

ПЕРВЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ КОН- ГРЕССЪ ВЪ БРЮССЕЛѢ, СЪ 14 по 17 СЕНТЯБРЯ Н. СТ. 1892 ГОДА.

Переводъ А. К. Гермоніуса.

(По отчету д-ровъ *Tissier* и *d'Holman de Villiers* въ «*La Semaine médicale*» 1892, № 47, 48 и 49).

(Окончаніе).

Пороки развитія матки.

Consolas (Авинь).—Рѣдко ставятъ діагнозъ порока развитія матки у живой женщины; но еще рѣже случаи діагноза полного отсутствія матки, въслѣдствіе рѣдкости этой аномаліи.

Мнѣ пришлось давать совѣтъ одной молодой женщинѣ, очень хорошо сложенной, съ совершенно нормальными наружными половыми частями, жаловавшейся на боли въ животѣ и на полное отсутствіе регулъ. При самомъ тщательномъ изслѣдованіи, произведенномъ мною и нѣсколькими товарищами, выяснилось, что матка и яичники отсутствовали.

Я видѣлъ, кромѣ того, три случая эмбриональной матки.

Boursier. — Въ одномъ случаѣ отсутствія влагалища, я предположилъ также и отсутствіе матки, но съ сохраненіемъ придатковъ, по крайней мѣрѣ, съ одной стороны; была предложена кастрація съ цѣлью уничтоженія приступовъ дисменоррен. При лапаротоміи, я нашелъ прикрѣпленный съ правой стороны рудиментъ матки, котораго не замѣтилъ при клиническомъ изслѣдованіи.

Jacobs. — Въ одномъ случаѣ, похожемъ на предъидущій, я не нашелъ ни матки, ни влагалища и предложилъ пробную лапаротомію, при посредствѣ которой и констатировано присутствіе совершенно нормальныхъ яичниковъ и здоровыхъ трубъ и полное отсутствіе матки и влагалища. Я удалилъ придатки и больная выздоровѣла.

Патологоанатомическое изслѣдованіе вырѣзанной матки, ранѣ лѣченной по методу *Dumontpallier*.

Vulliet.—Представляемый препаратъ полученъ отъ больной, обратившейся ко мнѣ за помощью весною 1891 года. Она страдала маточными кровотечениями, которыя длились уже много лѣтъ. 30 іюня 1891 года я ей произвелъ выскабливаніе матки. Куски были отосланы въ патологоанатомическую лабораторію университета. Изслѣдованіе показало, что эта дама страдала добро-

качественнымъ аденоматознымъ эндометритомъ. Четыре мѣсяца спустя, 29 октября, кровотеченія возобновились; сомнѣваясь въ правильности діагноза, я примѣнилъ на больной методъ *Dumontpallier* съ двойною цѣлью: разрушить радикальнѣе и возможно болѣе глубоко слизистую оболочку матки и получить кусокъ, который подвергнуть новому изслѣдованію. Я получилъ отвѣтъ только въ декабрѣ. Въ это время больная была въ Каирѣ, намѣреваясь провести тамъ зиму. На этотъ разъ заключеніе было дано въ смыслѣ злокачественности заболѣванія.

Больная вернулась весною 1892 г. Наружный зѣвъ былъ закрытъ и непроходимъ для зонда; матка величиною соотвѣтственно 4-мѣсячной беременности. Въ виду нестерпимыхъ страданій, по консультанціи съ проф. *Sänger*омъ, мы остановились на полномъ удаленіи матки, которое и было произведено 10 іюня 1892 г. Но, хотя 7 мѣсяцевъ томуназадъ эту операцію легко было сдѣлать черезъ влагалище, мы были принуждены, начавъ ее этимъ путемъ, кончить чревосѣченіемъ, подвергая такимъ образомъ нашу больную наивысшей степени опасности, которую она, впрочемъ, счастливо перенесла. Операція, крайне трудная, продолжалась три съ половиной часа.

