

ЖУРНАЛЪ
АКУШЕРСТВА И ЖЕНСКИХЪ БОЛѢЗНЕЙ,
органъ Акушерско-Гинекологическаго Общества въ С.-Петербургѣ.
ГОДЪ ОДИННАДЦАТЫЙ.

ИЮНЬ 1897, № 6.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ, ЛЕКЦІИ, КАЗУИСТИКА.

I.

О руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ
возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна
и брюшной стѣнки.

Проф. Дм. Отта.

(Рѣчь произнесенная 18 января 1897 г. въ годовомъ собраніи Акушерско-Гинекологическаго общества).

Мм. Гг! Приступая къ выполнению лестной и вмѣстѣ съ тѣмъ отвѣтственной обязанности произнесенія рѣчи въ годичномъ собраніи, которая вмѣнена обществомъ избраннымъ своимъ представителямъ, я полагаю, что наиболѣе подходящей темой для подобныхъ рѣчей должны считаться вопросы принципиальныя, захватывающіе широко тотъ или иной отдѣлъ нашей специальности. Обрисовавъ его всесторонне, задача оратора главнымъ образомъ сводится къ сопоставленію того, что уже твердо стоитъ въ смыслѣ научномъ и практическомъ съ той стороною дѣла, которая, представляясь еще спорной и открытой, ждетъ разрѣшенія и нуждается въ разработкѣ или реформѣ. Естественно чѣмъ шире задумана тема, тѣмъ труднѣе дать ей совершенное освѣщеніе. Вполнѣ сознавая это положеніе, я тѣмъ не менѣе намѣтилъ въ сегодняшней своей рѣчи вопросъ о «руководящихъ основахъ при выборѣ способовъ

возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна и брюшной стѣнки». Выбирая темой для рѣчи подобный вопросъ, я руководствовался слѣдующими соображеніями: во первыхъ по существу своему онъ, являясь, такъ сказать, общимъ, долженъ представить интересъ для всѣхъ принимающихъ участіе въ засѣданіи, тѣмъ болѣе, что этотъ вопросъ важенъ не только по чисто научному своему интересу, но кромѣ того затрагиваетъ также практическія стороны жизни, съ которыми гинекологу приходится встрѣчаться на каждомъ шагу; въ 2-хъ, тѣ чисто научныя основы не только клиническія, но анатомо-физиологическія, которыя неизбѣжно должны быть положены въ основу практическихъ выводовъ и заключеній, слишкомъ игнорируются и весь вопросъ съ принципиальной стороны освѣщенъ далеко не въ той степени, какъ это безусловно необходимо для успѣха практическихъ заключеній: положенія и выводы основанные на скороспѣлыхъ эмпирическихъ заключеніяхъ принимаются слишкомъ легко и не подкрѣпляются въ достаточной мѣрѣ не только научными данными, но представляютъ крупныя пробѣлы въ смыслѣ дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій. Въ 3-хъ мною руководило желаніе представить въ системѣ тотъ богатый матеріалъ, который находится въ моемъ распоряженіи въ Императорскихъ Клиническихъ Институтахъ Повивальномъ и В. Кн. Елены Павловны главнымъ образомъ въ смыслѣ достигнутыхъ результатовъ, тѣмъ болѣе, что въ разное время я самъ, а также мои помощники по клинической дѣятельности имѣли случай за послѣдніе годы выступать передъ Вами съ докладами по отдѣльнымъ частностямъ затронутаго мною сегодня вопроса.

Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ способовъ возстановленія тазоваго дна и брюшной стѣнки, необходимо остановиться на тѣхъ руководящихъ взглядахъ, на которыхъ должны быть построены наши заключенія. Естественно, что только правильное пониманіе физиологическихъ законовъ и топографо-анатомическихъ данныхъ позволить намъ сдѣлать вѣрную оцѣнку тѣхъ условій, которыя ведутъ къ смѣщенію и неправильному взаимному расположенію внутреннихъ органовъ, вызванному нарушеннымъ отпавленіемъ, какъ тазоваго дна, такъ и брюшнаго пресса.

