

ХІІ Международнѣй Сѣѣздъ врачей.

Секція акушерства и женскихъ болѣзней.

Н. М. Какушкина.

Завѣдующими секціей были проф. А. М. Макъевъ и проф. В. Ѳ. Снегиревъ, членами устроительнаго комитета: проф. А. П. Губаревъ, акад. А. Я. Красовскій, проф. И. П. Лазаревичъ, проф. А. И. Лебедевъ, частн. препод. И. М. Львовъ, проф. Д. О. Оттъ, проф. Г. Е. Рейнъ, проф. К. Ѳ. Славянскій, д-ръ В. В. Сутулинъ, проф. Н. Ѳ. Толочиновъ, проф. Н. Н. Феноменовъ, проф. П. И. Ясинскій, проф. Н. В. Ястребовъ.

Секретарями секціи были д-ра: В. Бобровъ, И. Эйхтмейеръ, А. Рахмановъ, Г. Матвеевъ, Н. Побѣдинскій, А. Венеръ, Г. Гуме.

Секція имѣла восемь засѣданій, съ 8 августа по 12 августа включительно, по два засѣданія ежедневно, за исключеніемъ воскресенья 10 августа, когда, по принятому секціей предложенію проф. А. Martin'a, засѣданій совѣмъ не было.

Основными вопросами, подлежащими обсужденію секціи, были: *о лонослѣченіи, о наружномъ акушерскомъ изслѣдованіи, о сывороткѣ при послеродовомъ тилокровіи, о связи между переломъ и послеродовыми заболѣваніями, о влагалитномъ чрезослѣченіи, о перолоп и тлченіи его, о хирургическомъ тлченіи воспаленія брюшины, о коренныхъ способахъ хирургическаго тлченія рака матки.*

По этимъ вопросамъ было заявлено 27 докладовъ 23 лицами, изъ нихъ сдѣлано 13 докладовъ 13 лицами.

Кромѣ основныхъ вопросовъ, въ 56 докладахъ, заявленныхъ 43 лицами, были затронуты и многіе другіе, изъ этихъ доложено 40.

Наибольшее число докладчиковъ было изъ Россіи (13), Франціи (13) и Германіи (8). Изъ другихъ государствъ (Италія,

Англія, Австрія, Румынія, Турція, Іспанія) было по одному—по два докладчика. По числу докладовъ эти государства распредѣляются такъ: Франція 17 докладовъ, Россія 15 и—Германія 9. Большинство докладовъ было сдѣлано на французскомъ языкѣ, затѣмъ преобладалъ нѣмецкій. Англичане дѣлали доклады и вели пренія на родномъ языкѣ, тоже можно сказать и о нѣмцахъ. Изъ русскихъ докладчиковъ трое сдѣлали свои сообщенія по нѣмецки, остальные предпочтительно говорили по французски *). Представители другихъ націй предпочитали французскій языкъ.

Въ первые три секціонные дни ни докладчики ни оппоненты не были особенно стѣсняемы во времени, почему и тѣ и другіе высказывались съ достаточной полнотой, въ послѣдній же день (12 августа), ввиду общаго желанія закончить всѣ засѣданія секціи въ этотъ день, для докладовъ было отведено очень мало времени, такъ что каждое сообщеніе было сокращено до *minimum* а и дебатовъ почти не было.

Передъ началомъ каждаго засѣданія завѣдующіе секціей выбирали изъ среды бывшихъ на лицо иностранныхъ гостей—представителей клиникъ четырехъ почетныхъ предсѣдателей, которые и руководили преніями. Такимъ образомъ поочередно были избираемы: *Abostoli, Cameron, Duhrssen, Jacobs, Küstner, La Torre, Leopold, Martin, Olshausen, Pinard, Simpson, Zweifel, Winckel*. Кромѣ того, въ одномъ изъ послѣднихъ засѣданій, до прибытія иностранныхъ представителей, временно занималъ предсѣдательское мѣсто проф. *Д. О. Омтъ*.

Первое засѣданіе, 8 августа, открыто слѣдующими привѣтствіями завѣдующихъ секціей.

Проф. *А. М. Мактевъ*. Москва, сердце Россіи, душевно привѣтствуетъ прибытіе почетныхъ представителей науки, посвятившихъ свои умственные силы женщинѣ и больной матери.

*) На засѣданіяхъ секціи присутствовали въ преобладающемъ числѣ русскіе врачи и при томъ врачи земскіе, изъ отдаленныхъ угловъ Россіи, большею частью плохо владѣющіе иностранными языками. Они на засѣданіяхъ секціи не слышали ни одного русскаго слова и не имѣли возможности подѣлиться своимъ громаднымъ опытомъ и своими наблюденіями. По праву большинства они по поводу такого пренебреженія русскимъ языкомъ выражали свои сожалѣнія. Нужно сознаться, что, нисколько не грѣша противъ правилъ гостепріимства, можно было бы облегчить имъ ихъ затруднительное положеніе на засѣданіяхъ секціи. Для этого, во первыхъ, устроительный комитетъ могъ—бы доклады или выводы изъ нихъ предварительно напечатать такъ, какъ это сдѣлалъ проф. *В. О. Сивиревъ* съ своею рѣчью, параллельно на иностранномъ языкѣ и на русскомъ, а во вторыхъ и на самыхъ засѣданіяхъ каждый изъ русскихъ докладчиковъ и оппонентовъ, испросивъ разрѣшеніе у почетныхъ предсѣдателей, могъ бы свои заключенія переводить передъ русскими слушателями по русски.

Этотъ счастливый обычай собирать специалистовъ въ одну многочисленную семью съ цѣлью выясненія тѣхъ вопросовъ, которые повсюду предъявляетъ наука, свидѣтельствуетъ объ истинной всенародности знанія, ведущаго, путемъ изученія болѣе, къ торжеству чело-вѣчности.

Дѣйствительно, отъ кого можно ожидать серьезнаго облегченія чело-вѣческихъ страданій, какъ не отъ корифеевъ науки, которые удостоили своимъ посвѣщеніемъ наше отечество и своихъ собратій и при-несли сюда, безъ сомнѣнія, полный опытъ, столь оцѣненный цивилизо-ваннымъ міромъ?

Такова надежда, которая родится при мысли о настоящемъ уче-номъ съѣздѣ. Мы твердо увѣрены, что ваши научныя занятія будутъ имѣть блистательный результатъ.

Да шествуетъ наука быстрыми шагами по пути своего развитія, да множатся ея представители и да будетъ ея удѣломъ самое широкое распространеніе!

Наша старушка *alma mater*, сестра русскихъ и заграничныхъ уни-верситетовъ, радостно зоветъ васъ къ себѣ, дорогие гости, къ трудамъ, которые, несомнѣнно, будутъ плодотворны.

Проф. В. О. *Снегиревъ*. *Verité dans la science, moralité dans l'art* *, Прежде всего позвольте принести вамъ, м. г., слово благодарности за то что вы приняли наше приглашеніе и прибыли къ намъ въ гости, какъ привыкли выражаться, на праздникъ науки и, какъ я позволю себѣ сказать, на разработку „истины“—прибыли, чтобы подѣлиться своимъ богатымъ опытомъ и обмѣняться мнѣніями. Мы, Ваши бывшіе ученики, полны благодарности за это къ Вамъ; съ истиннымъ внима-ніемъ, да и мы ли одни, не весь-ли свѣтъ прислушается къ Вашему мнѣнію и воспользуется съ успѣхомъ приложеніемъ принциповъ, выра-ботанныхъ здѣсь, за этой бесѣдой.

Вамъ, людямъ, прибывшимъ издалека, Вамъ—нашимъ учителямъ, Вамъ, конечно, интересны принципы и мнѣнія здѣшнихъ туземныхъ людей. Вамъ интересно видѣть ихъ учрежденія, и мы съ радостью по-стараемся ознакомить Васъ съ ними, заранѣе прося Васъ быть безпри-страстными—для насъ дорога всегда, вездѣ и повсюду *истина*. Мы, мо-лодой народъ, едва только 8 лѣтъ заведшіе у себя, въ старѣйшемъ университетѣ, женскую клинику, мы исповѣдуемъ, что наука, обога-щая духъ чело-вѣческой, расширяя горизонтъ его міровоззрѣнія, умень-шаетъ, а иногда уничтожаетъ страданія и несчастья. Мы вѣримъ и убѣждены, что слова: война, насилие, страданіе и вырожденіе станутъ на землѣ архаическими, какъ стали слова: инквизиція, пытка и т. д.

Мы вѣримъ потому, что наука, требующая „изысканія истины“, требуетъ людей мирныхъ, уважающихъ другъ друга и облегчающихъ работу совмѣстнымъ трудомъ, совмѣстными собраніями, подобными сего-дняшнему.

Итакъ, да царствуетъ миръ на землѣ, и да исчезнетъ навсегда война! Да царствуетъ любовь и трудъ!

Предметомъ сегодняшняго собранія являются важные отдѣлы Гине-кологии—этой науки, занимающейся изученіемъ *всей женщины*, въ здо-

*) *Malgaigne*.

ровомъ и больномъ ея состояніяхъ, какъ *Антропология* занимается изученіемъ человѣка.

Изученіе женщины или наука о ней имѣетъ предметомъ изученія половину рода человѣческаго: нашей матери, жены, сестры, дочери и мы скажемъ—колыбели рода человѣческаго.

Сдѣлайте эту колыбель здоровой, бодрой и вы устраните много страданій и вы уничтожите на землѣ много несчастій. Вы воскресите красоту и истину и приблизите Царство Божіе на землѣ.

Взгляните на картину Рафаэля „Сикстинская Мадонна“: на рукахъ у женщины, полной гармоніи, находится младенецъ, въ глазахъ котораго свѣтится истина, а въ глазахъ матери его—красота и та жизнерадостная гордость, которая нерѣдко бываетъ у первороженицъ и которую такъ отгѣнили безсмертный Рафаэль.

Красота держитъ и прижимаетъ къ груди истину и, прижимая, торжествуетъ.

Предъ этой картиной люди стоятъ и наслаждаются и думаютъ, что это—увы—недостижимый идеалъ, что это мнѣе генія. Такъ ли это?—Нѣтъ, такое мнѣніе было бы равносильно отрицанію „ума и разума“; оно было бы равносильно отрицанію науки, прогресса и—торжествомъ смерти.

Картина ясно указываетъ путь, какимъ должно итти человѣчество. Оздоровьте колыбель рода человѣческаго; оздоровьте красоту и красота родитъ истину. Итакъ, будемъ полны заботы объ этой колыбели, будемъ убѣждены, какъ мы есть, что здоровье даетъ красоту, красота—истину, истина—счастіе, и что миръ будущаго или счастья на землѣ состоитъ въ умѣннн схранить силы, дарованныя природой, и развить гармонію, основанную на любви другъ къ другу.

Въ настоящемъ собраніи я вижу зачатки этого. Люди пришли изъ разныхъ концовъ земли для торжества науки—истины и въ частности для здоровья женщины, этого источника счастья на землѣ. Если это все такъ, то колыбель рода человѣческаго женщина, должна добиваться не равенства съ мужчиною, а, по нашему мнѣнію, она должна имѣть *больше правъ и меньше обязанностей*. Къ этому должны мы стремиться, если желаемъ, чтобы красота родила истину.

Итакъ вотъ наши принципы—вотъ одинъ изъ голосовъ обширной той страны, которая зовется Русью.

Этому мы научились у васъ и это мы исповѣдуемъ.

Приглашая Васъ на собраніе, мы предложимъ Вамъ темы, полныя интереса—перитонитъ, этотъ шатеръ, сводъ страданій, эту тоску, убивающую много женщинъ въ послѣродовомъ и небеременномъ состояніяхъ. Мы предложили на разсмотрѣніе бленнорею—эту спутницу безплодія, страданіе, уничтожающее женщину, кастрирующее ее и приводящее къ состоянію, такъ удачно названному *R. Barnes*—инвалиднымъ состояніемъ, къ страданію много худшему, по выраженію *Tait'a*, чѣмъ сифилисъ.

Мы приглашали разсмотрѣть *colpotosia*, путь, являющийся большимъ конкурентомъ лапаротоміи, новую дверь—чтобы удалить пылающій очагъ страданій. И наконецъ мы просили васъ подѣлиться съ нами Вашей опытностью, какой путь лучшей для предупрежденія возврата

рака, ибо и до сихъ поръ жизнь оправдываетъ знаменитыя слова покойнаго *Вильмота*: „къ чему искусство въ этихъ удивительныхъ операціяхъ надъ раками, когда возвратъ составляетъ правило, а радикальное излѣченіе есть только исключеніе!“.

Отъ Вашей опытности ждуть эти вопросы разработки и разрѣшенія. Лучшіе умы въ этой области, гордость странъ своихъ и всего человечества здѣсь засѣдаютъ. Сюда собрались, чтобы подумать, что принять противъ этихъ бичей, убивающихъ жизнь и разрушающихъ здоровье женщины.

Въ этомъ собраніи я нахожу надежду, что работа Ваша будетъ успѣшна, и міръ прислушается къ Вашему мнѣнію.

Итакъ примите нашу благодарность и позвольте резюмировать все сказанное, соотвѣтственно нашимъ убѣжденіямъ.

Мірѣ—въ истинѣ, истинна—въ правдѣ и красотѣ, а наука есть корона міра.

Въ отвѣтъ на привѣтствія завѣдующихъ говорили: *Olshausen* (Германія), *Simpson* (Англія), *Pinard* (Франція), *La Torre* (Италія), *Iakobs* (Бельгія).

Затѣмъ слѣдовали доклады и пренія.

I. *Varnier* (Парижъ). О лоносѣченіи.

На основаніи 80 случаевъ изъ клиники *Pinard*'а (матерей умерло 4, дѣтей 9), докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ.

1) Быстрое увеличеніе размѣровъ таза по правиламъ, преподаваемымъ проф. *Pinard*'омъ на Римскомъ Съѣздѣ, привело къ уменьшенію процента дѣтской смертности какъ для родовъ при узкихъ тазахъ, такъ для родовъ при нормальныхъ тазахъ съ искусственнымъ извлеченіемъ младенца.

2) Эта операція не влечетъ за собой ни кровоточеній, ни поврежденій заднихъ тазовыхъ сочлененій, и не угрожаетъ тѣмъ опасностью ни жизни ни здоровью роженицы.

3) Поврежденія мочевого канала и пузыря исключительны. Слѣдуетъ думать, что такія поврежденія имѣютъ мѣсто при наложеніи щипцовъ.

4) Производимое противугнилостно, на женщинѣ не зараженной, лоносѣченіе не опаснѣе другихъ акушерскихъ операцій.

5) Помимо случайныхъ осложненій, независимыхъ отъ операціи, смертность женщинъ при лоносѣченіи зависитъ главнымъ образомъ отъ гнилокровія, имѣющаго исходной точкой маточно-влагалищный каналъ.

6) Никакихъ функціональных разстройствъ со стороны таза послѣ лоносѣченія не наблюдается. Сомнительно, чтобы размѣры

таза, благодаря этой операци, оставались увеличенными послѣ сращения костей. Не обуславливая никакихъ разстройствъ въ послѣдующія беременности и роды, лоносоѣченіе безъ всякихъ затрудненій и дурныхъ послѣдствій можетъ быть повторяемо по нѣсколькx разъ на одной и той же женщинѣ.

7) Не слѣдуетъ думать, что способы *Феноменова* и *Frank'a* способны дать тазу достаточное и стойкое увеличеніе его размѣровъ (кромѣ, можетъ быть, тазовъ кифотическихъ).

