

Проф. Рейнз, отвѣчая Боряковскому, указалъ, что, какъ видно изъ описаній случаевъ, при вправленіи сила прикладывалась, именно, эксцентрически и все-же это къ успѣху не повело. Дѣло въ томъ, что въ началѣ ткани еще не достаточно подготовлены; мы знаемъ, что трудность или легкость выполненія внутренняго акушерскаго поворота тоже находится въ зависимости отъ того, насколько уже подготовлены ткани. Противъ мнѣнія д-ра Шуварскаго, что послѣ того, какъ дно вывернутой матки скрылось выше зѣва, послѣдній механически спадается, а не сокращается, говоритъ измѣненіе характера тканей на мѣстѣ зѣва. Доброуфавовъ, резюмируя пренія, нашелъ, что сегодняшній обмѣнъ мыслей представляетъ въ совокупности цѣлый трактатъ о выворотѣ матки. Желательно, конечно, чтобъ способъ дѣйствія тампонаціи былъ вполне выясненъ, но для практическаго врача самое важное знать способъ дѣйствія, которымъ можно вѣрнѣе и безопаснѣе получить исцѣленіе, а это изъ сегодняшнихъ сообщеній выяснилось вполне. Мнѣніе Barnes'a, что равномерное гидростатическое давленіе представляетъ такую силу, противъ которой не можетъ устоять никакая мышечная ткань, приложимо и къ способу дѣйствія кольнейринтера при выворотѣ матки

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ БЕРЛИНѢ.

Переводъ В. Н. Массена.

Засѣданіе 8-го января 1892 г. 1).

Предсѣдатель *Gusserow*. Секретарь *A. Martin*.

I. Демонстрація препаратовъ.

Mackenrodt показалъ случай двусторонней трубной беременности, которую онъ оперировалъ съ хорошимъ успѣхомъ въ ноябрѣ 1891 года. Вольная 32-хъ лѣтъ отъ роду, 6 лѣтъ тому назадъ вышла первый разъ замужъ и въ теченіи трехъ лѣтъ своего супружества 2 раза родила благополучно и одинъ разъ выкинула. Съ тѣхъ поръ беременна болѣе не была. Послѣ смерти 1-го мужа въ теченіи 2-хъ лѣтъ оставалась вдовой, потомъ вторично вышла замужъ. Въ маѣ 1890 г. регулы отсутствовали, въ юнѣ появились неправильныя кровотеченія и сильныя боли на правой сторонѣ, при чемъ t° поднялась до 40° . Врачъ поставилъ распознаваніе правосторонней внѣматочной беременности. Такъ какъ состояніе больной представлялось весьма серьезнымъ вслѣдствіи чрезвычайной анеміи, то была пред-

1) Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkol. XXIII Bd. Heft I.

ложена операція, на которую больная, однако, не согласилась. Выздоровленіе подвигалось весьма медленно, и лишь въ концѣ августа 1890 года больная могла оставить постель и отправиться для дальнѣйшаго укрѣпленія своего здоровья въ деревню. Однако, припадки хроническаго перитонита перемежающейся интенсивности не прекращались, благодаря чему больная не могла исполнять своихъ обязанностей въ качествѣ горничной. Атипическія кровотеченія прекратились и съ октября 1890 г. регулы вновь стали правильными. Въ сентябрѣ 189 г. регулы отсутствовали, а въ концѣ октября—около восьми недѣль послѣ прекращенія регулъ—вновь наступили неправильныя кровотеченія, боли въ *лѣвой* сторонѣ и поднятіе t° до $40,5^{\circ}$. Повторился весь цѣль тѣхъ припадковъ, которые имѣли мѣсто полтора года тому назадъ. При изслѣдованіи больной мы нашли: 1) плотную плохо опредѣляемую массу справа отъ матки, 2) весьма мягкую опухоль величиною съ гусиное яйцо слѣва и позади матки. Больная согласилась на операцію, послѣ того какъ я ей сказалъ, что дѣло идетъ о томъ же заболѣваніи, которое было уже однажды раньше. Посредствомъ чрезвѣщенія я удалилъ прежде всего лѣвостороннюю опухоль, при выведеніи разорвавшуюся. Какъ при макроскопическомъ, такъ позднѣе и при микроскопическомъ изслѣдованіи подтвердилось наше распознаваніе: имѣлась лѣвосторонняя трубная беременность. Весьма интересно было найденное нами справа отъ матки. Петли кишекъ срослись между собой и образовали твердую опухоль. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ удалось разорвать сращенія и проникнуть изслѣдовавшимъ пальцемъ въ полость, которая представляла собою центръ этого клубка кишекъ. Въ эту полость оканчивалась рудиментарная правая труба. Яичника найти было нельзя. Въ полости отчасти свободно, а отчасти плотно прикрѣпленными къ просвѣту трубы находились тонкія косточки конечностей, которые вы здѣсь видите передъ собою; я оставилъ ихъ въ соединеніи съ вырѣзанной трубой. Не говоря уже о чрезвычайной рѣдкости у одного и того же лица двухсторонней эктопической беременности, которую вы здѣсь можете хорошо видѣть, исторія нашей первой, самопроизвольно окончившейся, трубной беременности, подобно другимъ случаямъ такого-же рода, поднимаетъ вопросъ, не слѣдуетъ ли предпочесть возможно раннее оперативное лѣченіе серьезнымъ хроническимъ страданіямъ, наступившимъ вслѣдствіи произвольно протекшей эктопической беременности. Я лично того мнѣнія, что судя по моему опыту и по опыту *A. Martin'a*, операція, произведенная умѣлой рукой, не можетъ причинить большей опасности, чѣмъ выжидательный способъ лѣченія. Въ то время, какъ операція имѣетъ значеніе радикальнаго лѣченія, выжидательный способъ въ большинствѣ случаевъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ безконечную хроническую болѣзнь.