Въ этомъ отношеніи необходимо прежде всего имѣть въ виду, что главная роль приходится на долю мышечныхъ образований—той живой, сократительной ткани, работой которой постоянно поддерживается равновѣсіе силъ, обеспечивающихъ положеніе и движеніе внутреннихъ органовъ въ извѣстныхъ физиологическихъ границахъ. Нарушеніе цѣлости и разстройство отправленій мышечнаго аппарата, при внимательной оцѣнкѣ отдѣльныхъ особенностей, безъ особыхъ затрудненій поддается правильному опредѣленію, а такъ-же мѣропріятія, направленные къ устраненію отмѣченныхъ неправильностей, представляютъ благодарную задачу современной медицины по достигаемымъ результатамъ. Въ анатоми-физиологическомъ отношеніи для правильнаго уразумѣнія отправленія брюшнаго пресса и тазоваго дна представляется цѣлесообразнѣе разсматривать эти образованія не въ отдѣльности, а какъ составныя части приспособленія, имѣющаго въ основѣ одни и тѣ-же задачи, такъ что въ этомъ отношеніи вполне основательно выдѣленіе соответственной мускулатуры прикрѣпленной частью къ костямъ тазоваго пояса, частью къ ребрамъ и позвоночнику въ самостоятельный по функціональному своему назначенію такъ наз. *constrictor externus*. Естественно, что, окружая со всѣхъ сторонъ органы брюшной полости, отдѣльныя группы мускулатуры, составляющей стѣнки этой полости, будутъ играть по отношенію другъ къ другу роль антогонистовъ, стоящихъ на стражѣ въ цѣляхъ сохраненія равновѣсія силъ, вліяющихъ на положеніе брюшныхъ внутренностей. Въ этомъ отношеніи наиболѣе рельефно выступаетъ дѣятельность мышцъ брюшнаго пресса съ одной стороны и дѣятельность мышцъ тазоваго дна съ другой.—Тазовой поясъ, къ которому обѣ указанныя группы прикрѣпляются до извѣстной степени представляется границей между ними. Имѣя въ виду приведенное соображеніе, приходится всегда, говоря обѣ одной изъ указанныхъ мышечныхъ группъ, брать въ расчетъ другую:—чрезмѣрное дѣйствіе одной изъ нихъ, такъ равно и расслабленіе ея неизбѣжно отзывается на другой. Иногда патологическое вліяніе въ началѣ не ясно выражено, или онъ трудно поддается опредѣленію; но неизбѣжно рано или поздно оно войдетъ въ свои права и, если организмъ не имѣетъ возможности приспособ-

леніемъ отдѣльныхъ своихъ частей нейтрализовать происшедшее несоотвѣтствіе, обязательно развиваются ненормальности въ положеніи и въ отправленіи органовъ брюшной полости. Все только что сказанное заставляетъ меня въ сегодняшней моей бесѣдѣ совмѣстно обсуждать и мѣры, направленныя къ сохраненію, какъ тазоваго дна, такъ и брюшной стѣнки. Нагляднымъ примѣромъ необходимой гармоніи въ взаимномъ отношеніи тазоваго дна и брюшнаго пресса можетъ служить состояніе указанныхъ частей непосредственно послѣ родоразрѣшенія, — цѣлесообразность строенія и взаимнаго отношенія частей организма въ это время выступаетъ особенно рельефно. При прорѣзываніи и выхожденіи головки тазовое дно со всѣми входящими въ составъ его мышцами сильно растягивается, травмируется и временно, благодаря этому, въ значительной степени утрачиваетъ способность оказывать необходимое противодѣйствіе мышцамъ брюшнаго пресса. Неизбѣжнымъ слѣдствіемъ такого положенія вещей должно бы явиться глубокое разстройство въ расположеніи и отправленіи брюшныхъ органовъ. При нормальныхъ условіяхъ мы этого однако не замѣчаемъ, что станетъ вполне понятнымъ, если имѣть въ виду постепенно подготавливающееся во время беременности компенсаторное растяженіе брюшной стѣнки и входящихъ въ составъ ея мышцъ. Благодаря вялости брюшной стѣнки первое время вслѣдъ за родами, антогонисты ея мышцы тазоваго дна удовлетворяютъ назначенію этого послѣдняго.

