

V Съѣздъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

Секція акушерства и женскихъ болѣзней.

Засѣданіе 28-го декабря 1893 г.

Засѣданіе было открыто завѣдующимъ секціей проф. А. И. Лебедевымъ. Послѣ привѣтствія товарищей имъ было указано на то, что возникновеніе съѣздовъ, есть дѣло сравнительно недавняго времени. Отдѣленіе отъ естествоиспытателей произошло, съ одной стороны, вслѣдствіе широкаго развитія медицины, съ другой— вслѣдствіе трудности организаци. Органическая же связь медицинскихъ и естественныхъ наукъ не должна нарушаться. Медицина—дѣтище естественныхъ наукъ, поэтому должно стремиться къ этой родственной связи. Въ настоящее время одновременно происходятъ два съѣзда въ Петербургѣ и Москвѣ. Такое совпаденіе несомнѣнно дѣлитъ научныя силы и отзывается невыгодно на результатахъ.

Профессоръ предложилъ почтить вставаніемъ память умершихъ знаменитыхъ гинекологовъ: *Breisk'*аго, *Braun'*а и *Kaltenbach'*а ¹⁾).

Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. Кіевск. универс. Г. Е. Рейнъ, который, послѣ выраженія благодарности за честь избранія, сказалъ краткую рѣчь. Онъ напомнилъ товарищамъ, что они находятся въ аудиторіи, гдѣ много лѣтъ раздавалось живое слово покойнаго проф. С. И. Боткина, русскаго врача, философа и гуманиста, проф. А. Я. Красовскаго, основателя русской оперативной гинекологіи, и другихъ. Каждый камень говоритъ о блестящемъ прошломъ русской медицинской школы. Пусть эти воспоминанія, продолжалъ ораторъ, подкрѣпляютъ насъ, ободряютъ въ

¹⁾ Къ сожалѣнію профессоръ забылъ упомянуть, что въ истекшемъ 1893 году умеръ и одинъ изъ извѣстныхъ русскихъ гинекологовъ—И. О. Баландинъ.

плодотворномъ трудѣ!... Обсужденіе научныхъ вопросовъ есть священнодѣйствіе, и таковымъ должно быть наше обсужденіе медицинскихъ вопросовъ, имѣющихъ важное значеніе для страждущихъ.

Апилодисменты.

1) Ч. пр. И. И. Смольскій сдѣлалъ докладъ: „О способахъ леченія трубной беременности въ первой половинѣ“.

Внѣматочная беременность, какъ теперь извѣстно, явленіе нерѣдкое, и поэтому вопросъ о леченіи этого заболѣванія представляетъ важный интересъ.

Если внѣматочная беременность продолжаетъ развиваться, то леченіе направлялось въ первой половинѣ ея къ той цѣли, чтобы уничтожить плодъ и вызвать запусѣніе мѣшка. Употреблявшійся для этого проколъ, часто давалъ дурные результаты, вслѣдствіе чего и былъ оставленъ, точно также какъ и повторное впрыскиваніе морфія. Единственный случай впрыскиванія 5⁰/₀ раствора хлористаго цинка равнымъ образомъ не нашелъ послѣдователей. Больше сторонниковъ, особенно въ Америкѣ, имѣло электричество, примѣненіе котораго однакожъ опасно вслѣдствіе разрывовъ мѣшка. Невыгода этихъ способовъ главнымъ образомъ заключается въ томъ, что по смерти плода мѣшокъ остается со всѣми могущими быть неблагоприятными послѣдствіями. Поэтому въ настоящее время пришли къ выводу, что „единственнымъ разумнымъ средствомъ леченія трубной беременности до разрыва плоднаго мѣшка или до выкидыша въ брюшную полость слѣдуетъ считать вырѣзываніе мѣшка путемъ чревосѣченія“.

Если разрывъ мѣшка и кровотеченіе происходятъ на глазахъ врача, то въ такомъ случаѣ, взвѣсивъ условія, какъ со стороны больной, такъ и со стороны окружающей обстановки, слѣдуетъ также предпочесть чревосѣченіе. Schauta даетъ слѣдующія цифры смертности при подобныхъ обстоятельствахъ: безъ чревосѣченія на 144—случаевъ смерти 123=85⁰/₀; при чревосѣченіи на 121—случаевъ смерти 19=16⁰/₀.

Прогрессирующая беременность есть показаніе къ чревосѣченію (Рейнъ).

Далѣе докладчикъ, полагая, что кровяная опухоль есть, въ большинствѣ случаевъ, послѣдствіе трубной беременности (по Апанову 47¹/₃⁰/₀), отождествляетъ леченіе внѣматочной беременности въ регрессивномъ періодѣ съ леченіемъ заматочной кровяной опухоли и, разбирая литературу вопроса, приходитъ къ тому выводу, что существуютъ два способа леченія: 1) чревосѣченіе съ цѣлью удаленія всего больного мѣста и 2) выжидательный образъ

дѣйствія, разсчитанный на разсасываніе опухоли. Представителями перваго направленія должны считаться *Lawson-Tait* и *Omm*.

Большинство же гинекологовъ, какъ напр. *Olshausen*, *Veit*, *Schauta*, *Leopold*, *Zweifel*, *Лебедевъ* и др., предпочитаютъ второй способъ.

Если же при выжидательномъ способѣ лѣченія не происходитъ разсасыванія или происходитъ нагноеніе опухоли, то становится неизбѣжнымъ хирургическое вмѣшательство. Многіе авторитеты (вышепоименованные) въ такихъ случаяхъ предпочитаютъ разрѣзъ задняго свода; этого послѣдняго взгляда держится и самъ докладчикъ. Интересны цифровыя данныя, приведенныя въ докладѣ: по *Zweifel* ю, при выжидательномъ лѣченіи смертность=18% или 82% выздоровленія; самопроизвольное излѣченія выздоровленія=63%; по *Аганову*, при выжидательномъ лѣченіи смертность=13,2%.

Lawson-Tait при лапаротоміи даетъ цифру смертности=4,7%.

Многіе авторитеты высказались за выжидательный способъ лѣченія, а въ крайнемъ случаѣ—за разрѣзъ задняго свода, напр. *Martin* признаетъ лапаротомію только при *indicatio vitalis*. Затѣмъ докладчикъ сообщилъ случай изъ клиники проф. *Лебедева*.

