ходовъ, которые позднѣе кистовидно перерождаются; на задней стѣнкѣ изъ Müller'овскаго хода. Относительно лѣченія нужно сказать, что радикальный способъ — это экстирпація кисты, но при удаленіи большой кисты слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ, такъ какъ киста можетъ глубоко вдаваться въ широкую связку или имѣть тѣсныя сращенія съ пузыремъ и съ мочеточникомъ ¹⁾.

Costaing et Dieulaifè (20) „О кистахъ влагалища“. Авторы описали случай кисты влагалища у 17-лѣтней дѣвушки величиной въ ман-

¹⁾ Замѣч. реф. Въ одномъ случаѣ, оперированномъ мною въ 1901 г., киста влагалища, сидѣвшая на передне-правой стѣнкѣ влагалища, глубоко вдавалась въ широкую связку и представила большія трудности для удаленія. Киста по размѣрамъ своимъ была равна кулаку взрослого человека.

даривъ, которая росла изъ передне-правой влагалитной стѣнки близъ свода. Содержимое кисты свѣтлое, слизистое. Стѣнка кисты состояла изъ трехъ слоевъ: 1) соединительно тканнаго, 2) мышечнаго, внутренняго круговаго и наружнаго продольнаго, 3) эпителиальнаго (цилиндрической эпителий). Изъ всѣхъ теорій, авторы останавливаются на железистой теоріи и теоріи врожденнаго происхожденія.

Machenhauser (21) „Миома влагалитца“. Миомы, какъ и другія новообразования встрѣчаются рѣдко, а потому и случай Machenhauser'a представляетъ интересъ. Авторъ нашелъ у 42-хъ-лѣтней женщины, рожавшей 3 раза, на задней стѣнкѣ влагалитца мягкую опухоль величиной въ кулакъ взрослога челоуѣка. Она сидѣла въ верхней $\frac{1}{3}$ влагалитца. Удаленіе ея не представило большихъ трудностей. Опухоль подъ микроскопомъ оказалась чистой миомой безъ соединительной ткани. По статистикѣ автора описано только 10 случаевъ чистыхъ миомъ влагалитца. Возрастъ больныхъ отъ 40 до 50 лѣтъ. Величина ихъ колеблется отъ вишни до головы новорожденнаго ребенка. Мѣстоположеніе ихъ въ $\frac{3}{4}$ случаевъ на передней стѣнкѣ влагалитца и въ $\frac{1}{4}$ случаевъ на задней и боковыхъ стѣнкахъ чаще въ верхнемъ отѣлѣ, чѣмъ въ нижнемъ.

Trillat (22) „Первичная эпителиома влагалитца“. Первичный ракъ влагалитца встрѣчается также рѣдко, онъ чаще всего бываетъ вторичный съ влагалитцной части матки. Авторъ описалъ запущенный случай первичнаго рака влагалитца, который перешелъ на мочевоу пузырь и сжалъ уретру. Матка осталась не занятой. Больная погилла.

Садовскій (23) въ засѣданіи Петербургскаго акушерско-гинекологическаго Общества показалъ микроскопическій препаратъ первичнаго рака влагалитца отъ 37-ми-лѣтней женщины. У нея въ заднемъ сводѣ имѣлась рѣзко отграниченная отъ здоровой влагалитцной части язва. На передней стѣнкѣ рукава 2 и на боковой у входа 1-переносный узелъ.

Kroenig (24) „Къ оперативному лѣченію первичнаго рака влагалитца“, Klebs различаетъ двѣ формы рака влагалитца: 1) форма инфильтрирующая. Она можетъ кругомъ захватить всю влагалитцную трубку и значительно ссузить ее, 2) форма въ видѣ разрощенной цвѣтной капусты.

По мѣсту своего положенія:
 на задней стѣнкѣ она встрѣтилась 71 разъ
 „ передней стѣнкѣ 23 „
 „ боковыхъ стѣнкахъ 13 „
 кругомъ всѣхъ стѣнокъ 16 „

Перечисливъ всѣ методы операций при ракѣ влагалитца, какъ-то операция Olshausen'a черезъ промежность съ отпрепаровкой влагалитца отъ прямой кишки, Amman'a съ боковыми разрѣзами по направленію къ t. ischi. Martin'a, Mackenrodt'a, Dührssen'a и другихъ съ удаленіемъ матки или безъ него, авторъ привелъ свои два случая. Въ 1-мъ у 34-хъ-лѣтней женщины, рожавшей 2 раза, прекрасно упитанной, онъ нашелъ на задней стѣнкѣ влагалитца въ средней трети его язву съ бугристой поверхностью, величиной съ таллеръ, которая при прикосновеніи легко кровоточила, но была подвижна. Слизистая оболочка прямой кишки была также хорошо подвижна. Въ нижней трети задней стѣнки влагалитца, кромѣ этого, были найдены 2 мѣста величиной въ 5 пфениговую монету, лишенные эпителия. Матка и параметріи свободны. Язва прижжена Raquelin'омъ и закрыта іодоформенной марлей. Затѣмъ сдѣланы глубокіе боковые надрѣзы влагалитца по бокамъ язвы. Концы боковыхъ разрѣзовъ соединены на промежности поперечнымъ разрѣзомъ вблизи, Grenier'a. Затѣмъ сверху отпрепарована задняя стѣнка влагалитца отъ прямой кишки въ здоровыхъ частяхъ, послѣ этого удалена и часть передней стѣнки, обходя отверстіе мочеваго канала, вскрытъ передній дуглассъ и послѣ перевязки связокъ матка вмѣстѣ съ влагалитцемъ экстирпирована. Для уменьшенія раны брюшина мочеваго пузыря соединяется съ брюшиной прямой кишки.

Остальное затампонировано іодо-формированной марлей. У больной вскорѣ появился возвратъ болѣзни въ Septum rectovaginale и она погилла отъ этого рецидива.

Во второмъ случаѣ у 40 лѣтней женщины, рожавш. 2 раза, была найдена язва той же величины, какъ въ предыдущемъ случаѣ въ верхней трети задней стѣнки влагалитца. Операция въ общемъ произведена такъ же. Больная поправилась.

На основаніи литературы и своихъ случаевъ, авторъ говоритъ, что операцию можно сдѣлать двояко:

1) Экстирпировать по промежностному методу по Olshausen'у или съ помощью разрѣза Schuchardt'a и отдѣлить затѣмъ прямую кишку въ боковыхъ и заднихъ ея связяхъ и, если нужно; резецировать часть прямой кишки и соединить циркулярно верхнюю часть кишки съ нижней.

2) Отдѣлить заболѣвшую часть задней стѣнки влагалитца одновременно съ подлежащей частью прямой кишки на протяженіи заболѣващаго участка ткани, и то и другое экстирпировать. Экстирпацию матки и резекцію части передней

стѣнки влагалища лучше всего производить передъ резекціей прямой кишки.

Роды при ракъ влагалища при распространенномъ процессѣ оканчиваются или помощью щипцовъ или кесарскимъ сѣченіемъ по Ротго.

Schmit (25). „О новомъ случаѣ первичной хоріо-эпителиомъ влагалища“. Авторъ у 41 лѣтней женщины нашелъ послѣ окончанія семинедѣльной беременности черезъ полтора мѣсяца послѣ выскабливанія при появленіи новыхъ кровотеченій, красноватую опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ на передней стѣнкѣ влагалища, выше которой находилась небольшая язва. Матка найдена совершенно здоровой. Подъ микроскопомъ опухоль состояла изъ старыхъ кровавыхъ свертковъ въ центрѣ которыхъ ясно различались ворсинки chorion'a, эпителий которыхъ находился въ значительной пролифераціи. Опухоль, по мнѣнію автора, образовалась на влагалищной стѣнкѣ первично, путемъ попаданія ворсинокъ chorion'a черезъ кровеносную систему (черезъ вену?), при чемъ клѣтки хоріона разрушили стѣнку сосуда и вмѣстѣ съ кровью вышли въ окружающую соединительную ткань.

Больная поправилась; матка осталась петронутой.

Ostermayer (26). „Случай значительнаго разрыва лѣваго свода влагалища при coitus“.

Во всѣхъ случаяхъ разрывовъ влагалища при половомъ сношеніи авторъ нашелъ въ литературѣ 162, изъ нихъ 34 случая разрыва свода. Чаще всего разрывается задняя стѣнка, рѣже боковыя и еще рѣже передній сводъ; при разрывахъ боковыхъ сводовъ чаще разрывается правый, чѣмъ лѣвый. Авторъ наблюдалъ у 24-хъ лѣтней дѣвицы въ верхней $\frac{1}{3}$ лѣваго задняго свода разрывъ стѣнки, происшедшій послѣ перваго сношенія. Входъ во влагалище безъ поврежденій. Само влагалище представляется длиннымъ и вполне доступнымъ для нормальнаго члена. По мнѣнію автора, причиной разрыва влагалища въ данномъ случаѣ послужило обильное сильное половое возбужденіе и вѣдствіе этого ненормально сильный coitus. Интересенъ случай еще въ томъ отношеніи, что авторъ такой-же разрывъ раньше наблюдалъ у матери больной и объяснилъ происхожденіе его климактерическими, старческими измѣненіями влагалища.

Разрывъ въ сводѣ былъ зашитъ 8 ю швами и больная поправилась безъ всякихъ осложненій.

Hermes (27) „Къ поврежденію влагалища при coitus“. Авторъ наблюдалъ случай разрыва праваго влагалищнаго свода на протяженіи 3-хъ

сантиметровъ у 24-хъ лѣтней особы. Coitus совершился на дрожжахъ въ полусидячемъ положеніи; coitus этотъ не первый, какъ показало гинекологическое изслѣдованіе: гименъ разорванъ и существуютъ саггителіае. Длина влагалища 7 сант. Въ разрывѣ влагалища, по мнѣнію автора, участвовали 2 момента: 1) сильное половое возбужденіе и 2) ненормальное положеніе при половомъ сношеніи.

Бошштедтъ (28), „Къ казуистикѣ поврежденій влагалища при coitus'ъ“. Наблюдалъ у крѣпкой 23-хъ-лѣтней особы, высокаго роста, разрывъ задняго свода, распространяющійся въ правый сводъ послѣ перваго полового сношенія. Разрывъ поперечный, длиной 6 с., шириной 2 с. Лѣченіе—тампованіа. Больная поправилась. Причины разрыва: сильное половое возбужденіе у мужа и у больной и какъ условіе благоприятствующее разрыву, легкая retroversio uteri. Влагалище у больной довольно обширное. Членъ мужа среднихъ размѣровъ. Половое сношеніе происходило при нормальныхъ условіяхъ.

Оттъ (29), „Освѣщеніе брюшной полости (ventroscopia), какъ методъ при влагалищномъ чревосѣченіи“. При влагалищномъ чревосѣченіи проф. Оттъ предлагаетъ, какъ вспомогательный моментъ освѣщеніе влагалища и черезъ разрывъ въ немъ освѣщеніе всей брюшной полости. Для этой цѣли къ переднему зеркалу желобоватому прикрѣпляется маленькая электрическая лампа. Опыты съ этой лампой превзошли всѣ ожиданія, говоритъ авторъ. Ему удалось обстоятельно осмотрѣть не только отдѣлы въ области операціоннаго поля, но и далеко за его предѣлами.

II. Матка.

Слизистая оболочка матки, ея заболѣванія и лѣченіе этихъ заболѣваній.

VanderNosen (30). „Слизистая оболочка матки“. Работа написана на основаніи большого матерьяла — 381 выскабливаніе. При выскабливаніи послѣ выкидыша авторъ долго находилъ еще децидуальныя клѣтки, даже если поверхностный эпителий хорошо уже регенерировался. Плодовые элементы имѣютъ склонность къ злокачественному перерожденію. При железистыхъ гиперплазіяхъ авторъ различаетъ слѣдующія 4 категоріи: 1) Удлиненіе железистыхъ трубокъ съ увеличеніемъ стромы. Причина этого въ 4% климахъ; 2) набуханіе эпителия и превалированіе его надъ стромой, железистыя трубки имѣютъ видъ штопора. Причина этого въ 39% климахъ, retroflexio и т. д.; 3) набуханіе эпителия еще сильнѣе,

по большей части мѣстное съ папиллярными и железистыми разрощеніями, причина этой формы въ 80% беременность; 4) клинически злокачественная форма, при которой эпителий врастаетъ въ ткань. Первая форма встрѣчается въ 24%, вторая въ 45% и третья въ 31%.

Löfqvist (31), „Къ патологической анатоміи слизистой оболочки матки“. Изслѣдованію подлежало 40 случаевъ слизистой оболочки при міомахъ. Въ 35 случаяхъ слизистая оболочка добыта при выскабливаніи, въ 3-хъ при ампутаціи по Chrobak'у и въ 2-хъ послѣ смерти больныхъ отъ острыхъ болѣзней. На основаніи изслѣдованія авторъ пришелъ къ тому убѣжденію, что какой-либо характерной картины для міоматознаго эндометрита не существуетъ; все зависитъ отъ механическихъ условий: давленія міомы или растяженія. Въ громадномъ числѣ міомъ слизистая оболочка матки обнаруживала гиперпластическій эндометритъ. Железы увеличены и извиты, особенно вблизи мускульнаго слоя; интерстиціальная ткань, *stratum proprium* показывала также ясную гиперплазію. Въ нѣкоторыхъ немногихъ случаяхъ міомъ въ слизистой оболочкѣ найдено столь мало измѣненій, что она казалась нормальной. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдались островки клѣтокъ, похожихъ на децидуальные клѣтки и по формѣ и по отношенію красокъ. Въ одномъ случаѣ при сильномъ увеличеніи онъ наблюдалъ всѣ переходы отъ нормальной клѣтки къ децидуальной. Авторъ пришелъ къ выводу, что децидуальные клѣтки не представляютъ ничего характернаго для беременности, а могутъ быть и при каждомъ эндометритѣ, что онъ и находилъ въ случаяхъ эндометрита (не міоматознаго).

Volk (32), „Случай атрофіи всей слизистой оболочки матки“. При большой міомѣ матки величиной съ 7-ми мѣсячную беременную матку, авторъ наблюдалъ полную атрофію слизистой оболочки. Больная не страдала кровотеченіями и регулы не носила, которые вообще были у нея только одинъ разъ. Въ моментъ операціи больной было 24 года. Атрофію слизистой оболочки Volk объясняетъ съ одной стороны растяженіемъ полости матки опухолью, съ другой стороны не безъ вліянія осталась на слизистую оболочку бывшая въ дѣтствѣ скарлатина.

Menge (33), „Лѣченіе хроническаго эндометрита въ общей практикѣ“. Авторъ очень подробно разбираетъ всѣ способы лѣченія хроническихъ эндометритовъ, предпосылая этому патологическую анатомію, этиологію и симптомы ихъ проявленія. Всѣ предлагаемые способы: смазы-

ванія, прижиганія, внутриматочныя впрыскиванія и т. д. могутъ имѣть свое примѣненіе, но для каждаго способа есть свои показанія. Для амбулаторнаго лѣченія на дому онъ особенно горячо рекомендуетъ внутриматочныя смазыванія формалиномъ, 30%—50% растворомъ; для этой цѣли онъ совѣтуетъ брать палочки изъ твердаго каучука, конецъ которыхъ на большемъ протяженіи обертывать ватой. Въ обыкновенное время эти палочки хранятся въ растворѣ формалина. Съ мѣстнымъ лѣченіемъ эндометрита должно быть связано и общее лѣченіе.

Odebrecht (34), „Лѣченіе формалиномъ хроническихъ эндометритовъ по Menge“. Авторъ, какъ и Menge, рекомендуетъ для лѣченія хроническихъ эндометритовъ 50% растворъ формалина. Формалинъ онъ предпочитаетъ передъ хлористымъ цинкомъ, такъ-какъ первый не даетъ корки и не вызываетъ особенной боли. Рекомендую смазыванія полости матки формалиномъ, авторъ не отказывается также и отъ выскабливанія, ставя послѣднее выше всего. Прежде чѣмъ лѣчить, надо точно установить діагнозъ эндометрита, такъ-какъ выдѣленія очень часто зависятъ и отъ общаго состоянія больной, куда и должно быть направлено все вниманіе. Смазыванія авторъ дѣлаетъ помощью зонда Playfair'a изъ алюминія.

Kisler (35), „Лѣченіе эндометритовъ внутриматочнымъ „Medikator'омъ“. Онъ рекомендуетъ особый внутриматочный пессарій: полный инструментъ въ видѣ трубки, которую черезъ существующее отверстіе трубки снизу наполняетъ требуемымъ лѣкарственнымъ веществомъ; черезъ срединное отверстіе это лекарственное вещество выходитъ въ полость матки и дѣйствуетъ на нее. Инструментъ этотъ можетъ оставаться лежать въ полости матки отъ нѣсколькихъ часовъ до 7—8 дней.

Lachmann (36), „Вапоризація матки“. Авторъ сообщаетъ о 32 случаяхъ изъ клиники Pfannenstiel'я, лѣченныхъ паромъ. Въ 12 случаяхъ дѣло шло о климактерическихъ кровотеченіяхъ, въ 14 случаяхъ о геморрагическомъ эндометритѣ у молодыхъ особъ. Изъ этихъ 14 только въ 6-ти получилось полное выздоровленіе. Изъ осложненій могутъ быть: облитерація всей полости матки, гематометра, рубцевыя суженія *orificii interni uteri* и воспалительные процессы около матки.

Fuchs (37), „Къ вапоризаціи матки“. Авторъ провелъ 22 случая климактерическихъ кровотеченій въ клиникѣ въ Kiel'ѣ. Цервикальный каналъ расширяли помощью *tupello*, затѣмъ про-

живала полость матки 1 1/2%, раствором карболовой кислоты и послѣ этого вводили даръ при 115°—120° С. Изъ 22 случаевъ въ одномъ случаемъ заросшее нижняго сегмента матки и Hämatometra. Въ 6 случаяхъ наступила менопауза; въ 7-ми послѣ временной остановки снова появились регулы, но въ меньшей степени; въ 9-ти появились вновь небольшія кровотеченія. Показаніемъ для вапоризаціи служатъ во 1-ю сильныя климактерическія и, преклимактерическія кровотеченія, во-вторыхъ, сильныя менструальныя кровотеченія и наконецъ метроррагія при гемѣфили.

Alterthum (38), „Къ диагнозу и патологической анатоміи туберкулеза шейки матки“. Туберкулезъ шейки макроскопически имѣетъ большое сходство съ злокачественнымъ новообразованиемъ. Авторъ наблюдалъ подобный случай у 36-ти лѣтней рожавшей женщины. На задней губѣ определялись полиповидныя, легко кровоточащія разрастенія. Весь тазъ былъ занятъ узловатыми массами частью твердой, частью мягкой консистенціи; задній и боковыя своды были выпячены. Подъ микроскопомъ найдены измѣненія, свойственныя туберкулезу слизистой оболочки матки и описанныя Frawné, Orthmann'омъ, Walther'омъ, Alterthum и др. Образование бугорковъ и гигантскихъ клѣтокъ онъ видѣлъ на слизистой оболочкѣ не нашелъ; за то были найдены туберкулезныя палочки.

Veugnier (39), „Лѣченіе воспаленій матки“. Острый эндометритъ лечится абсолютнымъ покоемъ, согревающей компрессъ или ледь, глицериновые или вазелиновые тампоны и горячія спринцеланія.

Геморагическіе эндометриты лечатся успешно выскабливаніемъ полости матки; хроническіе эндометриты — промываніями и прижиганіями йодомъ, растворомъ ляписа, хромовой кислотой, хлористымъ цинкомъ и т. д.; гнойные эндометриты лечатся такъ же, въ запущенныхъ случаяхъ можетъ быть произведена даже экстирпація матки. Ампутація влагалищной части матки также приноситъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ пользу; при общихъ заболѣваніяхъ, золотухѣ и туберкулезѣ, рекомендуется общее лѣченіе. Выскабливаніе, по мнѣнію автора, не во всѣхъ случаяхъ примѣнимо. Не надо забывать, что вылеченная матка легко можетъ заболѣть вторично. Послѣ хирургическаго лѣченія часто имѣетъ мѣсто гидротерапевтическое.

Laubenburg (40), „Къ лѣченію хроническихъ метритовъ“. Разобралъ все способы лѣченія метритовъ, авторъ описываетъ, какъ онъ

лѣтитъ метритъ. Послѣ расширенія перивагинального канала, онъ производитъ тщательное выскабливаніе слизистой оболочки матки, а при воспаленіи перивагинального канала и слизистой оболочки послѣдлагаго. Затѣмъ промываетъ полость матки 2%, растворомъ ляписа, въ очень запущенныхъ случаяхъ увеличиваетъ 50% растворомъ хлористаго цинка и увеличиваетъ его удаляетъ растворомъ ляписа 2%, въ продолженіи 3-хъ дней послѣ этого даетъ по 2 г. лежал. содой, въ день. Послѣ выскабливанія такъже лѣчитъ полость матки йодоформированной марлей. Паливонныя разрастенія срѣзываются, ягоди прижигаются, разрывы шейки сшиваются; при воспалительномъ утолщеніи органа онъ проводитъ 3—6 глубокіе разрѣзы черезъ каждую губу. Разрѣзы проводятся такъ глубоко, чтобы быть вполне убѣжденнымъ, что разрѣзы коснутся всѣхъ глубокихъ большихъ участковъ ткани. Онъ придаетъ большое значеніе крововывеченіямъ изъ матки, такъ какъ большинство женщинъ страдаетъ застоємъ крови въ тазовыхъ органахъ.

Къ этому располагаетъ ограниченность движеній, носеніе корсета, погрѣшность въ діетѣ и отсутствіе предосторожности въ передѣ и въ менструальное время.

При возвратѣ болязни благоприятное вліяніе имѣютъ внутри-маточныя промыванія или прижиганіе 25% растворомъ хлористаго цинка.

Объ инструментальномъ прободеніи матки.

Саризо (41), „О перфорации матки при выскабливаніи ея полости“. Приведя литературу по этому вопросу, онъ описываетъ свой случай, гдѣ послѣ расширенія матки помощью металлическихъ расширителей онъ прошелъ ложкой далеко подъ широкую связку. Вредныхъ послѣдствій отъ этого не наблюдалось. Прободенія матки, по автору, чаще наблюдаются съ боку ея.

Schulze — Vellinghausen (42), „Объ инструментальной перфорации матки“. Въ двухъ случаяхъ автора прободеніе произошло очень легко при простомъ зондированіи. Въ одномъ случаѣ стѣнка матки близъ дна была пробурвана два раза, въ другомъ случаѣ три раза. Обѣ матки въ виду подозрѣнія о злокачественномъ новообразованіи полости матки, были экстирпированы, чего при вскрытіи матокъ не оказалось. При микроскопическомъ изслѣдованіи мышечной стѣнки близъ перфорационнаго отверстія найдены нѣкоторыя измѣненія. Мышечныя пучки раздвинуты, ткань отечна и отечная жидкость наблюдается между отдѣльными даже самыми малыми мышечными пучками. Чѣмъ

дальше от этого мѣста, находящагося у дна матки, тѣмъ измѣненія эти дѣлаются все меньше и меньше выраженными, наконецъ совсѣмъ исчезаютъ. Кромѣ этихъ измѣненій въ мышечной ткани, онъ нашелъ также измѣненія и въ стѣнкахъ сосудовъ. *Tunica media* утолщена, *intima* и *adventitia* такъ же. Сосудистыя измѣненія онъ ставитъ на первое мѣсто, какъ причину дальнѣйшихъ измѣненій въ ткани. Подробныя измѣненія, но уже зашедшія далеко, *Reinicke* описалъ какъ склерозъ сосудовъ и получаютъ они вслѣдствіе неправильнаго кровообращенія въ маткѣ, пассивной гиперемии. Разстройство питанія наблюдалось въ обоихъ случаяхъ автора.

Schenk (43). „Объ инструментальной перфорации матки“. *Schenk* имѣлъ одинъ случай перфорации матки при расширеніи. Послѣ расширенія катетръ при промываніи полости матки сублиматомъ далеко проникъ. Сулема прошла въ брюшную полость. Изъ боязни отравленія, сдѣлана лапаротомія. Въ двѣ матки найдены три отверстія, которыя и зашиты. Несмотря на промыванія брюшной полости, на 3-тій день появились признаки отравленія сулемой. Выздоровленіе.

Рачинскій (44). „Маточные камни“. Авторъ въ началѣ своей работы приводит литературу по этому вопросу, а затѣмъ описываетъ свои три случая. 1-ый случай принадлежалъ больной 61-го года, у которой опухоль величиной въ два кулака лежала въ заднемъ дугласовомъ пространствѣ и сжимала прямую кишку такъ, что дѣлала невозможнымъ актъ дефекаціи. Путемъ чревосѣченія опухоль удалена. На распилѣ опухоль соединительно-тканнаго характера съ обильнымъ отложеніемъ солей извести. 2 ой случай—подслизистый фиброидъ величиной въ куриное яйцо, импрегнированный минеральными частицами. 3-й вся полость матки была выполнена камнями, имѣющими видъ коралловыхъ массъ и гноемъ. Эти камни представляли собой также пропитанные солями (углекислой и фосфорнокислой известью). Камни эти могутъ выходить *per vias naturales* или путемъ нагноенія и прободенія маточной стѣнки въ брюшную полость или, при сращеніи матки съ передней брюшной стѣнкой, черезъ послѣднюю наружу или, наконецъ, черезъ своды во влагалище.

Beuttner (55). О слизистыхъ полипахъ полости матки. Слизистые полипы полости матки описаны разными авторами подъ различными названіями: такъ *Ziegler* называетъ ихъ „*angiomatöser Polyp*“. *Schörgöer* „*Adenoma polyposum*“.