8) Показанія къ лоносоѣченію существуютъ всякій разъ, когда плодъ живъ, зѣвъ раскрытъ совершенно, оболочки пузыря разорваны, схватки, вслѣдствіе несоотвѣтствія въ размѣрахъ плода и таза, недостаточны для изгнанія ребенка, а размѣры таза таковы (при прямомъ входѣ, не превышающемъ 7 см.), что при операци можетъ получиться тазъ, достаточный для проведенія плода безъ поврежденій.

Не слѣдуетъ ставить въ принципъ, что лоносоѣченіе существуетъ лишь для неправильныхъ тазовъ въ абсолютномъ смыслѣ слова; эта операци имѣетъ мѣсто также у роженицъ съ нормальнымъ тазомъ—въ случаяхъ несоотвѣтственно большихъ размѣровъ плода и неправильныхъ предлежаній.

9) Лоносоѣченіе при неправильныхъ тазахъ должно замѣнить искусственные преждевременные роды, щипцы, поворотъ и расчлененіе живого плода.

10) Разсѣченіе таза—единственный приѣмъ, ведущій къ дѣйствительному увеличенію размѣровъ таза. Опыты на трупахъ показали, что *Walcher'*овское положеніе далеко не достигаетъ тѣхъ результатовъ, какіе указаны его авторомъ и другими акушерами.

11) Съ точки зрѣнія частныхъ показаній къ лоносоѣченію неправильные тазы должны быть раздѣлены на двѣ группы.

1) *Тазы симметрическіе*, у которыхъ уменьшенъ переднезадній размѣръ входа или полости и поперечный размѣръ выхода (плоскокольцевидно и желобовидно суженные рахитическіе, или нерахитическіе тазы; тазы съ двустороннимъ вывихомъ; тазы послѣ соскальзыванія позвонковъ; кифотическіе тазы).

Оцѣнка характера и степени суженія въ такихъ тазахъ легка; размѣръ возможнаго увеличенія таза опредѣлимъ безъ труда на основаніи извѣстныхъ таблицъ.

Эти тазы составляютъ по преимуществу достояніе лоносоѣченія.

2) *Тазы ассиметрическіе*. Ввиду ихъ атипичности, рѣдкости свѣжихъ экземпляровъ, надѣ которыми возможны были бы опыты, трудности опредѣленія, болѣе или менѣе точнаго, косыхъ раз-

мѣровъ, эти тазы à priori казалось бы слѣдовало отнести къ одному особому классу. Однако факты убѣждаютъ, что здѣсь имѣютъ мѣсто двѣ категоріи.

а) тазы съ болѣе или менѣе выраженной асимметріей, какъ результатомъ страданій тазовыхъ костей безъ поврежденія крестца, результатомъ односторонняго врожденнаго вывиха бедра, сколіотическихъ, рахитическихъ и иныхъ измѣненій.

б) тазы асимметрическіе вслѣдствіе остановки въ развитіи одного крестцоваго крыла съ неподвижностью соотвѣтствующаго сѣдалищно-крестцоваго сочлененія.

Въ тазахъ категоріи а) асимметрия-факторъ, не имѣющій особаго значенія. Эти тазы съ точки зрѣнія лонософченія разсматриваются, какъ тазы симметрическіе съ неправильностями въ размѣрахъ передне-заднемъ или поперечномъ.

Для тазовъ категоріи б), хотя лонософченіе и даетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ возможность извлекать живой и неповрежденный плодъ, но неблагоразумно прибѣгать къ ней при такихъ тазахъ. Здѣсь умѣстны сѣдалищно-лобковое разсѣченіе (ischio-pubiotomia) или кесарское сѣченіе.

12) Роль лонософченія должна ограничиваться цѣлью увеличенія размѣровъ костнаго кольца. Опасно прибѣгать къ этой операціи въ цѣляхъ расширенія мягкихъ частей. Нецѣлесообразно примѣнять эту операцію въ случаяхъ, гдѣ препятствіемъ для родовъ служатъ опухоли мягкихъ частей.

13) Кромѣ противопоказаній къ лонософченію со стороны собственно таза, приводятся обыкновенно таковыя со стороны плода и со стороны матери.

Говорятъ: „лонософченіе противопоказано, если продолжительные роды и предшествующія вмѣшательства въ значительной мѣрѣ поколебали увѣренность въ жизни плода“. Въ теоріи это такъ, но на практикѣ дѣло стоитъ иначе. При современныхъ знаніяхъ невозможно, пока слышится плодовое сердцебиеніе, сказать, насколько можно быть увѣреннымъ въ жизни плода. Когда нѣтъ неправильностей таза, точно распознанное прекращеніе сердцебиенія плода должно служить единственнымъ противопоказаніемъ къ этой операціи.

Говорятъ также: „зараженіе полового тракта служитъ противопоказаніемъ къ лонософченію, потому что операціонная рана, при всѣхъ противугнилостныхъ предосторожностяхъ и обособленности отъ зараженнаго мѣста, и неизбѣжныя поврежденія крестцово-сѣдалищныхъ сочлененій заразятся послѣдовательно“.

Практика убѣждаетъ насъ, что такая боязнь неосновательна. Если мы и разсматриваемъ зараженіе полового канала, какъ противопоказаніе къ лоноскъченію, то единственно ввиду боязни, что между операціонной раной и зараженнымъ гнѣздомъ возможно непосредственное сообщеніе. Въ этомъ отношеніи нагноеніе тазовой кѣлѣчатки, какъ слѣдствіе инфекціи полового тракта, представляетъ самую главную опасность.

На практикѣ бываетъ трудно распознать въ скрытомъ періодѣ инфекціонный процессъ, гнѣздящійся въ половомъ приборѣ.

Наблюденія наши заставляютъ признать противопоказаніемъ къ разскъченію лона наличность лихорадки у роженицы въ моментъ, когда возникаетъ вопросъ объ оперативномъ вмѣшательствѣ.

II. Zweifel (Лейпцигъ). О лоноскъченіи.

Докладчикъ сдѣлалъ эту операцію 32 раза, въ томъ числѣ три раза повторно, при послѣдующихъ родахъ. Показаніемъ служили узкіе тазы съ конъюгатой въ $6\frac{1}{2}$ —8 снтм. Обыкновенно, приступая къ операціи, докладчикъ выжидалъ полного раскрытія зѣва. Смертью окончился только одинъ случай. Изъ осложненій въ трехъ случаяхъ наблюдалось раненіе пузыря (катетеромъ, корнцангомъ и благодаря ущемленію между концами костей). Общее впечатлѣніе отъ операціи таково. Технически она легка, но послѣдовательное теченіе при ней болѣе продолжительно, нежели послѣ чревоскъченія. Зараженіе имѣетъ много благопріятныхъ условій, въ числѣ которыхъ на первомъ планѣ стоитъ возможность застоя выдѣленій въ многочисленныхъ углубленіяхъ и неровностяхъ операціонной раны. Поэтому послѣ лоноскъченія необходима тщательная тампонація. Вообще операція даетъ незначительное увеличеніе размѣровъ таза, но увеличеніе въ нѣкоторой степени остается и послѣ заживленія раны.

Küstner (Бреславль) сдѣлалъ эту операцію семь разъ. Обыкновенно онъ не выжидалъ полного открытія зѣва. Плодъ извлекался. Впечатлѣнія отъ операціи получены не вообщѣ удовлетворительныя. Операція технически легка и общедоступна, но требуетъ много помощниковъ.

La Torre (Римъ) по поводу 10-го положенія доклада *Varnier* высказался такъ. Онъ часто примѣняетъ такъ называемое *Walcher*'овское положеніе при родахъ и каждый разъ убѣждается, что оно облегчаетъ выведеніе плода. *Varnier* дѣлаетъ свои заключенія на основаніи опытовъ на трупахъ, но слѣдуетъ имѣть

въ виду, что эластичность, которую обладают нѣкоторыя связки при жизни, пропадаетъ послѣ смерти и на трупахъ уже не имѣетъ мѣста. Заключенія, сдѣланныя на основаніи опытовъ съ трупами, рискованно относить къ живой женщинѣ. *Leopold* не разъ констатировалъ преимущество *Walcher*'овскаго положенія у рожениць.

Имя *Walcher*'а дано этому положенію несправедливо, потому что итальянецъ *Cibio-Mercuriale* еще въ 1589 году описалъ и примѣнялъ его. Въ 1605 году положеніе это этимъ же авторомъ было описано вторично. Изъ-за любви къ истинѣ, а не по патриотизму, *La-Torre* предлагаетъ называть это положеніе роженицы именемъ *Mercuriale*, или просто итальянскимъ положеніемъ.

Димантъ (Спб.). При современномъ состояніи вопроса о симфизеотоміи уже не можетъ быть спора о правѣ гражданства этой операціи. Причина этого лежитъ въ томъ, что многія слабыя стороны, ставившіяся въ вину этой операціи, оказались незаслуженными, зависѣвшими не отъ самой операціи, а отъ предразсудковъ, отъ незнанія степени увеличенія размѣровъ таза, отъ общихъ условій (отсутствіе антисептики), отъ неумѣлаго неосторожнаго и нераціональнаго оперированія. Многіе изъ упомянутыхъ упрековъ пали, и теперь споръ о симфизеотоміи есть споръ о ширинѣ области ея примѣненія: одни расширяютъ область ея примѣненія (*Morisani*, *Pinard* и др.), другіе суживаютъ её до *minimum*'а (*Leopold*). Одинъ изъ упрековъ по адресу симфизеотоміи существуетъ неустрашеннымъ и до сихъ поръ. Это возможность раненія, разрыва мягкихъ частей (влагалища, уретры). Несомнѣнно, такіе разрывы составляютъ слабую сторону операціи, признаваемую всѣми. Благодаря имъ, операція почти исключена у первородящихъ и не можетъ соперничать съ успѣхомъ съ кесарскимъ сѣченіемъ. Однако и этотъ упрекъ есть только вопросъ времени, и исторія его будетъ такая же, какъ и исторія всѣхъ прочихъ упрековъ, которые дѣлались симфизеотоміи. Что мы сдѣлали до сихъ поръ, чтобы предотвратить при этой операціи разрывы мягкихъ частей? Ровно ничего. А между тѣмъ сдѣлать можно многое. Уже имѣется много случаевъ симфизеотоміи; замѣчался ли когда либо случай разрыва промежности при этой операціи? Ни разу. А между тѣмъ при такомъ же количествѣ обычныхъ родовъ разрывы промежности наблюдались бы много разъ. Это зависитъ оттого, что лонная дуга есть антагонистъ промежности и болѣе сильный, чѣмъ промежность. Лонная дуга защищаетъ переднія мягкія части отъ разрыва, направляя дѣй-

ствіе силы на промежность, которая и рвется. Разрѣзавъ симфизъ, мы парализуемъ дѣйствіе одного антагониста, тогда промежность дѣйствуетъ безпрепятственно и направляетъ силу на слабую переднюю стѣнку родового канала, и послѣдняя рвется. Поэтому разрывы влагалища и уретры можно въ такихъ случаяхъ предотвратить, если поддерживать ихъ рукою и отдавливать головку на промежность, или вставлять между концами лонныхъ костей инструментъ на подобіе дуги, или производить разрѣзъ промежности на подобіе того, какъ это предлагаетъ проф. *Оттъ* при обычныхъ родахъ (тѣмъ болѣе что симфизеотомія большею частью сопровождается наложеніемъ щипцовъ). При такомъ образѣ дѣйствія послѣдній упрекъ, дѣлаемый симфизеотоміи, падетъ, и врядь ли можно будетъ еще говорить о замѣнѣ этой операціи кесарскимъ сѣченіемъ при относительномъ показаніи.

Второе засѣданіе, 8 августа.

III. *Dührssen*. (Берлинъ). *О влагалищномъ чревосѣченіи.*

Обыкновенно вскрывается брюшная полость докладчикомъ при этой операціи въ переднемъ сводѣ. Низводится шейка матки, проводится поперечный разрѣзъ у основанія передняго свода, отслаивается пузырь, присоединяется къ поперечному разрѣзу влагалищной стѣнки продольный и разсѣкается въ продольномъ направленіи брюшина. Дальнѣйшій ходъ операціи зависитъ отъ цѣлей, съ которыми она предпринята. При операціяхъ надъ придатками и маткой послѣдніе извлекаются черезъ разрѣзъ наружу причѣмъ введенными въ разрѣзъ пальцами разрушаются сращения, исправляется положеніе матки. Очень часто влагалищное чревосѣченіе, названное докладчикомъ *colpocoeliotomia anterior*, ограничивается разрушеніемъ сращеній и исправленіемъ положенія матки съ непремѣннымъ укрѣпленіемъ ея или только въ ранѣ брюшины (*vesicofixatio*) или въ ранахъ брюшины и влагалища (*vaginofixatio*). *Vesicofixatio* у докладчика имѣетъ мѣсто только при абсолютно подвижной перегнутой назадъ маткѣ, ибо только въ такихъ случаяхъ она можетъ дать продолжительный результатъ. *Vaginofixatio* примѣнима во всѣхъ другихъ случаяхъ и состоитъ въ проведеніи *немногихъ* швовъ сразу черезъ край влагалищной раны, черезъ край брюшинной раны и черезъ стѣнку матки *науровнѣ отхожденія трубъ*; игла съ нитью выводится черезъ противулежащіе края ранъ. Для прочности результата необходимъ шелкъ, какъ матеріалъ для шва. Въ 12 случаяхъ ук-

рѣшенія матки въ переднемъ сводѣ у докладчика получился возвратъ, потому что былъ примѣненъ въ этихъ случаяхъ кѣгутъ. Последующія беременности и роды въ случаяхъ докладчика послѣ влагалищнаго укрѣпленія матки протекали безъ отклоненій отъ нормы. Главнымъ условіемъ для того онъ считаетъ тщательное зашиваніе брюшинной раны (дабы предотвратить приращеніе матки къ ранѣ влагалища), небольшое число собственно укрѣпляющихъ, маточныхъ швовъ и соблюденіе правила не накладывать верхняго шва выше уровня отхожденія трубъ. Всѣхъ влагалищныхъ чревосѣченій при перегибахъ матки назадъ для укрѣпленія матки въ переднемъ сводѣ докладчикъ сдѣлалъ 305 съ 4 смертными исходами (отъ 1) гниlostнаго зараженія, 2) послѣдовательнаго кровотеченія, 3) гидронефроза и 4) порока сердца). Эта операція въ неосложненныхъ случаяхъ перегиба назадъ вполне безопасна, при срощеніяхъ же можетъ дать сильное кровотеченіе, противъ котораго можно примѣнить полное удаленіе матки (такихъ случаевъ у него было 6). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ срощенія могутъ оказаться столь обширными и сложными, что можетъ потребоваться вскрытіе брюшной стѣнки, что и пришлось докладчику сдѣлать въ 7 случаяхъ.

При хроническихъ воспаленіяхъ тазовой брюшины авторъ сдѣлалъ 200 влагалищныхъ чревосѣченій, изъ которыхъ 8 окончились смертью. Изъ нихъ въ 15 случаяхъ имѣлась внѣматочная трубная беременность, причемъ удалены труба и яичникъ; въ 29 случаяхъ разрушены лишь срощенія, въ которыхъ были заключены матка и придатки, причемъ у оперированныхъ, до того времени безплодныхъ, наступило зачатіе; въ 53 случаяхъ сдѣланы игницунктура или частичное изсѣченіе яичника; въ 104 случаяхъ удалены придатки и ради искусственнаго безплодія (у легочной больной) перерѣзаны трубы. Попутно въ 12 изъ этихъ случаевъ удалены фиброзныя опухоли изъ стѣнки матки.