Имѣя предъ собою быстрый ростъ опухоли, невыносимыя боли у больной и особенно второе заключеніе патологической анатоміи, мы предполагали найти карциному тѣла матки. Вотъ препаратъ, почти на половину уменьшившійся въ объемѣ, вслѣдствіе долгаго пребыванія въ спиртѣ.

Цервикальный каналъ спаянъ на протяженіи почти 2 см. Сверху имѣется небольшая полость, вмѣщавшая столовую ложку черной, вязкой крови. Трубы не были расширены и не содержали крови. Опухоль образована гипертрофированными стѣнками матки и имѣетъ, какъ видите, волокнистый видъ. Нѣтъ и слѣда карциномы.

Что касается выводовъ, которые мы можемъ сдѣлать изъ этого случая, то я начну съ того, что относится къ операціи *Deamontpallier*; эта операція, уже осужденная для женщинъ, достигшихъ менопаузы, должна примѣняться съ большою осторожностью и у тѣхъ, которыя ее перешли, такъ какъ мы видимъ, что въ нашемъ случаѣ она вызвала такую реакцію, что въ теченіи семи мѣсяцевъ произошла громадная гипертрофія органа и вмѣстѣ съ тѣмъ появились симптомы, которые заставили прибѣгнуть къ удаленію матки.

Мы признаемъ, все-таки, за этимъ способомъ то преимущество, что онъ даетъ куски тканей, которые весьма пригодны для гистологическаго изслѣдованія новообразованій, и что онъ ведетъ къ закрытію матки, которое облегчаетъ обеззараживаніе операціоннаго поля.

Можно будетъ его примѣнять, будучи наготовѣ, при увеличеніи органа въ объемѣ, произвести гистерэктомію прежде, чѣмъ размѣры его не воспрепятствуютъ полному удаленію чрезъ природныя пути.

Съ другой стороны, надо выяснитъ, въ какихъ случаяхъ требуется микроскопическое изслѣдованіе. Невѣроятно, что заболѣваніе, бывшее доброкачественнымъ въ іюнѣ, сдѣлалось злокачественнымъ въ октябрѣ.

Изъ нашего случая, равно какъ и изъ многихъ другихъ, въ особенности

изъ двухъ случаевъ *Wider'a* -- одного, гдѣ микроскопическимъ изслѣдованіемъ опредѣлена карцинома и гдѣ удаленная матка не представляла и слѣда злокачественной опухоли, и другого, въ которомъ была опредѣлена доброкачественная аденома, тогда какъ послѣ удаленія констатирована была карцинома тѣла матки, — изъ этихъ случаевъ, говорю я, мы вправѣ заключить, что микроскопическое изслѣдованіе не представляетъ такой степени точности, которая могла бы повліять на наше рѣшеніе.

Туберкулезный перитонитъ. излѣченный чрезовѣщеніемъ; послѣ операціи прошло четыре года.

Paul Vallin (Лилль) сообщилъ по этому поводу одно наблюденіе и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Асцитическая форма бугорковаго перитонита представляетъ, при извѣстныхъ условіяхъ, непреодолимые діагностическія трудности.

2) Настоящій случай служитъ доказательствомъ возможности, правда, непонятной, излѣченія туберкулезнаго перитонита брюшнымъ разрѣзомъ.

3) Онъ противорѣчитъ мнѣнію тѣхъ, которые считаютъ асцитическую форму за первичный туберкулезный перитонитъ.

4) Онъ объясняетъ возможность зараженія туберкулезомъ при посредствѣ половыхъ сношеній.

Существованіе мѣсячныхъ послѣ удаленія матки.

