

ЗАСѢДАНІЯ АКУШЕРСКИХЪ И ГИ- НЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОБЩЕСТВЪ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО ВЪ С.-ПЕТЕРБУРГѢ.

(годъ седьмой).

ПРОТОКОЛЬ № 3.

Засѣданіе 12-го марта 1892 г.

Предсѣдательствовалъ К. Ф. Славянскій.

Присутствовали 46 членовъ: Баландинъ, Вацевичъ, Бѣляевъ Я. П., Ва-
стенъ, Вертеръ, Верцинскій, Воффъ, Гермониусъ, Гриневъ, Даниловичъ, Доб-
радинъ, Добровольскій В. Н., Драницынъ, Заболотскій, Кирѣевъ, Личкусъ,
Лопатинскій, Массенъ, Мершъ, Нейштубе, Оттъ, Полонскій, Поршняковъ, Род-
зевичъ, Рузи, Рутковский, Савченко, Салмановъ, Смоленскій, Соколовскій,
Стельмаховичъ, Стравинскій, Строгоновъ, Сутугинъ, Фишеръ, Фраткинъ, Цыр-
скій, Чагинъ, Чернышевъ, Швердловъ, Шмидтъ, Штоль, Штольцъ, Шуттен-
бахъ, Ямпольскій, Эйхфусъ и 14 гостей.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № 2.

2) *Г. Ф. Мериз* показалъ *препаратъ трубной беремен-*
ности, добытый отъ женщины, рожавшей раньше 7 разъ
благополучно и умершей отъ чахотки. Въ нижнемъ кон-
цѣ сальника, прикрѣпленный къ нему ложными перепон-
ками, помѣщается скелетъ плода. Черепъ вполне сфор-
мированъ, съ окостенѣвшими перепончатыми частями.

Ребра, кости таза и конечности ясно обозначены. Реберные хрящи и покровы живота мягки. Не хватаетъ лѣвыхъ голени и ступни. Всѣ мягкія части всосались; остался только костный остовъ. Отъ крестцовой кости къ пупку матери идетъ шнурокъ съ ясно обозначенными сосудами. Длина плода отъ тазовыхъ костей до макушки $7\frac{1}{2}$ стм., длина бедра 29 мм., плеча 25 мм., предплечья 22 мм. Матка никакихъ измѣненій не представляетъ; длина ея 9 стм. Правые придатки нормальны, лѣвая труба кончается неправильно, круглой опухолью. Задняя верхняя ея поверхность окрашена въ желтобурый цвѣтъ, задняя нижняя частью грязно-желтоватая, а частью черно-аспидная. Отъ опухоли къ прямой кишкѣ идутъ тонкія ложныя перепонки. Позади опухоли, какъ бы входя въ ея составъ, помѣщается сплюснутый яичникъ. Опухоль, въ разрѣзѣ, наполнена массою волокнины съ известковымъ отложеніемъ. Стѣнки ея подъ микроскопомъ состоятъ изъ тонкаго слоя сывороточной оболочки, мѣстами нѣсколько болѣе толстой, мѣстами исчезающей, изъ тонкаго мышечнаго слоя и затѣмъ изъ соединительнотканнаго слоя, бѣднаго сосудами, стекловиднаго характера. На границѣ соединительной и фиброзной тканей замѣчаются слѣды гигантскихъ клѣтокъ, а также соединительнотканнные отростки, вѣдряющіеся въ волокнину.

И такъ, данный случай должно отнести къ лопнувшей трубной беременности, при чемъ плодъ, выпавшій въ брюшную полость, приросъ къ сальнику. Послѣ смерти плода начался процессъ всасыванія. Нужно думать, что весь процессъ протекъ у больной довольно легко, такъ какъ въ анамнезѣ не было указаній на какую нибудь тяжелую болѣзнь.

3) *В. В. Сутугинъ* показалъ препаратъ *брюшинной беременности*. Матка значительно увеличена въ объемѣ. Сзади и немного выше ея находится плодный мѣшокъ. Отъ верхней части дна матки, съ передней ея поверхности, сливаясь съ оболочками плоднаго мѣшка, идетъ широкій, плоскій мышечный отростокъ въ 4 стм. длиною и 9 стм. шириною у основанія. Въ верхушкѣ отростка, у самой верхней части плоднаго мѣшка, помѣщается яйцевидная фиброміома въ 32 мм. въ наибольшемъ раз-

мѣрѣ. Плодовмѣстилище было отдѣлено вмѣстѣ со смежными органами (маткой, мочевымъ пузыремъ, прямой кишкой и рукавомъ), брюшиной малаго таза и подлежащей клетчаткой. Въ немъ (плодовмѣстилищѣ) лежалъ плодъ головкой влѣво и внизъ, а спинкой вверхъ. Широко развитое дѣтское мѣсто прикрѣпляется къ задней поверхности матки у правой широкой связки, къ дну Douglas'овой складки и задней стѣнки ея, впереди прямой кишки, на 9 см. отъ дна. Вся длина дѣтскаго мѣста со дна матки (внизъ 18 см., а вверхъ дна складки 9), позади матки въ Douglas'овой складкѣ 27 см., а