Важныя достоинства влагалищнаго чревосѣченія, по докладчику, предъ брюшнымъ заключаются въ томъ, что оно даетъ возможность однимъ разрѣзомъ обходиться одновременно при нѣсколькихъ операціяхъ, причемъ женщина разрѣзомъ не уродуется и послѣоперационное выздоровленіе ея совершается быстро.

IV. Martin (Берлинъ) О влагалищномъ чревосѣченіи.

Докладчикъ говорилъ главнымъ образомъ о влагалищномъ чревосѣченіи при тазовыхъ перитонитахъ, исходной точкой которыхъ, за исключеніемъ нѣкоторыхъ случаевъ бугорчатки, онъ

считает органы полового прибора. Не касаясь подробностей техники, онъ раздѣлилъ операцію на четыре момента: 1) вскрытіе брюшной полости, 2) разрушеніе сращеній и освобожденіе отдѣльных органовъ, 3) удаленіе больныхъ органовъ и 4) закрытіе брюшной полости. Смотра по особенностямъ случая вскрывается тотъ или другой сводъ влагалища. Край брюшины пришивается временно къ краю влагалищной раны. Разрушеніе сращеній дѣлается пальцемъ, въ исключительныхъ случаяхъ ножницами. Кровотеченіе останавливается обкалываніемъ. Необходимо по возможности избѣгать раненій брюшины, ведущихъ въ послѣдствіи къ сращеніямъ съ прилегающими органами.

Разсмотрѣвъ цѣлый рядъ средствъ, предложенныхъ для предупрежденія послѣдующихъ сращеній въ тазу послѣ описываемой операціи (вливаніе обезжиреннаго оливковаго масла, смазываніе скипидаромъ, полуторохлористымъ желѣзомъ, прижиганіе каленымъ желѣзомъ, дренажированіе), докладчикъ самымъ надежнымъ средствомъ для этой цѣли считаетъ укрѣпленіе матки впереди или помощью *vaginofixatio* или помощью укороченія круглыхъ связокъ (по *Wertheim-Kiefer*'у).

Всѣхъ случаевъ влагалищнаго чревосѣченія у докладчика было 471. Изъ нихъ въ 60 случаяхъ операція сдѣлана при подвижной перегнутой назадъ маткѣ, а въ остальныхъ—при тазовомъ перитонитѣ. Попутно у 59 больныхъ удалены міомы, у 42—серозные трубные мѣшки, у 18—гнойные трубные мѣшки, въ 5 случаяхъ былъ узловатый салпингитъ (*Salpingitis nodosa isthmica*), въ 4—беременная труба. Въ одномъ изъ случаевъ трубной беременности удалены остатки яйца, а трубная рана зашита. Въ 25 случаяхъ удалены кисты яичниковъ, въ 7—гематома граафова пузырька, во 2—пароваріальныя кисты, въ 3-хъ межесвязочныя кисты.

Безлихорадочно протекли только 31 случай. Выписывались больныя большею частью на 15-й день; 8 изъ выписавшихся имѣли остатки околоматочнаго выпота. Въ 5 случаяхъ было раненіе пузыря; 2 изъ нихъ зажили произвольно, а 3—послѣ соответствующей операціи.

Умерло 4 больныхъ: 2 отъ гнилокровія, 1 отъ закрытія просвѣта кишекъ, одна отъ воспаленія легкихъ.

Изъ 262 больныхъ, оперированныхъ до конца 1896 года, дали возвратъ перитонита 6%, улучшеніе явленій 27% и полное выздоровленіе 67%. Изъ 411 больныхъ, оперированныхъ ради перитонита, въ послѣдствіи забеременѣли 18. О девяти изъ нихъ извѣстно, что роды у нихъ окончились благополучно.

Докладчикъ преимущества влагалищнаго чревосѣченія передъ брюшнымъ видить въ отсутствіи при этой операціи дурныхъ послѣдствій, свойственныхъ вскрытію брюшной стѣнки: нѣтъ послѣдовательныхъ грыжъ и приращеній салника и кишекъ къ рубцу. Но въ случаяхъ обширныхъ и сплошныхъ срощеній, въ особенности съ кишечными петлями и стѣнкой таза, преимущества остаются на сторонѣ брюшнаго чревосѣченія. Разграниченіе случаевъ, подлежащихъ тому или другому оперативному приему, у каждаго хирурга можетъ быть свое, сообразно его опыту и техникѣ.

Küstner. Влагалищное чревосѣченіе потому безопаснѣе брюшнаго, что при первомъ легче достигаются приемы обезгвививанія, въ особенности возможнымъ уменьшеніемъ числа помощниковъ. Но и при брюшномъ чревосѣченіи возможно достигнуть тѣхъ же результатовъ, если тщательно бороться съ главной причиной загрязненія брюшины,—руками оператора. Безусловная асептика рукъ можетъ быть достигнута примѣненіемъ при операціи обезпложенныхъ перчатокъ. Изъ 81 случая, проведенныхъ оппонентомъ въ такихъ перчаткахъ, ни одинъ не далъ зараженія.

Olshausen (Берлинъ) видить большую опасность брюшнаго чревосѣченія въ шокѣ и въ болѣе широкомъ и тѣсномъ соприкосновеніи брюшины съ руками и инструментами.

Pichevin (Парижъ) считаетъ эту операцію легкой и, какъ показалъ его личный опытъ, очень удобной въ томъ отношеніи, что при ней одновременно можно дѣлать цѣлый рядъ операцій на маткѣ и придаткахъ. Онъ дѣлаетъ для большаго простора полулунный разрѣзъ для вскрытія передняго свода.

Zweifel выставилъ преимущества чревосѣченія черезъ брюшную стѣнку. Этотъ путь даетъ большую возможность тщательно осмотрѣть поле операціи и болѣе просторъ для работы рукъ и инструментовъ. Шокъ наблюдается и при влагалищномъ чревосѣченіи.

А. И. Лебедевъ (Спб). Наряду съ хирургическими способами лѣченія тазовыхъ перитонитовъ не слѣдуетъ забывать и сохраняющихъ методовъ, напримѣръ примѣненія грязевыхъ ваннъ, дающихъ сплошь и рядомъ прекрасные результаты.

Третье засѣданіе, 9 августа.

Засѣданіе открылось рѣчью *Pichevin*'а (Парижъ), высказавшаго привѣтствіе секціи отъ нѣкоторыхъ представителей французской медицинской прессы.

V. Leopold. (Дрезденъ).—*О наружномъ акушерскомъ изслѣдованіи.*

Наружное акушерское изслѣдованіе разработано лишь за послѣдніе 30—40 лѣтъ. Главнымъ толчкомъ къ распространенію и усовершенствованіямъ его послужило новѣйшее ученіе о заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваніяхъ. Быстрое обеззараживаніе рукъ практическаго врача, имѣющаго дѣло съ разнообразными формами болѣзней, не можетъ быть сдѣлано съ увѣренностью во всѣхъ случаяхъ, поэтому желательно, чтобы внутреннее (влагалищное) изслѣдованіе во время родовъ было по возможности ограничиваемо.

Въ настоящее время возможно однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ прослѣдить теченіе нормальныхъ родовъ и даже нѣкоторыхъ патологическихъ. Кромѣ обычныхъ измѣреній таза, вполне возможно четырьмя приемами, состоящими въ ощупываніи матки и ея содержимаго опредѣлить: 1) величину матки и положеніе плода по отношенію къ ея длиннику, 2) мѣстоположеніе спинки плода, 3) предлежащую часть и 4) мѣстоположеніе предлежащей части по отношенію къ отдѣламъ таза. Докладчикъ примѣнилъ такое изслѣдованіе по меньшей мѣрѣ 10000 разъ, причемъ изъ 2000 родовъ послѣдняго года въ его клиникѣ исключительно однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ обошлись въ 1700 случаяхъ.

По опытамъ докладчика, возраженія противъ наружнаго изслѣдованія, что послѣднее вызываетъ преждевременную родовую дѣятельность и травмируетъ нижній отрѣзокъ матки, не подтверждаются на практикѣ, если наружное изслѣдованіе ведется строго методически.

VI. Pinaré. (Парижъ).—*О наружномъ акушерскомъ изслѣдованіи.*

Положенія докладчика слѣдующія.

1) Наружное изслѣдованіе, называемое также наружнымъ ощупываніемъ, представляетъ для акушеровъ одно изъ дѣйствительнѣйшихъ средствъ распознаванія.

2) Этотъ способъ изслѣдованія, извѣстный съ незапамятныхъ временъ, началъ развиваться съ начала нынѣшняго столѣтія, но только во второй половинѣ этого вѣка, и то за послѣдніе двадцать лѣтъ, результаты его стали высоко и заставили говорить о необходимости примѣненія его у всѣхъ беременных женщинъ.

3) Изученіе и примѣненіе на практикѣ приемовъ наружнаго акушерскаго изслѣдованія очень легко. Имъ можно распознавать

ли нормальную беременность и патологическую, одноплодную и многоплодную, маточную и несвоемѣстную.

4) Съ тѣхъ поръ какъ это изслѣдованіе стало примѣняться методически, явилась возможность помощью его одного распознавать мѣсто прикрѣпленія послѣда, тройни, водянку головки плода, пузырный заносъ и проч.

5) Во время беременности наружное изслѣдованіе даетъ въ извѣстномъ числѣ случаевъ возможность ставить показанія къ оперативному вмѣшательству съ предупреждающими или лѣчебными цѣлями.

6) Во время родовъ оно также даетъ хорошіе результаты, но уступаетъ въ точности внутреннему изслѣдованію.

7) Въ послѣдовомъ періодѣ значеніе наружнаго изслѣдованія равносильно внутреннему.

8) Послѣ родовъ, въ чисто фізіологическихъ случаяхъ, должно примѣняться только одно наружное изслѣдованіе.

Küstner замѣтилъ, что онъ не разъ однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ опредѣлялъ, судя по количеству околоплодныхъ водъ, многоплодную беременность.

Ettinger примѣнилъ съ полной удачей одно наружное изслѣдованіе въ 28 случаяхъ.

Д. О. Омтъ, соглашаясь съ необходимостью наружнаго изслѣдованія не только беременныхъ, роженицъ, но и гинекологическихъ больныхъ, не считаетъ возможнымъ обходиться съ однимъ наружнымъ изслѣдованіемъ въ родильныхъ домахъ, въ которыхъ ведутся курсы для врачей и другихъ лицъ, посвящающихъ себя этой специальности. Опытъ показываетъ, кромѣ того, что въ исключительномъ примѣненіи только одного наружнаго изслѣдованія нѣтъ необходимости: въ Спб. Им. Клиническомъ Повивальномъ институтѣ, гдѣ каждую роженицу изслѣдуетъ много лицъ, за послѣдніе 3 года почти на 5000 родовъ было всего 4 случая смерти отъ послѣродового гнилокровія; изъ этихъ случаевъ за послѣдній годъ не было ни одной смерти. Данныя другихъ клиникъ, напр. клиники *Leopold'a*, показываютъ, что съ переходомъ къ одному наружному изслѣдованію процентныя числа исхода родовъ не измѣнились существеннымъ образомъ.

La Torre всегда примѣняетъ съ своими слушателями во время родовъ внутреннее изслѣдованіе и никогда не наблюдалъ ни одного случая инфекціи. Точное и увѣренное распознаваніе безъ влагалищнаго изслѣдованія въ акушерствѣ не можетъ быть поставлено.

VII. *Olshausen. О расширеніи показаній къ кесарскому сѣченію при узкихъ тазакъ.*

Въ настоящее время показанія къ кесарскому сѣченію должны быть расширены на счетъ случаевъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Лучшимъ временемъ для производства кесарскаго сѣченія долженъ считаться первый періодъ родовъ, нѣсколько часовъ спустя послѣ начала болей. Передъ самой операцией докладчикъ даетъ больной эрготинъ съ цѣлью предупредить послѣдовательное кровотеченіе. Разрѣзь проводится на мѣстѣ, свободномъ отъ послѣда, для чего передъ проведеніемъ разрѣза матка тщательно ощупывается. Жгутъ на нижній отрѣзокъ матки докладчикомъ не употребляется, потому что онъ способствуетъ асфиксии плода. Лучшимъ матеріаломъ для шва считается авторомъ катгутъ. Авторъ сдѣлалъ 29 операций на 24 больныхъ: съ рахитическимъ тазомъ (17), общесъуженнымъ (2), тазомъ карлицы (1), ложноостеопластическимъ (1), сѣуженнымъ опухолями (1) и кифотическимъ (1). Во всѣхъ случаяхъ получены живыя дѣти.

Изъ оперированныхъ умерли двѣ: одна отъ гнилокровія, другая вслѣдствіе забытой въ брюшной полости марли. Нелихорадившихъ было только четыре. Въ своихъ положеніяхъ докладчикъ высказался за расширеніе показаній къ кесарскому сѣченію, какъ относительныхъ, такъ и абсолютныхъ. Кромѣ того, онъ совѣтуетъ примѣнять этотъ способъ родоразрѣшенія въ случаяхъ, гдѣ угрожаетъ и матери и плоду какая либо прямая опасность (напр. при эклампсїи). Лопосѣченіе, по его мнѣнію, со стороны техники недостаточно разработано и не можетъ замѣнить кесарскаго сѣченія, принадлежащаго теперь къ числу технически простыхъ операций.

Leopold за 14 лѣтъ сдѣлалъ 93 кесарскихъ сѣченія, изъ которыхъ 26 по *Porro*. Изъ оперированныхъ умерло 8. Операция всегда производилась со жгутомъ, который затягивался тотчасъ по извлеченіи ребенка и снимался послѣ наложенія глубокихъ швовъ на матку. Положеніе послѣда опредѣлялось по отхожденію трубъ. Хотя кесарское сѣченіе заслуживаетъ распространенія, но технически эта операция не можетъ быть причислена къ простымъ и у практическихъ врачей должна уступать много еще мѣста искусственнымъ преждевременнымъ родамъ.

Д. О. Оттъ. Оперированіе въ самомъ концѣ беременности, передъ началомъ болей, даетъ лучшіе результаты, чѣмъ при на-

чавшейся уже родовой дѣятельности. Въ примѣненіи жгута нѣтъ никакой нужды, ибо онъ отлично замѣняется ручнымъ сдавленіемъ нижняго отрѣзка матки; кромѣ того, жгутъ, какъ показали опыты *Столтынскаго* на животныхъ, обусловливаетъ послѣдовательную атонію матки. Шолкъ имѣетъ преимущества передъ кэтгутомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ повторныхъ операций пришлось наблюдать, что шолкъ хорошо разсасывался, кэтгутъ же наоборотъ. Мѣстомъ вскрытія матки можетъ быть безболѣзненно выбрано мѣсто прикрѣпленія послѣда; разрѣзъ въ этомъ мѣстѣ даже удобнѣе, потому что при наложеніи швовъ послѣдовое пространство хорошо сдавливается. Въ одномъ случаѣ оппоненту пришлось сдѣлать кесарское сѣченіе при беременности въ рогѣ матки.

Zweifel за 10 лѣтъ сдѣлалъ 55 кесарскихъ сѣченій съ однимъ исходомъ въ смерть. По его мнѣнію опасность отъ этой операциі гораздо больше, нежели отъ лоносѣченія.

