

Протоколы

ЗАСѢДАНИЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ КІЕВѢ.

№ 83.

25-го апрѣля 1896 г.

Предсѣдательствовалъ въ началѣ засѣданія проф. Г. Е. Рейнъ, а затѣмъ проф. Д. О. Оттъ.

Присутствовали: Д. А. Абуладзе, М. Ф. Вознесенскій, Д. А. Воробьевъ, М. А. Воскресенскій, Е. Г. Гуринъ, Ю. А. Гижицкій, Н. П. Дьяконенко, В. П. Жемчужниковъ, Д. А. Карра, К. К. Кеглеръ, П. Ю. Кроль, Г. Г. Левицкій, Л. А. Малиновскій, Н. П. Марьянчикъ, Н. К. Неёловъ, П. Т. Нейштубе, В. П. Образцовъ, А. Д. Павловскій, Г. Ф. Писемскій, Н. Н. Подрѣзанъ, А. А. Редлихъ, Ф. А. Савинъ, С. А. Тулубъ, Н. В. Унтиновъ, Н. В. Шуварскій, А. П. Яхонтовъ, Э. Ф. Функе и 150 гостей, въ числѣ которыхъ присутствовали многіе члены VI Сѣзда Русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова.

1) При открытіи засѣданія предсѣдатель отъ имени Общества выразилъ привѣтствіе собравшимся членамъ сѣзда врачей, почтившихъ засѣданіе своимъ присутствіемъ и пригласилъ ихъ принять участіе въ обсужденіи подлежащихъ разсмотрѣнію въ засѣданіи вопросовъ.

2) Прочитанъ и, по исправленіи, утвержденъ протоколъ предыдущаго засѣданія.

3) Доложено о полученныхъ на имя Общества книгахъ и изданіяхъ:

Отчетъ Кіевской Городской Исполнительной санитарной Коммиссіи за 1895 г. *Протоколы* Засѣданій Общества врачей г. Вятки № № 2—6. 1896 года. *Труды* Физико-Медиц. Общ. при Московскомъ Унив. 1895 г. № 4. *Протоколы* Тамбовскаго Мед.

Общ. 1896 г. № 1—7. *Протоколы* Засѣданій Общ. врачей Могилевской губ. за второе полугодіе 1892 и за 1893 г. *Протоколы* Общ. Херсонскихъ врачей 1894/5 г. *Протоколы* Юбилейнаго засѣданія Общ. Херсонскихъ врачей въ день празднованія 25-ти лѣтій. *Программа* Сельскохозяйственной и промышленной выставки въ Кіевѣ 1897 г. *Журналъ* „Акушерка“ 1896 г., книжка IV. *Змѣсь*. Русскіе врачебники. 1896 г. *Его-же*. Чтенія по врачебной исторіи Россіи 1896 г. *Marjantschik*. Ein Fale von Laparotomie an einer Nengeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis. *Redlich*. Ueber ein lustrum poliklinischer Gehurtshülfe.

4) Д-ръ С. Г. Шалита показалъ больную *послѣ чревосѣченія при внѣматочной беременности*.

Исторія болѣзни этой больной слѣдующая. Въ хирургическое отдѣленіе Кіевской Еврейской больницы поступила больная, 28 л., въ очень тяжкомъ состояніи: общій упадокъ силъ, t^0 —38,5—39°—Ц., Р.—120, едва отвѣчаетъ на вопросы. Изъ разспросовъ частью до операціи, а главнымъ образомъ послѣ нея выяснилось: замужемъ 6 лѣтъ, была беременна 4 раза, всѣ беременности прерывались раньше срока. Послѣ родовъ больна. Послѣдніе регулы 9 мѣсяцевъ тому назадъ, и съ тѣхъ поръ все время больная чувствовала довольно сильныя схваткообразныя боли въ животѣ. На 5 мѣсяцѣ болѣзни послѣ сильныхъ болей появилось обморочное состояніе. Чувствовала движеніе плода. Черезъ 9 мѣсяцевъ, въ началѣ февраля 1896 г., почувствовала опять сильныя боли въ животѣ, вслѣдъ за которыми появился коллапсъ. Движеніе плода прекратилось. Общая слабость, исхуданіе, горячка. Черезъ мѣсяцъ поступила въ больницу, гдѣ найдено: въ брюшной полости эластическая болѣзненная опухоль, доходящая до реберныхъ краевъ, съ ясною флюктуаціей и плескомъ, опухоль прощупывалась и черезъ влагалищные своды. Вслѣдствіе неполноты собранныхъ анамнестическихъ данныхъ, діагнозъ внѣматочной беременности передъ операціей не былъ поставленъ. Во время операціи 3 февраля 1896 г., плодный мѣшокъ оказался сращеннымъ съ передней стѣнкой живота; въ его полости большое количество вонючей кровянисто-гнойной жидкости и свободныя газы. Длина плода 50 сант., вѣсъ 5 фунтовъ. Дѣтское мѣсто удалено рукою, при умѣренномъ кровотеченіи. Мѣшокъ вшитъ въ брюшную рану и затампонированъ. Больная выздоровѣла.