II. *Dührssen: Къ лъченію эклампсiи ante et inter partum.*

На основаніи статистики *Löhlein'a* и *Olshausen'a* докладчикъ указалъ на то обстоятельство, что 25% или $\frac{1}{4}$ -ая часть роженницъ заболѣвающихъ эклампсiей дѣлается жертвой этой болѣзни. Изъ новорожденныхъ гибнетъ половина, по *Winkel'ю* же, который подобно *G. Veit'у* для ма-

терей получилъ болѣе благопріятные результаты, — даже 77%. Пониженіе смертности при эклампсіи должно даже въ недалекомъ будущемъ дойти до степени пониженія смертности при предлежаніи послѣда, до того именно пониженія, которое получается при примѣненіи комбинированнаго поворота.

Для того, чтобы создать разумное основаніе для лѣченія этого губительнаго заболѣванія, слѣдуетъ отвѣтить на 2 вопроса.

1) Прекращается-ли эклампсія съ окончаніемъ родовъ?

2) Ухудшаются-ли операціи прогнозъ эклампсіи?

На первый вопросъ старые статистики отвѣчали отрицательно, новые положительно; на второй же всѣ статистики даютъ утвердительный отвѣтъ. Разнорѣчіе относительно перваго вопроса объясняется очень просто тѣмъ, что болѣе старые статистики (а также *Brunnerstädt* и *Schauta*) основываютъ свои выводы на случаяхъ, въ большинствѣ которыхъ окончаніе родовъ предпринималось безъ наркоза, а потому получалось новое и сильное раздраженіе, которое уничтожало благопріятное вліяніе опорожненія матки. Если бы мы стали вести роды подъ наркозомъ, то раздраженіе не имѣло бы вліянія и примѣняемая нами операціи не были бы въ состояніи вызвать новыхъ припадковъ. Вмѣсто стараго ученія о томъ, что операціи ухудшаютъ эклампсію — ученіе, которое вошло во всѣ учебники — установился нынѣ слѣдующій тезисъ: операціи, особенно тѣ, которыя примѣняются естественнымъ путемъ, ухудшаютъ эклампсію лишь въ томъ случаѣ, когда онѣ предпринимаются не подъ глубокимъ наркозомъ. Операціи, производимыя подъ наркозомъ, какъ имѣющія своею цѣлью опорожненіе матки, оказываютъ только благопріятное вліяніе на устраненіе эклампсіи. Отсюда слѣдуетъ, что необходимо вести роды при эклампсіи лишь подъ глубокимъ наркозомъ ¹⁾!

Сказанному соотвѣтствуютъ новыя статистическія данныя, а именно, что съ окончаніемъ родовъ, и именно съ искусственнымъ ихъ окончаніемъ, эклампсія въ большинствѣ случаевъ прекращается (по *Lantos* въ 69, 2%, по *Löhlein*'у въ 80%). И если такимъ образомъ операціи въ большинствѣ случаевъ, путемъ опорожненія матки, устраняютъ эклампсію, то онѣ не могутъ ухудшать прогноза эклампсіи. Кромѣ того всѣ статистики установили неправильное по сути дѣла положеніе, будто бы въ тѣхъ случаяхъ эклампсіи, въ которыхъ роды окончены операціей, наблюдается болѣе высокая смертность, чѣмъ въ случаяхъ, самостоятельно протекшихъ.