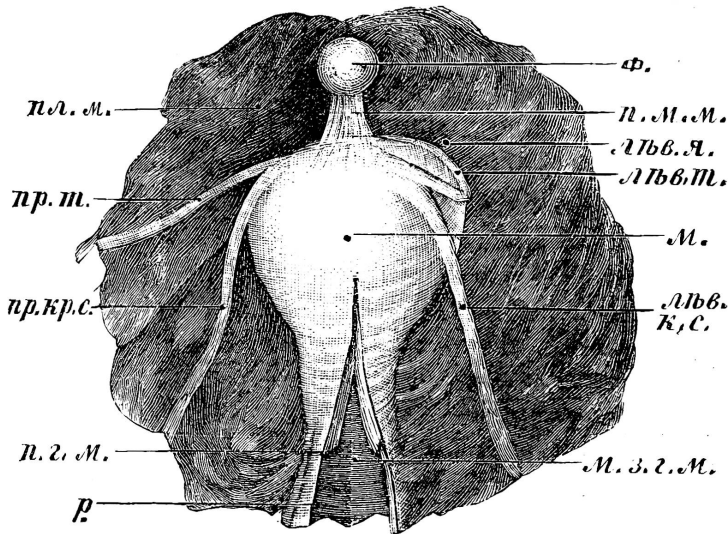


Рис. 1. Общій видъ препарата спереди, по отдѣленіи брюшной стѣнки и сальника и по отведеніи мочевого пузыря. *М*—матка; *пр. кр. с.*—правая круглая связка; *лѣв. к. с.*—лѣвая круглая связка; *пр. т.*—правая труба; *лѣв. т.*—лѣвая труба; *пл. м.*—плодный мѣшокъ; *ф.*—фиброма на верхушкѣ плоднаго мѣшка; *п. м. м.*—пучекъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ; *лѣв. я.*—мѣсто лѣваго яичника; *п. 2. м.*—передняя губа матки; *м. з. г. м.*—мѣсто задней губы матки; *р.*—рукавъ.

поперечникъ около 15 сантим. пуповина прикрѣпляется къ верхнему краю плаценты, у правой широкой связки. Въ задней стѣнкѣ рукава разрѣзъ, въ краяхъ котораго болѣе 6 лигатуръ. Въ стѣнкахъ рукава, особенно въ задней, чрезвычайно развиты множественно извитыя вены. Толщина стѣнки рукава, вмѣстѣ съ остатками плаценты, по краямъ разрѣза 25 мм., а въ разрѣзѣ надъ правымъ

сводомъ 33 мм. Правая Fallopіева труба длиной около 16 см., узка, но проходима по всей длинѣ и лежитъ снаружи плоднаго мѣшка. Правый яичникъ довольно плоскій; въ немъ опухоль (длиной въ 1,5 см., шириной въ 1), состоящая какъ бы изъ центральнаго сосуда и идущихъ отъ него лучевидныхъ долекъ. Лѣвая Fallopіева труба нѣсколько длиннѣе правой, съ извилистымъ ходомъ, приросла къ боковой поверхности матки и къ верхней по-