По мнѣнію докладчика въ данномъ случаѣ была трубная беременность, перешедшая въ «трубный абортъ». Коснувшись статистики, распознаванія, оперативныхъ пособій и исходовъ этого страданія и, приведя относящіеся сюда литературныя данныя, онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) самый правильный способъ леченія внѣматочной беременности во всѣхъ ея видахъ—чревосѣченіе. 2) Дренировать плодный мѣшокъ, особенно съ готовою уже инфицированную поверхность,

надо считать лишнимъ и даже рискованнымъ моментомъ операціи. 3) Надо заботиться о достаточномъ размѣрѣ наружнаго разрѣза, о тщательномъ обшиваніи его стѣнками плоднаго мѣшка на всемъ протяженіи раны, а затѣмъ плотно набивать всю полость всасывающимъ тампономъ.

Въ преніяхъ приняли участіе *проф. Заминъ*, (Петербургъ), д-ръ *Мандельштамъ* (Одесса), проф. *Д. О. Оттъ*, (Петербургъ), проф. *Рейнъ*, ч. пр. *Муратовъ* (Москва).

Проф. *Заминъ*. Докладчикъ, говоря о значеніи діагностическихъ приѣмовъ при вѣматочной беременности указалъ на то, что въ случаяхъ, гдѣ при выскабливаніи матки съ діагностическою цѣлью находимы были децидуальныя клѣтки, иногда оказывался haematosalpinx. Это не умаляетъ значенія выскабливанія, такъ какъ haematosalpinx есть также вѣматочная беременность въ ранней стадіи. Д-ръ *Мандельштамъ* по поводу мнѣнія *Martin'a*, приведеннаго докладчикомъ, замѣтилъ, что *Martin* говоритъ о діагностическомъ значеніи децидуальной ткани (вообще) in toto, а не только о присутствіи децидуальныхъ клѣтокъ, нахождение которыхъ недостаточно для распознаванія вѣматочной беременности, такъ какъ онѣ встрѣчаются и при воспаленіяхъ слизистой матки.

Проф. *Оттъ* сказалъ: 1) Мнѣніе докладчика относительно возможности существованія первичной брюшной беременности фантастично, такъ какъ въ настоящее время почти никто не признаетъ этого вида эктопической беременности. По мнѣнію профессора описанные въ литературѣ случаи первичной брюшной вѣматочной беременности по своей доказательности не безупречны. Въ описанномъ случаѣ была межсвязочная беременность и докладчикъ работалъ экстраперитонеально. 2) Для распознаванія вѣматочной беременности слѣдуетъ пользоваться діагностическимъ значеніемъ децидуальныхъ клѣтокъ. Существуетъ мнѣніе, что присутствіе этихъ клѣтокъ не доказательно, что операція выскабливанія въ этихъ случаяхъ сама по себѣ представляетъ опасность. Это обстоятельство заставило проф. *Отта* отнестись съ большимъ вниманіемъ къ данному вопросу, при чемъ тщательныя и многократныя изслѣдованія показали, что осторожное выскабливаніе матки при вѣматочной беременности никакого вреда принести не можетъ. Случаи, гдѣ при вѣматочной беременности не было найдено децидуальныхъ клѣтокъ, вопроса не рѣшаютъ. Клѣтка и всякая ткань могутъ исчезнуть. Только сплошныя срѣзы децидуальной ткани говорятъ о беременномъ состояніи.