Это положеніе произошло изъ того, что считали за правило оперировать въ тяжелыхъ случаяхъ, въ которыхъ эклампсія началась еще въ теченіи беременности, далѣе часто прибѣгали къ операціи слишкомъ поздно

¹⁾ Напомнимъ читателямъ самую послѣднюю изъ русскихъ статистическихъ работъ объ эклампсіи, именно докладъ д-ра *Павертова* на IV съѣздѣ русскихъ врачей въ Москвѣ въ 1891 году (см. этотъ Журналъ, 1891, № 2. «Врачъ», 1891, № 4). На основаніи обширныхъ цифровыхъ даныхъ *Павертовъ* утверждалъ, что окончаніе родовъ гарантируетъ женщину отъ опаснаго осложненія (эклампсіи) далеко не въ большемъ процентѣ случаевъ. *Пер.*

благодаря тому, что своевременно не производили родоразрѣшенія. Такимъ образомъ не операція ухудшала прогнозъ, но случаи окончившіеся смертью были столь тяжелы, что смерть наступала независимо отъ операціи. Изъ статистики *Lantos'a* видно, что все случаи, въ которыхъ оперировали въ среднемъ послѣ 4 przypadковъ, окончились выздоровленіемъ, тогда какъ наоборотъ все тѣ случаи, гдѣ прибѣгали къ операціи въ среднемъ послѣ 16 przypadковъ, оканчивались смертью. Многія изъ женщинъ этихъ послѣднихъ случаевъ впадали въ прострацію и умирали отъ сепсиса. Все эти случаи относятся къ доантисептическому времени. Одинъ случай родовъ двойнями окончился въ 1886 году смертью отъ кровотечения. Такимъ образомъ для того, чтобы операція оказала свое благопріятное воздѣйствіе на эклампсію, эта послѣдняя не должна переходить въ очень тяжелую форму. Необходимо, напротивъ того, равнѣе, всего лучше уже послѣ перваго припадка, произвести подъ наркозомъ опорожненіе матки, при условіи выполнить это самымъ безопаснымъ образомъ и для матери и для ребенка. Все это въ настоящую минуту дѣлается возможнымъ благодаря строгой антисептикѣ, новымъ методамъ родоразрѣшенія и благодаря лѣченію частыхъ послѣродовыхъ кровотеченій посредствомъ тампонады матки.

Раннее разрѣшеніе является особенно желательнымъ, если принять во вниманіе, что уже послѣ небольшого числа przypadковъ можетъ наступить смертельное кровоизліяніе въ мозгъ и не менѣе опасная жировая эмболія легкихъ (*Virchow*). Все это указываетъ, сколь опасны при эклампсіи ожиданія, взвѣшванія и отыскиванія признаковъ для установки прогноза. У насъ нѣтъ никакихъ вѣрныхъ признаковъ для установки предсказанія при эклампсіи! Уже каждый ближайшій припадокъ можетъ стать косвенной причиною смерти!

Докладчикъ держится того мнѣнія, что тотчасъ послѣ постановки діагноза эклампсіи должны быть примѣнены самыя рѣшительныя операціи, разумѣется, производимыя подъ наркозомъ и при условіи, что эти операціи будутъ выполнены безъ опасности для матери и плода. Мы освобождаемъ при этомъ съ почти абсолютной вѣрностью и мать и ребенка отъ серіозной опасности для ихъ жизни.

Что въ сущности даже самыя рѣшительныя операціи, производимыя подъ наркозомъ, не ухудшаютъ эклампсію, показываетъ кесарское сѣченіе при эклампсіи. На 11 извѣстныхъ докладчику случаевъ кесарскаго сѣченія при эклампсіи въ 10-ти эклампсіи прекратилась вслѣдъ за опорожненіемъ матки. Въ единственномъ случаѣ, гдѣ она продолжалась (случай наблюдался въ клиникѣ *van der Mey'a*), операція была сдѣлана поздно, а именно послѣ того какъ произошло въ клиникѣ 11 przypadковъ и внѣ ея пѣлый рядъ przypadковъ. Такимъ образомъ оказывается, — какъ это также утверждаетъ и *Halbertsma*, — что самыя энергичныя операціи не ухудшаютъ эклампсію, но устраняютъ ее въ 90%. Изъ 11 случаевъ умерло 4, именно 1 у *Halbertsma* еще въ доантисептическое время, 1 у *Staudé* отъ сепсиса, 1 у *P. Müller'a* отъ кровоизліянія въ мозгъ и выше упомянутый случай *van der Mey'a* отъ отека легкихъ. Только одинъ случай

падо отнести на счет кесарскаго сѣченія, именно случай *Staude*,— что дастъ 10% смертности. Однако не смотря на то, что кесарское сѣченіе въ большинствѣ случаевъ устраняетъ эклампсію, докладчикъ не считаетъ возможнымъ обращаться къ этой операциі, такъ какъ она является не безопасною для матерей. Кесарское сѣченіе есть чревосѣченіе и, какъ таковое, должно давать постоянную смертность до 5%.