Ashani описываетъ ихъ подъ названіемъ „*Guttartigen Neubildungen, epithelialen Ursprunges*“. *Abel* описываетъ подъ названіемъ „*Hyperplasia Endometrii totius polyposa*“ и „*Hyperplasia Glandularum Endometrii polyposa*“. Авторъ изслѣдовалъ два случая слизистыхъ полиповъ матки и на основаніи своихъ изслѣдованій онъ присоединяется къ *Abel'евскому* названію и въ первомъ случаѣ, гдѣ онъ нашелъ железы кистовидно расширенными, эпителий мѣстами уплощенный до кубического, кровеносные капилляры сильно развиты, онъ даетъ названіе „*Hyperplasia Glandularum Endometrii polyposa*“; во второмъ случаѣ, гдѣ рядомъ съ кистовидно расширенными железами лежали многочисленныя нормальныя железы, онъ называетъ „*Hyperplasia Endometrii totius polyposa*“, количество кровеносныхъ сосудовъ и въ этомъ случаѣ было сильно увеличено.

Kermauner (46) „О рѣдкой формѣ влагалищной части матки“. У 52-хъ лѣтней женщины, рожавшей 11 разъ. Регулы были всегда правильныя, только послѣднее время они стали чаще и сильнѣе и съ болями въ крестцѣ и внизу живота.

При изслѣдованіи найдено на мѣстѣ внутренняго зѣва мелкое бугристое образованіе; между двумя отдѣльными валиками найдено наружное отверстіе, черезъ которое проникъ зондъ въ полость матки, при этомъ показалось немного крови. Отрѣзанная влагалищная часть матки была очень похожа на пѣтушій гребешокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены въ этой ткани богатые сосудами сосочки съ отечной соединительной тканью. На верхушкахъ мѣстами мелкоклеточковая инфильтрація. На поверхности плоскій эпителий, не имѣющій нигдѣ злокачественнаго характера. *Stratum Malpighii* также хорошо развитъ. Вверхъ по цервикальному каналу найдены хорошо сохранившіяся железы съ однослойнымъ эпителиемъ, но подъ нимъ наблюдается также мелкоклеточковая инфильтрація. Хорошо замѣтенъ переходъ плоскаго эпителия влагалищной части матки въ цилиндрической шейки матки. По мнѣнію автора это образованіе можно было причислить къ доброкачественнымъ новообразованіямъ, но новое выскабливаніе дало положительные результаты въ смыслѣ злокачественнаго новообразованія. Больной была сдѣлана экстирпація матки и подъ микроскопомъ найденъ ракъ, исходящій изъ железъ цервикальнаго канала. Какая связь между новообразованіемъ влагалищной части матки и возникшемъ ракомъ трудно сказать, но она вѣроятно есть и

поэтому при немъ слѣдуетъ очень тщательно и повторно изслѣдовать больную.

Лечение выпаденій матки и влагалища.

Rosenfeld (47). Лечение пессаріями при выпаденіи матки и влагалища. Не во всѣхъ случаяхъ примѣнимо оперативное леченіе, да и не всѣ больныя согласны на него; въ виду этого леченіе пессаріями выступаетъ на первый планъ. Но не рѣдко бываетъ, что рекомендуемые для этой цѣли пессаріи не удовлетворяютъ своему назначенію. Въ такихъ случаяхъ авторъ предлагаетъ свой пессарій. Пессарій этотъ, какъ видно на рисункѣ автора, имѣетъ форму воронки съ отверстиями въ стѣнкахъ его для стока маточныхъ выделеній, нижній конецъ направленный къ rectum удлинненъ. Помощью его приподнимаются вверхъ выпадающія влагалищныя стѣнки, помѣщаясь и частью перевѣшиваясь черезъ широкую часть воронки, удлинненная часть направлена къ промежности.

Dührssen (48). „О простой и вѣрной операціи выпаденія матки и влагалища“. Авторъ предлагаетъ слѣдующій способъ: 1) ампутація влагалищной части матки или высокая ампутація шейки; 2) Отдѣленіе передняго свода поперечнымъ разрывомъ; къ этому поперечному присоединяется продольный. Лоскутъ влагалища отпрепаровывается отъ мочевого пузыря частью тупымъ, частью острымъ путемъ; затѣмъ матка за культю оттягивается какъ можно больше, книзу и если не ожидаютъ больше родовъ, то дѣлается *vaginofixatio* тремя швами изъ кѣтгута или флорентійской нити.

Серозный покровъ матки у старыхъ индивидуумовъ слѣдуетъ вскрывать, чтобы получился плотнѣе рубецъ. Излишекъ пузырной серозы и влагалища срѣзывается; рана зашивается, но въ середину ея вводится для дренажа полоска марли. Въ заключеніе дѣлается *colporrhaphia*. Больная встаетъ съ постели на 12—14-ый день. Позднѣйшее изслѣдованіе показываетъ — матка стоитъ нормально и высоко поднята передняя стѣнка влагалища.

Mandelstamm (49). „Къ оперативному леченію выпаденія матки и влагалища“.

При большихъ выпаденіяхъ влагалища авторъ рекомендуетъ дѣлать операцію по Freund'у или по Freund'у—Wertheim'у. Въ первомъ случаѣ послѣ овальнаго окровавленія на передней и на задней стѣнкѣ влагалища дѣлается поперечный разрывъ задняго свода на 2 сант. выше верхняго края разрыва. Черезъ этотъ поперечный разрывъ въ заднемъ сводѣ вывертывается матка,

въ днѣ ея дѣлается искусственный маточный зѣвъ; та и другая поверхность матки соскабливается и пришивается кѣтгутовыми швами къ окровавленнымъ поверхностямъ влагалища.

По способу Freund'a-Wertheim'a дѣлается разрывъ передняго свода и матка вывертывается черезъ это отверстіе. Въ дополненіе къ той и другой операціи производится зашиваніе промежности по Lawsontait'у. Авторъ по этому способу съ успѣхомъ оперировалъ 7 случаевъ.

Неправильное положеніе матки и его леченіе.

Bandler (50). „О возникновеніи Retroversio-flexio uteri и ихъ патологическое значеніе“. На основаніи своихъ наблюденій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Retroversio-flexio не есть патологическое состояніе.

2) Retroversio-flexio по большей части врожденное состояніе и не представляетъ препятствія для излѣченія заболѣванной тазовыхъ органовъ.

3) Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ retroversio-flexio uteri безъ одновременнаго осложненія со стороны яичниковъ, трубъ и брюшины вызываетъ болѣзненные симптомы, оно связано съ выпаденіемъ влагалища матки и общимъ энтероптозомъ.

4) Выпаденіе влагалища, Cystocele и искривленіе матки не стоятъ въ зависимости другъ отъ друга.

5) Если retroversio-flexio uteri вызываетъ сильныя болѣвые симптомы, слѣдуетъ исправить положеніе и въ большей части случаевъ не хирургическимъ путемъ.

Heinricius (51). „О патологическомъ значеніи retroversio-flexio uteri“. Авторъ въ началѣ своей работы приводитъ литературу этого вопроса, главнымъ образомъ, шведскую и норвежскую и на основаніи ея и своего опыта приходитъ къ выводу, что заднія смѣщенія матки не представляютъ собою патологическое состояніе, если только около нея нѣтъ другихъ воспалительныхъ явленій какъ въ брюшинѣ, такъ и въ фаллопиевыхъ трубахъ и яичникахъ. Что запрокидыванія и загибы матки назадъ сами по себѣ не вызываютъ болѣзненныхъ симптомовъ, доказывается тѣмъ фактомъ, что при излѣченіи сосѣднихъ заболѣванной исчезаютъ и всѣ болѣвые припадки. Застоя крови вслѣдствіе неправильнаго положенія матки также не образуется.

На 6522 пациентки 1192 были съ retroflexio uteri или 18,2%. Изъ 6522 больныхъ 3260 были Nulliparae съ 595 retroflexio uteri или 18,2%; 3262 больныхъ были многородящія съ 597 retro-

flexio uteri—18,3%. Изъ этого видно, что роды не играютъ большой роли въ измѣненіи положенія матки.

Koblanc (52). „Къ лѣченію retroversio-flexio uteri“. Изъ 104 случ. подвижной retroversio-flexio uteri лѣченныхъ пессаріями 5 совершенно поправились послѣ вынутія пессарія. Лучшіе результаты были получены при употребленіи различныхъ моделей пессарія Thomos'a.

212 случ. фиксированныхъ ретрофлектированныхъ матокъ были лѣчимы оперативнымъ путемъ и имъ была сдѣлана 98 разъ ventrofixatio, 90 - vaginofixatio, 24 alexander'овскихъ операцій. 155 разъ изъ 212 операція была сдѣлана не специально для устраненія запрокидыванія матки, а также и для другихъ цѣлей, въ 57 случаевъ специально для этого.

Лавриновичъ (53). „О лѣченіи трудно вправимыхъ и невправимыхъ заднихъ смѣщеній матки (retroversio-flexio uteri) методической колѣбно-грудной гимнастикой“.

При плохо поддающейся редрессации матки ручными приѣмами, обыкновенно рекомендуется большой колѣбно-грудная гимнастика положеніе „à la vache“, при которомъ матка въ силу своей собственной тяжести и внутри брюшнаго отрицательнаго давленія старается перейти въ положеніе на передѣ.

Авторъ по совѣту проф. А. И. Лебедева, подъ руководствомъ котораго онъ писалъ свою работу, придумалъ для этой цѣли особую кушетку съ приподнимающимся ножнымъ концомъ. На этомъ концѣ есть стойки къ которымъ привязываются ноги больной; благодаря этому приспособленію больная можетъ стоять болѣе долгое время, не уставая. Авторъ съ этой кушеткой провелъ цѣлый рядъ случаевъ съ большимъ успѣхомъ т. е. матка, даже имѣющая сращения (retroversio-flexio uteri) весьма быстро поддавалась этому лѣченію.

Gebhard (54). „О 20 случаяхъ влагалищной „Ventrefixatio“ матки“. Прежде всего онъ дѣлаетъ переднюю колпотомію, затѣмъ извлекаетъ матку; въ мѣстахъ отхожденія круглыхъ маточныхъ связокъ онъ проводитъ двѣ длинныя лигатуры изъ катгута и помощью полутупой иглы проходитъ черезъ брюшную стѣнку выше мочеваго пузыря и завязываетъ эти лигатуры снаружи надъ валикомъ изъ марли. Въ 4 случ. онъ оперировалъ такъ при выпаденіи матки, въ 8 случ. при подвижной retroflexio, въ 8 случ. при retroflexio uteri fixata. Поврежденій соседнихъ органовъ онъ ни разу не наблюдалъ, и не наступило ни въ одномъ случаѣ возврата.

Также и Huret (55). „Къ вопросу о лѣченіи

заднихъ смѣщеній матки внутривбрюшиннымъ укороченіемъ круглыхъ маточныхъ связокъ“, пришивалъ круглыя маточныя связки къ брюшной стѣнкѣ, но для этого онъ вскрывалъ брюшную полость, отдѣлялъ ложныя сращения матки съ окружающими частями и затѣмъ, сдѣлавъ разрѣзы по бокамъ бѣлой линіи, вшивалъ въ разрѣзъ ту и другую круглую маточную связку. Этому способу, по моему мнѣнію слѣдуетъ отдать предпочтеніе передъ предыдущемъ, такъ какъ все дѣлается подъ контролемъ зрѣнія, что въ предыдущемъ способѣ отсутствуетъ.

Brinkman (56). „Ортопедическіе и функциональные результаты ventrofixatio uteri при retroflexio“. Авторъ приводитъ результаты 118-ти ventrofixation. uteri, произведенныхъ Fritsch'емъ. Fritsch пришиваетъ матку не ко всей брюшной стѣнкѣ, а только къ брюшинѣ. Изъ 118-ти случаевъ въ 42-хъ дѣло шло о подвижной Retroflexio uteri, въ 30-ти Retroflexio uteri fixat; въ 46-ти было осложненіе со стороны заболѣвшихъ придатковъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не получилось облегченія болѣзненныхъ придатковъ; на основаніи этого все тѣ припадки, которые принято считать характерными для загибовъ матки назадъ, не могутъ объясняться только этой аномаліей положенія. Пришиваніе матки ко всей брюшной стѣнкѣ вызываетъ болѣе припадки при работѣ.

H. Bärlocher (57). „Къ казуистикѣ операціи Alexander-Adams'a“. Матеріаль, поступившій автору для работы,—140 случаевъ, оперированныхъ въ Цюрихской клиникѣ въ продолженіи 3-хъ лѣтъ. Въ 63-хъ случаяхъ была произведена операція Alexander'a; въ 78—операція Alexander'a въ связи съ другими пластическими влагалищными и промежностными операціями. Продолжительность результатовъ послѣ второй операціи лучше и дольше, чѣмъ послѣ первой, и показана она въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при retroflexio uteri mobilis существуетъ выпаденіе влагалища или матки.

Westhoff (58). „Къ производству операціи Alexandér'a Adams'a“. 126 случ. операцій Alexander Adams'a. Въ 120-ти случаяхъ круглая связка была найдена, въ 6-ти случаяхъ нѣтъ. Въ 105 случаяхъ отыскиваніе ея было нетрудное, въ 7 случаяхъ она разорвалась при потягиваніи. Въ 105 случаяхъ заживленіе раны per primam; въ 21-мъ случаѣ появилось нагноеніе. Плохое заживленіе очень часто наблюдалось у тучныхъ особъ.

Grandenwitz (59). „О продолжительности результатовъ операціи Alquié—Alexander'a“ 151 больная съ retroflexio uteri лѣчились стаціонарно,

114—амбулаторно; у 30 из первых 151-ой больной и 21-ой второй группы матка была фиксирована. Операция сделана 94 больным. У этих всех больных поликлиническое лечение не принесло никакой пользы. Из 94-больных 66 была сделана операция Alexander'a Adams'a, в остальных случаях, осложненных выпадением стенок влагалища, Cystocele, rectocele, опухолями придатков сделаны другие операции.

В 61-м случае наступило заживление первым натяжением, в 5 случаях наблюдалось нагноение: в трех на обеих сторонах и в 2—на одной. В 64 случаях матка при выписке больной найдена в правильной anteflexio была подвижна и безболезненна, в 2-х случаях наблюдалось retroflexio. Болезненные припадки все прошли. В одном случае были до того тонки обь круглыя связки, что онѣ разорвались при потягиваніи и хотя концы ихъ были найдены и шиты, но все же тонкія связки не въ состояніи были держать матку и дополнительно позднѣе была сделана vaginofixatio. Последовательныхъ грыжъ авторъ не наблюдалъ ни въ одномъ изъ случаевъ. 11 больных послѣ операции забеременѣли и имѣли правильные роды. Послѣ родовъ матка найдена при изслѣдованіи въ правильномъ положеніи.

Dirmoser (60), „O vagino et ventrofixatio uteri“. Авторъ въ началѣ своей работы дѣлаетъ краткій историческій обзоръ методамъ вышеупомянутыхъ операций, затѣмъ переходитъ къ своимъ случаямъ, которыхъ было 69. Изъ нихъ въ 11-ти была retroflexio uteri mobilis, въ 13-ти retroflexio uteri fixata, въ 26-ти выпаденіе стѣнки влагалища, осложненное загибомъ матки назадъ, въ 19-ти заболѣваніе придатковъ матки въ связи съ загибами матки назадъ. В 3 хъ изъ этихъ случаевъ было сделано vaginofixatio по Mackenrodt'у, безъ вскрытія plie. periton.; 49 случ. — сделаны по Dürssen'у со вскрытіемъ plie. periton; въ 17-ти сделано укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ со шиваніемъ ихъ во влагалищную рану. Прежде чѣмъ рѣшиться на всѣ эти операции, были примѣняемы различныя методы леченія. Изъ 49 случаевъ, оперированныхъ по Dürssen'у, 31 изслѣдованы спустя долгое время послѣ операции. 2 случая съ retroflexio uteri mobilis, изъ нихъ обь поправились, но только у одной остались боли въ лѣв. придаткахъ, которыя были и до операции. Изъ 4 случ. Retroflexio uteri fixata 3 поправились, у одной-же спустя нѣкоторое время былъ удаленъ путемъ чревосѣченія увеличенный яичникъ. Изъ 18 случаевъ выпаденія

и запрокидыванія матки назадъ 16 совсѣмъ поправились. Двѣ еще жаловались на боли, у одной изъ этихъ послѣднихъ разорвались фиксирующія сращенія матки съ влагалищной стѣнкой и матка опять заняла старое положеніе. Двѣ больныя изъ этой группы забеременѣли и родили хорошо. На 4-мъ мѣсяцѣ беременности больныя жаловались на боли внизу живота, вслѣдствіе растяженія сращеній. Изъ 7-ми случаевъ операции на придаткахъ и гдѣ попутно сделано vaginofixatio, у 4-хъ остались боли въ придаткахъ на мѣстѣ культей. Одна изъ этихъ больныхъ родила произвольно. В двухъ случаяхъ матка снова опрокинулась назадъ. Последняя группа vaginofixatio охватываетъ тѣ случаи, гдѣ было сделано укороченіе круглыхъ маточныхъ связокъ.

Въ общемъ число родовъ наблюдалъ авторъ 7, 4 родили самопроизвольно, 3 съ помощью операции, у одной изъ нихъ вслѣдствіе слабыхъ болей и высокой промежности были наложены щипцы, у одной поворотъ, и у одной выкидышъ 3-хъ мѣсяцевъ. В нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалась боль во влагалищномъ рубцѣ.

Въ 76 случ. было произведено ventrofixatio; въ 6 случаяхъ было сделано при retroflexio uteri mobilis, въ 7 случ. при retroflexio uteri fixata, въ сочетаніи съ удаленіемъ опухолей яичниковъ и матки въ 27 случ., въ сочетаніи съ операциями на придаткахъ въ 36 случ. При этомъ по методу Olshausen'a въ 25 случ. по методу Leopold-Czerny въ 51 случ. 6 случ. изъ нихъ изслѣдованы спустя долгое время послѣ операции, 4 безъ страданій, у 2 хъ же наблюдаются боли. В двухъ случ. наступила беременность, но въ одномъ она окончилась выкидышемъ, въ другомъ же она нормально текла (авторъ видѣлъ больную 6-ти мѣсяцевъ беременности).

Coelho (61), „O vaginofixatio uteri“. Авторъ производитъ операцию по способу Dürssen'a. Онъ дѣлаетъ сначала продольный разрѣзъ, начиная на 1 сантиметръ ниже мочеиспускательнаго канала и кончая на 1 сант. выше передней губы шейки матки. У конца этого разрѣза дѣлается небольшой поперечный разрѣзъ. Мочевой пузырь отпрепаровывается пальцемъ, а затѣмъ вскрывается брюшина. Швы на матку накладываются по Dürssen'у. Никакихъ осложненій беременности и родовъ онъ послѣ этой операции не видалъ.

О фиброміомахъ матки и ихъ леченіи.

Hegar (62), „O такъ называемомъ раковомъ перерожденіи фиброміомы матки“.

Авторъ очень подробно исследовалъ микро-скопически и микроскопически 7 подобныхъ случаевъ, добытыхъ путемъ операции. Уже простымъ глазомъ видно, что въ большинствѣ случаевъ карцинома имѣетъ свое начало въ слизистой оболочкѣ матки, что подтверждается и путемъ микроскопическаго исследования.

Подъ микроскопомъ видно, что карцинома развивается изъ железъ. Въ некоторыхъ случаяхъ наблюдались въ ранней стадіи развитія болѣзани мелкоклеточковая инфильтрація между мышечными пучками ооухами, въ позднѣйшей стадіи проростаніе эпителия.

Также можетъ развиваться карцинома и изъ тѣхъ эпителиальныхъ включеній, которыя не разъ были наблюдаемы авторами въ фиброміомахъ, въ аденоміомахъ по Veslinhausen'y.

Uhlgrüss (63), „Случай міомы матки, осложненной диабетомъ“.

Авторъ наблюдалъ случай сахарнаго мочеисуренія при большой міомѣ матки, которая вызывала сильные кровотечения. Больная 48 лѣтъ была сильно истощена и поэтому ей нельзя было сдѣлать операциі. Подъ влияніемъ соответствующаго лѣченія, кровотечения сдѣлались меньше, при этомъ сахаръ въ мочѣ исчезъ. Этіологія сахарнаго мочеисуренія темная. Можетъ быть, говоритъ авторъ, большія потери крови способствуютъ появленію въ мочѣ сахара.

Mastny (64), „Къ ученію о злокачественномъ перерожденіи міомы матки“. Міоматозныя опухоли матки могутъ приобрести злокачественность различными путями: 1) какаки-нибудь другая злокачественная опухоль можетъ врости въ опухоль, 2) можетъ развиваться злокачественный узелъ на почвѣ метастаза изъ другого органа. 3) изъ соединительной ткани можетъ развиваться саркома и въ 4) сами мышечныя клетки могутъ разрастаться и дѣлаются похожими на саркоматозныя клетки и такимъ образомъ дано названіе *Muscula Sarcomatodes*. Онъ напелъ 4 подобныхъ случая въ литературѣ, 5-й случай автора. Больная 45 лѣтъ, страдаетъ 2 года сильными метраррагіями; за 6 дней до смерти наблюдалось значительное опуханіе ногъ и общаго вздувка. Вся regio hypogastrica заполнена мягкой мышечной опухолью. 2 узла опухоли снѣзли въ правой широкой связкѣ. Забрюшинныя лимфатическія железы инфильтрированы, кромѣ того, метастазы найдены въ легкихъ и поджелудочной железѣ. Микроскопическое исследование казъ стальной массы опухоли, какъ и метастатическихъ узловъ обнаружило очень небольшое количество соединительной ткани, а вся масса опухоли

состоитъ изъ большихъ клетокъ какъ-бы „Riesenzellen“, образованныхъ изъ мышечныхъ, такъ какъ наблюдали переходы клетокъ одной въ другую.

Eichler (65), „Осложненіе фиброміомы, аденокарциномой тѣла матки“. У одной больной 48 лѣтъ, роковавшей 1 разъ и страдавшей въ послѣднее время сильными кровотечениями удалена матка вмѣстѣ съ междуточными фиброміомами.

Полость матки оказалась выполненной мягкими кровотокающими массами, которыя подъ микроскопомъ дали картину „Peritheliomъ“. Больная безъ осложненій поправилась.

Schwartzbach (66), „Случай міомы матки изъ женской клиники въ Цюрихѣ за послѣдніе 13 лѣтъ“.

Всѣхъ случаевъ поступившихъ въ госпиталь было 345. Жалобы больныхъ были въ 116 кровотеченияхъ, 8 боли, въ 143 и боли и кровотеченияхъ, въ 108 жалобы на задержку или недержаніе мочи, кромѣ этихъ жалобъ, были жалобы и на сердце и на головную боль и т. д.

Изъ 297 замужнихъ 80 не имѣли дѣтей—26,9%. Возрастъ колебался отъ 35 до 55 лѣтъ.

Лапаротомія была произведена въ 281 случаѣ. Castratio 19 разъ. Умерло 3, 5 были исследованы авторомъ черезъ 6—12 лѣтъ, и напелъ уменьшеніе опухоли.

Въ 87 случ. было сдѣлано Enucleatio опухоли изъ нихъ 13 умерло—11,5%.

Изъ 19 больныхъ со вскрытіемъ полости матки въ 4-хъ наблюдалась большая лихорадка и въ 2-хъ смертельный исходъ. Въ одномъ случаѣ послѣ энуклеаціи опухоли черезъ 7 лѣтъ была найдена снова субсерозная въ кулакѣ величиной опухоль. Въ одномъ случаѣ наблюдалась беременность и роды.

Въ 109 случаяхъ была сдѣлана суправагинальная ампутація матки, 25 разъ уходъ за кульсой экстраперитонеальной съ 9 смертями, въ 7-ми интраперитонеальной съ 3 смертями, что даетъ 12 смертей на 32 ампутаціи. Съ 1893 года уходъ за кульсой субперитонеальной при этомъ изъ 77 умерло 6—7,8%. Защищеніе кульсы происходило по типу, данному Schweizer'омъ. Послѣдующія кровотечения наблюдались 2 раза.

Тотальныя экстирпаціи міоматозной массы при шестной міомѣ 4 раза, при разѣ шейки 2 раза и при разѣ тѣла матки 3 раза (до 1890). До 1900 года матки 15 экстирпацій съ 7 смертями. Въ 1900-мъ году изъ 38 оперированныхъ умерло только 4—10,5%.

Reidley (67), „О способахъ удаленія фиброміомы матки посредствомъ трепановъ“.

Авторъ на основаніи литературы, очень богатой и подробно приведенной, а также оперативнаго матерьяла клиники проф. Г. Е. Рейна пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1) Главнымъ принципомъ при выборѣ способа операціи удаленія міомъ матки долженъ быть возможный консерватизмъ. Изъ 112 оперирован. случ. фиброміомъ матки въ клиникѣ проф. Рейна посредствомъ чревосѣченія, въ 35 операціи были произведены консервативно.

2) Показаніе къ операціи было устанавливаемо на основаніи цѣлой совокупности данныхъ клиническаго наблюденія и изслѣдованія.

3) Общій процентъ смертности при операціи удаленія фиброміомъ матки посредствомъ надлобковаго чревосѣченія равенъ до 17 лѣтъ 13,6% при влагалищномъ чревосѣченіи 0%.

4) Послѣднія 35 операцій, съ 1895 г., удаленія міомъ матки посредствомъ надлобковаго чревосѣченія дали 2,8% смертности.

5) Въ 10 случаяхъ смертей, гдѣ имѣлись точныя данныя патолого-анатомическаго вскрытія, обнаружены во всѣхъ случаяхъ болѣе или менѣе глубокія измѣненія въ сердцѣ или сосудахъ.

6) Дальнѣйшія улучшенія предсказанія при операціи удаленія фиброміомы матки посредствомъ чревосѣченія возможны только при строгомъ примѣненіи „обезпложивающаго метода“ и своевременномъ хирургическомъ вмѣшательствѣ, а также преобладаніемъ способовъ выбора надъ способами необходимости.

Какъ ушкинъ (68), „О хирургическихъ способахъ лѣченія фиброміомъ матки“.