Laurent (Брюссель).—Существуетъ явленіе, еще мало изученное, которое можно наблюдать послѣ гистерэктоміи, а именно: это продолженіе менструаций. Для этого нужно, конечно, чтобы осталось извѣстное количество слизистой оболочки матки, но, вѣроятно, нѣтъ необходимости въ томъ, чтобы придатки ея были удалены. Въ виду могущихъ встрѣтиться случайностей, здѣсь есть основаніе разрушать слизистую оболочку матки, разъ культя довольно обширна, и удалять одновременно яичники, чтобы помѣшать наступленію беременности, которая привела бы только къ опасности. Но менструация можетъ быть нормальной, хотя резекція и была очень широка: въ одномъ случаѣ я удалилъ фиброму съ передними и боковыми стѣнками матки и однимъ яичникомъ. Ножка была пришта къ брюшной стѣнкѣ и отвалилась черезъ три мѣсяца; образовалась подпупочная фистула. Менструальное кровотеченіе возобновилось черезъ влагалище и черезъ фистулу.

О различныхъ способахъ удаленія матки чрезъ влагалище и чрезъ брюшную стѣнку.

Doyen.—Въ февралѣ мѣсяцѣ 1887 г. мы произвели гистерэктомію по поводу рака матки и примѣнили для ухода за боковыми культями матки давленіе нашими эластическими пинцетами, назначенными взамѣнъ старыхъ образцовъ для устраненія всякой опасности отъ кровотеченія.

Въ маѣ 1887 г. мы удаляли матку по поводу большихъ фибромъ въсомъ до 1,800 grm. (одинъ случай былъ осложненъ кистой матки) и по поводу воспалительныхъ и гнойныхъ сальпингитовъ. Наша первая операція чрезъ влагалище относится къ 1887 году и произведена съ ранѣе намѣченной цѣлью ради гнойнаго сальпингита. Мы дѣлаемъ всегда влагалищную экстирпацию, захватывая шейку при помощи двухъ боковыхъ пинцетовъ; матка, по вскрытіи задняго свода и отсепаровки отъ пузыря, разрѣзается вдоль по передней стѣнкѣ. Края этого разрѣза захватываются все выше и выше пинцетами съ зубцами, и вмѣстѣ съ тѣмъ продолжается разрѣзъ до дна матки, которая дробится на куски, если его объемъ препятствуетъ свободному выведенію наружу. При помощи простаго продольнаго разрѣза или же разрѣза въ видѣ V и постепенномъ качательномъ движеніи справа налѣво и спереди назадъ мы удаляемъ по частямъ фибромы, достигающія въсомъ 1800—2200 grm. 23 послѣднія наши экстирпаціи фибромъ чрезъ влагалище не дали ни одного неуспѣшнаго случая, а на общее число операцій 82 послѣднія дали всего 3 случая смерти.

Для удаленія матки путемъ чревософченія мы старались найти такой способъ, который позволялъ-бы удалить при лапаротоміи всю матку цѣликомъ, включая и шейку,—одинаково, какъ въ случаяхъ подбрюшинныхъ фибромъ, такъ и опухолей широкой связки, прикрѣпленныхъ къ маткѣ или, какъ, на-примѣръ, въ наблюдавшемся у насъ случаѣ гнойной кисты широкой связки съ гнойными скопленіями въ тѣлѣ матки. Для этого матка, по вскрытіи брюшной полости, откидывается впередъ на лобокъ; бистуріемъ, вонзеннымъ глубоко въ Дугласово пространство, разрѣзается съ одного раза задній брюшинный сводъ вдоль и брюшинная поверхность фибромы. Другой разрѣзъ, круговой или лучше en raquette, начинаясь отъ перваго и оканчиваясь тамъ-же, проходитъ надъ мѣстомъ прикрѣпленія яичниковъ къ опухоли и образуетъ съ каждой стороны двѣ сосудистыя маточно-яичниковыя ножки. Затѣмъ, не накладывая эластическаго жгута или временныхъ пинцетовъ на широкія связки, я быстро произвожу подбрюшинное вылущеніе опухоли. Съ обѣихъ сторонъ быстро накладывается подъ яичникомъ по лигатурѣ, и вся масса опухоли, включая и шейку, отдѣляется отъ рукава. Теперь достаточно провести чрезъ влагалище лигатуры, наложенныя на боковыя ножки и оттянуть внизъ двумя-тремя пинцетами все то, что еще осталось отъ брюшиннаго покрова новообразованія. Полость живота закрывается предварительно большими тупыми пинцетами, ноги больной поднимаются и на широкія связки съ каждой стороны накладывается чрезъ влагалище по пинцету; этого довольно, чтобы приступить къ концу операціи, т. е. къ наложенію обвивнаго шва на тазовую брюшину и къ закрытію живота. На 11 операцій по этому способу, примѣненныхъ въ наиболѣе трудныхъ и тяжелыхъ случаяхъ (у насъ былъ, напр., одинъ случай разрыва прямой кишки во время операціи), мы имѣли только одну смерть, причиненную инфлуэнціей безъ всякихъ осложнений со стороны брюшной полости. Запятая прямая кишка зажила безъ образованія свища.