Напротивъ того, совершенно безопаснымъ, при условіи примѣненія строгой антисептики и разумнаго лѣченія атоніи матки, представляется предложенный докладчикомъ способъ родоразрѣшенія *per vias naturales* посредствомъ глубокихъ разрѣченій шейки матки до влагалищныхъ сводовъ одновременно съ разрѣзами промежности, т. е. посредствомъ промежностно—, resp. влагалищно—промежностныхъ разрѣзовъ (*Scheidendammincision*). Эти разрѣзы представляются менѣе опасными, чѣмъ кесарское сѣченіе потому, что брюшинная полость не вскрывается и операциія не требуетъ многихъ ассистентовъ. О трехъ случаяхъ излѣченія эклампсіи, гдѣ роды были окончены по этому способу, докладчикъ сообщалъ уже ранѣе; о четвертомъ случаѣ, успѣшно пользовавшемъ по способу докладчика, говорилъ *Carsten* во время преній въ Берлинскомъ акушерскомъ обществѣ. Къ этимъ 4 случаямъ докладчикъ можетъ теперь присоединить еще 3 новыхъ случая операциі, которые были сдѣланы у первородящихъ. Изъ этихъ семи случаевъ докладчикъ желаетъ говорить о послѣднихъ четырехъ, такъ какъ эти случаи показываютъ, въ какой ранній срокъ беременности можно окончить роды при помощи метода докладчика. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ при сглаженной суправагинальной части шейки матки маточный зѣвъ былъ проходимъ лишь для одного пальца. Въ первомъ случаѣ было 9 припадковъ быстро послѣдовавшихъ одинъ за другимъ, десятый припадокъ былъ ослабленъ наркозомъ; во 2-мъ случаѣ роженица послѣ небольшого числа припадковъ находилась въ глубочайшей комѣ, — несмотря на вспыскиваніе эфира нульсъ былъ едва ощутимъ, 150 въ 1'. Въ 3-мъ случаѣ у первородящей, 41 года, послѣ родовой дѣятельности, продолжавшейся въ теченіи многихъ дней, было два припадка и обнаружилось исчезновеніе сердцебіенія плода. Въ 4-мъ случаѣ докладчикъ былъ приглашенъ по случаю слѣпоты и, входя въ комнату, засталъ одинъ экламптический припадокъ. Во всѣхъ случаяхъ роды, при помощи глубокихъ разрѣченій шейки, были окончены весьма быстро, т. е. послѣ 1—2 тракцій, въ трехъ случаяхъ потребовались, кромѣ того, маленькіе разрѣзы промежности и въ 1-мъ случаѣ оказались необходимыми влагалищно—промежностные разрѣзы. Во всѣхъ случаяхъ послѣ родовъ эклампсія прекратилась, въ одномъ исчезъ и амаррозъ, въ другомъ случаѣ вслѣдствіе атоніи матки потребовалась тампонада матки; всѣ матери выздоровѣли. Изъ младенцевъ погибъ одинъ и не столько отъ операциі, сколько,—какъ въ этомъ могли убѣдиться *Gusserow* и *Bokelmann*,—вслѣдствіе пресуществовавшей асфиксіи. Изъ младенцевъ, изъ которыхъ самому старшему теперь уже около 2-хъ лѣтъ, двое были слабыми и двое напротивъ развиты очень хорошо.

Докладчику извѣстно въ общей сложности 26 случаевъ оперированныхъ

по этому способу, при чемъ изъ матерей не погибла ни одна; изъ младенцевъ же умерли двое и то не отъ операціи, а отъ существовавшей до операціи асфиксіи. Послѣ разрѣза шейки въ 21 случаѣ были употреблены щипцы, въ 3-хъ случаяхъ поворотъ съ экстракціей, а въ 2-хъ случаяхъ экстракція за ножку. Серіознаго кровотеченія при разрѣзахъ шейки докладчикъ не видѣлъ. У нѣкоторыхъ женщинъ неблагопріятное послѣдствіе операціи заключалось въ плохо сросшемся разрѣзѣ промежности, что давало *ectropium*. Это послѣдствіе безъ труда можно устранить, гезр. улучшить; оно весьма часто и при томъ въ значительно большей степени имѣетъ мѣсто при нормальныхъ родахъ и не можетъ спеціально образованнаго акушера заставить отказаться отъ способа, который предпринимается для спасенія жизни матери и плода, при чемъ извлеченіе плода щипцами послѣ разрѣзовъ становится столь же легкимъ, какъ и примѣненіе безъ насѣчекъ обычныхъ выходныхъ щипцовъ у первородящей.