VIII. *Budin* (Парижъ). *Фотографія таза Naegle на живой женщинѣ.*

Фотографія таза снята лучами *Roentgen*'а и показана на засѣданіи. Въ ней можно наблюдать рѣзкую разницу между здоровой стороной, гдѣ имѣются нормальныя части крестцовой кости и нормальное сочлененіе ея съ сѣдалищной костью, и стороной противоположной, гдѣ видны только отверстія крестца, но нѣтъ ни крыльевъ его, ни линій сочлененія съ сѣдалищной костью. Лонное сочлененіе лежитъ не на срединной линіи, а смѣщено въ сторону пораженныхъ (недоразвитыхъ) костей. Кромѣ того, на снимкѣ видны демонстративно различныя размѣры таза и форма окружности входа въ малый тазъ; послѣдняя овальная, причѣмъ длинный діаметръ овала совпадаетъ съ обычнымъ косымъ размѣромъ таза.

Докладчикъ высказалъ увѣренность, что подобные снимки разнообразныхъ тазовъ, могутъ дать громадное облегченіе въ дѣлѣ опредѣленія формы и, вѣроятно, размѣровъ входа въ малый тазъ.

IX. *Varnier* показалъ: 1) Снимокъ, сдѣланный лучами *Roentgen*'а съ таза, въ которомъ имѣется лѣвосторонній врожденный вывихъ бедра и синостозъ праваго крестцово-сѣдалищнаго сочлененія. 2) Макроскопическіе и микроскопическіе снимки съ послѣда на мѣстѣ его прикрѣпленія въ маткѣ у больной, умершей

отъ эклямисіи. На снимкахъ видна топографія инфаркта. 3) Фотографическіе снимки (4) со срѣзовъ, сдѣланныхъ на замороженномъ трупѣ умершей во время родовъ женщины, гдѣ видно, какъ приспособилась головка плода къ тазовому входу. 4) Такіе же снимки съ умершей отъ кровотечения, вслѣдствіе предлежанія послѣда.

Четвертое засѣданіе, 9 августа.

X. *Leopold* показалъ снимки съ микроскопическихъ препаратовъ послѣда и шейки матки и сообщилъ новѣйшіе результаты своихъ изслѣдовацій надъ сосудами, питающими плодное яйцо. Концевая сѣтъ волосниковъ, распространяющаяся до поверхности слизистой оболочки матки, образуетъ цѣлый рядъ маленькихъ расширеній (*lacinae*), въ которыя врастаютъ ворсинки оболочекъ яйца, приходя въ тѣсное соприкосновеніе съ эпителиальнымъ покровомъ этихъ расширеній.

XI. *La Torre*. Новая классификація неправильныхъ тазовъ.

Въ настоящее время одной опредѣленной системы, по которой классифицировали бы неправильные тазы, не имѣется. Одни классифицируютъ тазы по патогенезу, другіе по этиологии, третьи по размѣрамъ таза. Отъ этого у каждаго акушера число типовъ и формъ таза свое собственное, колеблющееся отъ 4 до 20. Лучшей классификаціей докладчикъ считаетъ классификацію *Martin'a*. Самъ онъ предлагаетъ распредѣлить тазы по формѣ ихъ, видя въ формѣ выраженіе всѣхъ многочисленныхъ и разнообразныхъ неправильностей таза, тѣмъ болѣе что форма положена въ основу классификацій въ зоологіи, антропологіи и другихъ наукахъ. Руководствуясь очертаніями входа, онъ дѣлитъ тазы на 1) овальные, 2) треугольные и 3) атипическіе. Овальные тазы могутъ быть: поперечно-овальные, косо-овальные и прямо-овальные. Такъ называемое чрезмѣрно-малые тазы докладчикъ относитъ къ разряду поперечно-овальныхъ. Чрезмѣрно-большіе тазы въ эту классификацію не входятъ. Поперечно-овальные тазы получаютъ вслѣдствіе остановки въ развитіи, простого или рахитическаго размягченія костей, двухсторонняго вывиха бедренныхъ костей. Косо овальные получаютъ вслѣдствіе остановки въ развитіи одного крестцово-сѣдалищнаго сочлененія, вслѣдствіе пораженія одной нижней конечности и вслѣдствіе сколіоза. Прямо-овальные тазы (сужевіе поперечнаго размѣра) суть резуль-

татъ остановки въ развитіи костей вообще или обоихъ крестцово-повздошныхъ сочлененій. Треугольные тазы (сѣуженіе нѣсколькихъ размѣровъ одновременно) образуются послѣ чрезмѣрнаго размягченія костей, рахитическаго и остеомалатическаго. Атипическіе тазы развиваются изъ простыхъ и осложненныхъ пораженій позвоночнаго столба, нагноеній и перелома позвонковъ и тазовыхъ костей; къ атипическимъ тазамаъ, между прочимъ, относятся тазы съ расщепленнымъ лономъ.

XII. Winkel. (Мюнхенъ).—*О хирургическомъ лѣченіи общаго перитонита, развившагося изъ страданій полового аппарата.*

1) Во всѣхъ формахъ бугорчатаго перитонита показано брюшное чревосѣченіе. Объ излѣченіи можно говорить лишь тогда, если возвратъ не имѣетъ мѣста въ теченіе по крайней мѣрѣ пяти лѣтъ. Дѣйствуетъ-ли при операціи цѣлбно воздухъ, или свѣтъ, или химическіе агенты, неизвѣстно. Разрѣзь брюшныхъ стѣнокъ въ 10—20 снтм. ведется ниже пупка или по средней линіи, или отступая отъ послѣдней въ сторону (при повторныхъ чревосѣченіяхъ по старому рубцу). Удаляются выпоть и большые, легко удалимые органы. Относительно промываній полости, а также относительно состава промывающихъ жидкостей вопросъ стоитъ еще открыто. Послѣдовательное лѣченіе укрѣпляющее. Бить на животъ.

2) Перелойный перитонитъ лѣчится или влагалищнымъ чревосѣченіемъ при небольшихъ гнойныхъ мѣшкахъ, лежащихъ въ маломъ тазу, или брюшнымъ, когда имѣются объемистые мѣшки и большой выпоть, или явленія прободенія. Трубы удаляются, яичники предпочтительно частично изсѣкаются. Брюшная полость вытирается, но не промывается. Дренажъ (черезъ задній сводъ) только при прободныхъ процессахъ. Раны брюшной стѣнки и влагалища совершенно закрываются.

3) Послѣопераціонный перитонитъ требуетъ быстро раскрытія операціонной раны и удаленія гноя. Промыванія брюшной полости не примѣняются; дренажъ необходимъ.

4) Послѣродовой перитонитъ показываетъ чревосѣченіе, какъ только обнаружено присутствіе гноя, а плевра и околосоудечная сорочка здоровы. Число случаевъ послѣродоваго перитонита, оперированныхъ такъ, достигаетъ у докладчика до 30. Оперативное вмѣшательство дало 21% выздоровленій, выжидательный способъ 26,4%. Лучшимъ временемъ для операціи 1½—2 мѣсяца послѣ

родоразрѣшенія. Смотря по обстоятельствамъ, примѣняется и брюшное и влагалищное чревосѣченіе. Разрѣзь долженъ быть большимъ. Большинство хирурговъ примѣняетъ промываніе брюшной полости. Дренажъ обязателенъ. Удаленіе придатковъ показано только въ случаяхъ скопленія гноя въ нихъ. Въ крайнемъ случаѣ желательнo удаленіе черезъ влагалище матки и придатковъ. Послѣ операціи укрѣпляющее лѣченіе и промыванія гнойныхъ полостей.

5) При перитонитахъ отъ другихъ причинъ, какъ-то: разрыва полыхъ органовъ и новообразованій, омертвѣнія послѣднихъ и распада разныхъ образованій, показано быстрое хирургическое вмѣшательство; большой разрѣзь, тщательная очистка брюшной полости, удаленіе омертвѣвшихъ или нагноившихся органовъ. Дренажъ только при остаткахъ гнойныхъ и т. п. вмѣстилищъ.

XIII. *Crestovich* (Салоники). *О хирургическомъ мнѣніи острого гнойнаго перитонита.*

Докладчикъ представилъ нѣсколько наблюденій и заключаетъ, что при этой формѣ воспаленія брюшины хирургическое вмѣшательство даетъ наилучшій результатъ. Передъ операціей необходимо дѣлать пробный проколь, дабы опредѣлить натуру страданія. Совершенное выздоровленіе вполне возможно, если больная немедленно обращается къ врачу и послѣдній приступаетъ къ операціи тотчасъ же. Неуспѣхъ операціи обязанъ въ большинствѣ случаевъ медлительному образу дѣйствій.

Pichevin двоякимъ образомъ оперируетъ при перитонитѣ: или вскрываетъ широко брюшную стѣнку, тщательно очищаетъ полость и вымываетъ ее, или ограничивается только промываніемъ полости черезъ дренажъ.

Д. О. Оттъ высказался за широкое примѣненіе марлеваго дренажа черезъ задній сводъ влагалища. Главнѣйшее условіе успѣшности дѣйствія такого дренажа—его влажность, ибо, будучи сухимъ, онъ не высасываетъ жидкостей, а наоборотъ, дѣйствуетъ, какъ пробка.

XIV. *Mihailovicz* (Будапештъ). *О переломѣ и мнѣніи его у небеременныхъ женщинъ.*

Въ полость матки докладчикъ вводитъ каучуковый *Bandl'*евскій зондъ, а во влагалище круглое зеркало. Въ послѣднее наливается растворъ азотно-кислаго серебра (1:3000, 1:2000,

1:1000), который по зонду проникаетъ въ матку. Затѣмъ зондъ и зеркало осторожно извлекаются, а влагалище очищается ватой при помощи Leiter'овскаго каучуковаго корнцанга. Въ 140 случаяхъ такое лѣченіе дало хорошій результатъ.

XV. *Marsi* (Болонья). *Новый оперативный приемъ для леченія cystocèle vaginalis.*

По передней стѣнкѣ, по средней линіи проводится разрѣзъ, проникающій чрезъ слизистую и подслизистую ткань. Къ концамъ этого разрѣза присоединяется по два, расходящихся подъ угломъ. По разрѣзамъ отслаиваются два лоскута и отворачиваются въ стороны. Узловатыми швами основанія лоскутовъ стягиваются другъ съ другомъ, отчего раневая поверхность закрывается. Лоскуты сшиваются другъ съ другомъ непрерывнымъ швомъ. Цѣль операціи—съузвивъ влагалищную стѣнку дать хорошую подкладку для пузыря и образовать какъ бы искусственную *colpna rugatum*.

XVI. *Marsi*. *Случай викарныхъ мѣсячныхъ.*

У молодой женщины, у которой по поводу двухсторонняго пораженія придатковъ было сдѣлано влагалищное удаленіе матки, въ теченіе 4 мѣсяцевъ, въ обычные сроки регуль, появлялась кровянистая моча, въ которой, кромѣ элементовъ крови, были находимы эпителиальныя клѣтки пузыря.

XVII. *A. Boursier* и *E. Monod* (Бордо). *О слизисто-дермоидныхъ кистахъ яичника.*

Въ первомъ случаѣ опухоль яичника, удаленная у 20-лѣтней женщины, представляла множественную кисту, состоящую изъ трехъ большихъ мѣшковъ, наполненныхъ обыкновенной тягучей жидкостью; въ нижней части этой опухоли помѣщался четвертый маленькій мѣшокъ со всѣми особенностями, присущими кожевику. Во второмъ случаѣ удаленная яичниковая опухоль, съ голову новорожденнаго, оказалась въ главной своей массѣ дермоидной кистой; только небольшія пространства въ ней были заняты маленькими мѣшками съ характеромъ строенія обыкновенныхъ слизистыхъ кистъ.

XVIII. *Nitot* (Парижъ). *Лѣченіе эндометрита парами брома.*

Исходной точкой паренхиматознаго метрита и хроническаго сальпингита докладчикъ считаетъ всякій свѣжій эндометритъ, для лѣченія котораго и предлагаетъ свой способъ. Цѣль послѣд-

яго состоитъ въ томъ, чтобы дать возможность всѣмъ отдѣламъ маточной слизистой оболочки придти въ соприкосновение съ лѣкарственнымъ веществомъ. Для этого лѣкарство должно быть газообразнымъ и дѣйствіе его должно обладать противугнилостными свойствами, не настолько однако рѣзкими, чтобы обусловить глубокія разрушенія слизистой оболочки. Наблюденія докладчика убѣдили его, что бромъ для этихъ цѣлей представляетъ очень удобное средство: будучи веществомъ жидкимъ, онъ растворимъ въ водѣ и легко при окружающей температурѣ переходитъ въ парообразное состояніе. Примѣнялся онъ такимъ образомъ. Въ полость матки вводится полый зондъ съ двойнымъ токомъ; въ одну изъ половинокъ этого зонда накачиваются пары брома. Послѣдній въ насыщенномъ водномъ растворѣ помещается въ двугорлой стеклянкѣ, черезъ которую прогоняется помощью прибора *Ritchardsohn*'а воздухъ. Сеансы безболѣзненныхъ. Ближайшій результатъ лѣченія состоитъ въ прекращеніи кровотеченій и бѣлей.

Докладчикъ говоритъ, что въ цѣломъ рядѣ случаевъ не только симптомы, но и самый болѣзненный процессъ обыкновенно уступали дѣйствию этого средства.

XIX. *Черниховскій (Кіевъ). Кровавые способы изслѣдованія внутренней и наружной поверхностей матки* *).

Пятое засѣданіе, 11 августа.

XX. *Wallich (Парижъ). Лѣченіе сывороткой послѣродовыхъ заболѣваній.*

Прекрасные результаты, полученные въ институтѣ *Pasteur*'а *Marmorek*'омъ съ примѣненіемъ противуцѣпочнококковой сыворотки, дали надежду, что это средство будетъ дѣйствительнымъ при лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній, столь часто зависящихъ отъ гнилостнаго зараженія. Въ теченіе 1896 года докладчикъ произвелъ цѣлый рядъ опытовъ съ сывороткой *Marmorek*'а на кроликахъ и овцахъ, желая испытать какъ лѣчебное, такъ и предохраняющее дѣйствіе этого средства. Эти животныя

*) Мы не удалось слышать этого доклада, попытки же добыть его для просмотра не привели ни къ чему. Вообще на Съѣздѣ для представителей медицинской прессы не было сдѣлано ничего, что могло бы облегчить ихъ далеко не легкій трудъ. Объ этомъ я уже имѣлъ случай высказаться (см. Вольничная газ. Вяткина 1897 г. № 38, стр. 1478).

очень хорошо, безъ реакціи, переносили даже очень большія дозы сыворотки. Какихъ либо опредѣленныхъ заключеній о дѣйствіи сыворотки на основаніи сдѣланныхъ опытовъ вывести еще нельзя. Докладчикъ допускаетъ, что послѣ введенія сыворотки въ тѣло животнаго энергично возбуждается фагоцитозъ. Лѣченію сывороткой подверглись 383 женщины, у которыхъ послѣ родовая инфекція были въ подозрѣніи, и 104 съ несомнѣнными признаками инфекціи. Вводилось заразъ по 10—750 кб. снтм.. Такое лѣченіе не измѣнило существеннымъ образомъ прежнія цифры болѣзненности и смертности родильницъ въ клиникѣ *Baudelocque'a*. Опредѣленнымъ выводамъ относительно дѣйствія сыворотки мѣшало и то обстоятельство, что рядомъ съ лѣченіемъ сывороткой не были оставлены старые приемы, наур. промываніе матки и проч.

