

XI Международный медицинский конгрессъ въ Римѣ.

Реферировано по Centralbl. f. Gynaek., 1894 г.

Н. М. Какушкинымъ.

Morisani (Неаполь) сдѣлалъ докладъ „О симфизеотоміи“. Симфизеотомія предпринимается для извлеченія живого доношеннаго плода, при узкихъ тазахъ съ истинной конъюгатой въ 6,7—8,8 смтм, при начавшейся родовой дѣятельности въ періодѣ раскрытія зѣва. Производится обыкновеннымъ или серповиднымъ ножомъ, которымъ сверху внизъ, или обратно, разрѣзается лонное сочлененіе. Послѣ родовъ достаточно шивать только мягкія части и накладывать круговую повязку. При тазахъ *Naegle* достойна вниманія операція *ischio-pubiotomia*.

Spinelli (Неаполь) на основаніи опытовъ заключаетъ, что разведеніе вѣтвей лобковыхъ костей при симфизеотоміи возможно на 10 смтм. безъ тяжелыхъ поврежденій какихъ либо органовъ и тканей.

Leopold, въ виду поздняго наступленія послѣдовательнаго за симфизеотоміей выздоровленія (черезъ 1—2 года) и въ виду возможности кровотеченій и поврежденій влагалища, отводитъ этой операціи самое скромное мѣсто, допуская ея производство въ замѣну прободенія живого плода въ случаяхъ невозможности наложенія высокихъ щипцовъ и производства поворота.

Zweifel произвелъ 23 симфизеотоміи: матери живы, мертвыхъ дѣтей 2. У трехъ женщинъ послѣ наблюдались разстройства въ походкѣ. Для избѣжанія опасностей операціи, слѣдуетъ дѣлать поперечный разрѣзъ мягкихъ частей лона, затѣмъ послѣ операціи ожидать произвольнаго родоразрѣшенія, наложивъ вокругъ таза Эсмарховъ бинтъ.

Mancusi (Неаполь) сдѣлалъ 8 симфизеотомій, одну изъ которыхъ при остеомалятическомъ тазѣ съ конъюгатой въ 5,7 снтм.

Sänger стоитъ за ограниченіе показаній къ симфизеотоміи въ пользу кесарскаго сѣченія.

Pinard допускаетъ расхождение лобковыхъ костей только до 7 снтм. Эмбриотомія живого плода должна быть совершенно покинута въ пользу симфизеотоміи и кесарскаго сѣченія.

A. Martin сдѣлалъ докладъ „Объ уходѣ за культетой послѣ міомотоміи“. (Докладъ реферированъ отдѣльно изъ Deutsche med. Wochenschrift).

Mangiagalli полагаетъ, что исходъ міомотоміи зависитъ больше отъ характера опухолей, нежели отъ способа ухода за ножкой. При межвязочныхъ опухоляхъ нѣтъ опредѣленнаго метода удаленія. Какъ при этихъ, такъ и при прочихъ фиброміомахъ, вѣроятно, лучшіе результаты даетъ полное удаленіе матки. Изъ способовъ обращенія съ культетой заслуживаетъ предпочтенія способъ *Zweifel'*я.

Apostoli защищаетъ свой способъ лѣченія—электричество.

Foveau de Courmelles (Парижъ) говоритъ о безболѣзненности и безопасности электрическаго выскабливанія матки.

Doyen (Реймсъ) показалъ два инструмента, одинъ для вытаскиванія опухолей изъ брюшной полости, другой (въ помощь первому) для приподниманія ихъ черезъ влагалище.

Jacobs при фиброміомахъ идеальной операцией считаетъ полное удаленіе органа, которое онъ дѣлаетъ такъ: по вскрытіи сводовъ *per vaginam* и зажатіи маточныхъ артерій особыми пинцетамъ, вскрывается брюшная полость и совершается удаленіе матки.

Pean удаляетъ фиброміому всегда, разъ она констатирована, или *per laparotomiam*, или *per vaginam*. При невозможности примѣненія этихъ путей, особенно при ретроцервикальныхъ опухоляхъ, онъ удаляетъ новообразованіе, разрѣзая продольно заднюю стѣнку влагалища и переднюю кишки отъ промежности до дугласова пространства, между двумя предварительно наложенными, длинными, ущемляющими пинцетамъ. Послѣдовательное лѣченіе—подъ дренажемъ.