Этотъ оперативный способъ, который, по возрѣнію докладчика, не представляется энергичнымъ, но скорѣй очень мягкимъ (*schonende*) оперативнымъ приемомъ, можетъ имѣть примѣненіе въ большинствѣ случаевъ эклампсіи. Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ эклампсіи дѣло идетъ о первородящихъ, у которыхъ суправагинальная часть шейки уже сглажена, то обстоятельство это (само собою разумѣется, при нормальномъ тазѣ и нормальномъ плодѣ) и является единственнымъ необходимымъ условіемъ для достиженія цѣли операціи.

Для остальныхъ же немногихъ по числу случаевъ эклампсіи у преждевременнородящихъ или у многородящихъ съ сохранившейся шейкой докладчикъ употреблялъ механическое расширеніе шейки, т. е. комбинацію механическаго и кроваваго расширенія шейки матки. Этотъ способъ можно уже именовать рѣшительной операціей или даже называть его *accouchement forcé*, но такимъ *accouchement forcé*, у котораго отнята опасная сторона этой послѣдней операціи. Для поясненія своего способа докладчикъ описываетъ слѣдующій случай изъ акушерской поликлиники при *Charité*.

27-лѣтняя первородящая съ плоскимъ тазомъ (25, 29, 18, 11) воды прошли, *bronchitis acuta* съ *dyspnöe*, t° 39,2°, пульсъ 174, сердечные тоны слышны лишь по временамъ. Головка подвижна надъ тазомъ, шейка сохранена почти на всемъ протяженіи, зѣвъ проходимъ только для одного пальца. Растяженіе шейки въ теченіи $\frac{1}{4}$ часа посредствомъ кольпейринтера, растянутаго до величины младенческой головки (по способу *Mäuser's*), далѣе 4 глубокихъ разрѣза шейки, поворотъ и экстракція. Тампонада матки, зашиваніе разрыва промежности 2-й степени. Крѣпкій младенецъ, у котораго оказалась сломанной ключица, родился въ глубокой асфиксіи, но былъ оживленъ. Послѣродовой періодъ нормальный. Три мѣсяца спустя (28 декабря 1891 года) ребенокъ былъ еще живъ, хорошо сосалъ материнскую грудь; ключица срослась отлично. Мать имѣла цвѣтущій видъ; разрывъ промежности сросся *per primam*, и оставался лишь незначительный *ectropium*. Рубецъ лѣваго влагалищнаго свода укрѣплялъ шейку матки спереди, и тѣмъ самымъ атрофированная матка оказывалась лежащей запрокинутой назадъ. Значеніе

этого случая заключается въ томъ, что онъ иллюстрируетъ собою способъ, посредствомъ котораго, при сохранившейся шейкѣ и при затруднительныхъ обстоятельствахъ (ригидность ткани первородящей, узкій тазъ), могло быть произведено быстрое родоразрѣшеніе *per vias naturales* безъ опасности для матери и плода. Способъ этотъ можетъ быть примѣненъ не только въ началѣ родовъ, но и въ теченіи беременности, такъ какъ у первородящей постоянно удается расширить по *Spiegelberg*'у шейку пальцемъ. Если же шейка стала проходимою для одного пальца, то можно ввести въ матку кольцеобразный. Методъ, примѣненный во время беременности для спасенія жизни матери и плода, является такимъ образомъ замѣной искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, которые благодаря ихъ медленному теченію вмѣсто того, чтобы служить для спасенія жизни, влекутъ за собою смерть. На основаніи этого слѣдуетъ совершенно оставить при эклампсiи вызваніе искусственныхъ преждевременныхъ родовъ.