Больная 25-ти лѣтъ, менструируетъ съ 15-ти лѣтъ черезъ 4 недѣли, по 4—5 дней. Замужество на 20-мъ году. Рожала два раза (2½ года назадъ послѣдній разъ). Послѣднія мѣсячныя имѣла съ 25 по 30-е декабря 92 года. Въ январѣ появилась тошнота и другіе признаки беременности. 15 и 25 февраля приступы болей, которые сопровождались рвотой и обильнымъ наружнымъ кровотеченіемъ со сгустками, 20-го марта такой же приступъ. При изслѣдованіи 22-го марта найдено было: задній и лѣвый своды были заняты опухолью, верхняя граница которой была на уровнѣ пупка; матка отодвинута вверхъ, впередъ и вправо; сильное малокровіе, метеоризмъ, боли въ животѣ, отдававшія въ лѣвую ногу, пульсъ 120; опредѣлена заматочная кровяная опухоль какъ слѣдствіе разрыва плоднаго мѣшка трубной беременности. 8 апрѣля поступила въ клинику. При повторномъ изслѣдованіи, кромѣ того надъ маткою найдена вторая опухоль круглая, величиной въ кулакъ, подвижная и упругая. За лѣто кровяная опухоль почти всосалась, а другая увеличилась до величины двухъ кулаковъ и располагалась въ нижней части живота, соединяясь ножкой съ маткой. При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывался нижній сегментъ этой опухоли. Въ правомъ заднемъ сводѣ за маткой опредѣлялась другая опухоль плотная, неподвижная и болѣзнен-

ная, величиной въ кулакъ; матка нормальной величины и смѣщена вверхъ, впередъ и вправо. Диагнозъ: киста лѣваго яичника и остатки правосторонней трубной беременности. 24/х 93 г. чревосѣченіе. Удалена однополостная, пароваріальная, лѣвосторонняя киста съ серознымъ содержимымъ: вторая опухоль помѣщалась въ Дугласъ, имѣла значительныя сращения, вслѣдствіе чего съ трудомъ была удалена. Содержимое этой опухоли кровяные сгустки, по времени различнаго происхожденія, и зародышъ, длиною около 1½ см. Постоперационный періодъ безъ лихорадки. Больная имѣла мѣсячныя крови съ 3—6 декабря.

Общіе выводы, къ которымъ приходитъ докладчикъ, слѣдующіе:

1) Распознаваніе трубной беременности до разрыва есть показаніе къ чревосѣченію.

2) Разрывъ и кровотеченіе въ полость брюшины, въ первой половинѣ трубной беременности, должны быть лѣчимы по возможности чревосѣченіемъ.

3) Исходъ трубной беременности въ заматочную кровяную опухоль долженъ быть лѣчимъ выжидательно, и хирургическое вмѣшательство показано только въ не поддающихся лѣченію случаяхъ (когда опухоль черезъ 3 недѣли по минованіи острыхъ явленій остается безъ измѣненій, не подвергается всасыванію) или при переходѣ опухоли въ нагноеніе, а также для выполненія indic. vit., причемъ чревосѣченію должно предпочесть вскрытіе задняго свода.

Д-ръ *Алафоновъ* наблюдалъ 3 случая вѣматочной беременности, сопровождавшихся разрывомъ; у одной больной послѣдовательно даже 2 раза: 1-й разъ—разрывъ на 3-мъ мѣсяцѣ беременности въ правой трубѣ; 2-й—около 2-хъ мѣсяцевъ—въ лѣвой. Оперативнаго лѣченія примѣнено не было. Вслѣдствіи не было констатировано какихъ либо слѣдовъ обѣихъ беременностей точно также, какъ и въ 3-мъ его случаѣ. Д-ръ *Алафоновъ* присоединяется къ мнѣнію, что не слѣдуетъ торопиться съ оперативнымъ вмѣшательствомъ.

Проф. *Замининъ*, вкратцѣ упомянувъ о своемъ случаѣ чревосѣченія при вѣматочной беременности, оперированномъ съ успѣхомъ около 9—7 мѣсяцевъ тому назадъ, высказалъ мнѣніе, что въ случаяхъ, подобныхъ его, гдѣ выжидательный образъ дѣйствія въ теченіе почти 2-хъ мѣсяцевъ привелъ къ отрицательнымъ результатамъ, во всякомъ случаѣ, показана операція, при завѣдомо остановившейся беременности. По поводу colpotomii *Замининъ* высказался, что она въ такихъ случаяхъ, какъ его, была бы ри-

скованіе чревосѣченія въ виду относительно высокаго стоянія нижняго сегмента опухоли.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*—установленіе 3-недѣльнаго срока, послѣ котораго, по мнѣнію докладчика, можно приступать къ colpotomii, произвольно, ибо въ различныхъ случаяхъ всасываніе происходитъ различно, при этомъ нужно имѣть въ виду, что за три недѣли значительныхъ измѣненій произойти не можетъ. Разговоръ о срокѣ вообще не имѣетъ значенія. Во всякомъ случаѣ, рациональнѣе ждать болѣе 3-хъ недѣль. При оперативномъ вмѣшательствѣ должно преслѣдовать ту цѣль, чтобы удалить трубу какъ источникъ кровотеченія, которая при colpotomii остается. Наконецъ colpotomii'ей трудно удалить мѣшокъ.

Д-ръ *Фрагкинъ*. Слѣдуетъ выработать руководящее правило для практическаго врача въ какихъ случаяхъ необходимо оперативное вмѣшательство, въ какихъ придерживаться выжидательнаго лѣченія.

Ч. пр. *Львовъ* наблюдалъ 7 случаевъ вѣматочной беременности, изъ которыхъ большинство лѣчилось выжидательно. Одинъ случай имѣлъ столь благопріятное теченіе, что больная впоследствии благополучно родила. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ требовалось энергическое оперативное вмѣшательство. Замѣчательно одинъ изъ нихъ, гдѣ больная находилась подъ наблюденіемъ 8 недѣль. Была сдѣлана лапаротомія и найдено, что труба имѣла только маленькое кровоточащее отверстіе, плодъ же продолжалъ жить и развиваться. Оппонентъ на основаніи опыта пришелъ къ такому выводу: разрѣзъ задняго свода недостаточенъ, если угрожающія явленія вынуждаютъ къ оперативному вмѣшательству, и должно предпочесть чревосѣченіе, дабы удалить все больное мѣсто. Относительно 3-недѣльнаго срока высказался отрицательно.

Проф. *А. И. Лебедевъ*, высказалъ, что въ настоящее время нельзя подвести всѣ случаи къ одному знаменателю.

Можно принять какъ правило слѣдующее: если прошло не менѣе 2-хъ часовъ со времени появленія кровотеченія и больная въ хорошемъ состояніи, лучше оставить ее въ покоѣ, особенно при неблагопріятныхъ для операціи условіяхъ. Переноска больной можетъ оказать гибельныя послѣдствія для нея. При повторныхъ кровотеченіяхъ необходима хирургическая помощь. Характеръ кровотеченія бываетъ также различенъ, смотря по калибру сосудовъ. Если есть показаніе дѣлать чревосѣченіе, то нужно строго взвѣсить всѣ шансы для благополучнаго исхода.

Д-ръ *Вастень*. Если существуютъ сращенія, то кровотеченіе

можетъ не принять большихъ размѣровъ; въ противномъ случаѣ кровотеченіе не останавливается, при чемъ кровь, вытекающая, заполняетъ, какъ при асцитѣ, всѣ свободныя пространства. Такіе случаи не разъ были имъ наблюдаемы, и въ одномъ изъ нихъ больная умерла отъ анеміи вслѣдствіе кровотечения, продолжавшагося сутки. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ, не теряя времени приступать къ чревосѣченію.

Предсѣд. проф. Рейнъ высказалъ, что поднятый вопросъ—вопросъ спорный, для разрѣшенія котораго требуется большое накопленіе матеріала. Наблюденіе докладчика представляетъ цѣнный вкладъ въ казуистику вопроса. Что же касается высказаннаго 2-часового срока, то, по его мнѣнію, съ этимъ согласиться нельзя. Такъ въ засѣданіи Кіевск. Акуш. Общ. былъ доложенъ случай, гдѣ больная умерла черезъ 5—6 часовъ; въ случаѣ д-ра Добро-нравова смерть наступила черезъ 7 часовъ. Что же касается способа лѣченія, то, если возможно, предпочтительнѣе активный способъ, причемъ главную роль должны играть, по его мнѣнію, опытъ оператора и помощники. Въ будущемъ гораздо болѣе будетъ защитниковъ активнаго участія, чѣмъ выжидательнаго.