Mende (Лейпцигъ) не нашелъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ ни въ полости матки, ни въ полости шейки (въ противоположность *Witte*), поэтому стоитъ за надвлагалищное отнятіе матки.

Leopold Landau, на основаніи убѣжденія, что культя является причиной неблагоприятныхъ исходовъ міомотоміи, стоитъ за полное

удаление органа, или кускованиемъ, или двумя путями: сначала per laparotomiam вылущаются опухоли, затѣмъ черезъ влагалище вылущаются остальные части.

Carle (Туринъ) оперируетъ только при прогрессирующихъ симптомахъ. Онъ въ 114 случаяхъ сдѣлалъ:

11	laparo-myomectomia	съ вѣбрюшиннымъ	укрѣпленіемъ ножки	1	смерть
6	"	"	" внутривѣбрюшнымъ	"	" 1 "
52	"	"	" внутривѣбрюшнымъ	"	" 5 "
20	полныхъ вылушеній матки	путемъ чревосѣченія			ни одной смерти
11	"	"	" черезъ влагалище	"	" "
11	удаленій опухоли	кускованіемъ		"	" "

Tibone (Туринъ) сдѣлалъ докладъ „Объ эклампсіи“.

Mangiagalli совѣтуетъ при эклампсіи рано прибѣгать къ большимъ дозамъ морфія, подкожнымъ вливаніямъ солянаго раствора, къ вдыханію кислорода и къ искусственному дыханію.

B. Krönig заявиль, что въ Лейпцигской клиникѣ уже 1¹/₄ года лѣчение морфіемъ замѣнено насильственнымъ родоразрѣшеніемъ. Изъ 18 случаевъ умерла одна (5,5%). При угрожающемъ легочномъ отека выпускается 600—800 граммовъ венозной крови.

Vuillet высказалъ свои выводы „Относительно тѣненія мойныхъ скопленій въ трубахъ и жидкихъ тазовыхъ выпотовъ“. Онъ горячо ратуетъ за консервативный способъ, состоящій въ проколѣ, въ проколѣ вмѣстѣ съ промываніемъ и въ проколѣ вмѣстѣ съ разрѣзомъ и дренажированіемъ. Въ двухъ случаяхъ послѣ такого лѣченія наступила нормальная беременность.

Rozzi примѣняетъ консервативное лѣчение при болѣзняхъ яичниковъ: при oophoritis sclero-cystica и oedematosa онъ дѣлаетъ болѣе или менѣе глубокія игнипунктуры, при кистахъ желтаго тѣла—резекцію кистъ и прижиганіе наекленомъ.

Martin стоитъ за частичную резекцію яичниковъ, при новообразованіяхъ, считая игнипунктуру излишнимъ приѣмомъ.

L. Landau сообщилъ „Объ осложненныхъ тазовыхъ абсцессахъ и мойныхъ скопленіяхъ въ трубахъ“. Онъ не причисляетъ себя къ сторонникамъ одного какого либо метода лѣченія. Въ 139 случаяхъ заболѣваній трубъ онъ произвелъ удаление трубъ съ 4 смертными случаями (2,7%). Въ случаяхъ тазовыхъ абсцессовъ или осложненныхъ заболѣваній придатковъ, онъ дѣлаетъ предпочтительно совмѣстное удаление матки, яичниковъ и трубъ черезъ влагалище (30 случаевъ окончившихся выздоровленіемъ), не ограничиваясь здѣсь вскрытіемъ абсцесса и удаленіемъ однихъ придатковъ. Вообще, разъ есть показаніе удалить придатки при двухстороннемъ pyosalpinx, онъ удаляетъ и матку.

Jacobs съ большою похвалою высказался о полной кастраціи (der totalen kastration) при тазовыхъ нагноеніяхъ: онъ сдѣлалъ это въ 184 случаяхъ съ 179 выздоровленіями.

Leopold при лѣченіи міомомъ матки примѣняетъ: кастрацію, если міома мала и яичники легко доступны; міомотомію, если опухоль велика; полное влагалищное вылуценіе матки, если женщина истощена. Легкія заболѣванія придатковъ онъ лѣчитъ чревосѣченіемъ; въ тяжелыхъ случаяхъ, у истощенныхъ давнимъ процессомъ женщинъ, онъ удаляетъ матку съ придатками черезъ влагалище.