Проф. *Рейнъ* относительно вида беременности присоединяется къ мнѣнію проф. *Отта*. Судя по толщинѣ шейки, весьма вѣроятно, что здѣсь имѣла мѣсто вторичная межсвязочная беременность, наступившая послѣ разрыва трубы на 5 мѣсяцѣ. При этомъ профессоръ припомнилъ свой аналогичный случай вторичной меж-

связочной беременности при доношенномъ живомъ плодѣ, оперированный имъ съ благопріятнымъ исходомъ для матери и ребенка. Въ случаѣ докладчика интереснымъ обстоятельствомъ является присутствіе въ плодномъ мѣшкѣ гноя съ образованіемъ газовъ. Возможно, что носители нагноенія въ моментъ разрыва мѣшка попадаютъ въ мѣшокъ черезъ матку и фаллопиевы трубы.

Ч. пр. *Муратовъ* сказалъ, что ему пришлось оперировать случай первичной брюшной внѣматочной беременности. Части плода ясно ощущивались при наружнымъ изслѣдованіи. Плодный мѣшокъ былъ прикрѣпленъ у дна матки. Что это именно была первичная брюшная беременность, говорить цѣлостъ трубъ, которые представлялись извитыми. Яичники были нормальны. Впослѣдствіе больная эта два раза благополучно разрѣшилась живыми плодами. Присутствіе ихорозныхъ газовъ въ плодномъ мѣшкѣ оппоненту приходилось наблюдать раза 3—4. Д-ръ *Шалта* заявилъ, что онъ остается при своемъ мнѣніи относительно вида беременности.

Проф. *Рейнъ* въ заключеніе поблагодарилъ докладчика за его интересное сообщеніе и показалъ рисунки случая первичной внѣматочной, брюшной беременности, имѣвшей мѣсто въ Киевской акушерской клиникѣ и цитированной выше. На представленныхъ рисункахъ видно, что трубы и яичники нисколько не измѣнены. По мнѣнію *Ольсгаузена*, высказанномъ въ послѣднемъ изданіи руководства *Шредера*, въ подобныхъ случаяхъ бывшія раньше измѣненія въ трубахъ съ теченіемъ времени изглаживаются. Но едва ли это относится къ приведенному случаю; такъ какъ невозможно допустить, чтобы труба оказалась совершенно нормальной, служа когда либoвмѣстилищемъ для доношеннаго плода.

5) Д-ръ *Орловскій* (изъ Киевской акушерской клиники) показалъ чистые культуры гонококковъ *Neisser'a*, при чемъ обратилъ вниманіе на 1) обширность распространенія гонорройныхъ страданій вообще, а въ гинекологіи особенно. 2) Недостаточность во многихъ случаяхъ однихъ клиническихъ симптомовъ для діагноза гонорреи и необходимость микроскопическаго и бактериологическаго изслѣдованія и 3) на замѣчаемый въ послѣднее время интересъ къ изученію гонорреи путемъ бактериологическимъ, на что указываютъ работы *Wertheim'a*, *Bumm'a*, *Steinschneider'a*, *Kiefer'a* и др. и 4) на трудность культивировки гонококковъ *Neisser'a*. До послѣдняго времени единственной годной средой считалась сыворотка изъ крови послѣда. (*Wertheim*). Въ послѣднее время для разведенія гонококковыхъ культуръ предположены другія средства: *Wertheim'омъ* — смѣсь 2-хъ частей 20% А. А. и 1 ч. сыворотки человѣческой крови, *Finger'омъ* мочевою А. А.;