Приведенный примѣръ позволяетъ, переходя къ вопросу о сохраненіи тазоваго дна и брюшной стѣнки, не только установить необходимость въ совмѣстномъ разсмотрѣніи указанныхъ двухъ отдѣловъ *constrictoris ext.*, но кромѣ того прямо намѣчаетъ задачи, какъ профилактики, такъ и лѣченія развившихся уже разстройствъ.

Въ этомъ отношеніи, какъ сказано, прежде всего нужно помнить, что *главнѣйшія наши стремленія должны быть направлены на сохраненіе мускулатуры*, при чемъ въ общемъ нужно замѣтить, что хотя промежность и вообще тазовое дно подвергаются болѣе рѣзкимъ и сильнѣйшимъ вреднымъ условіямъ, тѣмъ не менѣе въ смыслѣ предупрежденія болѣзненныхъ разстройствъ, эта область находится больше въ нашей власти,

чѣмъ брюшной прессъ. Если не считать гимнастики и вообще обще-гигиеническихъ мѣропріятій, мы можемъ сдѣлать очень мало по отношенію сохраненія брюшныхъ мышцъ; и все сводится главнымъ образомъ лишь къ тому, чтобы устранять своевременно объемистыя опухоли брюшной полости и т. п. причины, которыя, растягивая брюшныя стѣнки, ведутъ къ ослабленію ея мускулатуры.

По отношенію къ промежности наши предупреждающія мѣры болѣе дѣйствительны и во всякомъ случаѣ мы имѣемъ возможность проявить несравненно болѣе активное вліяніе въ смыслѣ сохраненія ея мускулатуры, когда этой грозитъ наибольшая опасность, а именно при прорѣзываніи во время родовъ крупныхъ частей плода. Изъ числа этихъ мѣропріятій на первый планъ считаю необходимымъ псставить способъ заблаговременнаго и глубокаго разсѣченія промежности по ея гарне. Этимъ путемъ мы не только существенно облегчаемъ періодъ прорѣзыванія плода, но главное достигаемъ наиболѣе совершеннаго сохраненія мышцъ тазоваго дна.

Дѣйствительно не трудно себѣ представить, что этотъ методъ далеко превосходитъ всѣ остальные, предложенные съ той-же цѣлью, если имѣть въ виду, что прорѣзывающаяся головка *почти всегда* ведетъ къ разрыву въ большей или меньшей степени частей нижняго отрѣзка родоваго канала, и, если удастся избѣгнуть наружныхъ поврежденій, то подкожный разрывъ мускулатуры, можно сказать, лишь рѣдко отсутствуетъ, и, благодаря расхожденію разорванныхъ частей мускулатуры, въ результатѣ остается болѣе или менѣе рѣзко выраженное расслабленіе промежности, рукава и вообще всего тазоваго дна. Въ практикѣ на эти подкожныя поврежденія, къ сожалѣнію, почти не обращаютъ вниманія,—разъ что нѣтъ наружнаго разрыва, «все обстоитъ благополучно». Для дальнѣйшаго же здоровья женщины эти подкожныя разрывы болѣе неблагоприятны, такъ какъ ихъ предоставляютъ самимъ себѣ, не дѣлая никакихъ попытокъ съ соединеніемъ разошедшейся мускулатуры. Сколько разъ приходится видѣть выпаденіе матки и рукава при отсутствіи малѣйшаго *наружнаго* поврежденія, а между тѣмъ, всматриваясь въ промежность, не трудно убѣдиться, что она истончена до крайности и представляется состоящей лишь

