

# РЕФЕРАТЫ.

## IV-Й СЪЕЗДЪ ГЕРМАНСКАГО ОБЩЕСТВА ГИНЕКОЛОГОВЪ ВЪ БОННѢ 9-го (21-го)—11-го (23-го) МАЯ 1891 г.

Сообщено д-ромъ М. Мироновымъ.

Предсѣдатель *G. Veit*. Первое засѣданіе было посвящено двумъ намѣченнымъ раньше вопросамъ: 1) о смертности отъ послѣродовыхъ заболѣваній (докладчики *Dohrn* и *Ahlfeld*) и 2) о ракъ матки (докладчики *Hofmeier* и *Leopold*).

*Dohrn*, на основаніи большого статистическаго матерьяла отдѣльныхъ государствъ Германіи, приходитъ къ заключенію, что, начиная съ 1860 г., смертность отъ послѣродовыхъ заболѣваній постепенно уменьшалась, при чемъ это стало особенно рѣзко замѣтнымъ послѣ 73—74 годовъ, и продолжалось до 86 года. Съ этого же времени она не только не продолжаетъ уменьшаться, но даже увеличилась. Причину такого положенія дѣлъ докладчикъ объясняетъ значительнымъ увеличеніемъ количества оперативныхъ родовъ, которое, за послѣднее 4-хъ-лѣтіе, возросло съ 4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> до 8<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Кромѣ того смертность отъ послѣродовыхъ заболѣваній уменьшилась преимущественно въ клиникахъ; что же касается частной практики, то здѣсь дѣло остается почти въ такомъ же положеніи, какъ и 20 лѣтъ назадъ. Причиной этого является недостаточное знакомство акушеровъ съ правилами антисептики и неадекватное ея примѣненіе нерѣдко даже и врачами. Чтобы уменьшить во всякомъ случаѣ возможность инфекции, *Ahlfeld*, *Leopold* и др. предлагали ограничиваться по возможности однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ роженицы, что въ случаяхъ нормальныхъ родовъ совершенно достаточно. Для этого было предложено, во время учебныхъ курсовъ, особенно акушеровъ, а также и врачей, главное вниманіе обращать на наружное изслѣдованіе и, по возможности, рѣдко прибѣгать къ внутреннему, на что *Fehling* (Базель) и др. замѣтили, что въ клиникахъ, даже и съ достаточнымъ клиническимъ матеріаломъ, этого сдѣлать

нельзя, такъ какъ иначе выйдутъ такіе врачи и акушерки, которые впоследствии принесутъ гораздо больше вреда своимъ незнаемъ, чѣмъ изслѣдованіемъ роженицъ въ бытность ихъ практикантами. Чтобы уменьшить возможность инфекціи, *Ahlfeld* совѣтуетъ не примѣнять въ клиникахъ обычнаго способа дезинфекціи роженицъ на родильной кровати, а дѣлать это на стулѣ и здѣсь же вымывать влагалище карболовой кислотой или сулемой.

Впрочемъ нѣкоторые клиницисты (*Leopold, Winckel* и др.) совершенно не употребляютъ при нормальныхъ родахъ никакихъ влагалищныхъ инъекцій, а оградиваются только дезинфекціей наружныхъ половыхъ органовъ и рукъ изслѣдующаго, исходя изъ того положенія, что самозараженіе невозможно. Относительно послѣдняго вопроса *Döderlein* сообщилъ результаты своихъ бактериологическихъ изслѣдованій влагалищнаго секрета у 50 беременныхъ. Онъ различаетъ секретъ *нормальный*, имѣющій ясно-кислую реакцію, жидкій, бѣлаго цвѣта и *патологическій* — зеленовато-желтаго цвѣта съ реакціей средней или щелочной. Въ первомъ онъ не находилъ патогенныхъ микроорганизмовъ, если не считать *staphyloc. albus*, патогенность котораго сомнительна. Въ патологическомъ же секретѣ онъ находилъ часто патогенные микроорганизмы. Дальнѣйшія наблюденія надъ этими беременными показали, что если ихъ не изслѣдовать во время родовъ, но и не дѣлать никакихъ душей, то послѣродовой періодъ протекаетъ нормально. Въ другихъ же случаяхъ, гдѣ было сдѣлано внутреннее изслѣдованіе нѣсколько разъ, послѣродовой періодъ осложнялся пuerперальнымъ заболѣваніемъ. Такъ что онъ думаетъ, что, даже при существованіи патогенныхъ микроорганизмовъ во влагалищѣ, возможность инфекціи становится вѣроятной только тогда, когда изслѣдующій палецъ (или инструментъ) переноситъ ихъ выше.