Second.—Если *Doyle* и примѣнилъ уже въ 1887 году съ предвзятою цѣлью влагалищную гистерэктомію по поводу тазового нагноенія, то эта опе-

рація въ то время произвела такъ мало шума, что осталась неизвѣстною, и я, съ своей стороны, все-таки думаю, что право первенства остается вполне за *Pean*'омъ, несмотря на эту попытку, до сей поры неизвѣстную.

Съ другой стороны, *Doyen* говоритъ о способѣ дробленія, какъ о своемъ собственномъ. Между тѣмъ нѣтъ сомнѣній, что это тотъ-же способъ, что и предложенный уже давно *Pean*'омъ и заключающийся въ послѣдовательной резекціи передней и задней стѣнки матки посредствомъ горизонтальныхъ разрывовъ или также въ центральномъ вырѣзываніи, представляющемся болѣе удобнымъ съ точки зрѣнія остановки кровотеченія. Наконецъ, срединному разрыву матки *Doyen* отдаетъ предпочтеніе. Прекрасно,—но я къ этому замѣчу, что этотъ разрывъ предложенъ *Müller*'омъ еще въ 1881 году.

Случай удлинненія срока беременности съ трудными родами.

Fauson (Лилль).—Я имѣлъ случай наблюдать запозданіе родовъ, по крайней мѣрѣ, на три недѣли, причемъ вѣсъ плода достигалъ $11\frac{1}{2}$ фунтовъ. Въ виду того, что дѣло шло о женщинѣ съ рахитическимъ тазомъ и, съ другой стороны, о поперечномъ положеніи во время родовъ, то разрѣшеніе послѣ поворота оказалось чрезвычайно труднымъ.

Къ вопросу о симфизеотоміи.

Porak (Парижъ).—Я сдѣлалъ двѣ симфизеотоміи съ благопріятнымъ исходомъ для матери и для плода и думаю, что могу вывести изъ этихъ случаевъ слѣдующія заключенія:

Симфизеотомія, какъ и кесарское сѣченіе, представляетъ собою операцію, сохраняющую жизнь ребенка, безъ того однако, чтобы подвергать мать случайностямъ этого тяжелаго вмѣшательства.

То или другое расширеніе показаній къ ней составляетъ задачу, данныя которой чрезвычайно сложны, какъ относительно степени и разнообразія въ нарушеніяхъ формы таза, такъ и относительно опредѣленія объема плода. Нижняя граница степени суженія составляетъ еще спорный вопросъ; для опредѣленія ея верхней границы будетъ благоразумно въ сомнительныхъ случаяхъ прибѣгать къ примѣненію щипцовъ, которое съ точностью и безъ опасности для жизни плода укажетъ на невозможность пройти мѣсто суженія. Впрочемъ, поле для эмбриотоміи ограничивается почти во всѣхъ случаяхъ смертью ребенка.

Упражненія на трупѣ даютъ необходимыя указанія для выбора оперативнаго метода.

Треугольная связка очень крѣпка и нерастянжима и до пускаетъ, если она сохранена, лишь самое незначительное угловое расхожденіе симфиза.