Диссертация автора распадается на 5 главъ; 1) опытъ общаго историческаго обзора, 2) расширение матки, 3) выскабливаніе матки, 4) перевязка питающихъ матку сосудовъ, 5) оскпление. Въ концѣ 2-й главы авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ (приведемъ наиболѣе важныя).

1) Почти всѣ авторы отмѣчаютъ, что операція дѣйствуетъ кровоостанавливающе и болеутоляюще при фиброміомахъ, ослабляетъ ростъ этихъ опухолей, помогаетъ ихъ рассасыванію и даже произвольному вылученію.

2) Операція эта употребляется очень рѣдко

3) Кровоостановка, задержка въ ростѣ опухолей и ихъ переходъ изъ внутри-стѣнной формы въ подслизистую, зависитъ отъ вызываемыхъ расширеніемъ шейки сокращеній матки. Болеутоляющая сила расширенія шейки заключается въ растяженіи и перерѣзкѣ шеечныхъ нервовъ.

4) При операціи возможно прободеніе стѣнки.

5) Наичаще показано расширеніе при малыхъ

и средней величины опухоляхъ, развившихся внутривутробно.

6) Лучшій способъ расширенія — это бужами Негатта.

Къ главѣ третьей онъ прилагаетъ слѣдующія выводы, числомъ 17. Приведемъ также наиболѣе важныя.

1) Выскабливаніе полости матки есть средство прѣтивуприпадочное, уменьшающее кровопотери, да и саму матку.

2) Благопріятный исходъ наблюдается въ 80,4% случаевъ; стойкій въ 23,4%, получился возвратъ припадковъ въ теченіе года въ 19,6%.

3) Неуспѣхъ операціи наблюдался въ 13,2% всѣхъ случаевъ, а распадъ новообразованія подъ влияніемъ выскабливанія въ 4,7%, смертность 0.

4) Для большой прочности выскабливанія скобленную поверхность слѣдуетъ подвергать дѣйствію прижигающихъ растворовъ.

Къ главѣ о перевязкѣ питающихъ матку сосудовъ онъ даетъ слѣдующее заключеніе: 1) изъ 87 случаевъ примѣненія этой операціи только въ одномъ случаѣ не обнаружилось цѣльнаго дѣйствія перевязки сосудовъ, 2) наибольшей силой отличалось влияніе операціи на кровопотери, причѣмъ въ 14,1% всѣхъ случаевъ менструальная функція совсѣмъ прекратилась; 3) замѣчается уменьшеніе опухоли, 4) по отношенію къ припадкамъ вообще операція эта оказалась совершенно безрезультатной въ 5,3% случаевъ, а по отношенію къ опухоли въ 6,35%, 5) чѣмъ меньше опухоль, тѣмъ болѣе успѣхъ даетъ перевязка, 6) длина полости матки уменьшается, 7) средняя скорость наступленія цѣлебнаго дѣйствія перевязки сосудовъ равна 2,03 мѣсяца, 8) въ 9,8% всѣхъ случаевъ наблюдался возвратъ припадковъ болѣзни, въ среднемъ черезъ 10 мѣс. послѣ операціи, 9) наилучшимъ способомъ производства рассматриваемой операціи должно быть наложеніе влагалищнымъ путемъ погружныхъ массовыхъ шелковыхъ лигатуръ на нижніе отдѣлы широкихъ связокъ съ предварительной тщательной отслойкой мочевого пузыря и съ разсѣченіемъ тканей между лигатурами.

Наконецъ въ концѣ послѣдней главы авторъ приводитъ еще 38 выводовъ, суть ихъ въ общемъ слѣдующая: кастрація производится все рѣже и рѣже и ея мѣсто замѣчаетъ радикальная операція; производилась она въ возрастѣ около 40 лѣтъ. Если положительный результатъ кастраціи не обнаруживается въ первые 1—2 мѣсяца послѣ операціи, то въ большинствѣ случаевъ его трудно ожидать въ дальнѣйшее время.

Средній % смертности отъ оскпления 6,67%;

уменьшение опухоли наблюдалось послѣ оскпления въ 72,7%. Возобновление роста опухоли наблюдается приблизительно въ 10% всѣхъ случаевъ. Кровотеченія прекращаются въ 70%—80% всѣхъ случаевъ. Эту операцію слѣдуетъ отнести къ разряду паліативныхъ средствъ и, притомъ не изъ лучшихъ, и ее слѣдуетъ по возможности избѣгать.

Vogwinkel (69), „Оперативное лѣчение фиброміомъ матки“.

Для удаленія фиброміомъ матки авторъ считаетъ самымъ лучшимъ брюшной способъ. Изъ 123 случаевъ фиброміомы 22 оперированы влагалищнымъ путемъ, 101 путемъ чревосѣченія, изъ нихъ 60 представляли нѣкоторыя осложненія при операціи, какъ-то: срощенія, воспаленія придатковъ и т. д. Неосложненныхъ было 41. Изъ первыхъ умерло 7, а изъ послѣднихъ двѣ. Дренажъ былъ употребленъ 18 разъ. Самая молодая больная имѣла 22 года, большинство было отъ 30—40 и отъ 40—50 лѣтъ. Нерожавшихъ было 57. Дренажъ онъ считаетъ нежелательнымъ, но необходимымъ при гнойныхъ опухоляхъ. Кастрація должна быть оставлена. Между надвлагалищной ампутаціей и полной экстирпаціей онъ особой разницы не видитъ.

Михновъ (70), „О хирургическомъ лѣченіи фиброміомъ матки“.

Всѣхъ больныхъ съ міомами было подъ наблюдениемъ автора 21, изъ нихъ подверглись операціи 14. Оперативное вмѣшательство было самое разнообразное. Въ 1-мъ случаѣ было сдѣлано выскабливаніе и выпариваніе полости, въ 1 случ. удалена подслизистая разложившаяся міома; въ 2-хъ влагалищная экстирпація матки (съ фиброміомами), наконецъ въ 10 случ. сдѣлано чревосѣченіе, изъ нихъ 1 разъ удалена была вся матка цѣликомъ, въ остальныхъ-же 9 сдѣлано надвлагалищное усѣченіе матки. Всѣ больныя поправились. Авторъ противъ влагалищнаго способа, и является сторонникомъ брюшного способа; при послѣднемъ все поле операціи находится передъ глазами и можно поэтому дѣйствовать наиболѣе сохраняющимъ образомъ, т. е. удалять только больное. При усѣченіи матки по проф. Феноменову слѣдуетъ держаться слѣдующаго: 1) передъ операціей должно произвести надежное обеззараживаніе полости матки (вапоризація), 2) сосуды нужно перевязывать не en masse, а отдѣливъ ихъ, въ 3) въ брюшной полости не должно оставаться поверхностей не покрытыхъ брюшиной.

Выводы къ которымъ пришелъ авторъ на основаніи собственныхъ наблюденій, слѣдующіе:

1) Въ каждомъ случаѣ фиброміомы матки нужно тщательно разбраться во всѣхъ его особенностяхъ и, только послѣ этого слѣдуетъ, при необходимости хирургическаго лѣченія выбрать наиболѣе подходящій способъ, при чемъ нужно стараться поступать возможно болѣе консервативно; 2) чаще всего, сообразно со всѣми указанными обстоятельствами, намъ приходится при межзачаточныхъ фиброміомахъ прибѣгать къ надвлагалищному усѣченію матки, 3) если приходится прибѣгать къ только-что указанной операціи, то авторъ горячо совѣтовалъ-бы придерживаться тѣхъ подробностей техники, которыя разработаны проф. Н. Н. Феноменовымъ и о которыхъ авторъ уже сказалъ выше.

Engelmann (71), „О влагалищномъ удаленіи фиброміомъ матки“. Авторъ приводитъ матеріалъ изъ клиники Fritsch'a въ Боннѣ, и на основаніи его дѣлаетъ выводы. Для удаленія фиброміомъ матки черезъ влагалище опухоль не должна превышать размѣровъ головки ребенка, влагалище должно быть обширно и легко доступно, операцію слѣдуетъ дѣлать съ лигатурами. Тамъ, гдѣ можно сдѣлать влагалищную операцію, слѣдуетъ ей отдавать предпочтеніе.

Полость брюшины Fritsch всегда дренируетъ, тампонъ остается лежать 10—14 дней. Придатки удаляются тамъ, гдѣ удаленіе ихъ не представляется собою трудности. Для вылуценія подслизистой міомы слѣдуетъ расширять шейку не ламинаріями, а помощью глубокихъ разрѣзовъ шейки одного задняго или нѣсколькихъ боковыхъ.

Авторъ приводитъ 40 экстирпацій матки съ однимъ смертельнымъ случаемъ отъ порока сердца на 12-й день послѣ операціи. Операція производится слѣдующимъ способомъ: влагалищная часть захватывается пулев. щипцами и низводится, затѣмъ на ней дѣлаются разрѣзы поперечный и боковые. Art. uterina перевязывается; отдѣленіе нижней части широкой связки. Отсепаровка кверху мочевого пузыря и вставленіе въ разрѣзъ передней стѣнки тѣла матки и послѣ этого кускованіе опухоли, при чемъ куски берутся величиной не больше грѣцкаго орѣха. Если не удастся сдѣлать это черезъ передней сводъ, производятъ тоже самое черезъ задній. Края брюшины и влагалищной стѣнки тщательно сшиваются въ избѣжаніи кровотеченія. Швы снимаются на 14 й день.

Thorn (72) „О влагалищной міотоміи и оттошеніи энуклеаціи къ полной экстирпаціи матки“.

Авторъ въ подробной статьѣ разбираетъ при-

имущества энуклеации передь экстирпацией матки и на оборотъ и привелъ цѣлый рядъ мнѣвій различныхъ авторовъ. Онъ отдаетъ предпочтенеіе полной экстирпации матки вмѣстѣ съ опухолями и придатками, особенно если больная находится въ возрастѣ близкомъ къ 40 годамъ. Наступленію преждевременнаго климактерія онъ не придаетъ вреднаго значенія. Искусственный климактерія въ большинствѣ случаевъ наступаетъ также какъ естественный и удаленіе яичниковъ не отражается особенно сильно на здоровье больныхъ. Оно можетъ вызывать увеличеніе и появленіе различныхъ первнхъ явленій лишь у особъ, расположенныхъ къ нимъ. При энуклеации одной только опухоли онъ наблюдалъ развитіе новыхъ опухолей, а при оставленіи яичниковъ 3 раза видѣлъ появленіе новообразованій изъ нихъ. Раньше онъ отдавалъ предпочтенеіе энуклеации фиброміомъ такъ въ Festschrift'ѣ Karl'a Ruge, изъ 32 влагалищныхъ міотомій онъ сдѣлалъ 26 энуклеаций и 6 полныхъ экстирпаций матки, теперь же изъ 90 влагалищн. міотомій сдѣлалъ 26 энуклеаций и 24 полныхъ экстирпаций. Изъ всѣхъ 122 случаевъ 52 энуклеации и 70 экстирпаций. Изъ нихъ умерло 2 послѣ экстирпации матки: 1—на 21-й день отъ эмболии легочн. артерій, а 2 на 2-й день отъ хроническ. нефрита и сепсиса, такъ какъ опухоль до операціи уже была омертвѣвшая. 3 послѣ экстирпации и 4 послѣ энуклеации имѣли тяжелый послѣоперационный періодъ. При экстирпации авторъ примѣняетъ преимущественно лигатуры, клеммы накладываютъ только временно. Относительно способа операціи влагалищнаго или брюшнаго авторъ говоритъ, что какихъ-либо опредѣленныхъ правилъ для примѣненія того или другого способа нѣтъ и едва ли можно сдѣлать; все зависитъ отъ опытности оператора и его привычки какимъ способомъ оперировать.

Wehle (73) „Къ брюшной экстирпации міоматозной матки“. Въ своемъ докладѣ авторъ сдѣлавъ литературный очеркъ по данному вопросу и приведя свои два случая, приходитъ къ выводу, что есть случаи, гдѣ показана лишь одна брюшная экстирпация міоматозной матки, а именно тамъ, гдѣ въ стѣнкѣ матки процуцывается много узловъ, которые занимаютъ также и шейку ея; port. vaginal. какъ таковая не существуетъ. Въ другихъ случаяхъ можно говорить и о другихъ способахъ.

Kroenig (74) „Къ техникѣ брюшной экстирпации матки“.

Kroenig предлагаетъ дѣлать брюшное изсѣченіе міоматозной и раковой матки предпочти-

тельно передъ влагалищными и описываетъ при этомъ свой способъ. Больная помещается на операционный столъ съ высоко приподнятымъ тазомъ, матка за дно отодвигается на сколько возможно впередъ, сочетательнымъ разрьзомъ вскрывается задній сводъ, port. vaginal. захватывается пулевыми щипцами и черезъ сдѣланный промежутокъ вывертывается; послѣ этого задній сводъ влагалища отрѣзывается отъ влагалищн. части, передній сводъ также обрѣзывается; затѣмъ шейка матки плотно фиксированная постепенно отпрепаровывается и тупымъ путемъ отдѣляется мочевоу пузырь; указательный палець вводится черезъ вскрытое пространство въ заднемъ сводѣ на-передъ и Plica vesico-uterina отдѣляется или тупымъ путемъ или помощью ножницъ; разрьзъ расширяютъ двумя пальцами и мочевоу пузырь съ пузырьвоу частью мочеточниковъ отодвигаютъ изъ операционнаго поля. На широкія связки и параметріи накладываютъ цѣпочный шовъ по Zweifel'ю или по Vishn'u накладываютъ сначала клеммы, а затѣмъ, когда матка уже удалена, пульсирующие сосуды перевязываютъ каждый въ отдѣльности помощью Simolkatgut. Рана зашивается наглухо. Для большой наглядности авторъ приложилъ 3 рисунка.

Loubet (75), „О брюшномъ вылуценіи маточныхъ фиброміомъ“. Авторъ стоитъ за вылуценіе фиброміомъ матки. Имъ сдѣлано 34 вылуценія; 30 въ продолженіи 2 лѣтъ наблюденія здоровы. 4 умерло; изъ нихъ 3 умерло отъ погрѣшностей въ асептикѣ, которыя можно избѣгать; одна умерла непосредственно отъ операціи. 2,94% смертности. Послѣ вылуценія матка зашивается двухъэтажнымъ узловатымъ швомъ. Дренажъ брюшной полости на 48 часовъ; если же проводится въ вагину, то дренажъ можно продержатъ и 5 дней. Въ одномъ случаѣ авторъ удалил до 17 міомъ. Излишекъ маточныхъ стѣнокъ онъ не срѣзываетъ, ткань матки сама по себѣ хорошо сокращается. Противупоказаніемъ къ вылуценію служатъ большіе размѣры опухоли, множественность ихъ, двухстороннее заболѣваніе придатковъ, отсутствіе собственной капсулы, вторичныя измѣненія опухоли.

Martin (76), „Объ энуклеации фиброміомъ матки“.

Martin является большимъ сторонникомъ вылуценія фиброміомъ матки. Противники энуклеаций говорятъ, что вылуцая одинъ или нѣсколько узловъ, легко оставить зародыши, которые впоследствии послужатъ источникомъ развитія новой опухоли. Martin на своемъ матерьялѣ доказы-

васть, что этого особенно бояться не слѣдуетъ, такъ изъ первой своей серіи случаевъ до конца 1892 г. изъ 130 въ 3 онъ могъ констатировать развитіе новой опухоли. Изъ второй серіи (1893—1898) 140—4 случая, Изъ 141 случая своихъ домашнихъ больныхъ онъ могъ констатировать новое заболѣваніе у 4-хъ больныхъ. Въ 2-хъ случаяхъ изъ его оперированныхъ сдѣлались беременными.

При операціи, если вскрывается полость матки, то она должна быть тщательно дезинфицирована и соскоблена, и полость зашита, ложе опухоли сглажено и зашито въ нѣсколько этажей непрерывнымъ или узловатымъ швомъ.

Какой путь выбрать для операціи влагалищный или брюшинный сказать трудно, надо сообразоваться съ величиной опухоли, съ возрастомъ больной, заболѣваніемъ придатковъ и т. д. У молодыхъ особъ со сморщиваніемъ тазовой соединительной ткани и влагалища онъ оперируетъ охотно черезъ брюшную стѣнку, особенно при большой опухоли со срощеніями; при заболѣваніи придатковъ и при срощеніи съ кишками онъ оперируетъ также черезъ брюшную стѣнку. Въ остальныхъ случаяхъ черезъ влагалище особенно слабыхъ анэмичныхъ особъ съ порокомъ сердца ¹⁾.

Heiniccius (77), „Міомотоміи съ заднебрюшиннымъ лѣченіемъ ножки по Chrobak'у“.

Показаніемъ къ операціи въ случаяхъ автора: въ одномъ случаѣ послужилъ быстрый ростъ опухоли и асцитъ 1 разъ, быстрый ростъ 10 разъ, обильные регулы 34, обильные регулы съ разстройствомъ мочеиспусканія 8 разъ, обильные регулы и быстрый ростъ 1 разъ, метрорагіи 15 разъ, разстройство мочеиспусканія 10 разъ и другіе симптомы 36 разъ, въ томъ-же числѣ и сама величина опухоли служила поводомъ къ оперативному вмѣшательству. Передъ операціей за нѣсколько времени дѣлаются спринцеванія сулемой и тампонація іодоформенной марлей.

Операція всегда производится при высокомъ положеніи таза. Опухоль съ помощью щипцовъ Museux или 1 или 2 штопоровъ приподнимается кверху.

Иглою Deschamp'a перевязываются придатки въ 2 или 3 частяхъ шелкомъ или кѣгутумъ. Придатки между лигатурами и клеммами перерѣ-

заются. Одинъ яичникъ особенно у молодыхъ особъ оставляется. Спереди и сзади отпрепаровывается брюшина, послѣ этого верхняя часть шейки освобождается отъ клѣтчатки, съ каждой стороны накладываются лигатуры на сосуды и опухоль вмѣстѣ съ частью шейки отжигается аппаратомъ Raquelin'a; черезъ полость цервикальнаго канала со стороны брюшины во влагалище продергивается іодоформенная марля — какъ дренажъ, сверху покрывается брюшиной и зашивается непрерывнымъ кѣгутумъ. 108 больн. поправились и 2 умерло = 1,81%. Изъ 108 случ. въ 78 случ. выздоровленіе наступило безъ осложненій, въ другихъ случаяхъ наблюдалось повышение т^о-ры, нагноеніе въ брюшной ранѣ 2 раза, cystitis 1, экссудаты около ножки и т. д. Интерстиціальныхъ міомъ было 60, субсерозныхъ и интерстиціальныхъ въ 33 случ., интерстиціальныхъ и субмукозныхъ 8, интерстиціальн., субсерозныхъ и субмукозныхъ 6 случ., нѣсколько субмукозныхъ въ 1 случ., и 1 субмукозный въ двухъ (2) случаяхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ были одновременно заболѣванія фаллопиев. трубъ и яичниковъ.

Olshausen (78), „О выборѣ метода операціи при міомахъ матки“.

Разсуждая о методѣ операціи удаленія міомъ матки, онъ прежде всего говоритъ о томъ, чтобы по возможности яичники были оставлены; если нельзя оставить оба яичника то хоть одинъ. Онъ вопреки мнѣнію другихъ авторовъ удаленіе яичниковъ считаетъ вреднымъ для состоянія здоровья больной. Онъ послѣ удаленія ихъ при ампутаціи міоматозной матки даже въ климактерическомъ возрастѣ 42, 43, 48 лѣтъ, наблюдалъ развитіе тяжелыхъ психозовъ. По его мнѣнію не отсутствіе менструаціи служитъ причиною нервныхъ явленій, а отсутствіе внутренней секреціи экстирпированной железы (яичника). При полномъ удаленіи матки при ракъ ея онъ наблюдалъ въ нѣсколькихъ случаяхъ развитіе кистъ въ оставленныхъ яичникахъ; развитіе кистъ Olshausen объясняетъ разстройствомъ кровообращенія въ яичникъ подъ влияніемъ лигатуръ, которыя онъ накладываетъ близко къ hylus ovarii. На почвѣ разстройства кровообращенія развиваются въ яичникъ дегенеративные процессы. При міомахъ матки онъ совѣтуетъ по возможности сохранять матку, дѣлать энуклеацію, которую вполне возможно не только при маленькихъ, но и при большихъ опухоляхъ и даже при существованіи многихъ узловъ. Всѣ энуклеированнаго узла въ его случаяхъ достигали 3850 grm. Теперь онъ чаще примѣняетъ энукле-

¹⁾ Примѣч. реф. Въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева при удаленіи міоматозной опухоли стремятся также всегда сдѣлать энуклеацію и по возможности щадить матку. Результаты вполне удовлетворительные.

ацію опухоли чѣмъ раньше: такъ за 3 года (1897—1899) на 207 сдѣланныхъ имъ міомотомій приходится лишь 29 случ. энуклеацій или въ 14% всѣхъ случаевъ. Въ послѣдніе же годы 1900—1901 на 136 міомотомій—57 энуклеацій или 27% всѣхъ случаевъ. Энуклеація опухоли, конечно, показана главнымъ образомъ, у молодыхъ особъ.

Thomas (79), „О продолжительности результатовъ 100 міомотомій“.

Авторомъ съ 1896-го года произведено 117 надвлагалищн. ампутацій матки, изъ нихъ отъ 100 больныхъ получены извѣстія. Большинство больныхъ изслѣдованы лично авторомъ. 90,5% больныхъ были въ состояніи исполнять тяжелыя работы и только 31 больная жаловались на небольшие боли внизу живота. У 3-хъ изъ нихъ, у которыхъ были оставлены яичники, наблюдались періодическія боли. 9 больныхъ имѣли менструація черезъ каждыя 4 недѣли; 66 больныхъ не имѣли никакихъ выдѣленій.

На сексуальныя инстинкты операція не вліяла Schenk (80), „О продолжительности результатовъ послѣ міомотоміи суправагинальн. ампутаціи тѣла матки и радикальная, брюшная операція на придаткахъ“.

Авторъ очень подробно приводитъ литературу по этому вопросу и затѣмъ свои случаи изъ клиники проф. Rosthorn'a въ Прагѣ оперированные по различн. способамъ:

1) Отдаленные результаты послѣ міомотоміи съ ретроперитонеальнымъ уходомъ за вожкой.

Rosthorn оперироваль по этому способу съ 1891 го года до 1899 въ общемъ 123 случая. Изъ 66 случ. описанныхъ Schick'омъ умерли 1 больная, изъ другихъ 57 случ. умерло 3=3,25%. О дальнѣйшей судьбѣ больныхъ автору удалось узнать только о 74 случ.=61%, которыхъ частью авторъ самъ изслѣдовалъ, частью о состояніи ихъ здоровья узнать по письмамъ, и для большою наглядности авторомъ составлена слѣдующая таблица.

	Изслѣдованныхъ врачами.	По письменнымъ извѣстіямъ.	В М Ъ С Т Ъ	
			Число.	pet.
1) Общее число случаевъ	22	52	74	—
2) Страданія а) исчезли	19	46	65	87
б) не исчезли	3	6	9	13
3) Брюшная грыжа	—	3	3	4
4) Климактерическія страданія:				
а) у 17 женщинъ до 40 л.	6	5	11	64
б) у 57 „ выше 40 л.	6	14	20	35
5) Способность къ а) полная къ работѣ	14	27	41	54
б) къ легкой работѣ	4	12	16	22
6) Увеличеніе вѣса а) умѣренное	10	22	32	43
б) значительное	7	12	19	27
7) Состояніе удовлетворит.	21	49	70	90
„ не удовлетворит.	1	1	2	3
8) Умерло	1	1	2	3

Ракъ матки и его лѣченіе.

Frangé (80), „Начинающийся канкроидъ влагалищной части матки и пути распространения рака шейки матки“. Авторъ изслѣдовалъ 38 случаевъ рака матки, изъ нихъ 23 случая изслѣдовалъ микроскопически, 15 же только макроскопически. Въ 6 случаяхъ дѣло шло о начальномъ ракъ влагалищной части матки. 32 случая дальше ушедшіе раки влагалищной части матки и шейки ея. Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ онъ не видалъ не непрерывнаго и не метастатическаго распространения рака на тѣло матки. На этомъ основаніи въ такихъ случаяхъ суправагинальная ампутація вполне показана. Карцинома влагалищной части матки и ея шейки по мѣрѣ своего роста захватываетъ лимфатическіе сосуды и распространяется на параметріи, какъ скоро переходитъ *orif. internum*. Зараженіе лимфатическихъ железъ таза при начинающемся ракъ влагалищной части матки ни разу не наблюдалъ и едва ли можно это ожидать.

Принципіально удаленіе этихъ железъ, какъ ненужное, должно быть отброшено.

Ernst Puppel (82), „О распространении рака матки въ лимфатическіе пути“.

Авторъ изслѣдовалъ микроскопически 9 случаевъ рака матки, изъ нихъ 8 случаевъ рака влагалищной части и 1 случай рака шейки въ различныхъ стадіяхъ своего развитія, до неоперативнаго случая включительно. 3 случая относятся къ беременнымъ маткамъ. Срѣзы дѣлали широкіе и длинныя и они изслѣдовались черезъ каждые пять одинъ срѣзь. На основаніи своихъ изслѣдованій, онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: *carcinoma port. vaginal.* распространяется по лимфатическимъ сосудамъ. При этомъ заражаются раньше всего тѣ сосуды, которые лежатъ между мышечными пучками средняго мышечнаго слоя и вливаются въ большіе сосуды шейной мускулатуры; отсюда распространяются или на влагалище, или на параметріи, сначала соответственно мѣсту пораженія. Метастазы въ тѣлѣ матки наблюдаются только въ очень запущенныхъ случаяхъ, и по большей части тогда, когда уже поражены оба параметріи. Карцинома шейки распространяется по лимфатическимъ путямъ и распространяется на тѣло матки по около сосудистымъ лимфатическимъ сосудамъ на границѣ средняго и наружнаго мышечнаго слоя. При ракъ влагалищной части матки вполне показана надвлагалищная ампутація шейки матки, особенно у старыхъ особъ, гдѣ вслѣдствіе облите-

раціи лимфатическихъ сосудовъ ракъ распространяется медленно.