Если этотъ методъ иногда и не дѣйствуетъ скоро, то во всякомъ случаѣ онъ дѣйствуетъ много скорѣе, чѣмъ искусственные преждевременные роды. Передъ *accouchement forcé* способъ этотъ имѣетъ то преимущество, что не влечетъ за собою опасныхъ для жизни разрывовъ и что, далѣе, не самое извлеченіе плода производитъ полное открытіе, но сопротивляемость мягкихъ частей оказывается уже совершенно устраненной прежде, чѣмъ приступаютъ къ родоразрѣшающей операциі. Вмѣстѣ съ тѣмъ—какъ правило—плодъ рождается живымъ. Такъ какъ этотъ способъ, при условіи если онъ примѣняется подъ наркозомъ, не можетъ ухудшить эклампсiю, то мы можемъ пользоваться имъ не на умирающей, какъ это дѣлалось прежде при употребленіи *accouchement forcé*, но уже при первомъ приступѣ. Въ такомъ случаѣ и результаты получаются другіе. У многородящихъ уже одно механическое расширеніе является обыкновенно достаточнымъ для полного открытія маточнаго зѣва, и докладчикъ могъ бы привести цѣлый рядъ подобныхъ случаевъ.

На основаніи своего опыта докладчикъ держится того мнѣнія, что при эклампсiи, случившейся на 8 мѣсяцѣ беременности, лишь только установленъ діагнозъ страданія, слѣдуетъ предпринимать быстрое опорожненіе матки, и именно при помощи трехъ вышеизложенныхъ пріемовъ: путемъ кроваваго или механическаго расширенія или посредствомъ комбинаціи механическаго и кроваваго расширенія. Конечно, при такомъ способѣ младенецъ, родившійся слишкомъ рано, имѣетъ меньше шансовъ для жизнеспособности, чѣмъ младенецъ, который продолжаетъ жизнь и послѣ лѣкарственнаго устраненія эклампсiи беременной. Однако, этотъ послѣдній исходъ представляется столь рѣдкимъ—чаще всего смерть плода кладетъ конецъ эклампсiи (*Winckel*)—что его и считать нечего, и такимъ образомъ новый способъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ можетъ спасти большее число дѣтей, чѣмъ лѣкарственная терапія. При эклампсiи-же, происходящей до 8-го мѣсяца беременности, докладчикъ, напротивъ того, больше склоняется къ лѣкарственной терапіи, желая сохранить хотя слабые шансы для дальнѣйшей жизни плода.

Сообразно съ тѣмъ, какъ это постоянно совѣтывалъ дѣлать *Credé* при введеніи подобнаго рода новыхъ терапевтическихъ способовъ, докладчикъ задалъ себѣ вопросъ: можно ли пользоваться по изложеннымъ принципамъ каждый ближайшій случай и могъ на этотъ вопросъ весьма убѣжденно отвѣтить: «Да». Дальнѣйшее развитіе всѣхъ этихъ способовъ докладчикъ представляетъ лишь специально образованнымъ акушерамъ. Благодаря тѣмъ практическимъ результатамъ, которые сообщены докладчикомъ, они позаботятся изучить дѣло ближе и подвергнуть весь способъ объективному изслѣдованію. Это испытаніе было бы всего лучше,—какъ это и требуетъ *Börner*—произвести въ клиникахъ, гдѣ бы имъ могли заняться либо самъ руководитель клиники, либо болѣе старые ассистенты. Тогда бы вскорѣ улегся энтузіазмъ по поводу примѣненія при эклампсін кесарскаго сѣченія,—энтузіазмъ, побудившій *Staude*'а дѣлать кесарское сѣченіе при завѣдомо мертвомъ плодѣ и при шейкѣ проходимой для I пальца, хотя для такихъ случаевъ давно уже были извѣстны и испытаны поверхностные разрѣзы шейки, дающія возможность безопаснаго извлеченія прободенной головки. Здѣсь такимъ образомъ не потребовались бы и тѣ глубокіе разрѣзы, которыхъ такъ страшится *Staude* изъ-за опасенія ихъ вторичнаго разрыва и послѣдующаго кровотеченія!

Этотъ случай показываетъ, куда ведетъ боязливая терапія. Изъ страха передъ созданнымъ воображеніемъ опасностями—которыхъ я не видѣлъ ни въ одномъ изъ моихъ 26 случаевъ—производится опасная для жизни операція, которая губитъ больную ¹⁾.

(Подробности доклада будутъ помѣщены въ Archiv f. Gynäk.).

¹⁾ Къ даннымъ относительно разрѣзовъ шейки, сообщеннымъ мною во время дебатовъ въ берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ по поводу доклада *Olshausen*'а (Ueber Eclampsie), я уже прибавилъ, что кромѣ первыхъ 10 случаевъ, опубликованныхъ мною въ Archiv f. Gynäk. (Bd. 37, Heft I), мною или при моемъ содѣйствіи произведены и 20 другихъ случаевъ разрѣзовъ шейки. Четыре изъ этихъ 20 случаевъ приходится, однако, исключить изъ оцѣнки, такъ какъ въ нихъ была произведена перфорация ради препятствія къ родамъ другого рода.