2) Д-ръ В. А. Евменьевъ. „Значеніе механическаго ручнаго способа лѣченія женскихъ болѣзней въ крестьянской земской врачебной практикѣ“.

Лѣченіе женскихъ болѣзней въ деревнѣ находится въ рукахъ бабокъ, которыя при этомъ употребляютъ главнымъ образомъ массажъ. Приемы бабокъ сводятся на поглаживаніе, растираніе, подтягиваніе органовъ вверхъ и т. п. Докладчикъ рѣшился поставить лѣченіе массажемъ на раціональную почву, считая по справедливости массажъ однимъ изъ могущественныхъ средствъ при лѣченіи женскихъ болѣзней. Главнымъ препятствіемъ для осуществленія этой идеи докладчику представлялось съ одной стороны то, что земскій врачъ обыкновенно заваленъ работой, съ другой—недовѣріе и стыдливость крестьянокъ. Однакожъ, время нашлось, и съ успѣхомъ такого лѣченія возросло и довѣріе. Наилучшіе результаты получились при лѣченіи воспалительныхъ заболѣваній, наихудшіе при выпаденіи матки. Въ послѣднемъ случаѣ употреблялось послѣ выпавленія матки поглаживаніе и растираніе дрожательными движеніями; lyfting не примѣнялся за отсутствіемъ помощниковъ. При выпаденіяхъ, осложненныхъ разрывомъ промежности, обыкновенно производилась colporrhaphia. Въ слѣдующихъ выводахъ докладчикъ выражаетъ всю суть своего сообщенія.

1) Гинекологическій массажъ въ деревняхъ при лѣченіи женскихъ болѣзней не новостъ; онъ давно здѣсь практикуется бабками и заслужилъ полное довѣріе со стороны крестьянокъ, хотя примѣняется онъ не всегда во время и далеко не въ формѣ, соотвѣтствующей патологическимъ условіямъ.

2) Въ рукахъ врача гинекологическій массажъ можетъ быть могущественнымъ лѣчебнымъ средствомъ при воспалительныхъ страданіяхъ половой сферы и неправильныхъ положеніяхъ матки и ея придатковъ.

3) Крестьянка, какъ только увидитъ благотворные результаты отъ механическаго лѣченія въ рукахъ врача, съ охотой лѣчится у него; стыдливость здѣсь не можетъ быть помѣхой, нужно лишь внушить къ себѣ довѣріе.

4) Время у каждаго земскаго врача для механическаго способа лѣченія гинекологическихъ больныхъ всегда найдется, лишь бы было желаніе. Если же у врача свободнаго времени для такого лѣченія не окажется, то онъ можетъ приурочить къ этому дѣлу фельдшерицу, самъ же долженъ, по крайней мѣрѣ, наблюдать за этимъ лѣченіемъ и руководить имъ.

Д-ръ Орловъ поблагодарилъ докладчика отъ лица всѣхъ земскихъ врачей и палатнобесѣдочной русской женщины за инициативу въ новомъ плодотворномъ лѣченіи. Ж-вр. *Никольская* замѣтила, что массажъ весьма подходящее лѣчение для крестьянокъ, такъ какъ онѣ могутъ лѣчиться на ходу, не прерывая своихъ обычныхъ занятій.

Предсѣд. Всякое средство, направленное на улучшеніе сельской врачебной помощи, заслуживаетъ примѣненія, притомъ докладчикъ вноситъ въ науку цѣнный матеріалъ для разработки вопроса о лѣченіи гинекологическихъ заболѣваній механическими приѣмами.

Рукоплесканія.

3) Д-ръ В. Н. Орловъ сдѣлалъ докладъ „О выскабливаніи слизистой оболочки матки при фибромиомахъ“. При заболѣваніи матки фиброматознымъ процессомъ слизистая оболочка также претерпѣваетъ глубокое измѣненіе. Результатомъ такого измѣненія слизистой оболочки обыкновенно бываютъ кровотечения, доводящіе больныхъ до истощенія. Такое неблагоприятное вліяніе оказываютъ особенно подслизистыя фибромы. Успѣшный способъ лѣченія фунгознаго эндометрита выскабливаніемъ даетъ полное основаніе ожидать такихъ же результатовъ отъ выскабливанія при фибромиомахъ. *Schroeder* относился къ выскабливанію вначалѣ очень осторожно, однакожь опытъ показалъ, что возможность

омертвѣнія или усиленія кровотока бываетъ рѣдко. Такъ, на 40 случаевъ *Schwoeder* ни разу не наблюдалъ подобныхъ неблагоприятныхъ явленій; наоборотъ, хорошіе результаты, даже уменьшеніе опухолей видѣлъ часто. Докладчикъ затѣмъ перешелъ къ изложенію леченія выскабливаніемъ въ 10 случаяхъ, въ клиникѣ проф. *Лебедева* при интерстиціальныхъ фиброміомахъ. Операция производилась слѣдующимъ образомъ: ежедневное обеззараживающее сиринцованіе влагалища 2% растворомъ *acid. carb.*, ванны въ 28° R. Предъ операцией опорожнялся кишечникъ. Подъ хлороформомъ производилось бритье; ложкообразныя зеркала вводились въ вагину и влагалищная часть стерилизовалась 2% и 5% *acid. carb.* Послѣ захватыванія пинцетомъ губъ, производилось расширеніе канала бужами *Hegar'a*. Здѣсь представляется наибольшая трудность. Вслѣдствіе искривленія матки, каучуковымъ бужамъ придаются соответствующіе изгибы, что легко достигается нагрѣваніемъ ихъ на спиртовой лампѣ. По расширеніи цервикальнаго канала, полость прополаскивалась 2% растворомъ *acid. carb.* и слизистая оболочка выскабливалась окончатой, не острой ложкой *Sims'a*, сдѣланной изъ мягкаго металла; что очень важно, такъ какъ полость матки часто принимаетъ неправильную форму, вслѣдствіе выпячиванія фиброміомъ и во внутреннюю стѣнку. Изогнувши соответственно ложку, можно легко проникнуть ею во всѣ извилины полости. Удалять оболочку нужно всю непременно, ибо оставшіеся участки ея могутъ давать кровотеченія. Послѣ матки опять промывается 2% раств. карб. кисл. и, по удаленіи избытка его, впрыскивается іодъ пополамъ съ 95% спиртомъ 1 или 2 шприца *Braun'a*, смотря по величинѣ полости матки. Избытокъ іода удаляется обратнымъ движеніемъ поршня шприца. Въ *canalis cervicalis* вводится турунда изъ марли, а во влагалище тампонъ изъ марли и ватныхъ шариковъ. Послѣ операции при сильныхъ боляхъ назначались *suppositoria narcotica* и ледъ. На другой день тампоны удаляются и затѣмъ сиринцованіе (2% *ac. carb.*) два раза въ день. Больная остается въ постели 9—11 дней. Такой способъ отличается отъ способа *Max'a Runge*, при которомъ впрыскивается іодъ чрезъ 24 часа и повторно затѣмъ 10—15 разъ, не выбирая избытка его. Въ 9 случаяхъ докладчика были одиночныя, межуточныя фиброміомы, въ одномъ случаѣ множественная. Главный припадокъ—кровотеченія, другіе или отсутствовали, или были незначительны. Величина новообразованія отъ голубиного яйца до головы человѣка; величина полости отъ 10 до 28 см. Возрастъ отъ 29 до 44 л. Результаты выскабливанія: 1) Прекра-