Steinshneider'omъ и *Schäffer'omъ* смѣсь 2 ч. 2⁰/₀ А. А. и 1 ч. жидкости изъ кисты и *Kiefer'omъ*—смѣсь 1 ч. М. П. А. А. глицеринъ + 1 ч. жидкости изъ ascites'a и hydrothorax'a. Въ первыхъ своихъ опытахъ докладчикъ бралъ среду *Steinschneider'a*, но затѣмъ видоизмѣнилъ ее слѣдующимъ образомъ: къ смѣси 5⁰/₀ А. А. + 5⁰/₀ пептонъ, 3¹/₂ ⁰/₀ глицерина и 0,5⁰/₀ NaCl прибавляютъ въ равномъ или половинномъ количествѣ жидкости изъ кисты яичника. А. А. готовится обычнымъ путемъ—фильтруется и стерилизуется въ аутоклавѣ при давлении 2-хъ атмосферъ. Жидкость изъ кисты собирается въ стерилизованную посуду во время операціи оваріотоміи, послѣ ее можно употреблять или безъ дальнѣйшихъ манипуляцій, или пропустивши черезъ свѣчу Pasteur'a, или заранее простерилизовавши въ теченіи 6 дней по 2 часа при t⁰ 55⁰ Ц. Эта жидкость быстро смѣшивается съ жидкимъ А. А. и выливается въ чашку Petri для полученія пластинчатой культуры. Послѣвъ производился стерилизованными кисточками и состоялъ въ быстромъ и многократномъ помазываніи асбестовой кисточкой съ изслѣдуемымъ отдѣляемымъ по пластинчатой культурѣ; а отсюда культуры переносятся въ пробирку. Этимъ достигалась изолированіе гонококковыхъ культуръ. Растутъ онѣ въ видѣ тонкаго нѣжнаго точечнаго налета съ рѣзкими зубчатыми краями, при чемъ свѣжія культуры—сѣраго цвѣта, старыя—бѣловатаго. Жизнеспособность гонококковъ на одной и той же средѣ сохраняется 2—3 дня, для поддержанія культуры ее необходимо пересѣвать каждый день. На 3-й день 80⁰/₀ гонококковъ представляются разбухшими и слабоокрашенными, а черезъ 8 дней пересѣвъ уже не удастся. Лучшій ростъ при t—36—37⁰; при комнатной t⁰ 16—18⁰ Ц. въ продолженіи двухъ дней гонококки не убиваются, но ростъ ихъ задерживается, такъ что если послѣ этого помѣстить ихъ при t⁰ 36—37⁰, то ростъ возобновляется лишь черезъ 48 часовъ. Изслѣдованія свои, предпринятые по предложенію проф. Г. Е. Рейна, докладчикъ произвелъ частью въ лабораторіи проф. А. Д. Павловскаго.

Проф. Павловскій замѣтилъ, что культуры получены очень удачно.

Проф. Рейнъ поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе и сказалъ, что онъ считаетъ вопросъ о гонорреѣ первымъ на очереди. АКУШ. И ЖЕН. БОЛ. ІЮЛЬ И АВГ. 97. 37

реди, послѣ работъ надъ гнилостнымъ зараженіемъ, которымъ, можно сказать, мы уже болѣе или менѣе овладѣли.

6) Д-ръ *Н. П. Марьяничъ* демонстрировалъ препараты: 1) пузырнаго заноса и 2) дѣтскаго мѣста съ оболочковымъ прикрѣпленіемъ пуповины.

У III-рага на 4 мѣсяцѣ беременности при незначительной потерѣ крови явился самъ собою пузырьный заносъ величиною въ кулакъ. Въ полости яйца плода не оказалось. Случай достоинъ вниманія по причинѣ діагностическихъ трудностей, которыя онъ представлялъ: размѣры матки были настолько малы, что исключали возможность положительнаго распознаванія беременности. Отсутствовали также обычныя при пузырьномъ заносѣ атипическія кровотеченія. Второй препаратъ представлялъ дѣтское мѣсто, гдѣ пуповина прикрѣпленная къ оболочкамъ, проходила по нимъ на протяженіи 15—20 сант. Разрывъ оболочекъ вовремя родовъ произошелъ у края послѣда между сосудами пуповины.

Въ обсужденіи предложенныхъ препаратовъ участвовали д-ра *Нееловъ*, *Абуладзе* и проф. *Рейнъ*.

Нееловъ припомнилъ случай изъ его практики, гдѣ на 3 мѣсяцѣ беременности размѣры матки почти и не отличались отъ нормы. Между тѣмъ при появленіи кровотеченія былъ удаленъ пузырьный заносъ небольшой величины.