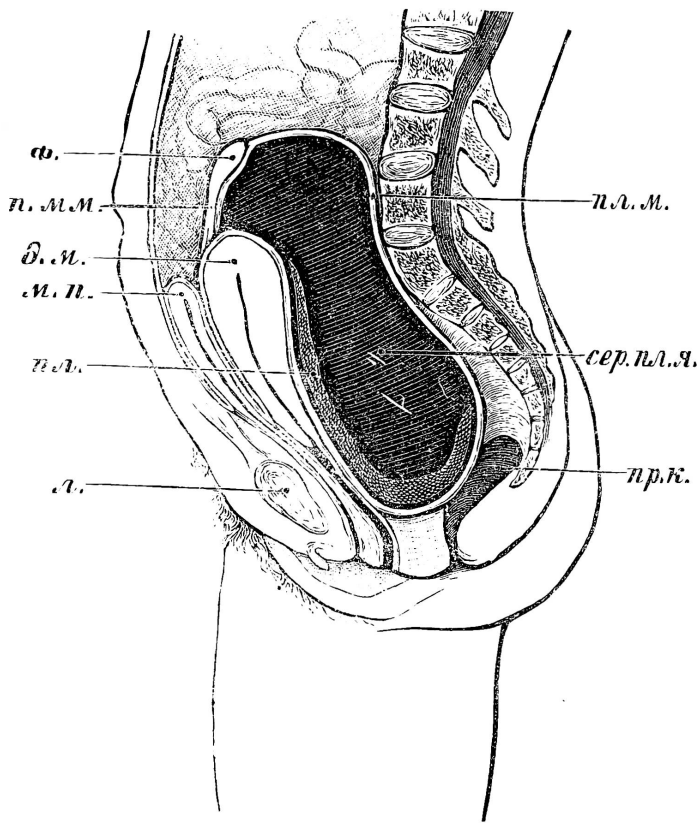


Рис. 2. Схематическій разрѣзъ спереди назадъ для показанія отношеній плоднаго мѣшка къ сосѣднимъ органамъ. *ф.*—фиброміома; *п. м. м.*—пучекъ мышцъ отъ фиброміомы ко дну матки; *п. л. м.*—плодный мѣшокъ; *д. м.*—дно матки; *м. п.*—мочево́й пузырь; *п. л.*—плацента; *л.*—лобковое сочлененіе; *сер. п. л. я.*—середина плоднаго яйца; *пр. к.*—прямая кишка.

верхности наружной стѣнки плоднаго мѣшка. Бахромки справа ясно замѣтны, но сросшены съ плоднымъ мѣшкомъ; слѣва же сросшены съ нимъ до неузнаваемости. Лѣвый яичникъ сначала не былъ найденъ, но былъ заподозрѣнъ

въ утолщеніи стѣнки мѣшка слѣва, сверху и сзади, гдѣ онъ при микроскопическомъ изслѣдованіи дѣйствительно и оказался. Стѣнки плоднаго мѣшка рыхлы, заднею поверхностью срослены съ S-гоманомъ, въ нижнепередней части сливаются съ маткой, составляющей часть его передней стѣнки; въ остальной периферіи мѣшокъ переходитъ въ брюшину кишечноматочной ямки. Длина матки 19, поперечникъ 11, толщина (спереди назадъ) 4,6; полость тѣла 14 см. Слизистая оболочка ея покрыта небольшимъ количествомъ гноевидной жидкости, крупнозерниста; отдѣльныя довольно плоскія возвышенія ея достигаютъ до 8 мм. Вся слизистая оболочка утолщена, тускло-сѣровато-желтовата. Мышечная стѣнка матки толщиною до 2,5 см., малокровна, вяла. Передняя губа маточной шейки утончена, но ясно замѣтна; задней же губы совсѣмъ нельзя замѣтить: она прямо переходитъ въ заднюю стѣнку рукава. Вся полость матки до наружнаго зѣва 17 см. (см. рис. на стр. 480 и 481).

Д. О. Оттзъ, исходя изъ того соображенія, что стѣнки плоднаго мѣшка содержатъ, во многихъ мѣстахъ, мышечные элементы и что лѣвая труба и яичникъ не могутъ быть прослѣжены на всемъ ихъ протяженіи, думаетъ, что данный препаратъ нельзя съ полнымъ убѣжденіемъ относить къ брюшинной беременности. Весьма вѣроятно, наоборотъ, что это беременность трубнобрюшная. Подобное положеніе не исключается прикрѣпленіемъ послѣда въ Douglas'овомъ пространствѣ. Случай, весьма похожій на случай докладчика, недавно описалъ Zweifel и также отнесъ его именно къ трубнобрюшной беременности, не смотря на то, что яичникъ и труба лежали совершенно отдѣльно, а плацента также прикрѣплялась въ Douglas'овомъ пространствѣ. Указанный случай идетъ такимъ образомъ совершенно въ разрѣзъ съ оцѣнкой, данной препарату В. В. Сутугинымъ. Клиническая картина еще менѣе можетъ считаться рѣшающимъ обстоятельствомъ въ надежной дифференцировки того или другого вида несвоемѣстной беременности и въ этомъ отношеніи клиническое опредѣленіе опухоли съ рѣзкими или болѣе разлитыми границами можетъ считаться развѣ только, какъ одинъ изъ вспомогательныхъ признаковъ. Вообще считаю до поры до времени цѣлесообразнѣе не предрѣшать вопроса, пока не накопится достаточное количество матеріала; теперь же, пока извѣстно только крайне ограниченное число случаевъ, признаваемыхъ авторомъ (и къ тому же часто безъ достаточно удовлетворительной мотивировки) за брюшинную беременность, всякое обобщеніе скорѣе можетъ затемнить дѣло и неблагоприятно повліять на дальнѣйшее его развитіе.