щеніе кровоточенія и появленіе правильныхъ мѣсячныхъ кровей (въ 1 случаѣ 4 дня вмѣсто 7, въ 4 случаяхъ отъ 6 до 12 мѣсяцевъ наблюдалось полное благополучіе). 2) Уменьшеніе опухоли и длины полости матки въ 8 случаяхъ, въ 3—наполовину. Показанія для выскабливанія должны быть слѣдующія: 1) кровотеченіе въ видѣ меноррагій и метроррагій (даже временное улучшеніе важно въ виду коренной операціи); 2) при небольшихъ опухоляхъ, не вызывающихъ болѣзненныхъ ощущеній, давленія на мочевой пузырь и прямую кишку, а также и другихъ припадковъ въ зависимости отъ давленія и величины опухоли; 3) когда больныя близки къ климактеріуму. Устраняя у такихъ больныхъ повторными выскабливаніями кровотеченія, можно довести ихъ до климактерическаго періода, въ которомъ фиброміомы прекращаютъ по большей части свой ростъ. Противопоказуется выскабливаніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кровотеченія не рѣзко выражены, а выступаютъ другіе симптомы: боли, одышка, давленіе на пузырь и кишку и т. п.

Ч. пр. *Львовъ*. Опасности выскабливанія при фиброміомахъ нельзя вовсе отрицать. Относительно противопоказаній онъ не видитъ причины почему выскабливаніе не примѣнимо въ тѣхъ случаяхъ, когда новообразованіе сопровождается болѣзненностью и давленіемъ на мочевой пузырь и кишку. Результаты, которые онъ самъ наблюдалъ, резюмируются такъ: 1) уменьшенія опухоли не видалъ; 2) уменьшеніе полости наблюдалъ; 3) кровотеченіе уменьшается, но нерѣдко только на одинъ менструальный періодъ, особенно при значительномъ измѣненіи слизистой оболочки матки; 4) сдѣлать выводъ о прочности улучшенія нѣтъ возможности, такъ какъ больныя обыкновенно ускользаютъ изъ-подъ наблюденія.

4) *Л. Гордонъ* сдѣлалъ докладъ „Объ оваріотоміи при беременности“.

Докладчикъ къ нѣкоторымъ статистическимъ даннымъ изъ иностранной литературы и частью изъ русской присоединилъ 5 случаевъ оваріотомій, произведенныхъ проф. *А. И. Лебедевымъ*.

Въ 1 изъ 5 случаевъ проф. *Лебедева* была сдѣлана оваріотомія при двусторонней дермоидной кистѣ, въ 1—при интралигаментарной, въ 2-хъ—при однополостной сывороточной кистѣ и въ 1—при многополостной. Во всѣхъ 5 случаяхъ исходъ для матери благоприятный; въ 3 случаяхъ произошло прерываніе беременности: въ 1 на 5 день, въ 2-хъ на 15, въ остальныхъ же двухъ благополучные срочные роды.

Всего статистика докладчика обнимаетъ 204 случая; изъ нихъ въ 21 случаѣ исходъ неизвѣстенъ въ отношеніи беременности,

для матери исходъ благополучный. Въ 7 случаяхъ матка во время операціи была поранена; изъ нихъ въ 2 случаяхъ исходъ былъ смертельный. Слѣдовательно, 28 случаевъ должны быть исключены, и изъ оставшихся 176 случаевъ:

Выздоровело	164	или	93,2 ⁰ / ₀
Умерло	12	—	6,8 ⁰ / ₀
Срочные роды	122	—	69 ⁰ / ₀
Прерываніе бер.	49	—	22 ⁰ / ₀

Въ 5 случаяхъ, окончившихся смертью матери, выкидыша не было до самой смерти.

Докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ статистическимъ выводамъ:

1) За послѣднее 10-лѣтіе ⁰/₀ выздоровленія и ⁰/₀ сохраненія беременности значительно благоприятнѣе, именно въ первомъ случаѣ 97⁰/₀, во второмъ—78⁰/₀. 2) II, III и IV мѣсяцы беременности являются самымъ благоприятнымъ временемъ производства операціи для матери, а III и IV—для плода. 3) При двустороннихъ овариотоміяхъ, которыхъ было 12, ⁰/₀ смертности—0, беременность прервалась въ 5 случаяхъ или 42⁰/₀, срочные роды—въ 7 случаяхъ или 58⁰/₀. 4) Изъ 28 случаевъ, произведенныхъ въ Россіи, выздоровѣло 25 или 89⁰/₀, умерло 3 или 11⁰/₀. Беременность прервалась въ 11 сл. или 39⁰/₀, срочные роды наступили въ 16 сл. или 59⁰/₀. 5) Злокачественныя опухоли яичниковъ (7 на 204) дали наибольшій ⁰/₀ смертности, именно изъ 7—два. Такой же неблагоприятный исходъ получился и для беременности, только въ 3 случаяхъ наступили срочные роды, въ 3 случаяхъ беременность прервалась и въ случаѣ, окончившемся смертью, выкидыша не послѣдовало до самой смерти матери. 6) Межсвязочныхъ кистъ было удалено 10. Выздоровленій 9 или 90⁰/₀. Прерываніе беременности въ 6 случаяхъ или 60⁰/₀. 7) Перекручиваніе ножки изъ 204 наблюдалось въ 17 случаяхъ или 9⁰/₀. 8) Сращения были въ 24⁰/₀.

Изъ преній выяснилось, что докладчикъ пользовался далеко не всѣмъ матеріаломъ изъ русской литературы.

Проф. Н. Н. Феноменовъ поставилъ слѣдующій вопросъ: имѣютъ ли вліяніе на теченіе беременности собственно тѣ травмы и инсульты, которые соединены съ лапаротоміей? По мнѣнію проф., важна не статистика, а опредѣленіе того фактора, который вызываетъ сокращеніе матки и объясненіе механизма прерыванія беременности.

Проф. Рейнъ добавилъ къ этому, что изъ 9 случаевъ въ его клиникѣ, при 0 смертности, въ 1 только случаѣ была прервана

беременность у женщины, страдавшей хлорозомъ. Но это мифъ, асептическая обстановка улучшаетъ прогнозъ для теченія беременности. Кроме того, возбудимость матки къ родовой дѣятельности бываетъ различна. Разрѣшеніе вопросовъ предыдущаго оппонента и этихъ послѣднихъ—задача важнѣе статистики.

Засѣданіе 31-го декабря 1893 года.

Почетный предсѣдатель проф. Казанскаго университета *Н. Н. Феноменовъ*.