Если, послѣ разсѣченія треугольной связки, развести бедра, въ особенности движеніемъ достаточно рѣзкимъ, то можетъ случиться, что и послѣ незначительнаго расхожденія лобковыхъ костей произойдетъ вывихъ одного изъ подвздошныхъ сочлененій. Вывихъ второго сочлененія получается только при

гораздо болѣе значительномъ расхожденіи лобковыхъ костей, достигающемъ 7—8 см. При этомъ въ залобковой клѣтчаткѣ возникаютъ такіа судороги, что можно опасаться поврежденія мочевыхъ путей, въ особенности уретры. Возстановленіе поврежденій отъ подвздошнаго вывиха, повидимому, происходитъ легче, чѣмъ поврежденій лобковыхъ.

Предложено много оперативныхъ пріемовъ, но, въ дѣйствительности, наиболѣе простые изъ нихъ, выполненные при помощи ножа, оказываются наилучшими. Они различаются между собой въ зависимости отъ того, оперируется-ли больная въ спинномъ положеніи или въ положеніи на поперечной кровати. Разсѣченія всегда слѣдовало-бы дѣлать въ спинномъ положеніи, потому что послѣдующее соединеніе лобковыхъ костей при этомъ происходить болѣе удобнымъ и вѣрнымъ способомъ.

Симфизотомія не даетъ обыкновенно тяжелыхъ осложнений; непосредственно послѣ операціи бываютъ иногда кровотеченія, обыкновенно—умѣренные; лихорадки не бываетъ, или она ничтожна; недержаніе мочи рѣдко или всегда непродолжительно; возможны также опасенія за заживленіе первымъ натяженіемъ.

Позже, наиболѣе должны насъ а priori озабочивать тѣ послѣдствія, которыя заключаются въ возможности и стойкости (persistance) приобретенной тазовыми сочлененіями подвижности и въ послѣдовательномъ затрудненіи при ходьбѣ. Въ тѣхъ двухъ случаяхъ, о которыхъ я говорю, хотя подвижность сочлененій и выражена, конечно, больше, чѣмъ въ нормальномъ состояніи, однако ходьба совершается легко, и боли въ симфизѣ нѣтъ никакой или очень легкая, какъ при давленіи, такъ и подъ вліяніемъ усталости.

Къ вопросу о кесарскомъ сѣченіи.

Cameron..—До послѣднихъ лѣтъ въ Англіи примѣняли только краніэктомію. Я не думаю, чтобы можно было жертвовать ребенкомъ въ настоящее время, когда кесарское сѣченіе даетъ такіе прекрасные результаты: 92о/о изъ моихъ оперированныхъ и ихъ дѣтей были спасены посредствомъ этой операціи. Всякій разъ, когда діаметръ меньше 7¹/₂ см., кесарское сѣченіе должно быть избранной и необходимой операціей, и произведенная на восьмомъ мѣсяцѣ, она уже допускаетъ извлеченіе живого плода.

Я думаю, что предпочтительнѣе дожидаться начала родовъ и небольшого расширенія матки, прежде чѣмъ приступить къ операціи; это обстоятельство позволить намъ имѣть одновременно и энергическ'я сокращенія и свободный оттокъ лохій. Разрѣзы съ цѣлью вскрытія брюшной полости дѣлались различными способами; теперь поступаютъ, какъ при оваріотоміяхъ.

Въ виду кровотеченія и для разрѣза матки введено было нѣсколько пріемовъ; многіе изъ нихъ опасны изъ за разсѣченія самой маточной стѣнки и вслѣдствіе попаданія плаценты въ линію разрѣза. Наложеніе эластическаго жгута влечетъ за собой остановку дѣятельности матки, — осложненіе, отмѣ-

ченное нѣкоторыми акушерами: напр., *Sänger*'омъ, *Dolérís*'омъ, *Veit*'омъ и друг.

Я нашелъ, что въ свѣжихъ случаяхъ давленіе пальцами и незначительная величина разръза оказываются достаточными для предупрежденія кровотока.

Впрочемъ, пессарій, примѣненный къ маткѣ, вполне устраняетъ кровотечение въ моментъ перваго разръза. Когда отверстіе достаточно широко для прохожденія пальца, пессарій удаляется и разръзъ удлиняется вверхъ или внизъ, пока не окажется возможнымъ извлеченіе плода.