изъ дубликатуры кожи безъ всякихъ слѣдовъ ранѣ бывшей мускулатуры, если не считать жалкихъ остатковъ кольцевидно-расположенныхъ волоконъ, составляющихъ части sphinctor'a; и, если приподнять пальцами такую вялую промежность, то она просвѣчиваетъ. Естественно, что подобная промежность совершенно утратила свои функціональныя способности и подобное состояніе ея вызываетъ глубокія разстройства. Посмотримъ теперь, что даетъ профилактическій разрѣзъ, который я рекомендовалъ выше? Во 1-хъ разрѣзанныя части свободно раздвигаются, уступая подвигающейся головкѣ, роды идутъ быстрѣе, а *мускулатура не рвется*, во 2-хъ, и что *главное*, благодаря хорошимъ ровнымъ краямъ разрѣзъ ихъ удобно соединить швами и въ результатѣ получается возстановленіе промежности *съ такимъ же количествомъ мышечныхъ элементовъ, какъ было раньше*, отличающейся отъ прежней развѣ только тѣмъ, что остается почти незамѣтное *гарне* на мѣстѣ соприкосновенія соединенныхъ краевъ разрѣза. По своимъ свойствамъ такая промежность не уступаетъ промежности нерожавшей женщины. Рискъ, что промежность не заростетъ, какъ это легко заключить изъ ниже приведенныхъ цифръ, ничтожный, и во всякомъ случаѣ безъ всякаго колебанія можетъ быть противопоставленъ завѣдомо неизбѣжно развивающимся неблагоприятнымъ условіямъ.

Чтобы получить хорошіе результаты, очевидно не послѣднюю роль играетъ выборъ способа, какъ производится зашиваніе, какой для этого употребляется матеріалъ и вообще вся техническая сторона пластики.

Если при подобныхъ, профилактическихъ мѣрахъ удастся сохранить условія близкія къ нормѣ, то нельзя того же сказать про случаи запущенные, гдѣ приходится имѣть дѣло съ послѣдствіями раньше бывшихъ вредныхъ вліяній. Къ леченію подобныхъ случаевъ я теперь и перехожу.

При выборѣ способа возстановленія нарушенной промежности, а такъ же и брюшной стѣнки руководящимъ моментомъ должно быть стремленіе возстановить мышечный аппаратъ въ первоначальномъ его видѣ: сросить разорванные или разошедшіяся мышцы. Въ этомъ отношеніи входятъ въ силу немаловажныя детали, которыя удобнѣе разсмотрѣть отдѣльно:

а) для восстановления промежности и б) для восстановления брюшной стѣнки.

При восстановленіи промежности во 1-хъ, фигура освѣженія старыхъ разрывовъ всегда должна быть, такъ сказать, строго топографо-анатомическаго типа *). Отклоненіе отъ этого допустимо лишь при особыхъ осложненіяхъ, исключаящихъ возможность слѣдовать этому принципу; прототипомъ должна быть фигура, получаемая при разсѣченіи цѣльной промежности. Во 2-хъ, освѣженіе должно быть произведено на столько глубоко, чтобы можно было дѣйствительно рассчитывать на соединеніе разошедшейся мускулатуры, и въ пользу этого основнаго принципа должно безусловно пожертвовать стремленіемъ сохранить à tout prixъ малѣйшія частицы тканей. Это желаніе сохранить ткань безусловно важно только для мышечной, для остальныхъ же оно имѣетъ значеніе лишь при специальныхъ условіяхъ. При томъ видѣ дряблыхъ и истощенныхъ промежностей, о которыхъ я упоминаю выше, первый актъ освѣженія долженъ заключаться въ разсѣченіи по гарбе (для этого удобнѣе всего, чтобы ассистенты, захвативъ по обѣ стороны промежность, подняли и растянули ее) вплоть до уцѣлѣвшей мускулатуры. Этимъ приемомъ опредѣляется необходимая глубина освѣженія; на днѣ подобнаго разрѣза обыкновенно ясны видны уцѣлѣвшіе при разрывѣ мышечные пучки. Вслѣдъ за этимъ приемомъ приступаютъ къ очертанію ножемъ необходимой фигуры освѣженія. Въ 3-хъ, чѣмъ раньше производится операція восстановления, тѣмъ выгоднѣе, такъ какъ разошедшіяся при разрывѣ мышцы отъ бездѣйствія успѣваютъ атрофироваться въ меньшей степени. Въ 4-хъ, способъ наложенія швовъ долженъ быть таковъ, чтобы, хорошо прилаживая освѣженные части, по возможности менѣе нарушать питаніе тканей, что лучше всего достигается накладываніемъ узловатыхъ швовъ этажами, захватывая въ каждый шовъ относительно не много тканей. Такимъ путемъ и топографическія отношенія восстанавливаются въ болѣе совершенной степени. (При нарушеніи цѣлости прямой кишки швы должны