1) Д-ръ *В. Я. Миллеръ* сдѣлалъ докладъ: „*Къ вопросу о паразитахъ рака матки*“. Докладчикъ, не вдаваясь въ исторію вопроса, ограничивается сообщеніемъ результатовъ собственныхъ наблюденій. Было изслѣдовано всего 21 случай рака матки, изъ коихъ въ 5 случаяхъ произведено было удаленіе влагалищной части матки, въ 15 случаяхъ было произведено есочлеatio и 1 случай наблюдался послѣ смерти. Обработка была слѣдующая: фиксировались вырѣзанные или соскобленные куски жидкостью *Fleming'a*, абсолютнымъ спиртомъ и *Miller'овской* жидкостью, затѣмъ обрабатывались опять абсолютнымъ спиртомъ и бергамотовымъ масломъ, пропитывались въ термостатѣ парафиномъ: препараты окрашивались пикрокарминомъ, *Erlich'овскимъ* гематоксилиномъ, эозиномъ, сафраниномъ и синькой.

Ампутація влагалищной части. Цилиндроклѣточный ракъ. Въ нѣкоторыхъ клѣткахъ находились тѣла, въ количествѣ отъ 1 до 2, по величинѣ частью менѣе красныхъ кровяныхъ шариковъ, частью равныя, частью болѣе въ 2—3 раза; формы колбасовидной, овальной, круглой, а иногда совершенно неправильной. Окрашивались пикрокарминомъ сплошь въ коричневато-красноватый цвѣтъ: рѣдко можно было наблюдать нѣчто въ родѣ оболочки, въ срединѣ иногда наблюдались сильно преломляющіе свѣтъ круинки въ количествѣ 1—3. Ядро клѣтки или отсутствовало, или сплюснутымъ было отодвинуто къ периферіи съ неясными контурами. Плазма состояла изъ гомогенной массы и окрашивалась въ желто-бурый цвѣтъ. Замѣчалось иногда дѣленіе въ упомянутыхъ образованіяхъ на нѣсколько равныхъ частей. *Это есть какъ-бы фрагментация*. Однажды была видна гомогенная клѣтка и въ ней большое тѣло

съ вѣнцомъ на окружности, состоящимъ изъ отдѣльныхъ, величиной съ гонококкъ, овальныхъ тѣлецъ, сильно преломляющихъ свѣтъ; далѣе можно было различить подобныя тѣльца и внутри образованія красно-коричневаго цвѣта. *Можетъ быть, это есть процессъ споруляціи организмовъ изъ класса protozoa.* По крайній мѣрѣ, эта картина напоминаетъ споруляцію грегариновъ. Такимъ образомъ въ окрашенныхъ пикрокарминомъ клѣткахъ найдены образованія, отличающіяся отъ эпителиальныхъ и кровяныхъ тѣлецъ. Нѣтъ причины принять ихъ за явленіе патологическаго каріокінеза и дробленія ядра,—это суть, по мнѣнію докладчика, чужеродные организмы изъ класса protozoa. При окрашиваніи *Erlisch*’овской триацидной смѣсью подобныя образованія окрашиваются въ красный цвѣтъ, ядра—въ синій. Опредѣленіе природы описанныхъ образованій затрудняется тѣмъ обстоятельствомъ, что на препаратахъ находится масса лейкоцитовъ и эритроцитовъ. Иногда въ клѣткахъ не видно ядра, а только тѣла, похожія по формѣ съ описанными выше и окрашенные сплошь въ темно-синій цвѣтъ, и красныя зерна: иногда темно-синія тѣла дѣлятся на множество мелкихъ. И такъ въ препаратахъ, окрашенныхъ пикрокарминомъ, находятся образованія коричнево-краснаго цвѣта, а въ окрашенныхъ триацидной смѣсью красныя и синія. За что принять эти образованія? На основаніи того, что въ клѣткѣ исчезаетъ ядро и вообще она измѣняется, но не вслѣдствіе какого-либо регрессивнаго или патологическаго процесса, докладчикъ считаетъ образованія за protozoa, измѣняющія свое средство къ красящимъ веществамъ, подобно другимъ паразитарнымъ организмамъ, какъ на примѣръ кокцидіямъ. Точно также нельзя принять образованія и за другіе элементы, напр. красныя кровяныя шарики.

Кромѣ этихъ найдены другія образованія, не находящіяся въ связи съ клѣтками. Эти образованія имѣютъ оболочку и содержимое и представляются малой величины и большой. Первая докладчикъ назвалъ микроцистами, вторыя—макроцистами. По величинѣ одни менѣе краснаго кровяного шарика, другія болѣе въ 5—6 разъ. При наблюденіи одной изъ нихъ, была ясно опредѣляема оболочка съ двойнымъ контуромъ и содержимое краснаго цвѣта (окраска пикрокарминомъ). Среди содержимаго различалось темноокрашенное извилистое образованіе и кромѣ того нѣсколько блестящихъ зеренъ, подобно вышеописаннымъ зернамъ—спорамъ. Въ другой большой кистѣ оболочка была окрашена въ синій цвѣтъ (жидкостью *Biondi-Haidenhain*’а), а содержимое въ слабо-желтый; среди желтой массы также находилось тѣло неправильной формы. Маленькія кисты

встрѣчались чаще большихъ, окрашивались микрокарминомъ въ красный цвѣтъ, иногда представлялись съ радіально исчерченной капсулой, вѣроятно вслѣдствіе сморщиванія отъ закрѣпленія. Тѣ и другія кисты лежатъ внѣ клѣтокъ и не походятъ ни на какіе элементы.

Были наблюдаемы такія микроцисты, внутри которыхъ, ближе къ стѣнкѣ и даже внѣ ея, замѣчались тѣльца различной величины и формы. Можетъ быть, эти тѣльца есть продуктъ дѣленія чужероднаго, находящагося въ микроцистѣ,—тѣльца, которыя потомъ попадаютъ въ окружающую ткань. Во всякомъ случаѣ, подобныя тѣльца нельзя принять даже за хроматичныя тѣльца, къ которымъ они все-таки ближе всего подходятъ. *Вѣроятно—это есть извѣстная фаза развитія чужероднаго.*

Докладчикъ наблюдалъ еще внутриклѣточные образования, которыя нужно отнести къ третьему роду. Имѣлось дѣло съ увеличенной клѣткой, въ которой ядро было сплюснуто и отодвинуто къ периферіи образованіемъ, которое также состоитъ изъ гомогенной, окрашивающейся пикриновой кислотой и эозиномъ плазмы и ядра, интенсивно окрашивающагося микрокарминомъ, гематоксилиномъ и анилиновыми красками. Для такого явленія можетъ быть слѣдующее объясненіе: или то, что одна клѣтка съ паразитомъ попала въ другую эпителиальную клѣтку (фагоцитозъ), или же то, что здѣсь имѣется дѣло съ клѣткой въ клѣткѣ, причемъ плазма внутренней клѣтки подверглась роговому, а ядро гомогенному перерожденію. Докладчикъ признаетъ, что разъ возможно дать этому наблюденію объясненіе съ точки зрѣнія патологіи, то и нужно предпочесть его. Однакожъ эти образования ничѣмъ не отличаются отъ описанныхъ выше клѣтокъ съ исчезнувшимъ ядромъ и содержащимъ чужеродныя, и если разсматривать съ точки зрѣнія паразитарной, то возможно то предположеніе, что здѣсь происходитъ смерть и распаденіе чужероднаго, въ противоположность вышеуказанному фрагментаціонному процессу.