Bossi (83) „Гистологическое доказательство незаразительности рака при соприкосновеніи“.

Цѣлый рядъ наблюденій надъ больными доказываетъ, что ракъ не передается при соприкосновеніи. Если бы это было иначе, то очень часто наблюдалось бы при ракъ влагалищной части матки ракъ полового члена у мужчины. Авторъ доказываетъ это, какъ на собственномъ матерьялѣ 180 случаевъ, такъ и на матерьялѣ изъ итальянской и иностранной литературы. Въ силу этого паразитарная теорія едва ли вѣрнѣе.

Klein (84). Всѣ способы, предлагаемые для удаленія канкрозной матки, по мнѣнію автора, не удовлетворяютъ своему назначенію. Рецидивы наблюдались имъ какъ послѣ влагалищной экстирпаціи матки, такъ и послѣ брюшнаго ея иссѣченія. Послѣ какой операціи продолжительные результаты излѣченія лучше, покажетъ будущее. При такой абсолютно смертельной болѣзни, какой представляется ракъ матки, показана всякая операція, какъ бы она ни была опасна для жизни. Операція Wertheim'a вовсе не такъ опасна и трудна, какъ думаютъ; авторъ сдѣлалъ 14 брюшныхъ операцій по случаю рака матки и имѣлъ 3 случая смерти = 20%. Хотя брюшная операція даетъ бѣльшій % смертности, чѣмъ влагалищная, но она имѣетъ за собою болѣе основаній и можетъ быть сдѣлана тамъ, гдѣ о влагалищной и рѣчи быть не можетъ.

Frangé (85), „Къ вопросу о брюшномъ иссѣченіи канкрозной и саркоматозной матки“.

Авторъ оперировалъ всего 40 случаевъ, изъ нихъ 19 теперь и 21 случай раньше. Часть оперирована по Freund'u, часть комбинированнымъ способомъ (влагалищно-брюшнымъ). Въ одномъ случаѣ онъ произвелъ операцію по Wertheim'u съ удаленіемъ лимфатическихъ железъ около мочеточниковъ и вблизи матки. Изъ 21-й больной умерло 4, изъ 19 умерло 3 = 15,7%, а вмѣстѣ изъ 40 — 7 = 18,5% смертности.

Kleinhaus (86), „О брюшной радикальной операціи рака матки“.

Авторъ оперировалъ только по Wertheim'u, черезъ брюшную стѣнку. Изъ 32 случаевъ имѣлъ 3 случая смерти. Операція происходитъ при высокомъ положеніи таза съ отпрепаровкой мочеточниковъ и удаленіемъ железъ. Смерть въ 3-хъ случаяхъ наступила отъ *пнѣмни*, *peritonitis*, смертельнаго мочевого пузыря, *Pyelonephritis*, послѣ частичной резекціи канкрознаго мочевого пузыря.

Wertheim (87), „Къ вопросу о радикальной операции при ракъ матки“.

Изъ 29 случаевъ удаленія матки вмѣстѣ съ железами въ 11 найдено пораженіе железъ; изъ 11-ти въ 10 случаяхъ пораженіе железъ найдено при ракъ шейки, который наблюдался въ 27 случаяхъ. Если изъ 27 выкинуть 5 случаевъ далеко ушедшихъ останется 22. % пораженія железъ на это число = 20%. Въ нѣкоторыхъ далеко зашедшихъ случаяхъ пораженія железъ не находили; въ другихъ же даже при начальной стадіи развитія болѣзни железы уже были поражены. На 29 опер. умерло 11. Операция продолжалась 1¹/₄—1¹/₂ часа. Особенно затруднительнымъ представляется вылуценіе железъ около большихъ венъ, когда онѣ съ ними срастаются, поэтому въ нѣкоторыхъ случаяхъ были порваны вены.

Herff (88), „Объ удаленіи железъ при ракъ матки“.

% смертности при экстирпации матки безъ удаленія железъ = 6,6% — 4,6% по даннымъ гинекологической клиникѣ въ Галле. Съ удаленіемъ железъ колеблется между 10 — 15% смертности.

Въ виду этого, авторъ совѣтуетъ обследовать каждый случай весьма тщательно; произвести изслѣдованіе черезъ прямую кишку и если железы прощупываются дѣйствительно увеличенными, то дѣлается экстирпация матки съ удаленіемъ железъ. Способъ, который предлагаетъ авторъ, состоитъ въ слѣдующемъ: разрѣзъ отъ одной *sp. il. ant. sup.* къ другой тотчасъ же надъ лонной дугой. Отдѣленіе брюшной стѣнки на всемъ протяженіи отъ края тазовыхъ костей, щадя брюшину. Послѣ этого отпрепаровываются на той и другой сторонѣ большіе сосуды и производятъ ихъ типичную перевязку. Затѣмъ отыскиваютъ мочеточники, перевязываютъ *art. uterina* на мѣстѣ ея отхожденія. Вылуценіе железъ изъ окружающей ихъ жировой и соединительной ткани. Отысканіе и перевязка *lig. rotunda*. Тупое отдѣленіе мочевого пузыря отъ серознаго покрова, какъ при *sectio alta*. Отысканіе *art. ovarica (spermatica interna)* и перевязка ихъ вдоль *Plica ovario-pelvic*. Вскрытіе брюшной полости вблизи *fossa vesico-uterina*; выкатываніе матки и свободное перерѣзываніе широкихъ связокъ до маточнаго конца и шовъ брюшнаго покрова мочеваго пузыря съ серозой Дугласса; затѣмъ отдѣленіе шейки и на любомъ участкѣ отдѣленіе влагалища. Перерѣзка отпрепарованнаго влагалища. Остановка кровотечения. Дренажъ съ ксероформенной марлей, а послѣ резиновый дренажъ. Пришиваніе брюшныхъ стѣнокъ къ ихъ старому мѣсту.

Jordan (89), „О хирургическомъ лѣченіи рака матки“.

Авторъ противъ брюшной экстирпации матки и экстирпации всѣхъ железъ. По его мнѣнію, железы заражаются не скоро, а сама операция даетъ въ 3—4 раза большій % смертности, чѣмъ влагалищная экстирпация. Суправлагалищная ампутиация шейки матки еще и теперь показана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ полная экстирпация вслѣдствіе общаго состоянія больной опасна или если нужно оставить матку, дабы сохранить ея родовую функцію.

Maskenrodt (90), „Радикальная операция рака матки и влагалища“. Уже въ ранней стадіи рака матки авторъ находилъ въ маточныхъ связкахъ и въ *paracolpium metastas*ы. Поэтому при экстирпации матки слѣдуетъ удалить весь связочный аппаратъ, верхнюю ¹/₃ влагалища и *paracolpium*. Железы въ 20—50% всѣхъ случаевъ заражены и часто уже при начинающейся карциномѣ. Въ общемъ для радикальнаго излѣченія слѣдуетъ: 1) отдѣленіе связокъ до тазовой фасціи вмѣстѣ съ маткой; 2) отдѣленіе верхней части влагалища съ *paracolpium, plexus venos. uterovaginal und vesico-vaginal*; 3) удаленіе *retrovaginal*ной фасціи; 4) по возможности всѣ лимфатическія железы и лимфатическіе сосуды и въ 5) если нужно, то часть мочеваго пузыря и мочеточника.

Glockner (91), „Конечные результаты экстирпации матки при ея ракъ“. Работа написана на матеріалѣ Лейпцигской клиники. Всѣхъ случаевъ рака матки, пришедшихъ на амбулаторію клиники = 974 изъ нихъ только 260 случаевъ подверглись операции—26,69%. Самая молодая больная была 26 лѣтъ и самая старая 73, большая часть случаевъ падаетъ на возрастъ отъ 36 до 45 лѣтъ.

Изъ 259 случаевъ наблюдался:

Ракъ влагалищ. части матки	99 разъ =	38,2%
„ шейки матки	55 „ =	21,2%
Совмѣстный ракъ	79 „ =	30,5%
„ полости матки	25 „ =	9,6%
Совмѣстный ракъ	1 „ =	0,38%

Полная экстирпация матки черезъ влагалище была сдѣлана 225—86,5% брюшное изсѣченіе 4=1,5, % комбинированнымъ способомъ 24=9,2%, сакральнымъ 7=2,7%.

Reipen (92), „О продолжительности результатовъ влагалищной экстирпации раково-перерожденной матки“.

Изъ 303 случаевъ было: 173 случ. рака шейки = 57,07%; 99—*port. vagin* = 32,67%; 8 комби-

ниров. ракъ=2,67%; 23 ракъ полости матки=7,59. Случаи эти были оперированы частью Kaltenbach'омъ, частью Fehling'омъ. Поврежденій сосѣднихъ органовъ при экстирпаціи матки у Kaltenbach'a было 11,9%, у Fehling'a 6,5% въ общемъ 6,51%. Изъ 303 больныхъ умерло 20=6,6%. Изъ случ. Kaltenbach'a 124-хъ, 24 больныхъ въ продолженіи 7 лѣтъ были безъ рецидивовъ=19,35%; изъ 74 случ. Fehling'a свободны отъ рецидива 19=25,67.

При ракъ полости матки безъ рецид.	75,0 ⁰ / ₀
„ „ шейки „ по Kaltenbach'y	22,46 ⁰ / ₀
„ „ „ „ по Fehling'y	23,07 ⁰ / ₀
„ „ port. vaginal.	29,26 ⁰ / ₀

К п а ц е г (93), „О результатахъ влагалищныхъ экстирпацій матки по поводу рака матки изъ клиники Chrobak'a.

Всѣхъ больныхъ амбулаторныхъ было 40,000 изъ нихъ раковыхъ 1374 = 3,4⁰/₀; 236 сдѣлана операція, въ 213 случ. произведена влагалищная экстирпація матки, въ 23 случ. операція по другимъ способамъ, (высокая ампутація шейки матки 8 разъ, брюшная экстирпація матки по Freund'у 13 разъ и по сакральному методу 1). Изъ всѣхъ раковыхъ больныхъ, явившихся въ клинику за помощью, въ 17,3% оперированы радикально, въ 15,6% влагалищная экстирпація. Изъ 750 раковыхъ больныхъ лежащихъ въ клиникѣ лишь въ 236 случаяхъ можно было предпринять радикальную операцію, 514 случ. были не оперативные. 213 случ. влагалищнаго удаленія матки распределяются слѣдующимъ образомъ:

Карцинома влагалищн. части матки	158 сл.
„ шейки	26 „
„ тѣла	27 „
Раковые полипы	2 „

Умерло послѣ операціи 12=5,6%. Относительно возврата болѣзни имѣются свѣдѣнія о 78 въ продолженіи 5. Въ 51 наступилъ возвратъ болѣзни =65,3%, 27 его не наблюдали=34,6%. Изъ всѣхъ 78 случаевъ въ 57 при ракъ влагалищной части матки въ 37=64,9% получился возвратъ, 20 остались безъ рецидива = 35,0%; при ракъ шейки матки изъ 13 случ. въ 11=84,6% возвратъ, въ 2=15,3% здоровы; изъ 8 случ. рака тѣла матки въ 2-хъ наступилъ рецидивъ, въ 6 = 75% здоровы. Изъ 21 больной ракомъ шейки и влагалищной части матки свободны отъ возврата: болѣе 5 лѣтъ 4, болѣе 6—5, 7—4, 8—3, 9—2, 10—3. Изъ 6 случ. рака тѣла матки свободны отъ рецидива болѣе 5 лѣтъ 1, 6—3, 9—1 и 10—1.

Полныхъ выздоровленій для карциномъ матки

послѣ влагалищной экстирпаціи въ среднемъ=7,7%. Изъ 234 случ. въ 7 получены при операціи побочныя поврежденія, какъ-то: въ 3 случаяхъ пораненъ одинъ или оба мочеточника, въ 4 мочевого пузыря, въ 1 прямая кишка.

М е у е г (94), „Къ статистикѣ полной экстирпаціи раковой матки“.

Авторъ описываетъ 170 случаевъ рака матки, лѣченныхъ въ послѣднія 7 лѣтъ въ клиникѣ въ Боннѣ. Изъ 170 случ. наблюдался въ 46,5% ракъ влагалищной части матки, въ 21% ракъ шейки, въ 12,9% ракъ тѣла матки, въ 16,5% исходная точка новообразованія не была установлена. Изъ 170 случаевъ оперативныхъ было 69 = 40,6%. Самый благопріятный послѣопераціонный прогнозъ давала сарцинома тѣла матки и наименѣе благопріятный сарцинома шейки матки. 2 больныхъ изъ оперативныхъ отказались отъ полной экстирпаціи матки. Въ 43 случаяхъ была сдѣлана экстирпація матки per laparotomiam вслѣдствіе большихъ размѣровъ матки. Изъ 67 умерло 7. Если исключить 3 умершихъ послѣ чревосѣченія, остается 4=5,9%. Изъ 58 въ 19 наступилъ рецидивъ въ теченіе 3½ лѣтъ. Изъ 13-ти въ теченіе 5 лѣтъ 7 = 52,8% или 13,7% всѣхъ больныхъ.

Stevens (95), „О радикальныхъ операціяхъ рака матки, сдѣланныхъ въ теченіи 1886—1899 г.“.

Изъ 274 случ. радикально оперировано 102=37,2%. Продолжительность болѣзни въ оперативныхъ случаяхъ въ среднемъ=7½ мѣс. Женщины, у которыхъ болѣзнь продолжалась 1 годъ и больше даютъ плохой прогнозъ какъ при операціи, такъ и по результатамъ. Отношеніе рака шейки къ раку полости матки 96 : 6. Надвлагалищная ампутація шейки матки была сдѣлана 36 разъ, влагалищная экстирпація матки сдѣлана 62 раза, брюшная экстирпація 3 раза. Смертность 13%. Послѣ употребленія зажимовъ 2 раза наблюдались фистулы мочевого пузыря. Изъ 73 больныхъ 16 остались безъ рецидива въ продолженіе 2 лѣтъ, 1—10 лѣтъ и 1—11 лѣтъ.

Ott (96), „Объ оперативномъ лѣченіи рака матки“.

Авторъ собралъ 1000 случ. оперированныхъ въ Россіи, изъ нихъ 200 собственныхъ случаевъ. Общій % смертности 10%. Собственный % автора 1,6% послѣ влагалищной экстирпаціи. Безъ рецидива 30. Въ ¾ случ. были шеечныя карциномы и въ ¼ карциномы тѣла матки. Первые даютъ 23% выздоровленій, а вторыя 47%. Авторъ оперировалъ съ лигатурами.

Waldstein (97), Къ дальнѣйшей статистикѣ карциномъ матки“.

При ракъ влагалищной части матки на 64 случ. наблюдалось 46=71,9% рецидивовъ, 13 свободны отъ нихъ = 43,3%, причеъ изъ 30 случ. не зашедшихъ далеко рецидивъ наблюдался въ 17 случ.=56,7%, свободны отъ рецидив. остались 13=43,3%. Изъ 34 запущенныхъ случ. рецидивовъ наблюдалось 32 раза = 76,2%.

При *carcinoma cervicis*: изъ 42 рецидивовъ въ 32=76,2%, безъ рецидива 10=23,8%; при 17 локализованныхъ заболѣваніяхъ рецидивъ найденъ въ 9 случ. = 52,9%; безъ рецидива 8=47,1%. Изъ 25 распространенныхъ рецидивовъ въ 23 = 92% безъ рецидива 2 = 8%.

При *carcinoma colli uteri* изъ 106 рецидивъ въ 78=73,6%; безъ рецидива 28=26,4%; изъ 47 локализованныхъ заболѣваній рецидивъ въ 26=55,3% свободны отъ возврата 21=44,7%. Изъ 59 случ. далеко ушедшихъ рецидивъ въ 52=88,2%, безъ рецидива 7=11,8%.

При *carcinoma corporis uteri* изъ 6 случ. остались безъ возврата болѣзни 5=83,3%. При локализован. формѣ изъ 5 въ 1-мъ рецидивъ, въ 4 безъ рецидива. Въ одномъ далеко ушедшемъ случаѣ рецидива не наступило.

Pfannenstiel (98), „О результатахъ лѣченія рака матки“.

Авторъ выступаетъ противникомъ высокой ампутаціи шейки матки при ракъ влагалищной части и шейки ея и за это говоритъ слѣдующее: 1) при ракъ влагалищной части матки и шейки ея могутъ быть раковыя гнѣзда и въ тѣлѣ матки и ея полости; 2) опасность отъ полнаго удаленія матки и % смертности нисколько не больше, чѣмъ при частичной операціи; 3) оставленіе матки вообще не имѣетъ смысла. Противупоказаніями къ полному удаленію матки могутъ служить 1) преклонный возрастъ, 2) обширныя и плотныя параметритическія срощенія и 3) общія заболѣванія.

Авторъ два раза сдѣлалъ высокую ампутацію шейки матки при ракъ; въ 1-мъ случаѣ больная умерла отъ рецидива черезъ годъ и 1 мѣс.; въ другомъ случаѣ возврата не получилось. Влагалищная экстирпація произведена Фричемъ отъ 1883—1890 г. 116, изъ нихъ 10 умерло быстро послѣ операціи 8,62% смертности. Большинство больныхъ умирало отъ рецидива въ теченіи 1—2 лѣтъ.

Авторъ произвелъ 93 опер. изъ нихъ умерло 4=3,2% смертности. Самые лучшіе результаты даетъ ракъ тѣла матки всѣ больныя поправились. По Fritsch'y спустя 5 лѣтъ насчитывается больныхъ ракомъ шейки матки у оперированныхъ 34,3% выздоровленій; по Pfannen-

stiel'ю при ракъ шейки 53,3% выздоровленій, а при ракъ тѣла матки 100%.

Авторъ противъ брюшнаго изсѣченія матки и говоритъ, что железы брюшныя заражаются рѣдко, а рецидивы бывають въ большинствѣ случаевъ мѣстныя. Кромѣ большаго процента смертности при брюшномъ изсѣченіи матки, много бываетъ осложненій въ смыслѣ пораненія мочеточниковъ и окружающихъ частей

Doktor (99), „Новые случаи экстирпаціи матки при помощи ангиотрипсина“.

Авторъ операціи свои дѣлаетъ помощью ангиотрипа Thimim'a. Въ каждомъ случаѣ матка выщипалась цѣлкомъ. Сжатіе широкихъ связокъ продолжалось 5-6 минутъ; кровотеченіе останавливалось вполне. Только при выпаденіи матки наблюдалось небольшое кровотеченіе. 1 больная ушла на 14-й день, 2-я на 12-й день, третьей еще сдѣлана была пластическая операція, поэтому она пробыла болѣе долгое время.

Schuehardt (100), „О паравагинальномъ методѣ экстирпаціи матки при ракъ ея и о конечныхъ результатахъ“.

Предпославъ литературный очеркъ другихъ методовъ экстирпаціи канкротной матки, онъ приводитъ результаты экстирпаціи матки по своему способу, который онъ рекомендовалъ еще въ 1894 году. Способъ этотъ онъ называетъ „паравагинальнымъ“. Онъ удивляется какъ до сихъ поръ операторы вида всѣ недостатки влагалищной экстирпаціи матки не переходять къ его способу, а поворачивають въ сторону брюшнаго изсѣченія матки, между тѣмъ какъ этотъ послѣдній способъ также не удовлетворяетъ своему назначенію. Удаляя пораженныя железы, оставляется зараженная клѣтчатка. По его способу, менѣе опасному, чѣмъ брюшное изсѣченіе, все пораженное въ параметріи можетъ быть удалено

Онъ по своему способу оперируетъ не только трудные случаи, но всѣ даже начальныя стадіи, такъ какъ при начальныхъ формахъ иногда бывають поражены параметріи. При паравагинальномъ разрѣзѣ влагалище легко дѣлается доступнымъ.

Способъ его уже описанъ имъ въ Centralblatt f. Gyn. 1893 г. Если и влагалище частью вовлечено въ канкротный процессъ, то вмѣстѣ съ маткой удаляется и часть влагалища. Громадныя трудности для операціи представляютъ старыя периметритическія срощенія, особенно это было трудно въ одномъ случаѣ раньше бывшей Ventrofixatio uteri вслѣдствіе образовавшихся срощеній съ передней брюшной стѣнкой.

Только въ одномъ случаѣ автору вслѣдствіе

большой величины матки пришлось окончить операцию путемъ чревосъщенія; во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ было вполне достаточно паравагинальнаго способа.

Больную передъ операцией онъ смотрѣлъ въ глубокомъ наркозѣ и когда убѣждался, что операциа вполне возможна съ технической стороны, приступалъ къ ней. Мочеточники не были имъ ни разу повреждены; все дѣлается подѣ контролемъ зрѣнія; пузырь отпрепаруется отъ матки; отыскиваются легко мочеточники и ихъ отводятъ въ сторону; ни разу не потребовалось вводить для распознаванія мочеточниковъ катетръ.

Смертность при паравагинальномъ способѣ у автора за 1894—1900 г. при исключительно паравагинальной операции на $83:8 = 9,6\%$ смертности.

Exstirpatio recti et vagin. и двухсторонній паравагинальный разрѣзъ $3:1 = 33\frac{1}{2}\%$; exstirpatio uteri per laporo'omiam паравагинальный разрѣзъ $4:2 = 50\%$.

Послѣдовательн. кровотеченій изъ культи авторъ ни разу не наблюдалъ. Поврежденій сосѣднихъ частей при всѣхъ паравагинальныхъ операціяхъ, не смотря на очень трудные случаи, авторъ наблюдалъ лишь 6. 4 раза пораненіе и резекціа мочеваго пузыря. Одинъ разъ мочеточникъ пропитанный раковой инфильтраціей; два раза оба мочеточника выпрепарованы изъ раковоинфильтрированныхъ параметрій; одинъ разъ одинъ мочеточникъ. Въ одномъ случаѣ наступилъ некрозъ въ свободно-лежащемъ мочеточникѣ. Прямая кишка вслѣдствіе значительныхъ сращеній съ маткой повреждена 2 раза. Изъ 42 оперированныхъ въ продолженіе 2-хъ лѣтъ не было рецидива у 15 больныхъ $= 35,7\%$; изъ 25 въ продолженіи 5 лѣтъ не было рецидива у 10 $= 40\%$. Сравнивая процентъ абсолютной излечимости по способу автора съ другіими способами: по способу автора $20,6\% - 24,5\%$, у другихъ $9,3\% - 40\%$.

Krönig (101), „Срединное разсѣченіе матки при влагалищной и брюшной ея экстирпациа“. Krönig на ряду съ другими авторами, Küstner'омъ Kelly, Döderlein'омъ и др., дѣлаетъ при влагалищной и брюшной экстирпациа матки срединное разсѣченіе ея, что, по мнѣнію автора, въ значительной степени облегчаетъ экстирпациа матки, отдѣленіе сращеній ея съ придатками. Авторъ сдѣлалъ 32 операціи, изъ нихъ 25 влагалищныхъ экстирпаций и 7 брюшныхъ при слѣдующихъ показаніяхъ: 1) при гнойномъ заболѣваніи придатковъ матки; 2) при полномъ выпаденіи матки и влагалища; 3) при климактерическомъ кровотеченіи и при кровотеченіи при метро-эндометритѣ,

не останавливаемомъ никакими другими способами; 4) при міомахъ матки; 5) при карциомѣ; 6) одинъ разъ при оваріальной карциомѣ и при внѣматочной беременноти. Никакихъ поврежденій пузыря, кишекъ и мочеточниковъ онъ ни въ одномъ случаѣ не наблюдалъ.

Maskenrodt (102) предлагаетъ удалять матку по такъ называемому *трансперитонеальному методу*. Онъ дѣлаетъ широкій поперечный разрѣзъ выше лоннаго соединенія. Отпрепаровки обѣихъ fossae iliacaе и мочеточниковъ; тупое отдѣленіе влагалища и удаленіе околоматочной клѣтчатки и железъ; послѣ этого вскрытіе брюшины-перевязка маточныхъ сосудовъ, закрытіе брюшины и удаленіе матки послѣ ампутаціи влагалища.

Amman (103) также стоитъ за этотъ методъ. За него говоритъ слѣдующее: 1) короче всего добраться до инфильтрированной клѣтчатки и на большомъ пространствѣ отдѣлить влагалище; 2) можно на любой высотѣ отпрепаровать мочеточники и возможна значительная резекціа ретрометриевъ; 3) маточныя артеріи могутъ быть перевязаны у самаго ихъ отхожденія; 4) операциа происходитъ почти все время внѣ брюшины; 5) при отдѣленіи уретеровъ, шейки матки, параметральной клѣтчатки и всей вагинальной трубки изъязвленная карцинома не приходитъ въ соприкосновеніе съ раневой поверхностью.

Amman (104) въ дальѣйшемъ нѣсколько измѣнилъ этотъ способъ и онъ дѣлаетъ такъ: влагалище готовится къ операции обычнымъ путемъ, карцинома прижигается и вкладывается во влагалище іодоформированная марля. Высокое положеніе таза, разрѣзъ по средней линіи отъ лобка до середины разстоянія между лобкомъ и пупкомъ, затѣмъ поперечный разрѣзъ надъ лобкомъ въ ту и другую сторону или въ одну лѣвую; вскрываются всѣ слои брюшной стѣнки до брюшины тлчительно. Прямая мышца одна или обѣ отдѣляются отъ костей таза. Доходятъ до cavum praeperitoneal Retzii, тупымъ путемъ проникаютъ въ paravesical'ную и paravaginal'ную клѣтчатку; круглую маточную связку перерѣзываютъ между двумя лигатурами отпрепаровываютъ мочеточникъ и art. uterina, послѣднюю наивозможно сбоку отъ мочеточника перевязываютъ. До сего времени брюшину не вскрываютъ. Теперь отдѣляютъ брюшину отъ задней стѣнки мочевого пузыря; вскрываютъ на протяженіи 3—4 сант. excavatio vesico-uterina и дно матки вмѣстѣ съ придатками выводятъ черезъ это отверстіе, lig. infundibulopelvicum перевязываютъ съ той и другой стороны и тотчасъ же брюшина мо-

чеваго пузыря сшивается съ брюшиной задней стѣнки таза непрерывнымъ катгутовымъ швомъ, такъ что брюшная полость снова оказывается закрытой; послѣ этого, углубляясь въ клѣтчатку, перерѣзываютъ или пережигаютъ lig. sacrouterina и матку лучше всего экстирпируютъ черезъ влагалище. Если на задней стѣнкѣ таза находятъ инфильтрированныя железы, то ихъ удаляютъ.