*) См. такъ же статью мою помѣщенную въ Журналѣ Акушерства и Женскихъ болѣзней за 1890 г. № 1. „Усовершенствованный способъ наложенія и снятія швовъ при нормальной perineoepitharia.“

быть накладываемы такъ, чтобы не проникать въ просвѣтъ кишки какъ это мною описано въ вышеуказанной статьѣ). Въ 5-хъ, матеріаломъ для швовъ долженъ служить тонкій шолкъ, что особенно важно по отношенію погружныхъ швовъ въ виду того, что шолковая нить для расасыванія своего требуетъ относительно продолжительнаго времени, и поэтому долго держитъ въ соприкосновеніи соединенныя части, консолидируя ихъ сращеніе и предотвращая такимъ путемъ ихъ расхожденіе и въ дальнѣйшемъ теченіи повтореніе страданія. Легко расасываемый кѣтгутъ безусловно долженъ быть отвергнутъ для этихъ цѣлей и допустимъ развѣ лишь для поверхностнаго шва соединяющаго кожу или слизистую оболочку.

При возстановленіи брюшной стѣнки: тѣже принципы остаются въ силѣ, только *mutatis mutandis*. Наружныхъ поврежденій толщи брюшной стѣнки обыкновенно не приходится видѣть, если не считать разсѣченія ея во время чревосѣченія. Преобладаетъ подкожное расхожденіе мышцъ, нарушеніе отправления и до извѣстной степени послѣдующая атрофія ихъ. Въ такихъ случаяхъ при операціи *diastasis* или *herniae lineae albae* разрѣзъ должно вести на столько глубоко, чтобы обнажить край мышцъ и имѣть такимъ образомъ полную увѣренность, что при наложеніи шва дѣйствительно соединяются разошедшіяся мышцы. Грыжевой мѣшокъ или избытокъ апоневритической ткани изсѣкается вплоть до края мышцъ. Тотъ же этажный, погружной шовъ; матеріаль, по выше изложеннымъ соображеніямъ, тонкая шолковая нить, наложенная узловатымъ швомъ.

Помимо погружнаго шва—обычныя глубокіе (черезъ всю толщю брюшной стѣнки, накладываемые довольно далеко одинъ отъ другаго) и часто расположенные поверхностные швы. Мѣсто вкола и выкола этихъ швовъ по возможности близко отъ края разрѣза; этимъ достигается несравненно болѣе тщательное прилаживаніе краевъ и какъ слѣдствіе тонкій и менѣе замѣтный рубецъ. Видъ фигуры освѣженія—оваль съ заостренными концами. Длинна и ширина его сообразно съ протяженіемъ и степенью разошедшихся мышцъ.

При нарушеніяхъ цѣлости брюшной стѣнки во время чревосѣченій благоприятные результаты могутъ быть получены

лишь при соблюденіи тѣхъ же основныхъ положеній: весь центръ тяжести падаетъ на надежное сращиваніе прямыхъ мышцъ или по крайней мѣрѣ заключающихъ ихъ сухожильныхъ влагалищъ.