В. В. Сутугинъ возразилъ: для опредѣленія мѣста развитія вѣматочнаго плода, мнѣ кажется, необходимо принимать въ расчетъ мѣсто развитія плаценты. Въ показанномъ мною препаратѣ послѣдняя ясно прикрѣпляется сзади матки и правой широкой связки, къ Douglas'овой складкѣ Fallop'ева

труба справа ясно прослѣжена и только прилегасть, но не соединяется съ мѣстомъ развитія плаценты. Лѣвая Fallorіева труба прилегасть къ плодному мѣшку и ясно (на свѣжѣмъ препаратѣ) была замѣтна до бахромокъ, распространявшихся снаружи плоднаго мѣшка. Вся она помѣщена внѣ мѣста прикрѣпленія плаценты, тамъ гдѣ было chorion laeve, а поэтому и надо принять, что эта лѣвая труба только случайно была втянута сращениями съ стѣнкой плоднаго мѣшка въ образованіе его. Такимъ же образомъ на образованіе стѣнки плоднаго мѣшка послужилъ и лѣвый яичникъ, уплощенный, атрофированный и найденный при микроскопическомъ изслѣдованіи тоже внѣ мѣста плаценты. Значительное увеличеніе матки и ясное развитіе плаценты внѣ трубъ и яичниковъ даютъ анатомопатологическія данныя для признанія брюшинной беременности. Трубную беременность можно признавать только тамъ, гдѣ плацента развивается въ самой трубѣ; при этомъ послѣдняя можетъ только выпячиваться, но не лежать прикрѣпленной къ какой либо части брюшиннаго листка полости малаго таза. Самая клиническая картина и результаты изслѣдованія рѣзко разнятся при брюшинной беременности отъ трубной. Такъ, при трубно-брюшной беременности, когда плацента сидитъ въ трубѣ, при изслѣдованіи черезъ рукавъ опредѣляется рѣзко ограниченная опухоль, а при брюшинной заматочной беременности прощупывается разлитая опухоль, безъ рѣзкихъ границъ переходящая въ сосѣднія ткани.—Я считаю необходимымъ разъ навсегда условиться въ дѣленіи различныхъ видовъ внѣматочной беременности и принять мѣсто образованія плаценты за условіе, опредѣляющее разновидности. Иначе одни будутъ видѣть все трубную беременность тамъ, гдѣ другіе найдутъ яичниковую, а третьи брюшинную, и никогда нельзя будетъ разобраться, не имѣя твердой основы для данной разновидности.

4) *Д. О. Оттз* показали слѣдующіе препараты:

а) Плотную опухоль яичника, которая на основаніи макроскопическаго осмотра была признана за саркоматозную, что и подтверждено микроскопическими препаратами, представленными обществу въ томъ же засѣданіи. Опухоль неправильной формы и превышаетъ размѣрами объемъ двухъ кулаковъ. Клинически описанный случай представлялъ ту особенность, что не осложнялся водянкой брюшной полости.

б) Препаратъ доношенной трубной беременности, представленный уже раньше обществу не обработаннымъ вскорѣ послѣ произведенной операціи. Въ настоящее время мѣшокъ содержащій плодъ вскрытъ и позволяетъ отчетливо видѣть способъ прикрѣпленія къ мѣшку всего послѣда. Placenta представляетъ совершенно аналогичную картину, какъ въ случаѣ только то показанномъ *В. В. Сутугинымъ*. Стѣнка трубы, какъ это видно на препаратѣ, крайне истончена и окружена снаружи массой лож-

ныхъ сращеній, фиксировавшихъ опухоль къ брюшинѣ окружающихъ ее органовъ.

в) Препаратъ двойной вѣматочной беременности: свѣжей и болѣе старой, развившейся въ обѣихъ яйцеводахъ, причемъ въ болѣе поздней отлично сохранились части плода соответствующаго 2¹/₂—3 мѣс. Указанный случай интересенъ въ томъ отношеніи, что діагнозъ двусторонней вѣматочной беременности былъ установленъ до операціи, которой онъ и подтвержденъ. Въ этомъ случаѣ въ числѣ діагностическихъ приѣмовъ примѣнено между прочимъ и пробное удаленіе частицы слизистой оболочки, которая позволила опредѣлить характерныя для беременности особенности—депидуальныя клѣтки

г) Препаратъ трубной прогрессировавшей беременности. Плодъ очень хорошо сохраненъ и отвѣчаетъ приблизительно 1¹/₂ мѣс. До операціи примѣненіе того же діагностическаго приѣма, какъ и въ предшествующемъ случаѣ.

д) Препаратъ трубной беременности (resp. трубный абортъ). Плода въ этомъ случаѣ не найдено, но вполне хорошо сохранившіяся ворсины свидѣлствуютъ за беременность. Въ этомъ случаѣ, сначала опредѣляя заболѣваніе трубы, діагнозъ вѣматочной беременности былъ поставленъ почти исключительно на основаніи превращенія слизистой оболочки матки въ отпадающую, что опредѣлено путемъ діагностическаго выскабливанія.