Абуладзе замѣтилъ, что оболочковое прикрѣпленіе пуповины далеко не рѣдкое явленіе, какъ онъ могъ убѣдиться на матерьялѣ Клиники, при чемъ демонстрировалъ 2 относящіяся сюда весьма убѣдительные препараты изъ музея клиники.

Проф. *Рейнъ* отмѣтилъ ненадежность признаковъ для опредѣленія пузырчататаго заноса. Заносъ можетъ остановиться въ ростѣ и можетъ оставаться въ маткѣ болѣе менѣе продолжительное время въ такомъ видѣ и даже уменьшиться въ объемѣ. Въ одномъ подобномъ клиническомъ случаѣ яйцо, по истеченіи года вышедшее изъ матки, представляло какъ бы слѣпокъ изъ нея величиною не болѣе кулака.

7) Д-ръ *Писемскій* показалъ *микроскопическіе препараты* срѣзовъ фаллопиевыхъ трубъ. Участки трубъ получены при резекціи ихъ у крестьянки 28 л., при повторной операціи кесарскаго сѣченія, произведенной въ Кіевской Акушерской клиникѣ. Первый разъ кесарское сѣченіе сдѣлано было по причинѣ запруженія таза опухолями. Тогда же для предупрежденія беременности трубы перевязаны были съ обѣихъ сторонъ одиночными шелковыми лигатурами, отступя примѣрно на 1 сант. отъ угла матки. Не смотря на это черезъ 4 мѣсяца наступила беременность, ради чего опять потребовалось произве-

сти вторично кесарское сѣченіе на той же больной. На этотъ разъ трубы на мѣстѣ первыхъ лигатуръ были резецированы. Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ участковъ трубъ показало, что просвѣтъ лѣвой трубы вполне облитерировался, проходимость же правой существуетъ. На послѣдовательныхъ срѣзахъ правой трубы замѣчается постепенное суженіе просвѣта, при чемъ на мѣстѣ лигатуры, которая на препаратѣ обхватывала циркулярно трубу, просвѣтъ трубы суженъ въ весьма значительной степени. Непрерывность эпителія сохранена. На срѣзахъ лѣвой трубы мѣсто просвѣта опредѣлить невозможно; въ тканяхъ стѣнки трубы мелкоклѣтчатый инфильтратъ, кровоизліянія, сосуды переполнены кровью. Между волокнами шелковыхъ лигатуръ—замѣчается масса гигантскихъ многоядерныхъ клѣтокъ, сидящихъ иногда кучками. По мнѣнію докладчика перевязка трубъ съ цѣлью предупредить наступленіе беременности есть способъ далеко ненадежный. Препараты демонстрированы проф. *В. К. Высоковичу*, въ лабораторіи котораго было произведено и самое изслѣдованіе.

Въ преніяхъ участвовали проф. *Замшинъ, Оттъ, Рейнъ и д-ръ Долинскій*

Проф. *Замшинъ*, считая способъ перевязки также не вѣрнымъ въ одномъ случаѣ кесарскаго сѣченія произвелъ резекцію трубъ.

Д-ръ *Долинскій* (Петербургъ), экспериментируя съ перевязкой выводныхъ протоковъ поджелудочной железы наблюдалъ, что по истеченіи времени проходимость протока восстанавливается. По аналогіи съ выводными протоками оппонентъ допускаетъ возможность подобнаго восстановленія просвѣта и при перевязкѣ трубъ, вслѣдствіе чего перевязка не достигаетъ цѣли.

Проф. *Рейнъ* считаетъ, что просвѣтъ правой трубы по всей вѣроятности восстановился, какъ это наблюдалось въ другихъ случаяхъ при нарушеніи проходимости другихъ каналовъ и выводныхъ протоковъ при опытахъ на животныхъ.

Проф. *Оттъ* перевязку трубъ считаетъ способомъ мало цѣлесообразнымъ. При изсѣченіи яйцеводовъ получаютъ результаты также мало надежныя. Въ клиникѣ проф. *Отта* д-ромъ *Рачинскимъ* производились опыты съ перерѣзкой яйцеводовъ, причемъ оказалось, что непрерывность просвѣта ихъ всетаки восстанавливается.