Pinard (читавшій отъ имени автора предыдущій докладъ) заявилъ, что въ 1897 году опыты съ сывороткой дали болѣе благопріятные результаты.

XХI. *Вайнштейнъ* (Одесса). *О сывороткѣ при послеродовомъ милокровіи.*

Докладчикъ произвелъ рядъ опытовъ съ сывороткой *Martorek'a* надъ кошками. Заражая послѣднихъ введеніемъ въ полость матки цѣпочечнококковыхъ культуръ, онъ лѣчилъ однихъ потомъ сывороткой, а другихъ обычными средствами. Первые выживали безъ реакціи, послѣднія погибали отъ гнилостнаго перитонита. Первое впрыскиваніе обыкновенно сопровождалось рѣзкимъ повышевіемъ температуры тѣла и цѣлымъ рядомъ общихъ болѣзненныхъ явленій, при послѣдующихъ впрыскиваніяхъ температура падала и всѣ другія явленія исчезали. Самая высшая доза введенной сыворотки была у докладчика 40 кб. снтм. Наблюденія надъ котятами, родившимися отъ кошекъ, которымъ было привито гнилоровіе, показали, что и они невоспримчивы къ зараженію этой болѣзью. Наблюденія надъ людьми у докладчика были настолько малочисленны, что не даютъ ему возможности сдѣлать опредѣленные заключенія.

Д. О. Оттъ высказалъ мнѣніе, что опыты съ сывороткой надъ животными еще недостаточно убѣдительны, чтобы дѣлать изъ нихъ какіе либо опредѣленные выводы. Эти опыты должны быть тщательно провѣрены. Примѣненіе сыворотки у людей должно быть признано преждевременнымъ.

La Torre не применялъ еще сыворотки ни разу. Ему кажется, что сыворотка *Marmorek*'а еще слишком опасна и дѣйствіе ея слишкомъ непостоянно, чтобы прибѣгать къ ней на практикѣ. Тщательнымъ приложеніемъ мѣстныхъ и общихъ средствъ можно и безъ сыворотки достигать хорошихъ результатовъ въ лѣченіи послѣродовыхъ заболѣваній.

А. И. Замининъ (Спб.) *) Относительно мало благоприятные еще результаты впрыскиваній людямъ сыворотки *Marmorek*'а могутъ быть объяснены тѣмъ, что применявшіе ее не имѣли въ рукахъ надежнаго способа для освобожденія полости матки отъ задержавшагося въ послѣдней заразнаго содержимаго. Мы въ настоящее время не обладаемъ абсолютно надежнымъ средствомъ, но всякая новая мѣра въ этомъ направленіи должна быть привѣтствуема, если она даетъ благіе результаты. Такой мѣрой является предложенная мною тампонація послѣродовой матки іодоформной марлей съ цѣлью лѣченія эндометрита. Наибольшаго интереса заслуживаетъ то обстоятельство, что упомянутый приемъ безусловно локализируетъ процессъ, въ чемъ можно было убѣдиться на болѣе нежели 100 случаяхъ примѣненія такой тампонаціи въ С.-Петербургскомъ Повивальномъ Институтѣ: упомянутые случаи ни разу не осложнились ни пара-ни периметритами. Я убѣжденъ, что только тщательное мѣстное лѣченіе, стремящееся къ локализациіи процесса и къ возможному уменьшенію его на мѣстѣ, вмѣстѣ съ далѣе прослѣженной и усовершенствованной серотерапіей *Marmorek*'а, можетъ дать въ руки врача значительно вѣское оружіе съ септической инфекціей.

XVII. *Pinard* и *Varnier*. Измѣреніе таза при помощи *Röntgen*-*овской* фотографіи.

Докладчики представили нѣсколько снимковъ, сдѣланныхъ при помощи новѣйшихъ усовершенствованій этого способа. Прежде, для того, чтобы получить такіе снимки, нужно было 3 часа времени, теперь это дѣлается въ 2 минуты. Описавъ нѣкоторыя техническія особенности, необходимыя при производствѣ снимковъ, докладчики представили результаты своихъ опытовъ въ этомъ направленіи. Хорошіе снимки получены у небеременныхъ женщинъ, съ небольшимъ количествомъ подкожной жировой кѣтчатки. Снимки даютъ возможность судить о симметричности таза, объ атрофическихъ измѣненіяхъ въ костяхъ, объ анкилозѣ крест-

*) Ауторефератъ.

цово-повздошныхъ сочлененій, о соскальзываніи позвонковъ, о срощеніи лоннаго сочлененія послѣ симфизеотоміи. Изъ размѣровъ можно помощью Röntgen'овской фотографіи опредѣлить (съ точностью до 2—3 миллиметровъ): разстояніе между задневерхними остями, разстояніе отъ *crista spinosa lumbo-sacralis* до *spina iliaca posterior superior*, разстояніе отъ середины мыса до крестцово-повздошнаго сочлененія. Кромѣ того, фотографія можетъ дать понятіе о поперечныхъ размѣрахъ входа и выхода таза и о конфигураціи лобковой дуги.

XXIII. Фавръ (Харьковъ) показалъ изобрѣтенный имъ *перфораторъ—буравъ* (см. Журн. Акуш. и Жен. бол., 1894 с. 1071.)

XXIV. А. Carbalal (Мексика) *Льченіе задне—затылочныхъ предлежаній.*

Задне-затылочныя предлежанія не могутъ быть разсматриваемы, если разсуждать строго, вполне ненормальными. Однако ихъ слѣдуетъ или предупреждать или измѣнять въ другія, для того чтобы не дать головкѣ проходить родовые пути въ менѣе выгодныхъ условіяхъ. Приемы для достиженія этого не трудны и могутъ быть приложены или въ концѣ беременности, передъ началомъ родовъ, или уже при начавшейся родовой дѣятельности, при непремѣнномъ условіи цѣлости плоднаго пузыря. И въ томъ и другомъ случаѣ головка поворачивается ручными приемами.

Шестое засѣданіе 11 августа.

XXV. А. П. Губаревъ. (Москва). *Къ технику оперативнаго леченія раковопораженной матки.*

Докладъ напечатанъ въ Журн. Акуш. и Жен. бол., 1897 г. *Küstner* всегда стремится дѣлать удаленіе раковопораженной матки черезъ влагалище, ибо этотъ путь безопаснѣе. Въ случаяхъ неясныхъ и гдѣ нельзя быть увѣреннымъ, что все будетъ удалено черезъ влагалище, онъ оперируетъ черезъ брюшную стѣнку. Такихъ, *Freund*'овскихъ, операций онъ сдѣлалъ 18 съ 4 исходами въ смерть: у 4 больныхъ онъ совершенно зашилъ брюшину, при чемъ умерло 2; у 4 онъ тампонируетъ тазовую рану черезъ влагалище, умерло 2; у 10 онъ, закрывъ влагалищное отверстіе, тампонируетъ черезъ брюшную стѣнку по *Miculicz*'у, больныя всѣ поправились. Лучшій матеріалъ для шва шелкъ. Для того,

чтобы предупредить при операціи переносъ раковой заразы, слѣдуетъ тщательно выжигать видимо пораженныя части. Удаленіе матки каленымъ желѣзомъ врядъ-ли одно само по себѣ способно предупредить переносъ рака на здоровыя ткани.

Olshausen сомнѣвается, чтобы можно было оперировать, когда прощупываются железы, найти же железы невораженныя не такъ легко, какъ кажется. При распространенномъ процессѣ удаленіе матки черезъ брюшную стѣнку болѣе показано. При пораженіи шейки нужно различать процессы полости шейки отъ таковыхъ наружной поверхности шейки; въ первыхъ полное удаленіе матки даетъ лучшіе результаты. Предпочтительнѣе, какъ матеріалъ для шва, катгутъ. Желательно захватывать каждой лигатурой небольшія пространства тканей, накладывая много лигатуръ. Культи широкихъ связокъ укрѣпляются во влагалищной ранѣ.

Д. О. Оттъ обыкновенно примѣняетъ при удаленіи матки, пораженной ракомъ, влагалищный путь, иногда сочетанный. Матеріаломъ для лигатуръ служитъ шелкъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно бываетъ ограничиться накладываніемъ на каждую широкую связку по двѣ лигатуры. Послѣднее обстоятельство даетъ возможность достигать быстроты, которую ставятъ въ заслугу обыкновенно операціямъ съ зажимами. На сторонѣ зажимовъ нѣтъ преимуществъ, а лишь весьма важный недостатокъ—неувѣренность въ предупрежденіи кровотеченія. Непосредственные результаты операцій надъ ракомъ матки у *Д. О. Отта* очень хороши, болѣе чѣмъ на 100 влагалищныхъ выдущеній былъ лишь одинъ смертельный случай, что же касается дальнѣйшихъ результатовъ, то имѣются случаи, гдѣ возврата нѣтъ уже въ теченіе 10—12 лѣтъ.

А. П. Губаревъ обратилъ вниманіе на тѣ случаи рака, въ которыхъ нельзя сдѣлать коренной операціи; въ такихъ случаяхъ перевязка сосудовъ по *Снейреву* даетъ блестящій палліативный эффектъ: этотъ способъ останавливаетъ всѣ симптомы болѣзни.

XXVI. *Clarke* (Кэмбриджъ). *Оперативное лѣченіе фиброміомъ матки.*

Послѣ нѣсколькихъ словъ о различныхъ способахъ лѣченія фиброміомъ матки докладчикъ высказался такъ. Удаленіе придатковъ при фиброміомахъ преимущественно должно быть примѣняемо въ случаяхъ, гдѣ кровотеченіе сдѣлалось господствующимъ припадкомъ, а также въ случаяхъ, гдѣ наблюдается бы-

стрый ростъ подбрюшинныхъ міомъ. Если опухоль не слишкомъ велика и занимаетъ срединное мѣсто въ стѣнкѣ матки и если ткани матки очень сосудисты, достаточно бываетъ наложить лигатуры на маточныя артеріи.

Если во время роста междуточныя фибромы наклонны идти къ наружной поверхности матки, можно пользоваться острой ложечкой, прибѣгая къ ней послѣ каждаго періода менструаціи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подслизистыя опухоли можно вылущить *per vias naturales*, прибѣгая, гдѣ потребуется, къ разрѣзу шейки, тампонаціи ложа опухоли и перевязкѣ раненыхъ сосудовъ.

Подбрюшинныя фибромы и тѣ, которыя занимаютъ мѣста въ днѣ матки, съ большей легкостью удаляются черезъ брюшную стѣнку.

Когда сравнительно небольшая міома лежитъ въ нижнемъ отрѣзкѣ матки, вылущеніе удобнѣе дѣлать черезъ влагалище. Но употребляя маточный зондъ (*uterine guide, hysterectomy staff*) для поднятія матки, можно ту же опухоль удалить путемъ чрево-сѣченія.

Въ случаяхъ, гдѣ опухоль не поддается вылущенію, вслѣдствіе тѣсной связи съ маточной стѣнкой, лучшіе результаты даетъ надвлагалищное отсѣченіе или полное удаленіе органа сочетаннымъ путемъ.

Удаливъ пораженную часть матки, съ культей обходятся по вѣбрюшинному способу. Благодаря послѣднему, сосѣднія ткани менѣе подвержены опасности зараженія, и влагалище освобождается отъ выдѣлений раны.

При быстромъ ростѣ фиброміомъ, здоровье женщины стремительно разрушается. Переходъ подбрюшинныхъ міомъ въ стебельчатыя, хотя и влечетъ иногда за собой обратное развитіе этихъ опухолей и инфильтрацію известковыми солями, но давленіе ихъ на мочеточники и почки можетъ въ концѣ концовъ обусловить смертельный исходъ.

Среди другихъ исходовъ, которые даетъ фиброміома, оставленная неудаленною, слѣдуетъ упомянуть о злокачественныхъ перерожденіяхъ, наблюдаемыхъ не рѣдко.

Д. О. Оттъ остановился на показаніяхъ къ радикальному вѣшательству при фиброміомахъ матки. Въ этомъ отношеніи онъ руководится или жизненными показаніями или наличностью прогрессирующихъ припадковъ. Влагалищное вылущеніе матки, въ случаяхъ нужды путемъ кускованія, въ настоящее время по своимъ результатамъ является способомъ, стоящимъ впереди всѣхъ

остальныхъ. Эти положенія уже высказаны имъ на 11 Международномъ Съѣздѣ врачей въ Римѣ.

В. О. Снегиревъ высказался всецѣло за способъ *Doyle'a* съ нѣкоторыми измѣненіями, какъ за незамѣнимый способъ радикальнаго лѣченія фиброміомъ матки.

La Torre обратилъ вниманіе на крайній радикализмъ, проявляемый въ настоящее время гинекологами въ вопросѣ о лѣченіи фиброміомъ матки. Радикализмъ этотъ безъ всякой нужды уродуетъ женщинъ, увеличивая въ средѣ ихъ число бесплолыхъ, бесплодныхъ. Онъ высказалъ пожеланіе, чтобы сохраняющимъ способамъ при лѣченіи фиброміомъ было даваемо больше мѣста.

Dührssen высказался за расширеніе показаній къ удаленію черезъ влагалище матокъ, пораженныхъ фиброміомами.

Olshausen говорилъ о необходимости ограниченія показаній къ міомотоміямъ, потому что во многихъ случаяхъ эти операціи совершенно лишни.

XXVII. *Теръ-Грегорьянцъ* (Тифлисъ). *Новый препаратъ корнутаина.*

Докладчику удалось получить легко растворимый препаратъ корнутаина, обладающій при подкожномъ примѣненіи водныхъ растворовъ его быстрымъ и сильнымъ дѣйствіемъ на мышцы матки. Впрыскиванія дѣлались докладчикомъ беременнымъ морскимъ свинкамъ и кроличихамъ, въ разные сроки беременности, и во всѣхъ случаяхъ очень скоро, безъ всякихъ побочныхъ явленій, наступалъ выкидышъ.

Для производства наблюденій надъ людьми препаратъ переданъ докладчикомъ въ клинику проф. *Снегирева*.

Седьмое засѣданіе, 12 августа

XXVIII. *В. О. Снегиревъ. О примѣненіи пара.*

Нѣсколько лѣтъ назадъ я предложилъ паръ для остановки маточныхъ кровотеченій. Сдѣлавъ много опытовъ надъ животными и женщинами, я могу представить теперь результаты. Начну съ дѣйствія пара на матку.

Если выразить дѣйствіе пара на полость матки, достаточно отмѣтить, что ужъ черезъ одну минуту, въ теченіе которой дѣйствовалъ паръ, слизистая на всей поверхности представляется бѣлой и влажной; тамъ, гдѣ прикасался къ слизистой зондъ, она сѣраго цвѣта. Кровотеченіе изъ полости матки останавливается почти вполнѣ подъ дѣйствіемъ пара черезъ 1—2 минуты.

Если есть секретія, она уменьшается, или прекращается, или теряет свой дурной запахъ. Во время дѣйствія пара больная обыкновенно не предъявляетъ жалобъ, а отмѣчаетъ лишь неопредѣленное непріятное ощущеніе. Если нѣтъ подьостраго воспаления придатковъ, паръ не даетъ ощущенія боли, а лишь чувство теплоты. На другой день послѣ вапоризаціи снова появляются выдѣленія изъ матки, но съ другими свойствами, чѣмъ раньше: если они были желты или зелены, они теряютъ интенсивность своего цвѣта. Черезъ 4 дня можно снова примѣнить вапоризацію. Паръ въ теченіе $\frac{1}{2}$ —2 минутъ дѣйствія вообще не разрушаетъ слизистой оболочки; послѣ нѣсколькихъ сеансовъ, черезъ нѣкоторый промежутокъ времени, она сохраняетъ свой вѣшній видъ и свои функциональныя особенности: крови приходятъ правильно, и можетъ наступить беременность. Слѣдуетъ сказать, что послѣ болѣе энергичнаго дѣйствія пара возможно разрушеніе слизистой оболочки.