Вышеуказанныя внутриклѣточные тѣла и внѣклѣточные кисты имѣютъ сходство съ чужероднымъ, описаннымъ *Коротневымъ*. Внутриклѣточные образования напоминаютъ нѣсколько стадію личинки паразита *Коротнева*, а кисты—стадіи кокцидіи его же. Докладчикъ однакожъ не могъ прослѣдить развитія наблюдаемаго имъ образованія. Что же касается амeboидной формы, то д-ръ *Миллеръ* наблюдалъ много такихъ клѣтокъ, которыя *Коротневъ* называетъ раковыми амебами, но имѣетъ основаніе дать иное объясненіе ихъ появленію.

Итогируя свои изслѣдованія докладчикъ пришелъ къ слѣдующему:

1) Внутриклеточныя образования, легче всего можно объяснить, если принять ихъ за паразитарныя организмы.

2) Внеклеточныя образования—кисты суть несомнѣнно паразитарные организмы.

3) Внутриклеточныя образования второго сорта можно объяснить, не прибѣгая къ помощи паразитарной теоріи, хотя съ другой стороны, они не противорѣчатъ и этому послѣднему толкованію.

Образованія 1-го рода были найдены всего только въ одномъ случаѣ ампутированной раковоперерожденной шейки матки; второго рода—только въ 3—4 случаяхъ; третьяго рода—почти во всѣхъ случаяхъ. Окончательная же провѣрка вышеизложеннаго объясненія можетъ быть предпринята только тогда, когда мы будемъ въ состояніи культивировать protozoa. Многое, можетъ быть, получить совсѣмъ другое объясненіе, чѣмъ имѣющееся въ данное время.—Свои препараты докладчикъ демонстрировалъ проф. Гоби, Виноградову, Лебедеву, Холодковскому и д-ру Чошину. Всѣ они признали кисты за несомнѣнные организмы. Гоби и Виноградовъ признали образованія 1-го рода также за организмы; послѣдній, однакожъ, высказалъ такое предположеніе, что они могли попасть случайно извне.

2) Д-ръ Д. А. Парышевъ сдѣлалъ докладъ: „Кисты широкихъ связокъ и ихъ оперативное мнѣніе“, въ которомъ авторъ дѣлаетъ попытку изложить тѣ факты, которые удалось подмѣтить при изученіи 37 случаевъ межсвязочныхъ кистъ, удаленныхъ въ клиникѣ проф. А. И. Лебедева. Разбирая матеріалъ съ различныхъ сторонъ, докладчикъ даетъ слѣдующія цифры:

Однополостныхъ опухолей 21. Изъ нихъ кистъ, имѣющихъ малососудистыя, тонкія и гладкія стѣнки съ прозрачнымъ, безбѣлковымъ почти содержимымъ низкаго уд. в.—14; имѣющихъ коллоидное содержимое уд. в. 1010—1025 и очень толстыя (до 1 см.) стѣнки, богатые сосудами—7. Многополостныхъ, содержащихъ коллоидную жидкость уд. в. 1012—1019, было 16. Изъ нихъ въ 10 были папиллярныя разрощенія, преимущественно въ области дна, въ 2 же случаяхъ—и на наружной поверхности.

Слѣдовательно, однополостныхъ съ серознымъ содержимымъ было 36,1%, однополостныхъ съ коллоиднымъ содержимымъ 18,9%, многополостныхъ 43,2%, съ папиллярными разрощеніями 27,0%. Подобный % выводъ говоритъ противъ того, какъ обыкновенно описываютъ большинство межсвязочныхъ кистъ, и подтверждаетъ

взглядъ *Killian'a*, проф. *Феноменова* и др., что межсвязочныя кисты нужно классифицировать такъ же, какъ и яичниковыя.

Группировка кистъ по отношенію къ широкой связкѣ. Къ 1-й группѣ относятся такія, которыя при своемъ ростѣ растягивали преимущественно верхній отдѣлъ широкой связки, вслѣдствіе чего имѣли до извѣстной степени выраженную, хотя и широкую, ножку, приближаясь къ обыкновеннымъ яичниковымъ кистамъ. Такихъ кистъ 14=37,8⁰/₀.

Ко 2-й группѣ отнесены тѣ кисты, которыя, равномерно растягивая широкую связку, росли въ глубину таза, прилегая иногда непосредственно къ своду влагалища и близко подходя къ соотвѣтственной сторонѣ таза и боку матки. Такихъ кистъ было 13 или 35,1⁰/₀.

Къ 3-й группѣ отнесены тѣ кисты, которыя при своемъ развитіи не ограничивались райономъ широкой связки, а вдавались болѣе или менѣе въ подбрюшинную клѣтчатку сосѣднихъ областей. Такихъ случаевъ было 9=24,3⁰/₀, изъ нихъ въ 4 случаяхъ киста росла въ направленіи къ боковымъ отдѣламъ таза, къ *соеcum* и *flexura sigmoidea*, вросая въ *mesenterium* послѣднихъ. Въ 2-хъ случаяхъ опухоль разрасталась впереди въ подбрюшинную клѣтчатку передней брюшной стѣнки, образовавъ однажды грыжу бѣлой линіи такой большой величины, что опухоль лежала на бедрахъ. Въ 3 случаяхъ кисты распространялись въ клѣтчатку ретроперитонеального пространства, напр. въ клѣтчатку задняго Дугласа, *mesenterium col.* и т. под.

Возрастъ больныхъ:

Отъ 20—40 лѣтъ	19=55,8 ⁰ / ₀
„ 40—50 „	10=29,4 ⁰ / ₀
свыше 50 „	5=14,7 ⁰ / ₀

Почти половина не были беременны.

Изъ 37 случаевъ въ 16 или 47⁰/₀ больныя начали замѣчать опухоль менѣе года. Сравнивая по отношенію къ этому обстоятельству данныя д-ра *Орлова*, у котораго больныхъ, замѣтившихъ опухоль яичниковъ менѣе года, было только 13,5⁰/₀, слѣдуетъ придти, по мнѣнію докладчика, къ такому заключенію, что кисты широкихъ связокъ растутъ быстрѣе кистъ яичниковыхъ. Этотъ выводъ противорѣчитъ нѣкоторымъ авторамъ, напр. *Olshausen'у*, съ мнѣніемъ которыхъ, слѣдовательно, докладчикъ согласиться не можетъ на основаніи своего матеріала.

Осложненныхъ кистъ было 21=61,8⁰/₀, беременностью 1 разъ; съ гнойнымъ содержимымъ 2 раза; срощенія наблюдались въ 14 сл.;

разрывъ кисты 3 раза; перекручиваніе ножки 2 раза. При разрывахъ кистъ съ коллоиднымъ содержимымъ наблюдались бурныя явленія. Наибольшее число срощеній надаеть на случаи, гдѣ кисты были сложнаго строенія, особенно при папиллярныхъ разрощеніяхъ (въ 50%).

Клиническіе признаки, которые служили къ распознаванію межсвязочныхъ кистъ и которые были подмѣчены въ разбираемыхъ случаяхъ, были слѣдующіе:

1) Болѣе или менѣе глубокое положеніе нижняго сегмента неподвижной или малоподвижной опухоли (въ 27 сл.).

2) Болѣе или менѣе тѣсное прилеганіе къ боковой сторонѣ матки съ оттѣсненіемъ послѣдней въ сторону и вверхъ (послѣднее въ 13 сл.).

3) Удлиненіе полости матки (11 сл.).

4) Смѣщеніе соотвѣтственнаго свода стаціонарно или искусственно при подтягиваніи опухоли вверхъ.