Bossi (Генуя) сообщилъ „*О благоприятныхъ результатахъ исправленія положенія въ началѣ беременности перегнутой назадъ матки*“ (кольцо *Hodge'a*): въ 80 такихъ случаяхъ у него ни разу не наблюдалось выкидыша, (который, по его мнѣнію, бываетъ при *retro-versio* чаще, чѣмъ думаютъ).

Онъ же заявилъ, что *ацетонурія* наблюдается: при мертвомъ плодѣ, при остаткахъ въ маткѣ частей послѣда и при нахожденіи въ маткѣ опухолей. Имъ демонстрированъ особый *расширитель шейки*, который онъ съ успѣхомъ примѣнилъ въ 84 случаяхъ съ цѣлю вызвать потужную дѣятельность матки, при эклямпсіи.

Г. Е. Рейнъ (Кіевъ) сообщилъ „*О радикальномъ мѣненіи ectropion мочевого пузыря*“. Въ одномъ случаѣ, у 20-лѣтней больной, вскрывъ брюшную полость, онъ удалилъ матку и придатки, на 6 смт. выше Дугласовой впадины сдѣлавъ искусственные свищи между мочеточниками и прямой кишкой, и удаливъ пузырь.

P. Zweifel доложилъ „*О двухъ сдѣланныхъ имъ расплакъ замороженныхъ труновъ роженицъ*“; въ одномъ случаѣ имѣлась смерть роженицы во время эклямптической комы, причемъ констатированъ разрывъ матки, въ другомъ случаѣ роженица умерла во время поворота на ножки при предлежаніи послѣда.

Sänger говорилъ „*Объ активномъ вмѣшательствѣ при трубномъ выкидышѣ*“.

Въ противоположность разрыву беременной трубы опасность здѣсь заключается не столько въ кровотеченіи, сколько въ септическомъ зараженіи. Принципомъ лѣченія трубнаго выкидыша должно быть чревосѣченіе, къ которому приступаютъ или при продолжающемся еще кровотеченіи, или при уже инкапсулированномъ кровоизліяніи. Характеръ хирургическаго вмѣшательства, какъ и при заболѣваніяхъ придатковъ,—строго-консервативный. Докладчикъ оперировалъ такъ въ 16 случаяхъ и потерялъ только одну больную, отъ легочной эмболіи.

Mars (Краковъ) демонстрировалъ модели изъ глины, которыми онъ пользуется для преподаванія студентамъ гинекологическихъ операций.

Müller (Бернъ) привелъ результаты своихъ наблюденій надъ дномъ матки беременныхъ и роженницъ. Онъ наблюдалъ мало-развитія новообразованія дна, *uterus arcuatus*, *uterus incudiformis*, *obliquitas uteri quoad formam*. Эти измѣненія формы дна матки, рѣзко выяснившіяся при сокращеніяхъ органа, стояли въ связи съ недостаточнымъ развитіемъ стѣнки въ мѣстѣ отхожденія трубъ, зависѣли отъ частичной атоніи стѣнки и отъ суженій таза.

Winckel демонстрировалъ случай врожденной телеангиэктатической миксосаркомы пупка.

Гавронскій (Харьковъ) изложилъ свои изслѣдованія „О распространеніи и объ окончаніяхъ нервовъ въ женскихъ половыхъ органахъ“.

Во влагалищѣ нервы достигаютъ эпителія и оканчиваются остриемъ или бульбовидно. Въ маткѣ за окончанія нервовъ онъ разсматриваетъ ячеистыя включения (*eingeschalteten Zellen*) въ ходѣ нервовъ. Въ трубахъ нервы доходятъ до эпителія. Въ яичникахъ наблюдаются нервныя пути или въ сопровожденіи сосудовъ, или самостоятельныя. Вѣдренія нервовъ въ эпителіи здѣсь докладчикъ не нашель.

Caruso (Неаполь), говоря о *симфизеотоміи*, высказалъ между прочимъ, что симфизеотомія, соединенная съ эмбриотоміей, желательна, какъ замѣна кесарскаго сѣченія при абсолютномъ показаніи.

Fritz Frank (Кельнъ) привелъ нѣсколько собственныхъ взглядовъ „Къ вопросу о дренажѣ брюшной полости“.

Онъ считаетъ дренажъ безопаснымъ и желательнымъ способомъ лѣченія послѣ чревосѣченій, болѣе или менѣе осложненныхъ: неоконченныхъ, съ продолжающимся кровотеченіемъ, съ попаданіемъ въ полость дурного содержимаго кистъ и проч.