Лично я прибѣгаю къ такому энергичному дѣйствію при климактерическихъ кровотеченіяхъ (послѣ 4—5-кратнаго выскабливанія); если причиной кровотеченія является саркома, фиброміома или другое какое новообразованіе, лѣчебные результаты отъ пара столь же часто бываютъ удовлетворительны, сколь и отрицательны.

Воспользовавшись паромъ, какъ лѣчебнымъ средствомъ, за послѣдніе 7—8 лѣтъ, на 400—500 больныхъ, я не видѣлъ случая, гдѣ бы примѣненіе этого средства вызвало осложненія.

Вторая половина моего доклада касается дѣйствія пара на другіе органы. Я начну съ дѣйствія пара на сосуды. Если разрѣзать бедреную артерію продольно или поперечно у собаки и тотчасъ приложить паръ,—кровотеченіе останавливается. Тѣ-же результаты получаются при паренхиматозныхъ кровотеченіяхъ и венозныхъ. Паръ также останавливаетъ кровотеченіе изъ синусовъ мозжечка у собаки. Въ особенности любопытно дѣйствіе пара на раны печени, селезенки, почекъ и легкихъ. Если сдѣлать разрѣзъ печени и приложить паръ,—кровотеченіе остановится. Тѣ-же результаты получимъ, если вырѣжемъ кусокъ изъ ткани печени. Съ такимъ-же успѣхомъ паръ можетъ быть приложенъ къ селезеночнымъ и почечнымъ раненіямъ. Въ почкахъ можно сдѣлать разрѣзъ глубоко, до чашечекъ лоханокъ,—и благодаря пару кровотеченіе останавливается, рана заживаетъ *per primam*. Послѣ вапоризаціи брюшины развиваются сращения, поэтому возможно допустить, что паръ можетъ служить средствомъ для искусственной фиксаціи органовъ. Что касается легкихъ, то можно вырѣзать

верхушку легкихъ, съ помощью пара, безъ кровопотери. Не входя въ подробности, скажу, что съ помощью пара мнѣ удалось вырѣзать эхинококкъ селезенки, саркому бедра, сдѣлать большое число изсѣченій колѣна и секвестротомій. Если прибавить къ вышесказанному, что существуютъ работы: *Иванова* (О дѣйстви пара на селезенку), *Кана* и *Pincus'a* (О парѣ при послѣродовомъ эндометритѣ), то слѣдуетъ сознаться, что паръ, какъ кровоостанавливающее и обеззараживающее средство, получаетъ все большее и большее распространеніе въ хирургическомъ дѣлѣ.

XXIX. А. П. Губаревъ показалъ очень портативный приборъ для производства вапоризаціи по способу *Снегирева*. Приборъ состоитъ изъ нарообразователя (лампочка, вмѣстилище для воды и герметически закрытое пространство для собиранія пара) и катетера, который вводится въ полость матки, послѣ предварительнаго расширенія шейчнаго канала и выскабливанія слизистой. Операция производится подъ наркозомъ.

XXX. Нольчини (Москва). *Къ вопросу о вторичныхъ чревосъченіяхъ у женщины.*

Подъ вторичными чревосъченіями разумѣются тѣ, которыя производятся ради осложненийъ, сопровождающихъ нерѣдко различныя операціи въ брюшной полости, какъ-то: оваріотомію, осконеніе, удаленіе матки и т. п.

Осложненія эти можно раздѣлить на четыре группы: 1) закрытіе просвѣта кишекъ; 2) внутреннія кровотеченія; 3) сдавленіе мочеочниковъ; 4) общій перитонитъ. Вскрытіе брюшной полости есть единственный вѣрный путь, чтобы обнаружить и устранить причину этихъ осложненийъ. Точно выработанныхъ показаній къ производству вторичныхъ чревосъченій до настоящаго времени въ литературѣ не появлялось.

Изъ осложненийъ, только что перечисленныхъ, наибольшее вниманіе гинекологами удѣлялось ileus'у, или вѣрнѣе сказать послѣдовательнымъ за чревосъченіемъ срощеніямъ въ брюшной полости, какъ наичастой причинѣ ileus'a. Такъ, *P. Müller* приписывалъ эти срощенія слишкомъ сильному сдавленію живота послѣ чревосъченій и совѣтовалъ для избѣжанія ихъ вливать въ брюшную полость соленый растворъ. *Olshausen* обвинялъ въ томъ-же іодоформъ, *Kaltenbach*—карболовую кислоту, другіе—каленое желѣзо, различныя дезинфицирующія средства. Опыты на животныхъ, предпринятыя *Dembomsk'имъ*, *Obalinsk'имъ*, *Kälterborn'омъ*,

съ цѣлью выясненія условій образованія сросченій, при антисептическихъ предосторожностяхъ, и такіе-же опыты *Thomson'a*—при асептической обстановкѣ—не дали опредѣленныхъ выводовъ. Тоже можно сказать и о немногочисленныхъ клиническихъ наблюденіяхъ *Dahm'a*, *Tuja*, *Collas* и *Lostallot-Bachouet*.

За 1890—1896 годы въ Московской гинекологической клиникѣ на 654 случая чревосѣченій—вторичныхъ вскрытій брюшной полости было 15. Въ литературѣ подробно описанныхъ случаевъ собрано нами 56 и не подробно описанныхъ 36. Въ клиникѣ *Martin'a* на 1636 чревосѣченій—вторичныхъ было 8. Въ клиникѣ *Chrobak'a* на 964—3, у *Schultze* на 530—4. Такъ что на 3160 чревосѣченій 13 было вторичныхъ, что составляетъ 4,7 на 1000, или 0,47 на 100. Въ Московской клиникѣ это отношеніе выражается числомъ 2,3 на 100.

Наичастый поводъ къ вторичному чревосѣченію, это—закрытіе просвѣта кишекъ. Въ Московской клиникѣ въ 1,5% всѣхъ случаевъ чревосѣченія, въ клиникѣ *Fritsch'a* въ 1,6% всѣхъ случаевъ, у *Rohè*—въ 2%. Исходы этихъ чревосѣченій въ общемъ довольно благоприятны, особенно если принять во вниманіе, что немалое число ихъ было сдѣлано у больныхъ, бывшихъ въ состояніи коллапса. Однако показанія къ вторичному чревосѣченію при ileus'ѣ еще недостаточно выяснены, по причинѣ главнымъ образомъ отсутствія точныхъ признаковъ, позволяющихъ своевременно распознать непроходимость кишекъ. Въ особенности трудно поставить различительное распознаваніе между закупоркой кишекъ, параличемъ ихъ и воспаленіемъ брюшины.

Техника чревосѣченія при ileus'ѣ не отличается какими-либо рѣзкими особенностями; въ Московской клиникѣ брюшная полость промывается соленымъ растворомъ и дренажируется іодоформной марлей. Наичаще вторичныя чревосѣченія были у больныхъ 30—40 лѣтъ. Причиной ileus'a были чревосѣченія, сдѣланныя по поводу кистомъ яичника, фиброміомъ матки и сальпингитовъ. Въ Московской клиникѣ чревосѣченіе изъ за кистомъ яичника, повлекшее за собой закрытіе кишечнаго просвѣта, было однажды (въ этой клиникѣ культя послѣ отнятія кисты всегда обшивается брюшиной). Первые признаки закрытія просвѣта кишекъ обнаруживаются на 1—24 дни послѣ операціи, наичаще на 3-й день. Вторичное чревосѣченіе въ такихъ случаяхъ практиковалось на 2—24 дни послѣ операціи, чаще всего на 3—10 дни; въ Московской клиникѣ наичаще на 6-й день. Сопоставленіе чиселъ показываетъ, что время вмѣшательства не вліяетъ на исходы

лѣченія. Проходимость кишечника послѣ вторичнаго чревосѣченія восстанавлилась обыкновенно въ промежуткѣ времени отъ 2 час. до 3 дней.

16 разъ на 48 случаевъ ileus'a причиной непроходимости кишекъ было приращеніе кишечной петли къ культѣ (33.3%); въ другихъ случаяхъ имѣли мѣсто: заворотъ, другіе виды срощеній, сдавленіе кишекъ и проч. Причиной смерти былъ коллапсъ и параличъ сердца.

Въ случаяхъ внутреннихъ кровотеченій вторичное чревосѣченіе производилось или въ тотъ-же день или на другой день. Въ большинствѣ случаевъ источникъ кровотечения былъ или въ культѣ или въ широкой связкѣ; въ послѣднемъ случаѣ исходъ былъ всегда печальный.

Нѣсколько заключеній къ прочитанному докладу:

1) Переходъ отъ антисептическаго метода къ асептическому не уменьшилъ числа случаевъ ileus'a послѣ чревосѣченій.

2) Точно выработанныхъ показаній къ вторичному чревосѣченію при перитонитѣ нѣтъ.

3) При закрытіи просвѣта кишекъ вторичное чревосѣченіе показано, ввиду небольшого процента смертности отъ него (38.5%).

4) Общимъ состояніемъ больной слѣдуетъ руководствоваться въ постановкѣ показаній ко вторичному чревосѣченію: истощеніе больной, коллапсъ, параличъ кишечника рассматриваются, какъ противопоказанія къ такому вмѣшательству.

5) Если, благодаря развитію техники чревосѣченія и обезгниливанію, осложненія, какъ перитонитъ, соскальзываніе лигатуръ и сдавленіе мочеточника, стануть встрѣчаться рѣже и рѣже,—случаи ileus'a при тѣхъ-же условіяхъ не уменьшатся въ числѣ. Только профилактическія мѣры способны предупредить это осложненіе.

6) Мѣры эти направлены къ тому, чтобы а) избѣгать употребленія передъ операціей—слабительныхъ, ослабляющихъ и парализующихъ кишечную мускулатуру, и б) щадить брюшину во время операціи отъ всякихъ механическихъ и химическихъ раздражителей.

XXXI. Douen (Парижъ).—О влагалищномъ чревосѣченіи.

Докладчикъ всегда разсѣкаетъ задній сводъ, потому что этотъ путь удобенъ для послѣдующаго дренажированія, для двуручнаго изслѣдованія (одна рука черезъ брюшную стѣнку), для тщательнаго обслѣдованія задней поверхности матки, придатковъ,

въ особенности если послѣдніе лежатъ глубоко въ тазу. Для остановки кровотеченій докладчикъ предпочтительно употребляетъ зажимы, въ особенности если накладыванію лигатуръ имѣются какія либо препятствія: хорошо прилаженные зажимы лучше ненадежно наложенныхъ лигатуръ. Кромѣ того, зажимы дѣйствуютъ, какъ дренажи, и во всякое время даютъ возможность осмотрѣть культю.

Влагалищный путь вскрытія брюшной полости предпочтительнѣе брюшностѣночнаго вообще при широкомъ, доступномъ влагалищѣ, у тучныхъ женщинъ. Докладчикъ оперируетъ черезъ задній сводъ при заболѣваніяхъ придатковъ, напримѣръ при кистахъ яичниковъ, если онѣ не велики и не окутаны сращеніями, при нарывахъ широкой связки и опухоляхъ ея, не достигающихъ пупка.

XXXII. *Doyle*. О полномъ удаленіи матки.

При удаленіи матки черезъ влагалище докладчикъ большую кладетъ съ опущеннымъ тазомъ съ цѣлью дать влагалищу горизонтальное направленіе. Вскрывъ задній сводъ, онъ пальцами опредѣляетъ состояніе органовъ малаго таза, главнымъ образомъ придатковъ, и приступаетъ затѣмъ къ вскрытію передняго свода и отслойкѣ пузыря. Тѣло и дно матки выводятся напередъ при постепенномъ разсѣченіи или по средней линіи, или ввидѣ угла, передней ея стѣнки, причѣмъ пузырь защищается особымъ подъемникомъ. Затѣмъ на каждую широкую связку накладывается сверху внизъ одинъ крѣпкій и большой зажимъ и одинъ маленькій; матка изсѣкается. Вмѣсто зажимовъ употребляются лигатуры, если широкія связки легко доступны, напр. при выпаденіяхъ матки. Для того чтобы обезопасить себя отъ раненія пузыря при удаленіи выпавшей матки, докладчикъ выводитъ матку черезъ задній сводъ въ загнутомъ назадъ положеніи и только въ концѣ операціи отслаиваетъ пузырь, начиная сверху, отъ дна матки. Влагалищное чревосѣченіе пригодно почти для всѣхъ случаевъ фиброміомъ матки, если послѣднія развились въ предѣлахъ таза.

Для удаленія матки черезъ брюшную стѣнку докладчикъ отслаиваетъ отъ матки большой серозный лоскутъ, который закрываетъ потомъ или влагалищное отверстіе или культю матки. И здѣсь, какъ при влагалищномъ вылученіи, онъ не заботится о предварительной остановкѣ кровотеченія: при пригнѣваніи мат-

ки кверху притокъ крови къ ней, благодаря тому, что маточныя артеріи при этомъ растягиваются, прекращается, оттокъ же черезъ сѣменные вены продолжается: такъ что органъ удаляется обезкровеннымъ. Операция эта показана при объемистыхъ опухоляхъ матки, выросшихъ за предѣлы таза, — фиброміомахъ, ракахъ, саркомахъ, и при тѣхъ заболѣваніяхъ придатковъ, гдѣ нельзя оперировать влагалищнымъ путемъ и имѣется необходимость въ удаленіи матки.

Martin заявилъ, что онъ влагалищное чревосѣченіе дѣлаетъ съ 1870 года, но прибѣгаетъ къ нему не часто. Онъ — сторонникъ ранняго оперированія при міомахъ матки, ибо исходы тѣмъ лучше, чѣмъ раньше вмѣшаться. Черезъ влагалище онъ удаляетъ міоматозную матку, если она не объемиста, не окутана сращениями и не очень тверда. Оперировать безъ предварительной перевязки сосудовъ можно лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ; это зависитъ отъ анатомическихъ особенностей случая; напримѣръ, при наличности обширныхъ сращеній это невозможно.

Dührssen видитъ громадныя преимущества въ разрѣзѣ передняго свода при влагалищномъ чревосѣченіи. *Colpotomia posterior* можетъ дать крѣпкія сращения.

Dojen. Статистика *Fargas'a*, *Снегирева*, оперирующихъ по его способу, довольно благоприятна. Его собственные результаты таковы: при влагалищномъ удаленіи раковопораженной матки онъ потерялъ 7—8% больныхъ, при такомъ же удаленіи фибропораженной матки—4—6%, при удаленіи придатковъ 2—3%; удаление матки черезъ брюшную стѣнку дало 5% смертности.

Martin отмѣтилъ хорошіе собственные и *Olshausen'a* результаты оперативнаго лѣченія новообразованій матки и придатковъ. У него самого былъ рядъ 32 удаленій фиброзной матки черезъ влагалище, въ которомъ не умерла ни одна больная.