Я думаю, что кесарское сѣченіе должно быть избранной операціей, а не методомъ, къ которому прибѣгаютъ, когда истощены всѣ средства.

Müller (Антверпенъ) сообщилъ о двухъ случаяхъ кесарскаго сѣченія при узкомъ тазѣ со счастливымъ исходомъ. Онъ рѣшился провести разръзъ по дну матки. По этому способу легче избѣжать плаценты, и такъ какъ *Bandl*евское кольцо не разсѣкается, то можно менѣе всего опасаться кровотеченій.

Баллонъ *Petersen*'а въ гинекологіи.

Leprévost (Гавръ).—Наклонное положеніе *Trendelenburg*'а, освобождая малый тазъ отъ кишечныхъ петель, значительно облегчило производство операцій на тазовыхъ органахъ путемъ чревосѣченія. Тѣмъ не менѣе нѣкоторые маневры часто выполняются лишь съ трудомъ; таковы примѣняемые въ глубинѣ малаго таза, на надвлагалищной части шейки и въ Дугласовомъ пространствѣ.

Въ надеждѣ сдѣлать эти части болѣе доступными, я пользуюсь баллономъ *Petersen*'а. Это не новый способъ. *Ullmann* уже превознесъ его при изслѣдованіяхъ чрезъ брюшныя стѣнки; но даже если онъ и примѣнялся нѣсколькими хирургами при нѣкоторыхъ операціяхъ на животѣ, то я не думаю, что этимъ можетъ и ограничиться все то его примѣненіе, котораго онъ заслуживаетъ.

Я употребляю баллонъ только тогда, когда во время операціи нахожусь передъ затрудненіями, зависящими отъ глубокаго положенія требуемыхъ органовъ. Я примѣняю его то во влагалищѣ, то въ прямой кишкѣ. Я всегда съ возможно болѣе вниманіемъ слѣжу за степенью его наполненія, убѣждаясь зрѣніемъ и осязаніемъ въ томъ, что части не подвергаются чрезмѣрному растяженію.

Введенный въ влагалище, баллонъ *Petersen*'а отклоняетъ дно матки по направленію къ крестцово-поясничному углу, открываетъ и нѣкоторымъ образомъ развѣртываетъ пузырно-маточное пространство и приводитъ надвлагалищную часть шейки въ поле брюшнаго разръза; въ то-же время онъ закрѣпляетъ неподвижность матки болѣе равномерно и болѣе устойчиво, чѣмъ то можетъ сдѣлать рука помощника.

Когда желаютъ манипулировать въ Дугласовомъ пространствѣ, то баллонъ слѣдуетъ ввести въ прямую кишку. Если тазовое дно податливо, то

оно допускаетъ свое поднятіе, и Дугласово пространство мало по малу дѣлается выпуклымъ. Благодаря такому новому положенію, кровь, гной и септические жидкости, которые могли-бы попасть въ полость брюшины, легко оттуда удаляются. Понятно, что этотъ приемъ можетъ быть съ пользою примѣненъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ необходимо дѣлать особенно тщательный туалетъ этой части брюшины. Но когда тазовое дно потеряло свою податливость вслѣдствіе plasticaческого или гнойнаго воспаления, то оно уже не такъ легко повинуется вліянію баллона и труднѣе поднимается вверхъ. Тѣмъ не менѣе и при такихъ обстоятельствахъ можно на нѣсколько сантиметровъ уменьшить глубину таза, а какъ ни незначительно это уменьшеніе, имъ не слѣдуетъ пренебрегать въ тѣхъ трудныхъ случаяхъ, когда приходится дѣйствовать ощупью чрезъ прямой разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ и кончиками пальцевъ вылуцать какой-нибудь яичникъ или ретенціонную кисту трубы, выпавшія въ Дугласово пространство. Но этимъ средствомъ надо пользоваться съ большою осмотрительностью, дѣйствуя медленно и благоразумно, такъ какъ именно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тазовое дно потеряло свою податливость и растяжимость, оно въ то-же время сдѣлалось болѣе рыхлымъ, и нужно всегда думать о возможности разрыва.