Палиативное лѣченіе рака матки.

Torggler (105), „Къ палиативному лѣченію неоперативнаго рака матки“.

260 случаевъ неоперативнаго рака матки лѣчилъ перекисью водорода 12% по вѣсу = 39.9 по объему перекиси водорода. Тампонъ изъ іодоформированной марли оставался 2—4 дня. Кислородъ, развиваясь, образуетъ пѣну. Послѣ этого дѣлается экскохлеация ножомъ, ножницами и паяльникомъ и вкладывается тампонъ съ 40% растворомъ Formaldehyd'a Schering'a на нѣсколько часовъ. Черезъ 6—10 дней отваливается корка.

Cussa Ungaro (106), „О лѣченіи неоперативныхъ случаевъ рака матки Methylenblau“.

Для лѣченія онъ беретъ Methylenblau по слѣдующей формулѣ: Methylenblau 6,0, 90° alkohol + Glycerin an 12,0 Aq. destillatae 200,0. Этимъ растворомъ послѣ выскабливанія раковыхъ массъ, также и послѣ ампутаціи шейки матки дѣлаются влагалищныя и маточныя промыванія, частью прикладывается на тампонъ къ заболѣвшимъ мѣстамъ. Кромѣ этого, подъ кожу дѣлаются впрыскиванія съ Ferr. arsenicos. или liq. arsenicos. Больныя по нѣсколько мѣсяцевъ, а въ одномъ случаѣ даже 3 года были здоровы, безъ страданій. Подъ вліяніемъ лѣченія Methylenblau не только прекращаются кровоточенія, но уменьшаются боли. Средство это вполне безвредно.

Behl (107), „О лѣченіи рака комбинированными приемами лизола и іодной настойки“.

Одной больной авторъ прописалъ спринцеваніе съ лизоломъ, больная же стала принимать его внутрь по 15 капель. При этомъ общее состояніе ея улучшилось очень быстро, новообразованіе сморщилось. Во второмъ случаѣ начинающейся карциномы влагалищной части матки онъ самъ испробовалъ это лѣченіе съ хорошимъ результатомъ. При ракъ желудка онъ также наблюдалъ общее улучшеніе, а у другой больной сморщиваніе опухоли.

Плохіе результаты онъ получилъ въ случаѣ одновременнаго заболѣванія туберкулезомъ легкихъ. Авторъ рекомендуетъ употреблять сначала 4 раза въ день, по 10 капель, а у слабыхъ особъ по 5 капель, черезъ 4 недѣли по 20 капель, а

затѣмъ по 25. Въ 1/2 чашкѣ отвара льняного сѣмени, риса, муки, молока. Черезъ 14 недѣль онъ даетъ въ продолженіи 14 дней іодъ (iod 0,25, kali iod. 2,0, Aqua. destillat 100). Три раза въ день по 1 чайной ложкѣ съ водой.

Krönig (108), „О двойной перевязкѣ art. hypogastrica et ovarica, какъ о палиативномъ методѣ лѣченія запущеннаго рака матки“.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при запущенномъ ракъ матки боится дѣлать выскабливаніе и выжиганіе раковыхъ массъ, вслѣдствіе возможности проникновенія въ мочевой пузырь, прямую кишку или въ свободную брюшную полость, онъ съ успѣхомъ дѣлаетъ перевязку art. hypogastrica и ovarica. Онъ произвелъ это въ 3-хъ случаяхъ не оперативнаго рака матки. Дѣлается это трансперитонеально и брюшная полость бываетъ вскрыта лишь нѣсколько минутъ; выздоровленіе наступаетъ быстро. Перевязка art. hypogastr. дѣлается лучше всего на мѣстѣ отхожденія отъ art. iliaca communis и завязывается шелкомъ; кромѣ этого, онъ перевязываетъ art. lig. rotundi въ lig. rotundum. Отверстіе въ брюшной полости дѣлается очень маленькое. Хорошо сдѣлать поперечный разрѣзъ фасціи между пупкомъ и лобкомъ. Разрѣзъ въ фасціи зашивается шелкомъ. Больная встаетъ на 8—9-ый день. Кровоточенія и гнойныя съ запахомъ отдѣленія прекращаются.

Adamkiewicz (109), „Излѣчимъ-ли ракъ матки?“ Авторъ сообщаетъ объ одномъ случаѣ, въ которомъ ракъ уже зашелъ далеко, зажалъ матку, влагалище и оба параметрія; онъ сталъ въ этомъ случаѣ впрыскивать свой сanceroin. Состояніе здоровья больной быстро улучшилось. Кровоточенія и боли прекратились; аппетитъ и сонъ вернулись. Мѣстное изслѣдованіе дало уменьшеніе опухоли, но не исчезновеніе. Черезъ 1 годъ послѣ начала лѣченія результаты при изслѣдованіи найдены еще лучше. Влагалище совершенно свободно, своды прощупываются также свободными. Матка увеличена, тверда, но нигдѣ не чувствительна. Отъ сanceroin'a погибаютъ, по мнѣнію автора, молодыя раковыя клѣтки.

Kugel (110), „Случай благопріятнаго вліянія сanceroin'a Adamkiewicz'a“. У одной больной съ карциномой матки много разъ оперированной, 52 лѣтъ, спустя 2 1/2 года послѣ послѣдней операціи замѣченъ на шеѣ узелокъ величиною въ горошину. Тотчасъ-же появились боли въ лѣвомъ плечѣ, отекъ лѣвой руки. Въ слѣдующія 6 недѣль узелокъ увеличился до *льнянаго орѣха* вмѣстѣ съ этимъ увеличивая и отекъ и боли. Въ продолженіи 7 1/2 мѣс. вспрыскивался сanceroin по 1/2 grn.; послѣ 20 впрыскиваній промежуткомъ

6—8 дней. Больная хорошо переносила впрыскивания, одинъ разъ только было головокруженіе. Узелъ на шеѣ уменьшался, боли въ плечѣ и отекъ въ рукѣ послѣ 10 впрыскиваній уменьшились и совершенно исчезли. Общее состояніе вполнѣ удовлетворительное.

О саркомѣ матки.

Van Buren Knott (111). Авторъ собралъ въ литературѣ 118 случ. саркомѣ матки, напечатанные за послѣднія 10 лѣтъ. Возрастъ больныхъ въ среднемъ = 37 л. (отъ 7 мѣс. до 67 лѣтъ). Исходнымъ пунктомъ для саркоматознаго новообразованія послужило въ 40 случаяхъ сама паренхима матки, 33 слизистая оболочка, 29 разъ песчаная часть и 10 разъ ворсинки chorion'a. Не рѣдко, по мнѣнію автора, фиброміомы матки переходятъ въ саркому, она при этомъ вдругъ начинаетъ расти. Но самая злокачественная саркома, которая развивается изъ остатковъ децидуальной оболочки при абортѣ или при заносѣ. Главные симптомы—кровотеченія и боли, позже присоединяется кахексія. Не рѣдко наблюдаются метастазы въ легкія, что чаще наблюдается при *decidua maligna*. 1 разъ наблюдался метастазъ въ мозгъ при пигментной саркомѣ. Въ 2-хъ случаяхъ саркома проросла стѣнку матки и 1 разъ вызвала смертельный перитонитъ. Въ 2-хъ случаяхъ саркома шейки матки перешла на мочевою пузырь и прямую кишку. Прогнозъ еще неблагоприятнѣе, чѣмъ при ракѣ. Изъ 81 гистеректомій выздоровѣло 31, но о продолжительности выздоровленія не о всѣхъ извѣстно. У остальныхъ наступилъ возвратъ въ промежутокѣ отъ 5 недѣль до 2-хъ лѣтъ.

О поврежденіи стѣнки матки при операціи.

Поврежденія стѣнки матки, ея разрывы при операціяхъ (зондированіи и выскабливаніи) наблюдаются сравнительно рѣдко, гораздо рѣже, чѣмъ разрывы матки во время родовъ, поэтому описаніе подобныхъ случаевъ имѣетъ громадный научный и клинической интересъ.

Kentman (112), „*Myometritis oedematosa und sonnenperforation*“. Авторъ описалъ случай прободенія матки у два зондомъ. Больная 40 лѣтъ, рожала 5 разъ. Послѣ первыхъ родовъ, 14 лѣтъ тому назадъ, замѣтила опущеніе матки. Послѣдніе 9 мѣс. страдала большими потерями крови. Матка увеличена, мало подвижна, перегнута назадъ. Редрессація затруднительна. Въ виду прободенія матки и мягкихъ выскобленныхъ массъ, рѣшено сдѣлать полное удаленіе матки. Выздоровленіе. При патологоанатомическомъ из-

слѣдованіи найдено: отечный міометритъ и прободеніе на почвѣ измѣненія мышечной ткани (перерожденія).

Schulze-Vellinghansen (113), „Къ инструментальному прободенію матки“. Больная 29 л., замужемъ 9 лѣтъ. Мѣсячныя съ 13 л., черезъ 3 недѣли по 4 дня. Рожала правильно 9 разъ; 3 раза имѣла выкидышъ: 1-й разъ на 2-омъ мѣсяцѣ—сдѣлано выскабливаніе; 2-ой—тоже на 2-омъ мѣсяцѣ; 3-ий на 3-емъ мѣсяцѣ; кровотеченія сначала не было, а затѣмъ черезъ 4 недѣли они явились и появились сильныя боли внизу живота и крестцѣ. Матка увеличена, подвижна, въ положеніи *anteflexio-versio latero-positio dextra*. Внутреннее отверстіе открыто и въ немъ прощупываются мягкія массы. При пробномъ выскабливаніи ложка въ 3-хъ мѣстахъ прошла легко черезъ стѣнку матки безъ всякаго насилья. Въ виду подозрѣнія на злокачественный характеръ выскабливаемыхъ массъ, сдѣлана экстирпація матки. Толщина стѣнки матки 2.—2,5 ст., величина 10,5 стм., она очень мягка и богата кровью. У дна матки 3 прободныхъ отверстія.

Gutbrod (114) при удаленіи выкидыша помощью корнцанга перфорировалъ матку въ 2-хъ мѣстахъ и корнцангомъ извлечена кишка. Кишку тотчасъ-же вправили. Тяжелый перитонитъ. Черезъ 2½ мѣс. чревосѣченіе влѣдствіе суженія кишекъ. При чревосѣченіи найдена масса сросеній.

Pincus (115) описалъ случай, гдѣ врачомъ при выскабливаніи по поводу выкидыша, сдѣлано прободеніе. Разрывъ шелъ косвенно по лѣвой стѣнкѣ шейки матки. Выкидышъ былъ сдѣланъ искусственно до врача и можетъ быть, говоритъ Pincus, разрывъ былъ сдѣланъ при производствѣ выкидыша.

Caruso (116) получилъ разрывъ стѣнки матки при расширеніи шейки помощью металлическихъ расширителей. Ложкой онъ прошелъ далеко подъ широкую связку. Вредныхъ послѣдствій отъ этого не было.

О заболѣваніи яичниковъ и фалопіевыхъ трубъ и ихъ лѣченіи.

Kahlden (117), „О мелко кистовидномъ перерожденіи яичниковъ и ихъ отношеніе къ такъ называемой водянкѣ фолликула“.

По изслѣдованію Kahlden'a водянка фолликула образуется на почвѣ аденомы, а эта послѣдняя возникаетъ влѣдствіе впячиванія зародышеваго эпителия. Она слѣдовательно не есть простое растяженіе не разорвавшагося фолликула, а это есть доброкачественное образованіе — *адено-кис-*

тома. Мелко-кистовидное перерождение яичника развивается на почвѣ *аденомъ*. Онъ различаетъ фолликулярно - мелко - кистовидное перерождение яичника и просто мелко-кистовидное перерождение яичника. Первое онъ дѣлитъ на 3 группы: 1) ув. количества фолликуловъ и дегенеративныя измѣненія въ нихъ; 2) всѣ паталогическія измѣненія выражены рѣзче; замѣчается увеличеніе самихъ фолликуловъ до большихъ размѣровъ; запускъ многихъ фолликуловъ на различныхъ ступеняхъ развитія; развитіе сосудовъ; 3) образованіе кистъ, въ которыхъ иногда можно найти *ovula* изъ которыхъ нѣкоторыя подверглись уже перерожденію.

Th. Schultz (118) „Паталогическая анатомія и патогенезъ мелко-кистовиднаго перерожденія фолликуловъ яичника“.

Авторъ изслѣдовалъ 40 случаевъ яичниковъ вмѣстѣ съ трубами, полученныхъ частью при операциі, частью при вскрытіи. Въ 11 случ. дѣло шло о мелкокистовидномъ перерожденіи яичника. Яичники были всегда больше нормальнаго, наружная поверхность была бугристая вслѣдствіе выступающихъ кистъ; иногда гладкая и покрыта сращениями. Отдѣльныя кисты имѣли діаметръ отъ 1 до 2,5 сант. При микроскопическомъ изслѣдованіи находили исчезновеніе зародышеваго эпителія результатомъ обработки. *Albuginea* въ большинствѣ случаевъ не ясно утолщена. *Cortical'ный* слой показываетъ нормальное строеніе; что касается растяженія пучковъ соединительной ткани, то они около большихъ фолликуловъ не имѣютъ своего обычнаго строенія. *Primordial'ныя* фолликулы меньше, чѣмъ это слѣдуетъ ожидать по возрасту и въ далеко ушедшихъ случаяхъ они могутъ совершенно отсутствовать. Въ фолликулахъ находятъ часто неповрежденное яйцо. Оно остается цѣлымъ, здоровымъ, пока существуетъ *membrana granulosa*. *M. granulosa* въ первой стадіи совершенно нормальна и содержитъ многочисленныя *митозы*, которыя служатъ показаніемъ сильнаго роста. Во второй стадіи клѣтки начинаютъ постепенно отпадать и видно что полость фолликула наполняется набухшей протоплазмой. Въ то время какъ *Theca interna* въ маленькихъ фолликулахъ представляется совершенно нормальной, въ большихъ фолликулахъ она ненормально мала и тонка. Въ нѣкоторыхъ яичникахъ наблюдалась атипическая пролиферація Граафова пузырька. *Corpora lutea* часто видны въ періодъ перехода ихъ въ *corpora albicantia*. Малыя артеріи представляютъ гиалиновое перерожденіе, утолщеніе *tunicae mediae* съ послѣдующей облитераціей

просвѣта. Часто другія кистовидныя образованія смѣшиваются съ мелко-кистовидными перерожденіями яичниковъ, что происходитъ частью вслѣдствіе недостаточнаго знакомства со строеніемъ Граафова пузырька, особенно *Membranae granulosae*. Простыя кисты не имѣютъ и слѣдовъ строенія *Theca interna*.

Pathogenesis (Причины). Воспаленіе, долго продолжавшееся приливы крови, венозный застой, *Angiodystrophia ovarii*; *Наружныя причины*: сексуальное перевозбужденіе различнаго рода, хроническое раздраженіе, воспалительное состояніе половыхъ органовъ: *vulvitis*, *erosio* и др.

Bruno Wolf (119) „Къ паталогической гистологіи яичниковъ, особенно кистъ ихъ“.

Авторъ изслѣдовалъ 135 случ. яичника различныхъ возраста и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) изолированнаго воспаленія *marksubstanz* не бываетъ; 2) собственно паренхиматозный слой больше всего заражается при коклюшѣ, скарлатинѣ и дифтеритѣ; возбудители воспаленія проходятъ черезъ кровеносную систему; 3) мелкоклѣтчаточная инфильтрація наблюдается при всѣхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, а также при *Morbus Bosedowi*, порокѣ сердца и миомахъ матки. Въ хронически воспаленныхъ яичникахъ кругло-клѣтчаточная инфильтрація не значительна. При общемъ застой при эклампсіи бываетъ сильная застойная гиперемія. При дифтеритѣ, эндокардитѣ и цуэриперальномъ сепсисѣ встрѣчаются геморагіи въ *альбугини*. Образованіе кистъ очень часто сопровождается воспаленіемъ яичниковъ. Много фолликуловъ вслѣдствіе атрезіи погибаютъ, другіе образуютъ кисты.

Gabriel (120), „О возникновеніи *Носматоцеле retrouterina* на почвѣ кровотеченія изъ яичника“.

На основаніи литературы и своего случая, онъ признаетъ, что *Носматоцеле retrouterina* можетъ образоваться изъ кровотеченія изъ лопнуващаго фолликула во время менструаціи, а не исключительно на почвѣ вѣматочной беременности. Такой случай описалъ Scanzoni у 18-ти-лѣтней дѣвушки. Случай автора относится также къ незамужней женщинѣ.

Egger, (121) „Случай односторонняго отсутствія яичника“.

У одной больной, 27 лѣтъ, умершей отъ туберкулеза легкихъ, не найденъ лѣвый яичникъ, труба же хорошо сохранена. Правыя придатки существуютъ; яичникъ увеличенъ и имѣетъ кисту въ лѣсной орѣхъ.

Monprofit (122) „О трансплантаціи яичниковъ“.

Трансплантація можетъ быть предпринята съ кусочками яичника той же самой женщины, если

изъ заболѣвшаго яичника можно взять маленькій здоровый кусокъ, или для этого можно взять яичникъ другой здоровой женщины не задолго передъ этимъ оперированной. Мѣсто гдѣ прививаютъ—это дно матки (слизист. оболочка), внутренняя поверхность трубы и связки вблизи трубы. Показанія къ такому вмѣшательству служатъ аномаліи яичниковъ, неправильное развитие органа, недостаточная функція, послѣ кастраціи для облегченія климактерическихъ страданій. Авторъ оперировалъ съ успѣхомъ уже 7 разъ.

Скробанскій (123), „Къ вопросу о заживленіи нѣкоторыхъ раненій яичника“.

Авторъ произвелъ цѣлый рядъ опытовъ на животныхъ, нанося различныя поврежденія яичнику. На основаніи своихъ опытовъ, онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Линейныя раны яичника, при благоприятныхъ условіяхъ, заживаютъ безъ слѣда.

2) Раны, полученныя путемъ удаленія клиновидныхъ кусковъ, также могутъ зажить безслѣдно.

3) При резекціи части яичника послѣдняя регенерируется, но можетъ быть возмѣщена путемъ образованія здѣсь плотной рубцовой соединительной ткани.

4) Лигатура, проведенная черезъ ткань яичника инкапсулируется и не оказываетъ никакого существеннаго вреда дальнѣйшей функціональнѣйшести этого органа.

5) Прижиганіе яичника раскаленнымъ металламъ дѣйствуетъ губительно на его ткани и примѣненіе его должно быть ограничено при консервативныхъ способахъ операцій на яичникахъ.

6) Процессы заживленія въ яичникахъ протекаютъ весьма бѣстро.

7) Заполненіе дефекта, полученнаго при раненіи яичника, происходятъ путемъ регенераціи соединительно-тканной основы этого органа.

10) Функціональные элементы, повидимому, также способны къ регенераціи, но въ значительно слабѣйшей степени, чѣмъ строма яичника.

11) Образованіе примордіальныхъ фолликуловъ происходитъ не только въ эмбриональный періодъ жизни животнаго, но и впослѣдствіи путемъ дѣленія имѣющихся уже въ яичникѣ яицъ.

Karl Kober (124), „Haemoglobinurie при торзіи ножки оваріальной кисты“.

Авторъ наблюдалъ случай гемоглобинурии при перекручиваніи ножки кисты у 50-ти лѣтней женщины. Раньше этимъ не страдала. Какихъ-либо другихъ причинъ, объясняющихъ гемоглобинурию не найдено. При операціи найдена перекрученная на 560° лѣвосторонняя киста, слѣва на

право. На другой день послѣ операціи въ мочѣ уже нельзя было найти крови.

Haemoglobinurію авторъ объясняетъ въ своемъ случаѣ всасываніемъ кровоизліянія происшедшаго въ стѣнкѣ кисты вслѣдствіе перекручиванія ножки.

Gottchalk (125) „Къ гистогенезу „Gallertkystom“ яичника“.

Подобныя кисты выложены низкимъ кубическимъ эпителиемъ, который выдѣляетъ характерный секретъ.

Эти кистомы образуются изъ граафовыхъ пузырьковъ, въ membrana granulosa въ формѣ множественныхъ мелкихъ кистъ. Весьма вѣроятно, что со стороны гистологической, а также гистогенетической эти кистомы можно раздѣлить на двѣ формы:

1) Покрытыя низкимъ кубическимъ эпителиемъ, который беретъ начало изъ membrana granulosa Граафова пузырька и 2) покрытыя высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ, гистогенезъ котораго еще съ точностью не установленъ.

Amman (126) „Полипозная кистома“. Авторъ описалъ интересный случай полипозной кистомы, представляющей изъ себя какъ бы рядъ виноградинъ, съ весьма тонкими стѣнками; часть изъ нихъ имѣла ножки, часть-же сидѣла на широкомъ основаніи. Содержимое ихъ было въ нѣкоторыхъ жидкое, водянистое, слегка желтое. Развитие ихъ онъ предполагаетъ изъ маленькихъ яичниковой ткани узелковъ, которые иногда встрѣчаются рядомъ съ главной массой яичника. Случаевъ полипозной кистомы описано немного; нѣкоторые авторы смѣшиваютъ ее съ другими формами.

Schenk (127). „Къ ученію о ложно межсвязочныхъ опухоляхъ яичника“.

Предпославъ литературный очеркъ о развитіи межсвязочныхъ опухолей и характера ихъ и, приведя мнѣнія Rosthorn'a; Pfannestyl'eя, Saenger'a и др. относительно этого предмета, авторъ описалъ свой случай такой опухоли, по микроскопическому изслѣдованію карциномы яичника. Данныя клиническаго изслѣдованія до операціи свидѣтельствовали о межсвязочномъ положеніи опухоли. Послѣ же операціи авторъ убѣдился, что ея межсвязочное положеніе возникло вслѣдствіе наслоенія кругомъ праваго яичника и фаллопиевой трубы ложныхъ перспонокъ, что видно въ начальной стадіи на лѣвой сторонѣ. По мѣрѣ роста новообразованія ложныя перепонки растянулись, слились съ правой широкой связкой и опухоль стала симулировать собою межсвязочную опухоль.

Дифференциальный диагноз между ложной и истинной интралигаментарной опухолью яичника по Martin'у: при первой матка будет смѣщена напередъ, при второй въ сторону, а также и вытянута вверхъ. Чтобы не оставлять большой полости Saenger экстирпировалъ и самую матку, чтобы избѣжать дренажа.

Preiser (128), „Къ ученію о трубно-оваріальныхъ кистахъ“.

На основаніи своихъ наблюденій, произведенныхъ подъ руководствомъ Pfannenstuel'я, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Врожденная „Ovarial-tube“ до сихъ поръ съ достовѣрностью не была доказана; 2) большинство tubo-оваріальныхъ кистъ возникаютъ на почвѣ склеиванія и сліянія sactosalpinx'a съ кистой яичника; впослѣдствіи стѣнки между ними исчезаютъ и образуется общая полость. Бахромокъ въ такихъ случаяхъ уже доказать нельзя; 3) о возникновеніи tubo-оваріальной кисты на почвѣ образования гематомы допустимо, но частота нахождения двухсторонняго образования и ненахождение крови говоритъ противъ этого; 4) нахождение въ нѣкоторыхъ tubo-оваріальныхъ кистахъ бахромокъ, свободно флотирующихъ внутри трубы или срощенныхъ со стѣнкой объясняется по Pfannenstuel'ю образованіемъ вокругъ трубы „Ruocelc“ и образованіемъ вокругъ него капсулы изъ ложныхъ перепонокъ. Такимъ образомъ между яичникомъ и трубой появляется промежуточное тѣло. При исчезаніи стѣнокъ между кистой и ruocelc является tubo-ovarial'ная киста, наполненная первое время гноемъ, а затѣмъ его постепенно замѣняетъ серозная жидкость.

Romppe van Meerdervoort (129), „Къ этиологіи Hydrosalpinx'a“.

Hydrosalpinx можетъ развиваться при всѣхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ полового аппарата. Чтобы развился hydrosalpinx необходимы два условія: 1) труба съ брюшной стороны должна быть зарощена (облитерирована); 2) продукція серозной жидкости увеличена. Форму онъ имѣетъ или цилиндрическую съ тонкими стѣнками или неправильной формы опухоли съ толстыми стѣнками съ одновременной инфильтраціей lig. latі, какъ результатъ воспаленія.

Greub (130), „Кольпотомія, выборъ операціи при Pyosalpinx'ѣ“.

Авторъ оперировалъ 79 случаевъ трубныхъ опухолей изъ которыхъ въ 66 былъ pyosalpinx, 13 hydrosalpinx черезъ заднюю кольпотомію. Умерло 2. Операція производится такимъ образомъ: дѣлается разрѣзъ задняго свода, послѣ этого тупымъ путемъ проникаютъ до опухоли,

вскрываютъ ее, по возможности пальцемъ разрушаютъ всѣ карманы и тампонируютъ получившуюся полость іодоформенной марлей, которую черезъ каждые 3—4 дня мѣняютъ. У большинства тотчасъ же происходитъ улучшение. Въ одномъ случаѣ черезъ 4 мѣсяца должна была быть удалена матка. При туберкулезѣ половыхъ органовъ colpotosia ни къ чему не ведетъ. При рецидивирующемъ hydrosalpinx'ѣ лучше сдѣлать чревосѣченіе. Выздоровленіе наступаетъ въ очень благоприятныхъ случаяхъ черезъ двѣ недѣли, а обыкновенно затягивается на многіе мѣсяцы.

Noble (131), „Лѣченіе гнойныхъ заболѣваній придатковъ матки“.