Кромѣ того, мнѣ извѣстенъ одинъ случай (*Vowinkel*'я) разрѣза шейки при эклампсін съ послѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ. Относительно этой операціи у меня нѣтъ никакихъ подробностей. Мать и младенецъ, благодаря продолжающимся судорогамъ, поступили въ Charité; мать выздоровѣла, младенецъ же погибъ отъ кровоизліянія въ мозгъ. Этотъ случай будетъ помѣщенъ въ таблицу, которую я въ настоящее время составляю изъ случаевъ эклампсін, наблюдавшихся въ клиникѣ *Gussereau*'а за послѣднія 16 лѣтъ.

Всѣ сказанныя 30 случаевъ будутъ опубликованы in extenso въ работѣ о разрѣзахъ шейки, которую я занимаюсь уже въ продолженіи долгаго времени.

При высчитываніи статистическихъ данныхъ относительно исхода разрѣзовъ шейки мнѣ приходится имѣть дѣло лишь съ однимъ не достаточно извѣстнымъ случаемъ, именно со случаемъ разрѣзовъ шейки при эклампсін, принадлежащимъ *Carsen*'у. Въ этомъ случаѣ плодъ родился живымъ и разви-

тѣмъ; относительно же судьбы матери ничего не сказано (Cubl. f. Gynäk. 1890, стр. 332).

Сопоставивъ всѣ случаи вмѣстѣ, получаю я такимъ образомъ 32 случая разрывовъ шейки, изъ которыхъ въ 31 случаѣ матери остались въ живыхъ, судьба одной осталась неизвѣстной (*Carsten*). Изъ младенцевъ—четверо были перфорированы (одинъ изъ нихъ уже былъ гнилой), два родились мертвыми, одинъ умеръ на слѣдующій день, одинъ (случай *Carsten*'а) родился живымъ и развитымъ, судьба его неизвѣстна, одинъ умеръ 4 недѣли спустя послѣ родовъ отъ бронхопневмонии и атрофи, одинъ—умеръ 1½ года спустя послѣ родовъ а 4 младенца были перфорированы.

Въ сдѣланномъ мною въ Акушерскомъ Обществѣ докладѣ я не хотѣлъ входить во всѣ эти подробности, но я не хотѣлъ бы въ то же время и ждать съ изложеніемъ ихъ до выхода подробнаго сообщенія.

Я надѣюсь, что мнѣ удалось доказать, что разрывъ шейки, и именно комбинація ихъ съ разрывами влагалища или промежности, представляются для матери безопасной операціей и что они даютъ возможность произвести экстракцію живого плода во всѣхъ случаяхъ, гдѣ плодъ не представляется уже глубоко асфиксированнымъ и гдѣ не оказывается на лицо другихъ затрудняющихъ роды обстоятельствъ (узкій тазъ, неправильное положеніе, величина и установка плода).

Въ одномъ изъ слѣдующихъ моихъ сообщеній я опубликую всѣ свои случаи влагалищно-промежностныхъ разрывовъ *безъ разсѣченія шейки матки*. Число ихъ въ данную минуту мнѣ неизвѣстно, но на все ихъ количество я имѣлъ двѣ смерти, одну вследствие кровоточенія изъ опухоли желудка на 14-й день послѣ родовъ, другую ex causa incognita непосредственно послѣ родовъ. Оба эти случая смерти, какъ это надѣюсь доказать позднѣе, не находятся ни въ какой зависимости отъ разрывовъ. Прим. *Dührssen* а.