Тампонація матки.

Auvard.—Внутриматочная тампонація іодоформной марлей представляетъ прекрасное кровоостанавливающее средство, которымъ можно пользоваться въ нижеслѣдующихъ пяти положеніяхъ: 1) кровотеченія непосредственно послѣ родовъ; 2) кровотеченія послѣ выкидыша; 3) кровотеченія послѣродового періода; 4) кровотеченія послѣ выскабливанія; 5) кровотеченія послѣ влагаллиаго вырѣзыванія міомъ.

Представляю результаты своей личной практики.

1) Двѣнадцать внутриматочныхъ тампонацій вслѣдствіе кровотеченія послѣ своевременныхъ родовъ дали 10 выздоровленій и 2 смерти, — одну отъ бугорчатки чрезъ два мѣсяца послѣ вмѣшательства, другую отъ септицеміи — чрезъ 10 дней послѣ родовъ. Только второй случай можетъ быть поставленъ въ зависимость отъ метода.

2) Послѣ выкидыша я прибѣгалъ къ внутриматочной тампонаціи, какъ при полномъ опорожненіи матки (3 случая), такъ и при частичномъ задержаніи послѣва (4 случая). Въ семи случаяхъ получилось выздоровленіе. Кромѣ того, 5 случаевъ тампонаціи послѣ извлеченія послѣда дали мнѣ 5 выздоровленій:

3) Въ послѣродовомъ періодѣ я примѣнялъ тампонацію только одинъ разъ; выздоровленіе.

4) 8 разъ послѣ выскабливанія пораженнѣй ракомъ матки и 4 раза послѣ выскабливанія при простомъ эндометритѣ я примѣнялъ тампонацію, постоянно съ успѣхомъ.

5) Въ пяти случаяхъ удаленіе чрезъ влагаллиаце міомы потребовало, вслѣдствіе кровотеченія, тампонаціи матки. Всѣ пять женщинъ выздоровѣли.

Изъ предшествующаго перечисленія видно, что іодоформное марли для внутриматочной тампонаціи представляетъ прекрасное кровоостанавливающее средство и въ то-же время исключаетъ всякую опасность, какъ въ послѣродовомъ періодѣ, такъ и внѣ его. Такимъ образомъ, это есть лѣчебное средство, которое должно распространяться все болѣе и болѣе.

Лѣченіе маточныхъ кровотеченій.

Delineau (Парижъ) познакомилъ съ новымъ способомъ лѣченія маточныхъ кровотеченій при помощи внутриматочнаго электролиза мѣдью. Онъ даетъ наблюденія надъ 12 больными, излѣченными по его способу. Изъ этихъ больныхъ одна уже подвергалась двукратному выскабливанію безъ удовлетворительнаго результата; внутриматочный электролизъ мѣдью вылѣчилъ ее. У другой женщины, страдавшей большими фибромами и обильными кровотечениями, этимъ способомъ были не только остановлены кровопотери, продолжавшіяся въ теченіе трехъ лѣтъ, но электричество, кромѣ того, повлекло за собою самостоятельное выдѣленіе фибромъ.

Hendrickx (Брюссель) показалъ двухъ дѣтей, которымъ онъ сдѣлалъ чревосѣченіе по поводу бугорковаго перитонита, и третьяго, которому чревосѣченіе было сдѣлано въ возрастѣ 15 мѣсяцевъ для удаленія саркомы почки.

Mendés de Léon (Амстердамъ) прочелъ статью о *лѣченіи маточныхъ міомъ*, въ которой онъ говоритъ, что міотомія представляетъ превосходную операцію, дающую только 8% смертности, но заявляетъ себя противникомъ удаленія придатковъ.

Verrier (Парижъ) рекомендуетъ примѣненіе *смѣшанной анестезіи въ гинекологіи* и утверждаетъ, что смѣсь хлороформа съ солянокислымъ морфіемъ наиболѣе предпочтительна въ сравненіи съ другими методами анестезіи.