Если при этомъ имѣется дѣло съ расхожденіемъ мышцъ, происшедшимъ ранѣе, то обязательное вырѣзываніе эллиптическаго лоскута необходимо для непосредственнаго сближенія и соединенія разошедшихся мышцъ, какъ на это указано выше. Погружной шовъ всегда выгоднѣе накладывать узловатый. Обвивной хотя накладывается быстрѣе, но во первыхъ соединеніе частей, имъ захватываемыхъ, уступаетъ въ своей точности, и во вторыхъ, въ случаѣ всегда возможнаго нагноенія, при узловатомъ швѣ обыкновенно дѣло ограничивается выходомъ одного узелка; при обвивномъ же вся рана можетъ разойтись, т. к. нагноеніе распространяется по нити, послужившей для обвивного шва, какъ по дренажу. Указанный мышечно-апоневротическій шовъ помимо основнаго своего значенія создать прочную и устойчивую брюшную стѣнку, еще имѣетъ не малое значеніе въ первые же дни послѣ операціи: захватывая въ каждый стежокъ немного, но плотной ткани шовъ не легко прорѣзываетъ и въ случаяхъ, не протекающихъ ассептически, при которыхъ происходитъ расхожденіе всей раны, предохраняетъ больную отъ выпаденія кишокъ. Я убѣжденъ, что, благодаря этому способу, мнѣ удалось не разъ предотвратить неблагоприятный исходъ операціи. Послѣдовательнаго развитія грыжъ бѣлой линіи при соблюденіи вышеизложенныхъ принциповъ можно сказать почти не приходится наблюдать: онѣ являются рѣдкими исключеніями, тогда какъ до примѣненія указаннаго способа при зашиваніи брюшной раны одними глубокими и поверхностными швами очень часто получалось послѣдовательное расхожденіе мышцъ.

У нѣкоторыхъ авторовъ процентъ послѣдовательнаго развитія грыжъ послѣ чревосѣченій достигаетъ громадной цифры. Въ этомъ отношеніи интересныя данныя приводятся *Winter*'омъ: на 522 больныхъ изъ клиники *Olshausen*'а отмѣчено развитіе грыжъ до 30%. Нижеслѣдующія цифры указываютъ на результаты, полученные въ моей клиникѣ при употребленіи мышечно-апоневротическаго шва; они настолько краснорѣчивы, что

дальнѣйшихъ коментаріевъ не требуютъ. Мышечно-апоневротическій шовъ систематически сталъ мною примѣняться съ 1891 года, *) приче́мъ за этотъ періодъ времени сдѣлано всего около 300 чревосѣченій.

Имѣя возможность наблюдать за больными по выпискѣ изъ клиники черезъ болѣе или менѣе продолжительное время, нами только у двухъ было констатировано развитіе грыжи на мѣстѣ шва, приче́мъ у обѣихъ больныхъ заживленіе сопровождалось нагноеніемъ въ области брюшной раны. Не ограничиваясь этими непосредственными результатами и вполне сознавая, что для окончательныхъ выводовъ необходимо болѣе продолжительное наблюденіе каждаго отдѣльнаго случая, нами систематически былъ предпринятъ осмотръ больныхъ, у которыхъ прошло не менѣе полугода со дня операціи. О состояніи тѣхъ же больныхъ, которыхъ не представлялось возможнымъ подвергнуть непосредственному осмотру, наведены были справки письменно, обращенныя по преимуществу къ врачамъ подъ наблюденіемъ которыхъ находились эти лица. Такимъ путемъ намъ удалось получить свѣдѣнія о 65 женщинахъ, изъ которыхъ большинство были оперированы нѣсколько лѣтъ тому назадъ, приче́мъ наименѣе отдаленный срокъ операціи равнялся 7 мѣсяцамъ, наибольшій 5 годамъ. Изъ указаннаго числа лишь у двухъ (выше упомянутыхъ) имѣлись грыжи въ области бывшаго разрѣза, всѣ остальные были здоровы и никакихъ ненормальностей не представляли. Три оперированныхъ послѣ операціи рожали, приче́мъ въ одномъ случаѣ были двойни.