Ни мало не сомнѣваясь, что способъ *Dührssen*'а можетъ имѣть свою цѣну при извѣстнаго рода случаяхъ эклампсіи беременной или роженицы, мы никакимъ образомъ не можемъ раздѣлать крайнее увлеченіе *Dührssen*'а въ томъ, что способъ этотъ слѣдуетъ примѣнять *во всякъ* случаяхъ эклампсіи въ теченіи 3-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ беременности. Извѣстно, что эклампсія иногда выражается въ 1—2 припадкахъ, послѣ чего женщина возвращается къ нормальному состоянію, при чемъ и жизнь плода не оказывается пострадавшей. Можно-ли въ виду этого прибѣгать, напр. послѣ 8-го мѣсяца беременности, къ способу *Dührssen*'а всякій разъ тамъ, гдѣ случился припадокъ эклампсіи? Это значило бы обрекать младенца на почти вѣрную смерть, такъ какъ судьба плода, какъ это видно изъ изложенныхъ крайне неблагоприятныхъ данныхъ самого *Dührssen*'а, подвергается чрезвычайному риску. Въ тѣхъ же тяжелыхъ случаяхъ эклампсіи, гдѣ для скорѣйшаго родоразрѣшенія всѣ способы хороши,—способъ *Dührssen*'а является однимъ изъ наиболѣе цѣлесообразныхъ, такъ какъ быстро (по сравненію съ обычнымъ accouchement forcé) и безопасно (по сравненію съ кесарскимъ сѣченіемъ) ведетъ къ опороженію матки, resp. къ предполагаемому прекращенію эклампсіи. Далѣе нельзя согласиться съ *Dührssen*'омъ въ томъ, что его способъ не является энергичной (eingreifende) операціей. Чего уже энергичнѣе этихъ разсѣченій не сгладившейся шейки до сводовъ и этихъ глубокихъ разрывовъ влагалища и промежности, съ слѣдующимъ наложеніемъ щипцовъ или производствомъ поворота!

И способъ *Dührssen*'а и кесарское сѣченіе *Halberstma* представляются крайностями въ дѣлѣ поисковъ лѣчебныхъ средствъ при эклампсіи и, конечно, они не найдутъ себѣ поклонниковъ среди обычныхъ врачей-практиковъ, которыхъ *пока* что удовлетворятъ лѣкарственные средства и обычные оперативныя приемы. А такъ какъ за послѣднее время явились нѣкоторыя основанія думать, что причина экламптическихъ судорогъ зависитъ отчасти отъ

нарушенія химизма въ тѣлѣ больной, то при всякихъ лѣчебныхъ средствахъ будутъ случаи «роковые», или «ex causa incognita», которые не спасутся отъ того только, что будетъ примѣнена та или другая операція, съ той или другой энергіей. Вотъ почему, говоря о способѣ *Dührssen'a*, мы не можемъ до нѣкоторой степени не согласиться съ *Veit'омъ*, который въ страстныхъ дебатахъ по поводу доклада *Olshausen'a* (Объ эклампси) въ берлинскомъ медицинскомъ обществѣ 20 января 1892 года по адресу способу *Dührssen'a* выразился: «dass es sich gewissermaassen um eine Frucht handelt, welche noch nicht reif ist...; auch ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross, dass sie niemals recht reif werden wird» («Berlin. Klin. Wochenschrift», 15 февр. 1892, № 7).

Прим. перев.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ КЕЛЬНѢ.

Перев. А. К. Гермоніуса.

Засѣданіе 7-го января 1892 г. 1).

Предсѣдатели: Frank и Venn; секретарь: O. Schmidt.

Послѣ демонстраціи *Eberhart'омъ* больной съ блуждающею печенью, *Pelzer* доложилъ объ одномъ неоперативномъ случаѣ рака шейки, перешедшаго на тазовую кльтчатку и влагалище. Въ виду ранѣ сдѣланныхъ наблюденій, во влагалище на язвенную поверхность положенъ небольшой ватный тампонъ, пропитанный пастой изъ *Acidi arsenicosi cum Saccharo albo 1,0 : 10,0*. Кровотеченіе и отдѣленія значительно уменьшились, поверхностныя изъязвленія исчезли.

Eberhart сообщилъ: Объ электротерапіи въ гинекологіи. (Авторефератъ).

Авторъ, предпославъ историческій очеркъ, далъ затѣмъ и физическій для ближайшаго уясненія необходимыхъ законовъ и выяснилъ электрическія единицы измѣренія. Говоря о методѣ *Apostoli*, онъ указалъ на то, что, хотя женскія болѣзни и до него были пользуемы электричествомъ, но его заслуга въ томъ, что онъ поставилъ свой методъ вполне научно и цѣлесообразно, и главнымъ образомъ въ томъ, что онъ ввелъ гальванометръ и примѣнилъ болѣе сильный токъ спеціально при лѣченіи міомъ. Мы употребляемъ приборы, которые, по продолженіи могущаго встрѣтиться въ гинекологіи сопротивленія, даютъ еще силу тока до 200 миллиамперовъ (МА) и выше. Докладчикъ работаетъ съ аппаратомъ *Hirschmann'a* (Берлинъ), который у него превосходно дѣйствуетъ; онъ составленъ изъ элементовъ *Leclanché*. Чтобы показать

¹⁾ Centralblatt für Gynäkologie, 1892. № 5.