Amann (младшій, Мюнхенъ) сдѣлалъ докладъ „О истощеніи эндометрита“.

Онъ видитъ въ хроническомъ эндометритѣ преобладаніе процессовъ новообразовательныхъ. Въ межуточныхъ формахъ эндометрита онъ наблюдалъ большое количество митозовъ въ *stratum prorgium* слизистой и въ эндотелии самыхъ маленькихъ сосудовъ; митозы въ *strat. prorg.* отличаются правильнымъ строеніемъ и большой величиной; въ эндотелии капилляровъ они веретенообразной формы, обусловливаютъ хрупкость сосудистой стѣнки. Митозы

эпителия железъ—продолговатой формы; клѣтки растутъ къ просвѣту железы. Въ простомъ эндометритѣ имѣется плоскостная (flächenhaft) пролиферація железистаго эпителия; въ эндометритѣ железистомъ, покровный эпителий почти совсѣмъ не пролиферируетъ. Есть форма эндометрита, гдѣ наблюдается пролиферація почти одного только покровнаго эпителия. Въ лимфатическихъ путяхъ, въ крови и другихъ мѣстахъ слизистой находятся лимфоциты.

B. S. Schultze, говоря „*O uretrальномъ недержаніи мочи у женщины*“, описалъ новый способъ образованія уретры у женщины 45 лѣтъ, которая родила 20 лѣтъ назадъ, причемъ, вслѣдствіе травмы, у нея образовалась уретро-влагалищная фистула и дефектъ задней стѣнки уретры (въ 1 смт. длиной) у свободного конца ея. Освѣживъ двѣ параллельныя полосы, соединяющіяся сзади, по сторонамъ намѣченной уретры, операторъ соединилъ швами эти полосы другъ съ другомъ, благодаря чему образовался каналъ, продолжающійся въ уретру. Въ него введенъ катетеръ à demeure (удаленъ на 9 й день послѣ операціи). Результатъ получился блестящій: недержание мочи, которымъ страдала больная, исчезло ¹⁾.

Jacobs (Брюссель) привелъ *сравнительные результаты влагалищнаго вырѣзыванія матки при заболѣваніяхъ придатковъ и удаленія при тѣхъ же показаніяхъ придатковъ путемъ чревосѣченія*. Удаленіе органовъ черезъ влагалище дало у автора въ 184 случаяхъ, 179 излѣченій, или 2,71⁰/₀ смертности. Вообще, по его вычисленіямъ, на 1540 чревосѣченій при такихъ показаніяхъ, произведенныхъ различными хирургами, смертность=5,7⁰/₀. 690 случаевъ удаленія органовъ чрезъ влагалище, дали смертность 4,49⁰/₀. Вообще въ случаяхъ, гдѣ показана двусторонняя оваріо-сальпингектомія, авторъ предпочитаетъ дѣлать вырѣзываніе матки и придатковъ чрезъ влагалище. При влагалищномъ методѣ возможно такъ-же, какъ и при чревосѣченіи, ориентироваться и разнообразить характеръ операціи, если, вскрывъ задній сводъ, тщательно изслѣдовать состояніе тазовыхъ органовъ.

Luigi Pozzo описалъ благопріятный для матери и плода случай операціи *Pozzo*, произведенный въ концѣ беременности у первородящей; ростъ тѣла 1,75 метра; истинная конъюгата 3¹/₂ смт.; lordosis и scoliosis позвоночника.

¹⁾ Способъ образованія уретры, описанный здѣсь, примѣненъ впервые проф. *Д. О. Оттомъ*. Больная, съ успѣхомъ оперированная по этому способу, еще 1¹/₂ года назадъ была показана Акуш. Гинек. Общ. въ С.-Петербургѣ.

Cuzzi (Павія) и *Crosti* показали препараты человеческого яйца, самого маленького, по ихъ мнѣнію, изъ извѣстныхъ до настоящаго времени. Это яйцо, въ формѣ мѣшковидной оболочки, соответствующей формѣ маточной полости, выдѣлилось изъ матки 2 недѣли спустя послѣ очередныхъ мѣсячныхъ. На 1 смт. отъ трубнаго отверстія на оболочкѣ найдена опухоль съ горошину, срѣзы изъ которой дали подъ микроскопомъ такія картины: 1) въ decid. reflexa нѣтъ признаковъ образованія железъ, она кажется исходящею изъ межзачаточной ткани эндометрія, причемъ элементы межзачаточной ткани не увеличены въ числѣ, а гипертрофированы; 2) хоріонъ дифференцированъ на chorion tenue и chor. frondosum; 3) chor. frondosum присоединенъ къ decid. reflexa; 4) ворсинки хоріона направляются въ промежутки между пальцевидными отростками reflexae и посылаютъ отсюда эпителиальныя разрощенія, которыя видѣдряются въ материнскую ткань. Такія эпителиальныя разрощенія характеризуются интенсивностью окраски протоплазмы и хромофильностью ядра.