8) Проф. *Г. Е. Рейнъ*, пригласивъ проф. *Д. О. Отта* занять председательское мѣсто, сообщилъ «Обзоръ 500 чревосѣченій». Всѣ чревосѣченія, какъ и въ прежнихъ отчетахъ, продолженіемъ которыхъ этотъ обзоръ является, изложены въ хроно-

логическомъ порядкѣ. Главное преимущество такого способа изложенія—вѣрность цифръ. По рубрикамъ операціи представляются въ слѣдующемъ видѣ:

Овариотомій и вылуценій кистъ широкихъ связокъ	332	См. 3,6%	Ст. кл. 8,1%	нов. 3%
Міомотомій	73	" 10,9 "	" " 17,6 "	" 8,2 "
Сальпинготомій и кастрацій	33	" 12,1 "		
Эксплораторныхъ разрывовъ	13	" 23%		
Чревосѣченій при внематочной беременности	9	См. 11,1%		
Итого	461			

Другихъ чревосѣченій 39 см. 38,4%.

С ю д а в х о д я т ѣ :

Смѣшанныя овариотоміи	4	ум.	2
Кесарское сѣченіе	6	"	1
Операція <i>Фрейнда</i>	2	"	2
Эхиноккотомія	3	"	1
Операція грыжи бѣлой линіи и пупочной	3	"	0
Гистеропексія съ удаленіемъ придатковъ	2	ум.	0
Гистеропексія съ вылуценіемъ кисты широкихъ связокъ	1	ум.	0
Выкрытіе гнойника брюшн. полости	2	"	1
Удаленіе саркомы кругл. связокъ	1	"	0
" " брызжейки	1	"	0
Резекція стѣнки кисты	2	"	1
Пересадка мочеточниковъ въ прямую кишку	1	ум.	1
Nephrectomia	1	"	0
Непроходимость кишекъ	1	"	0
Повторныхъ чревосѣченій	9	"	5

Всего 39 ум. 14 38,4%

Распознаваніе производилось на основаніи тщательнаго изученія матеріала путемъ многократныхъ изслѣдованій и наблюденій какъ въ клиникѣ, такъ и внѣ ея.

Показаніемъ для удаленія кистъ служилъ уже одинъ діагнозъ, противопоказаній почти не было. Показаніемъ для операцій при *міомахъ* служили: ростъ опухолей, кровотеченіе, боли, повторныя воспаленія. Операціи дѣлались послѣ тщательнаго наблюденія и всесторонняго взвѣшиванія симптомовъ. Удаленіе *придатковъ* производились какъ при сальпингитахъ съ особенно тяжелыми симптомами, такъ и собственно кастраціи при *міомахъ*, порокахъ развитія и одинъ разъ при гистеро-эпилепсіи.

Эксплораторныя разрывы производились относительно весьма рѣдко, при злокачественныхъ новообразованіяхъ и только тамъ

не переходили къ радикальной операціи, гдѣ распространіе процесса на сосѣдніе органы дѣлало операцію и невозможною и безцѣльною.

Техникъ операціи предшествовало тщательное подготовленіе больныхъ, изученіе ихъ въ клиникѣ, тщательное изслѣдованіе другихъ органовъ тѣла и возможное устраненіе ихъ заболѣваній до операціи.

Во время операціи примѣняли обезпложивающій способъ въ его подвидахъ:

а) асептика

б) антисептика

2) Въ случаяхъ болѣе или менѣе затруднительныхъ дѣлался возможно длинный разрѣзъ брюшной стѣнки.

3) Опухоли удалялись цѣликомъ, или уменьшенныя въ размѣрахъ; въ случаяхъ подозрительныхъ содержимое выпускалось при помощи аппарата Potin'a.

4) Въ случаяхъ сомнительныхъ по отношенію къ предшествовавшей инфекціи, или тамъ, гдѣ разрушалось много сращеній, особенно при неполнѣхъ надежно остановленныхъ кровотеченияхъ брюшная полость дренировалась стекляннымъ дренажемъ.