5) В. А. Ващенко прочелъ отчетъ о 30 оваріо-и сальпинготоміяхъ, произведенныхъ въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы съ 1890 по 1 января 1892 г. Въ число этихъ 30 операцій входятъ слѣдующіе случаи: пролиферирующихъ кистъ яичниковъ—14, межсвязочныхъ—5, дермоидная 1, гидросальпинксовъ—2, гематосальпинксъ—1, вѣматочная трубная беременность—1, двусторонній бугорчатый сальпингитъ—1, двусторонній піосальпинксъ съ нарывами въ яичникахъ—1, двусторонній піосальпинксъ съ межсвязочной правой кистой—1, гипертрофическій сальпингитъ съ нарывомъ лѣваго яичника—1, двусторонній гипертрофическій сальпингитъ съ кистой яичника—1 и двусторонній перелойный сальпингитъ съ переметритомъ и кистовиднымъ перерожденіемъ обоихъ яичниковъ—1. Срощенія, болѣе или менѣе сильно выраженные, были у 17 больныхъ, а у 4 оказались та-

кія условія, что удалить все было нельзя, и пришлось всю или часть опухоли вшить въ рану. У 18 больных температура въ послѣоперационномъ періодѣ ни разу не доходила до 38° . У 9 больных она отъ 1 до 4 разъ повышалась до $38,5^{\circ}$, у 2 до 39° , и у одной до $39,2^{\circ}$. Изъ 30 оперированныхъ умерла 1. У нея во время операціи лопнула наполненная гноемъ киста, помѣщавшаяся въ лѣвой широкой связкѣ. Гной попалъ въ брюшную полость и вызвалъ острый перитонитъ, отъ котораго больная и умерла на 3-й день послѣ операціи при температурѣ, не превышавшей $37,8^{\circ}$. Докладчикъ далѣе нѣсколько подробнѣе остановился на болѣе интересныхъ случаяхъ, причемъ предъявилъ Обществу и нѣсколько препаратовъ. Докладу предшествовало описаніе помѣщенія, обстановки и условій, при которыхъ больныя оперируются въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы ¹⁾.

6) *Д-ръ Семенскій* говорилъ о *тампонаціи брюшной полости*. Разобравъ различные способы дренированія брюшной полости и описавъ способъ *Mikulicz'a*, докладчикъ отмѣтилъ въ немъ слѣдующіе недостатки:

1) Путь, по которому проходитъ тампонъ изъ Douglas'ова пространства къ передней брюшной стѣнкѣ, весьма длиненъ; вслѣдствіе этого марля приходитъ въ соприкосновеніе съ такими частями брюшныхъ внутренностей, которыя вполне здоровы и нисколько не нуждаются въ дренажѣ. 2) Жидкость, высасываемая тампономъ изъ мертваго пространства и часто обладающая различными свойствами, соприкасается съ здоровой брюшной. 3) Въ составъ образующейся кругомъ тампона оболочки входятъ преимущественно кишки, которыя склеиваются между собою и съ другими частями, съ ними соприкасающимися, и образуютъ своего рода клубокъ. Обстоятельство это безразлично, ибо затрудняетъ передвиженіе кишекъ, причиняетъ въ послѣдствіи болѣзненные ощущенія отъ растягиванія ложныхъ перепонокъ и вообще обуславливаетъ послѣдствія, которыя не могутъ быть опредѣлены напередъ. Въ худшемъ случаѣ можетъ случиться даже и непроходимость кишекъ. 4) Конечъ тампона, выведенный въ брюшную рану, исключаетъ возможность перваго натяженія, что даетъ поводъ для

¹⁾ Болѣе подробный отчетъ будетъ помѣщенъ въ Больничн. Газ. Боткина.

образованія грыжи бѣлой линіи живота впослѣдствіи.

5) Выведенный наружу конецъ тампона, хотя и покрытъ повязкой, подвергается высушивающему дѣйствію атмосферы, что, отчасти, лишаетъ тампонъ его волосныхъ свойствъ. Въ виду всего сказаннаго, вполне естественно стремленіе, воспользовавшись всѣми выгодами тампона *Mikulicz'a*, устранить, по возможности всѣ его побочныя вредныя свойства. Съ этой цѣлью *Д. О. Отта* предложилъ слѣдующій способъ: послѣ вылушенія, напр., опусти задній сводъ влагалища протыкають, чтобы проникнуть въ *Douglas'*ово пространство, и въ образованное отверстіе вводятъ со стороны брюшной полости полосу обезпложенной или іодоформенной марли достаточной длины для того, чтобы ею можно было затампонировать все мертвое пространство. Полоса укладывается правильными слоями справа налево, въ видѣ зигзаговъ, и брюшная рана зашивается на всемъ пространствѣ. Жидкость, собирающаяся въ *Douglas'*овомъ пространствѣ, выводится во влагалище и пропитываетъ влагалищный тампонъ, который можно перемѣнять по мѣрѣ надобности. Способъ этотъ, соединяя въ себѣ всѣ выгодныя свойства тампона *Mikulicz'a*, не имѣетъ его недостатковъ:

- 1) Брюшная рана заживаетъ первымъ натяженіемъ.
- 2) Кишки приходятъ въ соприкосновеніе съ тампономъ лишь на очень ограниченномъ пространствѣ; срощенія по удаленіи тампона, получаютъ обыкновенно только между маткой и прямой кишкой.
- 3) Полоса марли, лежащая во влагалищѣ, не высыхаетъ и потому дѣйствуетъ все время, какъ волосной дренажъ.—Въ заключеніе докладчикъ представилъ нѣсколько препаратовъ, полученныхъ имъ при опытахъ на собакахъ. На препаратахъ этихъ видны всѣ вышеизложенныя невыгодныя стороны тампона *Mikulicz'a*, между тѣмъ, какъ способъ *Д. О. Отта*, испытанный послѣднимъ въ 7-ми случаяхъ на больныхъ женщинахъ, вполне оправдалъ возлагавшіяся на него надежды.

Д. М. Кирпѣвъ сказалъ: Ничего новаго только что упомянутый способъ проф. *Отта* не представляетъ и уже давно практикуется многими гинекологами: стоитъ только вспомнить экстирпацію матки черезъ влагалище и различные способы ухода за брюшно-влагалищною раной; затѣмъ лѣченіе заматочной кровяной опухоли влагалищнымъ разрезомъ съ послѣдовательною

тампонадою заматочнаго пространства. Двѣ такого рода больныхъ, уже оперированныхъ, лежатъ въ настоящее время въ завѣдываемомъ мною отдѣленіи. Наконецъ и при чревосѣченіяхъ дренажъ черезъ заднее *Douglas'*ово пространство примѣняется уже много лѣтъ; одно время имъ даже чрезмѣрно увлекались, теперь же онъ употребляется сравнительно рѣдко, въ строго обособленныхъ случаяхъ, причемъ, примѣнявшіеся прежде каучуковыя трубки, замѣнены іодоформной марлей, какъ наиболѣе совершеннымъ капиллярнымъ дренажемъ. Что касается до показаннаго препарата собачьихъ внутренностей, то намъ также давно извѣстно, что при введеніи въ полость брюшины долго не всасывающихся предметовъ они осумковываются и такимъ образомъ полость брюшины изолируется отъ тампона.

В. В. Сунугинъ замѣтилъ: Я долженъ присоединиться къ мнѣнію *Д. М. Кирѣева*, что приведенный якобы новый способъ тампонады мертваго пространства далеко не новъ и широко примѣняется при вскрытіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей. Я вижу только разумное примѣненіе общаго закона въ томъ, что конецъ тампона долженъ быть выводимъ всегда по возможности краткимъ путемъ; если мертвое мѣсто ближе къ передней брюшной стѣнкѣ, то черезъ нее; если же оно ближе къ *Douglas'*ову пространству, то черезъ задній сводъ. Во всякомъ случаѣ, я радъ приветствовать удачное примѣненіе тампона черезъ рукавъ и при вскрытіи остальной брюшной полости.

Е. Ф. Бацевичъ также не видитъ въ способѣ *Д. О. Отта* ничего новаго. Способъ этотъ практиковался и до *Mikulicz'*а.

Д. О. Отта отвѣтилъ: Появленіе въ оперативной техники новыхъ приѣмовъ или усовершенствованій старыхъ обыкновенно обуславливается естественнымъ развитіемъ соответственной специальности и создается, я бы сказалъ, самою жизнью. Наблюденія и опыты надъ видоизмѣненіемъ способа тампонаціи брюшной полости, которые взялъ на себя трудъ сообщить Обществу д-ръ *Семѣнскій*, особенно наглядно подтверждаютъ только что высказанное. Практическій интересъ и преимущества, которые представляютъ предлагаемое измѣненіе способа *Mikulicz'*а, мнѣ казались достойными того, чтобы ихъ подвергнуть всестороннему обсужденію со стороны Гинекологическаго Общества. Я рассчитывалъ услышать отъ отдѣльныхъ сочленовъ сообщенія и наблюденія надъ тампонаціей брюшной полости изъ ихъ личной практики; хотѣлось бы выслушать критику по существу о новомъ видоизмѣненіи, — тѣмъ болѣе, что въ только что прочитанномъ докладѣ, въ видѣ цѣлаго ряда отдѣльныхъ положеній, изложены особенности предлагаемаго способа. Къ сожалѣнію, такого отношенія, могущаго содѣйствовать развитію дѣла и выясненію поставленнаго вопроса, я не встрѣтилъ: замѣчанія почти исключительно сводились къ вопросу о «первенствѣ»; заявлено было, что способъ не новъ, что де «былъ, есть и будетъ», при чемъ это не было подтверждено необходимыми въ такомъ случаѣ литературными данными. Такимъ образомъ вопросъ о первенствѣ (хотя, конечно, и наименѣе интересный во всемъ дѣлѣ), все таки, долженъ считаться неопровергнутымъ. Переходя къ оцѣнкѣ вопроса по существу, я тоже долженъ замѣтить, что и въ этомъ отношеніи всѣ, безъ исключенія, положенія, высказанныя докладчикомъ, оставлены въ полной силѣ.