Кромѣ возможно рѣдкаго внутренняго изслѣдованія во время родовъ, *Ahlfeld* предлагаетъ обязать акушеровъ измѣрять и *записывать* температуры *въ теченіе родовъ* и послѣродоваго періода по крайней мѣрѣ 2 раза въ день, чтобы имѣть возможность при повышеніи ея тотчасъ посылать за врачомъ. Кромѣ того, онъ совѣтуетъ воздерживаться отъ операций, отъ внутриматочныхъ способовъ остановки послѣродовыхъ кровотеченій, совѣтуетъ закрывать швомъ раны половыхъ органовъ и не тампонировать влагалища при предлежаніи послѣда, а сразу дѣлать комбинированный поворотъ по *Braxton-Hicks'у* и т. п.

Вторымъ заранѣе намѣченнымъ вопросомъ былъ ракъ матки. Докладчикъ *Leopold*, на основаніи анатомическихъ изслѣдованій, произведенныхъ мною и имъ самимъ, пришелъ къ убѣжденію, что ракъ нижняго отдѣла матки (шейки и влагалищной части) всегда имѣетъ эпителиальное происхожденіе и никогда не развивается изъ соединительной ткани; причемъ та форма, которая является въ видѣ узла, заложеннаго въ толщѣ шейки, происходитъ изъ эпителия влагалищной части; однако послѣднее предположеніе еще недостаточно обосновано фактически.

Далѣе онъ считаетъ неправильнымъ отдѣлять *adenoma malignum* отъ рака, такъ какъ анатомически это есть ничто иное, какъ железистый ракъ.

Переходя къ клинической діагностикѣ рака тѣла матки, докладчикъ обращаетъ особенное вниманіе на зондированіе, которое всегда даетъ возможность констатировать существованіе неровной изъѣденной поверхности полости тѣла матки и этимъ уже наводитъ на подозрѣніе о присутствіи рака. Чтобы окончательно убѣдиться въ этомъ, надо расширить матку и изслѣдовать пальцемъ ея полость или сдѣлать пробное выскабливаніе.

Что касается до лѣченія, то во всѣхъ случаяхъ рака матки онъ дѣлаетъ тотальную экстирпацію, какъ операцію, дающую наилучшіе результаты.

Къ числу болѣе интересныхъ вопросовъ, затронутыхъ въ дальнѣйшихъ засѣданіяхъ, относится предложеніе *Fritsch*'а лѣчить свѣжіе гнойные параметриты разрѣзомъ. Находя, что всѣ наши методы лѣченія, стремящіеся вызвать всасываніе образовавшагося эксудата, съ одной стороны, очень длительны, а съ другой — часто не ведутъ къ дѣйствительному излѣченію, докладчикъ предлагаетъ спустя 2 — 3 недѣли отъ начала заболѣванія производить разрѣзъ влагалищнаго свода, надъ которымъ находится эксудатъ. Обнаживши *portio* зеркаломъ и фиксируя ее Мюзе, проводится фронтальный разрѣзъ черезъ влагалищный сводъ. Далѣе обследуя повторно пальцемъ черезъ разрѣзъ положеніе эксудата, если надо, то дѣлая пробный проколъ Плевацескимъ шприцемъ, доходятъ до скопленія гноя и, вскрывши его широкимъ разрѣзомъ, обшивають края раны. Докладчикъ не древируетъ и не тампонируетъ полости, а только часто промываетъ ее дезинфицирующей жидкостью.

Далѣе обсуждался вопросъ объ *эклампсіи*. По этому поводу *Schmorl* (Leipzig) сообщилъ, что на вскрытіи умершихъ отъ *эклампсіи* онъ находилъ кровоизліянія въ мозгу и некротическія гнѣзда и кровоизліянія въ печени; эмболии артерій мозга, сердца, легкихъ, почекъ и другихъ органовъ; при чемъ источниками этой эмболии являются эпителіальныя клѣтки, покрывающія ворсинки *placentae*, которыя вслѣдствіе неизвѣстныхъ причинъ отрываются и производятъ закупорку артерій въ названныхъ органахъ. Что касается до терапии *эклампсіи*, то *Loehlein* предлагаетъ дѣлать кесарское сѣченіе въ тяжелыхъ случаяхъ *эклампсіи*, гдѣ примѣненіе наркотическихъ средствъ (*morphium*) остается недѣйствительнымъ и гдѣ роды нельзя быстро окончить *per vias naturales*, какъ напримѣръ, у беременныхъ или у первороженницъ въ началѣ 1-го періода родовъ. Докладчикъ произвелъ эту операцію 6 разъ и въ 5-ти онъ получилъ хорошій результатъ. *Gusserow*, однако, вмѣсто кесарскаго сѣченія у первороженницъ предлагалъ дѣлать расширеніе маточнаго зѣва разрѣзами и оканчивать роды естественнымъ путемъ. *Chrobak* также высказался противъ кесарскаго сѣченія. Онъ и *Müller* дѣлали по 1 разу эту операцію и оба съ смертельнымъ исходомъ. Хотя *Müller* принципиально за кесарское сѣченіе, какъ послѣднее средство.