K. Paclík (Прага) описалъ свой методъ изслѣдованія полости пузыря помощью эндоскопіи. Въ колѣбнолоктевомъ или Trendelenburg'скомъ положеніи, подъ наркозомъ, мочеиспускательный каналъ расширяется Симоновскими расширителями. Въ него вводится Симоновское зеркало съ рукояткой, электрической лампочкой и съ оросителемъ. При существованіи пузырно-влагалищнаго свища авторъ пользуется имъ для введенія зеркала, не прибѣгая, слѣдовательно, къ расширенію уретры. Кромѣ того, не расширяя канала, авторъ иногда вгоняетъ въ пузырь воздухъ черезъ катетеръ, и затѣмъ послѣдній замѣняется или Лейтеровскимъ или Нитцевскимъ эндоскопомъ. Эндоскопія пузыря по автору даетъ прекрасные результаты, позволяя не только обслѣдовать тщательно всѣ измѣненія слизистой и катетеризировать мочеточники, но даже и фотографировать обозрѣваемыя пространства.

Lentzer доложилъ о результатѣ примѣненія гинекологической гимнастики:

1) въ двухъ случаяхъ выпаденія матки съ удлинениемъ шейки получилось полное выздоровленіе безъ возврата;

2) въ 57 случаяхъ неполнаго обратнаго развитія матки—тоже;

3) въ 22 случаяхъ параметрита, черезъ 6 мѣсяцевъ,—тоже;

4) 19 ретроверзій дали только 2 излѣченія; въ 15 случаяхъ изъ остальныхъ—субъективное улучшеніе;

5) изъ 11 случаевъ расслабленія (послѣ родовъ) шейки пузыря въ 8 получилось излѣченіе, въ одномъ улучшеніе, въ 2-хъ никакого результата.

6) 7 случаевъ гидросальпинкса дали только 4 излѣченія.

7) 27 меноррагій дали 23 излѣченія, 2 улучшенія.

Авторъ совѣтуетъ дѣлать массажъ и во время мѣсячныхъ. Его положенія слѣдующія:

1) Массажъ во время регуль долженъ производиться нѣжно и продолжительность каждаго сеанса должна быть коротка.

2) Онъ дѣйствуетъ на сосудосжиматели и препятствуетъ застою.

3) Массажъ во время мѣсячныхъ часто имѣетъ болеутоляющее дѣйствіе и,

4) производимый нѣжно, не вызываетъ никогда воспалительныхъ явленій.

5) Прерывая массажъ на время мѣсячныхъ, тѣмъ затягиваютъ лѣченіе.

6) Онъ прекращаетъ метроррагій,

7) быстрѣе рассасываетъ тазовые выпоты и

8) съ большей легкостью и скоростью растягиваетъ сращения.

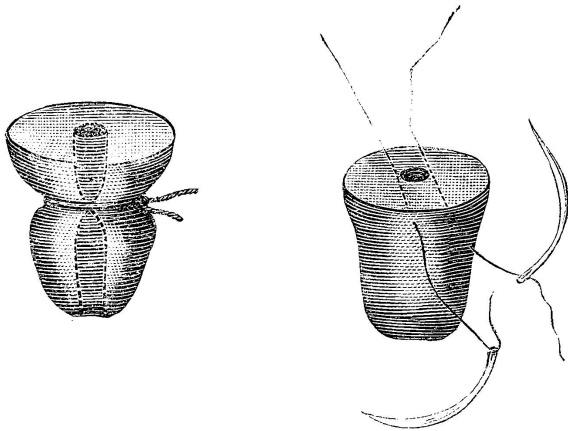
Calderini (Парлеа) сообщилъ, что при „эклампсiи“, когда уже начались роды, онъ примѣняетъ повторныя вырыскиванія морфія и хлорала въ прямую кишку, согрѣваніе окружающаго роженицу воздуха посредствомъ спиртовой лампы, помѣщаемой подъ приподнятымъ одѣяломъ, при чемъ экламптические приступы отстраняются и время для раскрытія зѣва выигрывается. Кромѣ того, онъ назначаетъ слабительныя и обеззараживающія кишечникъ средства, а также подкожныя вливанія 0,75⁰/₀ раствора поваренной соли. Для послѣдней цѣли онъ пользуется стеклянкой, закрытой резиновой пробкой съ двумя отверстиями; въ одномъ отверстіи помѣщается резиновая трубка съ иглой на концѣ, а въ другомъ—стеклянная трубка, доходящая до дна стеклянки.