Danion (Парижъ) сообщилъ результаты своихъ наблюденій, относящихся къ *вліянію электричества на кровотечения, зависяція отъ фибромъ*.

Apostoli (Парижъ) рекомендуетъ *предварительное примѣненіе лѣченія электричествомъ* въ случаяхъ заболѣваній придатковъ, безъ ущерба для другихъ хирургическихъ способовъ, къ помощи которыхъ всегда будетъ время прибѣгнуть, если фарѣдическое утоленіе боли или гальваническая реакція, при внутриматочномъ примѣненіи, не даютъ удовлетворительныхъ результатовъ.

Goullioud совѣтуетъ производить, безъ предварительной гистерэктоміи, *удаленіе чрезъ влагалище* небольшихъ и простыхъ одностороннихъ руо-salpingo-ovarіовъ, при незначительномъ количествѣ сращеній и при легкой доступности Дугласова пространства.

Duret (Лиль) сдѣлалъ сообщеніе о *вегетирующихъ опухоляхъ яичника*. Эти опухоли имѣютъ свою собственную исторію и вполне самобытное, специальное развитіе, но ихъ можно распознавать клинически, благодаря ощущенію бугристости, которая ихъ характеризуетъ; больныя очень часто

переживаютъ ихъ удаленіе, и этого достаточно, чтобы оправдать хирургическое вмѣшательство.

Bossi (Генуя) сообщилъ результаты своихъ экспериментальныхъ и клиническихъ изслѣдованій о различныхъ способахъ *возстановленія слизистой оболочки матки* послѣ выскабливанія или примѣненія *pâte de Canquoin*.

Засѣданіе закрыто.

Засѣданіе 17 сентября утромъ.

Предсѣдатель *Масан*.

Предлежаніе дѣтскаго мѣста.

Berry Hart (Эдинбургъ), *докладчикъ*. — Обыкновенно въ началѣ родовъ, а часто даже и до наступленія какихъ-либо признаковъ родовой дѣятельности, наблюдается наиболѣе сильная потеря крови въ случаяхъ предлежанія послѣда, и это обстоятельство въ большинствѣ совпадаетъ съ однимъ изъ обычныхъ періодовъ менструаціи. Шейка, по причинѣ близости прикрѣпленія послѣда, всегда очень сосудиста, и иногда чрезвычайно напряжена. Всякая попытка провести въ это время чрезъ шейку руку, съ цѣлью-ли отдѣлить плаценту полностью или извлечь ребенка, можетъ быть сдѣлана лишь съ рискомъ разорвать или поранить матку. Извлеченіе плода чрезъ шейку, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ необходимости проникать въ матку рукой, представляетъ собой пріемъ, сопряженный съ незначительными шансами для ребенка и съ большою опасностью для матери: отсюда вытекаетъ показаніе—дѣйствовать безъ насилія и поспѣшности.

Для остановки кровотеченія полное отдѣленіе дѣтскаго мѣста не представляется необходимымъ.

Въ виду того, что расширеніе шейки матки неизбѣжно должно совершиться ради освобожденія пути для ребенка и что въ первый періодъ этого расширенія можетъ наступить кровотеченіе, — въ виду этого существуетъ показаніе ускорять этотъ періодъ, на сколько возможно, постоянно заботясь о томъ, чтобы пріемы были самые деликатные.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды должны наступить съ минуты на минуту, если кровотеченіе сильно, а внутренній зѣвъ еще не проходимъ, остановка кровотеченія и расширеніе зѣва могутъ быть ускорены разрывомъ оболочекъ.

При поперечномъ или неправильномъ положеніи, могущемъ задержать или остановить сокращенія матки, необходимыя для остановки кровотеченія, полезно въ большинствѣ случаевъ примѣнить извлеченіе сейчасъ-же, какъ только позволить расширеніе маточнаго зѣва. При этихъ именно обстоятельствахъ можно употреблять биполярный поворотъ.