Авторъ является горячимъ сторонникомъ влагалищнаго способа операціи при Pyosalpinx'ѣ. Разрѣзъ задняго свода и дренажъ. Чревосѣченіе при гнойныхъ формахъ даетъ 27% смертности, colpotosi'я 2%, и при этомъ придатки сохраняются.

Burrage (132), „Непосредственные и болѣе поздніе результаты 100 консервативныхъ операціи на яичникахъ и фаллопиевыхъ трубахъ“.

Всего подобныхъ операціи, гдѣ былъ оставленъ кусокъ яичника или фаллопиевой трубы было сдѣлано авторомъ 156, изъ нихъ умерло 3=1,9%. Нѣкоторые больные въ первое время послѣ операціи имѣли довольно сильное припуханіе остатка резецированного яичника, что потомъ исчезло. Около резецированной трубы, особенно при гонорейномъ заболѣваніи ся, развивались вокругъ эксудаты. Выздоровленіе безъ особыхъ осложненій.

Позднѣйшія наблюденія. Въ 73 случ. изъ 100 страданія увеличились, въ 27 нѣтъ. Но изъ 73 больныхъ, нужно принять во вниманіе, большинство неврастеники, такъ что боли были чисто нервнаго характера. Анатомически безъ отклоненій отъ нормы найдены изъ 69—44; въ 25 найдено припуханіе придатковъ. Беременность наступила въ 19 случаяхъ; но ея ни разу не было въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ удаленная труба была поражена гонорейнымъ процессомъ. Въ большей части случаевъ не имѣли хорошаго результата при хроническомъ заболѣваніи придатковъ; въ такихъ консервативная операція является менѣе желательной, такъ-какъ трудно ожидать возвращенія органовъ въ нормальное состояніе, особенно ихъ функціи. У 18 женщинъ пришлось оперировать вторично, такъ-какъ заболѣли оставшіеся придатки.

Томсонъ (133), „Сохраняющее лѣченіе, воспалительныхъ опухолей придатковъ матки“.

Авторъ является сторонникомъ сохраняющаго способа лѣченія заболѣваній придатковъ матки.

Чревосъченія даже при *Ruosalpinx* ахъ онъ дѣлается рѣдко, оперируетъ чаще всего черезъ влагалище—заднюю *colpotomi*ю.

Мочеиспускательный каналъ, мочевой пузырь и мочеточники.

Pièces (134), „Къ патологii и терапii выпаденiя женской уретры“. Эtiологiя выпаденiя уретры: общее расслабленiе тазовыхъ органовъ анатомическая особенность слизистой оболочки и слабое соединенiе ея съ подлежащей тканью; ненормальная ширина уретры первичная или вторичная, вслѣдствiе введенiя посторонняго тѣла въ уретру или вслѣдствiе неправильнаго полового сношенiя. Опухоли уретры сидящiя на ножкахъ могутъ также способствовать выпаденiю.

Самопроизвольное исцѣленiе при благоприятныхъ условiяхъ (покойное положенiе въ постели и отсутствiе воспаленiя) не исключается. При большихъ пролапсахъ послѣ проведенiя строго противовоспалительнаго лѣченiя рекомендуется операцiя, которая заключается въ усѣченiи куска слизистой оболочки уретры подобно, какъ при влагалищномъ пролапсѣ, и наложенiя шва. Катетръ вставляется на долгое время.

Palm (135), „О капиллярныхъ полипозныхъ ангиомахъ и фибромахъ женской уретры“.

Авторъ подробно разбираетъ эти новообразованiя въ эtiологическомъ, клиническомъ и патологоанатомическомъ отношенiи и освѣщаетъ все это съ литературной стороны, приведя 192 случая въ автора. Въ заключенiи онъ говоритъ, что при папиллярныхъ полипозныхъ ангиомахъ самую главную составную часть опухоли представляютъ сосуды, которые присутствуютъ въ опухоли въ громадномъ количествѣ и раздѣляются другъ отъ друга рыхлой соединительной тканью, подобно какъ при гранулемахъ, но тамъ наблюдается много круглыхъ клѣтокъ.

При фибромахъ сосуды отступаютъ на заднiй планъ и господствуютъ въ опухоли новообразованная соединительная ткань. Железы могутъ встрѣчаться во всѣхъ трехъ сортахъ опухоли. Наружный видъ во всѣхъ трехъ опухоляхъ одинаковый: сосочки покрытые многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ.

Волковичъ (136), „Способъ plasticaго закрытiя тяжелыхъ пузырно-влагалищныхъ свищей при помощи матки“.

Операцiю авторъ дѣлаетъ слѣдующимъ образомъ: она начинается съ разсѣченiя рубцоваго кольца на задней стѣнкѣ (если оно есть) или лучше, съ вырѣзыванiя его, дѣлая разрѣзъ впереди его. Въ другихъ случаяхъ дѣлается раз-

рѣзъ въ заднемъ сводѣ, который продолжается дальше на боковыя и дальше въ разрѣзъ, окаймляющiй свищъ. Шейка матки высвобождается изъ рубцовъ, иногда ее можно отыскать лишь по кровянистымъ отдѣленiямъ. Пулевыми щипцами стараются низвести матку, перерѣзывая рубцы и тяжи, которые мѣшаютъ этому. Дугласово пространство лучше стараться не вскрывать. Шейку нужно по возможности низвести до мочеиспускательнаго канала, а если послѣднiй разрушенъ, то и ниже что къ сожалѣнiю не всегда возможно. Окровавленiе краевъ свища дѣлается на протяженiи 1—1½ сант. отъ края, оно распростирается и на шейку матки. Рубцовые края свища срѣзываются, сверху-же стѣнка мочевого пузыря отдѣляется на нѣкоторомъ протяженiи отъ шейки матки. Затѣмъ низведенную матку укрѣпляютъ въ такомъ положенiи, чтобы она закрывала собою фистулу лишь 3—4 швами. 2 шва изъ толстаго шелка какъ-бы основныя, которыми прохватывается съ одной стороны освѣженная поверхность у мѣста перехода передней стѣнки влагалища въ боковыя, съ другой толща шейки. Если затянуть эти два шва, уже получается полное прилеганiе шейки къ свищу. Съ низу накладываются еще 2 шва, но болѣе поверхностныя. Послѣ завязыванiя всѣхъ швовъ рана, присыпается йодоформомъ. Для оттока мочи онъ дѣлаетъ *sectio alta* и вводитъ дренажную трубку или ставитъ катетръ *à demeure*. Авторъ сдѣлалъ 8 случ. по этому способу съ успѣхомъ.

Абражано въ (137), „Автопластическiй способъ зашиванiя влагалищно-пузырнаго мочевого свища“. Авторъ оперировалъ слѣдующъ образомъ: скальпелемъ кругомъ свища, отступая на ½—1 см. отъ края, очерчивается на слизистой оболочкѣ влагалища кайма, которая затѣмъ отпрепаровывается отъ подлежащей ткани до края свища. Если теперь этотъ воротничекъ завернуть такъ, чтобы слизистая смотрѣла въ пузырь, а освѣженная поверхность на насъ, то свищъ закроется. Остается наложить два этажа швовъ одинъ: у самаго края воротничка, а другой, захватывающiй влагалищную стѣнку и освѣженную поверхность воротничка. Такимъ образомъ, не теряется ни клочка ткани, недостава въ пузырьѣ выполняется безъ всякаго натяженiя стѣнокъ пузыря и, если хорошо шить края завороченной каймы, то можно обойтись даже безъ шва на влагалищѣ, замѣняя его вторымъ рядомъ швовъ на каймѣ. Наконецъ, въ случаѣ надобности можно этотъ способъ сочетать съ отпрепаровкой отдѣльнаго лоскута изъ малыхъ губъ или влагалища и перенесенiемъ его поверхъ завороченной каймы.

Newman (128), „Пластическія операціи на женской уретрѣ“. При большихъ пузыривлагалищныхъ фистулахъ съ полнымъ дефектомъ уретры для закрытія ихъ авторъ изводитъ матку, помощью которой закрываетъ дефектъ пузыря, а мочу отводитъ черезъ цервикальный каналъ для этого матка продыравливается и черезъ нея въ пузырь вводится катетръ.

Werder (139) „Къ хирургіи мочеточниковъ (4 случая); новая операція при двойной мочеточниково-влагалищной фистулѣ. При 1500 Эклотоміяхъ авторъ 4 раза повредилъ мочеточники. Одинъ разъ при брюшной экстирпаціи матки по поводу міомы были повреждены оба мочеточника; одинъ перерѣзанъ, другой перевязанъ. Въ результатѣ образованіе двухсторонней фистулы. Для облегченія страданія больной авторъ сдѣлалъ широкое сообщеніе между мочевымъ пузыремъ и верхнимъ отдѣломъ влагалища, соединивъ слизистую оболочку мочевого пузыря съ слизистой оболочкой влагалища и образовавъ, такимъ образомъ, изъ свода влагалища какъ-бы девертикулъ мочевого пузыря.

Kelly (140), „Стриктура мочеточника“

Стриктуры мочеточниковъ чаще всего получаютъ вслѣдствіе заболѣванія стѣнки мочеточника туберкулезомъ. При лѣченіи должна быть точная діагностика: на какой сторонѣ находится заболѣваніе и въ какомъ состояніи находятся мочевые пути выше мѣста суженія.

Методы лѣченія заключаются въ слѣдующемъ:

- 1) Идеальный методъ—это расширеніе мочеточника.
- 2) Освобожденіе мочеточника, если возможно, изъ воспалительнаго гнѣзда.
- 3) Резекція мочеточника, что рѣдко возможно.
- 4) Экстирпація почки и верхней части мочеточника больной стороны.
- 5) Ампутація мочеточника и пересадка его на другое мѣсто мочевого пузыря.
- 6) Расщепленіе стриктуры.

При всякомъ оперативномъ мѣропріятіи мочеточникъ выше стриктуры долженъ быть освобожденъ отъ старой мочи и тщательно вымытъ.

Noble (141), „Клинической отчетъ по хирургіи мочеточника“.

Авторъ сообщаетъ о своихъ 7 случаяхъ операцій надъ мочеточниками; 2 раза сдѣланъ былъ анастомозъ перерѣзаннаго мочеточника съ мочевымъ пузыремъ, одна больная умерла, другая поправилась; 1 разъ рана мочеточника была зашита—больная умерла. 2 раза мочеточникъ былъ вшитъ въ брюшную рану, одинъ разъ съ послѣдующей нефроктومیей. 1 разъ мочеточникъ былъ

перевязанъ—больная умерла. 1 разъ мочеточникъ былъ перфорированъ катетромъ. Лапаротомія, зашиваніе перфорационнаго отверстія, дренажъ во влагалище, больная поправилась.

Губаревъ (142), „О раненіи мочевыхъ путей при операціяхъ на тазовыхъ органахъ женщины“. Проф. Губаревъ даетъ подробный клинической очеркъ раненія мочеточниковъ при операціяхъ въ брюшной полости у женщинъ и сшиванія. Авторъ приводитъ цѣлый рядъ случаевъ изъ своей практики, гдѣ при удаленіи опухолей матки и придатковъ, а также при удаленіи самой матки были перерѣзаны мочеточники, а затѣмъ съ успѣхомъ зашиты по различнымъ способамъ.

При зашиваніи мочеточника главное значеніе для достиженія успѣха имѣетъ покрытіе зашитаго мѣста неповрежденной брюшиной. Брюшина очень скоро приростаетъ къ раневому мѣсту и исполняетъ тогда хорошо функцію швовъ и если швы даже скоро прорѣжутся, то этимъ вовсе не нарушается успѣхъ операціи. Одна больная автора умерла отъ уреміи, во не стоящей въ связи съ раненіемъ мочеточника. При вскрытіи найдено полное сращеніе перерѣзанныхъ концовъ мочеточника и его проходимость.

Fraenkel (143), „Опыты съ перевязкой мочеточника“. Авторъ произвелъ цѣлый рядъ опытовъ на животныхъ съ перевязкой одного изъ обоихъ мочеточниковъ и нашелъ слѣдующее. При перевязкѣ обоихъ мочеточниковъ животное умираетъ не всегда остро, но спустя много дней. Смерть наступаетъ не отъ уреміи, но можетъ наступить отъ выхода мочи и послѣдующаго сепсиса.

При односторонней перевязкѣ 11 животнымъ (кроликамъ) онъ при хорошей перевязкѣ получалъ Hydronephrosis. Въ двухъ случаяхъ лигатуры совершенно исчезли, не было никакого Hydronephros'a. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ былъ найденъ ограниченный гнойный перитонитъ, въ другомъ же случаѣ ничего ненормальнаго въ брюшной полости не наблюдалось, животное убито послѣ гладкаго теченія. Лигатуры разсасались или прорѣзались. Въ 5 случаяхъ наблюдался ясный Hydronephrosis, брюшная рана и брюшная полость представлялась вполне асептической. Въ 6 мъ случаѣ при осторожномъ отдѣленіи приросшей петли кишки на мѣстѣ сращенія показалась моча. Микроскопически былъ открытъ прорывъ стѣнки мочеточника.

Мѣста перевязки мочеточниковъ авторъ исследовалъ микроскопически, дѣлая серіи срѣзовъ и представилъ цѣлую картину измѣненій стѣнки

мочеточника. Изслѣдуя одинъ случай перевязки мочеточника во время операціи у больной, умершей отъ этого, онъ пришелъ къ выводу, что перевязка мочеточниковъ у человѣка даетъ одинаковые результаты съ кроликами; при хорошо лежащей лигатурѣ и гидронефрозъ можетъ стѣнка мочеточника лопнуть и моча выйти наружу.

Дисменоррея и ея лѣченіе.

Theilhaber (144), „Сущность дисменорреи“. Дисменоррея по автору зависитъ отъ цѣлаго ряда причинъ и не стоитъ вовсе въ связи съ выдѣленіемъ крови, такъ какъ боли появляются иногда за день за два до менструаціи. Кромѣ того, у больныхъ дисменорреей часто не наблюдается выдѣленія крови кусками, какъ то слѣдовало бы ожидать. Боли онъ ставитъ въ связь съ сокращеніемъ мускулатуры.

Онъ же (145), „Причины и лѣченіе менструальныхъ коликъ (Dysmenorrhoe)“. Къ менструальнымъ коликамъ расположены, главнымъ образомъ, невропатическія натуры. Боль получается отъ спастическаго сокращенія циркулярныхъ мышечныхъ волоконъ у внутренняго зѣва. Онъ далъ названіе *essentielle Dismenorrhoe*. Сокращеніе матки бываютъ при каждой менструаціи, но обыкновенно безболѣзненны. Очень же болѣзненны они бываютъ при существованіи периметрита.

Онъ же (146), „Къ лѣченію Dismenorrhoe“. Къ спазмамъ мышцъ внутренняго зѣва располагается, во-1-хъ, ненормальная раздражительность нервной системы (при истеріи, неврастеніи, онаніи и т. д.). Для излѣченія этого страданія онъ совѣтуетъ вырѣзывать кусочекъ сфинктера. Для этой цѣли онъ расширяетъ шейку матки бужами до № 10; затѣмъ разрѣзаетъ влагалищную часть матки въ обѣ стороны и послѣ этого вырѣзываетъ при помощи бистури небольшой кусокъ слизистой оболочки и мышцъ изъ *ostium uteri* по средней линіи изъ передней и съ задней стѣнки матки. Чтобы избѣжать глубокаго разрѣза, онъ рекомендуетъ свой особый ножикъ съ очень не широкимъ и короткимъ клинкомъ, на спинкѣ котораго находятся утолщенія, не позволяющія проникать пожу особенно глубоко. Послѣ разрѣза тампонація.

Александровъ (147), „Новый способъ оперативнаго лѣченія дисменорреи при врожденной Anteflexio uteri“. Авторъ, предпославъ литературный очеркъ методамъ оперативнаго лѣченія дисменорреи, перешелъ къ описанію своего способа. Послѣ дезинфекціи влагалища растворомъ сублимата 1 : 3000 и обнаженія его лоскуобразными

зеркалами онъ дѣлаетъ полулунный разрѣзъ по наружному краю шейки и слизистая оболочка влагалища отпрепаровывается вверхъ, какъ при экстирпаціи матки, вплоть до внутренняго зѣва. Послѣ этого въ шейку матки вводится Петтовъ ножъ, которымъ слизистая оболочка полости матки разсѣкается отъ внутренняго зѣва до наружнаго по средней линіи, а мышечная вкось слѣва направо. Разсѣченные края сшиваются подъ внутреннимъ зѣвомъ такъ: лѣвый мышечный край сшивается съ правымъ краемъ слизистой оболочки. Иногда верхнимъ швомъ захватывается и часть мышечнаго края послѣдней, нижнимъ только набухшая и довольно плотная слизистая оболочка. По наложеніи 3—4 кетгутovýchъ швовъ на стѣнку шейки, наружная ея поверхность снова закрывается отсепарованной слизистой путемъ наложенія 2 глубокихъ и нѣсколькихъ поверхностныхъ швовъ. Въ цервикальный каналъ вводится полоска іодоформированной марли и влагалище плотно тампонируется стерилизованной марлей. Швы снимаются на 10 день, а на 12 день больная встаетъ съ постели.

Авторъ съ успѣхомъ оперировалъ 8 больныхъ.

Halban (149), „Къ ученію о мѣсячныхъ“. Авторъ вырѣзалъ яичники у 4-хъ павіановъ и вель ихъ имъ-же подъ кожу. 2 павіана продолжали менструировать, 2 же перестали. Но одинъ изъ послѣднихъ оказался туберкулезнымъ, а въ другомъ случаѣ было мало яичниковой ткани.

Какъ скоро яичники были вынуты изъ подъ кожи у первыхъ двухъ они также перестали менструировать. Halban на основаніи этихъ опытовъ предполагаетъ, что яичники выдѣляютъ такое химическое вещество, которое, попадая въ кругъ кровообращенія, даетъ раздраженіе для появленія менструаціи.

Консервативная терапія женскихъ болѣзней.

Oscar Polano (150), „Новый методъ лѣченія хроническихъ тазовыхъ экссудатовъ“. Для лѣченія экссудатовъ для болѣе быстрого рассасыванія ихъ Polano предложилъ свой аппаратъ. Онъ представляетъ изъ себя родъ ящика, въ который помѣщается средняя часть туловища, главнымъ образомъ область таза. Верхняя часть туловища и нижнія конечности остаются подъ вліяніемъ наружнаго воздуха. Лѣченіе происходитъ сухимъ горячимъ воздухомъ, который нагрѣвается газовой горѣлкой, находящейся въ особомъ помѣщеніи съ одной изъ стороны ящика. Сверху ящикъ покрывается крышкой. Результаты лѣченія получились хорошіе. Т° воздуха въ ящикъ поднимается до 120—125° С. Въ одномъ

только случаѣ изъ 15 получилась ожога. Начинаютъ поэтому съ 115°C.

Ditzmann (151), „Диагнозъ и лѣчение экссудатовъ“. Авторъ лѣчилъ экссудаты по способу Rolano и получилъ очень хорошіе результаты. Диагностика гнойнаго процесса ставилась съ большимъ успѣхомъ по методу Surschmann'a счисленіемъ лейкоцитовъ. Счисленіе облегчалось окраской уксуеной кислотой съ Methylenblau и онъ такъ провелъ 165 случаевъ. Если лейкоциты были увеличены въ количествѣ, то при операциі находили гной; если же нѣтъ, то и гноя не было. При зараженіи стрептококками число лейкоцитовъ было увеличено (20—30000), при гонококкахъ, *bakterium coli* всегда незначительны (11—13000). Если при перитонитѣ и сепсисѣ увеличено значительно число лейкоцитовъ, то, не смотря на высокую t-ру, прогнозъ хорошій. Болѣе сильные организмы, могутъ дать для борьбы съ гнойнымъ процессомъ большое количество лейкоцитовъ.

Keherer (152), „Къ лѣченію хроническихъ тазовыхъ экссудатовъ“, для леченія экссудатовъ предлагаетъ свой аппаратъ который состоитъ изъ двухъ металлическихъ обручей, покрытыхъ снаружы и снаружы асбестомъ. На внутренней поверхности между обручами 4 обыкновенныя лампочки накаливанія Эдиссона. Каждая лампочка имѣетъ силу тока въ 110 вольтъ. Т^о подъ обручами быстро поднимается и достигаетъ на кожѣ брюшной стѣнки 100° С.; т^о же подъ мышкой, прямой кишкѣ и во влагалищѣ поднимается во время сеанса на 4—6 десятыхъ градуса по С^о. Если желаютъ уменьшить т^о-ру, то исключаютъ изъ цѣпи одну, двѣ лампочки. Этими обручами покрываютъ, какъ у Rolano среднюю часть туловища. Авторъ съ успѣхомъ лѣчилъ экссудаты.

Rincus (153), „О ртутно-воздушномъ кольпейринтерѣ. Массажъ кольпейринтеромъ“. Для лѣченія экссудатовъ около матки давленіемъ Rincus предлагаетъ кольпейринтеръ, который помощью особаго приспособленія постепенно наполняется ртутью и также постепенно отъ нея освобождается. Этимъ достигается, что давленіе на заболѣвшія части развивается постепенно и постепенно ослабѣваетъ; при этомъ и кровеносныя сосуды то расширяются, то суживаются. Повторное то увеличеніе, то уменьшеніе давленія можно уподобить массажу. Кольпейринтеръ можетъ лежать во влагалищѣ отъ 1-го до 3-хъ дней не причиняя непріятности больной. Массажъ кольпейринтеромъ съ успѣхомъ примѣняется для поднятія тонуса влагалищныхъ стѣнокъ. Также онъ хорошо дѣйствуетъ для увеличенія родовыхъ болей.

Olshausen (154), „О гинекологическомъ массажѣ“. На основаніи своей многолѣтней практики Olshausen приходитъ къ убѣжденію, что массажъ во многихъ случаяхъ дѣлается безъ показаній. При плотныхъ экссудатахъ въ таку массажъ показанъ только тогда, когда всѣ воспалительныя явленія уже исчезли и онъ принесетъ пользу, если легко достижимъ для обѣихъ рукъ. Опухоли трубъ очень рѣдко служатъ показаніемъ къ массажу; при *hydrosalpinx*'ъ, если содержимое трубъ можно выдавить по направленію къ маткѣ. При сальпингитахъ съ гипертрофированными стѣнками безъ жидкаго содержимаго, массажъ ускоряетъ рассасываніе окружающихъ ихъ инфильтратовъ.

Перитонеальныя срощенія, гематоцеле, авомалии въ положеніи влагалища и матки не могутъ служить объектомъ для массажа развѣ только въ случаяхъ экссудата.

Füth (155), „Къ внутриматочному лѣченію“. Въ виду того, что введеніе лекарственныхъ веществъ въ полость матки съ помощью палочки или зонда мало, по миѣнію автора, достигаетъ цѣли, онъ придумалъ свой аппаратъ. Онъ состоитъ изъ двухъ вѣтвей, соединяющихся на одномъ концѣ и образующихъ конусъ, на который надѣвается резиновая трубка; на другомъ концѣ винтъ, идущій въ поперечномъ направленіи и вооруженный пулевыми щипцами. Какъ скоро *port. vaginal.* обнажено ложкообразными зеркалами, захватываютъ ее вышеупомянутыми пулевыми щипцами и резиновый конусъ инструмента вводится въ цервикальный каналъ. Разводя винтъ, вѣтви инструмента расходятся нѣсколько и цервикальный каналъ благодаря надѣтой на вѣтви резиновой трубки образуетъ трубчатый ходъ; черезъ этотъ ходъ и можно свободно вводить въ полость матки полоску марли пропитанную лекарственнымъ веществомъ.

Koslenko (156), „Къ вопросу о вліяніи горячаго водянаго пара на слизистую оболочку матки“. Авторъ производилъ эксперименты въ лабораторіи общей патологіи проф. Vogt'a въ Москвѣ на животныхъ подъ морфійно-хлороформнымъ наркозомъ. Онъ дѣлалъ разрѣзъ брюшной стѣнки въ *Regio hypogastrica* и вскрывалъ передній сводъ влагалища, матка извлекалась наружу и въ нее вводился наконечникъ отъ паротводной трубки. Затѣмъ онъ дѣлалъ продольный разрѣзъ маточнаго рога и вводилъ черезъ это отверстіе термометръ въ матку. Другой рогъ со стороны матки перевязывалъ шелковой лигатурой. При употребленіи 0-ой атмосферы т^о въ полости матки 100°C и стоитъ на этой высотѣ

5—6 минутъ, а затѣмъ очень медленно опускается. При $\frac{1}{2}$ атмосферы t° повышается до 106—107 $^{\circ}$ C. и на этой высотѣ держится 2 минуты и скоро опускается. При 1-ой атмосферѣ t° — 110—111 $^{\circ}$ C. держится $\frac{1}{2}$ и быстро опускается; при 2-хъ атмосферахъ t° 115—116C. держится 5—10 секундъ и быстро опускается; чѣмъ больше давленіе, тѣмъ t° выше поднимается и скорѣе опускается. Паръ вызываетъ сильныя сокращенія матки.

При дальнѣйшемъ вліяніи пара ткань матки дѣлается сѣро-краснаго цвѣта, подъ конецъ сѣраго—некротизируется. Черезъ день послѣ вліянія пара измененія слизистой оболочки выразились въ разрушеніи ея до извѣстной границы; на 3-й день отграниченіе некротическихъ участковъ, на 6-й день отпаденіе ихъ и на 9-й день регенерація слизистой оболочки. Паръ дѣйствуетъ только на извѣстную глубину, оставляя глубокіе слои желѣзъ неповрежденными и онѣ сохраняютъ свою жизнѣдѣтельность. Ни разу онъ не наблюдалъ ни перфорации, ни облитерации полости матки, если паръ дѣйствовалъ при извѣстномъ давленіи и извѣстномъ времени. При долгомъ дѣйствіи и повышеніи при двухъ атмосферахъ можно наблюдать зарощеніе цервикальнаго канала и полости матки.