Далѣе можно отмѣтить вопросъ о *вліяніи кастрацій на ростъ и развитіе міомъ*. *Müller*, на основаніи 229 наблюденій, приходитъ къ заключенію, что съ наступленіемъ искусственнаго климактерическаго возраста, какъ и при наступленіи естественнаго, міомы не только не исчезаютъ, но верѣдко

ни ихъ ростъ, ни кровотеченія не останавливаются; поэтому онъ считаетъ за лучшее и въ возрастѣ близкомъ къ климактерическому не медлить съ операціей, чтобы не доводить больныхъ до истеченія кровью.

По этому поводу *Fritsch* замѣтилъ, что нерѣдко и послѣ кастраціи, и послѣ наступленія климактерическаго возраста ростъ міомъ прекращается; но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ уже существуетъ или появляется въ послѣдствіи кистоматозное перерожденіе міомы, тамъ не помогаетъ ни то, ни другое, и необходимо удаленіе самой опухоли.

Наконецъ послѣдній вопросъ, вызвавшій оживленныя пренія, былъ вопросъ о *гонорреѣ*. *Dohrn* сообщилъ два наблюденія воспаления слизистой оболочки рта у новорожденныхъ, въ которыхъ микроскопически было доказано присутствіе гонококковъ въ бляшкообразныхъ налетахъ полости рта и онъ думаетъ, что гонорройное происхожденіе стоматитовъ встрѣчается не особенно рѣдко.

Далѣе *Werthheim*, на основаніи своихъ бактериологическихъ и экспериментальныхъ изслѣдованій, думаетъ, что гонококки, поступая въ брюшную полость, вызываютъ перитонитъ.

Въ противоположность этимъ 2-мъ авторамъ *Vitt* говоритъ, что онъ, не смотря на свои почти 10-лѣтнія изслѣдованія, не былъ такъ счастливъ въ нахожденіи гонококковъ, какъ другіе, и что онъ не раздѣляетъ того мнѣнія, что гоноррея является такимъ распространеннымъ страданіемъ у женщины, какъ это обыкновенно думаютъ. Онъ не находилъ гонококковъ при *ruosalpinx* и сомнѣвается, что и другіе авторы имѣли дѣло съ гонококками. Далѣе онъ не находилъ ихъ при бартолинитахъ. По его наблюденіямъ, впрыснутый въ клѣтчатку гонококкъ всасывается, не вызывая нагноенія. Въ свѣжихъ случаяхъ гонорреи гонококки находятся въ мочеиспускательномъ каналѣ и въ шейкѣ матки и отсюда распространяются на трубы и брюшину, но далеко не такъ часто, какъ думаютъ. Онъ наблюдалъ 35 пациентокъ, у которыхъ развитіе гонорреи прослѣжено имъ отъ начала до перехода въ хроническую форму въ теченіе не менѣе 5-ти мѣсяцевъ у каждой. Изъ нихъ 90<sup>0</sup>/о имѣли *urethritis gonorrhoeica*; 10<sup>0</sup>/о—*endocervicitis* и только 3<sup>0</sup>/о—воспаленіе трубъ.

Кромѣ вышеприведенныхъ сообщеній, различными членами было сдѣлано около 20 докладовъ и нѣсколько демонстрацій больныхъ, препаратовъ и инструментовъ.

82. **V. Stroynowski. Die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung als Lagerung betreffs gynäkologischer Untersuchung.** (Centbl. f. Gyn., 1891, № 2). Trendelenburg'овское положеніе съ приподнятымъ тазомъ какъ положеніе для гинекологическаго изслѣдованія.

Положеніе съ приподнятымъ тазомъ въ послѣднее время горячо рекомендуется, какъ существенное облегченіе при производствѣ чревосѣченій по поводу патологическихъ состояній органовъ малаго таза. Подобное-же положеніе авторъ находитъ весьма цѣлесообразнымъ и полезнымъ и при гинеколо-