5) Шовъ на брюшную рану накладывался узловатый и одно-этажный, кромѣ случаевъ радикальной операціи грыжи бѣлой линіи.

6) Послѣ операціи больныя пользовались самымъ тщательнымъ уходомъ; на нѣсколько дней назначалось дежурство студентовъ, благодаря чему удалось 5 больныхъ спасти при помощи повторныхъ чревосѣченій, своевременно распознавъ послѣдовательныя кровотечения.

Исходы чревосѣченій въ Кіевской клиникѣ:

Въ первой сотнѣ	120/0
» второй »	8 »
» третьей »	7 »
» четвертой »	8 »
» пятой »	7 »

Въ старой клиникѣ 1883 по 1888 г. произв.

139 чревосѣч. съ 15,1% см.	овариотом.	99 сл.— 8,1% см.
	міомотом.	17 „ — 17,6 „ „

Въ новой клиникѣ съ 1888 по 1896 произв.

361 *) чревосѣч. съ 6,4% см.	овариотом.	233 см.— 1,3% см.
	міомотом.	56 „ — 8,2 „ „

*) Въ послѣдней серіи изъ 131 случая овариотоміи наблюдался одинъ смертный исходъ у больной, у которой еще до операціи былъ тромбозъ вен.—*savae in feriois*.

Исходы тѣхъ же операцій у другихъ авторовъ, по послѣднимъ отчетамъ, опубликованнымъ ими въ печати.

<i>Сениревъ</i> . На 567 чревосѣч.—9,3% см.	овариотом.	7,4% см.
	миотомом.	12,3 „ „
<i>Косинскій</i> . На 412 чревосѣчений	овариотом.	18 „ „
	миотомом.	24 „ „
<i>Феноменовъ</i> 234 чревосѣчений		7,5 „ „
<i>Оттъ</i> 204 чревосѣчений		11,4 „ „
<i>Лебедевъ</i> 200 „		3,5 „ „
<i>Богачевскій</i> 150 чревосѣчений		?
<i>Lawson Tait</i> 1-я тысяча чревосѣчений		9,2 „ „
„ „ 2-я „		5,3 „ „
<i>Leopold</i> на 1000 чревосѣчений		13,3 „ „
<i>Schauta</i> „ 1000 „		10,4 „ „
<i>Olshausen</i> на 459 „	овариот. дала	10,1 „ „
	миотомом. „	22,0 „ „
<i>Levercon et Codreano</i> (Бухарестъ) оvariотомія дала.		34 „ „*)

Переходя къ оцѣнкѣ существующихъ оперативныхъ способовъ удаленія новообразованій женскихъ половыхъ органовъ и сравнивая влагалищный методъ съ операціей чревосѣчений проф. *Рейнз* дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Чревосѣченіе представляетъ болѣе опасности, чѣмъ кольпотомія, но въ то время, когда послѣдняя примѣнима только въ болѣе легкихъ случаяхъ, къ чревосѣченію приходится прибѣгать въ случаяхъ самыхъ трудныхъ и опасныхъ; и не смотря на это и при чревосѣченіяхъ въ матерьялѣ Кіевской акушерской клиники встрѣчаютъ серіи въ 56 случаевъ безъ смертныхъ исходовъ.

2) Обстановка при чревосѣченіяхъ сложнѣе, но съ развитіемъ метода асептики и эти трудности постепенно устраняются.

3) Послѣоперационное состояніе у больныхъ при чревосѣченіи хуже, говорятъ защитники colpotomia; но и послѣ легкихъ чревосѣчений особенно въ простыхъ неосложненныхъ случаяхъ послѣоперационное теченіе при асептическомъ способѣ проходитъ очень легко, какъ напр. въ 3-й сотнѣ случаевъ наблюдалось 78% абсолютно безлихорадочныхъ теченій.

4) Послѣдствіемъ чревосѣчений нерѣдко являются грыжи бѣлой линіи; но здѣсь не рѣдко опускаютъ изъ виду существованіе грыжъ бѣлой линіи уже до операціи, особенно у многорожавшихъ женщинъ.

*) Отчетъ на послѣднемъ международномъ конгрессѣ въ Римѣ.