XXXIII. Sonntag (Фрейбургъ въ Баденѣ). *Объ эластичности и консистенціи матки во время беременности, родовъ и въ послеродовомъ періодѣ.*

Въ первые мѣсяцы беременности стѣнки тѣла матки (не шейки) приобрѣтаютъ значительную мягкость, такъ что переднюю стѣнку органа, напр., можно взять въ складку. При сдавливаніи тѣла матки между руками получается ощущеніе какъ бы отечной ткани. Въ области внутренняго зѣва пальцы рукъ можно свести при этомъ почти вплотную. Въ это время шейка матки сохра-

няетъ свою плотность и даетъ ощущение валика. Въ дальнѣйшемъ теченіи беременности наступаетъ размягченіе и шейки, развивающееся постепенно сверху внизъ. Полное размягченіе шейки указываетъ на приближающіеся роды. Кромѣ сказаннаго, въ первые мѣсяцы беременности мѣсто прикрѣпленія яйца при ощупываніи болѣе эластично, чѣмъ остальные мѣста тѣла матки. Во время родовъ степень сжимаемости стѣнокъ матки измѣняется послѣ прохождения яйца изъ полости тѣла въ полость шейки, послѣ отхожденія водъ и проч. Послѣ родовъ сжимаемость (мягкость) стѣнокъ матки рѣзко выражена въ нижнихъ отдѣлахъ тѣла матки а также и въ шейкѣ, при чемъ въ послѣдней это свойство держится до 2—3 недѣль послѣ родовъ.

XXXIV. *Jouin* (Парижъ). *Лѣченіе щитовидной железой явленій застойнаго характера въ половыхъ органахъ женщины.*

Лѣченіе щитовидной железой фиброміомъ матки и вообще конгестивныхъ процессовъ въ маломъ тазу, предложенное впервые во Франціи, по своимъ благоприятнымъ результатамъ можетъ быть поставлено рядомъ съ лучшими средствами этого рода, въ особенности съ электричествомъ. Наиболѣе удачно щитовидная железа дѣйствуетъ на кровотеченія. При чисто функціональныхъ кровотеченіяхъ лѣченіе щитовидной железой влечетъ за собой полное возстановленіе здоровья, при другихъ (наприм. перегибы, наклоненія матки)—тоже. Ростъ фибромъ подъ вліяніемъ такого лѣченія останавливается; иногда, въ случаяхъ неосложненныхъ и при раннемъ примѣненіи средства, фиброзныя опухоли подвергаются обратному развитію.

XXXV. *Schmeltz* (Ницца). *Дренажированіе матки катгутомъ.*

Пучокъ обезпложенныхъ шелковыхъ нитей обматывается катгутомъ и образовавшійся такимъ образомъ фитиль вводится въ полость матки, предварительно расширенную ламинаріей. Дренажъ такой переносится отлично втеченіе многихъ недѣль. Онъ показанъ при послѣродовыхъ метритѣ и эндометритѣ, причемъ передъ введеніемъ его докладчикъ совѣтуетъ слизистую выскабливать и прижигать азотной кислотой. Кромѣ того, дренажъ этотъ съ успѣхомъ примѣняется при хроническихъ катаральныхъ и гнойныхъ сальпингитахъ, при перегибахъ матки, при суженіяхъ шеечнаго просвѣта, при аменорреѣ и дизменорреѣ. Совмѣстно съ такимъ дренажированіемъ можно вести лѣченіе хроническихъ

околопочечныхъ выпотовъ массажемъ. Всякій острый или обострившійся воспалительный процессъ въ маломъ тазу служитъ противупоказаніемъ къ введенію катгутаго дренажа.

XXXVI. *Schmeltz. Къ этиологіи и патогенезу рака.*

Паразиты, найденные докладчикомъ въ экземплярахъ рака грудной железы, прямой кишки, языка, губъ, повидимому тождественны съ таковыми же, открытыми *Судакевичемъ*. Они представляются ввидѣ правильно очерченныхъ пузырьковъ, хорошо окрашиваемыхъ гематоксилиномъ; въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи пузырьки эти вытягиваются и постепенно дѣлятся на двѣ половины. Они не содержатъ никакого красящаго вещества, что и отличаетъ ихъ отъ тканевыхъ клѣтокъ и заставляетъ отнести ихъ къ простѣйшимъ организмамъ (protozoa). По отсутствію красящаго вещества они должны быть отличаемы и отъ перерожденныхъ раковыхъ клѣтокъ. По мнѣнію докладчика, раковые паразиты развиваются въ клѣткахъ и откладываютъ тамъ свои споры. Спорами заражаются сосѣднія клѣтки, и затѣмъ помощью лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ совершается переносъ споръ въ разныя ткани. Для предупрежденія переноса раковой заразы во время операцій, докладчикъ не совѣтуетъ употреблять ни шелка, ни струнныхъ нитей, а останавливаетъ кровотеченіе закручиваніемъ сосудовъ; кромѣ того, поверхность раны онъ предлагаетъ въ такихъ случаяхъ покрывать прижигающей пастой.

XXXVII. *Cameron (Глазговъ). О положеніи плода по отношенію къ стѣнкамъ матки и къ мѣсту прикрѣпленія послѣда.*

Въ прежнее время много писали о положеніяхъ плода въ маткѣ и о тѣхъ причинахъ, которыя обуславливаютъ то или другое положеніе плода. Въ послѣдніе годы интересъ акушеровъ къ этому вопросу значительно ослабѣлъ, и теоріи и взгляды по этому вопросу старыхъ ученыхъ принимаются въ современныхъ клиникахъ почти безъ провѣрки.

Докладчикъ цѣлымъ рядомъ наблюденій во время родовъ и кесарскихъ сѣченій убѣдился, что спинка плода, при всякомъ положеніи послѣдняго, обращается во время родовъ къ той стѣнкѣ матки, которая противоположна мѣсту прикрѣпленія послѣда. Такъ, при переднемъ видѣ перваго затылочнаго положенія послѣдъ лежитъ на задней стѣнкѣ матки въ правой ея по-

ловинѣ; при заднемъ видѣ второго затылочнаго положенія—на передней стѣнкѣ, въ лѣвой половинѣ. Очевидно, при такомъ относительномъ положеніи дѣтскаго мѣста и плода кровообращеніе остается ненарушеннымъ, между тѣмъ какъ при положеніи напр. и спинки плода и послѣда у одной стѣнки матки кровообращеніе при всякой схваткѣ значительно затруднялось-бы. Докладчикъ заключаетъ, что природа во время начавшейся родовой дѣятельности помѣщаетъ плодъ въ маткѣ, руководствуясь не размѣрами и очертаніями таза, а лишь мѣстомъ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. Случаи поперечнаго положенія плода онъ объясняетъ тѣмъ, что послѣдъ измѣняетъ фигуру матки соответственнымъ образомъ, и плодъ приспособляется къ этой фигурѣ, располагаясь вдоль длиннаго діаметра измѣненной маточной полости.

Въ заключеніе своего сообщенія докладчикъ привелъ числа, показывающія, по его наблюденіямъ, сравнительную частоту затылочныхъ предлежаній плода:

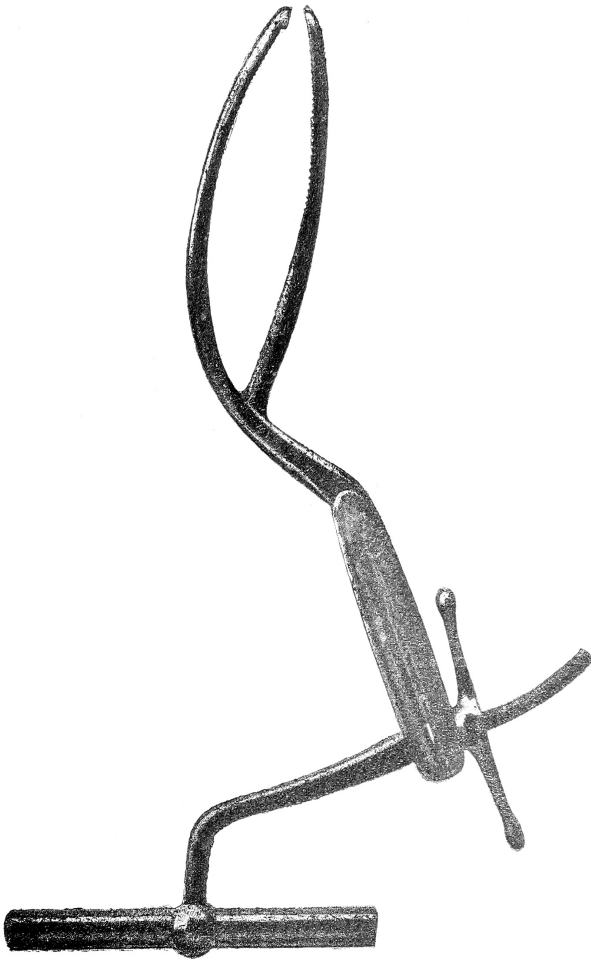
Передній видъ перваго положенія	67%
Задній видъ перваго положенія	3%
Передній видъ втораго положенія	10%
Задній видъ втораго положенія	20%

Присоединяя къ своимъ числамъ числа Вѣнскихъ клиникъ, онъ выводитъ, что положеніе плода со спинкой, обращенной впередъ, встрѣчается въ 70% случаевъ, а со спинкой назадъ въ 30%. Въ Гейдельбергѣ для годовичныхъ предлежаній спинка, обращенная впередъ, наблюдалась въ 75% всѣхъ соответствующихъ случаевъ.

XXXVIII. *Cameron* показалъ секціи придуманный имъ *кефалотрибъ* съ осевой тракціей для родоразрѣшенія въ боковомъ положеніи (рисунки при семь прилагаются).

XXXIX. *Apostoli* (Парижъ). *О новомъ примѣненіи волнообразнаго тока въ гинекологіи.*

Докладчикъ представилъ результаты наблюденій, начатыхъ въ 1896 году, надъ дѣйствіемъ волнообразнаго (*ondulatoire*) тока при женскихъ болѣзняхъ. Волнообразный токъ получается приборомъ *d'Arsonval'* для синусоидальныхъ токовъ, при помощи нѣкоторыхъ несложныхъ приспособленій. Въ дѣйствиіи волнообразнаго тока можно видѣть подтвержденіе открытій *d'Arsonval'* относительно нервно-мышечной возбудимости и отношенія ея къ



Кефалотрибъ проф. Сатерона.

формѣ электрической волны. Особенности этого тока заключаются въ томъ, что въ немъ отсутствуетъ попеременно́сть тока, сохраняется синусоидальная кривая и, вслѣдствіе постояннаго направленія тока, увеличивается электролитическая сила. Сохраняя въ себѣ свойства переменнаго синусоидальнаго тока, онъ пріобрѣтаетъ особенности постояннаго тока и легко дозируется, согласно желанію врача. Поэтому и поле примѣненія волнообразнаго тока значительно обширнѣе, чѣмъ другихъ токовъ.

Токъ этотъ испытанъ на 156 больныхъ, изъ которыхъ 108 были гинекологическія. У гинекологическихъ больныхъ съ 1-го апрѣля по 1 іюля 1897 года было сдѣлано 1170 сеансовъ, изъ которыхъ 786 разъ электродъ вводился во влагалище и 384 раза въ матку (платина). Наружный электродъ изъ мокрой глины помѣщался на животъ. Средняя употреблявшаяся доза колебалась отъ 15 до 25 милиамперовъ (при силѣ тока въ 15—25 вольтъ), рѣдко достигала 50 милиамперовъ. Число колебаній тока въ минуту было отъ 1800 до 2500 разъ. Реакціи со стороны больной во время сеанса или послѣ него почти никакой не было, если не считать легкой утомляемости. Токъ примѣнялся при весьма разнообразныхъ страданіяхъ половой сферы, за исключеніемъ гнойныхъ скопленій и злокачественныхъ новообразованій.

Анатомическіе результаты дѣйствія волнообразнаго тока выразились въ разсасываніи околоматочныхъ выпотовъ и старыхъ сращеній; замѣтнаго дѣйствія на объемъ фиброзныхъ опухолей не замѣчено. Вліяніе тока на различные симптомы выразилось въ рѣзкомъ ослабленіи и прекращеніи самыхъ разнообразныхъ болей, исходившихъ изъ полового прибора и сосѣднихъ органовъ; электродъ вводился или во влагалище или въ полость шейки. Сюда относится и благоприятное дѣйствіе тока при болѣзненныхъ мѣсячныхъ, приче́мъ электризація производилась не задолго до наступленія кровей и внутренній электродъ безразлично вводился въ полость влагалища или въ полость шейки. Маточныя кровотечения также уступаютъ дѣйствію волнообразнаго тока, если металлическій электродъ введенъ въ полость матки, но кровеостанавливающее дѣйствіе этого тока слабѣе, нежели дѣйствіе положительнаго полюса постояннаго тока. Тоже можно сказать о дѣйствіи волнообразнаго тока при лейкорреѣ. По отношенію къ аменорреѣ дѣйствіе отрицательнаго полюса волнообразнаго тока въ общемъ менѣе дѣйствительно, чѣмъ таковое тока постояннаго. Внутришеечное приложеніе волнообразнаго тока хорошо дѣйствуетъ при запорахъ.

Восьмое засѣданіе, 12 августа.

XL. Jannesco (Бухарестъ). Полное удаленіе матки и придатковъ черезъ брюшную стѣнку при милостивыхъ заболѣваніяхъ ихъ.

Удаленіе матки и придатковъ чрезъ брюшную стѣнку при тазовыхъ нагноеніяхъ есть операція новѣйшаго времени и еще мало практикуется. Впервые она сдѣлана въ Америкѣ въ 1893 г. *Baldy* и *Polk*'омъ (около 30 случаевъ, съ успѣхомъ). Въ слѣдующемъ году, во Франціи, *Delagenière* также заговорилъ объ этой операціи; онъ въ 1896 году сообщилъ о 10 случаяхъ ея (ум. 2). Потомъ появились статьи о той же операціи *Krug*'а, *Brown*'а, *Penrose*'а, *Schauta* (30 случ., 2 см.), *Czempin*'а (5 случ., 3 см.), *Doederlein*'а (2 случ.), *Everke*, *Von Roskorn*'а, *Bardenheuer*'а (40 случ., 2 см.). Нѣкоторые (*Zweifel*, *H. Kelly*) совѣтуютъ для той же цѣли удалять придатки и матку надвлагалищнымъ отсѣченіемъ. Докладчикъ раньше при тазовыхъ нагноеніяхъ удалялъ матку чрезъ влагалище (16 случаевъ), но, убѣдившись въ нецѣлесообразности этого способа, въ невозможности его, вслѣдствіе техническихъ трудностей, быть радикальнымъ, перешолъ къ той же операціи черезъ брюшную стѣнку.