Д. О. Оттъ сообщилъ „О радикальномъ леченіи фиброміомъ матки“. Практикуемый имъ способъ надвлагалищнаго удаленія матки при фиброміомахъ слѣдующій:

У захлороформированной больной, послѣ тщательнаго обеззараживанія влагалища $\frac{1}{20}$ ⁰/₀ растворомъ сулемы, дѣлается выскабливаніе, обмываніе тѣмъ-же растворомъ и прижиганіе термокаутеромъ слизистой канала шейки и нижняго отрѣзка матки (иногда, въ случаѣ узкости канала, послѣ предварительнаго расширенія расширителями *Hegar*'а). Затѣмъ влагалище тампонируется іодоформной марлюю.

Послѣ всѣхъ этихъ манипуляцій, отнимающихъ не болѣе 10 минутъ, производится чревосѣченіе. Опухоль (матка) выкатывается наружу; на широкія связки накладываются лигатуры, причѣмъ

последняя из лигатуръ, ближайшая къ маткѣ, захватываетъ отчасти и ткань послѣдней, съ цѣлью болѣе полной перевязки всѣхъ вѣтвей маточной артеріи (что позволяетъ обходиться безъ эластическаго жгута). Послѣ наложенія этихъ лигатуръ матка отрѣзается по плоскости, перпендикулярной къ отвѣсной линіи органа, и полость шейнаго канала прижигается термокаутеромъ; послѣднимъ слегка прижигается и поверхность сръза. При недостаточности наложенныхъ лигатуръ, съ цѣлью болѣе надежнаго предупрежденія кровотоčenja, сквозь массу шейки (культи), спереди назадъ, по обѣимъ сторонамъ канала (не захватывая его) проводятся двѣ прочныя лигатуры и затягиваются направо и налево.

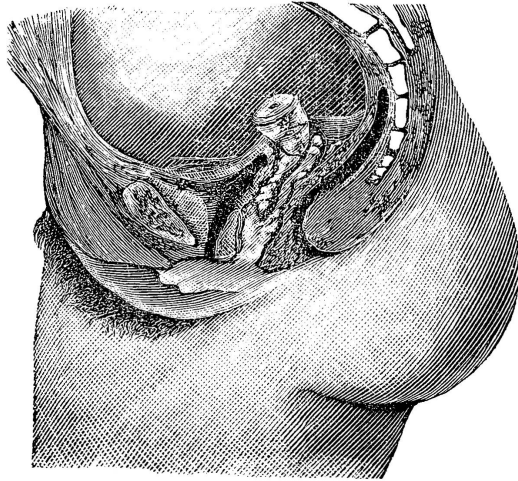


Оставшіеся неперевязанными участки шейки спереди и сзади, въ случаѣ, если шейка объемиста, могутъ быть также перевязаны еще двумя лигатурами. Достоинство наложенныхъ на шейку такимъ способомъ лигатуръ заключается, помимо ихъ главнаго назначенія, въ томъ, что онѣ не сдавливаютъ просвѣта канала. Уходъ за ножкой заканчивается проведеніемъ помощью длиннаго зонда съ ушкомъ черезъ каналъ во влагалище іодоформнаго марлеваго фитиля, конецъ котораго не выстоитъ надъ поверхностью сръза ножки (при этомъ положенный раньше во влагалище тампонъ удаляется). Ножка не обшивается брюшиннымъ покровомъ, а свободно опускается въ брюшную полость. Послѣ закрытія послѣдней влагалище тампонируется іодоформной марлею. Фитиль удаляется на 4 или 5 день послѣ операціи.

Достоинство и оригинальность описаннаго способа заключаются въ простотѣ ухода за культей, по праву могущей быть названной здѣсь „ножкой“, какъ и при овариотоміи, въ тщательномъ обеззара-

живаніи оставляемыхъ частей, главнымъ образомъ канала „ножки“, и въ совершенствѣ перевязки сосудовъ.