5) Смѣщеніе мочевого пузыря.

Примѣненные способы операцій:

1) Перевязка ножки и удаленіе опухоли по типу яичниковыхъ кистъ (10 случ.).

2) Частичное удаленіе съ погруженіемъ остатка опухоли въ полость брюшины или укрѣпленіемъ его въ нижнемъ углу раны.

3) Вылущеніе опухоли (12 сл.).

При глубокомъ положеніи опухоли, при перевязкѣ по частямъ и постепенной перерѣзкѣ широкой связки—9; частичная резекція—6 разъ. Смертей—4, изъ коихъ двѣ умерли спустя довольно долгое время послѣ операціи.

Ч. пр. *И. И. Смольскій* сказалъ, что вообще кисты яичниковъ растутъ быстрѣе, чѣмъ кисты широкихъ связокъ; однакожъ вторыя скорѣе обращаютъ на себя вниманіе больныхъ вслѣдствіе болѣзненности, которая происходитъ отъ того, что онѣ помѣщаются глубоко въ тазу.

Ч. пр. *И. М. Львовъ*. По его мнѣнію, изъ указанныхъ признаковъ для распознаванія межсвязочныхъ кистъ одинъ только имѣетъ существенное значеніе, это—близкое расположеніе опухоли къ маткѣ. Лѣченіе ихъ должно направлять къ полному вылущенію, не смотря на большія срощенія и техническія трудности. Среди другихъ методовъ *И. М.* указалъ на методъ пр. *Н. В. Ястребова*, о которомъ докладчикъ не упомянулъ.

В. В. Сутуинъ. Частичное удаленіе не достигаетъ цѣли, особенно въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣется дѣло съ злокачественнымъ

перерожденіемъ, точно также недостаточно вырѣзываніе окошка при сосочковыхъ образованіяхъ, которое можетъ быстро закрыться выступающими изъ глубины разрощеніями. Путь для вылущенія—чревосѣченіе. Разрѣзъ задняго свода долженъ быть оставленъ, такъ какъ часто нѣтъ возможности перевязать сосуды, лежащіе высоко и притомъ часто крупныхъ размѣровъ. Последнее В. В. наблюдалъ особенно въ одномъ случаѣ чревосѣченія, гдѣ сосуды оказались расположенными очень высоко и вѣроятно недоступными для перевязки чрезъ рукавъ, не смотря на сильное выпячиваніе сегмента въ него.

Проф. А. И. Лебедевъ высказалъ мнѣніе, что межсвязочныя кисты расположены въ томъ мѣстѣ, гдѣ проходятъ многіе сосуды, что обуславливаетъ болѣе богатое питаніе и болѣе быстрый ростъ ихъ. Кисты яичниковъ имѣютъ худшія условія питанія; кромѣ того, ножка ихъ часто перекручивается въ большей или меньшей степени.

Проф. Н. Н. Феноменовъ. Въ доброкачественныхъ случаяхъ, при невозможности полнаго вылущенія, вполне уместно частичное удаленіе мѣшка по извѣстнымъ способамъ. Когда имѣются сосочковыя разрощенія и полное удаленіе невозможно, лучшимъ исходомъ должно считать зашиваніе на-глухо мѣшка и дренированіе чрезъ рукавъ. Образованіе такъ называемаго кистета недостаточно. Нужно принять за правило, что тамъ, гдѣ представляется малѣйшая возможность, необходимо стремиться къ полному вылущенію; при чемъ оставшіеся избыточными брюшинные листы резецировать, тѣсно соединивъ ихъ швами съ дномъ. Гематомы широкихъ связокъ, появляющіяся послѣ операціи, обыкновенно быстро рассасываются при нормальной т°. Что касается діагностики межсвязочныхъ кистъ, то Н. Н. также полагаетъ, что ошибки возможны и очень часто.

3) Проф. Н. Н. Феноменовъ сдѣлалъ докладъ „Проектъ измѣненія операціи симфизіотоміи“.

Предсѣдательское мѣсто занялъ доцентъ Московскаго университета А. А. Муратовъ.

Въ виду удержанія благопріятныхъ отношеній размѣровъ таза послѣ симфизіотоміи, проф. Феноменовъ пришелъ къ мысли удерживать концы лонныхъ костей на желаемомъ разстояніи другъ отъ друга посредствомъ выполненія недостачи кускомъ кости, взятымъ изъ лоннаго же сочлененія оперируемой женщины. Благопріятный исходъ этой операціи авторъ видитъ въ успѣхахъ хирургіи съ остеопластикой и аутопластикой и думаетъ, что аутопластика при

симфизиотоміи устр нить необходимость повторной симфизиотоміи. Операция производится двумя способами:

1) Кожный разръзъ начинается на палецъ выше верхняго края лонной кости немного кнаружи отъ лоннаго бугорка и ведется полулуніемъ внизъ до нижняго края симфиза и къ противоположной точкѣ, лонной кости другой стороны. Отпрепаровавши кожный лоскутъ, дѣлать разръзъ подлежащей ткани до кости на 2,25 см. кнаружи отъ середины лоннаго соединенія съ верхняго края кости внизъ и внутрь такъ косо, чтобы разръзы съ обѣихъ сторонъ сходились у нижняго края лоннаго соединенія. Затѣмъ долотомъ или пилой высѣкать такой же костный лоскутъ въ видѣ клина. Всю рану прикрываютъ іодоформенной марлей и, по окончаніи родовъ, надкостницу отпрепаровываютъ отъ высѣченнаго куска до половины, начиная отъ нижняго края, затѣмъ сдвигаютъ весь костный лоскутъ внизъ между распилами лонныхъ костей до $\frac{1}{2}$ высоты симфизы. Полученный внизу избыточный кусокъ удаляютъ, а надкостницу заворачиваютъ внутрь на обнаженную часть костнаго клина. Вслѣдствіе такого смѣщенія получается расхождение лонныхъ костей на 2—2,25 см. съ обѣихъ сторонъ. Приводимъ таблицу измѣненія всѣхъ размѣровъ:

Conjugata vera	съ 10,3	на 11,2;	съ 9,5	на 10,6
Distantia spin.	" 21,5	" 22,6;	" 25,0	" 26,5
" crist.	" 23,5	" 24,8;	" 27,0	" 29,25
" trochant.	" 27,5	" 29,3;	" 30,5	" 32,5
" Litzmanni	" 10,2	" 9,9;	" 10	" 9,3
" вѣтвей лон. костей на 3 см. книзу отъ дуговой связки . . .	6,0	" 7,3;	" 6,5	" 9
При высотѣ лон- наго соединен.	4,7;		" 4,2	
" ширинѣ основ. клина . . .	3,5;		" 4,0	

2) Дѣлается такой же кожный лоскутъ, какъ и въ первомъ способѣ, и распилъ костей ведется отъ тѣхъ же точекъ, только не косо внизъ, а прямо и параллельно до $\frac{1}{2}$ высоты симфизы, затѣмъ на этой высотѣ соединяются поперечнымъ разръзомъ. Такимъ образомъ получается неравносторонній прямоугольникъ, длинныя стороны котораго равняются 4,0—4,5 см., а короткія равняются $\frac{1}{2}$ высоты симфизы. На нижней половинѣ лоннаго соединенія дѣлается обыкновенная симфизиотомія. По окончаніи родовъ вырѣзанный изъ верхней половины кусокъ кости встав-

ляется между концами разошедшихся костей въ нижней половинѣ. Оставшуюся хрящевую ткань въ нижней половинѣ удаляютъ. При такомъ способѣ также наблюдаются соотвѣтствующія измѣненія размѣровъ.