Fuchs (157) „O Zestokausis“. Авторъ примѣнялъ Zestokausis при эрозіяхъ и получалъ благоприятные результаты. Черезъ 2—3 сеанса онъ наблюдалъ ростъ плоскаго эпителія и быстрое закрытіе имъ влагалищной части матки. Онъ пробовалъ лѣчить цервикальный каналъ выше эрозіи, но получилъ не удовлетворительные результаты. Въ одномъ случаѣ случилось суженіе цервикальнаго канала, во 2-мъ случаѣ гнойное истеченіе и жестокое заболѣваніе придатковъ. Авторъ предполагаетъ, что въ данномъ случаѣ онъ имѣлъ дѣло со скрытой гонореей, которая и послужила источникомъ заболѣванія придатковъ. Кромѣ всего, говоритъ авторъ, хорошо ли имѣть близъ внутренняго зѣва разрушенную ткань полную микробовъ, которые сюда легко попадаютъ черезъ широкій цервикальный каналъ.

Букоемскій (158) „Къ вопросу у внутри-маточныхъ впрыскиваній“. 128 женщинамъ онъ сдѣлалъ 3163 внутриматочныхъ впрыскиванія по способу Грамматикати растворомъ (Tinct. jodi и Alcohol по 25,0, Alumol 2,5). Впрыскиванія были ежедневны или три раза въ недѣлю. Послѣ впрыскиванія влагалище тампонируется и больная $\frac{1}{4}$ часа лежала. У одной и той-же больной было дѣлаемо не менѣе 40—50 впрыскиваній.

На основаніи своихъ наблюденій онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Внутри-маточныя

впрыскиванія не опасны и приносятъ пользу; 2) наступаетъ менопауза, если въ продолженіи 30—35 дней дѣлались ежедневно впрыскиванія; 3) лучшіе результаты получаются при острыхъ заболѣваніяхъ (End. gonorrhoeica); 1) при хроническомъ заболѣваніи придатковъ можно достигнуть того, что удаленіе ихъ во многихъ случаяхъ дѣлается ненужнымъ. 2) При маленькихъ фибромиомахъ внутриматочныя впрыскиванія очень дѣйствительны, кровотеченія останавливаются въ теченіи нѣсколькихъ дней.

Falk (159). „О вліяніи пара на слизистую оболочку полости матки“.

Въ одномъ случаѣ на удаленномъ послѣ выпариванія органѣ, на 18-й день послѣ Atmokausis. при вліяніи на полость матки паромъ t° 112 $^{\circ}$ C. въ продолженіи 15 секундъ онъ повѣдъ неравномѣрное вліяніе его по поверхности и въ глубину. Темныя корки на боковыхъ частяхъ полости матки, синевато-красное отечное припуханіе у угловъ трубъ; неизмѣнная слизистая оболочка у дна и между корками. Подъ микроскопомъ рядомъ съ неизмѣненной слизистой оболочкой, совершенно до мускулатуры вышпаренныя мѣста.

Albert (160), „Стерильныя дрожжи и ихъ примѣненіе въ гинекологіи“.

Авторъ по слѣдамъ Landau, примѣнявшаго съ успѣхомъ для лѣченія fluor albus пивные дрожжи, испыталъ этотъ способъ. Техника заключается въ слѣдующемъ: берется 4 grm. sterile Dauerhefe и растирается въ 20 куб. савт. 20% раствора сахара. При большихъ размѣрахъ влагалища жидкости берется больше и, наоборотъ, но такъ чтобы отношенія между дрожжами и сахаромъ съ водой оставалось какъ 1:15. Больная помѣщается на краю стола или поперечной постели, влагалище обнажается зеркалами и подъемниками и высушивается сухой ватой. Чтобы дрожжи пришли лучше въ дѣйствіе, во влагалище помѣщаютъ особую спираль изъ целлюлоида. Тазъ поднимаютъ нѣсколько выше, чѣмъ остальное туловище, и впрыскиваютъ во влагалище всѣ 20 куб. с. жидкости. Затѣмъ, чтобы назадъ не вылилось, закладываютъ тампонъ съ сахарнымъ растворомъ. Больная помѣщается послѣ этого на 6—8 часовъ въ постель и ее предупреждаютъ лежать спокойно и не напрягать брюшнаго пресса. Послѣ 6—8, а иногда 12—14 часовъ вынимаютъ тампонъ и спираль и промываютъ влагалище чистой водой, на слѣдующій день растворомъ соли. На 3-й день повторяютъ опытъ.

На основаніи своихъ наблюденій онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

- 1) Подъ влияніемъ дрожжей бываетъ уменьшеніе вирулентности бактерій влагалища;
- 2) Измѣненіе влагалищнаго секрета;
- 3) Быстрое излеченіе большихъ эрозій на влагалищной части матки.

Введеніе дрожжей авторъ рекомендуетъ, какъ средство, могущее приготовить влагалище для операціи лучше, чѣмъ это можно сдѣлать другими дезинфицирующими веществами.

Albert (161), „Стерильные дрожжи и ихъ влагалищное примѣненіе“.

Введеніе дрожжей во влагалище онъ особенно рекомендуетъ передъ софротгарпией для дезинфекціи слизистой оболочки влагалища, а также и при другихъ влагалищныхъ операціяхъ. Дрожжи, по изслѣдованію Gerga, губятъ вирулентныя культуры тифа, холеры, стафилококка золотист. Bact. coli и Bacter. aërogenes и дѣлаютъ поэтому влагалище обезвреженнымъ.

Schmid (162), „Объ алкогольномъ лѣченіи при воспали ельныхъ измѣненіяхъ женскихъ половыхъ органовъ“.

Въ основу работы легли 70 случаевъ. Лѣченіе состояло въ томъ, что на животъ и на боковыя части его клали смоченный въ алкоголь полотняный компрессъ; сверху онъ покрывался гутаперчей и утверждался флавелевымъ бинтомъ. Компрессъ мѣняется три раза въ день. Въ влагалище вкладывается тампонъ съ 30° алкоголемъ, который удаляется на другой день. Спринцеванія дѣлаются 1% растворомъ лизола, при этомъ назначается покойное положеніе въ постели, массажъ и не раздражающая пища.

Во время мѣсячныхъ никакого лѣченія. Лѣченіе хорошо переносится. Иногда въ первый день бываютъ боли, повышеніе t-ры и ускореніе пульса. Изъ 70 случаевъ было 33 заболѣваній слизистой оболочки матки и периметрія, 10 заболѣваній слизистой оболочки матки и параметрія, 26 заболѣваній эндометрія, придатковъ и периметрія. 20 больныхъ = 28,5% съ 896 днями совершенно поправились; у 2-хъ съ 49 днями лѣченія = 2,9% получилось субъективное улучшеніе, но безъ объективнаго. Въ 11 случаяхъ = 15,7% съ 489 днями лѣченія субъективное и объективное улучшеніе; у 3-хъ больныхъ = 4,3% съ 76 днями лѣченія субъективное улучшеніе, объективно безъ измѣненія; у 3-хъ больныхъ = 4,3% и съ 80 днями лѣченія ни субъективнаго, ни объективнаго улучшенія; у остальныхъ 31 больной = 44,3% съ 1421 днями субъективное выздоровленіе и объективное улучшеніе.

Wagner (163), „О лѣченіи гонорреи Albargin'омъ“.

Соединеніе Argent. nitricum и Gelatose, бѣлый легко растворимый въ водѣ порошокъ, убиваетъ вѣрно гонококковъ безъ раздраженія тканей. Средство это въ 3 раза дешевле protargol'a.

Rohden (164), „Dermosapol'овыя влагалищныя суппозиторіи и глобулы“.

Авторъ рекомендуетъ при эрозіяхъ шейки матки, метритъ, пара и периметритическихъ процессахъ введеніе 5% раствора іодистаго калия или jodoformdermosapol. суппозиторіи. Какъ дезодорирующее при неоперативномъ рактъ шейки матки онъ употребляетъ 10% Lisoform dermosapol. suppositorien. Больная вводитъ ихъ сама, а затѣмъ черезъ 2 часа дѣлаетъ промыванія 2% растворомъ Lisoform'a. Также Dermosapol можно связать съ ихтиоломъ.

Günter (165), „Zinol при заболѣваніи женскихъ половыхъ органовъ“.

Zinol представляетъ изъ себя специфическое бактерицидное средство при гонорейныхъ заболѣваніяхъ влагалища и шейки матки. Онъ рекомендуетъ Zinol въ 3% растворѣ 2 раза въ день для ирригацій влагалища, вульвы и влагалищной части матки; 5% Zinolgaze для тампонады шейки и тѣла матки. При послѣднемъ рекомендуетъ осторожность. При pyosolp'ихъ и гоноррейномъ сальпингоофоритѣ тампонація полости матки противопоказана.

Калабинъ (166), „53 новыхъ случая воспалительныхъ заболѣваній придатковъ матки, лѣченныхъ электричествомъ“.

Изъ 53 случаевъ 15 собственные случаи автора, 24 случая д-ра Галактионова, 9 случаевъ д-ра Норейко и 5 случаевъ д-ра Затонскаго. Авторъ въ своихъ случаяхъ примѣнялъ влагалищную гальванизацію видоизмѣненнымъ имъ зондомъ-электродомъ.

Платиновый конецъ зонда-электрода обматывался гигроскопической ватой и смоченный дистиллированной водой вводился въ соответствующій сводъ. При двухстороннемъ заболѣваніи вводился зондъ попеременно то въ тотъ, то въ другой сводъ. Въ качествѣ брюшнаго электрода онъ пользовался глинянымъ электродомъ д-ра Apostoli. Сеансы дѣлались черезъ день силою 30 mlmp. и продолжительностью 7—15 м. Количество сеансовъ отъ 15 до 30, при чемъ 15 дѣлались большой черезъ день. Боли проходили, опухоли фаллопиевыхъ трубъ уменьшались, болѣзненность при изслѣдованіи также была меньше. Полное исчезновеніе опухоли авторъ наблюдалъ послѣ окончанія 15 сеансовъ въ 5-ти случаяхъ, въ остальныхъ случаяхъ наблюдалъ лишь уменьшеніе опухолей. Одновременно дѣлались горячія сприн-

цеванія 35—37° С., 2 раза въ день съ хлористымъ цинкомъ (одну чайную ложку на 6 стакановъ воды). Эти спринцеванія дѣлались во все время лѣченія, а также 2—3 мѣсяца послѣ окончанія лѣченія.

Кровотеченіе прекращалось совершенно или же наблюдалось значительное его уменьшеніе. Маточное кровотеченіе во всѣхъ случаяхъ автора прекращалось при влагалищной гальванизациі и это прекращеніе не зависѣло, по мнѣнію автора, отъ прижиганія слизистой оболочки матки; прекращеніе кровотеченія находится въ связи съ сокращеніемъ матки и уменьшеніемъ воспалительнаго процесса въ яичникахъ и фаллопиевыхъ трубахъ. Запоры проходили. Обостреніе боли при гальваническомъ лѣченіи наблюдалось въ 2-хъ изъ приведенныхъ случаевъ, но это продолжалось всего 1—2 дня и т° поднялась у второй больной до 37,6 С., лѣченіе на время было прервано.

3 случая хроническаго воспаленія яичниковъ авторъ лѣчилъ фарадическимъ токомъ. Зондъ-электродъ вводился in vaginam, въ соотвѣтствующій сводъ, другой помѣщался на брюшныя стѣнки (широкая мѣдная пластинка обшитая фланелью). Больная оставалась лежать на кушеткѣ 10—15 мин. Результаты хорошіе.

Въ концѣ работы авторъ приводитъ таблицы случаевъ и ихъ объясняетъ.

О чревосѣченіи вообще, способахъ производства его и объ осложненіяхъ при немъ.

Glasgow (167). „Нѣкоторыя предосторожности при чревосѣченіяхъ“. Прежде всего нужно заботиться о тщательномъ освобожденіи кишечника помощью минеральныхъ солей. Произвести изслѣдованіе мочи. Тщательно дезинфицировать стѣнку живота и влагалище, но нужно стараться не раздражать особенно кожи щеткой. Непосредственно передъ операціей вымыть животъ терпентиномъ. Шарикъ долженъ брать при операціи ассистентъ помощью инструмента. Матерьялъ для швовъ, особенно кетгутъ долженъ быть хорошо стерилизованъ. Кровотеченіе тщательно остановлено. Если нужно ввести дренажъ, то при этомъ требуется большая предосторожность, чтобы не случилось омертвѣнія кишки отъ давленія.

Противъ жажды рекомендуется не ледъ, а горячая вода чайной ложкой и клизма изъ раствора поваренной соли.

Какъ слабительное послѣ операціи давать сѣрноокислую магнезію, но не каломель. При постановкѣ клизмы трубку вводить въ прямую кишку подъ контролемъ пальца.

Stimson (168). „Объ измѣненіи направленія разрѣза при чревосѣченіи“. Во избѣжаніе образованія грыжъ авторъ предлагаетъ дѣлать разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ такой же, какой дѣлаетъ Küstner и Phannenstil, поперечный тотчасъ же надъ лобкомъ, надъ волосами. Сначала онъ производилъ разрѣзъ выпуклостью вверхъ, а позже внизъ. Вскрывается влагалище прямыхъ мышцъ, которыя отдѣляются и отодвигаются въ сторону, брюшная полость затѣмъ вскрывается по средней линіи отъ середины поперечнаго разрѣза до пупка. Такого разрѣза вполне достаточно для удаленія заболѣвшихъ придатковъ; если же нужно больше мѣста, то къ поперечному разрѣзу присоединяютъ по средней линіи еще продольный разрѣзъ.

Mögli ch (169). „Къ вопросу о дренажѣ брюшной полости послѣ чревосѣченій“. Дренажъ рекомендуется въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ осталось въ брюшной полости большое количество гноя, или осталась большая раневая полость съ разорванными стѣнками. При срощеніяхъ съ кишками даже послѣ тщательнаго ихъ отдѣленія; если въ силу плотныхъ срощеній кишекъ со стѣнкой опухоли часть ея на этихъ послѣднихъ остается и, наковѣць, вводится дренажъ тогда, когда гнойный мѣшокъ вслѣдствіе плотныхъ срощеній весь цѣликомъ не можетъ быть удаленъ и зашивается.

Авторъ приводитъ 31 случай операціи съ дренажемъ. Умерло 9 изъ нихъ 8 вскорѣ послѣ операціи; въ 7 случаяхъ причиной смерти послужилъ перитонитъ; 16 разъ дренирована брюшная полость помощью стерилизованной марли, 12 разъ стеклянной трубкой и 2 раза комбинированнымъ способомъ.

Pernhorst (170). „О возникновеніи перитоническихъ срощеній послѣ чревосѣченій“. Авторъ сообщаетъ о 16 случаяхъ чревосѣченій Werth'a. Въ 4-хъ случаяхъ срощенія совершенно отсутствовали, въ остальныхъ же не смотря на цѣлый рядъ принятыхъ мѣръ противъ образованія ихъ при первомъ чревосѣченіи они были найдены; въ большинствѣ случаевъ они наблюдались между сальникомъ и брюшнымъ рубцомъ 7 разъ, съ культей 3 раза и, наконецъ, 1 разъ между брюшнымъ рубцомъ и кишками, задней поверхностью матки и тонкими кишками, яичникомъ и кишками, между брюшными рубцомъ и дномъ матки.

Главная причина срощеній—мѣстное воспаленіе что нельзя избѣгать даже при самой строгой асептикѣ.

Haegler (171). „О нагноеніи лигатуръ“.

Авторъ различаетъ двѣ формы выдѣленія лигатуръ: 1 форма, когда лигатуры выдѣляются при порышевой температурѣ и 2-ая форма—лигатуры выходятъ безъ лихорадки и воспалительной реакціи. Выдѣленіе лигатуры продолжается болѣе или меньшее время черезъ образовавшуюся фистулу. Авторъ наблюдалъ случаи, гдѣ лигатуры выходили въ теченіи 5-ти лѣтъ. Выходящія лигатуры все пропитаны микроорганизмами. Пропитываніе шелка сулемой даетъ лучшіе результаты, но не гарантируетъ вполне. Кэтгуту авторъ не можетъ приписать химическаго гноевозбуждающаго дѣйствія. Зародыши микроорганизмовъ находятся въ кэтгутѣ не только внутри кэтгута, но и на поверхности, особенно въ трещинахъ образовавшихся искусственно.

Пропитываніе шелка гутаперчей, коллодіумомъ целлюлодиномъ не можетъ помѣшать попаданію зародышей.

Madlener (172), „Эмфизема кожи послѣ лапоротоміи“.

Авторъ наблюдалъ три случая подкожной эмфиземы послѣ чревосѣченія. Кромѣ того, онъ нашелъ въ литературѣ 22 случ. Авторъ говоритъ, что эмфизема наблюдается гораздо чаще, но такъ какъ она не вызываетъ по большей части ничего особеннаго, то поэтому на нее не обращаютъ вниманія.

Эти добракачественные случаи подкожной эмфиземы образуются несомнѣнно отъ попаданія воздуха изъ брюшной полости послѣ завязыванія швовъ. Можетъ, конечно, эмфизема развиться и отъ выдѣляющихъ газъ бактерий, но то будетъ случай уже инфекціонной эмфиземы.

Условія для возникновенія ея: попаданіе воздуха въ брюшную полость и задержки его тамъ. Эмфизема появляется по большей части спустя нѣсколько времени послѣ операціи; особенно при повышеніи внутрибрюшнаго давленія. Высокое положеніе таза, при которомъ весь кишечникъ отходитъ къ діафрагмѣ, благопріятствуетъ накопленію воздуха въ тазовой полости; поэтому при завязываніи швовъ слѣдуетъ болѣзную класъ въ горизонтальное положеніе.

Эмфизема наблюдается по большей части по обѣимъ сторонамъ бѣлой линіи и имѣетъ болѣе или меньшее протяженіе. Въ 5 случ. она наблюдалась по всему животу, что онъ нашелъ въ литературѣ въ 5 случ. Проходитъ эмфизема самое раннее на 12-й день, но одинъ разъ она наблюдалась еще мѣстами и на 25-й день, въ одномъ случаѣ (Cospersohn) на 20-й день не было замѣтно никакой склонности къ исчезновенію

эмфиземы. По большей части она проходитъ черезъ 3 недѣли.

Клинич. явленій никакихъ; иногда бываетъ болѣзненная кожа. Leopold утверждаетъ, что эмфизема дѣлаетъ болѣзную неспокойной. Кожа на мѣстѣ эмфиземы блѣдна и при пальпаціи точъ часть-же опредѣляется воздухъ. Ни въ одномъ случ. не наблюдалось смерти и ни въ одномъ случаѣ эмфизема не помѣшала заживленію раны. Терапіи никакой. При чрезмѣрной эмфиземѣ можно сдѣлать надрѣзы.

Heinigich (173), „Объ зашиваніи большихъ брюшныхъ и пупочныхъ грыжъ“. Послѣ разсѣченія грыжи, брюшина соединяется непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ; послѣ этого отпрепаровывается фасція по всей периферіи до влагалища *musculi recti*.

Затѣмъ дѣлается разрѣзъ влагалища прямой мышцы одной стороны и образуется лоскутъ, обращенный выпуклостью кнаружи. Этотъ лоскутъ пришиваютъ тонкимъ узловатымъ шелкомъ къ мышечному влагалищу другой стороны. Кожа сшивается отдѣльно.

Haunes (174), „О лѣченіи грыжъ развивающихся послѣ операціи“.

Съ той и съ другой стороны рубца дѣлаются разрѣзы въ здоровой ткани. Затѣмъ отпрепаровываются края фасцій и мышцъ, брюшина вскрывается также не въ области стараго рубца; все сращенія съ внутренностями разрушаются. Рана зашивается хромовымъ-кэтгутомъ, причемъ на брюшину накладывается непрерывный кэтгутъ, на все-же остальные слои узловатый, причемъ обращается вниманіе на тщательное соединеніе фасціи и мышцъ. Вольная остается въ постели 3—4 недѣли.

Акацитовъ (175) „Къ вопросу объ обезпложиваніи рукъ“. Авторъ очень подробно разбираетъ все способы обезпложиванія рукъ и приводитъ литературу. Имъ же произведенъ цѣлый рядъ опытовъ надъ мытьемъ въ бактериологическомъ отношеніи. На основаніи всехъ своихъ наблюденій онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ; приведу изъ нихъ наиболѣе важные: А) актъ обеззараживанія рукъ распадается на три момента: б) систематическій уходъ за руками, в) механическая очистка съ обезпложиваніемъ и г) обеззараживаніе въ тѣсномъ смыслѣ этого слова. Обезпложивающими средствами на первомъ планѣ должно считать такія вещества, которыя сочетаютъ въ себѣ механически-химическій моментъ, напр., миндальныя отруби; возможно пользоваться также хорошей глиной, простыми ищеничными отрубями съ добавкой соды и на-

конецъ бензиномъ. Изъ мыль жидкое калийное заслуживаетъ предпочтенія, но оно должно изготовляться изъ растительнаго или оленоваго масла; не должно содержать избытка окиси жельза. Спиртъ есть самое лучшее средство для обеззараживанія рукъ, такъ-какъ онъ обладаетъ благопріятнымъ сочетаніемъ физическихъ и химическихъ свойствъ; онъ обладаетъ несомнѣнными бактерицидными свойствами въ предѣлахъ 50° — 70°. Однако это свойство слишкомъ слабо, чтобы имъ возможно было воспользоваться для обеззараживанія рукъ передъ операціей, такъ какъ по его опытамъ бактеріи остаются жизнеспособными и послѣ 10 минутнаго воздѣйствія спирта; эксплуатируется въ спиртѣ главнымъ образомъ уплотняющее его свойство. Мыльный спиртъ проф. Mikulicz'a не удовлетворяетъ своей цѣли. Въ общемъ главное вниманіе должно быть обращено на систематическій уходъ, тогда руки въ 100% всѣхъ случаяхъ могутъ быть обеззаражены. Въ клиникѣ проф. Рейна, гдѣ авторъ писалъ свою диссертацию, руки обеззараживаются по способу Fürbringer'a, при чемъ, по словамъ Акацитова, клиническіе результаты были блестящи, со времени введенія въ завѣдываемой проф. Рейномъ клиникѣ асептического леченія ранъ.

Оттъ (176), „Освѣщеніе брюшной полости, (вентроскопія), какъ методъ при влагалитной Kōliotomi'i“. Авторъ первый предложилъ освѣщеніе брюшной полости помощью электрическихъ лампочекъ небольшой величины, помѣщаемыхъ въ выемкѣ ложкообразнаго зеркала. Зеркала эти вводятся черезъ разрѣзъ во влагалитѣ въ брюшную полость и лампочка даетъ достаточно свѣта, чтобы осмотрѣть почти всѣ брюшные органы, даже желудокъ, часть печени, желчный пузырь и селезенку.

Кромѣ этого электрическая лампочка можетъ быть помѣщена на лбу у оператора или прикреплена къ рукояткѣ и ручнымъ способомъ освѣщать брюшную полость. Больная помѣщается на операционномъ столѣ въ Тренделленбургскомъ положеніи съ сильно приподнятымъ тазомъ; обязательенъ хлороформный наркозъ.

О наркозѣ.

Воугсац (177) „Наблюденія при 1200 хлороформныхъ наркозахъ“. Изъ 1200 хлороформированій не было ни одного смертнаго случая. Авторъ не употребляетъ никакой маски, а хлороформируетъ, наливая хлороформъ на платокъ, сложенный въ нѣсколько разъ, который дер-

жится сначала далеко отъ лица, а потомъ постепенно приближается и наконецъ помѣщается на самомъ лицѣ. 12 разъ наступило Chloroform-synkope, такъ что потребовалось искусственное дыханіе. Положеніе съ приподнятымъ тазомъ благопріятствуетъ наркотизированію. Иногда наркозъ начинался Bromäthyl'emъ и затѣмъ продолжался хлороформомъ.

Полотебновъ (178), „Краткія свѣдѣнія о наркозѣ при операціяхъ, производимыхъ проф. А. И. Лебедевымъ“. Авторъ произвелъ до 3000 наркозовъ съ 0% смертности. Въ теченіе наркоза онъ различаетъ 5 періодовъ: 1) тревожный періодъ до потери сознанія, выражающійся безпокойствомъ, переживаемымъ страхомъ, иногда попытками встать сбросить маску и разговорчивостью; 2) періодъ возбужденія; 3) періодъ начального угнетенія, когда при полной потерѣ сознанія еще сохраняются болевые ощущенія; 4) періодъ полнаго угнетенія; 5) періодъ пробужденія.

При хлороформированіи играетъ большую роль индивидуальность и образъ жизни больной. Во время хлороформированія просить всегда считать цифры.

Возрастъ больныхъ колебался отъ 20—40 лѣтъ, самый юный былъ 8—14 и самый старый 73 года. Наркозъ лучше всего происходитъ въ раннемъ возрастѣ. Состояніе сердца и сосудовъ и легкихъ при хлороформированіи играетъ весьма важную роль только при началѣ наркоза, когда организмъ такъ сказать, приспосабливается къ яду, затѣмъ дальнѣйшее теченіе наркоза идетъ у нихъ обычнымъ путемъ.

Даже при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ авторъ старался давать самыя минимальныя дозы. При малыхъ операціяхъ рвота наблюдалась въ 48%, при большихъ въ 78%. Ни количество хлороформа, ни время хлороформированія не имѣютъ вліянія на рвоту.

Stouffs (179), „Объ анэстезіи при впрыскиваніи кокаина въ поясничную область“. Авторъ производилъ впрыскиванія по Tuffier 2% растворомъ кокаина. Если впрыскиваніе не прошло въ спинномозговой каналъ, то не наступаетъ анестезіи. Раненіе спиннаго мозга невозможно. Больная жалуется на чувство тошноты, рвоту; послѣ этого наступаетъ сильный потъ. Иногда больныя жалуются на головную боль. Къ вечеру въ день операціи t° повышается до 38—39° С. и даже до 39,5°, на слѣдующій день понижается. Анэстезія начинается съ нижнихъ конечностей и постепенно поднимается вверхъ. Продолжается она 1—1½ часа. Чувствительность возвращается сверху и идетъ внизъ. Онъ думаетъ, что вспрѣ-

скивание могут быть дѣлаемы и при нормальных родахъ.