Критическія же замѣчанія, сдѣланныя по этому поводу, не касаясь дѣла по существу, позволяютъ скорѣе высказать предположеніе, что возражавшіе недостаточно строго различаютъ *дѣйствительную тампонацію брюшной полости* отъ дѣйствій, близкихъ съ этимъ приѣмомъ. Такъ напримѣръ *В. В. Сутугинъ* заявляетъ, что при вскрытіи заматочныхъ кровяныхъ опухолей черезъ влагалище полость мѣшка выполняется іодоформной марлей. Очевидно, что при тампонированіи мѣшка кровяной опухоли тампонъ даже и не соприкасается съ брюшиной, такъ какъ брюшная полость уже задолго до вскрытія кровяной опухоли несомнѣнно уединена отъ полости мѣшка, содержащаго излившуюся кровь. Если заматочная кровяная опухоль развивается въ уже раньше образовавшемся мѣшкѣ, то указанныя отношенія выступаютъ еще нагляднѣе. Слѣдовательно, указанныя *В. В. Сутугинъ*мъ условія ни въ какомъ случаѣ не могутъ быть отождествляемы съ тампонаціей полости брюшины. Единичнымъ образомъ и заявленіе *Д. М. Кирпичева*, что при всякомъ вырѣзываніи матки черезъ влагалище мы тампонируемъ брюшную полость, совершенно не можетъ быть отождествляемо съ предлагаемымъ способомъ, такъ какъ при введеніи тампоновъ вслѣдъ за удаленіемъ матки мы тампонируемъ только пространство, гдѣ вскрыта кляпчатка, *не вводя марли въ брюшную полость*; этого послѣдняго обстоятельства въ подобныхъ случаяхъ нужно, наоборотъ, даже избѣгать, такъ какъ иначе, какъ это доказано рядомъ примѣровъ, могутъ получиться самыя неблагопріятныя послѣдствія. Такимъ образомъ, ясно, что возражавшіе смѣшиваютъ совершенно различныя вещи. Замѣчаніе *В. В. Сутугина*, что предлагаемый мною способъ непримѣнимъ во *всѣхъ* случаяхъ, напримѣръ, когда необходимо дренировать въ области пузырно-маточнаго пространства, я никоимъ образомъ не могу считать основательнымъ упрекомъ моему способу, — главнымъ образомъ, потому, что способъ предложенъ только для поражений *Douglas'*ова пространства (въ этой области почти исключительно приходится отдѣлять сращения, вылучивать опухоли и т. п.) и, подобно всякому новому способу, имѣетъ строго ограниченную область примѣненія. Возводить же, какой бы то ни было, приѣмъ въ панацею или предъявлять къ нему подобныя требованія неосновательно, такъ какъ врачъ прежде всего долженъ индивидуализировать и строго разграничивать условія при выборѣ того или другого способа. На основаніи всего, что было высказано по поводу доклада, я считаю себя, такимъ образомъ, въ правѣ еще разъ подчеркнуть тѣ преимущества, которыя представляетъ разбираемый способъ сравнительно со способомъ *Mikulicz'a*. Представленные анатомическіе препараты доказываютъ это особенно наглядно. Насколько цѣлесообразенъ новый способъ, особенно ясно доказываетъ случай, въ которомъ мнѣ пришлось затампонировать *Douglas'*ово пространство послѣ вылученія мѣшка при трубной беременности, которая одновременно осложнилась и внутриматочной. Указанная больная не только хорошо и безъ всякой реакціи оправилась отъ чревосѣченія, но, кромѣ того, удалось сохранить и внутриматочную беременность, которая теперь ужъ близится къ нормальному концу, протекая совершенно правильно; бывшая больная чувствуетъ себя совершенно здоровой. Въ заключеніе позволю себѣ сдѣлать нѣсколько добавленій къ самой техникѣ тампони-

рованія. Во первыхъ, считаю цѣлесообразнѣе прокладывать путь изъ задняго свода въ *Douglas'*ово пространство по старому способу, не измѣняя положенія больной и непосредственно протыкая корнцангомъ задній сводъ. Перемѣщать больную въ спинно-крестцовое положеніе, обнажать зеркалами сводъ, дѣлать послонный разрѣзъ, хотя и имѣть нѣкоторыя преимущества, но хлопотливѣе и мѣшкотнѣе и, къ тому же, требуетъ перемѣщенія больной со вскрытой брюшной полостью, что само по себѣ можетъ представить серьезную опасность и осложненія. Во 2-хъ, во время проведенія корнцанга хорошо, раскрывая его вѣтви, нѣсколько расширить образованное отверстіе въ сводѣ, дабы впослѣдствіи легче было удалить марлю, которую удобнѣе всего имѣть въ запасѣ, въ видѣ длинной полосы, свернутой на подобіе обыкновеннаго бинта. Въ 3-хъ, во время удаленія марли (дня черезъ 4—5), чтобы избѣгнуть болевыхъ ощущеній и пораненій, лучше всего конецъ полосы, выведенной во влагалище, во время потягиванія скручивать на подобіе веревки. При такомъ способѣ существенно упрощается извлеченіе тампона.