По этому способу докладчикомъ сдѣлано 24 операціи со смертностью въ 4,3%, между тѣмъ какъ въ 31 случаѣ, оперированномъ по старому методу, умерло 24,4%.



Въ заключеніе приведемъ положенія докладчика:

1) Всѣ мѣры (лѣченія маточныхъ фиброміомъ), кромѣ непосредственнаго удаленія новообразованія, слѣдуетъ считать палліативными.

2) Изъ числа палліативныхъ средствъ въ электризаціи фиброміомъ по методу *Apostoli* гинекологія приобрѣла цѣнное средство.

3) Примѣненіе кастраціи, какъ средства малонадежнаго, должно быть ограничено до *minimum'a*, тѣмъ болѣе, что она идетъ въ разрѣзъ съ принципами сохраняющей хирургіи, жертвуя здоровымъ яичникомъ, какъ отличительной железой женскаго организма, ради сомнительныхъ результатовъ.

4) Прогрессированіе болѣзненныхъ симптомовъ должно считаться показаніемъ къ радикальному вмѣшательству,—удаленію.

5) Примѣненіе палліативовъ, затягивая болѣзнь, можетъ обусловить серьезное разстройство организма, существенно ухудшающее предсказаніе радикальной операціи, а потому

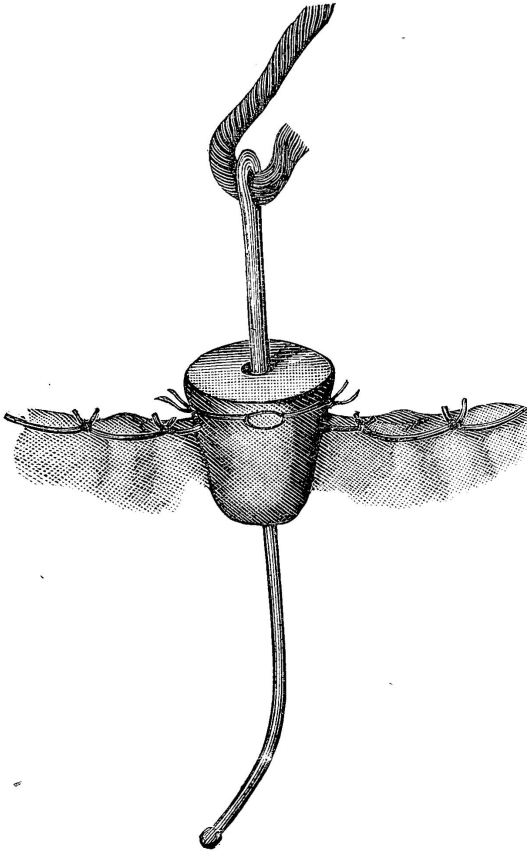
6) Показывается болѣе раннее примѣненіе радикальнаго оперативнаго вмѣшательства, чѣмъ это теперь дѣлается.

7) Болѣе ранняя операція несомнѣнно должна уменьшить % смертности.

8) Влагалищное удаление фиброматозной матки, гдѣ таковое возможно, должно быть предпочтено остальнымъ оперативнымъ методамъ, сопряженнымъ съ чревосѣченіемъ.

9) Надвлагалищную ампутацію слѣдуетъ считать болѣе благоприятной, чѣмъ полное удаление матки путемъ чревосѣченія.

10) Внутривъбрюшинный способъ ухода за ножкой заслуживаетъ предпочтенія передъ внѣбрюшиннымъ.



11) Способъ надвлагалищной ампутаціи „по типу овариотоміи“, какъ болѣе простой и по достигаемымъ результатамъ, достоинъ дальнѣйшей разработки.

12) Видоизмѣненіе докладчика въ лѣченіи ножки оказало замѣтное вліяніе на пониженіе $\%$ смертности по сравненію съ прежними методами, имъ употреблявшимися.

13) % смертности при надвлагалищной ампутаціи матки, какъ операціи типичной, можетъ быть доведенъ до цифръ, близкихъ къ получаемымъ при оваріотоміи.

14) Описанный выше способъ можетъ быть названъ, по аналогіи его съ оваріотоміей, надвлагалищной ампутаціей матки „по типу оваріотоміи“.

(Продолженіе слѣдуетъ).