Аналогичные результаты получены при пластикѣ въ области тазоваго дна. За періодъ времени въ 11 лѣтъ (отъ 1886 по 1896 г. включительно) произведено 246 операцій, изъ коихъ въ 25 случаяхъ имѣлся полный разрывъ промежности осложненный болѣе или менѣе значительнымъ нарушеніемъ цѣлости прямой кишки. Изъ всего приведеннаго ряда случаевъ лишь въ двухъ наблюдалось расхожденіе раны (одна изъ этихъ больныхъ, подъ вліяніемъ психическаго припадка, послѣ операціи вскакивала съ постели, ходила и т. п.; въ другомъ случаѣ, оперированномъ малоопытнымъ ассистентомъ, пришлось сдѣ-

*) Въ 1892 году указанный способъ описанъ былъ докторомъ *Н. И. Рачинскимъ* въ газетѣ „Врачъ“ № 26.

латъ повторную операцію увѣнчавшуюся успѣхомъ), въ остальныхъ достигнуто было полное возстановленіе нарушенныхъ частей, если не считать единичныхъ поверхностныхъ расхожденій краевъ раны не имѣвшихъ вліянія на конечный результатъ операціи. Помимо такого благопріятнаго успѣха непосредственно послѣ операціи, *конечные* результаты слѣдуетъ признать также вполне удовлетворительными. У всѣхъ больныхъ, которыхъ мнѣ пришлось видѣть въ разные сроки послѣ операціи, за исключеніемъ трехъ, достигнутое оперативнымъ вмѣшательствомъ устраненіе смѣщенія органовъ и имѣвшихся болѣзненныхъ припадковъ, было вполне прочное.

Подводя итоги сказанному, слѣдуетъ признать, что если приведенныя цифры и не настолько велики, какъ это было бы желательно для безапелляціоннаго рѣшенія вопроса о мышечно-апоневротическомъ швѣ и иныхъ изложенныхъ выше техническихъ особенностяхъ, то во всякомъ случаѣ ихъ совершенно достаточно, чтобы полученные результаты не приписывать простой случайности. Достигнутые результаты станутъ еще болѣе убѣдительными, если имѣть въ виду, что большинство нашихъ больныхъ, относится къ несостоятельному классу, подверженному вредному вліянію физическаго труда.

Если же принять во вниманіе, что со времени примѣненія вышеописанныхъ техническихъ особенностей, намъ почти вовсе не приходилось послѣ операціи встрѣчать грыжевидныхъ выпячиваній въ области шва, то полученные цифры станутъ еще болѣе доказательными и могутъ быть признаны существенными аргументами въ пользу тѣхъ руководящихъ основъ при выборѣ способовъ возстановленія нарушенной цѣлости тазоваго дна и брюшнаго пресса, которыя я старался развить въ сегодняшней моей рѣчи. Начавъ съ характеристики анатомическихъ и общефізіологическихъ условій, я закончилъ мѣрами, направленными къ устраненію разстройствъ, зависящихъ отъ нарушеннаго отправления мускулатуры, которая представляетъ существенную составную часть стѣнки, окружающей внутренности брюшной полости. Предоставляя судить Вамъ, по скольку убѣдительны приведенныя мною доводы, съ своей стороны я не могу не сказать въ заключеніе, что чѣмъ больше приходится всматриваться въ особенности затронутого мною

сегодня вопроса, тѣмъ болѣе приходишь къ заключенію, что
лишь тѣ методы и предложенія оказываются цѣлесообразными,
которыя, не ограничиваются мѣстной детальной оцѣнкой
явленій, но имѣютъ въ виду общій планъ устройства чело-
вѣческаго тѣла.