Lea (181). „Спинно-мозговая анестезія кокаиномъ въ гинекологіи“. Авторъ 18 разъ употребилъ такую анестезію и произвелъ 3 оваріотоміи, 1 кесарское сѣченіе и другія чревосѣченія. Побочныя явленія тѣ же, что и у Stouff's'a. Противъ головной боли онъ рекомендуетъ Phenacetin. Доза для впрыскиванія не должна превышать 0,013—0,16. При вышихъ дозахъ наблюдаются явленія коллапса.

Auderbert (181). „О кокаинѣ, впрыснутомъ въ спинной мозгъ, какъ средствѣ увеличивающемъ родовыя боли“. Онъ, вопреки мнѣнію авторовъ о кокаинѣ, какъ средствѣ возбуждающемъ роды нашель, что впрыскиванія кокаина не оказываютъ вліянія на родовую дѣятельность матки, поэтому беременность не можетъ служить противопоказаніемъ для впрыскиванія. Это доказали его эксперименты на животныхъ и на людяхъ.

То-же самое говорить и Guisovi (182). „О субарохноидальныхъ впрыскиваніяхъ кокаина въ акушерствѣ“. Хлороформъ, по его мнѣнію, дѣйствуетъ лучше.

Trzebiecky (183). „Къ кокаинизаціи спиннаго мозга по Bier'у“. Изъ 138 случаевъ анестезіи по Bier'у онъ получилъ результатъ въ 103 случ., въ 31 безъ результата, въ 4 случаяхъ анестезія появилась но быстро исчезла. Для впрыскиванія онъ бралъ cocaini puriat. Merc'а (111 p. 15 mlg. въ 1% растворѣ. Побочныя явленія что и у вышеупомянутыхъ авторовъ. Больная послѣ операции даже спустя 24—48 часовъ казалась тяжелой больной: t° повышалась до 40° С., сухость во рту. Методъ этотъ примѣнимъ особенно при операцияхъ въ области таза и нижнихъ конечностей. Слабость сердца служитъ противопоказаніемъ для впрыскиванія; также противопоказуютъ это стрептококковыя заболѣванія въ виду аутоинтоксикаціи.

Keslus (184). „О Bier'овской анестезіи спиннаго мозга кокаиномъ“. Онъ имѣлъ 2000 случ. подобныхъ анестезій съ 0,01—0,02 cocain и наблюдалъ 8—10 смертныхъ случаевъ, что не наблюдается при какомъ-либо другомъ наркозѣ. Кромѣ этого почти во всѣхъ случаяхъ наблюдаются головныя боли и повышенія t° до 40° С.

Техника впрыскиванія въ спинной каналъ по Tuffier (185). „Мозговая анестезія въ гинекологіи“. Берется платиновая игла 8 сант. длиной. Растворъ cocaina 2 : 100. Поясничная область приводится въ асептическое состояніе. Впрыскиванія обыкновенно дѣлаются между 4 и 5 пояснич-

нымъ позвонкомъ; впрыскивается обыкновенно 0,015 g. Можетъ имѣть большое распространеніе въ малой гинекологіи.

Schwarz (186). „Къ вопросу о медуллярномъ наркозѣ“. Авторъ имѣлъ 75 случаевъ. Maximal'ная доза 0,015.

Nicoletti (187). „Cocain'ная аналгезія спиннаго мозга въ гинекологической хирургіи“. Авторъ дѣлалъ впрыскиванія по Bier'у на животныхъ. На людяхъ онъ произвелъ 3-раза. 1 разъ для удаленія подслизистой миомы черезъ влагалище, при чревосѣченіи. По мнѣнію Nicoletti этотъ способъ пригоденъ только для малыхъ операций, для большихъ же (чревосѣченій) дѣйствіе кокаина слишкомъ кратковременное.

Bier (188). „Дальнѣйшія наблюденія надъ анестезіей спиннаго мозга“. Въ общемъ онъ имѣлъ 1200 операций, произведенныхъ подъ анестезіей спиннаго мозга. Нечувствительность наступаетъ при 0,005—0,03 gr. cocain'a черезъ 10—15 минутъ послѣ впрыскиванія и появляется прежде всего около половыхъ органовъ и задняго прохода. Продолжительность ея отъ 30 м. до 2 час. Дальнѣйшее изслѣдованіе съ сильно разведенными растворами cocain'a, eucain'a, ropin'a даютъ: 1) большое прибавленіе воды способствуютъ большому распространенію дѣйствія лекарства вверхъ; 2) при очень маленькихъ дозахъ наступаетъ аналгезія, чувство осязанія t°-ры сохраняется, такъ что больная все чувствуетъ кромѣ боли; 3) послѣдующія явленія и осложненія менѣе опасны. Для употребленія этого способа анестезіи должны быть по автору, самыя строгія показанія. Рекомендуетъ онъ его при операцияхъ около задняго прохода, на промежности, операцияхъ въ тазу и на нижнихъ конечностяхъ, такъ какъ для этого достаточны малыя дозы. Послѣ анестезіи рекомендуетъ покойное положеніе въ постели въ теченіе нѣсколькихъ дней.

Само впрыскиваніе производится такъ: больная ложится на бокъ съ немного приподнятой верхней частью туловища, причемъ позвоночникъ больная изгибаетъ такъ, что образуетъ горбъ. Впрыскиваніе производится со стороны выпуклости въ промежутокъ между 3 и 4-мъ поясничнымъ позвонкомъ; сначала выпускается немного цереброспинальной жидкости и послѣ этого впрыскивается растворъ.

Duraigne (189). „Кокаинизація позвоночника при родахъ“. Кокаинъ можетъ быть употребляемъ при родахъ. Авторъ провелъ 2 случая: 1 случ. multipara, 2 случ. primipara. Въ обоихъ случаяхъ были сильныя и частыя боли; тазъ нормальный. Роды наступили быстро; послѣ ро-

довъ матка оставалась также хорошо сокращенной. Роженицы все время боли никакой не чувствовали. Благодаря короткому дѣйствию (до 2 часовъ) кокаина, не во всѣхъ случаяхъ его можно употреблять.

Füth (190), „О поясничномъ наркозѣ по Bier'y“. Авторъ также дѣлалъ впрыскиванія по Bier'y и оперировалъ кардиному вульвы у одной 75-ти лѣтней женщины, съ плохимъ питаніемъ и съ сильно развитымъ артеросклерозомъ. Кромѣ этого, у больной наблюдалась эмфизема легкихъ и разлитой бронхитъ. При такихъ условіяхъ общій наркозъ невысмыслимъ; операція продолжалась 45—50 минутъ. Неприятныя послѣдствія, которыя описаны выше, онъ тоже наблюдалъ.

Harley and F. I. Taussig (191), „Субарахноидальная кокаинизация въ акушерствѣ и гинекологіи“. Отчетъ о 20 случ. Продолжительность анестезіи зависитъ отъ количества вводимого кокаина. Послѣ впрыскиванія $\frac{1}{5}$ грам. анестезія продолжалась 1 ч. 20 м., послѣ $\frac{1}{4}$ gr. 1 ч. 26 м., послѣ $\frac{1}{3}$ gr. 1 ч. 59 м. Также продолжительность анестезіи зависитъ отъ того, сварены ли кокаинъ или нѣтъ. При сваренномъ кокаинѣ анестезія продолжалась 35 м., послѣ пастеризаціи 1 час. и 50 минутъ. Самая меньшая продолжительность анестезіи была 12 минутъ (1 случ.) и самая большая 4 часа и 3 минуты. При гинекологическихъ операціяхъ наркозъ получился во всѣхъ случаяхъ полный. При слабыхъ дозахъ анестезія доходила до пунка, при болѣе сильныхъ выше.

Въ продолженіи 2 час. роженица не чувствуетъ никакой боли, въ слѣдующіе полчаса начинаетъ уже чувствовать, но слабо. Вліяніе на нервную систему было различное; въ 9 случ изъ 21, пателлярный рефлексъ былъ усиленъ, въ одномъ онъ совершенно исчезъ, въ остальныхъ онъ былъ неизмѣненъ. Самый постоянный симптомъ отравленія—рвота въ 70% всѣхъ случаевъ и наступаетъ уже спустя 10 минутъ. Въ родильныхъ случаяхъ въ 12 изъ 14 была рвота, въ гинекологическ. въ 3 изъ 7. Кромѣ этого, наблюдались и всѣ остальные выше упомянутыя побочныя явленія. При впрыскиваніи кокаина обыкновенно начинались роды.

Впрыскиванія кокаина рекомендуются, главнымъ образомъ, при инструментальныхъ родахъ.

Morton (192), „Субарахноидальная впрыскиванія кокаина при операціяхъ на всѣхъ частяхъ тѣла“, и Galvani (193), „150 операцій произведенныхъ подъ спинно-мозговой кокаинизацией“, также произвели рядъ различныхъ операцій подъ кокаиновыми наркозами, при чемъ,

Morton сдѣлалъ 253 опер., Galvani 150. Morton въ 69 случаяхъ отмѣчаетъ тошноту, въ 53 рвоту, 37 головную боль и въ 6 знобъ. Galvani также говоритъ о сильной головной боли, повышеніи t-ры, рвотѣ послѣ наркоза. Возрастъ больныхъ у Morton'a колебался отъ 8 до 87 лѣтъ 24 было женщинъ и 229 мужчинъ. Техника производства у Morton'a: игла вкалывалась между 2 и 3 поясничнымъ позвонкомъ, остріе ея направлялось кверху, дозы для впрыскиванія=0,18 gr. 2%-аго раствора и быстро вводилась. Преимущества этого способа наркотизаціи слѣдующія: 1) не можетъ при операціи попадать въ дыхательные пути слизь, рвота, слюна; 2) отсутствуетъ продолжительная рвота и тошнота; 3) больная можетъ тотчасъ же послѣ операціи встать; 4) болѣзни сердца и почекъ не препятствуютъ операціи; 5) и вообще никакихъ противопоказаній нѣтъ. Galvani произвелъ, главнымъ образомъ, гинекологическія операціи и тоже говоритъ о полной безопасности этого способа.

Steinbüchel (194) „О скополамино-морфійномъ впрыскиваніи въ акушерствѣ“. Авторъ вводитъ помощью шприца Pravaz'a подъ кожу Scopolamin. hydrobromic. (Merck) 0,0003 и Morph. pur 0,01. Онъ никогда не видалъ при этомъ никакихъ неприятныхъ побочныхъ явленій. Дѣйствіе лѣкарственнаго вещества наступаетъ черезъ $\frac{1}{2}$ часа и достигаетъ своего высшаго развитія черезъ 1— $\frac{1}{2}$ часа. Подъ этимъ наркозомъ можно производить гинекологическія операціи: зашиваніе промежности, расширеніе шейки матки, выскабливаніе и т. д. У роженицъ боль уменьшается, но на родовую дѣятельность и на ребенка вреднаго вліянія не оказываетъ, также не наблюдается и атоніи матки послѣ родовъ, какъ это бываетъ послѣ долгой наркотизаціи хлороформомъ.

З а м ѣ ч. р е ф. На основаніи только что приведенной литературы о спинно-мозговой кокаинизации еще ничего опредѣленнаго нельзя сказать, мало сдѣлано наблюденій въ этомъ направленіи; но въ виду тѣхъ неблагоприятныхъ осложненій, какія наблюдаются послѣ наркоза, едва ли этотъ способъ будетъ имѣть большое распространеніе и вытѣснить хлороформъ изъ общаго употребленія. Мѣсто впрыскиванія — спинно-мозговой каналъ представляется слишкомъ серьезнымъ мѣстомъ для впрыскиванія, такъ-какъ малѣйшая погрѣшность въ технику можетъ вести къ печальнымъ послѣдствіямъ.

Л и т е р а т у р а.

- Huppert (1). Centralblatt f. Gyn. № 32, 1901.
Siebourg (2). Тамъ-же, № 26, 1901.

- Bluhm (3). Archiv f. Gyn. Bd. 62.
Владиміровъ (4). Врачебная газ. № 25, 1902.
Frend (5). Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. V.
Dirner (6). Orvosi Hétlap. 1900, № 47. Ref. in
Centralblatt f. Gyn. № 41, 1901.
Huchon (7). La Presse medic. 1901, № 71.
Б. Фраткинъ (8). Русск. хир. Архивъ, 1902.
Goldschmidt (9). Inaug. Diss. Leipzig. 1902.
Burgheile (10). Revista de chir. 1902, №№ 11 и 12.
Thomas (11). Centralblatt für Gyn. № 25, 1902.
Kleinwächter (12). Heilkunde. 1902. Juni.
Bluhm (13). Centralblatt für Gyn. 1902, № 5.
Ziegenspeck (14). Archiv. f. Gyn. Bd. LXVII, 1
Hft.
Bamberg (15). Archiv für Gyn. Bd. LXVII, S. 591.
Hofbauer (16). Centralblatt für Gyn. № 5, 1901.
Zangemeister (17). Тамъ-же, № 31, 1901.
Fritsch (18). Тамъ-же, № 2. 1901.
Balacescu (19). Revista de Chirurgie. № 9, 1902.
Costaing et Dieulafoy (20). Archiv prov. de chi-
rurgie. 1902, № 1.
Machenhauer (21). Centralblatt für Gyn. № 21,
1902.
Trillat (22). Lyon méd. № 32, 1901.
Садовскій (23). Ж. акуш. и женск. болъзн. 1901,
стр. 621.
Kroenig (24). Archiv für Gyn. Bd. 63.
Schmit (25). Centralblatt für Gyn. № 43, 1901.
Ostermayer (26). Тамъ-же, № 46, 1901.
Hermes (27). Тамъ-же, № 32, 1902.
Отъ (28). Журналь акушерства и женск. бол.
1901. № 7, 8.
Бонштедтъ (29). Centralblatt für Gyn. 1901. № 22.
Van der Hoeven (30). Nederl. Tijdschrift voor
Geneeskunde. 1902. № 13.
Löfquist (31). Centralblatt für Gyn. № 21, 1901.
Volk (32). Centralblatt f. Gyn. 1902. № 51.
Menge (33). Archiv für Gyn. B.I. 63. S. 291.
Odebrecht (34). Centralblatt f. Gyn. 1902. № 49.
Kistler (35). St. Louis courir of med. 1902. Fe-
bruar.
Lachmann (36). Münchener med. Wochenschrift.
1901. № 22.
Fuchs (37). Тамъ-же, № 22.
Alterthum (38). Centralblatt f. Gyn. № 8. 1902.
Beurnier (39). Bull. génér. de thérap. Anné. 70.
Laubenberг (40). Centralblatt. für Gyn. 1901.
№ 31.
Caruso (41). Arch. di ost e gin. 1901.
Schulze-Vellinghausen (42). Centralblatt f. Gyn.
1902. № 27.
Schenk (43). Münchener med. Wochenschrift.
1901. № 22.
Рачинскій (44). Журналь акушерства и женск.
бол. 1901. № 1.
Beuttner (45) Beiträge für Geburts. und Gyn. Bd.
VI. Hft. 3.
Kermauner (46). Тамъ же.
Rosenfeld (47). Centralblatt f. Gyn. № 29.
Durssen (48). Centralblatt f. Gyn. 1901.
Mandelstamm (49). Monatschrift für Geb. und
Gyn. Bd. XIV. 418.
Bandler (50). Med. record. 1901. Sept. 28.
Heinricius (51). Archiv für Gyn. Bd. LXIII.
Koblanck (52). Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd.
XLVII. Hft. 1.
Лавриновичъ (53). Дисс. Спб. 1901.
Gebhard (54). Centralblatt für Gyn. 1901 № 41.
Hiret (55). Diss. Paris. 1901.
Brinkmann (56). Inaug. Diss. Bonn. 1901.
Bärlocher (57). Inaug. Diss. Bern. 1901.
Westhoff (58). Inaug. Diss. Bonn. 1901.
Gradenwitz (59). Monatschrift für Geb. und Gyn.
1901.
Dirmoser (60). Тамъ-же. Bd. XV. Hef. 31.
Coelho (61). Ann. de Gyn. et d'obstétr. 1901. Febr.
Hegar (62). Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. IV.
Jahreiss (63). Centralblatt für Gyn. № 21, 1901.
Mastny (64). Zeitschrift für Heilkunde Bd. XXII.
Eichler (65). Juang. Diss. München. 1902.
Schwarzenbach (66). Beiträge zur Geb. und Gyn.
1901.
Редлихъ (67) Дисс. 1901. Спб.
Какушевнъ (68). Дисс. 1902. Спб.
Vorwinkel (69). Centralblatt für Gyn. 1903. S. 782.
Михновъ (70). Русск. врачъ. 1902. № 13.
Engelmann (71). Sammlung. klin. Vorträge. № 305.
Thorn (72). Centralblatt für Gyn. № 11. 1902.
Wehle (73). Тамъ-же. № 52. 1901.
Kroenig (74). Monatschrift für Geb. und Gyn.
1901.
Loubet (75). Revue de Gynécologie. 1902. Bd. VI.
№ 2.
Martin (76). Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1901.
Heinricius (77). Archiv f. Gyn. 1902.
Olshansen (78). Centralblatt für Gyn. № 1, 1902.
Thomas (79). Lancet. 1902.
Schenk (80). Archiv. f. Gyn. Bd. 62.
Franqué (81) Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd.
XLIV. Hft. 2.
Puppel (82). Monatschrift für Geb. und Gyn. 1901.
№ 76.
Bossi (83). Ref. in Centralblatt für Gyn. 1903.
№ 32)
Klein (84). Centralblatt für Gyn. 1902. № 43.
Funke (85). Münchener med. Wochenschrift. 1901.
№ 6.
Kleinhaus (86). Centralblatt f. Gyn. 1902. № 43.
Wertheim (87). Arch. f. Gyn. Bd. LXI. № 3.
Herff (88). Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd. VI.
Hft. 1.
Jordan (89). Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd.
XLV. Hft. 2.
Mackenrodt (90). Centralblatt i. Gyn. № 27. 1901.
Glockner (91). Beiträge zur Geb. und Gyn. Bd.
VI. Heft. 2.
Reipen (92). Тамъ-же. Bd. IV.
Knauer (93). Тамъ же. Bd. V.
Meyer (94). Inaug. Diss. Bonn. 1902.
Stevens (95). Guy's Hospital Reports. Vol. LV.
1901.
Ott (96). Monatschrift für Geb. und Gynäk. Bd.
XII. Hft. 1—3.
Waldstein (97). Centralblatt für Gyn. № 50. 1901.
Pflanzenstiel (98). Centralblatt f. Gyn. 1901. № 15.
Doctor (99). Тамъ-же. № 45, 1901.
Schuchardt (100). Monatschrift für Geb. und Gyn.
1901. S. 750.
Krönig (101). Centralblatt f. Gyn. № 3. 1902.
Mackenrodt (102). Тамъ-же. № 24. 1901.
Amman (103). Тамъ-же. № 24. 1901.
Amman (104). Тамъ-же. № 22. 1901.
Torggler (105). Münchener med. Wochenschrift.
1901. № 30.

- Cucca Ungaro (106). Rossegna d'ost egin. 1901. Januar.
- Behla (107). Deutsche med. Wochenschrift. 1902. № 1.
- Krönig (108). Centralblatt f. Gyn. № 41. 1902.
- Adamkiewicz (109). Berliner klin. Wochenschrift. № 23. 1901.
- Kugel (110). Therapeutische Monatshefte. 1901.
- Van Buren Knott (111). Annals of surgery. 1901. Febr.
- Kentmann (112). Monatschrift für Geb. u. Gyn. Bd. VIII. Hft.
- Schulze-Vellinghausen (113). Centralblatt f. Gyn. 1902. № 27.
- Gutbrod (114). Тамъ-же.
- Pincus (115). Тамъ-же.
- Caruso (116). Тамъ-же. № 44. 1902.
- Kahlden (117). Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeiner Pathol. Bd. XXXI.
- Th. Schultz (118). Archiv f. Gyn. Bd. 64.
- Bruno Wolf (119). Virchow's Archiv. Bd. CLXVI.
- Gabriel (120). Arch. f. Gyn. Bd. 64.
- Egger (121). Inaug. Diss. München. 1901.
- Mouproft (122). Arch. prov. de chir. 1901. № 3.
- Скробанскій (123). Дисс. Спб. 1901.
- Karl Kober (124). Centralblatt f. Gyn. 1901. № 21.
- Gottschalk (125). Тамъ-же. 1901. № 25.
- Amman (126). Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1901.
- Schenk (127). Тамъ-же. 1901. S. 66.
- Preiser (128). Archiv f. Gyn. Bd. 64.
- Pompe van Meerdervoort (129). Revue Gyn. et de Chir. abdomen. 1901. № 4.
- Traub (130). Revue de Gynécologie. 1902. VI. 1.
- Noble (131). Ref. Centralbl. f. Gyn. № 20. 1903.
- Burrage (132). Med. news. 1901. August, 13.
- Томсонъ (133). Журналъ акушерства и женскихъ болъзней. 1901 г., стр. 59.
- Pincus (134). Berliner klin. Wochenschrift. 1901. № 19—21.
- Palm (135). Monatschr. f. Geb. und Gyn. 1901.
- Волковичъ (136). Журналъ акушерства и женскихъ болъзней. 1901, стр. 1051.
- Абражановъ (137). Тамъ-же, стр. 91.
- Newman (138). Journ. of the Amer. med. assoc. 1902. August, 9.
- Werder (139). Тамъ-же.
- Kelly (140). Тамъ-же. № 13. Ref. in Centralblatt f. Gyn. 1903. № 42.
- Noble (141). Тамъ-же. 1902. August. 16.
- Губбаревъ (142). Журн. акушерства и женскихъ бол. 1901, стр. 1.
- traenkel (143). Archiv f. Gyn. Bd. 64.
- Thelhaber (144). Centralblatt f. Gyn. 1902. № 3.
- (145). Münchener med. Wochenschrift. 1901. № 22.
- (146). Centralblatt f. Gyn. № 49. 1901.
- Александровъ (147). Журналъ акушерства и женскихъ болъзней.
- (148). Centralblatt f. Gyn. № 23. 1901.
- Halban (149). Ref. in Centralblatt f. Gyn. № 25. 1901.
- Polano (150). Тамъ-же. № 30. 1901.
- Dützmann (151). Monatschrift f. Geb. und Gyn. Bd. XVI. Hft. 1.
- Kehrer (152). Centralblatt f. Gyn. 1901. № 52.
- Pincus (153). Тамъ-же. № 32. 1901.
- Olshausen (154). Тамъ-же. № 3. 1901.
- Füth (155). Тамъ-же. № 37. 1901.
- Козленко (156). Тамъ-же. № 17. 1901.
- Fuchs (157). Тамъ-же. № 27. 1901.
- Букоемскій (158). Архивъ патологии и клинической медицины. 1901. XI.
- Falk (159). Centralblatt f. Gyn. № 33. 1901.
- Albert (160). Тамъ-же. № 17. 1901.
- (161). Тамъ-же. № 33. 1902.
- Schmid (162). Inaug. Diss. München. 1901.
- Bornemann (163). Therapie der Gegenwart. 1901. März.
- Rohden (164). Deutsch. Med. Wochenschr. № 48. 1901.
- Günter (165). Die med. Woch. 1901. № 51.
- Калабинъ (166). Журналъ акушерства и женскихъ болъзней, стр. 211.
- Glasgow (167). Ref. in Centralblatt f. Gyn. 1902. № 12.
- Stimson (168). Annals of surgery. 1901. April.
- Möglich (169). Inaug. Diss. Würzburg. 1901.
- Perthorst (170). Inaug. Diss. Kiel. 1901.
- Haegler (171). Archiv. f. klin. Chirurgie. Bd. LXIV. Hft. 2.
- Madlener (172). Monatschrift f. Geb. und Gyn. 1901. S. 307.
- Heinrich (173). Deutsch. med. Wochenschrift. 1902. № 20.
- Haynes (174). Philadelphia med. journ. 1901. Ref. in Centralblatt f. Gyn. 1901. № 46).
- Акацитовъ (175). Дисс. 1901. Спб.
- Оттъ (176). Журн. акушерства и женскихъ болъзней. 1901.
- Boureau (177). Revue de chir. 1901. № 5.
- Полотебновъ (178). XXV-лѣтіе ученой, учебной и клинической дѣятельности ординарнаго профессора Импер. военно-мед. Академіи проф. А. И. Лебедева.
- Stouffs (180). Centralblatt f. Gyn. 1901. № 1.
- Leo (180). Ref. тамъ-же. 1903. № 25.
- Auderbert (181). L'obstétrique, 7 Jahrgang. Heft. 1 и 2 Januar u. Februar. 1902.
- Guisoni (182). Thèse de Lyon. 1902.
- Trzebicky (183). Wiener klin. Wochenschrift. 1901. № 22.
- Reclus (184). Revue de chir. 1901. № 5.
- Taffier (185). Revue de Gyn. et de chir. abdom. 1901. № 4.
- Schwarz (186). Centralblatt f. Chirurgie. 1901. № 9.
- Nicoletti (187). Arch. ital. di gin. 1900. № 3.
- Bier (188). Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. LXIV. Hft. 1.
- Dupaigue (189). Ann. de gyn. et d'obstétr. 1901. Januar.
- Füth (190). Centralblatt f. Gyn. № 48. 1901.
- Hawley and Taussig (191). Med. record. 1901. Januar. 19.
- Morton (192). Pacific med. journ. 1901. Mai, p. 345. Ref. in Centralblatt f. Gyn. 1902. № 23.
- Galvani (193). Revue de gyn. et de chir. abdom. 1901. № 4.
- Steinbüchel (194). Centralblatt f. Gyn. № 48. 1902.

*Отдельный оттиск из Т. X, № 1 и 2 „Извѣстій Императорской Военно-
Медицинской Академіи.*



Печатано по распоряженію Императорской Военно-Медицинской Академіи.

Типографія М. Меркушева. Невскій просп., 8.