7) *И. И. Макавѣевъ* говорилъ о *Старо-Русскихъ минеральныхъ ваннахъ во время нормальныхъ и патологическихъ регулъ*. Предпославъ краткій фізіологическій очеркъ дѣйствія теплыхъ ваннъ на организмъ женщины, докладчикъ на основаніи 149 клиническихъ наблюденій пришелъ къ тому заключенію, что 1) сказанныя ванны не дѣйствуютъ вредно на нормально протекающія мѣсячныя; 2) на теченіе же патологическихъ мѣсячныхъ дѣйствуютъ безусловно благотворно.

Б. А. Родзевичъ возразилъ: Что теплыя ванны прѣсныя или минеральныя могутъ во многихъ случаяхъ заболѣваній женской половой сферы приносить нѣкоторую пользу—это давно всѣми допускается. Попытки докладчика объяснить благотворное вліяніе соленыхъ теплыхъ ваннъ способностью ихъ вызывать сокращенія мышечныхъ элементовъ матки вполне произвольно и скорѣе противорѣчитъ современнымъ взглядамъ относительно вліянія теплыхъ ваннъ на организмъ. Наблюденія докладчика не были обставлены такъ, чтобы могли служить матеріаломъ для какихъ либо выводовъ, а имъ сдѣланные выводы слишкомъ субъективны. Проводя два послѣдніе сезона въ Старой Руссѣ, *Б. А. Родзевичъ* принималъ исключительно гинекологическихъ больныхъ, стараясь, конечно, въ каждомъ случаѣ установить діагностику процесса, сообразно коему назначалъ ванны того или иного вида. При этомъ, однако, больныя подвергались по возможности мѣстному лѣченію, не говоря уже о соблюденіи всѣхъ наличныхъ условій, могущихъ благотворно вліять на общее состояніе больныхъ. *Родзевичъ* не заставлялъ своихъ больныхъ принимать теплыя ванны во время регулъ, не находя для этого достаточныхъ мотивовъ; помимо предубѣжденія женщинъ, быть можетъ не всегда безосновательнаго, удерживающаго ихъ отъ принятія ваннъ во время регулъ, при нѣкоторыхъ патологическихъ регулахъ казалось болѣе умѣстнымъ соблюденіе

общаго покоя. Получая, при указанномъ комбинированномъ лѣченіи своихъ больныхъ, удовлетворительные результаты, *Родзевичъ* не считаетъ однако возможнымъ раздѣлять слишкомъ оптимистическія ожиданія докладчика отъ самихъ минеральныхъ ваннъ, а тѣмъ болѣе ему кажется непонятнымъ, что такія ожиданія ставятся въ зависимость отъ принятія больными ваннъ во время регуль.

Предсѣдатель **К. Славянскій.**
Секретарь **Л. Личкусъ.**

Засѣданіе 12 марта 1892 г.

ПРОТОКОЛЬ № III.

Административное засѣданіе.

Присутствовали 36 членовъ.

1) Читанъ и утвержденъ протоколъ № II.

2) Ревизіонная коммиссія изъ членовъ: *И. М. Тарновскаго, В. А. Вастена, Е. Ф. Бацевича* и *К. И. Горайскаго* доложила обществу, что при ревизіи денежной касы послѣдняя найдена ими въ должномъ порядкѣ.

3) Та же коммиссія, обревизовавъ библіотеку общества, нашла ее въ полномъ порядкѣ.

4) Та же коммиссія, избранная для ревизіи денежной отчетности редакціи «Журнала Акушерства и женскихъ болѣзней» нашла всѣ записи и итоги за 1891 г. правильными и подлинныя документы и счета въ надлежащемъ порядкѣ. Въ приходѣ оказалось 3856 р. 53 к., въ расходѣ 3956 р. 6 к.; въ дефицитѣ 99 р. 53 к. Общество постановило этотъ дефицитъ по журналу внести въ расходъ наступающаго года.

5) Утверждена смѣта расходовъ на 1892 г., представленная казначеемъ общества—*Н. И. Стравинскимъ*.

6) *А. Р. Фишеръ*, отъ имени организаціоннаго Комитета 1-го международнаго гинекологическаго конгресса,