Послѣ вскрытія брюшной полости (больная въ положеніи *Trendelenburg*'а, разрѣзъ по средней линіи, ниже пупка, длиной въ 10 см.) осторожно разрушаютъ сращения, которыя по наблюденіямъ докладчика, наичаще имѣютъ мѣсто между лѣвыми придатками и нисходящей толстой кишкой, гдѣ въ нормальномъ состояніи проходитъ складка именуемая докладчикомъ *lig. infundibulo—colicum*. Кромѣ того сращения бываютъ между правыми придатками и червеобразнымъ отросткомъ и вообще между маткой и придатками съ одной стороны и кишечными петлями съ другой. Разрушеніе сращеній докладчикъ совѣтуетъ дѣлать правой рукой, защищая и оберегая лѣвой рукой гнойныя скопленія. Кромѣ того, онъ предлагаетъ передъ названными рукодѣйствіями тщательно обособить брюшную полость отъ тазовой помощью большого количества обезпложенныхъ марлевыхъ салфетокъ, чтобы въ случаѣ разрыва гнойнаго мѣшка содержимое его было быстро удалено. Захвативъ дно матки щипцами и вытянувъ къ разрѣзу брюшной стѣнки, разсѣкаютъ *ligg. infundibulo—pelvica* и *rotunda* между двумя лигатурами. Затѣмъ отслаиваютъ пузырь, вскрываютъ передній сводъ, захватываютъ черезъ этотъ разрѣзъ шейку матки и выводятъ ее въ брюшную полость. Помощью разрѣза передняго листка широкой связки (направленіе

разрѣза сверху внизъ сзади напередъ) изолируютъ маточную артерію и перевязываютъ ее двумя лигатурами, между которыми (на разстояніи $1\frac{1}{2}$ —2 см. отъ края матки) разсѣкаютъ. Вытягивая, послѣ этого, шейку выше и выше, кривыми ножницами отрѣзаютъ отъ шейки остальную часть влагалищнаго свода. Образовавшееся въ тазу раненое пространство полулунной формы (вогнутая часть полулунія обращена назадъ) докладчикъ обыкновенно закрываетъ, сшивая листки брюшины непрерывнымъ швомъ, причемъ прилаживаетъ брюшинные листки другъ къ другу серозными поверхностями. Если дренажированіе тазовой полости не нужно, закрывается и отверстіе во влагалище; въ противномъ случаѣ слизистая влагалища по всему краю отверстия сшивается съ прилегающей брюшиной. Закрытіе раны брюшной стѣнки производится въ горизонтальномъ положеніи больной; на рану кладется 4 этажа швовъ: первый этажъ на серозную оболочку изъ шелка, второй, тоже изъ шелка, на мышцы и апоневрозъ, третій на апоневрозъ и клѣтчатку и четвертый на кожу, оба послѣдніе изъ кѣтгута. Дренажъ чрезъ брюшную стѣнку докладчикъ не признаетъ, ввиду трудности лѣченія послѣдующаго свища.

Единственное осложненіе послѣоперационнаго теченія въ случаяхъ докладчика былъ влагалищно-кишечный свищъ, который онъ оперировалъ, проникнувъ въ тазовую полость чрезъ промежность и прямокишечно-влагалищное пространство.

Говоря о показаніяхъ, докладчикъ высказался за непремѣнное удаленіе и матки при обоюдостороннемъ пораженіи придатковъ, ибо оставленіе неудаленнымъ этого органа, служащаго главнымъ путемъ для проведенія инфекции въ тазовую полость, очень опасно. Кромѣ того, оставляя матку, операторъ лишенъ возможности такъ тщательно, какъ описано выше, изолировать брюшную полость отъ раненыхъ поверхностей и культи. Для влагалищнаго пути онъ отводитъ лишь тѣ случаи тазовыхъ нагноеній, гдѣ послѣднія, обнимая всѣ органы малаго таза, представляютъ скопленія, разлитыя и хорошо изолированныя сращениями отъ остальной части брюшной полости. Влагалищное чрезовѣченіе при этомъ имѣетъ цѣлью не столько радикальное удаленіе половыхъ органовъ, сколько цѣль дренажа,—опорожненіе таза отъ гнойныхъ скопленій. Докладчикъ сдѣлалъ вышеописанную операцію 14 разъ, при чемъ у 12 больныхъ было двухстороннее гнойное заболѣваніе придатковъ и у двухъ бугорчатка половыхъ органовъ. Умерло 2 больныхъ: одна представляла разлитое нагноеніе всѣхъ органовъ малаго таза, трудный технически

случай, у другой во время зашиванія брюшной стѣнки операторъ иглой поранилъ кишку; обѣ погибли отъ воспаленія брюшины.

Губаревъ привѣтствовалъ въ способѣ докладчика стремленіе перевязывать сосуды не въ массѣ съ окружающими тканями, а изолированно. Массовая лигатура, которая обыкновенно употребляется, имѣетъ важныя отрицательныя стороны: перевязка нервовъ влечетъ за собой общеизвѣстныя явленія, перевязка вень—застой крови. Первую операцію на женскихъ половыхъ органахъ съ перевязкой отдѣльныхъ сосудовъ сдѣлалъ проф. *Сенсиревъ*.

XLI. Joppesco. Къ леченію заднихъ искривленій матки.

Докладчикъ описалъ новый оперативный приѣмъ, показанный въ случаяхъ, гдѣ придатки не измѣнены и матка подвижна или мало срослена. Операція состоитъ въ слѣдующемъ: вскрывается брюшная полость (разрѣзь 12 смт.); матка освобождается отъ сращеній; изъ передней ея стѣнки, въ области перегиба, вырѣзывается клинообразный кусокъ тканей, шириной въ 5 смт.; края образовавшейся раны сшиваются тремя кѣгутузовыми швами, благодаря чему укорачивается передняя стѣнка матки и послѣдняя выпрямляется. Затѣмъ укорачиваются круглыя маточныя связки и зашивается брюшная стѣнка. Въ четырехъ случаяхъ этой операціи, сдѣланныхъ докладчикомъ, получился блестящій результатъ.

XLII. Рачинскій (Спб.). О брюшиномъ швѣ послѣ чревосмеченій.

(Докладъ печатается въ отдѣлѣ самостоятельныхъ статей нашего Журнала).

La Torre настаивалъ на преимуществахъ своего способа шиванія брюшныхъ стѣнокъ, соответствующаго вполне физиологическимъ особенностямъ брюшной стѣнки.

Д. О. Отмѣтилъ нѣсколько дополненій къ докладу.

XLIII. Farsa (Барселона). О бугорковомъ воспаленіи брюшины у женщинъ.

Въ докладѣ, между прочимъ, затронуть вопросъ о техникѣ чревосмеченія при бугорковомъ перитонитѣ, при чемъ указано на нежелательность дренажа при этой операціи.

Женщ.-вр. *Mendelsohn* (Египетъ) по поводу этого доклада сообщила случай бугорковаго перитонита, въ которомъ на первый

планъ выступали большое скопленіе жидкости въ брюшной полости и рѣзкое истощеніе больной. Было сдѣлано чревосѣченіе, при чемъ послѣдовательное лѣченіе велось подъ брюшнымъ дренажемъ: брюшная полость выполнялась іодоформной марлей. Случай казался безнадежнымъ; операція была сдѣлана при жизненныхъ показаніяхъ и при томъ въ обстановкѣ, мало гармонирующей съ потребностями чревосѣченія. Тѣмъ не менѣе больная поправилась.

XLIV. Geoffroy (Парижъ). Быстрое измѣненіе рвоты беременных массажемъ въ формѣ продолжительнаго ощупыванія.

Производя внимательное и тщательное ощупываніе различныхъ отдѣловъ пищеварительнаго тракта у беременныхъ, страдающихъ неукротимой рвотой, докладчикъ убѣдился, что рвота эта происходитъ отъ судорожнаго сокращенія пищевода, выхода желудка, двѣнадцатиперстной кишки и толстой кишки на мѣстѣ повздошно-тазового изгиба послѣдней. Повидимому, судорожное сокращеніе толстой кишки въ названномъ мѣстѣ составляетъ первичное явленіе, контрактура же остальныхъ отдѣловъ пищеварительныхъ путей есть процессъ рефлекторный. Докладчикъ для распознаванія описанныхъ измѣненій пользовался приѣмомъ, который онъ назвалъ продолжительнымъ ощупываніемъ (*palpation prolongée*). Этимъ-же приѣмомъ онъ воспользовался и для лѣченія названнаго страданія: въ одинъ, два, три очень непродолжительныхъ сеанса ему удавалось успокаивать гиперестезію толстой кишки въ указанномъ мѣстѣ и тѣмъ самымъ прекращать рвоту. Въ докладѣ приведено описаніе нѣсколькихъ случаевъ, подтвердившихъ открытіе докладчика.

XLV. Женщ.-вр. Антушевичъ (Котельничъ, Вятской губ.). Къ леченію неукротимой рвоты беременныхъ.

Если нѣкоторыхъ животныхъ кормить пищей, въ которой очень мало солей калія и натрія, то у нихъ наблюдаются явленія, сходныя съ неукротимой рвотой беременныхъ женщинъ. Это дало поводъ докладчику лѣчить неукротимую рвоту большими дозами различныхъ солей. Онъ обыкновенно назначалъ больнымъ одновременно смѣсь Боткинскаго порошка, фосфорнокислой извести, глауберовой соли и бромистыхъ солей. Излѣченіе наступало въ нѣсколько дней, при чемъ возвраты ни разу не наблюдались. Мѣстно, въ половыхъ органахъ, соблюдалась лишь крайняя чистота и опрятность.

XLVI. Durante (Парижъ). *Къ ученію о гидатидной формѣ заноса.*

Въ настоящемъ году докладчикъ наблюдалъ два, отличающихся другъ отъ друга, гидатидныхъ заноса. Въ очень маленькихъ зернышкахъ перваго ворсинки окружены пышно развившимся синцитиальнымъ ложемъ, дающимъ отъ себя отростки, изъ которыхъ нѣкоторые видимы простымъ глазомъ,—настолько они крупны. Эти отростки не имѣютъ клѣточковаго строенія, не обладаютъ особой оболочкой, а состоятъ изъ однородной плазматической массы. Въ другомъ заносѣ, характерномъ уже по своему микроскопическому виду, синцитій образуетъ только очень тонкій слой вокругъ пузырьковъ и даетъ немногочисленные, слабо развитые отростки. Пузырьки средней и большой величины образуются изъ сліянія маленькихъ, при чемъ синцитиальная оболочка въ мѣстѣ соприкосновенія пузырьковъ исчезла. Между этими двумя крайними формами заноса можно отыскать переходныя формы. Вторая изъ описанныхъ разновидностей заноса есть разновидность доброкачественная, гдѣ элементъ злокачественный, синцитій, имѣетъ наклонность къ обратному развитію. Въ первой разновидности, наоборотъ, синцитій—со всѣми признаками жизнениности; эта разновидность—злокачественная. Надо ожидать, что у больной, отъ которой получена эта послѣдняя разновидность заноса, разовьется въ концѣ концовъ пляцентарная эпителиома.

XLVII. Tsakwis (Парижъ) показалъ придуманные имъ *щипцы для яодичныхъ предлежаній*. Двѣ вѣтви, крючководно изогнутыя, перекрещиваются рукоятками своими на подобіе обыкновенныхъ акушерскихъ щипцовъ. Показанные щипцы собственно служатъ для наложенія петли для выведенія ягодицъ и цѣпочечной пилы для расчлененія плода. Для этого каждая вѣтвь щипцовъ полая и содержитъ резиновый шнуръ, помощью котораго и проводится вокругъ бедра или петля или цѣпочечная пила.

XLVIII. Земайкій (Спб.). *О зашиваніи пузырно-влагалищныхъ свищей по лоскутному способу.*

Докладъ печатается въ отдѣлѣ самостоятельныхъ статей нашего журнала).

XLIX. Everke *О проникающемъ разрывѣ влагалища во время родовъ.*

Докладчикъ наблюдалъ четыре случая такого разрыва и описываетъ одинъ. Второродящая съ узкимъ тазомъ; были безуспѣш-

ныя попытки наложить щипцы. При изслѣдованіи оказалось, что мертвый плодъ лежитъ свободно въ брюшной полости; черезъ разрывъ во влагалищѣ плодъ извлеченъ и разрывъ затампонированъ. Посмертное вскрытіе показало, что матка невредима, во влагалищѣ же имѣется громадный разрывъ, захватившій и мочевоу пузырь. Причиной разрыва былъ узкій тазъ и продолжительное давленіе головки на влагалищную стѣнку. Лѣченіе должно было заключаться въ немедленномъ выведеніи плода. Разъ разрывъ совершился, слѣдуетъ дѣлать чревосѣченіе, однако во многихъ случаяхъ нельзя не рекомендовать для удаленія плода и влагалищнаго пути: зашивать разрывъ удобнѣе черезъ влагалище.

Л. Недородовъ (Москва). Излѣченіе электричествомъ внѣматочной беременности и ея послѣдствій.

Внѣматочная беременность лѣчится помощью чревосѣченія и электричества. Первый способъ болѣе распространенъ, потому что брюшная хирургія даетъ быстрые результаты и легка въ начальныхъ стадіяхъ болѣзни, электричество же еще мало изучено, дѣйствуетъ медленно.

Однако на сторонѣ послѣдняго, какъ средства сохраняющаго, должны быть всѣ симпатіи гинеколога. Докладчикъ электричествомъ лѣчилъ восемь женщинъ, имѣвшихъ внѣматочную беременность, у пяти изъ нихъ уже имѣлся разрывъ трубы, у трехъ беременность еще не прерывалась. Всѣ выздоровѣли, нѣкоторыя впослѣдствіи провели правильную беременность. Примѣнялся или постоянный токъ (въ 10—200 милліамперовъ, продолжительность сеанса 5—15 минутъ), или постоянный попеременно съ прерывистымъ, или электроуколь (безъ наркоза; доза 30—70 милліамперовъ, продолжительность сеанса 3—8 минутъ). Въ выводахъ докладчикъ заключаетъ, что лѣченію электричествомъ подлежатъ всѣ случаи внѣматочной беременности, не старше 3½ мѣсяцевъ, какъ чистыя формы, такъ и въ видѣ haematosalpingis; кромѣ того, въ болѣе позднихъ стадіяхъ, должна быть лѣчима электричествомъ заматочная кровяная опухоль.

Л.И. Холмогоровъ (Москва). Вторичное шиваніе промежности.

Если разрывъ промежности не зашитъ въ первые часы послѣ родовъ, не слѣдуетъ ждать окончанія послѣродового періода, а слѣдуетъ не откладывая дѣлать эту операцію. Если швы не удались и сращения никакого не послѣдовало, слѣдуетъ, не до-

жидаея рубцеванія, снова ихъ наложить (при условіи, конечно, что нѣтъ на лицо никакихъ противопоказаній), при этомъ можетъ потребоваться удаленіе грануляціонной ткани острой ложечкой. Предлагаемый образъ дѣйствія не грозитъ родильницѣ ни малѣйшей опасностью. Опытъ показалъ, что разрывы влагалища, зашитые такимъ путемъ въ теченіе первыхъ 2—20 дней послѣ родовъ, сростаются великолѣпно.

ЛII. Якубъ (Москва). О вліяніи острыхъ заразныхъ заболѣваній на теченіе беременности, родовъ и послеродового періода.

На основаніи представленныхъ таблицъ, докладчикъ вывелъ слѣдующія заключенія: 1) беременность не предохраняетъ женщину отъ острыхъ заразныхъ заболѣваній; 2) если беременная заболѣла, опасность для ребенка велика, особенно при возвратномъ тифѣ; 3) чѣмъ выше средняя температура тѣла, утренняя, или вечерняя, или та и другая вмѣстѣ, тѣмъ опасность больше; 4) смерть плода зависитъ не только отъ высокой температуры, но и отъ непосредственнаго перехода заразы отъ матери къ плоду; 5) въ случаѣ заболѣванія должно быть строго примѣняемо противулихорадочное лѣченіе; 6) прерываніе беременности почти правило,—и чаще на второй недѣлѣ болѣзни, по крайней мѣрѣ у брюшно-тифозныхъ; 7) предсказаніе для матери не хуже, чѣмъ у небеременныхъ; 8) беременная можетъ заболѣть острой инфекціонной болѣзнью въ теченіе всей беременности.

*ЛIII. Теръ-Грегорьянцъ. О воспаленіи почекъ у беременных *).*

*) По поводу этого доклада могу сказать то же, что сказано выше по поводу доклада Чернеховскаго.