Для удержанія кусковъ между костями могутъ быть употреблены или швы, проведенные черезъ концы лонныхъ костей и вещество лоскута, или гвозди, употребляемые хирургами при иссѣченіи костей. Швы могутъ быть изъ металла, шолка или кѣтгута.

При этой операціи пораженія мягкихъ частей не замѣчалось. Паховой каналъ и *Poupart* ова связка остаются цѣлыми. Трудность сдвиганія лоскута внизъ устраняется легкими надрѣзами наружной косой мышцы живота. Опыты дѣлались только на трупахъ и животныхъ.

Д-ръ В. В. *Строгановъ* заявилъ, что онъ вставлялъ между разъединенными лонными костями куски костей, напр. изъ ребра, того же вида животного. Результаты опытовъ съ кроликами были удачны. Въ одномъ случаѣ кость была приготовлена за 18 часовъ до операціи, несмотря на это—прижилась. Въ опытѣ съ собакой, результаты неизвѣстны, даже неизвѣстно удержалась-ли кость или нѣтъ: швы нагноились, рана разошлась, и собака, вылизывая ее, можетъ быть, вытянула и кость. По его мнѣнію, возможно приживаніе кости отъ животного другого вида, приготовленной задолго до операціи или даже декальцинированной. Такимъ матеріаломъ можетъ служить для человѣка слоновая кость. В. В. *Строгановъ* находитъ возможнымъ, при рожденіи мертвого плода, брать какую-либо кость отъ него и вставлять между лонными костями матери.

Д-ръ Е. Ф. *Бацевичъ* предложилъ воспользоваться такъ называемымъ хирургическимъ костнымъ ключемъ, который въ данномъ случаѣ долженъ состоять въ томъ, что на концахъ выпиленного куска съ внутренней стороны вынимаютъ пазъ до половины толщи кости, а у лонныхъ костей дѣлаютъ такой же пазъ съ наружной стороны, затѣмъ соединяютъ кости обнаженными поверхностями и сшиваютъ мягкія части. Подобный костный ключъ можетъ сдѣлать шовъ ненужнымъ.

Проф. Н. Н. призналъ, что костный ключъ можетъ быть и имѣть значеніе для сращенія костей, но несомнѣнно то, что онъ уменьшитъ величину вставляемой кости и, слѣдовательно, уменьшить желательные размѣры таза.

Проф. И. П. *Лазаревичъ*, относя операцію симфизиотоміи къ числу операцій разрушительныхъ, высказался противъ нея. Свои

доводы онъ основывалъ на архитектурѣ костнаго скелета, при чемъ указалъ, что природа не безъ основанія создала тазовое кольцо, можетъ быть, болѣе прочно, чѣмъ другія части костнаго скелета. На тазовомъ кольцѣ покоится тяжесть всей верхней части тѣла, въ тоже время оно служитъ противоопорой нижнимъ конечностямъ. Лонное соединеніе, особенно въ верхней своей части, представляетъ самую прочную связь въ тазовомъ кольцѣ. Слѣдовательно, разсѣченіе лоннаго соединенія есть нарушеніе той части архитектуры человѣческаго организма, на которой, подобно готическому своду, держится тяжесть всего туловища; и результаты такого нарушенія неизбежно должны отразиться губительно на здоровьи. Предложеніе проф. *Феноменова*, по мнѣнію *И. П.*, не совсѣмъ цѣлесообразно, на основаніи слѣдующихъ соображеній:

1) Кости таза, испытывая привычное давленіе съ боковъ, будутъ заставлятъ лонныя кости стремиться къ прежнему взаимному положенію, и такимъ образомъ будутъ постоянно давить на вставочные куски, вслѣдствіе чего эти послѣдніе могутъ атрофироваться. Цѣль въ концѣ концовъ можетъ не быть достигнута.

2) Создается ненормальное соотношеніе органовъ малаго таза между собою и по отношенію къ костямъ, вслѣдствіе чего можетъ быть разстройство функцій этихъ органовъ.

3) Приобрѣтается новая непрочность тазоваго кольца, такъ какъ вслѣдствіе вырѣзки куска лонная кость между *foramen obturat.* и распиломъ дѣлается слишкомъ тонкой и поэтому способной треснуть подъ напоромъ тяжести. *И. П.* полагаетъ, что симфизіотомія вновь будетъ отвергнута, какъ и 100 лѣтъ назадъ, и поэтому предостерегаетъ отъ нея молодыхъ товарищей. Только двѣ операціи имѣютъ при подобныхъ условіяхъ будущность: кесарское сѣченіе и щипцы. Кесарское сѣченіе теперь операція почти безопасная; къ сожалѣнію, по словамъ профессора, „въ настоящее время не умѣютъ накладывать щипцовъ“.

В. В. Сутугинъ полагаетъ, что эта операція—операція вынужденная, т. е. не такая, которая можетъ быть примѣнена по выбору. Кромѣ того симфизіотомія сопровождается разрывами и кровотечениями. Послѣдствія операціи весьма проблематичны, что невыгодно при извѣстномъ все-таки рискѣ. Въ частности новый методъ докладчика не можетъ быть удовлетворительнымъ, въ томъ особенно случаѣ, когда получаютъ разрывы мягкихъ частей, ибо они не могутъ быть соединены при расширеніи костнаго таза. При способѣ проф. *Феноменова* техника труднѣе, чѣмъ при обыкновенной симфизіотоміи, и, слѣдовательно, исходы будутъ чаще

неудовлетворительны. Въ виду всего изложеннаго операція не имѣетъ будущности.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*. Въ настоящее время врядъ-ли что можно сказать положительнаго о разбираемой операціи. Изъ будущихъ наблюденій и опытовъ разъяснится вопросъ и вырабатывается то или другое мнѣніе. Въ настоящее же время пока можно указать съ одной стороны на то, что при расщепленныхъ тазахъ при эктопіи мочевого пузыря и эписпадіи не наблюдается разстройства походки и вообще положенія туловища; съ другой стороны—уже развившійся и установившійся тазъ будетъ достаточно противостоятъ давленію со стороны нижнихъ конечностей. При опытахъ на трупахъ не было замѣчено смѣщенія наружныхъ половыхъ и мочевыхъ органовъ при увеличеніи размѣровъ таза при вышеизложенной операціи. Во всякомъ случаѣ, только будущія клиническія наблюденія разрѣшатъ этотъ вопросъ, равно какъ и вопросъ о вліяніи расширенія размѣровъ таза на внутренніе органы.

4) Проф. *А. И. Лебедевъ*, въ виду успѣшности летучихъ отрядовъ по глазнымъ болѣзнямъ, предложилъ собранію высказаться, не желательны-ли подобныя летучіе отряды специалистовъ по женскимъ болѣзнямъ?

Обсужденіе этого вопроса было отклонено.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*, закрывая засѣданіе, высказалъ надежду вновь встрѣтиться въ Кіевѣ, гдѣ назначенъ будущій съѣздъ Общества русскихъ врачей въ память *Пирогова*, и пожеланіе, чтобы и впредь *научное знамя русской гинекологіи стояло высоко!*

А. Д.