Поставивъ въ заключеніе вопросъ, нужно ли бросить чревосѣченія? проф. *Рейнз* отвѣчаетъ на него слѣдующимъ образомъ:

Кольпотомія имѣеть свои особыя показанія, а чревосѣченія какъ вѣрный испытанный способъ и отвѣчающій основнымъ даннымъ хирургіи, анатоміи и физиологіи, или какъ выразился проф. «старый другъ» долженъ быть попрежнему оставленъ для многихъ и наиболѣе трудныхъ случаевъ. Не нужно забывать, что чревосѣченіе научило хирурговъ многому: обнажая хорошо поле операціи, оно даетъ возможность выполнѣ научно примѣнять пособія, основываясь на данныхъ анатоміи; оно даетъ возможность вносить прогрессъ при лѣченіи не только болѣзней женскихъ половыхъ органовъ но и печени, почекъ, селезенки, сальника, брызжейки желудка, кишекъ и т. д. и дало прекрасные результаты во всемъ свѣтѣ и у насъ въ Россіи, какъ въ клиникахъ, такъ и въ земскихъ больницахъ.

Въ *преніяхъ* приняли участіе *Мироновъ* (Харьковъ), проф. *Замшинъ*, *Рейнз*, *Оттъ* и д-ръ *Абуладзе*.

Мироновъ сказалъ, что чревосѣченіе само по себѣ для организма гораздо тяжелѣе и опаснѣе, чѣмъ кольпотомія. Удаленіе опухолей придатковъ съ гнойнымъ содержимымъ представляетъ менѣе риска, если производится черезъ влагалище. Послѣ кольпотоміи не наблюдается такихъ тяжелыхъ и опасныхъ послѣдствій, какъ напр. грыжъ. Кажущая трудность и неудобство оперировать черезъ влагалище при извѣстномъ навыкѣ не существуетъ.

Проф. *Рейнзъ*—по поводу пріоритета, приписываемаго ч. пр. *Мироновымъ Львову*, замѣтилъ, что онъ произвелъ первую кольпотомію еще въ 1890 г., при чемъ на мѣстѣ рубца въ заднемъ сводѣ замѣтна уже въ настоящее время небольшая влагалищная грыжа. Конечно результаты этой операціи нуждаются еще въ болѣе продолжительной проверкѣ.

Проф. *Оттъ* выполнѣ присоединяется къ взгляду докладчика относительно показаній къ міомотоміи. Онъ считаетъ, что присутствіе фибромы не есть еще показаніе къ ея удаленію. Показаніями къ этой операціи служатъ особыя симптомы фибромы и ихъ прогрессированіе. Охарактеризовавъ дѣятельность и постановку дѣла въ Кіевской акушерской клиникѣ, гдѣ все такъ строго послѣдовательно обдуманно, *Д. О.* поздравилъ проф. *Рейна* съ блестящими результатами его дѣятельности въ Кіевской акушерской клиникѣ за послѣдніе 10 лѣтъ.

8) Д-ръ *С. А. Тулубъ* показалъ препаратъ распила беременной матки съ плодомъ. Распилъ сдѣланъ послѣ тщательнаго замораживанія; затѣмъ препаратъ заключенъ былъ въ 5% растворъ формалина и сохранялся въ спирту. Матка съ наружными половыми частями получена изъ судебно-медицинскаго трупа беременной, умершей скоропостижно. Разрѣзъ сдѣланъ анатомической полостной пилой въ сагитальномъ направленіи черезъ всю матку съ находящимся въ ней плодомъ, при чемъ на обѣихъ половинахъ препарата ясно видно положеніе и членорасположеніе плода въ маткѣ въ возрастѣ 32—34 недѣль—при первомъ теменномъ предлежаніи, а также состояніе матки, канала шейки и другихъ половыхъ органовъ въ эту эпоху беременности.

По поводу демонстраціи этого интереснаго препарата многіе члены общества и гости высказали свои соображенія.

9) Инженеръ электро-техникъ *А. М. Грингаузъ* показалъ электро-медицинскіе аппараты фирмы *Ch. Chardin à Paris*.

Предсѣдатель **Г. Рейнь.**

Секретарь **Г. Писемскій.**